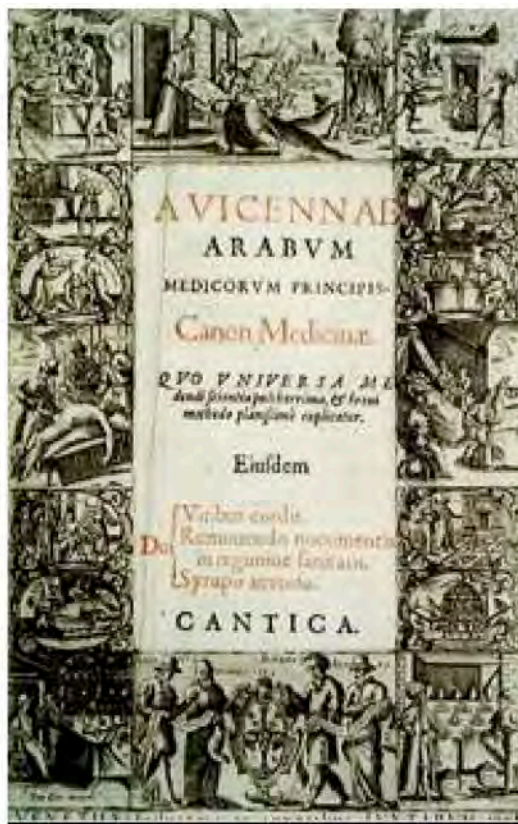


ANALES

DE LA
REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE MURCIA



AÑO 2013

Vol. 88. Mayo de 2014

ANALES
DE LA
REAL ACADEMIA
DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE MURCIA



2013

MURCIA, MAYO DE 2014

Edita:



Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia
Plaza Preciosa, s/n - Edif. Museo Arqueológico
30008 Murcia
Tel. 968 233 758
www.ramemur.com

Portada:

Canon Medicinæ

I.S.B.N.:

1132-4929

Depósito Legal:

MU-251-1964

Murcia, mayo de 2014

Acecho, s. l. u.

Plaza San Pio X, 3 - 4º, 3ª puerta.
30011 Murcia



Edición patrocinada por la
Asamblea Regional de Murcia

SUMARIO

I.	LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA	
■	Junta de Gobierno.....	7
■	Académicos de Número.....	9
■	Secciones de la Real Academia.....	13
■	Presidentes de la Real Academia de Medicina.....	15
■	Secretarios de la Real Academia de Medicina.....	16
■	Relación de todos los Académicos Numerarios.....	17
■	Convocatoria del Concurso de Premios para el año 2012.....	23
II.	SESIÓN SOLEMNE INAUGURAL DEL CURSO 2013	
■	Sesión inaugural del Curso 2013.....	27
■	Memoria del Curso 2013.....	29
■	'La infancia. Evolución de su concepto, su protección y su atención sanitaria especializada'.....	37
■	Discurso del Presidente en la inauguración del Curso 2013.....	97
■	In memoriam: Lorenzo Abad Martínez, Académico de Número.....	101
■	In memoriam: Fernando Crespo León, Académico de Número.....	105
III.	ACADÉMICOS NUMERARIOS	
■	Ginés Madrid García: 'La fascinación por la tecnología. Luces y sombras'.....	111
■	Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz: 'La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica'.....	137
■	Juan Enrique Pereñíguez Barranco: 'La Atención Primaria de Salud en Murcia, historia de sus actores'.....	177
IV.	ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES	
■	Juan Francisco Madid Cuevas: 'Publicar o perecer'.....	259
■	Jorge Tomás García: 'Imagen e imágenes del médico en la Grecia antigua'.....	271
■	Encarnación Guillén Navarro: 'La genética en la medicina del siglo XXI'.....	291
■	María de los Ángeles Ceballos Hernansanz. 'Instrucciones Previas: una realidad legal, social y médica'.....	311
■	Robert Pocklington. 'La toponimia murciana, testimonio vivo de su historia'.....	335
■	Víctor Bautista Hernández: 'Avances en cirugía cardíaca congénita'.....	371
■	Francisco Esparza Ros. 'El médico y el deportista roto'.....	393
■	Juan Ramón Gimeno Blanes: 'Genética de la muerte súbita'.....	415
■	Antonio Abril Sánchez: 'Responsabilidad social de la farmacia. Consideraciones y perspectivas sobre el modelo solidario de distribución'.....	427
■	José López González: 'Revista de Tisiología y especialidades' (1919-1926), pionera en España. Fuente de estudio para la lucha antituberculosa en Murcia'.....	443
V.	MESAS REDONDAS	
■	Los test de laboratorio clínico en el diagnóstico genérico.....	663
–	Pedro Martínez Hernández: 'Relaciones interpersonales. Papel y formación de los agentes implicados'.....	459
–	Ana Martínez López de Castro: 'Sistemas actuales de Point Of Care Testing (POCT)'.....	467
–	Millán Pérez Ayala: 'Nuestra experiencia en el manejo y control de los POCT Hospitalarios'.....	471
■	El laboratorio clínico en el diagnóstico genético.....	663
–	Pedro Martínez Hernández: 'Aportaciones del laboratorio clínico a la genética molecular' ..	477
–	Miriam Martínez Villanueva: 'Estudio por el Laboratorio Clínico de la predisposición genética a la osteoporosis'.....	489

–Amparo Sarabia Meseguer: ‘El diagnóstico del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario en el contexto del laboratorio clínico’	495
–Francisco Ruiz Espejo. ‘Diagnóstico genético en la muerte súbita’	501
VI. CONFERENCIAS	
■ Julián Pérez Templado: ‘¿Drogas? Según y cómo?’	509
■ Abel Jaime Novoa Jurado. ‘La prescripción abducida’	537
■ Máximo Poza Poza: ‘Gasto sanitario’	547
■ Francisco Acosta Villegas: ‘anestesia en el trasplante hepático. Veinticinco años de experiencia’	565
■ José Luis Martínez Romero: ‘Avances en traumatología del deporte’	575
■ Manuel Medina Quirós: ‘Estrategia frente a la lumbagia crónica. Presente y futuro’	599
■ Juan de Dios González Caballero: ‘El paciente polimedcado’	615
■ Enrique Viviente López: ‘Pasteur y la vacuna antirrábica. Situación actual de esta enfermedad en el mundo’	635
■ José A. Campillo, Jorge A. Martínez-Escribano, Helios Martínez-Banaclocha y María del Rocío Álvarez-López: ‘Inmunología del melanoma’	645
■ Fernando Sánchez Celemín: ‘La nariz: el pasillo de la cabeza’	653
VII. CICLOS DE CONFERENCIAS	
■ VII Conmemoración de la Semana Mundial del Cerebro en Murcia	663
—Francisco Toledo Romero: ‘Las caras de la personalidad’	665
VIII. PUBLICACIONES	
■ Presentación del libro ‘Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía’	671
■ Breve sinopsis de ‘Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia’. Libro del Bicentenario.....	675
IX. LA ACADEMIA EN LA HISTORIA	
■ ‘De la utilidad de la anatomía Patológica para el ejercicio de la medicina, con una observación sobre la disección de un cadáver’, discurso del Dr. D. Agustín Escribano López	679
X. RESUMEN DE PREMIOS	
■ Pía López Jornet y Susana León Espinosa: ‘Estudio sobre la eficacia del ácido alfa-lipoico en el síndrome de boca ardiente’	693
■ María José Morales Lara: ‘Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales relacionadas con la variabilidad interindividual de respuesta a anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante’	695
■ Paloma Ruiz Vega. ‘Los Baños de la Fortuna en Murcia en el año de 1819, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cádiz’	697
■ Ascensión Sánchez Fernández: ‘Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador tras cirugía por cáncer de mama en la Región de Murcia’	703
■ Mejor expediente de licenciatura en Medicina, curso 2012-2013: Álvaro Conesa Guillén.....	705
XI. RELACIÓN DE LIBROS Y REVISTAS RECIBIDOS EN 2013.....	707
XII. ÍNDICE DE MATERIAS	711
XIII. ÍNDICE DE AUTORES	715

REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

Plaza Preciosa, s/n. Edif. Museo Arqueológico, 30008 Murcia
Teléfono 968 23 37 58 y fax 968 27 15 34
e-mail: rammurcia@gmail.com / www.ramemur.com

PRESIDENTES DE HONOR

Excmo. Sr. D. Guzmán Ortuño Pacheco
Excmo. Sr. D. Máximo Poza Poza

JUNTA DE GOBIERNO

- **Presidente:**
Excmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate
- **Vicepresidente:**
Ilmo. Sr. D. Manuel Clavel Sainz-Nolla
- **Secretaria General:**
Ilma. Sra. Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro
- **Vicesecretario-Contador:**
Ilmo. Sr. D. José Antonio Villegas García
- **Tesorero:**
Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera
- **Vicetesorero:**
Ilmo. Sr. D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo
- **Bibliotecario:**
Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo
- **Vocal:**
Ilmo. Sr. D. Emilio Martínez García
- **Secretaria de Administración:**
Dña. María Dolores Vicente Riquelme

MIEMBROS DE HONOR

17-05-1994 Excmo. Sr. D. Ramón Arcas Meca
06-02-1997 Excmo. Sr. D. Derek G. Smyth
26-02-1998 Excmo. Sr. D. Francisco José Vicente Ortega
07-06-2001 Excmo. Sr. D. Miguel Marín-Padilla
18-11-2004 Excmo. Sr. D. José M. López Piñero
28-02-2008 Excmo. Sr. D. Ciril Rozman
22-04-2010 Excmo. Sr. D. Carlos Belmonte Martínez

ACADÉMICOS HONORARIOS

Ilmo. Sr. D. Antonio Llombart Bosch
Ilmo. Sr. D. Rafael Carmena Rodríguez
Ilmo. Sr. D. Juan Jiménez Collado
Ilmo. Sr. D. Demetrio Barcia Salorio
Ilmo. Sr. D. Arturo J. Brugger Aubán
Ilmo. Sr. D. José Antonio Lozano Teruel
Ilmo. Sr. D. Francisco J. Murillo Araujo

ACADÉMICOS DE ERUDICIÓN

Ilmo. Sr. D. Antonio Díaz Bautista (†)
Ilmo. Sr. D. Pedro Cano Hernández

ACADÉMICOS EMÉRITOS

Ilmo. Sr. D. Ángel Fernández Nafria
Ilmo. Sr. D. Juan Vázquez Porto
Ilmo. Sr. D. Mariano Brel Arrieta
Ilmo. Sr. D. Antonio López Alanís
Ilmo. Andrés Fernández Barreiro

ACADÉMICOS ELECTOS

Ilmo. Sr. D. Rafael M^a. Bañón González

ESCALAFÓN DE LOS ILUSTRÍSIMOS SRES. ACADÉMICOS DE NÚMERO DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA

Nº	NOMBRE Y DIRECCIÓN	FECHA DE INGRESO	MEDALLA NÚMERO
1	Don Manuel Clavel-Sainz Nolla C/ Señorío de los Marzos, 19-2º D 30509 Urb. Altoreal. Molina de Segura (Murcia) Tlfn. 968 64 84 54	15-03-1976	24
2	Don Juan Antonio Ruipérez Abizanda C/ Maestro Alonso, 6-4º. Escalera 1ª-G, 30004. Murcia. Teléfono 968 23 70 58	14-12-1981	28
3	Don Pascual Parrilla Paricio Catedrático de Patología Quirúrgica C/ Río Argos, 3, 30008. Murcia. Teléfono 968 24 69 11	03-03-1982	30
4	Don Manuel Fuentes de Aynat C/ Antonio Segado del Olmo, 6-2º, 30005. Murcia. Teléfono 968 21 39 56	25-05-1982	32
5	Don Enrique Viviente López C/ Jaime I, 11, 30008. Murcia. Teléfono 968 24 32 31	25-05-1984	8
6	Don Francisco Carles Egea C/ Acisclo Díaz, 2, 30005. Murcia. Teléfono 968 28 26 75	29-03-1985	20
7	Don Félix López Hueso Gran Vía Salzillo, 8-8ª, 30004. Murcia. Teléfono 968 21 99 91	20-05-1985	36
8	Don Guzmán Ortuño Pacheco C/ Juan García Abellán, 6-5º A, 30007. Murcia. Teléfono 868 91 83 25	20-03-1986	18
9	Don Carlos Sprekelsen Gassó C/ Conde de Roche, 4, 30004. Murcia. Teléfono 968 21 04 99	26-06-1986	39
10	Don Emilio Robles Oñate Cronista Carlos Valcárcel, 1-5º A, 30004. Murcia. Teléfono 968 23 39 54	25-09-1986	22

11	Don Fulgencio Alemán Picatoste Avda. Gran Vía Salzillo, 42. Edificio Galerías, 30005. Murcia. Teléfono 968 24 11 88	20-03-1987	3
12	Don José Luis Villarreal Sanz San Antonio, 8, 30001. Murcia. Teléfono 968 21 66 55	21-05-1987	40
13	Don Pedro Martínez Hernández Carlos III, 19-1º-2, 30210. Cartagena. Teléfono 968 52 16 41	13-12-1990	13
14	Don Antonio Martínez Hernández Tapia Sanz, 1, 30001. Murcia. Teléfono 968 90 35 18	14-12-1991	19
15	Don Máximo Poza Poza Gran Vía, 42. Edificio Galerías, 30005. Murcia. Teléfono 968 23 73 35	07-03-1991	16
16	Don Emilio Borrajo Guadarrama Azarbe del Papel, 3-1º B, 30007. Murcia. Teléfono 968 24 46 21	10-10-1992	6
17	Don Carlos Ferrándiz Araujo C/ Mayor, 26-4º, 30201. Cartagena. Teléfono 968 52 21 22	17-02-1994	5
18	Don Emilio Martínez García Catedrático de Patología Animal Facultad Veterinaria. Universidad de Murcia. 30071. Espinardo. Teléfono 968 64 84 78	19-10-1995	26
19	Doña Luisa Jimeno García San Benito, 4-2º A, 30005. Murcia. Teléfono 968 21 63 17	12-12-1996	21
20	Don Alejandro López Egidio Gutiérrez Mellado, 5-7º A, 30008. Murcia. Teléfono 968 24 02 73	08-05-1997	7
21	Don Aurelio Luna Maldonado Catedrático de Medicina Legal Facultad de Medicina Universidad de Murcia 30071. Espinardo. Teléfono 968 36 39 56	11-12-1997	31

22	Don Carlos García Ballesta Calderón de la Barca, 8-1º, 30001. Murcia. Teléfono 968 21 55 50	27-11-1998	12
23	Don José Ballesta Germán Catedrático de Histología Escultor Roque López, 2-9º F, 30001. Murcia. Teléfono 968 23 90 62	19-04-2002	1
24	Don José A. Nuño de la Rosa y Pozuelo C/ Acisclo Díaz, 1-4º B, 30005. Murcia. Teléfonos 968 28 38 99 y 607 33 66 10	06-03-2003	29
25	Don Manuel Segovia Hernández Catedrático de Microbiología Departamento de Genética y Microbiología Hospital Virgen de la Arrixaca. El Palmar. 30120. Murcia. Teléfono 968 36 92 27	23-03-2004	11
26	Don Vicente Vicente García Catedrático de Medicina Interna Huerto Cadenas, 1-2º, 30009. Murcia. Teléfono 968 34 19 00	05-05-2005	35
27	Doña María-Trinidad Herrero Ezquerro Catedrática de Anatomía Humana Laboratorio Nyne. Departamento de Anatomía Humana, Facultad de Medicina Campus de Espinardo, Murcia. Teléfono 868 88 46 83	04-06-2007	27
28	Don Tomás Vicente Vera C/ José Antonio Ponzoa, 1º B-1º A, 30001. Murcia. Teléfonos 968 21 05 99 y 968 23 25 06	14-06-2007	33
29	Don José Antonio Villegas García Infanta Cristina, 8-Esc. 4º-5º H, 30008. Murcia. Teléfono 968 20 01 83	11-06-2009	10
30	Doña María Rocío Álvarez López Plaza Mayor, 4-2º B, 30005. Murcia. Teléfono 968 36 96 92	29-10-2009	14

31	Don Faustino Herrero Huerta C/ Río Argos, 4-6º B, 30008. Murcia. Teléfono 968 23 42 02	2-12-2010	23
32	Doña María Luisa Laorden Carrasco Catedrática de Farmacología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Campus de Espinardo. 30071. Murcia. Teléfonos 868 606 315 500	12-12-2012	38
33	Don Ginés Madrid Sánchez Avda. Abenarabi, 11-3º A.	12-11-2013	17
34	Don Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz Catedrático de Medicina Legal. Facultad de Medicina. 30071. Murcia.	04-12-2013	2
35	Don Juan Enrique Pereñíguez Barranco Paseo de Corvera, 13. Murcia.	11-12-2013	4

SECCIONES

CIENCIAS BÁSICAS

- Excmo. Sr. D. Guzmán Ortuño Pacheco
- Ilma. Sra. D^a María Luisa Laorden Carrasco
- Excmo. Sr. D. José Ballesta Germán
- Ilmo. Sr. D. José A. Nuño de la Rosa Pozuelo
- Ilmo. Sr. D. Manuel Segovia Hernández
- Excmo. Sr. D. Vicente Vicente García
- Ilma. Sra. Dña. María-Trinidad Herrero Ezquerro

MEDICINA

- Ilmo. Sr. D. Juan A. Ruipérez Abizanda
- Excmo. Sr. D. Félix López Hueso
- Ilmo. Sr. D. Emilio Borrajo Guadarrama
- Ilma. Sra. Dña. Luisa Gimeno García
- Ilmo. Sr. D. Carlos García Ballesta
- Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera
- Ilmo. Sr. D. José Antonio Villegas García
- Ilmo. Sr. D. Faustino Herrero Huerta
- Ilmo. Sr. D. Ginés Madrid Sánchez
- Ilmo. Sr. D. Juan E. Pereñíguez Barranco

CIRUGÍA

- Ilmo. Sr. D. Manuel Clavel-Sainz Nolla
- Ilmo. Sr. D. Pascual Parrilla Paricio
- Ilmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate
- Ilmo. Sr. D. Fulgencio Alemán Picatoste
- Ilmo. Sr. D. Carlos Sprekelsen Gassó
- Ilmo. Sr. D. José Luis Villarreal Sanz
- Excmo. Sr. D. Máximo Poza Poza
- Ilmo. Sr. D. Manuel Fuentes de Aynat
- Ilmo. Sr. D. Antonio Martínez Hernández
- Ilmo. Sr. D. Alejandro López Egido
- Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo

PSIQUIATRÍA, HIGIENE Y MEDICINA SOCIAL

- Ilmo. Sr. D. Enrique Viviente López
- Ilmo. Sr. D. Francisco Carles Egea
- Ilmo. Sr. D. Aurelio Luna Maldonado
- Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz

OTRAS CIENCIAS DE LA SALUD

- Excmo. Sr. D. Pedro Martínez Hernández
- Ilmo. Sr. D. Emilio Martínez García
- Ilma. Sra. Dña. María Rocío Álvarez López

PRESIDENTES DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA DESDE SU FUNDACIÓN EN 1811

1	Excmo. Sr. D. Bartolomé Colomar García	1811
2	Excmo. Sr. D. Mariano Lagasca Segura	1813
3	Excmo. Sr. D. Antonio Colomar García	1814
4	Excmo. Sr. D. Serafín García Clemencín	1816
5	Excmo. Sr. D. José Victoriano Martínez	1816
6	Excmo. Sr. D. Manuel Alarcón Tornero	1824
7	Excmo. Sr. D. Bernardo Martorell Morales.....	1828
8	Excmo. Sr. D. Manuel Alarcón Tornero	1841
9	Excmo. Sr. D. Restituto Sandoval Rubio	1846
10	Excmo. Sr. D. Cristóbal Gómez Zabala	1848
11	Excmo. Sr. D. Judas Tadeo Alarcón y Tornero.....	1850
12	Excmo. Sr. D. Francisco Garcerán y Coll	1852
13	Excmo. Sr. D. Agustín Escribano López	1854
14	Excmo. Sr. D. Juan Alix Martínez	1856
15	Excmo. Sr. D. Manuel Alarcón Tornero	1858
16	Excmo. Sr. D. Francisco Garcerán y Coll	1860
17	Excmo. Sr. D. Mariano Ruiz y Jara	1861
18	Excmo. Sr. D. Agustín Escribano López	1884
19	Excmo. Sr. D. José Esteve y Mora	1890
20	Excmo. Sr. D. Francisco Medina Romero.....	1906
21	Excmo. Sr. D. Claudio Hernández-Ros Navarro	1920
22	Excmo. Sr. D. Emilio Sánchez García	1929
23	Excmo. Sr. D. Laureano Albaladejo García.....	1939
24	Excmo. Sr. D. José Pérez Mateos	1944
25	Excmo. Sr. D. Emilio Meseguer Pardo.....	1956
26	Excmo. Sr. D. Román Alberca Lorente	1962
27	Excmo. Sr. D. Ramón Sánchez-Parra García	1967
28	Excmo. Sr. D. Isidoro Mínguez Delgado	1979
29	Excmo. Sr. D. Manuel Serrano Martínez	1984
30	Excmo. Sr. D. Guzmán Ortuño Pacheco	1997
31	Excmo. Sr. D. Máximo Poza Poza.....	2003
32	Excmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate	2011

SECRETARIOS DE LA REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA DE MURCIA DESDE SU FUNDACIÓN EN 1811

1	D. José Antonio Ponzoa y Cebrián	1811
2	D. Antonio Baqueriza y Tarancón	1812
3	D. Francisco Garcerán Gorina	1814
4	D. Rafael Soriano y Laguna	1816
5	D. Manuel Alarcón y Tornero	1828
6	D. Joaquín de Toledo, Marqués de Villar	1841
7	D. Francisco Ramos	1842
8	D. José Escribano López	1846
9	D. Juan Alix Martínez	1847
10	D. Judas Tadeo Alarcón y Tornero	1850
11	D. Agustín Escribano López	1852
12	D. José Escribano López	1853
13	D. Mariano Ruiz Jara	1860
14	D. José Meseguer Huertas	1863
15	D. Rafael García de las Bayonas	1865
16	D. Manuel Martínez Espinosa	1895
17	D. Bernabé Guerrero Caballero	1909
18	D. Pablo Martínez Torres	1909
19	D. Laureano Albaladejo Cerdán	1911
20	D. Francisco Ayuso Andreu	1930
21	D. Francisco Giner Hernández	1951
22	D. Ramón Sánchez-Parra García	1951
23	D. Manuel Sánchez Arranz	1962
24	D. Manuel Gómez Jiménez de Cisneros	1967
25	D. Pedro Belinchón Valera	1982
26	D. Emilio Estaban Velásquez	1985
27	D. Enrique Sánchez-Vizcaíno Fernández	1986
28	D. Francisco Carles Egea	1987
29	D. Félix López Hueso	1993
30	D. José Luis Sotillo Ramos	2000
31	D. Antonio Martínez Hernández	2006
32	Doña. María-Trinidad Herrero Ezquerro	2011

RELACIÓN DE ACADÉMICOS NUMERARIOS

Académicos Numerarios fundadores

D. Bartolomé Colomer García	Mayo de 1811
D. Pedro Cuenca	”
D. Serafín García	”
D. Antonio Colomer García	”
D. José Rocamora	”
D. Tomás Valera	”
D. Francisco Garcerán	”
D. Manuel Roldán	”
D. Jaime Cebrián	”
D. Juan Durante	”
D. Manuel Gómez	”
D. José Ortuño	”
D. Diego García	”

Académicos Numerarios de la Real Academia en su primera etapa (27-5-1811)

	<u>Fecha de ingreso</u>
D. Mariano Lagasca	12-01-1812
D. Antonio Baqueriza	17-02-1812
D. José Nausa	16-03-1812
D. Juan Alix	06-03-1812
D. Manuel Alarcón Tornero	06-07-1813
D. Rafael Soriano y Laguna	05-09-1814
D. Álvaro Molina Saurín	25-08-1815
D. Ginés Beltrán	20-09-1815
D. Juan Mazón	18-10-1815
D. Antonio de Elola	28-06-1816
D. Cristóbal Gómez	07-03-1817
D. José Antonio Ponzoa	30-09-1818
D. Juan Ramón García Torres	30-09-1819
D. Judas Tadeo Alarcón Tornero	30-09-1819
D. Bernardo Martorell	30-04-1828
D. Ramón Romero	30-04-1828
D. Sebastián Florit	01-05-1828
D. Francisco Javier Hernández	01-05-1828
D. Francisco López	01-05-1828
D. Joaquín de Toledo y Castilla	29-10-1828

**Académicos Numerarios de la Real Academia
en su segunda etapa (26-7-1841) hasta la actualidad**

	<u>Medalla número</u>	<u>Fecha de ingreso</u>
D. Agustín Escribano		28-09-1844
D. Benito Saavedra		02-06-1848
D. Miguel López Farfán		01-07-1848
D. Gaspar de la Peña y Denia		15-10-1850
D. Mariano Ruiz Jara		15-07-1856
D. José Meseguer Huertas		16-04-1860
D. Antonio Hernández Ros		16-04-1866
D. José Romero Saavedra		20-04-1869
D. José de la Peña Díaz		01-12-1885
D. Francisco Abellán		02-05-1886
D. Ignacio Martínez López		31-12-1905
D. José Esteve y Mora	1	01-05-1860
D. Luis Gómez García	1	09-03-1913
D. Emilio Meseguer Pardo	1	19-09-1943
D. Emilio Meseguer Casalíns	1	11-05-1970
D. José Ballesta Germán	1	19-04-2002
D. Gaspar de la Peña Díaz	2	01-02-1864
D. Laureano Albaladejo Cerdán	2	22-09-1901
D. Amalio Fernández Delgado Peña	2	14-12-1952
D. Ángel Fernández Nafria	2	09-12-1974
D. Andrés Fernández Barreiro	2	10-03-2005
D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz	2	04-12-2013
D. Manuel Martínez Espinosa	3	16-03-1882
D. José María Aroca Rodríguez	3	26-04-1914
D. Francisco Alemán Guillamón	3	21-03-1926
D. Antonio Alemán Hernández-Ros	3	19-03-1962
D. Fulgencio Alemán Picatoste	3	20-03-1987
D. Claudio Hernández-Ros y Navarro	4	17-04-1882
D. Román Alberca Lorente	4	29-04-1951
D. Antonio Sabater Sanz	4	21-06-1976
D. José María Morales Meseguer	4	16-02-1987
D. Antonio López Alanís	4	17-12-1992
D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco	4	11-12-2013
D. Agustín Ruiz Martínez	5	01-05-1882
D. Emilio Sánchez García	5	14-07-1901

	Medalla número	Fecha de ingreso
D. Emilio Sánchez-Parra García	5	27-02-1944
D. Carlos Ferrándiz Araujo	5	17-02-1994
D. Miguel Jiménez Baeza	6	16-03-1882
D. Salvador Piquer Hernando	6	16-03-1913
D. Ramón Sánchez-Parra García	6	17-02-1944
D. Emilio Borrajo Guadarrama	6	29-10-1992
D. Francisco Medina Romero	7	01-06-1882
D. José Pérez Mateo	7	18-11-1982
D. Antonio Guillamón Alcántara	7	26-10-1958
D. Alejandro López Egido	7	08-05-1997
D. Benito Closas y Ponce de León	8	23-06-1889
D. Ignacio Martínez López	8	31-12-1905
D. José Mas de Béjar	8	05-03-1922
D. Laureano Albaladejo García	8	06-10-1935
D. Francisco Giner Hernández	8	08-12-1940
D. José María Aroca García	8	29-04-1956
D. Juan Martínez García	8	23-12-1965
D. Rafael Carmena Rodríguez (Honorario)	8	30-11-1981
D. Enrique Viviente López	8	21-05-1984
D. Tomás Pellicer y Frutos	9	17-01-1893
D. José García Villalva Sánchez	9	06-11-1921
D. Manuel Sánchez Arranz	9	23-12-1951
D. Lorenzo Abad Martínez	9	12-05-1980
D. Juan A. Martínez López	10	17-10-1897
D. Antonio de la Peña Rodríguez	10	27-11-1921
D. Antonio Guillamón Conesa	10	29-06-1945
D. José María Aroca Ruiz-Funes	10	20-12-1978
D. José Antonio Villegas García	10	11-06-2009
D. Francisco Jiménez Pérez de Tudela	11	17-12-1899
D. Francisco Ayuso Andreu	11	06-04-1913
D. José Manuel Sánchez Pedreño	11	07-05-1962
D. Manuel Segovia Hernández	11	25-03-2004
D. Rafael García de las Bayonas Tapia	12	02-03-1860
D. Bernabé Guerrero Caballero	12	07-07-1901
D. Pablo Martínez Torres	12	15-12-1921
D. José Tapia Sanz (Honorario)	12	05-10-1958
D. Manuel Serrano Martínez	12	17-05-1965

	Medalla número	Fecha de ingreso
D. Carlos García Ballesta	12	27-11-1998
D. José Pino y Vivo	13	22-03-1891
D. Enrique Gelabert Aroca	13	22-04-1917
D. Pedro Alonso Carrión	13	14-11-1977
D. Pedro Martínez Hernández	13	13-12-1990
D. José María Bolarín Fernández	14	19-06-1898
D. Manuel Rebordosa y Sadurní	14	18-05-1923
D. Emilio López Sánchez Solís	14	11-11-1945
D. José Montesinos Pérez	14	16-12-1951
D. Juan Vázquez Porto	14	23-03-1981
Dña. María del Rocío Álvarez López	14	29-10-2009
D. José Luis Sotillo Ramos	15	27-11-1986
D. José María Martínez Jiménez	15	27-09-1896
D. Julián Pardo Zorraquino	15	29-04-1945
D. Pedro Belinchón Valera	15	26-03-1969
D. Fernando Crepo León	15	08-10-2009
D. José Orcajada (sin posesión)		16-10-1897
D. Jacobo García (sin posesión)		
D. Antonio Pascual Murcia	16	19-04-1953
D. Isidoro Mínguez Delgado	16	21-12-1958
D. Máximo Poza Poza	16	07-03-1991
D. José Loustau y Gómez de Membrillera	17	21-10-1956
D. Octavio Carpena Artés (Honorario)	17	03-11-1971
D. Ángel Ortuño Martínez	17	26-11-1979
D. Ginés Madrid Sánchez	17	12-11-2013
D. José M. Gómez y Jiménez de Cisneros	18	31-01-1960
D. Guzmán Ortuño Pacheco	18	20-03-1986
D. Manuel Clavel Nolla (Honor)	19	06-03-1960
D. Antonio Martínez Hernández	19	14-02-1991
D. Luis Valenciano Gayá (Honorario)	20	13-11-1960
D. Francisco Carles Egea	20	29-03-1985
D. Casimiro Bonmatí Azorín	21	17-06-1963
D. José García Zarandiet	21	15-02-1971
D. Francisco Martín Luengo	21	26-11-1987
Dña. Luisa Gimeno García	21	12-12-1996
D. Alfonso Palazón Godínez	22	22-06-1965
D. Emilio Robles Oñate	22	25-09-1986

	Medalla número	Fecha de ingreso
D. Manuel Rodríguez Bermejo	23	21-04-1975
D. Faustino Herrero Huerta	23	02-12-2010
D. Manuel Clavel-Sainz Nolla	24	15-03-1976
D. José A. Lozano Teruel	25	07-03-1977
D. Enrique Sánchez-Vizcaíno Fernández	26	09-05-1977
D. Emilio Martínez García	26	19-10-1995
D. Emilio Esteban Velázquez	27	12-12-1977
D. Joaquín Quiles Mora	27	20-03-1987
D. Vicente Vicente Ortega	27	04-11-1999
D. María Trinidad Herrero Ezquerro	27	04-06-2007
D. Juan A. Ruipérez Abizanda	28	14-12-1981
D. Juan A. Jiménez-Cervantes Nicolás	29	15-02-1982
D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo	29	06-03-2003
D. Pascual Parrilla Paricio	30	03-03-1982
D. Salvador Hernández Conesa	31	20-10-1979
D. Aurelio Luna Maldonado	31	04-11-1997
D. Manuel Fuentes de Aynat	32	25-05-1982
D. Mariano Brel Arrieta	33	13-11-1984
D. Tomás Vicente Vera	33	14-06-2007
D. Demetrio Barcia Salorio	34	30-01-1985
D. Juan A. Gómez Rubí	35	29-04-1985
D. Vicente Vicente García	35	05-05-2005
D. Félix López Hueso	36	20-05-1985
D. Francisco J. Murillo Araujo	37	25-10-1985
D. Arturo Brugger Aubán	38	27-05-1986
Dña. María Luisa Laorden Carrasco	38	12-12-2012
D. Carlos Sprekelsen Gassó	39	26-06-1986
D. José Luis Villarreal Sanz	40	21-05-1987

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Convocatoria del Concurso de Premios para el año 2014

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, con el propósito de estimular entre los profesionales de la Medicina y Ciencias afines la labor de investigación, anuncia la convocatoria de los siguientes premios:

- ⌘ **Tema primero.** Sociología de la Medicina en la Región de Murcia en cualquiera de sus aspectos.
Premio dotado de 1.200 € y Diploma acreditativo.
Premio donado por Cajamurcia.
- ⌘ **Tema segundo.** Premio “Dr. D. Manuel Serrano Martínez” del Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia.
Premio dotado con 1.000 € y Diploma acreditativo.
Premio donado por el Ilustre Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia.
Trabajo de libre elección sobre Odontología y Estomatología en la Región de Murcia.
Para tomar parte en este concurso será necesario estar Colegiado o habilitado en cualquier colegio de Odontólogos y Estomatólogos de España, presentando certificación de su colegiación en la plica correspondiente.
- ⌘ **Tema tercero.** Premio “Enrique Gelabert” Del Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.
Premio dotado de 1.000 € y Diploma acreditativo.
Trabajo de libre elección sobre Farmacia.
- ⌘ **Tema cuarto.** Premio “Doctor Pedro Alonso Carrión”.
Premio dotado de 1.200 € y Diploma acreditativo.
Premio donado por la Ilma. Sra. D^a. Pilar Cáceres Hernández-Ros, viuda del Ilmo. Dr. D. Pedro Alonso Carrión.
Trabajo sobre algún aspecto de la Historia de la Medicina o Farmacopea de la Región de Murcia.
- ⌘ **Tema quinto.** Premio del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia.
Premio dotado con 1.000 € y Diploma acreditativo.
Trabajo de libre elección sobre temas médicos.
- ⌘ **Tema sexto.** Premio Real Academia de Medicina
Premio dotado con 400 € y Diploma acreditativo.
Premio al mejor expediente de Licenciatura en Medicina correspondiente al curso 2013-2014.

Premios 2014

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

BASES GENERALES

1. Podrán tomar parte en esta convocatoria médicos y profesionales de ciencias afines.
 - Tanto el trabajo como el resumen deberán contener, los siguientes apartados:
 - Introducción.
 - Hipótesis y Objetivos.
 - Material y Métodos.
 - Resultados y Discusión.
 - Conclusiones.
 - Bibliografía.
2. Los trabajos serán inéditos, de investigación o revisión, redactados en español y no podrán haber sido objeto de otros premios.
3. Se presentarán el texto del trabajo y un resumen, en soporte papel por triplicado, y una única copia en soporte informático con formato pdf, siguiendo las siguientes instrucciones:
 - Papel A4, por una sola cara y con un interlineado de 1,5. Si se acompañan ilustraciones, irán incorporadas al texto. La extensión del trabajo deberá estar comprendida entre 25 y 35 folios (incluidas tablas y gráficos) a letra Arial 12 o equivalente. Paginado e indexado.
 - El resumen constará de un mínimo de 5 folios y máximo de 8, escrito en Arial 12, interlineado 1,5. Considerando que este resumen será publicado en los anales en caso de ser premiado, deberá ser lo suficientemente ilustrativo del trabajo en su globalidad. Paginado.
 - Los márgenes tanto para el resumen como para el trabajo serán: superior e Inferior 2,5 cm; derecho e izquierdo 3 cm.
5. El trabajo llevará un título ilustrativo de la tarea realizada y **no deberá aparecer el nombre de los autores** ni otros detalles que permitan conocer la autoría del mismo o de la institución en que ha sido realizado. El autor o autores y sus apellidos (sin iniciales o abreviaturas), con su domicilio particular y número de teléfono, así como Centro donde se haya realizado el trabajo, deberá incluirse en un sobre cerrado en cuyo exterior figurará escrito el título del trabajo.

6. Los premios serán entregados en la apertura del Curso Académico 2015 (enero de 2015). La Real Academia se reserva el derecho a declarar el concurso desierto. Igualmente, podrá desglosar el Premio en aquellos casos que así lo proponga el jurado, en Premio y Diploma de Accedit, igualmente podrá concederlo “ex aequo”.

En el remite se pondrá el título del trabajo, nunca alguna indicación que permita conocer la autoría.
7. El plazo límite para la recepción de los trabajos será el día **30 de octubre de 2014**. La resolución del premio se llevará a cabo el día 18 de diciembre de 2014 durante el 4º Pleno ordinario del año 2014.
8. La Real Academia se reserva el derecho de publicar o no los trabajos premiados, según dictamine el Comité de Publicaciones, en todo caso el resumen será publicado en los Anales del año 2014. El/La autor/a no podrá publicarlo sin autorización de la Academia.
9. Los trabajos se dirigirán a la Ilma. Sra. Secretaria General de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia siendo remitidos a la siguiente dirección bien por correo certificado o mediante entrega personal:

Ilma. Sra. Secretaría General.
Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.
Plaza Preciosa s/n. 30008 Murcia.

Cada trabajo sólo podrá presentarse a uno de los premios. Los autores elegirán el premio al que optan, indicándolo en el sobre mediante una de las leyendas correspondiente al premio elegido.
10. El incumplimiento de cualquiera de las cláusulas anteriores implicará la retirada del trabajo dentro del proceso de selección. Se reitera que todo el proceso debe garantizar el anonimato.
11. Los Académicos de Número, ni sus familiares en primer grado de parentesco, no podrán concursar en estos premios.
12. Los Premiados el año anterior o el precedente no podrán presentarse a ningún premio de la Real Academia en esta edición.
13. Los originales no premiados podrán retirarse hasta el día 30 de marzo de 2015, pasada tal fecha serán destruidos.
14. Las dudas que puedan presentarse en relación a los apartados anteriores se resolverán por la Junta de Gobierno de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.
15. Las bases de esta convocatoria podrán consultarse a través de la página web <http://www.ramemur.com/>
16. La participación en la Convocatoria de los Premios 2014 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia implica la plena y total aceptación de estas bases por parte de los participantes.

Sesión inaugural del Curso 2013

En Murcia siendo las 19,30 horas del día 31 de enero del año 2013, se reunió esta Real Academia en Sesión Extraordinaria y Solemne, para celebrar el acto de apertura del Curso Académico del año 2013.

Presidió la ceremonia el Excmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate, Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de esta

Capital, el Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo Alborno, Vicepresidente del Consejo de Academias de la Región de Murcia y la Secretaria General de la Real Academia de Medicina Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.

En las primeras filas tomaron asiento las autoridades militares que acudieron Tenien-



Acompañaron a la Mesa Presidencial en el estrado, por orden de izquierda a derecha, los siguientes académicos: Emilio Borrajo, José Antonio Ruipérez, Máximo Poza, Guzmán Ortuño, Carlos Sprekelsen, Alejandro López Egido, Carlos Ferrándiz y Félix López Hueso.

te Coronel D. José Francisco Terol de la Academia General del Aire y el Jefe Superior de Policía de Murcia, D. Cirilo Durán Reguero.

En lugares preferentes tomaron asiento los Académicos Numerarios, Ilmos. Sres. D. Enrique Viviente López, D. José Luís Villarreal, D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo, D. Félix López Hueso, D. Antonio Martínez Hernández, D. Manuel Segovia Hernández, D. Faustino Herrero, D. Manuel Fuentes y D^a. Rocío Álvarez .

En las primeras filas se encontraban representantes de las Reales Academias de la Región de Murcia, Excmo. Sr. D. Antonio Reverte Navarro, Presidente de la Real Academia de Legislación y Jurisprudencia, Excmo. Sr. D. Francisco Marín Hernández, Director de la Real Academia de Bellas Artes Sta. María de la Arrixaca Academia de Farmacia de la Región de Murcia, Sta. María de España, Iltre. Colegio Oficial de Médicos, Ilmo. Sr. D. Rodolfo Castillo Wandosell, Ilma. Sra. Doña Isabel Tovar Zapata, Iltre. Colegio Oficial de Farmacéuticos, Ilmo. Sr. D. Oscar Castro Reino, Presidente del Iltre. Colegio Oficial de Odontólogos y la Ilma. Sra. Doña Pilar Cáceres Hernández-Ros, Viuda del Dr. Alonso Carrión para hacer entrega de los premios..

Abierta la Sesión por el Excmo. Sr. Presidente se concedió la palabra a la Secretaria General, que tras saludar a las autoridades y público asistente, dio lectura a la Memoria del año anterior.

A continuación se concedió la palabra al Excmo. Sr. D. Guzmán Ortuño Pacheco quien realizó el *in memoriam* sobre el Excmo. Sr. D. Antonio Díez Bautista, Académico de Erudición.

Posteriormente se procedió a la entrega de los premios de investigación correspondientes al año 2012.

A continuación tomo la palabra el Excmo. Sr. D. Máximo Poza Poza, encargado de dar lectura al Discurso Doctrinal titulado “Dilemas Éticos en mi profesión”. Seguido de gran interés por el público asistente, mereciendo un prologando aplauso.

Seguidamente tomó la palabra el Presidente Excmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate, agradeciendo a todos su asistencia y felicitando a los premiados.

En nombre de S. M. el Rey D. Juan Carlos I, queda inaugurado el Curso Académico 2013 de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

A continuación fue levantada la Sesión.

Memoria del Curso 2013*

✿ **María Trinidad Herrero Ezquerro** ✿

Secretaria General de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Con la venia Sr. Presidente,
Sr. Director General de Universidades,
Excmo. Sr. Presidente
de la Real Academia de Veterinaria,
Excmas. e Ilustrísimas Autoridades,
Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos.
Señoras y señores.*

Siguendo las indicaciones del Excmo. Sr. Presidente, y de acuerdo con lo establecido el precepto estatutario, artículo 30.5, nos corresponde como Secretaria redactar la Memoria que comprenda el resumen de las actividades en las que se ha ocupado la Real Academia durante el año precedente. Es para mí un honor exponer concisamente las actividades que esta Real Academia ha efectuado durante el curso académico previo que comenzó el día 31 de enero del año 2013.

Sesiones necrológicas

Antes de comenzar la lectura de la memoria, permítanme que haga mención a la irreparable pérdida de nuestra institución en este curso académico ya que hemos sentido el fallecimiento de dos de nuestros Académicos más queridos: el Ilmo. Profesor D. Lorenzo Abad y el Ilmo. Sr. D. Fernando Crespo. Lorenzo y

Fernando eran dos personas entrañables, grandes profesionales, doctos y cultos, y sobre todo buenas personas. Parafraseando a Aristóteles: “Pensaban como piensan los sabios, mas hablaban como habla la gente sencilla”. ¡Qué suerte haberles conocido!. Gracias Lorenzo y Fernando. Descansen en paz.

Actividades de estudio, promoción de la salud y divulgación

Entre sus misiones, la Real Academia debe contribuir al estudio e investigación de las ciencias médicas y de la salud, y promover el conocimiento de los avances de la medicina. Además, la Real Academia debe rendir cuentas de su trabajo durante el año precedente a la sociedad murciana, por ser a ella, a la sociedad murciana, a quien debe su razón de servicio.

El curso se inauguró el día 31 de enero del año 2013 con sesión pública y solemne en un acto similar al de hoy, en el Salón de Actos del Museo Arqueológico. La lección magistral “*La infancia. Evolución de su concepto, su protección y su atención sanitaria especializada*” fue pronunciada por el Académico Numerario, Dr. D. Emilio Borrajo.

Durante el mes de febrero, la Real Academia reanudó sus tareas corporativas lo que se tradujo en una serie de actividades científicas y culturales que paso a resumirles a continuación.

* Leída el día 23 de enero de 2014, en la inauguración del curso de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Durante el año 2013 han tomado posesión como nuevos Académicos de Número tres nuevos Académicos:

- El día 12 de noviembre tomo posesión el Ilmo. Sr. Dr. D. Ginés Madrid García, con el sillón y medalla número 14 y la ponencia “La fascinación por la tecnología. Luces y sombras”. El discurso de contestación corrió a cargo del Ilmo. Sr. D. Faustino Herrero Huerta. Actuaron como padrinos los Ilmos. Sres. D. José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo y D. Manuel Segovia Hernández.
- El día 4 de diciembre tomo posesión el Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz con el sillón y medalla número 2 y la ponencia “La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la liberación clínica”. El discurso de contestación corrió a cargo del Excmo. Sr. D. José Ballesta Germán, Consejero de Industria, Empresa e Investigación. Actuaron como padrinos los Ilmos. Sres. Doña María Trinidad Herrero Ezquerro y D. Pedro Martínez Hernández.
- El día 11 de diciembre tomo posesión el Ilmo. Sr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco, con el sillón y medalla número 4 y con la ponencia “La Atención Primaria de salud en Murcia, historia de sus actores”. El discurso de contestación corrió a cargo del Ilmo. SR. D. José Antonio de la Rosa Pozuelo. Actuando como padrinos los Ilmos. Sres. D. Aurelio Luna Maldonado y D. Faustino Herrero Huerta.

Asimismo tomaron posesión como Académicos Correspondientes:

- El día 17 de mayo, el Dr. D. Juan Francisco Madrid con la conferencia “Publicar o

Perecer”, y fue presentado por la Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.

- El día 22 de mayo, el Dr. D. Jorge Tomás García con la conferencia “Imagen e imágenes del médico en la Grecia antigua”, y fue presentado por el Ilmo. Sr. D. José Antonio Villegas García.
- El día 23 de mayo, la Dra. D^a Encarnación Guillén Navarro con la conferencia “La genética en la medicina del siglo XXI”, y fue presentada por el Ilmo. Sr. D. Emilio Borrajo Guadarrama.
- El día 19 de junio, la Dra. D^a María de los Ángeles Ceballos Hernansanz con la conferencia “Instrucciones previas: una realidad legal, social y médica”, y fue presentada por la Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.
- El día 20 de junio, el Dr. D. Robert Pocklington con la conferencia “La toponimia murciana, testimonio vivo de su Historia” y fue presentado por el Ilmo. Sr. D. Tomás Vicente Vera.
- El día 4 de octubre, el Dr. D. Víctor Bautista Hernández, con la conferencia “Avances en cardiopatías congénitas”, y fue presentado por la Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.
- El día 13 de noviembre, el Dr. D. Francisco Esparza Ros, con la conferencia “El médico y el deportista roto”, y fue presentado por el Excmo. Sr. D. Pedro Guillén García.
- El día 14 de noviembre, el Dr. D. Juan Ramón Gimeno Blanes con la conferencia “Genética de la muerte súbita”, y fue presentado por el Ilmo. SR. D. Juan Antonio Ruipérez Abizanda.
- El día 22 de noviembre, el Dr. D. Antonio Abril Sánchez con la conferencia “Res-



María Trinidad Herrero Ezquerro, durante la lectura de la Memoria 2013.

ponsabilidad social de la farmacia. Consideraciones y perspectivas sobre el modelo solidario de distribución”, y fue presentado por el Excmo. Sr. D. Máximo Poza Poza.

–El día 28 de noviembre, el Dr. D. José López González con la conferencia “Revista de Tisiología y especialidades (1919-1926), pionera en España, fuente para el estudio de la lucha antituberculosa en Murcia”, y fue presentado por el Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo.

–El día 29 de noviembre, el Profesor D. Augusto Claudio Cuello de la Universidad McGill de Canadá con la conferencia “El factor de crecimiento nervioso en la patología de la enfermedad del Alzheimer”, y fue presentado por la Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.

–El día 20 de diciembre, el Dr. D. Pedro Jesús Saturno con la conferencia “Tendencias actuales en la gestión de la calidad en salud”, y fue presentado por la Ilma. Sra. D^a María Trinidad Herrero Ezquerro.

Durante el año 2013 varios señores Académicos ocuparon la tribuna de la Academia para impartir conferencias:

El 7 de febrero, el Dr. D. Rafael Leal Adán, especialista en radiología y Académico Correspondiente, disertó sobre “De la mano de Bertta a la imagen volumétrica”.

La segunda semana de marzo, durante la VIII Conmemoración de la Semana del Cerebro, disertaron los Dres. D. Francisco Toledo Romero, Académico Correspondiente sobre “Las caras de la personalidad”, y la Dra. Doña María Trinidad Herrero Ezquerro, Académica de Número y Secretaria general de la institución que explicó las nociones de Neuro-marketing: como pensamos, como decidimos.

El 21 de marzo, el Dr. D. Máximo Poza Poza, Presidente de Honor de la Real Academia de Medicina de Murcia, impartió una conferencia sobre el “Gasto sanitario”.

El 9 de mayo el Dr. D. Pascual Parrilla Paricio, Académico de Número, nos ilustró sobre “Cirugía laparoscópica, 25 años después ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos?”

El 10 de mayo el Dr. D. Carlos Ferrándiz Araujo, Académico de Número y Bibliotecario-Archivero departió sobre “Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. Libro del Bicentenario”.

El 6 de junio, el Dr. D. Enrique Viviente López, Académico de Número, impartió la conferencia “Pasteur y la vacuna anti-rábica”.

Ciclos de conferencias

A lo largo del año 2013 se han sucedido diferentes ciclos, encuentros y conmemoraciones relacionadas con la salud y con la sanidad entre las que destacamos:

Durante la segunda semana de marzo se celebró la VIII Conmemoración de la Semana del cerebro en Murcia con el lema “Decido luego existo” organizada por la Ilma. Sra. Doña María Trinidad Herrero. El primer día se entregaron el primer Premio y el accésit del VIII Concurso de carteles de la Semana del Cerebro, con el patrocinio de la Fundación Hefame.

El Ilmo. Sr. D. Pedro Martínez Hernández coordinó las Mesas Redondas organizadas conjuntamente con la Academia de Farmacia Sta. María de España de la Región de Murcia. La primera el 18 de abril con el título de “Los test de laboratorio a la cabecera del enfermo (POST)” en la que participaron los Dres. D. Pedro Martínez Hernández, Doña Ana Martínez López de Castro, y D. Manuel Pérez Ayala. La segunda el 30 de mayo con el título de “El laboratorio clínico en el diagnóstico genético” en la que participaron los Dres. D. Pedro Martínez, Doña María Martínez Villanueva, Doña Ana Sarabía Meseguer y D. Francisco Ruiz Espejo.

De marzo a mayo de 2013, se desarrolló el ciclo conferencias de Medicina Familiar y Comunitaria, organizado por el Académico Correspondiente Dr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco. El ciclo comenzó el 5 de marzo con la conferencia del Dr. D. Abel Jaime Novoa Jurado, que habló de “La prescripción inducida”. El 16 de abril, la Dra. D^a Verónica Casado Vicente lo hizo sobre “El nuevo MIR. La troncalidad” y, el 21 de mayo, el Dr. D. Juan de Dios González Caballero disertó sobre “El paciente polimedcado”.

En colaboración con el Instituto Tomás Pascual y la Real Academia de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales, se realizó el ciclo de cuatro conferencias científico divulgativas “Ciencia para todos” coordinadas por la Ilma. Sra. Doña María Trinidad Herrero Ezquerro con la concurrencia de cuatro catedráticos Académicos Numerarios de la Real Academia Nacional de Ciencias Exactas, Físicas y Naturales. El día 15 de abril: Elementos químicos, moléculas y vida a cargo de D. Ernesto Carmona Guzmán. El día 6 de mayo: De genes, genomas y epigenomas a cargo de D. Luís Franco Vera. El día 28 de mayo: Etiquetar la biodiversidad con un código de barras de ADN ¿es el futuro? Por Doña Ana Crespo de las Casas. Y el día 13 de junio: El genoma, la vida y las enfermedades a cargo de D. Carlos López Otín.

En colaboración con la Fundación Caja-Murcia, organizado por la Ilma. Sra. Doña María Trinidad Herrero Ezquerro se inició el ciclo de mesas redondas y coloquios de “Medicina y Cine” celebrado en el centro Cultural “Las Claras” coincidiendo con la conmemoración de los días mundiales de las patologías a comentar:

El día 28 de octubre: se proyectó la película

Alguien voló sobre el nido del cuco y el coloquio giró en torno al tema de enfermedades mentales.

El día 2 de diciembre: se proyectó la película Filadelfia y el coloquio se centró en el SIDA y el virus de la inmunodeficiencia humana.

El día 18 de diciembre: se proyectó la película Gaby: una historia verdadera, y el coloquio analizó la situación real de las personas con discapacidad física y psíquica., sus familias y las ayudas sociales.

Los premios de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia del año 2013 fueron otorgados el día 19 de diciembre: (en aras de la brevedad no se los relato ahora porque se los presentaré en el acto siguiente)

Tema primero: Sociología de la Medicina en la Región de Murcia en cualquiera de sus aspectos. Patrocinado por Cajamurcia. El premio quedó desierto.

Tema segundo: Premio Dr. D. Manuel Serrano Martínez, del Iltre. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia. El premio se concedió al trabajo titulado “*Estudio sobre la eficacia ácido alfa-lipoico en el síndrome boca ardiente*” cuya autora es la Dra. D^a. Pía López Jornet y la colaboradora: D^a Susana León Espinosa.

Tema tercero: Premio Enrique Gelabert del Iltre. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia. El premio se concedió al trabajo titulado “*Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales relacionadas con la variabilidad interindividual en la respuesta a*

anti-TNF en pacientes con Artritis Reumatoide y Espondilitis Anquilosante” cuya autora es D^a María José Morales Lara.

Tema cuarto: Premio Dr. Pedro Alonso Carrión a un trabajo sobre algún aspecto de la Historia de la Medicina o Farmacopea de la Región de Murcia, patrocinado por la Ilma. Sra. Dña Pilar Cáceres Hernández-Ros. El premio se concedió al trabajo titulado “*Los baños de la Fortuna de Murcia, en el año de 1819, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz*”, cuya autora es Dra. D^a Paloma Ruiz Vega.

Tema quinto: Premio del Iltre. Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia. El premio se concedió al trabajo titulado: “*Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador, tras cirugía por cáncer de mama, en la Región de Murcia*”, cuya autora es la Dra. D^a Ascensión Sánchez Fernández y colaboradoras D^a María Dolores Pérez Cárceles y D^a María Noemí del Cerro Álvarez.

Tema sexto: Premio Real Academia de Medicina al mejor expediente de la Licenciatura en Medicina de la Universidad de Murcia correspondiente al año académico 2012-2013, que recayó en el recién graduado D. Álvaro Conesa Guillén.

Los Sres. Presidente (D. Emilio), Vicepresidente (D. Manuel) y Secretaria General (María Trinidad) han visitado a las autoridades de la Región de Murcia, (al señor Presidente de la Comunidad Autónoma, a la Sra. Consejera de Sanidad, al Sr. Consejero de Universidades y al Director General entre otras).

Como hecho singular, durante el año 2013 se han modificado los estatutos de la Real Academia de Medicina de Murcia que fueron aprobados en el Pleno Extraordinario de 27 de junio, aprobados de igual modo en el Consejo de Academias de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia el día 14 de octubre, y por el Consejo de Gobierno el día 27 de diciembre y publicados en el Boletín Oficial de la Región de Murcia el día 31 de diciembre de 2013.

Como ustedes han podido percibir la actividad de la Real Academia de Medicina en este año 2013 ha sido prolífica. La Junta de Gobierno, y en concreto la que les informa, no habría podido desarrollar esta tarea sin el quehacer cotidiano de Doña María Dolores Vicente Riquelme cuyo trabajo constituye un apoyo impagable. Su dedicación y lealtad a nuestra institución no tiene límites.

Asimismo, deseo desde esta tribuna agradecer a todas aquellas personas e instituciones que han colaborado y colaboran cada año con la Real Academia y que incluso estos años de amarguras económicas apoyan nuestras actividades. Con especial énfasis a la Consejería de Universidades, a la Fundación HEFAME, a la Fundación CajaMurcia, al Ministerio de Educación y a la Dirección de Universidades e Investigación de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Este año me permito una especial mención a la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia, en especial a su Director D. Juan Pedro Serna y a D. Carlos Pallarés, porque realizan una labor encomiable al grabar todos los actos públicos de la Real Academia de Medicina.

Permítanme que a título personal agradezca y muestre mi respeto públicamente a

todos los Sres. Académicos de Número que han asistido a tantas Sesiones Plenarias Ordinarias y Extraordinarias (7 en total, cuatro plenos ordinarios y 3 plenos extraordinarios) que con sus sugerencias, aliento y participación activa han enaltecido las acciones de la Real Academia en el año 2013. Asimismo, he de reconocer con gran aprecio el amparo que he tenido por parte de los miembros de la Junta de Gobierno que se ha reunido en 8 ocasiones: el Sr. Presidente, D. Manuel Clavel, D. Tomás Vicente, D. José Antonio Nuño de la Rosa, D. Emilio Martínez, D. José Antonio Villegas y D. Carlos Ferrándiz. Todos ellos, con gran responsabilidad han aportado iniciativas sensacionales en base a su misión en la Junta.

Con esto concluyo el informe y memoria de la ingente labor, que en base a nuestros cometidos estatutarios, hemos llevado a cabo en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia durante el año 2013. El trabajo ha sido intenso a pesar de los tiempos precarios. La ilusión y el compromiso no ha dejado lugar al generalizado desánimo que ha provocado la crisis. Deseo agradecer a todos los autores de los Anales de la Real Academia de Medicina de Murcia del año 2013 y les anuncio que esperamos disponer de los ejemplares en unas semanas y los tendrán a su disposición. En ellos encontrarán los textos íntegros de las actividades científicas, las conferencias, reuniones y de los discursos que han tenido lugar en este año ya acabado.

Anhelamos que en el año 2014 se cumplan las expectativas y los mejores augurios. La esperanza de lo positivo que está por venir nos socorre para hacer nuestro cometido día a día con ilusión, trabajo y espíritu constructivo. Porque “por muy larga que sea la tormenta,

el sol siempre vuelve a brillar entre las nubes” (Khalil Gibran), y una institución bicentenaria como a la que pertenecemos ha visto pasar periodos muchos mas difíciles de lo que nos está tocando vivir en la actualidad. Nuestros colegas, nuestros antepasados supieron seguir adelante por lo que ellos deben ser nuestra inspiración, imagen y fortaleza. Parfraseando a Confucio, no importa cuán lento vayas, lo importante es nunca detenerse.

Sr. Presidente, Sres. Académicos concluimos aquí el resumen de las actividades desarrolladas por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia durante el curso académico 2013, de lo cual como Secretaria de esta bicentenaria institución doy fe.

'La infancia. Evolución de su concepción, su protección y su atención sanitaria especializada'

✿ Emilio Borrajo Guadarrama ✿

Académico de Número

Exmo. Sr. Presidente
Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.

I. Introducción

Nos corresponde, por el riguroso turno que fijan nuestros estatutos, pronunciar el discurso de Apertura de Curso del presente año 20013. Habiéndonos dejado el Prof. Rodríguez López y el Dr. Quiles Mora, que fue quien me propuso para entrar en esta docta Institución, soy el único académico que tiene la honrosa misión de representar a la Pediatría. Por ello, necesariamente, mis palabras van a estar relacionadas con esta especialidad. La Pediatría, etimológicamente, se ocupa de las enfermedades de los niños, de su diagnóstico, tratamiento y su prevención. Pero yo desearía esta noche ocuparme, no de sus enfermedades, sino del sujeto de esta especialidad, los propios niños, hacer unos comentarios sobre los conceptos de infancia y adolescencia, la evolución histórica de su educación, su protección y el estado actual de su atención sanitaria especializada. El *niño*, la *niñez*, la *infancia*, lo *infantil*, son términos no en todo superponibles, lo cual en ocasiones, ha dado origen a errores y, alguno de ellos, que se perpetúa a lo largo de los años. Por citar un paradigma, en 1850 se publica-

ban una de las primeras estadísticas sanitarias, en Inglaterra y País de Gales, y entre ellas se incluía la "*infancy mortality rate*". Que en español, en las publicaciones demográficas de principios del siglo pasado, se tradujo literalmente como "tasa de mortalidad infantil". Y así ha quedado aceptada, por cierto, considerada universalmente, como "el parámetro más fiel para valorar las condiciones higiénico sanitarias de un pueblo". Tasa que citaré en algún momento de esta exposición.

Quien no esté versado en demografía sanitaria, interpretará, con lógica, que la "*mortalidad infantil*" debe referirse a la "*mortalidad en la infancia*", atendiendo a la definición que de este vocablo hace el Diccionario de la R.A.E.: "Infantil": 1) "*Perteneciente o relativo a la infancia*" y, 2) "Infancia", como: "*Período de la vida humana desde que se nace hasta la pubertad*" y "*Conjunto de los niños de tal edad*". Y, quien pensara con lógica, traduciendo "*infancy*" por infancia, se equivocaría, porque esta tasa se refiere, no a la mortalidad de la "infancia", sino, exclusivamente, a la mortalidad del "primer año de vida", por cada mil nacidos vivos. Y es que, quien la tradujo del inglés, no seguía los sabios consejos de Balmes, en su Criterio, cuando dice, que "*nunca será excesivo el cuidado que pongamos en fijar con exactitud el alcance de nuestras palabras*". Porque cuando se consulta la

Enciclopedia Británica, define “*infancy*”, como “*el período de la vida entre el nacimiento y la adquisición del lenguaje, aproximadamente uno o dos años mas tarde*” (“*The period of the life between birth and the acquisition of language approximately “one no two years later”*). Efectivamente, en las revistas y tratados de Pediatría en inglés, cuando hablan de “*infancy*” se refieren, no a la “infancia” en general, sino exclusivamente a la “primera infancia”, al “lactante”.

Así se explica que Kofi Annan señalara en su Informe del Milenio⁽¹⁾, como uno de los ocho objetivos propuestos, el de “*rebajar la tasa de mortalidad infantil y de la niñez*”, lo cual, en castellano, es una absoluta redundancia.

A mayor abundamiento, otros términos como “jardín de infancia”, los *kindergarten*, creados por Friedrich Fröbel en 1837, y extendidos por todo el mundo, abarcan la educación de niños pero, según el país, el límite varía de 2 a 7 años. En España, los “jardines de infancia” forman parte de la “educación preescolar”, es sinónimo de “guardería”, incluyendo niños de 0 a 3 años.

La definición etaria del término “infancia”, según los diferentes enfoques se admiten unos límites distintos. En Biología –“fin de la pubertad”–, la R.A.E., ya lo hemos dicho, lo mismo, “del nacimiento a la pubertad”. La ley tiene una serie de conceptos relacionados, que no es este el lugar de definir, como “edad de consentimiento sexual” (extrañamente en España son los 13 años), “edad de mayoría sexual”, “edad de responsabilidad criminal”, etc., etc., que pueden tener importancia en relación con el Código Penal o la Ley del Menor, pero que, para lo que estamos comentando, no nos interesa. Quizá la “mayo-

ría de edad se acercaría más a lo que es el fin de la infancia, ya que es una condición para determinar la plena capacidad de obrar de la “persona”, entendiendo por tal, “todo miembro de la especie humana susceptible de adquirir derechos y contraer obligaciones”. En España, junto a casi todos los miembros de la Unión Europea, serían los 18 años. Finalmente, la Convención Universal de los Derechos del Niño, de la que nos ocuparemos después, admite como tal, también, hasta los 18 años.

Cuando el diccionario de la R.A.E., definía como *infancia*, “la época que abarca desde el nacimiento hasta la pubertad”, cuyo final, se entiende, es el paso a la edad adulta, deberíamos aceptar que biológicamente, la “niña” es “mujer”, unos dos años antes, que el “niño” es “hombre” (en el sentido de mujer o varón adultos), es decir, con este criterio, la infancia duraría un par de años más en el niño, que en la niña. Pero si nos adentramos en la patología, la definición con criterios exclusivamente biológicos puede conducir a resultados absurdos. Un niño o niña, con una “pubertad precoz” o “adelantada” (hecho no muy raro en la actualidad), acaba siendo biológicamente un adulto, incluso con capacidad de reproducción a una edad en la que, intelectual, psicológica y socialmente, sigue siendo un niño, o una niña. El 14 de mayo de 1939, en un hospital de Pisco (Perú), nació Gerardo Medina. Lo especial de Gerardo es que fue hijo de la madre mas joven de la cual se tiene registro en la historia de la Humanidad: Lina Medina tenía entonces 5 años, siete meses y 21 días. Tuvo pubarquía a los 3 meses y menarquía a los dos años y ocho meses. Nosotros tuvimos un paciente, ejerciendo en Valencia, que fue un adulto biológico a los 5 años. ¿Alguien puede dudar que cuando Lina,

o este niño, biológicamente, fueron mujer y hombre dejaron por ello de ser niños? Como inciso: hoy en día la medicina puede solucionar fácilmente este problema.

La “niñez”, los “niños”, han existido siempre, pero al intentar un abordaje bibliográfico de esta situación desde la historia, sorprende constatar que, hasta tiempos muy recientes, la *infancia* como grupo social, no ha existido. La historia la ha ignorado. Sabemos de las batallas de los pueblos, de sus tratados, de los jefes, reyes o emperadores, de sus diferentes dinastías, de sus enlaces, incluyendo en alguna ocasión niños –pero solo por su condición de príncipes herederos–. El considerar este período de la vida humana, la *infancia*, como grupo socialmente trascendental e importante, hace apenas 200 años. Y que fuera objeto de investigación historiográfica, solo desde mediados del siglo pasado. Es Amnistía Internacional quien habla de la “invisibilidad de la infancia”, cuando dice: “Históricamente, la infancia fue invisible. El hilo conductor de las crónicas históricas son las grandes batallas y los grandes personajes. La vida cotidiana y doméstica y, por lo tanto, también la infancia, hasta muy recientemente; en general, no han sido temas de interés. En las crónicas históricas ya hemos dicho que cuando aparece algún menor es un príncipe o una princesa. El resto de la infancia no existe” (2).

Sin embargo, a pesar de numerosos debates intelectuales sobre la definición de la infancia, siempre ha habido un criterio ampliamente compartido: que “la infancia implica un espacio delimitado y seguro, separado de la edad adulta, en el cual los niños y las niñas pueden crecer, jugar y desarrollarse”. En la Convención Universal sobre los Derechos de la Infancia, aprobada por la

Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989, ratificada por España en Nueva York, el 26 enero del año siguiente, y que entró en vigor el 2 de septiembre del mismo año, aunque parte de la consideración de “niño”, como “cualquier persona menor de 18 años”, aparece una nueva definición de la *infancia* basada, no en la edad, ni en la biología, sino en los derechos humanos. Es el primer tratado internacional de derechos humanos que combina, en un instrumento único, una serie de normas universales relativas a la infancia y el primero en considerar los derechos de la niñez como una exigencia con fuerza jurídica obligatoria.

Atendiendo a lo que llevamos dicho, ya podemos aclarar la confusión entre la concepción de la *infancia* como hecho biológico, natural, la niñez y su concepción como hecho social, la *infancia*. Esta confusión ha promovido, justamente, su invisibilidad a lo largo de la historia. En tanto consideremos a la infancia sólo como una categoría etaria, biológica, estaremos mirando a los niños y a los adolescentes como seres individuales y como seres en formación para un futuro. Estaremos mirando “niños”, pero no estaremos viendo la infancia como una categoría social con igual representatividad y peso económico y cultural que otras categorías, entre ellas, la de los adultos. Igualmente y más recientemente, ocurre con la categoría social de los “adolescentes”, que comentaremos después, Y por este subterfugio, les estaremos escatimando sus derechos y sus responsabilidades(3).

¿Qué entendemos entonces por *infancia* y *adolescencia*? Hemos aclarado que la *niñez*, es esa etapa de la vida en la que el ser humano se produce como sujeto en proceso, caminando desde la heteronomía absoluta, que

depende totalmente de los demás, que va desarrollando una autonomía progresiva, hasta alcanzar el máximo de sus capacidades y potencialidades, como *persona*.

El inicio del interés por la historia de la infancia hemos de atribuirlo a dos historiadores franceses: Marc Bloch, y Lucien Febvre. El primero, de origen judío pero nacido en Francia, escribió *Introducción a la historia*, una reflexión acerca del método historiográfico, que se ha convertido en una referencia para los historiadores sociales actuales. Fundaron en 1929 la publicación *Annales d'histoire économique et sociale*, alrededor de la cual cristalizó la llamada *Escuela de Annales*, de enorme importancia, ya que revolucionó la historiografía del siglo XX, lo que se denominó "*historia total*". En los años 30, Febvre publicó numerosos estudios sobre el tema. La Segunda Guerra Mundial interrumpió su trabajo, y muerto su amigo y colega –asesinado por los nazis en 1944–, se convirtió en el hombre que dirigió la *Escuela de Annales*. Su mejor discípulo Fernand Braudel, se encargó posteriormente de esta publicación. Sus indicaciones de método estaban dirigidas a reconstruir esa "*historia total*" que tuviera en cuenta las transformaciones materiales de las condiciones de vida de las clases inferiores y no sólo los acontecimientos políticos y las ideologías de los sectores dominantes.

Fue precisamente esta revolución historiográfica la que condujo a una valorización de la infancia como objeto de investigación histórica y a producir la primera obra significativa de historia de la infancia, la de Philippe Ariès, *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen* (llamado así al período anterior a la Edad Moderna), publicada en 1960⁽⁴⁾, es decir hace solo 52 años, y de la que siguen

apareciendo nuevas ediciones. Estudió la nueva relación que se establece entre niños y padres, entre el siglo XVI y el siglo XVIII, particularmente en Francia y, aún antes del *sentimiento de infancia*, surgido a partir del siglo XV en Europa. Todo ello merced a investigaciones desarrolladas con las indicaciones de la revista *Annales*. Situar el punto de partida de la concepción de la *infancia* en la Edad Moderna, es decir del s.XV al s.XVIII y, si tomamos como hito de su fin, la Revolución Francesa (1789), es decir prácticamente el s.XIX, no es arbitrario y se lo debemos no solo al citado Philippe Ariès, sino también a otros grandes pensadores del tema como Jens Qvortrup, o Göran Therborn, cuando se produjo un cambio de paradigma, en la concepción de la infancia. Más aún, se ha dicho: "...la *edad moderna* 'descubrió' la infancia. "Descubrir" en el sentido preciso que informan los diccionarios: "*Manifestar lo que estaba oculto*". Para estos autores, este siglo XVIII o alrededor de él, se "destapó lo que estaba tapado". ¿Qué era "lo tapado, lo oculto"? Digamos mejor, con Trisciuzzi y Cambi, que hasta la Edad Moderna la vida de niños y adolescentes perteneció en lo que ellos denominan: "*las estructuras profundas de la historia*"⁽⁵⁾. Según estos autores, Estado y Escuela son las dos grandes instituciones que hacen emerger a la infancia de estas "*estructuras profundas de la historia*".

La intervención del Estado, sobre la *infancia*, hace efectiva la Escuela como espacio privado de ella, sustrayéndola de la familia y de la comunidad, en vistas a una socialización diferente, más uniformizante, en pos de su formación y disciplinamiento futuro. En el siglo XIX, el Estado interviene para limitar el trabajo infantil, entendiéndolo, amén de otras razones, como el mayor obstáculo para la

escolarización. La escuela pasa a ser el ámbito por excelencia de la *infancia*, aunque no de toda ella. Y, por otra parte, la intervención del Estado incorpora también la figura del *niño* y del *adolescente* en el Derecho, creando para él, cuerpos jurídicos específicos, códigos, tribunales, instituciones asilares, etc.

La tesis de Philippe Ariès, considerada pionera en la materia, y aunque muy criticada por sus sucesores, ha tenido gran influencia hasta nuestros días. Se enmarca en una corriente de revalorización de la época medieval, período comúnmente asociado a oscuridad e ignorancia, pero que de acuerdo a investigaciones de historiadores como el propio Ariès, se caracterizó por una rica vida comunitaria con altos niveles de participación en la vida pública. Ya hemos señalado, que opta por una investigación que atendía, no a los grandes eventos de la historia, sino al entramado social existente a nivel popular y cotidiano, sobre el cual se producen dichos eventos. Establece una relación entre la “*historia de la educación*” y la “*historia social*”. En ese marco comunitario, los niños hasta entonces no eran percibidos como una categoría específica, diferente, y pasaban de un período relativamente breve de estricta dependencia física, a ser socializados directamente en el mundo adulto a través del contacto con la comunidad.

En esa época existían *niños*, pero no *infancia*, entendida, como estamos comentando, como conjunto social. Aunque paradójicamente estos niños gozaban de mayor libertad antes que tras la invención de este término. A partir de ese momento, la preparación de los niños para entrar en la vida comunitaria no dependerá de una socialización por inmersión en la familia y en la propia comunidad, sino de la Escuela que se convierte en un

elemento central, por cuyo descubrimiento la *infancia* pagó un precio bastante alto, el de su control mediante instituciones, normas, mecanismos específicos y, en definitiva, la creación de un régimen especial para ella. En la Escuela de la Edad Media convivían niños de diferentes edades con adultos y, en ese momento, pasa a ser el espacio propio de los niños y jóvenes, exclusivamente diseñado para ellos. Lugares en los que los niños gozaron de una libertad bastante menor que la que habían disfrutado antes de su “descubrimiento” y, al mismo tiempo, se les asignaron roles específicos, diferentes del resto de las personas.

Las fuentes a las que acude Ariès para fundamentar sus planteamientos son bastante heterodoxas, consistiendo principalmente en un análisis del arte medieval y renacentista. Durante la mayor parte de la Edad Media la infancia no era considerada en el plano de las representaciones artísticas. Hasta el siglo XIII los niños eran representados como adultos en miniatura, sin rasgos ni vestimentas propios de un niño. A partir del siglo XIII comienzan a aparecer formas de representación pictórica de niños: ángeles, el niño Jesús y niños desnudos, que para Ariès demuestra la aparición de sentimientos iniciales hacia la infancia. En el s.XIV se aumenta con representaciones de la *infancia* de la Virgen y otros santos. En los siglos siguientes se amplía con representaciones laicas acompañando a adultos y, en el s.XVII, ya es usual la representación de niños solos. Al mismo tiempo valora la ropa que llevan los niños: al principio como la de los adultos pequeños y, al final, propia de niños. Igualmente valora el ambiente que los rodea y este siglo marcaría, según el autor, el comienzo de la nueva sensibilidad colectiva hacia la infancia. A partir de entonces dife-

rentes historiadores se han preocupado de la historiografía de la *infancia*, la metodología utilizada después ha sido diversa, lo cual ha dado origen a las críticas de unos a otros. Mencionaremos algunos autores cuyos estudios han trascendido universalmente: junto a Phillipe Ariès, podemos incluir a Lloyd DeMause, Linda Pollock, Lawrence Stoner y Hugh Cunningham.

Lloyd DeMause pertenecía a la Escuela Psicogénica norteamericana. En su obra *Historia de la infancia* de 1982⁽⁶⁾, plantea la “*teoría psicogénica de la historia*”, que pretendió aplicar métodos psicológicos a la investigación histórica mediante un análisis de la evolución de los sentimientos. Esta escuela, postula que “*la fuerza central del cambio no es la tecnología ni la economía, sino los cambios de la personalidad resultantes de interacciones de padres e hijos, en sucesivas generaciones*”. Cambios en los que la consideración de los adultos hacia los niños habría avanzado desde etapas de negación y violencia hacia los niños, hasta una relación cada vez más óptima y respetuosa con la infancia. Dice: “*Cuanto más retrocedemos en la historia más bajo es el nivel de la atención al niño y más probablemente hallaremos niños asesinados, abandonados, golpeados, aterrorizados y víctimas de abusos sexuales*”. En el plano de los sentimientos de los padres hacia sus hijos, DeMause (1991)⁽⁷⁾ distinguió seis etapas:

- 1) Infanticidio (antigüedad-siglo IV).
- 2) Abandono (siglos IV-XIII).
- 3) Ambivalencia (siglos XIV y XVII).
- 4) Intrusión (siglo XVIII).
- 5) Socialización (siglo XIX-mediados del XX).
- 6) Ayuda (se inicia a mediados del siglo XX).

Es así que una generación va superando a la otra, pero no siempre desaparece, pretendiendo explicar con ello la persistencia del maltrato a la *infancia*, que puede llegar al infanticidio, incluso en nuestros días, por esta persistencia de etapas históricas anteriores..

Ambas obras, la de Ariès y la DeMause, han sido duramente criticadas por otros historiadores, como Lawrence Stoner⁽⁸⁾, quien señala que los problemas que surgen al analizarlas se deben a que estudiaron a la *infancia* de forma aislada, ya que –según señala– para realizar este tipo de investigaciones se debe tomar en cuenta a la familia, que es la institución en donde interactúan no solo los niños, sino también los padres.

Linda Pollock⁽⁹⁾, en su libro *Los niños olvidados*, hace un repaso crítico de los autores anteriores y plantea un uso diferente y más riguroso de las fuentes que han utilizado. Considera que no está demostrado que los hechos del pasado, en los que se basan los autores para construir su tesis histórica, hayan correspondido a la conducta predominante en el común de la población. Ella prefiere utilizar fuentes más directas, tales como cartas, diarios de vida y autobiografías, y todas las utiliza de forma crítica, teniendo en cuenta los defectos inherentes a cada tipo de fuente, examinándolas en conjunto para tratar de llegar a una síntesis. La conducta normal de los padres hacia sus hijos ha sido siempre la de otorgar un cuidado adecuado. Solo estaría comprobado que *algunos padres del pasado carecieron del concepto de niñez, y algunos fueron también crueles con sus hijos*. (Pollock, 1990) y, únicamente en este sentido, la tesis histórica sería correcta. Lo que sí ha experimentado cambios en el tiempo es la existen-

cia de un discurso sobre la infancia, y el contenido del discurso, pero la conducta real de los padres hacia los hijos y la experiencia concreta de los niños y adolescentes no registran cambios tan dramáticos como los señalados por Ariès y DeMause. En todo caso, el análisis de Pollock, que escribió en los 80, se centra entre los años 1500 y 1900 y no alcanza a referirse a los cambios más recientes que son, precisamente, los más trascendentes.

Hugh Cunningham⁽¹⁰⁾, autor de *Children and Childhood in Western Society since 1500*, es uno de los investigadores más recientes sobre el tema y presenta la ventaja de distinguir con claridad lo que es la *historia de los niños*, y lo que es la historia de la infancia como concepto. Además, gran parte de su análisis se centra en cómo los cambios operados en la percepción de la infancia como concepto, se han producido, como acabamos de decir, sobre todo en el siglo XX, en la experiencia diaria de niños y niñas. Cunningham trata de mantener un equilibrio, teniendo en cuenta, por un lado, que ha existido una interacción entre desarrollo económico, políticas públicas y formas de imaginar el mundo y, por otro, lo que se piensa sobre la infancia y la experiencia de ser un niño. Refiriéndose a la contradicción entre las dos tesis principales, de Ariès y Pollock, Cunningham señala que, mientras el primero casi no analizó el siglo XIX, Pollock detuvo su análisis antes del siglo XX, siendo precisamente este siglo donde, repetimos, se han producido los cambios más rápidos, tanto en la conceptualización, como en la experiencia de la infancia. Cunningham aprecia una continuidad desde la Época Medieval, a los siglos XVI y XVII, marcada por el predominio del cristianismo.

En el siglo XVIII comienza a ser dominante una visión secular de la infancia y los niños y comienzan a operarse cambios significativos, tanto en la conceptualización de la infancia como en el trato hacia los niños. En particular, las visiones más influyentes fueron las de Locke y Rousseau, planteando la necesidad de formar hábitos y modelar la “*tabula rasa*” que cada persona era al momento de nacer, dando especial importancia a la educación (Locke), o considerando a la *infancia* como la etapa propia de la felicidad, (mito del “*buen salvaje*”) que se perdería por el contacto con el mundo adulto, planteando la consiguiente necesidad de protegerla instalando barreras, y dejando que los niños, sean niños (Rousseau)⁽¹¹⁾. Ambas visiones confluyen hasta el día de hoy en el pensamiento común sobre el tema.

La consideración de la *infancia* como etapa crucial de la cual dependería el futuro de las naciones y de la Humanidad, dio paso a intervenciones cada vez más fuertes del Estado, tratando de asegurar condiciones sanitarias mínimas, legislando en materia de trabajo infantil y asegurando la educación obligatoria. Al mismo tiempo, a principios de siglo, van surgiendo especializaciones profesionales relativas a la infancia, expertos en niños (pedagogos, pediatras, psicólogos infantiles, etc.). Por otra parte, desde comienzos del siglo XX se produce una disminución drástica en las tasas de mortalidad infantil. Los padres comenzaron a preferir tener menos niños y asegurarles un trato mejor, lo cual es, probablemente, según Cunningham, la transición más grande operada en la *historia de la infancia*.

En el presente, el elemento comunicación juega un papel primordial. Cunningham cita

a Neil Postman⁽¹²⁾, en el análisis de la relación entre la forma principal de comunicación, con el concepto ideal de *infancia*. Postman señala que con la invención de la imprenta surgió un sentido de *infancia*, ya que la lectura y escritura pasaron a ser habilidades centrales que debían ser enseñadas y entrenadas en una etapa específica que era la *niñez*, y en un lugar privilegiado, que era la Escuela. Para aprender a leer y escribir se necesitan atributos como la persistencia, la capacidad de concentración y atención, el mantenerse sentado y quieto, etc. En cambio, en una cultura audiovisual esas habilidades no son necesarias. Sumado a ello, la televisión ocupa un rol central en la conformación de los niños como consumidores de mercancías y se ha generado un mercado especializado en la infancia. En 1933, Disney vendió más de 10 millones de dólares en mercancías ligadas a personajes de sus producciones; a finales de los 80 obtuvo unos tres billones de dólares por licencias de sus personajes; datos señalados por Cunningham⁽¹⁰⁾. Los medios de comunicación se instalan en el espacio privado y generan brechas en la relación padres-hijos, socavando la autoridad parental.

Actualmente, la relación paterno-filial descansa cada vez menos en la imposición de la autoridad de los padres, y cada vez más en una especie de negociación entre padres e hijos. Esta negociación puede ser conflictiva a raíz de la proclamación de los *derechos de los niños*, los cuales podrían operar incluso en contra de sus padres, como de hecho ha dado origen a sentencias legales, más que discutibles. El pasado año leíamos en la prensa: *“La Audiencia Provincial ha impuesto una orden de alejamiento de dos años, a una madre que golpeó a su hija de once años. La hija no sufrió*

daños graves por la agresión materna. De hecho no llegó a acudir al médico para recibir tratamiento de lo ocurrido”. Es ilustrativo aclarar que fue la propia niña, quien formuló la denuncia.

Cunningham señala: *“La Convención de las Naciones Unidas sobre Derechos del Niño de 1989, no solo atiende a la protección del niño sino que también a su derecho a ser oído en cualquier decisión que pueda afectarlo o afectarla en su vida. La peculiaridad de fines del siglo XX, y la raíz de mucha de la actual confusión y angustia en relación a la infancia, es que un discurso público que señala que los niños son personas con derecho a un cierto grado de autonomía, lo cual choca con los resabios de la visión romántica de que el derecho de un niño es a ser niño”*.

El desarrollo del concepto *“adolescencia”*. Si la consideración del concepto de la *infancia*, como un grupo social diferenciado y objeto de la moderna historiografía hemos visto que tiene apenas 200 años, el concepto de la *adolescencia*, con personalidad biológica y social propia, es mucho más reciente. La mayor parte de las personas que estamos aquí lo hemos visto crecer y desarrollarse. Se trata de una creación cultural, un invento social (para algunos, *“un funesto invento”*).

Jóvenes, como niños, han existido siempre, pero *adolescentes*, solo los hay desde hace pocas décadas. El concepto es, en muchos sentidos, un producto de la modernidad, creado para definir un proceso de transición entre el joven y el adulto, donde antes solo había *niñez*, *juventud* y *edad adulta*. Hizo su aparición, especialmente, con el surgimiento del consumismo y la constatación de la gran capacidad consumidora de este grupo social que alcanzó su pináculo a lo largo

del siglo pasado. En 1999, Lucy Rollin⁽¹³⁾, publicó el libro *Cultura adolescente del siglo XX por décadas: una guía de referencia*, donde da cuenta de los hitos históricos de la aparición de la *adolescencia*, principalmente en Estados Unidos, (los *teenagers*). En cada capítulo establece cómo se conformando lo que hoy conocemos bajo este término. Década por década, ofrece una visión general de todos los aspectos de la vida de los adolescentes americanos desde 1900 a 1999 y su evolución a través del siglo XX. Libro imprescindible para responder a la pregunta de cómo los adolescentes vivieron durante cada período y cómo cada década ha influido hoy en la vida de ellos. Rollin reúne fuentes sobre la moda, el argot, el cine, la radio, la música, etc., y describe los patrones que han afectado a sus hogares, a su trabajo y a la vida de la Escuela. Tendencias sobre consumo de alcohol y drogas, uso de sexo, gustos de los adolescentes sobre libros y películas, uso de la jerga propia, sus modas, intereses y medios de comunicación de cada década. Ella confirma el gran impacto que la música rock ha tenido, desde la década de los 40.

Haciendo una breve síntesis de esta evolución, tal como la describe este libro, podemos decir que en las dos primeras décadas del comienzo de siglo, años 10 y 20, la adolescencia era el breve período entre el fin de la niñez y la entrada en la vida adulta, generalmente con el ingreso en la vida laboral. “Era la época del Gran Gatsby y del charlestón” y los años locos del *boom* económico. El joven empieza a adquirir importancia.

A esas décadas sigue la Gran Depresión de los años 30. En la década de 1940, las conversaciones giraban en torno a lo que ocurrió “antes y después de la guerra”, el gran impac-

to de la bomba atómica de Hiroshima, en agosto de 1945. En la posguerra volvió la euforia y el *boom* económico. Los adolescentes, de pronto, se vieron con un futuro que les ofrecía un incremento de sus posibilidades, en relación a lo que tuvieron sus padres. Destacaba la influencia musical de los *bobby soxers*. Es precisamente después de 1944 cuando comienza a hablarse ya de la “*cultura adolescente*”. En los 50, la atención pública se volcó decididamente hacia los adolescentes. La música significativa de esta época era la de los *beatniks*. La década siguiente, de los años 60 estuvo marcada por un hecho trascendente: un joven entusiasta y lleno de vida, John F. Kennedy, en 1961 asumía la presidencia de los EE. UU. entusiasmando a todo el mundo. Década del principio de los *beatels*. En la década de los 1970 se impone la cultura popular. Es el momento del advenimiento del *pop*, de los *hippies* y de las protestas por Vietnam. En la década de 1980 el novelista Doug Coupland introduce el concepto de la *Generación X*, que manifiesta lo que ha venido a ocurrir con una parte de esta generación marcada por la música, las drogas, la apatía política, el cinismo, y la rebeldía, expresada en todos los aspectos. Su poder consumidor es importante y la industria y la tecnología lo tiene en cuenta, manifestada a través de la música, los videojuegos, Internet, la ropa y lo que es mas importante, el mundo de la droga. A partir de los 90 esta cultura ya es un hecho, y ha sido motivo de múltiples estudios.

Es importante destacar que la *adolescencia*, es un momento trascendental en el ciclo de la vida, que hace eclosión con impulso revolucionario, pero es importante destacar también que este fenómeno ha sido simultáneo

con una evolución histórica de la Humanidad, en todas sus facetas: social, religiosa, industrial, tecnológica, científica y económica, de tal forma que, en pocos años, ha supuesto para la sociedad cambios que no habían tenido lugar en siglos. Los adolescentes asimilan y utilizan estos cambios meteóricos como parte integrante de sus actividades diarias: el *i-phon*, el *i-pad* o el *smartphone*, las consolas, los videojuegos, los ordenadores portátiles, etc. El uso generalizado que se hace de las redes sociales, con millones de intercomunicaciones a través de *twiteer*, *tuenti*, *facebook*, *meneame*, *blogger*, el *WhatsApp*, etc., y los movimientos de masas. La música, los conciertos, los grupos musicales, música en directo, o “bajándola de la red”. La reproducción, desde el vinilo, la cinta magnetofónica y los cassettes, a pasado a los CD, los DVD, el *bluray*, el *i-pod*, etc., etc.

Los jóvenes, sienten la enorme necesidad de sentirse aceptados, lo que supone, para la mayoría, seguir los patrones de la moda que, a su vez, suelen ser los aceptados por sus iguales⁽¹⁴⁾. La uniformidad a la que poco a poco, jóvenes y no tan jóvenes, son convocados por el mercado. “*No pretenderás que lleve unos vaqueros anticuados y roñosos como los tuyos*”, decía un adolescente a su padre, ante la recriminación que éste, a su vez le hace, por usar pantalones vaqueros rotos y enseñar los calzoncillos⁽¹⁵⁾.

Si lo que llevamos dicho es importante, desde el punto de vista sociológico, hay que tener en cuenta otro hecho trascendental: que todos estos cambios de la industria y la tecnología, acaecen en un contexto social, también irreconocible hace pocos años. Asistimos a profundas transformaciones sociales, como puede ser la vida familiar, laboral,

de las relaciones interpersonales, consumo de masas, etc.

En muy pocos años la “familia tradicional”, biparental y heterosexual, formada a través de un matrimonio, habitualmente católico, con un padre dedicado al trabajo y “jefe de familia” y una madre orientada al cuidado de los hijos y de la casa, ha dado paso a la emancipación de la mujer, que ha entrado en la vida laboral, unido a una simultánea disminución de la predominante autoridad paterna, y a la aparición de diferentes “agrupaciones familiares”, familias homosexuales, familias monoparentales, de un solo progenitor, familias “reconstituidas” tras divorcios o separaciones, con hijos con madrastra o con padrastro, o, a veces, simultáneamente en la misma familia. El niño con un padrastro o madrastra puede tener dos padres o dos madres, dos series de hermanos y hermanas, además de otros nexos de parentela complejos a consecuencia de los múltiples matrimonios de los padres..

Una de las características que de pasada hemos comentado, que destaca en las nuevas formas de convivencia familiar, es la pérdida del papel patriarcal del hombre en relación a un reparto más igualitario de las tareas domésticas, y a la importancia consecutiva de la citada incorporación de la mujer al mercado de trabajo. Pero además de la búsqueda de nuevos posicionamientos en los roles de las parejas, también asistimos a transformaciones significativas en las relaciones paterno-filiales. Del “*padre padrone*” que dirimía los conflictos con sus hijos, a veces solamente con la severidad de la mirada, estamos asistiendo a una situación en el que los deseos, opiniones y decisiones de los hijos son discutidas y respetadas^(16, 17).

Por supuesto que todavía es pronto para prever la evolución que seguirán estas nuevas familias y qué derroteros marcarán los itinerarios personales en su esfera más íntima y en el contexto de la cada vez más conflictiva entrada en el mundo laboral. Coetzee, Premio Nóbel de Literatura 2003, nos describe magistralmente: *“lo difícil que resulta hacer realidad un proyecto vital, entre otras cosas porque no siempre se tiene la suficiente claridad para elegir, de una vez y para siempre, aquello que se pretende ser, sobre todo si tienes poco más de dieciocho años”*. Y sigue Coetzee *“A esta edad pudo haber sido poeta. Ahora no es poeta, ni escritor, ni artista. Ahora es programador informático, un programador informático de veinticuatro años en un mundo donde no hay programadores informáticos de treinta años. A los treinta años estás demasiado viejo para ser programador”* (18). No hace muchos años, la llegada de la adolescencia suponía el hecho de hacerse mayor y con ello una triple transición: *familiar* –nuevas relaciones–; *económica* –“ganarse la vida”– y *domiciliar* –marchar de la casa paterna–. Pues bien, este proceso, además de retrasarse ha pasado a ser, en general, mucho más incierto. Acceder a un lugar donde desarrollar tus conocimientos y habilidades –en muchos casos después de un largo periodo de formación y la etiqueta de “joven suficientemente preparado”– está suponiendo para los más jóvenes un enorme esfuerzo que muchas veces se ve poco recompensando.

La crisis económica ha disparado el número de jóvenes en España que ni estudian ni trabajan, englobados bajo el apelativo de *“generación ni-ni”*. El paro juvenil en la Región de Murcia alcanza el 47%, por encima de la media nacional (del 46,4%), según los datos

de julio de 2012 de Eurostat, recogidos por el Instituto de Estudios Económicos. Teniendo en cuenta, por otra parte, que este 46,4%, del conjunto de España, supera a la mayoría de países de la UE, como Francia con un 23%, Reino Unido en un 21,1% o Alemania por debajo del 9%.

Ante este panorama, no es casual que las incertidumbres y dificultades reales con que se encuentran los más jóvenes para acceder al trabajo en nuestra sociedad, los plazos para la salida del hogar paterno, la vida en pareja y la fecundidad, se retrasen. Las dificultades que acechan este momento de transición –social y personal– pueden aparecer dos riesgos: La excesiva dramatización de los conflictos adolescentes y, en consecuencia, la progresiva intervención de expertos, con la excesiva medicalización y judicialización de su vida, que no favorece la búsqueda de autonomía, o el caso contrario, banalizar sus conflictos y trivializarlos.

II. Evolución de la educación infantil, la sociología y la familia, en la civilización occidental

La educación siempre ha sido motivo de interés en todas las culturas. Eso sí, con un sentido distinto del que se le da en la actualidad. Si ahora la concebimos como la posibilidad de (en teoría) facilitar a toda la infancia las mismas posibilidades para desarrollarse, históricamente, su función ha sido simplemente perpetuar el modelo social vigente, al que se supeditaban los intereses individuales. “*Antes del Renacimiento los modelos pedagógicos se reducían a satisfacer las necesidades de los diferentes estamentos sociales. Se educaba de modo distinto a los reyes, a los caballeros, a los monjes, a los clérigos, a los burgueses y a los campesinos, no de acuerdo con sus condiciones naturales, sino con la profesión a la que sus padres y su condición social les destinaban*”⁽¹⁹⁾. La alternativa entre asumir o delegar la responsabilidad educativa se manifiesta en muchos aspectos. Actualmente, en contra de la mayoritaria escolarización obli-

gatoria, está el caso de aquellas familias, que reclaman su derecho a no mandar a sus hijos a la escuela y encargarse ellas mismas de su educación. Ya en Grecia existía el modelo espartano, controlado por el Estado y basado en una educación enfocada estrictamente a la milicia, y el modelo ateniense, basado más en la familia o en las escuelas (no controladas por el Estado), y a las que asistían los menores de las familias que así lo decidían.

A pesar de todo, el acceso a la educación tal como lo concebimos hoy es, posiblemente, una de las mayores conquistas históricas de la humanidad, si bien es cierto que el acceso universal de la infancia a la educación básica no es todavía una realidad en el mundo: muchos menores padecen distintos grados de analfabetismo, cuando no el analfabetismo total. Pero al menos, en un plano teórico, el derecho de la infancia a la educación está plenamente asumido y no se discute.

Una infancia prolongada es típica de la especie “*homo sapiens*”. El proceso de “humanización” es muy largo, unido a una progresiva socialización y culturización. Con el

nacimiento de la familia y de una primera división del trabajo (el cuidado de los hijos que es asumido por la madre y la búsqueda del sustento por el padre), se formó, por lo menos en embrión, la sociedad. El lento crecimiento del niño es fundamentalmente una socialización, un aprendizaje gradual de técnicas y de costumbres propias de la especie, que se realiza sobre todo por imitación de los adultos, en primer lugar de los propios padres. La verificación de la verdad de estas tesis se puede tener en negativo, considerando el caso de los niños salvajes abandonados luego de su nacimiento y que han crecido entre animales. Estos niños han asimilado las costumbres y comportamientos de los animales con los que se les ha juntado y de los cuales ha dependido su supervivencia, habiendo perdido la posibilidad de retornar a la condición humana; el caso más célebre, y mejor documentado, es el de Víctor de Aveyrón, adolescente salvaje encontrado en la región francesa de Aveyron en los últimos años del siglo XVIII, meticulosamente estudiado y cuidado en su propia casa por el médico francés, Jean Marc Gaspard Itard⁽²⁰⁾ y que, a pesar de los esfuerzos realizados, no consiguió la más mínima, pudiéramos decir, "humanización". Un "Tarzan de los monos", solo pudo existir en la mente de Edgar Rice Burroughs.

Los agentes fundamentales de esta socialización primaria son, por un lado, los acabamos de decir, la *familia* y, por otro, el *lenguaje*, aún cuando este segundo depende en buena parte del primero. En efecto, es a través del intercambio de señales sonoras con los familiares y sobre todo con la madre. Con el aprendizaje de la *lengua materna* el niño afina una capacidad interior que le permitirá tomar conciencia de sí mismo y apropiarse

poco a poco del mundo externo. Pero esto no es todo. La posesión de la lengua lo sumerge al interior de una cultura históricamente definida que llegará a ser el instrumento base de todos sus procesos cognoscitivos, así como el intérprete fundamental de sus mismas exigencias sociales y afectivas⁽²¹⁾.

Como señalan Trisciuzzi y Cambi:⁽²²⁾ "Pero si la infancia es una realidad social, la infancia es también historia, puesto que las sociedades y sus culturas se diferencian profundamente unas de otras con relación al tiempo y al espacio. Esto significa, que las infancias son tantas cuantas son las culturas, las sociedades y sus fases de evolución histórica. Es mérito de la más reciente investigación historiográfica haber puesto el acento en esta dimensión, durante demasiado tiempo descuidada: dimensión de las culturas, de las prácticas sociales y de la misma educación". Esta moderna visión de la familia para estudiarla como una institución y unidad de socialización, debe tener en cuenta una serie de parámetros, como son: su tamaño, las características demográficas de sus miembros, la edad, etnia y género, la clase social, el nivel económico, las profesiones de sus miembros, los niveles de la educación. La interacción de la familia con otras organizaciones sociales, etc., etc. Los métodos de investigación que se utilizan se pueden dividir en tres enfoques principales: las encuestas en las familias actuales, la *investigación etnográfica* y los *estudios documentados* de las familias del pasado, (como son los diarios, datos de los censos, testamentos, etc. Incluso registros públicos.

Si nos situamos en el principio de la historia podemos individualizar al menos seis grandes imágenes de la infancia, que han

gobernado la civilización occidental desde sus orígenes hasta hoy en día:

- 1) La imagen de las *culturas primitivas*, que pueden iluminarnos sobre la idea de la infancia que caracterizó la fase de nuestra prehistoria.
- 2) La imagen del mundo clásico *greco-romano*.
- 3) La imagen *cristiana*.
- 4) La imagen *medieval*.
- 5) La imagen *burguesa*.
- 6) La imagen *contemporánea*.

Hay todavía un hecho que merece ser revelado: desde la fase primitiva hasta la burguesa y más allá, son siempre los adultos quienes hablan de la infancia, quienes la describen y la interpretan y que elaboran las diversas imágenes del niño. La teoría, muy frecuentemente, no refleja la realidad del niño, sino que la deforma ignorando zonas oscuras, problemas y diferencias.

El niño en la prehistoria y en las culturas primitivas actuales. Conviene recordar las palabras del Marqués de Lozoya⁽²³⁾, en relación con la prehistoria, cuando dice: “se cometió el error de situar este ciclo de milenios al principio de la Historia, de la cual es la negación, siendo así que no se trata de un antecedente preliminar de la Historia, sino de un ‘estado de cultura’ que permanece vivo y latente aún... el caso de Colón que llega cargado de Edad Media y de Renacimiento a un mundo prehistórico, se habrá repetido muchas veces en la historia del mundo”. El cuidado de los niños en los pueblos prehistóricos, probablemente se da actualmente entre los pueblos primitivos y perviven muchas creencias en el seno de las comunidades, incluso más civilizadas,

por ejemplo, la llamada por Lain “*folk-medicina*”⁽²⁴⁾, como puede ser el “mal de ojo”, etc., etc.

Poseemos pocos datos objetivos para enjuiciar los cuidados de los niños a lo largo de milenios y hemos de apoyarnos en los escasos hallazgos arqueológicos y antropológicos (como ciertas vasijas de forma de biberón, etc.). De lo que sí tenemos datos –y ciertamente no siempre favorables– es del cuidado de los niños entre algunos pueblos indígenas de la actualidad, los cuales, pueden, en cierto modo, extrapolarse a lo que ocurrió en los pueblos primitivos. Payne⁽²⁵⁾, recoge una larga lista de crueldades y atrocidades practicadas con los niños a lo largo de la historia: canibalismo, infanticidio, sacrificios rituales, mutilaciones y tatuajes, etc. Al principio de su libro, *The child in human progress*, señala que “*las tribus más bajas de la Humanidad tienen menos sentimientos hacia sus mujeres y descendencia que ciertas bestias y pájaros. Las causas fundamentales de este estado de cosas es unas veces la superstición (sacrificios humanos, etc.) y otras el hambre. Las tribus nómadas siguen literalmente la frase de Kipling de que ‘Viaja mas rápido el que viaja solo’.*” (“*He travels fastest who travels alone*”.)

Sin embargo, el cuadro descrito por Payne no es el que describen otros autores. Del mosaico de las diferentes culturas actuales consideradas como primitivas o tribales, emerge una imagen de la infancia muy variada, pero también una infancia valorizada como garante de la continuidad del grupo, basado en estudios de los etnólogos y de los antropólogos sobre las diversas poblaciones primitivas. Basta recordar los clásicos estudios de Margaret Mead⁽²⁶⁾ sobre los adolescentes de la tribu de Samoa que viven en un ambien-

te muy permisivo. Esta imagen de la infancia, así caracterizada en sentido social, emerge también claramente en los recientes descubrimientos en la Amazonia, en la Caverna de Pedra Pintada, que nos hablan de una infancia integrada desde muy temprano en la vida económica de la comunidad⁽²⁷⁾. O bien, finalmente, las anotaciones del etnólogo francés Claude Lévi-Strauss⁽²⁸⁾, sobre las relaciones de ternura presentes en algunas tribus amazónicas, del Nambikwara, en contraposición, con la carga de violencia que reina entre los Bororo, en América Meridional, y que han sido más de una vez subrayadas como aspecto profundo y constante de las actitudes de los adultos hacia la infancia en cualquier sociedad, incluso en las actuales, como primera etapa del desarrollo de las relaciones padre-hijo tal como postuló DeMause⁽⁷⁾. En las culturas primitivas la infancia aparece como intensamente socializada, envuelta en la vida colectiva, demarcada por “ceremonias de iniciación” que se refieren al uso de las armas o del sexo. Recordemos los conocidos ritos de iniciación de los Batusi (ahora prohibidos) y la caza de un león simplemente con un cuchillo y una lanza, para considerarse guerrero adulto.

El mundo clásico, Grecia y Roma, en general, no manifiesta una sensibilidad particular hacia el niño, sólo atento a valorizar la figura del adulto viril, representado en sus estatuas, cuyo cuerpo encarna la fuerza y la armonía.

A la Grecia clásica no podemos considerarla como una unidad sociopolítica. En el periodo homérico (950 a. de J. C.) los niños son generalmente criados por sus madres, o por nodrizas, habitualmente mujeres cautivas. En sus obras se describen también juguetes

de diversos tipos. En Esparta es de sobra conocida la dureza de su educación. Los niños, futuro de la nación, eran propiedad de la comunidad y educados en este sentido. El monte Taigeto puede permanecer como un ejemplo, por tristemente famoso, de eugenesia negativa, y el término “educación espartana” no induce a pensamientos muy amables.

Es en Grecia donde nace el concepto de educación liberal y de desarrollo “integral” de la persona (cuerpo-mente). Cabe destacar el hecho, común a toda la cultura griega, homérica, espartana o ateniense, el culto por la higiene física y la vida al aire libre. La mayoría de los juegos de la infancia deberían ser imitaciones de las ocupaciones serias de la edad futura, como aconseja Aristóteles⁽²⁹⁾. En la Grecia clásica se defiende la necesidad de que los ciudadanos varones se escolaricen, primero recibiendo una instrucción informal (hasta la pubertad: leer, escribir y educación física), después, una instrucción formal: literatura, aritmética, filosofía y ciencia.

Roma fue un pueblo de legisladores, entre otras cosas, y las leyes en relación con la infancia no podían faltar. De Roma proceden efectivamente las primeras leyes de protección a la infancia. Pero fue una lucha constante contra la práctica del infanticidio, la destrucción sistemática de las niñas y la inhumanidad de la “*patria potestad*”, del *pater familias* que le permitía aceptar o rechazar al recién nacido. Como señala Philippe Ariès⁽⁴⁾, “*la vida era dada dos veces, la primera, al salir del vientre materno, y la segunda, cuando el padre elevaba al niño*”. Además tenía el poder para vender a sus hijos como esclavos y de aprobar o no los matrimonios de sus hijos e hijas. El hijo tiende a depender más de la familia, del padre en particular, que de la

comunidad. A continuación se coloca la figura del maestro, también autoritaria y con frecuencia violenta, y con legitimidad para golpear con una vara a los estudiantes más lentos y a los menos sumisos, lo cual nos trae a la memoria los axiomas de nuestra infancia, de que *“la letra con sangre entra”* o que *“quien bien te quiere te hará llorar.”*

En Roma pierde relevancia la educación liberal y hay mucha menos atención a la educación física y el deporte. El objetivo de la educación es formar buenos oradores, “embellecer el alma de los jóvenes mediante la retórica”. La escolarización se divide en tres etapas: “*Ludus*” (juego) o escuela elemental (7-12 años), “*Gramática*” (12-16 años): prosa, teatro, poesía; “*Retórica*” (desde los 16 años): estudio de técnicas de oratorias y declamación, (muy pocos llegan a esta última etapa educativa). Accedían a la educación los ciudadanos libres. Hasta los 12 años, las escuelas eran mixtas y, a partir de esa edad, el destino de niños y niñas se separaba (como el de ricos y pobres). Sólo proseguían estudios los varones de familias acomodadas y, excepcionalmente, alguna niña con un preceptor (ello dependía exclusivamente de la voluntad de su padre).

Pero por lo general, el que la mujer estudiara filosofía, o similares contenidos, se consideraba una senda “peligrosa”, “próxima al libertinaje”. Hay que recordar que, tanto en Grecia como en Roma, la mujer es considerada inferior al hombre, por naturaleza, y su deber era obedecerlo: *“Si tu esclavo,... o tu mujer se atreven a replicarte, monta en cólera”*, dice Séneca. Y, según Epicteto⁽³⁰⁾, *“el adulterio es un robo. Sustraerle la mujer al prójimo es algo tan indelicado como arrebatarle al vecino en la mesa su porción de carne”*. Sin comentarios...

La apertura del cristianismo y el pensamiento medieval. Durante la Edad Media, por influencia del cristianismo, es la Iglesia quien controla tanto la educación religiosa como la seglar. Se opera la primera ruptura respecto a esta antigua imagen de la infancia. Ya el Evangelio, además de declarar que todo ser humano, de cualquier edad y de cualquier condición, es hijo único del padre, indica una precisa y explícita valoración de la infancia. Basta pensar en aquel pasaje del evangelio de San Mateo: *“Dejad que los niños vengan a mí”* (*“sinite párvulos venire ad me”*)⁽³¹⁾, expresado por Jesús, o el reclamo a hacerse puros y sencillos *“como los niños para entrar en el Reino de los Cielos”*. La aparición de instituciones para el cuidado de los niños abandonados: orfanatos, asilos, etc., germen de los posteriores hospitales infantiles. El arzobispo de Milán, Dateo, en el 787, crea el primer hospicio para niños. En el año 1198, Inocencio III, preocupado por el gran número de cuerpos de recién nacidos que recogían los pescadores en el Tíber, fundó el *Hospital de Santa María de Sassia*, para niños abandonados, creando el “torno”, que ha persistido hasta nuestros días (aunque con diferente uso: en vez de entregar niños, para comprar las pastas de las monjas de clausura). El cristianismo acabó con los poderes que se conferían al Estado sobre el niño, dándoles así más poder y responsabilidad a los padres.

Generalmente se cree que la Edad Media fue un periodo oscuro y bárbaro y que Europa recuperó la civilización cuando redescubre los valores y la cultura de la Antigüedad Clásica en el Renacimiento. Esto no es totalmente cierto. Por ejemplo la Edad Media en toda Europa va a impregnarse del espíritu de la *Regla de San Benito*, o *“la Santa Regla”*,

escrita por San Benito de Nursia⁽³²⁾, s.V, fundador del monasterio de Monte Casino y de la Orden Benedictina que fue la verdadera cuna de la cultura europea. Los discípulos de Benito se encargaron de difundir la Regla por toda Europa y durante siglos fue la única ordenanza a seguir por los distintos monasterios que se fueron fundando. Leyendo algunos de los preceptos de la regla, escrita en el siglo VI, nos hacemos una idea del concepto que se tenía de los niños: “Cada edad y cada inteligencia debe ser tratada de una manera adecuada” (Capítulo 30, 1). “En los niños y los ancianos... siempre se ha de tener en cuenta su debilidad y de ningún modo se atenderán al rigor de la regla” (Capítulo XXXVII, 1). Al referirse al mayordomo del monasterio dice: “Cuide con todo su desvelo de los enfermos y de los niños... en el día del juicio darán cuenta de ellos” (Capítulo XXXI, 9). Es necesario resaltar que en el mundo de la antigüedad se valoraba muy poco a los niños, pero como hemos señalado, desde el comienzo, los primeros cristianos ya condenaron el aborto y el abandono de los recién nacidos.

Uno de los hechos significativos del niño en el medioevo es que tampoco hayan quedado registros acerca de él. Esa ausencia de representación se debe a que la realidad infantil en la Edad Media, seguía sin merecer atención. No había “educación”, sino “aprendizaje” del joven que convivía con adultos, de los cuales aprendía ayudándolos. Ambos convivían mezclados en una vida social, consolidada por fuera de la familia, que fue bien representada por Brueghel ‘El Viejo’ y sus escenas familiares y populares: *Juegos de niños*, *El banquete de bodas*, *Danza de campesinos*, etc. No había, juguetes, ni vestimentas especiales para niños. La mortalidad infantil era

elevadísima, se engendraban muchos hijos para conservar solo algunos. El historiador John Illick⁽³³⁾, comenta que: “en la Edad Media se ponía el mismo nombre a dos hermanos, que se distinguían después, si vivían los dos, por el apelativo de mayor o menor (recordemos, Santiago el Mayor y el Menor, aunque en una época anterior)”.

Al reinado de Carlomagno, en el 803, comúnmente se le ha asociado con el *Renaacimiento carolingio*, un resurgimiento de la cultura y las artes latinas a través del Imperio carolingio, dirigido por la Iglesia católica. Durante su reinado se multiplicaron las *escuelas monásticas* y recuerda a los padres que deben enviar a sus hijos a ellas. En la de su palacio de Aquisgrán estudiaban los niños de origen humilde al lado de los hijos de los nobles. A partir del siglo V, los monasterios comienzan a recibir a los niños abandonados, sobre todo de las clases populares, para las que representaban una carga. Los padres podían visitar a sus hijos. Se prescribe que deben tener buena comida, vestido adecuado y calefacción en invierno y se indica que deben tener recreos. Todo este espíritu que impregna la educación tuvo una gran influencia en la sociedad, escuelas parroquiales para la instrucción de los laicos, y “cuando los fieles les confíen sus niños para aprender las letras, los reciban y los instruyan con toda caridad y no exijan por ello ninguna paga”. Lo mismo sucedió en toda la Europa del siglo VII. Siguiendo con este espíritu, los obispos ordenan, en los siglos XI y XII, a los curas párrocos a abrir escuelas para la educación gratuita de los niños. Y muchos señores feudales abrieron escuelas dentro de sus dominios. Durante estos siglos hay un incremento notable de la población europea, lo que atestigua la mejo-

ra en el cuidado que se daba a los niños. Un poema de principios del siglo XIII enumera los elementos que había en las casas de campo para atender a los bebés. “*Cunas, vestidos, biberón, andadores, juguetes y palanganas para su baño ya que debía bañárselos dos veces al día*”.

Las mujeres no estaban excluidas del proceso educativo, es más, en el año 1206, Santo Domingo funda una escuela especial para niñas y bastaría citar dos nombres, el de Hildegarda de Bingen (Alemania)⁽³⁴⁾, s.XII (*Sinfonía de la armonía de las revelaciones celestes*), y de Eloísa Hedewijch de Amberes, s.XIII (*El lenguaje del deseo*)⁽³⁵⁾, entre tantas otras, para darnos una idea del nivel intelectual que alcanzaron. La primera es conocida como la Sibila del Rin, escritora de libros de teología y medicina. Considerada en la actualidad una de las personalidades más fascinantes y multifacéticas del Occidente europeo, se la incluye entre las mujeres más influyentes de la Baja Edad Media. Hace tres meses, el 7 de octubre de 2012, el papa Benedicto XVI le otorgó el título de Doctora de la Iglesia junto al español San Juan de Ávila. Podemos valorar este título si tenemos en cuenta que solo 33 son los “doctores de la Iglesia” en sus 2000 años de existencia. Eloísa Hedewijch de Amberes, perteneció a la comunidad religiosa de “*Las Beguinas*”, formada por mujeres con profundas convicciones religiosas, dedicadas a la contemplación y auxilio social, pero condenadas por la todopoderosa Iglesia Católica de Europa que las declararon herejes, fruto de una maquinación para evitar que mujeres poseedoras de una amplia y variada cultura teológica, pudieran seguir prosperando en una sociedad a merced de los dictados de Roma.

El Renacimiento dio origen a la preocupación pedagógica durante los siglos XVI y XVII. Se produjo, como ya hemos comentado, la institucionalización de la Escuela como estructura específica para la formación de la infancia. De este modo sustituye al *aprendizaje* doméstico por la *educación* en la escuela, y se logra apartar a los niños de los adultos, siendo esta, en cierto modo, sinónimo de encierro. El complejo proceso que cambia radicalmente las ideas sobre la infancia se había iniciado ya en la segunda mitad del siglo XV, como hemos comentado en su momento, pero será en el transcurso del siglo XVII que esta nueva mentalidad encontrará ciudadanía entre los sectores aristocráticos y de la alta burguesía. En el pueblo, por el contrario, las condiciones de vida de los niños cambiarán muy poco, serán todavía características las privaciones, la explotación, la violencia. Incluso empeorarán, con la llegada de la revolución industrial, cuando los menores de 5 y 6 años serán sometidos a ritmos agobiantes de trabajo en condiciones anti-higiénicas y con horarios durísimos.

Los s. XVIII y XIX. Son los siglos de la *infancia* “descubierta y controlada”. Como repetidas veces hemos dicho el Estado y la Escuela son las dos grandes instituciones que hacen emerger a la infancia de las “estructuras profundas de la historia”, como decían Trisciuzzi y Cambi^(5, 22). Tal como mencionábamos en su momento, la intervención del Estado efectiviza la Escuela como espacio privado de ella, de la infancia, sustrayéndola de la familia y de la comunidad, en vistas a una socialización más uniformizante, buscando su formación y disciplinamiento futuro. Igualmente, como señalábamos, en el siglo XIX el Estado interviene para limitar el trabajo infan-

til, al considerarlo, entre otras razones, como el mayor obstáculo para la escolarización.

A fines del siglo XVIII, Rousseau⁽¹¹⁾, contribuyó al avance pedagógico con su Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano; el siglo XIX recibió esta nueva corriente de pensamiento como herencia y, junto con la institucionalización de la Escuela, se logró forjar finalmente un *concepto social de la infancia*. A partir de este momento las diferencias entre las clases sociales comenzaron a ser más y más evidentes. Mientras que los niños de las clases obreras eran sometidos a una clara explotación física, los de las clases altas, contaban con un sentimiento de niñez específico. Con la llegada del final del siglo XIX los Estados sumaron leyes de protección y regulación de la infancia: enseñanza obligatoria, sanidad infantil, leyes laborales y de protección de mujeres embarazadas con el fin de generalizar la protección de los niños y, de paso, corregir a los mal llamados “*niños descarriados*”.

Por la toma en consideración del derecho a la educación, y la inquietud por su estado, surge la *Escuela Nueva* o *Nueva Educación* basada en la renovación de las ideas de Rousseau que por fin se llevan a cabo en la práctica. Así, se considera que todo niño/a tiene un potencial aprovechable y se tienen en cuenta sus necesidades particulares, diferentes a las de los adultos. Esta concepción de la infancia sigue vigente hoy en día. En definitiva, es una etapa decisiva para intervenir y procurar en el niño/a un desarrollo positivo en todos los aspectos (físico, motor, cognitivo, afectivo, social...).

Infancia y sociedad burguesa. Como llevamos dicho, la *infancia* es un concepto que

surge en la *modernidad*, vinculado con la consolidación del *capitalismo* como *estructura* y la *constitución* de un *modelo de pensamiento* nuevo: la Ilustración. Antes de ese momento histórico, podría decirse que los niños no eran más que adultos por crecer, ante los cuales no existía la serie de sentimientos de protección que nos inspira actualmente ese momento de la vida. El concepto de infancia moderna finaliza en el siglo XVIII. Con esta llegada de la sociedad moderna, más laica y más dinámica respecto a la sociedad del pasado, y con la afirmación cultural y política de la burguesía, como el centro motor de la vida social, se realiza, como ya hemos aludido, la profunda y radical ruptura en la concepción de la infancia, que se manifiesta con un reconocimiento de su especificidad y su autonomía, como también en una actitud de cuidado y de valorización a nivel social. El niño llega a ser portador del futuro; sobre él la familia y la sociedad hacen una inversión afectiva y económica; es respetado, asistido, educado y acompañado con cuidado durante su crecimiento. La diferenciación niño/adulto fue tajante. Los juegos, la literatura y la vestimenta, fueron especialmente diseñados por adultos con la idea de que contribuyan a la “buena formación” de niños. Los juguetes típicos fueron los “didácticos”. Recordemos que Ariès ha hablado de un “descubrimiento de la infancia”, al que tantas veces hemos aludido, que se cumple en esta edad histórica: el niño es reconocido en su especificidad psicológica y social, es valorizado en su vida familiar y luego en su vida colectiva, es idealizado por algunos aspectos de su naturaleza (la debilidad, la ternura). Se crea, anota Ariès, “*un nuevo sentimiento de la infancia que está destinado a convulsionar las actitudes*

de los adultos hacia el niño hasta el siglo XX, pero se trata de un sentimiento de doble filo: por un lado caracterizado por la solicitud y la ternura y por el otro por la severidad, la rigidez y la educación”.

A Phillippe Ariès⁽⁴⁾ le siguieron una serie de historiadores que ya hemos mencionado: Lloyd DeMause⁽⁶⁾, Lawrence Stoner⁽⁸⁾, Linda Pollock⁽⁹⁾ y el más reciente, Hugh Cunningham⁽¹⁰⁾. Fueron sus estudios en torno a la historia de la vida privada y la historia socio-cultural de la familia, los que permitieron, con el uso de gran variedad de fuentes, considerar temas que antes no se hubieran tomado en cuenta, investigaciones que posibilitaron que las mujeres y los niños fueran sujetos de estudios, a la par que historiográficos sociológicos, y no exclusivamente, como ya hemos comentado, era habitual hasta entonces, de los reinos, batallas, sus tratados, etc. El niño comienza a ser percibido como un ser inacabado y carente, con necesidades de resguardo y protección, que tiene como responsable a la familia.

Las tesis de Ariès, que fijan una ruptura en la vida familiar con la llegada de la edad moderna, que encuentra en la burguesía el nacimiento de un sentimiento de la infancia que la orienta más hacia una *actitud de ternura y de cuidado* que de *severidad*, han sido recientemente, y de varias maneras, discutidas, criticadas y revisadas. Algunos estudiosos, como el polémico pensador austriaco Iván Ilich⁽³⁶⁾, que en su línea habitual de cuestionar instituciones clave de la cultura moderna, opina que *“el descubrimiento de la infancia, ha llevado a separar a los niños de la sociedad, a segregarlos del interior familiar, a deprimir la capacidad de experiencia y de verdadera formación, para someterlos, en cambio, a prácti-*

cas educativas innaturales y autoritarias. La infancia capturada por la familia e interpolada en la moral burguesa sufre así una pérdida: no le es más permitido hacer una experiencia libre del mundo y de educarse autónomamente en contacto con la colectividad como era antes en el ‘mundo tradicional’. Son tesis extremas, éstas de Ilich, pero dotadas de un atractivo y de un sentido, dado que están dirigidas a desmitificar la cultura y la ideología burguesa en las que la infancia descrita por Ariès está totalmente inscrita.

La crisis de la infancia moderna. Como estamos viendo, la familia y la escuela son los dos ámbitos más cercanos y más relevantes desde el punto de vista de la educación, aunque no olvidemos que, cada vez más, la sociedad de la que son miembros actúa directamente como otro importantísimo agente educativo. De estos ámbitos avanzamos *tres fenómenos nuevos* que están en el origen de una mayoría de los cambios que se han producido últimamente: *las relaciones familiares no autoritarias, el desfase cada vez mayor de la escuela con respecto al mundo de los educandos y la “tele formación” de la infancia:* niñas/os que aprenden con medios distintos a la familia y la escuela y sin la presencia continua de adultos en los tiempos de formación.

Lo más destacable de los niños en la actualidad es cómo se apartan de las expectativas modernas⁽³⁷⁾. Lo cierto es que, a modo de síntomas, una a una las caracterizaciones del *niño moderno* están siendo contradichas por el *niño de la actualidad*. El niño de hoy muestra constantes de no ser adecuadamente representado por el concepto “*infancia*” que tenemos desde la modernidad: en primer

lugar *no es tan inocente como hemos creído* (lo anuncian diariamente las noticias y la popularidad de ciertos video-juegos, series televisivas y películas, que hubieran escandalizado a nuestros padres); *no se presenta ni tan frágil e indefenso* (se está revisando la inimputabilidad legal del menor, en casi todos los países, ante las barbaridades que algunos son capaces de realizar). La frase que un joven haciendo estragos en un escaparate, durante una manifestación, le dirige a un policía que intenta detenerlo: *“ten cuidado que soy menor y si te denuncio te empapelan”*, es sintomática; igualmente la idea de *proteger a los niños de la influencia de los adultos*, parece que, en algunas situaciones, debiera ser al revés. No se muestra ni dócil, ni maleable y se resiste a ser considerado un “vacío a llenar por contenidos adultos”.

En resumen, la familia actual no cesa de mostrarse ineficaz en la función de generar niños al estilo del concepto “*infancia*” que se inició en la modernidad y ese vacío es tomado por los “medios”. Para ellos el rol del niño es central en el ingreso y en la transmisión de mensajes a la red. Es que los niños, rápida y eficientemente, sin necesidad de “entender” demasiado “captan” y “transmiten” toda novedad y hasta se modelan con ella. Las sustituciones y los cambios son hoy tan vertiginosas que, al revés que en la modernidad, *son los adultos los que quedan atrás*. La transmisión generacional tiende a ir ahora del niño al adulto. Lo cierto es que la Escuela no es ya el único ámbito en donde circula el saber. A menudo, muchas veces, esta aparece “*corriendo*” por detrás de lo que los niños ya han aprendido en otros espacios. Finalmente, se observa que si bien la autonomía de la infancia parece acelerarse, vemos cómo se antici-

pa la adolescencia, demorándose sin embargo, cada vez más, el proceso de autonomía que insertará definitivamente al joven en la sociedad adulta, independizándose de la familia.

Ciertamente, el siglo XXI afronta profundos y vertiginosos cambios sociales y, en este contexto, la educación y el aprendizaje constituyen el eje del ciclón. Pensemos que los niños que hoy inician preescolar, conforme a lo que indican las tendencias, vivirán 100 años en un planeta habitado por 12.000 millones de personas. Y a lo largo de su vida desplegarán diversas identidades personales, familiares y profesionales y, previsiblemente, el conocimiento humano se multiplicará por cien a lo largo de sus vidas. Jacques Attali⁽³⁸⁾ (economista francés, ex asesor de Francois Mitterrand), en su libro *Breve historia del futuro*, escrito en 2006, acerca del futuro económico, social y tecnológico de los próximos años, con visión no muy optimista opina: *“No será el África de mañana la que se parecerá un día al Occidente de hoy, sino Occidente entero el que podría mañana recordarnos al África de hoy”*. Pronostica que en el entorno del año 2050 el conocimiento humano se doblará cada dos años, y hay autores que anuncian una renovación del conocimiento mucho más intensa. En este contexto, si dejamos de aprender perecemos socialmente y el gran reto en el futuro será mitigar la brecha cognitiva, entre los que saben y los que no saben. En los nuevos escenarios de modernidad, la educación y aprendizaje deben ser continuos, permanentes a lo largo de toda la vida, como nos explica el sociólogo polaco Zygmunt Bauman, en su libro *el Mundo Consumo*⁽³⁹⁾, y estará condicionado por las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC). La educación se globaliza, hoy

quien educa es el mundo en su conjunto.

Las nuevas tecnologías no sólo ayudan, sino que serán el contexto en donde se practique el aprendizaje. Las tecnologías han llegado a los colegios, al igual que a los demás contextos sociales, para invadirlas y transformar las pautas de aprender y formar. El potencial de las tecnologías y la ciencia nos ayudarán a comprender mejor el proceso de aprendizaje, a personalizarlo a la medida de cada uno, potenciar y desarrollar nuestra inteligencia, nuestras capacidades, nuestro talento y a ser mejores personas. En la introducción de los juegos en el mercado puede tal vez evidenciarse algo más de lo que hemos dicho. Los juguetes modernos “entraban” a través de una propaganda dirigida a los padres, elogiando sus bondades “didácticas”. Los juguetes de hoy –todos ligados a la informática– se imponen al margen de esa consideración. Su entrada en el mercado infantil se logra haciendo una suerte de *bypass* de los adultos: pareciera que los juguetes de hoy se diseñan especialmente para que los adultos no los entiendan.

Estos últimos comentarios nos dan pie a que digamos unas palabras sobre el juego en la infancia. Coincidimos con Amnistía Internacional⁽⁴⁰⁾ cuando dice que *“el afirmar que jugar es una actividad imprescindible para cualquier niño o niña, todavía sorprende a algunas personas. Además de ir a la escuela, ayudar en casa y hacer las actividades extra-escolares, el niño ha de jugar; si no juega, o no juega el tiempo suficiente o suficientemente bien, no se convertirá en un buen adulto. Descartando aquellos juegos de carácter bélico, sexista, racista o sencillamente de mal gusto, seleccionando aquellas propuestas que fomentan los valores que proclama la Declaración*

Universal de los Derechos Humanos, los juegos son una gran herramienta para conseguir el objetivo que anhelamos: un mundo más justo, en el que los derechos humanos de todas las personas sean más respetados. En definitiva es ‘una de las vías más útiles para la difusión de cualquier propuesta educativa’.

La necesidad de jugar y el juego, han existido siempre. Pero ¿han jugado mucho las niñas y los niños a lo largo de la historia? Sin duda han jugado todo lo que han podido, todo lo que les han dejado: jugar es su impulso natural. La presencia del juego en todas las culturas, y el rico catálogo de juegos tradicionales en cada una de ellas, es un buen indicador en este sentido. En general, la posibilidad de jugar ha venido determinada por el grado de libertad y tiempo libre que haya gozado la infancia en las distintas culturas. Cuando esta libertad no ha existido, como ocurre en la actualidad, en el caso extremo de los niños esclavos (o sometidos a condiciones de esclavitud), la vida del menor ha sufrido esta carencia fundamental, ensombreciendo su presente e hipotecando su desarrollo.

La importancia del juego es reconocida desde la antigüedad. Platón⁽⁴¹⁾ ya decía que *“El juego es un factor determinante en la formación del ciudadano perfecto”*. Todas las culturas nos han dejado testimonios escritos o gráficos sobre el juego infantil, incluso sobre el juego de los adultos: Egipto, Grecia, Roma... Teniendo en cuenta el carácter belicoso de la sociedad medieval, es fácil suponer que el *“juego de la guerra”* sería practicado, no sólo como entretenimiento sino también como aprendizaje. Ya en el siglo XVI un testimonio de los más conocidos es el mencionado cuadro *Los juegos*, de Pieter Brueghel ‘El Viejo’.

Es difícil establecer siquiera una descrip-

ción de los juegos y los juguetes empleados por niños y niñas; y, en muchos casos, todos los datos que podamos inferir provienen de la mera suposición. Es evidente que, hasta la llegada de la fabricación en serie al mundo del juguete y su capitalización en la Edad Contemporánea, los niños desarrollaron las mismas actividades lúdicas que las que pervivieron hasta hace pocos años. En este sentido, una cuestión interesante a tener en cuenta sería diferenciar, a lo largo de la historia y también ahora, los diferentes tipos de juego que se presentan ante los niños: el juego como actividad espontánea y sin reglas previas, el juego reglado en sus diferentes modalidades y, finalmente, como una forma particular del juego reglado, el juego pensado por los adultos y para los menores, como medio de aprendizaje de materias y valores. Sin dudar de la importancia de las tres modalidades, en la actualidad, teniendo en cuenta la tendencia de las sociedades desarrolladas a pautar de forma exhaustiva el tiempo libre infantil, seguramente sería oportuno recordar la necesidad del juego libre y espontáneo. Citamos de nuevo a Platón⁽⁴¹⁾ *“en los jóvenes el juego se debe a que no pueden mantenerse en reposo por lo que les es placentero saltar, gritar, danzar y jugar unos con otros”*.

III. La protección legal a la infancia y la adolescencia

La Convención Universal sobre los Derechos del Niño⁽⁴²⁾, promulgada por la ONU en 1989, marca un hito en la protección a la infancia en el mundo. Antes de detenernos en su comentario, unas palabras sobre instituciones o leyes previas que tuvieron como fundamento la protección del niño.

Día Universal del Niño. El 20 de noviembre de 1959, la Asamblea General de las Naciones Unidas se reunió con la intención de reafirmar los derechos universales de la niñez. La idea de esta reunión se debió a una institución llamada Unión Internacional de Protección a la Infancia que, en 1952, planteó que debía haber un día especial para festejar a los niños. Un año después, cuarenta países decidieron unirse a la fiesta y celebrarlo también. Pronto, la ONU, en sesión plenaria (el 14 de septiembre de 1954), se sumó a la idea y se decretó por unanimidad que

debía establecerse una fecha para honrar y poner énfasis en las necesidades de los niños de todo el mundo, recomendó que a partir de 1956 se instituyera en todos los países un Día Universal del Niño y sugirió a los gobiernos estatales que celebraran dicho día en la fecha que cada uno de ellos estimara conveniente. La ONU fue el 20 de noviembre, en España el 15 de abril. Y, en Madrid, el segundo domingo de mayo.

Año Internacional del niño. En 1976 la 31 Asamblea General de la ONU sometió a discusión un informe presentado por el ECOSOC (Consejo Económico y Social de la ONU) sobre la creación del Año Internacional del Niño y se acordó definir 1979 como el Año Internacional del Niño. Hasta el representante de China votó a favor de la resolución.

De enero a octubre del mismo año, 1976, el director ejecutivo de UNICEF envió mensajes a los gobiernos de 153 países invitándolos a las actividades con motivo del Año Internacional del Niño. Hasta junio de 1978,

un total de 100 países tomaron parte en esta preparación, instaurando organismos al respecto.

Varios organismos de la ONU patrocinaron actividades con motivo del Año Internacional del Niño, tales como el concurso internacional de pinturas organizado por UNESCO y la exposición de sellos conmemorativos por la Unión Postal Universal. Numerosos países organizaron diversas actividades para celebrar ese año. Todas las televisiones del mundo promovieron la creación de nuevos programas para niños, cuestionando los tradicionales productos que se emiten al amparo del cómodo paraguas de los dibujos animados. En TVE apenas tuvo eco, creyó que el Año Internacional del Niño se celebraba en 1978 y no en 1979. De ahí que emitió el musical especial *La sonrisa de un niño*, de Valerio Lazarov, pero en 1978, aunque se repuso en 1979 para enmendar el error y se envió a un festival internacional –donde obtuvo premio– para aparentar ante el exterior que España había participado con programas propios en la campaña internacional.

El Defensor del Pueblo, como Defensor de los Derechos del Niño. El Defensor del Pueblo es una autoridad del Estado encargada de garantizar los derechos de los habitantes y fue diseñado para supervisar la Administración Pública. El Defensor del Pueblo utiliza esta supervisión como instrumento para defender los derechos y libertades fundamentales, tal y como se desprende del artículo 54, Capítulo IV del Título I. de la Constitución. Algunos autores defienden que “El Justicia de Aragón” es el precursor del “Defensor del Pueblo”, pero procede realmente de la Constitución sueca, que estableció dicha figu-

ra en 1809, de ahí que en diversos idiomas se haga referencia a su nombre en sueco: Ombudsman. Muchos países crearon una Institución o Comisionado del derecho de los niños, adicionado al Defensor del Pueblo. El primer país en implementarlo fue Noruega en 1981, al que siguieron otros, como Finlandia, Suecia y Ucrania. Este último fue el primer país en colocar a un niño al frente de este organismo, cuando Iván Cherevko y Julia Kruk se convirtieron en los primeros “Defensores de los Derechos de los Niños”, a finales de 2006.

Declaración Universal de los Derechos Humanos. En la lenta evolución de los Derechos Humanos en la historia, es a partir del siglo XVII cuando empiezan a contemplarse declaraciones explícitas basadas en la idea contemporánea del “*derecho natural*”. Inglaterra incorpora, en 1679, a su Constitución la “*Ley de hábeas corpus*” y, en 1689, la “*Declaración de Derechos*”. En Francia, como consecuencia de la Revolución francesa, se hace pública, en 1789, la “*Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*”.

A raíz de la Primera Guerra Mundial, la Sociedad de Naciones impulsó los “*Convenios de Ginebra*” sobre *seguridad, respeto y derechos mínimos de los prisioneros de guerra*. En 1927 el “*Convenio de Ginebra*” prohíbe la esclavitud en todas sus formas. Los llamados “Códigos de Malinas”, que abarcan las Relaciones Sociales (1927), la Moral Internacional (1937), las Relaciones Familiares (1951) y el Código de Moral Política (1957), son intentos parciales de la conciencia pública por regular una seguridad mínima de respeto al individuo, habitualmente ignorado por los Estados.

Tras la Segunda Guerra Mundial, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó el documento titulado “Declaración Universal de los Derechos Humanos”, conjunto de normas y principios, garantía de la persona frente a los poderes públicos. Es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en París, que recoge en sus 30 artículos los Derechos Humanos considerados básicos. La unión de esta declaración, junto a los Pactos Internacionales de Derechos Humanos y sus Protocolos, comprende lo que se ha denominado la “Carta Internacional de Derechos Humanos”. Mientras que la “Declaración” constituye, generalmente, un documento orientativo, los “Pactos” son tratados internacionales que obligan a los Estados firmantes a cumplirlos.

Aún cuando numerosos países poseen leyes que protegen a la infancia, muchos no las cumplen. Para los niños, y en especial para los grupos excluidos o minoritarios, esto significa a menudo vivir en situaciones de pobreza, sin hogar, sin protección jurídica, sin acceso a la educación, en situaciones de abandono, afectada por enfermedades prevenibles, etc. El documento que vamos a comentar reconoce claramente el derecho de todos los niños y niñas (toda persona menor de 18 años) a un nivel de vida adecuado. Pero lo importante es que se trata de un documento jurídicamente vinculante, o lo que es lo mismo, de obligado cumplimiento.

Convención Universal de los Derechos del Niño. Por los estragos de la Primera Guerra Mundial, Englantyne Jebb, fundadora de la organización internacional “Save the Children”, crea en 1923 la Primera Declaración de

Ginebra, para comprometer a la Humanidad en la defensa de los niños y niñas, La propuesta de Jebb fue aprobada por la Sociedad de Naciones el 26 de diciembre de 1924. Aunque la Organización de las Naciones Unidas había aprobado en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos como acabamos de comentar, en la que, implícitamente, incluía los derechos del niño, se llegó sin embargo al convencimiento de que las particulares necesidades de los niños deberían estar especialmente enunciadas y protegidas y así, un año después, se incluyen en la Carta de Derechos de la Infancia de la Sociedad de Naciones.

Después de la Segunda Guerra Mundial, en 1959, Naciones Unidas aprobó una Declaración de los Derechos del Niño que incluía 10 principios. Pero no resultó suficiente para proteger los derechos de la infancia, porque legalmente no tenía carácter obligatorio. Por eso en 1978, el Gobierno de Polonia presentó a Naciones Unidas la versión provisional de una Convención sobre los Derechos de los Niños. Es en 1979, cuando hay un verdadero cambio con respecto a la concepción de la infancia, considerando a los adultos, responsables de que se cumplan los derechos infantiles. Los dirigentes mundiales decidieron que los niños y niñas debían tener una Convención especial destinada exclusivamente a ellos, ya que los menores de 18 años precisan de cuidados y protección especiales, que los adultos no necesitan. En definitiva, que el mundo reconociera que los niños y niñas tenían también derechos humanos.

Tras diez años de negociaciones con gobiernos de todo el mundo, líderes religiosos, ONG's y otras instituciones, se logró aprobar el texto final de la Convención sobre los Dere-

chos del Niño⁽⁴²⁾, firmada y ratificada por la Asamblea General el 20 de noviembre de 1989, cuyo cumplimiento sería obligatorio para todos los países que la ratificasen. De conformidad con el artículo 49 de ese documento entró en vigor el 2 de septiembre de 1990.

La Convención establece estos derechos en 54 artículos y dos Protocolos Facultativos:

–“Referente a la participación de niños en conflictos armados, en contra del uso militar de niños”.

–“Contra del tráfico / venta de niños, prostitución infantil y pornografía infantil”

Ambos fueron aprobados en el 2000 y que entraron en vigor en 2002.

Después de ser firmada y aceptada por 20 países, entre ellos España, ha sido ratificada por todos los países del mundo, excepto dos: Estados Unidos y Somalia. La inestabilidad de Somalia a firmar la Convención es un atributo de su falta de estructura gubernamental. La Administración de EE. UU., bajo el gobierno de George W. Bush, se opuso a ratificar la Convención y las condiciones legales porque, “*crean conflicto con las políticas de Estados Unidos en el rol de los padres, la soberanía, el estado y las leyes locales*”. Es el tratado internacional con la más amplia ratificación de la historia. Los 193 países que la han ratificado tienen que rendir cuentas sobre su cumplimiento al Comité de los Derechos del Niño. Se trata de un comité formado por 18 expertos en el campo de los derechos de la infancia, procedentes de países y ordenamientos jurídicos diferentes.

Sus 54 artículos recogen los derechos económicos, sociales, culturales, civiles y políticos de todos los niños. Su aplicación es obligación de los gobiernos, pero también define

las obligaciones y responsabilidades de otros agentes como los *padres, profesores, profesionales de la salud, investigadores* y los propios *niños y niñas*. A partir de la promulgación de la Convención se ha ido adecuando la legislación interna a los principios contemplados en la Declaración. Aunque la legislación y el sistema jurídico de cada país suele ser diferente, casi la totalidad de los países han ido consagrando medidas especiales para su protección, a nivel legislativo e incluso derechos constitucionales.

La Convención reconoce a los niños como *sujetos de derecho*, pero convierte a los adultos en *sujetos de responsabilidades*. Al aceptar las obligaciones de la Convención (mediante la ratificación o la adhesión), los gobiernos nacionales se han comprometido a proteger y asegurar los derechos de la infancia y han aceptado que se les considere responsables de este compromiso ante la comunidad internacional. Los Estados parte están obligados a la estipular y llevar a cabo todas las medidas y políticas necesarias para proteger el interés superior del niño.

Los cuatro principios fundamentales de la Convención son: 1. *La no discriminación*. 2. *La dedicación al interés superior de los niños*. 3. *El derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo pleno*. 4. *El respeto por los puntos de vista del niño y su plena participación en la vida familiar, cultural y social*. Todos los derechos que se definen en la Convención son inherentes a la dignidad humana y el desarrollo armonioso de todos los niños y niñas. La Convención protege los derechos de la niñez al estipular pautas en materia de *atención de la salud, la educación y la prestación de servicios jurídicos, civiles y sociales*.

El derecho a la educación es una de las

facetas más importantes de las que han alcanzado los niños en el mundo actual, lo cual justifica que dediquemos unas palabras para comentar específicamente este derecho. Es durante el siglo XIX cuando se adoptan medidas que en la práctica afectan a la infancia, como la aparición de Asilos o casas de Caridad para atender a los niños/as mientras que sus madres trabajaban; son considerados los precursores de las escuelas infantiles y guarderías de hoy. En 1857 surge la *Ley de Moyaño*, que impone la *escolarización obligatoria gratuita desde los 6 hasta los 9 años*. Es necesario destacar de nuevo a Friedrich Fröbel “pedagogo del Romanticismo”, seguidor de Pestalozzi, creador de la educación preescolar y del concepto de “jardín de infancia” (“*kindergarten*”): aprender jugando.

Pero debemos reconocer que la promulgación de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño ha constituido un elemento fundamental en el progreso de la infancia y la adolescencia. Al considerar desde sus inicios, a los niños y adolescentes, con la categoría de sujetos de derechos, ha estableciendo obligaciones de los Estados y las familias hacia este tema, ya que de la educación que reciba una persona durante su infancia y adolescencia va a depender en gran parte su futuro. El artículo 28 que reconoce este derecho y las diferentes facetas de su aplicación (Artículo 4) son, indiscutiblemente, fundamentales.

Entre los instrumentos normativos de la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación), relativos a la educación, la Convención, como no podía ser menos, ocupa un lugar preeminente:

1. En ella se establece un marco normativo y los elementos esenciales del derecho

a la educación, junto con las obligaciones internacionales. En su Artículo 4 se encarece a los Estados Partes a: *hacer obligatoria y gratuita la enseñanza primaria. Generalizar y hacer accesible a toda la enseñanza secundaria en sus diversas formas. Hacer accesible a todos, en condiciones de igualdad total y según la capacidad de cada uno, a la enseñanza superior.*

2. Se enuncia el principio fundamental de la igualdad de oportunidades en la esfera de la enseñanza. Consagrado en la constitución de la UNESCO.
3. Se enuncia otro principio fundamental, el de no discriminación “*fundada en la raza, el color, el sexo, el idioma, la religión, las opiniones políticas o de cualquier otra índole, el origen nacional o social, la posición económica o el nacimiento*”.
4. Se obliga a los Estados Partes a “*fomentar e intensificar, por métodos adecuados, la educación de las personas que no hayan recibido instrucción primaria o que no la hayan recibido en su totalidad, y permitirles que continúen sus estudios en función de sus aptitudes*”
5. En la Convención se establece la elección por los padres de la educación de sus hijos y la libertad en la enseñanza.
6. La Convención es el primer instrumento con fuerza obligatoria en el que se hace referencia al nivel y la calidad de la enseñanza. En el párrafo b del Artículo 4 se impone a los Estados Partes la obligación de “*mantener en todos los establecimientos públicos del mismo grado, una enseñanza del mismo nivel, y condiciones equivalentes en cuanto se refiere a la calidad de la enseñanza proporcionada*”.

“Se ha expuesto que la pobreza constituye un obstáculo para el cumplimiento de los derechos de la infancia y la adolescencia. No obstante, las limitaciones financieras de un país, no deben convertirse en una excusa para dejar de intentarlo”.

Hay que hacer una salvedad: aquí también las niñas, como para otras situaciones, salen de nuevo peor libradas. Cuando a partir de la Ilustración se empieza a socializar y a pretender universalizar la educación, se hace sin tener en consideración a las niñas. En este mismo sentido, la Declaración de los Derechos del Hombre (1789) se dirige sólo a una pequeña parte de la Humanidad (concretamente: los ciudadanos libres, franceses, y del sexo masculino). El mundo de la educación seguirá cerrado para las niñas y no será hasta principios del siglo XX cuando se empiece a exigir de forma generalizada la igualdad de enseñanza para los dos sexos. Y durante todo el siglo XX se ha estado librando la batalla por esta igualdad, una batalla todavía no concluida, ya que a la discriminación encubierta en algunas sociedades occidentales, se suma la descarada, y en ocasiones violenta, discriminación hacia las mujeres de algunas culturas, por ejemplo (aunque no exclusivamente) la existente en muchos países islámicos, empeñadas en marginar a las niñas del mundo educativo, para evitar la más mínima promoción de la mujer.

El 10 de octubre pasado, saltaba a la prensa mundial la siguiente noticia: “Los talibanes tirotean a una chica de 14 años por defender el derecho a estudiar. Malala Yousafzai, que vive en el valle del Swat, en Pakistán, recibió un balazo en la cabeza. Los médicos han logrado extraerle la bala y se encuentra esta-

ble”. “Era joven, pero estaba promoviendo la cultura occidental”, ha justificado (¿?) el portavoz talibán, Ehsanullah Ehsan, en una llamada a Reuters, para atribuirse la autoría del atentado. Su uso del pasado indicaba que le daban por muerta. Han amenazado con volver a intentarlo. Y es que Malala es una heroína local. Todo se remonta al 2009, cuando la BBC empezó a publicar en “urdu” (lengua oficial de Pakistán), el diario que escribía. El blog reflejaba, con los ojos de una niña de 11 años, el horror que había supuesto para su comarca el progresivo control de los talibanes desde 2007.

La niña fue trasladada a Londres para seguir su recuperación y, en la víspera de Reyes, estando escribiendo este discurso, después de 3 meses (hace pocos días), ha sido de alta. Por lo que se veía en la noticia, con buen aspecto, aunque debe seguir con rehabilitación. No creo que hagan falta más comentarios en relación con el tema de la opinión que algunos fanáticos tienen todavía sobre las niñas y, en general, sobre la mujer.

Hace 100 años los niños tenían una significativa presencia como fuerza laboral en los países industrializados (en algunos casos de hasta un 50%), trabajando jornadas laborales de hasta 13 horas diarias. Aunque la concepción del niño ha evolucionado, la realidad económica y social, que dio lugar a la idea del niño como propiedad, o recurso económico, persiste y sirve de sustento al trabajo y la explotación económica de millones de niñas, niños y adolescentes en todo el mundo. Actualmente el problema no ha sido resuelto y se carece de información suficientemente confiable acerca del número real de niñas y niños en situaciones inadmisibles. No todas las sociedades ni culturas tienen la misma

visión del niño/a, diferencias marcadas por las distintas tradiciones y costumbres de cada una de ellas, tales como las relaciones entre los miembros de la familia, el tipo de atención que reciben en cuanto a su educación y crianza y el tiempo dedicado a ello, la edad en que se les exige que asuman responsabilidades, las tareas que se les imponen, la posibilidad de acceso a objetos de consumo, etc. Y esto es lo de menos, actualmente también existen niños obligados a combatir en guerras, víctimas de la violencia y el hambre o niñas obligadas a prostituirse. Son unos pocos ejemplos de las injusticias que miles de niño/as tienen que aguantar hoy en día, y esto hace que nos preguntemos...: ¿con tantos siglos que nos ha costado llegar a respetar a la infancia y a considerarlos como un sujeto en pleno derecho, es admisible que permitamos que hoy en día esto siga ocurriendo?⁽⁴³⁾

Por su parte la misión de UNICEF consiste en proteger los derechos de niños y niñas, para contribuir a resolver sus necesidades básicas y ampliar sus oportunidades, a fin de que alcancen su pleno potencial. Para ello, UNICEF se rige también bajo las disposiciones y principios de la Convención y tiene en cuenta todos sus principios. Hemos de terminar este apartado refiriéndonos al segundo informe que UNICEF España acaba de publicar, *La Infancia en España, período 2012-2013*, referido al impacto que la crisis económica está causando en los niños. En su Prólogo nos dice: “Este segundo informe tiene como propósito presentar una fotografía objetiva y actualizada sobre la situación de los niños en nuestro país. En un contexto como el actual, el tema central es en consecuencia obligado: que la crisis económica está teniendo un enorme impacto sobre la infancia,

a pesar de lo cual se trata de un tema que permanece prácticamente invisible en el discurso político, social o mediático”⁽⁴⁴⁾.

Recoge, en un libro de 52 páginas, basado en estadísticas y encuestas de elaboración propia, en amplia revisión bibliografía de diferentes Instituciones sobre el tema, en datos de varios Ministerios, etc., etc., una documentada información, desde múltiples puntos de vista, económico, social, docente, cultural, opiniones de los mismos niños sobre su situación en la familia, en el ambiente, inquietudes sobre su futuro, etc., etc. y la repercusión que en la infancia está teniendo la crisis actual, comparando los datos obtenidos en este informe, con los del período del informe anterior, elaborado también por UNICEF España (Primer informe período 2008-2009.)

Obviamente, por su amplitud, no podemos referirnos a los múltiples aspectos que en él se contemplan, señalando que, a través de Internet, se puede tener fácil acceso a todo este documento⁽⁴⁴⁾. Según sus palabras “Su objetivo es hacer visibles a los niños en el panorama de retos sin precedentes a los que nos enfrentamos. Basándose en los datos disponibles, y haciendo uso también de la experiencia internacional de UNICEF, el informe expone cómo los niños están siendo enormemente afectados por la crisis, al tiempo que plantea la necesidad de *tenerles en cuenta para poder salir de la misma*”.

El Art. 27 de la Convención, dice: “Los Estados Partes reconocen el derecho de todo niño a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social”. La crisis está poniendo en duda el cumplimiento de este artículo. Los niños y niñas son los últimos responsables de la crisis y, sin embargo, están sufriendo sus consecuencias

de forma tanto o más grave que otros colectivos y grupos sociales. A la vez, el impacto en ellos esta siendo mucho menos visible, cuando son precisamente los que menos capacidad tienen (individual y colectivamente), para enfrentarse a ella y a sus consecuencias.

Sufren la crisis en los hogares, cuando sus progenitores se quedan sin trabajo y sin ingresos, cuando ellos y sus familias son desahuciados, cuando, a consecuencia de los menores ingresos familiares, se empobrece la calidad de su alimentación, cuando se deteriora el ambiente familiar. Pero también repercuten en ellos las decisiones políticas de reducción del gasto público en las diferentes ayudas a las familias.

UNICEF ya ha realizado en el pasado análisis sobre el impacto de las crisis económicas en los niños, especialmente en países en desarrollo. Los ajustes en la segunda mitad de los años 80 y principios de los años 90 del siglo pasado, supusieron que muchos países pobres recortaran el gasto público en servicios básicos y ayudas, de las cuales dependían principalmente los más necesitados. En el momento actual, y teniendo en cuenta el diferente tipo de crisis y el distinto contexto nacional e internacional, el argumento para algunas de las economías y sociedades más ricas del mundo, sigue siendo básicamente el mismo: *los niños son los primeros que hay que proteger y no los últimos a tener en cuenta.*

En el caso de España el impacto preocupante de la crisis sobre los niños y sus familias es ahora evidente y, con las técnicas modernas, medible. Los actuales indicadores sociales y económicos proporcionan certidumbre sobre lo que en el anterior informe de “*La Infancia en España*” (con datos de 2008 y 2009) *ya se comenzaba a percibir*⁽⁴⁵⁾.

En ese informe, con datos de 2008, se mencionaba que la pobreza infantil en España se acercaba a los 2.000.000 de niños. Con los datos actuales, en solo dos años, esta cifra ha crecido un 10%, siendo 2.184.000 niños el número de menores de 18 años que viven en hogares que están por debajo del umbral de la pobreza. La pobreza infantil, estabilizada durante años en torno a la ya elevada cifra del 24% de la población menor de edad, (concretamente del 23,7 % en 2009), se incrementó al 26,2%, en el 2010, un incremento y un porcentaje, nunca alcanzados para esta franja de edad, desde que el año 2004 se comenzara a usar, para medir la pobreza, la Encuesta de Condiciones de Vida, con procedimientos modernos mundialmente validados y aceptados.

En el objetivo de “*Riesgo de Pobreza o de exclusión Social*” de la Estrategia Europa 2020, se utiliza el indicador que propone la Unión Europea, la llamada “*tasa AROPE*” (At Risk Of Poverty and/or Exclusion), parámetro que agrupan tres factores:

- Renta* (población “bajo el umbral de la pobreza”, hogares con renta inferior al 60% de la renta mediana equivalente).
- Privación Material Severa (PMS)*: con severas limitaciones para el consumo, que no se pueden permitir 4 de los 9 ítems seleccionados: Calefacción. Comer carne o pescado 3 días por semana. Vacaciones, TV, etc.
- “Intensidad del Trabajo”*: con unos índices según número de personas ocupadas, jornada media o partida, etc.

En España, este índice AROPE de “*Riesgo de Pobreza o de exclusión Social*” que permanecía constante de 2005 a 2009, aumen-

tó bruscamente en 2010 (de alrededor de 25%, al 29.8 %).

En dos años (2008 a 2010), hay casi 205.000 niños más en “*riesgo de pobreza*”. Además de ser más, son también más pobres. Al haber bajado los ingresos medios de los hogares en España, se ha reducido el denominado “*umbral de ingresos*”, que es el parámetro considerado más fiel, de entre los tres mencionados, para medir el riesgo de pobreza. (Hemos dicho que para definirlo se utiliza como umbral en España el 60% de la mediana de los ingresos de los hogares).

Otro parámetro, la *intensidad de la pobreza* (que cuantifica en qué medida se está por debajo del mencionado umbral), también es muy alta y creciente entre la población infantil y adolescente en España. El porcentaje de menores de 18 años que viven en hogares con un nivel de ingresos por debajo del 40% de la mediana (“*pobreza alta*”), fue en España del 13,7% en 2010 y ha crecido más de 4 puntos porcentuales desde 2008: Es la cifra más alta de todos los países de la Unión Europea de los 15, y solo por debajo de Rumania y Bulgaria en la Europa de los 27⁽⁴⁶⁾.

El incremento de la pobreza en la infancia ha sido significativamente mayor que el del total de la población. Es decir, el impacto de la crisis ha sido más duro en los hogares con niños que en el conjunto de los hogares.

Caritas, en un informe reciente⁽⁴⁷⁾, sobre su respuesta a las solicitudes recibidas en su red de atención, incluye, entre los principales perfiles de los solicitantes, a las familias jóvenes encabezadas por cónyuges entre 20 y 40 años y con uno o dos niños pequeños, y a las mujeres solas con cargas familiares. En el hogar, la falta de ingresos o su reducción se puede constatar en un empeoramiento de la

calidad de la alimentación (relacionada con el consumo de menos productos frescos), en las *condiciones del hogar* (hacinamiento, frío en la vivienda), y también afecta a la *calidad de la convivencia y a las relaciones entre padres hijos*. El porcentaje de personas que manifestaron que durante el 2011 habían cambiado sus costumbres de consumo en alimentación fue del 41%.

Otro estudio de Cruz Roja⁽⁴⁸⁾ refleja, en forma de testimonios, cuáles son los impactos más graves que están sufriendo estas familias. Por ejemplo: *cambios de domicilio forzados por la situación económica, no poder pagar el comedor escolar, no poder comprar la ropa de los niños, la progresiva dependencia de la ayuda de las organizaciones sociales, y también el cambio de perfil de las familias que acuden a ellas*, junto a las que ya eran usuarias de los servicios de Cruz Roja: *hay cada vez más familias consideradas de “clase media” que por primera vez en su vida acuden a este tipo de ayudas*. Aun así, no hay que olvidar que la crisis no sólo incorpora a nuevos hogares a la pobreza, sino que ahonda también la precariedad de los que ya estaban en ella.

Reducir los gastos domésticos también puede afectar a la educación de los niños. Cosas tan simples como la menor participación en actividades extraescolares o tan sencillas como no poder pagar la ropa deportiva es una de las cosas que informan los propios niños. Esta reducción en gastos educativos, en deporte, ocio y tiempo libre, son actividades que pueden resultar prescindibles para muchos adultos, pero, sin embargo, tiene una importancia mucho mayor para los niños y las niñas, ya que son muy valiosas para su adecuado desarrollo socio-educativo.

No alargaremos más esta muestra de los

datos preocupantes referentes al impacto de la crisis en la infancia, mencionando para terminar otro parámetro importante por su actualidad, como es el de la vivienda. Aunque no es posible constatar de forma separada a cuántas familias con niños han afectado los procesos de ejecuciones hipotecarias, el creciente número de éstas, pasando de 25.943 en 2007 hasta 93.636 en 2010, y que ha llegado a límites que han batido todos los record: 46.559 en tres meses de 2012. Hace suponer que el impacto sobre los niños por la pérdida del domicilio familiar ha sido muy importante. Supone un cambio de vivienda, pero también puede serlo de cuidadores, de ciudad, de región, de país (especialmente en el caso de hijos de padres extranjeros). Además las posibles soluciones abocan fácilmente al hacinamiento y a la degradación del entorno físico, familiar y social del niño.

En este momento es importante recordar que el Art. 4 de la Convención dice referido a los niños [...] *“En lo que respecta a los derechos económicos, sociales y culturales, los Estados Partes adoptarán esas medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan”* [...] No estoy seguro de que los diferentes gobernantes de Europa recuerden en estos momentos alguna vez lo que sus gobiernos firmaron un 20 de noviembre de 1989, en relación con los niños.

Pero, dejando aparte los aspectos económicos sociales, a los que se refiere diferentes artículos de la Convención, hay otra faceta importante. Así el Art. 12 dice: *“Los Estados Partes garantizarán al niño [...] el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño”*. Tomamos las palabras de UNICEF España en

relación con este tema, cuando dice: *“Escuchar y tomar en la debida consideración la voz de los niños y sus opiniones sobre todo lo que afecta su vida, además de ser un derecho, y por lo tanto una obligación para la sociedad y todos sus actores, constituye un elemento indispensable a la hora de analizar su situación y el contexto en el que viven. Es decir, que si realmente queremos conocer a nuestros niños, no podemos prescindir de sus opiniones y sus percepciones. Es por esto que queremos complementar este informe dándoles la palabra y presentando una fotografía de su entorno y sus vidas tomada por ellos mismos”*. Los datos que incluyen se refieren a una muestra representativa de alumnos y alumnas de primero de ESO (casi 6.000 niños, en su gran mayoría de 12 y 13 años de edad), y son solo una parte del contenido del informe *Calidad de Vida y Bienestar Subjetivo Infantil en España*, que realizaron Casas y Bello⁽⁴⁹⁾, con grupos que llegan hasta los 17 años.

El informe es exhaustivo y, a nuestro juicio, este es uno de sus apartados más interesante: *el saber cómo contemplan y sienten los propios niños la crisis, en la calle, en su ciudad, en la escuela o en su casa*. Sus vivencias y sus deseos. Así cómo sienten su presente y su futuro. Es obvio que no podemos aquí sintetizarlo, ni siquiera una parte de él, por lo que finalizaremos mostrando como, en alguna ocasión, el resultado de la encuesta puede parecer inesperado. Por ejemplo, en una parte de la sociedad española y europea se ha abierto camino la idea de que hoy en día hay una pérdida de valores generalizada y que los niños solo piensan en el dinero, la ropa de marca, el móvil o la última consola. Sin embargo, hay resultados en diferentes encuestas que ponen en entredicho esta opinión.

Así en apartado referido a “A que aspiran”, en grupos de 13 a 17 años, el resultado a la pregunta “Imagina que ya tienes 21 años: en aquel momento ¿con qué intensidad, de 1 a 10, te gustaría que las otras personas valoren algunos aspectos tuyos?”. El estudio ha mostrado cómo la amabilidad y la personalidad son las cualidades por las que más aspiran a ser apreciados en el futuro, tanto chicos como chicas, ambos con una puntuación de 9.36. En el otro extremo, encontramos que el dinero y el poder son a lo que menos aspiran en estas edades, con una puntuación respectivamente de 6.52 y 6.15.

Igualmente se les ha preguntado *qué cinco cosas elegirían de una lista de 16 opciones posibles, en el caso que pudieran decidir*⁽⁵⁰⁾. “El que todos tengan algo de comer”, “que todo el mundo tenga un hogar” y “conseguir la paz en el mundo” fueron las tres opciones elegidas más veces, mientras que “tener una videoconsola propia”, “dejar de ir a la escuela” y “tener un televisor propio” fueron las opciones menos elegidas entre los participantes, y con mucha diferencia. (De unas 3.000 veces las primeras a menos de 500 veces, las últimas).

El informe abarca una serie de “ítems”:

- A que aspiran en el futuro. Cómo perciben su entorno: el hogar, la escuela, la calle.
- Conocimiento de sus derechos.
- Parámetros de rendimiento escolar. Abandono de estudios, lecturas, libros, bibliotecas
- Prácticas alimentarias: Obesidad, sobrepeso, desayuno
- Uso de alcohol, tabaco, cannabis, otras drogas

–Actividades: Hacer deberes. Mirar la televisión. Escuchar música, Hacer deporte o ejercicio físico. Ayudar con las tareas en casa, Usar el ordenador, Cuidar de tus hermanos/as u otros miembros de la familia. Salir con los amigos. Realizar actividades extraescolares que tú has elegido. Leer por gusto

–Indicadores de bienestar infantil, niños de 0 a 17 años: Porcentaje de niños que viven en hogares con una renta por debajo del 60% de la mediana nacional (pobreza relativa). O con “privación material severa”. O con “pobreza crónica”. Riesgo de pobreza o exclusión social, parámetros tasa AROPE. Riesgo de pobreza por CCAA.

–Indicadores de bienestar material: % hogares con niños que no pueden permitirse una semana de vacaciones. Acceso al consumo. Calefacción. Etc.

Y así, hasta un centenar de ítems, con sus resultados cuantitativos, gráficos etc.

En resumen, ¿cómo impacta la crisis en los niños en España? ¿Cuáles son los efectos presentes y futuros de la situación económica y de las medidas tomadas al respecto sobre su bienestar y sus derechos? Con este segundo informe de *La infancia en España*, UNICEF quiere llamar la atención de los responsables políticos y de la sociedad española sobre la importancia de tener en cuenta a la infancia en este contexto de crisis. Para minimizar los impactos negativos (presentes y futuros) que este escenario puede tener sobre ellos, pero también para identificar qué papel pueden jugar en la nueva sociedad que entre todos tenemos que construir. En base a su experiencia en distintos países del mundo,

UNICEF aboga por una “recuperación con rostro humano” para salir de esta situación. Para y con los niños.

Terminaremos con unas palabras Amnistía Internacional, resumen de sus derechos:

“Seguramente, el mejor regalo que puede recibir un niño es la libertad de elegir, de sentir, de expresarse, de querer y de rechazar.

IV. La asistencia pediátrica especializada en España

La Pediatría es la única especialidad –junto con la Geriatria–, cuyo campo de actuación no es una parte del cuerpo humano, un grupo de enfermedades, o una técnica especial, sino la medicina, en una etapa de la vida. Alguien la denominó como la “*medicina interna de la infancia*”. Esto es origen de problemas singulares, como es el de sus límites etarios. El inferior nadie lo discute, el recién nacido, la neonatología pero sí el superior, la adolescencia. Sin ir mas lejos, el Hospital Universitario mas importante de la Comunidad en Murcia no contempla lo que desde hace tiempo es una especialidad pediátrica en todo el mundo: la “*Pediatría del adolescente*”, que figura en la Cartera de Servicios de la mayor parte de los Servicios de Pediatría de los Hospitales españoles. Consecuentemente, en este Hospital los niños de once años son atendidos en con-

sultas de adultos y hospitalizados entre ellos. Esto no debe resultarnos extraño cuando, de los tres grandes Hospitales Generales Universitarios en la ciudad, solamente uno, Virgen de la Arrixaca, tiene Pediatría. Alguien consideró en su momento, cuando se construían, o se actualizaban los otros dos, que no era necesaria esta especialidad en ellos (por supuesto, con nuestra opinión en contra, cuando por entonces teníamos responsabilidades asistenciales).

En relación con la *Pediatría Extrahospitalaria*, en Inglaterra, Irlanda o Dinamarca, el denominado “*modelo anglosajón*”, los pediatras ejercen su labor exclusivamente en el medio hospitalario, bien como pediatras generalistas o como especialistas pediátricos. La Atención Primaria pediátrica en estos países es una competencia prácticamente exclusiva del médico general. Por el contrario, en España, Italia o Grecia es, teóricamente siempre, competencia del Pediatra de Atención Primaria. Estudios objetivos publicados en revis-

tas científicas de gran impacto, demuestran la bondad de este segundo sistema comparado con el anterior.

Dicho esto, conviene que dediquemos unos minutos para enjuiciar la situación actual de la *Pediatría y sus especialidades* en España, viendo su origen y su evolución. Debemos comenzar diciendo unas palabras acerca del origen de la *Pediatría* y, a continuación, el de sus especialidades

Como señalan López Piñero y García Ballester⁽⁵¹⁾, la mayoría de las especialidades médicas surgieron en el período contemporáneo, y esto fue debido a una serie de imperativos médicos, intrínsecos, de una parte, y a un conjunto de condicionamientos sociales, de otra. En el estudio de su origen, es clásico el modelo de George Rosen⁽⁵²⁾. Ampliamente utilizado y comprobado todavía su validez, en la historia social de la Medicina. Según este modelo podemos considerar cuatro etapas:

- 1ª etapa. Personalidades aisladas se dedican específicamente, por distintos motivos, a una parcela de la ciencia médica, en nuestro caso a las enfermedades de la infancia.
- 2ª etapa. Reuniones de este grupo, con dedicaciones médicas afines, en foros, congresos, publicaciones, revistas especializadas o en sociedades profesionales o científicas. En pediatría creación de los hospitales infantiles.
- 3ª etapa. Las condiciones sociales permiten el desarrollo profesional de la especialidad, bien sea por el nivel de vida –en un ambiente que les permite practicarla–, por el número de habitantes de la población –que garantiza el suficiente número de pacientes–, o por

las características epidémicas de la Región.

- 4ª etapa. Aceptación final, institucional, legislando los requisitos necesarios para conseguir su titulación oficial de “especialista” en una rama de la medicina. Esto supone una serie de condicionantes: qué instituciones están capacitadas para formar estos especialistas; qué dotación deben tener estas instituciones para impartirla; en personal docente y en calidad de la institución. Y, en última instancia, planificar las necesidades de estos especialistas, en un ambiente concreto.

1ª Etapa inicio de la especialización, incluye personalidades aisladas, que por imperativos médicos desarrollan un interés selectivo sobre una determinada parcela profesional, a la cual dedican su particular afición. Un imperativo médico es, por ejemplo, la necesaria parcelación de una zona del saber, cuando el cúmulo de conocimientos relativos a la misma, y su complejidad, pasan a ser monopolio de un subgrupo profesional. Esto ocurrió, por ejemplo, con la cardiología, la neurología, o la endocrinología, etc. En general las especialidades “médicas”. En otras ocasiones, la especialización surge de manos de la técnica. El dominio técnico de ciertos procedimientos terapéuticos o exploratorios, que necesitan un aprendizaje adicional que especializa a quien lo posee. La urología, la otorrinolaringología, la oftalmología, la radiología, etc. y, en general, las especialidades “endoscópicas”, “radiológicas” o “quirúrgicas” son ejemplos de ello.

El inicio de la *Pediatría* no se justifica por ninguno de estos condicionantes. Y es que el

origen de la pediatría, así como de la psiquiatría, como especialidades, fue singular: “nacieron constituidas en torno a la conciencia social de atender médicamente al niño y al enfermo mental”⁽⁵¹⁾. En ambos casos, la especialización surgió al amparo de las instituciones hospitalarias, cristalizadas en una sociedad que las exigían. La psiquiatría, por las repercusiones sociales de los enfermos mentales, y la pediatría, específicamente, por la terrible tasa de morbimortalidad a estas edades. Tuvieron pues una polarización inicial, claramente asistencial.

Esta primera etapa de personalidades aisladas que dedican su ciencia al niño aparecen en Europa, nada menos que en la medicina Renacentista de los siglos XV y XVI, época en la que ya proliferaron, importantes Tratados de Pediatría, como los de Pietro Baguellardo, de Cornelio Roelants o, posteriormente, en los siglos XVIII y XIX, los magníficos tratados ingleses, como el de Michael Underwood, traducido inmediatamente al francés y al alemán, que alcanzó en Inglaterra 10 ediciones.

En España a comienzos del s.XVII, en la *medicina del barroco*, aparece la obra de un médico ilustre, Jerónimo Soriano, nacido en Teruel (1575), “*Método y Orden de curar las Enfermedades de los Niños*”⁽⁵³⁾, primero de este tipo en lengua vernácula publicado en España y de difusión nacional. Pero, realmente en esa época, no hubo grandes tratados de medicina infantil.

En Murcia, la actividad bibliográfica de finales del XIX hasta mediados del XX, es escasa, ligada fundamentalmente a la Real Academia de Medicina, (discursos de ingreso, etc.). Solo cabe destacar las publicaciones de Mariano Benavente, médico de niños, (padre de D. Jacinto Benavente), Académico

Correspondiente de esta Real Academia y del cual se recogen 27 citas por Ferrándiz y López Piñero en su *Bibliografía Histórica de la Medicina Murciana*⁽⁵⁴⁾. Se trata de discursos, publicaciones en el *Siglo Médico* y en la *Revista de Enfermedades de los Niños*. El primer médico especialista en medicina de la infancia, en Murcia fue D. José de la Peña y Díaz, académico de esta Institución (como su hermano Gaspar y su padre D. Gaspar de la Peña y Denia). Ingresó en la Real Academia de Medicina en 1855 pronunciando el discurso con el título de “*Primer período de la infancia. Consideraciones fisiológicas y patológicas*”⁽⁵⁵⁾.

2ª Etapa. Por uno u otro mecanismo, una vez que un grupo de médicos se ha consagrado exclusivamente al cultivo de una parcela de la medicina, necesitan institucionalizarse mediante la creación de sociedades profesionales o científicas, centros científicos y asistenciales especializados, publicaciones especializadas, etc. Por las circunstancias sociales que antes mencionábamos hemos de situar aquí la creación de los Hospitales infantiles, faceta importante en la lucha contra la mortalidad infantil.

En lo referente a la creación de *Sociedades Pediátricas* mencionaremos el nacimiento de las diferentes Sociedades Regionales de Pediatría. En 1943 se creaba la *Sociedad Catalana de Pediatría*, que agrupaba a todos los “puericultores / pediatras” de la región. A ella siguió la creación de las *Sociedades regionales de Galicia*, la *Vasco-Navarra*, la *Valenciana*, la *Castellano-Astur-Leonesa*, y así sucesivamente hasta las catorce actuales, que abarcan todo el territorio nacional. El 25 de abril de 1977 se firmó el Acta de Constitución de la *Sociedad de Pediatría del Sureste de España (SPSE)*, una de las últimas, aunque durante

los 20 años previos los pediatras murcianos, formaban un grupo, adscrito a la *Sociedad Valenciana de Pediatría (SVP)*⁽⁵⁶⁾. Por entonces nosotros desempeñamos sucesivamente en esta Sociedad, los cargos de Director del Boletín, Secretario de la Sociedad, Vicepresidente y finalmente Presidente. Quiere esto decir que nuestro contacto, a través de múltiples viajes en esos 20 años, con Murcia y su Pediatría fue constante. (Pertenece a una época en la que nunca llegue a pensar que algún día llegaría a tener cinco nietos murcianos).

Desde el principio estas Sociedades Regionales, han tenido una activa vida científica y profesional. La actividad científica se plasmó en Congresos Nacionales e Internacionales, publicaciones de trabajos clínicos y de investigación realizados en los diferentes Hospitales, Centro de Salud, etc., cuyas actividades fueron recogidas en sus Revistas y Boletines. En 1949 se fundó la *Sociedad Española de Pediatría (SEP)*, que posteriormente pasó a denominarse *Asociación Española de Pediatría (AEP)*, que recoge federativamente a todas las Sociedades Regionales. Su publicación mensual es la *Revista Anales Españoles de Pediatría*, recogida por el *Index Medicus*. Actualmente somos más de 9.500 pediatras y cirujanos pediátricos, profesionales expertos en el cuidado del niño, que deben garantizar la calidad de la asistencia sanitaria de más 6.500.000 niños en España. La importancia de estas cifras y su peso específico en la Sanidad Española, hablan por sí solas, Esta Sociedad realiza un Congreso Nacional Anual, el próximo, que hace el número 63, a celebrarse en Sevilla el próximo mes de junio.

Por otro lado están los *Hospitales infantiles*. Es a principios del s.XIX, cuando aparecen los tres hospitales, focos de las que pue-

den considerarse las primeras “escuelas pediátricas” en el mundo: el Hospital des Enfants Malades, el primero, en 1802, en París, al que siguieron, poco después, la Berliner Charité, en Berlín (1830), y el Hospital for Sick Children, en el “nº 8 de Great Ormond Street” en Londres (1852). Por entonces también se creó el de San Petersburgo (Rusia, 1834), pero sin influencia en la Pediatría Europea. Solo en el último tercio de este siglo, en 1876, se crea en Madrid el Hospital del Niño Jesús y, por R. D., diez años después, la Cátedra de Enfermedades de la Infancia, pudiendo considerar por ello a D. Mariano Benavente, Director del Hospital, y al Prof. Criado Aguilar, primer Catedrático de Pediatría, los fundadores de la especialidad en España. En lo referente a Murcia, han de pasar otros 100 años (1975), para que se inaugure un Hospital materno-infantil en la Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca, siendo su jefe de departamento el Prof. Francisco Rodríguez López, fallecido desgraciadamente antes de leer su discurso de ingreso en esta Real Academia, inicio del verdadero origen de la especialidad en nuestra Región.

Hemos dicho que la Pediatría nació en 1802 en el Hospital des Enfants Malades, por “condicionamientos sociales”. Efectivamente, a comienzos del s.XIX, en París, el problema de los niños era terrible. Gran cantidad de hijos ilegítimos eran abandonados en la calle, en las puertas de las iglesias o, simplemente, arrojados a las alcantarillas, como en la antigua Roma. La mortalidad de la infancia era insoportable: de 31.951 niños admitidos en el Hospice des Enfants Trouvés, creado por San Vicente de Paúl, el 80% murió antes de cumplir el primer año de vida⁽⁴⁷⁾. Las circunstancias culturales, científicas, técnicas,

socioeconómicas, políticas, filosóficas y hasta literarias, como el *Emile*, de Juan Jacobo Rousseau⁽¹¹⁾ y su defensa de la infancia, con la “*vuelta a la naturaleza*”, y “*el buen salvaje*”, sus exhortaciones y consejos de higiene infantil (por ejemplo en el largo e introductorio pasaje del libro I, del citado *Emile*) crearon una conciencia colectiva de sensibilidad ante la situación de la infancia, lo que llevó a la sociedad francesa del siglo XIX a exigir la creación de los hospitales infantiles. La reforma hospitalaria, en el París de las postrimerías del setecientos. era un hecho. En 1785, a instancias de Luis XVI, se crea una comisión de la Academia de las Ciencias, (Laplace, Lavoisier, etc.) para informar sobre el estado higiénico del hospital Hôtel Dieu⁽⁵⁷⁾, donde la mortalidad infantil era casi total y donde ocho o nueve niños yacían en el mismo lecho. En 1788, J. R. Tenon⁽⁵⁸⁾, hizo un famoso informe para reformar el asilo Maison de l'Enfant Jesús, en el Hôpital des Enfants Malade, lo que se llevó a efecto, como hemos dicho, en 1802. Este Hospital, cuna de la Pediatría, fue durante mucho tiempo el mayor hospital infantil de Europa, con 300 camas. Allí se creó la primera escuela pediátrica, la escuela francesa y, a su amparo, la docencia. Basta citar los nombres de Hutinel, Marfan, Parrot, Grancher, Comby, etc., ligados a este hospital. Muchos de sus libros los hemos manejado todavía los pediatras durante el siglo pasado. Hace doce años cumplió 200 años y sigue teniendo una valoración universal bajo el nombre Hôpital Necker Enfants Malades, actualmente dependiente de la Facultad de Medicina.

El ejemplo cundió pronto en Europa. En 1829 se inicia en Alemania el Departamento Pediátrico de la Berliner Charité, con figuras

como Henoch, Heubner, Czerny, Finkelstein, representantes de etapa gloriosa de la pediatría germana. Los primeros catedráticos de Pediatría en España, Ciríaco Laguna, Suárez Perdiguero, Sala Sánchez (mi maestro), Galdó, Ramos Fernández, etc., se formaron en Alemania.

Cuando en 1876 se funda en Madrid el Hospital del Niño Jesús, existían ya en Europa más de 80 hospitales pediátricos,. Y cuando 10 años después se funda en España la primera cátedra de Pediatría, llevaba funcionando 50 años la Clínica Pediátrica Universitaria de la Berliner Charite. Y, en Murcia, hemos de llegar a 1975, cien años después, cuando se construye, en El Palmar, la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca actualmente Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, donde, con su pabellón Materno-Infantil, se crea la primera y verdadera escuela pediátrica de Murcia, irradiando sus conocimientos no solo a la asistencia hospitalaria, sino a toda la Región, acorde con los criterios científicos que ya imperaban en el mundo.

A esto último hay que añadir un hito trascendental en el desarrollo de la especialidad en nuestra Región: se incorporaron al hospital un grupo de pediatras con una sólida formación en diferentes hospitales españoles y en diferentes “*especialidades pediátricas*”: Neuropediatría, Trinidad Rodríguez Costa; Cuidados Intensivos Pediátricos, Julio Melendo Gimeno; Inmunidad y alergia, Rafael Beltrán Buitrago; Cardiología Infantil, Mariano Gracián Gómez; Nefrología Infantil, Francisco Rodrigo García; de Cirugía Pediátrica con Miguel Ángel Gutiérrez Cantó. A estas especialidades pediátricas se unieron otras a lo largo del tiempo, como nosotros mismos,

con Antonio Gutiérrez Macías, la especialidad de Endocrinología y crecimiento. Es importante señalar que una vez que una especialidad está en una determinada fase de desarrollo su implantación en una nueva situación “que-ma etapas”, como en este caso en el que se inaugura un hospital, simultáneamente con determinadas “especialidades pediátricas”, en pleno funcionamiento.

3ª etapa. *La sociedad permite el desarrollo profesional de la especialidad*, bien sea por el nivel de vida en un ambiente que les permite practicarla, por el número de habitantes de la población, que garantiza el suficiente número de pacientes, o por las características epidémicas de la Región, en relación con lo anterior.

Esta aceptación viene acompañada de un elevado grado de satisfacción, en relación a como se solucionaban los problemas que plantea el niño. Esto también supone, adelantando acontecimientos, que la demanda de asistencia específica, en cada una de las especialidades pediátricas, es suficiente, (incluso, a veces, excesiva), como para justificar su existencia. Del *Libro Blanco de la Especialidades Pediátricas* que la AEP acaba de publicar tomamos las palabras del Dr. Serafín Málaga Guerrero Presidente de esta Sociedad, que en su preámbulo dice: “*El reconocimiento oficial y social de la Pediatría en España está fuera de toda duda. A raíz de la implantación del sistema MIR a principios de los 70 (59). La formación pediátrica experimentó un gigantesco salto cualitativo. Como consecuencia de ello, se han ido sucediendo generaciones de pediatras con un elevadísimo nivel formativo, que se han ido extendiendo por todos los niveles de la asistencia sanitaria (primario, secundario y terciario) y por todo el territorio nacional. Ello, unido a la*

implantación concomitante de los Centros de Salud, ha tenido como consecuencia que la asistencia pediátrica en España haya alcanzado unos niveles de calidad impensables en décadas anteriores y que la Pediatría española, tanto desde el punto de vista cualitativo como estructural, sea un ejemplo para otros países de nuestro entorno”. Existe amplia evidencia publicada que indica, que la asistencia a un niño afecto por un problema concreto por un especialista pediátrico mejora los estándares de calidad y resulta coste-eficiente. Unos ejemplos: Smith y colaboradores⁽⁶⁰⁾, demuestran que los días de estancia hospitalaria en niños con fracturas femorales en tallo verde disminuyen significativamente cuando estos pacientes son tratados por traumatólogos pediátricos. Algo similar ocurre en el caso de las apendicitis: la tasa de complicaciones y las estancias hospitalarias son significativamente menores cuando los niños son intervenidos por cirujanos pediátricos^(61, 62). De igual forma, otro estudio demostró que los niños preescolares que acudían a un Servicio de Urgencias por fiebre permanecían en dicho servicio un promedio de 2,26 horas, cuando este era pediátrico, en comparación con una estancia promedio de 3 horas cuando se trataba de un Servicio de Urgencias general⁽⁶³⁾. Hampers y Faries, por su parte, comparan los resultados de tratar niños con laringitis en un Servicio de Urgencias. Cuando estos niños son tratados por pediatras especialistas en Medicina de Urgencias, la duración de la estancia en Urgencias y los costes directos disminuyen en 40 minutos y 70 dólares, respectivamente, en comparación con la asistencia prestada por especialistas en Medicina de Urgencias de adultos⁽⁶⁴⁾.

Aunque luego dediquemos unas palabras específicamente a las “especialidades pediá-

tricas”, de lo que llevamos dicho han podido deducir que las etapas de George Rosen⁽⁵²⁾, que explicaron la aparición en una época de las diferentes “Especialidades médicas” que surgieron de la “Medicina General”, entre ellas la Pediatría, ha ocurrido con esta “Medicina General del niño”, la Pediatría, dando origen por los mismos motivos a las diferentes “Especialidades Pediátricas”. Lo cierto es que la asistencia al niño desde el momento del nacimiento hasta el final de la adolescencia, por parte de un colectivo profesional con tan elevado y específico nivel de formación, la puesta en marcha de los programas de salud infantil, la implantación de la cartilla sanitaria infantil, la universalización de los Programas de Vacunaciones, el Programa de atención al niño sano, la Atención dental, etc., han permitido alcanzar unos estándares de salud sin parangón y que la mortalidad infantil en España haya ido descendiendo de forma drástica hasta convertirse en una de las más bajas del mundo⁽⁶⁵⁾. De hecho, en la clasificación de 221 países recogida por Index Mundi, la mortalidad infantil, ordenada de mayor a menor, España ocupa el puesto 204 del mundo, con tasas inferiores a las de países como Italia, Gran Bretaña, EE. UU., Grecia, Irlanda, Canadá, Australia, Bélgica, Austria, Portugal, etc.⁽⁶⁶⁾

Antes de seguir adelante, unos breves comentarios sobre problemas que atañen a las titulaciones o al ejercicio profesional, sobre los que creo interesante comentar su evolución. Comenzaremos por la propia denominación de la especialidad: “*Pediatría*” versus “*Puericultura*”. La “*Pediatría*” (del griego *paidos*-niño, *iatros*-médico), es la Medicina de las enfermedades infantiles. En 1860 Caron intentó organizar un curso en París –sin

mucho éxito por cierto– para divulgar el “*cuidado de los niños*” y, cinco años después, lo recogía en un libro: *Puericultura o la ciencia de cuidar higiénicamente los niños* (del latín *puér*; niño- *cultur* cultivo, cuidados). Una pone el énfasis en la enfermedad, la otra en su prevención.

El primer título oficial de un “médico de enfermedades de la infancia”, en España, fue el de *Médico Puericultor*, concedido por el Ministerio de la Gobernación, tras el paso por la Escuela Nacional de Puericultura, creada en Madrid en 1925, o por una de las diez Departamentales, creadas después, dependientes de las Jefaturas Provinciales de Sanidad. Su origen comenzó nada menos que en 1865, cuando el modelo napoleónico imperante colocó la Ley de Sanidad, en la *Dirección General de Sanidad, en el Ministerio de la Gobernación*. El centralismo político-administrativo en materia sanitaria quedaba garantizado por esta Ley, al quedar convertido en el vértice de una jerarquía burocrática, que se continuaba, en las *Jefaturas Provinciales de Sanidad y los Gobiernos Civiles* de todas las provincias del Estado. Este título era condición “*sine qua non*” para opositar en Madrid al *Cuerpo de Médicos Puericultores del Estado*, la primera en 1931. Cuerpo de gran prestigio que desarrollaba su labor en Hospitales de niños, Centros de Prematuros, Dispensarios de Puericultura, Inspección Escolar etc., todos ellos dependientes de la Jefatura Provincial de Sanidad. De estas primeras oposiciones procede el Dr. Amalio Fernández de la Peña, director de la *Escuela Provincial de Puericultura en Murcia*. Muchos años después, en 1960, ocupó este mismo puesto, así como en el *Centro de Prematuros*, el Dr. Joaquín Quiles Mora.

Todo ello se reglamentó en la posguerra, cuando se publica la *Ley de bases de la Sanidad Nacional* de 25 de noviembre de 1944. Se regula la asistencia médica a los niños, sus instituciones, la enseñanza en las Escuelas de Puericultura, Nacional, Departamentales y Provinciales. En su Base 14 regula la Sanidad maternal e infantil. A la Dirección General de Sanidad “compete la unidad de dirección, coordinación y vigilancia de las Instituciones de Maternología y Puericultura existentes”, cualquiera que sea su naturaleza. Las funciones inherentes, en relación con el niño, eran las siguientes: b) *Puericultura de la primera y segunda infancia*. c) *Higiene y protección durante la edad escolar*. d) *Enseñanza de la puericultura y de higiene infantil en las Escuelas e Institutos, Normales, y educación popular en estas materias. Proponer las medidas legislativas de tipo social a favor de la madre y del niño*.

Esta titulación fue predominante, casi exclusiva, hasta hace menos de 40 años. En mi título universitario figura el término “*Catedrático de Pediatría y Puericultura*”; las madres cuando llevaban a sus hijos al médico, hasta hace pocos años, no decían, como ahora, voy al “*pediatra*”, sino voy al “*puericultor*”, finalmente, el cuerpo estatal mencionado no se denominó, “Cuerpo de Pediatras del Estado”, sino “*Cuerpo de Médicos Puericultores del Estado*”. Los tres últimos pediatras en esta Real Academia, el Dr. Quiles Mora, el Prof. Rodríguez López, y nosotros mismos, fuimos Puericultores del Estado.

El problema se produjo cuando la separación política marcó el desarrollo de la Sanidad española al permitir la coexistencia de dos organismos paralelos, la Sanidad Nacional, con la antigüedad y los pasos que hemos des-

crita, y el Ministerio de Trabajo que implanta en 1944 el Seguro Obligatorio de Enfermedad, quedando a cargo del INP. En 1977 se crea el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, se suprimió el INP, y pasó la gestión al Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). Esto, entre otras consecuencias, favoreció la duplicación de servicios e instalaciones sanitarias sin establecerse ningún tipo de coordinación entre ellas. Ni la Dirección General de Sanidad intervino en la instauración del Seguro, ni el Ministerio de Trabajo respetó la legislación sobre el mismo, incluida en la Ley de Bases de Sanidad Nacional que hemos mencionado. (Al comienzo, el Seguro Obligatorio de Enfermedad no tenía asistencia pediátrica, aspecto que fue corregido por disposición legal en 1950.)

Apareció un nuevo título “*Especialistas de Pediatría*”, concedido por el Ministerio de Educación y Ciencia, solicitándolo a través de las Universidades, simplemente por estar inscrito dos años en esa especialidad en los Colegio de Médicos, y exigido para ocupar las plazas de la naciente Seguridad Social, en ambulatorios y hospitales. En 1955 se crean en las Universidades las Escuelas Profesionales de Pediatría para obtener este título. En resumen: en función de estos dos títulos, coexistían dos tipos de instituciones sanitarias, unas dependientes de la Sanidad Nacional/Ministerio de la Gobernación/Jefaturas Provinciales de Sanidad y otras Seguro Obligatorio de Enfermedad/Ministerio de trabajo.

Es obvio señalar que esta duplicidad dio origen a múltiples problemas como el nombramiento de tribunales a oposiciones, (incluidas las de cátedra), formación de juntas directivas de Sociedades Pediátricas, incluso

enfrentamientos verbales en congresos, que nosotros presenciamos.

En el año 75, coincidiendo con la nueva organización hospitalaria inducida por Segovia de Arana, se instaura la obtención del *Título de Especialista de Pediatría* por el sistema MIR, (Médico Interno Residente, durante 4 años en Hospitales de la Seguridad Social). La instauración del sistema MIR, inicialmente no fue tan sencilla. Las “Escuelas Profesionales” no desaparecieron inmediatamente pues durante bastante tiempo no fue anulada la Ley que las creó (20/7/1955), hasta el R. D. 11/1/1984. La escasez de plazas MIR en muchos hospitales, nos obligó a mantener activa durante unos años la Escuela Profesional, lo cual no estuvo exento de problemas. A partir de entonces queda como única titulación la vía MIR y todas las instituciones relacionadas con la Puericultura va desapareciendo por lisis. Consecutivamente dejaron de convocarse oposiciones a ingreso en el cuerpo de Puericultores del Estado. El Dr. José Antonio Navarro Alonso, junto con el Dr. Aurelio González Palacios, fueron los últimos *puericultores del Estado*, en los años 80, que ingresaron en este Cuerpo Nacional, con destino en Murcia. El primero de ellos, por la Ley de 1984, que regula las transferencias de los Cuerpos del Estado a las Comunidades Autónomas, sigue en la Jefatura de Sanidad, gestionando un tema tan importante en la actualidad como es el de la *Vacunología*, y el segundo, que ha alcanzado hace poco la edad de jubilación, también pidió la excedencia hace unos años, por la Ley de Incompatibilidades. También desapareció la *Escuela Provincial de Puericultura* cuyo jefe era el Dr. Quiles Mora, así como

el *Centro de Prematuros*, ambos en la Jefatura Provincial de Sanidad. Desaparecieron, igualmente, las *Escuelas Profesionales de Pediatría de las Universidades*, en 1984.

De la discusión *Pediatría/versus Puericultura* solo queda un apéndice anecdótico que muchos pediatras desconocen: todavía existen dos Sociedades Nacionales distintas, la “Asociación Española de Pediatría” la AEP, y la “Sociedad Española de Puericultura” SEP, creada en 1983 por un grupo de profesores de las antiguas Escuelas de Puericultura, sorprendentemente, cuando, ya habían dejado de existir. Pero lo mas sorprendente es que esta sociedad, con sede en Madrid, sigue convocando Cursos Anuales de Puericultura dirigidos a Pediatras, Médicos de Familia y Médicos de Atención Primaria, procedentes de distintas autonomías de España, tras los cuales obtienen un Diploma de “Médico Puericultor”, “Diploma”, que ya no es Título, que, en la convocatoria de este año anuncian como “mérito preferente en la mayoría de las autonomías para conseguir contraos de suplencias e interinidades de Pediatría de Atención Primaria en el Sistema Nacional de Salud”. Todo esto, afortunadamente, salvo la todavía existente sociedad de nostálgicos que acabo e mencionar, ha pasado a la historia.

Ejemplo de esta nostalgia, es el artículo que todavía en 1998 publicaba en *El País* el Dr. Óscar Valtueña Borque, vicepresidente de la ONG “Puericultores sin Fronteras” y experto de la OMS en Salud Materno-Infantil, en la sede de Ginebra, a raíz de la visita que realizó la Reina Sofía a su tierra natal: “*Con auténtica emoción, no desprovista de nostalgia, leo en el periódico que la reina Sofía, en su viaje de escasos días a Grecia, ha encontrado tiempo suficiente para visitar la Escuela de*

Puericultura de Mitera, donde siguió los cursos de puericultura. Cuando la Escuela Nacional de Puericultura, así como todas las escuelas provinciales de puericultura, el Cuerpo Nacional de Médicos Puericultores del Estado y hasta la puericultura en general han sufrido en España un proceso de acoso y derribo, no deja de ser muy emocionante que su egregia Majestad recuerde con afecto los años pasados dedicados a la puericultura con auténtico cariño. Pero es que, además, la puericultura está oficialmente reconocida fuera de España, tanto en Francia como en Italia y en la mayoría de los países mediterráneos; excepto en España, donde, por circunstancias de intereses personales o administrativos, ha sido prácticamente erradicada como si de la peste se tratara. En nombre de la Sociedad Española de Puericultura, último bastión de quienes todavía creemos en la puericultura como arte de cuidar al niño y su entorno, con toda modestia, no podemos por menos que congratularnos con el gesto de nuestra Reina y expresar, a través de su periódico, el deseo de que la puericultura española encuentre su revitalización, pues falta le hacen al niño español y a su familia, tan deteriorados en la actualidad”.

Tras la solución de este problema, surgió otro. La creación de nuevas Facultades de Medicina sin un Hospital Clínico propio, (por ejemplo la de Murcia). En el momento actual hay 32 Facultades de Medicina, cuando históricamente eran más o menos una docena. La solución fue integrar la red hospitalaria de la Seguridad Social en la estructura docente como Hospitales Universitarios. Red Hospitalaria que, por otra parte, estaba sufriendo una profunda transformación de las viejas Residencias a las Ciudades Sanitarias. Otro aspecto fundamental de la reforma hos-

pitalaria, fue el cambio que hubo en la formación de especialistas en las diferentes ramas de la medicina, se dio paso a los Médicos Internos Residentes (MIR), sistema que, como hemos dicho, quedó establecido como único para obtener la titulación en una especialidad.

Por otra parte, integrar una plantilla de personal estatutario, que se rige por el Estatuto Marco (Ley 55/2003, de 16 de diciembre) con otra de funcionarios, regidos por el Estatuto Básico del Funcionariado. Lo cual supone situaciones laborales distintas, mecanismos de promoción profesional diferentes, colaboración en las clases prácticas de los estudiantes de Licenciatura por personal no adscrito a la Universidad, en parte solucionado con la creación de los “Profesores Asociados”, etc., etc, no se nos puede escapar que han existido problemas. Tenemos un ejemplo de plena actualidad: por la crisis económica, todos los médicos de 65 años han sido obligatoriamente jubilados, anulándose todas las prórrogas, algunas previamente concedidas. Sin embargo han quedado excluidos los profesores de Universidad, cuya jubilación son los 70 años, lo cual, evidentemente, crea agravios comparativos. El pasado abril ha aparecido un Decreto referente a “*Integración del personal funcionario al servicio de instituciones sanitarias públicas, para integrarse en los servicios de salud como personal estatutario fijo*”. No sabemos en que términos se aplicará esta ley, ni qué alcance tendrá, pero ya se han anunciado recursos.

A pesar de todo, y superados los recelos de los primeros años, la integración es un hecho y con beneficio mutuo para las dos instituciones. La Universidad aportó su bagaje histórico, en lo referente a la investigación, planificación de ensayos científicos, cursos de

Doctorado, realización de Tesis Doctorales, etc., así como la docencia pregraduada, que también es enriquecedora, mientras que el concepto de hospital moderno y los cambios que hemos mencionado, que se produjeron en las antiguas Residencias de la Seguridad Social, es indudable que fue definitivo para el futuro de la red hospitalaria en España.

Este cambio, no acaeció de la noche a la mañana. El Dr. López Alanís⁽⁶⁷⁾, en un discurso pronunciado el 26/11/2009 en esta Real Academia, recoge las vivencias, en primera persona, de ese período, precursor de lo que sería después, el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, conservando el mismo nombre, y relegando con ello a la denominación de 'Arrixaca Vieja', a la primitiva Residencia de la Seguridad Social Virgen de la Arrixaca. Comentaba el Dr. López Alanís: *"Todo comenzó en 1964, cuando el entonces ministro de Trabajo Romero Gorria ofreció al profesor Segovia de Arana, por recomendación de don Carlos Jiménez Díaz, en cuya Fundación se había formado, la organización como hospital de la Seguridad Social de una clínica privada que había comprado a los dominicos por un precio casi de regalo y que éstos habían construido en Puerta de Hierro, con el dinero recibido de los japoneses como indemnización cuando invadieron Filipinas. Le dieron libertad total para su organización Y allí comenzó una nueva concepción hospitalaria tan distinta a la de las "residencias" de la Seguridad Social y a la mayoría de los hospitales de la época, incluidos los Hospitales Clínicos. Y allí también se adoptó lo que después fue el mencionado sistema MIR para la formación médica postgrado (y que había dado sus primeros pasos en 1963 en el Hospital General de Asturias) a semejanza del ya existente en Norteamérica. En esta Resi-*

dencia de la Seguridad Social Virgen de la Arrixaca, se nombro jefe de Servicio de Pediatría a un Puericultor de Estado, el Dr. Joaquín Ezcurra Sánchez y, a su fallecimiento, ocurrido poco después, a D. Antonio Pérez Fernández, este continuó como jefe de Servicio en la nueva Ciudad Sanitaria Virgen de la Arrixaca hasta su jubilación. Mientras el jefe de Departamento (estamento hospitalario hoy desaparecido), fue el Prof. Rodríguez López".

Y sigue diciendo López Alanís: *"Con ello quedaron clausuradas definitivamente las instalaciones de la vieja Residencia, aunque las autoridades del momento prometieron la reapertura unos meses más tarde, tras realizar algunas obras de remodelación. La promesa resultó ser ciertamente sincera, aunque el plazo de cumplimiento, ligeramente dilatado, ya que la reapertura fue en 1994, veinte años después, bajo un nuevo nombre: Hospital Morales Meseguer".* Y yo añado, pues por entonces ya habíamos sucedido al Prof. Rodríguez López, sin Obstetricia ni Pediatría.

Es evidente y reconocido internacionalmente, que la nueva cultura hospitalaria marcó en toda España un antes y un después, que en nuestra historia local se traduce en un antes y un después de la Residencia Sanitaria Virgen de la Arrixaca, a la que el azar adjudicó este importante y decisivo papel.

4ª Etapa en el desarrollo de las especialidades médicas. La institucionalización y mecanismos para obtener la titulación de "especialista".

La Pediatría es una especialidad médica plenamente institucionalizada, con unos caminos legales para obtener la titulación de "Especialista en Pediatría", vía MIR, con un gran reconocimiento a nivel mundial, por la alta calidad de su asistencia, el alto nivel de

su investigación, con “Tratados de Pediatría” como libros de texto en Universidades extranjeras, etc., etc. Está claro que en esta época, en la cual la propia especialidad de Pediatría estaba luchando por hacerse un hueco entre las especialidades médicas, las “especialidades pediátricas”, no existían

Hemos mencionado que en nuestro país el cuidado del niño enfermo, históricamente, está reservado al pediatra, el cual entra en contacto con el niño desde el nacimiento y es quien lo sigue hasta su transferencia al médico de familia, lo que idealmente sería, lo hemos dicho, con el fin de la adolescencia, aunque en la práctica no en todas las Comunidades en España sea así. Los resultados no los discute nadie y los datos demográficos, no solamente la mencionada tasa de mortalidad infantil, sino otros más sofisticados, están a la cabeza de los obtenidos en los países más adelantados, demostrando la bondad de nuestro sistema, del cual se ha aceptado por todo el mundo sus magníficos, resultados, superiores al modelo anglosajón, donde la Atención Primaria pediátrica en estos países, ya hemos dicho, es una competencia prácticamente exclusiva del médico general.

Pero el problema ha surgido en los últimos años, por la coyuntura económica. El número de pediatras titulados vía MIR en España, en el momento actual, es totalmente insuficiente. La situación es grave y motivó la reunión de las tres Sociedades Pediátricas más representativas, que incluyen la práctica totalidad de los pediatras españoles: Asociación Española de Pediatría (AEP), Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria, (SEPap). “*Frente común ante la ame-*

naza a la calidad asistencial pediátrica en España”, que se plasmó en un comunicado de consenso, firmado por los tres presidentes de estas sociedades. Las sociedades científicas de Pediatría “*se hacen eco del grave problema y abogan por adoptar medidas estructuradas, consensuadas y muy meditadas, para mantener la actual calidad asistencial. Las soluciones de urgencia y la crisis económica no pueden comprometer la asistencia que se da en el Servicio Nacional de Salud a niños y adolescentes*”.

“La sustitución de pediatras por médicos de otras especialidades no dan respuesta a un sistema herido que debería tender a garantizar una atención global integral. En algunas comunidades autónomas, entre el 30 y 50% de las plazas de pediatría están ocupadas por médicos no pediatras, habitualmente médicos de familia. Es el caso de Baleares, Canarias, Madrid, Murcia y Valencia. Tampoco es solución declarar “adultos” a niños mayores de 7 años. Si el problema actualmente es grave, ¿que ocurrirá dentro de pocos años, si el 31% de médicos españoles en ejercicio tiene entre 50-60 años, y un 10% tiene más de 60 años?” Las tres Sociedades la AEP, La AEPAP y la SEPap, ofrecen diálogo para encarar el problema, y proponen alguna solución.

Si esta 4ª etapa, la de Aceptación final, institucional, con una titulación oficial de “*Especialista de Pediatría*”, está plenamente consolidada, la de las “*especialidades pediátricas*”, llevan más de 40 años sin solución. Una vez que los países occidentales hubieran reducido drásticamente la morbimortalidad, emergió el desarrollo de las especialidades o subespecialidades pediátricas. Este problema comenzó en la década de los sesenta cuando el Prof. Ernesto Sánchez-Villares, cate-

drático de Pediatría de Valladolid, junto con el Dr. Enrique Jaso Roldán, jefe del Departamento de Pediatría del Hospital La Paz, impulsaron su desarrollo en España, fundamentalmente en Madrid en 1965 y, dos años después, en Barcelona, en el Hospital Vall'Hebrón, bajo la gran personalidad del Prof. Ángel Ballabriga Aguado.

Como antecedente de la formación especializada pediátrica hemos de recordar la creación de la Asociación de Pediatras Españoles (APE) en 1949, (hoy, Asociación Española de Pediatría (AEP) donde aparece ya en 1962, como primera "Sección", la Cirugía Pediátrica. Posteriormente, fueron fundándose otras, hasta completar las actuales "Secciones", hoy "Sociedades de especialidades pediátricas" federadas, de la AEP. En los años 60 surgieron las de Cardiología pediátrica, Neuropediatria y Neonatología, en los años 70 la mayoría de las restantes y, más recientemente, las de Medicina del adolescente, Reumatología, Urgencias Pediátricas y, finalmente, la de Errores Innatos del Metabolismo. En la actualidad son 33 las Sociedades de Pediatría especializadas aceptadas por la AEP. El *Libro Blanco de la Especialidades Pediátricas*, recoge en sus 2 voluminosos tomos, magníficamente presentados, las 15 Especialidades Pediátricas que cumplieron todo el formulario que se les solicito referente a datos que incluyen número de asociados, actividad científica, asistencial, social, trabajos de investigación, publicaciones, relación con sociedades internacionales, existencia en el *European Board of Paediatric* de un *European Training Syllabus*, existencia de algún documento oficial a nivel del UEMS (*European Union of Medical Specialists*), que apoye o reconozca la Especialidad en Europa, etc., etc. Estas 15

especialidades, de las 33 Sociedades de Especialidades Pediátricas que existen en España, y que poseen programa aprobado oficialmente por la EAP (*European Academy of Pediatrics*) son: Alergología, Endocrinología y Diabetes, Gastroenterología, Hepatología y Nutrición, Inmunología, Infectología, Medicina Metabólica, Neonatología, Nefrología, Neurología, Oncología y Hematología, Medicina Respiratoria, Reumatología. La Psiquiatría Pediátrica constituye una especialidad independiente y la Cardiología Pediátrica está bajo el paraguas de la Cardiología de Adultos y la Medicina del Adolescente no está aprobada todavía.

La aparición de estas especialidades ocurrió porque, dominada la "mortalidad infantil", llegó el momento en el que la medicina de esa etapa de la vida, la Pediatría, alcanzó tal complejidad, que, repetimos, le ocurrió lo que en su día le pasó a la Medicina General, para justificar el nacimiento de las especialidades médicas o quirúrgicas del adulto. El corazón del niño (*Cardiología infantil*), el sistema nervioso del niño (*la Neuropediatria*), los trastornos hormonales de la infancia (*Endocrinología pediátrica*), etc., etc., han dado origen a las mismas especialidades del adulto pero referidas a la infancia. Solo hay dos de estas "especialidades" pediátricas en las que la edad del desarrollo condicionan su aparición: la "Neonatología" y la "Medicina de la Adolescencia", y que por ello, dicho sea de paso, no entran en conflicto con las especialidades homólogas del adulto. Y otras dos en razón del ámbito asistencial: la *Pediatría Hospitalaria* y la *Pediatría Extrahospitalaria o Ambulatoria*.

Lo cierto es que en el mundo, en España y en Murcia, se ha llegado, con las especiali-

dades pediátricas, a la 3ª etapa de las descritas por George Rosen⁽⁵²⁾, y estas especialidades tienen vida propia muy activa: investigaciones científicas de primer nivel, revistas de la Especialidad con alta cualificación, Tratados de la Especialidad con difusión internacional, congresos nacionales y participación en internacionales, con figuras relevantes etc., y, lo que es más importante, proporcionan asistencia especializada del más alto nivel a la totalidad de la población pediátrica española que lo necesita. Pero en lo referente a la 4ª etapa, la aceptación y titulación oficial de la especialidad, salvo la "acreditación" que conceden las propias Sociedades en España a los socios que cumplen sus exigentes requisitos, estamos 30 años a la espera.

Sánchez Villares⁽⁶⁸⁾ se preguntaba, hace ya más de 20 años, en relación con las especialidades pediátricas: *"¿Cuál sería la situación (de la Pediatría española) de no haberse puesto en marcha las mismas por los años 60? ¿Podría un pediatra generalista atender con igual eficacia que un neonatólogo a un pretérmino de 1.000 gramos y anóxico? ¿Podría un pediatra generalista tratar con el rigor de un hematólogo pediatra a un niño con leucemia linfoblástica aguda? ¿Tendrían audiencia los pediatras generalistas en los foros internacionales de las especialidades pediátricas? Y cabe añadir ¿Podemos aceptar que la asistencia al niño en estado crítico, o al nefrópata, o al cardiópata... o al que padece una mucoviscidosis o sufre de asma bronquial o tiene problemas con su crecimiento... sea prestada por quien antes no ha recibido la necesaria preparación teórica y el imprescindible adiestramiento práctico?"*

Desde el punto de vista social las familias reclaman la asistencia del niño y adolescente por pediatras. Igualmente exigen que el menor

sea asistido en consultas, servicios de urgencias y hospitales separados de los adultos. En la práctica pronto advierten que "son muy diferentes los síntomas de las enfermedades en cada periodo de la infancia desde el recién nacido al adolescente. Y lo mismo la exploración física, el diagnóstico, la práctica o interpretación de las pruebas complementarias de diagnóstico y el tratamiento".

Y sigue el Prof. Sánchez Villares: *"La creación de las Secciones y Sociedades de la AEP constituye el reconocimiento "de hecho" de las áreas específicas en la Pediatría española. La mayor parte de las cuales están incorporadas en los grandes hospitales de referencia. Apoyados en esta realidad social y médica del "hecho asistencial" reconocible en los hospitales de relevancia clínica en todo el mundo y no solo en España, destaca la labor de los profesionales cuyos saberes y quehaceres se han polarizado a estas subespecialidades, ya con tradición histórica a través de sus Sociedades reconocidas científicamente y legalmente y con brillante actividad. En varios grupos internacionales de élite encontramos a colegas españoles con estas inquietudes y sus opiniones son escuchadas con interés en destacados foros más allá de nuestras fronteras. Es opinión unánime que es necesaria su regulación".*

Hemos recogido los argumentos emitidos hace más de veinte años, exactamente en 1992⁽⁶⁸⁾ orientados a justificar las diferencias entre la patología del niño y la del adulto, y justificar con ellos el de la existencia de las "especialidades pediátricas". Veinte años después, otros argumentos actualizados, pero con la misma finalidad: estamos donde estábamos, es ahora la Dra. Martín Mateos⁽⁶⁹⁾, presidenta en su momento de la Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergología

Pediátrica: *“El avance de los conocimientos científicos y las posibilidades de mejora en la tecnología biomédica han facilitado en los últimos años profundizar en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades que afectan a los niños de 0 a 18 años, ámbito de la pediatría en España. Se han ampliado los diagnósticos, se ha afinado en la identificación de la etiología y la patogenia de numerosas enfermedades infantiles. Se han diseñado métodos diagnósticos de laboratorio y de imagen adaptados a la fisiología y el desarrollo de los niños, desde los grandes prematuros hasta la adolescencia. Además han mejorado, de forma paralela, los métodos terapéuticos, desde las intervenciones quirúrgicas en las primeras horas de vida y realizadas en la propia incubadora de las unidades neonatales hasta la colocación de prótesis biológicas para tratar malformaciones de extremidades que permiten el reconocimiento en el cerebro infantil de un miembro ausente en el caso de las agenesias de extremidades, lo que facilita una vida posterior muy cercana a la normalidad. Los métodos terapéuticos en oncología, los trasplantes de órganos en el niño, los tratamientos de genoterapia para tratar enfermedades génicas, los nuevos fármacos, como los anticuerpos monoclonales anti-IgE o anti-IL-5 y otros aún en fase experimental, y los tratamientos de inmunomodulación de enfermedades reumáticas auto inmunitarias dibujan un panorama de enormes avances que se aplican a una población distinta de la del adulto”.*

Una vez aceptadas médica y socialmente, el paso siguiente era conseguir su reconocimiento legal y dotarlas de un mecanismo oficial para obtener una titulación. Su consecución es una vieja aspiración de la Pediatría española. La primera Comisión Nacional de Pediatría y sus áreas específicas, fue creada en

1978, y ya en 1979, presentó el primer programa formativo recogiendo, entre otros, el siguiente texto: *“Como Especialidades Pediátricas que requerirán acreditación específica adicional, deben reconocerse las trece aceptadas en el momento actual, (recordemos en 1979,) por la Asociación Española de Pediatría (AEP). Se propone que Pediatras especializados sean los que, con la titulación original, previa de Especialistas en Pediatría, se hallen capacitados para emprender, realizar, interpretar, aplicar y explicar todos los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos de las áreas de acreditación de competencia específica antes enumeradas”.*

Nosotros fuimos miembros de esta Comisión Nacional de Pediatría, en el período 1989-1998. El primer problema fue el aceptar su denominación. En el Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNEM), (ahora denominado Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud), figuran los presidentes de las distintas Comisiones Nacionales de Especialidades, (en la actualidad cuarenta y siete), entre ellos el Presidente de la Comisión Nacional de Pediatría, en otras palabras: un voto entre cuarenta y seis. Se debatió su reconocimiento oficial, y tras diversas denominaciones, se alcanzó finalmente, la de *“Pediatría y sus áreas específicas”*, eufemismo que, al menos, admite implícitamente, por primera vez, la existencia de especialidades o subespecialidades pediátricas. Esta denominación se recogió en el Real Decreto de 1984, que reguló la formación médica especializada y la obtención del título de *“Médico Especialista”*, pero sin regulación legal, administrativa u organizativa alguna, en lo referido a estas subespecialidades. De forma sintética y suprimiendo por su prolijidad

los pasos menos relevantes, que han entrado en el BOE por este tema solo mencionaremos tres decretos:

1989. El Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNEM), reconoce en un borrador la existencia de 12 “Subespecialidades pediátricas” o “Áreas de capacitación específica”.

1997: La Neonatología ha sido la primera subespecialidad pediátrica aprobada por la CNE seguramente por no generar conflicto de intereses con otras especialidades del adulto. Sucesivamente, se han ido aprobando “Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas” y “Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia”.

Pese al reconocimiento y la aprobación, hasta la fecha no se han desarrollado desde el punto de vista administrativo ni docente. (Y han pasado 24 años...).

Otras sociedades de especialidades pediátricas han realizado un gran esfuerzo presentando a la Comisión Nacional Especialidades Médicas solicitudes de acreditación que no han obtenido respuesta.

En el momento actual, es un clamor universal la necesidad de crear y regular el funcionamiento de las Áreas de Acreditación Específicas, ya que las reconocidas por la AEP y la Comisión Nacional de Pediatría cumplen los requisitos y la normativa de su creación por el pleno del Consejo Nacional de Especialidades Médicas de 1995, en vigor por no haberse derogado. La nueva Junta Directiva de la AEP, presidida por el, como hemos mencionado, Prof. Serafín Málaga, tiene como objetivo prioritario conseguir relanzar el procedimiento de la Acreditación de Áreas de Capacitación Específica, según la normativa vigente en España, que hasta la fecha está inactivo pese a que como acabamos

de decir, tener cauces legales para activarlo.

El primer paso ha sido la realización del *Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas* al que ya nos hemos referido que en su prólogo el Prof. Serafín Málaga dice: “Este Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas pretende dar a conocer a las Autoridades Sanitarias y a la población general el punto de vista de la AEP respecto a la situación de la Pediatría en nuestro país, a sus problemas y sus insuficiencias, a sus fortalezas, a las aspiraciones de los pediatras españoles, etc., y contextualizar la situación de la Pediatría en España respecto a la de otros países. Pero, más allá del relato más o menos pormenorizado de estos problemas, este Libro Blanco pretende aportar las soluciones que, desde nuestro punto de vista, contribuirían a consolidar lo mucho bueno que ya existe, y a mejorar y/o resolver las carencias, todo ello con el supremo objetivo de alcanzar, si cabe, mayores estándares de salud para los niños españoles”.

Ante la situación que hemos descrito, en España, algunas especialidades pediátricas han abordado un sistema de Acreditación Europea de las Especialidades Pediátricas. En 2001 se firmó un contrato de adhesión de la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica (EAACI) y la Sociedad Europea de Alergia e Inmunología Clínica Pediátrica (ESPACI), que en su artículo 6 aprueba la Especialidad de Alergología Pediátrica. En 2007 se enviaron los currículos y las solicitudes de los socios de la SEICAP que cumplieran los requisitos, y 95 socios de la SEICAP obtuvieron el “Certificate of European Paediatric Allergist” por la “European Training Committee Paediatric Allergy” (ETC-PA). El carácter de la titulación es científico y profesional de ámbito europeo, puede ser valora-

do como mérito en oposiciones, selección para optar a una plaza especializada, pero carece de valor oficial como título de “Especialista Pediátrico”. Otras Sociedades Pediátricas están siguiendo este procedimiento, como la de Neumología Pediátrica, aunque parece sin mucho entusiasmo. De todas formas, también la asistencia pediátrica en Europa carece de uniformidad.

Desde un punto de vista normativo, el preámbulo del Tratado de Roma, antecedente de la Unión Europea, establece el libre intercambio de personas y servicios, lo que presupone el mutuo reconocimiento de las titulaciones médicas básicas y especializadas y así ha sido reconocido en distintas directivas de la Comisión Europea⁽⁷⁰⁾. No obstante, y a pesar de los esfuerzos y la actividad de la Unión Europea de Médicos Especialistas (UEMS), este organismo carece de capacidad regulatoria, por lo que la eventual implantación de las Especialidades Pediátricas, continúa siendo una competencia de las autoridades nacionales de cada país miembro.

En la misma línea, la *European Academy of Pediatrics / European Unión of Medical Specialists*⁽⁷¹⁾ recomiendan enfáticamente la armonización de la formación de cada especialidad en los países miembros, con el fin de evitar el frecuente fenómeno de especialización “autodeclarada”.

2008. Después de 50 años, llega ahora el R. D. 183, donde se anuncia que en un “futuro próximo” se completará con otras normas de desarrollo de la Ley 44/2003 y entre ellas se incluye la regulación de las áreas de *capacitación específica*.

No sabemos cuando será este “futuro próximo”, pero de momento han pasado cinco años.

Aquí iban a terminar estos comentarios acerca de la evolución de las *especialidades pediátricas* y, con ello, mi conferencia y a punto de enviarla a la imprenta. Pero hace diez días, el día 20 de este mes, terminaba el plazo para enviar las sugerencias acerca del proyecto de Ley, que dará contestación a esa frase de que “no sabemos cuando será, ese futuro próximo”. Pues ya lo sabemos. Creo necesario dos palabras finales acerca de ello:

En la página web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad se podía descargar el proyecto del Real Decreto por el que se regulará la troncalidad y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en ciencias de la salud⁽⁷²⁾. El pasado 18 de diciembre se abrió el plazo de trámite de audiencia pública para aportar opiniones sobre el citado proyecto del Real Decreto que debían ser remitidas a la Comisión Nacional a que se pertenezca, para que su presidente las enviara, a su vez, a la Comisión Permanente del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, a fin de que este Consejo Nacional emita el informe preceptivo que establece la ley.

Estos informes son múltiples (de las Secretarías Generales Técnicas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Educación Ciencia Cultura y Deportes, de Empleo y Seguridad Social, de Hacienda y Administraciones Públicas, de Defensa, Dirección General de Política Universitaria, Comisión Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud, Consejo, General de Médicos, Consejo de Estado, organizaciones sindicales, etc., etc.)

Habían de emitirse antes del día 20 de este mes de enero. Por lo que es previsible que

sufra alguna modificación. A pesar de ello, dada su trascendencia, me veo obligado a hacer un apresurado resumen del mismo:

Objeto y ámbito de aplicación:

- Regulación del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud.
- Regular las áreas de capacitación específica y el procedimiento de obtención de los diplomas oficiales de dichas áreas.
- Regular las normas aplicables a las convocatorias anuales de pruebas selectivas para el acceso a plazas de formación sanitaria especializada.

Comentarios al mismo:

- Definitiva y afortunadamente la *Especialidad de Pediatría* sale del sistema formativo troncal común. (Lo cual hubiera supuesto realizar 2 años comunes con todas la especialidades Médicas de adultos).
- Formará un tronco pediátrico aparte con sus *Áreas de capacitación específica propias*.
- No se obtendrá *Título de Especialista* en un área determinada de la *Pediatría* sino *Especialista en Pediatría* con un Diploma de Capacitación específica en un área determinada.

Características generales del Diploma de área de capacitación específica:

- El diploma de área de capacitación específica tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional. Se expedirá por el Ministro de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (no por el Ministerio de Educación, Ciencia, Cultura y Deporte, como los títulos de "especialista") y su posesión será necesaria para utilizar de modo expreso la denominación de especialista con

capacitación específica en el área de que se trate.

En resumen, para la obtención de este título existirá:

- Un programa formativo (aprobado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, tras una serie de informes).
- Se desarrollará en determinadas en determinadas *Unidades docentes, seleccionadas*, con criterios muy exigentes y limitativos para su constitución.
- Acceso a través de una *O. M. de convocatoria anual con oferta de plazas de áreas de formación específica, ofertadas por las Comunidades Autónomas*, que publicará el Ministerio en el B.O.E., a propuesta de la Comisión de Recursos Humanos, previo informe del Ministerio de Educación, Cultura y Deporte y el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud.
- Un proceso de selección de aspirantes que incluirá una *prueba selectiva objetiva*.
- La formación en áreas de capacitación específica, se desarrollará a través de un ejercicio profesional programado, tutelado, evaluado, y específicamente orientado al área correspondiente.
- La evaluación la llevará a cabo un *Comité de Evaluación* (jefe de Estudios, tutor, un profesional de la Comunidad Autónoma con diploma del Área de Capacitación específica correspondiente)
- Esta formación se llevará a cabo por el sistema de residencia retribuido, similar al MIR.

Comentarios:

- En ese Proyecto de Real Decreto, solamente figura reconocida como *Área de Capaci-*

tación Específica de la Pediatría, la Neonatología. (Como dijimos antes, ya fue aprobada por el Consejo Nacional de Especialidades en 1997. Seguramente, por no generar conflicto de intereses con otras especialidades del adulto. Pese al reconocimiento y la aprobación, hasta la fecha no se ha desarrollado, desde el punto de vista administrativo ni docente. Y han pasado 24 años...).

Es un dato muy importante. Para reconocer una nueva Área de Capacitación Específica, deben reunirse los múltiples requisitos que figuran en el Art. 17 de este Proyecto de Ley (interés asistencial, científico y organizativo relevante, número significativo de profesionales, alto nivel de competencia vinculado a la innovación, desarrollo, investigación o alta especialización sanitaria. Que las necesidades no estén cubiertas por otra especialidad, etc.). Una vez hecha la propuesta por los Servicios de Salud de una Comunidad Autónoma, o una Comisión Nacional de una Especialidad, el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud emitirá informe motivado sobre su aceptación.

Recordemos que este Consejo está formado por el presidente de la Sociedad Español-

la de Pediatría junto los cuarenta y seis presidentes de las Comisiones Nacionales de las restantes Especialidades. En otras palabras un voto y una opinión, frente a cuarenta y seis.

No me atrevo a pronosticar cuándo estarán reconocidas todas las *Áreas de Capacitación Específica en Pediatría* pero, a la vista de los antecedentes, temo que pase mucho tiempo.

La situación en otros países:

Europa. En el Bussiness Meeting de la *European Academy of Pediatrics*, celebrado en Vilnius (Lituania) en mayo de 2011, el presidente del Grupo de Atención Terciaria, Constantinos Stefanidis, daba cuenta de los resultados de una encuesta llevada a cabo en el año 2010 en 28 países europeos respecto al nivel de reconocimiento de las Especialidades Pediátricas⁽⁷³⁾. Si bien esta encuesta revela una importante heterogeneidad, no es menos cierto que, dependiendo del nivel de desarrollo, la mayoría de estos países reconoce en mayor o menor número varias Especialidades Pediátricas y que, en este sentido, *España y Noruega constituyen una lamentable excepción: no están reconocidas oficialmente ninguna.*

Reconocimiento oficial de las Especialidades Pediátricas en Europa

Encuesta en 28 países europeos (Vilnius, 2011). [Stefanidis C. (73)]

Especialidades pediátricas reconocidas en Europa: 22

En 22 países	En 18 países	En 10 países	En 8 países
Neonatología	Cardiología	Cuidados intensivos	Alergia e inmunología clínica
	Endocrinología	Neurología	Medicina del adolescente
	Gastroenterología	Neumología	Dermatología
	Hemato-oncología	Reumatología	Urgencias
	Nefrología		Enfermedades Infecciosas

EE. UU. y Canadá. La formación y acreditación en las especialidades pediátricas se inició hace más de 50 años, concretamente en 1961, con la implantación de la Psiquiatría, la Neurología Infantil y la Cardiología Pediátrica. Posteriormente se han ido incluyendo otras disciplinas cuyo núcleo central es la formación pediátrica, hasta un total de 15 especialidades reconocidas por la Academia Americana de Pediatría (16 Especialidades Médicas Pediátricas y 9 Especialidades Quirúrgicas) que incluyen un considerable número de especialistas titulados, que con datos de 2010, ascendían, nada menos, que a 14.195 especialistas Pediátricos titulados (74).

Como resumen de todo ello, la Academia Americana de Pediatría, reconoce, define y establece los requerimientos formativos de Pediatría, así como el de 16 Especialidades Médicas Pediátricas y 9 Especialidades Quirúrgicas Pediátricas (75).

Y termino: No obstante todo lo dicho, los niños españoles han recibido una atención médica especializada de la más alta calidad desde hace 50 años. No es arriesgado por ello predecir que en el futuro, bien sean pediatras con un título de “Especialista”, o con un diploma de “Capacitación Específica”, e independientemente de cómo queden estructuradas las actuales consultas pediátricas especializadas, los niños españoles seguirán gozando de una asistencia sanitaria especializada, de la misma alta calidad.

Muchas gracias por su atención.

Bibliografía

1. **Kofi Anan.** *Nosotros los Pueblos.* Informe del Milenio 2000. <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-atencion.html>
2. **Amnistía Internacional.** *La visibilidad de la infancia.* <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-atencion.html>
3. (<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-intro.html>des).
4. **Ariés Philippe.** *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen,* Madrid, Taurus, 1987 (v.o. 1960).
5. **Trisciuzzi, Leopoldo y Cambi, Franco.** *La infancia en la sociedad moderna. Del descubrimiento a la Desaparición.* Ed. Riuniti, Roma. 1993.
6. **Lloyd DeMause.** *Historia de la infancia.* Alianza Editorial, 1982, Pág. 15
7. **Lloyd De Mause.** *Historia de la infancia.* Alianza. Madrid, 1991.
8. **Stone Lawrence.** Op. cit. en Davies, C.S.L. *Lawrence Stone pages 2-3 from History Today.* Volume 49, Issue 9, September 1999.
9. **Linda Pollock.** *Forgotten Children: Parent-Child Relations from 1500 to 1900.* lecturasdeinfancia.blogspot.com/.../principales-visiones-sobre-la.html
10. **Cunningham, Hugh.** *Children and Childhood In Western Society Since 1500.* Pearson Education Limited, 1995. Great Britain.
11. **Rousseau, Jean Jacques.** *Emilio, o De la educación.* Alianza, Madrid. 1988
12. **Neil Postman.** *Technopoly: la rendición de la cultura a la tecnología* op. Cit por (6), 1962 p.69.
13. **Lucy Rollin.** *Twentieth-Century Teen Culture by the Decades.* Ed. Greenwood.
14. **Giodarno, P. C.** *Relationships in Adolescence. Annual Review of Sociology,* Vol. 29, 257-281. 2003.
15. **Anguera, B.** *Padres e Hijos hoy,* Revista de Psicopatología y salud mental adolescente, 1,29-36. 2003.
16. **Lleras, Cristo.** *Employment, Work Conditions, and the Home Environment in Single-Mother Families,* *Journal of Family Issues.* Vol. 9, N. 10, 1268-1297. 2008.
17. **Pau Mari-Klose, Marga Mari-Klose, Elizabeth Vaquera y Solveig Argeseanu Cunningham.** *Infancia y futuro: Nuevas realidades, nuevos retos.* Barcelona. La Caixa. (2010).
18. **Coetzee, J. M.** *Juventud. Memorias.* 2002, p.167.
19. **Buenaventura Delgado.** *Historia de la infancia.* Ariel. Barcelona, 1998.

20. **Itard, J. M. G.** *Rapports et memoires sur le sauvage de l'Aveyron*. Traducción al castellano con introducción y notas de Rafael Sánchez Ferlosio: Víctor de l'Aveyron, Alianza, Madrid,
21. **Amnistía Internacional**. (<http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/historia/h-precariidad.html>).
22. **Trisciuzzi Leonardo e Cambi Franco**. *La infancia en la sociedad moderna*. Del descubrimiento a la desaparición. (<http://www.inau.gub.uy/biblioteca/Trisciuzzi.pdf>).
23. **Lozoya, Marqués de**. *Historia de España*. T. I. Pág. 1 Edit. Salvat- Barcelona. 1968.
24. **Laín P. Jano**. *Junio*. Pág. 5, - 1972
25. **Payne G.E.** *The child in human progress*. 1916. En Op. Cit. Garrison Abt *Historie of Pediatrics Saunders Co*. Philadelphia. 1965.
26. **Mead, Margaret**. *Blackberry Winter. My Earlier Years*. New York: William Morrow 1972.
27. **Roosevelt, Anna C. et al.** *Paleo-Indian Cave Dwellers in Amazon: The Peopling of the Americas*. Science 272 (5260): 373-384.1996.
28. **Levi-Strauss, Claude**. *Tristes Tropiques*, París, 1955.
29. **Aristóteles**. *Política*. Libro VII, capítulo 15.
30. **Epicteto**. *Historia de la vida privada*, Vol. 1, pp. 52-53, p.58.
31. Evangelio según San Mateo. Cáp. XIX v.14.
32. **Benito de Nursia** (2006). *Regla de los monjes*. Francisco Javier Molina de la Torre (trad.). Salamanca: Sígueme. 2006.
33. **Illick, J. E.** *La crianza de los niños en Inglaterra y América del Norte en el siglo XVII*. En *Historia de la infancia*, capítulo 7. Pág. 371. Alianza. Madrid. 1987.
34. **Hildegarda de Bingen**. *Sinfonía de la armonía de las revelaciones celestes*. Ed. Trotta, 2003.
35. **Eloisa Hedewijch**. *El lenguaje del deseo*. Poemas místicos. Ed, Trotta, 1999.
36. **Illich, Iván**. *Obras Reunidas*. Vol. I. *La sociedad desescolarizada*. Fondo de Cultura Económica de España S. L. 1971.
37. **Baquero y Narodowski**. *¿Existe la infancia?*, en: Revista IICE Año III N° 6, Miño y Dávila, Bs.As. pp. 61-67.1994.
38. **Jacques Attali**. *Breve historia del futuro*. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona. 1999.
39. **Zygmunt Baurman**. *Mundo consumo*. Ed. Paidós Ibérica S.A.Barcelona 2010.
40. **Amnistía Internacional**. <http://www.amnistiacatalunya.org/edu/es/juegos/index.html>
41. **Platón**. *Las Leyes*. Editorial Gredos (Biblioteca Clásica Gredos 265). Madrid, 1999.
42. **Convención sobre los Derechos del Niño**. Documento en PDF: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0021>
43. **Evolución histórica del concepto de la infancia**. <http://apuntes.rincondelvago.com/evolucion-historica-del-concepto-de-infancia.html>
44. **Gabriel González-Bueno, Armando Bello y Marta Arias**. UNICEF España. *El impacto de la crisis en los niños. 2º Informe sobre la Infancia en España*. 2012-2013. sensibilizacion@unicef.es www.unicef.es
45. **Casas, F y Bello, A. (coord.)** 2012. *Cali-*

- dad de vida y Bienestar infantil Subjetivo en España. ¿Qué afecta al bienestar de los niños y niñas españoles de 1^a de ESO? Madrid: UNICEF España.
46. Eurochild 2011. *How the economic and financial crisis is affecting children & Young people in Europe*. En 20How%20the%20economic%20and%20financial%20crisis%.
 47. Observatorio de la Realidad Social (2011). *Cáritas ante la crisis: VI Informe sobre las demandas atendidas a través de la red confederal Acogida y Atención primaria*. Madrid: Cáritas.
 48. Observatori de Vulnerabilitat de la Creu Roja a Catalunya. *L'impacte de la crisis en la infància i les famílies*. Barcelona: Creu Roja a Catalunya (2011).
 49. Casas, F y Bello, A. (coord.), desarrollado con la ayuda del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2012.
 50. Vidal, F y Mota, R. Encuesta de Infancia en España 2008. Madrid: Fundación SM y Universidad Pontificia de Comillas. 2008.
 51. López Piñero, J. M. y García Ballester, L. *Introducción a la Medicina*. Editorial Ariel. Barcelona 1971.
 52. Rosen George. *The Specialization of Medicine*, NY.1944.
 53. Soriano Gerónimo. (Dr. Hieronymo Soriano). *Método y Orden de curar las Enfermedades de los Niños*. Ángelo Tauano. Zaragoza M.D.C. Imp. de Cosano Madrid-1929.
 54. Ferrándiz C. y López Piñero, J.M. *Bibliografía Histórica de la Medicina Murciana*, 2008. Publicación de la Real Academia de Murcia.
 55. De la Peña y Díaz J. *Primer periodo de la infancia. Consideraciones fisiológicas y patológicas*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, 1874 (discurso inaugural).
 56. Borrajo E. Prólogo. *Sociedad de Pediatría del Sureste de España. 32 años de Historia*, de Nieto Conesa A. Abril 2009.
 57. Abt A.F, Garrison, F.H. *History of Pediatrics*, Chapter I. Pág 81 Saunders Co. Philadelphia. 1965.
 58. Tenon Jacques-René. *Mémoire sur les hôpitaux de Paris 1788*
 59. Rozman C. *Breve historia del sistema MIR*. En: El Blog de Ciril Rozman. <http://blogderozman.wordpress.com/2008/12/23/breve-historia-del-sistema-mir/>;2008)
 60. Smith J.T., Price C, Stevens PM, Masters KS, Young M. *Does paediatric orthopaedic subspecialization affect hospital utilization and charges?* J. *Pediatr Orthop*. 1999; 19(4):553-5).
 61. Alexander F, Magnuson D, Difiere J, Jirousek K, Cecil M. *Specialty versus generalist care of children. with appendicitis: an outcome comparison*. *J Pediatr Surg*. 2001; 36(10):1510-3).
 62. Kokoska ER, Minkes RK, Silen ML, Langer JC, Tracy TF Jr., Snyder CL et al. *Effect of paediatric surgical practice on the treatment of children with appendicitis*. *Paediatrics*. 2001; 107(6):1298-301.
 63. Isaacman D.J., Kaminer K, Veligeti H, Jones M, Davis P, Mason J.D. *Comparative practice patterns of emergency medicine physicians and pediatric emergency medicine physicians managing fever in young children*. *Pediatrics*. 2001; 108(2):354-8.

64. **Hampers L.C., Faries S.G.** *Practice variation in the emergency management of croup.* *Pediatrics.* 2002; 109(3):505-8.
65. **Organización Mundial de la Salud.** *European health for all databases (HFA-DB).* En: Europe WHOROf; 2011.
66. **Index Mundi.** *Comparación de Países: Tasa de Mortalidad Infantil.* En: <http://www.indexmundi.com/g/r.aspx?c=sp&v=29&l=es>; 2011
67. **López Alanís, Antonio.** "Hitos de la medicina murciana: la "Arrixaca Vieja". Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia 2009.
68. **Sánchez Villares, E.** "Importancia de las especialidades pediátricas en la evolución de la pediatría española en los últimos 50 años". *Acta Pediatr Esp.* 1992.
69. **Martín Mateos, M.A.** *Acreditación europea de las especialidades pediátricas.* *Pediatr (Barc).* 2010; 72:1-3. Vol.72 núm. 01.
70. **European Commission.** Council Directive 93/16/EEC of 5 april 1993 to facilitate the free movement of doctors and the mutual recognition of their diplomas, Certificates and other evidence of formal qualifications.
71. **European Academy of Pediatrics / European Unión of Medical Specialists** (www.eapaediatrics.eu)
72. <http://www.msssi.gob.es/normativa/docs/Rdecretotroncalidad.pdf>
73. **Stefanidis C.** *Perspectives for Paediatric Subspecialties in Europe.* En: Business Meeting de la EAP. Vilnius; 2011.
74. **Mayer M.L.** *Are we there yet? Distance to care and relative supply among pediatric medical Subspecialties.* *Pediatrics.* 2006; 118(6):2313-21
75. **American Academy of Pediatrics.** Learn More About Pediatric Subspecialists. En: <http://www.aap.org/family/pedspec-factsheets.htm>; 2010.

Discurso del Presidente en la inauguración del Curso 2013

✿ Emilio Robles Oñate ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmas. e Ilmas. Autoridades.
Excmos. Presidentes de las Academias
de la Región de Murcia.
Excmos. e Ilmos. Académicos.
Ilmos. Presidentes de los Colegios
de Médicos,
Farmacéuticos y Veterinarios
de la Región de Murcia.
Señoras y señores:*

Inauguramos este nuevo curso 2013 con la ilusión de que sea rico en actividades, que en su mayor parte las tenemos en marcha.

Quiero dar las gracias y felicitar a todos los colaboradores y Junta de Gobierno; a la Dra. D^a María Trinidad Herrero, por su dedicación y minucioso trabajo y por la excelente Memoria del año que acaba de terminar. Al Dr. D. Manuel Clavel, por su gran apoyo a lo largo de todo el año, a las autoridades y a los compañeros Académicos y, en especial, al Dr. D. Emilio Borrajo, que ha sido el encargado de leer el Discurso Doctrinal correspondiente al año 2013.

Especialmente quiero agradecer al Dr. D. Carlos Ferrándiz su dedicación durante los últimos años a la edición del libro Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. 200 años de una Institución bicentaria, en el que se recoge la historia de esta

Real Academia desde su nacimiento hasta la actualidad.

A las entidades que nos ayudan, a la Fundación Hefame, al Colegio de Médicos, a la Fundación Cajamurcia, medios de comunicación, Dirección General de Universidades, autoridades civiles y militares, Ayuntamiento de Murcia, etc.

La Real Academia tiene el proyecto de nombrar Académicos Protectores a aquellas empresas de la Región que tengan el gusto de “proteger”, como su nombre indica, a esta Institución, así como a ayudarla en los proyectos en los que está inmersa.

A nuestras otras Academias compañeras con las que colaboramos, las sociedades médicas y, cómo no, a la Facultad de Medicina de Murcia.

No se nos puede olvidar nuestro Bicentenario, que tantas satisfacciones y trabajo nos han deparado.

Felicitaciones a los premiados y el deseo de que sigan en el camino de la investigación.

Punto importante de hoy es el discurso del Dr. Emilio Borrajo que tan brillante como exhaustivo nos presenta una historia, no sólo de la pediatría como especialidad médica y su evolución, sino también aspectos históricos de cómo se ha entendido la infancia y la adolescencia a lo largo de los tiempos en nues-

tro mundo occidental, bajo distintos puntos de vista.

A mí personalmente me ha impresionado y recomiendo su lectura muy vivamente porque está lleno de cuestiones muy interesantes en las que no quiero abundar porque sería largo.

En nombre de S. M. el Rey, queda inaugurado el Curso.

Necrológicas

Necrológica *

del Ilmo. Sr. D. Lorenzo Abad Martínez, Académico de Número

✿ **Manuel Clavel Sainz-Nolla** ✿

Vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente,
Excmas e Illmas. Autoridades,
Illmos. Srs y Sras. Académicos,
Señoras y Señores,*

Nadando a contra corriente en el río de mi memoria recuerdo que en el año 1980 se inició un histórico trayecto desde la Facultad de Medicina de Valencia a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, trayecto por el que licenciados de la citada Facultad llegarían a ser Académicos Numerarios de esta institución. El 12 de mayo del citado año ingresó el Dr. Lorenzo Abad Martínez, en 1981 los Dres. Juan Antonio Ruipérez, Rafael Carmena y Juan Jiménez-Cervantes prematuramente desaparecido, y en 1982 el Dr. Pascual Parrilla, a los que yo precedí por el mismo camino en 1976.

Glosar la vida personal o biográfica del primero de ellos es volver a poner en el corazón toda una vida de recuerdos hacia una persona excepcional. Perteneciente a una familia de cuatro generaciones de ginecólogos que se prolonga en su hijo Lorenzo Abad de Velasco, el Dr. Lorenzo Abad Martínez nació en Valencia el año 1941, se licenció en la Facultad de Medicina en 1964 con treinta



Lorenzo Abad Martínez.

matrículas de honor, Premio Extraordinario, Premios López Sancho de Valencia y Premio Nacional fin de Carrera. Obtiene por concurso nacional de méritos una beca para realizar el doctorado en el Real Colegio de San Clemente de los españoles de Bolonia (Italia). El grado de Doctor lo consigue en 1966, ganado el Premio Vittorio Emmanuele II, considerado Premio Extraordinario del Doctorado en Italia.

Tiene en su formación en la especialidad dos maestros: a su padre el Dr. D Lorenzo Abad Colomer y al Profesor Francisco Boni-

* Leída el día 23 de enero de 2014, en la inauguración del curso de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

lla Martí catedrático en la FM de Valencia, y, con el paso de los años, tuvo la satisfacción de que ambos le acompañaran en el estrado en su ingreso de Académico Numerario de esta institución; complementa su especialización con estancias en el Hospital General de Massachussets en Boston, en Graz, la ciudad universitaria por excelencia de Austria y en la emblemática ciudad de Oxford; es una formación con la que se va cimentando su conocimiento con unas bases tan sólidas, que le permiten recorrer todas las etapas de su vida profesional hasta llegar, a golpe de oposiciones, a Jefe de Departamento en el HCU Virgen de la Arrixaca y primer Catedrático de su disciplina de la FM entre 1972 y 1975 en nuestra ciudad.

Como no podía ser menos, una catarrata de producciones científicas jalonan toda su vida profesional: conferencias, publicaciones, participaciones en congresos, simposios y cursos que obviamente no es posible resumir en estas circunstancias, y con sus consecuencias lógicas de distinciones en el ámbito de su especialidad: Vicepresidente de la Sociedad Española, Presidente de la Sociedad Hispano-Alemana, Presidente de la Sociedad Murciana y reconocimientos como Socio de Honor de las Sociedades Murciana, Canaria, Hispano-Alemana y Española.

Para destacar su valoración como profesional, lo voy a hacer plagiando a quien mejor puede hacerlo, al Prof. Juan José Parrilla Paricio, quien después de trabajar 36 años juntos le sucedió en sus responsabilidades. De su necrológica escrita para la edición digital de la Asociación Española para el Estudio de la Menopausia selecciono las siguientes consideraciones llenas de admiración, respeto, afecto y agradecimiento.

“Su compañía diaria todos estos años, escribe el Prof. Parrilla, ha significado un motivo de satisfacción y felicidad, que han hecho que sea mi hermano mayor más que un jefe, maestro o amigo. Desde el punto de vista personal, creía más en el individuo que en la sociedad. Era fiel a sus principios y convicciones y su extraordinaria calidad humana se reflejaba en su carácter conciliador. Siempre fue respetuoso, amable, cortés y tolerante con los demás. Nunca se consideró superior a nadie, aceptando y reconociendo las limitaciones y las virtudes ajenas. Se ganó el respeto de todos nosotros y no solo con su autoridad, sino fundamentalmente, con su actitud profesional y humana.

Agradezco muy sinceramente que sea ahora el Dr. Lorenzo Abad de Velasco quien nos escribe sobre su padre; su principal afición, vivida intensamente, ha sido siempre sin lugar a dudas la biofilia. Fué el alemán Erich Fromm el primero en usar este término en 1991, lo definió como una pasión, afinidad innata o vínculo emocional del hombre por todo lo viviente, y forma parte de la personalidad humana. En ese contexto, variadas fueron sus filias.

En el Cerro de la Popa, en Cartagena de Indias, se encuentra el Convento de la Candelaria de los Agustinos con una vista espectacular sobre la ciudad; en uno de sus muros pude leer esta frase de San Agustín: “Los hombres salen a hacer turismo para admirar la cresta de los montes, el oleaje proceloso de los mares, el fácil y copioso curso de los ríos, las revoluciones y giros de los planetas. Y sin embargo se pasan de largo así mismos” Conf.10-8

Afortunadamente Lorenzo Abad, nunca viajó como una maleta; estoy convencido

que se entregaba a los viajes con esa carga de pasión por encontrar aquello que buscaba; era un gran apasionado de Italia, de la pintura del cuatrocento y del cinquecento. Lorenzo Abad hijo nos cuenta que debido a la atracción de su padre por Roma y Siena, los amigos le consultaban antes de ir a esos lugares y a la vuelta su padre “les tomaba la lección”, era un gran experto, sabiendo de memoria y pudiendo localizar más de cien iglesias en Roma. Le encantaban las películas de Luchino Visconti. Destaca también su admiración por el Tirol austriaco, su visita obligada en los veranos, donde daba grandes paseos mientras oía en su walkman la “La Bella Molinera” la canción de cuna del arroyo de Schubert; era un gran conocedor de la cultura centroeuropea en los tiempos del Imperio Austro-Húngaro.

Era apasionado de la música clásica que llenaba su espíritu; existen dos tipos de compositores Bach y los demás, aunque también dejaba sitio para el romanticismo de Shumann y Schubert. Disfrutaba de la gastronomía, comiendo con amigos y recordando anécdotas, simultaneando perfectamente conversaciones en francés, inglés, alemán e italiano. Tenía una notable colección de plumas estilográficas desde que tenía uso de razón y de gemelos que llegaba a diseñar él mismo; también coleccionaba nesukes, pequeñas figuras de marfil que usaban los kimonos japoneses del s,XVIII

Los síntomas de su biofilia, el interés por la historia y el arte se pusieron de manifiesto en su discurso de ingreso a esta la Real Academia, sobre el tema “Leyenda, Historia y Realidad de la Placenta Humana” cubriendo la vacante del Dr. D. Manuel Sánchez Arranz y realizando el discurso de contestación su colega Dr. Emilio Meseguer Casalins, perte-

neciente a una brillante saga de ginecólogos murcianos. El Presidente de la Real Academia Dr. Isidoro Mínguez, con perspectiva, acertó al destacar que el Dr. Abad respondía a una juventud que mira hacia el futuro sin dejar de observar el pasado.

Lorenzo Abad, el colega y amigo, durante su última y dura etapa, aceptaba con dignidad y pacíficamente su final, capaz de atender los mínimos pormenores, y procurando vivir sin ensombrecer su entorno. La desgracia y la adversidad solo engrandece a las personas extraordinarias y la dignidad con la que Lorenzo acepto su enfermedad fue ejemplar.

Decía Román Alberca “que el hombre más que un ser para la muerte, es un ser para más allá de la muerte, que se dirige hacia la eternidad” Ahora que Lorenzo se ha ido donde la vida no puede seguirle, sentimos una gran añoranza de su recuerdo, nos dejó el legado de la amistad desinteresada y por ello debemos tener la sensación de que sólo se ha vuelto invisible, porque estar entre nosotros, está.

He dicho

Necrológica *

del Excmo. Sr. D. Fernando Crespo León, Académico de Número

✿ Manuel Segovia Martínez ✿

Académico de Número

*Excelentísimo. Señor Presidente
de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de Murcia.*

*Excelentísimos e Ilustrísimos
Señores Académicos.*

*Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades
Señoras y señores.*

Es para mí un gran honor el haber sido designado por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, en este solemne acto de apertura de curso, para hacer la necrológica de nuestro compañero el Académico de número Ilmo. Sr. Dr. D. Fernando Crespo León, tristemente fallecido el pasado año. Pero debo ante todo resaltar que hacer el obituario de un académico, de un amigo, es un acto lleno de tristeza. No puedo ocultar la profunda desolación que uno siente al recordar a un gran hombre, un apasionado de la ciencia, un insigne erudito, un activo académico y, sobre todo, una gran persona y un leal amigo. El pasado veinticuatro de octubre el Dr. Crespo nos dejó, tras una larga enfermedad; fue un día triste, especialmente triste para su madre, su mujer Mari Carmen y sus hijas Laura y Virginia.

Hoy no puedo ocultar la tristeza de este



Fernando Crespo León.

acto, en contraposición al de hace unos años, concretamente el ocho de octubre de 2009, cuando tuve el gran honor, y en aquel momento una indisimulada satisfacción, de efectuar el preceptivo discurso de contestación en el solemne acto de recepción como académico de número del Dr. Crespo. En definitiva, era darle la bienvenida a esta ilustre corporación a un nuevo académico y, en mi caso, a un viejo amigo personal.

Conocí a Fernando el día, uno de marzo de 1986; fue precisamente en el Rectorado de nuestra Universidad, el día de su toma de posesión como profesor titular de Universi-

* Leída el día 23 de enero de 2014, en la inauguración del curso de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

dad de Microbiología y Patología Infecciosa de la Facultad de Veterinaria de Murcia. También yo tomaba posesión de la misma plaza, solo que en mi caso no en la Facultad de Veterinaria sino en la Facultad de Medicina, allí nos conocimos y desde entonces mantuvimos una entrañable amistad.

No obstante, quiero dejar muy claro que no es la amistad la que me lleva a decir que la Academia, que Murcia, ha perdido a un gran profesional, a un científico vocacional por el que he sentido, siento y siempre sentiré, un profundo respeto y una inmensa admiración. A pesar de su corta permanencia como académico de número, el Dr. Crespo fue, no me cabe ninguna duda, un académico brillante y entregado, que contribuyó a incrementar notablemente el prestigio de la Real Academia de Medicina de Murcia. El siempre manifestó, y así quedó reflejado en su brillante discurso de ingreso en esta Academia, su enorme ilusión por pertenecer a esta bicentennial institución murciana, a la que también perteneció, desde 1887 hasta 1903, su bisabuelo por línea materna D. Benito Closa y Ponce de León.

El Dr. Crespo ostentaba la medalla número 15 que anteriormente tuvieron como académicos de ciencias afines los veterinarios Ilmos. Srs. D. Julián Pardos Zorraquino, D. Pedro Belinchón Valera y D. José Luis Sotillo Ramos. Era el octavo veterinario que tenía la mencionada medalla, pues la presencia en nuestra institución de los veterinarios se remonta a 1887. Como el Dr. Crespo decía “la veterinaria es una profesión de sanitarios y se encuentra históricamente vinculada a la medicina a través de la salud pública”.

Estoy totalmente de acuerdo con el Dr. Crespo, si se tratara de escoger una ciencia

verdaderamente afín a la medicina, esta es la veterinaria. Se ha dicho que la veterinaria procede de la medicina o que esta de la veterinaria. Recuerdo una de las últimas conversaciones que tuve con Fernando charlando sobre este tema. En la mitología griega está Quirón como dios precursor y unificador de la medicina y la veterinaria, y en la Historia de la Ciencia, como decía el Dr. Crespo “Jamás hubo un hombre a quien más debiesen la medicina y la veterinaria que a Louis Pasteur”. Pasteur es el padre de la microbiología moderna, tanto desde la óptica de la medicina como de la veterinaria. La admiración que el Dr. Crespo tenía por Pasteur fue la razón por la que escogió como tema, de su discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, la lucha del sabio francés contra la rabia.

El Dr. Crespo nació el 15 de marzo de 1949 en Murcia. Al terminar sus estudios de bachillerato marchó primero a Valencia a estudiar Ingeniería Técnica Agrícola, haciendo la especialidad de “Explotaciones Agropecuarias” y posteriormente a Zaragoza para hacer los estudios de su vocación veterinaria. En sus años universitarios su pasión es el deporte, sobre todo la natación, participando en numerosos campeonatos universitarios. En 1975, ya veterinario, regresa a Murcia.

El Dr. Crespo comenzó a trabajar como facultativo ayudante de sección en el modesto laboratorio de la Inspección Provincial de Sanidad Veterinaria de la Delegación Provincial de Sanidad de Murcia. Formaba parte de un equipo dirigido por el Dr. Emiliano Esteban Velázquez, que también fue académico de número de esta institución. Al mismo tiempo, y desde aquella fecha inicial de 1975, trabajaba por la tarde en el Centro Nacional de

Brucelosis, ubicado entonces en el Laboratorio de Sanidad y Producción Animal, también bajo la dirección de su maestro el Dr. Emiliano Esteban. Su etapa en el Centro Nacional de Brucelosis ha sido una de las épocas más fructíferas y probablemente más felices de su vida profesional. Se trabajaba en condiciones difíciles pero con una enorme ilusión.

El Dr. Crespo tenía un extenso currículum vitae fruto de su mucho esfuerzo en su larga vida profesional. Pero no voy a hablarles de su tesis doctoral, ni voy a agotarles relatándoles sus libros, o sus múltiples artículos científicos. Sólo quiero destacar aquellos puestos de carácter profesional más relevantes. Aunque quizás debería decir nombrar aquellas actividades de las que él se sentía más orgulloso. Una de ellas es su libro “La brucelosis ovina y caprina”. Este libro es un verdadero referente internacional sobre esta enfermedad. El Dr. Crespo ha sido Técnico Responsable de Investigación del Departamento de Ganadería y Acuicultura, del Instituto Murciano de Investigación y Desarrollo Agrario y Alimentario (IMIDA), Vicepresidente del Ilustre Colegio Oficial de Veterinarios de Murcia, Académico de número de la Academia de Veterinaria de Murcia. Fernando ha ejercido desde Veterinario Titular hasta Jefe del Departamento de Microbiología e Inmunología del Laboratorio de Sanidad y Producción Animal; también ha sido Jefe del Servicio de Sanidad Animal, Director del Centro Nacional de Referencia para la Brucelosis y del Laboratorio de Sanidad y Producción Animal en la actual Consejería de Medio Ambiente Agricultura y Agua. Uno de sus últimos destinos fue el de Comisionado en el Departamento Científico y Técnico de la Office International des Épi-

zootíes. (OIE). (Organización Mundial de Sanidad Animal). Y, como he mencionado anteriormente, también ha sido Profesor Titular de Universidad de Microbiología y Patología Infecciosa de la Facultad de Veterinaria de la Universidad de Murcia.

Pero en este repaso biográfico merece la pena volver atrás a sus tiempos de Zaragoza. Fernando me decía a menudo, que lo más importante de este tiempo en Zaragoza fue que conoció a Mari Carmen, su esposa, que le ha acompañado desde entonces, y, como él me dijo en varias ocasiones, ha soportado estoicamente su enorme dedicación a la profesión durante tantos años. Hace unos, años en mi discurso de contestación al ingreso de Fernando, decía que “hoy es también para Mari Carmen un motivo de satisfacción y alegría. Emoción, satisfacción y alegría que comparte con su madre Pura y sus hijas Laura y Virginia. Estoy completamente seguro que hoy sus hijas se sienten muy orgullosas de su padre, ya que él estaba muy orgulloso de su familia y especialmente de que sus hijas hayan heredado de él su pasión por la investigación y la docencia.

Al recordar hoy a Fernando es imposible eludir la tristeza que nos produce su ausencia, pero también es el momento, para todos aquellos que tuvimos el placer de conocerle, de conjugar esa pena con el orgullo de haber compartido con él nuestro tiempo, y de haber tenido el privilegio de gozar de la amistad de una persona de la categoría científica y humana como la del Dr. Fernando Crespo. Pocas personas he conocido con esa alegría e ilusión por su trabajo; siempre amable, siempre sonriente, con una impresionante capacidad de trabajo, con una sana inquietud y entusiasmo por su profesión. Fernando vivió con tal fer-

vor su profesión, que estoy firmemente convencido, que aquellos versos sobre la vida escritos por el Dr. Gregorio Marañón, -Que hace 10 años el Dr. Félix López Hueso leyó en su discurso de contestación en el acto solemne de mi ingreso en esta Real Academia, y que yo repetí en el acto de ingreso de Fernando-, él, desde el más allá, los suscribe íntegramente, como siempre hizo en su vida.

“Vivir no es sólo existir,
Sino existir y crear,
Saber gozar y sufrir
Y no dormir sin soñar,
Descansar, es empezar a morir”.

Descanse en paz

He dicho.

Académicos Numerarios

'La fascinación por la tecnología. Luces y sombras'

✿ **Ginés Madrid García** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Exmo. Sr. Presidente
Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.*

A lo largo de los últimos 50 años se han producido algunos de los avances tecnológicos que más han influido en la calidad de vida y en la felicidad del ser humano. Los transportes, las comunicaciones, la carrera espacial, los fármacos, la biomedicina y un larguísimo etcétera de hitos del conocimiento se han venido sucediendo, casi con descaro, y se han ido instalando en nuestra rutina existencial.

Un denominador común en todos ellos ha sido que, en el momento de darse a conocer, ejercieron auténtica sorpresa y fascinación al comprobar con cierto orgullo que los límites del conocimiento humano están todavía lejos y que, conforme nos apunta el maestro Vargas Llosa, *los confines de lo imposible* son cada vez menos nítidos. Pero de la misma forma, tras un periodo de tiempo variable, parece como si todos ellos hubieran perdido su embrujo y hubiesen acabado en un rincón del desván.

El Diccionario de la Real Academia de la Lengua y también el de D^a María Moliner, tras recordarnos su raíz latina (*fascinare*), resumen, las múltiples acepciones del término fascinación, como una suerte de atracción o

seducción irresistible que siente una persona hacia algo o hacia alguien, en función de sus características o condiciones.

Se proponen otra interminable retahíla de significados, tales como alucinación, encantamiento, hechizo, encandilamiento y una rica, variada e inagotable sinonimia, para terminar con un lacónico y en cierta medida premonitorio, engaño.

Y no es descabellado aceptar la proporción de engaño que cada cual quiera atribuirle, ya que la fascinación podríamos decir que *es un estado de ánimo, generalmente transitorio, que se puede generar ante una situación de admiración extrema frente a determinadas propiedades que nuestros sentidos descubren en algo o en alguien, y que nos impide reaccionar con un análisis crítico y racional frente a los auténticos valores de aquello que nos fascina.*

La abducción que la fascinación ejerce sobre cada uno de nosotros es bien diferente y tiene mucho que ver cómo estén repartidos el conocimiento, la información y la capacidad de análisis y reflexión de cada cual. Cuanto mayores sean estos atributos, menos desmedido e incontrolado será el efecto de la fascinación.

Digamos que entre admirar y caer rindiamente fascinado hay un trecho que se suele salvar dignamente si somos capaces de aplicar las reglas de la razón.

Otra vez el diccionario de la lengua certifica el significado de las palabras y nos recuerda que *razonar*, por cierto, es ordenar las ideas en la mente para tratar de llegar a una conclusión objetiva.

Se podría, por tanto, colegir, que el ser humano no precisa solo tener más información y supuestamente de calidad, sino capacidad para reflexionar acerca de la que ya tiene. Y ello, aparentemente tan sencillo, resulta arduo en una sociedad como la nuestra en la que el ruido predomina sobre la información.

El filósofo Marina hace una aproximación muy lúcida al problema cuando nos recuerda que “*si entre el estímulo y la acción no establecemos un periodo de reflexión, aunque sea fugaz, seguiremos siendo monos acelerados*”.

La fascinación no entiende de edad, sexo ni condición social, aunque bien es cierto que puede contener matices en función del objeto de la fascinación.

Los más maduros, aunque conservemos nuestra capacidad de sorpresa y de curiosidad, no cabe duda que estamos influidos de un saludable hábito de escepticismo, que modula la atracción desmedida por lo nuevo y nos ayuda a enfrentarlo de una manera más sosegada. Por el contrario, los contenidos que forman parte de las investigaciones en la frontera del conocimiento científico, donde lo real parece imaginario, ejercen un enorme poder de fascinación especialmente en los niños y jóvenes.

La causa o el objeto de la fascinación también tiene algunos matices en función del género, si bien cada vez menos perceptibles, ya que nuestra sociedad, al menos en eso, va siendo cada vez más homogénea.

En cuanto a la condición e inquietud social y cultural, no existe evidencia de que el efecto de la fascinación pueda tener diferencias llamativas, salvo en el propio acceso a los objetos de culto, fundamentalmente por razones económicas o de conocimiento.

Y todo ello tiene que ver, probablemente, con que al utilizar elementos que despiertan la imaginación y la emotividad, la fascinación nos atrapa de una manera vertiginosa y despierta el interés de todos ante un conocimiento neutro y desconocido.

Y llegados a este punto, surge la cuestión *¿Es posible, al menos, atemperar la fascinación?*

Hay algunas iniciativas innovadoras, fundamentalmente en el ámbito educativo, para tratar de aliviar el exagerado impacto que tiene la fascinación en la sociedad actual.

La pedagogía de la fascinación fomenta el espíritu de superación y de descubrimiento y constituye una posible clave para mejorar esa enseñanza basada en mínimos conformistas. Genera transferencia de conocimiento, al mismo tiempo que favorece el desarrollo de un pensamiento crítico (analítico y sintético), y permite llegar hasta la aplicación práctica de lo aprendido, anticipando ideas novedosas que resuelvan problemas reales o sugieran líneas de innovación o invención. En resumen, se centra en el desarrollo de procesos cognitivos más avanzados que la simple adquisición o comprensión de la información ya conocida, con una disposición clara y decidida a educar para la vida.

La tecnología

El término tecnología tiene, asimismo, raíces griegas (*téchnè: arte, técnica, oficio y más comúnmente destreza, y logos: estudio de algo*). Erróneamente, solemos utilizar el término

tecnología, de una forma simple y muy restringida para referirnos a determinados equipamientos, generalmente vanguardistas e íntimamente relacionados con los sistemas de información y comunicación y con la investigación en general. Y la tecnología no es solo un equipo o un software, lo es también un procedimiento de trabajo y, por supuesto un fármaco, un suero, una vacuna y un larguísimo etcétera de herramientas que utilizamos para satisfacer nuestras necesidades.

Podríamos, por tanto, definir la Tecnología, como *el conjunto de saberes, conocimientos, habilidades y destrezas, relacionadas con procedimientos, máquinas, herramientas e ingenios, naturales o artificiales, en general bienes y servicios, que permiten cubrir necesidades, anhelos, deseos e incluso compulsiones humanas y facilitan nuestra adaptación al medio en el que vivimos.*

La actividad tecnológica influye en el progreso social y económico, pero es conveniente tener en cuenta que, su carácter abrumadoramente comercial, hace que en ocasiones, esté más pendiente de satisfacer los deseos de los más prósperos que de los requerimientos esenciales de los más necesitados, lo que tiende, además, a hacer un uso no sostenible del medio ambiente. Por el contrario, la tecnología también puede ser usada para proteger el medio y evitar que las crecientes necesidades provoquen un agotamiento o degradación de los recursos materiales y energéticos del planeta o aumenten las desigualdades sociales.

es.engadget.com

nanotecnologiamedica.wordpress.com

rinconsolidario.org

nanotechnologydea.blogspot.com

Tecnologías apropiadas, tecnologías punta y nuevas tecnologías

En términos generales, una tecnología es apropiada, adecuada o ajustada, cuando beneficia a las personas y al medio ambiente y debería cumplir determinadas características:

–Debería evitar el daño a las personas y reducirlo al máximo posible en el resto de seres vivos.

–Respetar y conservar el patrimonio natural y cultural para las futuras generaciones.

–Mejorar las condiciones de vida de las personas independientemente de su estatus social.

–Respetar los derechos y posibilidades para su uso y disfrute.

–Mostrar el mínimo impacto de efectos adversos.

–Priorizar de modo absoluto la satisfacción de las necesidades humanas básicas de alimentación, vestimenta, vivienda, salud, educación, seguridad personal, participación social, trabajo y transporte.

Tecnología punta

Es un concepto con un clara connotación de innovación y que, aunque no siempre acertadamente, se relaciona con la frontera del conocimiento. Es un término que, en ocasiones, es utilizado con oscuros intereses comerciales. Hay 3 ámbitos cuyo impacto social es mucho más reconocido y admirado; las *biotecnologías*, con una aplicación fundamental en la salud y calidad de vida de las personas y con la nanotecnología como icono de un futuro sorprendente; las tecnologías derivadas de los *nuevos materiales*; y las de la *información*, para las que, incluso, se acuñó el concepto de tecnologías digitales.

En cualquiera de sus variantes, constituyen,

para muchos países, elementos estratégicos de primer orden que aseguran una posición de privilegio en la competencia económica y comercial internacional. La historia, incluso la contemporánea, está llena de ejemplos de conflictos, que aún tratando de disfrazarse de nobles razones, ocultan lisa y llanamente el interés bastardo por conseguir una situación de predominio en el mercado de las materias primas. Sirvan como ejemplo el Coltán, el Grafito y algunas otras, rodeadas de comportamientos poco éticos por parte de quienes las explotan.

Además de las funciones básicas que, en términos generales, se atribuyen a la tecnología, existen otras que, aunque debieran ser menos trascendentes, no ocultan su papel:

Por un lado está la *función estética* que, además de la adecuación a las necesidades en general, busca la belleza a través del color, la forma, la textura o bien prestaciones de escasa utilidad práctica para seducir al consumidor. La importancia de la función estética es a veces determinante y oculta o distrae otros aspectos mucho más relevantes de la tecnología en cuestión.

Esta función se puede presentar, en ocasiones, con mensajes aparentemente contradictorios en la forma, aunque bien orientados en el fondo. La arruga se provoca o se disimula en función del fin que queramos conseguir. Por ejemplo, el Dr. Klein elimina la arruga de la piel promocionando el uso de botox, mientras que Adolfo Domínguez introduce la arruga en el vestido utilizando nuevos tejidos.

Arnold Klein, elimina la arruga de la piel promocionando el uso de Botox.

Adolfo Domínguez, introduce la arruga en el vestido utilizando nuevos tejidos.

Por otro lado, está la función puramente *simbólica* que busca el alardeo, cuando no el mantenimiento de un estatus social, político o geoestratégico determinado, en lugar de satisfacer las necesidades básicas del ser humano y del medio ambiente. En este apartado podríamos citar múltiples ejemplos que se han venido sucediendo a lo largo de la historia, como la construcción de edificios emblemáticos, los avances de la tecnología militar, la carrera espacial, el uso cotidiano y exhibicionista de artículos como computadoras, telefonía, y otros signos externos, consciente y descaradamente exhibidos para hacer prevalecer nuestro estatus sobre los demás.

tec.nologia.com

educastur.princast.es

dc233.4shared.com

centromipc.com

Aunque el simple término "*tecnología*" está rodeado de un aura de curiosidad y admiración, cuando no de rendida fascinación, su desarrollo, elección y utilización, debería estar sometida a la verificación previa de su previsible impacto, mediante las siguientes cuestiones generales propuestas por McLuhan:

¿Qué cambios supone para el ser humano y para el medio ambiente la incorporación de la nueva tecnología?

¿Qué bienes o servicios preserva y cuales aumenta?

¿Qué carencias recupera o revaloriza?

¿A que sustituye o limita su uso?

Y la respuesta a dichas cuestiones es relevante porque toda tecnología es susceptible de provocar efectos no deseados sobre el ser

humano, no solo por sus contenidos sino también por el uso que de ella hacemos.

Entramos pues en otra dimensión fundamental cual es la *vertiente ética* en el uso de las tecnologías. Asunto fundamental aunque extraordinariamente proceloso y siempre con el riesgo de entrar en la demagogia y la especulación.

La tecnología no es un fin en sí mismo, es un medio para conseguir la mejor calidad de vida posible del ser humano, en un equilibrio razonable con el medio en el que se este se desenvuelve, y que permita garantizar la continuidad para las futuras generaciones.

Como acabo de apuntar, no hay tecnologías buenas ni malas, lo son, simplemente, en función de la utilización que de ellas hacemos. Por tanto, los juicios éticos no son aplicables a la tecnología en sí, sino al uso que le damos. Si la tecnología la orientamos exclusivamente desde la perspectiva del lucro, genera prejuicios sociales frente a la propia tecnología y su función, además de perjuicios evidentes como desigualdades, ineficiencias y deterioro del medio ambiente.

albaciudad.org
voubou.blogspot.com
voanoticias.com

Cuando hay seres vivos involucrados, como en el caso de animales de laboratorio y personas en el ámbito de las tecnologías médicas, la experimentación tiene restricciones éticas inexistentes para la materia inanimada.

Las consideraciones morales rara vez entran en juego para las tecnologías militares y, aunque existen acuerdos internacionales limitadores de las acciones admisibles para la guerra, como la Convención de Ginebra,

estos acuerdos son frecuentemente violados por los países, con argumentos de supervivencia y hasta de mera seguridad.

Impacto cultural de las tecnologías

Neil Postman, Director del Departamento de Cultura y Comunicación de la Universidad de Nueva York y autor, entre otros, de libros tan determinantes como "Tecnópolis. La rendición de la cultura a la tecnología", publicó un ensayo en 1.998, poco antes de su desaparición, con el título "5 cosas que necesitamos conocer acerca del cambio tecnológico", que sigue aportando luces para entender este fenómeno y comprender el impacto cultural de las innovaciones tecnológicas.

Neil Postman (1931-2003)

Postman planteó 5 ideas plenamente vigentes en la actualidad:

- La cultura siempre paga un precio por la tecnología. Adoptar socialmente la tecnología, conlleva transformaciones culturales que, en algunas ocasiones pueden tener una dimensión traumática. Nadie duda de que por cada beneficio que ofrece una nueva tecnología, aparece también, bien de forma simultánea o diferida, su correspondiente perjuicio. Más adelante expondré algunos ejemplos que podemos identificar en el proceso de la asistencia sanitaria.*
- Los cambios tecnológicos generan ganadores y perdedores. En general, las innovaciones tecnológicas generan desequilibrios, ya que benefician a unos y perjudican a otros, incluso, en muchos casos, no tienen impacto social alguno. Paradójicamente y con frecuencia, el discurso de los*

beneficiados trata de convencer a los demás. Un ejemplo claro lo tenemos en los efectos demoleedores que Internet está causando en la prensa escrita. Acabamos de conocer el caso Amazon-Washington Post, pero también tenemos ejemplos para aplicar al ámbito sanitario, como la equidad de acceso, el coste de oportunidad o el principio ético de justicia, en donde en cierta medida existen, no debemos olvidarlo, ganadores y perdedores.

–Las nuevas tecnologías tienen prejuicios hacia las anteriores. Las ideas innovadoras van, generalmente, investidas por un halo de expectativa desmedida, pregonando en todas direcciones y por todos los medios, que lo nuevo supera a lo viejo y que, por tanto, es caduco y hay que olvidarlo. Esta tendencia está haciendo mella en nuestro medio sanitario, en donde se podría aplicar aquel dicho de la sabiduría popular de “matar moscas a cañonazos”. Para concretar con un ejemplo apropiado, no resulta infrecuente prescribir una TC de tórax sin detenernos lo suficiente, incluso sin prescribir antes, una modesta y humilde radiografía. La curva de rentabilidad de los procedimientos diagnósticos nos indica que con la RX de tórax obtenemos mucha información a un coste bajo, y que conforme utilizamos procedimientos más complejos, la información se encarece y puede llegar a ser ineficiente e incluso con mayores riesgos.

–El cambio tecnológico no es un proceso acumulativo. Los nuevos medios modifican todo el ecosistema informativo anterior, por lo que las consecuencias del cambio son vastas cuando no impredecibles y, a veces irreversibles.

–La tecnología tiende a volverse mítica. El entusiasmo que generan los avances tecnológicos se convierte en una especie de idolatría ya que se considera que la tecnología forma parte del orden natural de las cosas y que es como una especie de regalo de la naturaleza, olvidando que se trata de innovaciones producidas en contextos políticos e históricos determinados.

Pero las tecnologías no siempre tuvieron buena imagen social ni provocaron fascinación, ni tan siquiera fueron recibidas como aliadas y con los brazos abiertos. Más bien al contrario. En los albores de la 1ª Revolución Industrial en el Reino Unido, a caballo entre los siglos XVIII y XIX, surgió un movimiento reivindicativo, el *luddismo*, liderado por *Ned Ludd*, cuyo objetivo era impedir con violencia los avances tecnológicos que empezaban a implantarse en los antiguos telares británicos y que, según sus seguidores, suponían una amenaza para sus puestos de trabajo y sus salarios. Los *luditas* fueron considerados, desde entonces, un claro ejemplo de resistencia a la innovación tecnológica.

Trabajadores de los telares británicos, destruyendo las máquinas (semanario-alternativas.info).

Obviamente, no pretendo ni mucho menos influir ni hacer proselitismo en pro del *ludismo* y tratar de reproducir la animadversión hacia los desarrollos tecnológicos. Si así pareciese, no les faltarían a Vds. motivos para dudar de mi cordura.

Otra cosa bien diferente es tratar de reforzar y acomodar nuestros valores para no ser abducidos y caer en el empacho tecnológico y sus consecuencias derivadas.

Fascinación por la tecnología

Uno de los valores de nuestro tiempo es la novedad, y nuestro imperativo cotidiano, la innovación. Lo nuevo se renueva a sí mismo a una velocidad tal que cualquier estudio sobre sus consecuencias va siempre muy rezagado. Podríamos decir que ante la fascinación por la novedad estamos cada vez más desprotegidos. Este es uno de los sins de nuestro tiempo.

Varias son las causas a las que se puede atribuir la fascinación por la tecnología.

Quizás las siguientes, sin excluir cualquier otra, podrían ser las más relevantes:

1) El *hedonismo* que ha venido apoderándose de la sociedad de nuestro tiempo, a lo largo de los últimos 40 años, al menos en nuestro entorno geográfico y cultural, suplantando en cierta medida el sentido y el fin de la vida misma. Sentirse cómodo y conforme con uno mismo se ha convertido en un estatus claramente marginal e insuficiente, que nos arrastra a buscar el placer como fin supremo de nuestra existencia. Nuestra filosofía de vida ha girado drásticamente de lo estoico a lo epicúreo.

2) El abrumador *empacho de información*, con frecuencia de escasa calidad y claramente interesada en dirigirnos hacia una determinada dirección, en muchas ocasiones con indudables intereses espurios que nos tientan hacia el consumismo. Todo ello se convierte, ante determinadas noticias, en un formidable bombardeo mediático en el que habitualmente el fin justifica los medios.

El “*notición*” de que nuestro admirado Leo Messi se iba a realizar una RM para comprobar su estado de salud y conocer su disponi-

bilidad para el próximo partido, fue causa de suficiente entidad y relevancia como para que, durante días, se publicase en diferentes medios de todo el mundo, y llegase a ser *trending topic* en las redes sociales.

Leo Messi está pendiente de conocer cuál es el estado de su lesión | Foto: FC Barcelona.

Sin duda han tenido una gran influencia los medios de comunicación, aunque también nosotros, los propios profesionales, por la ligereza con la que a veces tratamos estos asuntos. Las Escuelas de Ética más renombradas claman por la implantación de guías de buenas prácticas en la elaboración y difusión de las noticias, sobre todo para determinados ámbitos estratégicos y sensibles, como es el caso de la salud. Si no lo hacemos así, la vanidad de algunos y los intereses comerciales de otros, pueden conducirnos a un estado de desencuentro nocivo entre la intencionalidad de quien genera la noticia y la expectativa de quien la recibe.

El Roto, con su habitual magisterio nos recuerda que cuando los medios cesaron de hablar de la gripe, la población dejó de estornudar.

3) *Crisis de valores*. Se trata, con insistencia pertinaz y con indisimulada frivolidad, de aumentar de forma exagerada nuestras expectativas respecto de la vida, la belleza, la felicidad etc., obviando otros valores fundamentales. Este, desafortunadamente, es el sino de nuestro tiempo.

Una consecuencia de los vaivenes de la tecnología es su rápida vulgarización, que nos conduce muy a menudo a utilizarla sin pensar en sus efectos adversos.

Les cuento un ejemplo muy ilustrativo; uno de los serios problemas, todavía sin resolver, por parte de las Agencias Espaciales, es la protección integral de los astronautas frente a las radiaciones que se generan en el espacio. Son numerosas y con un efecto adverso formidable, hasta el punto, que se considera que durante un viaje con una duración aproximada de 250 días, la radiación que reciben los tripulantes se encuentra en el límite de la tolerancia humana.

Pues bien, este riesgo real, con base científica y con reflejos en las revistas de mayor prestigio e impacto, no ha sido suficiente como para disuadir a los cientos de aguerridos aventureros de todo el mundo que se afanan en hacer reservas para los próximos viajes turísticos al espacio.

Como consecuencia de la vulgarización se llega a frivolarizar con la utilización de determinados avances tecnológicos, orientándolos hacia su vertiente más banal. Y es, justamente en estos momentos, cuando aparecen los efectos colaterales más indeseables como el intrusismo o la mercantilización más escandalosa. Desde ecografías hepáticas gratis en las farmacias para descartar esteatosis, hasta obstétricas, en plazas públicas, para que los papás puedan disfrutar de las facciones del niño y especular sobre su parecido.

Encontrarse este tipo de realidades en países de Hispanoamérica y también, aunque sorprenda, en EEUU, no es en absoluto excepcional. En la vieja Europa también empiezan a cundir ejemplos.

La tecnología radiológica

Aprendí a leer a Gracián, y digo bien, aprendí, porque para entender a ese genio de la cordura hay que aprender a leerlo. Y aprendí, a

valorar su ingenio, lucidez y sentido común, pero sobre todo su prudencia, atributo, sin duda, muy necesario para enfrentarse a la fascinación desmedida.

Baltasar Gracián (1601-1658)

Y con la misma prudencia que él nos recomienda, afronto y asumo el contenido de estas reflexiones que, probablemente carezcan de evidencia científica, pero que en cualquier caso están sustentadas en la observación, la curiosidad y la experiencia acumulada tras una trayectoria de 45 años de intensa convivencia y compromiso con la Radiología.

El primer recuerdo que me evoca el término Radiología es claramente sensorial y vinculado al olor característico de la sala de revelado desprendido por el ácido acético de las cubetas de revelador y fijador con los que aprendí las tareas básicas en mi época de alumno interno de Radiología y Terapéutica Física en la Facultad de Medicina de la Universidad de Valladolid. Las labores en el cuarto oscuro forman parte de mis recuerdos profesionales más precoces. Cómo han cambiado las cosas desde entonces y no solo en la jerga radiológica. Posiblemente, para cualquiera de nuestros residentes actuales, el concepto de cuarto oscuro le podría hacer imaginarse una suerte de encierro con tortura incluida.

He sido testigo privilegiado de los hitos más relevantes que transformaron la Radiología a lo largo de los últimos 50 años, pasando de ser casi una manualidad técnica a una de las especialidades con mayor presencia e influencia en la medicina moderna. Y he asistido, en algunos casos con incredulidad manifiesta, a

las rápidas, incesantes y decisivas aportaciones de la tecnología radiológica.

Evolución tecnológica.

Cambios e hitos más importantes

La Radiología, nacida como especialidad en el año 1.895, es una de las ciencias médicas más jóvenes y, sin embargo, es de las que mayor peso específico tiene en la medicina moderna.

Nadie, ni tan siquiera el insigne Profesor Royo Villanova podría imaginarse esta espectacular evolución, cuando en la sesión de apertura de la Real Academia de Medicina de Zaragoza, justamente un año después del descubrimiento de los Rayos X pontificó con un precitado augurio del que posiblemente habría de arrepentirse el resto de sus días:

“Ni los Rayos X acusan una novedad tan grande como se cree, ni mucho menos representan para la medicina un descubrimiento tan útil como se piensa, porque no llegarán a obtenerse retratos del cerebro dentro del cráneo, de los pulmones dentro del tórax, ni de las vísceras abdominales dentro de la pelvis”

A pesar de este desafortunado vaticinio, nuestra especialidad se vio pronto avalada por grandes radiólogos que colocaron junto a la técnica el método, entendido como orientación del pensamiento y que incluye la elección del procedimiento más adecuado (técnica radiológica), el reconocimiento y análisis de los signos (semiología) y la interpretación de los mismos (semántica).

El radiólogo se convierte rápidamente en el clínico que utiliza los RX en la búsqueda de signos, al igual que otros se sirven del

estetoscopio o del fibrogastroscopio, tratando de encontrar todo lo que, en función de los datos clínicos y de la técnica empleada, se puede observar a través de la imagen radiológica.

Junto a la Radioterapia y la Medicina Nuclear, el Radiodiagnóstico procede del tronco común de la Radioelectrología, del que, al igual que ocurriera en el resto del mundo, se segregó en la década de los 60 para dar paso al Radiodiagnóstico moderno.

A lo largo de los últimos 50 años, la Radiología ha venido perfeccionando su instrumental y se ha constituido en núcleo de cristalización, alrededor del cual se han ido agrupando otras técnicas que, al tener en común la utilización de agentes físicos y la presentación de una visión morfológica, nos ha permitido hablar de **Tecnología de la Imagen**.

Todo ello ha dado paso a una nueva forma de entender la especialidad que, bajo la denominación de **Radiología Integrada o Diagnóstico Radiológico Combinado**, no es sino la traducción y puesta en práctica de lo que en la teoría se ha venido llamando algoritmo o simplemente pauta. Es, en suma, aquella situación que permite que, una vez entregada la responsabilidad diagnóstica del paciente al Servicio de Radiología, pueda ser estudiado con nuestros procedimientos de imagen de manera que, siguiendo un orden lógico, obtengamos un resultado preciso en el diagnóstico de su proceso.

Es, sin duda, aquella situación ideal en la que el radiólogo puede realizar su auténtica misión aplicando el Método a la exploración radiológica a la vez que permite que un volante de prescripción se transforme en una **hoja de consulta radiológica**.

Su vertiginoso desarrollo ha dado lugar

en los últimos años, en la misma medida en que ha ocurrido en otras disciplinas médicas, a la aparición de **Áreas de especial dedicación o subespecialidades**, entre las que destacan por su solera la Radiopediatría, la Neurorradiología y la Radiología Intervencionista.

Esta inercia, ampliada en el momento actual con la Radiología Abdominal, Torácica, Cardíaca, Musculoesquelética y otras, así como la introducción de modernos conceptos en la forma de entender la práctica radiológica como la Cross Sectional Imaging, nos está acercando, cada vez más, a un nuevo sistema organizativo, al que denominamos “Órganos y Sistemas”, en el que se hace cada vez más patente la figura del **radiólogo consultor**.

Y todo lo anterior inmerso en una nueva cultura que ha venido cambiando por completo el concepto clásico de imagen, cuál es la **Radiología digital**. El soporte, archivo, distribución, consulta, en suma, la gestión de la nueva imagen radiológica se vio completamente modificada con este nuevo hito.

Recientemente y siguiendo la inacabable sucesión de avances que han marcado la corta historia de nuestra especialidad, hemos asistido a la incursión definitiva en el **análisis funcional** de la enfermedad. Conceptos como **imagen molecular** son hoy una prodigiosa realidad cuyas aplicaciones generales, aunque más decididamente en el ámbito de la Neurología y de la Oncología, están ofreciendo resultados verdaderamente sorprendentes, ya que nos van a permitir enfrentarnos a la enfermedad en su fase más precoz y vulnerable, antes de que comiencen a operar los cambios morfológicos.

Para que nos hagamos una idea del impacto que ha tenido la Radiología en la asistencia sanitaria, baste con recordar la

evolución que ha tenido lugar tanto en el equipamiento como en su utilización. El parque radiológico en el mundo desarrollado se ha duplicado prácticamente a lo largo de los últimos 10 años, impulsado tanto por el uso creciente de los procedimientos de imagen (a lo largo de los últimos 15 años, según datos de la UNSCEAR, hemos aumentado extraordinariamente el número de pruebas radiológicas en el mundo, pasando de 1.380 millones a los 3.143 millones actuales), como por los avances tecnológicos que se han venido sucediendo sin tregua alguna y sin apenas tiempo para evaluar los resultados.

La mayor parte del equipamiento que utilizamos hoy, responde al concepto de plataforma digital, especialmente sensible a la obsolescencia tecnológica y, por tanto, con unos estándares de renovación muy exigentes.

La sobreprescripción radiológica; causas

Antes de exponer mis argumentos intentando afrontar este asunto, creo de justicia hacer un comentario sobre uno de los aspectos más delicados de la actividad médica.

La toma de decisiones clínicas, inmersa en la incertidumbre, es un proceso complejo y sometido a muchas variables, en el que deberá finalmente ser valorada la utilidad de cualquier prueba diagnóstica para un paciente en concreto. En este contexto es imprescindible conocer suficientemente las distintas técnicas de imagen.

diagnósticas, es decir, su capacidad para clasificar correctamente a los pacientes en categorías o estados en relación con su enfermedad y que, típicamente son 2; estar o no enfermo y tener una respuesta positiva o no al tratamiento.

Dicho lo anterior, podemos afirmar con certeza que, como también sucede en otros países, hay sobreprescripción y, por ende, sobrediagnóstico. Y esto sucede, entre otras causas:

–Porque hay una *fascinación por la tecnología* que atrapa tanto a los profesionales como a los propios pacientes y a la sociedad en su conjunto. Le atribuimos, además, un efecto mágico que nos hará más altos, más guapos, más inteligentes y, con un poco de fortuna, incluso inmortales. Además, nunca como hasta ahora la Radiología había sido tan accesible pero, a la vez, tan compleja. Prescriben todos de todo, incluidos los médicos residentes en sus estadios más precoces de formación, y todo ello, con independencia del nivel de formación y conocimiento que puedan tener. Llegamos a pensar solo en los beneficios sin tener en cuenta los efectos adversos propios de cualquier desarrollo tecnológico.

–Porque existe una llamativa *variabilidad en la práctica clínica*, sin duda propiciada por la escasa utilización de guías y protocolos de actuación, así como por la ausencia de organismos evaluadores con autoridad, prestigio y capacidad de control. Somos el país de Europa con más Agencias Regionales de Evaluación de Tecnología Sanitaria y en el que menos influencia tienen sus dictámenes sobre la práctica asistencial. Se necesitan con urgencia organizaciones que, como el NICE en el Reino Unido, instauren metodologías para la realización de estudios de coste-efectividad y coste-beneficio para las diferentes tecnologías antes de su implantación definitiva y, sobre todo, que osten-

ten la capacidad de arbitraje para garantizar una disciplina razonable de uso.

–Porque la *evidencia científica* sobre el impacto de nuestras decisiones es todavía escasa. De las actuaciones médicas habituales, más del 40% carecen de evidencia científica, o dicho de otro modo, en más del 40% de nuestras decisiones no sabemos si lo que estamos haciendo, al margen de nuestra buena voluntad, es realmente lo más eficaz, efectivo y eficiente para el paciente. Si a todo ello añadimos que en España, a diferencia de lo que ocurre en todo el mundo, no existen sistemas de acreditación, certificación y recertificación profesional que ayuden a garantizar un nivel óptimo de mantenimiento y actualización en la formación de los médicos, el problema seguirá latente.

–Porque la organización actual de nuestro Sistema Sanitario, nos impide dedicar el *tiempo necesario para hablar* con nuestros pacientes. La comunicación que establezcamos y la pedagogía que podamos ejercer sobre ellos, en aspectos relacionados con la utilización de las pruebas radiológicas, tiene siempre un retorno positivo traducido en una disminución de la prescripción inducida por el propio paciente.

–Por cautela o por si acaso o, dicho de manera más formal, por practicar la *medicina defensiva*, sobre todo, cuando se trabaja en escenarios en los que el nivel de incertidumbre es alto y la toma de decisiones rápida, con un plus de riesgo añadido. A ello podríamos añadir que la incertidumbre genera el sentimiento humano de duda, que no es otra cosa que *la vacilación del ánimo frente a 2 decisiones*. La duda desmedida conduce a

una inseguridad extrema que, en muchos casos, es el prelude de la sobreactuación médica. La justificación de una prueba radiológica está condicionada por la duda diagnóstica, y esta, al estar vinculada a la personalidad de cada uno, es subjetiva y condiciona la perspectiva que podamos tener de la enfermedad y de su gravedad, repercusión etc.

—Por *ausencia de sistemas de información* eficaces que impiden la adecuada gestión e intercambio de la documentación clínica y provocan repeticiones indiscriminadas de estudios, etc. Hemos avanzado, sin duda, pero aún nos queda un largo trecho para homologarnos con los mejores. Quizás estemos pagando la excesiva dispersión organizativa y de gestión de nuestro Sistema Nacional de Salud.

—Porque queremos obtener una *certeza anatomopatológica* a través de las imágenes. Es cierto y con legítimo orgullo lo pregonamos, que el proceso del diagnóstico radiológico, tanto por las herramientas de las que disponemos como por el excelente y reconocido nivel profesional de los radiólogos, es cada vez más depurado. Pero intentar llegar a conseguir diagnósticos de certeza anatomopatológica, aparte de llevarnos a un conflicto competencial que nunca nos perdonarían con nuestros amigos patólogos, sería un ejercicio de arrogancia que nos conduciría a resultados no deseados.

La sobreprescripción radiológica; consecuencias

Las causas y las consecuencias se retroalimentan permanentemente y por ello es conveniente recordar algunos datos de interés.

Aunque la OMS nos recuerda que el 80% de las decisiones médicas en el mundo desarrollado se toman con la ayuda de los RX, sin embargo, como también se encargan de insistir las Agencias de Evaluación de Tecnología independientes y de mayor prestigio en el mundo, al menos, el 30% de pruebas que se prescriben no tienen ningún tipo de justificación ni impacto en el diagnóstico o tratamiento del paciente. Esta proporción se mantiene cuando la comparamos con las numerosas encuestas anónimas realizadas entre los profesionales prescriptores. Además de lo anterior, hemos de incidir en que los foros internacionales más prestigiosos en el ámbito de la protección radiológica nos exhortan a que utilicemos las pruebas radiológicas de manera racional para minimizar sus efectos adversos.

Creo que repasar las luces de la tecnología radiológica de los últimos 40 años sería una empresa ardua y sin fin ya que, con alta probabilidad, pocas tecnologías médicas hayan influido de manera tan determinante en el progreso de la medicina moderna y, por ende, en la salud y calidad de vida de los ciudadanos.

Pero también, creo que es importante recordar y reflexionar acerca de las sombras, que las tiene, ya que, de esta manera, podremos neutralizar en cierta medida su efecto fascinador para utilizarla de una manera más adecuada, objetiva y beneficiosa para todos.

Desde mi modesta perspectiva, las consecuencias fundamentales derivadas de un uso inapropiado de la Radiología son, al menos, las siguientes:

—*Impacto cultural en el acto médico*, que afecta de manera directa y con consecuencias al acto médico en sí, repercu-

tiendo en las relaciones médico-enfermo de una manera determinante. Se está empezando a sustituir la anamnesis por la prescripción, en lugar de ser esta una consecuencia de aquella y nos estamos apeando poco a poco de los conocimientos convencionales para dar paso a un nuevo paradigma en el ejercicio de la medicina. El proceso asistencial ha sido siempre la línea argumental de los profesionales sanitarios a lo largo de buena parte del siglo pasado. Tenía, como las buenas películas, muy pocos actores y se basaba en una relación interpersonal en la que los problemas, en buena medida, se resolvían con las 3 preguntas clásicas ¿qué le pasa? ¿desde cuándo? y ¿a qué lo atribuye?, y con escaso apoyo tecnológico.

En muy pocos años el proceso asistencial ha ido evolucionando en complejidad, fundamentalmente como consecuencia de la irrupción tecnológica y de la globalización del conocimiento y, por supuesto, por una clara y creciente exigencia social.

Hemos pasado, pues, de una relación interpersonal, basada en la confianza, la sinceridad y la empatía y en un conocimiento clínico generalista que nos permitía ver al paciente como un todo, a otro escenario, completamente diferente, en donde la eclosión de la tecnología ha ido pareja, seguramente por inducción, con una pérdida preocupante de habilidades clínicas. Y todo ello a partir de las múltiples perspectivas superespecializadas desde las que, actualmente, observamos a un paciente y su enfermedad.

Perspectivas que como no seamos capaces de gestionar adecuadamente, terminaremos dando la razón al perspicaz dramaturgo Bernard Shaw cuando afirmaba que *“el superespecialista es aquel que cada vez sabe más acerca de una cosa más pequeña, para terminar sabiéndolo todo acerca de nada”*.

Bernard Shaw (1856-1950)

El acto médico ha ido cambiando a lo largo de los años su sustento clínico por un apoyo tecnológico exagerado y esta evolución nos ha orientado hacia un nuevo paradigma en el ejercicio de la medicina con diferentes consecuencias (relaciones médico enfermo, salud, etc.). No cesaré en seguir insistiendo en que este cambio podría ser negativo para la esencia del acto médico.

La relación médico-enfermo que D. Gregorio Marañón, D. Pedro Laín y una pléyade de excelsos humanistas médicos del pasado siglo se encargaron de glosar, y cuyo sustento fundamental era la relación de confianza mutua, se encuentra, en la actualidad en franca decadencia.

La tecnología, que debería haberse convertido en el mejor aliado de los profesionales, ha terminado superándolos y, lo que es peor, que la confianza de los pacientes hacia ellos, ha ido disminuyendo, en beneficio de aquella. Todo ello contribuye a que el usuario no identifique frente a él a nadie que sea capaz de interpretar sus sentimientos y emociones, y deposita toda su expectativa en las pruebas, a las que otorga un efecto mágico en la resolución de su enfermedad. Como

antes adelantábamos, bien por planteamientos mediáticos inapropiados, bien por intereses en promover su uso o por otras razones, lo cierto es que el ciudadano no considera concluido un acto médico de calidad, salvo que medien las pruebas diagnósticas más modernas.

Fijense y díganme si no tengo razón. Escuchen el contenido de esta otra noticia, cuyo titular dice así “*Messi deja plantados a los servicios médicos del club*”, y publicada a los 4 vientos: “*Messi decidió “motu proprio” no acudir este lunes a la clínica donde estaba citado para ser sometido a un examen médico, aunque sí lo hizo a la Creu Blanca para realizarse una Resonancia Magnética*”.

¿Les suena de algo?, pues esto que hace nuestro admirado Leo, dejando plantado al Dr. Ricard Pruna, con el excelente currículum que debe tener, es exactamente lo que viene ocurriendo en nuestra sociedad; el médico pierde visibilidad en favor de la tecnología.

Lionel Messi y Dr. Ricard Pruna.

Aún a pesar de todo lo dicho, no sería ni justo ni objetivo, otorgar a la tecnología la exclusiva responsabilidad del deterioro de la relación médico-enfermo. Hay algunos otros factores determinantes que el tiempo y el momento nos impiden abordar.

–*La cascada clínica* es otra de las secuencias bien conocida y estudiada de la sobreprescripción radiológica. El término, como ya saben, hace referencia a una cadena de acontecimientos iniciados

por una prueba innecesaria, un resultado inesperado, o por la ansiedad del paciente o del propio médico que, a su vez, originan nuevas pruebas poco aconsejables o tratamientos que pueden causar efectos adversos de diferente magnitud. La cadena de eventos se hace imparable cuanto más avanzan y conducen a un riesgo innecesario para la integridad física o psicológica del paciente. Se nos atribuye a los médicos una especial capacidad para crear enfermos o, dicho de otra forma para convertir en enfermedad algo que objetivamente no lo es, bien porque es consecuencia de la propia biología o porque se trata de hallazgos marginales sin ningún tipo de transcendencia. No obstante, transmitimos involuntariamente el mensaje, bien recomendando revisiones y controles innecesarios, o bien no proporcionando las debidas explicaciones, de que no nos encontramos ante un cuadro patológico. Si además nuestro interlocutor sufre de hipocondría o de ignorancia en cualquier grado, el enfermo imaginario está servido.

–Hacemos una *medicina de zapping*. Prescribimos pruebas diagnósticas, a veces de manera compulsiva. Con frecuencia, como decíamos anteriormente, la fase de prescripción supera en importancia, cuando no sustituye por completo, a la de anamnesis (y para que hablar de la exploración física). Y no conviene olvidar que en la fase de anamnesis es precisamente el momento en el que comienza a generarse el vínculo de la confianza médico-paciente. Llegado este punto, seguramente habría que reflexionar acer-

ca de a que le atribuimos el término de “*prueba complementaria*”, si al fonendoscopio o a la radiografía de tórax. Esto implica que no disponemos de un diagnóstico clínico, al menos de presunción, razonablemente establecido. Y a partir de ese momento, somos cautivos de la información que nos vayan aportando las diferentes pruebas solicitadas. Vamos recibiendo resultados aleatoriamente hasta que, por fin, uno de ellos nos orienta hacia la causa del problema clínico.

Y al escuchar estas afirmaciones, la mayoría de los aquí presentes estaría en su derecho a pensar que esto solamente sucede cuando nos abandona el sentido común, y que ese dislate ocurre en muy pocas ocasiones.

amparofilosofia.wordpress.com

Descartes con su ironía cartesiana se encarga de recordarnos algo muy importante para poner las cosas en su sitio, y nos dice: “*El sentido común parece ser la cosa mejor repartida del mundo, pues cada uno piensa estar tan bien provisto de él, que aún aquellos más difíciles de contentar en todo lo demás, no acostumbran a desear más del que ya tienen*”.

–*Coste de oportunidad*. Es otra de las consecuencias, a veces menos perceptibles, de la utilización inapropiada de pruebas radiológicas. El término fue acuñado por Friedrich von Wieser en su Teoría de la Economía Social del año 1914 y, conceptualmente, se refiere al *coste de la mejor opción no realizada o, desde el punto de vista económico, el coste de*

la no realización de una inversión. Se refiere a aquello de lo que alguien se priva o renuncia cuando hace una elección o toma una decisión. [

Como sucedió en otros casos, los términos económicos acabaron introduciéndose en el ámbito de la medicina y formando parte de su jerga habitual.

Un ejemplo práctico en el ámbito de la utilización de la tecnología, podría ser el siguiente: si la capacidad de un Sistema, Servicio de Salud, Hospital o Servicio de Radiología para la realización de pruebas de TC o RM, está predeterminada en función de los recursos disponibles que tiene asignados, es evidente que si se sobrepasa por una falsa o inapropiada demanda, los pacientes que realmente se puedan beneficiar de dicha atención, podrían verse obligados a esperar en detrimento de su enfermedad.

Es una situación que se observa con cierta frecuencia ya que la demanda suele superar a la oferta y, habitualmente, ni la una ni la otra coinciden con la necesidad real. No resulta sencillo obviar este problema ya que quien prescribe desconoce la capacidad del Servicio de Radiología y la demanda que en ese momento está soportando. Solamente es posible sortearlo cuando todos seamos conscientes de que los recursos son limitados y de que tenemos la obligación moral de utilizarlos con sentido común.

El impacto del coste de oportunidad se puede atenuar mejorando la comunicación entre los profesionales que prescriben las pruebas y aquellos otros que las realizan.

–*Ineficiencia y quizás cierto grado de*

despilfarro. Dejando al margen a los Estados Unidos de América y a Japón, absolutos líderes mundiales en el uso de pruebas radiológicas (*solo en EEUU, se ha pasado de 3 a 62 millones de TC y de 6 a 18 de estudios de MN, en los últimos 25 años, con un aumento del 600% de la dosis radiante poblacional debida a las aplicaciones médicas*), ¿cómo se comporta nuestro entorno geográfico y cultural?

En Europa existe una llamativa variabilidad y con un rango exagerado. Entre los países con mayor índice de utilización se encuentran Alemania y Bélgica (1.200-1.400 exámenes/1.000 habitantes/año), y en el extremo opuesto, Escandinavia y Reino Unido (600-700 exámenes/1000 habitantes/año). Esta diferencia está muy relacionada con una tradición de cautela social hacia las radiaciones ionizantes de estos últimos países.

En España, nuestra tasa, hace escasamente 10 años, era de 600 exámenes/1.000 habitantes/año, pero hemos pasado a los 800 como consecuencia del desarrollo social y de la mayor accesibilidad a la asistencia sanitaria y a la tecnología médica.

Nuestra Comunidad, según arrojan los datos del Mapa Radiológico de la Región de Murcia, muestra una moderada sobreutilización con respecto a la media nacional y nos sitúa en los 950 exámenes/1.000 habitantes/año.

¿Y cómo utilizamos la Radiología respecto a otras CCAA?

Aunque sabemos que utilizamos las pruebas de imagen en una proporción mayor que la media nacional, otra cosa

bien diferente son los aspectos cualitativos. Si bien en este sentido y para poder hablar con certeza habríamos de considerar aspectos como el impacto de las pruebas de imagen en la salud y calidad de vida de nuestra población, en el momento actual no existen datos suficientes en la literatura científica que nos permitan aplicar y extrapolar estándares.

No obstante sí que disponemos de información cuantitativa que pone de manifiesto la llamativa y preocupante variabilidad con la que prescribimos las pruebas radiológicas. En nuestro medio y en cierta correspondencia con algunas otras Comunidades Autónomas, las solicitudes de Tomografía Computada y de Resonancia Magnética, oscilan entre un rango 3 y 80 estudios/10.000 habitantes/año y entre 2 y 30 estudios/10.000 habitantes/año, respectivamente.

La causa fundamental de estas diferencias tan llamativas es la ausencia de protocolos homologados y de guías clínicas que disminuyan la variabilidad por parte de todos los profesionales.

¿Y cuánto es el gasto y el potencial ahorro tanto en España como en la Región de Murcia?

Aceptando que la Radiología, aún a pesar del volumen en que se practica y del coste del equipamiento que utiliza, supone un capítulo económico relativamente pequeño si se compara con otras áreas de gasto como la farmacia, no obstante, sabemos que en España se realizan sobre 35.000.000 de estudios radiológicos al año, con un coste total aproximado de

1.225.000.000 € Teniendo en cuenta que la tasa de estudios innecesarios oscila en el 30%, según admiten tanto los foros técnicos como profesionales, podríamos concluir afirmando que gastamos inapropiadamente casi 400.000.000 €/año. En el caso de nuestra Comunidad, el número de estudios anuales realizados es de 1.150.000, con un gasto total que asciende a casi 45.000.000 €/año (incluidos recursos propios y concertados), de manera que si aplicásemos medidas para reducir las exploraciones innecesarias (sobre el 30%) podríamos conseguir un ahorro superior a los 13.000.000 millones €/año.

—Porque no somos conscientes de que la tecnología, aún a pesar de lo segura que resulta, siempre tiene *efectos adversos*. No solemos tener en cuenta el análisis riesgo-beneficio antes de prescribir una prueba de imagen, y esto nos lleva a utilizarla de forma rutinaria. Me parece pertinente relatar una experiencia muy reveladora que se repite inexorablemente desde hace 5 años. Participo en la docencia del Módulo de Protección Radiológica del Programa Transversal para Médicos Residentes de la Región de Murcia. Una de las cuestiones que formulo públicamente a los asistentes, residentes de 1º año de las diferentes Áreas de Salud, con el ánimo de conocer su perfil como prescriptores, es la siguiente: ¿Quiénes de los aquí presentes han prescrito en alguna ocasión una TC (TAC)? Aunque el comienzo es siempre tímido, el aula se va llenando de manos en alto, asintiendo con manifiesta complacencia a mi pre-

gunta. A continuación, continúo con el interrogatorio ¿Y quiénes de los que lo han hecho conocen la dosis radiante que ha recibido el paciente? El silencio se hace sobrecogedor y he observado, incluso, que algunos, quizás los más pudorosos, se ocultan tras el respaldo del sillón.

Algunos efectos deterministas por sobre dosis en TC.

El mayor y más riguroso estudio publicado en The Lancet en 2012.

—La utilización de la Radiología, como sucede con cualquier otra tecnología médica está sujeta a *consideraciones éticas*.

Tres son los principios fundamentales de la bioética que podrían verse involucrados si se diese un ejercicio inapropiado en la utilización tecnológica; los principios de no maleficencia, de autonomía y de justicia.

El primero de ellos (no maleficencia) nos recuerda que lo prioritario es no hacer daño (*primum non nocere*) y este principio es especialmente relevante cuando utilizamos procedimientos radiológicos con efectos adversos reconocidos. En estos casos es aconsejable aplicar la cautela y, sobre todo, realizar una ajustada valoración entre el riesgo previsible y el beneficio esperado. En ello se basa fundamentalmente el concepto médico-legal de justificación de las pruebas.

En segundo lugar, también se podría ver comprometido el principio de justicia, que nos demanda un reparto equitativo de los recursos disponibles que la sociedad pone en nuestras manos, en

función de las necesidades objetivas de nuestros pacientes. El concepto de coste de oportunidad, en buena medida, tiene su fundamento práctico en el principio de justicia.

Finalmente el principio de autonomía, que nos recuerda que el paciente debe ser autónomo en la toma de decisiones que afectan a su salud, y que para ello hemos de proporcionarle información de calidad adecuada a las circunstancias personales de los usuarios. Nunca debemos olvidar que la información es parte consustancial del propio acto médico, y que cuando se utiliza con mesura, de manera objetiva y sin alarmismos, y con el objetivo inequívoco de ayudar al paciente en el proceso de toma de decisiones, enriquece y preserva las relaciones médico-enfermo.

Conclusión final y algunas soluciones

Creo que los profesionales no hemos gestionado apropiadamente nuestra alianza estratégica con la tecnología, incluso me atrevería a decir que hemos perdido algunas cosas. Un reto importante será intentar recuperar el papel del médico frente a las “máquinas” aunque no contra las máquinas. Nuestra alianza con la tecnología, que conforme significa la palabra alianza define una situación de beneficio mutuo, se ha mostrado, en muchos casos, como una amenaza, porque ha restado presencia a los profesionales en el contexto del acto médico. No se trata de optar por una opción tecnofóbica o tecnofílica frente a la Radiología. Los Rayos X han supuesto uno de los hitos fundamentales en la historia de la medicina, con beneficios demostrados en salud y calidad de vida,

mucho más relevantes que sus efectos no deseados. Sería censurable, por ello, no utilizarlos cuando sea preciso.

Queda por finalizar

En este apartado quiero introducir el contenido (aproximadamente 1 folio) con el Programa Integral de Protección Radiológica del Paciente de la Región de Murcia, como una solución corporativa para conseguir un uso óptimo de las pruebas radiológicas.

Entre los objetivos específicos deben destacarse los siguientes:

- Difundir entre los profesionales términos, conceptos y recomendaciones sobre buenas prácticas. Limitar, en la medida en que sea posible, las “*exploraciones de bajo rendimiento*”, concepto acuñado por la Organización Mundial de Salud, para definir aquellas pruebas de las que no se espera un cambio sustancial en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad.
- Propagar el concepto de Justificación y Optimización de una prueba radiológica, en el amplio sentido del riesgo-beneficio, así como sus implicaciones médico-legales, al igual que cualquier otra normativa relacionada con el uso de las radiaciones ionizantes.
- Dar a conocer los efectos adversos y sus consecuencias derivadas por el uso inapropiado de los diferentes procedimientos.
- Proporcionar, mediante las herramientas y soportes correspondientes, los datos de la historia radiológica y dosimétrica de los pacientes, así como las dosis de referencia para las pruebas habituales.

Discurso de contestación

al Ilmo. Sr. D. Ginés Madrid García en su recepción
pública como Académico Numerario electo de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Murcia.

✿ Faustino Herrero Huerta ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Exmo. Sr. Presidente

Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos

Señoras y señores.

Justificación

Sí lo reconozco, soy subjetivo, dicho queda y a mucha honra. ¿Cómo podría ser de otra manera si voy a hablar del nuevo Académico solo desde mí, sin ningún tipo de recomendación y menos de imposición alguna? La objetividad sin tacha la dejo para probos inspectores de trayectorias profesionales, para escrupulosos interventores de biografías, que ejercen su implacable disección crítica con inconfundible le aire censor.

El afecto personal que le profeso al Dr. Madrid nace de una inicial y exclusiva admiración profesional. Nada que ver con oscuros conflictos de intereses, ni sospechosas hipotecas económicas o sentimentales.

Hablo con la autoridad que me otorga su conocimiento de más de 18 años de trabajo en el “Morales Meseguer”, de haber participado en múltiples reuniones y comisiones hospitalarias (por cierto, estas comisiones no son lo mismo sin tu presencia, sin tus opiniones autorizadas, pertinentes y siempre sosegadas), de haber realizado conjuntamente cursos de gestión clínica en Escuela Nacional de Sanidad y sobre todo el impagable Master de Bioética y Derecho Sanitario de la UMU.

Estoy convencido de que su trayectoria se acrecentará con el paso del tiempo y que, dentro de unos años, se valorará en su justa medida la trascendencia de su visión adelantada de su especialidad, la huella perdurable de proyectos pioneros, siempre con vocación general de cooperación y servicio. Como muestra ahí está su patronazgo de la Fundación Signo (1ª Agencia no gubernamental y sin ánimo de lucro, de evaluación tecnológica y costes sanitarios), su coordinación de proyectos del Observatorio Regional Radiológico y, como mascarón de proa, la medalla en oro de la Sociedad Española de Radiología (10 medallas en 40 años), que eso sí que es ser profeta en la patria profesional, aparte de su patria chica cartagenera. No prosigo por prudencia gracianesca, que tan bien conoces, y por no agobiar a los presentes, ni agobiarte.

Podría haber intentado glosar tu figura, trayectoria profesional y discurso con dísticos elegiacos o épicas araucanas. Cualquiera artificio poético hubiera valido, excepto el epitalamio ardiente, que eso es patrimonio exclusivo de tu mujer M^a Jesús o los madrigales floridos que lo son de tus hijas, Ana y María, pero como no estoy tocado por el divino dedo de los dioses del Parnaso, solo me queda, como “triste poeta reversado”, usar la torpe cuaderna vía del Arcipreste, con la secreta ilusión, no exenta de zozobra, de que

mis palabras no empañen el brillo de tus merecimientos y queden, ¡oh dolor!, varios peldaños por debajo de lo debido.

El discurso

En honor a la verdad, hacía tiempo que no disfrutaba tanto con la lectura de un Discurso de Investidura, que habitualmente son serios, distantes, solemnes, aburridos, en definitiva academicistas en el peor sentido de la palabra, que viene a ser como la comida liofilizada, asepsia y pizza revenida. Lo mejor que le puede pasar a un lenguaje tan frío, exclusivo y endogámico como es el tecnológico y el médico, es la intromisión de un sujeto autorizado que, sin faltar a la verdad, sea didáctico y divertido. Has cumplido escrupulosamente con el undécimo mandamiento, no escrito pero no por ello menos importante, de la Ley de Dios que es “no aburrirás al prójimo, ni a la mujer del prójimo, bajo ningún concepto.

La “Fascinación Tecnológica” constituye en mi opinión un canto medido y entusiasta al progreso, al tiempo que un momento de amenidad a las ventajas e inconvenientes tecnológicos. Demostración palmaria de que un trabajo no tiene que ser grande para ser un gran trabajo. Como me apresuré a decirte tras su lectura, este texto hay que leerlo como beben agua las gallinas: se sorben despacio 1 o 2 párrafos y después se estira el cuello hacia atrás y se mira al cielo con los párpados entornados, para paladear con delectación y meditar lo leído. Y así alternativamente hasta sentir fastidio por su finalización y sin atisbo alguno de saciedad.

La Tecnología entendida como manipulación de nuestro entorno, para obtener resultados benéficos, que nunca podrían obtener-

se de manera natural, bienvenida sea. Debemos usarla para que nos sirva y nunca para convertirnos en servidores de ella. No obstante, los problemas médicos, éticos, sociales y económicos que pueden acarrear los adelantos tecnológicos, a veces, son tan importantes como las propias ventajas que comportan para el bienestar de la Humanidad, lo que hace atinada la frase de Ortega cuando dice: “vean pues los ingenieros, como para ser ingeniero, no basta con ser ingeniero”.

Las tecnologías médicas pueden, y de hecho lo hacen, salvar muchas vidas, pero también prolongar el sufrimiento convirtiéndose en cruel obstinación o encarnizamiento diagnóstico y terapéutico. Pocos dudan de su importancia, representan esperanza, pero comportan también miedo.

Si se usan nuevas Tecnologías nunca debería ser porque se pueda, ni porque se desee, sino porque realmente sea necesario. Y aquí es donde aparece un concepto trascendental, que se refiere a la llamada Evaluación Tecnológica, para la cual se necesitan expertos como tú, que deben ser independientes y transparentes, con una visión amplia que considera no solo el aspecto científico, sino también el ético, ecológico y económico. La actual crisis representa una buena oportunidad para que las Agencias de Evaluación Tecnológica y del Medicamento discriminen lo que sea poco útil, caro, poco accesible o de escaso uso, de lo que realmente merece la pena.

Para ello, es muy importante el rigor en el manejo de la información. Mucho cuidado con “torturar estadísticamente” los datos, como dice Mills, para que terminen diciendo lo que de manera tramposa e interesada queremos obtener. Es penoso e inadmisibile detec-

tar lo inapropiado de una nueva Tecnología por los efectos devastadores tras su uso, que además algunos intentan minimizar o banalizar como “accidentes in itinere, hacia el ansiado Paraíso de la Salud”, en afortunada frase del DR. Sitges. Bajo ningún concepto debemos asumir que los daños o efectos secundarios, sean el precio o peaje inevitable e imparable de tales avances. ¡Jamás lo aceptemos! En este sentido, las Compañías tanto Farmacéuticas como las Bioprotésicas y de Electromedicina, representan un peligro por la presión que pueden ejercer en los médicos, en la sociedad e incluso en los Gobiernos, para introducir sus productos. Tiene capacidad para desarrollar herramientas con las que saltarse los sistemas de control de las revistas de prestigio, encargadas de la evaluación de sus productos. Destacan dos estrategias como son la “escritura fantasma” y el “pequeño secreto sucio”. En la primera son las propias compañías las que diseñan y escriben ensayos clínicos, para que después los firmen figuras de reconocido prestigio y la segunda consistiría en publicar solo los datos positivos, escamoteando en la publicación final los datos negativos o inconvenientes. En ocasiones, los precios pueden ser insostenibles, como en el llamado “síndrome del Concorde”, bien por haber hecho una planificación y un diseño equivocados bien por no representar la novedad que pretenden. De cada 10 novedades, 9 no lo son y la otra no lo es tanto, según Machado. ¿Qué se puede hacer ante estas situaciones? Confiar en las Agencias de Evaluación, así como en los Comités y en las personas expertas e independientes que forman parte de ellos.

Intentar solucionar a toda costa los problemas que se presentan en la vida y en la

medicina mediante soluciones tecnológicas, el llamado “solucionismo a ultranza” de E. Morozov, no deja de ser una peligrosa patología intelectual, que considera solo problemas aquellas situaciones que se solventan mediante la tecnología o, simplemente, no son problemas. Sus partidarios buscan con tozudez insomne y con un optimismo de inmadurez adolescente, la perfección tecnológica, que nunca confrontan con los límites de lo razonable. E. Trigueros denomina acertadamente esta actitud como “papanatismo tecnológico”.

La Academia para el Dr. Madrid

Parafraseando a Caballero Bonald, quiero creer con la debida temeridad que la Academia dispone del poder terapéutico y de los utensilios precisos para contribuir a la rehabilitación de un edificio social menoscabado y manifiestamente mejorable, sobre todo en lo concerniente a la educación sanitaria. Tanto Organismos e Instituciones públicos y privados como ciudadanos de a pie, necesitan aprender y saber, para formarse un criterio, de temas sanitarios de actualidad, muchos de ellos controvertidos y polémicos. Vas a entrar a en una Institución bicentenaria, que debe intervenir en los debates sociales. Debe tener presencia social, con múltiples funciones de consulta, asesoramiento y debate, que va a salvaguardar su independencia por encima de cualquier otra consideración y cuyas opiniones deben ser colegiadas, producto del consenso tras la debida deliberación de sus miembros. Debe pronunciarse, como dice A. Cabrales, con criterios ajenos a recomendaciones políticas, presiones institucionales y mucho menos plegarse a la voluntad popular sin más. Para ello, en palabras de C. Pave-

se, se necesitan “cojones del alma duros”. La Academia vendría a ser un yacimiento de donde extraer el conocimiento y la lucidez necesarios para que, sin evadirnos de la realidad cotidiana, se eleve el espíritu crítico de los ciudadanos para así mejor convalecer del día a día.

Ser miembro de la Academia, representa uno de los más altos honores a los que se puede aspirar, pero implica en igual labor. “Honor y Labor” podría ser su lema pero, como dice J. Green, el peligro radica en la presencia de muchos líderes y poco liderazgo. La mies es mucha y los trabajadores pocos. SE necesitan menos caballeros sedentes en busca de santos griaes utópicos, enclaustrados en su torre de marfil, apegados a su sillón, y más fieles escuderos andantes, que afanen en el día a día el mendrugo del “pan académico”, necesario para la subsistencia. Por tanto, las Academias, como dijo Juan Ramón, deben ser institutos de trabajo, no vitrinas de exposición de méritos y famas para contentar egos insaciables.

Debes saber que tus compañeros intentamos ajustarnos, con nuestras correspondientes luces y sombras, a la descripción que Fray Antonio de Guevara, cronista de Carlos V, trazó del hidalgo español, que sigue vigente hoy día y que hace bueno el aforismo de que “la verdadera nobleza se adquiere viviendo, no naciendo”. Escribe: “Lo que al caballero le hace ser tal, es ser medido en el hablar, largo en el dar, sobrio en el comer, honesto en el vivir, magnánimo en el perdonar y animoso en el pelear”. Habría que añadir y ardoroso en el amar. No es la mejor, es la única manera de hacer de la aventura existencial una conquista constante de la nobleza.

Pobres pero dignos. Si alguna vez se obser-

van migas en la barba de algún Académico, no lo duden, es por descuido o apresuramiento en el yantar, que no por aparentar glorias pretéritas y esplendores perdidos, ¡que todavía el peculio no compromete el condumio! ¿Estamos? En este punto apelo a la magnanimidad y comprensión de nuestras pimpantes y rozagantes Académicas, ya que en esa época, siglo XVI, no existían Academias y la palabra hombre tanto era genérica, como de género.

El Dr. Madrid en la Academia

Como en la vida y en la medicina, la bondad o no de la tecnología también es cuestión de dosis. Por tanto, una de las claves residiría en dosificar inteligentemente las tensiones contrapuestas emanadas de sus ventajas e inconvenientes. Necesitamos expertos en causas tecnológicas, verdaderos abanderados en “ropa tecnológica” que eviten que el mono desnudo que somos permanezca desabrigado, a la intemperie o, por el contrario, sufra un golpe de calor por excesivo ropaje. En definitiva, ni neumonía por desnudez, ni asfixia por el sarampión del exceso.

Ginés, por su trayectoria y a la luz de tu discurso, tu presencia en la Academia nos viene (permítaseme la expresión) como “pedrada en ojo de boticario”. Tienes. Entre otras, una importante misión que desarrollar entre nosotros, como ponderar ventajas, peligros y costes tecnológicos, protección y seguridad del paciente, avizorar caminos para procurar la sostenibilidad del sistema sanitario y un largo etc en el que, mal que te pese, eres un auténtico pionero y perito en la materia. Te definiría como “mucho más que un Jefe de Servicio en el pujante imperio tecnológico”. Te esperamos con impaciencia, ya que en la

evaluación tecnológica se necesitan, personas con el conocimiento, la experiencia y la autonomía debidos, que nos garanticen la necesidad de las nuevas tecnologías y de algunas de las ya implantadas, que nos alerten de su seguridad y que nos avisen de su conveniencia.

En base a lo dicho, te formulo un ruego, a modo de solemne trisagio: —¡Sal, al igual que los de tu cofradía, del armario del comedimiento y de la corrección política. Desciende la ladera del Sinaí del progreso y, cual Moises “tonitronante”, iracundo y colérico como los profetas del Antiguo Testamento, lleva las Tablas de la Ley Tecnológica en un brazo y con la espada flamígera del conocimiento en el otro destruye el “Becerro de oro de la Tecnología”. Fustiga y persigue sin compasión alguna a sus heréticos adoradores, friéndoles a puntapiés de sentido común, hasta sus guaridas, donde deberían permanecer en arresto domiciliario hasta curarse de su adicción y recuperar la cordura, misión ardua que no imposible. —Por el contrario, oficia, como solícito maestro que eres, la piadosa pedagogía de enseñar al que no sabe en la Escuela para Tecnóforos. Iniciales con mimo en los ritos y liturgias tecnológicos. Explícales que el Progreso no es una ley de la naturaleza, sino el producto exclusivo del esfuerzo, perseverancia e inteligencia humanos. Los enemigos de la tecnología propenden a permanecer colgados de las ramas de la incompreensión, mientras que la vida, y la sucia realidad que la conforma, transcurre indiferente bajo sus pies. Hazles ver que la literatura, sobre todo la poesía, mejora el sufrimiento espiritual, que no es poco, pero es ajena al dolor físico, no cura la enfermedad y, en palabras de C. Rodríguez, la herida perma-

nece. Necesitamos que los expertos ejerzáis vuestro magisterio con ellos, que lo son por ignorancia, cuando no por atávicos y viscerales prejuicios. El añorado E. Sábato, tecnófobo recalcitrante, sostenía no sin razón que la vida es heroica porque es muy dura, muy ardua, a veces terrible y asqueante, pero lo valioso es perdurar y disfrutar en un mundo imperfecto. En el oficio de vivir, la Tecnología es una inequívoca ayuda de 1ª magnitud, hasta tal punto que recientemente Internet ha sido declarado un derecho humano. Por tanto, inalienable, irrenunciable y de obligado respeto. —En tercer lugar, con el rebaño de los tecnófilos, que por fortuna creo somos mayoría, ejerce de rabadán comprensivo, apacientanos con tacto, déjanos pastar libremente por las verdes praderas tecnológicas, con las únicas trabas que imponga la razón, que es el arma principal de la inteligencia y no atenta contra la lógica. Haznos saber que la Tecnología Médica, y más en épocas de crisis como la actual, presenta problemas éticos lacerantes y una inexcusable necesidad de evaluación. Problemas éticos cuando no hay para todo ni para todos, por la escasez y limitación de recursos, que se agravan con la práctica de la indeseable medicina defensiva, que en mi opinión es ofensiva y abusiva. Necesidad de evaluación para saber “lo que hacemos” y detectar fiablemente “lo que necesitamos”, para no estar ciegos y permanecer inermes ante el progreso.

En cualquier caso, permítanme, como clínico que soy, reivindicar inequívocamente la trascendental e insustituible piedra angular de la Medicina, que es el llamado acto médico que materializa en la inabdicable “relación médico-paciente”. Como dice el Dr. Lown, premio Nobel de la Paz, con una aterradora

lucidez, si los médicos renuncian a dicha relación y limitan sus destrezas al reino de la tecnología, estaremos asistiendo al nacimiento de un inadmisibles negocio, con una nueva estirpe de “técnicos en asuntos médicos”, menos entrenados, menos costosos, producidos en serie para atender el mayor número de “clientes” como simples número, con la mayor rapidez posible, en el menor tiempo posible y al menor costo para las empresas sanitarias responsables. Sería el golpe de gracia a la decencia profesional y la destrucción de la Medicina como sagrada profesión. ¡Qué asco!, según R. Eder, en estos asuntos hay personas tan distraídas y tibias que no recuerdan ni donde han dejado la ética y la deontología, cuando se trata de asuntos científicos y tecnológicos, como el que en un día lluvioso se deja olvidados un par de guantes o el paraguas en la barra de un bar, sin más.

Epílogo

No sé si ha quedado clara, a través de lo dicho, mi admiración por el nuevo Académico, pero por si hubiere dudas, no puedo resistirme a contar la siguiente anécdota: Cuando saliste elegido Numerario, con tu habitual sencillez no exenta de un poso de ingenuidad, me dijiste. “No entiendo por qué estoy dentro de la Academia”. No te contesté, sonreí, me encogí de hombros y me di media vuelta. La respuesta la he diferido hasta hoy, aquí y ahora: “Lo que no entendíamos muchos es por qué has estado tanto tiempo fuera de ella”.

Muchas gracias.

Discurso de clausura

del acto de recepción como Académico Numerario
electo del Ilmo. Sr. D. Ginés Madrid García

✿ **Emilio Robles Oñate** ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.*

En la primera parte sobre la fascinación y la razón, ocupa un breve pero muy substancioso ensayo filosófico, lástima que sea tan breve, porque es muy interesante y profundo.

De la tecnología, sus valores, sus funciones y el impacto cultural nos lleva en nuestro actual mundo a la mitificación, como señala en Dr. Madrid, y a la extrema confianza en las

resoluciones de muchos problemas y también al escepticismo en otros.

Señala el Hedonismo, el empacho en la información y la crisis de valores con gran acierto, de ahí que haya una sobreprescripción en el campo concreto de la Radiología, por esa fascinación por la tecnología y también como un sistema defensivo que nos lleva al despilfarro.

En la conclusión como en las soluciones muestra unas líneas que me parecen tan inteligentes como prácticas.

Recomiendo la lectura completa del discurso que a continuación se entregara.

'La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberación clínica'

✿ **Eduardo Javier Osuna Carrillo de Albornoz** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia,
Excmo. Sr. Consejero de Industria, Empresa e Innovación,
Excmos. e Ilmos. Sres. académicos,
Excmas. e Ilmas. autoridades,
Sras y Sres.

Me embarga una profunda satisfacción estar ante tan distinguido auditorio para dar lectura al discurso de ingreso, después de haber sido elegido como académico de número e integrante de esta Muy Ilustre Institución, privilegio del que con el tiempo espero hacerme merecedor. Permítanme que también les traslade mi preocupación por lo difícil que me va a ser estar a la altura del elevado nivel intelectual que atesoran sus miembros.

Ser recibido por esta corporación constituye un honor, por lo que quiero expresar mi más emotivo agradecimiento a quienes me juzgaron y decidieron otorgarme este reconocimiento, al Excelentísimo Sr. Presidente y a todos los miembros que me han aceptado, pero permítanme que lo dirija de manera particular a los Doctores D^a. María Trinidad Herrero Ezquerro, D. Tomás Vicente Vera, D. Faustino Herrero Huerta, D. Pedro Martínez Hernández y D. Emilio Martínez García,

quienes me propusieron. Fueron traicionados por la amistad que nos une, lo que les hizo perder la sensatez y la objetividad que me consta poseen. Mi reconocimiento al Excmo. Sr. Académico y Consejero de Industria, Empresa e Innovación, D. José Ballesta Germán, quien, extrayendo tiempo no sé de dónde, ha tenido la generosidad de preparar el discurso de contestación. Sirva esta breve introducción, para recordar a quienes me han permitido alcanzar este día y que hago partícipes de esta celebración.

En la preparación de este discurso me han invadido numerosos recuerdos de vivencias pretéritas y también reflexiones sobre hechos recientes. Ha sido inevitable que me acordara en muchas ocasiones de mi padre. Escribía Elisabeth Kübler Ross que “nuestro hoy depende de nuestro ayer, y nuestro mañana depende de nuestro hoy”. De mi padre aprendí el hecho de ser médico, es decir, “la profesión”. Mi padre fue médico, desde 1934 y médico y paciente de otros médicos durante los dos últimos años de su vida. Fue Especialista de Digestivo, y sobre todo un auténtico médico de cabecera. Era frecuente que lo llamaran a cualquier hora del día y de la noche. No había fines de semana ni vacaciones y su mejor “tecnología” era la relación médico-paciente y la confianza que despertaba en “sus

enfermos". Los tres hermanos crecimos en un ambiente de ciencia, enriquecido también por tertulias con mi abuelo que era farmacéutico. El resultado fue obvio: mi hermano Antonio, biólogo, Ignacio y yo, médicos.

En efecto, en mi no surgió otra planteamiento que el de ser médico. He de confesar que mi padre nunca me lo pidió, pero tampoco hizo falta. Sí es verdad que le hubiese gustado verme en una consulta de Digestivo, circunstancia que tampoco me comentó, pero he de manifestarles que tras tres años ejerciendo en el ámbito rural, la clínica no me sedujo como para dedicarme a la asistencia. También fue mi padre un ejemplo en la enfermedad que le condujo a la muerte. Por cierto, una patología muy conocida por él, dada su especialidad y que llevó con una extraordinaria complicidad y serenidad. Así, no sólo me inculcó conocimientos médicos, sino que junto a mi madre, me impregnó de actitudes que, en todo momento han servido de guía. No estaría hoy ante ustedes si durante mi vida no hubiese tenido el acertado y constante consejo de ambos, como el de mis hermanos, ejemplos de vida consagrada a la investigación.

Tampoco puedo olvidar mi paso por la Facultad de Medicina de la Universidad de Granada donde tuve la oportunidad de compartir las aulas con un entrañable grupo de compañeros, hoy grandes amigos, y un brillante elenco de maestros de la medicina española que me ayudaron a sembrar la curiosidad que constituye la base de todo científico. Mis primeros contactos con la Medicina Legal y Forense se los debo a D. Enrique Villanueva y quien me introdujo en esta apasionante disciplina fue Aurelio Luna, también académico de esta ilustre corporación; sus brillan-

tes conocimientos son horizonte de esta materia y su espíritu es motor de un equipo docente e investigador de relevancia internacional.

Son ya veintisiete los años que llevo en Murcia, tierra cálida gracias a su clima pero sobre todo a la hospitalidad de sus habitantes. Se trata de casi tres décadas vinculado a su universidad en la que he desarrollado toda mi trayectoria académica e investigadora, rodeado de profesores de gran prestigio, para quienes no tengo otra palabra que agradecimiento por todo lo recibido.

No puedo olvidar en este preámbulo al Profesor Ballesta. Desde que me confió tareas de gestión universitaria he apreciado el significado de palabras como generosidad, cercanía, entrega, excelencia y el sentido del trabajo en equipo, compartiendo alegrías y preocupaciones, pero sobre todo actitudes de lealtad y servicio con una dedicación constante para superar las adversidades. Hoy continúo con él y con un entusiasta grupo de colaboradores con las mismas premisas antes comentadas.

Cuando anteriormente aludía a vivencias más recientes me refería a un desgraciado miércoles del mes de julio de este año. Al respecto de un suceso vivido por mi hija Teresa, ella escribió: "la vida no la controlamos nosotros, igual que un día empiezas a vivir, otro dejas de hacerlo". Es así. De todo se puede aprender y las sensaciones resultantes de este accidente y del proceso de recuperación, me hicieron concluir que nada está escrito, que nada es imposible, ni siquiera posible... y que dependemos de nuestra voluntad y de esas fuerzas que nos salen del interior, y que nos permiten afrontar cada desafío; también de fuerzas de otras procedencias, en ocasiones insospechadas, que se ven retro-

alimentadas por la compañía constante de nuestros seres queridos en las alegrías y en los desvelos. Mi más profundo agradecimiento a quienes me apoyan diariamente, a quienes comparten conmigo mis éxitos, a quienes manifiestan una constante paciencia y comprensión: todos mis logros han sido conseguidos gracias a la incesante abnegación de Marité y de mis hijas Teresa y Elena.

Permítanme que cierre este apartado de agradecimientos dirigiéndome a quienes han influido e influyen en mi vida, y que a través de su apoyo y el acertado consejo me han permitido la obtención de tan inmerecidos resultados.

Sin ellos no hubiese llegado este momento. A todos ellos mi gratitud y cariño.

Para la adquisición de la condición de académico es preceptivo, según lo dispuesto en el artículo 11 de los estatutos, la presentación del discurso de ingreso. Tengo que pedirles disculpas por la demora en su preparación desde mi nombramiento como Académico de esta Noble y muy Ilustre Corporación, pero he de confesarles que no encontraba resquicios en la tarea diaria, que me permitieran dedicarle tiempo a su elaboración, en consonancia con el Acto Académico en que nos encontramos. Ruego no sea tenido este hecho como detrimento de la consideración y reconocimiento que profeso a esta Institución, como al resto de las Academias de la Región de Murcia, sino más bien todo lo contrario.

Las Academias son hoy una de las instituciones culturales más importantes y significativas de la Región. Su dilatada historia está impregnada de contribuciones y preciados servicios a la sociedad con la que mantienen un permanente y fecundo diálogo. Ejemplo

claro es la Real Academia de Medicina y Cirugía que hoy me acoge, y que hace pocas fechas celebraba el doscientos aniversario de su creación, en plena Guerra de la Independencia.

Las Academias nos muestran día a día que el conocimiento y el saber no se consiguen sin esfuerzo y sin trabajo. Es por ello, por lo que, ante un presente lleno de dificultades y de dudas como el que nos invade, juegan un papel muy significativo como referentes y como estímulo social para superar las adversidades.

Para el discurso he escogido un tema relacionado con la Ética Médica y el Derecho Médico, muy presente en hospitales, consultas, despachos de letrados y tribunales de justicia, de importante repercusión social, que afecta a algo tanpreciado por los ciudadanos como es la atención que reciben ante un problema de salud y de enorme actualidad ante el incremento de las demandas por presuntas negligencias médicas en todos los órdenes jurisdiccionales.

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores.

La asistencia sanitaria es clave en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos. Los cambios sociales y el extraordinario avance de las ciencias médicas se traducen en nuevas expectativas en relación a la práctica sanitaria y los resultados que se esperan obtener tras la atención recibida.

En el momento actual, la actividad asistencial es compleja e institucionalizada y se desarrolla con elevados niveles de masificación, diversificación y especialización de los profesionales. En ocasiones, se percibe la ausencia de una visión global del paciente junto a importantes niveles de despersonalización

en la atención, lo que contribuye a la pérdida de esa atmósfera de confianza que otrora presidía las relaciones médico-paciente. A su vez, nos encontramos en una sociedad crítica en la que los ciudadanos buscan la satisfacción de sus derechos y exigen responsabilidades en situaciones que en otro momento achacaban a la suerte y al azar.

En este contexto, somos testigos del creciente número de reclamaciones contra los profesionales sanitarios. Al respecto, conviene recordar las palabras de Denton Cooley -cirujano estadounidense pionero en implantar un corazón artificial completo a un ser humano-, que en 1996, en un editorial de la revista *Circulation*, señalaba que los ciudadanos de aquel país veían a la medicina y a los médicos con una consideración que ha sido sustituida por la sospecha.

En nuestro país, también nos vienen a la memoria las palabras del Doctor Marañón quien en el prólogo al libro sobre la Responsabilidad profesional del Médico, escrito por Eduardo Benzo y publicado en 1944, expresaba su temor de que el ciudadano español terminara por llamar a su médico, no con la noble y familiar confianza del que sabe hará todo cuanto pueda por aliviarle, sino “con el papel sellado dispuesto para envolver al doctor en su red leguleya si el acierto no preside a su gestión facultativa”. Pues bien, esta reflexión se ha hecho tristemente realidad.

Las reclamaciones por responsabilidad profesional sanitaria aumentan día a día y, como señala uno de los maestros de la Medicina Legal Europea, el Profesor italiano Angelo Fiori (2009), Catedrático Emérito de la *Università Cattolica del Sacro Cuore* de Roma, estamos ante un fenómeno casi epidémico, como una verdadera enfermedad social de

etiología multifactorial, incompatible con un ejercicio sereno de la ciencia médica.

En el Reino Unido, por ejemplo, en los últimos años se ha llegado a hablar de una *Medical malpractice crisis* basándose en datos proporcionados por diferentes instituciones sobre los errores sanitarios y las demandas generadas por presuntas negligencias en el ejercicio de la profesión. En el informe titulado *Making amends* (reparar el daño), elaborado por el *Chief Medical Officer*, publicado en 2003, se estima que el 10% de los pacientes ingresados en un centro hospitalario pueden sufrir algún tipo de daño innecesario.

En España se ha producido un incremento espectacular de las reclamaciones contra los profesionales sanitarios, aunque distante de países como Estados Unidos o el Reino Unido. Martínez-Pereda Rodríguez (1997) señalaba, que las “cosas han llegado a tal punto, que uno de cada cien facultativos es objeto de reclamación ante el juez, solicitando los médicos normas de asistencia para defenderse de las demandas judiciales”. En la actualidad, carecemos de datos oficiales que nos ilustren sobre el estado real de la cuestión con la fiabilidad requerida. Sólo el informe anual del Defensor del Pueblo, nos proporciona datos, pero con un carácter excesivamente general y bajo el epígrafe de “seguridad de los pacientes”. Lo cierto, es que no nos encontramos ante una auténtica crisis, como determinados autores han llegado a calificar, sobre todo cuando los comparamos con el número total de intervenciones y con el número de personas que trabajan en el ámbito asistencial. La ausencia de datos oficiales permite que se impongan voces sensacionalistas alimentadas por noticias alarmistas que ocupan las primeras páginas de periódicos o los minutos de

máxima audiencia televisiva y que generan la sensación de una “epidemia del error” como Merry y McCall Smith (2001) han denominado. También, la realidad actual puede ser consecuencia del aumento en el descontento con la asistencia recibida, tal y como refleja la Paradoja de Barsky (1998): “a pesar de los indudables avances, técnicos (diagnósticos y terapéuticos), y de la mejoría de los indicadores objetivos de salud, los usuarios de los servicios médicos en los países desarrollados están cada vez más descontentos con la atención que reciben, al igual que los profesionales, en quienes la frustración e insatisfacción por su trabajo ha llegado a adquirir caracteres epidémicos”.

Como resultado de esta situación, el ejercicio de la medicina es considerado por algunos autores como una tarea de riesgo y con riesgo, que se desarrolla en el terreno de la incertidumbre (Martínez López y Ruiz Ortega, 2001). Una de las consecuencias derivadas de una percepción de “judicialización” de la actuación del profesional sanitario es la llamada “medicina defensiva” y el desarrollo de “estrategias de control de riesgos” (*risk management*) integradas en los sistemas de gestión de calidad, que tienen como finalidad evaluar los actos médicos, determinar los posibles errores, proponer medidas para su corrección y su implementación. También forman parte de estas estrategias el intento de conciliación entre el paciente y el profesional para evitar la denuncia o demanda (Rodríguez Vázquez, 2012). En este sentido, la casuística y el análisis de las sentencias muestran con toda claridad que muchos de los hechos juzgados eran previsible, no sólo por parte del profesional sino también por la propia organización sanitaria y se podrían haber evi-

tado tras la adopción de medidas adecuadas de prevención.

Permítanme, por tanto, que dedique unos minutos a comentar el escenario actual en el que se desenvuelve la relación clínica y que nos puede ayudar a explicar su complejidad.

El cambio en la asistencia médica

La vertiginosa revolución tecnológica y el avance médico se presentan ante la opinión pública como medios infalibles para resolver los problemas de salud. Se genera en la población la idea de que cualquier dolencia es superable, cualquier enfermedad curable, y, por tanto, el individuo no se resigna al resultado infausto como si fuera algo inevitable. En efecto, se llega a creer que con la medicina moderna conseguimos doblegar la enfermedad y la muerte. Es cierto que la medicina puede cambiar de lugar y de tiempo ambos procesos, pero no dominarlos, ambos son realidades ineludibles que forman parte de la propia vida. Sin embargo, los avances de la medicina hacen creer a los pacientes que la ciencia médica es infalible y que es posible resolver todas las enfermedades, por lo que se percibe “un cierto derecho a un resultado exitoso ante cualquier tratamiento” (Galán Cortés, 2011), consecuencia también de la toma de conciencia por parte de los pacientes de su posición frente a los profesionales sanitarios y la administración como usuarios que pagan un precio a cambio de la prestación de un servicio. Los medios de comunicación y los propios profesionales contribuyen a transmitir esta idea de medicina “casi exacta”, que siembra en los pacientes y en los ciudadanos actitudes que posteriormente se traducen en reclamaciones.

A este hecho se añade que en ocasiones se

da más importancia al uso de los medios técnicos en la asistencia, olvidando que la persona es el centro de la atención sanitaria. Como consecuencia de las posibilidades que ofrece el avance tecnológico la importancia de la relación médico-paciente se relega cada vez más a un segundo plano y a una mera formalidad, olvidando que la verdadera calidad de la asistencia está condicionada por la forma en la que esta tiene lugar. El concepto de persona incluye, esencialmente, la relación dialogante de ésta con los demás individuos y con el mundo que le rodea. En este contexto, se debe desarrollar la relación médico-paciente teniendo a la empatía como elemento nuclear.

El Académico de Número de esta digna institución, el Excmo. Sr. D. José Ballesta Germán, el 19 de abril de 2002, en su Discurso de Recepción, manifestaba la necesaria humanización de la práctica sanitaria y de la relación médico-paciente. Al respecto, señalaba que el incremento de las tecnologías de la comunicación, medios informáticos y técnicas de última generación se ha traducido en el olvido de los aspectos personales y psicológicos de la atención al paciente. Añadía que “se deben volver a recordar e incluir en la formación de los profesionales de la sanidad los aspectos psicológicos de la atención humanizadora, la escucha, crear el clima de cercanía y confianza en la relación médico-paciente que favorezca la participación del propio paciente en su terapia”, con el consiguiente “cambio de un papel pasivo a su participación activa en el proceso de tratamiento”.

Así pues, en el momento actual es preciso realizar un análisis crítico más consciente del aspecto “no técnico” de la labor profe-

sional. El objetivo de la asistencia ahora ya no es sólo la lucha eficaz contra la enfermedad, sino la mejor ayuda al enfermo concreto. Claro está, que en la inmensa mayoría de los casos esta ayuda lleva implícita una mayor eficacia diagnóstica y terapéutica, pero no es suficiente, sino que se espera a la vez una mayor atención ante las necesidades de cada uno de los pacientes, para adaptarse a ellas. En una medicina más generalizada, masificada incluso, se requiere una atención mucho más personalizada y un control de la situación, es decir, una mayor “competencia emocional”.

Se aprecian también mayores niveles de desconfianza por parte de los ciudadanos hacia los profesionales sanitarios y las instituciones hospitalarias y de exigencia ante una prestación, que no es ilimitada. Un problema frecuente es que los ciudadanos creen que el sistema sanitario es un elenco infinito de recursos. Pero la realidad es otra y, en ocasiones, genera descontento en los pacientes. Hay que asumir que ser profesional sanitario ahora resulta más complicado.

Por otra parte, el cuidado de la salud ya no se proporciona individualmente sino por un equipo y la finalidad de la actividad sanitaria deja de ser exclusivamente terapéutica y se dirige a la promoción de la salud, entendiendo esta como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de infecciones o enfermedades, según la definición de la OMS, realizada en su constitución de 1946. Así, la salud ha dejado de considerarse como una cuestión objetiva y reside en lo más íntimo del ser humano. Le corresponde al individuo, y sólo a él. La consideración de persona le otorga al enfermo el derecho a disponer libremente de sí mismo y actuar conforme a los principios y valores

que han regido su vida; sin embargo, son numerosas las situaciones en las que se genera un abismo entre el profesional sanitario y el paciente. Por ello, en ausencia de un verdadero proceso de comunicación resulta imposible que una persona pueda decidir de manera libre y responsable.

Se alcanza el modelo de autonomía que interpreta los mejores intereses del enfermo desde su propio punto de vista teniendo como guía el juicio de valores propio y específico de cada individuo en función de sus ideales, creencias y proyecto de vida, respetando el derecho del paciente a su autodeterminación (Osuna, 2006). En lo que respecta al médico, ha dejado atrás su rol privilegiado y sacerdotal, fundado en la creencia de que la enfermedad tiene un origen divino, con un significado moral en cuanto mal que es para la persona que la sufre, por lo que nos encontramos ante una relación más democrática, y que, - algo que ahora resulta obvio pero antes no tiene en cuenta al paciente como persona.

En conclusión, todos estos factores contribuyen, en mi opinión, al cambio radical que ha sufrido la relación clínica y en la que la posibilidad del desencuentro y del litigio aumenta, siendo la expresión más dramática la agresión contra el personal sanitario (García Calvo y cols. 2010).

El profesional y su responsabilidad

La relación clínica, tan antigua como la Medicina, se inicia cuando una persona siente una necesidad de salud, sea por enfermedad real o posible, y debe estar siempre en concordancia con lo que le da origen: la solicitud de ayuda expresada por quien se considera necesitado y requiere la respuesta de un profesional sanitario (Osuna, 2010).

Aun cuando, la relación médico-paciente admite modificaciones en cada época y cultura, los problemas por los que se busca ayuda subsisten en todos los países y todas las épocas, con independencia de los cambios socioculturales, y el encuentro entre el profesional y el enfermo es el evento permanente que pone de manifiesto el origen y la continuidad de la Medicina.

Desde el mismo momento de la aparición del hombre como especie, se expuso a las enfermedades y a otros riesgos que podían afectar a la salud. Fue entonces cuando intentó descubrir remedios y alivio. Esta es la esencia y razón de ser de la Medicina. En la antigüedad, la actividad curativa estaba dotada de un fuerte componente sagrado, lo que situaba al médico como un ser intocable y exento de responsabilidad, que en todo caso le correspondía a los dioses. Adivinos, hechiceros y sacerdotes eran quienes combatían las afecciones causadas por entes sobrenaturales. Con la aparición de sociedades más complejas surgieron, entre otros, los herboristas, los parteros y los reparadores de huesos. En adelante, la evolución de la Medicina fue lenta y difícil y tan solo su progreso comenzó a ser rápido a partir de la revolución científica del siglo XIX y casi vertiginoso durante la segunda mitad del siglo pasado.

Los primeros avances conducen a un lento pero progresivo abandono de la interpretación de la enfermedad desde el punto de vista religioso, con la consiguiente desacralización del médico y la exigencia de responsabilidad personal por los errores fatales sobre el paciente (De Oliveira, 2004). Es en la segunda mitad del Imperio Babilónico, a través de los preceptos que contiene el *Código de Hammurabi*, vigente en torno al

año 1800 a.C., cuando por primera vez se reconoce la existencia de faltas que pueden ser cometidas por el médico y que son objeto de la consiguiente sanción. Las leyes que contiene esta gran recopilación normativa son, probablemente, la culminación de una larga evolución del Derecho, que posteriormente tuvo una gran influencia en el derecho musulmán y en el romano, de manera muy evidente en la *Ley de las XII Tablas*.

Hammurabi ordenó colocar el monumento en el templo del dios Sol en Babel, escrito en lengua acadia y en un bloque de diorita negra pulimentada. El monarca recibió estas leyes de la propia divinidad solar y se proponía, como incluye en la introducción del código, “disciplinar a los libertinos y a los malos e impedir que el fuerte oprima al débil”. ¡Qué gran propósito extrapolable a todo tiempo y lugar!. Incluye también importantes referencias de gran valor para la Medicina Legal, en general, y para el Derecho Médico, en particular. En este sentido, la responsabilidad por causar la muerte o lesiones al paciente se estipula con claridad (leyes 218, 219 y 220). Las sanciones impuestas por error profesional oscilaban entre la amputación de la mano y la compensación económica del paciente y de sus deudos.

En el Antiguo Egipto la medicina seguía siendo ejercida por sacerdotes cuya principal misión era establecer una relación entre el enfermo y la divinidad. A su vez, los progresos médicos iban aparejados de un incremento de las obligaciones y responsabilidades de quienes ejercían esta labor. Heródoto, en su Historia, señala que el ejercicio de la Medicina estaba especializado y cada médico trataba un tipo de enfermedad, unos los ojos, otros la cabeza, otros el vientre... y otros,

todavía, de las enfermedades que no se ven.

En Grecia y Roma (siglos VI a.C. hasta el IV d.C.) se produce la transformación de una Medicina meramente empírica, con tintes mágico-religiosos a otra eminentemente técnica en la que se aplica el método científico y su ejercicio se asienta sobre bases racionales. Los hipocráticos fueron plenamente conscientes de los errores y negligencias médicas. En el tratado Sobre las afecciones internas puede leerse: “*si el médico trata bien al enfermo y este es vencido por la fuerza de la enfermedad, la falta no es del médico; pero si el médico no trata bien al enfermo o desconoce su enfermedad, y el enfermo es vencido por ésta, la falta es del médico*”.

No es exagerado afirmar que los textos recopilados en el *Corpus Hippocraticum*, y no sólo el *Juramento Hipocrático*, sino también *Los preceptos*, *Sobre la decencia* y *Sobre el médico*, son documentos que han condicionado la ética de la profesión médica hasta el siglo XX y constituyen la base deontológica del ejercicio profesional. En el derecho romano se introducen normas relacionadas con la responsabilidad médica por conductas negligentes que causen daño al paciente. Aparte de la *Ley de las XII Tablas*, ya citada, es preciso destacar la *Lex Aquilia de damno*, con importantes referencias a la imprudencia o negligencia.

Durante la Edad Media, se produce el decaimiento del saber científico en Europa, y el importante desarrollo de la cultura árabe. Con la fundación y posterior consolidación de las primeras universidades (siglo XII), resurge el pensamiento científico y es a partir del siglo XIII cuando se desarrolla un auténtico proceso de profesionalización del médico, que se forma en las aulas y se

impone de forma progresiva la razón en la explicación de la enfermedad (Laín Entralgo, 1994).

El término “profesión”, que procede del verbo latino *profiteor* –profesar-, tiene un sentido religioso, el de confesión pública de la fe o consagración religiosa. Una persona profesada es la consagrada a un menester, públicamente reconocido como tal. Aquí reside el carácter, de algún modo “sagrado” o “consagrado” que ha caracterizado a lo largo de la historia a la profesión médica y que dio origen al desarrollo de un concepto de responsabilidad profesional, que podemos considerar de tipo más religioso que jurídico y que ha perdurado a lo largo del tiempo. El ejercicio de toda profesión conlleva una responsabilidad en función de los actos y acciones que se desarrollan. La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana; todo ser humano está continuamente justificando los propios actos y dando cuenta de las propias acciones. Si el ser humano es necesariamente un ser moral, debe vivir responsablemente, es decir, debe responder de sus actos morales que, por definición, son actos de elección libre. Se ha de responder ante uno mismo y ante los demás, no sólo porque éstos pueden pedirlo, sino por las consecuencias que a otros puedan afectar (Gracia, 1994).

Algunas profesiones se constituyeron en Grecia siguiendo el modelo del sacerdocio (Laín Entralgo, 1964). Debe recordarse que el verbo “responder” y todos sus derivados presentes en las lenguas romances, proceden del verbo latino *spondeo*, cuyo primer sentido es el de asumir un compromiso solemne de carácter religioso. De *spondeo* deriva *respondeo* que significa responder, pero en el

sentido preciso de “cumplir un compromiso solemnemente asumido”. De ahí que *spondere* viniera a significar “empeñarse”, “obligarse a” y “prometer”. “Responder” es, por ello, comprometerse a algo o prometer algo, y “responsabilidad” la cualidad o condición de quien promete o se compromete. Es importante no perder de vista este significado originariamente religioso y moral del término, puesto que nos permite aclarar el carácter prejurídico o metajurídico que en su raíz tuvo este vocablo.

Pero, ¿a qué tipo y umbral de compromiso nos referimos en la actuación médica?, ¿a qué se obliga el profesional?, ¿cuál es el mínimo de exigencia profesional?, ¿quién lo define?, ¿quién lo exige?, en suma ¿en qué consiste la responsabilidad profesional del médico?. Está claro que partimos de unos mínimos, referidos a la ignorancia, la impericia, la negligencia y la imprudencia. El profesional sanitario que actúe por debajo de esos mínimos, sin lugar a dudas, es un mal profesional. Pero, no ser un mal profesional lleva implícito serlo bueno, ya que un médico que no haya sido denunciado o condenado por una conducta imprudente o negligente lleva aparejado que sea un buen profesional, ni tampoco hemos de entender como buen profesional aquel que se limita a cumplir las normas legales para no incurrir en negligencia.

El *ethos* profesional no debe conformarse con los mínimos de legalidad, sino que debe orientarse hacia la excelencia (Gracia, 2004), atendiendo a la definición que el diccionario de la Real Academia Española establece como la “superior calidad o bondad que hace digna de singular aprecio y estimación una persona o cosa”. La aspiración a la excelencia no

tiene límite máximo. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la virtud.

Las referencias sobre el "médico perfecto" son numerosas a lo largo de la historia de la medicina (Gracia, 1996). Aristóteles se refiere al *téleios iatrós* (el médico perfecto), y Galeno al *áristos iatrós* (el óptimo médico). El adjetivo *áristos* es el superlativo de *agathós*, bueno, y aplicado al médico significa que éste ha de poseer en el máximo grado tanto las virtudes dianoéticas o intelectuales, como las éticas o morales. Señala Galeno lo siguiente: "Pues si para conocer la naturaleza del cuerpo, las diferencias entre las enfermedades y las indicaciones de los remedios debe dominar la ciencia racional, para perseverar en el estudio de éstas de una manera esforzada es necesario despreciar las riquezas y ejercer la moderación". Añade, "no hay temor de que si desprecia las riquezas y ejercita la moderación, haya algo inconveniente, pues todo aquello a lo que los hombres se atreven de una manera injusta lo hacen bajo la persuasión de la codicia o el hechizo del placer. Y así, también es necesario que el médico posea las otras virtudes, pues unas siguen a las otras y no es posible para quien echa mano de una no tener igualmente todas las otras siguiéndola inmediatamente, como si estuvieran atadas a una misma cuerda".

Es en este contexto donde adquiere su sentido el Juramento hipocrático como paradigma no sólo de la ética médica, sino de la ética profesional. El contenido del Juramento gira en torno a la idea de "buen médico" o "médico perfecto". Del médico, como del sacerdote y del monarca se espera la perfección. Y ésta no puede conseguirse más que por el ejercicio de la virtud. Al respecto

señala Aristóteles, que no es lo mismo conocer en qué consiste la justicia que actuar justamente, pero no sólo en el sentido de "acto" sino también en el de "actitud", entendida como hábito que surge por repetición de actos, que llegan a ponerse en práctica sin esfuerzo y hasta con placer, convirtiéndose en *bíos*, o "modo de vida", en el que la búsqueda de la excelencia debe ser la máxima aspiración (Gracia, 1996).

Esta concepción del ejercicio profesional permanecerá hasta el siglo XVIII, momento en el que irrumpe el Movimiento Ilustrado, y se sustituye esta ética de la "virtud", por la ética de los "derechos" y "deberes", de la que deriva el marco actual de la relación médico-enfermo.

Naturaleza jurídica de la obligación del médico

El médico, en principio, asume una obligación de actividad, diligencia y prudencia, conforme al estado actual de la ciencia. Es por consiguiente, deudor de una obligación de medios, por cuanto en su actuación se halla siempre un elemento aleatorio, en el sentido de que el resultado buscado no depende exclusivamente de su proceder, sino también de otros factores, endógenos y exógenos que escapan a su control (Galán Cortés, 2001).

Son numerosas las sentencias que se manifiestan en este sentido. Traigo a colación la que se considera como la primera resolución de nuestro Tribunal Supremo que distingue entre obligaciones de medios y de resultado y que data de 26 de mayo de 1986, con ocasión de la reclamación realizada por la esposa de un paciente intervenido de una grave úlcera duodenal perforada y que falleció por una peritonitis aguda durante el postoperatorio. En su

fundamento tercero señala que “de acuerdo con la naturaleza jurídica de la obligación contractual del médico, que no es la de obtener en todo caso la recuperación de la salud del enfermo (obligación de resultado), sino una obligación de medios, es decir, se obliga no a curar al enfermo, sino a suministrarle los cuidados que requiera según el estado actual de la ciencia médica; por ello su responsabilidad ha de basarse en una culpa incontestable, es decir, patente, que revele un desconocimiento cierto de sus deberes, sin que puedan ser equiparadas a la imposibilidad, por exigir sacrificios desproporcionados o por otros motivos, y sobrevenido el resultado lesivo, en el caso debatido el fallecimiento, es preciso que éste no pueda atribuirse a otras circunstancias, como ocurre en el supuesto de enfermedad sometida, según la prueba pericial, a toda clase complicaciones”.

En efecto, la medicina tiene sus limitaciones, y en el tratamiento de las enfermedades existe siempre un alea que escapa al cálculo más riguroso o a las previsiones más prudentes, y por ende, obliga a restringir el campo de la responsabilidad. La obligación del médico está en poner al servicio del enfermo el caudal de conocimientos científicos y prestarle la diligente asistencia profesional que su estado requiere. El médico no garantiza, por tanto, la curación del enfermo, pero sí el empleo de las técnicas adecuadas conforme al estado actual de la ciencia médica y las circunstancias concurrentes, de las personas, del tiempo y de lugar, en cada caso. Tradicionalmente la doctrina ha utilizado la expresión *lex artis* para identificar las reglas de actuación que indican si la tarea ejecutada por un profesional es o no correcta. Últimamente se vienen introduciendo otros términos como

estándares, directrices o guías de actuación.

Aunque el fin perseguido por la actuación del médico es la curación del paciente, permanece fuera de la obligación del facultativo, por no poder garantizarla, siendo el objeto de la obligación una actividad diligente y acomodada a la *lex artis* y no al fin buscado, pues se trata de una obligación de medios a diferencia de lo que sucede con las obligaciones de resultado, en las que el fin entra dentro de la relación contractual que se establece. Me refiero en este último aspecto a la denominada medicina voluntaria, satisfactiva o de satisfacción, cuyo fin no es curar propiamente, sino que actúa sobre un cuerpo sano para mejorar su aspecto estético o para anular su capacidad reproductora.

Como establece, de forma muy acertada, el Fundamento de Derecho Cuarto de la Sentencia del Tribunal Supremo, Sala 3ª, de 10 de mayo de 2005 “el sentido común proclama, y la experiencia confirma, que pertenece a la naturaleza de las cosas la imposibilidad de garantizar el feliz resultado de una intervención quirúrgica y, en general, de ningún acto médico. Y cuando decimos esto, no estamos refiriéndonos al caso de que el servicio haya funcionado mal, lo que, obviamente, entra dentro de lo previsible. Es que también puede ocurrir, y, de hecho ocurre, que habiéndose respetado escrupulosamente las reglas de la *lex artis*, habiéndose actuado con arreglo a los protocolos establecidos, habiendo funcionado perfectamente el instrumental y demás medios materiales, y siendo diligente, eficaz y eficiente la actuación del equipo médico actuante, puede fracasar –total o parcialmente– el acto realizado”. Concluye al respecto que “operar sobre el viviente humano, no es trabajar sobre la materia inerte (made-

ra, metal, etc., e incluso, sobre el cuerpo humano muerto, o sea, sobre un cadáver, en el caso de la autopsia)".

La actividad de diagnóstico, como la terapéutica, han de prestarse con la aportación profesional más completa y entrega decidida, sin regateo de medios ni esfuerzos, ya que la importancia de la salud humana así lo requiere y lo impone, por lo que han de utilizarse todos los medios técnicos disponibles. Con todo, no se nos oculta que la variabilidad de la práctica clínica es un hecho muy frecuente en la actividad sanitaria. Como señala Murillo Capitán (1994) una intrincada maraña de elecciones de variada naturaleza, a veces vitales, a veces urgentes, y frecuentemente en situación de incertidumbre constituye el esqueleto del acto médico.

En este sentido, un aspecto a tener en cuenta es el carácter temporal de la *lex artis*. La medicina es una ciencia en constante estado de revisión, por lo que está sujeta a continuos cambios y los procedimientos vigentes en un momento pueden quedar obsoletos con enorme rapidez, dados los avances científicos y tecnológicos, lo que supone una limitación de la seguridad jurídica y de la certeza que las reglas de cuidado pudiesen proporcionar. Un intento de otorgar mayor valor a estas reglas de cuidado, desde el punto de vista médico pero con potencial repercusión en el Derecho penal es el que tiene lugar a través del llamado proceso de protocolización, que trata de concretar por escrito las reglas de la técnica vigentes según el estado de la ciencia médica (Rodríguez Vázquez, 2012).

Protocolos médicos

Los protocolos médicos, también conocidos como algoritmos o guías para la práctica

médica, constituyen la expresión escrita de criterios adecuados y prudentes, fijando por escrito la conducta diagnóstica y terapéutica aconsejable ante una situación clínica concreta. Establecen el conjunto de recomendaciones sobre procedimientos diagnósticos a utilizar ante todo paciente con un concreto cuadro clínico o bien sobre la actitud diagnóstica o terapéutica a seguir ante una cuestión relacionada con la salud. No se trata de verdades absolutas, universales y obligatorias en su cumplimiento, pero permiten habitualmente definir lo que se considera, en el estado de la ciencia, práctica médica adecuada y prudente ante una situación concreta, lo que equivale a "positivizar" o codificar la *lex artis*.

En los últimos años, el desarrollo de los protocolos y de las guías de práctica clínica ha ayudado notablemente a la hora de establecer unos criterios mínimos que definan la *lex artis*, fundamentados en la evidencia científica. Sin embargo, no es posible categorizar dichos criterios de forma tal, que se pueda trazar una línea que separe el cumplimiento de la *lex artis* del incumplimiento de la misma, por lo que en cada supuesto, para determinar si se ha producido infracción de las normas, habrá que valorar las circunstancias concretas atendiendo a la previsibilidad del resultado, valorando criterios como la preparación y especialización del médico, su obligación de adaptarse a los avances científicos y técnicos de la profesión y teniendo en cuenta las condiciones de tiempo y lugar en que se presta la asistencia médica. Además la toma de decisiones en el ejercicio médico, reúne en muchos momentos una gran complejidad, ya que los protocolos no incluyen la totalidad de las infinitas situaciones ante las que un pro-

fesional sanitario puede encontrarse. No debemos olvidar que en medicina no hay enfermedades sino enfermos, por lo que, por ejemplo, la individualidad de reacción ante un tratamiento en un mismo proceso es un hecho.

Aparte de ser un eficaz instrumento de mejora de la calidad asistencial, en el ámbito jurídico el protocolo posee un importante valor al convertirse en una *lex artis* codificada y su incidencia es cada vez más patente en la jurisprudencia, tal y como señalan numerosas sentencias de nuestro Alto Tribunal. Ante una reclamación ampara la actuación médica al justificar su actuación y constituye un argumento sólido en su defensa, lo que ha provocado una cierta fiebre de protocolización de la actuación sanitaria. Formalmente los protocolos constituyen reglas de actuación y recomendaciones dirigidas a los profesionales sanitarios, pero que no vinculan al juez. No alcanzan rango legal o reglamentario, por lo que se limita la valoración jurídica que se les pueda dar. En todos ellos se advierte sobre su carácter orientativo, siempre supeditado al principio de libertad de método que debe presidir toda intervención médica.

Eisenberg (2004) señala que junto a la mejora asistencial, los estándares y guías de práctica clínica se establecieron para disminuir la incidencia de los litigios por mala praxis y los costes que de ello se derivaban. Si los profesionales sanitarios los siguen, la calidad de la atención mejorará, se producirán menos resultados no deseados y consecuentemente menos reclamaciones. Según esta hipótesis, el número de espurias demandas podría reducirse ya que los abogados litigantes podrían consultar el protocolo y orien-

tarse de forma previa sobre lo que constituiría el cuidado debido y contrastar la actuación médica realizada en el caso concreto.

Pero, la experiencia nos demuestra que también se han convertido en un importante elemento para incriminar e inculpar al médico. Así lo demostraba un artículo publicado en 1994 –y que es de total actualidad– en *The Wall Street Journal* titulado “*doctors’ own guidelines hurt them in court*”, es decir, “las guías clínicas de los propios médicos los llevan ante los Tribunales” que concluye que los protocolos son usados poderosamente por los demandantes en casos de negligencia y los abogados observan con regocijo cómo son utilizados para demostrar que los médicos no siguen en su práctica el nivel mínimo de cuidado establecido por sus propias sociedades médicas.

La relación clínica

Constituye el elemento nuclear del proceso asistencial. El encuentro entre el médico y el paciente y la relación que ambos establecen se producen dentro de un contexto en el que confluyen valores, concepciones y creencias sobre la salud y la enfermedad.

Durante siglos, la actuación profesional se ha basado en la máxima eficacia contra la enfermedad y los valores del enfermo quedaban relegados. En la actualidad, por encima de la eficacia contra la enfermedad se ha situado el respeto a la autonomía, a la integridad física y moral y a la intimidad de los pacientes. Como señala Broggi (2011) antes, al entrar el enfermo en la consulta de un médico penetraba en un mundo de valores establecidos a los que debía adaptarse de forma sumisa. Ahora el cambio es radical puesto que puede entrar en ella con su universo

propio de valores para que se tengan en cuenta y se respeten. El hecho de que el respeto sea actualmente el valor supremo, y que no pueda ser sacrificado a costa de otros, ha supuesto una transformación completa de la relación clínica. Así, de ámbito de actuación que era, pasa a ser además ámbito de encuentro y de gestión de valores a respetar, lo que requiere muchas veces de la ponderación y priorización antes de tomar una decisión. Todo esto conlleva, el convencimiento por parte del profesional de este nuevo marco de relación, a lo que se añaden unos conocimientos, habilidades y actitudes para asegurar que la decisión que se adopta es la correcta.

Desde el paternalismo al principio de autonomía

El médico hipocrático consideró un deber moral regirse en el trato con sus enfermos, según el denominado criterio de beneficencia *primum non nocere* (“en primer lugar no hacer daño”). Ésta ha sido la premisa que ha presidido la relación con el enfermo hasta hace unas décadas. Bajo esta perspectiva se desarrollaba una visión paternalista de la actividad sanitaria, guiada por la búsqueda del bienestar del paciente en la que la toma de decisiones le correspondía al profesional, con nula o escasa intervención de aquel (Osuna, 2010). Esta posición situaba al médico en una posición de privilegio en la relación asistencial y el paciente depositaba en él su plena confianza. En suma, en función de sus conocimientos, tomaba las decisiones que repercutían en el enfermo, pero sin contar con él. Cabe recordar que el término enfermo deriva del latín *infirmus* que significa falta de firmeza.

A lo largo de la historia ha predominado

este modelo de relación que mantuvo su vigencia desde el siglo V a.C. hasta mediados del siglo XIX. Las asimetrías, tanto en el ámbito de la relación como en el conocimiento y experiencia sobre la enfermedad entre médicos y pacientes, condicionaban el rol que cada uno de ellos desempeñaban, como sujeto activo y sujeto pasivo, en el proceso de toma de decisiones sobre el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. El médico, como anteriormente se ha esbozado, desarrollaba un rol casi sacerdotal, sustentado en un concepto de medicina mágico-religiosa, en el que la curación se consideraba como una “gracia de los dioses” y donde la enfermedad era considerada tema tabú. Todo ello conducía a un modelo de relación desequilibrado y consentido por el propio paciente, que era de tipo paternalista y en el que primaban la autoridad, la posesión del conocimiento y la experiencia en el ámbito de la decisión (Gracia, 1998). En este contexto, el médico adoptaba una posición vertical y buscaba el bien del paciente, pero sin tenerle en cuenta y actuando como su tutor. Presuponía lo que era mejor para él y concebía la capacidad moral de este como un mero asentimiento. En general, implicaba la limitación intencionada de la autonomía o la libertad de decisión y acción de una persona sin tener presente su parecer, con la finalidad de evitarle un daño (*paternalismo proteccionista o no maleficente*) o proporcionarle un bien (*paternalismo perfeccionista o beneficente*).

A comienzos del siglo XIX comienza a vislumbrarse la entrada de la relación médico-paciente en el mundo del Derecho. El punto de partida puede considerarse la publicación el año 1803 del libro *Medical Ethics* por el cirujano inglés Thomas Percival. Constituye

un pequeño tratado de reglas que deben regir las relaciones del médico consigo mismo, con los enfermos, con el resto de los profesionales y con la sociedad, basado más en la confianza que en la autoridad. Se considera como el punto intermedio hacia la ética de los derechos, que se construye sobre la idea de que los enfermos son sujetos de derechos. La afirmación de la primacía de la persona humana, que se viene definiendo desde el Renacimiento (el Humanismo) y que alcanza su esplendor después de las atrocidades cometidas durante la Segunda Guerra Mundial, tiene su reflejo en el ámbito sanitario con la consagración del principio ético de la autonomía, que cristaliza en la doctrina del consentimiento informado, como ejercicio legítimo de la disposición sobre el propio cuerpo que tiene todo individuo y que constituye el eslabón fundamental del derecho a la libertad, destacado en el marco constitucional de los estados democráticos (Osuna, 2000a).

A nivel general se produce el reconocimiento de los derechos humanos como fundamento de la democracia y se alcanza la emancipación del individuo. Esta conquista alcanza el marco sanitario y llega a transformar radicalmente la relación médico-paciente. Las razones, por una parte, se encuentran en la propia Medicina que se convierte en una ciencia cada vez más precisa y más eficaz, pero a su vez, más agresiva, más invasiva y potencialmente más peligrosa y que requiere de la colaboración y del asentimiento del paciente (Dias Pereira, 2004). Otras razones estriban en la propia evolución de la sociedad, su democratización y el crecimiento del conocimiento y de la autonomía de los ciudadanos, el desarrollo de la información médica y sobre todo el pluralismo de las

opciones ideológicas y religiosas.

Bajo este nuevo prisma, la relación médico-paciente abandona un esquema autoritario y vertical convirtiéndose en democrática y horizontal. Se alcanza el modelo de autonomía que interpreta los mejores intereses del paciente desde su propio punto de vista. Esta concepción se guía por el juicio de valores propio y específico de cada individuo en función de sus ideales, creencias y proyecto de vida, respetando el derecho del paciente a su autodeterminación. Este importante giro antropológico tiene su punto de partida en el Contractualismo del siglo XVII, con un recorrido irregular y accidentado que va desde el Leviatán de Hobbes a la *Metafísica de las Costumbres* de Kant, pasando por el *Segundo Tratado del Gobierno Civil* de Locke y el *Contrato Social* de Rousseau.

El *Contractualismo* fue causa y consecuencia de un cambio de percepción de la sociedad respecto del poder y su naturaleza. Hasta el siglo XVII predominaba la idea de que el poder se justificaba de manera natural o apelando a instancias religiosas, de forma que más allá de todo cambio circunstancial, los seres humanos vivían en sociedades ordenadas y reguladas conforme a ciertas reglas que excedían su capacidad de decisión. Así, el rey lo era por gracia de Dios o los esclavos lo eran por naturaleza. Las relaciones de mando y obediencia nacían de reglas invariables y venían prefijadas por la tradición, la naturaleza o la voluntad divina, y en cualquier caso no se sometían a la voluntad de los interesados.

Sin embargo, con el advenimiento de la sociedad moderna, el panorama cambió. Sólo el consentimiento libre, individual e informado, de los ciudadanos, dará legitimidad a

las formas políticas de gobierno. Las relaciones sociopolíticas serán moralmente justas cuando partan del reconocimiento mutuo de la irrenunciable dignidad, libertad, igualdad y competencia comunicativa de los que participan en ellas o están afectados por ellas. No podrán, por tanto sustentarse en criterios heterónomos de autoridad, que proceden de una pretendida superioridad de unos ciudadanos sobre otros, sino sólo en los acuerdos realizados libremente desde la consideración de la igualdad de todos ante todos.

Así pues, la conquista central de la *Modernidad* fue la conceptualización de las personas como seres intelectual y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad para decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. Esta consideración hizo añicos la idea de orden natural, y la concepción teleológica del mundo vino a sustituirse por un proyecto abierto y novedoso, en el que la autonomía es en realidad un atributo de los hombres, es el núcleo de la antropología moderna y con ella nace una determinada visión de la moralidad.

Los ciudadanos de los siglos XVIII y XIX empezaban a ser conscientes de sus derechos como miembros de la colectividad, sin embargo, cuando alcanzaban la condición de enfermo no reclamaban los mismos derechos. La enfermedad impregnada en un contexto casi mágico, de procedencia externa y originada por causas desconocidas era abordada por los médicos, profesionales considerados como privilegiados por sus conocimientos y que mantenían la supremacía de la relación. El médico era el conocedor del orden de la salud y, por tanto, fuente de la verdad ante un ciudadano enfermo, obediente y generalmente

ignorante, al que no le quedaba más remedio que aceptar de forma pasiva sus órdenes.

Durante la segunda mitad del siglo XIX, y coincidiendo con la era microbiológica, comienzan a conocerse las etiologías y los mecanismos fisiopatológicos de muchas enfermedades. Se empieza a disponer de patrones con los que enjuiciar la corrección o incorrección de las actuaciones médicas, que ya no serán verdades absolutas no contrastables, sino procedimientos verificables y cuestionables por los propios pacientes y estos quieren participar con pleno derecho en las decisiones que se toman en relación a su propio cuerpo, su vida y su salud. Es a principios del siglo XX cuando en Norteamérica, empieza a tomar posición la consideración de que la condición de enfermo no limita la de ciudadano, por lo que si éste tiene el derecho de participar activamente en las decisiones políticas que afectan a su vida social, también lo posee para participar activamente en las decisiones sanitarias que le afecten.

Nos encontramos pues, ante un nuevo modelo de relación clínica totalmente alejado del planteamiento paternalista tradicional, en el que el paciente se sitúa como centro de la relación, como sujeto capaz de tomar decisiones sobre su propia vida y salud y que se materializa en el proceso de obtención del consentimiento informado, como expresión del reconocimiento de la autonomía de la voluntad y como elemento nuclear en la relación que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes (Osuna y cols. 1998, 2001). Si no se exigiera el requisito del consentimiento el hombre dejaría de ser un valor en sí, el centro del Derecho, para pasar a convertirse en una cosa, quizás más valiosa que otras, pero cosa a fin de cuentas. La huma-

nidad podría correr el riesgo de ser tiranizada por la medicina si el deber de curar, tan profundamente asentado en la conciencia social, se ejerciera al margen del respeto al ser individual.

El consentimiento informado

Llega a la Medicina desde el Derecho y según Gracia Guillén (1998), debe ser considerado como una de las máximas aportaciones que ha realizado a esta disciplina en los últimos siglos. No sólo es un derecho fundamental del paciente, sino también una exigencia ética y legal para el profesional, de tal forma que la voluntad de cada persona es el árbitro de toda intervención médica, aun cuando negarse a ésta conduzca a una muerte segura.

Su punto de partida tiene lugar a principios del siglo XX, al recogerse en sentencias de los Tribunales de Justicia de los Estados Unidos y desarrollarse una doctrina jurisprudencial consolidada sobre la exigencia del consentimiento informado en toda intervención médica sobre el cuerpo humano. Es obligado referirse a la sentencia del Tribunal de Minnesota en el caso *Mohr contra Williams* y sobre todo, a la dictada en el año 1914 por el Juez Cardozo en el caso *Schloendorff contra Society of New York Hospital*, relacionada con una intervención meramente diagnóstica de un paciente que había manifestado que no quería ser operado y que durante la prueba se le extirpó un tumor de abdomen. Señala la sentencia que “todo ser humano de edad adulta y juicio sano tiene el derecho a determinar lo que se debe hacer con su cuerpo, y un cirujano que lleva a cabo una intervención sin el consentimiento de su paciente, comete una agresión por lo que se pueden reclamar legalmente daños”.

Esta constante y reiterada doctrina se inicia como una exigencia de la relación contractual que une al médico y el paciente, al ser un requisito esencial de todo contrato. Posteriormente se aleja de sus iniciales postulados y se sitúa en el marco de la libertad del individuo. Este derecho fundamental ha sido uno de los de mayor tradición histórica y, posiblemente, el menos discutido salvo, curiosamente, en el ámbito sanitario, donde no ha penetrado hasta la consolidación de la doctrina del consentimiento informado. Se ha partido siempre de la falta de conocimientos médicos del paciente para negarle validez a su voluntad y durante siglos la información se transmitía desde el paciente hacia el médico para que éste tomara las decisiones oportunas, “siempre en beneficio del paciente pero sin el paciente”. Éste, tenía protagonismo en una parcela del acto médico al relatar su patobiografía, pero carecía de la oportunidad de opinar sobre las maniobras, prescripciones etc. del profesional. Un buen paciente tenía la obligación de seguir el tratamiento propuesto. El enfermo era un “sujeto incompetente” en la toma de decisiones referidas a su salud (Osuna, 2000b) .

En la jurisprudencia española, la primera sentencia que hace referencia a la información como requisito previo para la validez del consentimiento informado, data de fecha 8 de octubre de 1963. Sin embargo, se considera la Sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo de fecha 23 de abril de 1992, como la primera que lo encara de forma directa. En su pronunciamiento estudia unos hechos acaecidos en 1985 relativos a una menor afectada de escoliosis dorsal que fue intervenida y quedó con parálisis de las extremidades inferiores. La sentencia condenó a los ciru-

janos porque no advirtieron a la madre de que la operación no era ineludible ni necesaria, ni le explicaron otros tratamientos alternativos, ni los riesgos de la operación. Señala la sentencia, que los cirujanos asumieron personalmente los riesgos al no haber obtenido el consentimiento informado. Llevamos, por tanto, veinte años de lo que podemos denominar como historia judicial del consentimiento informado en nuestro país.

Es también obligatorio referirnos a la sentencia de 25 de abril de 1994, en la que esta doctrina tiene su auténtica “puesta de largo”, al ser de las más completas y convertirse en paradigmática por su contenido jurídico. Juzga un caso de vasectomía en el que se produce una de las complicaciones típicas, la recanalización del conducto deferente con la posibilidad de embarazo, que en este caso concreto ocurrió y fue gemelar, y de la que el individuo no fue informado. La sentencia fue condenatoria para el médico, al no acreditar haber hecho llegar al individuo la información necesaria que le permitiera evitar que la reanudación de su vida matrimonial en forma normal condujera al embarazo de su esposa, por lo que el acto médico fue considerado como negligente.

Modelos éticos de la relación clínica

El análisis de la evolución histórica de la relación asistencial nos permite conocer numerosas aportaciones relevantes, que en cada momento histórico, han sido capaces de sintetizar y catalizar los puntos fuertes del debate sobre la idoneidad de los modelos de relación médico-paciente. Permítanme que destaque el trabajo de Linda y Ezequiel Emanuel publicado en 1992, en el que introducen en

esta discusión la descripción y valoración de cuatro paradigmas o modelos posibles de relación clínica, denominados como paternalista, informativo, interpretativo y deliberativo. En cada uno de ellos la idea de consentimiento informado se materializa de forma distinta.

Con anterioridad me he referido al modelo paternalista en el que, según estos autores, sólo se debe dar información a los pacientes y solicitarles su aprobación cuando resulta imprescindible para optimizar la colaboración del paciente en la realización de los procedimientos sanitarios que el médico, desde su sabiduría técnica y moral, considera que son los que debe hacer para procurarle la salud, tal y como él la entiende. En mi opinión, este modelo es incapaz de asumir el giro antropológico de la modernidad, la idea de autonomía moral y no creo que tenga cabida alguna en la relación clínica contemporánea. Podríamos preguntarnos, ¿y si el paciente lo desea así?. La respuesta es inmediata, ya que si manifiesta voluntariamente, de forma explícita o no, su deseo de ser tratado desde una posición paternalista, de forma implícita ha optado por esta decisión, después de haber sido informado, o incluso, después de haber optado por rechazar dicha información mediante expresiones como “doctor haga usted, lo que crea conveniente”.

Frente al modelo paternalista se sitúa el modelo informativo, en el que el protagonismo de la relación se desplaza totalmente hacia el enfermo, al que se considera como un sujeto capaz de tomar todas las decisiones por sí mismo, después de recibir del profesional toda la información que precisa y en función de su propia escala de valores, que sólo él conoce. Se trata de un modelo técnico en el

que el médico cumple con unas obligaciones y la firma del consentimiento informado se convierte en el objetivo a cumplir. El profesional actúa en su única condición de técnico experto, proporcionando toda la información relevante, para que el paciente pueda elegir la intervención que mejor se ajuste a sus valores, tras cuya elección, se llevará a cabo (Galán Cortés, 2001).

Por tanto, el profesional se limita a “volcar” toda la información y se convierte en un suministrador de experiencia técnica, que ha de dotar al paciente de los medios precisos para ejercer el control de su situación. Su actuación se reduce a la condición de mero informador y ejecutor de las decisiones de la persona a la que atiende. Al respecto, la sobrecarga de información puede tener dos efectos perjudiciales: por una parte una reducción en la capacidad de comprensión y por la otra, puede aumentar la distancia emocional entre el profesional y el paciente (Epstein y cols. 2001; Borrel-Carrió y cols. 2006). Nunca ha existido tanta información, pero al mismo tiempo, nunca antes, el peligro de tomar decisiones “desinformadas”, tanto en el ámbito clínico como en el organizativo, ha sido mayor que en la actualidad.

En mi opinión, se trata de un modelo que vacía de contenido la relación clínica y es más un constructo teórico que una realidad palpable, pues nadie acude al médico teniendo claro los valores que le guían y sin desear escuchar al menos una mínima valoración u opinión del profesional respecto a lo que debe hacerse. Además, es preocupante escuchar cómo los propios facultativos, en una radicalización paradójica de la medicina defensiva, son quienes se acercan peligrosamente a este modelo. Se cumple exquisita-

mente con lo establecido por el marco normativo, pero se vacía de contenido moral la relación y se radicaliza el “derecho a ser dejado sólo”. Es oportuno recordar que la obtención de una firma en el documento de consentimiento informado no significa que consigamos una verdadera toma de decisiones, es decir, no es un “verdadero consentimiento”. Tampoco se informa mejor informando más.

Entre el modelo paternalista y el informativo se sitúan otros dos posibles: el interpretativo y el deliberativo. Ambos intentan conjugar el respeto a dos principios básicos: el principio de autonomía y el principio de beneficencia, pero desde un sentido no paternalista.

En el modelo interpretativo, el médico ayuda al paciente a clarificar sus valores y decisiones. El profesional va más allá de proporcionar una información detallada, ya que analiza la situación junto al paciente en un proceso de clarificación de valores, prioridades, expectativas y deseos, pero se limita a su aclaración, sin juzgar su coherencia o idoneidad. Actúa pues, como consultor o consejero, informando al paciente, igual que en el modelo informativo y ayudándole en la articulación de sus valores, sin juzgarlos. El consentimiento informado en este entorno se configura como un proceso abierto de diálogo y encuentro en orden a tomar aquellas decisiones que optimicen las expectativas del paciente (Simón Lorda, 2004). En este modelo el profesional ayuda al enfermo interpretando con curiosidad, pero sin pronunciarse, los valores personales de éste y priorizando la actuación a seguir. Después de prestar esta ayuda interpretativa, el médico debe ser respetuoso con la decisión que tome. Sin embargo, no podemos olvidar que la interpreta-

ción por sí sola puede conducirnos a un paternalismo disfrazado, sobre todo en las personas más vulnerables.

Desgraciadamente, en ocasiones, los profesionales sanitarios convierten la firma del consentimiento informado en el centro neurálgico de la relación, olvidando que la atención al enfermo debe basarse en una relación de confianza, en la que la comunicación debe estar continuamente presente. Si el profesional, una vez conocidos los valores del enfermo, inicia con él una deliberación conjunta nos situamos ante un modelo deliberativo. Constituye un paso más que el interpretativo al considerar que el papel del profesional no consiste sólo en informar, sino también en clarificar valores. El profesional debe señalar al paciente los valores que desde su óptica tienen prioridad en el contexto sanitario, sin enjuiciarlos y sin la imposición de su punto de vista, acompañándole en la deliberación. Este modelo, evitando actitudes paternalistas, permite la máxima integración posible del proceso de enfermedad, y en los casos límite, el proceso de muerte.

En esta forma de relación el médico aleja la tentación de limitarse a interpretar. Su objetivo es llegar a corresponsabilizarse de la decisión después de una deliberación franca. No trata sólo de entender la voluntad, sino de compartir la decisión. En este contexto, el médico sería, según Emanuel y Emanuel (1992), no sólo consejero, sino "amigo". Supone un modelo de clara superación del contrato y fácil de entender en nuestra cultura. Para Broggi (2003) no se trata de una relación de "verdadera amistad", pero sí contiene elementos suficientes de esta virtud aunque no sean equidistantes entre sí: "confidencia por un lado y confidencialidad por el otro; fuer-

te complicidad mutua; confianza y lealtad respectivamente; entrega de uno y dedicación del otro; necesidad por una parte y ayuda por la otra; gratitud y congratulación". Es cierto que es difícil su plasmación en las circunstancias en las que se desarrolla de forma habitual la relación clínica y al depender también de factores personales, no controlables, propios del paciente y del médico. Pero constituye el modelo ideal para favorecer la toma de decisiones de forma pausada, aprovechar mejor las oportunidades de relación emocional, tolerar inconvenientes de la medicina en equipo, evitar conflictos y gestionar mejor el "contraste" de opiniones.

Es evidente que la comunicación médico-paciente desempeña un papel clave en este modelo de relación. Para desarrollarlo correctamente, el profesional sanitario debe de poseer una elevada competencia científico-técnica y relacional-comunicativa, capaz de acompañar a los pacientes en la vivencia de enfermedad y de compartir con ellos el proceso de toma de decisiones. El consentimiento informado se sustenta en el reconocimiento mutuo y en el encuentro dentro de la igualdad personal, desde la diferencia del rol que juegan el profesional y el paciente; bajo esta perspectiva constituye un proceso continuo, comunicativo, deliberativo y prudencial, que en ocasiones requiere un apoyo escrito.

No debemos considerar los modelos de Emanuel y Emanuel como "compartimentos estanco", sino como modos de actuación dinámicos que interactúan dependiendo del paciente y del contexto en el que se desarrolla la relación. El profesional sanitario debe ser consciente de que la relación clínica puede adoptar varias formas y de que, cuando sur-

ge un conflicto debe modularla y orientarla para superarlo. Para ello, es necesario un proceso de deliberación personalizada, mucho más allá de una mera relación contractual entre un enfermo con derechos y un profesional con deberes, que le permita establecer cauces de diálogo, descubriendo los valores, inquietudes o esperanzas que todavía no hayan aflorado. Esta cuestión es especialmente importante ante situaciones en las que es necesario tomar decisiones especialmente sensibles e incluso vitales, de extrema dificultad y en las que pueden no haber emergido los valores con toda su definición y significado.

Si entendemos la autonomía personal como participación y emancipación progresivas, no sólo debemos respetar lo manifestado, lo visible del iceberg, sino que es preciso tener curiosidad por lo sumergido. Porque puede ser una forma de ayudar a entender. Esta búsqueda del “valor oculto” es esencial si nos tomamos la autonomía en serio. Para ello, es necesaria la personalización de la situación, que debe centrarse en las necesidades de cada uno, más allá de los derechos de todos. No implica esperar a que la voluntad se exprese para respetarla y con frecuencia deberá descubrirse porque ni el propio enfermo la conoce. El “deseo oculto” puede acechar en el fondo del temor mal definido por el enfermo, de su negativa inexplicable, o de su tabú o irracionalidad mal aceptada. También puede permanecer en el fondo de la información sesgada que proporciona el profesional o en el miedo de éste a que se le pregunte, o en la reticencia excesiva a la negativa o en su postura distante y taxativa (Broggi, 2011).

Considero el modelo deliberativo como el más adecuado en la generalidad de las situa-

ciones, y en el que la comunicación interpersonal es la pieza angular. Implica un uso cuidadoso y franco del lenguaje, sabiendo que siempre es simbólico, que a veces es confuso, pero que, a pesar de ello es el único puente transitable hacia una mayor racionalidad. Es más, sólo a través de él se puede pensar y valorar, rectificar o mantener una postura. Sin él, en cambio, uno puede quedar prisionero de un esquema ideológico, de un capricho irreflexivo, de un tabú hasta entonces poco ponderado, de una opinión mimética imprudente.

Desde los tipos de relación propuestos por Emanuel y Emanuel, en las dos últimas décadas asistimos a la incorporación de un modelo bio-psico-social centrado en el paciente (Engel, 1977; Engel, 1980; Levenstein y cols. 1986) donde se trata de atender las necesidades de la persona y se incorporan estas últimas al proceso de la consulta. Dicho modelo implica para el médico la consideración de cada paciente como un ser único, una actitud de escucha activa abierta hacia la expresión de sus sentimientos y una respuesta a sus miedos, percepciones y expectativas (Epstein y cols. 1993). La comunicación centrada en el paciente puede lograr que éste perciba que ha encontrado puntos comunes con su médico, que sus molestias y preocupaciones han sido evaluadas y que la experiencia de su enfermedad ha sido explorada. Requiere, por tanto, que el médico disponga de una serie de competencias comunicacionales que le permitan conocer, tanto la perspectiva del enfermo respecto a su patología, como las posibilidades de comprometerlo en su abordaje de forma activa, con la consiguiente mejora de la calidad asistencial (Borrell, 2002).

La participación del enfermo es una de las claves principales en el llamado "abordaje centrado en el paciente" y los enfoques prácticos propuestos para este tipo de comunicación son similares a los recomendados para la participación de los pacientes en la toma de decisiones.

La comunicación en el ámbito de la relación clínica

Cada uno de los protagonistas de la relación clínica aporta elementos imprescindibles (Simón Lorda, 2004). El profesional, los conocimientos científicos y la experiencia; el paciente, la vivencia del enfermar y los valores que están presentes en su proyecto de vida. Es una relación basada en el reconocimiento de la igualdad básica inherente a la condición de la persona, y de la diferencia derivada de las diferentes perspectivas de valor y de rol y sólo si ambos aceptan este modelo, será posible el reconocimiento recíproco que posibilita su consolidación.

En muchas ocasiones se le niega al enfermo una herramienta terapéutica de gran trascendencia como es la comunicación. En la enfermedad, al dolor y a la congoja se puede añadir la soledad. Nadie como el hombre enfermo sabe toda la verdad de este verso de Machado "¡Oh soledad, mi sola compañía...". Una soledad de huérfano, de pregunta sin respuesta, sufre a veces el enfermo. La soledad erosiona lentamente a la persona y la deja reducida a una sombra de sí misma. La verdadera tragedia para una persona es padecer soledad; incomunicación, vacío, retiro, melancolía, pesar, pena, desamparo son algunos de sus nombres. Para la persona cuya vida es convivir y su existir coexistencia, la soledad será siempre la verdadera tragedia.

Librar de ella al que la sufre es el servicio mayor que un individuo puede prestar a otro. Esta es una de las importantes misiones que la ética puede desempeñar en la enfermedad.

En ocasiones la enfermedad es el último padecimiento. Podríamos inicialmente pensar que ya no sirve la actuación sanitaria ya que sólo espera la muerte. ¡Es un gran error!. No podemos abandonar a la persona en el momento final de la soledad suprema. Podemos acudir nuevamente al gesto, a la información, a la comunicación. Pero informar bien no es decir la verdad "a sopetón", ni cruelmente, ni con indiferencia, ni en un pasillo, ni por teléfono, ni con un papel escrito... la correcta información es todo un proceso dinámico evolutivo y progresivo. Es proporcionar la información en la medida que el enfermo vaya demandándola con la palabra, con el gesto, con la preocupación, con la mirada. Es el arte de comunicar. Podemos referirnos a un fragmento de Tolstoi en su obra "La muerte de Ivan illich":

"El principal tormento de Ivan Illich era la mentira, esa mentira admitida por todos, ni se sabe por qué, de que no estaba más que enfermo y no moribundo y que no tenía más que quedarse tranquilo y cuidarse para que todo se arreglara, y esa mentira le atormentaba, sufría por el hecho de que no quisieran reconocer lo que todos veían bien, como él mismo y por el hecho de que le mintieran obligándole a él mismo a tomar parte en aquel engaño. Aquella mentira que se cometió respecto a él en la víspera de su muerte, aquella mentira que rebajaba el acto formidable y solemne de su muerte a nivel de sus cortinas y de sus comidas, le resultaba a Ivan Illich atrozmente penosa y cosa extraña, estuvo muchas veces a punto de gritarles mien-

tras se arreglaban en torno a él sus pequeños líos. ¡Basta ya de mentiras, vosotros sabéis y yo mismo lo sé también que me muero, por lo menos dejad de mentir! Pero jamás tuvo valor para obrar así...”.

La relación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es fundamental en todo el proceso de enfermedad. En ocasiones, la agresión que supone la propia dolencia, e incluso su estigmatización por la sociedad origina un vínculo paternalista buscado por el propio enfermo. A veces se observa una carencia de empatía en esta relación y se perciben expresiones como “te informan pero no te comunican”, “te tratan pero no te acompañan”, “son amables pero no se ponen en tu lugar”, “te oyen pero no te escuchan”, “hablan contigo pero no te miran...”. Es decir, más allá de la competencia técnica están las virtudes y los valores; más allá de la información está la comunicación. La comunicación es bidireccional y, por tanto las partes intercambian información por lo que requiere del diálogo, mientras que la información puede quedarse en un simple monólogo unidireccional.

Desde un punto de vista estrictamente jurídico, el derecho a la información sanitaria, y de forma concreta el derecho del enfermo a recibir información sobre su enfermedad y alternativas de tratamiento, viene recogida de forma clara en el marco normativo español y se ha desarrollado tomando como referencia el derecho anglosajón. Una de las primeras sentencias en las que se hace referencia específicamente a su ausencia, es la decisión del Juez Mc Cardie sobre el asunto *Cooper contra Miron*, que data del año 1927, en la que se concluye que era un deber del dentista que atendió a una paciente informarle sobre el desprendimiento de un frag-

mento de diente y la realización de pruebas diagnósticas para su localización y posterior extracción. En este caso, el fragmento quedó alojado en el bronquio y la paciente contrajo una neumonía séptica, a resultas de la cual falleció.

A partir de los años cincuenta del siglo pasado son frecuentes las sentencias de tribunales americanos sobre el deber de información. Algunos ejemplos son la *Sentencia de California (1957) Salgo contra Lenlaud Stanford J.R. University Board of Trustees* en la que el Tribunal consideró que “un médico viola sus deberes hacia el paciente y queda sujeto a responsabilidad si omite circunstancias que son necesarias para la base de un consentimiento informado por parte del paciente para el tratamiento propuesto. Del mismo modo, el médico no puede minimizar los riesgos conocidos de un procedimiento u operación con el fin de inducir al consentimiento de su paciente”.

En la *Sentencia de Kansas (1960) Natanson contra Kline*, se destaca el deber de proporcionar información, “el médico está obligado a proporcionar una razonable explicación al paciente acerca de la naturaleza y consecuencias probables del tratamiento de radiaciones de cobalto que le había recomendado y también está obligado a proporcionarle una información razonable acerca de los peligros que, según su conocimiento, podían previsiblemente o posiblemente suceder en el tratamiento que recomendó administrar”.

La 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, es la primera norma estatal que regula en profundidad y de forma específica la

relación clínica entre los profesionales sanitarios y los pacientes. Refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía, en el que la información constituye un elemento fundamental. El enfoque que esta norma da al derecho a la información sanitaria se articula desde la necesidad de asumir un papel activo en el seguimiento del proceso asistencial, y sobre todo, por el derecho que nace del concepto de persona que nos atribuye la legitimidad de conocer lo que nos afecta a nosotros mismos.

En la Región de Murcia, la Ley 3/2009, de 11 de mayo, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia recopila en un único texto legal el conjunto de derechos y deberes que poseen los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia, para conocimiento no sólo de estos, sino también del conjunto de profesionales sanitarios que deben respetar su ejercicio y para la propia Administración Sanitaria, que en último término es la encargada de velar y tutelar su cumplimiento; en su Título IV, se recogen los derechos en materia de información y participación sanitaria.

La ausencia de información y el deficiente proceso de comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes es una de las causas más frecuentes de reclamación. La comunicación médico-paciente aparte de ser un componente nuclear del cuidado de la salud, tiene una destacada repercusión en la satisfacción del paciente, la adherencia al tratamiento y la reducción de quejas y reclamaciones (Hobma y cols. 2006). El saber, el desarrollo tecnológico, la implantación de novedosos procesos asistenciales y la gestión del sistema sanitario de poco sirven, si no se contemplan los factores individuales del acto

asistencial desde la perspectiva psicológica y de comunicación.

Los conocimientos, habilidades y las actitudes con respecto a la relación médico-paciente deben ser enseñados y evaluados con el mismo rigor que otras materias de los planes de estudio. Entre las competencias que el *Accreditation Council for Graduate Medical Education* incluye para la formación médica se encuentra la formación en habilidades de comunicación interpersonal. Si la educación médica no ofrece a los facultativos la manera de superar barreras para ejercer conscientemente, ni preparación específica tanto para comunicar como para reflexionar, la capacidad para lograr una verdadera y eficaz comprensión en la relación clínica hacia los pacientes puede verse interferida.

¿Nos situamos ante un nuevo modelo de relación?

El desarrollo de las tecnologías de la información y de la comunicación es extraordinario. El fenómeno dominante en los últimos cincuenta años ha sido la aparición del ordenador como una herramienta para organizar los datos, y más recientemente, la información. A su vez, el crecimiento de Internet y la World Wide Web han introducido espectaculares cambios en la manera de comunicarnos, en la búsqueda y acceso a la información y en la construcción de las relaciones sociales. Internet se ha convertido en el corazón de la comunicación, la información y el entretenimiento y forma parte del día a día de un importante número de ciudadanos. Este hecho ha tenido un crecimiento exponencial con la incorporación de los servicios de Internet a los teléfonos móviles. La utilización y aplicación de Internet afecta de muy diver-

sas formas a nuestra vida cotidiana, al permitirnos el acceso a un gran volumen de información, con elevadas posibilidades de entrada en contenidos de todo tipo y desde cualquier lugar y momento. Así pues, el uso de Internet está revolucionando el acceso a la información, en general, y a la sanitaria, en particular. Además, las denominadas redes sociales, como Facebook y Twitter, proporcionan espacios virtuales (foros de comunicación, blogs) en los que los individuos se relacionan, intercambian ideas, acceden a la información y buscan asesoramiento, lo que supone una auténtica revolución.

Un estudio reciente sobre el uso de las comunicaciones en el Reino Unido por parte de Ofcom, que es el regulador de las comunicaciones en ese país, revela que cerca del 90% de las personas entre edades de 16 a 44 años son usuarios de Internet. Según los últimos datos publicados en 2012 por el Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI) los profesionales sanitarios siguen siendo el origen principal de la información y los más consultados por los ciudadanos. Así, el 88,1% recurre a su médico y el 62,3% también pregunta a su farmacéutico, por lo que Internet no se ha convertido hasta este momento en el origen principal para conocer aspectos sobre el estado de salud. Ahora bien, sí se presenta como una destacada alternativa informativa según refiere el 48,3% de los internautas, es decir, aproximadamente el 30% de la población. En concreto, según los datos del estudio, el 65,4% de los usuarios de internet busca información sobre salud, antes o después de acudir a una cita médica, pero solo en el 21,1% de los casos esta búsqueda es compartida con el facultativo.

A pesar de su uso, que sin duda es apreciable, la confianza que los ciudadanos tienen en internet obtiene una valoración media de 3,85 sobre 10 puntos, bastante alejada de la expresada hacia los profesionales sanitarios, que es de 8.

La búsqueda de información sobre enfermedades es el tema de información más recurrente (40%); muy por debajo se encuentran las consultas sobre nutrición, alimentación y estilos de vida saludables (16,8%) y sobre medicamentos (16,0%). Otro dato a tener en cuenta es que el 90% de los médicos buscan también en internet, por lo que la red igualmente constituye una destacada fuente de información sanitaria para los profesionales, que encuentran en esta herramienta un valioso procedimiento para obtener datos o resolver sus dudas.

Como anteriormente señalaba, el acceso a las redes sociales constituye otra de las novedosas fuentes de información para temas de salud. Es utilizada por el 12,8% de los internautas para conseguir información sobre temas sanitarios. Actualmente es Wikipedia la red social más utilizada por estos pacientes (72%), Facebook por el 35,1%, y en menor medida, Youtube (30,8%) y Twitter (13,3%). Con esta herramienta se busca aclarar dudas (38,9%) y compartir experiencias de salud similares con otras personas (26,1%).

Nadie duda sobre las magníficas posibilidades de acceso a la información que internet ofrece, pero tampoco se duda sobre los peligros que entraña. Así, la disponibilidad ilimitada de su uso ha tenido un impacto de gran importancia en el cuidado de la salud. Su principal inconveniente es que se publica prácticamente todo, sin el control y la revisión por parte de expertos. Por desgracia no todos

los portales reúnen siempre las condiciones mínimas de validez de la información deseable, y tampoco todos los motores de búsqueda son capaces de identificar la autenticidad de los contenidos recopilados. Además, en internet conviven portales que experimentan cambios y actualizaciones, junto a otras páginas que no habiendo sido renovadas permanecen accesibles.

Pero, ¿esta auténtica revolución en las tecnologías de la información y de la comunicación nos conducen a un nuevo marco de relación entre el médico y el enfermo?. No tengo duda que nos encontramos ante un novedoso escenario, pero estoy seguro que las nuevas tecnologías nunca van a sustituir la atención personalizada que caracteriza la relación. Sí pueden entenderse como complemento y para facilitar la labor asistencial mediante la adquisición de información, siempre lo suficientemente contrastada y convenientemente utilizada. De hecho, en un reciente estudio realizado en pacientes que acuden al médico de familia (Marin Torres y cols. 2013) los resultados demuestran que internet actúa como refuerzo al consejo del médico y puede ser coadyuvante para lograr una mayor adherencia al tratamiento y para reforzar mensajes de promoción y prevención (Wald y cols. 2007; Mira Solves y cols. 2009). Es decir, internet no reemplaza al médico sino que cambia el tipo de relación. Nuevas formas de comunicación, como las que ofrecen las tecnologías de la información, por sus especiales características (accesibilidad, rapidez, etc.) ofrecen un importante valor añadido con respecto a las fórmulas tradicionales. Para ello, es necesario introducir rigor en los contenidos que ofrecen, confianza en los pacientes en la infor-

mación que proporcionan y formación en su manejo, tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios.

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores.

La importancia que poseen los derechos de los pacientes como eje básico de las relaciones clínico-asistenciales es incuestionable. Destacadas declaraciones de organizaciones internacionales y el prolijo desarrollo normativo existente en los diferentes países lo ponen de manifiesto. Cabe destacar en este aspecto, la trascendencia del Convenio del Consejo de Europa para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina de 4 de abril de 1997, que en España entró en vigor el 1 de enero de 2000, y que constituye el primer instrumento internacional sobre el que pivota el resto de las legislaciones de los diversos países. Este documento trata de forma explícita la necesidad de reconocer el derecho a la información, el consentimiento informado y la intimidad de la información relativa a la salud de las personas.

En nuestro país disponemos de un marco normativo muy completo sobre esta materia. En noviembre de 2012 se cumplían los diez años de la anteriormente comentada Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, -feméridas, que en mi opinión, pasó muy desapercibida- pero todavía la teoría del consentimiento informado no ha cristalizado totalmente en nuestras consultas ni hospitales. El elevado índice de litigio existente puede ser el resultado de lo que comento. Pacien-

tes, familiares y profesionales se enzarzan en “pleitos y vistas judiciales” y “batas y togas” se encuentran en ambientes, muchas veces caldeados por “dimes y diretes” y en ocasiones propiciados por medios de comunicación prolijos al comentario frívolo y de fácil acceso a las audiencias.

El libre ejercicio de la libertad individual, que tantas víctimas ha generado en el devenir de los tiempos, y todavía en la actualidad en países y entornos que se resisten a incorporar la libertad de los ciudadanos como hilo conductor de la relación social, tardó muchos años en ser aplicado al ámbito sanitario y aún se perciben determinadas resistencias a su materialización. En efecto, hay profesionales sanitarios que no creen firmemente en la doctrina del consentimiento informado. Con ello, no quiero decir que no se cumplimente de forma adecuada. No es así. Lo hacen, pero muy lejos del verdadero significado de este proceso y en muchas ocasiones la causa reside en su incapacidad para comprender que va más allá del ámbito médico, que es mucho más que un “problema clínico” y que se integra en un ámbito de libertad para la toma de decisiones, que siendo una constante en las relaciones sociales, hasta no hace mucho ni se planteaba en la relación clínica.

Tan aberrante es pensar que el consentimiento informado viene a complicar la relación clínica, como concluir que por sí solo puede bastar para garantizar una relación más respetuosa entre el profesional y el paciente. Estas posturas, contrapuestas en su fundamento y que abarcan desde el paternalismo más rancio al “autonomismo” más irreal, llegan a coincidir en la práctica rutinaria y garantista de los documentos y en su utili-

zación defensiva y, por tanto, absurda. A través del uso inadecuado del documento de consentimiento, oscilamos desde la relación paternalista ancestral a una ficción de medicina contractual en la que permanecen los mismos vicios de épocas pretéritas, agravados ahora con una pretendida corresponsabilización forzada. Y todo ello prescindiendo del objetivo fundamental que hay detrás de este nuevo modelo de relación: la necesaria deliberación conjunta que lleve a una decisión compartida.

Hay un hecho claro, y es, que en el momento actual, el proceso de obtención del consentimiento informado se encuentra sumamente judicializado. Las causas pueden ser varias, entre ellas cabe mencionar la reparación económica que pacientes desahampados buscan cuando no se produce un resultado exitoso, o el intento por parte de letrados y de peritos de encontrar cierta notoriedad, o sobre todo, el ejercicio de una medicina defensiva que incrementa el deterioro de la relación clínica y ofrece un terreno que facilita el conflicto.

Además, deberíamos plantearnos si una excesiva apelación al principio de autonomía en la resolución de los conflictos de la relación médico-paciente, también se traduce en un deterioro de la misma y trae como consecuencia la crisis del consentimiento informado a la que me estoy refiriendo. Con el énfasis desmedido de la autonomía se corre el peligro de que la relación abandone su fundamento en la confianza y se convierta en un nuevo tipo de relación mercantil donde un paciente acude a un técnico para recibir unos servicios. El paciente, antes que la información busca la confianza y demanda un clima de cercanía y una cierta recuperación de cier-

tos elementos propios del paternalismo tradicional. Lo que Pellegrino y Thomasma (1988) formularon como una ética médica basada en el principio de beneficencia sin incurrir en el paternalismo tradicional, y que denominan como *beneficencia en la confianza* o *beneficencia fiducial* y en la que la relación sanitaria se entiende fundamentada en la mutua confianza al servicio del bien del paciente. Se busca ahora lo que Montalvo (2009) denomina como “*beneficencia no paternalista*” que pueda sustentar un sistema de salud más humanizado y una medicina que no esté simplemente a la defensiva ante los derechos cada vez más exigentes de los pacientes.

Con ello no se proclama una exclusión del enfermo como interlocutor en la relación clínica: no quiere decir que la recuperación de determinados elementos del paternalismo se traduzca en una pérdida en los derechos del paciente, sino en una reubicación del principio de autonomía y un uso adecuado como expresión del derecho a la disposición sobre el propio cuerpo, evitando su aplicación formal o procedimental—como prevención o solución de un conflicto—, dejando el derecho a la libertad vacío de contenido. Debemos evitar que una relación tan delicada como la que caracteriza la de una persona que pone su salud en manos de otra, capacitada para su mantenimiento o mejora, quede reducida a una relación entre un técnico y un cliente. El desplazamiento de la decisión hacia quien tiene mayores conocimientos no tiene por qué afectar a la autonomía de la persona. No se trata de decidir al margen del paciente en virtud de la presunta superioridad del criterio profesional, sino de decidir con el paciente y conociendo sus valores. Esta posición que

viene adquiriendo fuerza en Estados Unidos, donde la judicialización es importante, se traduce en una relación mucho más intensa, mediada por un compromiso, basado en la confianza, para la gestión de los valores y la toma conjunta de decisiones.

En mi opinión, debemos optar, por un modelo alternativo que, sin invalidar el modelo fundamentado en la autonomía, haga de la confianza el núcleo de la relación. La confianza no anula la autonomía de la persona, sino que la potencia y no la entiende como una autonomía individualista basada en la independencia, sino en la interdependencia. La confianza implica relación y su pérdida abre la puerta al litigio. Por esta razón, se aboga por el modelo deliberativo de la relación en el que el médico no es un mero suministrador de información, sino que debe ayudar al paciente a determinar y elegir entre los valores relacionados con su salud y que pueden desarrollarse en el acto clínico, aquellos mejores para su situación concreta. Es el análisis, a través del diálogo, de los distintos valores. No consiste en el derecho del paciente a ser dejado solo ante la decisión, sino de una toma de decisión conjunta. Debemos huir de un mero formalismo contractual y de un profesional que evita implicarse en el ámbito personal del paciente. La imagen que la sociedad tiene de un médico ideal no es la de quien se limita a informar, sino la de quien colabora, no sólo desde un punto de vista técnico sino también humano, en la decisión que adopta el paciente. Se trata de integrar a los dos protagonistas de la relación en el proceso de toma de decisiones, proceso presidido por el diálogo y la deliberación.

La autora chilena Isabel Allende, en su novela autobiográfica titulada *Paula*, escrita

junto al lecho de su hija, en estado de coma como consecuencia de una porfiria que le llevó a la muerte, describe el hospital como un gigantesco lugar en el que nunca es de noche, ni cambian la temperatura ni las rutinas que se repiten día tras día y donde se unen las necesidades y el dolor de los pacientes. En el diálogo imaginario que mantiene con su hija, revela la angustia que le produce la aparente indiferencia del médico y la distancia emocional que manifiesta. Escribe lo siguiente: "Cada mañana recorro los pasillos del sexto piso a la casa del especialista para indagar nuevos detalles. Ese hombre tiene tu vida en sus manos y no confío en él, pasa como una corriente de aire, distraído y apurado, dándome engorrosas explicaciones sobre enzimas y copias de artículos sobre tu enfermedad, que trato de leer, pero no entiendo. Parece más interesado en hilvanar las estadísticas de su computadora y las fórmulas de su laboratorio que en su cuerpo crucificado sobre esta cama. —Así es esta condición, unos se recuperan de la crisis en poco tiempo y otros pasan semanas en terapia intensiva, antes los pacientes simplemente se morían, pero ahora podemos mantenerlos vivos hasta que el metabolismo funciona de nuevo-, me dice sin mirarme a los ojos. Bien, si es así sólo cabe esperar. Si tú resistes, Paula, yo también".

Excelentísimo Señor Presidente, Ilustrísimos Señores Académicos, Excelentísimas e Ilustrísimas Autoridades, Señoras y Señores. Voy concluyendo.

Que la salud se quebranta con mucha facilidad, es una verdad sencilla. La razón es que la vida es frágil y delicada. Llega a estar continuamente amenazada. Un soplo de aire pue-

de romper el equilibrio entre salud y enfermedad. Quevedo decía: "estoy enfermo, ¿cuándo no lo estuve?... más adelante añade "estoy enfermo, esto es decir: estoy hombre". Esta idea de enfermedad, sin embargo contrasta con la reinante en nuestro medio. Hoy se ve la enfermedad como estigma que avergüenza. Entre la utopía médica, la exaltación de la fuerza, de lo juvenil, el fervor por las curvas y la piel tersa, la idolatría del músculo y la belleza anoréxica de desfile, pasarela y playa, han hecho de la enfermedad un azar que se llega a silenciar. Se llega a percibir la enfermedad como una enorme carga que deshonra la vida, como un derroche económico que la sociedad no aguanta. Pero el ser humano es un ser humano siempre, sano o enfermo, y un ser de respeto y de dignidad. La enfermedad muestra al hombre en uno de sus estados, el de más fragilidad y el que demanda el más limpio trato ético. En ningún momento se debe olvidar el respeto que merece y menos cuando el dolor aparece. Desde la cuna a la tumba el ser humano es merecedor de un trato digno.

Debemos considerar a cada enfermo como único e irrepetible y, para no lesionar su dignidad, hemos de ligar nuestras posibilidades de actuación profesional en su mundo. Si el engarce no encaja, se resentirá la relación. Si no hemos querido, o no hemos sabido, entender sus demandas, defraudaremos sus expectativas, lo que, no obstante, en ocasiones no podemos evitar. Estamos ante una relación compleja, en un entorno en el que se le pide al médico una curiosidad suplementaria y una personalización clínica, que debe basarse en las necesidades de cada cual, más allá de los derechos generales de todos. Se trata de ayudar a que la decisión adoptada surja de una

verdadera valoración de las necesidades individuales, que en muchas ocasiones se descubren y conocen en el momento y dentro de la misma relación y no antes, al no haberse planteado. Su detección va a ser diferente en función del modelo de relación que esté presente y debemos ser conscientes de la dificultad que entraña, no sólo en su indagación sino en el contexto actual en el que se realiza la actividad sanitaria.

Una relación clínica en la que se evitan los conflictos o se gestionen mejor los que hay es más rica y gratificante, porque atiende mejor las necesidades de los enfermos y los objetivos reales de la profesión. Con anterioridad la relación clínica no constituía una preocupación: era siempre de tipo paternalista, y de esta forma se aceptaba. El buen médico tomaba las decisiones con la única finalidad de conseguir la máxima eficacia contra la enfermedad, y sin interferencias externas, incluyendo como tales las opiniones o preferencias del paciente. En el momento actual se ha producido un cambio radical. Ya no podemos aplicar nuestros conocimientos sin más, sino que antes de actuar, debemos consultar al enfermo; y podemos hacerlo de varias maneras y siguiendo varios modelos, percibiendo a cada paciente como alguien diferente en sí mismo y en cada momento.

Llego al final del discurso, y de nuevo quiero reiterarles el honor que me han dispensado al admitirme como miembro de número de esta muy Ilustre Corporación, pero permítanme que, en mi condición de Catedrático y Especialista en Medicina Legal y Forense, aproveche la oportunidad de estar ante tan docto auditorio para reivindicar el destacado papel que esta especialidad, continuamente amenazada, desempeña en el

encuentro entre dos grandes y trascendentales campos del saber humano, la Medicina y el Derecho.

Diariamente los jueces tienen que acudir a la Medicina para sus pronunciamientos. El mecanismo de producción de una lesión o un fallecimiento, la capacidad mental de un sujeto, la identificación de unos restos, el tratamiento prescrito a un paciente, son solo algunos ejemplos de la gran diversidad de hechos y situaciones que pueden ser cuestionadas. Para ello será necesaria la aplicación de adecuados procedimientos científicos, ya que sin una rigurosa investigación la justicia no está garantizada.

En 1744, un tribunal londinense, presidido por el Juez Henry Fielding, juzgaba a una viuda por el presunto envenenamiento de su esposo con arsénico. Los médicos que examinaron el cadáver poca información pudieron proporcionar al Juez y éste de forma desafiante exclamó "sacad el veneno de donde esté escondido, mostradlo y yo podré condenar". Este es uno de los numerosos ejemplos de la necesaria colaboración entre la Medicina y la Administración de Justicia a través de la pericia médico-legal. La Medicina Legal y Forense debe sobrevivir como una disciplina académica, dotada del flujo científico que requiere su ejercicio con las garantías necesarias y debe desarrollarse desde una estructura en la que confluyan de modo eficaz docencia, pericia e investigación como posibilidad única de ejercer con eficacia y con rigor la especialidad.

He dicho.

Referencias

- Benzo Cano E.** *La responsabilidad profesional del médico*. Prólogo del Dr. Gregorio Marañón. Cádiz. Editorial Escelicer. 1944. pp. 749.
- Borrell F.** *El modelo biopsicosocial en evolución*. Med Clin (Barc). 2002;119:175-179.
- Borrel-Carrio F, Epstein R, Pardell H.** *Profesionalidad y professionalism: fundamentos, contenidos, praxis y docencia*. Med Clin (Barc) 2006; 127: 337-342.
- Broggi M.** *Gestión de los valores “ocultos” en la relación clínica*. Med Clin (Barc) 2003; 121:705-709.
- Broggi M.** *Valores en la relación clínica*. En: Carlos María Romeo Casabona. *Enciclopedia de Bioderecho y Bioética*. Granada. Comares. 2011. pp. 1689-1693.
- Chief Medical Officer.** *Making Amends. A consultation paper setting out proposals for reforming the approach to clinical negligence in the NHS*. London: Department of Health. June 2003.
- Cooley DA.** *Building shelters. Safeguards in public disclosure of outcomes data*. Circulation 1996; 93: 1-3.
- De Oliveira G.** *Temas de Direito da Medicina*, 2ª ed. Coimbra: Coimbra Editora, 2005.
- Días Pereira AG.** *Construção da doutrina do consentimento informado. O Consentimen-*
to informado na relação médico-paciente. Coimbra: Coimbra Editora, 2004.
- Eisenberg RL.** *Radiology and the Law. Malpractice and other issues*. New York: Springer, 2004.
- Emanuel E, Emanuel L.** *Four models of the physician-patient relationship*. JAMA 1992; 267: 2221-2226.
- Engel G.** *The clinical application of the biopsychosocial model*. Am J Psychiatry. 1980; 137:535-544.
- Engel G.** *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. Science. 1977; 196: 129-136.
- Epstein RM, Borrell F.** *Pudor, honour and authority: the evolving patient-physician relationship in Spain*. Patient Ed Counselling 2001; 45: 722-725.
- Epstein RM, Campbell TL, Cohen-Cole SA, McWhinney IR, Smilkstein G.** *Perspectives on Patient-Doctor Communication*. J Fam Pract. 1993; 37:377-388.
- Fiori, A, Marchetti D.** *Medicina legale della responsabilità medica*. Milan: Edit. Giuffrè, 2009.
- Heródoto.** *Historia*. Traducción de Manuel Balasch. Cátedra. Madrid. 2004.
- Galán Cortes JC.** *Principios éticos del consentimiento informado*. En: Galán Cortés JC.

- Responsabilidad Médica y consentimiento informado*. Madrid: Civitas, 2001. pp. 43-50.
- García Calvo T, Guijarro R, Osuna E. *The phenomenon of physical aggression against health service personnel*. *Med Law* 2010; 29: 307-315.
- Gracia D. *Ocho tesis sobre consentimiento informado*. Ponencia presentada en el II Congreso Derecho y Salud de la Asociación de Juristas de la Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía, Sevilla, 1994. pp. 115-117.
- Gracia D. *El Juramento de Hipócrates en el desarrollo de la medicina*, *Dolentium Hominum* 1996; 31: 12-14.
- Gracia D. *La relación clínica*. En: *Bioética Clínica. Estudios de Bioética*. Vol. 2. Santa Fé de Bogotá: El Búho. 1998. pp. 61-67.
- Gracia D. *Como arquero al blanco*. Estudios de bioética. Madrid: Triacastela, 2004. p. 245.
- Hobma S, Ram P, Muijtjens A, van der Vleuten C, Grol R. *Effective improvement of doctor-patient communication: a randomised controlled trial*. *British J Gen Practice* 2006; 56: 580-586.
- Instituto Nacional de Estadística. Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de la información y Comunicación en los hogares 2010. 2010 [consultado 14 Feb 2012]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/.do?type=pcaxis&path=/t25/p450&file=inebase&L=0>
- Lain Entralgo P. *La relación médico-enfermo*. Madrid: Revista de Occidente, 1964.
- Lain Entralgo P. *Historia de la Medicina*. Barcelona: Salvat, 1994.
- Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB. *The patient centred clinical method. A model for the doctor-patient interaction in family medicine*. *Fam Pract* 1986; 3:24-30.
- 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 (BOE núm. 274 de 15 noviembre 2002).
- Ley 3/2009 de 11 de mayo, de los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario de la Región de Murcia (BORM núm.114 de 20 de mayo 2009).
- Marín-Torres V, Valverde Aliaga J, Sánchez Miró I, Sáenz del Castillo MI, Polentinos-Castro E, Garrido Barral A. *Internet como fuente de información sobre salud en pacientes de atención primaria y su influencia en la relación médico-paciente*. *Aten Primaria* 2013; 45: 46-53.
- Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM. *Concepto y metodología de la gestión de riesgos sanitarios*. En: Martínez López FJ, Ruiz Ortega JM, editores. *Manual de gestión de riesgos sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos, 2001. pp. 53-67.
- Martínez-Pereda Rodríguez JM. *La responsabilidad penal del médico y del sanitario (actualizada y adaptada al Código Penal de 1995)*, 3ª ed. Madrid: Colex, 1997.
- Merry A, McCall Smith A. *Errors, medicine and the law*. Cambridge: Cambridge University Press, 2001.
- Mira Solves JJ, Llinás Santacreu G, Lorenzo Martínez S, Aibar Remón C. *Internet use by primary care and hospital doctors: perception of how it influences their relationships with patients*. *Aten Primaria* 2009; 41:308-314.
- Montalvo Jääskeläinen F. *Muerte digna y Constitución. Los límites del testamento*

- vital. Madrid: Universidad Pontifica de Comillas; 2009. pp. 65-104.
- Murillo Capitán E.** *Protocolos.* Med Clin (Barc) 1994; 102: 659-660.
- Observatorio Nacional de las Telecomunicaciones y de la Sociedad de la Información (ONTSI).** *Los ciudadanos ante la e-Sanidad.* Red.es, ONTSI. Edición 2012. [consultado el 3 de Octubre de 2013]. Disponible en: HYPERLINK "<http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad>." <http://www.ontsi.red.es/ontsi/es/estudios-informes/los-ciudadanos-ante-la-e-sanidad>.
- Osuna E, Pérez-Cárceles MD, Esteban MA, Luna A.** *The right to information for the terminally ill patient.* J Med Ethics 1998; 24: 106-109.
- Osuna E.** *Los derechos del enfermo en el marco jurídico español.* Revista Iberoamericana de Derecho y Medicina Legal 2000a; 5: 67-72.
- Osuna E.** *Calidad de la información sanitaria como requisito para el consentimiento informado.* Revista Iberoamericana de Derecho y Medicina Legal 2000b; 5: 59-66.
- Osuna E, Lorenzo MD, Pérez-Cárceles MD, Luna A.** *Informed consent: evaluation of the information provided to elderly patients.* Med Law 2001; 20: 379-384.
- Osuna E.** *El derecho a la información sanitaria en la Ley 41/2002.* Cuadernos de Bioética 2006; 17: 27-42.
- Osuna E.** *La protección jurídica del menor en el ámbito sanitario.* En: Morillas Cuevas L. *Estudios jurídicos sobre responsabilidad penal, civil y administrativa del médico y otros agentes sanitarios.* Madrid: Dykinson, 2010. pp. 797-835.
- Pellegrino ED, Thomasma DC.** *For the patient's good. The restoration of the beneficence in health care.* New York: Oxford University Press, 1988.
- Rodríguez Vázquez, V.** *Responsabilidad penal en el ejercicio de actividades médico-sanitarias.* Madrid: Marcial Pons, 2012.
- Simon Lorda P.** *Consentimiento informado: alianza y contrato, deliberación y decisión.* En: Couceiro A. *Ética en cuidados paliativos.* Madrid: Triacastela, 2004. pp. 79-108.
- Wald H, Dube C, Anthony D.** *Untangling the Web. The impact of Internet use on health care and the physician-patient relationship.* Patient Educ Couns 2007; 68: 218-224.

Discurso de contestación

al Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz en su recepción pública como Académico Numerario electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

 **José Ballesta Germán** 

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente de la Real
Academia de Medicina
Excmos. Sres. Académicos
Sras. y Sres.*

Vivimos tiempos de materialización, de banalización permanente de los sueños más íntimos.

Vivimos tiempos en los que parecemos caminar entre vestigios de un mundo irreparable y los vagos indicios de un futuro apenas perceptible. En este cruce entre dos épocas, que ha trazado el doloroso punzón de la crisis, nos encontramos en una zona sin definición propia que solo sabe lo que ha dejado de ser y solo puede asomarse al futuro con inseguridad. El escenario encaja perfectamente en la definición de crisis que concibiera Bertolt Brecht: “Cuando lo viejo no termina de morir y lo nuevo no acabe de nacer”, Demasiadas preguntas sin respuesta. El ser humano quiere respuestas. Las necesita. Carecer de ellas nos desasosiega. Más de lo que muchos pueden soportar.

En alguna ocasión leí que el hombre ha visto repetirse tantas veces el espectáculo grandioso del nacimiento del día que, en un acto supremo de insensibilidad, ya no experimenta al presenciarlo, emoción alguna. Es lo que Max Weber describió, con una célebre expresión, como “rutinización del carisma”.

No es ese el caso de nuestra Real Academia de Medicina que hoy nos acoge y al que acudimos con inmenso gozo e inabarcable gratitud.

Decía al principio de mi intervención, que afrontan las Academias y toda la sociedad, una profunda crisis global, no sólo económica y financiera, de graves consecuencias, sino de valores y de principios, de ahí que las Academias sean referentes culturales y científicos, pero también referentes de un comportamiento ético, responsable y comprometido ante la sociedad y los ciudadanos.

En un mundo lleno de dificultades para el crecimiento y la generación de riqueza, las Academias y los Académicos, atesoran unos de los dones más preciados: el conocimiento, la inteligencia, el pensamiento y el saber, que ponen a disposición de los ciudadanos. Al mismo tiempo, desde su libertad, ejercen una autoridad moral y practican un pensamiento crítico y reflexivo sobre aspectos fundamentales del devenir de la sociedad y lo hacen, desde ese compromiso que cualquier ciudadano de bien, sea cualquiera que sea su responsabilidad, adquirimos con la comunidad en la que vivimos y compartimos.

Las Academias Científicas y Culturales promueven la ciencia, el conocimiento, la difusión y promoción del patrimonio científico, cultural e histórico-artístico, difunden el

saber y son foros de reflexión y de intercambio de conocimientos especializados, al tiempo que asesoran a la Administración en cuantos asuntos son de su competencia. Un amplio abanico de actividades y de posibilidades que evidencia ese compromiso y esa responsabilidad social de las Academias y de sus miembros. Necesitamos todo ese bagaje de conocimiento, de talento y de saber para afrontar juntos los desafíos de la era de la globalización y de la tecnología más innovadora.

Las Academias son entidades, corporaciones del saber, que sin ningún ánimo de lucro, establecen un permanente y fecundo dialogo entre la institución y la sociedad y dan a la misma lo mejor de ellas. Así lo ponían de manifiesto las constituciones de las Reales Academias en el siglo XVIII, surgidas para la mayor gloria de las ciencias y de las buenas letras, pero también para combatir la ignorancia y la malicia.

Corporaciones de hombres libres e iguales en derechos y obligaciones.

Aquel espíritu de la Ilustración, adaptado a los nuevos tiempos, persiste y se agiganta a lo largo del devenir histórico. Hace pocas fechas celebrábamos el doscientos aniversario de la creación de la actual Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, surgida en plena Guerra de la Independencia y que prestó innumerables servicios a la ciudadanía en la prevención de contagios, en el combate contra las epidemias, en la vigilancia de la salud pública. Esta Academia es hoy un ejemplo paradigmático del significado de estas instituciones en España y en nuestra Región y ese ejemplo de servicio a la comunidad y de perdurabilidad en el tiempo es el que deben de seguir estas corporaciones regionales del saber.

La importancia del conocimiento y de la cultura para combatir la ignorancia y el inmovilismo está hoy fuera de toda duda, al igual que resultan determinantes para alcanzar cotas de progreso económico y de libertad. En ese ámbito, las Academias y sus miembros juegan un papel muy significativo, como referentes y como estímulo social para superar las dificultades, pero esa labor colectiva de las Academias no sería posible sin la singularidad, es decir, si cada uno de los académicos no ofreciera lo mejor de si mismo.

Las Academias, queridas amigas y amigos, nos muestran día a día que el conocimiento y el saber no se consiguen sin esfuerzo y sin trabajo. Cada uno de los miembros de las Academias son portadores de brillantes currículum profesionales, académicos, de inmejorables hojas de servicios para con la sociedad y ese es el camino que hay que mostrar a la nuevas generaciones. Las Academias nos recuerdan que la educación y la formación son la palanca para impulsar las grandes transformaciones sociales y la mejor garantía para un progreso en paz y libertad.

Reitero, una vez más, que es precisa una transformación de la sociedad y que se hace imprescindible volver a la senda del esfuerzo individual y colectivo, del sacrificio del trabajo, del compromiso y de la responsabilidad, de la ética, de las conductas ejemplares y del buen gobierno; hay que impulsar la excelencia, la innovación y la creatividad y fomentar los valores de la solidaridad, de la generosidad y del afán común. Los miembros de las Academias, desde la diversidad de posiciones, de planteamiento e incluso de ideologías, son un ejemplo a seguir por las generaciones venideras y un espejo en el que debemos mirarnos, en muchas ocasiones, los ciuda-

danos y los responsables políticos.

En un mundo como el de hoy, sin apenas un sistema de ideas estructuradas, en el que se transita fácilmente de unas a otras, en el que todo es efímero, relativo, en el que las responsabilidades se nos diluyen entre los dedos, en el que todo pasa y cambia, en el que todo vale y nada sirve; es fácil no aferrarse a nada, no sorprenderse por nada, no adquirir compromisos profundos en las acciones y relaciones. Parece como si lo único que importara fuera vivir cómodamente el presente sin las exigencias del deber ser y sin los sacrificios que exige toda proyección de futuro. Frente a esta situación, deben alzar su voz instituciones como las Academias, pues nuestra sociedad precisa de referentes éticos, de asideros morales en los que apoyarse.

Sr. Presidente, Sras. y Sres.

Uno de los libros más antiguos de la Biblia, el Eclesiástico, dice en uno de sus más conocidos fragmentos: “El que encuentra un amigo, encuentra un tesoro”. Más adelante, y en un texto menos conocido, continúa diciendo: “El amigo nuevo es como el vino nuevo, más deja que se haga viejo, y entonces lo beberás con deleite”.

Mi gran amigo Eduardo. Sonrisa permanente, gesto franco, buen humor, jamás una palabra ofensiva, comprensión y afecto, cariño y delicadeza, lealtad y fidelidad, compañero en la adversidad, alegría compartida en el éxito, idólatra de su familia, pasión por la Universidad, compañero siempre.

Eduardo es el ejemplo de persona antidogmática, generosa y tolerante, leal y sincera. Siempre tiene la palabra adecuada y la oportuna reflexión. No hay obstáculos para su entusiasmo y permanente disposición. Tra-

bajador incansable, desde una vida fecunda, plena, completa. Con la compañía discreta e inteligente de Teresa, que organiza suavemente y decide sutilmente. Y de sus niñas, como él las llama. Con las que todavía, iluso de él, discute las salidas de fin de semana e intenta pactar horarios de llegada a casa.

En el aspecto profesional, el Dr. Osuna tiene un compromiso ético insobornable. Como hoy nos recordaba: “El *“ethos”* profesional no debe conformarse con los mínimos de legalidad, sino que debe orientarse hacia la excelencia. La aspiración a la excelencia no tiene límite máximo. No basta la formación excelente en conocimientos y habilidades, sino que es preciso aspirar a la excelencia del carácter en el sentido más clásico: aspirar a la virtud”.

Aceptar la mediocridad y renunciar a la excelencia pervierte el sentido último de nuestra profesión, e incluso de nuestra existencia. Nuestra crisis fundamental es una crisis moral y de valores. No sabemos desde cuando exactamente. Nadie puede poner fecha al momento en el que se convirtió en hegemónica en este país la idea de que todo es y vale lo mismo, de que nada merece un esfuerzo, que todo puede ser despreciable.

Y sobre ese relativismo absoluto han crecido todos esos monstruos que ahora nos acosan: corrupción, pobreza de espíritu, desprecio a la excelencia, soberbia desbordada, parálisis productiva y política ensimismada en sus delirios, sociedad desmayada en el descontento y moral colectiva reticente a los sacrificios.

Parece que vuelven a ser válidas aquellas palabras de Ortega, en otro momento oscuro de nuestra historia: “Los Españoles. Ese pueblo que ha pasado de querer ser demasiado

a demasiado no querer ser”.

Y no es justificable ese estado de postración social que padecemos. Quizá convenga mirar a nuestra historia reciente para no olvidar lo mucho que somos capaces de hacer los españoles cuando hacemos las cosas juntos y actuamos con altura de miras.

No podemos sentir el porvenir a nuestras espaldas ni dejar que nos entierren pisadas de sombra. Existe un porvenir pero solo llegará si somos capaces de trabajar en su construcción. La sociedad en la situación crítica que atravesamos nos exige a todos compromisos y responsabilidad. Cada uno tenemos nuestras responsabilidades.

Como nos recordaba el Dr. Osuna en su magistral intervención: “El ejercicio de toda profesión conlleva una responsabilidad en función de los actos y acciones que se desarrollan. La responsabilidad es una condición inexcusable de la naturaleza humana.

Si el ser humano es necesariamente un ser moral, debe vivir responsablemente, es decir, debe responder de sus actos morales que, por definición, son actos de elección libre. Se ha de responder ante uno mismo y ante los demás. No sólo porque éstos pueden pedirlo, sino por las consecuencias que a otros pueda afectar”.

Muchas gracias.

Discurso de clausura

del acto de recepción como Académico Numerario
electo del Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz

✿ **Emilio Robles Oñate** ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.*

Magnífico discurso querido Eduardo. Es cierto que la relación médico enfermo ha cambiado y no para mejor. Es cierto que hay unas experiencias que antes no las había y que como bien dices, está en el ambiente que podemos dominar la enfermedad y la muerte.

Pero estoy de acuerdo con el profesor Ballesta en lo que denomina la “atención humanizadora”.

Hemos sido personajes, en otros tiempos, como has señalado, personajes “consagrados”, ya no.

Los avances científicos han creado, tanto en los medios, como en las gentes la idea de otro tipo de valores y otras certezas.

Has hecho un relato muy pormenorizado de la situación jurídica de las relaciones médico-enfermo que no voy a comentar porque ya la has expresado muy bien y suficientemente.

Pero sigo pensando que ante la incógnita de un nuevo modelo de relación, creo que deben de seguir las constantes que han informado y las esencias más humanas y tradicionales, las que tienen que presidir nuestros comportamientos.

Muchas gracias por ilustrarnos con brillantez y elocuencia sobre un tema tan actual e importante. Y que en el futuro trabajes en esta Institución con el entusiasmo que demuestras.

Gracias a todos por su presencia.

'La Atención Primaria de Salud en Murcia, historia de sus actores'

✿ **Juan Enrique Pereñíguez Barranco** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente de la Real
Academia de Medicina y Cirugía de Murcia
Ilmos. Sres. Académicos,
Queridas amigas y amigos,
Señoras y señores:*

Preámbulo

Avanzar ha sido uno de los lemas constantes de mi vida, por ese motivo y con una edad magnífica para racionalizar el mundo que me rodea, entendí que la bicentenario Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia podía ser la culminación de una modesta carrera profesional que reflejara el esfuerzo de cientos de profesionales de la Atención Primaria de Salud que han hecho de su vida el motor que intentara transformar las relaciones médico-paciente en el nivel básico de atención sanitaria.

Siento un profundo temor a exponer con más pena que gloria, lo que ha ocurrido en estos años de desarrollo de la Atención Primaria teniendo en cuenta que mi redacción y verbo siempre han sido pobres en relación con las personalidades que asisten a este acto y los que estuvieron antes que nosotros ,a la vez que me produce gran emoción ver como un médico de familia ha sido acogido en esta insigne Institución, con cariño y con expectación, estando en mi ánimo no defraudar a los que confiaron en mi presencia en esta

casa, ni a la representación que de alguna forma hago de los Médicos de Familia de esta Región.

He tenido el privilegio de conocer la Administración Sanitaria desde todos sus estamentos y eslabones: siempre me dediqué al sector público, por este motivo creo tener suficientes argumentos para que la exposición sea mi verdad, les aseguro que lo he vivido con tanta proximidad que me ha dado la oportunidad de conocer a gran cantidad de personas que dejaron lo mejor de sí mismos en la mejora continua de eso que se llama la Sanidad Murciana.

Los desencuentros, la crítica, la acción, forman parte de las personas que quieren cambiar las cosas en el sentido más noble del término y eso es lo que interesa y como verán en la exposición, las interferencias entre la política y la profesión son permanentes y a veces poco fructíferas, eso no significa que la legitimidad de los proyectos sanitarios de los distintos actores sanitarios sean inadecuados, pero sí en algunos casos supusieron aciertos y retrocesos en el modelo de Atención Primaria.

Quiero certificar mi inmenso agradecimiento al Exmo. Sr. Presidente y al conjunto de integrantes de la Real Academia de Murcia por haber permitido que forme parte de esta significada élite. Particularmente

quiero agradecer a los Académicos que avalaron mi candidatura: Dña. Trinidad Herrero Ezquerro, don Pascual Parrilla Paricio, don Faustino Herrero Huerta, don José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo y don Aurelio Luna Maldonado, porque confiaron en mí desde el principio y a los que espero no defraudar.

Especialmente quiero referirme al Dr. Nuño de la Rosa por el interés que siempre mostró hacia la Atención Primaria de Salud y a mi persona, me guió y me orientó en la mayoría de las decisiones que tomé cara a la Real Academia y creo que en mi madurez y su longeva juventud hemos llegado a entendernos en una relación casi paterno filial. Siempre le estaré muy agradecido.

Ocupar el sillón de Académico número cuatro me apabulla por la categoría de mi Ilustre antecesor y me permite glosar brevemente la magnífica trayectoria personal y científica del Académico Dr. D. Antonio López Alanís referencia permanente no solo de la Medicina Interna y del Aparato Digestivo en la Región de Murcia y en España, sino además por haber sido un visionario de su tiempo en lo referido a formación médica y en la estructuración de los servicios asistenciales.

Granadino de nacimiento, realiza su formación en Aparato Digestivo, sin abandonar el tronco común de la Medicina Interna, en la Cátedra de dicha Facultad de Granada, obtiene el doctorado en la Universidad de Madrid en 1956 y desarrolla toda su actividad profesional en Murcia. Es nombrado Jefe de Medicina Interna en el Hospital Virgen de la Arrixaca en el año 1969, pasando a ser Jefe de Aparato Digestivo en ese mismo Hospital en 1975.

A D. Antonio le conocí en 1981 siendo yo residente de Medicina de Familia por aquellos pasillos donde los maestros de la época

paseaban con la dignidad que solo los sabios saben expresar y siempre aprecie en él sabiduría y bondad.

Coincidimos en un viaje a Grecia y tras cometer la desfachatez de no presentarme, él, hombre observador se me acercó para ayudarme en el diagnóstico y tratamiento de un paciente con “diarrea del viajero” y me preguntó: ¿Pereñiguez, no me conoce Ud.? me volví y al ver al maestro le respondí: ¿ que sino le conozco D. Antonio? Ud. es “historia viva de la Medicina Murciana”, ese comentario salido de lo más profundo de mi corazón le agrado y fuimos inseparables durante todo aquel formidable viaje.

Por todos estos motivos y por muchos más es para mí un profundo orgullo y honor ocupar el sillón número cuatro del Académico Dr. D. Antonio López Alanís.

Al analizar la trayectoria de la Atención Primaria desde su inicio se me vienen a la cabeza el elevado número de profesionales con los que tuve el inmenso placer de desarrollar el modelo: médicos, enfermeros, administrativos, trabajadores sociales, fisioterapeutas, etc., que configuran una forma de trabajo en equipo, con distintas responsabilidades, pero con objetivos comunes, también en mi alma, mi familia, mis amigos, mis enemigos, a todos gracias por estar y ayudarme.

Muchos de ellos siguen siendo amigos personales y otros, tal vez en la distancia, los reconozco por la inmensa labor que han realizado y realizan.

Mi padre tristemente desaparecido en el año 2005 al que recuerdo a diario, funcionario del Instituto Nacional de Previsión, me transmitió el nivel de compromiso que un profesional de la medicina debía tener en el sector público, me decía: “Servicio, al públi-

co, no lo olvidés”, y así fue su trayectoria vital, llegando a ser Subdirector Provincial del Instituto Nacional de la Seguridad Social en Murcia, ejemplo de generaciones de funcionarios que aún le recuerdan y que me marcó profundamente, para el que la profesión de médico debía tener un alto nivel de exigencia en el conocimiento y en la humanidad de relación con el público, sobre todo con los desgraciados, decía.

Mi madre, ama de casa, fue el soporte necesario para que todos en la familia pudiéramos progresar, nunca podré agradecerle su entrega de vida hacia nosotros.

Mis hermanos, José Luis, funcionario municipal y mi hermana Yolanda, abogada, suponen para mí también el estímulo de saber que están y disfrutan cuando las cosas me van bien y están por si acaso los necesito

Mi mujer, M^a Dolores Olmo Fernández-Delgado, a la que llevo unido desde que tenía diecisiete años, Licenciada en Geografía e Historia y en Arte y Máster en esta última licenciatura, ha sido el engranaje perfecto para esta familia, donde mi hija M^a Dolores profesora en el Grado de Enfermería de la Universidad Católica de Murcia y mi hija Blanca, Fisioterapeuta, master y en paro, forman parte imprescindible para el que les habla en su desarrollo personal y profesional.

Mis suegros, Juan Ant. Olmo Orenes, fallecido, presidente del Colegio de Ayudantes Técnicos Sanitarios y mi madre política Encarnación Fernández-Delgado Saura que han sido un apoyo constante hacia su hija y hacia mí, siempre me consideraron un hijo más.

Mis cuñados Dr. Juan Antonio Olmo, rehabilitador y su mujer Loreto López junto al Dr. Leopoldo Olmo letrado de la Consejería de Sanidad e Inmaculada Sastre su mujer, han

sido un reflejo de esfuerzo y austeridad, mantengo con ellos una excelente relación de amistad.

Y como no, a todas mis ahijadas y sobrinos.

A D. Evaristo Tomas Ros, Farmacéutico del Hospital Sta. M^a del Rosell y Manuela Fernández Delgado Saura , tíos de mi mujer, por haberme dejado ser el hijo que no tuvieron, siempre me estimularon a que volara dentro de la profesión.

En el Hospital Virgen de La Arrixaca conocí a los mejores profesionales de la Región de categoría nacional e internacional. Debo decirles que me fijé mucho en ellos y fueron y son luz permanente en la formación de los médicos de la Región. La formación comunitaria de nuestra especialidad en aquella época corrió a cargo del Dr. Pedro Marset y del Dr. Pedro Parra, acusados de un sinfín de cosas, por los que guardo el máximo agradecimiento y respeto, por su atención y dedicación a un grupo de profesionales perdidos en esta temática.

En Torre Pacheco conté con la inestimable ayuda del D. Francisco Sáez Sáez, concejal de Sanidad del Ayuntamiento y de D. Pedro Jiménez, alcalde del citado Municipio. Me acuerdo de mis compañeros pediatras y médicos, Dr. Ángel Rey, Dr. Manuel de Santiago, Dr. Bernabé García, Dra. M^a Dolores García Nadal, Dra. Fuensanta Sánchez, Dra. Magdalena Gascón y un sinfín de enfermeros, entre los que debo destacar la labor que realizaron el D. Ildelfonso Francés y D. Pedro Ureña Adrover.

Debo referirme especialmente a mi etapa en la Gestión, mi jefe D. Enrique Ortín Ortín un gerente de categoría apartado por los caprichos de la política, Dña. Carmen Forca directora de Gestión y alma de ese grupo profesional, Carlos Ortín fallecido director de enfermería, se dejó el alma en el envite, los

coordinadores de Equipos de Atención Primaria Dr. Manuel Gutiérrez, Dña. M^a José López Arroyo enfermera y formada en Gestión en la Escuela Andaluza de Salud pública y hoy vicedecana del Grado de Enfermería en la Universidad Católica de Murcia ,Dr. Julio López Picazo ,Dr. Antonio Navarro y el Farmacéutico Dr. Juan Miguel Bernal mi compadre, con un trabajo que para ellos quedó, en fin, el esfuerzo de un grupo que ha sido reconocido solo quince años después.

Otro aspecto que debo resaltar fue mi acercamiento a la Universidad y a las personas que me ayudaron, mis compañeros asociados: Dr. Juan F^o Menarguez, Dr. Juan Canovas, Dr. José J. Antón, Dr. David Calcerrada, la visión cósmica de la vida del Dr. Luna, la búsqueda de la perfección de la Dra. Pérez Cárceles, la voluntad del Dr. Gascón, etc.

Quiero también agradecer públicamente la ayuda que me presto la Gerencia del Área I (Murcia Oeste) encabezada por su director gerente D. José Vicente Albaladejo y su equipo, a la vez que D. Serapio Madrid Solano y D. Francisco José Cano Lazar, e igualmente a Dña. M^a Dolores Vicente Riquelme, secretaria administrativa de la Real Academia, que desde que la conocí fue tan amable como resolutiva en los múltiples problemas que le planteé.

Finalmente el reconocimiento a todos mis compañeros del Centro de Salud de Torre Pacheco y del Centro de Salud de Espinardo, sin ellos no podría haber desarrollado esta modesta carrera profesional.

Introducción

El médico general es el heredero directo del chamán de la tribu y desde el comienzo de la historia siempre hubo personas interesadas

en ayudar en los aspectos de salud a los que tenían a su alrededor. La evolución ha ido siempre acompañada del avance técnico científico y en este sentido los encargados de la salud fueron refinando su saber y técnicas a la par de los avances de la época que les correspondió vivir, para la mejora del prójimo.

Es solo a partir de la Edad Media cuando se documenta la Medicina en España, siendo en el siglo XIII el *Fuero Real* que promulga Alfonso X el Sabio donde con el título de “físico” se estructura la profesión que llega hasta nuestros días.

El Renacimiento provoca el esplendor profesional de los médicos, en sus visitas, en consulta, domicilios e incluso hospitales, dan clases en la Universidad y ya pueden realizar disecciones sobre cadáveres.

El “Real Tribunal Protomedicato” actuaba, como en la actualidad lo haría el Colegio de Médicos, vigilando la profesión sanitaria y generando una permanente función docente que atendía a la formación de estos profesionales, fue instaurado en España en el siglo XV por los Reyes Católicos.

Si damos un salto al siglo XVIII existe la constancia oficial de la figura del “Médico Titular” que trabaja para una ciudad o pueblo como funcionario, siendo sus obligaciones asistir a los enfermos vecinos que le llamaban de día o de noche y cobrando por cada visita, a excepción de los pobres donde debían atenderles en el hospital, la cárcel o la Casa de la Misericordia.

En este siglo XIX Europa se convulsiona a raíz de lo que se denominó la Revolución Industrial que supuso la llegada masiva de las personas desde las zonas rurales a las urbanas para atender un nuevo sistema de producción. Esta situación generó una nueva

forma de enfermar y modificó sustancialmente las relaciones médico paciente tal y como se conocían.

Fue el canciller Bismark en Alemania en 1883 quien introduce por primera vez un Sistema de Seguros Sociales, financiación que se realizaba por cuotas obligatorias que pagaban empresarios y trabajadores y además generándose un fondo donde se contrataban médicos, hospitales, etc.

En España, Isabel II promulga la primera Ley de Sanidad en 1885, creando a su vez, la Beneficencia atendida por médicos privados a cargo del Estado.

Eduardo Dato, en 1900, Ministro de la Gobernación, desarrolla las denominadas “cajas de enfermedad” que son mutuas de accidentes de trabajo donde comienza a responsabilizarse al empresario de la seguridad del trabajador.

En 1908 aparece el Instituto Nacional de Previsión en el que se integran las cajas que gestionan los seguros sociales que van surgiendo y posteriormente los mecanismos de protección se amplían a: Retiro Obrero (1919), Seguro Obligatorio de Maternidad (1923), Seguro de Paro Forzoso (1931), Seguro Obligatorio de Enfermedad (1942), Seguro Obligatorio de Vejez e Invalidez (1947).

En 1944 aparece la Ley de Bases de Sanidad Nacional instrumentándose el “Sistema de Seguridad Social” siendo en 1966 cuando aparece la Ley de Bases de la Seguridad Social.

La primera gran reforma aparece con el Real Decreto Ley 36/1977 que, según lo acordado en los añorados Pactos de la Moncloa, creándose un nuevo sistema de gestión realizado por los siguientes organismos:

–Instituto Nacional de la Seguridad Social.

–Instituto Nacional de la Salud (Insalud).
–Instituto Nacional de Servicios Sociales.
–Instituto Social de la Marina.
–Tesorería General de la Seguridad Social.

Con anterioridad en 1964, se delimita claramente la división entre el modelo de la Medicina General y la Medicina Hospitalaria que como consecuencia de la mejora económica de la época, provoca la creación de la red de Residencias Hospitalarias de la Seguridad Social que suscitarán parte de la asimetría en las prestaciones del sistema provocando un avance desconocido en este país del sistema sanitario. La Medicina General se incrementa en el ámbito urbano y rural, pero se penaliza su acceso a la tecnología y se persiste en la ausencia de formación continuada o reglada en esta materia, con el natural aislamiento de estos profesionales y limitando claramente su capacidad resolutoria. Es el momento en que con más intensidad se produce la fractura entre la Atención Primaria y el Hospital, que sólo se solucionará a partir del año 1979, con la formación de Médicos Internos Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria y en el año 1985, con el comienzo de los Centros de Salud.

La promulgación de la Constitución Española de 1978 y la publicación de la Ley General de Sanidad de 1986 constituye finalmente el paso de un Sistema de Seguridad Social al actual “Sistema Nacional de Salud”.

Esta misma ley establece dos niveles asistenciales: la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria haciendo especial hincapié en la necesidad de integración y coordinación de ambos niveles.

Por otra parte, la ley dispone la descentralización de los servicios sanitarios a las

correspondientes Comunidades Autónomas reservándose el Gobierno Central la coordinación del sistema por medio del Consejo Interterritorial. Se dispone también como elemento básico de la organización sanitaria el “Área de Salud”, donde se desarrollará la realidad de la Atención Primaria y la Atención Hospitalaria.

Dentro de estas áreas con el objetivo de mejorar la atención a las personas, es donde aparecen las Zonas Básicas de Salud, lugar dónde desarrollaran su trabajo los Equipos de Atención Primaria en el Centro de Salud.

El 27 de diciembre de 2001 se publica la creación y funciones del Servicio Murciano de Salud, completándose las transferencias del Estado en materia sanitaria. Este momento supone la eliminación del antiguo INSALUD y la creación de una dirección central el Servicio Murciano de Salud y las operativas periféricas que concluirán con la aparición de las Gerencias de Área.

Otra visión que debo comentar es la aparición en España de la especialidad vía MIR, en Medicina Familiar y Comunitaria, cuestión que ocurre en el año 1979. Es la forma moderna y más completa de formar médicos con una visión holística de la vida y del enfermar (cuatro años de formación Hospitalaria y en el Centro de Salud). El Dr. Segovia de Arana, comandado por el Gobierno de Unión de Centro Democrático interviene en la preparación y cambia la visión de la formación médica para la Atención Primaria, firmándose los famosos acuerdos de Alma Ata (1977) donde los gobiernos se comprometen al desarrollo de la Atención Primaria.

El Real Decreto que promulga la aparición de la especialidad es el 2012/78 de 15 de julio.

Las Unidades Docentes en Medicina Familiar y Comunitaria (1986) fueron otro hito decisivo y cumplen su misión desde el comienzo de la especialidad desarrollando programas específicos que se completan con la actividad práctica que los médicos en formación reciben en los Centros de Salud a través de sus tutores en Medicina de Familia.

Entiendo que en la actualidad, es la única especialidad médica capaz de tener una visión integral e integrada de las personas y pacientes a los que atiende, superando claramente al área hospitalaria incluida la Medicina Interna.

Esa visión globalizadora es cada vez más apreciada entre profesionales y usuarios y nos lleva a asumir una elevada responsabilidad respecto a la atención y coordinación que con los distintos niveles reciben nuestros pacientes. Como bien dice nuestra historia somos especialistas en lo “extenso” a diferencia del mundo hospitalario que lo es en lo “intenso”.

La complejidad y la incertidumbre con la que se maneja el médico de familia es mucho más elevada que en otras especialidades: precisa de que los mejores se dediquen a esto y es, a mi juicio, el campo de la atención primaria el que más posibilidades ofrece al médico en el conocimiento integral de la medicina.

La experiencia del acompañamiento a lo largo de toda la vida de nuestros pacientes nos hace ser depositarios de una gran responsabilidad profesional y emocional: no solamente ves cómo viven, sufren y gozan, sino también los ves morir. Concurren todas las etapas de la vida desde el nacimiento a la defunción y además convives con las familias, estructura absolutamente decisiva para el

conocimiento y el devenir de la salud y la enfermedad.

Es una especialidad horizontal capaz de resolver sobre el 90% de los problemas de salud, proporcionando cuidados continuos e integrales tanto al individuo como a su familia y comunidad, e incorporando todas las edades y sexos. Es a su vez la especialidad más humanística que existe por la intensidad de la relación médico paciente.

Por último, quiero referir que el médico de familia es también gestor de recursos del sistema y aún más desde que tiene acceso a la tecnología sanitaria.

La finalidad de este discurso es el intento de dar a conocer la evolución y desarrollo de la Atención Primaria de Salud en la Región de Murcia y de sus Centros de Salud, desde la visión de los actores que en ese momento tuvieron responsabilidades de gestión directa.

Esta circunstancia estaría hueca sin contar con los protagonistas auténticos de esta historia que son sin duda los Médicos de Familia y el resto de personal que convive en los Equipos de Atención Primaria.

Mención especial debo hacer a los que se conoce como Coordinadores de Equipos de Atención Primaria, elementos decisivos en el desarrollo del modelo, que tuvieron y tienen la ardua labor de recibir y transmitir información por parte de sus jefes para desarrollar” in situ” las políticas sanitarias, muchas veces con la incomprensión de sus propios compañeros. A lo largo de los años los Coordinadores han sido jefes sin jefatura y sólo desde su empeño, voluntad, claridad de ideas y dedicación, han desarrollado una labor decisiva en la implantación y desarrollo final de la de Atención Primaria.

Por otro lado los Médicos de Familia han sido, son y deben ser, la ebullición del que-hacer médico en los avances científico-técnicos del conocimiento, así como en la gestión de su consulta. La formación de estos profesionales ha sido decisiva en la evolución y mejora de la Atención Primaria y del sistema sanitario en general.

Decía uno de los padres de la Atención Primaria que fuera del Hospital “había vida inteligente”, esta circunstancia ampliamente constatada, nos hace llegar a la conclusión de que es necesario, sin complejos y sin medias tintas, que la población que llega al centro de salud prestigie a su Médico de Familia como a cualquier otro profesional, ni más, ni menos y esa es una labor que nos corresponde a nosotros los Médicos de Familia.

El objetivo de esta conferencia será conocer, al margen de la dirección política (Consejeros de Sanidad), que también fueron y son fundamentales en el desarrollo de la Atención Primaria, como tanto Directores Provinciales del antiguo INSALUD, Gerentes del Servicio Murciano de Salud y Gerentes de Atención Primaria, vivieron la historia desde su inicio, consolidación y desarrollo en Murcia.

De su puño y letra conoceremos los períodos en los que tuvieron responsabilidades, a sus más estrechos colaboradores, cuáles fueron sus logros decisivos y también, y muy importante, sus emociones a la hora de dirigir una empresa como la Sanidad Murciana, desde el operativo más cercano a los profesionales.

Como les decía, a continuación leerán los escritos que me remitieron las personas que desarrollaron la labor de gestión fundamental para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud desde el año 1985 hasta la creación

en 2010 de las Áreas Únicas de Salud. Es una historia continua donde se solapan proyectos y culminaciones, donde los desánimos se sustituyen por acción: es la gestión. No les negaré ciertas reticencias iniciales para una máxima comprensión y colaboración posterior. Mi más profundo agradecimiento a Directores Provinciales del INSALUD, Gerentes Servicio Murciano de Salud y Gerentes de Atención Primaria.

Les invito a leer el texto integro recogido en el libro que la Academia les proporciona y donde reconocerán y conocerán a la historia viva de una parte muy importante de la Sanidad Murciana.

Directores Provinciales del INSALUD

Carlos Alberola Gómez Escolar	1984-1987
Ángel Arruz Ramos	1987-1990
José María López López	1990-1995
José Antonio Molina Illán	1995-1996
Andrés Martínez Cachá	1996-2000
Jesús Cañavate Gea	2000-2002

En esta etapa se desarrolla el modelo de Atención Primaria en el Insalud hasta el año 2002 donde se producen las trasferencias en materia sanitaria a la Comunidad Autónoma de Murcia.

Fueron años de crecimiento, de desarrollo y de máxima creación, donde directivos y profesionales anduvieron de la mano en la generación de acciones cara a la población.

Los directores del Insalud debían desarrollar las ordenes de Madrid pero tambien lidiar con Consejeros, delegados del Gobierno, sindicatos etc. Ellos solo saben lo que sufrieron y gozaron en esa etapa.

Las trasferencias introducen, con el modelo ya consolidado, una forma distinta de organización y dirección de la Atención Primaria. En estos 16 años se producen 6 relevos en la Dirección del Insalud.

Carlos Alberola Gómez Escolar

Implantación de la Atención Primaria en la Región de Murcia

Director Provincial del Insalud, periodo 1984-1987

(Tal como lo recuerdan Carlos Alberola, José María Ruiz Ortega y Julián Paredes)

Con la publicación del Real Decreto 137/1984 de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud, se inició un cambio fundamental en el modelo de asistencia sanitaria. Era el inicio para hacer realidad el precepto Constitucional, del derecho a la salud de todos los españoles y de los que residen legalmente en nuestro país. En él se recogían las reformas que dieron lugar a la Atención Primaria de Salud, tal como la conocemos ahora.

Se creaban las Zonas de Salud, las Áreas Sanitarias, los Equipos de Atención Primaria, se fijaba la jornada laboral de los profesionales en 40 horas... etc.

Todos eran cambios de gran calado respecto al modelo de asistencia sanitaria que estaba en vigor hasta entonces, por medio de Médicos Generales de Cupo de la Seguridad Social y Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, con consultas para atender a los asegurados de dos horas y media de duración, y sin realizar ninguna prevención ni educación sanitaria.

Desde junio de 1983 a diciembre de 1987

fue Director Provincial del INSALUD en Murcia el Dr. Carlos Alberola Gómez-Escolar, y junto al Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria, el Dr. José María Ruiz Ortega, asistieron en junio de 1984 a una reunión en la sede central del INSALUD en Madrid. En ella se hizo el reparto de Equipos de Atención Primaria por CC.AA., y a Murcia nos correspondieron 4 (al final se crearon 15).

Los gestores sanitarios de aquel momento en la Consejería de Sanidad y en el INSALUD, se coordinaron para hacer realidad lo que entonces se veía casi como una utopía: atención integral a los ciudadanos, no solamente en los casos de enfermedad, sino haciendo también campañas de educación sanitaria para prevenirla, estudios epidemiológicos, historias clínicas de los pacientes, consultas programadas... etc.

A principios del año 1985 la Atención Primaria despega con fuerza en nuestra Comunidad Autónoma, con la creación de 15 Equipos. El porcentaje más alto de toda España.

Para ubicar a los Equipos de Atención Primaria, mientras se construían los Centros de Salud, se utilizaron todo tipo de locales, haciendo un alarde de ingenio y eficiencia, con las infraestructuras que se tenían. El Instituto Social de la Marina y el Insalud, emitieron una Circular conjunta, para la utilización de sus infraestructuras sanitarias y así se ubican Equipos en las Casas del Mar de Lo Pagan, Cartagena y Águilas. En otros casos se utilizaron espacios de los Ambulatorios para ubicar el Equipos, y locales pertenecientes al INSS que estaban libres, que mediante unas pequeñas obras se adaptaban para prestar asistencia sanitaria.

En Lorca el Equipo de Atención Primaria estaba provisionalmente en dos locales:

una parte en el barrio de San Diego y otra en el ambulatorio anexo al Hospital Sta. Rosa de Lima.

El caso más “imaginativo” posiblemente fue el Centro de Salud del Barrio del Carmen, que se ubicó en una oficina de atención al público del Instituto Nacional de la Seguridad Social, utilizando en su transformación unas mamparas que se habían recuperado de las salas de espera del antiguo Hospital de la Arrixaca (actualmente H. Morales Meseguer), realizando toda la instalación de fontanería para las consultas a “la vista”, y amueblándolo con los stock existentes en los almacenes de la Sectorial de Ambulatorios de Murcia.

El Director Provincial y el Subdirector Provincial de Servicios Sanitarios, decidieron impulsar con fuerza el nuevo modelo y para ello estimaron conveniente encargar al Dr. José Antonio Molina Illán, que en ese momento era Director del Hospital Materno-Infantil de la Arrixaca, la coordinación y tutela de los Equipos creados.

Pero la tarea a realizar era ingente y requería una dedicación plena, y el Dr. Molina tenía que compartirla con la dirección del hospital, motivo por el cual en el mes de diciembre de 1985 se nombra al Dr. Julián Paredes Martínez, Coordinador Regional de Equipos de Atención Primaria de Murcia (“funcionalmente, porque orgánicamente no existía el puesto”). Sin embargo sí se le da el poder de decisión, y para ello se cursan órdenes a los Directores y Administradores de las distintas Sectoriales, para que presten una total colaboración.

En la Dirección Provincial del Insalud durante esos años, todos contribuyeron al éxito del objetivo emprendido; el Subdirector Provincial de Servicios Generales D.

Antonio Guerrero; la Jefa del Departamento de Personal Dña. Elvira Requena Laviña; y el Jefe de Departamento de Asistencia Sanitaria y Concierdos D. Francisco Sánchez Sánchez, entre otros.

El Dr. Julián Paredes se dedica en exclusividad a implantar y consolidar el nuevo modelo. No sólo hay que construir nuevos Centros de Salud para los equipos existentes, sino que hasta que se disponga de ellos, hay que dotar del equipamiento necesario y mejorar las infraestructuras de los locales provisionales donde se ubican.

La comunicación entre los Coordinadores de los equipos y el Dr. Paredes era permanente, teniendo como mínimo una reunión mensual en la Dirección Provincial. Se tomaba nota de todas las necesidades que se exponían, y se daba traslado inmediato al Director y Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria, siendo atendidas rápidamente. Cuando no se disponía exactamente de lo que se pedía, se sustituía con la imaginación e ilusión de creer que lo que se hacía merecía la pena.

Si hacían falta ejemplares de las “Guías de los Programas de Salud”, (algunas no estaban todavía editadas pero se conocía el contenido por borradores que ya circulaban), pues inmediatamente se ponía en marcha la fotocopiadora y se facilitaban el número necesario de ejemplares, si faltaban archivadores para las historias clínicas en Águilas, se conseguían en el Hospital Sta. Rosa de Lima y se llevaban al lugar donde se necesitaban.

Para toda esta intendencia y para lo que hiciese falta se contó con un gran colaborador, el funcionario del INSALUD, D. Sebastián Fernández, que él solo era todo el soporte administrativo de la Coordinación Regio-

nal de Centros de Salud.

Los Médicos de Familia de las primeras promociones, empujaban mucho y eran unos convencidos de las bondades del nuevo sistema que se estaba implantando, y por ello se trabajaba con total dedicación. Cualquier cosa que se pensara como mejora de la asistencia sanitaria a los usuarios, era posible llevarla a cabo, y así por ejemplo, se implantó el desplazamiento de Médicos Especialistas al Centro de Salud de Torre Pacheco, utilizando un local anexo y con la colaboración del Ayuntamiento en la adquisición del material.

Tras este espectacular inicio, se siguió con fuerza y se creaban nuevos equipos, se construían los Centros de Salud, y se buscaban solares para los futuros. Tal era la dinámica que se llevaba, que en los Servicios Centrales del Insalud se pusieron trabas a autorizar más.

En mayo de 1986 se inauguraron por el Ministro de Sanidad y Consumo, D. Ernest Lluch, los Centros de Salud de Caravaca; Murcia - Santa María de Gracia; Molina de Segura y Torre Pacheco.” Vengo de ver a los míos y me han puesto a caldo y aquí en Torre Pacheco, banda de música, metopa, melones, no lo entiendo, decía”.

Estaban en construcción el Centro de la Unión; el de Águilas; el de Cieza; el de Yecla; el de Alcantarilla; el de Santomera y el de Cartagena Casco.

Se habían aumentado las plantillas en:

–Personal Facultativo	112
–Personal de Enfermería	106
–Personal no sanitario	64

La inversión realizada hasta ese momento había sido de 461.399.000 ptas.

Todo esto no hubiese sido posible, sin la gran ilusión de todos los que compartimos esos años, y el convencimiento de que lo que se estaba haciendo era algo importante para la sanidad en nuestra Región.

Después la historia... Continua.

Se despidió de mí dándome las gracias por haberme acordado de el treinta años después, me emociono.

Ángel Arruz Ramos

Director Provincial del Insalud, Diciembre 1987 hasta Noviembre de 1990.

Me entrevisté con Ángel en su despacho de la Tesorería General de la Seguridad Social en Murcia, pasamos un rato muy agradable en los recuerdos y en el ánimo de una labor insuficiente pero bien hecha. En el año 1984 fue Subdirector de personal y en esos momentos comenzó a moverse la reforma de la Atención Primaria de la mano de don Manuel García Encabo, Subdirector General de Atención Primaria en el Ministerio de Sanidad en aquel periodo.

En aquella época no había gestores como tal en la Atención Primaria y se organizó dentro de la Subdirección de Asistencia Sanitaria dirigida por el Dr. Diego Cazorla un equipo responsable de esa organización.

El esquema era: Subdirector de AP Coordinadores de EAP.

Recuerda de la época como máximos colaboradores aparte del citado Dr. Cazorla, a Dña. Elvira Requena, responsable de Recursos Humanos, al Sr. la Villa, y al llorado don Antonio Martínez como Coordinador Gene-

ral y a don Ángel Collado como Subdirector General de Gestión.

Se intentaron planificar aspectos de la AP y sobre todo las “urgencias rurales” que dieran respuesta a las necesidades planteadas por la población.

Se abrieron seis Centros de Salud (ya funcionando algunos) y cuenta como anécdota que tras una exhaustiva planificación siempre faltaban para su puesta en funcionamiento “los transformadores eléctricos” y donde tenía que intervenir el Delegado del Gobierno en aquella época –Sr. Eguiaragay– que aparte de solucionar el problema, mostraba permanentemente gran interés por el desarrollo del modelo de Atención Primaria, manteniendo con él reuniones casi mensuales.

Noté, dice, “en aquella época una alta presión por parte de los profesionales y gran interés en profundizar en reivindicaciones absolutamente necesarias y que en algunos casos llegó a la huelga en petición”, p. ej. de Docencia para la Atención Primaria.

Las emociones de este periodo y después de pasar por múltiples responsabilidades, las podía resumir en lo que a mí me gustaba: trabajar en el INSALUD, vivo, dinámico, siempre pasaba algo, no había rutina, “era vivir, era un sin vivir”, me decía.

Me refiere intensas luchas con los responsables de la Consejería de Sanidad en el típico enfrentamiento de competencias por parte de ambas Instituciones.

Esas luchas se reflejaban claramente en los medios de comunicación siguiendo el siguiente esquema: Denuncia Pública Prensa Consejería de Sanidad INSALUD.

Recuerda con gran interés las reuniones permanentes que tenía con todos los médicos de Atención Primaria de forma casi asam-

blearia, para conocer de cerca su problemática, a su juicio fueron tremendamente esclarecedoras.

Insiste en haber sido muy riguroso en el control del presupuesto, y por ese motivo fue apodado como “el buen interventor”.

Recuerda su relación con el Dr. Pascual Parrilla y fue en ese momento sin entrar en detalle de como ocurrió, como Murcia fue capaz de entrar en la Red Nacional de Trasplantes.

El resumen de mi entrevista refleja que ante lo que yo suponía como un hombre frío, encontré una persona que vibraba en el recuerdo de aquella extraordinaria época y de la gente que le acompañó.

José María López López

Director Provincial del Insalud, Diciembre de 1990 hasta febrero de 1995.

Desde que en la segunda quincena de 1978 en una república cercana al Báltico (Kazajstán) se inicio, quizá se descubrió uno de los grandes cambios de la sanidad indicando que esta debería basarse en la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, a la vez que se concebía al ciudadano como un ente bio-psico-social. Hasta ese momento la atención sanitaria del primer nivel disponía de buenos profesionales, no siempre bien formados, donde imperaba la dedicación, la vocación y el altruismo y se desarrollaba en los consultorios, ambulatorios y Casas del Médico, con horarios de 24 horas, en los que las funciones de Auxiliar Administrativo, celador, y a veces ayudante quirúrgico las desarrollaba la mujer del médico, más si cabe en aquellos pueblos donde esta medici-

na la desarrollaban los Médicos de Asistencia Pública Domiciliaria, por otra parte estaban los Médicos de Cupo con un trabajo de dos horas, atención a urgencias y atención domiciliaria, todos esto acompañado de los servicios de urgencias y en las ciudades las Casas del Socorro y los servicios Especiales de Urgencia.

“Pasar de este modelo, tal como se definió en Alma Ata (capital de Kazajstán) a una Atención Primaria basada en una estructura: el Centro de Salud, unos profesionales bien formados: los Médicos de Familia, acompañados por un personal de enfermería, matronas, celadores, auxiliares... que pasaron a formar el Equipo de Atención Primaria, precisaba una base legislativa: El R.D. de Estructura, Organización y Funcionamiento de los EAP y su posterior implicación en la Ley General de Sanidad, mercedamente llamada Ley Lluçh”.

Estos Equipos precisaban de una estructura jerarquizada común Coordinador/a Médico y un Coordinador/a de Enfermería.

“Estos tres cambios: legislativos, estructurales y de funcionamiento eran la base del trabajo que tuvimos el que desarrollar en cuatro intensos años en los que tuve el placer, el honor y el orgullo de dirigir la Sanidad Murciana”.

“A finales de 1990, mientras que se desarrollaba una Conferencia de la WONCA en Barcelona inicié mi trabajo en mi tierra, esto implicaba que el trabajo de Director Territorial del Insalud debería de desarrollarlo un ciudadano nacido en una Pedanía de Murcia: Nonduermas, formado en una gran Facultad de Medicina, la de la Universidad de Murcia, tener en cuenta

la historia de la Medicina en esta región y con el compromiso moral, histórico y vital que implica ser el máximo responsable de la Sanidad Murciana”.

El primer objetivo era tras conocer la realidad ampliar el nuevo modelo de atención primaria de salud, esto se plasmó hasta multiplicarlo por 3.5 en cuatro años, este nuevo modelo había sido la envidia de toda España, pero en los últimos años no se había desarrollado con la misma velocidad ni intensidad que en los momentos iniciales.

Conocedores de que una estructura es imprescindible, pero no suficiente, para un buen funcionamiento de cualquier proyecto, nos esforzamos en conseguir la adecuada financiación que posibilitase el desarrollo de la adecuada actividad.

Justificando cada peseta que se gastase, desarrollando un mensaje de justicia para con Murcia y envolviéndolo en unos objetivos claros donde el ciudadano, el murciano y su bienestar físico, psíquico y social era nuestra principal preocupación, conseguimos multiplicar por 3.5 la población asistida por en “Nuevo Modelo de Atención Primaria”.

Una vez iniciada la ampliación de la estructura debíamos desarrollar la mejora en el proceso, para esto era esencial unos pequeños cambios en la estructura directiva, pero sobre todo, mostrarles que si se les exigían unos resultados, la Dirección Territorial no iba a exigir nada que no estuviese claramente diseñado y con un método basado en el trabajo, la ilusión y la lealtad, para lo que era imprescindible que los Equipos Directivos de Atención Primaria demostrasen su capacidad de liderazgo, misión que cumplieron sobradamente.

La definición de los objetivos se imple-

mentó con la Cartera de Servicios: donde se definieron aquellas áreas que para la Dirección Territorial, las Gerencias de Primaria y cada uno de los Equipos eran prioritarias en el desempeño de sus tareas. Como muy bien dijo el Profesor Pascual Parrilla Paricio en la inauguración del Curso Académico de 1993, “en Medicina hay que medir todo lo medible y hacer medible lo que no lo es”. Para saber si estábamos cumpliendo lo que habíamos prometido, se diseñaron, evaluaron y validaron las Normas Técnicas Mínimas que permitieron, en primer lugar, medir continuamente el cumplimiento de los objetivos marcados y en segundo lugar, la clasificación de cada Equipo para el posterior reconocimiento. Si consideramos la evaluación como algo imprescindible en cualquier actividad empresarial, evaluar sin incentivar lleva al descrédito y a un igualitarismo que no desarrolla el esfuerzo, la creatividad incluso la capacidad de sacrificio. Fruto de estas evaluaciones un Equipo, el de Pozo Estrecho y una Gerencia la de Cartagena, dirigida por el Dr. Esteban Granero fueron valorados como los mejores de España.

Sin eficiencia no hay eficacia, en aquellos años pensamos que era imprescindible la racionalización del gasto farmacéutico, ya que este representaba un porcentaje elevadísimo dentro del presupuesto de Atención Primaria.

Otro aspecto fundamental en Atención Primaria era la relación con los Hospitales, para lo que era fundamental la relación entre los Equipos de Dirección de ambas organizaciones, incluso el conocimiento de los objetivos propios de cada ámbito de asistencia, y en algunos casos, derivaciones, solicitudes de pruebas diagnósticas, informe de alta, nor-

mas mínimas de derivación de la creación de protocolos conjuntos...

Entendida la solidaridad interterritorial como un elemento de justicia, no es menos claro que debíamos saber a cuanto ascendía la factura de la asistencia sanitaria que prestábamos a los ciudadanos de otras partes de España y de fuera de nuestras fronteras, para lo que se desarrolló un trabajo becado por el FISS, para conocer exactamente la factura de este gasto, para que posteriormente se tomaran las decisiones adecuadas por los entes encargados de ello.

Con estas breves pinceladas quiero destacar que sabíamos lo que queríamos, teníamos los equipos directivos suficientemente comprometidos y disponíamos de los profesionales suficientemente preparados para alcanzar el grado de excelencia en la Atención Primaria de Salud que los murcianos merecían aunque no siempre la habían exigido, por lo que si cabe, todavía tiene más mérito.

Implantar unas unidades de Investigación Clínico Epidemiológicas, donde Murcia fue la primera en toda España, tanto en número como en calidad.

Jornadas de debate en Águilas.

Miércoles de Pinares, donde se debatían los temas de actualidad científica, investigadora y profesional.

Desarrollo de la Cartera de Servicios, las Normas Técnicas Mínimas y la consiguiente incentivación, en las que una zona de salud de Murcia y una Sectorial fueron las mejores del territorio Insalud.

Nunca es fácil señalar personas pero si tengo que nombrar a cuatro estos serían Esteban Granero, Enrique Ortin, JE Pereñiguez y Leoncio Collado, cada uno de ellos con personalidades completamente distintas.

En mi opinión el hecho más trascendente fue que desde la Dirección primero Territorial y después Provincial, se creía, se trabajó y se consiguió que la Atención Primaria en Murcia fuese lo que los ciudadanos merecían y los profesionales desarrollaron. Sin esa conjunción nada hubiese sido posible. Creo que en esos cuatro años algo cambio en Murcia.

José M^a López represento el avance y la política en el sentido más noble del término.

José Antonio Molina Illán

Director Provincial del Insalud de 1995 a 1996.

Para mi la Atención Primaria de Salud constituye uno de los más importantes aspectos, sino el más importante de mi actividad profesional. Es desde luego el componente más intenso de mi visión de la atención a la salud y estoy globalmente satisfecho de lo que ha sido mi aportación personal a su desarrollo en la Región, siempre con la misma sensación que tengo respecto a cualquier asunto en el que colaboré con entusiasmo y que puede resumirse en: “¿Hice todo lo posible según mi posición e influencia en el momento?” “¿El balance fue positivo para los ciudadanos?” “¿El gasto fue eficiente?” “¿Lesioné indebidamente a alguna persona o a sus intereses legítimos?”.

Los médicos de mi generación (terminé la carrera en 1977), creíamos que estaban por venir grandes cambios en la Sanidad Española. La Conferencia de Alma Ata dio mucha seguridad a los que deseábamos un cambio que se orientara a un Servicio Nacional de Salud, uni-

versal y con más peso de la prevención y promoción de la salud, aunque considerando la importancia de desarrollar y mejorar la asistencia a la enfermedad. La Atención Primaria de Salud según postulaba la Conferencia, era el núcleo fundamental para realizarlo.

Dos orientaciones de carrera profesional sintetizaban a mí entender en aquellos momentos la mejor posibilidad de participación en el cambio sanitario: Medicina de Familia y Medicina Preventiva y Salud Pública. La ilusión de muchos de nosotros era tanta que, en mi caso concreto tras sacar plaza de Médico Interno Residente en “La Paz” en Medicina Preventiva, dejé mi plaza de Médico Titular (en la que mi remuneración era más alta proporcionalmente que la media de un Médico de Familia hoy), por una plaza de residente sin guardias y en Madrid. De la abundancia relativa a la miseria segura de un día para otro y de forma voluntaria.

Durante mi formación y en el marco del curso general de salud pública que se incluye en la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública en la Escuela Nacional de Sanidad (antiguo Oficial Sanitario y actual Master en Salud Pública), la parte de Atención Primaria de Salud la impartió Segovia de Arana (que había creado ambas especialidades desde su posición de Secretario de Estado para la Sanidad). Además de la pasión con la que explicaba la Atención Primaria de Salud y la especialidad de Medicina de Familia, era de admirar su valía humana e intelectual y su sencillez (aunque se le acusaba de elitista). No le importaba quedarse todo el tiempo que hiciera falta con los residentes tras la clase hablando de tú a tú, sabiendo todos que era la persona con más poder de decisión enton-

ces en el recién creado Ministerio de Sanidad. Seguramente se le deben más agradecimientos a Segovia de los que ha recibido porque sus ideas pusieron nuestra sanidad en la primera división mundial.

Durante el último año de la especialidad preparé oposiciones a Médico Inspector con la idea de orientar mi actividad profesional a la gestión sanitaria. Tuve la suerte de prepararlas con un grupo de amigos de muy alto nivel que poco después tendrían gran protagonismo en el desarrollo de la Atención Primaria en España. Estamos hablando de José Manuel Freire que fue Consejero de Sanidad del País Vasco en el gobierno de coalición PNV-PSOE siendo Lehendakari Ardanza y que sentó las bases de la Atención Primaria en esa Comunidad Autónoma. José Oñorbe de Torre que después fue el primer Subdirector General de Atención Primaria del INSALUD y que preparó con José María Rivera de Director General (otro miembro del grupo de opositores) el RD. 137-1984 sobre estructuras básicas de salud, que fue el pistoletazo de salida real de la Atención Primaria en España y que después se introdujo prácticamente sin cambios en la Ley General de Sanidad. Durante el año 1983 (estaba en la Dirección Médica del Hospital Virgen de la Arrixaca) yo iba una semana cada mes a Madrid donde estaba haciendo el curso de Gerente de Hospitales en la Escuela de Gerencia Hospitalaria y frecuentemente pernoctaba en la casa de Oñorbe o lo visitaba en su despacho de Alcalá 56. Las conversaciones terminaban siempre en el articulado de la puesta en marcha de la atención primaria y en si había que sacarlo ya, o era mejor esperar a la Ley General de Sanidad, que estaba también ultimándose. En el articulado estábamos todos

prácticamente de acuerdo y en la necesidad de mayor rapidez, los que más insistíamos éramos José Manuel Repullo (asimismo del grupo de opositores, actual profesor de la Escuela Nacional de Sanidad y del que disfrutáis sus finísimos análisis en prensa y sus publicaciones sobre el Sistema Nacional de Salud) y yo mismo. Me ilusiona pensar que la pesadez de algunos de aquél grupo pueda haber tenido alguna influencia en que el Decreto de Atención Primaria saliera dos años antes que la Ley y que con ello la APS, llevara ya una inercia imparable cuando se publicó la L.G.S.

Tras el Decreto 137/84 se convocaron las primeras plazas por el INSALUD de médicos de Atención Primaria y a finales de 1984 había en Murcia un grupo importante de médicos con la especialidad terminada y sin Centro de Salud donde ir. Estos médicos empezaron a concentrarse en la sede de Pinares en la puerta del Director Provincial (Carlos Alberola) y del Subdirector (José M^a. Ruiz Ortega).

Los que íbamos con mucha frecuencia (yo como director médico del Hospital Virgen de la Arrixaca una o dos veces a la semana), hacíamos el paseillo entre los compañeros saludando y nos metíamos al despacho, donde nos encontrábamos a un Alberola cariacontecido o a José M^a. con dolor precordial (por fortuna nada orgánico, actualmente es un buen corredor de maratón). Alberola, (al que nadie le ha dado las gracias todavía y que además por otros asuntos de gestión tuvo un juicio del que resultó absuelto pero que le costó bastante dinero y varias “penas de primera página”), tuvo una magnífica idea que consistió, tras aprobarse el Decreto, en ofrecer Murcia para su desarrollo inmediato y se trajo dotación económica para implementar

15 centros de salud. Más que nadie y desde luego con una desproporción favorable enorme, dado que Murcia en aquel momento representaba el 3% del territorio INSALUD y se trajo aproximadamente el 15% de la dotación de Atención Primaria.

El caso es que el Dr. Alberola se encontraba en los primeros meses de 1985 con dotación para quince Centros de Salud, para los que ya tenía los médicos, a los que se les estaba pagando (que además se le presentaban todos los días en la puerta del despacho-los escraches no son de ahora-) y no tenía lugar donde poner a bastantes de ellos, en algunos casos por imposibilidad física y en otros porque no estaba hecha ni la separación de cartillas. La situación era insostenible y lo peor es que se podían perder las dotaciones. A finales de Marzo me llamó para que le echara una mano y le dije que consultara con Don Ricardo Candel (Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca), ya que necesariamente iba a quitarle tiempo a la dirección del hospital. Candel, siempre generoso, aceptó y además posibilitó espacios y medios para las cinco personas de apoyo que solicité (tres médicos y dos administrativos). Para encargarme del asunto le pedí al Dr. Alberola poder funcional sobre todas la Direcciones de Ambulatorios de la Región y sobre la Dirección de Recursos Humanos (en lo referido a Atención Primaria). Tras ponernos de acuerdo en los últimos días de Marzo tomé posesión de mi flamante encargo (sin cobrar un duro, ¡¡ si !! se puede aceptar un encargo de gestión sin cobrar, no es necesario cobrar por cada encargo, no es natural cobrar dos o tres sobresueldos aunque ahora digan algunos que es lo lógico) de Coordinador Regional de Centros de Salud de Murcia el primero de Abril

de 1985 (se admiten sonrisas pero el nombramiento es de esa fecha). En ese mismo día dimitió el Subdirector de Gestión del Insalud de Murcia (el segundo de a bordo) porque se le detraían parte de sus competencias hacia un cargo inexistente orgánicamente. Tenía razón el Subdirector desde el punto de vista formal, pero no desde el punto de vista funcional ya que es la actividad sanitaria la que pone a su servicio el aparato administrativo y gestor y no al revés.

Empezaron unos meses de vorágine en los que había que separar cartillas, colocar médicos en consultas adecentadas, aceptar solares de los ayuntamientos para poner por lo menos la primera piedra en el año y que no se perdiera el dinero, acopiar recursos por los que había que pelear con los directores de gestión de las sectoriales que pensaban que se gastaban muchos más recursos en aquellos “médicos nuevos” que con los de “toda la vida” para hacer lo mismo (afortunadamente en el INSA-LUD de aquel tiempo las órdenes se cumplían, aunque tuve que proponer el cese de un administrador que realizaba excesiva resistencia pasiva) y finalmente hacer lo más importante que era dar estructura de atención primaria al conjunto, haciendo mediante comisiones clínicas los primeros protocolos asistenciales y de programas de salud que se hicieron en la Región.

Las jornadas eran interminables, siempre estaré agradecido a las tres compañeras que colaboraron conmigo en aquél encargo de gestión, Dra. Margarita Cueto que era adjunta de Medicina Preventiva en el Hospital Arrixaca (actualmente Jefa de Servicio de Preventiva en un gran hospital gallego) con la que habíamos coincidido en la Escuela Nacional de Sanidad, echó muchas horas en aquello

solo por el gusto de contribuir en algo que creía muy importante, La Dra. Carmen Quiles y la Dra. M^a. Antonia Vila, que tenían plaza en Cartagena y estaban cobrando sus retribuciones y no ejercían porque no tenían sitio donde pasar consulta, se pusieron a trabajar 10 o 12 horas al día cuando legalmente podrían haberse quedado en su casa hasta que les hubieran proporcionado lugar donde trabajar. De los administrativos, uno de ellos Sebastián Fernández, trabaja aún conmigo de Secretario de mi Servicio y recientemente ha tenido una enorme pérdida, por lo que la vida no le ha dado lo que se merece por sus esfuerzos y bondad, el otro Don Juan Cortés, ya jubilado, me visita con frecuencia y recuerda aquel periodo como una fase feliz de su vida.

En aquellos meses el ritmo mantenido de unas 12-14 horas diarias de trabajo (entre el hospital y la coordinación de atención primaria) me produjo pequeños problemas de salud, recuerdo el último solar (el primer centro de salud del Infante) cuya obra se planificó con el arquitecto del Insalud (Reinaldo Ruiz Yébenes), que vino a Murcia un día de mediados de Julio del 85 y que tocó verlo entre las tres y las cuatro de la tarde, con el consiguiente pequeño mareo mío y gran dolor de cabeza de Reinaldo (pequeña insolación). Esa noche viniendo de Águilas de una reunión con el equipo pasé sueño en el coche y di alguna cabezada. De esos meses es también una muletilla que me dicen algunos compañeros que repetía mucho, yo creo que no tanto, y que al parecer era algo así como: “reivindicaciones no, a trabajar a trabajar”.

La segunda fase de aquel año (desde septiembre a diciembre), la situación era mucho más sosegada, con las comisiones haciendo

protocolos y poniéndolos en práctica, los equipos empezando a funcionar y muchas obras iniciándose, con lo que la sensación era de “lo estamos haciendo”. En esos meses empezaron ya a liderar las primarias algunos de los que después serían determinantes en su desarrollo en la Región, como el Dr. Esteban Granero, el Dr. Juan Enrique Pereñíguez y el Dr. Leoncio Collado. Los tres eran buenos gestores aunque distintos, Esteban más técnico y Pereñíguez y Leoncio con más capacidad de influencia en la población. En el caso concreto de Pereñíguez, el Centro de Salud de Torre Pacheco era la institución de mayor influencia en el pueblo y el alcalde el máximo defensor de la Atención Primaria en la Región y casi todo era obra suya.

Creando cumplido mi encargo con los equipos encauzados, aceptablemente dotados y las obras aseguradas, en diciembre le solicité a Alberola que nombrara a otro compañero como coordinador y le sugerí al Dr. Julián Paredes, que siguió hasta que se hicieron los nombramientos de los gerentes de primaria.

Durante el año 1994 y primeros meses del 95, fui encargado por los Subdirectores Generales de Inspección (el querido lorquino Don Ángel Guirao que tanto ha apoyado siempre las peticiones sanitarias de Murcia) y de Atención Primaria (Dr. Manuel García Encabo), de realizar acompañado por dos gerentes de Atención Primaria en cada caso, una serie de auditorías en Atención Primaria en varias gerencias de Baleares, Asturias, Castilla y León, Castilla la Mancha y Extremadura. Se analizaba sobre todo la calidad general de la historia clínica y el esfuerzo que se realizaba en Prevención y Promoción de la Salud. Cuando tomé posesión del cargo de Director Terri-

torial del Insalud en Murcia, creo que tenía un conocimiento bastante ajustado de cómo estaba la Atención Primaria en la Región y en la práctica totalidad de España.

A primeros de febrero del año 1995, el primer día de actividad efectiva como Director Territorial del INSALUD, me llamó Pereñíguez, quien tras afearme mi conducta por no haberle dicho que me iban a nombrar, me dijo que esa tarde pensaba ir por allí con el Director de Enfermería (el siempre llorado Carlos García Ortín) y con el Gerente Enrique Ortín que era el que menos conocía de los Directivos de Primaria.

Además de una reunión divertida en esa tarde estuvimos dándole vueltas a las tareas más importantes que teníamos pero sobre todo quedamos en convocar una primera reunión de los equipos directivos de las 3 gerencias de atención primaria de aquel momento para hacer una estimación de la situación y de las tareas prioritarias. Esa misma semana se produjo esa reunión y quedó establecida una dirección por consenso en Primaria, que se mantuvo durante todo el tiempo que estuve en la Dirección.

Se hicieron muchas cosas en primaria en ese año y medio por una serie de variables positivas que coincidieron: Primero había buena herencia porque José María López López, había logrado mucha inversión para el desarrollo de la atención primaria y en parte nos tocó culminar a nosotros; el equipo directivo era magnífico técnicamente (los conocía a todos de la primera etapa excepto al Dr. Enrique Ortín) pero sobre todo con una motivación que no había visto antes y que quizá ya no vuelva a ver: el apoyo del INSALUD central era muy alto (llevaba un año trabajando en primaria para el Subdirector

General a través del programa de auditorías y había mucha confianza) más el apoyo siempre continuo del Consejero Dr. Lorenzo Guirao, que además del presupuesto de Murcia, nos informaba de más posibilidades siempre que tenía conocimiento de que alguna otra Dirección Territorial no iba a poder ejecutar alguna partida por la causa que fuera y nos animaba a nosotros a hacer ampliaciones de la correspondiente de Murcia. El apoyo del Gobierno Central representado por Don Eugenio Faraco era total y también el del Gobierno Regional representado en la Consejería de Sanidad por el tristemente desaparecido Lorenzo Guirao. En definitiva las inversiones en Atención Primaria en Murcia en aquel periodo fueron las más altas “per capita” y en dinero constante de todo el periodo INSALUD en la Región y también las más altas “per cápita” del Territorio INSALUD.

Entre otros recuerdo puestas en marcha y/o inauguraciones de Centros de Salud en Lorca, Águilas, Molina de Segura, Ceutí, Alguazas, Puente Tocinos, Algezares, Alquerías, Espinardo y La Alberca (algunos de ellos en colaboración con la Consejería de Sanidad).

En este periodo no obstante se estaba también en crisis (no tan larga como la actual pero igualmente muy aguda). Además del incremento de recursos, preocupaba mucho a la dirección colegiada que establecimos con las tres gerencias la mejora de la calidad asistencial y control del gasto.

Las primeras acciones de potenciar el uso de genéricos y de distribución de directa de productos de uso sanitario (pañales de absorción) fuera del circuito de las farmacias se realizaron en Murcia. Fueron iniciadas por el Dr. Enrique Ortín y el Dr. Pereñiguez con nuestro apoyo y tras la fuerte reacción de los

Colegios Farmacéuticos en el Ministerio (pedían nuestro cese inmediato y el del equipo de la Gerencia de Primaria de Murcia y la vuelta al funcionamiento anterior, según me comentó la Directora General del Insalud), se pasó efectivamente a seguir con distribución desde las farmacias, pero con una rebaja de alrededor del 30%, con lo que el objetivo de reducción de coste se consiguió para todo el territorio Insalud. Que este tipo de medidas se hayan generalizado tantos años después da una idea de que los que ya estaban comprometidos con un Sistema Sanitario Sostenible para que pueda llegar a todos con la máxima calidad posible, no estaban tan equivocados. Quizá si se hubieran generalizado mucho antes y con la energía y homogeneidad que pedía Murcia, no se hubiera tenido que llegar a la medidas de aumento de la proporción de copago en farmacia o a la ocurrencia ilegal de algunas Comunidades del euro por receta.

Un momento particularmente difícil fue la integración de los “Equipos de Urgencia” para terminar de desarrollar la atención continuada en primaria. Considerábamos que había que aumentar los recursos humanos de los tradicionales servicios de urgencia al integrarlos en atención primaria y además del aumento de plantilla, que podía ser discretísimo por razones presupuestarias; se veía como posibilidad que los trabajadores de dichos servicios dejaran de hacer horas extra y con estos recursos económicos, aumentar personal. Aunque sobre el papel parece una decisión completamente lógica, la realidad era que en la práctica implicaba rebajar una cantidad significativa de dinero a bastante gente que estaba haciendo horas muchos años y que por tanto percibían una retribución

bastante superior a su sueldo. Tras una deliberación llena de desazón con los equipos directivos de primaria y tras consultar con el Delegado del Gobierno adoptamos la medida. Como temíamos el personal hizo una huelga, pese a que les insistíamos en que se contrataban veinte personas y que su sueldo como es lógico era intocable (aunque sus emolumentos bajaban como media alrededor del 30%) y que el mejor servicio a los ciudadanos así lo exigía.

Durante casi un mes todas las mañanas era recibido en la puerta del INSALUD por un grupo de trabajadores (en muchos casos eran amigos o al menos conocidos-mi primer trabajo fue en un servicio de urgencia-) que me entregaban al pasar un panfleto con sus reivindicaciones, que naturalmente habíamos discutido la tarde anterior. A los directivos de primaria también les hacían el correspondiente y educado escrache casi a diario, sobre todo en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia.

Una tarde de reunión aproximadamente a mitad del conflicto vi titubear a Pereñiguez, que me dijo algo así como “dejémoslo como esta”, a ver si esto solo va servir para empeorar, de todas formas tampoco vamos a arreglar el mundo”, el dice que le contesté, “Vamos a apretar el cu... unos días más que esto lo ganamos”. El caso es que al final ganamos y creo que algo ganamos todos: los trabajadores porque comprendieron que aunque doloroso, tampoco podían negarse a un aumento de contrataciones aunque ellos dejaran de hacer horas extra y perdieran retribución, los equipos directivos de primaria se sintieron más unidos y respaldados y convencidos de haber tomado una decisión, aunque dolorosa, bajo la óptica del bien común, y

sobre todo los ciudadanos porque con el mismo coste tenían veinte personas más para su servicio y finalmente esas veinte personas (lo que ni era ni es desdeñable), encontraron trabajo.

De aquel año y medio creo que la Atención Primaria en Murcia salió fuerte en su misión y objetivos, con más recursos y con equipos directivos difícilmente mejorables. Tuve mucha suerte, eran muy buenos y todo lo hicieron ellos. Tampoco puede negarse mi habilidad al dejarme llevar en ese barco moviendo el timón donde me decían Pereñiguez, Leoncio, Enrique Ortún y Granero.

Han pasado desde entonces casi treinta años y mi contacto con la Atención Primaria tanto por mi trabajo como por mi interés es mucho. En este tiempo, quizá lo más novedoso haya sido la integración de la Medicina de Familia como asignatura en la Universidad. Han sido miopes los intentos de frenar ese movimiento. Si la Atención Primaria tiene que estar en el centro de un sistema sanitario público, la Facultad, tiene que prestar especial atención a la formación del médico como protagonista principal desde el punto profesional de la Atención Primaria de Salud, y eso se llama dar la visión de medicina comunitaria que debe tener el buen Médico de Familia (me asusto, esto se lo oía a Segovia hace 40 años).

También en esto, Pereñiguez ha hecho un enorme trabajo, en algunos tramos del camino casi en solitario.

Pasado el tiempo y comentando el título, creo que mi contribución a la Atención Primaria en Murcia ha sido bastante porque he tenido la oportunidad de ser amigo y por tanto creo que he influido en la opinión de personas que como el Dr. Juan Enrique Pere-

ñiguez han sido y son los verdaderos protagonistas.

Molina represento la minuciosidad y fue un magnifico toque de calidad en el sistema y además es amigo mío.

Andrés Martínez Cachá

Director Provincial del INSALUD 1996-2000

Me reúno con don Andrés en su residencia de Purias (Lorca) acompañado del Dr. Nuño de la Rosa.

En primer lugar y tras un cierto chequeo ideológico, me recuerda enfáticamente que fue el año en que el Partido Popular ganó las Elecciones Generales y después de un largo periodo de negociaciones el Sr. Núñez Feijo, por aquel entonces Presidente del INSALUD, le designó para su nueva andadura que pasaba de dejar la Consejería de Sanidad para ser nombrado Director Provincial del Insalud.

Como objetivos fundamentales de su etapa fue su apuesta por el equilibrio presupuestario, potenciar el Psiquiátrico Román Alberca que estuvo al borde del cierre y la apertura muy problemática del Hospital de Cieza. El colaborador directo del Sr. Núñez Feijo, Dr. Matesanz, actual Coordinador del Programa de Trasplantes, fue informado del fulminante cese de todos los Gerentes de Atención Primaria a excepción del Dr. Ortín, cesado un año más tarde, y como él mismo reconoce con pena, tras una llamada de telefónica. En el año 2000, después de una crisis interna fue cesado por Dña. Celia Villalobos, Ministra de Sanidad.

En ese periodo recuerda la puesta en marcha con grandes dificultades del programa informático OMI-AP que de alguna forma unificaría los distintos modelos de historia clínica y de gestión para Atención Primaria.

Intentó aumentar la capacidad diagnóstica desde la Atención Primaria, encontrándose múltiples resistencias, básicamente desde los hospitales. Por otro lado, estableció un plan de potenciación de los hospitales comarcales, y abordó de forma enérgica el déficit económico de la Institución.

Se sorprendió al observar que el gasto en farmacia de la Atención Primaria se focalizaba en muy pocos profesionales y eso le sirvió para conversar con ellos y referirles que sería preciso un cambio de actitud.

Reconoce abiertamente que la Atención Primaria fue un auténtico descubrimiento para él a su llegada al INSALUD.

Fue bajo su mandato cuando se abrió el dispositivo del "061" con seis unidades que comenzaron a transformar el panorama de las urgencias anteriormente prometido.

Mantuvo estrecha relación entre la Universidad de Murcia, su Facultad de Medicina y con el Hospital Virgen de la Arrixaca, en la denominada Comisión Mixta, que posibilitó a medio plazo la apertura del Aulario en el propio Hospital.

En aquella época se cerró el Hospital Provincial por orden directa del Consejero Marqués, provocando la reubicación acelerada de los distintos servicios en los hospitales de Cieza, Arrixaca, Morales Meseguer, etc.

Recuerda con cariño que el Hospital Provincial en su mandato se dinamizó de forma intensa dado que conocía profundamente su estructura de la etapa en la que fue Gerente

del Servicio Murciano de Salud y responsable de la citada unidad, consiguiendo además que abriera sus puertas por la tarde.

Después de una magnífica tarde, vimos su finca, sus coches de caballos, nos regalo un aceite de ensueño, me presento a su mujer y quedamos en volver a vernos, le estoy muy agradecido.

Jesús Cañavate Gea

“Como Director Territorial del INSTITUTO NACIONAL DE LA SALUD de Murcia, estuve entre el 08 de noviembre de 2000 y el 01 de enero de 2002 (el mismo día que fue efectiva la asunción de competencias de esta institución por parte de la Comunidad Autónoma de Murcia).

Directivos y personas de máxima confianza: Como el INSALUD fue siempre una Institución muy estructurada, dentro de la sede de la Calle Pinares, pocos cambios se podían hacer, salvo alguna vacante en alguna Subdirección Provincial. Donde sí se podían hacer más cambios era en las Instituciones Sanitarias Asistenciales (Hospitales, Gerencias de Atención Primaria, etc.,).

–En la Dirección Territorial nombré al Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria al Inspector Médico Dr. José Orcajada Rodríguez. En la Subdirección Provincial de Recursos Humanos, la muy competente y profesional D^a Elvira Requena. y en la Sub. Provincial de Gestión Económica y Conciertos a D. Francisco Sánchez Sánchez (que tras el

proceso transferencial acabó en la Dirección Provincial del INSS).

–En el Hospital Morales Meseguer, cesé al Dr. Diego Cazorla Ruiz para nombrar al Dr. Domingo Coronado. En el Hospital Ntra. Sra. Del Rosell cesó el Dr. Juan José Lucas para nombrar al Dr. Pedro Cástor Escribano (que en esos momentos estaba en la Fundación Hospital de Cieza). En Caravaca seguía el Dr. Pedro Pozo. En el Hospital Rafael Méndez de Lorca, seguía el Dr. José Miguel Artero. En el Hospital V. de la Arrixaca seguía el Dr. Mariano Guerrero. Y en Yecla seguía el Dr. Manuel Alcaraz.

–En la Gerencia de Atención Primaria de Murcia nombré al que unos días antes de mi nombramiento estaba como Director Médico, Dr. José M^a Cerezo Corbalán, en la GAP de Cartagena el Dr. Manuel Ángel Moreno Valero y en Lorca el Dr. José Gómez. En la Gerencia del 061 cesé al Dr. Jesús Juárez Torralba para nombrar al Dr. Pedro Manuel Hernández.

Más que emociones (que lógicamente las hubo, pero difíciles de describir) fue la responsabilidad lo que más percibía. Un gran peso. Una aventura.

Ya había pasado por otras responsabilidades como Director de la famosa 1^a Sectorial de Ambulatorios de Murcia, transformada luego en Gerencia de Atención Primaria (de la que fui su primer Director Médico), luego estuve como Subdirector Provincial de Asistencia Sanitaria de la Dirección Territorial entre 1996 y 1998, para volver a ser Gerente de Atención Primaria en Murcia entre 1998 y 2000. Sin embargo la Dirección Territorial me situa-

ba en un frente político pero sin las herramientas que tiene un Consejero, aunque con mucha responsabilidad económica (si no recuerdo mal, después de HEFAME (Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo); era la segunda empresa con mayor facturación de la Región: unos ciento veintiséis mil millones de las antiguas pesetas) y social debido a la cobertura sanitaria asistencial de un millón doscientas mil personas entonces. También era conocedor de los desencuentros habituales entre el Consejero de Sanidad de turno y la Dirección Territorial del INSALUD. Pero ahí, y para no tener conflictos le tuve que espetar al Consejero Francisco Marqués al inicio de mi nombramiento “Tú tienes los títulos, los honores, ponte todas las medallas que quieras para tu carrera política, ahora bien, no te metas en mi terreno –haciendo referencia a la intromisión en los hospitales y gerentes bajo mi responsabilidad- y déjame gestionar lo que es mi responsabilidad”.

Y, aunque le gustó la frase y la respetó al principio, fue entremetiéndose con hospitales y gerentes (siempre los dos o tres grandes) cuando se veían de cerca las transferencias. Como dice el refrán “cuando uno no quiere, dos no se pelean”. Y así lo procuré por el fabuloso y privilegiado objetivo de gestionar la sanidad asistencial sin escándalos ni juegos de poder.

Como circunstancia importante en este periodo es inexcusable resaltar la epidemia de Legionella que invadió Murcia. Ahora se puede leer en las hemerotecas, y los analistas destacan que lo más sorprendente que ocurrió ante la mayor epidemia de Legionella del mundo, por el número y la rapidez con que se instauró,

fue la magnífica asistencia que se prestó en su mayor parte en el Hospital JM Morales Meseguer. Aunque intervinieron muchos más centros hospitalarios. Fueron días de vértigo.

Siguiendo el guión todo el protagonismo se lo arrojó el Consejero de Sanidad (por otro lado, le correspondía como responsable de la Salud Pública) pero se cometieron muchos errores en la detección del foco, con polémica en prensa debido a los centros comerciales que podían haber sido foco inicial de la nube tóxica.

Y, cómo no, estuvo también marcado con la precipitación de la decisión de transferir las competencias del INSALUD al resto de CCAA que aún no lo habían hecho. Estando en Madrid, en varias reuniones se nos aseguraba que estaban previstas para el año 2004, sin embargo, en el verano de 2001 se decidió adelantarlas a enero de 2002. Y la pregunta que ahora se haría cualquier político: ¿En estos momentos de crisis económica, habrían aceptado los responsables autonómicos recibir estas competencias?

No hubo tiempo para más en un año y medio. Podría contar cientos de anécdotas, pero eso lo dejamos para los nietos.

Como circunstancia a añadir, para no extenderme, sólo diría lo siguiente:

Si con la estructura y el rigor que consiguió el Instituto Nacional de la Salud, sobre todo en lo referente a seguimiento presupuestario, control de gestión e intervención económica, pero con una gestión política llevada desde la Comunidad Autónoma, y sin perder la homologación entre centros sanitarios a nivel nacional, probablemente no habríamos llegado a las cotas

de endeudamiento y déficit que sufrimos actualmente (en todos los Servicios de Salud Autonómicos, aunque en unos más que en otros).

Ahora se oyen voces que ponen en entredicho la descentralización no jerarquizada que hay en estos momentos. Incluso el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se reconoce en la propia normativa (Ley de Cohesión del Sistema Nacional de Salud) que las decisiones serán por consenso, con lo cual se anula cualquier disposición necesaria para la institución y/o población receptora, si no existe consenso entre las CCAA. Esto produce que sigan enquistados los temas más sobresalientes del sistema: movilidad de profesionales por el territorio nacional, movilidad de usuarios con su Tarjeta Sanitaria Individual por otras CCAA, variabilidad en la Cartera de Servicios entre CCAA,... etc.'

De verbo fácil, buen comunicador y hombre del sistema, siempre que le necesite le encontré.

Gerentes Servicio Murciano de Salud

Francisco Martínez Pardo	1991-1992
Mariano Martínez Fresneda	1992-1993
Luis García Giralda	1993-1995
Andrés Martínez Cachá	1995-1996
Tomás Vicente Vera	1996-1997
Francisco Marques (Consejero de Sanidad)	1997-1999
Martín Quiñonero Sánchez	1999-2003
Eduardo Garro Gutiérrez	2003-2004
María A. Tormo Domínguez	2004-2005
Francisco Agulló Roca	2005-2008
José Manuel Allegue Gallego	2008-2010
José Antonio Alarcón	2010-Act.

En el año 1991 se nombra el primer gerente del SMS hasta el 2002 que se produce el proceso transferencial.

El Gerente mandaba en la Planificación pero el presupuesto lo manejaba el Dirección Provincial del Insalud que dependía de Madrid. Esto suponía las lógicas tensiones políticas que amenazaban la estabilidad. En ese sentido la nota más exótica la proporciona el propio Consejero Marques que durante más de un año compatibiliza el cargo de Consejero con la Gerencia del SMS.

Quiñonero y Garro asumen la responsabilidad de la transferencia y es a partir de ahí como conocemos el actual SMS englobado en la estructura de la Conserjería de Sanidad.

El protagonismo de los gerentes es cada vez mayor y desarrollan el modelo de AP hasta llegar a nuestros días.

En estos 19 años se producen 12 relevos en la Dirección del SMS.

Francisco Martínez Pardo

“En 1991 soy nombrado primer Gerente del Servicio Murciano de Salud, en la práctica el nº2 de la Consejería siendo consejero Dr. Lorenzo Guirao: en este puesto recibo las competencias hospitalarias de Sanidad: Hospital General, H. Los Arcos y H. Psiquiátrico y se va creando el servicio que recibirá las competencias del Insalud.

Se realiza el Primer Plan de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, siendo mi principal colaborador el Dr. Pedro Parra. En mayo del 93 paso a Gerente del Instituto de Servicios Sociales de la región de Murcia.

Anteriormente el 1 de septiembre de 1982 soy nombrado Director Regional de Asistencia Sanitaria siendo consejero el Dr. D José María Morales Meseguer; en ese tiempo se crean (1982-1986) laboratorios comarcales de salud pública ,oficinas municipales de consumo, las Unidades Básicas de Salud y los primeros Centros de Atención Primaria ,Centros comarcales de Planificación familiar, Plan de Lucha contra el SIDA, remodelación del Hospital Provincial ,el nuevo Hospital de los Arcos, reforma de la Asistencia Psiquiátrica creándose los primeros Centros de Salud Mental comarcales, Unidad Psiquiátrica en el Hospital General (veinticuatro camas)y los primeros equipos para la Atención a las Drogodependencias.

Datos más significativos, la emoción de ponerse en marcha la Ley General de Salud, la reforma de la Asistencia Psiquiátrica y el Primer Plan de Salud de la Región .

La alegría de los primeros Centros de Salud y la suerte de trabajar con José María Morales del que fui Viceconsejero en 1983. Formar equipo con el Dr. Fernández Nafria, D. Javier Escrihuela, Dr. González Tovar, Don Ángel Arruz. Dr. Lorenzo Guirao, etc.”

Nos ayudo mucho en los comienzos.

Mariano Martínez Fresneda

Unas memorias de urgencia de quien fue su primer titular efectivo.

“En Julio de 1992 fui nombrado Gerente del Servicio Murciano de Salud.

Provenía de la Dirección General de

Asistencia Hospitalaria y pasé a este servicio con toda la dotación de la Comunidad Autónoma y el Área de Salud Mental. En conjunto superábamos los 1500 trabajadores de distintas categorías profesionales y un origen muy heterogéneo. Contábamos con tres hospitales (H. General, H. Los Arcos y H. Psiquiátrico) y un problema financiero común.

Corría en ese año una aguda crisis económica con grave repercusión en los ingresos y la Comunidad, su Consejero de Hacienda, andaba muy preocupado porque este área fuera capaz de generar ingresos suficientes para sostener la asistencia. Algo, por lo demás, que parece un “deja vu”.

Con el equipo que ya habíamos formado en la anterior Dirección General, profundizamos en la formación en gestión sanitaria a través de un convenio con la Escuela Nacional de Sanidad y una asesoría permanente de la misma. El antiguo consejero, desgraciadamente fallecido Dr. Lorenzo Guirao, fue uno de los artífices más notorios del mismo: se adoptaron múltiples estrategias que pronto nos pusieron en una posición muy adecuada en cuanto a la capacidad productiva y a la calidad de la misma. Nuestro tamaño, más que una debilidad era una oportunidad que, sin ánimo de pretenciosidad, aprovechamos más que dignamente. Mi amigo y gerente del H. General, el Dr. López Andreu, con su preclara inteligencia, fue el definitivo soporte que precisábamos para avanzar.

Uno de los aspectos que más esfuerzos supusieron fue la formulación de un contrato especial sustitutorio con el antiguo Insalud. Este contrato nos supondría la

suficiencia financiera y la responsabilidad plena sobre un área de salud. Podemos figurarnos lo complejo de este tipo de contratos (entonces solo había uno en España y lo tenía la Fundación Jiménez Díaz de Madrid) y por tanto las exigencias que comportaba. Paso a paso fuimos cerrando todas sus particularidades y finalmente se firmó en el verano del año siguiente. El contrato nos permitía subsistir e incluso igualar los salarios de nuestros profesionales a los del Insalud que por entonces eran casi un 30% inferiores.

Otra negociación compleja que me llevó varias veces al Ministerio de Defensa logró la apertura del Hospital militar a los pacientes no militares, firmamos un protocolo con el entonces Secretario de Estado y los cartageneros, pronto pudieron utilizar esas instalaciones.

La colaboración con el Insalud de Murcia, su equipo directivo y muchos otros compañeros, me ha proporcionado, hasta hoy, un buen número de amistades con excelente preparación y sentido de la profesión. Sería demasiado largo y probablemente injusto, por dejar algún nombre fuera, recordarlos a todos. Pero si deseo dejar constancia de que aún me congratulo con su amistad.

Mucho más compleja resultaría la negociación interna para la formulación de la primera Ley del Servicio Murciano de Salud como tal servicio asistencial.

Mi equipo deseaba una ley que nos transformara en un ente público sometido a derecho privado. Nuestra propuesta se basaba en que, si con las estrecheces administrativas de la función pública habíamos logrado muchas cosas en poco tiempo,

con un marco jurídico más abierto podríamos escalar muchos puestos y convertir nuestros centros en lugares de excelencia.

Desgraciadamente la propuesta chocó con determinados intereses políticos del partido gobernante y la propuesta fue reformulada como ente administrativo (lo que es aún hoy día) cuyos resultados, por todos conocidos, ya anticipábamos entonces.

Pronto quedó claro que ese gobierno no permitiría tal transformación y el equipo, con su gerente al frente, presentó la dimisión a finales de Diciembre de 1993. De alguna manera siento no haberlo conseguido y haber tenido preclara razón en lo que propusimos en su momento.”

Una mente privilegiada en un gran corazón, apartarle fue un despropósito. Sabes que te aprecio desde hace muchos años.

Luis García Giralda

“Asumí la responsabilidad del cargo en el 1993 hasta el cambio del ejecutivo regional ocurrido tras las elecciones autonómicas de 1995.

Pidiendo disculpas por los olvidos veinte años después, te relato las personas que en función de su cargo o proximidad profesional fueron de más relevancia en aquella época.

En primer lugar, y de forma destacada, estuvo el Dr. Lorenzo Guirao, Consejero de Sanidad y hombre carismático. Con el mismo “status” que yo ostentaba resaltar las figuras del Dr. Rafael González Tovar, Dr. Mariano Martínez Fresneda, Dr. José M^a García Bastarrechea y el Dr. Francisco Martínez Pardo. Por otro lado había una figu-

ra paralela, Dr. José M^a López López, Director Provincial del INSALUD, y los responsables de la Gerencia de Cartagena Dr. Esteban Granero y de Murcia, Dr. José Domínguez y posteriormente Dr. Enrique Ortín.

Como colaboradores más cercanos tuve siempre a mi lado al Dr. José M^a Ruiz Ortega, que en aquel entonces era Director General de Asistencia Especializada, y Dña. Charo Guijarro, Secretaria General del Servicio Murciano de Salud. Finalmente mi eficiente y discreta secretaria particular, Lola.

Digamos que emocionalmente tuve un poco de todo, pero lo que si te puedo asegurar es que fue un periodo turbulento y muy enriquecedor.

Por destacar alguna emoción decirte, que sobre todo fue una etapa enormemente creativa y estimulante, no exenta de “muchacha confusión” entre los colaboradores menos allegados, por todos los cambios que se introdujeron en ese periodo y que pasaré a exponerte en la siguiente pregunta.

Para resumir emocionalmente este periodo, decirte que cuando nos relevaron de nuestras responsabilidades, recibimos las felicitaciones y el reconocimiento, tanto de los “nuestros” como de los que pertenecían al mundo sanitario, incluyendo personas de otro talante político.

Previo a mi nombramiento de Gerente del servicio Murciano de Salud fui Asesor y Director de Gabinete del Consejero. En ese tiempo se desarrollaron fundamentalmente políticas de salud, destacando la elaboración del Primer Plan de Salud de la Región de Murcia, que como tu bien recordarás contó con la colaboración de muchos profesionales de procedencia variada, y la

creación del Servicio Murciano de Salud. Una vez era Gerente del Servicio Murciano de Salud, las principales circunstancias que ocurrieron fueron la transformación de los dos hospitales de la Comunidad Autónoma, definidos como hospitales de la Diputación (el Hospital General y los Arcos), y su integración en la red asistencial del INSALUD con la asignación de un Área de población de referencia.

Durante ese periodo también se produjo una transformación radical del modelo de gestión sanitaria desde un modelo administrativo a un modelo empresarial, con la elaboración de la Ley 4/94 del Servicio Murciano de Salud, y que sigue vigente en la actualidad, que introdujo cambios sustanciales en el modelo de financiación, gestión económica y de política de personal.

En esa misma época se produjeron cambios sustanciales en relación al Centro de Hemodonación y su relación con las Hermandades de Donantes y los sistemas de difusión, recogida de sangre y apoyos sociales. Estos cambios produjeron, en algunas comarcas, situaciones convulsas pero necesarias para la reordenación y mejora del sistema, todo ello liderado por el Dr. Vicente Vicente.”

Un magnífico estratega y mejor persona, seguimos en la pelea.

Andrés Martínez Cachá

Gerente del Servicio Murciano de Salud 1995-1996.

La entrevista efectuada en el domicilio de don Andrés no revela aspectos notorios en

esta etapa en la que fue Gerente siendo los Consejeros de Sanidad Dr. Gil Melgarejo y D. Francisco Marqués. Periodo que le sirvió sobremanera para conocer las Instituciones Sanitarias que gobernaba la Consejería de Sanidad y que posteriormente aprovecho como Director del INSALUD para la mejora de su gestión.

En cualquier caso la experiencia le vino bien para afrontar en el año 1996 la dirección del Insalud.

Tomás Vicente Vera

Fui Gerente del Servicio Murciano de Salud desde el 09/09/1996 hasta el 16/05/1997, fecha en la que cesé de forma voluntaria y por incompatibilidad de caracteres con el Consejero de Sanidad de esa época. Te resumo muy brevemente las acciones emprendidas en ese periodo.

En el área de Atención Primaria se homologaron las diferencias salariales que existían con los antiguos médicos de cupo en las zonas rurales, y en esa época se intentó dotar de mas recursos humanos en alguna de las zonas donde un médico abarcaba un gran contenido territorial asistencial.

Durante ese periodo también se culminó la realización del Centro de Salud de la Alberca.

Potenciación de la salud Infanto-juvenil, dotando de más personal y de recursos materiales el centro de referencia de San Andrés.

Fui el patrono y creador de la Fundación del Hospital de Cieza con la culminación en la inauguración del mismo.

Participación de forma intensa en la

planificación del futuro Hospital General Universitario, hoy día Hospital Reina Sofía.

Miembro de distintas comisiones que te resumo muy brevemente: miembro de la Comisión para el Plan de Salud de la Región de Murcia, miembro de la Comisión Mixta entre la Consejería de Sanidad y Política Social de la Región de Murcia.

Representante en la Comisión Nacional de Hemoterapia por la CARM. Orden de la Conserjería de Sanidad y Política Social, junio 1997.

Representante del Comité autonómico de Cruz Roja de Murcia.

Representante de la Comisión Interautonómica del Plan Nacional sobre Drogas.

Miembro del comité de honor del XIV Congreso Nacional de la Asociación en Enfermería del Plan Nacional. Enero 1997.

Miembro del comité de honor del Simposium Internacional sobre donación y trasplante de órganos (marzo 1997).

Miembro del comité de honor de las Jornadas de Salud Mental de la Región de Murcia (1997).

Apreciado amigo, disculpa esta información por entregas, pero ha pasado mucho tiempo y a veces es difícil tener todo en la cabeza y en la hemeroteca.

Te mando dos anotaciones que pueden ser de interés.

Estas acciones irían enmarcadas en el ámbito clínico asistencial:

1. Creación de una Unidad de Drogodependencias con dotación de espacio físico adecuado, camas, enfermeras, una psicóloga y personal médico en el Hospital General Universitario San Juan de Dios y dirigida por el Dr. Basterrechea.

2. Creación como unidad global del Servicio de Hematología que pasaría a denominarse Oncohematología con contratación de personal específico oncólogo (Dr. Francisco Ayala) y dirigida por el Profesor Vicente.

Miembro del Comité de Honor de la I Reunión anual SOMICEIM. Noviembre 1996. Murcia.

Presidente de las II Jornadas de Alcoholismo, Sociedad y Familia. 17 de noviembre 1996. Yecla. Murcia.

Miembro del Comité de Honor de las XVII Jornadas de Economía de la Salud. Mayo 1997. Murcia”.

Compañero de la Real Academia del que espero aprender de casi todo.

Martín Quiñonero Sánchez

“Desempeñe el cargo de Gerente del Servicio Murciano de Salud durante la legislatura 1999-2003, cesando el 14 de abril de ese año para formar parte de la candidatura del Partido Popular a la Asamblea Regional por la circunscripción del Guadalentín.

Durante esos años formaron parte del organigrama de Servicio Murciano de Salud:

Secretaría General técnica: Dña. Inocencia Gómez.

Director General de Recursos Don Juan Luis Jiménez y posteriormente una vez asumidas las competencias de asistencia sanitaria Don Eduardo Garro Gutiérrez.

Director General Asistencial Don José López López que posteriormente paso a

desempeñar la responsabilidad de Director General de Aseguramiento y Prestaciones.

Director General de Asistencia Sanitaria: Juan Antonio Marques Espí.

Fueron unos años inolvidables, constituyó un reto incuestionable asumir la Gerencia del Servicio Murciano de Salud, teniendo en cuenta que todos mis antecesores habían sido médicos (yo soy veterinario). Fue y sigue siendo una satisfacción personal y un enriquecimiento profesional haber realizado la labor de Gerente del Servicio Murciano de salud en los años en los que se recibieron las transferencias sanitarias. Fueron unos años en los que coincidieron hechos importantes, pero si hay que destacar alguno por complicado y con gran repercusión mediática me tengo que referir a la aparición de daños estructurales en el Hospital General Universitario, circunstancia que obligo a derribarlo y construir el nuevo Hospital Reina Sofía. Tuvimos que buscar donde ubicar consultas externas y también donde ubicar al resto del personal. Todo lo anterior coincide en el tiempo con la elaboración de pliegos para la demolición y nueva construcción.

Otra circunstancia de mayor importancia que la anterior y de mayor trascendencia fue que durante mi Dirección se realizó el proceso de transferencias sanitarias y la asunción de las mismas. Sobre esto se podría escribir todo un libro: se realizó la primera gran negociación colectiva con la equiparación salarial a la media de las CCAA.”

Muy agradecido por su actitud hacia mi persona.

Tras el cese del Dr. Tomás Vicente Vera y hasta el nombramiento de D. Martín Quiñonero Sánchez, asumió las competencias de Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, el que entonces era Consejero de Sanidad, Francisco Marqués, como Presidente del Consejo de Administración del mismo, según el artículo 25 de la 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia, (BORM, nº 178, de 4 de agosto).

Eduardo Garro Gutiérrez

“Desempeñé el cargo de Gerente del Servicio Murciano de Salud desde el 12 de julio de 2003 a 26 de enero de 2004.

Durante ese tiempo conté con la colaboración de numerosas personas. La relación sería demasiado larga. Funcionarios como D. Carlos Contreras, Javier Rubio Bethancourt, D^a. Gloria Glar, D. Miguel Vidal, por ejemplo, o directivos como Dr. Jesús Cañavate, Dr. Mariano Guerrero, D. José Luis Gil, etc. son tan merecedores como cualquier otro de estar en ella. Ahora bien, para "centrar" las cosas y no hacerlo demasiado prolijo, de las que ejercía labores directivas destacaría, entre otras, a las siguientes:

- D. Juan Antonio Marqués Espí, en su calidad de Director General de Asistencia Sanitaria.
- D. José López López, como Director General de Aseguramiento y Prestaciones.
- D. Enrique Gallego, como Director General de Recursos.
- D. Roberto Ferrándiz Gómis, Gerente del Hospital Virgen de la Arrixaca.
- D. Francisco Agulló, Gerente de Atención Primaria de Murcia.

- D. José Gómez, Gerente de Atención Primaria de Lorca.
- D. Manuel Ángel Moreno, Gerente de Atención Primaria de Cartagena.
- D. José Miguel Artero, Gerente del Hospital Rafael Méndez.
- D. Domingo Coronado, Gerente del Hospital Morales Meseguer.
- D. Pedro Pozo, Gerente del Hospital de Caravaca.
- D. José Luis Almarza, Gerente del Hospital Los Arcos

Mi paso por la gerencia del Servicio Murciano de Salud fue por el tiempo necesario para cubrir la vacante dejada por mi predecesor, D. Martín Quiñonero Sánchez, a cuyas órdenes había trabajado como Director General de Recursos desde diciembre de 2001. A este último puesto llegué tras culminar el proceso de asunción de las competencias en materia de sanidad que se desarrolló entre los meses de febrero y diciembre de 2001, para cuya dirección fui designado como Coordinador Técnico. En consecuencia, si tuviera que definir con una sola palabra el cúmulo de emociones y sentimientos de aquella fase de mi que-hacer profesional esa sería "compromiso".

La asunción de la gestión de un mundo tan complejo como el propio de la gestión sanitaria se hizo en unas circunstancias excepcionales porque, de todas las comunidades que concurren a ese proceso, sólo Murcia lo hizo con plenos efectos desde el 1 de enero de 2002. Las demás acordaron un período transitorio que comprendió los seis primeros meses de tal año para terminar de adaptarse.

Esa circunstancia fue determinante para

que, desde el primer momento, tuvieran que adoptarse decisiones en todos los ámbitos, entre las que destacaría la de abonar más de diecisiete millones de euros correspondientes a la factura de farmacia del mes de diciembre de 2001, el día 20 de enero de 2002, ante la negativa del Ministerio de asumir ese pago; para a continuación, reclamar el reintegro de tal cantidad. Hubo que esperar más de cuatro años para conseguirlo, pues así lo dispuso una sentencia de la Audiencia Nacional.

Son muchos los recuerdos de aquella época. Desde la preparación de las relaciones de puesto de trabajo en diciembre de 2001 para que en el mes de enero los funcionarios estuvieran correctamente asignados en el nuevo organigrama, pasando por el dictado de las primeras instrucciones de funcionamiento; la sensación de vértigo experimentada el 24 de enero de 2002, fecha en la que cerramos el proceso de pago de la primera nómina con todo el personal transferido, las reuniones de la mesa sectorial de sanidad, la culminación de las obras de los hospitales que se habían iniciado antes de la transferencia, el impulso de la construcción del hospital Reina Sofía, la ejecución de la Oferta Pública de Empleo del INSALUD, hasta la preparación de la Ley de Personal Estatutario del Servicio Murciano de Salud. Esos acontecimientos y muchos otros están grabados en mi memoria y, vistos con la calma que el tiempo transcurrido elimina el desasosiego con el que fueron vividos, me generan un profundo agradecimiento al mundo sanitario que, en compensación a mis desvelos, me ha proporcionado muchas y entrañables amistades.

Por último, no me queda más que felicitarte nuevamente por tu merecido nombramiento, y también a la Real Academia porque tu incorporación también es muy buena noticia para ella”.

Compañero puntual de andares por el Malecón, le recuerdo como un técnico de alto nivel y proximidad.

María A. Tormo Domínguez

“Estimado Juan Enrique:

En primer lugar expresarte mi agradecimiento por pensar que mi opinión pudiera ser tenida en cuenta, muchas gracias.

Fui directora gerente del Servicio Murciano de Salud desde finales de marzo del año 2004 a finales de julio del año 2005. Fui la segunda gerente del servicio después de que Murcia asumiera las competencias en materia sanitaria.

Mis directores generales fueron:

- Director de Asistencia Sanitaria: Dr. Alfredo Macho. Esta dirección general, a su vez, contaba con tres subdirecciones generales, de asistencia especializada, Dra. Luz García Carrillo, atención primaria, nuestro común amigo el Dr. José Javier Herranz y salud mental, Dr. Carlos Gilabert.
- Dirección General Económica, D. Andrés Carrillo.
- Director de RRHH, D. Enrique Gallego. Su subdirector era D. Carlos Contreras.
- Secretaría Técnica, inicialmente la ostentó Dña. Inocencia Jiménez y posteriormente nombré a D. José Rodenas.

La máxima responsable de la consejería, era la consejera Dña. M^a Teresa Herranz.

En todos ellos deposité toda mi confianza y siempre he reconocido su esfuerzo, dedicación y compromiso. Sinceramente, creo que no se puede trabajar más.

Por supuesto que todos los gerentes y directivos, de hospitales y gerencias de atención primaria, fueron unos grandes colaboradores y contaban, igualmente, con mi confianza.

En el capítulo de emociones, debo de iniciar diciendo que yo llegue a Murcia en el mes de febrero del año 2004. La consejera, Dra. Herranz, me ofreció inmediatamente ser la gerente del Servicio Murciano de Salud y para mí fue un altísimo honor y asumí esa responsabilidad con enorme responsabilidad y dedicación.

Yo siempre he dicho que trabajé hasta la extenuación, pero que fui muy feliz en Murcia. Hice amigos que han enriquecido mi vida de forma permanente y de los que aprendí y aprendo constantemente. La idea que yo tenía de Murcia antes de conocerla y la que tengo desde mi estancia en ella, es diametralmente distinta. Murcia tiene una sanidad de primera línea y unos profesionales de los que debe sentirse muy orgullosa. Mi compromiso con Murcia fue absoluto y sigue siéndolo, Murcia entró en mi vida para quedarse. Repito, fue un altísimo honor trabajar para la sanidad de Murcia y un motivo permanente de agradecimiento por mi parte.

Confío en que, en la medida de mis posibilidades, contribuyese a mejorar la gestión del Servicio Murciano de Salud y de todos y cada uno de sus centros sanitarios y a introducir una gestión más profesionalizada.

Los hitos más importantes que ocurrie-

ron durante mi desempeño de la gerencia del Servicio Murciano de Salud fueron:

- Inauguración del Hospital Reina Sofía de Murcia, enero del año 2005. Proyecto que lideré en primera persona.
- Implantación de la gerencia única en el área V de Murcia, el altiplano (Yecla y Jumilla). Proyecto que posteriormente se generalizó. La idea era iniciar la experiencia para después de su evaluación decidir si era subsidiaria de introducirse o no en otras áreas de salud.
- Se aprobó e implantó el Plan contra las agresiones a los profesionales sanitarios y no sanitarios del Servicio Murciano de Salud. Fue uno de los primeros, sino el primero del país.
- Se diseñó el plan estratégico de la Sanidad de Murcia.
- Se suscribió un nuevo contrato de gestión con el Hospital Fundación de Cieza.
- Se continuó e impulsó la informatización clínica tanto en los hospitales como en los centros de salud de la Región de Murcia.
- Se inició el proyecto del hospital materno- infantil del hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y del aparcamiento.
- Se inició el proyecto del nuevo hospital Sta. Lucia de Cartagena y se iniciaron las obras.
- Se inició el proyecto del nuevo hospital del Mar Menor.
- Se incrementó la colaboración con el Hospital Naval de Cartagena, en tanto en cuanto se construía un nuevo hospital para la ciudad.
- Se amplió la oferta asistencial del servicio 061.

- Se concluyeron todos los procesos de regularización de interinos.
- Se impulsó de una manera decidida el Plan de Salud Mental de la Región. Aquí, el Dr. Carlos Gilabert te puede dar más detalles, porque el impulso fue muy importante.
- Se formularon los contratos de gestión de los años 2004 y 2005 de todos los Hospitales y Gerencias de Atención Primaria.
- Se ejecutaron los planes de inversión en alta tecnología sanitaria de todos los hospitales y se pusieron las bases, inició del proyecto, para que el servicio de medicina nuclear del hospital Virgen de la Arrixaca dispusiera de un PET-TAC.

Por último, ante tu insistencia a otras circunstancia, me gustaría resaltar, de nuevo, que la Región de Murcia debe de sentirse muy orgullosa de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en el Servicio Murciano de Salud, así como de su oferta sanitaria. Igualmente, reitero mi compromiso permanente con Murcia y mi agradecimiento. Fue un altísimo honor dirigir el Servicio Murciano de Salud

Juan Enrique, de nuevo, muchas gracias. Confío y deseo en tener la oportunidad de saludarte personalmente y quedo a tu disposición”.

La recuerdo en su discurso en los XXV años de docencia y su disposición para este evento.

Francisco Agulló Roca

“Desempeñé el cargo de Gerente del Servicio Murciano de Salud desde el 26 de julio de 2005, en virtud del nombra-

miento dispuesto en el Decreto 87/2005, de 22 de julio de 2005, hasta el 6 de abril de 2008 (tras publicación el día 7 de abril de 2008 del Decreto 47/2008, de 4 de abril, por el que se disponía el cese como Director Gerente del Servicio Murciano de Salud), es decir un total de dos años, ocho meses y doce días.

Debido, en mi opinión, el estilo participativo de mi dirección, semanalmente reunía al Comité de Dirección del SMS. En el seno de este Comité semanal acordábamos las decisiones a tomar, oídas todas las partes. En este Comité de Dirección, las personas de mi máxima confianza siempre fueron el Director General de Recursos Humanos, D. Pablo Alarcón; el Director General de Régimen Económico, D. Andrés Carrillo; el Secretario General Técnico, D. José Ródenas; y el Subdirector General de Atención Primaria, D. José Javier Herranz.

En la estructura directiva de los órganos periféricos del Servicio Murciano de Salud, contaban con mi confianza todos los Directores Gerentes de las Gerencias de Atención Primaria y de la red de Hospitales y los miembros de sus respectivos Equipos directivos, gozando particularmente de mi absoluta confianza el que fuera Gerente del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, D. Manuel Alcaraz.

Otras personas en las que deposité mi máxima confianza fueron los auxiliares administrativos de la Secretaría de Dirección, Mari Carmen y Maxi, el asesor facultativo D. Juan Merino y la jefa de los Servicios jurídicos del SMS.

Tras un apasionante y enriquecedor periodo de trabajo como directivo en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia,

de más de cuatro años (desde julio de 2000 a octubre de 2004, desempeñando los puestos sucesivos de Coordinador Médico de Equipos de Atención Primaria, de Director médico y de Director Gerente), durante los cuales tuve la inmensa fortuna de poder recibir formación específica en diferentes facetas de la “Gestión de Servicios Sanitarios”, mi llegada a la Gerencia del Servicio Murciano de Salud representó, para mí, todo un reto personal y profesional, un compromiso personal con quien me propuso para dicha responsabilidad (nuestra ex-consejera de Sanidad Dra. María Teresa Herranz) y un verdadero honor, al poder formar parte del Gobierno Regional de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia.

Pasé en aquel momento de ser un Médico de Familia formado y con experiencia en “Gestión sanitaria”, un “técnico”, a ser un responsable de la “Política sanitaria” regional, un “político sanitario”, a pesar de mí no filiación política expresa.

Como médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria representaba para mí una satisfacción poder desempeñar el puesto de Gerente del Servicio Regional de Salud y poder defender el importante papel que creía y creo que tiene la Atención Primaria de Salud en cualquier Sistema Sanitario. Creo humildemente que así lo hice, o al menos, lo intenté diariamente.

Durante el tiempo de trabajo con la consejera Herranz, y con su liderazgo real e indiscutible de la Sanidad Regional, formamos un verdadero tándem en la Dirección de la Consejería de Sanidad y del Servicio Murciano de Salud, con absoluto

entendimiento mutuo, plena confianza recíproca y efectivas sinergias en el trabajo diario, en la planificación sanitaria y en la toma de decisiones.

Tras mi cese (propuesto por la siguiente Consejera de Sanidad, al perder de repente su confianza, tras nueve meses anteriores de total confianza) se ponía fin, al menos durante un tiempo indeterminado, a mi “carrera como gestor sanitario” en el Servicio Murciano de Salud, carrera para la que me había formado específicamente, durante años, con gran esfuerzo y dedicación personal y familiar, y que contaba con una dilatada experiencia en un amplio abanico de responsabilidades.

En mi etapa se desarrolló y concluyó el complejo y largo proceso extraordinario de Consolidación de Empleo, convocado en 2001 por el extinto Insalud, por el que adquirieron la condición de personal estatutario fijo en el Servicio Murciano de Salud un número muy importante de profesionales de todas las categorías y especialidades sanitarias y no sanitarias.

Fue todo un hito de aquella etapa conseguir diseñar, aprobar e implantar el Sistema de Carrera y Promoción Profesional del Servicio Murciano de Salud, que incluía a los profesionales de todas las categorías.

Diseñamos y se aprobaron las Estrategias para el desarrollo de la Sanidad Regional, que se conocieron por el nombre de “es +Salud” (Plan Estratégico), que tras la marcha de la Consejera Herranz en 2007, y la mía en 2008, siguieron marcando la “hoja de ruta” de las actuaciones sanitarias regionales durante varios años.

Conseguimos dotar de la condición de “Universitario” a toda la red de centros

sanitarios de la Región, gracias a la colaboración y predisposición del Equipo Rectoral de la Universidad de Murcia.

Se introdujo el modelo de Gerencia Única de Área (que ya estaba en funcionamiento en el Área del Altiplano) en las Áreas de Lorca y del Noroeste, con la aprobación de sus respectivos Reglamentos de Estructura y Funciones.

Diseñamos la creación de la Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia y la pusimos en funcionamiento.

Y, a pesar de que se advirtió de forma manifiesta, expresa e insistente del coste que tendría la medida y de su nula efectividad en el ámbito sanitario regional (porque el servicio sanitario se presta durante las 24 horas del día, de los 365 días del año), se implantó en el seno del Servicio Murciano de Salud la Jornada de 35 horas semanales a partir de enero de 2008.

La peor sensación, emoción, experiencia personal y profesional que se produjo durante aquel tiempo fue que algunos de mis colaboradores más directos y cercanos, se convirtieran, a partir de un momento dado y ante mis ojos, en mis máximos rivales y competidores desleales para conseguir mi cese y mi relevo, debido única y exclusivamente a sus intereses particulares.”

En Paco, resumo el merito de la constancia y su permanente buen humor.

José Manuel Allegue Gallego

Mi llegada a la Dirección General de Asistencia Sanitaria fue en Noviembre de

2005, Desde allí pase a la Gerencia del Servicio Murciano de Salud en 2008 hasta mayo de 2010.

Durante toda mi estancia en los Servicios centrales del Servicio Murciano de Salud, estuvo presidida por “mucho movimiento”, yo lo calificaría de bastante dinámico, fue una etapa de transición de las épocas de vacas gordas a vacas flacas.

Hubo un hecho lamentable que puso al mundo sanitario en la primera página de los rotativos y televisiones, ojalá hubiese sido por otro motivo, pero por desgracia no lo fue, la muerte de María Eugenia en 2009, a manos de un paciente.

De otro orden de cosas...

Entre las personas que en aquel momento se encontraban compartiendo conmigo aquellos ratos recordar por supuesto a la Dra. María Teresa Herranz, brillante, por supuesto, el Dr. Francisco Agulló, D. Enrique Gallego, D. Andrés Carrillo y como no posteriormente Pablo Alarcón.

Proyectos

Si he de empezar por alguno me gustaría empezar por éste como objetivo, de otros y su continuidad, hasta alcanzar a la totalidad de la Región, fue el apoyar y lanzar las Gerencias únicas de Área, proyecto inconcluso por la tan consabida crisis.

Este modo de organización, aunque precisaba de un cierto tiempo para asentarse en profesionales y ciudadanos, dio en algunas áreas, precozmente implantadas, sus primeros resultados.

En unas palabras la “Integración de los dos niveles asistenciales en uno solo”.

Plan de Mejora y Modernización de Atención Primaria.

Plan estratégico 2005-2010 es + salud.

Plan estratégico 2007-2013.

Concurso de renovación e innovación tecnológica que supuso una inversión importante y una apuesta decidida por la actualización tecnológica de los hospitales de la Región procediendo al recambio o a la ampliación de los recursos disponibles en tecnología sanitaria.

La puesta en marcha de las treinta y cinco horas semanales de trabajo.

Otro de los grandes proyectos fue la Oferta Pública de Empleo del Servicio Murciano de Salud, que acaba de terminar ahora. Otro gran esfuerzo para nuestro sistema sanitario.

La construcción y montaje de los dos Hospitales de Cartagena y Mar Menor, supuso para nuestra comunidad, realizar el mayor diálogo competitivo, público-privado para el montaje y renovación tecnológica a quince años de dos Hospitales, en España, nadie antes había hecho algo así.

La central logística del Servicio Murciano de Salud. El modelo a seguir por otras comunidades e incluso el Ministerio de Sanidad... ahora nos copian todos

La integración de la Fundación de Ciencia y Defensa al Servicio Murciano de Salud.

Centro médico de atención al Cáncer de la Región de Murcia.

Remodelación del Hospital Materno Infantil.

Estrategias de salud como el ICTUS.

Estrategia en Cuidados Paliativos.

Convenio de colaboración entre la fiscalía de la Comunidad Autónoma de Murcia y el Servicio Murciano de Salud.

En fin serán muchos los proyectos que no menciono y son también otro gran número de proyectos que por una u otra cosa no vieron la luz durante estos años, algunos están tan vigentes que en cualquier momento podrían ir hacia delante.

Me pides que haga unas reflexiones sobre lo que supuso o supone haber pasado un tiempo con responsabilidades en nuestro Sistema de Salud, ante todo me provoca un gran respeto por los que me precedieron, pues desde el primer minuto eres conocedor de la gran responsabilidad que asumes.

En los ratos que yo llamo “los del corredor de fondo”, en ese ir y venir a Cartagena donde durante unos cincuenta minutos reordenas el día o reflexionas de lo acontecido, para llegar a casa con la mejor de las sonrisas, ¡cuánto de menos eche mi trabajo en la UCI! , y ¡con cuanta similitud en un montón de ocasiones! , pues pasas circunstancias muy parecidas.

Una de las ventajas es la profundidad de mirada que desarrollas, el conocimiento de personas que te acompañarán durante el resto de mi vida y otras que aunque no frecuentes parecerá que fue ayer.

Lo que si desarrollas y no quedas impasible es que a partir del paso por los Servicios Centrales es que quedas impregnado de un sentimiento de responsabilidad, nunca mejor en las actuales circunstancias; lo dicho te implica fundamentalmente por ese y con ese, gran valor que tiene el Servicio de

Salud y que algunos lo dicen con la boca pequeña, son las personas que formamos parte de él.”

Desde el principio nos caímos bien y sufrimos lo de M^a Eugenia.

José Antonio Alarcón González

“Buenas noches Juan Enrique, perdón por el retraso, pero a veces el tiempo no se puede alargar”. Paso a responder las preguntas:

1. Desde 10/05/2010 hasta la fecha soy Gerente del Servicio Murciano de Salud.
2. Dir. Ger .Asistencia Sanitaria: Dra. Magina Blázquez .Dir. Ger. RRHH: D. Pedro Zaragoza. Secretario Ger. Técnico: D. Diego Fernández .Son las personas más cercanas, pero el resto de Profesionales que están ahí y que tiene toda mi confianza M^a Ángeles, Mercedes, el Dr. José Javier Herranz y tantos profesionales en los Equipos de Atención Primaria, Servicios Hospitalarios....etc. que cuando he necesitado hablar con ellos, intercambiar ideas, asesorarme o pedir consejo siempre han estado ahí.
3. Responsabilidad por intentar hacer las cosas bien y con justicia. Humildad y respeto hacia el trabajo de nuestros Profesionales. Orgullo de pertenencia a una gran organización y más aún que he podido conocerla más a fondo, amistad de gente que he conocido y que en estos tiempos complejos se me han ofrecido sin fisuras.

4. Consolidar las Gerencias de Área. Impulsar el diseño y despliegue de las "Estrategias 2015", donde se recogen las actividades, hitos y proyectos para asegurar y afianzar la sostenibilidad del sistema sanitario. Es una apuesta de futuro, donde la propuesta es un cambio conceptual pasando de un "Hospitalocentrismo" clásico a potenciar la Atención Primaria como gran Gestor de la salud. El proyecto tiene envergadura y dificultades, pero estamos convencidos que el futuro pasa por una Atención Primaria fuerte y resolutiva.

También hay que reconsiderar como abordamos la cronicidad y otros tantos puntos tratados en las ESTRATEGIAS 2015. Creo firmemente que son tiempos de cambio y tenemos la obligación de pilotarlo y realizarlo.

Lo primero es creer que hay que cambiar, eso sí, de la mano de nuestros profesionales, ya que sin ellos no se realizara el cambio, sin ellos no vamos a ningún sitio. Estamos en pleno proceso de preparar, cambiar y desarrollar estrategias de implantación, para así después coger velocidad de crucero, pero mientras no nos lo creamos, no avanzaremos. Aunque el día a día es complejo, mi esfuerzo mayor está dedicado a realizar el proceso de cambio.

5. Una reflexión para terminar recordemos el pasado, aprendamos del presente y no repitamos errores en el futuro,

dediquemos nuestra energía para mejorar y avanzar.

Saludos, si precisas algo mas, a tu entera disposición”.

No debo hablar, sigue siendo mi Jefe.

Gerentes de Atención Primaria de la Region de Murcia

Gerencia Atención Primaria Murcia

Gabriel Gómez Martínez	1988
Jesús Cañavate Gea	1988-1990
Concha Violan Fors	1989-1992
José Domínguez González	1991-1994
Enrique Ortín Ortín	1994-1998
Jesús Cañavate Gea	1988-2000
José María Cerezo Corbalán	2000-2002
Francisco Agulló Roca	2002-2004
José Antonio Alarcón González	2004-2008
Maria Fátima Núñez Martínez	2008-2009

Los gerentes de AP son a mi juicio, junto a los MF y los Coordinadores de los EAP los grandes actores del cambio y la consolidación del modelo.

Es a partir de los 90 cuando se configuran realmente las Gerencias de AP en Murcia, Cartagena y Lorca, con el trabajo previo de los Coordinadores de Equipos (Molina y Paredes) y es cuando la gestión se profesionaliza cada vez más.

La apertura de Centros y Equipos, la introducción de elementos de calidad en la producción médica, la reorganización de las urgencias, las retribuciones, el día a día, la accesibilidad que se tenía, era el estímulo de seguir adelante frente a vicisitudes de todo tipo, incluidas las discrepancias con los pro-

prios compañeros y las intromisiones de la política, todo iba en el sueldo.

A partir del año 2010 la reorganización del Servicio Murciano de Salud nos lleva a la desaparición de las Gerencias de Atención Primaria en el marco del Área Única, configurándose el Directivo de Atención Primaria en una difusa Subdirección y en la mayoría de los casos subsumida en la Gestión de la Dirección Médica que normalmente suele corresponder a un médico hospitalario.

A mi juicio y al de muchos otros profesionales hemos visto en estos últimos años de experiencia de Área Única (nueve, por cierto), el aumento de la burocracia directiva sin un reflejo claro de esa coordinación entre niveles y si una pérdida de poder de decisión de la Atención Primaria frente al Hospital, sobre todo en los mas importantes. La dispersión de criterios ,la ausencia de evaluación y el poco poder de nuestros directivos de Atención Primaria están provocando un descenso del nivel de protagonismo y el aumento de la desidia de nuestros profesionales, mas en una situación de crisis donde el liderazgo es simplemente decisivo.

A todos vosotros mi mas profundo reconocimiento por lo que hicisteis.

Gabriel Gómez Martínez

En el año 1988, siendo director provincial del INSALUD Ángel Arruz y subdirector Diego Cazorla, se crearon desde la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, unas “nuevas estructuras organizativas”, que llamaron Direcciones de Atención Primaria. El titular de la Subdirección General era el Dr. Manuel García Encabo.

La Dirección de Atención Primaria de Murcia quedó de la siguiente manera:

Director
Médico Dr. Gabriel Gómez Martínez
Subdirectora
Médica Dra. Rosa Pérez Tomás
Director
de Enfermería D. Manuel Blasco
Subdirectora
de Enfermería Dña. Antonia Riquelme.

Los primeros meses estuvimos ubicados en c/ Pinares y después nos colocaron definitivamente en ambulatorio Dr. Quesada.

Desde la Subdirección General de Atención Primaria del INSALUD, recibimos instrucciones para iniciar el proceso de desmantelamiento de las sectoriales de ambulatorios, dada la inminente separación entre atención primaria y hospitales. Esa fue nuestra tarea principal además de atender el día a día las necesidades de nuestros Centros de Salud, donde como tu bien sabes había que inventarlo todo y dotar del material imprescindible, algo tan simple al día de hoy como que las consultas tengan otoscopio, se vivía entonces con gran ansiedad si algún coordinador te decía que en su centro no tenían.

En el año y medio que estuvimos en estos menesteres, se diseñaron las plantillas orgánicas de las zonas básicas en base a criterios de población y dispersión geográfica. Se contactó con los responsables políticos de cada localidad, para explicarles el procedimiento que tenían que seguir para que en su pueblo se construyera el centro de salud, que pasaba necesariamente como primer paso por la cesión a la gerencia de urbanismo de la Subdirección

General de Atención Primaria, del solar donde se construiría el edificio.

Igualmente se hizo la división del personal de la sectorial de ambulatorios entre Primaria y Hospitales. Se hizo también el plan de necesidades de cada Centro de Salud.

Como me pides que diga algo de “mis sensaciones” en este periodo dedicado a otras cosas no asistenciales, para mí fue una experiencia buena, me sirvió para conocer un poco más la Administración y sobre todo para percatarme de lo ingrato que es “trabajar mucho y no ver los resultados a corto plazo”. Por ejemplo, algunos de los solares que nosotros conseguimos, no fueron Centros de Salud hasta diez o quince años después.

No éramos gerencia, no teníamos mucha capacidad de decisión directa, pero sí que pusimos las bases para que cuando nos cesaron, se nombrara a la primera gerente de Atención Primaria.

Yo siempre he dicho que fuimos un poco las máquinas que desbrozaron el camino de la futura autovía de la Atención Primaria, luego otros pusieron la zorra, el asfalto y las señales de tráfico.

Quiero mencionar también a Dña. Carmen Forca y a Dña. María Dolores Carrillo, que eran las que nos mecanografiaban los papeles.

Espero que te sirva de algo, un saludo.

Siempre amigo y compañero.

Jesús Cañavate Gea

Con la creación de las primeras Gerencias de Atención Primaria, en la de Murcia, por cuestiones que no vienen al caso colocan como “paracaidista” a una Médico de

Familia muy cercana al grupo que en el INSALUD Madrid lidera Manuel García Encabo, se trata de Concha Violan. El Director Provincial de ese momento, Ángel Arruz, o no sabe o no quiere imponerse, me pide que siga en la recién creada Gerencia (por extinción-amortización de la Sectorial de Ambulatorios) aunque sea como Director Médico, y así lo hice, con una curiosidad a recordar: en los 26 años que he desempeñado como gestor sanitario, la primera vez que he visto convocar un puesto directivo de libre designación mediante una convocatoria por concurso de méritos en el BOE fue para esta plaza de Director Médico. Lo solicité y me nombraron (insólito).

Así estuve unos dos años y medio más, y fueron totalmente atípicos (más por la singularidad de los gerentes que estuvieron al frente: primero la ya mencionada Dra. Concepción Violan y después el Dr. José Domínguez, que por las peculiaridades en la gestión).

Pero el avance de las nuevas estructuras de Atención Primaria era imparable, unas veces con más acierto que otras. Se promovieron algunas actividades bastante interesantes, una de las cuales me ha dejado un recuerdo imborrable como las Jornadas de Atención Primaria en Águilas, promovidas desde la Dirección Provincial por el entonces su titular, José M^a López y donde se vivió un gran participación de los pioneros de la Atención Primaria en la Región. Y así lo viví hasta octubre de 1992.

Estuve a partir de 1993 en otras actividades, tras cesar en el anterior, en la Dirección Provincial de INSALUD y, cuando desde junio de 1.996 (en otra etapa política me incorporo a la Subdirección Pro-

vincial de Asistencia Sanitaria con el equipo dirigido por Andrés Martínez Cachá, se me propone también (asimismo de una forma atípica) para ocupar el cargo de Gerente de Atención Primaria de Murcia desde el 6 de octubre de 1.998.

Realicé algunos cambios en el Equipo Directivo que había dirigido Enrique Ortín (pues algunos ya se habían ido incorporando con este mismo gerente bajo indicación de la Dirección Territorial del INSALUD).

Como lo más destacable en este periodo y que mejor recuerdo fue la apuesta importante por la informatización de la actividad en los Centros de Salud con el aplicativo OMI-AP, que de forma lenta y progresiva ha llegado, con las revisiones correspondientes, hasta nuestros días.

La progresiva y casi definitiva implantación de los Equipos de Atención Primaria que quedaban, a pesar de las dificultades de las diferentes Áreas de Salud que ahora la componían (seguía manteniendo su gigantesca extensión geográfica con Áreas como Caravaca de la Cruz, Jumilla-Yecla, la Vega Alta y Media como Cieza, Molina de Segura y el Área Metropolitana de Murcia). Eran 4 Áreas de Salud gestionadas por una administración de atención primaria con una población cercana a los 750.000 habitantes, 52 Centros de Salud y más de 190 Consultorios.

Quizás me deje muchas cosas en el tintero, porque vivíamos día a día en la vorágine de la gestión, con los pedáneos dando la vara para que les pusiéramos todos los servicios de Atención Primaria. En este caso, Consultorios que, como ya sabes, correspondía construir y dotar a los muni-

cipios pero con “perras” de la Consejería de Sanidad.

Y he querido hacer un alto en el camino para recordar los momentos en los que Juan Enrique Pereñiguez y Jesús Cañavate han coincidido y me tengo que remontar a los primeros Cursos de Gestión Sanitaria que, convocados, por la Consejería de Sanidad (época de nuestro querido y malogrado Lorenzo Guirao), se celebraban con cierta asiduidad. En ellos te ubicaba en el Área de Cartagena junto a un compañero inseparable como es el Dr. Esteban Granero.

Más adelante, creo que diste un salto al Área de Murcia, y estuviste como Director Médico o Subdirector con el Dr. José Domínguez, y de lo que si recuerdo bien es que lo fuiste con el Dr. Enrique Ortín con el que además sigo guardando un grato recuerdo, aunque al ser yo quien le relevó en el puesto de Gerente en 1998, no le apreció mucha empatía conmigo, cosa que nunca entenderé porque he relevado y me han relevado compañeros y en ningún caso he mantenido enemistad por ello.

Me alegro que hayas seguido ahí en la brecha, que compartamos lo común de ser miembros correspondientes de esta magnífica Real Academia, y de que en breve vas a ingresar como miembro de número por lo que siempre, considero, que has defendido, la Medicina Familiar y Comunitaria. Enhorabuena y un abrazo de nuevo.

Concepción Violan Fors

La Gerencia de Atención Primaria Murcia (Área 1) del año 1989 al 1992.

Lo primero que recuerdo de aquella

época es la ilusión y las ganas que teníamos los que trabajábamos en la gerencia de atención primaria. Nos centramos en dos aspectos fundamentales, analizar la asignación de personas médico, buscar terrenos para construir los edificios, diseñar los centros de salud y, sobretodo, pensar en el nuevo modelo de atención asistencial donde el médico de familia fuera el responsable de la atención al paciente.

Mis recuerdos son nostálgicos pero llenos de felicidad, no sólo por el equipo de personas con las que tuve la suerte y el privilegio de rodearme, sino también por el gozo personal de poder realizar aquello en lo que creíamos que era lo mejor para los profesionales sanitarios y para las personas que atendíamos.

Sin lugar a dudas de aquella época hubo dos hitos destacacados:

La planificación de las áreas básicas de salud del Área 1 de Murcia que incluía todo Murcia excepto la zona de Cartagena y Lorca. En aquella época se definieron los límites territoriales y se buscaron los terrenos más óptimos para la ubicación de los centros. Además se definieron los modelos funcionales de los centros de salud en los que se incluían espacios de visita para el médico y la enfermera así como otros profesionales de los Centros de Salud además se definieron espacios adecuados para la espera de los pacientes, así como zonas específicas para la docencia y la investigación. Se definieron 2 modelos funcionales diferentes los de los centros decentes y los que no eran docentes. (se realizó un documento con la firma de un convenio entre el Insalud y la Conserjería de Salud). En este proceso,

estuvo implicado todo el equipo directivo de la gerencia del Área I, pero también, el Dr. Juan Antonio Sánchez Sánchez y el Dr. Pedro Parra que en aquella época trabajaban en la dirección de Planificación de la Conserjería de Salud.

La definición de una organización en la gerencia de atención primaria. Se definieron las unidades de trabajo, las funciones de las mismas y las tareas de cada una de las personas implicadas. Se creó la dirección médica, de enfermería y económica. Cada una de estas direcciones tenía una subdirección. Además se creó la “unidad docente y de investigación” y se creó también una unidad de informática. Las personas que en aquel momento estuvieron colaborando fueron el Dr. Jesús Cañavate, el Dr. Manuel Sarmiento, el Dr. Julio López Picazo en la dirección médica, Dña. Vicenta Barco, M^a Ángeles Cifuentes en la dirección de enfermería, D. José Antonio Zamora en la dirección económica En el Unidad Docente e de Investigación, el Dr. Francisco Molina y la Dra. M^a Teresa Martínez Ros. La unidad de informática estuvo a cargo de D. Cayetano Martínez Ros. Respecto a actividades a destacar fueron. 1) la identificación de los cupos reales asignados a cada médico y enfermera, para poder implantar y adecuar la tarjeta sanitaria y la distribución de población a cada profesional y equipo de atención primaria. 2) la definición de la cartera de servicios, para ello se realizó un trabajo de campo exhaustivo de identificación de los servicios, horarios y profesionales de los Centros de Salud que luego se utilizarían para elaborar trípticos informativos la población que conocieran los servicios que disponían en cada centro

3) la implantación de la cita previa para las consultas asistenciales.

Su vuelo catalán me impidió conocerla más.

José Domínguez González

Director Gerente de Atención Primaria.
Murcia 1991- 1994

Llegué a Murcia, autoexpulsado de Alicante por un descalabro emocional, pero con el impulso de una formación específica y experiencia en la dirección y gestión de servicios sanitarios. Mi formación y experiencias se iniciaron formando parte como técnico, de un equipo de políticos y técnicos que iniciamos la reforma sanitaria socialista en la Comunidad Valenciana.

Con el Real Decreto 137/84 del 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud y la Ley General de Sanidad 14/86 del 25 de abril, se enmarcó legalmente la reforma. Era ilusionante unirse al colectivo que estaba transformando un Sistema Sanitario, que definía como señas de identidad:

- La cobertura universal
- La integración de todos los recursos sanitarios.
- La descentralización y democratización de la gestión, el Mapa Sanitario y sus órganos de dirección, que incluían los Consejos de Salud.
- La estructuración en niveles asistenciales, con el desarrollo de la Atención Primaria y las Unidades de Apoyo y la coordinación entre niveles.

Y todo por un módico precio y a cargo de los Presupuestos Generales del Estado.

Era una aventura ilusionante:

La implantación de los Equipos de Atención Primaria.

La principal tarea de gestión en pro de la reforma sanitaria era la puesta en funcionamiento de nuevos equipos de Atención Primaria.

Para la creación de nuevos equipos (nuevas plazas y reconversión) cada Gerencia “negociaba” con la Subdirección General, la asignación presupuestaria para “nuevas acciones” (criterios técnicos) y el Director Territorial del INSALUD decidía con instancias políticas las prioridades: Subdirector General versus Director Territorial (bicefalia).

A su vez, la creación del espacio adecuado para el desarrollo de las actividades y servicios propios de los equipos, los Centros de Salud, dependiente igualmente de asignación de presupuesto para inversiones (construcción y montaje de los centros) a cargo del INSALUD, del oportunismo político de alcaldes y pedáneos y de la Consejería de Sanidad (pendiente de la transferencia del INSALUD).

Tremendo esfuerzo presupuestario (voluntad política), puesto que crear equipos de Atención Primaria y Centros de Salud requería de inversión y aumento del gasto corriente. Por entonces también estábamos en crisis.

La gran idea. Adecuación de centros ya funcionantes con cargo al Cap. II para su reconversión.- Nonduermas, Abanilla y Calasparra. Ignoraba que estaba poniendo en marcha el temporizador de una bomba.

Se fueron poniendo en marcha nuevos Equipos: El Infante, Mula, Alhama, San Andrés, Murcia Centro, Puente Tocinos,

El Cabezo de Torres, Alcantarilla II, Algezares...

Y se trataba además de que los equipos funcionaran bien.

Evolución de los Programas Marco a Cartera de Servicios y Normas técnicas Mínimas.

Desde La Subdirección Gral. (Manuel García Encabo, Belén Alonso, Santiago Martín Acera, Javier Guerra,...), a principios de 1991, se creó y difundió el instrumento clave para la reforma de la AP: “La Cartera de Servicios”.

Con la Cartera de Servicios, además de mostrarnos a la población, definíamos objetivos, necesidades de formación y de cosas como espacio, instrumental, material, tiempo,..., de coordinación con Unidades de Apoyo y con el 2º nivel, además de ser un instrumento de gran valor para la evaluación objetiva del trabajo de los equipos. Para mí, ha supuesto un instrumento metodológico clave para la gestión de la reforma de la Atención Primaria.

Implantación de la TSI (Tarjeta sanitaria individual). Los desajustes del modelo retributivo.

Hubo una estrategia perversa que nos complicó algo la vida a los gerentes (a mí por lo menos), quizás por acelerar la implantación total de la Tarjeta sanitaria individual, se basó el modelo retributivo del personal sanitario de los equipos de en las Tarjetas sanitarias individuales asignadas a cada facultativo y a partir de un momento determinado, dejaron de contar las antiguas cartillas. Esto supuso una importante merma de las retribuciones del personal, con el consiguiente mosqueo. Los sindicatos, curiosamente (puesto que partici-

paban en la definición de los conceptos retributivos), pegaban los primeros y los que más. Ese conflicto lo dejé en herencia con mi cese.

La Descentralización de la Gestión: Asignación de recursos al Equipo de Atención Primaria. El Contrato Programa.

Siempre he sido un firme convencido de que la participación es clave para el compromiso de los profesionales en su eficiencia.

Cada Centro de Salud fue identificado como Centro de Gasto.

Llegamos al "Contrato Programa". Entre otras cosas, cada equipo se comprometía a desarrollar su Cartera de Servicios y definía sus objetivos de cobertura y cumplimiento de Normas Técnicas Mínimas de acuerdo con la Gerencia. Se llegó incluso a definir criterios para reparto de incentivos económicos (que algunos equipos lograron).

Con este cometido, comenzaron las reuniones del equipo directivo de la Gerencia con los coordinadores de los equipos en grupo, los llamados Consejos de Gestión. Desde la Gerencia se impulsaba y tutelaba el proceso. Esta tarea recayó mayormente sobre la cabeza privilegiada del Dr. Julio López Picazo y el ímpetu de Juan Enrique Pereñíguez y el Dr. Juan Sánchez también estaba por allí, con esto y otras cosas. Más tarde se unió el Dr. Enrique Ortín al equipo de Dirección.

La mudanza a San Andrés (Noviembre de 1993). El nuevo organigrama de la Gerencia.

El traslado de la Gerencia del Ambulatorio del Barrio del Carmen al recién construido Centro de Salud de San

Andrés fue la oportunidad de redefinir varias cosas:

En el Hostal Entresierras, durante dos días, nos encerramos todo el personal (gerente, directores, jefes de los servicios de las diferentes áreas administrativas, administrativos y auxiliares). Analizamos el papel de la Gerencia en el Sistema de Salud y el desarrollo de la Atención Primaria. Se redefinieron las diferentes áreas de responsabilidad y a sus responsables. Cada puesto de la organización fue explicado, sus funciones y su relación con los demás. Mi cariñoso recuerdo para Dña. Carmen Forca.

Contar con una amplia planta en el nuevo edificio, permitió la reubicación de la Unidad Docente (no sin alguna resistencia por parte del Dr. Francesc Molina). El trabajo de este, como el del Dr. Roger Soto, la Dra. Maite Martínez y la Dra. Fuensanta Sánchez, debía revertir de alguna forma en Centro de Gastos del que dependía su sueldo. La Unidad Docente se instaló en la Gerencia. Hubo más contacto.

El Centro Directivo del Servicio Especial de Urgencias (SEDU), dirigido por el Dr. Tomás Anierte, también dependiente de la Gerencia 1 de Murcia, desde pocos meses después de mi incorporación como Director Gerente, se reubicó también en el nuevo edificio, donde se desarrolló hasta la creación del 061 y el 112.

La Participación Comunitaria fue un intento frustrado. Intentamos crear y activar los Consejos de Salud. Están muy bien definidos en la Ley General de Sanidad como una de las tres patas de los órganos de Dirección en cada nivel de las demarcaciones territoriales del Sistema Nacional

de Salud: la Zona Básica, el Área y la Región. En los Centros de Salud de Goya y Sta. M^a de Gracia, llegamos a hacer reuniones con los usuarios (AAVV, AACC), farmacéuticos locales y miembros de los equipos, analizando problemas de salud, de organización de servicios, propuestas, información y educación sanitaria. Con la Concejalía de Sanidad del Ayuntamiento de Murcia también lo intentamos. Tuvimos varias reuniones, con una dinámica participativa muy interesante. Fracasamos. Lo participativo requiere compromiso, o por lo menos implicación y políticamente no se promovió.

La Comisión Mixta Universidad-INSA-LUD.

Protección Civil y Plan de Emergencias.

Como Gerente de cuatro Áreas de Salud participé en la elaboración del Plan Regional de Emergencias impulsado por la Delegación del Gobierno de Murcia y nombrado Coordinador del dispositivo sanitario para emergencias a propuesta, cómo no, del Dr. José M^a López. Mi grado de dispersión y asfíxia seguía creciendo.

Análisis y debate de temas sanitarios: las jornadas de Águilas y los miércoles de Pinares.

Promovidos por el Director Territorial. Muy interesantes por lo pertinente de los temas y lo participativo. Creo que lo lúdico pudo con lo científico y se perdieron.

Los exabruptos de la "Dirección Territorial".

Cuando me lancé a la piscina cesando al Dr. Jesús Cañavate y habiendo sido aceptada mi propuesta de la Dra. Begoña García Retegui para la Dirección Médica, me encontré con que había desaparecido el

agua de la piscina.

La enfermera de distrito: No importaba que los equipos estuvieran organizados por cupos, siguiendo las directrices de la Subdirección General de Atención Primaria, López debió tener una revelación y vio a las enfermeras de Murcia como a las del modélico National Health Service, casi me saca de quicio de tanto insistir en su sueño.

Para ocurrir, la de incentivar a los médicos hiperprescritores con días de vacaciones por el ahorro de recetas. Llegué a levantarle la voz a un superior.

Fue bonito mientras duró.

Pepe, fue mi jefe y amigo, siempre admiré en él como se recomponía ante las adversidades.

Enrique Ortín Ortín

La Gestión en la Gerencia de Atención Primaria N^o 1 entre los años 1994-98: de la gestión técnica a la gestión política.

El período corresponde a una gestión dirigida desde Insalud central, con poca capacidad de influencia desde las estructuras políticas regionales.

El trabajo realizado fue intenso e interesante, como logros a destacar se pueden considerar:

–Mejora de la implantación de Tarjeta Sanitaria: La situación de partida era de menos de un 30 % de la población de cobertura. En esa época las posibilidades de crecimiento de los servicios sanitarios, especialmente en presupuesto y plantilla estaban ligadas al número de Tarjetas sanitarias individuales.

Al término del periodo la cobertura era cercana al 90% de la población censal y el presupuesto había crecido en más de 3000 millones de pesetas. Los datos son aproximados ya que no dispongo de la documentación necesaria para corroborar los datos.

Las Tarjetas sanitarias individuales también suponían uno de los complementos más importante de la nómina del personal sanitario, pasando de la estimación de personal atendido según número de cartillas familiares a número de personas. La implantación de la Tarjeta Sanitaria Individual supuso una dura tarea por las modificaciones de las retribuciones. Sindicatos, colectivos y partidos políticos comenzaron una cruzada judicial y en los medios de comunicación, de la que finalmente conseguimos salir intactos en el aspecto legal y político, pero con un importante desgaste personal y de todo el equipo directivo.

- Mejora en la financiación de la Gerencia, claramente subfinanciada con respecto a la población atendida.
- Implantación del 17 Equipos de Atención Primaria con lo que se cerró el anterior modelo tradicional de 2 horas. Al tiempo que se inauguraron más de veinticinco locales entre centros cabecera y consultorios periféricos. El trabajo resultó intenso por la necesidad de organizar y adjudicar el personal a cada centro según CIAS. (Código de identificación)
- Retirada de horas extraordinarias: Supuso un salto moral en unos momentos en que la economía del país estaba en crisis. La oposición sindical fue dura y requirió de la participación de la dirección provincial y gobierno civil.

-Elaboración del proyecto de Urgencias Regional integrado en el modelo 112. El trabajo se inició siguiendo los modelos de Madrid y Baleares. El trabajo del Dr. Manuel Gutiérrez resultó fundamental en la elaboración del proyecto, aunque su periodo de trabajo no se vio recompensado por la inauguración de las primeras bases. La estructura actual de Emergencias sanitarias varía muy poco del proyecto que se elaboró en 1997.

La implantación del modelo 112 produjo la segregación de los servicios de Urgencia en una nueva Gerencia. Anteriormente estaban considerados como unidad de Gasto dentro de la Gerencia de Atención Primaria.

- Elaboración del "cuadro de mandos": El seguimiento pormenorizado de la situación económica y administrativa de la Gerencia hacía necesaria esta herramienta de Gestión que fue perfeccionándose a lo largo de los años.
- Descentralización de la gestión de los Equipos, adjudicando objetivos de gasto y calidad de los servicios para cada centro de Salud. Aplicando la medición de indicadores de proceso y evaluación mediante procesos de muestreo y un programa de visitas y seguimiento pormenorizado a los Centros, atendiendo a sus necesidades, siguiendo la filosofía de que la Gerencia era el instrumento necesario para facilitar el trabajo de los profesionales.
- Transparencia en la gestión que se puso de manifiesto en la memoria de la Gerencia. A pesar de ser un avance fue utilizado políticamente, por ello en lugar

de ser un motivo de orgullo de la consecución de objetivos y aunar las fuerzas políticas para seguir mejorando, obligó a no volver a publicarla.

- Establecimiento de mecanismos de subcontratación que permitieron mejorar la accesibilidad del servicio sanitario con la puesta en funcionamiento del primer “call center” de la Región, que hubo de ser desmantelado por las denuncias sindicales, ante la ausencia de respaldo político.
- Ampliación de la cartera de servicios con cirugía menor y cartera específica para matronas y fisioterapia en Atención Primaria. En ambos casos, los servicios fueron apreciados e importados a nivel de Insalud.
- Zona piloto de Molina de Segura para el acceso de pruebas complementarias en Atención Primaria. Evaluaciones posteriores demostraron una disminución de derivaciones a especializada y un aumento en la resolución de problemas desde Atención Primaria. Esta medida no la pude ver puesta en funcionamiento, ya que mi cese se produjo quince días antes de la puesta en marcha de la fundación Hospital de Molina.

Los resultados de este modelo se plasmaron en:

- Mejora significativa de la calidad de los Servicios a la población.
- Aumento de la implicación de los profesionales en la actividad de los Centros y los objetivos de la Gerencia.
- Disminución del déficit presupuestario desde 1500 millones a cierre de 1994 a menos de 15 en 1998.

La Gerencia de Murcia fue premiada a finales del año 1998 como la que más había mejorado en España por el ministro Romay Becaría en la persona del nuevo gerente nombrado tras mi cese.

La descentralización de la Gestión es el hecho de mayor trascendencia de todo el trabajo, la colaboración de los profesionales fue progresiva y con ello la evidente mejora de los resultados.

Comentario

En los 4 años expuestos se produjeron 3 cambios en la dirección provincial y el cambio de gobierno regional y nacional. Los cambios produjeron una modificación significativa en los modos de gestión y en influencia de la consejería de sanidad sobre la gestión de la sanidad.

La percepción personal de los cambios se puede resumir en:

1. Deterioro de las metas y objetivos del Sistema Sanitario que pasan de estar centrados en indicadores de salud a metas de carácter político centradas en la venta en los medios de comunicación de los avances sanitarios. Los indicadores de salud pasan a un segundo plano al igual que los criterios de eficiencia.
2. Colonización en los puestos de gestión de personal con gran compromiso político y sindical y poca preparación en aspectos de gestión. Además se produce el acceso de profesionales no médicos en puestos de responsabilidad sanitaria: veterinarios y economistas no formados en la estructura sanitaria.
3. La ausencia de metas de salud y la falta de preparación de los gestores, jun-

to con la irrupción de la política a todos los niveles de la organización sanitaria, ha provocado la aparición y consolidación de un lobby compuesto por jefes de servicio y personal con notoriedad política. La consecuencia fue y sigue siendo un efecto de foco sobre el personal sanitario, de forma que los sanitarios han ganado un gran peso específico en el manejo no planificado ni organizado del presupuesto sanitario y el funcionamiento de los centros sanitarios. Los usuarios han pasado a ser la excusa necesaria de la organización y no la meta del sistema.

4. Aparición de la inercia del sistema como modelo "cuasi único" de gestión, gracias a ella el modelo funciona con gestión deficiente o inexistente. Las gerencias están compuestas por administrativos que gestionan las ausencias del personal y las nóminas y el estamento político de gestión pasa a administrar las prebendas del personal afín.

Por último, decir que estoy contento de haber desarrollado la actividad expuesta y reconocer que no hubiera sido posible sin el esfuerzo de directores médicos, enfermería y directora de gestión junto con los subdirectores, que realizaron un trabajo esforzado y serio, sin olvidar el compromiso y apoyo a mi persona, del que me siento orgulloso y solo puedo manifestar que fue un honor estar cerca de ellos y compartir el esfuerzo diario de esa estimulante etapa de nuestras vidas.

Fue un gerente sólido y sigo teniéndolo entre mis amigos.

José María Cerezo Corbalán

1. Director Gerente de Atención Primaria de Murcia, desde el 19/12/2000 hasta el 2/01/2002.
2. Mis colaboradores más directos:

Dr. Francisco Agulló Roca (Director Médico). Era Coordinador Médico del Centro de Salud de la Alberca, pasó a ocupar un Subdirección Médica de Atención Primaria en la Gerencia de Murcia, durante mi etapa de Director Médico en la misma. Persona honesta, eficiente, positiva y con una fe inquebrantable en las posibilidades de mejora del sistema sanitario público.

D. Francisco Marín (Director de Enfermería). Nuestras relaciones profesionales y personales eran magníficas. Persona de gran vitalidad y empuje, jamás se desanimaba, trabajador incansable y con gran experiencia, muy conocido, respetado por los profesionales de todas las categorías de la Gerencia y Centros de Salud, D. Pablo Alarcón Sabater (Director de Gestión). Trabajador incansable, pasaba horas y días intentando cuadrar números y diseñar cuadros de gestión económica. Observador, reservado, y de opiniones profundas, mantenía buenas relaciones con los trabajadores y las organizaciones sindicales. D. Domingo Delgado Peralta (Asesor Jurídico). Nos conocíamos desde mi llegada a la Gerencia de Primaria. Persona con una inquietud permanente por el estudio y el conocimiento. Cosechador de carreras y títulos y con una mente prodigiosa, escritor ágil y conocedor en profundidad, por estudio y experiencia personal, de toda normativa relacionada con el mundo sanitario y sus interrelaciones con las

áreas de la administración nacional y regional. Sus opiniones siempre me han ayudado a tomar decisiones difíciles con una perspectiva amplia desde el punto de vista jurídico humano y ético. Gran defensor de un sistema sanitario público en constante evolución y mejoría.

La Dra. Mariana Villaescusa Pedemonte (Coordinadora de Equipos de Atención Primaria). Persona optimista, alegre y vital, conocedora de innumerables aspectos de los profesionales de todas las categorías de la Gerencia de Atención Primaria. Con una memoria prodigiosa, se podría decir que en nuestro equipo impulsaba el conocimiento y desarrollo de las relaciones interpersonales.

El Dr. Julio López Picazo Ferrer (Coordinador de Equipos de Atención Primaria). Le encantaba la investigación, elaborar cuadros de mando para trazar el seguimiento de la ejecución del contrato de gestión, los métodos de evaluación de la calidad, así como la elaboración de todo tipo de sistemas de auditoría interna y desarrollo de modelos de incentivación profesional. Persona valiosa e imprescindible en el equipo.

Todos los Coordinadores de Atención Primaria que, junto a los Responsables de Enfermería del área administrativa en los Centros de Salud, actuaban como gerentes de los mismos, siguiendo el marco de actuación diseñado, consiguiendo objetivos de calidad en Atención Primaria, que lograron poner a Murcia como uno de los referentes.

3. Importancia de esa etapa:

Preparación de transferencias para la

cesión de la gestión integral de la red asistencial del Insalud en Murcia, a la Comunidad Autónoma. Reuniones en Madrid, elaboración de planes de actuación y diseño de circuitos, así como protocolos de consenso sobre cuadros de mando que se necesitarían en el órgano coordinador central que sería el Consejo Interterritorial. Trabajos de colaboración con el equipo de gobierno del Servicio Murciano de Salud, con múltiples reuniones y grupos de trabajo para analizar la situación y elaborar hojas de ruta. Periodo lleno de oportunidades para poder realizar en los próximos años proyectos como las Gerencias de Área, nuevas y mejores estructuras sanitarias, evolución de cartera de servicios, etcétera, etcétera.

4. Fue un época muy importante. Decir adiós al viejo Insalud, lleno de sabiduría administrativa, pero demasiado lejano para la toma de decisiones con agilidad. Al mismo tiempo soñar con proyectos autonómicos capaces de mejorar la asistencia sanitaria y llevarla a unas cotas todavía más altas de las conseguidas (que por cierto eran muy buenas en la Gerencia de Primaria). Con una administración más cercana y participativa en la toma de las grandes decisiones en el terreno sanitario. Era algo magnífico. En resumen, las sensaciones en esa época consistían en un poco de añoranza y un muchísimo de entusiasmo e ilusión por lo que ese nuevo mundo nos depararía a todos los que conformábamos el equipo humano de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia (Dirección y centros

de salud), en fin... así recuerdo yo las cosas y... así las escribo.

Hombre discreto con el que he tenido poca relación, mi error será subsanado si el quiere.

Francisco Agulló Roca

Desempeñé el cargo de Gerente desde el 15 de febrero de 2002, hasta el 26 de octubre de 2004.

Todo el Equipo directivo gozaba de mi total confianza, especialmente el Director de Gestión, Pablo Alarcón, la Directora Médico, Mariana Villaescusa, el subdirector médico, Julio López-Picazo y los directivos de enfermería Paco Marín y José Manuel Bernal.

Otras personas de mi máxima confianza fueron los auxiliares administrativos de la Secretaría de Dirección, Dña. Carmen Fenollar y Dña. María Jesús Galián.

Comencé mi trabajo en la Gerencia de Atención Primaria de Murcia desempeñando los puestos sucesivos de Coordinador médico de Equipos de Atención Primaria (de junio de 2000 a febrero de 2001) y de Director Médico (de febrero de 2001 a febrero de 2002). Fue una etapa de casi 2 años de duración que me permitió adquirir conocimientos específicos en materia de Gestión sanitaria y experiencia profesional en la gestión de una de las Gerencias de AP más grandes de todo el territorio Insalud (incluía 45 Zonas Básicas de Salud).

Vivimos, en aquella época, el proceso de traspaso de las competencias en materia de gestión sanitaria desde el Insalud a la CARM, que fue efectivo en la Región de Murcia desde el 1 de enero de 2002. El

Gerente en aquel momento, Dr. José María Corbalán fue nombrado Director General de la Consejería de Sanidad y desde su marcha a principio del aquel año 2002 desempeñé, en funciones, el cargo de Director Gerente, para posteriormente ser nombrado primer Gerente de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia del Servicio Murciano de Salud, en febrero de 2002.

Asimismo fue una época marcada por el desarrollo normativo en el seno del “nuevo” Servicio Murciano de Salud, que acababa de recibir a miles de profesionales y a numerosos centros sanitarios, hasta entonces gestionados desde la Administración General del Estado.

Como médico especialista en Medicina de Familia y Comunitaria representó para mí una enorme satisfacción poder desempeñar el puesto de Director de la Gerencia de Atención Primaria donde siempre había trabajado como médico asistencial, salvo en el período de formación MIR y ser el primer Gerente de aquella Gerencia tras las transferencias sanitarias

Se desarrolló durante aquella época todo la fase administrativa del proceso extraordinario de Consolidación de Empleo, convocado en 2001 por el extinto Insalud, mediante el cual adquirieron, años más tarde, la condición de personal estatutario fijo en el Servicio Murciano de Salud un número muy numeroso de profesionales de Atención Primaria de todas las categorías y especialidades sanitarias y no sanitarias.

Asimismo comenzaron a desarrollarse los dispositivos de urgencias extrahospitalarios, apareciendo la red de Servicios de Urgencia de Atención Primaria (desapareciendo los Servicios Especiales de

Urgencia y los Servicios Normales de Urgencia) y de Puntos de Atención Continuada.

También hubo que adaptar importantes leyes estatales al nuevo escenario autonómico, ya que fueron publicadas la Ley de Autonomía del paciente (41/2002), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (16/2003) y la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias (44/2003).

En el ámbito de gestión se fueron desarrollando año a año los Acuerdos o Contratos de Gestión entre los distintos Equipos y la Gerencia, tras el Acuerdo Marco de Gestión que se suscribía anualmente entre la Gerencia de Atención Primaria de Murcia y el Servicio Murciano de Salud.

Comenzaron durante aquellos años los trabajos preliminares para la creación y desarrollo, de forma experimental, de la primera Gerencia de Gestión integrada entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria de la Región de Murcia.

Comenzó la implantación progresiva de la Historia Clínica electrónica en el ámbito de Atención Primaria.

Celebramos en el año 2003 el 25º Aniversario de la creación de la especialidad de Medicina de Familia y Comunitaria en España.

Fue, a nivel de gestión de instituciones sanitarias, una etapa innovadora e irrepetible, que comenzó con la asunción de las competencias en materia de gestión sanitaria por el Servicio Murciano de Salud, que requirió de un largo período transitorio de adaptación y posterior desarrollo y consolidación normativa.

A su vez, en esta época se inició un período expansivo (con la creación de nue-

vos centros y servicios y con incremento de RRHH y recursos materiales) debido al progresivo desarrollo del Estado del Bienestar, que culminaría años más tarde.

José Antonio Alarcón González 2004-2008

Equipo directivo:

Dir. Médica: Mariana Villaescusa

Dir. Gestión: Pablo Alarcón que fue sustituido por Rosario cuando paso a Dir. Gerente de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud.

Dir. Enfermería: Francisco Marín que fue sustituido por Mercedes Gómez

Coordinadores Médicos de Equipos:

Gonzalo Sanz fue sustituido por Juan José Pedreño

Julio López Picazo

M^a Dolores Lázaro fue sustituida por Fátima Núñez

Coordinadores Enfermería:

José Manuel Bernal que fue sustituido por Remedios Gómez

Catalina que fue sustituida por Juan José López Modéjar

Coordinador Unidad Docente: Francisco Molina que fue sustituido por Antonio Martínez Pastor.

Los hitos más importantes que se implantaron en ese periodo fueron:

1. La implantación de las primeras Gerencias de Área (Área IV y Área V). De Gerente de Los Arcos puse en marcha Área VIII.
2. Desplegar Plan Estratégico de Urgencias y Emergencias
3. Potenciación y plan de mejora de Aten-

ción Primaria, donde se amplió plantilla con los siguientes parámetros: Médicos de Familia (cupos 1500) Pediatras (cupos 1100).

Enfermería (cupos 1800), se abrieron múltiples Centros nuevos. Se reevaluó Cartera de Servicios, se inició implantación metodología Enfermera y trabajo por cupo para mejorar asistencia e ir abandonando progresivamente el trabajo por tareas, que es poco operativo y no cumple con continuidad asistencial y trabajo en equipo.

4. Creación de los ESAD Y toda su Red Asistencial.
5. Nueva estrategia de atención al Embarazo normal y nuevo programa de atención a la mujer (PIAM).
6. Potenciar la continuidad Asistencial, fomentando reuniones y grupos de trabajo entre Primaria y Hospital.
7. Reforzar anteriores estrategias implantadas por anteriores equipos directivos.

Probablemente me dejo en tintero muchas pequeñas cosas que desde los Equipos y otras unidades desplegaron.

Queda hablar de mis sentimientos personales tras reflexionar después del tiempo que ha pasado. Aprendí mucho, cometi errores que hoy no volvería a repetir, conocí a muchos profesionales, algunos pasaron a la nómina de amigos, pero sobre todo a reconocer que la mejor manera de trabajar es en equipo, escuchar a los Profesionales que tiene mucho conocimiento y casi siempre la solución. Como final decir que fue un periodo que me marco

profundamente, cambiando mi manera de entender la gestión, para mí hay un antes y un después. Agradecer a todos los profesionales la labor desarrollada, la confianza, el compromiso y por encima de todo su comprensión hacia mis errores y algún acierto. lo cierto es que tengo claro que sin los profesionales no vamos a ningún lado y son mi mayor fortaleza

María Fátima Núñez Martínez **2008-2009**

Hoy me toca recordar una etapa que aunque en el tiempo no este lejana ya que fui la última Gerente de Atención Primaria de la Gerencia de Murcia y ello abarcó desde Agosto 2008 hasta su extinción en Enero 2010, la actividad como médico de familia que ejerzo actualmente, igual que hacía previo a mi paso por la Gerencia iniciada en 2007 como subdirectora médico, me hace sentirlo como un paréntesis en mi ejercicio profesional

Fue una época de intenso trabajo que sobre todo sufrió mi familia y de la cual sin lugar a dudas los aspectos positivos que se consiguieron siempre fueron gracias al esfuerzo de muchísima gente que estaba tanto en el ámbito administrativo como en la realidad diaria del trato con el paciente.

Por ello me voy a permitir la licencia de que aunque mi estimado Dr. Pereñiguez me pidiese el nombre de mis colaboradores íntimos entonces, hable de los cientos de personas que a diario trabajan duramente pero con ánimo incansable y son los verdaderos forjadores de la Atención Primaria que no olvidemos es el punto de partida y regreso siempre de la población;

ese grupo de profesionales en los que confían los pacientes como salvaguardas de su salud física, mental (muy frecuentemente los podríamos llamar Médicos en la Familia en vez de médicos de familia) y que a diario vuelven tras un trabajo agotador a casa con el corazón encogido porque a pesar de que la medicina gracias a la prevención, a la accesibilidad para el diagnóstico y al arsenal terapéutico cada vez es más eficaz, no es infalible. Ellos fueron mis íntimos colaboradores en una etapa en la que sobre todo aprendí mucho de ellos.

Gracias Dr. Pereñiguez por brindarme esta oportunidad.

Aunque no lo pareciera siempre le tuve mucha simpatía.

Gerencia Atención Primaria Cartagena

Andrés Llopis Martínez	1985-1988
Jesús Fernández Lorencio	1988-1990
Esteban Granero Fernández	1990-1996
Manuel Ángel Moreno Valero	1996-2008
Juan Francisco Martínez García	2008-2009

Andrés Llopis Martínez 1985-1988

La Asistencia Sanitaria en Cartagena, antes del modelo de Atención primaria actual estaba centrada en dos puntos de gestión: La Dirección Provincial del INSALUD y de los propios consultorios médicos distribuidos por toda la comarca, en los cuales y de acuerdo a un número de cartillas que se asignaban en su demarcación dependían los emolumentos percibidos. Estos consultorios, podían estar atendi-

dos por uno o más facultativos médicos a los que se adscribían un número de Enfermeros determinado con un horario de dos horas y media al día, aunque esto en los periféricos siempre se sobrepasaba.

Con la entrada en vigor de la nueva modalidad de Atención Primaria enfocada a la creación de los Centros de Salud, comenzaron a funcionar 15 centros en toda la provincia de los cuales el área de Cartagena inició su andadura con cinco centros: Cartagena Casco, Torre Pacheco, San Pedro del Pinatar, Los Alcázares y San Antón. Ninguno comenzó con centros propios del Insalud sino ubicados en centros facilitados por las asociaciones de vecinos salvo Cartagena Casco que se encontraba en la Casa del Mar del Instituto Social de la Marina.

Los Equipos de Atención Primaria comenzaron a funcionar pero al no existir normativa al respecto, los médicos que se integraron pasaron de las dos horas y media de consulta a cuarenta horas semanales compensándoles con treinta y cinco mil pesetas al mes además de lo percibido por el cupo que le correspondía.

Con el fin de coordinar estas estructuras, se me encomendó por la entonces Dirección Provincial del INSALUD, la labor de crear la estructura de la futura Gerencia de Atención Primaria en Cartagena y de esta forma en el año 1.985 designé una Dirección Médica a cargo del Dr. D. Jesús Fernández Lorencio y una dirección de Enfermería con D. Javier Espinosa López. Al propio tiempo se precisó un apoyo administrativo escogiendo del personal correspondiente del Hospital Santa María del Rosell y con carácter

voluntario y de esta forma comenzó a estructurarse un área de personal y un área de compras. Todo ello en principio en una sala cedida por el propio hospital. Todo esto sucedió desde finales de Octubre de 1988 a febrero de 1990. Durante este tiempo la Dirección de Sectorial a mi cargo gestionó los dos modelos: El antiguo y el nuevo donde poco a poco se fue integrando personal.

Durante este tiempo estaba en funcionamiento la tercera sectorial de Instituciones Abiertas que estaba ubicada en la Calle Caridad 13 2º D creada al trasladarnos desde el Hospital Santa María del Rosell donde con carácter provisional estábamos funcionando. Esto fue el comienzo del centro de gasto 3012 que identificaría así a la futura Gerencia de Atención Primaria.

El resto de los centros que en principio se han nombrado, pudieron ponerse en marcha gracias a las negociaciones que el equipo que formábamos en la Sectorial tuvimos con las diferentes asociaciones de vecinos y ayuntamientos. Es interesante destacar las gestiones habidas con el ayuntamiento de Torre Pacheco cuyo alcalde D. Pedro Jiménez y sobre todo el concejal de Sanidad y Servicios sociales D. Francisco Sáez, fueron los artífices de realizar la infraestructura, siendo el Hospital Santa María del Rosell quien proporcionó mobiliario para su arranque. Todo ello siendo coordinador del centro El Dr. Juan Enrique Pereñiguez con quien se pretendió realizar un sistema de "atención continuada en el centro", dotando un área de urgencias con un aparato de radiología convencional, si bien por motivos político-sindicales no tuvo viabilidad. También se comenzaron las

gestiones con los diferentes Ayuntamientos para la cesión de terrenos con el fin de ubicar los diferentes centros.

Una de las tareas que se intentó implantar, fue la propuesta de la "Dirección participativa por objetivos". Es de destacar que en el primer año que vinieron las instrucciones, el área de Cartagena aplicó los incentivos por el logro de los objetivos pactados pero dado que esta norma implicaba a la Atención Especializada también y la dirección de la misma no planificó los citados objetivos sino que fueron distribuidos uniformemente entre los diferentes estamentos, no se pudo llevar a cabo en Atención Primaria para evitar agravios comparativos, cosa que a nosotros la dirección de la entonces Sectorial no nos agradó.

En Febrero de 1.990 se publicó el nombramiento del Gerente de Atención Primaria en la persona del Dr. Esteban Granero que tan correctamente siguió gestionando el área de Cartagena en Atención Primaria ampliando los centros de Salud a más usuarios.

Andrés fue una debilidad para nosotros, era jefe y padre a la vez.

Jesús Fernández Lorencio 1988-1990

Amigo Juan Enrique:

Te escribo según mi criterio, la evolución de la Atención Primaria y mis vivencias.

En 1985 empiezan a funcionar los primeros Centros de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia. Yo empecé en Cartagena Casco hasta finales de 1988 en que fui nombrado Coordinador de Equipos de

Atención Primaria.

En esos años, el trabajo se llevó a cabo en el edificio de la Casa del Mar de Cartagena, del Instituto Social de la Marina, compartiendo la primera planta y parte de la segunda con personal de la institución.

Al no existir legislación propia de los Equiops, ni Reglamentos de Funcionamientos de los Centros de Salud, los Médicos de Familia que nos incorporamos, lo hicimos en horario laboral de 40 horas semanales, con un plus de treinta y cinco mil pesetas al mes sobre el sueldo de una plaza de zona de dos horas y media y dependiendo de en gran medida de las Cartillas adscritas (titular y beneficiarios conjuntamente).

Los EAP organizábamos bajo la tutela de un Coordinador (que solía estar escogido por los propios compañeros del Centro), las consultas a demanda, programada, domiciliarias y las urgencias, teniendo en esa organización mucho peso el resto de personal del Centro de Salud (enfermería, administrativos, celadores.....) que en muchas ocasiones eran personal no perteneciente al INSALUD y eran cedidos por otras instituciones.

Durante este tiempo en Cartagena existía una Sectorial de Ambulatorios con sede en el Antiguo ambulatorio del Rosell que dirigía Don Andrés Llopis, el cual aunaba las zonas de salud sin Centros de Salud (personal de dos horas y media) con los nuevos de los EEAP incorporados en 1985 y progresivamente.

Fue en 1988 cuando se publicó la creación de la figura de los Coordinadores Médico y de Enfermería de los Equipos de Atención Primaria por parte del INSALUD

central que sería la semilla de las Gerencias de Área o Sector.

Fue don Andrés Llopis, quién recibió por parte de la Dirección Provincial del INSALUD de Murcia el encargo de recomendar personas para esos cargos y ahí nombraron a mí como Coordinador Médico de Equipos de AP y D. Javier Espinosa López, como Coordinador de Enfermería, que con la ayuda de dos administrativos se inició el proceso de la futura Gerencia, siempre con el apoyo inestimable del Doctor Llopis, Director de Sectorial y que hacía las veces de Gerente en funciones.

Fueron dieciséis meses los que transcurrieron desde finales de octubre de 1988 a febrero de 1990, sin espacio fijo, pero ocupando una zona de la Dirección Médica del Rosell que disponía de un despacho libre, donde se recogía información y se creaba el registro de la Atención Primaria, en principio de los Centros de Salud, pero poco a poco incorporando la información de las zonas con sistemas de cupo que iba proporcionando el Dr. Llopis, al que la antigua Dirección Provincial del INSALUD de Murcia prometió el cargo de Gerente de Primaria cuando se publicase en el BOE.

En ese tiempo hechos que destacan y que me gustaría resaltar:

–Apertura de la Dirección de la Tercera Sectorial de Instituciones Sanitarias en la Calle Caridad 13 – 2ºD que sería el germen del Centro de Gasto 3012 que identificaría así a la Gerencia de AP de Cartagena. Esta ubicación se logró por la insistencia ante la Subdirección Provincial de Asistencia Sanitaria del INSALUD de Murcia de local para llevar a cabo las actividades.

- Traslado del Centro de Salud Cartagena Casco desde la Casa del Mar a la ubicación de la calle San Vicente.
- Negociación con los ayuntamientos para la cesión de terrenos para la Consejería y así poder construir Centros de Salud. Así se consiguió que los terrenos del actual Centro de Salud Cartagena Este se cediesen a la Consejería y en ellos se construyeron además del Centro, la Gerencia de Atención Primaria, el Servicio de Urgencias y la ubicación de la Inspección Médica.
- Otros logros: la cesión de terrenos para el Centro de Salud del Barrio Peral, la ampliación de consultas en San Antón por cesión de locales de la Asociación de Vecinos
- La finalización de obras del Centro de Salud de La Unión que se puso en marcha con una unidad de fisioterapia.
- La ampliación del Centro de Salud de Torre Pacheco en su anterior ubicación, logrando del Ayuntamiento la cesión de edificio de cuatro plantas,
- La remodelación de los locales de la antigua biblioteca de San Pedro para la ubicación provisional del Centro de Salud.
- La aprobación de la construcción en Mazarrón de un Centro de Salud sobre los terrenos del Servicio de Urgencias.
- La prueba de funcionamiento de un Punto de Atención Continuada en Torre Pacheco con la participación del Servicio Normal de Urgencias y personal del Equipo, que no fructificó pero sirvió de ejemplo para otras zonas de salud.
- En las reuniones con los Coordinadores de los Centros de Salud, se propuso una

Dirección participativa objetivos que más adelante sería impuesta.

- La participación en Comisiones Mixtas Insalud-Consejería de Sanidad, así como en los grupos de trabajo de acreditación y aprobación de los Programas de Salud.

Por deseo del Dr. Esteban Granero, continué como Director Médico hasta finales del verano del 92 en el que retorné a la labor asistencial por expreso deseo mío.

En esos años, continuamos con lo iniciado, y se puso en marcha gran cantidad de proyectos que dieron lugar a un salto cualitativo en la Atención Primaria de Cartagena. Paso a enumerar los que están aún en mi memoria:

- Creación de los Consejos de Gestión con la participación de los Coordinadores, en los que se informaba, se daban instrucciones y se compartían vivencias de la Atención Primaria del sector.
- Participación activa en los grupos de trabajo de acreditación de programas de salud, que eran mixtos con técnicos de la Consejería y del INSALUD.
- Divulgación de la Cartera de Servicios impulsada por el INSALUD central en la que participamos en su confección muchos de nosotros, así como en las llamadas Normas Técnicas Mínimas de los Servicios.
- Extensión de los Programas de Salud a todos los Equipos en funcionamiento.
- Reuniones trimestrales conjuntas de las direcciones del Rosell con la de Primaria para definir oferta de consultas de especialistas, demoras, consultas preferentes y temas a abordar con respuesta

- común a ambos niveles asistenciales.
- Participación en las Comisiones Mixtas Insalud- Consejería en las que se definían las líneas básicas y los futuros Planes de Salud de la Región definiéndose grupos de trabajo de Coordinación de ambas instituciones.
 - Participación activa en la elaboración del Plan de Salud de la Región en grupos de trabajo específicos.
 - Se dio voz a representantes de las AAVV con creaciones de Consejos de Salud en los que se participaban con los temas que importaban a los usuarios de cada zona de salud.

En 1996 por petición de Manuel Ángel Moreno Valero recién nombrado Gerente de Primaria de Cartagena, volví a la Dirección Mixta que ya no abandoné hasta el nombramiento por encomienda de funciones de Subdirector General de Atención Primaria y Urgencias sanitarias en enero de 2002 con las transferencias recién llegadas.

La información en el tiempo de Manuel Ángel se la dejo a él, pues es el más reciente y el que puede tener más actualizada las actuaciones incluida la unión de las Gerencias de Primaria y Especializada, que a la postre no ha supuesto mejoría en la línea de la continuidad asistencial, al menos desde mi visión, que como sabes ha sido en los dos frentes (6 años viví en la Dirección del Rosell con el apéndice del Hospital Naval, el cierre y la incorporación de profesionales a nuestro sistema...pero eso no es de Primaria como me solicitaste.

Como corolario, decirte que la Atención Primaria debe seguir contando con profe-

sionales implicados para que, cambios de Gobierno, crisis económicas, etc. no pongan en duda la realidad a la que se ha llegado y asegurar el futuro con una Especialidad con médicos vía MIR trabajando en ella, y sí poder convivir en igualdad de condiciones con las otras especialidades médicas que siempre nos habían mirado como la hermana menor del sistema.

Magnífica persona y profesional, sabes que te tengo especial aprecio.

Esteban Granero Fernández

Director Gerente del Área de Atención Primaria de Cartagena desde el 14 de marzo de 1990 hasta el 21 de octubre de 1996.

Durante unos meses fui Director Médico en sustitución del Dr. Andrés Llopis que fue el primer responsable de Atención Primaria con el Dr. Jesús Fernández Lorencio de Coordinador de Equipos.

Fui sustituido por el Dr. Manuel A. Moreno Valero

El aspecto más relevante de mi trabajo a lo largo de esos años fue la posibilidad de implantar el nuevo modelo de organización de Atención Primaria en el Área de salud de Cartagena.

El Real Decreto de 1984 sobre estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad de 1986 cambian de forma muy profunda las bases de este modelo volviendo su enfoque sobre la preservación de la salud en lugar de la simple atención de la enfermedad, organizado la atención en equipos de trabajo con la figura central

del médico de atención primaria al que se amplía el horario hasta las siete horas diarias frente a la visión individualista anterior y proporcionando, con el paso del tiempo, un derecho universal al bien de la salud para toda la población.

Para financiar este sistema la Ley General propuso una fórmula basada en la solidaridad al sostenerse, con los impuestos progresivos del que mas tiene favoreciendo al que menos tiene. Porque permite que prevalezca la contribución de los que menos precisan de su uso (los jóvenes, los sanos, los que trabajan) con los que mas lo necesitan (los mayores, los enfermos, los parados y pensionistas).

Tal vez esta doble condición de cambio en relación con el modelo anterior y su solidaridad y universalidad fue lo que nos hizo, a mí y a muchos de nosotros creer y defender este sistema de atención y por esas razones acepté la responsabilidad de ser Gerente de Atención Primaria en el momento en el que había que hacer funcionar a los equipos y que llegaran a la población.

El cumplimiento de este objetivo fue la mayor satisfacción personal en una época en la que la sensación de novedad y las ganas de cambiar hacia una meta común para muchos de nosotros, era una distinción que llevábamos con orgullo.

En lo puramente operativo creo importante destacar una serie de actividades que se llevaron a cabo en este momento y constituyeron la base real para el cambio que pretendíamos pues la forma de trabajar el médico de atención primaria es diferente a la de las demás áreas de competencia del ámbito hospitalario que tienen la caracte-

terística de ser especialistas en lo “intenso” y conforme pasa el tiempo cada vez su campo de conocimiento es mas estrecho y mas profundo y cada vez se necesitan más expertos para abarcar el mismo terreno.

Por eso los sistemas necesitan al gran especialista de lo “extenso”, el médico general con todo lo que ello significa, para dar coherencia a lo inconexo. Porque en aras de la profundización en una enfermedad, en un aparato, en una dolencia algunos compañeros de otras especialidades pierden la visión del paciente como objeto fundamental de nuestro trabajo. Y esa es precisamente nuestra gran especialidad: somos los expertos en el paciente. Los que conocemos su nivel de entendimiento, su capacidad económica, su situación familiar o, simplemente si va a saber seguir las instrucciones dadas o no.

Porque tenemos un conocimiento biográfico de sus problemas mientras que los otros compañeros tienen un conocimiento episódico referido al momento de contacto definido por un problema y es en función de esa patología por lo que interviene un cardiólogo, un urólogo o un radiólogo. Además nosotros tenemos el deber de guiar a nuestros pacientes por los laberintos de la alta tecnología, en los complejos procesos burocrático-sanitarios y por las grandes instalaciones.

Por estas razones considero importante señalar alguna de las características de los objetivos que nos propusimos y, en una buena parte alcanzamos.

1. Extension:

Al finalizar el periodo en el que fui Gerente el 100 % de la población que resi-

día en el área de salud de Cartagena estaba atendida por Equipos de Atención Primaria.

La modificación física de más del 70 % de las instalaciones donde era atendida la población con la creación de numerosos nuevos de salud, consultorios y unidades de apoyo.

A partir de la instauración del Centro de Salud como lugar físico en donde se ubicaban los equipos de atención primaria fue posible la utilización de consultas dignas con un grado razonable de confortabilidad, aparataje adecuado (electrocardiograma, bisturí eléctrico, espirometría, etc.) y posibilidades de llevar a cabo las labores de los equipos tanto curativas como preventivas y de fomento de salud.

Tanto en nuestra región como en el resto del territorio del estado la extensión del modelo se convirtió en un punto de referencia ineludible para considerar cualquier planteamiento: tanto el de su necesaria mejora, variación o implementación, como el de su hipotética reconversión hacia fórmulas privadas de gestión y/o financiación.

2.-Resultados de Actividad

Si el cometido fundamental de la estructura de atención primaria era prestar unos servicios sanitarios de calidad a la población encomendada a su cuidado, son destacables los siguientes datos:

Cartera de Servicios de los Equipos de Atención Primaria.

Se realizó una definición de la oferta de servicios con un sistema de evaluación de coberturas y mínimos de calidad que ofrecía unos resultados razonablemente espe-

ranzadores en actividades como:

Vacunaciones infantiles y de adultos, atención a la mujer embarazada, actividades de prevención sobre cáncer y enfermedades cardiovasculares, seguimientos de las grandes patologías crónicas prevalentes, educación para la salud, tratamientos rehabilitadores, salud Buco Dental, etc.

Esto nos permitió evaluar nuestro trabajo, conocer donde estaban las anomalías en los resultados y diseñar acciones específicas para corregir allí donde se presentaba una la desviación

Autogestión de los EAP

En aspectos como la gestión de personal asignando a cada Equipo la cantidad que le correspondía para poder determinar la sustitución de los profesionales y era realizado siguiendo unos criterios asistenciales que acordábamos previamente y que garantizaban la calidad en la atención.

Para ellos siempre había que obtener unos resultados mínimos en cuanto a la calidad de la asistencia sin los cuales no era posible considerar aspectos importantísimos para los profesionales como el cobro por objetivos existiendo una parte variable del sueldo que se obtenía en función de los resultados que se alcanzaban.

Salvados estos criterios la organización se realizaba bajo las indicaciones de los Coordinadores y la valoración de la actuación de un Equipo se medía por su "producto" en Atención Primaria constituido por una valoración numérica de la actuación de los equipos que fue otro de los logros más importantes de la Gerencia.

Consistía en una fórmula que comprendía resultados del cumplimiento de

servicios, la atención a la demanda de los pacientes y la prescripción farmacéutica. Esta fórmula nos permitía obtener un “producto” que era la valoración final anual de cada equipo. Esto nos permitía negociar con cada equipo unos objetivos esperables de su actuación sin cuya obtención no era posible ninguno de los otros aspectos mencionados (gestión de personal, incentivos, etc.)

3. Satisfacción de Usuarios

Los resultados de la encuesta de satisfacción anual entre los usuarios en los últimos años nos muestran unos datos en los que se incrementa la satisfacción con los servicios recibidos partiendo de niveles más que aceptables.

Es notorio el hecho que una vez conocido el trabajo de un centro o un equipo por sus usuarios, se vive como una pérdida el regreso a estilos de trabajo anteriores.

Con respecto a los profesionales sería una ingenuidad argumentar la existencia de unanimidad en la defensa del modelo vigente a ultranza, pero también es cierta la opinión extendida a un importante grupo de trabajadores de atención primaria, de que las condiciones actuales para desarrollar su actividad son satisfactorias, defendibles y mejorables.

Desde el punto de vista personal esta época fue de una enorme satisfacción tanto desde el punto de vista de mi actividad como gestor como en lo personal en la que pasé por momentos de gran felicidad.

Esta situación se debió a dos razones fundamentales.

Por un lado la presencia de un gran número de médicos, enfermeras, celado-

res... personas de todo perfil de especialización y edad que tenemos un objetivo común en el que creíamos y deseábamos conseguir. Por otro lado la extraordinaria intervención de los equipos de gestión que eran profesionales de experiencia probada (todos los Coordinadores de EAP que trabajaron en la Gerencia en aquella situación habían sido Coordinadores en su equipo. Por estas razones fueron años de ilusión, actividad y excelente recuerdo.

Mi amigo y compañero. Sabes que te tengo especial cariño.

Manuel Ángel Moreno Valero

Buenas tardes Juan Enrique. Gracias por la invitación que me haces a aportar algo en esa hermosa tarea que traes entre manos.

Firmé el Contrato de Alta Dirección como Director Gerente del Área de Cartagena con el INSALUD el 18 de octubre de 1996. Fue en un despacho del edificio de Alcalá 56 en Madrid y pasó un momento para saludarme el Presidente Ejecutivo, D. Alberto Núñez Feijoo.

Lo ocupé hasta el 10 de Julio de 2008, que pasé a la Dirección Gerencia del Hospital Universitario Sta. M^a del Rosell en Cartagena.

El 1 de enero de 2010 me nombraron Dir. Gerente del Área II, hasta el 15 de enero de 2013, que regresé a la actividad asistencial.

Los comienzos fueron difíciles, entre otras cosas por el nivel tan alto que había dejado el Dr. Esteban J. Granero Fernández y por la tarea que se nos había enco-

mentado: el crecimiento y desarrollo de la Atención Primaria.

Antes de formar el primer equipo directivo, tuve una ayuda importante desde el Equipo en el que trabajaba: S. Antón y de un auténtico médico en su amplia aceptación, Dr. Trinitario Ruiz Monpeán. Además Dña. Charo Cobo como enfermera que desde el primer momento, me ayudaron a dar el paso hacia la Gerencia.

Ya trabajaban en tareas directivas Dña. Gloria Álvarez Domínguez como Directora de Gestión y el Dr. Alberto Barragán Pérez como Coordinador de Equipos. Pero la persona que yo llamé para iniciar esta nueva etapa fue a D. Jesús Fernández Lorencio que aceptó el cargo de Director Médico. Y empezamos a trabajar conjuntamente con nuestros compañeros en tareas asistenciales.

De todos ellos, quiero recordar al Equipo de Bº Peral y a su responsable de Enfermería D. José Carlos López Lcoma por su decisión a la hora de iniciar nuevas actividades.

En Servicios Centrales de la calle Pinares siempre estaba dispuesto a sacarnos de dudas D. Jesús Cañavate, Subdirector General de Asistencia Sanitaria, aunque siempre intentaba no llamarlo un viernes a última hora.

Nuestra gran motivación era cuándo crecíamos. Me explico: cada vez que lograbas que Madrid te concediera una "nueva acción" como así se denominaba, era como si pariéramos algo. Desde un Trabajador Social ó una Unidad de Salud Bucodental hasta un nuevo Equipo de Atención Primaria.

Se empezó tímidamente con el aban-

dono del bolígrafo a través del TAIR (Terminal Autónomo de Identificación de Recetas). No tuvo mucho éxito la verdad, y pronto se fue olvidando.

Pero el INSALUD en Madrid, tenía entonces un gran equipo. D. Rafael Mate sanz era el Director General de Asistencia Sanitaria y D. Javier Dodero de Solano Subdirector General de Atención Primaria. Fue en una de las visitas de este último a Cartagena, donde le arrancamos el compromiso de informatizar un equipo, y el elegido fue Bº Peral, por la valentía de sus profesionales a afrontar nuevos retos, consiguiendo ser el segundo Equipo informatizado del "territorio INSALUD", después del de Goya en Madrid. La llegada de los ordenadores fue una auténtica revolución y las palabras OMI-AP (programa informático de atención primaria) empezaban a sonar.

Hay otra actividad de la que guardo un recuerdo imborrable: las "Jornadas de Gestión". Durante al menos diez años consecutivos, los coordinadores médicos, responsables de enfermería y responsables administrativos de todos los Equipos, junto con el equipo directivo al completo, nos reuníamos un viernes tarde y un sábado por la mañana para debatir sobre temas candentes, era una especie de diagnóstico de salud del Área. De la primera se encargó el Equipo de San Javier con su coordinador Dr. Salomón Rivera al frente.

Cada año organizaba la actividad un Equipo diferente, con un contenido distinto, aunque una estructura igual: viernes tarde mesas de trabajo, sábado mañana conclusiones de las mesas de trabajo y Consejo de Gestión. Hablábamos de Car-

tera de Servicios ,Incentivación ,Informatización , Relaciones con los Hospitales , Coordinadores versus Directores , Reglamento Interno de los Equipos , Unidades de Apoyo (y se invitaban a Matronas , Fisioterapeutas, Estomatólogos,...) .

El Equipo organizador se encargaba también de elegir el sitio (hoteles de la costa que en invierno hacían precios especiales) y actividades lúdicas, porque obviamente entre la tarde del viernes y la mañana del sábado estaba la noche. Además de compañeros de trabajo éramos amigos.

Y nos fuimos haciendo grandes sin darnos cuenta y ya era normal hablar en la sociedad de Centro de Salud (no se decía ambulatorio), de Médico de Familia (no se decía médico de cabecera), de consultas de enfermería, de actividades preventivas,... Y empezamos hacer más de lo que en Contrato se nos pedía: La Gerencia de Atención Primaria de Cartagena recibió en el año 2004 el Premio a la Institución pública, que otorga FEAPS -Región de Murcia, por colaborar al desarrollo de las personas con discapacidad psíquica. Fue en un abarrotado Auditorio Víctor Villegas y se nos entregó el “Laurel Institucional”.

La llegada de las Gerencias de Área supuso una amenaza para unos y una oportunidad para otros. Mi opinión personal, me la reservo. “Cuando llegan los vientos del cambio unos crean muros y otros molinos”. Pero eso es otra historia. Espero haberte ayudado. Un fuerte abrazo y me considero pagado con tu aprecio.

Magnífica labor en Cartagena y no solo tienes mi aprecio si no espero conocerte más.

Juan Francisco Martínez García

“Fui Director Gerente de la Gerencia de Atención Primaria del Área II del Servicio Murciano de Salud (Cartagena) desde 10/07/2008 hasta 31/12/2009. (El Área II incluía en esa fecha a las actuales Áreas de Salud II y VII).

Anteriormente había sido Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria del Área II del Servicio Murciano de Salud (Cartagena) desde 01/12/2004 hasta 09/07/2008.

Y desde el 1 de enero de 2010 Subdirector General de Atención Primaria.

El 8 de octubre de 2008 nos entregó AENOR el Sello de Compromiso hacia la Excelencia Europea 200+

Apertura de la ZBS 83 Torre Pacheco Oeste, el 1 de noviembre de 2009, al desdoblarse el EAP de Torre Pacheco en TP Este y TP Oeste (el nuevo), al que se puso el nombre de Dr. Antonio Cózar Fernández.

Anécdota:

La escasez de médicos de familia hizo que para cubrir las sustituciones en Servicios de Urgencia de Atención Primaria y sobre todo Puntos de Atención Continuada y Puntos de Especial Aislamiento, así como las consultas del dispositivo especial de desplazados de verano, realizásemos “llamamientos” de médicos extracomunitarios, a los que recogíamos en el aeropuerto, acompañábamos en sus primeros días en Cartagena para que regularizase su situación: permiso de residencia, colegiación, cuenta bancaria, etc. incluso se les pagaba el primer mes de alquiler. Todo ello por la necesidad de médicos de fami-

lia para cubrir determinados puestos de trabajo.

Situación difícil:

Los últimos tres o cuatro meses de 2009, cuando se hizo público que el 1 de enero de 2010 todo el Servicio Murciano de Salud se unificaba en gerencias de área, integrando los equipos directivos de los hospitales con los de Atención Primaria.

Los trabajadores de la Gerencia de Cartagena, facultativos, enfermeros y personal administrativo vivieron unos meses de incertidumbre, sin saber cuál sería su lugar de trabajo a partir del 1 de enero. Especialmente los directivos desconocieron hasta pocos días antes si “tenían sitio” en el nuevo organigrama (que nadie les explicó) o tendrían que reincorporarse a su labor asistencial.

Otro de mis jefes, siempre estuvo atento a mis peticiones. Es un jefe bondadoso.

Gerencia Atención Primaria Lorca

Enrique Mené Fenor	1986-1987
María José Torres Sánchez	1987-1991
Leoncio Collado Rodríguez	1991-1996
M ^a José Martín Castelló	1996-1999
José Gómez Marín	2000-2006

A partir de esa fecha el Dr. Gómez Marín es nombrado Gerente del Área Única de Lorca hasta 2007.

Enrique Mené Fenor

En agosto de 1.986 fui nombrado Director de la Sectorial de Instituciones Sanita-

rias de Lorca (4^a Sectorial), comprendía el Hospital Santa Rosa de Lima, Ambulatorio (Centro de Especialidades) y consultorios médicos en Lorca, Águilas, Totana, Puerto Lumbreras y Aledo.

En ese momento se estaba poniendo en marcha el modelo de Centros de Salud con médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria pero sin los Centros de Salud, situación que en ocasiones era frustrante para los profesionales pero, con ilusión y responsabilidad, se iba andando el camino.

El inicio de este modelo de red asistencial, en lo concerniente a este Área, fue difícil; hubo que planificar centros, coordinar asistencia con unos recursos escasos y en situación que distaba mucho de la que se esperaba, por parte de los profesionales, que se incorporaban preparados para otra forma de hacer medicina. La transición fue difícil pero, poco a poco, fueron surgiendo los centros de Salud en Lorca, Águilas, Totana y Puerto Lumbreras con su correspondiente red de consultorios periféricos, con todos los problemas de esa época. Me queda la ilusión con la que los compañeros desempeñaban su función y conseguían poner en marcha el nuevo sistema, como he dicho momentos difíciles, pero llenos de retos que, con ilusión y trabajo fuimos sacando adelante.

Posteriormente se separaron las Organizaciones de Atención Primaria de la Especializada, cada una con Gestión diferenciada; la visión en ese momento, por mi parte, fue distinta, la coordinación entre niveles se dificultaba todavía más.

Conseguí, ya como Gerente del Hospital Rafael Méndez, la aprobación para for-

mación de Especialistas en Medicina de Familia y Comunitaria en esta área y este fue un punto muy importante para una mayor implicación entre niveles asistenciales.

Posteriormente desarrolle mi labor profesional en el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y tras esa etapa me incorpore de nuevo al Hospital Rafael Méndez donde en este momento desempeño el puesto de Jefe de Servicio de Medicina Interna.”

Siempre en la brega, le recuerdo joven y sobradamente preparado.

María José Torres Sánchez

“Desde 1987 al 1991 fue el periodo donde permanecí en responsabilidades de gestión.

Fue un periodo en el que la Atención Primaria se “independizó” orgánicamente de la Atención hospitalaria y se creó una infraestructura administrativa que básicamente persiste hasta hoy.

Se comenzaron a diseñar las bases para acoger a residentes de Medicina de Familia en nuestros centros, una vez que a nivel hospitalario se proponía solicitar acreditación para la formación de los mismos.

Se establecían relaciones con otros directores de distintas áreas del estado, lo que nos permitía intercambiar ideas y experiencias enriquecedoras.

Quizás la equipación y apertura de diversos centros de Salud (Lorca-S. Diego, La Paca etc.), suponía que el nuevo ideario de la Asistencia Primaria, para el que habíamos sido formados y en el que cre-

íamos, iba tomando cuerpo y ya casi era una realidad tangible.”

He tenido la poca delicadeza de no conocerla, cosa que espero remediar.

Leoncio Collado Rodríguez

“Gerente de Atención Primaria. (1991-1996)

Prehistoria sanitaria de la Región de Murcia Área III. Lorca.

La reforma y desarrollo de la Atención Primaria en el área III de Lorca supuso la puesta en marcha de ocho zonas de salud con sus correspondientes Equipos.

Apertura en horario continuado desde las 8h hasta las 21h, lo que supuso una descongestión muy importante de los servicios de urgencias y las urgencias hospitalarias.

El nuevo modelo, hoy ya consolidado, y quizás tembloroso ante las nuevas y últimas medidas de reestructuración y recorte, supuso un espectacular cambio en la oferta de servicios sanitarios públicos de primer nivel.

Paralelamente a la puesta en funcionamiento de los Equipos y sus zonas, el modelo acercó su actividad a la población, fundamentalmente en el municipio de Lorca, que como es sabido tiene uno de los más amplios territorios de España.

Con veintitrés consultorios periféricos se produjo el cambio del sistema.

Esto hizo desaparecer el antiguo modelo de ambulatorio sobre todo en plantilla se multiplicó el número de profesionales cuatro o cinco veces, y también su dedicación horaria.

El papel del nuevo modelo de enfer-

mería y su actividad comunitaria fue revolucionario en la mejora de la calidad en los servicios de salud.

Mis colaboradores más estrechos fueron, el Dr. Valero Martínez como director técnico; Dña. M^a José Cascales como directora de enfermería, y D. Manuel Navarro como director de gestión.

En su comienzo, el Área III no fue Gerencia coordinando las distintas zonas desde una coordinadora dependiente del hospital.

La verdadera eclosión de la Atención Primaria vino con la Autonomía de Gestión y la aparición de una Dirección Médica, y después una Gerencia de Atención Primaria.”

Hombre de acción y amigo de sus amigos. Siento por el un profundo respeto.

M^a José Martín Castelló

“Desempeñé el cargo de Gerente de AP de Lorca desde el 18/10/1996 al 31/12/1999.

En cuanto a los logros... algunos fueron consecuencia directa de la gestión de mi antecesor, como la inauguración de los Centros de Salud Águilas Norte y Lorca Sur, aunque se cambió el mapa sanitario de Águilas para igualar los "G"(modelo de dispersión geográfica con repercusión en la nómina) de ambos Equipos.

Instauramos la jornada deslizante en nuestra área.

Se asignó enfermero a cupo médico con lo que cada usuario tenía referente tanto de médico como de enfermero.

Se creó la Comisión Paritaria del Área con Atención Especializada.

Con la participación de S. Tocogineco-

logía del Hospital Rafael Méndez y matronas de área se elaboró el Programa de atención y control del embarazo, programa vigente en la actualidad.

En colaboración con los Servicios Sociales Municipales de Lorca se instauró un protocolo de ancianos en situación de riesgo social en las pedanías altas.

Puesta en marcha del modelo P.15 como interconsulta preferente en casos de sospecha de malignidad con demora inferior a 15 días.

Nombramiento con aumento de plantilla de la figura del Coordinador de Calidad con la elaboración e instauración del programa "Prevención del Cáncer de Cérvix".

Mis colaboradores más cercanos fueron:

- Catalina Lorenzo Gabarrón
Directora médica
- Ana Reboiro Pérez
Enfermería
- Antonio Martínez Hernández
Gestión
- Iñigo Anza Aguirrezabala
Coordinador de Docencia
- José Luis Suárez
Aux. Administrativo, jefe.

El apartado de las emociones es mas difícil de expresar, por un lado el punto de riesgo y consiguiente adrenalina que te da el trabajar en la gestión, por otro, la satisfacción tanto personal como de equipo con los logros y como contrapunto, la presión de arriba, sobre todo política, que a veces te hace reconsiderar tu lugar en la Organización y con respecto a los compañeros.

Prometo presentarte mis respetos en breve.

José Gómez Marín

Gerente de AP del área III de la Región de Murcia, desde mayo 2000 a junio 2006.

Gerente de Área Única de Lorca desde junio 2006 a septiembre de 2007

Murcia a 26 de junio de 2013.

“A petición del Dr. J. E. Pereñiguez para su presentación de la Evolución de la AP en la Región de Murcia ante la Real Academia de Medicina y Cirugía.

2001: Estudio de Calidad interna de la Gerencia de Atención Primaria, por el método SERVQUAL y posterior puesta en marcha de las mejoras tendentes a reducir la diferencia, dando lugar a diferentes programas de mejora.

2001: Programa informático de protocolo y seguimiento del control del uso de Glucemia capilar por los usuarios diabéticos, basado en evaluación e indicación por el Médico de Familia y ejecución por enfermería.

2001: Establecimiento de la comisión de Calidad en Atención Primaria. Un representante de cada centro más tres de la Gerencia.

2001: Programa de formación para los centros durante su horario laboral a coste cero para los profesionales. Incluidos congresos o jornadas.

2001-2007: Programa de productividad variable no retribuido ligado a los tres niveles o estamentos dentro de la Atención Primaria (facultativo, enfermería y personal de apoyo).

2001-2007: Programa de cursos de cirugía menor ambulatoria y medicina estética para médicos de Atención Primaria.

2002: Programa informático de seguimiento y control sobre el estado de partes de averías (de todo tipo).

2002-2006: Programa de deshabituación tabáquica del personal dependiente del área III de Atención Primaria con tratamiento deshabituador y seguimiento costeado por la gerencia, con una unidad creada por Médico de Familia, Psicólogo y Enfermería.

2003-2007: Programa único de Educación Grupal Diabetológica de Área, reconocido por las diferentes Asociaciones de Diabéticos del Área y por el Ministerio de Sanidad.

2005-2007: Establecimiento de ciclo de mejora basado en la Gestión por Procesos (EFQM) con inicio de quince líneas de actuación en 2005 y con sesenta y dos líneas en 2007, reflejadas en contrato de gestión, y con cinco procesos conjuntos con el Hospital R. Méndez, involucrándose a cinco servicios del Hospital.

Otras actuaciones: Inauguración de los Centros de Salud de Puerto Lumbreras, Totana y ampliación y reforma completa de Águilas Sur, reforma y ampliación del Servicio de urgencias de San Diego, reforma completa de exteriores del Hospital Rafael Méndez.”

Le nombré Coordinador en el Centro de Salud de Cabezo de Torres y le reconozco una magnífica labor en Lorca.

Finalmente debo hacer mención a la labor realizada por la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria (smumfyc) en su constante posicionamiento a favor de la especialidad y en las reivindicaciones de sus asociados. Los

Dres. Sánchez y González son una representación de sus Presidentes.

Primer Presidente de la SMUMFYC Dr. Juan Antonio Sánchez (1984).

“He tardado varios días en contestar porque quería revisar una carpeta con notas, escritos y la hoja informativa de la smumfyc que el Dr. Manuel Sarmiento (primer secretario de la sociedad) comenzó a editar; pero al final no la he localizado... Juan Enrique vivió los mismos acontecimientos desde la Junta Directiva, al ser vicepresidente de la misma.

Los recuerdos más importantes en esta época fueron la organización de las primeras jornadas de la smumfyc, realizadas en la Consejería de Sanidad con el Consejero Dr. Morales Meseguer, dependiendo los Centros de Salud de INSALUD. Todo el trabajo administrativo y de organización fue realizado por los propios socios y los miembros de la Junta Directiva; siendo muy importante el apoyo de la Consejería de Sanidad, que abonó la impresión y encuadernación del libro de comunicaciones.

También se dedicaron muchos esfuerzos en la puesta en marcha de los primeros Centros de Salud que nacieron con numerosas dificultades por la falta de previsión de la Dirección Provincial de INSALUD.

Llegamos a disponer de un local propio un despacho alquilado en una calle cercana a Platería y al abrir la nueva sede del Colegio de Médicos trasladamos allí nuestros papeles y carpetas.

Gracias por todo y un fuerte abrazo.”

Actual Presidente Dr. Juan de Dios González (2013)

Tengo sensaciones positivas y negativas: entre las positivas, la implantación de la asignatura Medicina de Familia y Comunitaria en la Universidad de Murcia a mismo nivel que cualquier otra disciplina médica, así como el nombramiento de un Médico de Familia como Académico numerario con todo el reconocimiento que supone para la Medicina de Familia y todos los Médicos de Familia de la Región de Murcia. En cuanto lo negativo, el mayor distanciamiento de la Atención Primaria respecto a la Atención Hospitalaria propiciado y permitido, sobre todo, por nuestros gestores sanitarios, y quizás el hecho más negativo haya sido la pérdida de la universalidad del sistema sanitario público español, del último año, consecuencia de las decisiones poco justificadas y nada sociales.

Epílogo

Sras y Sres. La Atención Primaria se encuentra madura después de treinta años de su puesta en marcha, donde podemos reconocer el inmenso avance producido, los escasos retrocesos y el incierto futuro que puede otearse. La apuesta inicial ha transformado finalmente la asistencia sanitaria de este país y su categoría esta a la par del maravilloso mundo hospitalario.

Esa doble estructura Primaria-Hospital configura en la actualidad uno de los sistemas públicos mas avanzados del mundo y confío que con el esfuerzo de todos, seamos capaces

no de mantenerlo, sino de ampliarlo y no justificarnos con la maldita crisis para introducir elementos de negocio sanitario que poco a poco desmantelen lo que durante tantos años costo construir.

Antes de concluir cómo se ha desarrollado el modelo de Atención Primaria en la Región de Murcia hasta llegar a nuestros días, debo insistir en la cada vez mayor importancia de los servicios sanitarios de primer nivel y no solo porque es ahí donde se deben desarrollar las políticas de promoción y prevención cada vez mas necesarias y demandadas , no porque debamos mejorar en la realización diagnósticos y tratamientos mas rápidos y certeros, si no porque el evidente envejecimiento poblacional, hará aun más que el Médico de Familia lidere esos servicios socio-sanitarios básicos en el marco de un equipo de salud.

No lo olvidemos: proximidad al usuario por parte de la Atención Primaria; una red que debe mejorar en Servicios sociales y el Médico de Familia actuar como coordinador de los distintos niveles de atención .Y esto de lo que les hablo esta en la cartera de nuestros gobernantes que aunque hayan herido de muerte la ley de la Dependencia, saben que el problema del envejecimiento referido a los servicios que los mayores deben recibir esta a la vuelta de la esquina, si no aquí ya.

Cierto es que en nuestras consultas, un porcentaje elevado de usuarios son las personas mayores, pero no es menos cierto que la atención domiciliaria se hace cada vez mas importante, lo que modificará la estructuración de la actividad del profesional actual para flexibilizarse lo máximo posible.

A lo largo de estas tres décadas, pasamos de la fase de los pioneros, a poner las bases

de una Atención Primaria de calidad en lo referido a Centros de Salud, con unos procesos en los Equipos que se recogían en su Cartera de Servicios, evaluables y referidos a atención sanitaria, como se concretaban en las Normas Técnicas. Tan cierto que como todas las encuestas de satisfacción indican la Atención Primaria supera a la Atención Hospitalaria.

Mejoras como la informatización de los Equipos (OMI-AP), el acceso a la mayor parte de la tecnología y la necesidad de la Tarjeta electrónica que reproduzca la información sanitaria del paciente en un todo, son ejemplos de avance sin igual.

Las trasferencias Sanitarias del 2002, son el momento en el que los murcianos sustituimos el Insalud y nos pusimos en marcha para ser capaces de gestionar lo nuestro. El proceso se hizo rápido, mal y con un incuestionable déficit económico de partida que arrastramos hasta hoy, lo que provocó una cierta incertidumbre en su momento que fue muy dañina para el sector, en su evolución y posterior desarrollo.

Hemos comprobado el escaso tiempo que han tenido nuestros gestores para desarrollar sus objetivos, y la política ha provocado una noria de directivos a lo largo de estos últimos años; siendo la capacidad de aguante del sistema y sus profesionales los que han amortiguado ataques furibundos e inmerecidos de otros actores al propio sistema. Se aprecia que los ceses de directivos son consecuencia, en muchos casos, de “conspiraciones y arreglos de poder”, siendo la capacidad técnica y las carreras profesionales,” harina de otro costal”.

El desarrollo en la Región de nueve áreas de Salud, ha supuesto la atomización del Sis-

tema con “nueve” órganos que ejecutan acciones y actividades escasamente coordinadas.

Coordinación, palabra decisiva en materia sanitaria entre profesionales y niveles: su escasez esta generando reinos de taifas cada vez más importantes.

La Atención Primaria anda en la actualidad subsumida bajo la potencia del Hospital sin que ningún responsable, fuera del mensaje oficial que valora la Atención Primaria y al médico de familia como eje del sistema reaccione, nos deje reaccionar, frente a este tsunami de control hospitalario, por la ausencia de directivos que defiendan un modelo de abajo-arriba y no al revés, o bien por la ausencia o escaso desarrollo de políticas Institucionales que claramente desarrollen este objetivo.

Pero las “culpas” son también nuestras ,la escasez de reivindicaciones ,el querer ser solo “técnicos”,el dejar que todavía a los de más de cincuenta años estén en la pelea profesional y los de treinta y cuarenta ¿donde están?, ¿que esperan? ¿su plaza fija?,¿su sueldo? ,¿el que les digan que son muy buenos chicos?, eso si ,que sean obedientes ,muy obedientes...

Con todo, cada vez creo más en el Médico de Familia y en lo que representa, su cercanía, su autoridad científica y social, el conocimiento de las personas, familias y entorno, esa es nuestra fuerza.

La Atención Primaria puede y debe revolucionarse de nuevo, definir objetivos consensuados para diseñar un futuro con más contenidos y proyección. En solo veinticinco años hemos revolucionado el mapa sanitario español, déjennos y verán de lo que somos capaces. En esa tarea debemos estar también los profesionales, venciendo la maldita inercia y recuperando las actitudes críti-

cas y solidarias de nuestra Especialidad.

Si realmente somos el eje del sistema, debemos asumir el protagonismo que la sociedad nos otorga y decir claramente que todo empieza y acaba en el Médico de Familia y su estrecha relación con el usuario .El hospital es algo puntual en la vida del paciente, pero nosotros representamos lo cotidiano, donde se previene o se gesta el problema, lo extenso en la vida del paciente, su apoyo mas próximo, su gestor de salud y en muchos casos su amigo.

Por tanto debemos exigirnos: capacidad científico-técnica, humanidad en grandes proporciones y espíritu crítico desde la lealtad ante nuestros usuarios y autoridades, pero por ese orden.

Finalmente gracias a todos, al Dr. José Antonio Nuño y a los que me ayudaron a elaborar este discurso , son la historia viva de lo que fue y lo que es la Atención Primaria y a todos los médicos de Familia que han supuesto el eje decisivo en la mejora de los servicios de salud más cercanos al ciudadano.

He dicho.

Discurso de contestación

al Ilmo. Sr. D. Juan Enrique Pereñiguez Barranco en su recepción pública como Académico Numerario electo de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

✿ José Antonio Nuño de la Rosa ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excelentísimo Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia
Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.*

En la presentación del libro “Ética en Medicina Crítica”, de Juan Antonio Gómez Rubí, el Dr. Antonio López Alanís, cuyo puesto en nuestra Real Academia de Medicina y Cirugía ocupará, desde hoy, el Dr. Pereñiguez Barranco, expresaba que el Médico de Familia actual, el médico rural de antes o el médico de cabecera de siempre es uno de los pilares de cualquier Sistema Asistencial. Esta cuestión ha sido glosada, más extensamente por el Dr. Pereñiguez en su discurso de ingreso. Estas consideraciones del Dr. Antonio López-Alanís las asumo completamente.

Pero ésta asunción viene de lejos. En mi época de estudiante de Medicina en Valencia leí con deleite la novela “Cuerpos y Almas”, de Maxence Van Der Meersch que trata, efectivamente, de “Cuerpos” y “Almas” enfermas y sufrientes. “Cuerpos” que depositan su fe ciega, su confianza, a un médico cuestionable; “Almas” que se debaten con su fe en Dios. Expresa el autor un paralelismo que permite el contraste entre el hombre, el Médico y Dios. Es, en parte, una novela autobiográfica en la que se desarrolla la crítica a la

práctica oficial de la Medicina, y en especial, a la asistencia médica de la tuberculosis. Aparecen personajes muy diversos: un político, un gran médico, un director de hospital, una enfermera y un médico de pueblo. Sólo eso convertiría “Cuerpos y almas” en un libro buenísimo, pero es que, además, profundiza en todos los temas de esa sociedad y narra todo lo referente a los personajes y sus familias, los distintos caminos elegidos por cada cual, las distintas formas de pensar, de vivir. En todo momento sientes que lees algo ficticio pero veraz, que denota en cada momento que el autor vivió en esa época.

Es entonces cuando nace mi vocación Clínica, que se asienta y confirma tras mis estancias en el Departamento de Fisiología del Profesor García-Blanco, el Departamento de Patología General del Profesor Don Miguel Carmena Villarta y por mis cuatro años en la Cátedra del Profesor Don Manuel Valdés Ruiz.

Muchos años después, ocupando la Dirección Médica del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, tuve ocasión para tratar y conocer a los Médicos de Familia y Comunitaria. Comprobé la importancia de su papel en los Servicios de Urgencias y, más aún, en los Centros de Atención Primaria, en donde su buen funcionamiento repercute directamente en la eficiencia de los Hospitales. En

mi caso podríamos calificar el encuentro con éstos Especialistas como una “conversión paulina”. No me caí del caballo, tampoco Pablo de Tarso, pero sí cambió rotundamente mi percepción sobre ellos. Tan radical fue el cambio que pensé y pienso todavía en la condición de ésta Especialidad, que considera a los pacientes en su totalidad, integrados en la Sociedad, en la familia, en su hábitat humano. De ahí que el papel de la admirable Medicina General de hace décadas lo desarrolle hoy, con creces, la Medicina Familiar y Comunitaria, ya que gracias a su formación vía MIR adquieren una formidable preparación y conocimientos, pasando a ser profesionales fundamentales en el Servicio Nacional de Salud a los que se les encomienda una misión básica, que podría ser todavía mayor aún si se les confiaran más competencias, con las que permitirían aliviar la presión asistencial que reciben los Hospitales. Para ello es necesaria una mayor y mejor Coordinación Asistencial en cada Área Sanitaria.

Uno de estos Médicos de Familia y Comunitaria, el Dr. Juan Enrique Pereñíguez Barranco, se incorpora hoy a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia como Académico de Número. Fue admitido como Académico Correspondiente, por unanimidad, en el Pleno del día 20 de Octubre de 2011. Dos años después, en progresión espléndida, ingresa como Numerario.

Su Curriculum presentado de forma abreviada expresa un bagaje sobrado de méritos:

Hace 30 años que terminó su formación, vía MIR, en el Hospital Clínico Virgen de la Arrixaca de Murcia. Fundador de la Sociedad Murciana de Medicina de Familia y Comunitaria de la que socio número uno.

Hace 10 años obtuvo el título de Doctor

defendiendo la Tesis “Gestión de la Información Sanitaria en la consulta del médico de Atención Primaria en la Región de Murcia”.

Entre sus numerosos títulos profesionales caben destacar los siguientes: Diplomado en Sanidad por la Escuela Nacional de Salud; Diplomado en Recursos Humanos por la Escuela Nacional de Sanidad; Profesor Asociado en la Universidad de Murcia desde 2011, función docente que sigue desempeñando en la actualidad; Director Médico de la Gerencia de Atención Primaria durante dos años; Delegado de la Universidad de Murcia en la Comisión Hospitalaria de Centros de Atención Primaria; Tutor Docente en Medicina Familiar y Comunitaria en el Centro de Salud de Espinardo (Murcia) desde 1999, función en la que permanece en la actualidad.

Intervino como Profesor en ocho Cursos sobre Atención Primaria y Salud Pública y ha codirigido dos Tesis Doctorales.

Ha presentado más de cien Comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales, siendo Ponente en cerca de treinta de ellas.

Tiene más de cincuenta publicaciones en Revistas Nacionales de impacto y es habitual presentador en Televisión sobre temas de Salud Pública.

Profesor Asociado a la Cátedra de Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, desde el año 2001 continuando en la actualidad. Recientemente la ANECA aprobó su nominación como Profesor Ayudante Doctor de la Universidad española.

Ha presentado el nacimiento, desarrollo, implantación y sugerencias para el futuro de esta Especialidad en nuestra Región. Fiel reflejo de su importancia es que, según ha

manifestado el Dr. Pereñiguez Barranco, el 42% de los estudiantes de Medicina serán Médicos de Familia y Comunitaria.

La anécdota que les cuento ahora refleja muy bien su humanidad, pareja con su físico, propio de una gran figura del balonmano murciano que fue. Ese corpachón esconde una persona sentimental, de desbordante ternura y complicidad amistosa. A los 34 años se retiró del balonmano tras recibir una agresión, en el curso de un partido, que le hizo caer al suelo sin poder levantarse. Su pundonor herido le hizo abandonar ese deporte y ese mismo pundonor es que le ha empujado hacia adelante a lo largo de su vida. Esos sentimientos hacia los demás, hacia el prójimo, al próximo, quedan perfectamente manifestados en sus comentarios sobre sus padres, su esposa, sus hijos y sus amigos.

El Dr. Pereñiguez Barranco ha descrito en su discurso que, con anterioridad a 1964, se delimitó claramente la división entre el modelo de la Medicina General y la Medicina Hospitalaria. Posteriormente y como consecuencia de la mejora económica de la época, se crea la red de Residencias Hospitalarias de la Seguridad Social lo que provoca un aumento de la asimetría en las prestaciones de una y otra. La Medicina General se incrementa en el ámbito urbano y rural, pero se penaliza el acceso a la tecnología y se persiste en la ausencia de formación continuada o reglada en esta materia, con el natural aislamiento de estos profesionales y limitando claramente su capacidad resolutive.

Sólo se solucionará a partir del año 1979 con la formación de Médicos Internos Residentes en Medicina Familiar y Comunitaria y en el año 1985 con el comienzo de los Centros de Salud. Ya en 1986 con la publicación

de la Ley General de Sanidad se da paso al Sistema de Seguridad Social actual, al “Sistema Nacional de Salud”. El resto es historia y actualidad. Esperemos que desde la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia se presione lo suficiente para facilitar el aumento de la coordinación, entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, tan deseable y deseada, por el bien de los ciudadanos.

Muchas gracias.

He dicho.

Discurso de clausura

✿ **Emilio Robles Oñate** ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmas. e Ilmas. Autoridades,
Exmos. e Ilmos. Sres. Académicos
Señoras y señores.*

Querido Juan: Tu detallado discurso y aun más el libro editado, y que recomiendo leer, está lleno de atinadas observaciones y haces historia con tantos datos y personas, que quedan para el conocimiento de el mundo sanitario de nuestra Región.

Para mi resulta entrañable el recuerdo, en mi niñez, de aquellos médicos llamados “generales” o “de cabecera” que no tenían horas porque su dedicación era total. En esa niñez estaba rodeado de médicos, mi padre, tíos y primos, así que conozco muy bien ese

significado, esa actividad y lo que es la salud, la enfermedad y la muerte.

Veo, que como “de bien nacido” eres agradecido, por todos aquellos que te han agradado, tal y como te expresas, también te han conformado.

Llegas a esta Institución con un gran bagaje que es muy necesario para nuestra actividad y completas con tu mundo sanitario, una necesidad y una actualidad absolutamente conveniente.

Te conoce muy bien el Dr. Nuño de la Rosa al hablar de tu bonhomía, y que encajas perfectamente en esta ya tu casa.

Muchas gracias a todos.

Académicos Correspondientes

Discurso de presentación

del Dr. D. Juan Francisco Madrid Cuevas

✿ **María Trinidad Herrero Ezquerro** ✿

Académica y Secretaria de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Con la venia Sr. Presidente.

Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos de la Real Academia de Medicina y Cirugía, y de otras Academias, Señoras y Señores.

Me considero muy afortunada de presentarles comentar la trayectoria científica y humana de Don Juan Francisco Madrid Cuevas.

Don Juan Francisco Madrid Cuevas hijo de D. Antonio Madrid Calatayud, natural de Llano de Brujas (Murcia) y de Doña Antonia Cuevas Alfocea, natural de Monteagudo (Murcia) nace en Murcia cerca del campus de La Merced, al que iba a jugar de pequeño. Durante una época los sábados por la mañana se iba solo o en compañía de su hermano a la Biblioteca que había en la Casa de la Cultura, hoy Museo Arqueológico y sede de esta Real Academia. Como D. Juan Francisco recuerda, sus padres le inculcaron el valor del trabajo, y su madre, Doña Antonia Cuevas, aquí presnete, creo un hogar lleno de amor y ternura en el que sus hijos crecieron seguros de si mismos con el sentido de la responsabilidad.

D. Juan Francisco vivió en Murcia donde mi madre tenía una tienda, aunque de pequeño (de los 8 hasta los 16 años) vivió en Cabe-

zo de Torres, en Monteagudo, y después otra vez en Cabezo de Torres. Es de la generación de la EGB y del BUP. La EGB la estudió en el colegio Andrés Baquero, y el BUP y COU en el instituto Alfonso X el Sabio. Posteriormente pasó a estudiar en la Universidad de Murcia eligiendo la carrera de Biología. Era un chico aplicado y estudioso y obtuvo el Premio Extraordinario de Licenciatura por sus 13 matrículas de honor, 1 sobresaliente, 5 notables.

Al acabar la carrera realizó los estudios de Doctorado de la Universidad de Murcia bajo la dirección del Profesor D. Francisco Hernández y del Profesor José Ballesta (Académico de Número de esta institución). Acabó sus tesis doctoral con honores y fue Premio Nacional Jóvenes Investigadores de la Universidad de La Laguna con motivo de su bicentenario En 1991 obtuvo la plaza de

Profesor Titular en la Universidad del País Vasco, siendo Profesor Titular en la Universidad de Murcia, de vuelta a sus orígenes en el año 2001 dónde es Catedrático de Histología desde el año 2007. Se da la circunstancia de que es el único catedrático de Histología de España.

Don Juan Francisco ha publicado mas de 60 artículos indexados en revistas internacionales de alto índice de impacto, y es revisor para múltiples revistas científicas. Además,

es evaluador experto para instituciones como el FIS, ANEP, ANECA, el FONICYT argentino, o para la Comisión Europea en el programa Marie Curie. En la actualidad es Vicepresidente de la Sociedad Española de Histología e Ingeniería Tisular. Es Editor de la revista internacional *Histology and Histopathology*, que posee un factor de impacto de 2,480 y que según el Scimago Journal Rank, basado en Scopus (Elsevier) está situada en tercera posición a nivel mundial dentro del apartado de Histología.

Don Juan Francisco está felizmente casado con Doña María Teresa Hernández Alfaro (Maite) con la que comparte familia y trabajo fructífero en un tándem envidiable de armonía y respeto. El matrimonio tiene dos hijos: Sergio, nacido en Bilbao, que actualmente tiene 13 años; y Cristina, nacida en Murcia, que actualmente tiene 12 años. Sus suegros, Doña Conchita Alfaro y Don Francisco Hernández, siempre cerca ya que su jefe se convirtió en suegro guiándole y aconsejándole con esmero, a lo que D. Juan Francisco respondió con gran lealtad y simpatía. Sus aficiones fuera del trabajo se centran en la lectura de novela histórica, si bien confiesa que después del trabajo “queda poco tiempo para más que la familia”.

Publicar o perecer. El desarrollo de la ciencia médica moderna se fundamenta en tres procesos esenciales: producción, comunicación y utilización de los conocimientos. La importancia de desarrollar una cultura de publicación entre los estudiantes y entre los profesionales dedicados a la medicina es cada día mayor principalmente porque sobre todo en nuestro país es muy mejorable.

La mejor manera de dar a conocer el éxito del trabajo de investigación de un grupo es

mediante la publicación de los resultados que se producen en su sector o actividad durante un período determinado. En realidad, no basta con exponer los resultados en eventos y congresos, es preciso explicitar los resultados obtenidos e incentivar el intercambio de conocimientos mediante el desarrollo de las publicaciones científicas, usando indicadores cuantitativos que se basen en el análisis estadístico de datos. Esta es la única vía para la formación de profesionales médicos del siglo XXI.

Es sabido que, en cada rama del conocimiento, el número de publicaciones de un país constituye un indicador del desarrollo alcanzado por dicha nación:

1. El proceso de publicación permite validar y formalizar los resultados o las experiencias obtenidas tanto en la práctica como en la investigación.
2. La diseminación del conocimiento científico y divulgación de los resultados de la labor de técnicos y profesionales de la fisioterapia, mediante la publicación de sus experiencias, es fundamental en el actual desarrollo de la docencia, asistencia e investigación en salud.

Aunque existen otras formas de difusión de los conocimientos de forma divulgativa (publicidad o periodismo especializado), la publicación de artículos en revistas que haya sido evaluado por pares es una de las vías fundamentales de la comunicación científica. A través de estas publicaciones se comparten los resultados y experiencias obtenidas por diferentes especialistas, instituciones y países, y pueden compartirse protocolos de nuevas estrategias terapéuticas que pueden salvar

vidas humanas o mejorar la calidad de vida de los pacientes, amen de aumentar el conocimiento básico de procesos patológicos.

También he de destacar que para escribir artículos científicos se precisa de preparación, por lo que en las carreras de medicina, en las memorias de verificación, debería estar incluido el desarrollar competencias y habilidades de los estudiantes tanto en la búsqueda y recuperación de información, como en la preparación de manuscritos para publicar. Sin embargo, es una cadena ya que los propios profesores deberían ser maestros en este arte de producir y generar nueva información de calidad y saberla transmitir a toda la comunidad científica.

No voy a entrar en los escabroso temas de plagio y de fraude que si bien existen, son tan deleznable en si mismos que le cedo gustosamente al ponente la ocasión de comentarlos para que sean Ustedes conscientes como, lamentablemente, la estafa y el robo tampoco escapan a la ciencia.

Dejenme acabar aclarando que con estas últimas palabras no quisiera que se malinterpretara mis afirmaciones. Si bien no es oro todo lo que reluce, lo cierto es que la mayoría de los científicos son honestos, y los trabajos publicados corresponden a resultados validados y refrendados antes de ser escritos y enviados a una revista para publicar.

Y ya acotando, reitero mi satisfacción por recibir a D. Juan Francisco Madrid Cuevas ya que estoy convencida de que va a trabajar animosa y dedicadamente por esta Real Academia. Por todo ello, y más allá de la etiqueta, le manifiesto mi profundo agradecimiento y mi sincera admiración.

Con la venia del Señor Presidente, me complace darle la bienvenida al Cuadro de

Académicos Correspondientes de esta bicentenario Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia que se siente muy satisfecha de contar con Don Juan Francisco Madrid Cuevas entre sus miembros.

He dicho.

'Publicar o perecer'

✿ **Juan Francisco Madrid Cuevas** ✿

Catedrático de Biología Celular e Histología. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia

Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos de la Real Academia de Medicina y Cirugía, y de otras Academias, Señoras y Señores.

Importancia de la publicación

El avance de la humanidad está íntimamente ligado a la capacidad de comunicación. Esto ha permitido la transmisión del conocimiento de generación en generación; y por lo tanto, se ha evitado la repetición de los mismos estudios. Esta transmisión se produjo primero mediante la palabra. Más tarde, la escritura supuso un gran avance porque ya permitía que esa transmisión fuera fiel. La imprenta mejoró notablemente el sistema. y hoy en día se ha incorporado Internet.

De este modo, desde el punto de vista de la humanidad en su globalidad, el objetivo de la publicación es la transmisión de los conocimientos adquiridos a las generaciones venideras.

Para ello, para que esta transmisión del conocimiento se produzca, a nivel biomédico hay que publicar en revistas científicas. Cajal decía: "Cuando el investigador goce de crédito mundial, podrá publicar sus contribuciones científicas en cualquier revista nacional o extranjera de la especialidad. Los sabios a

quienes el asunto interese no se detendrán en el obstáculo de la lengua, antes bien, procurarán estudiarla para conocer el pensamiento del autor o buscarán editores que lo traduzcan y publiquen. Sin embargo, aun al sabio más reputado le es necesario, para ganar tiempo y conquistar adeptos en el exterior, comunicar sus descubrimientos a los Beiträge (=mensajes, contribuciones) o Zentralblatt (=revista central) más divulgados de Alemania. En cuanto al principiante, sin crédito todavía en el mundo sabio, obrará muy cuerda mente pidiendo, desde luego, hospitalidad en las grandes revistas extranjeras y redactando o haciendo traducir su trabajo en francés, inglés o alemán." Llama la atención como D. Santiago Ramón y Cajal, histólogo, el único premio Nobel que tiene España en Ciencias, anima incluso a los que todavía no tienen "crédito en el mundo sabio" a publicar o a tratar de hacerlo en las grandes revistas.

El propio Cajal editó la "*Revista trimestral de Histología Normal y Patológica*", en 1888.

Motivos para publicar

Pero, y desde el punto de vista personal, ¿por qué una persona quiere publicar?. Se me ocurren tres motivos:

1) Por altruismo, por afán de dar a conocer a los demás los conocimientos adquiridos con el trabajo personal, para que los demás

no repitan esos trabajos y utilicen sus resultados como punto de partida para conseguir otros conocimientos.

2) Por afán de notoriedad, egocentrismo, e incluso soberbia. Por aparecer en la prensa, por ser reconocido ante la sociedad, ante los conocidos, etc

3) O simplemente por el interés de ganar dinero y poder vivir, sacar a la familia adelante.

En mi opinión, lo normal, es que se de una mezcla de los tres, y en cada persona predominará más uno u otro motivo. En el caso de investigadores aficionados el tercer motivo no existe, pero en el caso de profesionales es un motivo muy legítimo.

Se plantea un problema cuando el tercer motivo, el crematístico, es muy fuerte. sencillamente porque esto puede dar pie a que se produzca el fraude científico. Para que este fraude se produzca, también es suficiente el segundo motivo, la exaltación del ego.

La Universidad española frente a la investigación: sexenios

En el sistema científico español el motivo crematístico no es lo suficientemente grande como para provocar la aparición de fraude. Tenemos un sistema mayoritariamente de personal fijo, por lo que se publique más o menos, el trabajo no se pierde. Tiene el inconveniente de que esta "seguridad" puede provocar la apatía frente a la investigación, y que haya investigadores que no ejerzan como tales. Hace aproximadamente un año hubo un ataque del ministro de educación contra el profesorado universitario,

quien vino a decir que cobran por investigar y no lo hacen, que eso había que solucionarlo. La verdad es que yo me llevé primero una gran sorpresa, porque no entendía por qué arremetía con los investigadores que hay en la universidad, pero sin embargo, no decía nada de los investigadores que hay en Organismos de investigación dependientes de los gobiernos regionales y central; algunos de los cuales tampoco investigan nada. Mi segunda reacción fue de alegría y de sorpresa al mismo tiempo, porque para que los profesores investiguen necesitan dinero para hacerlo. La mayoría de los que no investigan no es que no tengan interés, no lo hacen por falta de presupuesto. ¿Implicaba esto que el ministerio iba a proveer de fondos para que todos los que tienen obligación de investigar lo hagan? Esto es lo que me causaba alegría, y una enorme sorpresa al mismo tiempo. Pero rápidamente se entrevió que la solución no era dar dinero para que se investigue, sino que los profesores de universidad dieran más clases. La solución no es proveer de fondo a los investigadores para que investiguen y hagan universidad, sino que no lo hagan, den más clases, y convertir las universidades en academias.

Hace años teníamos en España unas pocas Universidades que investigaban lo que podían con los escasos fondos que habían; y ahora vamos camino de tener una academia en cada pueblo.

Ante el bajo sueldo del profesorado universitario español, hace años se procedió a implantar lo que hoy se llamaría un complemento de productividad, conocido coloquialmente como "sexenios". Consiste en que cada seis años los investigadores de la Universidad y de los Organismos Públicos

de Investigación someten su actividad investigadora a evaluación por una Comisión Nacional, y en caso de superarla se incrementa su salario en 120 euros, que después de deducciones se queda en menos de 90 euros. Realmente esto supone un estímulo a la investigación, pero en contra de lo que se pudiera suponer, este estímulo no está provocado por el incremento salarial que supone, sino por el segundo motivo, el orgullo personal del trabajo bien hecho y el del reconocimiento público que supone ese sexenio. Un compañero me decía hace años: “que yo voy a matarme a conseguir dinero para investigar, luego investigar, tratar de conseguir resultados interesantes, y pelearme por publicarlos en las mejores revistas, para que después de hacer esto durante 6 años, y si hay suerte, me paguen 90 euros más al mes. Para eso, me paso los 6 años leyendo el periódico y tomando café en la cafetería. Si investigo no es por la posibilidad de los 90 euros, lo hago por que es mi obligación y me gusta”. Obviamente los sexenios son más apreciados por el prestigio que supone tenerlos, que por el dinero que le acompaña.

Los que no consiguen un sexenio, no quiere decir que no investiguen, sino que su investigación, traducido en publicaciones en las mejores revistas, no ha alcanzado el nivel requerido. Curiosamente para la consecución de estos sexenios se le exige lo mismo a un profesor de Universidad, que tiene una importante carga docente y clínica, que a un investigador de los Organismos Públicos de Investigación, que se dedican a investigar a tiempo completo.

Precisamente esos sexenios son el punto clave del Real Decreto que se aprobó el pasado sábado 21 de abril de 2012. Según ese

Real Decreto una persona que lleva 18 años publicando, y publicando bien, al mismo tiempo que da sus clases y atiende a los enfermos, si en los siguientes 6 años no consigue otro sexenio, se le incrementa su carga docente un 33%. ¿Y con este incremento y con el recorte del presupuesto que hay para investigación, pretenden que publique mejor? Imposible. Le están diciendo: deja de investigar y céntrate en las clases.

Fraude científico

En cualquier caso, siempre hay una presión para publicar. Cuando estamos en un sistema funcional, esa presión existe, al menos, hasta el momento en que se consigue una plaza, bien sea en una Universidad o en un Organismo Público de Investigación. Y si no estamos en un sistema funcional, esa presión es permanente. Pero el segundo motivo, de los tres que comentábamos al principio, hace que la presión sea permanente, al menos para aquellos que consideren este motivo como relevante. En definitiva, la publicación trae consigo la consecución de una estabilidad profesional, la promoción y la relevancia social.

Esta presión puede acarrear la aparición del fraude científico.

Existe un acuerdo tácito de que los fraudes más graves son de tres tipos:

1) Fabricación de todos los datos o la mayoría de ellos.

2) Falsificación: que consiste en modificar los datos obtenidos para adecuarlos a la hipótesis de partida; es decir, nos quedamos con los datos que concuerdan con nuestras perspectivas iniciales y deseamos el resto.

3) Plagio: que consiste en la presentación de ideas o incluso de artículos completos de otros investigadores haciéndolos pasar como nuestros.

Han habido fraudes sonados, como el del de Hwang Woo Suk, el “investigador” surcoreano que se autoproclamó el primer científico que había logrado *clonar a un perro...* *Snuppy*. Pero su gran “aportación a la ciencia” vino cuando publicó en 2004 un artículo en la revista *Science* en el que aseguraba haber logrado por primera vez la clonación de embriones humanos...la gran noticia esperada por muchos.

Después de una meteórica carrera científica, con artículos publicados en las principales revistas, y cuando el héroe Hwang estaba a las puertas del Premio Nobel, se descubrió que todo era un montaje, que los resultados se los había inventado y que ni *Snuppy* era lo que parecía...Archivos confiscados, ordenadores intervenidos...un espectáculo bochornoso que acabó con una condena a dos años de cárcel por un tribunal de Seúl por *malversación de fondos estatales y violación de leyes bioéticas*.

O el caso del Dr. Schöng, dentro del área de Física. Quien publicó acerca de la obtención de transistores orgánicos. Pero que tras una Comisión de Investigación le fueron retirados 8 artículos en *Nature* y 7 en *Science*.

Yo también he vivido en primera persona un fraude científico. Hace un tiempo nos llegó a la revista de la que soy editor, *Histology and Histopathology*, un artículo procedente de China. Buscamos posibles revisores. Les escribimos preguntándoles si estaban dispuestos a revisarlo. Contestaron dos investigadores que sí, que lo podían revisar. Les

enviamos el trabajo. Unos días después nos contesta uno de ellos que es muy parecido a otro publicado por unos griegos. Curiosamente le habíamos pedido a uno de los griegos si querían revisar el artículo, pero no habían respondido. Me pongo en contacto, ya no sólo con uno, sino con tres de los investigadores griegos, y les envío el trabajo, preguntándoles qué les parece dicho artículo. Y al mismo tiempo le envío el trabajo de los griegos a los chinos. La respuesta de los griegos me deja un poco sorprendido: dicen que es igual que el suyo, pero no muestran sorpresa, ni indignación. Los chinos responden que ellos enviaron su trabajo a partir de 2008 a varias revistas y que fue rechazado (estábamos en 2011), que seguramente algún revisor lo ha copiado, que hasta que se conozca la verdad, retiran el trabajo. Ante esta falta de indignación y la facilidad con la que retiran el trabajo queriendo olvidarse del tema, y ante la pasividad de los griegos me surge la duda de quién ha copiado a quién, si los chinos a los griegos o los griegos a los chinos. Me pongo en contacto con la revista donde se publicó el trabajo de los griegos explicándoles el caso, y para que me informen sobre las fechas de recepción, admisión y publicación del artículo de los griegos. Tras recibir los datos, parece que el trabajo de los griegos fue por delante, se publicó primero; y que los chinos se lo copiaron. Pero cualquiera sabe. Pero no desisto. Le pregunto a los chinos que me digan a qué revista lo han enviado, que yo me pongo en contacto con los editores y vemos si los griegos han sido los revisores de su artículo y de ese modo se lo hubieran podido copiar. La respuesta del autor de correspondencia del artículo chino fue que alguien le había usurpado una dirección de e-mail que tenía

abandonada y ha enviado algunos manuscritos a algunas revistas; que quieren desacreditarlo, que ha puesto esta usurpación en manos de sus autoridades. Le insisto preguntándole si él nos ha enviado el artículo. Responde que él no sabe inglés y que jamás ha escrito un artículo en inglés. Buena explicación la que da. ¿Cómo saber si es verdad o no? Inicé algunas averiguaciones con la dificultad que tiene navegar en páginas web en chino. Gracias a los traductores de páginas web creo que conseguí averiguar los e-mails de su decano y de algunos colegas suyos de otros departamentos. Y digo que creo, porque realmente no sabía por donde me movía. E incluso llegué a la conclusión de que el autor chino sí que era autor de otros trabajos publicados en Inglés. ¿Sabría inglés, lo habrían puesto como autor sin él saberlo, le habrían usurpado también? En esta fase decidí que era más práctico no perder más el tiempo con esta actividad detectivesca; porque en definitiva, ¿Qué represalias se pueden tomar contra un autor chino que se llama Xu Yuan y cuyo e-mail es xoyoo@hotmail.com? ¿No dejarle publicar más? Habrá miles de chinos con ese nombre, y con que envíe el trabajo con otra dirección de Hotmail, Google, yahoo, etc ya creeremos que es otro.

A lo largo de los años se han cometido “gamberradas” que demuestran la fragilidad del sistema científico. Veamos dos:

El escándalo Sokal fue un famoso engaño logrado por el físico Alan Sokal para exponer al equipo editorial de la importante revista académica de humanidades *Social Text*. En 1996, Sokal, profesor de física en New York University, envió un artículo pseudocientífico para que se publicase en la revista post-moderna de estudios culturales *Social Text*.

Pretendía comprobar que una revista de humanidades «publicará un artículo plagado de sinsentidos, siempre y cuando: a) Suene bien; y b) apoye los prejuicios ideológicos de los editores (contra las ciencias exactas)». El artículo, titulado “La transgresión de las fronteras: hacia una hermenéutica transformativa de la gravedad cuántica”, sostenía la asombrosa tesis de que la gravedad cuántica era un constructo social; es decir, que la gravedad existe sólo porque la sociedad se comporta como si existiera, por lo tanto si no creyéramos en ella no nos afectaría.

Otra gamberrada fue la de Peters and Cecil en 1982. Cogieron 12 artículos de psicología, cambiaron los nombres de los autores, escogieron afiliaciones ficticias y los enviaron a las mismas revistas en los que se habían publicado. Tres de ellos fueron publicados, uno rechazado por ser copia de otro ya publicado, y ocho, rechazados por diversos motivos, pero sin advertir el plagio.

Afortunadamente hoy en día hay más medios para evitar estas “gamberradas”. Y por lo tanto disponemos de un sistema más sólido.

Existen otros **fraudes menores** que de acuerdo con Rosa Sancho (del CINDOC) se pueden clasificar en:

a) Autoría ficticia: que consiste en poner de autor a alguien que no ha contribuido suficientemente para ello; lo que se conoce como autoría regalada.

b) La publicación duplicada o autoplagio: que consiste en la publicación total o parcial de un trabajo en otra revista. Esto ocurre. Con cierta frecuencia se puede ver cómo algún artículo es retirado porque se había ya

publicado en otra revista con anterioridad. La “excusa” es que por error y por mala comunicación, dos autores distintos han enviado el artículo a dos revistas distintas al mismo tiempo. Otro fraude que sí que hemos detectado ha sido el de retirar un artículo que está en fase de revisión, porque debido a la mala comunicación entre los autores se ha enviado a dos revistas por dos autores distintos. Este fraude consiste no en publicar dos veces un artículo y tener dos artículos, sino en enviarlos a dos revistas al mismo tiempo y así tener más posibilidades de que se publique con más rapidez. Si se enviara de una en una, se podría rechazar en la primera, transcurrido unos meses, y entonces se enviaría a la segunda, donde se podría rechazar transcurridos unos meses, y entonces se envía una tercera, donde a lo mejor ya se acepta. Si se envía a las tres al mismo tiempo estamos ahorrándonos meses de revisión en las revistas donde se rechazaría. También nos hemos encontrado con artículos que hemos recibido que contenían fotos ya publicadas, o tablas ya publicadas idénticas. Unas veces estas similitudes nos las han hecho ver los revisores, y en otros casos nosotros mismos hemos encontrado el artículo anterior de los mismos autores con las tablas o fotos.

c) La publicación fragmentada: que consiste en publicar un trabajo de cierta entidad en varios artículos en diversas revistas. Personalmente yo no comparto la idea de que esto sea un fraude. Si nos van a valorar el curriculum al peso, es decir, según el número de artículos que tengamos y según la revistas en que publiquemos; y no van a tener en cuenta si esos artículos son de mayor o de menor entidad, lo que hay que hacer es publi-

car cuantos más mejor. Concursaban dos colegas a una misma plaza. Uno de ellos había publicado un artículo científico utilizando un anticuerpo en una especie animal, en el páncreas. El segundo tenía publicado otro artículo similar, utilizando 4 anticuerpos (no uno), en tres especies animales (no una), en el tubo digestivo y en el páncreas. Si el segundo hubiera fragmentado su artículo habría sacado 24 artículos equivalentes al del primer concursante. El artículo del segundo concursante había requerido un trabajo 24 veces superior, pero fue valorado igual que el del primer concursante.

d) La publicación inflada: que consiste en añadir más experimentos y datos a un artículo ya publicado anteriormente, con las mismas conclusiones.

Existen otros fraudes menores o negligencias, como es la inexactitud en la citas, citar artículos sin haberlos leídos, sólo habiendo leído el abstract o el título; las autocitas que no proceden, etc.

Cómo evitar el fraude

¿Existen herramientas para evitar el fraude? Sí.

a) La primera son los revisores, que si son adecuados deberían detectar al menos el plagio, autoplagio, publicación inflada, etc. ¿Pero son siempre efectivos los revisores contra el fraude? En el caso que les comenté antes, fue el revisor el que se dio cuenta del fraude. Cuenta también José Manuel López Nicolás, profesor de la Universidad de Murcia, en su blog, lo siguiente:

“Hace un par de semanas cogí un monumental “cabreo científico” que aun me dura. Una prestigiosa revista científica del campo de

Ciencia y Tecnología de los Alimentos me envió un trabajo realizado por un grupo de investigación chino para que lo sometiera a evaluación... El trabajo no era nada del otro mundo pero estaba bien diseñado y ejecutado. Las conclusiones era correctas y la molécula en la que se trabajaba presenta gran interés científico por lo que decidí aprobarlo con "minor revisions", es decir, que si los autores hacían unas breves correcciones, yo no iba a poner objeciones a su publicación. Casualmente, a los pocos días recibí, de otra revista científica del mismo área y con un índice de impacto similar, otro trabajo para revisar...precisamente del mismo grupo de investigación chino.

Empecé a leerlo y la cara se me iba cambiando... el contenido científico del trabajo era exactamente el mismo. Las frases puestas en modo activo en el trabajo que acababa de recomendar para la otra revista las habían puesto ahora en pasiva, los datos expuestos en forma de gráficas ahora formaban parte de tablas... pero ni un solo dato, técnica, metodología o referencia que lo diferenciara del primer trabajo evaluado"

b) Existe un organismo en Estados Unidos, la Oficina de Integridad en la Investigación (ORI: *The Office of Research Integrity*) que vela para evitar el fraude; pero que tiene jurisdicción solamente en USA, y en los organismos adheridos o que se financian con fondos públicos.

c) Hay programas de ordenador para detectar fraudes en fotografías, capaces de detectar si se han realizado modificaciones en una fotografía con photoshop u otros programas.

d) Existe también una página en la que se

puede comparar los abstracts de cualquier artículo con los ya publicados en *PubMed* (etblast).

Evaluación de la investigación

Estos fraudes se realizan porque tarde o temprano el investigador y su investigación son evaluados.

¿Cómo se valoran las publicaciones? Esta valoración ha ido cambiando con el tiempo:

a) En principio se valoraba el número de artículos y las revistas donde se habían publicado. Pero esta era una valoración subjetiva, sujeta a muchas variables.

b) Se empezó a utilizar años más tarde el factor de impacto de las revistas. Este factor mide el impacto de la revista. Se calcula para cada año, y es el cociente de dividir el número de veces que se han citado en ese año los artículos publicados en los dos años anteriores en la revista en cuestión, por el número total de artículos publicados por esa revista en los dos años precedentes. Durante mucho tiempo este Factor era calculado por el ISI. Hace tiempo otra empresa elaboró otro factor que denominó Factor de prestigio, pero duró pocos años. Hoy en día contamos con más factores, como es el Factor de Impacto de 5 años (en vez de dos) y el eigenfactor y el Factor de influencia del propio ISI, y otro Factor que es el de Scimago. Algunos de estos factores tienen en cuenta no solamente el número de veces que es citada la revista, sino si la revista que cita es de mayor o menor impacto.

El Factor de impacto es utilizado incluso por la Comisión Nacional Evaluadora de la

Actividad Investigadora para resolver los sexenios de investigación. Esto se encuentra desfasado, puesto que como hemos comentado hay otros factores que igualmente se podrían utilizar.

El uso del Factor de Impacto y similares para la evaluación de la actividad investigadora, en realidad no mide lo que se pretenda que mida. Se pretende medir la calidad del artículo que se está evaluando, pero lo que miden estos Factores es la calidad de la revista en dónde se ha publicado. Con mucha frecuencia vemos artículos publicados en revistas de alto Factor de impacto que no han sido citados nunca; y la viceversa también se puede dar. Durante un tiempo la utilización de este Factor de Impacto para la evaluación de los artículos pudo estar justificada, puesto que daba un valor numérico objetivo, frente a la evaluación subjetiva personal. Aunque esto también es muy discutible cuando se comparan trabajos de distintas áreas de investigación. Por ejemplo, no es lo mismo el número de citas que puede recibir un artículo sobre Parkinson (enfermedad de países ricos en la que se investiga mucho), que otro sobre un determinado parásito que se encuentra en un país del tercer mundo. Éste último, aún siendo muy bueno, casi no será citado.

c) Más recientemente ha surgido otro factor, es el factor H o de Hirsh. Este es un factor personal que evalúa la cantidad de artículos publicados y la cantidad de veces que son citados todos ellos. Un factor de 20, por ejemplo, quiere decir que el autor tiene 20 artículos que han sido citados 20 veces o más.

El inconveniente de este factor es que requiere tiempo. Es prácticamente imposi-

ble que un artículo sea citado el mismo año que se publica. Hay que dejar pasar tiempo para que lo lean, lo incluyan en otros artículos, y que estos artículos sean aceptados y publicados. Incluso es difícil conseguir citas al año siguiente; es trascurrido dos años cuando ya se empieza a conseguir citas. Para los sexenios no se podría utilizar puesto que sólo tendrían posibilidad de ser citados los de los primeros tres años. Otro inconveniente es que se puede publicar muy bien durante unos años y después tener unos años en blanco; el factor H seguirá incrementando. Por esto hay que utilizarlo, pero con prudencia, conociendo estas limitaciones.

Como ven, estoy hablando y hablando de citas. Dando por sentado que un trabajo con muchas citas es bueno. Y esto no tiene por qué ser así.

d) Otros factores a tener en cuenta en la evaluación de la investigación es el número de autores. Es muy difícil de valorar esto, puesto que la complejidad de la investigación puede obligar a que haya un número elevado. No obstante, muchas veces se penaliza si el número es elevado. Se pretende con esto evitar que se incluyan como autores a quien no lo merece, puesto que su inclusión dañaría la valoración que recibirá más tarde a quién sí que merece ir de autor.

En los últimos años se está teniendo en cuenta la posición del autor que se está evaluando entre los firmantes de cada artículo. Se suele valorar solamente aquellos autores que están en primer y en último lugar. Se parte de la idea de que quien está en primer lugar es quien ha hecho el trabajo, y el que está en último lugar es el jefe del grupo. El resto no ha hecho nada y están de relleno. Esta

idea choca mucho con la otra idea tan de moda de que la investigación de calidad la hacen los grandes grupos capaces de conseguir mucha financiación. Si la hacen los grandes grupos, los artículos lo harán más de dos personas, ¿por qué entonces sólo se valora la última y primera posición? Es fácil encontrarnos con evaluaciones de proyectos denegados, entre cuyos argumentos figura como aspecto negativo que el investigador principal tiene pocos artículos como primer o último firmante. Me parece que esto es grave, muy grave; parte de la idea de que hay un fraude masivo y que en todos los artículos, la mayoría de los firmantes no han participado; y que yo sepa, en España estamos en un estado de derecho donde se es inocente hasta que no se demuestra lo contrario. Esto se agrava cuando se evalúan trabajos de hace años, al evaluar por ejemplo un curriculum, cuando los criterios para decidir el orden de firmantes eran otros.

Algunas revistas solucionan esto creando un apartado donde se indica cuál ha sido el papel de cada uno de los autores en la elaboración del trabajo. Esto tiene la desventaja de que se puede encontrar con que alguno de los autores no debería ser autor, puesto que sólo ha realizado una labor meramente técnica. En cualquier caso, esto no resuelve el problema de la valoración, puesto que normalmente el evaluador no se lee el artículo, sólo lee el título, la revista y la relación de autores; e igualmente seguirá considerando al primero y al último.

Modos de realizar la evaluación

Existen dos modos de realizar la evaluación de la actividad investigadora (y docente, si procede): la presencial y la virtual, usando ter-

minología de los estudios de Grado.

Hace unos años para el acceso a Profesor Titular o a Catedrático de Universidad se creó el sistema de Habilitación. Un sistema presencial que permitía hablar con el candidato sobre su actividad investigadora y docente, tras una exposición por su parte de sus méritos. Después se pasó a un sistema virtual en el que el solicitante es evaluado a distancia, el de acreditación. Los expertos evaluadores se limitan a ver una relación de méritos, dando por supuesto que todo lo relacionado allí es cierto. ¿Pero alguien se encarga de comprobar si es cierto? La respuesta creo que es No.

Pero la valoración impersonal, a distancia, tiene también el inconveniente de que mide a todos con el mismo rasero, cuando no todos han tenido las mismas oportunidades. Por ejemplo, en la valoración de los sexenios se le exige lo mismo al investigador de un Organismo Público de Investigación, que se dedica a investigación a tiempo completo, que a un profesor de Universidad que tiene una carga docente elevada. A los dos se le exige lo mismo. Y esto no es justo. Pero incluso entre las distintas regiones españolas hay diferencias en cuanto a la facilidad para obtener fondos de investigación y becarios; por lo tanto, es más fácil hacer *curriculum* en unas universidades que en otras.

Y como según frase atribuida a D. Santiago Ramón y Cajal: “*Se conocen infinitas clases de necios; la más deplorable es la de los parlanchines empeñados en demostrar que tienen talento*”; concluyo ya agradeciendo la atención prestada en la lectura de estas líneas.

Bibliografía

- Judson HE (2006). *Anatomía del fraude científico*. Editorial CRITICA.
- López Nicolás J.M. (2011). *Un cuento chino... y los "Radicales libres"*.
<http://scientiablog.com/2012/02/22/un-cuento-chino-y-los-radicales-libres/>
- ORI: The Office of Research Integrity,
<http://www.ori.dhhs.gov/>
- Sancho R. (2004). *Fraude científico*.
<http://www.madrimasd.org/cienciaysociedad/debates-actualidad/historico/default.asp?idforo=GlobalIDI-15>
- Peters D.P. and Ceci S.J. (1982). *Peer-review practices of psychological journals: The fate of published articles, submitted again*. *Behavioral Brain Sci.*, 5, 187-195, See also the *Commentary* pp. 196-255].
- Ramón y Cajal S. (2006). *Recuerdos de mi vida*. Ed. Crítica.
- Scimago Journal Rank. <http://scimagojr.com/>
- Schulz P.C. and Katime I. (2003). *Los fraudes científicos*. *Revista Iberoamericana de Polímeros*. 42, 1-90.
- Web of Knowledge. www.webofknowledge.com
- Wikipedia. El escándalo Sokal. [http://es.wikipedia.org/wiki/Escándalo_Sokal](http://es.wikipedia.org/wiki/Esc%C3%A1ndalo_Sokal)

Discurso de presentación

de D. Jorge Tomás García

✿ José Antonio Villegas García ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmo. Sr Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos, Señoras y Señores.

La presentación de un nuevo académico suele ser un acto formal en el que quien le introduce, muestra los méritos que han llevado a la Institución al citado reconocimiento. En este caso, si bien me congratulo de exponer esos méritos, que a pesar de su juventud, son muchos, reconozco que estoy obligado por un sentimiento mucho más personal y profundo.

Jorge Tomás irrumpió en mi familia cuando más necesitábamos la ayuda de otros seres humanos, esa protección que caracteriza nuestra especie. Nos llegó desde la solidaridad, desde el altruismo, desde el voluntariado. Es, por tanto, este aspecto de la personalidad del doctor en historia del arte, Jorge Tomás García, el que primero quiero significar.

Quizás tengas esa minúscula mutación del gen COMT, o un aumento de la densidad en el lóbulo frontal y la corteza cingular anterior, o una mayor cantidad de materia gris en la unión entre el lóbulo temporal y el lóbulo parietal, no lo sé, pero bendito sea ese rasgo de la personalidad tuya, Jorge, que te llevó a brindar tu apoyo a mi hijo Héctor en aquellos momentos tan difíciles.

Esa cercanía vivida, me ha permitido seguir tu actividad como estudiante de Historia del Arte en la Universidad de Murcia, las numerosas becas y estancias en el extranjero, particularmente cuando fuiste a Londres recopilando datos y trabajando con especialistas en el Warburg Institute. Tuve el placer de ver como te otorgaban el doctorado en Historia del Arte con Mención de Doctor Europeo con la calificación, por unanimidad, de Sobresaliente Cum Laude y he asistido como un aficionado más a tus investigaciones sobre la estética de Platón o sobre la escuela de pintura de Sicilia, o sobre el filósofo griego Alción.

Admiro a tus padres, sé que son un referente para ti y que te apoyaron en esa difícil decisión que siempre supone preferir estudiar griego y latín. Comparto, también, tu amor por los animales siempre correspondido porque hay que ver las fiestas que te hacía Lara (mi perra) cuando llegabas a buscar a Héctor y no te digo nada de la carrera continua y tu participación en medias maratones, ese es un punto más de encuentro entre nosotros. El ejercicio físico es el nexo de unión con nuestro pasado evolutivo, como me has escuchado tantas veces argumentar.

Pero es tu gran pasión por la lectura lo que te trae hoy aquí. Sé que eres un bibliófilo y que estás en tu ambiente cuando te rodeas de

libros, y me abruman tus estudios, particularmente los que te han llevado a escribir en revistas del nivel de *Journal of Ancient History* o de *Journal of Ancient philosophy*, tratando temas como el concepto de belleza en Esparta.

Para este viejo y cansado lector de libros de medicina, ese soplo de aire humanístico es una bendición. El arte nos separó de otros homínidos con mayor capacidad craneal, incluso, dándole a nuestra especie la capacidad de dar el salto “*sapiens*”, hace unos 100.000 años.

Esta Academia tiene la suerte de aprovechar tus conocimientos poniendo al día manuscritos y libros de hasta 200 años de antigüedad. Mi paso como bibliotecario de la Institución me llevó a aprovecharme de nuestra amistad para pedirte ayuda con nuestra biblioteca y, ahora, me complazco en ser yo quien te presente como conferenciante.

Estoy ansioso, pues, por escucharte en este salón, recordando a nuestros clásicos. Bienvenido, Jorge, estás en tu casa.

'Imagen e imágenes del médico en la Grecia antigua'

✿ Jorge Tomás García ✿

Profesor de Historia del Arte de la Universidad de Murcia

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Vicepresidente, Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos, señoras, señores:

1. Usos y carácter de la Medicina griega

La cultura griega forjó su medicina desde el ámbito popular y militar (Fig.1); la popular tuvo un componente empírico y otro religioso que se desarrolló en los Templos de Esculapio (Asclepios) y con sus sacerdotes (asclepiádes). La medicina militar se exhibe en la obra de Homero que

revela amplios conocimientos anatómicos y de tratamiento de heridas¹. Esta práctica era parte de la formación de los guerreros. En esa obra, los mismos héroes atendían heridos.

El dios de la Medicina era Esculapio (Asclepio) hijo de Apolo y discípulo de Quirón. A este centauro mítico le cantó Píndaro como "héroe sanador de todas las dolencias, que tenía un corazón amigo de los hombres". Quirón aplicaba raíces curativas a la úlcera que padecía en su propio costado, era al mismo tiempo médico y enfermo². En los templos de Esculapio, alrededor del siglo VII

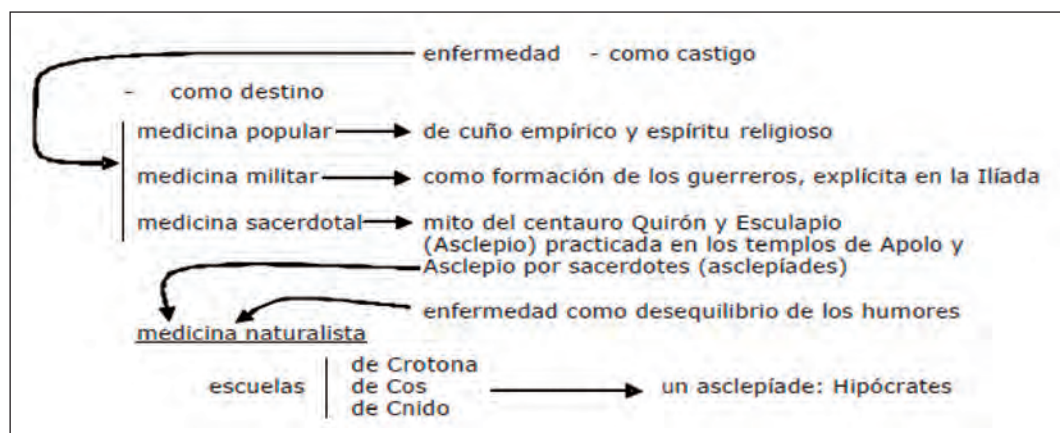


Fig. 1. Cuadro resumen de la Medicina griega.

¹ En la *Iliada*, Asclepio es un rey que contribuye a la guerra de Troya. En la época de Hesíodo era ya considerado el dios de la salud.

² A. Rodríguez Cabezas y M. Rodríguez Idígoras, *Historia Ilustrada de la Medicina*, Algazara, Málaga, 1996, pág. 44; A. S. Lyons y R. J. Petrucci, *Historia de la Medicina*, Doyma, Barcelona, 1980, pág. 196.



Fig. 2. Relieve con paciente en incubatio y asclepiade.

a.C., los enfermos pasaban en “incubación” haciendo ofrendas mientras los asclepiades interpretaban sus sueños y les aplicaban terapéuticas empíricas (Fig. 2).

Las noticias que tenemos sobre la Medicina en la Grecia antigua se han centrado tradicionalmente en los aspectos más relevantes de los saberes hipocráticos en diversos aspectos³. Todo el saber de los médicos hipocráti-



Fig. 3. Terracota que muestra los síntomas de una psoriasis discoide.

cos fue recogido en el *Corpus Hippocraticum*. Aunque pudiera pensarse que la autoría corresponde a Hipócrates, en realidad se trata de escritos de muchos autores de las escuelas de Cnido, Sicilia y Cos⁴. El texto incluye 40 historias clínicas en 72 libros de diferentes materias: cirugía, ginecología y obstetricia, psiquiatría, anatomía, patología, ética médica... Sirvan como ejemplo del contenido de la obra las siguientes consideraciones que

allí se encuentran:

- Las heridas son claramente descritas y los diferentes métodos empleados para su curación claramente explicados. Para desinfectar se usaban ungüentos que contenían vino. Las heridas abiertas se vendaban para provocar infecciones con formación de pus, pues se había observado que los forúnculos se curaban cuando salía pus (Fig. 3).
- Los dientes se fijaban con hilo de oro.
- Aunque las descripciones de las vísceras son escasas, el corazón es descrito, mencionándose el pericardio y el miocardio.
- Existen referencias a ciertas enfermedades mentales, como la epilepsia, el delirium tremens, la depresión y la ansiedad.
- El parto se realizaba con la mujer arrodillada sobre un taburete (Fig. 4). Si el

³ P. Lain Entralgo, *Historia de la Medicina*, Salvat, Barcelona, 1982, pág. 93; J. M. López Piñero, *Historia de la Medicina*, Historia 16, Madrid, 1990, pág. 16.

⁴ Jaspers, K., *La filosofía*. México, FCE, sexta reimpresión, 1973.



Fig. 4. Este relieve representa a una partera en medio de un parto con la ayuda de un asistente que se encuentra detrás de la silla de parto.

feto era femenino se debía a que el “semen” procedía del ovario izquierdo, y si se trataba de un feto masculino, del derecho. Los fetos de siete meses tienen más posibilidades de sobrevivir que los de ocho.

–Las causas de las enfermedades pueden ser internas o externas (higiene

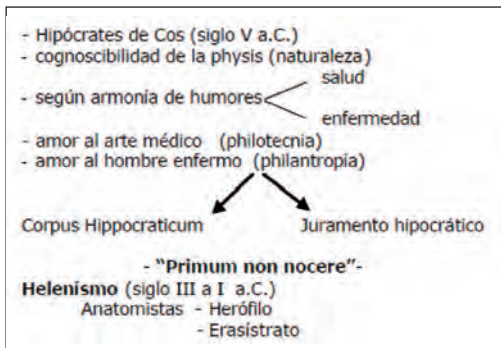


Fig. 5. Cuadro resumen de la medicina hipocrática.

personal, dieta, clima...).

- El calor del cuerpo procede del aire de los pulmones y la visión del cristalino.
- El médico ha de ser afable y a la vez reservado, debe tener buen aspecto y color, estar aseado e ir bien vestido y perfumado.

Fueran cuales fueran las ideas acerca de lo que debería ser idealmente la medicina, la práctica real de la curación era un asunto distinto⁵. En la representación platónica, el médico es un experto, que puede por diagnósticos seguros dar recomendaciones claras para el tratamiento, con toda confianza en el éxito. Sin embargo, en la práctica, muchos de nuestros autores hipocráticos (por limitarnos a ellos) son increíblemente honestos, no sólo en cuanto al número de sus pacientes que morían, sino al de los que ellos se sentían incapaces de ayudar —casos en que no sólo eran incapaces de llegar a curar del todo, sino siquiera de aliviar la situación (Fig. 5). En el primer y tercer libro de las Epidemias, por citar el ejemplo más conocido, el índice de mortalidad se acerca al 60% en las historias clínicas individuales, y en muchos otros lugares de esos libros hallamos gran número de notas en el sentido de que era imposible hacer nada para ayudar (Fig. 6). Tampoco es que el problema se limitara a la falta de éxito en conseguir curaciones —muy comprensible en ausencia de la moderna farmacología. No es que los doctores en cuestión tuvieran ideas claras y unánimes sobre los factores causales que operan en las enfermedades. Teorías humorales de distintos tipos competían entres

⁵ Pérgola, F y Okner, O. H., Historia de la medicina. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días. Buenos Aires, Edimed, 1986.



Fig. 6. Comensal vomitando. Detalle de una copa ateniense, s. V. a. C.

y con otras doctrinas basadas en otros supuestos agentes patógenos, o en el papel de los contrarios, o en residuos, o en estados de saciedad y de ayuno⁶. Tales disputas sobre los fundamentos de la patología contrastan vivamente con el cuadro que Platón nos ofrece de un grupo de médicos expertos, seguros de sí mismos y hábiles para explicar de qué sufre el paciente⁷.

2. Perfil ético-profesional de los médicos

Pienso, en particular, en un breve tratado titulado *Cómo el mejor médico es también un filósofo* de Galeno. El tratado sustenta la teoría sugerida por el título en tres argumentos principales, correspondientes a las tres ramas principales en que se solía dividir la filosofía en los tiempos helenísticos, a saber, lógica, física y ética. En primer lugar, el médico ha de educarse en la lógica y el método científico.

En segundo lugar, el médico debe conocer las causas subyacentes a la salud y la enfermedad, que forman parte de la filosofía de la naturaleza, la física en el sentido antiguo –el argumento que acabamos de observar en Aristóteles. En tercer lugar, el médico debe estudiar ética, no, ciertamente, como una actividad puramente intelectual, sino de la manera como la ética se estudiaba en la antigüedad griega, con la finalidad de llegar a ser bueno. El médico debe aprender, por ejemplo, a despreciar el dinero, puesto que la preocupación por el provecho es incompatible con una dedicación seria al arte (ojala este principio fuera más observado hoy en día).

En cuanto a la medicina, es bien conocido el pluralismo de las tradiciones médicas griegas. No sólo los cultos autores de los tratados hipocráticos pretendían ser capaces de curar, sino también los encargados de los santuarios de Asclepio, y otros representantes de la creencia que dioses o daimones pueden causar y curar enfermedades, como son los “purificadores” itinerantes atacados en el escrito hipocrático *Sobre la enfermedad sagrada*. Más allá de ellos, tenemos aún categorías como las de los recolectores de raíces y vendedores de fármacos, de quienes oímos hablar (entre otros) a Teofrasto, por no mencionar el importante grupo de sanadoras, que sería muy equivocado despachar simplemente como “comadronas”.

El autor de la *Medicina antigua*, una de las obras más conocidas de la colección, señala que el médico debe ser un *cheirotechnes* y un *demiurgos*, es decir, un operario manual y un servidor público. El interés de esta revo-

⁶ Malinowsky, B., *Magia, ciencia y religión*. Barcelona, Ariel, 1974.

⁷ Platón, *La República*. Buenos Aires, EUDEBA, 1963.

lucionaria toma de postura radica en que la práctica médica antigua ignoraba al trabajador y a las enfermedades laborales. Y es que la medicina hipocrática se consagraba a un solo sector de la población: el de los ciudadanos libres. Como ejemplo, un párrafo del tratado *Régimen*: “Los pacientes deben tomar baños calientes, dormir en lecho blando y embriagarse una o dos veces, pero no en exceso; tener contacto sexual después de libaciones moderadas y dejar el ejercicio físico, excepto la marcha”.

En cuanto al proceso evolutivo del dominio médico, descubrieron y practicaron la auscultación y también conocemos numerosos casos de intervenciones quirúrgicas. Cuando existe pérdida de visión sin que haya lesión en el ojo, los textos de *La visión y enfermedades* prescriben una trepanación, asumiendo así el papel del cerebro en la visión, e indican que la operación suele tener éxito⁸. Los médicos griegos realizan asimismo con frecuencia incisiones renales y pulmonares con objeto de vaciar depósitos acuosos o purulentos y extraen los pólipos nasales por medio de hilos o bastoncillos con piel de ciervo. Algunas de las descripciones de enfermedades de la escuela de Cnido son impresionantes: en cierta forma de tisis, el enfermo habla “como a través de una caña”, y en una inflamación pulmonar, “el paciente abre las narices como un caballo y saca la lengua como un perro sediento”.

Los médicos griegos sucesores de Hipócrates se llamaron iatrós y fueron cada vez



Fig. 7. Inscripción con detalle del iatrós

menos itinerantes en su trabajo (Fig. 7). Se instalaron en las ciudades y recibían a sus pacientes en unas clínicas llamadas iatreion, que contaban con varias salas para exploraciones, para tratamientos, para operaciones,... además del instrumental necesario para todo ello. Los aprendices de médicos se formaban con un maestro para aprender a diagnosticar y pronosticar, y a realizar diversas técnicas o terapias manuales como sangrías, aplicación de lavativas, colocación de ventosas y algunas operaciones quirúrgicas superficiales.

Podían obtenerse drogas del farmacopola (el farmacéutico de hoy en día) a quien le proporcionaba los materiales el rizotomo (cortador de raíces), aunque los médicos solían preparar ellos mismos los medicamentos que prescribían. Las mujeres podían ser médicos, aunque normalmente se limitaban a ser enfermeras o comadronas⁹. Muchas veces, por pudor, las mujeres dudaban en acudir al médico, sobre todo si se trataba de enfermedades íntimas, y les resul-

⁸ Perroy, E. y otros, “La Edad Media. La expansión del Oriente y el nacimiento de la civilización Occidental”, en Crouzet, M., Historia general de las civilizaciones. Barcelona, Destino, 5ª edición, 1977, tercer tomo, p. 7-10.

⁹ Las mujeres tendrían que esperar hasta el siglo XI, cuando son admitidas como alumnas en la Escuela de Salerno, siendo instruidas en medicina general y no sólo en ginecología y obstetricia como era la práctica general. Cf. A. Rodríguez Cabezas et al., Mujeres en la Medicina, Grupo Editorial 33, Málaga, 2006, págs. 35-38.



Fig. 8. Médico griego examinando a un paciente con el estómago distendido. Relieve en mármol del s. II a. C.

taba más fácil acudir a una persona de su mismo sexo (Fig. 8).

Por tanto, podríamos afirmar que existían los siguientes tipos de especialistas médicos en la antigua Grecia¹⁰:

- Los médicos públicos (*demosioi iatroi*), pertenecían a una institución comprobada y característica. En Atenas, la Asamblea de Ciudadanos elegía a los médicos públicos, que exponían ante ella sus títulos. Si eran elegidos la ciudad les retribuía, ponía a su disposición un local para consultar, operar u hospitalizar a los enfermos y el Estado pagaba las medicinas. Estos gastos se cubrían con un impuesto especial llamado *iatricón*.
- Los médicos militares, que estaban con

los ejércitos durante las guerras o campañas curando a los heridos, como se cuenta en *La Iliada*.

- Los *pedotribas*, que no eran médicos pero ejercían una “medicina de gimnasio”. Desde su papel de instructores, eran a la vez higienistas y dietistas, aconsejando a los gimnastas sobre el mejor régimen dietético, siendo masajistas, ayudando a reducir fracturas, luxaciones o esguinces. Y algunas veces, como Heródico de Selimbria, después de ser pedotriba durante bastante tiempo se hacían médicos como algo lógico y normal.
- Los médicos con ejercicio libre, como actualmente la medicina privada.

3. Algunos ejemplos prácticos del conocimiento teórico

A continuación un repaso por algunos de los distintos campos de la Medicina griega nos permitirá conocer hasta qué punto tuvieron una idea acertada de los datos anatómicos del cuerpo humano y de cómo solucionar ciertas dolencias y patologías con los instrumentos que tenían a su alcance:

- Osteología y artrología. Es bien descrita la estructura de los huesos: del cráneo y bastante bien diseñado –aunque extremando hasta el error su diversidad individual– el trazado de las suturas craneales. Son nombrados o aludidos, entre los huesos de la cabeza, los de la nariz, el etmoides, los maxilares superior e inferior. Del raquis se da una sumaria descripción de conjunto. Difie-

¹⁰ Lain Entralgo, P., “La relación médico-enfermo”. *Revista Occidente*, Madrid, Historia y teoría, 1964.

ren los datos acerca del número de vértebras (el más alto de ellos consigna veintidós) y son mencionados el cuerpo vertebral y las apófisis espinosas. Consta la distinción entre costillas verdaderas y falsas. Es deficiente, en general, el conocimiento de los huesos de las extremidades. Son precisamente nombradas, en cambio, varias formas típicas de la conexión articular (artrodia, gínglimo, sínfisis).

- Miólogía. Los músculos y las partes blandas (“carnes”) no son siempre bien distinguidos. Aparecen nombrados o sumariamente descritos los músculos temporales, los maseteros, “los del húmero”, el pectoral mayor, los flexores de la mano y los dedos, el psoas, los músculos del raquis, del muslo y de la pierna, el tendón de Aquiles. El término *neurón* significa casi siempre “tendón” o “ligamento”.
- Esplacnología. La descripción del tubo digestivo es deficiente y errónea (es descrita, por ejemplo, una conexión entre el estómago y los riñones mediante fibras y vasos). Son nombrados el estómago, el yeyuno, el colon y el recto, así como el peritoneo y el mesenterio. El hígado, a cuyas eminencias o lóbulos se alude, es considerado como fuente de la sangre. El bazo, con su forma de suela, aparece mencionado con frecuencia, y también las amígdalas y los ganglios linfáticos del cuello.
- Neurología. La visión hipocrática del sistema nervioso es muy deficiente. Las meninges –una gruesa y otra delgada– fueron conocidas por los autores de la colección. Los datos más precisos acer-

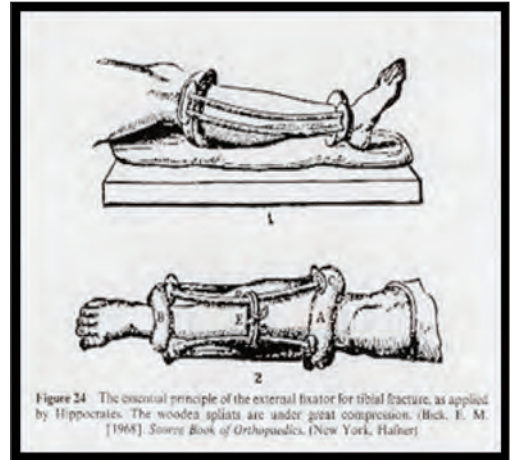


Fig. 9. Recreación de una fractura de tibia en el Corpus Hipocrático.

ca de la anatomía del cerebro se hallan en *Sobre la enfermedad sagrada*. La medula espinal nace del cerebro y se halla provista de cubiertas (*Sobre las carnes*). Los nervios son ordinariamente confundidos con los tendones y los vasos. En el ojo son discernidas tres cubiertas, seguramente la esclerótica, la córnea y la coroides. No está claro que el cristalino sea mencionado en *Sobre las carnes*. Partes del oído son su porción ósea y la membrana timpánica, piel delgada y la más seca del cuerpo, según *Sobre las carnes*. El alma es considerada como una “parte del cuerpo” en *Sobre la dieta*.

- Varios volúmenes del *Corpus Hipócrates* se refieren a la Ortopedia. Uno de estos es el volumen de las articulaciones (Fig. 9). La dislocación del hombro se describe junto con los diversos métodos utilizados en su reducción. También había secciones que describen la reducción de la articulación acromioclavi-



Fig. 10. Comadróna asistiendo a una parturienta, figurilla de terracota griega de Chipre, principios del siglo V a. C., Museo Arqueológico Nacional de Atenas.

cular, de la temporomandibular, la rodilla, la cadera y de luxaciones de codo. Se describió la corrección del pie zambó. El problema de la infección después de fracturas compuestas se describe y se trató con compresas de vino sin vendaje.

—Mayor precisión alcanzan las ideas embriológicas de los autores hipocráticos. Para ellos, las dos “semillas”, la masculina y la femenina, colaboran, mezclándose entre sí, en la formación del embrión; pero el pensamiento acerca de la procedencia de esas “semillas” no es en todos coincidente. Lesky ha distinguido en el pensamiento antiguo tres orientaciones principales acerca de la procreación: la teoría encéfalo-

mielógena, que atribuye el origen de la semilla al cerebro y la medula espinal; la teoría de la pangénesis, según la cual la materia fecundante procedería de todas las partes del cuerpo; la teoría hematógena, para la cual el esperma tiene su fuente en la sangre (Fig. 10).

4. Los exvotos en la Medicina griega

Los exvotos epígrafos se dan en el Oriente griego y romano desde el siglo IV a.C. al II/III d.C.), y mucho más escasamente en el Occidente (quizás desde el s. III a.C. al II/III d.C.)¹¹. Naturalmente, en estos santuarios aparecen también depósitos de ofrendas plásticas —representaciones de órganos humanos curados, muchos de ellos sexuales —sin inscripción. Se trata en estos casos de figuras de barro cocido —terracotas, de distintos y dispares tamaños —de menos valor que las ofrendas o votos realizados en piedra esculpida o bronce, o lámina de oro. Los exvotos pueden representar órganos sexuales (como veremos luego), u otros órganos del cuerpo sometidos a la curación del dios sanador¹². En las dos siguientes imágenes vemos unos significativos e interesantes votos procedentes del Asclepeion de Pérgamo (Fig. 11-12):

En las fuentes del Sena se descubrieron en 1963 varios depósitos votivos, relacionados con un santuario cercano, con un “botín” excepcional: 310 objetos, la mitad de ellos de madera, representando hombres (40), mujeres (9), un niño, y al menos 53 exvotos anatómicos perfectamente identificables¹³. Del

¹¹ Alsina, J., *Los orígenes helénicos de la medicina occidental*, Barcelona, 1982.

¹² Bruneau, Ph., *Recherches sur les cultes de Délos a l' époque hellénistique et a l' époque impériale*, Paris 1970.

¹³ Deys, S., *Les bois sculptés des Sources de la Seine*. (42e Suppl. Gallia), Paris, 1983.



Fig. 11. A Asclepio Salvador, Fabia Secunda (ofrece el voto) por un sueño. Pérgamo, Museo Arqueológico.



Fig. 12. Aurelio Agatonico hace el voto a Asclepio. Pérgamo, Museo Arqueológico.

mismo lugar proceden placas metálicas con representaciones sexuales, algunas de ellas con inscripción que honra a la diosa indígena Sequana, diosa de la aguas fluviales (de este cauce, del Sena) y divinidad sanadora. Una representación antigua, de bronce, conservada en el Museo Arqueológico de Dijon, la muestra en pie, majestuosa, sobre una barca.

La ofrenda a la divinidad –el objeto ofre-



Fig. 13. Voto inscrito a la diosa Sequana, con representación de pechos de mujer.

cido, la imagen– se hace con toda probabilidad en agradecimiento por una curación recibida (Fig. 13). La enfermedad era, sin duda, de tipo sexual, aunque es imposible saber de qué tipo: no sabemos si estaba relacionada con la esterilidad, con la menstruación, una malformación, con una infección venérea o, simplemente, con afección tópica externa¹⁴.

El voto no es otra cosa que una imagen del sexo de la oferente, de Dafnis¹⁵. En la fotografía que vemos se aprecia claramente la intención del artesano de dar forma no sólo al pubis femenino y al bajo vientre (acaso el círculo superior represente el ombligo de la mujer), sino también, por la distribución de los elementos, esbozar un rostro, triangular, almenдрado, sin más rasgos fisiognómicos que la obscena verticalidad, a modo de boca, de la hendidura que perfila los labios genitales externos. No es necesario insistir en la equivalencia indiscutible boca = vagina, órganos a muchos efectos intercambiables en el juego sexual (Fig. 14). Salvo que la piedra haya perdido la pintura que simulara el vello púbico, parece deliberado el alisado de la piedra con el fin de mostrar un órgano sexual depilado,

¹⁴ Devereux, G., Baubo. *La vulva mítica*, Barcelona, 1984.

¹⁵ Sabino Perea Yébenes, “Exvotos sexuales. una aproximación a la “medicina sagrada” antigua a través de la epigrafía griega” *Erotica antiqua*, Madrid, 2007.



Fig 14. Al Altísimo, Dafnishizo y dedicó (esta ofrenda).



Fig. 15.- Neón hizo el voto.

esto es, deliberadamente exhibicionista, pero natural, pues la mujer griega habitualmente se depilaba el pubis. En todo caso, un pubis pintado semejando vello hubiera dado como resultado un rostro humano barbado.

Las enfermedades sexuales masculinas más frecuentes cabe pensar que serían la fimosis y la impotencia. El caso es claro en el ejemplo de exvoto sexual ofrecido por un varón que ofrece este exvoto –inédito o poco conocido–, que un tal Neón ofrece (posiblemente) al dios Asclepio. Si la representación refleja el tipo de enfermedad, parece claro que se trata de un caso de fimosis. He aquí el documento (Fig. 15):

5. La medicina militar romana

En general podríamos decir que la contribución romana al campo de la medicina a lo lar-

go de su historia fue el mayor desarrollo de la cirugía, la construcción de los primeros grandes hospitales y las obras sanitarias. El mayor desarrollo de la cirugía se circunscribió casi enteramente a la cirugía militar. Los hospitales romanos, denominados *valetudinaria*, no tienen parangón en la Antigüedad, se construyeron principalmente para atender soldados (Fig. 16). Las obras de sanidad pública están representadas por los grandes acueductos, alcantarillas y baños públicos¹⁶.

El valetudinario estaba dirigido por el *Optio Valetudinarii*, a las órdenes del *Praefectum Castrorum*; de aquel dependían los *medici ordinarii*, *accensi* (enfermeros), *contubernales* (soldados que hacían compañía a los enfermos), *librarii* (escribientes) y *capsarii* (encargadas del ropero). También existían sanatorios particulares (*privatae*) –en los que

¹⁶ Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México, 1966.

los suscepti se sometían a la cura de los susceptores— y probablemente estatales. Con seguridad existieron valetudinarios en las explotaciones agrícolas, según refiere Columella, y para púgiles y gladiadores en las palestras.

La sanidad militar sin duda fue de gran importancia para el mantenimiento y expansión del orden romano. Era vital mantener a las tropas tan en forma y saludables como fuera posible, y que tanto los heridos como los enfermos recibieran cuidados en razón a la escasez de buenos reclutas¹⁷. Por ello cada legión contaba con asistentes médicos, cada campamento poseía un equipo médico, y se decidió construir hospitales para el tratamiento de los soldados.

Fue el Imperio Romano quien introdujo la palabra “médico” en nuestro lenguaje, ya que el oficial médico de las unidades de combate romanas era conocido como medicus. Este médico era escogido entre los soldados y entrenado por el ejército. Aunque los médicos del ejército creían profundamente en las prácticas trascendentales, las supersticiones, los rituales y los conjuros, trabajaban sobre la base del ensayo-error y se transmitían lo que aprendían

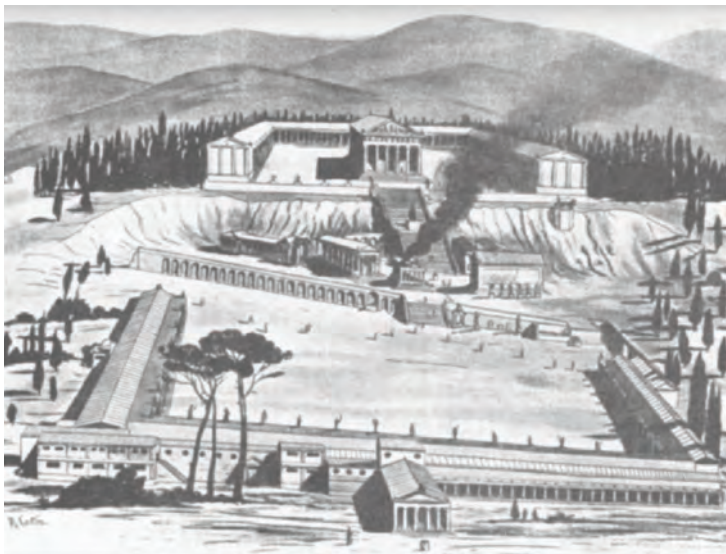


Fig. 16. Valetudinaria.

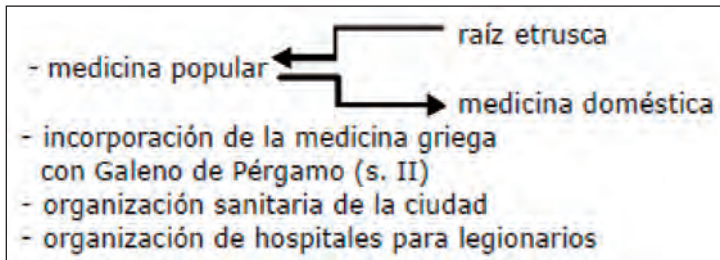


Fig. 17. Cuadro resumen de la Medicina romana.

los unos a los otros y a las nuevas generaciones¹⁸. Con el paso del tiempo esta enseñanza médica militar se reglamentó, y ya a principios del siglo I d.C. a todos los médicos del ejército se les exigía asistir a la nueva Escuela de Medicina Militar, y en el siglo III todos los médicos, tanto militares como civiles, debían pasar por la Escuela de Medicina.

¹⁷ Childe, V. Gordon, *Los orígenes de la civilización*. FCE, México, 3ª edición, 1964.

¹⁸ Jung, C. G. *Los arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires, Paidós, 1970.



Fig. 18. Sello de piedra para marcar los kollyria, modelo inscrito en latín comparable a los sellos griegos, siglo I-III, Museo Británico.



Fig. 19. Relieve médico, Museo de Berlín

En cuanto a la posición social de estos médicos militares, decir que tras la guerra civil que prosiguió al asesinato de Julio Cesar el reciente emperador Augusto creó un cuerpo médico profesional al darse cuenta de lo valiosos que eran los médicos en el campo de batalla, y concedió a todos los médicos que se alistaron en su nuevo ejército títulos de dignidad, tierras y pagas especiales al jubilarse (Fig. 19)¹⁹.

Debido a que en las batallas abundan los enfermos y los muertos, la medicina militar avanzó mucho durante las grandes y largas campañas que el Imperio Romano llevó a cabo hasta la conquista de todo el mundo occidental. Entre otras cosas, parece que parte de los muchos remedios populares roma-

nos fueron probados en las batallas por los médicos sobre los heridos y debilitados, cribando y encontrando tratamientos y métodos con los efectos más útiles.

6. La cirugía romana

No cabe la menor duda que el campo de la cirugía fue en el que más profundizaron los médicos militares²⁰. Los médicos romanos tenían métodos quirúrgicos sorprendentemente avanzados para el tratamiento de las heridas. Esto queda reflejado en su amplia variedad de instrumentos quirúrgicos. Incluyen fórceps para extraer proyectiles tales como flechas, sondas, espátulas para apli-

¹⁹ Rof Carballo, J.: *Medicina y actividad creadora*. Madrid, Revista Occidente, 1964.

²⁰ Monteagudo García, L.: "La cirugía en el imperio romano" *Anuario Brigantino* 2000, nº 23, 85.



Fig. 20. Pintura romana con escena de cirugía militar.

car ungüentos, pequeñas palas con una cuchilla en el extremo, horcas para separar el tejido muscular, pinzas, agujas tanto curvas como rectas, y tablillas para piernas. Todos ellos sabían cómo usar los torniquetes, los clampajes arteriales y las ligaduras para parar la pérdida de sangre, y también amputaban para prevenir gangrenas mortales. En las amputaciones la carne sobre la herida se cortaba sobre el hueso con un escalpelo, pero no sobre articulaciones, y entonces el hueso era serrado, dejando suficiente piel colgando, para después alisar el hueso, doblar la piel encima y coser para cubrir el hueso (Fig. 20).

Pero sin duda lo que más sorprende es que estos médicos ya utilizaban métodos antisépticos, aunque sin duda desconocían la relación de los gérmenes con las enfermedades. Entre esos métodos destaca el hecho de que hervían el instrumental antes de utilizarlo,

y el que no reemplazaban el mismo instrumento en un paciente sin antes reherirlo. Además lavaban las heridas con acetum, un potente antiséptico²¹.

En cuanto al tratamiento analgésico para el dolor, los médicos militares romanos utilizaban ungüentos y extractos de plantas medicinales que aún se usan actualmente. Esto incluía las flores de Bach o centaury, empleado para las heridas, las enfermedades oculares y las picaduras de serpientes; escopolamina, usada como hipnótico; hierba de San Juan, usado para las patologías sanguíneas; y fenugreek, usado como enema y cataplasma/emplasto. También usaban vino medicinal para curar enfermedades comunes, como catarros y diarreas.

La maravilla de la cirugía romana reside principalmente en la lógica del método terapéutico —de uso a veces sujeto a una graduación— y en la excelente funcionalidad del instrumental, con frecuencia aun no superada en lo esencial²². Sin embargo bajo el aspecto de la responsabilidad médica era más adelantada la cultura india, que ya en el Código de Manú (9, 284), del s. XIII a.C., había legislado: “Todos los médicos o veterinarios que yerren el tratamiento de una enfermedad pagarán una multa; si se trata de un animal la multa será pequeña, si de un hombre, más gravosa”.

Sobre cirugía romana, desde los profundos trabajos del célebre cirujano Vulpes, a mediados del s. XIX, sólo se habían hecho estudios más o menos parciales sobre los materiales que se iban exhumando: restos arquitectónicos de valetudinarios, instrumentos quirúr-

²¹ Inglis, B., *Historia de la medicina*. Barcelona, Grijalbo, 1968.

²² Watts, Sh., *Epidemias y poder: Historia, enfermedad, imperialismo*. Santiago de Chile, A. Bello, 2000.



Fig. 21. Relieve votivo romano con escena de médico acompañado de su instrumental quirúrgico.

gicos -especialmente dentro de edificios o tumbas- y bajorrelieves o pinturas con escenas quirúrgicas (Fig. 21)²³.

El poeta de Venusa (Sat. 1, 5, 56) parece referirse a la sífilis («campanum morbum») cuando compara a Sarmentus con un caballo salvaje a causa de su “repugnante cicatriz que, oculta bajo los pelos, desde la frente le llegaba hasta la boca desfigurándola”²⁴. Respecto a la sífilis hemos tratado de informarnos sobre su aparición en Europa al estudiar una cabecita de cerámica de un enfermo, personaje cómico de la comedia nueva helenística o bien de Maccus actor bufo (el stupidus) de la popular comedia atellana, nacida en la ciudad osca de Atella e introducida en Roma ca. 210 a.C (Fig. 22)²⁵.



Fig. 22. Cabecita de cerámica de la comedia atellana.

Los datos más relevantes que tenemos sobre los instrumentos de la cirugía romana son los siguientes:

–Exploración y unción. Espéculo:

Tenía la forma de tenaza de brazos angulares que no se cruzaban, sino que se tocaban en el eje, de tal forma que, al contrario de las tenazas corrientes, al aproximar los mangos se separaban las valvas (Fig. 23-24). Estos tipos constituyen la gloria máxima del instrumental quirúrgico romano y es de admirar que los actuales no hayan podido mejorar la funcionalidad sino sólo la sencillez, valiéndose de la mayor resistencia de los materiales modernos²⁶. Entre los 3 tipos es difícil distinguir el vaginal del rectal, porque todos presentan aproximadamente la misma proporción largo-ancho de las valvas (hoy el vaginal es de valvas más cortas y anchas que

²³ Borobia Melendo, E.L.: *Instrumental médico quirúrgico en la Hispania romana*, Madrid 1988; Floriano, A.C.: “Aportaciones arqueológicas a la medicina romana”, *AEArq* 14, 1940-1, 415-33.

²⁴ Tabanelli, Mario: *Chirurgia nell'antica Roma*. Edit. Minerva Médica, Torino 1956.

²⁵ Aymard, A. y Auboyer, J., “Oriente y Grecia Antigua”, en Crouzet, M. (dir) *Historia general de las civilizaciones*. Destino, Barcelona, 5ª edición, 1967: 164, 206. Cfr. Toynbee A. J. *Estudio de la Historia* (Compendio D.C. Somervell) Alianza, Madrid, 1971, 1er tomo 62.

²⁶ Molina, Monserrat: “Instrumental médico de época romana en el Museo Arqueológico Nacional” (Madrid), *AEArq* 54, 1981, 255-62.

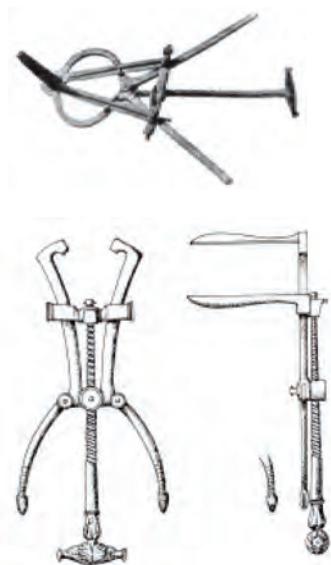


Fig. 23-24. Espéculos romanos.

el rectal) y es posible que los 3 sirvieran indistintamente para los 2 usos.

La escena describe una exploración ginecológica, parcialmente conservada. A la izquierda del disco se representa una mujer de avanzada edad, rasgo sugerido por su delgadez, resaltada intencionadamente en el torso y las extremidades, lo que podría indicar que sufre de un cáncer de matriz o útero. La paciente se recuesta boca arriba sobre unas ropas, apoyando una de sus manos sobre ellas y levantando el otro brazo y las dos piernas mientras vuelve su rostro hacia la izquierda. A la derecha de la mujer se encuentra un personaje masculino que se puede identificar con un médico, con una cinta o banda en la frente y la cabeza vuelta hacia la derecha, sin mirar hacia la paciente²⁷. El médico explora



Fig. 25.-Recreación de relieve romano con utilización del speculum magnum matricis.

los órganos genitales de la enferma mediante un instrumento en forma de embudo, representación bastante fiel de un speculum magnum matricis. La figura del médico se ha perdido en su mayor parte (Fig. 25).

–Cirugía blanda y bisturí:

El bisturí o escalpelo romano consta de 3 partes: hoja cortante de acero o hierro acerdado, empalme paralelepípedo con la hendidura (donde iba introducida la hoja) y las 2 ranuras horizontales (para recibir el cordel que fijaba la hoja para que ésta no bamboleara) y finalmente la hoja de olivo usado también como separador quirúrgico (Fig. 26).

–Trépano cilíndrico para cráneo:

Las continuas guerras ocasionaban frecuentes heridas en el cráneo, casi siempre

²⁷ Mumford, L., *Técnica y civilización*. Madrid, Alianza Universitaria, 1971; Marias, J. y Laín Entralgo, P., *Historia de la Filosofía y la de Ciencia*. Madrid, Guadarrama, 1964.

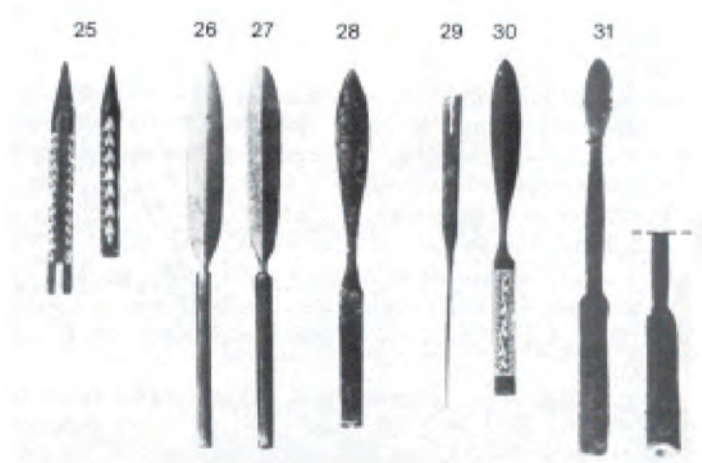


Fig. 26.- Para operar cataratas con ranura para hojita de acero, y en el otro extremo un agujero para la aguja, mangos más tenían sólo agujero para aguja.

graves por el hundimiento y desmenuzamiento del hueso con producción de secuestros (fragmentos sueltos de hueso) que había que retirar cuanto antes para facilitar la muy problemática recuperación, mediante la formación del callo periférico. Estas heridas eran producidas por espada, lanza, honda, caí-

das etc., y no siempre las impedía el incómodo casco (Fig. 27). Los cascos antiguos, que eran de fina lámina de bronce (entre más de 1000 que hemos estudiado sólo hemos encontrado dos o tres de hierro) tampoco evitaban los fuertes tajos: un soldado de César en la batalla de Munda (45 a.C.) refiere cómo una espada hispana partió su casco, por lo que tuvo que ser trepanado (Séneca, Benef. 5, 24: 'me entresacaron huesos de la cabeza')²⁸.

7. Las nuevas perspectivas cristianas

La paulatina encarnación del Cristianismo en el mundo moverá a la realización operativa del mandamiento antes mencionado: por tanto a la asistencia al enfermo solo por amor²⁹. En tal asistencia hay, por supuesto, prácticas de carácter sacramental, en primer término la unción de los enfermos; pero también un cuidado de estos a la vez médico y moral. La creación de hospitales, más exactamente la invención de la institución hospitalaria, fue consecuencia directa e esta nueva actitud ético – operati-

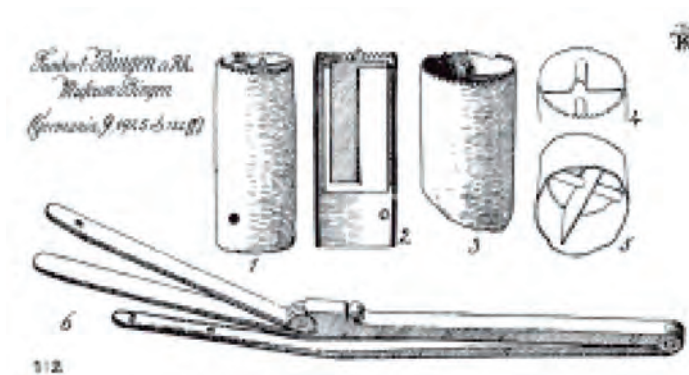


Fig. 27.- Trépano romano.

²⁸ Diamond, J., *Armas, gérmenes y acero*, Debate, Madrid, 1998.

²⁹ Ricciotti, G., *Vida de Jesucristo*. Barcelona, Miracle, novena edición, 1968; Grennet, P. B., *Historia de la Filosofía antigua*. Barcelona, Herder, 1980.

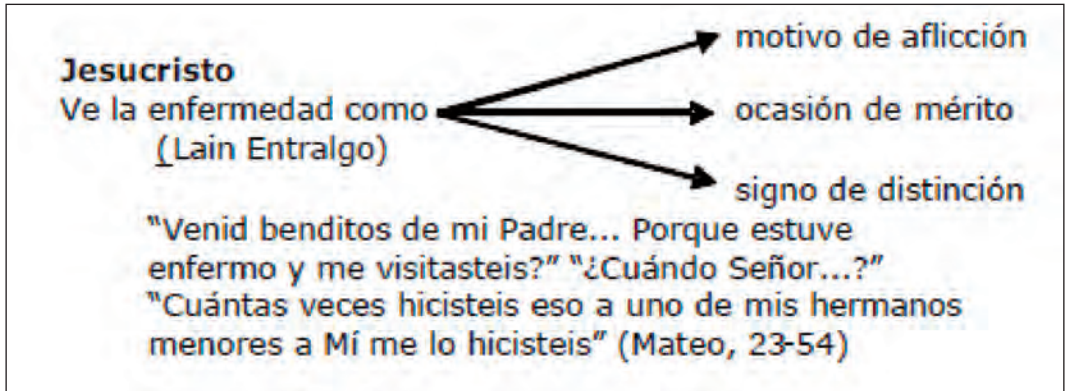


Fig. 28.- Cuadro resumen de la Medicina cristiana.

va ante el aflictivo hecho de la enfermedad³⁰.

Una lectura atenta de los primeros textos cristianos permite discernir varios modos en la realización de la caridad médica³¹. Por lo menos, éstos:

1. La institución social, por obra de viudas y diaconizas, de la ayuda al paciente en su domicilio.
2. La ya mencionada creación de hospitales.
3. La condición igualitaria del tratamiento. Respecto de la atención médica ya no hay diferencia entre griegos y bárbaros, libres y esclavos, pobres y ricos.
4. La incorporación metódica del consuelo – una suerte de psicoterapia cristiana – a la operación del médico.
5. La asistencia médica más allá de las posibilidades del arte, por tanto allende la ética griega, esto es, el cuidado de los incurables y los moribundos.
6. La asistencia gratuita, sólo por caridad, al enfermo menesteroso.

7. La valoración a un tiempo moral y terapéutica de la convivencia con el enfermo: la compasión.

³⁰ McNeill, W.H., *Plagas y pueblos*. Madrid, Siglo XXI, 1984.

³¹ León-Dufour, X., *Los milagros de Jesús*. Madrid, Cristiandad, 1979, Cap. II (Grelot, F) y Conclusiones (León Dufour X).

8. Bibliografía

- Arnaldez, R. et al. "La ciencia árabe", en Taton, R. *Historia General de las Ciencias*. Destino, Barcelona, 1971, primer tomo.
- Aymard, A. y Auboyer, J., "Oriente y Grecia Antigua", en Crouzet, M. (dir) *Historia general de las civilizaciones*. Destino, Barcelona, 5ª edición, 1967: 164, 206. Cfr. Toynbee A. J. *Estudio de la Historia* (Compendio D.C. Somervell) Alianza, Madrid, 1971, 1er tomo 62.
- Castiglioni, E., *Historia de la Medicina*. Labor, Barcelona, 2ª. Edición, 1941.
- Childe, V. Gordon, *Los orígenes de la civilización*. FCE, México, 3ª edición, 1964.
- Cirlot, J. E., *Diccionario de símbolos*. Labor, Barcelona, 1995.
- Codex ediciones, *Historia de la Medicina*, Madrid, Codex, 1964, segundo tomo.
- De la Quintana, P., *Medicina social*, "Sociología médica y Sociología de la Salud", en Lain Entralgo, P. *Historia Universal de la Medicina*, Barcelona, Salvat, 1975, séptimo tomo.
- Deschamps, J. H., "La historia de la cirugía", en Ortíz, F. E., Miranda, N., Moirano, J. J. y Fassi, J. C., *Cirugía. Semiología. Fisiopatología. Clínica Quirúrgica*, Buenos Aires, El Ateneo, 3ª edición, 1993:41.
- Diamond, J., *Armas, gérmenes y acero*, Debate, Madrid, 1998.
- Foucault, M. *El nacimiento de la clínica*. Siglo XXI, México, 1966.
- Grennet, P. B., *Historia de la Filosofía antigua*. Barcelona, Herder, 1980.
- Haggard, H.W., *El médico en la historia*. Buenos Aires, Sudamericana, 1962.
- Inglis, B., *Historia de la medicina*. Barcelona, Grijalbo, 1968.
- Jaeger, W. Paideia. *Los ideales de la cultura griega*. FCE, México, 1957.
- Jaspers, K., *La filosofía*. México, FCE, sexta reimpresión, 1973.
- Jung, C. G. *Los arquetipos e inconsciente colectivo*. Buenos Aires, Paidós, 1970.
- Kahler, E., *Historia universal del hombre*. México, FCE, 1946.
- Lain Entralgo, P., "La relación médico-enfermo". *Revista Occidente*, Madrid, Historia y teoría, 1964.
- León-Dufour, X., *Los milagros de Jesús*. Madrid, Cristiandad, 1979, Cap.II (Grelot, F) y Conclusiones (León Dufour X).
- Lobel, J., *Historia sucinta de la Medicina mundial*. Buenos Aires, Espasa-Calpe, 1950.

- Lyons, A. S. y Petrucelli, R. J., *Historia de la Medicina*. Barcelona, DOYMA, 1980 (Argus-laboratorios Glaxo).
- Malinowsky, B., *Magia, ciencia y religión*. Barcelona, Ariel, 1974.
- Marias, J. y Laín Entralgo, P., *Historia de la Filosofía y la de Ciencia*. Madrid, Guadarrama, 1964.
- McNeill, W.H., *Plagas y pueblos*. Madrid, Siglo XXI, 1984.
- Miroli, A. B., *La medicina en el tiempo*. Buenos Aires, El Ateneo, 1978.
- Mumford, L., *Técnica y civilización*. Madrid, Alianza Universitaria, 1971.
- Ortega y Gasset, J., *Meditación de la técnica*. Madrid, Rev. Occidente, quinta edición, 1964.
- Pérgola, F. y Okner, O. H., *Historia de la medicina. Desde el origen de la humanidad hasta nuestros días*. Buenos Aires, Edimed, 1986.
- Perroy, E. y otros, “La Edad Media. La expansión del Oriente y el nacimiento de la civilización Occidental”, en Crouzet, M., *Historia general de las civilizaciones*. Barcelona, Destino, 5ª edición, 1977, tercer tomo, p. 7-10.
- Platón, *La República*. Buenos Aires, EUDEBA, 1963.
- Ricciotti, G., *Vida de Jesucristo*. Barcelona, Miracle, novena edición, 1968.
- Rof Carballo, J., *Medicina y actividad creadora*. Madrid, Revista Occidente, 1964.
- Romano, R. y Tenent, A., *Los fundamentos del mundo moderno*. Edad Media tardía. Reforma y Renacimiento. Madrid, Siglo XXI (vol. 12º), 25ª edición, 1998:3.
- Romero, J. L., *Historia Universal*. Buenos Aires, Atlántida, 1971.
- Sendrail, M., *Historia cultural de la enfermedad*. Madrid, Espasa Calpe, 1983.
- Sigerist, H., *La medicina y el bienestar humano*. Buenos Aires, Iman.
- Watts, Sh., *Epidemias y poder. Historia, enfermedad, imperialismo*. Santiago de Chile, A. Bello, 2000.

'La genética en la medicina del siglo XXI'

Encarnación Guillén Navarro

Coordinadora de la Unidad Genética Médica.
 Servicio de Pediatría del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.
 Presidenta de la Sociedad Española de Genética Clínica y Dismorfología

Excelentísimo Sr. Presidente, ilustrísimos miembros de esta academia, familiares, compañeros y amigos:

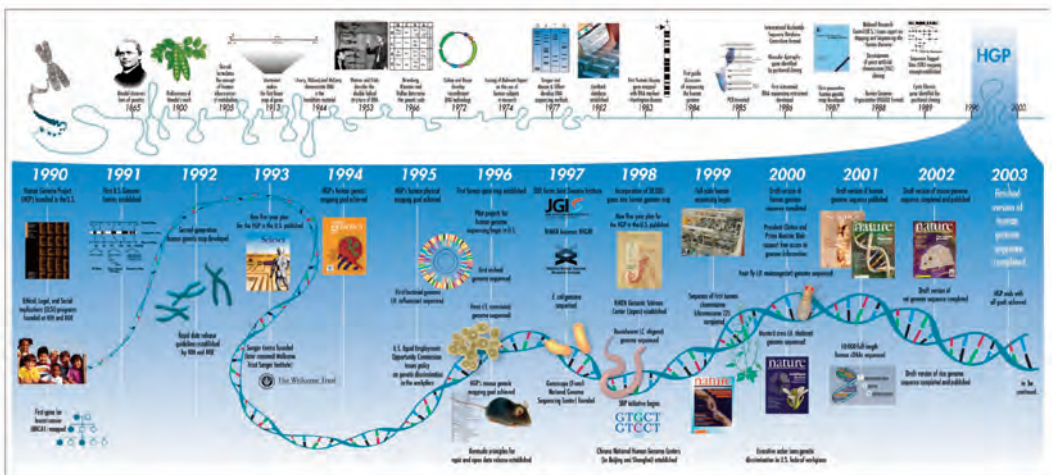
Me siento profundamente honrada al ingresar hoy como académica correspondiente en esta institución bicentennial, fundada en 1811, por la que han pasado las personalidades más destacadas de la medicina y ciencias de la salud en Murcia.

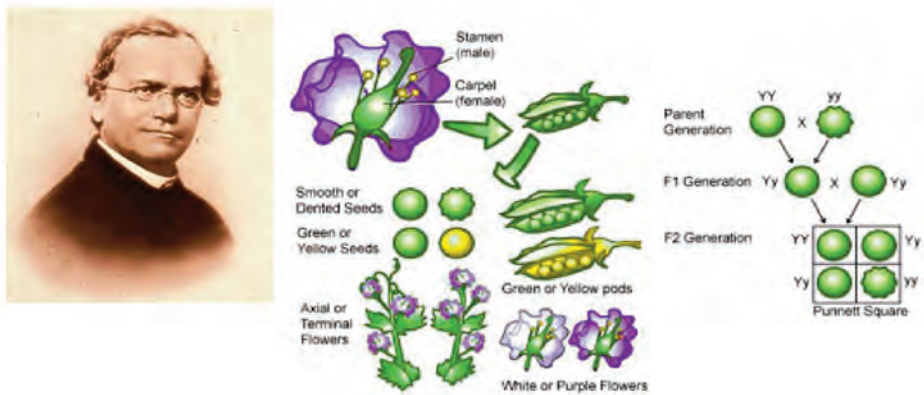
Quiero en primer lugar dejar constancia de mi agradecimiento a los académicos numerosos Ilustrísimos Sr. D. Manuel Clavel Sainz-Nolla, Sra Dña M^a Trinidad Herrero Ezquerro y Sr. D Emilio Martínez García por haber

propuesto mi nombre en esta academia, al Ilustrísimo Sr. D. Emilio Borrajo Guadarrama, por su magnífica introducción y al Excelentísimo Sr. D. Emilio Robles Oñate presidente de la academia y a todo el claustro de la misma por la acogida dispensada.

Mi agradecimiento también al Dr. D. Manuel Sánchez-Solís de Querol, jefe de Servicio de Pediatría y a todos los compañeros, familiares y amigos que asisten hoy a este acto y me honran con su presencia.

A continuación, mi discurso versará sobre los avances genéticos, sus consecuencias en la Medicina del siglo XXI y sus implicaciones éticas presentes y futuras.





La Genética, con apenas un siglo de existencia, ha constituido una revolución del conocimiento sin precedentes, que permite considerarla como la ciencia más destacada de los últimos tiempos.

La generación continua de nuevos datos, conceptos y mecanismos afecta irremediablemente a la forma de entender la enfermedad y a su abordaje desde la Medicina.

El objeto de estudio de la genética es la herencia, es decir, la forma en que se transmiten las características de una generación a otra, así como la variación entre los individuos.

La domesticación de animales y el cultivo de plantas fueron las primeras actividades que permitieron al hombre intuir que las características de una especie pasaban de una generación a otra. Pero la forma en que esta información era transmitida de padres a hijos, resultó ser un enigma hasta mediados del siglo XX. Permítanme que hagamos juntos un recorrido histórico por los descubrimientos genéticos más relevantes.

El desarrollo de la genética se inicia en 1865, cuando un monje austriaco, Mendel, publica el artículo "Experimentos en la hibridación de plantas" donde, a través de sus



estudios con guisantes, demostró que las características hereditarias están contenidas en unidades (hoy conocidas como genes) y que se heredan por separado en cada generación.

Estos trascendentales descubrimientos permanecieron en el olvido durante 4 décadas y fueron retomados a principios del siglo XX al describirse los patrones clásicos de la herencia e introducirse por primera vez, en 1906 por el biólogo británico William Bateson, el término "Genética" para denominar a la nueva ciencia que nacía.

Al final de esa década Thomas Hunt Morgan demuestra que los genes residen en los cromosomas, que a su vez están en los núcleos

de las células. En 1944 comienza la era del ADN, cuando Avery, McLeod y McCarty, demostraron que la molécula que portaba la información genética y que se transmitía de una generación a la siguiente era el ácido desoxirribonucleico, el ADN.

Esta información y los datos estructurales del ADN mediante rayos X, aportados por la famosa foto 51 de Rosalind Franklin del grupo de Wilkins, terminaron de encajar el 28 de Febrero de 1953, cuando Crick comentó en el Pub The Eagle de Cambridge "Hemos encontrado el secreto de la vida".

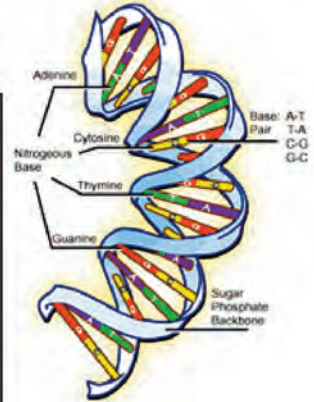
La estructura de doble hélice del ADN fue publicada ese año por Watson y Crick, lo que

Estructura del ADN

1953



Watson y Crick



les valió, con Wilkins, el premio Nobel (1962) y cambió por completo, nuestro modo de entender la vida.

A pesar de la rotundidad de la frase de Crick, esto era sólo el principio. Tras la publicación de la estructura del ADN, se sucedieron otros muchos descubrimientos relevantes.

A partir de este momento los avances de la biotecnología son los responsables de la velocidad a la que se suceden los acontecimientos. El descubrimiento de los métodos de secuenciación de ADN por Frederick Sanger y Walter Gilbert (Nobel de química de 1980), permitieron descifrar la secuencia de bases A (adenina), C (citosina), G (guanina) y T (timidina) que formaban el texto de la molécula de ADN.

Y unos años más tarde,



Frederick Sanger

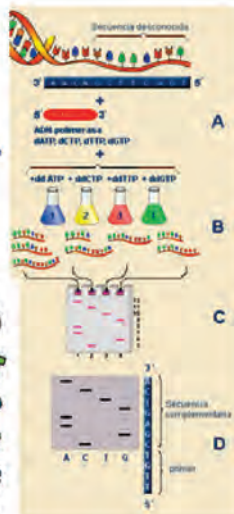
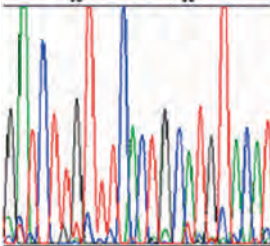
1975

El único hombre en ganar dos premios Nobel de química 1958 Y 1980

MÉTODO DE SECUENCIACIÓN DEL ADN

"Método Sanger"

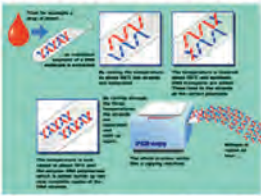
G A T C T T T T T C A C T G C A T G T A C T A C A T G G T A T A T T T T C



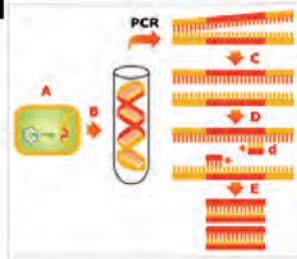


Kary Mullis 1983

En el año 1993, Premio Nobel de Química



Ideó la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) —un método que permite obtener miles de copias de un ADN y que hoy se emplea en todos los laboratorios de biología molecular



se produjo el descubrimiento de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR, en sus siglas en inglés) por K. B. Mullis en California que le valió el Nobel en 1993.

Este método de amplificación del material genético, para obtener miles de copias, revolucionó la investigación genética, permitiendo el desarrollo de todas las tecnologías necesarias para que, años más tarde, a finales del siglo XX, se culminara uno de los proyectos más ambiciosos en genética, el Proyecto Genoma Humano. Fue un proyecto de investigación científica, que se inició en 1990, con el objetivo fundamental de determinar la secuencia de pares de bases químicas (A, C, G, T) que componen el ADN e identificar los genes.

La secuenciación del primer genoma humano fue

publicada en 2003, por Francis Collins y Craig Venter, simultáneamente en las dos revistas científicas más importantes, Nature y Science. El proyecto genoma humano se completó aproximadamente en algo más de 10 años con un coste estimado de más de 2.000 millones de euros.

Las primeras conclusiones fueron que el 99.9% de la secuencia de ADN es común en los humanos, que sólo el 1% codificaba proteínas (del resto no se conocía su función y se catalogó como ADN basura) y que existían unos 25,000 genes.

Para ello fue necesaria la utilización de miles de secuenciadores automáticos que trabajaron día y noche en centros especializados. Este tipo de secuenciadores automáticos se



2003



Secuencia del Genoma Humano

- 1% del ADN codifica proteínas
- 25.000 genes
- 99.9% de la secuencia es común

F. Collins & G. Venter



```

ATCTCTTGGCTCCAGCATCGATGA
TCATTTAGAGGAAGTAAAAGTCGT
GAACTGTCAAACCTTTTAAACAACGGATCTCTT
TGTGCTTCGGCGGGCGCCCGCAAGGGTGCCCG
GGCCTGCCGTGGCAGATCCCAACGCCGGGCC
TCTCTTGGCTCCAGCATCGATGAAGAACGCAG
CAGCATCGATGAAGAACGCAGCGAAACCGCAT
CGATACTTCTGAGTGTTCCTTAGCGAACTGTCA
CGGATCTCTTGGCTCCAGCATCGATGAAGAAC
ACAAAGGATCTCTTGGCTCCAGCATCGATGAA
CGGATCTCTTGGCTCCAGCATCGATGAAGAAC
GATGAAGAACGCAGCGAAACCGGATATGTAAT
    
```

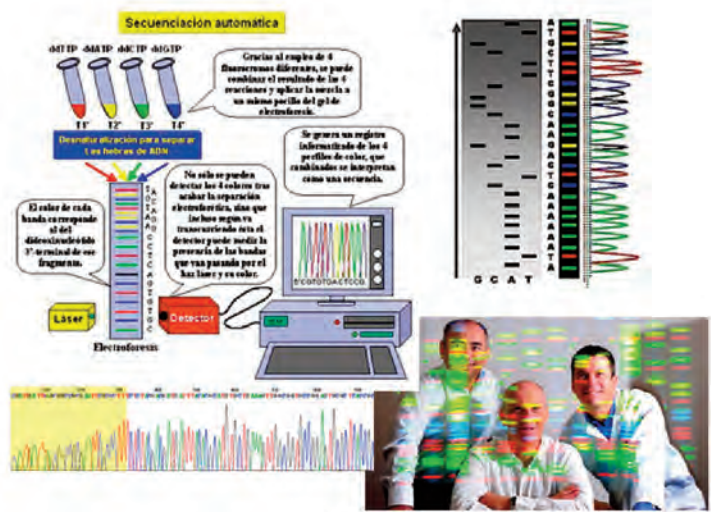
Dos mil millones de euros

siguen utilizando en la actualidad en las unidades de diagnóstico genético de todo el mundo para el estudio de genes y secuencias de ADN concretas.

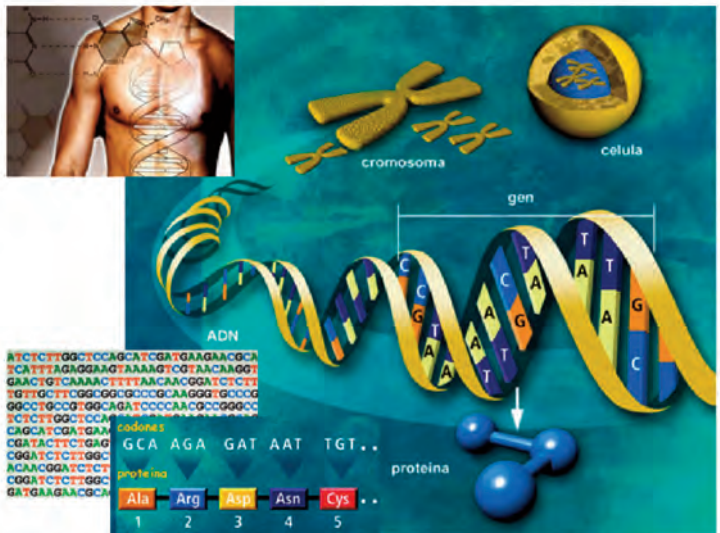
El Proyecto del Genoma Humano logró determinar el orden preciso de los cerca de 3,200 millones de los nucleótidos A, C, G y T repartidos en 23 pares de cromosomas del genoma humano y elaborar un mapa que ubica a sus 25.000 genes.

Los genes son los elementos que codifican para las proteínas que participan en todos los fenómenos celulares. Estos genes definen nuestra apariencia física y la aparición de determinadas enfermedades. Si escribiéramos la secuencia de nucleótidos, o de letras A, C, G, T, de cualquiera de nosotros en papel, completariamos aproximadamente 3.000 tomos con 1.000 páginas cada uno, lo que da una idea de la enorme cantidad de información almacenada en nuestro genoma.

Las enfermedades humanas son el resultado de la pérdida del equilibrio homeostático del organismo, ya sea por causas genéticas ó ambientales. Las causas genéticas incluyen todos los cambios, heredados o adquiridos, en el número o estructura de los cromosomas y en la secuencia del



genoma; las ambientales, por su parte, incluyen al resto de los factores que participan en el medio ambiente en que se desarrolla el individuo tales como dieta, fármacos, etc. En algunas enfermedades, como las monogénicas, los genes tienen un papel determinante en su fisiopatología, en otras, el medio ambiente. El origen de las enfermedades multifactoriales, por su parte, tiene un importante



componente tanto genético como ambiental.

El análisis del genoma ha permitido identificar y estudiar miles de genes causantes de enfermedades monogénicas y ha hecho evidentes algunos de los polimorfismos o variaciones de un sólo nucleótido (SNPs) que nos confieren individualidad genética, susceptibilidad y resistencia a enfermedades multifactoriales como la diabetes, hipertensión arterial, asma y cáncer, entre otras.

La comunidad científica se marcó el objetivo de descifrar el genoma humano completo, con la esperanza de encontrar la respuesta a muchas de las enfermedades humanas y a todas las preguntas surgidas hasta la fecha. Sin embargo, los seres humanos no somos sólo lo que está escrito en nuestros genes. La secuencia del genoma no puede resolver todos nuestros enigmas sobre la salud y la enfermedad.

Tras la finalización del Proyecto Genoma Humano en 2003, nos dimos cuenta que exis-



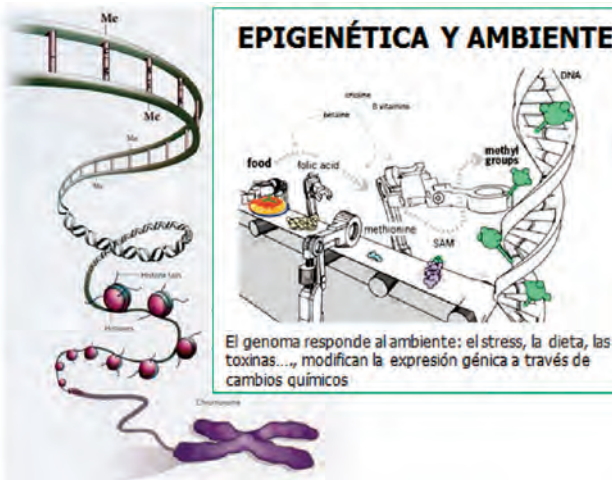
te otro lenguaje relacionado con pequeñas modificaciones químicas, como la metilación del ADN o de las histonas, capaces de regular la expresión de multitud de genes, sin cambiar su secuencia, es la epigenética. Este término fue acuñado mucho antes por Waddington, en 1953.

Por medio de la regulación epigenética se puede observar cómo el ambiente influye en la expresión génica.

Los procesos epigenéticos son fundamentales para el desarrollo normal y han sido reconocidos como claves en el desarrollo de enfermedades humanas y en envejecimiento.

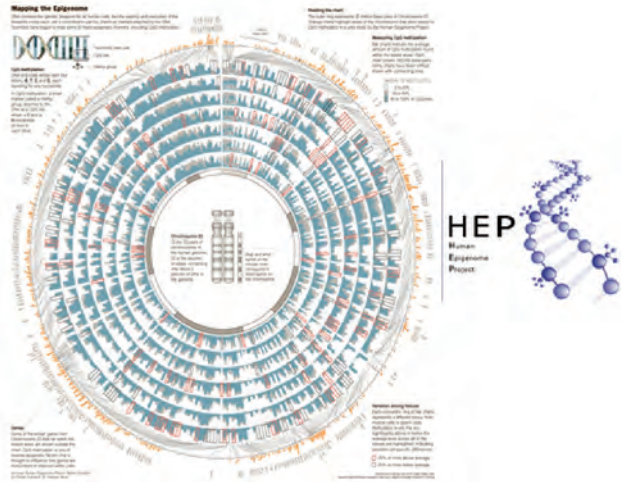
Gracias al Proyecto del Genoma Humano, nosotros sabemos donde están todos los genes pero no sabemos cuales se expresan en los diferentes tejidos, en las distintas etapas vitales y cuales son los cambios químicos que los activan y desactivan.

En 2003, a partir de un nuevo esfuerzo internacional surge el Proyecto Epigenoma Humano con el objetivo de identificar los distintos



patrones de metilación y el **proyecto ENCODE** (the Encyclopedia Of DNA Elements) para identificar todos los elementos funcionales del genoma humano en aquel ADN considerado como basura y que se ha visto que desempeña las funciones de interruptor genético, decide que genes se activan o no.

Fueron necesarios una decena de años e inversiones millonarias para descifrar el primer genoma humano. Sin embargo, en los últimos años han aparecido nuevas tecnologías de secuenciación denominadas **secuenciación masiva o ultra-secuenciación** (o **Next Generation Sequencing**) que permiten la secuenciación del genoma completo de una persona en unos pocos días y a un coste extraordinariamente bajo (unos 1.000 a 2.000 euros), si se compara con el coste que supuso la secuenciación del primer genoma humano. Estas nuevas tecnologías de secuenciación masiva son las que están permitiendo la realización de proyectos internacionales como el proyecto 1.000 genomas, que consiste en la

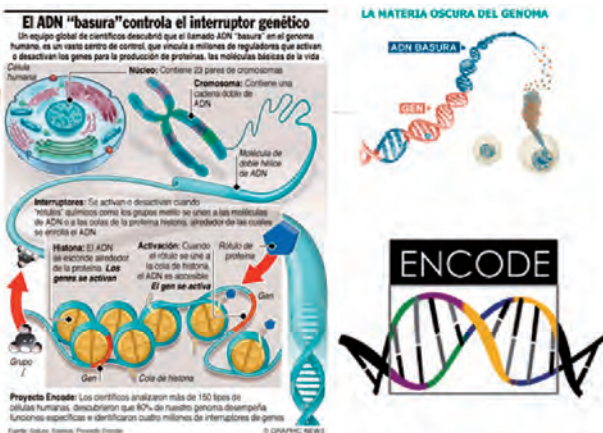


secuenciación completa del genoma de 1.000 individuos representativos de las diferentes razas humanas o el consorcio internacional sobre el genoma del cáncer (ICGC, International Cancer Genome Consortium) que permitirá conocer las mutaciones más frecuentes que caracterizan a los tumores más frecuentes y que permitirá el desarrollo de nuevos fármacos para el tratamiento de estas dolencias.

Todos estos proyectos generan una enorme cantidad de información que hay que procesar, almacenar e interpretar, lo que ha llevado al establecimiento de una nueva disciplina denominada **bioinformática** encargada del desarrollo de las aplicaciones que son necesarias para el análisis de estos datos y que tiene un enorme futuro profesional.

Impacto en la medicina

Este año hemos celebrado el 60 aniversario del descubrimiento de la estructura del ADN y la medicina del siglo XXI tiene que hacer frente a los



mismos retos que en otras épocas, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de nuestros pacientes, pero ahora contamos con una nueva herramienta, la genética. ¿Qué nos aporta?

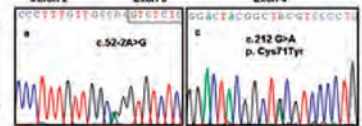
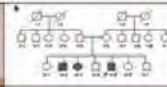
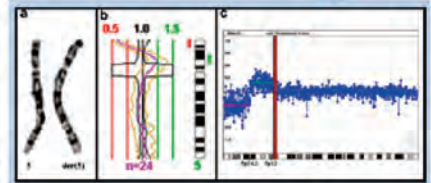
Por un lado, el conocimiento de la secuencia del genoma humano y el avance tecnológico ha permitido progresar significativamente en el diagnóstico de enfermedades genéticas, cromosómicas y monogénicas. La mayoría de estas pueden ser clasificadas como **enfermedades raras o minoritarias** (el 80% de base genética), al ser su prevalencia individual en la población inferior a un caso por cada 2.000 individuos, pero que en su conjunto afectan al 7-8% de la población y constituyen un verdadero problema de salud pública que tenemos que afrontar.

Además, el conocimiento de las variaciones genéticas entre los individuos está propiciando el desarrollo de:

- La **medicina genómica**, una práctica médica más individualizada, predictiva y preventiva. Abriendo la posibilidad del diagnóstico en forma presintomática de enfermedades comunes que tanto impacto tienen en la sociedad, permitiendo llevar a cabo medidas de atención a la salud que retrasen o eviten las manifestaciones clínicas, complicaciones y secuelas.
- La **farmacogenómica**, que posibilita el uso de medicamentos más individualizados basados en las particularidades genéticas de los individuos a fin de

ENFERMEDADES RARAS

- **80% de las ER son de origen genético**



generar nuevos fármacos más efectivos y menos tóxicos) y

- La **terapia génica**, referida al uso de material genético para el tratamiento de enfermedades.

Pero, ¿cómo trasladamos toda esta información a la práctica clínica? En este sentido cobra importancia el **papel de la Genética Médica** que es la especialidad que aplica los conocimientos de la genética a los ámbitos de la salud y enfermedad. En España existe ya un desarrollo importante de la Genética de Laboratorio que no ha ido paralelo al desarrollo de la Genética Médica, que constituye una especialidad necesaria para la atención de las enfermedades hereditarias, que además de la asistencia médica clásica proporciona asesoramiento genético, preceptivo en nuestro país, también antes de la realización de cualquier análisis genético, a partir de la promulgación de la última Ley (14/2007) de Investigación Biomédica.

El **asesoramiento genético** es un proceso

de comunicación, mediante el cual los pacientes o familiares en riesgo de padecer una enfermedad que puede ser hereditaria son informados de las consecuencias de la misma, la probabilidad de desarrollarla o transmitirla y de las opciones de prevenirla, evitarla o mejorarla. Se trata de una práctica compleja en la que intervienen, en primer lugar, *habilidades clínicas* para confirmar o completar el diagnóstico supuesto (la destreza adicional en el análisis semiológico de las malformaciones permite además, en ocasiones, el diagnóstico gestáltico o inmediato de ciertos síndromes) y, en función de éste, informar sobre su pronóstico, historia natural y las posibilidades actuales de prevención o tratamiento. En segundo lugar, se requiere una *capacidad de comunicación* y de educación suficiente para hacer comprender las limitaciones de las pruebas diagnósticas, los mecanismos hereditarios, la estimación o cuantificación del riesgo de su transmisión a la descendencia y las opciones reproductivas disponibles para evitar ese riesgo. Tiene también una importante dimensión ética, ya que debe respetar y *favorecer la elección autónoma* de dichas opciones por los consultantes, según sus propios valores, creencias y expectativas. Aunque no es una tarea exclusiva del genetista médico, por los conocimientos y formación, unidos a su experiencia y dedicación, éste es el mejor posicionado para proporcionar o supervisar un asesoramiento genético correcto.

En 2011, la **Genética Médica** fue reconocida como **especialidad médica** por la Comisión Europea y en España ha sido recientemente incluida en la troncal de Genética Clínica en el proyecto de creación de nuevas especialidades por el Ministerio de Sanidad. La escasez de médicos genetistas es un hecho

objetivo, no llegando en España a los mínimos requeridos para una atención adecuada de la población. Es deseable que estos acontecimientos recientes permitan la preparación de nuevos especialistas en este campo para solucionar los problemas asistenciales a corto plazo.

La Genética Médica, por otra parte, ha estrechado los nexos entre todas las especialidades médicas y al propio tiempo han evidenciado la **necesidad de mayor atención de contenidos relacionados con la Genética Médica en los programas de grado de Medicina**.

El inicio del siglo XXI se incluye en la era del genoma, se trabaja intensamente en la disminución de los costos en tecnología de genotipado y de secuenciación. Sin embargo, a pesar de su impacto en patologías de origen genético, para la mayoría de los clínicos, “la era del genoma no ha llegado aún”.

Se requiere una **alfabetización en genética médica**, tanto para clínicos especialistas como para aquellos que ejercen en la atención primaria de salud.

Con los avances de conocimientos genómicos, se incrementará el número de enfermedades, cuya predisposición genética y cuya susceptibilidad ambiental, deberán ser atendidas adecuadamente, además de saber prestar la atención requerida a las enfermedades clásicamente hereditarias. Si los profesionales con acciones en cualquiera de los tres niveles de atención de salud involucrados, no conocen los conceptos básicos de la genética médica, ponen, a sus pacientes en riesgo de no recibir cuidados médicos y preventivos adecuados.

La **secuenciación del genoma de un individuo** es una posibilidad real. Conocer su



Declaración Universal del Genoma Humano y Derechos Humanos 11 de noviembre de 1997

El genoma humano es la base de la unidad fundamental de todos los miembros de la familia humana y del reconocimiento de su dignidad intrínseca y su diversidad.

En sentido simbólico, el genoma humano es el patrimonio de la humanidad

significado en la prevención de enfermedades de origen genético y aprovechar su información en función de una medicina personalizada, será un objetivo obligado y necesario para el médico y para otros profesionales de las Ciencias Médicas en la medicina del siglo XXI.

Estamos siendo espectadores del nacimiento de la *genómica personalizada como nueva industria*, en la que se incluye los medicamentos. Las compañías dedicadas a ésta anuncian su impacto beneficioso en la salud humana, pero este optimismo preocupa por la deficiencia del conocimiento genético en los médicos que debemos interpretar su lectura y también porque estos servicios abrirán una caja de Pandora de dilemas éticos que pueden llegar a ser inmanejables.

Implicaciones éticas

El 11 de noviembre de 1997, fue aprobada la “Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos” por parte de la UNESCO, donde se precisaba que “nadie debe ser objeto de discriminaciones basadas en sus características genéticas, que tendrían por finalidad o por efecto atentar contra sus derechos individuales”. En este documento se señala la necesidad de educar a la sociedad en Bioética, concienciar a los individuos y a la sociedad de su responsabilidad en la defensa de la dignidad humana en temas relacionados con la Biología, la Genética y la Medicina, así como permitir el debate abierto, con la participación de diferentes corrientes del pensamiento.

La potencialidad de la Genética es enorme, lo que ha originado preguntas cuyas respuestas se salen del marco meramente científico. La aplicación de las técnicas utilizadas por la Ingeniería Genética ha permitido elevar la calidad de vida del ser humano. En la actualidad es posible intervenir en el genoma humano y modificarlo (terapia génica), diagnosticar y prevenir defectos congénitos y enfermedades genéticas, incluso antes de la concepción y producir medicamentos de origen génico. Todo lo que se puede hacer técnicamente ¿tiene amparo ético?, ¿hasta donde debe llegar la libertad de investigación? ¿Qué límites tendremos que poner a la generación de información genética?, ¿quién podrá tener acceso a esta información?, ¿modifica nuestra definición de enfermedad un mayor conocimiento sobre nuestra predisposición a desarrollar enfermedades? ¿Es ético utilizar la información genética para fines distintos de la prevención de enfermedades?

Estas y otras preguntas, que probablemente todavía no podemos imaginar, irán apareciendo a media que los **análisis genéticos globales de screening** se vayan generalizando por el abaratamiento de su coste, 1000 dólares el genoma actualmente.

Esta situación es absolutamente distinta, conviene aclarar, al estudio genético dirigido ante la sospecha de una enfermedad genética, en la que el planteamiento diagnóstico, su utilidad clínica y su manejo están claramente establecidos y su aplicación es indiscutible.

Desde hace tiempo, la sociedad ha llegado a la conclusión de que las decisiones en este campo no deben ser tomadas solamente por los científicos, sino que deben ser conse-

cuencia de un diálogo con todos los sectores sociales implicados, como juristas, sociólogos, psicólogos, filósofos, etc. En esta línea, el número de este mes de la revista *European Journal of Human Genetics* dedica dos artículos especiales sobre la exploración ética del genoma de mil dólares y las recomendaciones para la secuenciación masiva en el sistema de salud.

Se plantea cuestiones acerca de lo que implica el análisis completo del genoma y reflexiona sobre la diferencia entre el diagnóstico dirigido por una enfermedad concreta en contraposición al estudio genómico sin indicación clínica que permite el hallazgo de información que no se busca. ¿Qué se hace con esta información, se entrega al paciente? Si no es relevante en ese momento y posteriormente puede serlo, debe el médico custodiar la información y ¿contactar al paciente en el futuro? *El paciente*, además, *tiene el derecho a no saber*, que tiene que ser respetado. ¿Cómo influirá el que pueda aplicarse el screening genómico global a embriones, fetos, y neonatos sin indicación clínica y aparentemente sanos? Esta situación claramente entraría en conflicto con el derecho individual a decidir sobre su futuro.

Estamos en un escenario donde podemos encontrarnos una enorme cantidad de información genética de significado incierto, la barrera entre la investigación y la clínica puede estar difuminada y es necesario que estemos vigilantes desde el punto de vista ético y legal por los intereses de nuestros pacientes y respetando el juramento hipocrático.

Para finalizar expongo las siguientes consideraciones generales que deben guiar la utilización de la genética en la salud, siguien-



APLICARÉ mis tratamientos para beneficio de los enfermos, según mi capacidad y buen juicio, y me abstendré de hacerles daño o injusticia

do las reflexiones del Dr. Victor Penchazsadeh, maestro, experto en Genética y Bioética, y gran amigo:

1. La información genética no debe usarse para la discriminación. Existen evidencias en países desarrollados de su uso para restringir o encarecer la cobertura de salud a través de la detección de posibles predisposiciones genéticas.
2. La privacidad de la información genética debe ser protegida. Para evitar discriminaciones por las características genéticas, la información que se obtiene de las pruebas efectuadas no deben divulgarse a terceros sin el consentimiento explícito y escrito del interesado. Este concepto debe reforzarse con la legislación adecuada.

European Journal of Human Genetics (2013) 21, 51–55
© 2013 Macmillan Publishers Limited. All rights reserved 2013-481353
www.nature.com/hyg

POLICY

Whole-genome sequencing in health care

Recommendations of the European Society of Human Genetics

Carla G van El¹, Martina C Cornel^{1,2,3}, Pascal Borry⁴, Ros J Hastings⁵, Florence Fellmann⁶, Shirley V Hodgson⁷, Heidi C Howard^{8,9}, Anne Cambon-Thomsen^{8,9}, Bartha M Knoppers¹⁰, Hanne Meijers-Heijboer¹¹, Hans Scheffer¹², Lisbeth Tranebjærg^{13,14,15}, Wybo Dondorp^{16,17}, Guido MWR de Wert^{13,16,17}
on behalf of the ESHG Public and Professional Policy Committee

First published in European Journal of Human Genetics (2013) 21, 580–584; doi:10.1038/hyg.2013.46

European Journal of Human Genetics (2013) 21, 56–526
© 2013 Macmillan Publishers Limited. All rights reserved 2013-481353
www.nature.com/hyg

POLICY

The 'thousand-dollar genome': an ethical exploration

Wybo J Dondorp^{1,2} and Guido MWR de Wert¹

Sequencing an individual's complete genome is expected to be possible for a relatively low sum 'one thousand dollars' within a few years. Sequencing refers to determining the order of base pairs that make up the genome. The result is a library of three billion letter combinations. Cheap whole-genome sequencing is of greatest importance to medical scientific research. Comparing individual complete genomes will lead to a better understanding of the contribution genetic variation makes to health and disease. As knowledge increases, the 'thousand-dollar genome' will also become increasingly important to healthcare. The applications that come within reach raise a number of ethical questions. This monitoring report addresses the issue.
European Journal of Human Genetics (2013) 21, 56–526; doi:10.1038/hyg.2013.73

3. La brecha existente entre la capacidad de diagnosticar y la capacidad de prevenir y tratar. Se requiere entonces extrema cautela y sabiduría a la hora de introducir pruebas genéticas predictivas para enfermedades para las cuales todavía no hay beneficios preventivos o terapéuticos demostrados.
4. La atribución excesiva de los problemas de salud a causas genéticas no está justificada por la evidencia en algunas patologías (reduccionismo genético). Por ejemplo el papel del gen BRCA1/2 es actualmente significativo sólo en torno al 5% de los cánceres de mama.
5. El derecho a la salud tiene que incluir los problemas genéticos. El cumplimiento del derecho a la salud requiere

asegurar que los servicios de genética estén organizados y financiados para garantizar el acceso equitativo por parte de la población necesitada. Las personas que nacen con enfermedades genéticas tienen derecho al mejor tratamiento y rehabilitación posibles.

6. **La autonomía de decisión de las personas debe respetarse y las pruebas genéticas deben ser voluntarias.** Sobre todo a lo que se refiere a predisposición y estudio de portadores, con especial cuidado en la infancia, respetando sus derechos.

7. *El asesoramiento genético debe promover la autonomía de decisión de los pacientes, sin presiones ni coerciones de ninguna naturaleza.* El asesoramiento no directivo es el instrumento clave.

Como ven, las implicaciones que tiene el desarrollo de la medicina genómica hacen imperativo que éste se lleve a cabo de forma simultánea con el estudio permanente de sus implicaciones éticas, legales y sociales. Así, se fortalecerá el desarrollo de la legislación apropiada que estimule el desarrollo de la medicina genómica en el marco de respeto a la dignidad y a los derechos humanos.

Concluyo, agradeciendo y recordando a las personas que me motivaron y me ayudaron a adentrarme en esta área de la medicina:

–Al Dr. Fernando Hernández Ramón, recientemente fallecido, que me transmitió su interés, amor y dedicación por los niños con malformaciones congé-

nitas (D.E.P), junto con la Dra Domingo, amiga, maestra y compañera incansable de fatigas en todo este tiempo.

–A la Dra Joaquina Gabarrón, impulsora de la Genética Humana en nuestra región, y al Dr. Victor Penchszadeh, pediatra y genetista de reconocimiento internacional, que me animaron a investigar y dedicarme asistencialmente a la Genética.

–A mis compañeras de trabajo por todo su entusiasmo y dedicación, y por su inestimable compañía en los quehaceres cotidianos.

–A todas las personas y compañeros que en uno u otro momento me han estimulado a continuar y me han confiado sus pacientes.

–A los pacientes y sus familias, por su ejemplo diario de superación

–Y, por último, a mi familia (a mis queridos padres, mis hermanos, sobrinos y especialmente a mi marido y mis hijos) por su estímulo y apoyo constante en esta apasionante aventura.

Bibliografía

- Castañeda Partida L, Castañeda Sortibrán AN, Rodríguez-Arnaiz R (2009). De la Genética a la Genómica. *Revista Fuente*, vol. 1, No. 1, 7-12
- Dondorp WJ, De Wert G (2013). The 'thousand-dollar genome': an ethical exploration. *European Journal of Human Genetics*; 21, S6–S26
- García Díaz JD, Mesa Latorre JM (2012). Utilidad de la Genética Clínica en la práctica médica. *Med Clin (Barc)*;138(12):525–527
- Guillén-Navarro E. Genética Clínica y Dismorfología: Generalidades. *Rev Esp Pediatr*. 2009; 65(1): 1-3.
- Guillén Navarro E, Ballesta-Martinez MJ, López-González V. Genética y enfermedad. *Concepto de Genética Médica. Nefrología Sup Ext* 2011; 2(1): 3-10.
- Heyn H, Esteller M (2012). DNA methylation profiling in the clinic: applications and challenges. *Nat Rev Genet*, vol 13, 679-692
- Jimenez-Sanchez G (2000). La Medicina Genómica: Un nuevo paradigma en el cuidado de la salud. *Medica Sur*; 7: 4-5.
- Kay MA (2011). State-of-the-art gene-based therapies: the road ahead. *Nat Rev Genet*; vol 12, 316-328.
- Penchaszadeh VB (2009). *Genética y Salud: aplicaciones de la genética para la salud*. Buenos Aires. Editorial Eudeba.
- Penchaszadeh VB (comp) (2012). "Genética y Derechos Humanos, encuentros y desencuentros". Buenos Aires, Editorial Paidós. *Tramas sociales*
- Saiki RK, Gelfand DH, Stoffel S, Scharf SJ, Higuchi R, Horn GT, Mullis KB, et al. (1988). Primer-directed enzymatic amplification of DNA with a thermostable DNA polymerase. *Science* 239: 487–491.
- Sanger F, Nicklen S, Coulson AR (1977). DNA sequencing with chain-terminating inhibitors, *Proc Natl Acad Sci U S A*. 74 (12):5463-7.

Van El CG, Cornel MC, Borry P, Hastings RJ, et al on behalf of the ESHG Public and Professional Policy Committee (2013). Whole-genome sequencing in health care. Recommendations of the European Society of Human Genetics. *European Journal of Human Genetics* 21, S1–S5

Watson, J. D. & Crick, F. H. C. (1953). Genetical implications of the structure of deoxyribonucleic acid. *Nature* 171, 964–967.

Discurso de presentación

de la Dra. D^a María de los Ángeles Ceballos

✿ **María Trinidad Herrero Ezquerro** ✿

Académica y Secretaria de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Con su venia Sr. Presidente.

*Excmos. e Ilustrísimos Académicos
de la Real Academia de Medicina y Cirugía
de Murcia, Señoras y Señores.*

Me considero muy honrada al tener la oportunidad de presentarles a Doña María Ángeles Ceballos Hernansanz que va a desarrollar su discurso de ingreso como Académica Correspondiente de esta institución. Es para mí un gran honor y agradezco públicamente haber tenido el privilegio de referirles los méritos de la beneficiaria.

Nacida en Madrid el 23 de julio de 1955 en uno de los barrios más castizos, el barrio de Maravillas, en lo que en 808 que era Cuartel de Monte León de la calle de Ruiz, que debe su nombre a uno de los héroes de la Guerra de la Independencia, el Teniente Ruiz.

Doña María Ángeles es la hija única de una familia de clase media, constituida por Doña Carmen Hernansanz, su madre, quien le inculcó los principios básicos para ser una buena persona, y Don David Ceballos, su padre, quien le transmitió el espíritu de trabajo y esfuerzo constante. No debemos olvidar a Don Florentino, el abuelo materno, que al encontrarse ya jubilado cuando ella nació era quien la llevaba y traía del colegio y más tarde le hacía los dictados tomados del libro Platero y yo de Don Juan Ramón Jiménez.

El bachiller elemental lo estudió en el Colegio de las Hijas de Cristo Rey y el COU lo estudió en los Hermanos Maristas.

Desde los nueve años cuando le preguntaban ¿qué vas a ser de mayor? Siempre respondía lo mismo: Médico, ante lo cual su madre, Carmen, siempre apostillaba ¿y no querías hacer otra profesión más femenina?. Por su parte, su padre, David, siempre fue un apoyo incondicional en su idea de ser médico.

De los años 1973 a 1979 cursó los estudios de Medicina Universitarios en la Universidad Complutense de Madrid. Durante estos 6 años universitarios descubrió su honda preferencia por la Neurología. En ello influyeron el Dr. Varela de Seijas, jefe del Servicio de Neurología del Hospital Clínico de Madrid y el Dr. García Urra que fueron sus profesores durante la carrera y posteriormente sus maestros durante su especialización MIR en el Hospital Clínico.

Al acabar la especialidad de Neurología en los años 80, y siendo difícil encontrar un trabajo en Madrid, decidió ejercer la medicina rural durante tres años en un pueblo de Ávila, Hoyo de Pinares. Fue la Jefa Local de Sanidad 365 días al año, 7 días a la semana y las 24 horas al día desempeñando labores asistenciales, formativas, y de prevención. Esos años no solo moldearon su personalidad

profesional, sino que además allí conoció a Don Julián que años después sería su esposo, con el que constituye una unidad familiar sólida y estable.

Regresó a Madrid y comenzó su trayectoria como neuróloga en el Servicio del Dr. Alberto Portera del Hospital 12 de Octubre de Madrid. Del Profesor Portera aprendió neurología pero también que la medicina es servicio a los demás y que la vida es un aprendizaje continuo.

De hecho, realizó la Especialidad de Hidrología Médica, en la Escuela de Hidrología Médica, de la Universidad Complutense de Madrid, con el Catedrático, Don Manuel Armijo Valenzuela y con Doña Josefina San Martín Bacaicoa, quien más tarde fue la Directora de su Tesis Doctoral. En ese periodo comenzó su carrera docente de Hidrología Médica en la Universidad Complutense de Madrid y en la Universidad Europea de Madrid. A partir de ahí, estableció un vínculo con la Comunidad Autónoma de Murcia ya que todos los años realiza las prácticas de Hidrología con sus alumnos en los Balnearios de Leana Fortuna y de Archena.

Posteriormente y muy ligado a sus especialidades previas, inicia y concluye los estudios de Criminología, el Master en Derecho Sanitario, Bioética, Protección de Datos y Protocolo y Relaciones Institucionales, y en el año 2009 termina la Licenciatura de Derecho.

Al preguntarle por que estudió Derecho, responde sin titubear que *había comprobado que la práctica médica está absolutamente implicada en las relaciones humanas y por lo tanto, está expuesta a responsabilidades y a conflictos*. La Doctora Ceballos Hernansanz es partidaria de que en la formación de las diver-

sas Profesiones Sanitarias se de un barniz de conocimientos legales, para que los profesionales sanitarios puedan caminar más seguros en su práctica diaria.

Esta doble faceta de médica y abogada con un curriculum poco común, completo y multidisciplinar, que suma conocimientos médicos y legales, le hacen ostentar desde 2006 el puesto de encargada del Registro de Instrucciones Previas de la Comunidad de Madrid, pero sin abandonar por ello la práctica clínica de la Neurología y la docencia en Hidrología Médica.

No quisiera olvidar que tuve el privilegio de conocer y establecer una duradera amistad con Doña María Ángeles hace tres años en la visita científica a la medicina primigenia del mundo maya que organizó el Grupo de Humanidades e Historia de la Neurología de la Sociedad Española de Neurología de la que ella ha sido coordinadora. Y es que como aficiones y hobbies la Dra. Ceballos sigue aprendiendo, le gusta leer, le gusta viajar, y disfruta con la pintura, con la historia y con el arte en general, por ello, no es de extrañar que haya iniciado los estudios de Grado de Historia del Arte. Lo que les puedo asegurar es que con este afán de que su vida sea un constante aprendizaje... de tanto aprendizajes sus neuronas deben estar en plena forma, y sus conexiones no son caminos vecinales sino que deben ser autopistas siberianas que le hacen pensar deprisa y con acierto.

Como han podido comprobar Ustedes, por la responsabilidad tanto humana como profesional de Doña María Ángeles Ceballos Hernansanz, su entusiasmo por la medicina, su vasta cultura, sus exquisitas maneras sociales y esmerada educación, su capacidad de transmitir ideas y conceptos, sus priorida-

des en la escala de valores, y sobre todo por su saber médico y legal, y su dedicación enciclopédica, más allá del protocolo le manifiesto mi respeto y me honro de su amistad, y con la venia del Señor Presidente, me complace darle la bienvenida como Académica Correspondiente a la bi-centenaria Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

He dicho.

'Instrucciones Previas: una realidad legal, social y médica'

✿ **María de los Ángeles Ceballos Hernansanz** ✿

Neuróloga. Hidróloga. Abogada. Encargada del Registro de Instrucciones
Previas de la Comunidad de Madrid

*Excelentísimo Señor Presidente,
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores
Académicos,
Señoras y Señores:*

Quisiera saber expresar todo lo que sentí al ser elegida Académica electa correspondiente de esta Real Academia de Medicina y lo que significa para mí el poder estar llevando a cabo este Discurso reglamentario de ingreso, solo acierto a decirles que tanto en aquel momento como en este se agolpan una serie de sentimientos de emoción, turbación, exaltación y gratitud que solo puedo resumirlo como orgullo, respeto y honor de formar parte de esta institución durante el resto de mi vida.

Deseo expresar mi reconocimiento y agradecimiento a los distinguidos Académicos, y especialmente al Excelentísimo Señor D. Tomás Vicente Vera, la Excelentísima Señora Doña Trinidad Herrero Ezquerro, y al Excelentísimo Señor Don Emilio Martínez García, por su apoyo y confianza.

Igualmente quisiera tener un breve recuerdo para aquellas personas que han tenido una impronta muy especial tanto en mi vida personal como en la profesional. En primer lugar para mi padre David, por su estímulo y su exigencia constante para que llegase a conseguir lo que desde la infancia ha supues-

to para mí una ilusión y una meta, ser médico. A mi madre Carmen por aportarme todo su amor, a mi abuelo Florentino, por ser un ejemplo de cómo afrontar las vicisitudes de la vida y saber envejecer y dentro de este ámbito personal a mi esposo Julián, por su apoyo incondicional en todo aquello que he deseado emprender, gracias por saber que siempre estás ahí.

Y en el ámbito profesional, aunque tras el contacto continuo durante años se ha convertido también en personal quiero expresar mi agradecimiento al Profesor Dr. D. Eduardo Varela de Seijas quien, siendo yo aún una simple estudiante me admitió en su Servicio de Neurología del Hospital Clínico de San Carlos y me dio uno de los mejores consejos que yo he podido recibir "aunque tu vida personal pueda tener altibajos, en lo profesional siempre debe ser una línea ascendente". Al Dr. D. Daniel García Urra, por enseñarme a descubrir no solo la Neurología teórica, sino también la Neurología del día a día al lado del paciente. A mi querido profesor y Catedrático Dr. D. Manuel Armijo Valenzuela (recientemente fallecido) por abrirme la mente al mundo de las aguas mineromedicinales y a ese ambiente balneario lleno de historias. A la Profesora Doctora Doña Josefina San Martín Bacaicoa, primero mi profesora, luego mi Catedrática, después mi Directora de Tesis y

desde siempre mi amiga, quien supo inculcarme el afán de seguir por el camino de la docencia y del mundo académico. Y por último quiero tener presente al Dr. D. Alberto Portera Sánchez, quien ha sido fundamental en mi trayectoria como neuróloga, por permitirme seguir aprendiendo a su lado y por el afecto que siempre me ha demostrado.

Como colofón deseo expresar mi gratitud a todos mis profesores, a mis compañeros, a todos mis alumnos y a quienes han sido el centro de mi vida desde que terminé la Licenciatura de Medicina y Cirugía, mis pacientes, porque con cada uno de ellos he aprendido, me he superado y me han dado ejemplo en el día a día.

Introducción

Permítanme que comience recordando una frase atribuida a Epicuro: “Nunca nos encontramos con la muerte, pues, mientras vivimos, ella no está y, cuando llega, no estamos nosotros”. Pero como dice el profesor Caturla Such “la muerte forma parte de la vida, constituye el acto final de la biografía personal y no puede ser separada de aquella como algo distinto”. De hecho, lo habitual es que todo hombre o mujer haya pensado en alguna ocasión, como será el final de su vida y como le gustaría que éste fuese, si tuviese posibilidad de influir en él. Aunque depende bastante de las culturas y costumbres, se suele tener el pensamiento de que el proceso de morir sólo le corresponde a la persona moribunda, aunque lo cierto es que nosotros morimos, lo mismo que vivimos, dentro de una red de relaciones vitales y complejas.

Si bien estos pensamientos han ido acompañando al hombre en su evolución, debemos

reconocer que hay documentos legales que han surgido más rápidamente que el cambio social, en la materia de cómo morir y como expresarlo, es decir, que desde un ámbito legal se han lanzado al mundo de la medicina y a la sociedad unos conceptos y unos mecanismos, para los cuales la sociedad en su conjunto no parecía estar aún preparada y a los médicos, les son exigidos unos deberes para los que no habían sido formados, principalmente en las generaciones que se licenciaron en décadas pasadas, aunque en la actualidad todos los médicos precisamos de su conocimiento para llevar a cabo su cumplimiento.

Por todo esto, en lo referente a las Instrucciones Previas debemos echar una mirada retrospectiva, para comprender de dónde y por qué surgió, lo que hace ya unas décadas comenzaba a ser una necesidad latente en la sociedad, y como ha llegado hasta nuestros días.

Esbozo histórico

Entre los años sesenta y setenta, del siglo XX, se produce una explosión tecnológica que eleva, casi a la sublimación, los progresos científico-técnicos. Los avances de la ciencia médica habían dado lugar al desarrollo de tratamientos para mantener o restaurar las funciones vitales y de esta forma prolongar la vida, los llamados tratamientos de soporte vital. De este modo se comienza a cambiar la forma de morir y los pacientes lo hacen en el hospital tras un prolongado proceso. Aparece así el “imperativo tecnológico”, que hace referencia a la conducta médica basada en hacer todo lo que sea técnicamente posible para alargar la vida del paciente al máximo, a cualquier coste.

En el año 1967, la Eutanasia Society of América propuso un documento de cuidados anticipados en el cual los individuos podían expresar su voluntad acerca de determinar las intervenciones mantenedoras de la vida, se denominó “living will” que se tradujo al castellano como “testamento vital”. En aquellos momentos se le llama “testamento” (will) por expresar deseos para el futuro y “vital” (living) por entrar en vigor cuando todavía está viva la persona que lo ha firmado.

El creador de dicho documento fue un abogado de Chicago, Luis Kutner, en atención a las demandas de las personas interesadas en evitar que se les aplicasen técnicas que prolongasen la vida de forma artificial y precaria, cuando ya estuvieran en una situación considerada como enfermo incurable, por entender que aquello suponía simplemente una dilación de un proceso ya irreversible de muerte.

De esta forma, Kutner, pretendió recoger un escrito, que estuviera al alcance de cualquier persona, en el que pudiera consignarse la voluntad de su autor, en cuanto a que dejara de aplicársele o cesara un determinado tratamiento en el supuesto de enfermedad terminal.

Kutner sugirió que este documento podía venir a satisfacer cuatro necesidades que en esos momentos ya se percibían en determinados ambientes sociales como importantes, una primera, en la cual el paciente podía expresar su derecho a morir si así lo deseaba, una segunda, en la cual el paciente pudiera expresar sus deseos de morir aunque en esos momentos fuese incapaz de dar su consentimiento, una tercera con vistas a un posible proceso judicial, para que ese deseo quedara

expresado, de modo que se tuviese en cuenta la diferencia entre homicidio compasivo respecto al asesinato con malicia, y una cuarta necesidad, la de suministrar al paciente las garantías necesarias en cuanto a que su voluntad sería llevada a cabo.

Pronto comienzan los primeros intentos de promulgar una legislación que otorgase al individuo el poder de decisión sobre las condiciones de su muerte y sobre la duración de su propia vida en estas situaciones terminales. Tanto el primero de estos intentos, el promovido por Walter Sackett en Florida en el año 1968, como otros posteriores a él, no pasaron de eso, de meros intentos.

Diez años después de la propuesta de Kutner, en 1976 en el Estado de California se aprobó la Natural Death Act (Ley de Muerte Natural) que reconocía al paciente el derecho a rechazar el tratamiento médico, eximiendo de responsabilidad al facultativo que se atuviera a las disposiciones del paciente.

En este mismo año el Consejo de Europa adoptó la Resolución 3699 “On the rights of the sick and dying” (Sobre los derechos de los enfermos y moribundos) acerca de la voluntad del enfermo en las decisiones que afectan a su propia vida.

Comienzan a aparecer en la opinión pública casos que habían llegado a los tribunales sobre la petición de retirada de tratamientos vitales, como los de Karem Anne Quilan en 1976, Georgette Milete en 1979, Claine Conroy en 1985 o Nancy Beth Cruzan en 1990, sensibilizando a las personas, al pensar qué ocurriría si fuesen ellos los que estuviesen en una situación similar y esto hizo que tanto por parte de los ciudadanos, como por parte de los jueces se insistiese en la necesidad, en el caso de los primeros de expresar sus preferencias

y opiniones y, en el de los segundos de conocer sus preferencias.

Todo ello da lugar a la aparición de instrucciones diferentes, una de ellas, es el “medical directive”, que puede traducirse como “directivas médicas”, en las cuales los pacientes pueden considerar diversas posibilidades para un futuro y dejar disposiciones sobre ellas, o los “values history”, o “historia de valores”, que expresan de una forma más detallada las motivaciones de la persona, aunque está menos orientada a decisiones concretas.

En 1989 se preparó una propuesta de legislación uniforme sobre los derechos del enfermo en situación terminal, la Uniform Rights of the Terminally III Act que fue adoptado por los Estados de Alaska, Arkansas, Iowa, Mine, Missouri, Montana, North Dakota y Oklahoma.

En diciembre de 1991 el Congreso de los Estados Unidos aprobó la Patient Self Determination Act (Ley de Autodeterminación del Paciente) con efecto en todo el territorio y que obligaba a todas las instituciones sanitarias que recibían ayuda estatal, tanto Medicare como Medicaid, a proporcionar a sus usuarios un documento sobre información de sus derechos como pacientes, en el cual se incluía el “living will”.

Deseos expresados con anterioridad

También en Europa surge la necesidad de regular estas situaciones y como consecuencia de ello, aprobado por el Comité de Ministros el 19 de noviembre de 1996, se llevó a cabo en Asturias, en la ciudad de Oviedo, el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana con respec-

to a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, en cuyo Capítulo II, relativo al Consentimiento y específicamente en el artículo 9 se recoge:

Art. 9. Deseos expresados anteriormente

Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que, en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad.

Se finalizó este Convenio el 4 de abril de 1997, estando redactado en francés y en inglés, siendo ambos textos auténticos, en un solo ejemplar que se depositó en los Archivos del Consejo de Europa y transmitiéndose una copia certificada a cada uno de los Estados miembros del Consejo de Europa, a la Comunidad Europea, a los Estados no miembros que habían participado en la elaboración y a todos los Estados invitados a adherirse al Convenio.

Se estableció que este Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, entrara en vigor de forma general al 1 de diciembre de 1999, de conformidad con lo establecido en el artículo 33 del mismo.

Firmaron el mencionado Convenio veintisiete países (Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Islandia, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Macedonia (ex República de Yugoslavia), República Moldava, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza y Turquía).

Implantación de los “deseos expresados con anterioridad” en España

En el artículo 1.5 de nuestro Código Civil, se establece que “las normas jurídicas contenidas en los tratados internacionales no serán de aplicación directa en España en tanto no hayan pasado a formar parte del ordenamiento jurídico interno mediante su publicación íntegra en el Boletín Oficial del Estado”. De igual modo, la Constitución Española de 1978 recoge en su artículo 96.1 que “los tratados internacionales válidamente celebrados, una vez publicados oficialmente en España, forman parte del Ordenamiento interno”.

En España, por lo tanto, vistos y examinados el preámbulo y los treinta y ocho artículos de dicho Convenio y concedida por las Cortes Generales la autorización prevista en el artículo 94.1 de la Constitución Española de 1978, el Rey D. Juan Carlos I aprobó y ratificó todo lo que contenía el mismo, el 23 de julio de 1999, siendo publicado el Convenio en el Boletín Oficial del Estado el 20 de octubre de 1999, tras comprobarse un error en su publicación, se efectuó una corrección de erratas (de las cuales, ninguna afectaba al artículo sobre los deseos expresados anteriormente) y se publicó nuevamente en el Boletín Oficial del Estado el 11 de noviembre de 1999, salvando el error, y como queda expresado en la publicación se indicó como fecha en la cual entraría en vigor en el ámbito nacional, el 1 de enero de 2000.

El Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina es, a diferencia de otras declaraciones internacionales, un auténtico instru-

mento jurídico que tiene carácter vinculante para los países firmantes y como ha sido clasificado por el jurista De Lorenzo y por la Sociedad Internacional de Bioética “equiparable en importancia a la Declaración Universal de Derechos Humanos” y, es sin lugar a ninguna duda la primera norma jurídica de derecho positivo reguladora de los deseos expresados con anterioridad para el ámbito sanitario en España, cronológicamente hablando, así como el punto de partida tanto para leyes autonómicas como para la ley estatal con referencia al mismo tema.

El Gobierno Central entra en una inexplicable paralización desde 1999 puesto que, hasta que en el año 2002 no se aprueba la ley básica que trata de normalizar y aunar el torrente de normas autonómicas sobre los “deseos expresados con anterioridad”. En el momento en que empieza su tramitación parlamentaria comienzan ya los problemas, ya que aquellas normas que estaban vigentes en el momento de publicarse la norma estatal han de entenderse derogadas en cuanto se opongan a ella.

El paso de “los deseos expresados con anterioridad” a las “Instrucciones Previas”

Con el paso del tiempo se promulga la 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.

El ser esta una ley básica, tienen como finalidad el asegurar a todos los ciudadanos del Estado las mismas garantías en el desarrollo y protección de los derechos reconocidos a lo largo de su articulado. Esto implica que las Comunidades Autónomas podrán

desarrollar aquellos ámbitos, que determine la norma básica y completarlos, respetando los límites marcados por la misma, cuando no exista una regulación específica al respecto, sin que, en todo caso, se pueda legislar en contra de la regulación estatal, de imposición en todo el territorio nacional.

Por ese motivo, la ley básica estableció una “vacatio legis” de seis meses, concediendo así un plazo razonable para la realización de las necesarias adaptaciones. La norma estatal básica por tanto, desplaza a la norma autonómica antigua que queda ineficaz, producto de una “incompetencia sobrevenida” en palabras de García de Enterría.

Esta Ley 41/2002, refuerza y da un trato especial al derecho a la autonomía del paciente. En particular, merece mención especial la regulación sobre Instrucciones Previas que contempla en su artículo 11, de acuerdo con el criterio establecido en el Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, sobre los deseos del paciente, expresados con anterioridad, dentro del ámbito del consentimiento informado y así, hace expresa referencia a la autonomía prospectiva, bajo la denominación de Instrucciones Previas.

Artículo 11. Instrucciones Previas

1. Por el documento de instrucciones previas, una persona mayor de edad, capaz y libre, manifiesta anticipadamente su voluntad, con objeto de que ésta se cumpla en el momento en que llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlos personalmente, sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.
- El otorgante puede designar además un representante para que llegado el caso sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario para procurar el cumplimiento de las instrucciones previas.
2. Cada servicio de salud regulará el procedimiento adecuado para que, llegado el caso se garantice el cumplimiento de las instrucciones previas de cada persona, que deberán constar siempre por escrito.
 3. No serán aplicadas las instrucciones previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la “*lex artis*”, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas. En la historia clínica del paciente quedará constancia razonada de las anotaciones relacionadas con estas previsiones.
 4. Las instrucciones previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito.
 5. Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las instrucciones previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de

Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se registrará por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

**¿Directrices anticipadas?,
¿Testamento Vital?
¿Voluntades anticipadas?
¿Instrucciones Previas?**

Ahora estamos ya en situación de comprender el motivo por el cual a las Instrucciones Previas se les conoce con diferentes denominaciones: Directrices anticipadas, Testamento vital, Voluntades anticipadas, Expresión de voluntad con carácter previo.

Algunas precisiones respecto a la terminología empleada:

Respecto a *Directrices anticipadas*, hemos de indicar que es un anglicismo, puesto que proviene de la traducción literal del inglés de las “advances directives”. El problema radica en el sentido diferente que tiene el término “directivas” en castellano respecto al inglés. Acudiendo al Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española y al Diccionario de uso del español de María Moliner, se trata de una voz habitualmente utilizada en relación con una “junta de gobierno de una corporación o sociedad” o para significar una “disposición que ha de ser cumplida por todos los miembros de ciertos organismos internacionales”.

En cuanto a la denominación de *Testamento vital*, en el Diccionario de la Real Academia Española encontramos, en la voz “testamento”: “Declaración que de su última voluntad hace alguien, disponiendo de bienes y de asuntos que le atañen para después de la

muerte”. El significado de la palabra “vital” se describe como “Perteneiente o relativo a la vida”.

En un ámbito más jurídico, Martínez Pareda recurre a las definiciones del testamento en los antiguos textos de Derecho Romano y cita las de Modestino en el Digesto (El testamento es la justa expresión de nuestra voluntad, respecto a lo que cada cual quiere que se haga después de su muerte) y la de Ulpiano (El testamento es la justa decisión de nuestra mente y realizada solemnemente para que produzca efecto después de nuestra muerte) para poner de manifiesto que, en todo caso para que pueda hablarse de testamento en un sentido técnico jurídico ha de tratarse de un negocio unilateral “mortis causa”, solemne, personalísimo y esencialmente revocable que tenga por finalidad la transmisión de bienes y derechos.

Más próximo a nuestros días, indicar que el testamento como tal lo define el artículo 667 de nuestro Código Civil, como “el acto por el cual una persona dispone para después de su muerte de todos sus bienes o de parte de ellos”. Se trata de un acto de última voluntad, que surtirá efecto una vez producido el fallecimiento del causante (efectos mortis causa), a diferencia del documento de Instrucciones Previas que, si bien, coincide con aquel en ser una declaración de voluntad, su eficacia es “inter vivos”, aunque parte de sus previsiones como pueden ser el destino de su cuerpo o sobre donación de órganos, sí las contienen, son “post mortem”

En cuanto a *Voluntad anticipada*, se trata de un concepto difícil de justificar, puesto que la voluntad se manifiesta, se expresa o se ejerce en un momento determinado, a veces mucho antes del momento en que va a sur-

tir sus efectos, pero nunca se anticipa.

¿Por qué el Legislador se inclinó por el término Instrucciones Previas? La respuesta a esta pregunta se debe a la enmienda nº 90 del Grupo Parlamentario Popular. La justificación literalmente dice: “Acomodar la redacción al Convenio de Oviedo (artículo 9: Deseos expresados con anteriormente: Serán tomados en consideración los deseos expresados anteriormente con respecto a una intervención médica por un paciente que en el momento de la intervención, no se encuentre en situación de expresar su voluntad), evitando expresiones de la literatura anglo-americana.

Por lo tanto *Instrucciones Previas* es una terminología nueva, como indica Sánchez Caro, adaptada a los contenidos específicos que contempla la 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.

Si bien en las diversas comunidades Autónomas se han empleado indistintamente estas formas de enunciar un mismo concepto, teniendo en cuenta, como ya se ha hecho referencia, al carácter básico de la Ley 41/2002 y de conformidad con el artículo 149.1 y el artículo 16 de la Constitución Española, debe entenderse que es esta denominación de Instrucciones Previas la prevalente y por lo tanto debía ser asumida por las Comunidades Autónomas que ya tenían regulada esta materia previa a la promulgación de la Ley 41/2002 como son las Comunidades Autónomas de Andalucía, Aragón, Cataluña y por las que han ido regulando con posterioridad a ella como son las Comunidades Autónomas de Islas Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Man-

cha, Extremadura, Navarra y País Vasco. Sólo la Comunidad Autónoma de Galicia, modificó su denominación para adaptarse a la ley básica. Mientras que, las Comunidades Autónomas de Castilla-León, La Rioja, Madrid, Murcia y Valencia han sido realmente escrupulosas desde su origen con la denominación de Instrucciones Previas.

Contenido de las Instrucciones Previas

Respecto al contenido de las Instrucciones Previas, viene marcado por lo establecido en la 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 en su artículo 11.

Las Instrucciones Previas con arreglo a la Ley básica, son un mero documento que contiene una manifestación anticipada de voluntad, es decir, por definición son un documento, lo cual implica que deben figurar por escrito y, es esto precisamente, lo que les da un valor “ad solemnitatem”. Algunas normativas autonómicas como es el caso de la Comunidad de Madrid señalan expresamente que deberán constar siempre por escrito, de manera que exista seguridad sobre el contenido del documento, debiendo figurar en el mismo la identificación del autor, su firma, su fecha y lugar de otorgamiento.

El enunciado del artículo 11.1 de la Ley 41/2002, nos habla de “manifestación de voluntad de una persona”, conviene hacer un inciso para aclarar que desde el punto de vista del Derecho, existen dos tipos básicos de personas, las consideradas “personas físicas”, que son todos los individuos, en cuanto sujetos de derechos y obligaciones, y las “perso-

nas jurídicas” que son las diversas entidades, agrupaciones, asociaciones, corporaciones, instituciones u organizaciones humanas, que se crean para conseguir fines tan amplios o duraderos que la vida humana no puede alcanzar y a las cuales el orden jurídico les concede personalidad, es decir las considera en posibilidad de ser relacionadas con derechos y obligaciones.

En el caso de las Instrucciones Previas hay que entender que se refiere única y exclusivamente a personas físicas y además, hay que considerarlas como un acto de los denominados en Derecho como personalísimo es decir, tan solo puede realizarlo el propio sujeto por sí mismo y si éste no puede hacerlo, nadie lo puede hacer por él.

Requisitos para el otorgamiento de las Instrucciones Previas

Respecto a la edad de otorgamiento del documento de Instrucciones Previas, tanto la ley estatal como la mayoría de las leyes autonómicas exigen la mayoría de edad, entendiendo por tal que debe tratarse de personas mayores de 18 años. La mayoría de edad, comienza a los dieciocho años cumplidos, según dice el artículo 315 del Código Civil, en consonancia con el artículo 12 de nuestra Constitución.

Podemos así encontrar una controversia, respecto de la edad, en la propia Ley 41/2002: Esta ley básica ha bajado de manera genérica la edad para poder tomar decisiones autónomamente, en el ámbito sanitario, a los dieciséis años, excepto para aquellos casos concretos en los que las disposiciones específicas por las que se rigen, determinen otra cosa. Así pues desde la entrada en vigor de la nueva Ley 41/2002, los menores de edad no incapaces

ni incapacitados, pero emancipados o con dieciséis años cumplidos, tienen plena capacidad de decisión en materia sanitaria, con la única excepción de aquellos casos en los que la actuación pueda suponer grave riesgo, según el criterio facultativo.

Puede ser lógica la previsión del legislador exigiendo la mayoría de edad para otorgar Instrucciones Previas. Así piensa Parra Lucán cuando sostiene que “no debe verse en ello (que la misma ley exija la mayoría de edad para otorgar las Instrucciones Previas y permita sin embargo, prestar el consentimiento a partir de los dieciséis años y en los casos de emancipación), necesariamente, una incoherencia. La proximidad de estas instrucciones a la disposición sobre la propia vida puede explicar que se exija un plus de capacidad para expresar una voluntad de este tipo”.

No es tanto el dato cronológico de la edad el que determina la facultad de ejercitar los derechos de la personalidad, sino el grado de madurez del menor por más que esa edad, sea un dato objetivo, a partir del cual, el legislador presume la referida madurez y, esos dos años de diferencia entre los dieciséis y los dieciocho, marcan un claro aumento de madurez a la hora de la toma de decisiones.

Ahora bien, el problema se plantea al existir leyes autonómicas que contemplan la posibilidad de que un menor otorgue Instrucciones Previas, mientras la Ley estatal básica exige la mayoría de edad, teniendo en cuenta que la aplicación de las Instrucciones Previas es en todo el territorio nacional. ¿Debe admitirse también la posibilidad de otorgamiento de los menores de dieciocho años? Si la respuesta es sí, que debe admitirse lo expuesto en la normativa autonómica, estaríamos aceptando la ley personal, si contes-

tamos no, estamos negando la validez nacional a las Instrucciones Previas formalizadas de acuerdo con la normativa de la Comunidad donde se otorgaron. Ha día de hoy no cabe aplicar una norma autonómica que contravenga flagrantemente lo dispuesto en una ley básica.

También establece la Ley 41/2002, que la persona debe ser capaz, aquí hay que distinguir entre la capacidad de derecho que es la aptitud de la persona para ser titular de derechos y obligaciones y la capacidad de hecho que es la aptitud de la persona para ejercer los derechos cuya titularidad ostenta, lo que está exigiendo la ley es que la persona no esté incapacitada por un juez (incapacidad legal) pero también que comprenda el acto que está llevando a cabo y su trascendencia, es decir que no esté afectada de una patología que le impida llevarlo a cabo como una demencia o un trastorno mental (incapacidad de hecho).

Y el tercero de los requisitos es que la persona lo lleve a cabo libremente, entendiendo como acto libre el que proviene de la voluntad del individuo hacia el fin buscado.

Objeto y contenido de las Instrucciones Previas

Respecto a cuál es el objeto por el que se lleva a cabo el documento de Instrucciones Previas, la misma Ley 41/2002 nos indica que es para que éstas se cumplan en el momento en que el otorgante llegue a situaciones en cuyas circunstancias no sea capaz de expresarlas personalmente.

Y en cuanto al contenido del documento el propio artículo 11 de la Ley 41/2002 dice “sobre los cuidados y el tratamiento de su salud, o una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órga-

nos del mismo”. Quizá la de mayor originalidad como dice Gallego Riestra sea la Ley 3/2005, de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular Instrucciones Previas en el ámbito sanitario de la Comunidad de Madrid, cuando en su artículo 6 al hablar del contenido del documento indica: 6.1 Las manifestación anticipada de los deseos puede referirse a los cuidados y al tratamiento de la salud, o una vez llegado el fallecimiento, al destino del cuerpo, o de sus órganos o piezas anatómicas. En todo caso, en el supuesto de situaciones críticas vitales e irreversibles respecto a la vida, podrá incorporar declaraciones para que se evite el sufrimiento con medidas paliativas, no se prolongue la vida artificialmente por medio de tecnologías y tratamientos desproporcionados o extraordinarios. 6.2 Las instrucciones sobre el tratamiento pueden incluir previsiones relativas a las intervenciones médicas que se deseen recibir, aquellas que no se deseen recibir u otras cuestiones relacionadas con el final de la vida, siempre que sean conformes con la “*lex artis*”. 6.3 En lo que se refiere al destino del cuerpo, o de sus órganos o piezas anatómicas, la persona interesada podrá hacer constar la decisión respecto a la donación de los mismos, con finalidad terapéutica, docente o de investigación, no requiriéndose autorización en estos casos para la extracción o la utilización de los órganos o piezas anatómicas donados. 6.4 En el documento de Instrucciones Previas los pacientes podrán manifestar anticipadamente su voluntad de no ser informados en los supuestos de diagnóstico fatal. En este caso el declarante podrá designar una o varias personas a las que el médico deba informar. 6.5 En el documento de Instrucciones Previas, los pacientes pueden mani-

festar anticipadamente su voluntad de estar acompañados en la intimidad en los momentos cercanos al exitus y a que los acompañantes reciban el trato apropiado a las circunstancias.

En España las Instrucciones Previas por lo tanto comprenderían tres tipos diferentes de manifestaciones: las que se formulan para ser tenidas en cuenta en determinadas situaciones clínicas al final de la vida, las que se hacen en consideración al posible padecimiento de determinadas enfermedades que producen incapacidad (permanente o temporal) para tomar decisiones y, por último las que se realizan para decidir sobre el destino del cuerpo o los órganos del mismo (donación total o parcial de los órganos para fines terapéuticos, docentes o de investigación).

Una persona puede declarar que no está dispuesta a soportar cualquier tipo de tratamiento médico, y que quiere ser ella quien decida si se le aplican o no tratamientos de soporte vital como la ventilación mecánica, la nutrición artificial y los cuidados intensivos en general u otros, de acuerdo con lo establecido en el artículo 2.4 de la propia Ley 41/2002. Surge así el reconocimiento a la autolimitación terapéutica como conducta claramente contraria a la prolongación artificial de la vida.

Siguiendo a la Profesora de Derecho Penal Carmen Tomas-Valiente Lanuza, hay que indicar que la limitación del tratamiento de soporte vital, no está tipificado en el artículo 143.4, (El que causare o cooperare activamente con actos necesarios y directos a la muerte de otro, por la petición expresa, seria e inequívoca de éste, en el caso de que la víctima sufriera una enfermedad grave que conduciría necesariamente a su muerte, o

que produjera graves padecimientos permanentes y difíciles de soportar, será castigado con la pena inferior en uno o dos grados a las señaladas en los números 2 y 3 de este artículo) ni en el artículo 196, de la Ley Orgánica 1071995 de 23 de noviembre, del Código Penal, que define el delito de omisión del deber de socorro de los profesionales y, desde el punto de vista ético, ya en 1990 el eticista norteamericano, fundador del Hastings Center, Daniel Callahan decía; “aceptar el hecho de suspender un tratamiento de soporte vital es moralmente tan aceptable como no iniciarlo”, e incluso el Papa Juan Pablo II en 1995 en su Encíclica “*Evangelium vitae*” (El Evangelio de la vida) en el capítulo III, apartado 65, aprueba para los católicos romanos la donación de órganos, la terapia del doble efecto y el no iniciar o retirar actuaciones terapéuticas en el final de la vida consideradas fútiles.

En la ley 41/2002, de 14 de noviembre, en el Artículo 9.1 se hace referencia al deseo de no recibir información por parte del paciente, indicando las limitaciones a este deseo: “la renuncia del paciente a recibir información está limitada por el interés de la salud del propio paciente, de terceros, de la colectividad y por la exigencia terapéutica del caso. Cuando el paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informado, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente. Y recordemos que las Instrucciones Previas son precisamente un documento donde puede perfectamente quedar plasmado este deseo.

Pero junto con los pacientes que no desean ser objeto de determinados tratamientos, pueden aparecer también otros que deseen que se les administren cuantos medios exis-

tan y que no se suspendan las medidas de soporte vital. También esto tiene cabida en las decisiones del individuo que lleva a cabo sus Instrucciones Previas, si bien será el profesional sanitario quien considere cuando éstas ya son inútiles o desproporcionadas. Surgiendo así otro concepto nuevo, el de futilidad, que debe ser siempre tenido en cuenta por el médico en cada caso concreto.

Aunque la Ley 41/2002 no hace mención expresa a ello, es aconsejable que en el Documento de Instrucciones Previas figure la expresión de los objetivos vitales, valores personales o proyecto vital de la persona que las lleva a cabo, con el fin de ayudar a interpretar las instrucciones y que sirva de orientación al profesional sanitario, para la toma de decisiones clínicas llegado el momento.

La figura del representante interlocutor en las Instrucciones Previas

Establece la Ley básica estatal de autonomía del paciente, que el otorgante del documento de Instrucciones Previas puede designar, además un representante para que, llegado el caso, sirva como interlocutor suyo con el médico o el equipo sanitario en orden a procurar el cumplimiento de las Instrucciones Previas.

Existe, ciertamente, la posibilidad de nombrar representante, pero el paciente no otorga a éste un poder de representación permanente, con capacidad para decidir ante los médicos, sino que solamente le habilita, para que llegado el caso, sirva de interlocutor suyo con el médico o con el equipo sanitario en orden a cumplir los deseos del paciente.

Como se indica en el Decreto 80/ 2005, de la Región de Murcia, el representante ha de

interpretar los valores y directrices que consten en el documento de Instrucciones Previas, de forma adecuada a las circunstancias y proporcionada a las necesidades que haya de atender, siempre a favor del otorgante y con respeto a su dignidad como persona.

La designación de representante es una opción que debe aconsejarse siempre, pues se entiende que el representante es quien proporciona mayor garantía de interpretación de la voluntad del enfermo ante la necesidad de adecuarla a una situación concreta y ello debido a lo difícil que es preverla en toda su complejidad.

Respecto a quién puede ser el representante, la Ley estatal no impone ninguna restricción ni establece criterio o condición alguna, sí parece que al menos ha de ser alguien que conozca la voluntad y los valores del otorgante, tanto más cuando ante situaciones no previstas o dudosas tenga que determinar cuál hubiera sido la forma de proceder del paciente.

Si al otorgante se le exige que sea mayor de edad, lo lógico es que los representantes sean personas mayores de edad y que no hayan sido incapacitadas, además algunas Comunidades Autónomas imponen una serie de restricciones, de forma que no pueden serlo, ni el notario, los testigos, o el funcionario ante quien se han otorgado, o el médico que debe aplicarlas. La mayoría de las Comunidades Autónomas coinciden en ello, salvo alguna norma aislada que permite que un menor emancipado pueda ser representante, sobre la base de lo previsto en el artículo 1716 del Código Civil. Algunas normas como la madrileña y la riojana prevén que puedan ser incluso varios los representantes designados, aunque estos nunca actuarán ni mancomunada,

ni solidariamente, sino por en el orden designado por el otorgante.

Es habitual que se designe como representantes a los hijos, puesto que por ley de vida lo lógico es que éstos sobrevivan a sus padres, pero también lo es que se designen entre sí como representantes los cónyuges. A este respecto hay que considerar el artículo 102 del Código Civil español, sobre las medidas provisionales por demandas de nulidad, separación o divorcio, donde se declara que admitida la demanda, se producen, por ministerio de la Ley los efectos siguientes: Los cónyuges podrán vivir separados, cesa la presunción de convivencia conyugal y quedan revocados los consentimientos y poderes que cualquiera de los cónyuges hubiera otorgado al otro. Así pues, en caso de admisión de una demanda de nulidad, separación o divorcio, automáticamente hay que entender revocado el nombramiento del representante otorgado a favor del cónyuge, que pudiera estar contenido en unas Instrucciones Previas. Similar situación ocurría con las parejas de hecho, a la separación o disolución de las mismas.

A pesar de poder designarse representante, también puede optarse por no hacerlo, como consecuencia de diversos motivos como no tener a quien encomendar esta función, o no querer que esta designación suponga una carga moral para nadie.

Aplicación o no aplicación de las Instrucciones Previas

El artículo 11.3 de la Ley 41/2002 establece que no serán aplicadas las Instrucciones Previas contrarias al ordenamiento jurídico, a la *lex artis*, ni las que no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas.

Respecto al límite de “instrucciones contrarias al ordenamiento jurídico” se trata de una referencia innecesaria ya que el artículo 1255 de nuestro Código Civil establece que las disposiciones contenidas en los negocios jurídicos no pueden ser contrarias a la ley.

Si bien es cierto que la asistencia médica no aparece definida como tal en el Código Civil español, tanto los tratadistas como la jurisprudencia están de acuerdo en que debe incluirse como un arrendamiento de servicios. De manera que jurídicamente el acto médico, está regido por el artículo 1254 del Código Civil, se trata de un contrato donde una o varias personas consienten en obligaciones, respecto de otra u otras, a dar alguna cosa o prestar algún servicio, estando regulado por una serie de normas jurídicas que hace que la relación del médico como profesional con el paciente entre dentro del círculo del Derecho.

¿Cuál ha podido ser entonces la intención del legislador para dejar expresamente indicado “no pueden ser contrarias a la ley”?, siguiendo la teoría de Gallego Riestra, Sánchez Caro y otros autores, la explicación relativa a la inclusión de este límite en la ley, se debe al temor a que se puedan incluir cláusulas referidas a la eutanasia. A día de hoy lo relativo a esta cuestión puede ser contemplado en el documento de Instrucciones Previas cuando queda reflejado como ocurre en el caso de la Comunidad de Madrid, de manera condicional y subordinado siempre a la ley vigente en el momento.

En lo referente al supuesto de instrucciones contrarias a la *lex artis*, hay que considerar que es el médico quien decide el tratamiento de un paciente conforme a la *lex artis* y no conforme a la voluntad manifes-

tada con anterioridad por el paciente, frente a la libertad otorgada a las decisiones tomadas con capacidad. La *lex artis* sólo es un límite cuando el otorgante establece obligaciones de hacer, no para el caso de no hacer, es decir, el paciente puede libremente rechazar la aplicación de un tratamiento o pedir la retirada de medidas de soporte, pero lo que no puede imponer es que se le trate con procedimientos, técnicas o terapias contrarias a la *lex artis*.

Respecto al límite de no aplicarse en los casos en los que las Instrucciones Previas no se correspondan con el supuesto de hecho que el interesado haya previsto en el momento de manifestarlas, como indica Gallego Riestra, éste es el límite más problemático dada la dificultad de redactar unas Instrucciones Previas que inequívocamente se correspondan con la situación clínica que posteriormente va a tener el paciente y que entre ellas haya una identidad objetiva. Posiblemente sea éste uno de los puntos en los cuales más puede ayudar el uso de modelos para la redacción del Documento de Instrucciones Previas, aunque también aquí hay posturas controvertidas, una muestra de ello puede ser la de Tur Faúndez cuando pone de relieve el problema que puede plantear el que el declarante desconozca el verdadero sentido de los términos médicos empleados en el modelo que va a utilizar, por lo que no estaría emitiendo su verdadera voluntad cuando suscribe una de esas declaraciones a modo de formulario o bien la opinión contraria que ve en el formulario una manera de que el otorgante no limite mucho la situación clínica en que deba utilizarse, por desconocimiento de otras situaciones clínicas iguales o incluso más severas.

Revocación, modificación o sustitución de las Instrucciones Previas

El artículo 11.4 de la Ley 41/2002 contempla de manera expresa la posibilidad de revocación de las Instrucciones Previas, dice textualmente que “las Instrucciones Previas podrán revocarse libremente en cualquier momento dejando constancia por escrito”, por lo tanto sólo establece como requisito para la validez de revocación la constancia por escrito de ésta, lo cual es lógico puesto que la misma ley no impone otras formalidades para el otorgamiento.

Las primeras normativas autonómicas, previas a la estatal no contemplaban la posibilidad de revocación o modificación de las voluntades anticipadas una vez efectuadas, pero dado que todo el concepto de Instrucciones Previas está basado en el hecho de la autonomía de la persona, va implícito en ello, aunque no se cite el que puedan ser revocadas, es decir dejarla sin efecto, en el momento que lo estime oportuno el otorgante de las mismas, mientras conserve su capacidad y libertad para poder llevarlo a cabo.

Registro nacional de Instrucciones Previas

El artículo 11.5 de la Ley 41/2002 establece que “Con el fin de asegurar la eficacia en todo el territorio nacional de las Instrucciones Previas manifestadas por los pacientes y formalizadas de acuerdo con lo dispuesto en la legislación de las respectivas Comunidades Autónomas, se creará en el Ministerio de Sanidad y Consumo el Registro Nacional de Instrucciones Previas que se regirá por las normas que reglamentariamente se determinen, previo acuerdo del Consejo Interterri-

torial del Sistema Nacional de Salud". El Registro Nacional de Instrucciones Previas ha sido creado por el Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de Instrucciones Previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal, siendo en la actualidad el receptor de todos los Documentos de Instrucciones Previas que son registrados en los Registros de cada Comunidad Autónoma y como indica el artículo 2, la inscripción en el Registro nacional asegura la eficacia y posibilidad del cocimiento en todo el territorio nacional de las Instrucciones Previas otorgadas (realmente debería decir registradas) por los ciudadanos en cualquier comunidad autónoma.

Derecho del paciente frente derecho del profesional

En esta exposición quisiera hacer referencia al problema que puede surgir en el momento de tener que aplicar las Instrucciones Previas otorgadas por una persona, que en esa circunstancia ya es un paciente incapaz y, las creencias o principios éticos del profesional que tiene que aplicarlas. Estamos ante una declaración de voluntad unilateral y no recepticia, toda vez que la simple emisión de esa declaración de voluntad con las formalidades exigidas es suficiente para que produzca efectos, por lo que el médico que atienda al paciente en esas circunstancias debe quedar vinculado por dicha declaración. Esta circunstancia podría dar lugar a que se plantee un problema de objeción de conciencia en la clase médica entendiendo que va contra su criterio profesional actuar en la forma expresada por el paciente. Nada dice al respecto la ley estatal, como tampoco lo hacen varias de las

leyes autonómicas, sin embargo sí reconocen expresamente esta posibilidad las normas de Baleares, Extremadura, Madrid, Murcia, la Rioja y Valencia. Parece que esta opción nivela más la situación entre la autodeterminación del otorgante de las Instrucciones Previas y las convicciones personales del profesional, partiendo de la base de que lo reflejado en el documento, respetando los límites que determina la ley, siempre va a ser respetado, aunque sea por otro profesional, distinto de quién inicialmente debía aplicarlas, que no ejerza la objeción de conciencia.

Instrucciones Previas ¿mantenidas en el tiempo o actualizadas periódicamente?

Por parte de algún sector doctrinal surge el tema de la conveniencia de actualizar, transcurrido un determinado tiempo, las Instrucciones Previas, a fin de adaptar la voluntad declarada a los posibles cambios de parecer o a los nuevos avances de la medicina, como viene siendo habitual en algunas legislaciones extranjeras. En este mismo sentido fue la Proposición de Ley presentada por el Grupo Parlamentario Mixto el 4 de octubre de 2002, posteriormente rechazada, que pretendió establecer una vigencia del Documento de Instrucciones Previas de no más de cinco años. Personalmente creo que al existir la posibilidad de modificar, sustituir o revocar el documento en cualquier momento que el otorgante lo crea conveniente, está de más tener que hacer una actualización, puesto que la situación es similar a lo que ocurre con el testamento de bienes patrimoniales y nadie se plantea tener que actualizarlo periódicamente. Además, está la figura del profesional sanitario y el representante interlocutor, para con-

textualizar lo expresado con la *lex artis ad hoc*.

Conclusión

En la actualidad en el desarrollo de la práctica habitual de la medicina hay que considerar no sólo el conocimiento científico de los profesionales que la ejercen, sino toda una serie de cuestiones bioéticas y legales que si bien por un lado pueden hacer de ella una actividad aún más compleja, por otro nos acerca a la realidad social y de la propia persona sobre la que se está actuando. Este es el caso del Documento de Instrucciones Previas, que permite por un lado la autodeterminación de quien lo lleva a cabo y por otro permite al médico tener presente la voluntad del paciente aunque esta no pueda ser expresada, respetar su autonomía y cumplir con la legislación vigente. Para concluir, el Documento de Instrucciones Previas constituye en estos momentos una tranquilidad para quien lo otorga y una ayuda para quien tiene que prestar la asistencia médica en las últimas fases de la vida de quien en un tiempo previo las otorgó.

Agradezco a los Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos y a los distinguidos asistentes la atención que han prestado a la lectura de este Discurso.

Bibliografía

- Álvarez Cienfuegos Suárez JM. “*El Convenio de Oviedo*”, V Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid 1999 p. 155-168.
- Barbero O.U. Alliaud A. O. Barbero OU. *Introducción al Derecho Privado*. Ed. Juris. 1º Ed. Rosario. 2004. P. 76
- Berrocal Lanzarot AI. *Análisis de los criterios jurídicos en la normativa estatal y autonómica sobre cuidados paliativos e instrucciones previas. El papel del médico en su aplicación*. Comunicación libre al XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Derecho Sanitario. Madrid 2005. Web de la Asociación Española de Derecho Sanitario (www.aeds.org/documentos)
- Boletín Oficial Congreso de los Diputados, serie B, núm. 271-1, de 4 de octubre de 2002.
- Boletín Oficial de las Cortes Generales Congreso de los Diputados. Serie B. núm. 134-14 de 27 de septiembre de 2001. p. 61.
- Broggi Trias M.A, Llubia Maristany C, Trellis Navarro J. *Intervención médica y buena muerte*. Documento de Trabajo 93/2006. Fundación Alternativas 2006.
- Caturla Such J.M. “*Limitación del tratamiento de soporte vital*”. Discurso de recepción como Académico Electo. Leído el 15 de noviembre de 2012 en la Real Academia de Medicina de Valencia., p. 30.
- Código Civil. 16ª Edición. Tirant lo blanch.. Valencia. 2012.
- Código Penal. 18ª Edición. Tirant lo blanch. Valencia 2012.
- Constitución Española. BOE núm. 311 de 29 de diciembre de 1978.
- “Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad humana con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina”. BOE nº 251, de 20 de octubre 1999, p. 36825-30.

- Coscolluela Montaner L.** *Manual de Derecho Administrativo*. Tomo I, 13ª edición. Cívitas. Madrid. 2002 p. 84.
- De Lorenzo y Montero R.** *Manual práctico de la Ley Básica de Autonomía de los pacientes para Psiquiatras*. Ed. Saned. Madrid. 2003 p. 11.
- “Decreto 80/2005, de 8 de julio, de Murcia, por el que se aprueba el reglamento de instrucciones previas y su registro”. BORM (Boletín Oficial de la Región de Murcia) de 19 de julio de 2005 núm. 164. p. 17253.
- Real Academia Española.** *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª Edición. Madrid. Espasa. 2001.
- Domínguez Luelmo A.** “Derecho sanitario y responsabilidad médica”. *Lex Nova* 2003. p. 360-64.
- Emanuel E.J. Emanuel L.L.** “Living Wills. Past, Present, and Future” *The Journal of Clinical Ethics*, 1990; 1 p. 9-19.
- Emmanuel, L.L, Emmanuel, E.J.** “The Medical Directive: A New Comprehensive Advance Care Document” *JAMA*. 1989; 261: 3288-93.
- Gallego Riestra S.** *El derecho del paciente a la autonomía personal y las Instrucciones Previas: una nueva realidad legal*. Ed. Aranzadi. Navarra. 2009. p. 117, 180.
- García de Enterría E, Fernández TR.** *Curso del Derecho Administrativo I*. Cuarta edición Cívitas, Madrid, 1986 p. 304.
- Juan Pablo II.** Encíclica *Evangelium Vitae*. Colección Documento mc.Ed. Palabra. Madrid. 1995.
- Kutner, L.** “Due Process of Eutanasia: The living Will, a proposal”. *Indiana Law Journal* 1969, 44: 539-54.
- Lambert. P, Gibson. J.Mc, Nathason. O.** “The Values History: An Innovation in Surrogate Medical Decision-Making. Law”, *Medicine & Health Care*, 1990, 18:202-12.
- “Ley 3/2005 de 23 de mayo, por la que se regula el ejercicio del derecho a formular instrucciones previas en el ámbito sanitario y se crea el registro correspondiente”. Comunidad Autónoma de Madrid. BOCM núm. 140 de 14 de Junio de 2005 y BOE núm. 269 de 10 de Noviembre de 2005.
- “Ley 3/2005 de 7 de marzo de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes”. BOE nº 93. Martes 19 de abril de 2005.
- “Ley 4/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica”. BOE. nº 274, de 15 de noviembre de 2002.
- López Díaz E.** *Iniciación al Derecho*. Delta Publicaciones Universitarias S.L. Madrid. 2006. p.121-122.

- López Sánchez C.** *Testamento vital y voluntad del paciente* (Conforme a la Ley 41/2002 de 14 de noviembre). Dykinson. Madrid. 2003 p. 129.
- Martí Lloret JB.** “*Información y consentimiento*”. Discurso de recepción como Académico Electo. Leído el 22 de junio de 2004 en la Real Academia de Medicina de Valencia.
- Martínez Pereda JM.** “*El testamento vital y su aplicación en España*”. Ponencia presentada en el VIII Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid, 2001 p. 195-213.
- Martínez Pereda Rodríguez JM.** “*Encuentros y desencuentros de la Ley Básica y de las normas autonómicas*”. IX Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Fundación MAPFRE Medicina. Madrid. 2003 p. 193-204.
- Ming, J. J.** *Human act. The Catholic Encyclopedia*, Volume I. Online Edition 1999 by Kevin Knight.
- Murray T.H, Jenning B.** “*The Quest to Reform End of life Care: Rethinking Assumptions and Setting New Directions*”. Hastings Center Report Special Repor. núm. 6. 2005 p. 52-57.
- O Callaghan X.** “*Salud mental y derecho civil: encuentros y controversias*”. Psicopatología clínica, Legal y Forense. Vol. 4. 2004 p. 23-45.
- Parra Lucán M^a A.** “*La capacidad del paciente para prestar válido consentimiento informado. El confuso panorama legislativo español*”. Aranzadi Civil núm 1, abril 2003. p. 1901-30.
- Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero, por el que se regula el Registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. Boletín Oficial del Estado núm. 40, jueves 15 febrero 2007. p. 6591.
- Rodríguez González J.L.** “*La autonomía del menor: Su capacidad para otorgar el documento de instrucciones previas*”. X Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid 2003.
- San Julián Puig V.** “*Instrucciones Previas: Un negocio jurídico, no un simple formulario*”. XII Congreso Nacional de la asociación Española de Derecho Sanitario. Madrid 2005. Web AEDS.
- Sánchez Caro, J. Abellán F.** *Derechos y deberes de los pacientes*. Fundación Salud 2000. Granada. 2003 p. 95.
- Sánchez Caro, J.** *Concepto y evolución histórica de las Instrucciones Previas*. Instrucciones Previas en España. Aspectos bioéticos, jurídicos y prácticos. Colección Bioética y Derecho Sanitario. Fundación Salud 2000. Granada. 2008. p. 64.

Sánchez González, M.A. *Informe sobre instrucciones previas. Bioética, religión y salud.* Subdirección General de Bioética y Orientación Sanitaria. Consejería de Sanidad y Consumo. Comunidad de Madrid. 2005 p. 299-352.

Tomás-Valiente Lanuza C. “*La regulación de la eutanasia voluntaria en el ordenamiento jurídico español y en el derecho comparado*”. Humanitas Humanidades Médicas. Vol 1. nº 1; p. 47-60.

Tur Faúndez M.N. “*El documento de instrucciones o testamento vital. Régimen jurídico*”. Aranzadi Civil nº 10, 2004. p. 1955-1984.

Discurso de presentación

de Robert Pocklington

✿ **Tomás Vicente Vera** ✿

Académico de Número y Tesorero de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Ilustrísimo Vicepresidente de la Real Academia de Medicina de Murcia. Excelentísimos e Ilustrísimos Académicos, Sras y Sres.

La Academia de Medicina abre sus puertas para recibir a un nuevo miembro, el Dr. en Filología Románica y Árabe Robert Pocklington. Su presencia aquí representa la incorporación a nuestra Academia de una noble disciplina: la Filología. El nuevo académico nació en Inglaterra, realizó estudios primarios en la Escuela Católica de All Souls (Inglaterra) y cursó estudios secundarios en la Grammar School de King's School (Inglaterra).

Ha tenido una formación académica amplia y multidisciplinar. Es licenciado en Filología Románica por la Universidad de Cambridge (Reino Unido), título que también alcanzó, con las mejores calificaciones por cierto, en nuestra Universidad de Murcia. Posteriormente obtuvo el Doctorado por la prestigiosa Universidad de Cambridge. En el Instituto Bourquiba de Lenguas Vivas (Túnez) amplió y completó su formación en la lengua árabe, convirtiéndose en el reputado políglota que conocemos.

El nuevo académico, en tanto que bibliófilo y lingüista, es un digno heredero de Aristófanos de Bizancio, pues ha dedicado toda su

vida a la investigación y al estudio de esta ciencia. «Su amor e interés por las palabras» ha visto sus frutos en numerosas investigaciones que han sido publicadas en revistas nacionales e internacionales de gran prestigio. La mayoría de ellas han tenido como objeto de estudio nuestra Región, lo cual le ha permitido conocer y desentrañar nuestros orígenes y dar sentido histórico y contextual a realidades actuales a la luz de las distintas culturas que nos han precedido, especialmente, las del mundo árabe. Sería muy prolijo y arduo enumerar todas sus publicaciones. Mencionaré, tan sólo, que las mismas se encuentran recogidas en mapas en el Archivo Municipal de Murcia, en diversas publicaciones de la Universidad de Murcia, en la revista *Murgetana* de la Academia Alfonso X el Sabio, en la revista *Al-Qantara* del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (C.S.I.C.). En ésta última publicación realiza una aportación singular: identifica las cinco nuevas puertas musulmanas de Murcia y las sitúa sobre el plano de la ciudad.

También ha contribuido significativamente en la redacción de la obra colectiva *Historia de Cartagena*, publicada por Julio Mas en la que demuestra que el culto a San Ginés de la Jara, teóricamente introducido por Alfonso X el Sabio en el siglo XIII, ya existía en la época árabe. En la citada obra, también se publi-

ca una detallada reconstrucción, acompañada de mapas, de la toponimia Islámica del Campo de Cartagena, e incluye la traducción del árabe de numerosos versos del poeta musulmán cartagenero al-Qartavanni.

Sus trabajos científicos han abarcado también la dimensión histórico-lingüística, culminando dicha orientación con la reciente publicación de un estudio detallado del Pacto de Teodomiro.

Como coautor, ha participado en varias obras con el catedrático Alfonso Carmona. Una de ellas presentada en la Exposición Internacional de Zaragoza. Ha participado como autor-investigador en la preparación y redacción de 40 biografías completas de autores arábigo-murcianos, tarea que le ha llevado a realizar numerosos viajes académicos por diversos países árabes. En esta materia, junto al estudio de la toponimia regional, es reconocido como uno de los mayores expertos mundiales.

Como docente ha sido profesor de inglés en distintas instituciones públicas y privadas de nuestra Región, iniciando su periplo en el Colegio San Buenaventura (Capuchinos) de Murcia y Maristas de la Fuensanta en el año 1976. Ha sido, asimismo, profesor asociado de árabe de la Universidad de Murcia. Más tarde fundó y fue propietario de varias academias de idiomas hasta llegar a ser Director General de la Academia de mayor prestigio y reconocimiento regional: *Fluency Idiomas*. Con 10 sedes distintas en Murcia, Cartagena, Alcantarilla y Valencia y más de 5.000 alumnos matriculados cada año.

El Dr. Pocklington es, también, el investigador y creador del método de enseñanza que lleva su nombre; método que cuenta con el aval de la comunidad científica y que ha

demostrado unos altísimos niveles de satisfacción, así como una eficacia acreditada en la enseñanza del Inglés. Por la calidad y éxito empresarial, *Fluency* ha recibido el Premio Mercurio de la Cámara de Comercio de Murcia como mejor empresa de servicios en 2011.

Por último, y no menos importante, quisiera destacar algunas facetas del ámbito personal. Dadas las prerrogativas que me concede mi relación familiar privilegiada con el nuevo académico, quisiera destacar que parte importante de su éxito profesional tiene su origen en su envidiable entorno familiar. Gracias al extremo cuidado con que ha cultivado sus afectos más profundos hacia Teresa y sus tres hijos, Tomás, Robert y Ani, ha conseguido afrontar y superar importantes retos académicos, empresariales y humanos. El equilibrio entre el amor, la disciplina, la instrucción y el ejemplo han sido los cuatro pilares fundamentales en los que ha basado el clima familiar y la educación. Ha sido también el mejor hijo para sus padres adoptivos en España, demostrando el amor hacia su esposa también a través del amor, respeto y cuidado hacia sus padres, Tomás y Ana.

La pasión incansable por la investigación y su interés creciente por el estudio del pasado, particularmente por desentrañar el significado original y la evolución de las palabras, lo convierten en un ejemplo vivo a imitar, máxime cuando derrocha una vitalidad académica contagiosa y encomiable que se acrecienta cada día.

Pero no quiero excederme en mis comentarios sobre los méritos de la obra científica del Dr. Pocklington, ya que quizás, no sea yo quien goce de la mayor autoridad en su área de conocimiento. Sólo me queda invitar al Dr.

Pockington a que nos ayude a compartir las responsabilidades del trabajo en esta ilustre Academia.

Agradezco a la vida la ocasión que me permite ser yo quien lo reciba en su seno. Cuarenta años de alianza familiar, se ven empuñados por el cariño y respeto que profeso al nuevo académico; afectos que se ha ido acrecentando con el paso de los años. Todo ello convierte este momento entrañable de dirigiros unas breves palabras de bienvenida en un honor y un privilegio muy especial para mi.

He dicho.

'La toponimia muciana, testimonio vivo de su historia'

✿ Robert Pocklington ✿

Dr. en Filología Románica y Árabe por la Universidad de Cambridge
y Director Gerente de Fluency Idiomas

*Ilustrísimo Vicepresidente de la Real
Academia de Medicina y Cirugía de Murcia,
D. Manuel Clavel Sainz-Nolla.
Excelentísimas e ilustrísimas autoridades,
Ilustrísimos académicos, queridos amigos,
señoras y señores.*

Al recibir el nombramiento de Académico Correspondiente, me siento profundamente agradecido a esta Academia, que ha extendido su mano para recibir en su seno a un investigador que no ha hecho otra cosa que amar la investigación por encima de otras actividades y ahora, después de largos años de trabajo en archivos y bibliotecas, como homenaje a esta gran institución, trae los resultados para su consideración, en la espera de que sean benignos con ellos.

Agradezco particularmente el apoyo e interés que me mostró el Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, el Dr. Emilio Robles, cuando tuvimos la ocasión de hablar de mi trayectoria y trabajo una tarde, hace algunos meses, y a los ilustrísimos académicos que han tenido la generosidad de suscribir mi candidatura como Académico Correspondiente y presentarme a esta Real Academia: los doctores D. Tomás Vicente Vera, D. Manuel Clavel Sainz-Nolla y en particular D. Antonio Díaz Bautista, cuya lamentable ausencia hoy es motivo de

pena para todos. Por último, gracias de nuevo a Tomás Vicente por su generosa presentación, dejándome tan bien que me será muy difícil estar a la altura en mi exposición.

Nunca habría llegado a recibir este honor sin la ayuda de muchas personas. En primer lugar los excelentes profesores de mi escuela secundaria **The King's School, Peterborough**, gracias a cuya formación logré burlar los controles de entrada en la Universidad de Cambridge, penetrando en el *sancta sanctorum* de las matemáticas sin disponer del debido talento. Cuando vi donde me había metido, subí a la biblioteca del colegio una noche y empecé a hojear libros, siguiendo no sé qué instinto, hasta topar con *El desciframiento de Linear B* de **Ventris y Chadwick**, cuya lectura me hizo cambiar mi rumbo para siempre. Ya supe que lo que quería hacer era descifrar lenguas desconocidas.

Me pasé, pues, de matemáticas a filología. No recuerdo, ni quiero recordar, el nombre de la profesora que me dijo que no tenía dotes para ello. De Cambridge destacaré al **Dr. Joe Cremona**, de origen maltés, profesor de Historia de las Lenguas Románicas quien fue mi gran inspiración, y más tarde mi valedor para presentar mi tesis y obtener el Doctorado en esa institución.

Llegué aquí por casualidad, abandonando un puesto cómodo en el Ministerio de Asun-

tos Exteriores británico para lanzarme a la aventura de los idiomas. Mi acogida en Murcia fue determinante para que nunca me marchase. Conocí a **Teresa**, quien había de ser el gran amor de mi vida, convirtiéndose, a los pocos meses, en mi esposa. Nuestros tres hijos, **Ana**, **Tomás** y **Robert**, pasaron a ocupar un punto central en mi existencia. Y así pude introducirme en esta gran familia murciana de los Vicente Vera, con mis padres adoptivos **Tomás** y **Ana**, en la que me he sentido más querido de lo que merecía, dada mi tendencia incorregible hacia el aspergismo investigador.

Desde el primer momento Teresa fue comprensiva con mi locura, y me compró el primer volumen del gran diccionario etimológico de **Joan Corominas**, dejándome a mi la tarea de comprar el resto cuando tuviera los medios necesarios. Mis lecturas de este autor fueron determinantes para orientarme hacia la investigación toponímica.

Empecé a frecuentar el Archivo Municipal y la Facultad de Letras. Allí tuve la suerte de recibir el inestimable apoyo y ayuda del eminente historiador **Juan Torres Fontes**; de dos grandes filólogos, **José Perona** y **José Muñoz Garrigós**, ambos tristemente fallecidos ahora; del prestigioso catedrático de literatura **Francisco Javier Díez de Revenga**; del humanista **Francisco Flores Arroyuelo**, figura clave en la cultura murciana; y **Manuel Alvar López**, futuro presidente de la Real Academia Española que me facilitó la publicación de dos de mis mejores trabajos en la *Revista de Filología Española*.

En el año 80 conocí a quien hubo de tener una importante influencia sobre mi vida a partir de entonces: **Alfonso Carmona**, principal figura de los estudios árabes en la Uni-

versidad de Murcia durante las últimas tres décadas. Él me inició en este campo, animándome a estudiar en Túnez y más tarde colocándome en su Departamento como profesor asociado. Entre 1978 y 1992 se sitúa esta primera etapa de investigaciones y publicaciones académicas.

Vinieron entonces mis años de retirada de la vida intelectual y dedicación a la empresa familiar, Fluency. Debo decir, no obstante, que aunque no reconocido académicamente, mi actividad allí no ha sido tan diferente de la filológica, desarrollando nuevas formas de enseñar para que *todos* los alumnos aprendieran.

Hacia el 2005, mis amigos Indalecio Pozo y Alfonso Carmona me sacaron del mundo empresarial para que siguiese investigando y publicando. Volví a ponerme en marcha. Poco después, fui invitado por el profesor **Jorge Lirola** de la Universidad de Almería a participar en la redacción de su gran proyecto la *Biblioteca de al-Andalus*. Bajo su dirección me superé en el campo de los estudios árabes, y las labores de investigación original necesarias para este proyecto se convirtieron en una verdadera segunda tesis.

No quiero terminar sin nombrar a otras personas que también han sido claves en diferentes momentos de mi vida: el **Dr. Joaquín Hernández Serna** de la Universidad de Murcia quien creyó en mí y facilitó los trámites de mi licenciatura española, y los **Dres. Mikel de Epalza** y **María Jesús Rubiera** de la Universidad de Alicante que me animaron a preparar la tesis. **Nany Imbernón**, **Duncan McBain** y **Nick Clarke**, cuyas aportaciones han sido decisivas para mi trabajo en *Fluency*; **Stephen Cusack**, mi mejor amigo en Cambridge, quien siempre me ha animado a seguir

el recto camino, ¡criticando cualquier signo de debilidad con respecto al dinero! **Soren Peñalver**, literato y amigo a distancia de toda la vida, que siempre tiene buenas palabras para los que trabajan a conciencia; y por último y sobre todo, **Teresa**, mi esposa, que soporta estoicamente mi irreprimible inclinación de meterme en nuevas aventuras científicas.

La toponimia murciana, testimonio vivo de su Historia

Cuando hace algún tiempo fui invitado a presentar mi candidatura como Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de la Región de Murcia, lo primero que se me ocurrió pensar es que yo no soy médico; ¿qué pinto yo aquí?

Pero en seguida comprendí que me convocaban personas dominadas por ese espíritu renacentista, ese deseo de conocer todas las cosas, y que creían que mi presencia como lingüista investigador podría aportar alguna novedad a los vastos conocimientos de algunos de los mejores médicos de España y del mundo. Siento profundo agradecimiento por este interés por mi trabajo y me presento aquí deseoso de dar lo mejor de mi y de mis más de 35 años de investigación sobre la toponimia murciana, los nombres de las ciudades, pueblos, montes y ríos de esta maravillosa tierra.

¿Qué es un topónimo?

Para poder comunicarnos con nuestros semejantes, no sólo nos hace falta tener una palabra para designar cada uno de los objetos que queremos mencionar, sino que también necesitamos disponer de un topónimo para

cada uno de los lugares del que deseamos hablar o para ubicarnos en el espacio.

Si examinamos la toponimia, observamos que unas veces estos nombres tienen un significado claro: *Villanueva del Segura*, *San Javier*, *El Palmar*, *Blanca*, *Fortuna*, *Monteagudo*, *La Isla del Fraile*, *Campos del Río*. En otros casos los significados son opacos: *Abanilla*, *Espuña*, *La Azohía*, *La Condomina*, *Lorca*. Pero todos tienen en común que su mera evocación nos hace pensar en un lugar único y concreto. Podemos decir que desde el rigor de la ciencia, el *topónimo* es “el vínculo entre una cadena de sonidos y un lugar”, de la misma forma que la *palabra* es “un signo lingüístico, un vínculo arbitrario entre una cadena de sonidos y un objeto”.

A los seres humanos nos gusta saber el porqué de todo. Sentimos la inquietud de saber de donde proceden estos nombres, que forman parte de nuestra lengua y nuestra cultura, sobre todos los que no tienen ningún significado aparente. En la cultura popular existen leyendas destinadas a explicar los nombres opacos. Con referencia a Caravaca y Moratalla, se dice por ahí que los nombres se originaron cuando un habitante de Moratalla espetó a otro de Caravaca “¡Cara de vaca!” y éste, enfadado, le contestó “¡Mórate allá!” (o sea, quédate allí).

El verdadero origen de los topónimos se ve cuando queremos señalar un lugar y no sabemos cómo se llama. Lo que hacemos es describirlo. “El campo a la salida del pueblo a la izquierda que tiene un almendro”. Pero si empezamos a tener que nombrar este lugar con frecuencia, empezamos a acortar la descripción: “El campo del almendro”. Es posible que haya muchos campos con almendros en la zona, pero si con decir esto ya sabemos

a cuál nos referimos, hemos creado un topónimo, y si algún día decidimos cortar el almendro y plantar alcachofas, podemos seguir llamando este paraje “El Campo del Almendro” (ya con mayúsculas). Ha nacido un topónimo.

Se desprende que el análisis de cualquier nombre de lugar puede facilitarnos dos datos:

- (1) La lengua que se hablaba allí cuando se creó el topónimo.
- (2) Qué había en el lugar en ese momento.

En el caso de nuestro ejemplo, *El Campo del Almendro*, se hablaba el castellano, y en el lugar había un campo y un almendro. Y con este aparato científico en nuestro haber estamos listos para emprender una investigación histórica basándonos en la toponimia (véase el índice de nombres estudiados al final).

Voy a examinar la principal toponimia murciana desde esta perspectiva. Iré analizando y quitando sucesivas capas de nombres, según correspondan a una etapa cultural o lingüística, quedando al final los topónimos más antiguos y los que todavía no sabemos interpretar adecuadamente.

Toponimia castellana

Los nombres creados en castellano son, sin lugar a dudas los más transparentes. Aquí recojo algunos de los más fáciles de interpretar, con sus significados. Se trata de nombres creados en los últimos siglos, o en todo caso después de la Reconquista (s. XIII):

LA CRESTA DEL GALLO: Por la forma de la cumbre de esta sierra.

SAN JAVIER: Hay allí una iglesia dedicada a este santo.

EL MOJÓN: existe, o ha existido, en el lugar un mojón; una piedra marcando la frontera entre las provincias de Murcia y Alicante.

FUENTE ÁLAMO: Antes “la Fuente del Álamo”; originalmente habría en el lugar un álamo junto a la fuente¹.

LA UNIÓN: En el s. XIX las pedanías de Garbanzal, Herrerías y Portmán se separaron de Cartagena y se unieron para constituir un ayuntamiento independiente, con este nombre, inspirado en la forma en que se originó su municipio.

TORRE PACHECO: A finales del siglo XV se entregó a Pedro Pacheco una gran parcela de tierra en este lugar¹ durante el reparto de las tierras del Campo de Cartagena tras la desaparición del peligro de incursiones desde el Reino de Granada.

También muchos nombres se derivan de los apellidos de hombres que recibieron tierras, procedentes de diferentes partes de Castilla. Éstos son especialmente frecuentes en el Campo de Cartagena, pero también aparecen en toda la provincia:

Los Urrutias, Los Martínez del Puerto, Los Garres, Los Ramos, Roldán, Avilese, Corvera, Los Camachos, Valladolides (de Valladolid), *Los Narejos*, este último derivado del apellido *Henarejo*.

En cambio, en el caso de otros nombres de significado aparentemente obvio, su historia

1. El nombre aparece en las Actas Capitulares del Concejo de Murcia de 18-III-1413 como “la Fuente del Alamo”, y ya en su forma actual, contraída, en el s. XVIII “Fuente-Álamo” (*Catastro de Ensenada*, tomo 98, fol. 2057r).

2. Actas Capitulares del Concejo de Murcia, 7-XI-1478: la parcela se extendía desde la Hoya Morena hasta el “carril que viene de Orihuela para Cartajena”, que seguía el trazado del ferrocarril.

resulta ser mucho más compleja.

BLANCA: En la documentación de los siglos XIII-XIV³ encontramos que el pueblo se llamó originalmente “Negra” por el color de la peña que la domina. Por otra parte, la ausencia del artículo determinado nos indica que no se trata en realidad de un topónimo castellano, sino de uno de origen romano, transmitido a través del árabe y derivado del latín *nīgra* “negra”.

VILLANUEVA DEL SEGURA: La documentación nos muestra que el lugar se llamó “Asnete” hasta el siglo XVI, y sólo a partir de entonces se le cambió el nombre por el de *Villanueva del Segura*. *Asnete* procede del árabe *al-sanād* “la ladera”⁴. Tanto este nombre como el de Negra fueron cambiados por motivos propagandísticos. Había mucha necesidad de atraer a nuevos pobladores para que prosperasen y se pudiesen defender contra sus enemigos. Un pueblo llamado “Negra” o “Pequeño Asno” (*Asnete*) no resultaba tan atractivo.

Otros topónimos, pese a su aspecto de castellanismos sencillos, son en realidad mucho más antiguos.

MONTEAGUDO: Ya aparece en documentos árabes del siglo XI como *MUNTAQŪT*. Es claramente otro nombre de origen latino, procedente del latín *montem acūtum* “el monte agudo”⁵ transmitido a través del árabe y luego adaptado al castellano.

CASILLAS: Figura en el Libro del Repartimiento del siglo XIII, uno de los primeros

documentos en castellano, sin el artículo “las”⁶. Un topónimo es siempre determinado, lo que significa que en las lenguas que tienen artículo determinado, los topónimos siempre han de llevar ese artículo, al menos en la primera fase de su vida, hasta que el esfuerzo por abreviar haga recortar apéndices innecesarios. Dicha ausencia demuestra que *Casillas* es otro latinismo transmitido a través del árabe y derivado de *cas llas* “las casitas”.

CAMPOS DEL RÍO: El nombre aparece en las fuentes como “Campos” desde los primeros momentos de la Reconquista⁷. Su significado no podría ser más evidente, pero la ausencia del artículo determinado desmiente una vez más que se trate de un neologismo castellano. Procede, sin duda, directamente del latín *CAMPŌS*, plural acusativo de *CAMPUS* “terreno llano, campo”, al que en tiempos modernos se ha agregado el apéndice castellano ‘*del río*’.

Toponimia murciana

Además de los nombres puramente castellanos, otros muchos topónimos se derivan de voces dialectales murcianas o llevan el típico sufijo diminutivo –ICO.

ALMENDRICOS: “Los pequeños almendros”, entre Lorca y Águilas.

BALSICAS: en la carretera de San Javier, significa “las pequeñas balsas de agua”. Este nombre aún no se había acuñado en el siglo XV, y el paraje donde hoy se ubica el pueblo de Balsicas se conocía entonces como el

3. Primera documentación: *Negra* 1281, *Niegra* 1301 y 1315, *Blanca* 1383 (codom IV, 1; II, 151; VI, 16; XII, 214, respectivamente)

4. Pocklington, “Notas de toponimia...”, pp. 120.

5. Véase: Pocklington, *Estudios toponímicos*, p. 85. Otras formas documentadas: s. XIII *Montagut*, *Montagudo*, s. XVIII *Monteagudo*.

6. En este texto y posteriormente encontramos las variantes *Casiellas*, *Casella*, *Caselles* y *Caziellas*; véase: Pocklington, *Estudios toponímicos*, pp. 66-7.

7. Se documenta en 1257 como nombre de una aldea de Mula: “Campos, la que es entre Albudeyt et Molina et Murcia” (CODOM I2, 93), y en 1295 como “Canpos”, una de las fronteras del término de Ceutí (CODOM IV, 147-8).

*Charco del Almendolero*⁸, antiguo murcianismo de significado “almendro”.

LLANO DE BRUJAS: Documentado con este nombre desde el siglo XV, se deriva del murciano (*arenas*) *brujas* “arena fina, la más sutil y menuda que se saca de las acequias cuando se limpian, que sirve para embarrar las barracas”⁹.

PUERTO LUMBRERAS: Pueblo antes llamado “el Puerto de las Lumbreras” (s. XVIII). Las *lumbreras* en cuestión son una fila de pozos excavados en el lecho de la Rambla de Nogalte hace más de 600 años, unidos por abajo a través de una galería que evacúa el agua subalveolar hacia un gran alberca. Estos pozos se llaman *lumbreras* porque dan luz y acceso a la galería, la “alumbran”¹⁰.

SAN PEDRO DEL PINATAR: Inicialmente en el siglo XV se decía tan sólo *El Pinatar*. Deriva del murciano *pinato* “pino joven, de poca altura o achaparrado”¹¹.

EL PUERTO DEL GARRUCHAL: Antes *el Puerto del Carrichal*¹², el nombre original se derivó

del murciano antiguo **cárrich* “especie de caña”¹³. La conversión de *Carrichal* en *Garruchal* se produjo por ‘etimología popular’, un intento por parte de los hablantes de reinterpretar su significado, una vez desaparecida la voz *cárrich*, buscando una nueva etimología (falsa) a través de la palabra *garrucha*, antes pronunciada *carrucha*¹⁴.

LA ÑORA: Se deriva del murciano *ñora* “noria impulsada por el agua en movimiento” debido a la presencia en el lugar de la famosa rueda¹⁵. El vocablo procede, en última instancia, del árabe *al-nācūra*, de idéntico significado.

Por último, algunos nombres se derivan de apodos, en particular:

LA PACA: Entre Lorca y Caravaca, por haber pertenecido a una tal Francisca¹⁶.

Toponimia catalano-aragonesa

A partir del siglo XIII, Murcia fue repoblada, además de por castellanos, por numerosos catalanes y aragoneses, oriundos de la parte

8. Actas Capitulares del Concejo de Murcia: 4-III-1480, 17-IX-1485, 13-VI-1551, etc.

9. Documentación: *Llano de las Brujas* [AC 7-I-1477], *Llano de las Brujas*, s. XVIII. Para el murciano *brujas*, véase: Ruiz Marín, *Vocabulario de las Hablas Murcianas*, p. 113 y las fuentes allí citadas.

10. GÓMEZ ESPÍN, *Aprovechamiento...*, pp. 13, 85 y ss. Este sistema de captación de agua se conoce en Murcia como *galerías con lumbreras*, y en otras partes como *víajes de agua*, *qanats*, *foggaras*, *jattaras*, etc. Lumbrera viene de *lumbre*, voz derivada del LATÍN LUMĪNEM, acusativo de LUMEN “luz”.

11. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, p. 113. Ruiz Marín, *Vocabulario de las Hablas Murcianas*, p. 519. Primera documentación: “Que puedan cortar madera et estacas en el Pinatar” (AC: 13-III-1414); “para faser carbón en los enebros del Pinatar” (AC: 30-VIII-1477).

12. Documentación: *Puerto del Carrichal* (AMM leg. 3076/6 n° 13, 1450) (AC: 19-II-1480), *El Carrechal* (AC: 6-V-1475), *El Garruchal*, 1896 (González Blanco et al., *Repertorio*, p. 309). Véase: Pocklington, “Interpretación de los nombres de las acequias”, pp. 255-7.

13. Esta palabra aparece también en el topónimo ciezano *La Carrichosa* y puede ser el segundo componente del nombre de la población albaceteña de *Cancárix*, en la carretera que une Cieza con Hellín, que significaría, por lo tanto, “campo de cañas”, ya que el étimo latino es CARICEM, con una sola R.

14. La palabra *garrucha* “polea” se pronunció *carrucha* hasta el s. XV; véase: Corominas y Pascual, *Diccionario Crítico...*, III, p. 113.

15. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, p. 139-40.

16. Documentada desde el siglo XVIII con este nombre: *Cabezo, Cerro y Villar de La Paca* (González Blanco et al., *Repertorio*, p. 459). Se ha propuesto derivar este nombre del castellano *paco* “umbría”, derivado del latín OPACUM (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, p. 126), pero la población se encuentra en una solana, y la dicha voz *paco* no parece haberse usado nunca en esta región.

nor-oriental de la Península, y los nombres y palabras que ellos trajeron también quedaron reflejados en la toponimia. Casos claros incluyen:

PUENTE TOCINOS: Reducción de *Puente de los Tocinos*, se deriva del aragonés *tocino* “cerdo”, y quiere decir, por lo tanto, “puente de los cerdos”¹⁷.

EL FENAZAR: Población del término de Molina de Segura, remonta al aragonés: *fenazo* “lastón, planta gramínea de unos 60 cm de altura”¹⁸.

INAZARES: (Moratalla). Tiene el mismo origen que el topónimo anterior. El vocablo *fenazo* fue adoptado por el habla de Murcia y, debido a la consciencia de que las voces catalano-aragoneses con F correspondían a otras similares castellanas con H, lo debieron castellanizar con H: **henazo*. Tras la pérdida de la pronunciación de la H a principios del s. XVII, el nombre se quedó en **enazo*, de cuyo plural colectivo **enazares* procede *Inazares*¹⁹.

Otro rasgo aragonés es el uso del artículo *lo*²⁰ para indicar la finca de una persona:

LO PAGÁN: Debió ser originalmente “lo de Pagán”²¹, apellido frecuente en la documen-

tación de siglos pasados referente al Campo de Cartagena.

LO FERRO: “Lo de Ferro”²², nombre asimismo aragonés, equivalente al castellano *Hierro*, ambos derivados del latín *ferrum* “hierro”.

SUCINA: En la época de la Reconquista, numerosos catalano-aragoneses se establecieron en Murcia. Una familia señalada fueron los *Solzina*, carniceros y valientes guerreros y jurados de la ciudad, cuyo nombre se deriva del catalán *sa alzina* “la encina”. Debieron recibir tierras en la zona de Sucina con anterioridad al siglo XV, porque a finales de esa centuria dicha zona se conocía ya como el *Pozo de Suzina* o *Cañada de Sozina*. El cambio en la pronunciación se había producido en el siglo XIV cuando el catalán vulgar transformó los grupos fonéticos AL, OL en AU, OU, pasando de *Solzina* > *Souzina*, *Suzina*, y finalmente *Sucina*, tras la transformación de la antigua Z sonora en C sorda a partir del siglo XVI²³.

Una segunda fase de influencia catalana afectó la toponimia costera, puesto que el catalán fue la lengua dominante de los marineros y pescadores que navegaban y faenaban

17. El lugar se documenta con el nombre *Puente de los Tocinos* desde el año 1789; véase: Hernández Carrasco, “El mozarabe, catalano-aragones...” p. 114.

18. 1ª doc. s. XVIII *Fenazares*.

19. 1ª doc. s. XVIII *Ynazares*. La etimología que propone C. Hernández, HIŞN AL-ŞAJRA “castillo de la Peña”, ofrece dificultades fonéticas y semánticas, ya que no se conoce la existencia de ninguna antigua torre en el lugar. La antigua voz murciana **henazo* se derivó del aragonés *fenazo* “lastón” tras el trueque de F en H por castellanización. También existe *El Enazar*, cerca de Alcaraz (Albacete). El sufijo *-ares* es casi estándar en la formación de nombres de colectivos de plantas.

20. Ver: MENÉNDEZ PIDAL, *Orígenes del Español*, p. 332; GARCÍA MARTÍNEZ, *El habla de Cartagena*, pp. 118-9, 150-2.

21. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozarabe, catalano-aragones...” p. 128. Según www.regmurcia.com “En el Padrón de Vecinos de 1935 no figura Lo Pagán como entidad de población. El nombre de Lo Pagán empieza a designar oficialmente a aquella pedanía en el Padrón de Vecinos de 1940, primero de la posguerra.”

22. Documentado desde finales del s. XIX (GONZÁLEZ BLANCO et al., *Repertorio*, p. 290). Nos consta que D. José Ferro era un importante propietario en la zona de Roldán, junto a Lo Ferro de Torre Pacheco, en 1757 (*Catastro de Ensenada*, lib. 98, fol. 2081v). Por otra parte, en La Palma una calle lleva el nombre de Bartolomé Ferro.

23. Pocklington, “La influencia catalana...” pp. 46-7.

frente a las costas murcianas. Las aportaciones de Alfonso Grandal, archivero de Cartagena, han sido muy importantes en este campo.

EL GORGUEL: Donde se está planeando instalar un gran puerto y terminal de contenedores, tomó su nombre del diminutivo del catalán *gorg* “charca o remanso de agua profunda, garganta, manantial”²⁴.

CALBLANQUE: Es, en su origen, el catalán *cap blanc* “cabo blanco, la punta blanca”²⁵ de la misma forma que los topónimos *Calnegre* remontan a *cap negre* “el cabo o punta negra”.

EL CARMOLÍ: Población situada junto al Mar Menor, sin duda tiene un origen similar, partiendo de *cap del molí* “cerro del molino”, puesto que allí lo que hay es un cerro (en catalán dialectal *cap*) y no una punta marina²⁶.

CALARREONA: Es “la cala redonda”, deriva-

do del catalán *reona* “redonda”²⁷.

CALABARDINA: Contiene la voz aragonesa *bardina*, variante de *pardina* “casa en ruinas”²⁸.

ISLA PLANA: (Cartagena y Águilas). Contiene el adjetivo catalán femenino *plana*²⁹, equivalente del castellano *llana*.

EL PLAN: Núcleo de población cercana a Cartagena, tiene la misma explicación que el nombre anterior, pero en masculino; el catalán a menudo muestra PL- en posición inicial donde el castellano tiene LL³⁰.

ISLA GROSA: (Frente a La Manga). Contiene el catalán *grossa* “gorda”³¹.

EL ESTACIO: (En La Manga). Procede del catalán *estació* “estación, lugar donde atracan las naves”³² derivado de *STATIONEM*, voz latina que en el contexto náutico tenía el significado de “fondeadero”³³. El cambio en la

24. COROMINAS, *Diccionari etimològic...*, IV, 566-8; Hernández Carrasco, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, 86-7. Primera documentación “las pesquerías del Asuya e el Gorguer” (AC 7-II-1477). Sin duda hay que poner este nombre en relación con el de la *Rambla del Avenque*, que desemboca en la Cala del Gorguel, ya que el cat. *avenc* tiene un significado muy similar: “cavidad subterránea de dirección casi vertical, normalmente con agua en el fondo, o por donde se engulle o sale una corriente de agua” (COROMINAS, *Diccionari etimològic...*, I, 509).

25. Primera documentación 1576: *Calblanque*, *Cal Blanquet*; del cat. *cap blanc* “cabo blanco” o *cap blanquet* “pequeño cabo blanco” (GRANDAL, “Algunas dades...”, p.6). En el segundo caso la evolución fonética habría sido: *Capblanquet* > *Calblanqué* > *Calblanque*, con retroceso del acento, por influencia aragonesa, como en *El Estacio* < *L'Estació*. En cambio, C. Hernández (“El mozárabe, catalano-aragonés...”, p. 127), siguiendo a García Martínez, propuso partir de *cala* (fem.) en lugar del cat. *cap* (masc.), pero de ser así el resultado habría sido **Cala Blanca* o **Cala Blanqueta*. A. Grandal señala la existencia de una variante antigua *Calblanco* que confirma el género masculino (GRANDAL, “Historia lingüística de Cartagena...”, p. 420, nota 23).

26. Primera documentación: *Carmolí* (finales s. XVI). Aquí, la ausencia de un saliente marino pronunciado, junto con la presencia de un gran cerro, sugiere que se trata de *cap* con el significado orográfico de “cabezo, cerro”, documentado por Corominas en la toponimia catalana fronteriza (COROMINAS, *Diccionari etimològic...*, II, 502b 24-32). El nombre pertenece al grupo de *Calblanque* y *Calnegre*, con L > R por disimilación con la L de *-molí*. Resulta inverosímil la sugerencia de C. Hernández de partir de la raíz prerromana *car-* “altura” y el latín *MOLINUM* (HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia romana y de romanización...”, p. 66).

27. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 126-7.

28. COROMINAS Y PASCUAL, *Diccionario Crítico...*, s.v. *pared*.

29. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 73.

30. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 74. C. Hernández considera que este topónimo y el anterior son, con mayor probabilidad, de origen mozárabe; sin embargo no existe ninguna prueba de que sean tan antiguos, por lo que la explicación catalana ha de considerarse más razonable.

31. Primera documentación “Tres fustas de moros que estauan en la Ylla Grosa et auian quemado las barquas et las xarçias de los pescadores” (AC 4-VI-1415). Del cat. *illa grossa* “isla grande o gorda”.

32. COROMINAS, *Diccionari etimològic...*, III 1751-2.

33. ERNOUT ET MEILLET, *Dictionnaire étymologique...*, p. 652.

posición del acento es un rasgo esporádico característico de la pronunciación aragonesa.

Toponimia italiana

Sin alcanzar los niveles de impacto que tuvieron otros contingentes nacionales, los italianos, y en particular los genoveses, mantuvieron una presencia más que testimonial en Murcia en diferentes momentos de la Baja Edad Media. Es representativo el nombre:

ESPINARDO: A principios del s. XVI residía en Murcia una familia de mercaderes italianos de apellido *Espinardo* (en italiano *Spinardo*), entre ellos: Francisco Espinardo (1510), Rodrigo Espinardo (1514). El topónimo se documenta en el siglo XVI como *Lo d'Espinardo* –con el típico elemento aragonés lo de– y como la *Torre de Espinardo*, en el camino que unía Murcia con Molina de Segura³⁴.

Toponimia árabe

Todos los nombres de lugar que no encajen en una de las categorías anteriores, ni puedan explicarse en relación con las diferentes poblaciones llegadas a Murcia, y las lenguas utilizadas en esta zona, a partir de la Reconquis-

ta, han de ser, inevitablemente, de origen anterior.

La lengua hablada en Murcia en los siglos previos a la Reconquista del siglo XIII fue el árabe, y miles de topónimos murcianos fueron creados durante ese período. A través de la documentación bajomedieval conocemos centenares de estos nombres, pero relativamente pocos han sobrevivido hasta hoy. Como se sabe, el artículo determinado árabe es *al-*, y debido a la necesaria determinación de los topónimos, éste a menudo se halla presente, siendo una de las marcas características de esta toponimia. Éstos son los más importantes y conocidos:

ALHAMA: Del árabe *al-ḥamma* “el baño termal” por la fuente de aguas termales que nace al pie de la peña en este lugar³⁵.

ALJUCER: Procede de *al-ŷusayr* “la pequeña presa de molino”. Aljucer era conocida por sus molinos, ubicados en la acequia mayor en este lugar. El antiguo camino de Cartagena atravesaba allí la acequia mayor, aprovechando la presa como basamento para la construcción del puente³⁶.

ALGUAZAS: Es el árabe hispánico *al-waṣṭa* “la de en medio”³⁷.

ALQUIBLA Y ALJUFIÁ: los nombres de las dos

34. MOLINA MOLINA, “Mercaderes genoveses en Murcia...”, pp. 286-7. En un padrón de 1542 figura *Lo d'Espinardo* como nombre de una de las propiedades situadas en la zona, y el *Repertorio de todos los caminos de España*, publicado en 1546 por Juan de Villuga, sitúa la *Torre de Espinardo* en el camino de Murcia a Molina de Segura.

35. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 197-8.

36. Primera documentación: 1ª mitad s. XIII *al-ŷusayr* en la *Qaṣīda Maqṣūra de al-Qarṭāyannī*; 1266-73 *Aljuṣaer, Aljuṣer* en el *Repertimiento de Murcia*. Es el árabe *ŷusayr* “pequeña presa de molino”, diminutivo de *ŷīsr*, sinónimo de *sudd* “azud” en el hispano-árabe levantino. (POCKLINGTON, “Sobre algunos topónimos árabes murcianos”, pp. 179-83; HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 178-9).

37. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 183-5. (Para la acequia homónima perteneciente al Heredamiento de Alquibla, véase: POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, p. 181.) Primera documentación: 1295 *Aluesca*, 1354 *Las Alguasças* (CODOM IV 147-8; CODOM VII 145). Del árabe hispánico *waṣṭa* (ár. clásico *wuṣṭā*) “la que está en medio”. El nombre parece que se pluralizó debido a que en el s. XIV la alquería estaba repartida entre dos propietarios: “el Alguaca de Ferrand Carriello” y “el Alguasta del obispo” (AC 28-II-1384), “las Alguasas del obispo et del Cabildo et de Ferrand Carrillo” (AC 21-VIII-1384).

acequias mayores de la Huerta de Murcia, se derivan del árabe al-qibla “el sur” y al-ŷawfiyya “la del norte”, debido a que son las acequias principales que llevan el agua de riego a la mitad sur y mitad norte de la huerta respectivamente³⁸.

LA ARBOLEJA: Antes *La Algualeja*, del árabe al-walaġa “tierra situada en el interior del recodo de un río”. En la Baja Edad Media ocupaba el primer recodo del Río Segura al oeste de la ciudad³⁹.

ALBUDEITE: Se cita ya en un documento de 1257 como “Albudeyt”, y parece ser al-budayd el diminutivo del árabe badd “almazara, molino de aceite”⁴⁰.

LOS ALCÁZARES: (Junto al Mar Menor). Se llamaba en el siglo XIV “El Alcaçar”, remontando su nombre al árabe al-qaṣr “el palacio”, denominación que puede hacer referencia a la gran villa romana cuyos restos han aparecido en ese lugar⁴¹.

LA AZOHIA: Procede del árabe al-zāwiya “el rincón” o “el monasterio”⁴².

Otros nombres se transmitieron sin el artículo:

EL RAAL: Es el árabe hispánico raġl “el cortijo de secano”. En el siglo XIII se llamaba “Raffal Abenayçam” por haber pertenecido a la ilustre familia arábigo-murciana de los *BanīcIṣām*, que dio a la ciudad numerosos cadíes y ministros⁴³.

ZARAICHE: Nombre de una importante acequia, es *al-ṣahrīy* “la balsa, el estanque”⁴⁴.

MAZARRÓN: Documentado en el siglo XV como “el Almaçarrón”, parece derivarse de *miṣr* “tierra roja, almagre”, uno de los productos de las minas de Mazarrón. Durante los siglos XVI-XVIII se usó almagre de Mazarrón para colorear el tabaco, y este almagre especial, por tal motivo, se conocía como almaçarrón⁴⁵.

ULEA: Procede del árabe *uḷayya*, diminutivo de *aliyya* “alta”; sin duda significaba “la pequeña alquería de arriba”⁴⁶.

OJÓS: Se derivaría de una variante hispano-árabe **cušūš* del plural árabe estándar *cušāš*

38. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 184-6.

39. Primera documentación: *al-Wala* a en un texto árabe sin fecha; *Algualeja* 1266-7 (*Repartimiento de Murcia*, p. 7), *La Arboleja* s. XVIII. Del ár. *walaġa* “lengua llana de tierra que queda en el interior del recodo de un río”. Modificado por etimología popular bajo la influencia de la palabra *árbol* (TERÉS, “Al-walaġa”, pp. 301-6; POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 186-8).

40. POCKLINGTON, “Notas de toponimia...”, pp. 115-6. Se documenta en 1257 como nombre de una aldea de Mula: “Campos, la que es entre Albudeyt et Molina et Murcia” (CODOM I2, 93).

41. Primera documentación: 1ª mitad s. XIII *al-Qaṣr* en la *Qaṣīda Maqṣūra de al-Qarṭāyannī*; 1305 *Alcaçar*, 1427 *Los Alcaçares*. Del árabe *qaṣr* “palacio” (POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 184-6).

42. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 203-4. Primera documentación: 1ª mitad s. XIII *al-Zāwiya* en la *Qaṣīda Maqṣūra de al-Qarṭāyannī*; *El Azoya* (AC: 5-VI-1406), *El Asuya* (AC: 12-VII-1475), 1611 *La Azohia*.

43. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 225-6.

44. *Ibid.*, pp. 233-5.

45. POCKLINGTON, “Seis voces...”, pp. 52-5. Según la primera documentación, el nombre *El Almaçarron* se aplicó inicialmente al puerto y a las salinas, mientras que la población situada cerca de las minas se llamaba Los Alumbres. En 1572 Felipe II concedió el villazgo a *Los Alumbres* de Almazarrón. Al final, no obstante, se impuso este último nombre, sin duda porque permitía distinguir este lugar de la otra población de Los Alumbres de Cartagena. En cambio, según la hipótesis de C. Hernández, *Mazarrón* procedería del ár. *maṣā al-rīm* “puerto de los romanos” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 240-2). No obstante, esta etimología tropieza con numerosos obstáculos.

46. Ver: POCKLINGTON, “Notas de toponimia...”, pp. 126-7. La etimología *uḷiya* de A. Steiger, al que sigue C. Hernández, se acerca, pero no explicaría la vocalización U-E de *Ulea*.

“barracas, cabañas”. Este cambio de pronunciación se explica por ser el tipo de plural -u-ū- mucho más común que -U-A⁴⁷.

NELVA: Nombre de un prestigioso colegio murciano y ahora también de un gran hotel. Se trata de otra de las acequias murcianas. En el siglo XIII el topónimo se pronunció “Neuba”, remontando al árabe *nawba* “centinela, guardia”⁴⁸. El paso de *Neuba* a *Nelva* se produjo en el siglo XIV⁴⁹.

CAGITÁN: El campo desierto que se extiende entre Calasparra, Ricote y Mula se llamaba en el siglo XIV “Camixitan” por lo que su nombre procede claramente del árabe *kamīn šaytān* “el horno de Satanás”. Se le habría aplicado este calificativo por tratarse de un paraje extenso sin apenas agua ni protección contra el sol, y como consecuencia de las altas temperaturas que tenía que soportar el que pasaba por ahí⁵⁰.

Otros topónimos árabes se derivan de nombres propios. Un grupo especialmente significativo son los nombres en *Banī* “familia de” e Ibn “hijo de”. Estos nombres de linaje árabes surgen por el orgullo de la familia de descender de la persona nombrada.

BENIAJÁN: De *Banī Jayzarān* “la familia *Jayzarān* (junco)”⁵¹.

BENIEL: De *Banī Yahyāl* “la familia Juanito”⁵².

BENISCORNIA: El nombre figura en fuentes árabes como *Banī Iškūrna*, sin que esté claro el origen del elemento *Iškūrna*, que podría derivarse de una denominación anterior del mismo paraje. Fue la residencia de la célebre familia arábigo-murciana de los *Banī Purtuluh*⁵³.

En cambio, proceden de nombres de individuos:

BENIZAR: (Moratalla). Que fue en el s. XIII

47. C. Hernández parte del árabe *hušūš* “huertos, caseríos”, pero la ausencia de H en las formas documentadas bajomedievales que ella recoge (*Oxox*, *Xox*) arguye en contra de esta hipótesis (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 228-9).
48. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 220-1; POCKLINGTON, “La influència catalana...” pp. 56.
49. Por influencia catalana, puesto que después de un primer cambio fonético que convirtió la L en U en posición final de sílaba o implorativa (como ocurrió cuando *Solzina* se convirtió en **Souzina* y *Sucina*), se dio una reacción culta de ultracorrección, reconvirtiendo la L en U en esta misma posición, proceso que también afectó a voces cuya U implorativa era auténtica (etimológica). Y así “Neuba” se hizo *Nelva*, de la misma forma que la gente que pierde la D entre vocales (*cantao*, *bailao*) reponen esa D en palabras que no la tienen si quieren hablar ‘correctamente’, diciendo, por ejemplo, *Bilbado* en vez de Bilbao.
50. Primera documentación: 1335, 1351 *Camixitan*, 1351 *Camixetan* (CODOM VI, 334; CODOM VII, 55), s. XVIII: *Cajitán*, *Cagitán*. La etimología híbrida catalán-árabe propuesta por C. Hernández, *Camī-šaytān* “camino del Diablo” acierta en su segundo término pero supone un maridaje inverosímil entre *camī* (“camino” en catalán) y *šaytān* (“Satanás” en árabe), en una zona alejada de la influencia catalana (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 208-9).
51. STEIGER, “Toponimia árabe en Murcia”, p. 19; POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 196-9. Nos ha llegado la breve biografía de un miembro de esta familia que vivió en el siglo X (IBN AL-FARADĪ, *Historia virorum doctorum...*, I, p. 165), y otro que murió en los primeros años del siglo XI habiendo desempeñado el cargo de cadí de las Islas Baleares (IBN BAŠKUWĀL, *Aben-Pascualis Assila*, I, p. 136). Primera documentación: 1272 *Benihayzaram*, *Benihazram*, s. XIV *Beniajam*, 1410 *Beniajan*. Esta familia pudo descender de una bella mujer, pues, entre los árabes, el junco (*jayzurān*) es un símbolo erótico que evoca el movimiento sinuoso de un cuerpo esbelto y cimbreante. Sabemos que se llamó *al-Jayzurān* la madre de Harún al-Rashid, protagonista de numerosas historias de *Las mil y una noches* y el quinto y más célebre califa de la dinastía abasí de Bagdad. Su madre había sido una esclava procedente del Yemen, y gracias a su hermosura se pudo casar con el califa al-Mahdí, el padre de Harún.
52. STEIGER, “Toponimia árabe en Murcia”, p. 20; POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 204-6. Primera documentación: 1266-70 *Beniahye*, 1320 *Beniajfel*, 1394 *Beniahiel*, 1409 *Benihiel*, 1486 *Benihel*, 1757 *Beniel*.
53. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 208-11. Primera documentación: 1ª mitad s. XIII *Banī Iškūrna* en la *Qašida Maqšūra* de *al-Qarāšannī*; 1322 *Beniscorna*, s. XVIII *Venizcornia*, *Benezcornia*.

“Beneýzar”, del nombre propio árabe singular Ibn Aysár⁵⁴.

BENABLÓN: (Caravaca). Del nombre propio Ibn Abī Hārūn⁵⁵.

BENIPILA: Nombre de la rambla que desemboca en el mar junto a Cartagena. En el s. XIII se escribía “Abén Apilla”, derivándose del nombre propio de origen mozárabe *Ibn Apīlya*, del lat. APĪCŪLA “el Abeja”⁵⁶.

Un último grupo de topónimos árabes de origen antroponímico se derivan de *nisbas*, es decir, adjetivos gentilicios acabados en *-ī*.

CEUTÍ: Que recibió este nombre por haber pertenecido la primitiva alquería a alguien procedente de Ceuta⁵⁷.

LORQUÍ: De la misma forma, este lugar había pertenecido a un lorquino, pues su nombre se deriva del gentilicio árabe *lūrqi* “lorquino”⁵⁸.

JAVALÍ: Del adjetivo árabe *ġabalī* “procedente de la sierra, montesino”. La primera documentación del nombre es “Jaulin”, lo

que indica que se deriva, con mayor exactitud, del nombre de familia en plural: *abalīyīn* “montesinos”, perdiendo la N final en una fecha posterior⁵⁹.

ALBATALÍA: Topónimo de origen gentilicio, indicando que las tierras pertenecieron a una familia llamada *Banī Baṭṭāl*, quienes se llamarían también por este motivo los *baṭṭālīs*⁶⁰, y su alquería o acequia, en femenino, al-*baṭṭāliyya* “la de los *Banī Baṭṭāl*”.

Toponimia beréber

La presencia de tribus bereberes, establecidas en la región durante la época árabe, también está detrás de varios topónimos bien conocidos.

ZENETA: Recibió este nombre por ser un asentamiento de la importante confederación marroquí de los *Zanāta*⁶¹.

CEHEGÍN: De la otra gran confederación magrebí de los *inhāġya*. Es el gentilicio plural *Ṣinhāġīyīn* “cabileños de la tribu beréber de *Ṣinhāġya*”⁶².

54. POCKLINGTON, “Notas de toponimia...”, pp. 123-4. Se documenta: 1243 *Abeneyçar*, 1273 *Beneýçar*, 1347 *Benayçar*, 1480 *Benaçar*, s. XIX *Benizar*.

55. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, p. 163.

56. Se documenta: 1272 *la Alcaria de Aben Apilla* (CODOM III, 140).

57. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 166-8. Primera documentación: 1274 *Septi*, 1295 *Çebtin*, 1296 *Çepti*, 1337 *Çeptin*, 1478 *Çebty* (TORRES FONTES, *Documentos para la Historia Medieval de Ceutí*, pp. 122, 124, 130, 213), s. XVIII *Ceutí*. Del ár. *sabīf* “natural de Ceuta”, o del plural *sabīyīn* “ceuties”.

58. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 164-5. Primera documentación: 1329 *Lorqui* (CODOM VI 137).

59. POCKLINGTON, “Notas de toponimia...”, pp. 125-6. La propuesta de C. Hernández (“El árabe en la toponimia murciana”, pp. 223-4), de partir del topónimo árabe documentado *Ķabal Ayl* o *Ķabal Īl*, ha de descartarse porque este nombre se refiere a un paraje situado al pie de la Sierra de la Cresta del Gallo.

60. Se documenta este topónimo desde el s. XIV como *Albatalía*. Es habitual en el árabe la creación de *nisbas* (gentilicios en *-ī*) a partir de los nombres de linaje (*Ibn Baṭṭāl* > *al-Baṭṭālī*). Se documenta la presencia de la familia *Banī Baṭṭāl* en Murcia y Lorca en diferentes momentos del período islámico (p. ej. en: IBN AL-FARADĪ, *Historia virorum doctorum...*, I, p. 370; e IBN BAŠKUWĀL, *Aben-Pascualis Assila*, I, p. 34). [La etimología que presenté en: POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 172-4, queda descartada.]

61. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 236-7. La propuesta de C. Hernández, de partir del árabe *al-sanad* “la ladera” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 231-2) es imposible porque la Z de Zeneta era sonora en la Baja Edad Media.

62. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 174-5. Primera documentación: s. XI *al-Ṣinhāġīyīn* en fuente árabe (AL-BAKRI, *Geografía*, p. 38), 1243 *Cenegin*, 1282 *Çenegin* (CODOM III, 5; CODOM II 72), 1335 *Çehegin*.

ABARÁN. Del nombre de la tribu beréber de los *Hawwāra*, más el sufijo plural, también beréber, *-ān*⁶³.

GUADALENTÍN: El nombre de este río sin duda se deriva de *Wād al-Lamṭīyīn* “el río de los *lamṭíes* o *lamtūnís*”, tribu perteneciente a la confederación *inhāya*, que tuvo una participación importante en la llegada al poder de los almorávides en España⁶⁴.

Toponimia judía

Aunque no cabe duda de que hubiera judíos en Murcia en la época árabe y Baja Edad Media, no han dejado prácticamente rastro alguno en la toponimia. Lo único que he detectado ha sido el siguiente topónimo menor:

ALIHU: Acequia mencionada en el *Libro del Repartimiento* del siglo XIII. Se trata del árabe *al-yahūd* “los judíos”. Es uno de los pocos topónimos árabes y pre-árabes que fueron sustituidos tras la Reconquista. La acequia pasó a llamarse *Albadel* a partir del s. XIV, y dado que las tierras que riega fueron concedidas mayoritariamente a la Iglesia, no sería sorprendente que el cambio de nombre hubiera sido intencionado⁶⁵.

Toponimia visigótica

Los visigodos fueron minoritarios y su lengua apenas ha dejado algún rastro en las hablas peninsulares. Sin embargo, sus nombres propios tuvieron una amplia implantación y siguen empleándose hoy en día, como por ejemplo *Gonzalo*, *Enrique*, *Alfonso*, *Fernando*, etc. En la región dejaron dos topónimos importantes:

TUDMIR: El nombre de la cora en la época árabe. La ciudad de Murcia también se llamó *Tudmīr* entre los siglos IX-XI, como ha demostrado de manera convincente Alfonso Carmona. Esta denominación procede del antropónimo visigótico *Teodomiro*⁶⁶, nombre del dux que dirigió la defensa de esta región durante la invasión islámica y logró un pacto muy ventajoso, manteniéndose él incluso en el poder, por lo que los árabes llamaban esta zona la *Cora de Tudmīr*, “la provincia de Teodomiro”.

TOTANA: Escrito *awṭāna* en el siglo XI por el autor árabe almeriense *al-ʿUdr*⁶⁷, significa “la alquería o villa de *Teuda* o *Tota*”, variantes de un mismo nombre propio visigodo, conocidas a través de las inscripciones⁶⁸, que significa “pueblo, nación” y aparece en el gentilicio *teutón* y el adjetivo *teutónico*.

63. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 176-7. Primera documentación: 1285 *Fauaran* (CODOM IV, 45), 1511 *Havarán* (CODOM XXIV, 14).

64. POCKLINGTON, “Interpretación...”, pp. 258-9. Primera documentación: 1741 *Guadalantín*. En cambio, E. Terés (*Materiales...*, pp. 338-41) propuso partir del étimo similar *wād al-intīyīn* “río de los inties”, *nisba* correspondiente a la tribu beréber de los *Hintata*. Pero la presencia de esta colectividad en la Península no se ha comprobado, aparte de alguna escaramuza militar aislada, mientras que la *nisba lamī* o *lamṭī* aparece en los diccionarios biográficos con referencia a diferentes personajes procedentes de Almería, Mallorca y Toledo. La etimología tradicional, *wād al-ṭīn* “río del barro” o *wād al-ṭīn* “río de los higos”, es evidentemente insostenible porque habría dado **Guadatén* o **Guadatín*.

65. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, p. 169-71.

66. Nombre propio visigótico derivado del gótico *thiuda* “pueblo” y *mêreis* “célebre” (PIEL Y KREMER, *Hispano-gotisches Namenbuch*, pp. 203 y 260-3).

67. AL-ʿUDRĪ, *Fragmentos Geográfico-Históricos*, p. 11.

68. Se trata de nuevo de variantes del gótico *thiuda* “pueblo” (PIEL Y KREMER, *Hispano-gotisches Namenbuch*, pp. 265-6).

Toponimia paleocristiana

A partir del siglo cuarto, el cristianismo se generalizó en la Península Ibérica y en todas partes se empezó a construir iglesias y basílicas dedicadas a diferentes santos.

SANTA POLA: Documentado en árabe en el siglo XI como *Šant Pawl*⁶⁹, su iglesia estaría consagrada a San Pablo. Según la tradición este santo desembarcó en la Isla de Tabarca, junto a Santa Pola.

SANTOMERA: Inmediatamente después de la Reconquista se documenta como “Santamera”, indicando que procede del latín tardío SANTA MÁRIA (con el acento en la primera A). Durante los primeros siglos del cristianismo, el nombre *María* se pronunció *Mária*, con el acento en la primera sílaba, igual que ocurre con el antropónimo semítico original *Máryam*, y con el nombre equivalente masculino *Mario*⁷⁰.

SAN GINÉS DE LA JARA: En sus orígenes, este lugar sagrado se llamaba *El Alcázar de San Laurés*, según se desprende del texto de algunos de sus milagros más antiguos, fechables aproximadamente en la época de la fundación de Murcia, es decir, hacia el año 820. Ello demuestra que el santuario estuvo dedicado inicialmente a San Lorenzo⁷¹. La devoción a San Ginés fue implantada por Alfonso X el Sabio en el siglo XIII.

ŠUŸĀNNA: Fue el nombre del Puerto de Mazarrón en la época árabe, según *al-Idrīsī*⁷² y *al-Qarṭāyannī*, lo que indica que pudo tener

una iglesia dedicada a Santa Susana. Un paraje situado entre Mazarrón y el mar sigue llamándose hoy en día *El Campo de Susaña*.

Toponimia romana

La romanización de la provincia dejó una impronta decisiva en la toponimia, y buena parte de las ciudades y pueblos más importantes se elevan sobre los cimientos de las primeras villae romanas, las cuales dieron sus nombres a los asentamientos. El caso más destacado es el de la capital.

MURCIA: La ciudad se llama *Mursiya* en las fuentes árabes, pero el nombre no puede ser árabe por tres motivos: (1) porque nunca lleva el artículo determinado, que, como hemos dicho, es preceptivo en los topónimos creados en idiomas que usan ese artículo; (2) tiene la estructura de un participio activo árabe pero los topónimos nunca se derivan de los gerundios; (3) hubo una batalla en Murcia un año antes de la fecha de su ‘fundación’, es decir que la población ya existía con anterioridad.

¿Por qué se habla de una fundación árabe, entonces? Lo que sucedió es que Abderrahmán II escribió a su representante en la cora, ordenándole trasladar su residencia oficial a Murcia. La fecha de esa carta es la que se toma como la de la fundación de la ciudad, entendiéndose “fundación” en el sentido de su conversión en capital de la cora, con la construcción de una casba, palacios, edifi-

69. *Al-ʿUdrī*, *Fragments Geográfico-Históricos*, p. 8.

70. Para más detalles, ver: POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, p. 95-9. Con la ayuda del padre franciscano Gómez Ortín, pude comprobar esto, viendo como el poeta hispano-cristiano del siglo IV Juvenco siempre acentuaba *Mária*, mientras que Sedulio, en el siglo V vacilaba entre *Mária* y *María*; en cambio, ya en el siglo VI-VII el poeta francés Venancio Fortunato siempre acentuó *María*, ya consumado el cambio acentual.

71. POCKLINGTON, “Antecedentes mozárabes y musulmanes del culto a San Ginés de la Jara”.

72. VALLVÉ BERMEJO, “La división territorial...”, p. 164.

cios administrativos, cuarteles, una mezquita mayor y acaso una primitiva muralla.

El profesor Antonino González Blanco tiene el mérito de haber señalado el origen más probable del topónimo *Murcia*⁷³. Es sin duda de procedencia latina y su nombre resultaría familiar para todos los habitantes de la Ciudad Eterna. Existía en la Roma imperial, junto al Circo Máximo, un distrito llamado VALLIS MURCIA “el Valle de Murcia”, que tomó su nombre del cercano santuario de una de sus más antiguas deidades, la diosa MURCIA. Incluso una de las dos metas de la pista de carreras de carros del legendario *Circus Maximus* (equivalente romano del *Camp Nou* o el *Bernabéu*) se conocía como MURCIAE METAE (la meta de Murcia). El topónimo se ha conservado hasta hoy en el nombre de la calle llamada *Via di Valle Murcia*, una avenida amplia que atraviesa una zona con césped y árboles, sin edificaciones, no muy lejos del Río Tíber y las ruinas del *Circo*.

Algunos etimólogos latinos derivaban el nombre de la Murcia romana de MURTEA “plantación de mirtos”. Luego, por ser el mirto, murta o arrayán una planta sagrada para Venus, interpretaron el culto a la diosa Murcia como una de las advocaciones de la diosa Venus. Otros filólogos lo relacionaban con la voz latina murcus “cobarde, perezoso”, y con la conjunción de las dos ideas la deidad VENUS MURCIA pasó a considerarse la diosa de la pereza y de los perezosos.

El traslado del nombre a Murcia en Espa-

ña debe responder al sentimental recuerdo de un colono oriundo del romano valle y santuario de MURCIA. No olvidemos que la provincia de Hispania era una *colonia* romana y que los traslados toponímicos de este tipo son muy frecuentes en las colonias. Abundan en América los asentamientos cuyos nombres evocan los lugares de procedencia de sus primeros colonos, por ejemplo *Cartagena de Indias* o *New York*, que toman sus nombres de *Cartagena* de España y *York* de Inglaterra.

Pese a la verosimilitud de esta etimología, existe una segunda posibilidad, partiendo del nombre propio romano MURCIUS (derivado de MURCUS “cobarde, perezoso”). No era infrecuente que las villas romanas se bautizasen mediante la feminización del nombre de su dueño, forma que se constituía en adjetivo de la voz *villa*: VILLA MURCIA “Villa de MURCIUS”. Esta posibilidad se apoya en la existencia de otros topónimos peninsulares aparentemente derivados de esta misma raíz antropónica: *Morcín* (Oviedo), *Morzán* (La Coruña), *Murzás* (Orense), *Murchas* (Granada), *Morjana* (Almería), los franceses *Meurcé*, *Meurcí* y *Mursay* y dos *Morzano* italianos.

Otros topónimos murcianos de implantación romana incluyen:

ÁGUILAS: Del latín AQUILA “el águila”, denominación claramente relacionada con la peña que, desde el mar, domina su puerto y playas. En la toponimia hispánica las montañas con cumbres rocosas a menudo se llaman “peña

73. GONZÁLEZ BLANCO, “Las otras Murcias”, 3-10; GONZÁLEZ BLANCO, “El nombre de Murcia”, 75-84. Véase también para la historiografía sobre los orígenes del nombre de Murcia: CARMONA GONZÁLEZ, “Murcia, ¿Una fundación árabe?...”, pp. 9-65; CASCALES, *Discursos Históricos...*, pp. 2-5; DE HOYOS, “Murcia, Mursiya y otros topónimos...”, pp. 5-15; ERNOUT ET MEILLET, *Dictionnaire...*, pp. 422-3; MENÉNDEZ PIDAL, “Murcia y Mortera...”, pp. 73-83; POCKINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 7-38; WHITE & RIDDLE, *Latin-English Dictionary*, pp. 1243 y 1249.

del águila” quizás porque suelen volar las águilas a su alrededor⁷⁴.

ALCANTARILLA: Se llamó, en el siglo XIII, *Alcantara*, y en seguida *Alcantariella* tras la agregación del sufijo diminutivo *-iella* (hoy *-illa*). Su nombre remonta, pues, al árabe *al-qanṭara* “el puente”⁷⁵. Sin embargo, en los textos árabes el nombre completo fue siempre *Qanṭarat Aškāba*, es decir “el puente de *Aškāba*”. Ahora *Aškāba* procede del latín *SCAPHA* “barca”, lo que nos informa que había inicialmente un puente de barcas o una barca transbordadora en ese punto, siendo el lugar probable en que atravesaba el Segura la vía romana que unía Carthago con Complutum (Madrid)⁷⁶. Esto puede ponerse, además, en relación con el camino huertano llamado

SENDA DE GRANADA: Se dirige desde Monteagudo hacia el Segura enfrente de Alcantarilla, sugiriendo que se trata de un camino que data de antes de la fundación de Murcia, cuando el cruce del río aún se efectuaba en Alcantarilla⁷⁷.

ALEDO: Figura en textos árabes como *Alyīf*, lugar fuerte que estuvo ocupado durante diez años por tropas de El Cid a finales del siglo XI. Debe proceder de *ALIETUM* “el campo de ajos”⁷⁸.

ARCHENA: Fue la “villa de *ARCIUS*”, como ya demostró hace mucho tiempo el ilustre filólogo R. Menéndez Pidal⁷⁹.

CABO DE PALOS: El nombre se deriva del latín *PALUS* “marisma” con referencia al Mar Menor. En el siglo IV, Avieno se refiere a esta gran laguna como “*INMENZA PALUS*”, y según *al-Idrīsī*, las golos del Mar Menor se llamaban las “*bocas de Pālus*” en el siglo XII⁸⁰.

COLUMBARES: Importante sierra situada a la salida del puerto del Garruchal al Campo de Cartagena, a la izquierda. Del latín *COLUMBARES* “palomares”, de *COLUMBA* “paloma”⁸¹.

LA CONDOMINA: Nombre del campo de fútbol de Murcia por ser la antigua denominación del pago de la huerta en el que se construyó el primer estadio. Procede del latín *CONDOMĪNA* “campo anejo a una casa señorial rústica o una ciudad” o “soto, pastizal”. A esta raíz remonta asimismo la voz catalana *coromina* (origen del apellido del célebre filólogo). En cambio, *Condomina* no puede ser también un catalanismo por su gran antigüedad y porque conserva el grupo latino ND, que pasa a N en catalán⁸².

CHURRA: Como nombre de una de las más antiguas acequias de la Huerta, no nos debe sorprender que proceda de la antigua voz

74. Primera documentación: en textos árabes a partir del s. XII *Ḥiṣn Āqila*, s.XIII *Aguilas*.

75. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 210-11.

76. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 37-8, 56-9, 175-6.

77. *Ibid.*, pp. 137-8.

78. Primera documentación: s. XI *Alyīf* en fuentes árabes, s. XIII *Aledo*. Se trata claramente del lat. *ALIETUM* “lugar donde crecen los ajos”, derivado de *ĀLIUM* “ajo” y el sufijo colectivo vegetal *-ETUM*.

79. MENÉNDEZ PIDAL, *Toponimia prerrománica hispana*, p. 123. Primera documentación: 1243 *Archena* (CODOM III, 5). Nombre de villa romana derivado del antropónimo latino *ARCIUS* más el sufijo indicativo de propiedad *-ANA* o *-ENA*. Discusión sobre el sufijo en: HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 76-7.

80. HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia romana y de romanización...”, pp. 60-1; POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 87-9.

81. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, p. 81; POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 72-3. Primera documentación: 1443 *Los Colonbares* (ac: 17-ix-1443).

82. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 73-6. Primera documentación: 1257 *Las Condominas*. Hay otros parajes homónimos en Lorca (1ª doc. 1272 *La Condomina*), Lorquí (1ª doc. s. XVIII), y Las Torres de Cotillas (1ª doc. s. XX).

onomatopéyica pre-árabe chorro, en el sentido de un CHORRO de agua⁸³. La O etimológica de *chorro* se convirtió en U al pasar por el árabe, tal como debió suceder igualmente con la voz castellana *churro* “fritura hecha con un chorro de masa, cortado en tiras más o menos largas”, que tendrá seguramente el mismo origen.

ESCOMBRERAS: Del latín SCOMBRĀRIA “pesquera o industria de salazón de *scomber* (caballa)”. Se ha localizado una importante factoría romana del *garum* (un tipo de conserva de pescado muy apreciado por los romanos) al pie de la Sierra de la Fausilla, enfrente de la isla⁸⁴.

JUMILLA: De GEMĒLLA “villa de GEMĒLLUS”, nombre propio romano bien documentado, con el significado de “gemelo”⁸⁵.

LIBRILLA: De LĒPORĒLLA, “la villa de LĒPORĒ-

LLUS”, antropónimo latino diminutivo de *lēpōrem* “liebre”⁸⁶. Como se recordará, *Leporello* es también un nombre propio italiano, llevado precisamente por uno de los protagonistas de la ópera Don Giovanni.

MOLINA DE SEGURA: De MOLINUM “el molino”⁸⁷.

MULA: El nombre viene de MŌLA “muela”, haciendo referencia inicialmente a la muela del estilo de las de Arizona, situada junto a la Puebla de Mula, cerca de la cual se ubicaba la *Mula* tardorromana, una de las siete ciudades del Pacto de Teodomiro de 713⁸⁸. El traslado de Mula a su ubicación actual se produjo a principios de la época árabe.

MORATALLA: Remonta a MŌLATĒLLA “pequeña muela o cerro”, doble diminutivo de MŌLA “muela, cerro”⁸⁹.

83. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 213-6. La conversión de O final en A se produce con cierta frecuencia en los topónimos latinos que han pasado por el árabe: p. ej. *Elda* < *Ello*, *Minateda* < *Madinat Eio*.
84. HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia prerromana...”; POCKLINGTON, “Toponimia islámica del Campo de Cartagena”, p. 328. Primera documentación: siglo I *ζομβροάγια /scombroária/* (ESTRABÓN 3.4.6: TIR 296); 1ª mitad siglo XIII *Iškimītra* en la *Qašida Maqšāra de al-Qarṭāyānī*; *Escombrera* (AC 7-II-1477), 1896 *Escombreras*.
85. KAJANTO, *The Latin Cognomina*, p. 295. Para una posible explicación del cambio de E > U ver: BARCELÓ, *Noms aràbics de lloc*, p. 15. Para más datos y discusión del topónimo, véase: HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 169-71.
86. Primera documentación: s. XII *Hişn Librālla* en fuente árabe (VALLVÉ BERMEJO, “La división territorial...”, p. 177); 1272 *Libriella* (*Repartimiento de Murcia*, p. 184); etc. Se trata, además, del diminutivo del nombre de la Rambla de *Lébor* (Totana), aunque teniendo en cuenta la distancia que separa los dos lugares (23km) quizás no haya una relación directa, a pesar de que se trata de sendos puentes de la vía romana entre Murcia y Lorca. Fue frecuente la creación de nombres propios a partir de esta raíz, pues Kajanto documenta en inscripciones latinas los antropónimos: *Lepora*, *Leporica*, *Leporinus/a*, *Leporius/a* y *Lepusculus*, todos derivados de LĒPŌREM “liebre” (*The Latin Cognomina*, pp. 283, 327).
87. HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia romana y de romanización...”, pp. 64-6. Primera documentación: s. XI *Mulīna* en fuente árabe, s. XI *Molina*. El cambio de la vocal final -O > -A debió producirse a su paso por el árabe. Existió en latín la voz MOLINA “molino”, pero hemos de descartarla como étimo porque no dejó descendencia en las lenguas románicas. La calificación de *Segura* se introdujo para distinguirla de otras Molina, como la de Aragón.
88. HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia romana y de romanización...”, pp. 63-4. Primera documentación: 713 *Mūla* en fuentes árabes; 1245 *Mula* (CODOM I 20). La ciudad tardorromana de *Mūla* estaba situada en el Cerro de la Almagra, 5km al este del emplazamiento actual de la ciudad, dominando el Río Mula y el lugar de Baños de Mula. Dicho poblado tardorromano tomaría su nombre del cerro testigo en forma de *muela* –en el que se hallan las ruinas del castillo árabe de *Alcalá*– ubicado enfrente, sobre la ribera derecha del Río Mula.
89. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 70-1. Primera documentación: s. XII *Muratalla* en fuente árabe (VALLVÉ BERMEJO, “La división territorial...”, p. 160); 1223 *Muratiella*, *Moratiella* (CODOM II, 1); 1243 *Muratalla* (CODOM III, 4); 1271 *Moratalla* (CODOM II, 40). Se trata de un vocablo consolidado, empleado de forma extensa en tiempos antiguos, casi siempre como nombre de sierras. Corominas también propuso partir del diminutivo de la raíz MŪRĀTA “amurallada”, o de MORETUM “arboleda de moreras”, lo que es posible en teoría, pero al tratarse en general siempre de orónimos, y dada la existencia del murciano *molata* “montaña”, sin la terminación diminutiva, resulta más verosímil la etimología MŌLATĒLLA “muelecilla”, que pasaría a **moratella* en el latín tardío (forma que se documenta en Valencia) por disimilación L-L-L > R-L-L antes de la conversión de la L-L doble latina en *elle*.

PLIEGO: Debe proceder de PĒLAGUS “laguna, poza, charca”⁹⁰.

PORTMÁN: De PÖRTUS MAGNUS “el gran puerto”⁹¹. *Al-Idrīs* lo llama *Purtumān al-Kabīr* en el siglo XII, es decir “Portmán el grande”, en posible contraste con Sant Antoni de *Portmany de Menorca*, puesto que el célebre geógrafo escribía desde Sicilia, y Menorca se encontraba en el camino por mar entre Sicilia y Cartagena.

EL PORTÚS: De PERTŪSIUM “el desfiladero”⁹², con referencia al paso estrecho entre montañas que hay que atravesar para alcanzar esta playa. *Al-Qarṭāṣyannī* alude a la rambla que desemboca allí con el nombre de *Wadī Purtuṣ*.

SANGONERA: En los textos árabes lo encontramos escrito *Šanqunayra*. Se deriva claramente del latín SANGUINĀRIA “sanguinolento”, aparentemente debido al color rojizo de sus escasas aguas⁹³.

SEGURA: El río de Murcia ha tenido diferentes nombres a lo largo de la historia. Primero en latín fue THADER, luego en árabe *al-Wād al-Abyad* “el río blanco” y por último, desde finales de la época islámica, *Segura*, denominación que recibió por ubicarse su cabecera en la Sierra de Segura. Esta sierra, a su vez, toma su nombre de la ciudad de Segura de la Sierra (Jaén), cuyo nombre remonta

al latín SECŪRA “segura”.

Toponimia púnica o cartaginesa

Sólo se conserva un nombre procedente de esta cultura en la región. Se trata, por supuesto de

CARTAGENA: Derivado, como se sabe, del fenicio *Kart Hadasht* “ciudad nueva”. La historia de este topónimo es inseparable de la de la *Carthago* tunecina, fundada anteriormente, y con el mismo nombre. En las fuentes griegas ambas ciudades se transcriben *Καρθηδών* /*karjēdōn*/, y pasan al latín como CARTHĀGO. El nombre actual procede del acusativo latino CARTHĀGĪNEM, pronunciado /*Cartāḡine*/ en el latín tardío, que pasó al árabe como *Qarṭāṣyanna*, modificado bajo la influencia del árabe *yanna* “paraíso”⁹⁴, y de ahí al castellano Cartagena.

Toponimia ibérica

Los nombres de lugar murcianos que no se hayan podido explicar mediante ninguna de las mencionadas lenguas invasoras, es verosímil que procedan, en la mayoría de los casos, de la lengua íbera, el *ibérico*, utilizada en la región desde tiempos inmemoriales hasta la romanización.

Con respecto al *ibérico* existen dos escuelas de pensamiento: filólogos que defienden

90. Primera documentación: s. XIII *Priego, Pego*; s. XIV *Pliego*. C. Hernández parte del latín PAGUS “aldea, pago” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 246-8), pero ello no explica la L de Pliego. Para la raíz PĒLAGUS, véase: COROMINAS Y PASCUAL, *Diccionario Crítico...*, s.v. *empalagar*.

91. HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia romana y de romanización...”, pp. 62-3.

92. HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 101-3.

93. POCKLINGTON, *Estudios toponímicos...*, pp. 93-4, donde propongo el mismo étimo, pero con un significado fitotoponímico, que hoy me parece menos probable tras observar el color del agua de este río. C. Hernández también parte de la misma raíz, pero en su acepción de “sanguijuela” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 93-4), que resulta menos verosímil.

94. TOVAR, *Iberische Landeskunde*, p. 190; HERNÁNDEZ CARRASCO, “Toponimia prerromana...”; POCKLINGTON, “Toponimia islámica...”, pp. 321-4. El poeta árabe-murciano *al-Qarṭāṣyannī* “el Cartagenero” pudo aprovechar un pequeño juego de palabras para alabar a su ciudad, al decir que *Qarṭāṣyanna* “Cartagena” era un *qṭr ṣanna* “rincón del paraíso”, y el geógrafo *Yāqūt* afirmaría: “el nombre de la ciudad es *Qarṭā*, y se le añadió *yanna* a causa de su perfume, su belleza y sus agradables condiciones de vida”.

su gran semejanza con el euskera y otros especialistas que no quieren admitir ninguna relación directa con el vasco, debido a las dificultades que se han encontrado para traducir las inscripciones ibéricas con la ayuda esta lengua.

Yo, por mi parte, encuentro en la toponimia numerosos indicios de proximidad entre los dos idiomas y soy de la firme opinión de que, con el tiempo, se podrá interpretar la epigrafía ibérica con la ayuda del euskera. Testimonios claros en apoyo de esta idea incluyen el nombre latino de Granada, ILIBERRI, que coincide plenamente con el vasco *ili berri* “ciudad nueva” y el de Chinchilla, SALTIGI, que es imposible no acercar el euskera *saltegi* “establo”, pues Chinchilla se hallaba justo en el punto donde la vía de Cartagena a Complutum cruzaba la Vía Augusta que iba de Roma a Cádiz⁹⁵, emplazamiento óptimo para un establo importante.

En Murcia encontramos los siguientes topónimos verosíblemente ibéricos:

Coy: Situada entre Lorca y Caravaca⁹⁶, jun-

to a un cerro cónico y con vestigios de un santuario ibérico, se derivaría del antiguo euskera *koi*, hoy *goi* “alto”, vocablo que encontramos en apellidos vascos como *Goiti*, *Goyena*, *Goikoechea* y que con la agregación del artículo determinado –A originó el apellido *Goya*.

ASCOY: Sierra que domina la ciudad de Cieza, del vasco *aitz-koi* “roca alta”⁹⁷. De su opuesto, *aitz-behe* “roca baja, o bajo la roca” procede *Aspe*, al norte de Elche, que figura como *ASPIS* en fuentes latinas. La dualidad *Ascoy* – *Aspe* se repite en el País Vasco (Gipúzcoa) en los nombres de los pueblos antiguos de *Azkoitia* y *Azpeitia*, que incorporan el sufijo adjetivo *-ti* y el artículo *-a*.

CARRASCOY: Sierra situada al SO de Murcia. Se derivaría del vasco-ibérico **cara* o **cala* – hoy *gara* “altura, montaña”, más la partícula preposicional *-z*⁹⁸, y *koi* “alto”: es decir *cara-z-koi* “la parte más alta de la sierra”⁹⁹.

CALASPARRA: Se derivaría de la misma raíz **cala* /*cara* “altura, montaña”, la partícula preposicional *-z* y **parra* (hoy *barren*) “la parte más baja”, formando: *cala-z-parra* “la parte más baja de la sierra”¹⁰⁰. El apellido *Aspa-*

95. POCKINGTON, “Toponimia ibérica, latina y árabe...”, pp. 116-22.

96. Primera documentación: *Coy* 1299 (CODOM V, 31).

97. Primera documentación: 1330 *Ascoy* (CODOM XIII/4, p.19). Para este topónimo, C. Hernández parece querer partir de la raíz latina *COLLEM* “colina”, pero no puede explicar satisfactoriamente la evolución fonética hasta *Ascoy* (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 86).

98. Un buen ejemplo de este uso lo encontramos en el sintagma euskérico actual: *ibaiaz bestalde* “el otro lado del río”, compuesto de *ibaia* “el río” + *z* + *bestalde* “el otro lado”.

99. Primera documentación: 1272 *Carascosy* (sic - *Repartimiento de Murcia*, p. 243); s. XIV *Carrascosy*. La propuesta de C. Hernández de que se trate de un mozárabismo derivado del latín *COLLEM* “colina”, o un catalanismo a partir de *coll* “cuello, collado” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 85-6), es inaceptable, ya que el mozárabe no palatalizó el grupo LL ni lo convirtió en Y, y el topónimo ya existía cuando los catalanes llegaron a Murcia; tampoco se explica, de esta manera, el elemento *Caras-/Carras-*.

100. Primera documentación: s. XII *Qalašbāra* en fuente árabe (VALLVÉ BERMEJO, “La división territorial...”, p. 159); 1243 *Calasparras* (CODOM III, 5). J. Corominas propuso partir del árabe *qalca* “castillo” más el mozárabe *axpárrac* “esparragal” (COROMINAS, *Tópica Hespérica*, I, 44), pero esta raíz habría dado **Calatasparra*, puesto que se habría activado la *tā marbūta*. C. Hernández planteó un híbrido inverosímil entre el prerromano *cala* y el catalán antiguo *sparra* “barrera” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 211-4), a pesar de que Corominas ya descartó *sparra* por ser una voz documentada sólo en el norte de Cataluña. En cualquier caso, el topónimo ya existía en árabe, con anterioridad a la llegada del catalán a esta zona, por lo que el catalán no pudo participar en su creación.



El Peñón de Gibraltar.

rrer, de la familia de Paqui Botella la esposa de uno de nuestros más prestigiosos académicos, tiene un origen euskérico similar: *aitz-parren* “en la parte más baja de la montaña”.

ESPUÑA: Del vasco-ibérico *aitz-puño* “cerro rocoso”, compuesto del euskera *aitz* “roca” y el antiguo *buño*, hoy *muño* “colina”¹⁰¹.

ALMUDEMA: Una pequeña población situada unos 14 kilómetros al SO de Caravaca. Su nombre procede del árabe *al-mudayna* “la ciudad pequeña, la ciudadela”, y hace referencia a las ruinas iberorromanas de La Encarnación situadas a unos 3km del pueblo¹⁰². En

el siglo XI el autor árabe *al-Udrī* hace referencia a este lugar con el nombre *Īṭṭaṭīla*, pronunciación mozárabe del latín *CIVITATĒLLA*, cuyo significado es también “la ciudad pequeña, la ciudadela”. El nombre actual es, pues, la traducción árabe del nombre anterior latino. Por último, según la evidencia epigráfica, el yacimiento de La Encarnación se llamó *Asso* en la época romana, que parece ser el

ibero-vasco **auso** “poblado pequeño”. En resumen, los dos últimos nombres *Īṭṭaṭīla* y *Almudema* parecen ser sucesivas traducciones del primitivo ibérico *AUSO* o *ASSO*.

Toponimia griega

Antes de la llegada colonizadora de los cartagineses y romanos, los fenicios primero, y los griegos después, recorrieron estas costas en expediciones comerciales estableciendo puntos de intercambio con las tribus nativas todo lo largo de las orillas mediterráneas de la Península. No conocemos el nombre de

101. Primera documentación: 1305 la *Sierra Espuña* (CODOM II, 172). La etimología tradicional, partiendo del latín *spnda*, con un significado “margen, terreno inculto” (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El mozárabe, catalano-aragonés...”, pp. 103-4), es inverosímil porque requiere el cambio ND > NN, que no se produjo en el mozárabe (el nombre debió pronunciarse en árabe *ispónal* o *ispónnal* ya que encontramos la *nisba* (apellido gentilicio) *Alisponi* en la documentación murciana medieval. El euskera actual *munu*, *muño* “colina” (ant. *buno*, *buño*) combinó con *aitz* “roca, peña” para dar los guipuzcoanos *muñatz* “colina” y *munáizka* “cerro” (< *munu-aitz*). *Espuña* se forma con estos mismos elementos, pero con la variante antigua *buño* y ordenados al revés (*aitz-buño*), orden que también hallamos en el apellido de idéntica estructura y significado *Aizpuru* (< *aitz-buru*) de *aitz* “roca, peña” y *buru* “cabeza, cima”. *Aizpuru* muestra, asimismo, la conversión de B > P tras Z que encontramos en *Espuña*. El cambio de O final > A es frecuente en topónimos que han pasado por la pronunciación árabe (cfr. *Churra*, *Condomina*, *Elda*).

102. Primera documentación: 1545 *Almudema* (SÁNCHEZ ROMERO, *El Campo de Caravaca*, pp. 240-1). La terminación *-ma*, el lugar de *-na*, se debe a un proceso de intercambio espontáneo de M/N en posición inicial de sílaba, fenómeno que se observa con cierta frecuencia en la toponimia de origen árabe (más casos en: POCKLINGTON, “*Toponimia ibérica, latina y árabe...*”, pp. 154). C. Hernández acierta en la etimología pero cree, erróneamente, que *Almudena* es la verdadera pronunciación del topónimo (HERNÁNDEZ CARRASCO, “El árabe en la toponimia murciana”, pp. 194-5).

ninguna colonia fenicia que se hubiera ubicado en esta región, pero sí se conserva un topónimo que atestigua el paso de los marineros griegos.

EL CABO COPE: Tras sus viajes hasta los límites del mundo conocido, los marineros griegos volvían a su país contando la leyenda de las Columnas de Hércules, peñones que sujetaban el cielo en los límites occidentales del mundo como los pilares que sostenían el techo de sus templos.

Una de estas columnas sabemos que fue el Peñón de Gibraltar, llamado *κάλλιπη* /*calpē*/ en las fuentes griegas y latinas. Ahora, Calpe es también el nombre de la ciudad alicantina situada junto al Peñón de Ifach, peñasco que en todo se semeja al Peñón de Gibraltar, de modo que no es excesivamente atrevida la idea de que el Peñón de Ifach fuera otra de las columnas de Hércules, y que se llamase inicialmente *Calpe*, como la ciudad situada a su lado, y como el Peñón de Gibraltar.

El murciano *Cabo de Cope*, aunque no tan majestuoso, también tiene algo de la forma de los peñones de Gibraltar y de Ifach (véanse las ilustraciones), y teniendo en cuenta la frecuencia con que el grupo fonético AL se con-



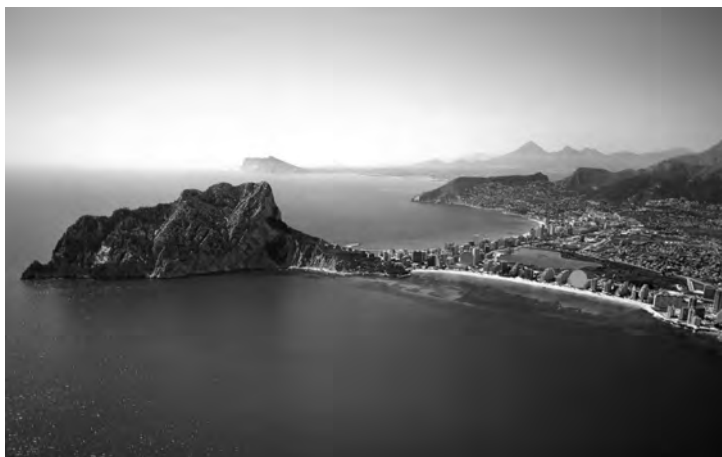
El Peñón de Ifach, ¿una columna de Hércules?

vierte en O en las lenguas románicas, se impone la conclusión de que *Cope* debe proceder de CALPE, con lo que las tierras murcianas también albergarían otra de las legendarias columnas de Hércules¹⁰³.

Toponimia de procedencia desconocida

Aparte de estos nombres, quedan otros cuyo verdadero origen es aún un misterio. Seguramente serán mayoritariamente ibéricos, o incluso pre-ibéricos. Pienso particularmente en *Caravaca*, *Lorca*, *Yecla*, *Cieza*, *Ricote*, *Bullas* y *Abanilla*. Quizás en el futuro, con los avances en nuestro conocimiento de las primeras lenguas habladas en el sureste peninsular, se podrá decir algo más sobre la procedencia de estos interesantes nombres.

103. POCKLINGTON, "Calpe, Cope y un grupo importante de nombres de montañas". Primera documentación: *Cope*, a finales del s. XV. Del ant. griego *κάλλιπη* /*calpē*/ "cántaro, tinaja, urna". Los tres "Calpe" tienen en común su emplazamiento junto a imponentes cabos marinos, los cuales, aunque arrancan de la costa casi a nivel del mar, se rematan en enormes peñascos. Estos peñascos fueron bautizados *tinajas* por los marineros griegos, y más tarde dieron pie a la leyenda de las columnas de Hércules. La propuesta de C. Hernández (HERNÁNDEZ CARRASCO, "El mozarabe, catalano-aragonés...", pp. 123-4) de partir del catalán *cop* "bolsa o saco de red con que terminan varias artes de pesca" ha de descartarse porque en las formas documentadas falta siempre el artículo determinado, imprescindible en un neologismo catalán bajomedieval, de origen léxico.



El Peñón de Ifach.



El Cabo de Cope.

Bibliografía

- AC = *Actas Capitulares del Concejo de Murcia*, Archivo Municipal de Murcia.
- ALVAR EZQUERRA, M. (2000): *Tesoro léxico de las hablas andaluzas*, Arco-Libros, Madrid.
- AMM = *Actas Capitulares del Concejo de Murcia*, Archivo Municipal de Murcia.
- ANDOLZ, R. (2004) *Diccionario Aragonés*, ed. Mira, 5ª ed., Zaragoza.
- ASÍN PALACIOS, M. (1940): *Contribución a la toponimia árabe de España*, Madrid-Granada.
- ASÍN PALACIOS, M. (1994): *Glosario de voces romances registradas por un botánico anónimo hispano-musulmán (siglos XI-XII)*, ed. facsímile, Univ. de Zaragoza.
- BA = *Biblioteca de al-Andalus*, 8 vols., Fundación Ibn Tufayl de Estudios Árabes, Almería, 2004-11.
- Al-bakrī, A. ĆU., (1982): *Geografía de España* (Kitāb al-masālik wa-l-mamālik), trad. E. Vidal Beltrán, Textos Medievales, 53, ed. Anubar, Zaragoza.
- BARCELÓ TORRES, C. (1983): *Toponimia arábica del País Valencià. Alqueries i castells*, Valencia.
- BARCELÓ TORRES, C. (2010): *Noms aràbics de lloc*, Bromera, Alzira, 162 pp.
- BEN JAAFAR, E. (1985): *Les noms de lieux de Tunisie. Racines vivantes de l'identité nationale*, Université de Tunis / C.E.R.E.S., Túnez.
- CARMONA GONZÁLEZ, A. (1984): "Murcia, ¿Una fundación árabe? (Historiografía de una polémica)", *Miscelánea Medieval Murciana*, XI, Universidad de Murcia, 9-65.
- CARMONA GONZÁLEZ, A. (1987): "Noticias geográficas árabes referentes al Bilād Tudmir", *Murgetana*, 72, Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 115-122.
- CARMONA GONZÁLEZ, A. (1993): "Gara-dén y otros topónimos del antiguo señorío de Jorquera", *Antigüedad y Cristianismo*, X, Murcia, 609-612.
- CARMONA GONZÁLEZ, A. Y POCKLINGTON, R. (2008): *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia.
- CASCALES, F. (1621): *Discursos Históricos, de la Muy Noble y Muy Leal, Ciudad de Murcia*, 3ª ed., [1874], Murcia.
- CATASTRO DE ENSENADA (1757): Los libros manuscritos correspondientes a la provincia de Murcia se conservan en el Archivo Histórico de Murcia, Fondo Exento de Hacienda.
- CODOM = *Colección de documentos para la historia del Reino de Murcia*, Academia Alfonso X el Sabio.

- CODOM I¹: *Documentos de Alfonso X el Sabio*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 1963.
- CODOM I²: *Documentos de Alfonso X el Sabio*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 2008 (muy ampliada).
- CODOM II: *Documentos del s. XIII*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 1969.
- CODOM III: *Fueros y Privilegios de Alfonso X el Sabio al Reino de Murcia*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 1969.
- CODOM IV: *Documentos de Sancho IV*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 1977.
- CODOM V: *Documentos de Fernando IV*, ed. J. Torres Fontes, Murcia, 1980.
- CODOM VI: *Documentos de Alfonso XI*, ed. F. Veas Arteseros, Murcia, 1997.
- CODOM VII: *Documentos de Pedro I*, ed. A.-L. Molina Molina, Murcia, 1978.
- CODOM X: *Documentos del Siglo XIV*, 2, ed. F. Veas Arteseros, Murcia, 1985.
- CODOM XII: *Documentos del Siglo XIV*, 3, ed. F. Veas Arteseros, Murcia, 1990.
- CODOM XIII: *Documentos del Siglo XIV*, 4- Archivo de la Catedral de Murcia, ed. I. García Díaz, Murcia, 1989.
- CODOM XXIV: *Documentos del Juana I (1511-1516)*, ed. A. Gomariz Marín, Murcia, 2006.
- COLOMINA I CASTANYER, J. (2000): "El dialecto murciano como resultado del contacto lingüístico medieval castellano-catalán", *Estudios de sociolingüística: Lenguas, sociedades e culturas*, 1/1, Universidad de Vigo, 153-72.
- COROMINAS, J. (1972): *Tópica Hespérica. Estudios sobre los antiguos dialectos, el substrato y la toponimia romances*, 2 vols., Gredos, Madrid.
- COROMINAS, J. Y PASCUAL, J.A. (1980-91) *Diccionario crítico etimológico castellano e hispánico*, 6 vols., Gredos, Madrid.
- COROMINES, J. (1980-91): *Diccionari etimològic i complementari de la llengua catalana*, 9 vols, Barcelona.
- COROMINES, J. (1989-97): *Onomasticon Cataloniae*, 8 vols., Barcelona.
- CORRIENTE, F. (1977): *A Grammatical Sketch of the Spanish Arabic Dialect Bundle*, Instituto Hispano-Árabe de Cultura, Madrid.
- CORRIENTE, F. (1991): *Diccionario árabe-español*, 3ª ed., Herder, Barcelona.
- CORRIENTE, F. (1997): *A Dictionary of Andalusí Arabic*, Brill, Leiden.
- AL-ḌABBĪ (1884-5): *Desiderium quaerentis historiam virorum populi Andalusiae ab Adh-Dhabbi scriptum*, ed. F. Codera y J. Ribera, Bibliotheca Arabico-Hispana, III, Madrid.
- DE HOYOS, A. (1975): "Murcia, Mursiya y otros topónimos de origen indoeuropeo", *Murgetana*, 40, 5-15.
- DESCRIPCIÓN ANÓNIMA (1983): *Una descripción anónima de al-Andalus*, ed. y trad. L. Molina (2 vols.), C.S.I.C., Madrid.
- DÍAZ CASSOU, P. (1877): *Memoria sobre los Riegos del Segura*, Murcia. [Publ. 1879]
- DOZY, R. (1881): *Supplément aux Dictionnaires Arabes*, 2 vols., Brill, Leiden.
- ENCYCLOPAEDIA OF ISLAM (THE), New Edition (=EI2), 12 vols. + índices, Brill, Leiden, 1960-2009.
- EPALZA, M. DE (1980): "Cartagena tiene un nombre arabizado", *Revista Sureste*, Cartagena, Diciembre.
- ERNOUT, A. ET MEILLET, A. (1967): *Dictionnaire étymologique de la langue latine*, Klincksieck, 4ª ed., París.

- ESTRABÓN (2007): *Geografía de Iberia*, trad. J. Gómez Espelosín, Alianza, Madrid.
- FABRA, P. (1974): *Diccionari general de la llengua catalana*, 6ª ed., Barcelona [1ª ed. 1932].
- FAURE SABATER, R. (2002): *Diccionario de nombres propios*, Espasa, Madrid.
- GALMÉS DE FUENTES, A. (2000): *Los topónimos: sus blasones y trofeos (la toponimia mítica)*, Real Academia de la Historia, Madrid.
- GARCÍA DÍAZ, I. (2007): *Documentación medieval del Archivo Municipal de Lorca (1257-1504)*. Estudio y edición, Universidad de Murcia/Ayuntamiento de Lorca/Real Academia Alfonso X el Sabio.
- GARCÍA MARTÍNEZ, G. (1986): *El habla de Cartagena*, Universidad de Murcia/Ayuntamiento de Cartagena, Murcia [1ª ed. 1960].
- GARCÍA SORIANO, J. (1932): *Vocabulario del dialecto murciano*, Madrid.
- GASPAR REMIRO, M. (1905): *Historia de Murcia Musulmana*, Zaragoza. [Reimpr.: Academia Alfonso X el Sabio [Biblioteca Murciana del Bolsillo, 8], Murcia, 1980].
- GÓMEZ ESPÍN, J.M., (2004): *Aprovechamiento integral del agua en la Rambla de Nogalte (Puerto Lumbreras - Murcia)*, Universidad de Murcia.
- GONZÁLEZ BLANCO, A. (1981): “Las otras “Murcias” de España. Nuevos datos para el estudio de la significación del topónimo Murcia”, *Murgetana*, 61, Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 3-10.
- GONZÁLEZ BLANCO, A. (1987): “La toponimia del municipio de Fortuna”, *Anti-güedad y Cristianismo*, IV, Universidad de Murcia, 63-84.
- GONZÁLEZ BLANCO, A. (1989): “El nombre de Murcia. Nuevas perspectivas para su estudio”, *Murcia Musulmana*, Ayuntamiento de Murcia/Ediciones Almadí, Murcia, 75-84.
- GONZÁLEZ BLANCO, A. y GARCÍA GARCÍA, I. (1998): *Repertorio Alfabético de la Toponimia de la Región de Murcia*, Editorial KR, Murcia.
- GRANDAL LÓPEZ, A. (1986): “Historia lingüística de Cartagena durante la Edad Media”, *Historia de Cartagena*, VI, Ediciones Mediterráneo, Murcia, 407-20 [ed. 1988].
- GRANDAL LÓPEZ, A. (1987): “Algunas dades sobre la toponimia cartagenera d'origen català”, *Societat d'Onomàstica. Butlletí Interior*, XXV (sept 1986), 5-7.
- GRANDAL LÓPEZ, A. (2004): “Introducción histórica y lingüística a la toponimia de Cartagena y su Campo”, *Revista Murciana de Antropología*, 11, 251-60.
- HERNÁNDEZ CARRASCO, C.V. (1975-6): “El árabe en la toponimia murciana”, *Anales de la Universidad de Murcia, Filosofía y Letras*, vol. XXXIV (nº. 1-4), (ed. 1978), 153-257.
- HERNÁNDEZ CARRASCO, C.V. (1976): “Análisis de tres topónimos murcianos”, *Homenaje al Prof. Muñoz Cortés*, Universidad de Murcia, 253-66.
- HERNÁNDEZ CARRASCO, C.V. (1977): “Toponimia prerromana en Murcia: Cartagena, Cieza, Aledo y Escombreras”, *Revista: Murcia*, III/12, Diputación Provincial de Murcia, oct-dic 1977, 8pp.

- HERNÁNDEZ CARRASCO, C.V. (1977-8): "El mozárabe, catalano-aragonés, valenciano y murciano reflejados en la toponimia provincial", *Anales de la Universidad de Murcia, Filosofía y Letras*, vol. XXXVI (nº. 1-2), 59-150.
- HERNÁNDEZ CARRASCO, C.V. (1978): "Toponimia romana y de romanización en Murcia", *Murgetana*, 53, 59-70.
- AL-ḤIMYARĪ (1938): *La Péninsule Ibérique au Moyen-Age d'après le KITĀB AR-RAWḌ AL-MIḤṬĀR FĪ ḤABAR AL-AḤṬĀR* d'Ibn ʿAbd Al-Muncim Al-Ḥimyarī, texto árabe y traducción francesa por E. Lévi-Provençal, Brill, Leiden.
- IBN ʿABD AL-MALIK (Dayl): al-Dayl wa-l-takmila li-kitābay l-Mawṣūl wa-l-Šila, vol. I (2 partes), ed. Muḥammad b. Šarīfa, Beirut, [1971]; vols. IV (final), V (2 partes) y VI (2 partes), ed. Iḥsān ʿAbbās, Beirut, [1964], [1965] y 1973; vol. VIII (2 partes), ed. Ibn Šar fa, Rabat, 1984.
- IBN AL-ABBĀR (1886): *Almôcham de discipulis Abu Ali Assadafi*, ed. F. Codera, Bibliotheca Arabico-Hispana, IV, Madrid.
- IBN AL-ABBĀR (1889): *Complementum libri Assilah (dictionarium biographicum) ab Aben Al-Abbar (= Takmila)*, ed. F. Codera, Bibliotheca Arabico-Hispana, V-VI, Madrid.
- IBN BAŠKUWĀL (1882-3): *Aben-Pascualis Assila (dictionarium biographicum)*, ed. F. Codera, 2 vols., Bibliotheca Arabico-Hispana, I-II, Madrid.
- IBN AL-FARADĪ (1891-2): *Historia virorum doctorum Andalusiae (dictionarium biographicum) ab Aben Al-Faradhi scripta*, ed. F. Codera, Bibliotheca Arabico-Hispana, VII-VIII, Madrid.
- IBN ḤAYYĀN (1979): *Al-Muqtabis*, V (texto árabe), ed. P. Chalmeta, F. Corriente y M. Šubḥ, Madrid.
- IBN ḤAYYĀN (2001): *Crónica de los emires Alḥakam I y ʿAbdarraḥmān II entre los años 796 y 847 [Almuqtabis II-1]*, traducción, notas e índices de Maḥmūd ʿAli Makkī y Federico Corriente, Instituto de Estudios Islámicos y del Oriente Próximo, Zaragoza.
- IDÁÑEZ DE AGUILAR, A. F. (2001): *Vocabulario del nordeste andaluz (El habla de las Sierras de Segura y de Cazorla)*, Diputación Provincial de Jaén.
- AL-IDRĪSĪ (1866): *Description de l'Afrique et de l'Espagne par Edrîsî*, texto árabe y traducción francesa por R. Dozy y M.J. de Goeje, Leiden.
- AL-IDRĪSĪ (1989): *Los caminos de al-'Andalus en el siglo XII*, edición de J.A. Mizal, C.S.I.C., Madrid.
- INE = *Distribución territorial de apellidos*, Instituto Nacional de Estadística, disponible en la dirección [<http://www.ine.es/fapel/FAPEL.INICIO>].
- KAJANTO, I. (1982): *The Latin Cognomina*, Societas Scientiarum Fennica, Helsinki, 1965 (reimpr. ed. Bretschneider, Roma, 1982).
- KASPERS, W. (1918): *Etymologische Untersuchungen über die mit -ācum, -ānum, -ascum und -uscum gebildeten nordfranzösischen Ortsnamen*, Halle.
- KAZIMIRSKI, A. DE B. (1860): *Dictionnaire Arabe-Français*, 2 vols, París [Reimpr. Librairie du Liban, Beirut, s.f.].
- KEREXETA, J. DE (1990): *Diccionario Amaia de la lengua vasca*, Fuenlabrada (Madrid).
- LABARTA, A. (1987): *La onomástica de los moriscos valencianos*, C.S.I.C., Madrid.

- LIROLA DELGADO, J. (2005): *Almería andalusí y su territorio*. Textos geográficos, Fundación Ibn Tufayl de Estudios Árabes, Almería.
- LOPES, D. (1902): "Toponymia arabe de Portugal", *Revue Hispanique*, París-New York, IX, 35-74.
- MANCHA, R. DE (1836): *Memoria sobre la población y los riegos de la Huerta de Murcia*, Imp. Mariano Bellido, [Murcia].
- AL-MAQQARĪ (1855-61): *Analectes sur l'histoire et la littérature des Arabes d'Espagne (=Nafḥ al-Ṭīb)*, ed. R. Dozy, G. Dugat, L. Krehl y W. Wright, 2 vols., Leiden. [Reimpresión: Amsterdam Oriental Press, 1967]
- MARTÍNEZ RUIZ, J. (2002): *El lenguaje del suelo (Toponimia)*, Universidad de Jaén.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1951): "Murcia y Mortera, dos topónimos hidrográficos", *Estudios de Lingüística*, Espasa-Calpe (col. Austral, nº 1312), 73-83.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1968): *Toponimia prerrománica hispana*, Gredos, Madrid.
- MENÉNDEZ PIDAL, R. (1976): *Orígenes del español*, 8ª ed., Espasa-Calpe, Madrid.
- MEYER-LÜBKE, W. (1972): *Romanisches Etymologisches Wörterbuch*, 5ª ed. Heidelberg.
- MICHELENA, L. (1997): *Apellidos vascos*, 5ª ed., ed. Txertoa, San Sebastián.
- MOLINA MOLINA, A.L. (1976): "Mercaderes genoveses en Murcia durante la época de los Reyes Católicos (1475-1516)", *Miscelánea Medieval Murciana*, II, Universidad de Murcia, pp. 277-312.
- MOLINER, M. (2001): *Diccionario de uso del español*. Edición electrónica, versión 2.0, Gredos, Madrid.
- MOREU-REY, E. (1982): *Els nostres noms de lloc*, Moll, Palma de Mallorca.
- NIETO BALLESTER, E. (1997): *Breve diccionario de topónimos españoles*, Alianza, Madrid.
- NIETO JIMÉNEZ, L. y ALVAR EZQUERRA, M., *Nuevo tesoro lexicográfico del español* (s. XIV-1726), 11 vols., Real Academia Española, Madrid, 2007.
- OLIVER ASÍN, J. (1973): "En torno a los orígenes de Castilla: su toponimia en relación con los árabes y los beréberes", *Al-Andalus*, XXXVIII, 319-391.
- ONOMASTICON ARABICUM, *Ossia Repertorio alfabetico dei nomi di persona e di luogo contenuti nelle principali opere storiche, biografiche e geografiche, stampate e manoscritte, relative all'Islām*, compilado por L. Caetani y G. Gabrieli, vol. I (Fonti - Introduzione), Roma, 1915.
- ORDENANZAS DE LORCA (1713): *Ordenanzas y privilegios de la muy noble y leal ciudad de Lorca*, Granada. [Reimpr. Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 1983]
- ORTEGA PAGÁN, N., ORTEGA LORCA, N. y J. (1973): *Callejero murciano*, Ayuntamiento de Murcia.
- PABÓN, J.M. (1953): "Sobre los nombres de la "villa" romana en Andalucía", *Estudios dedicados a Menéndez Pidal*, IV, 87-165.
- PIERI, S. (1919): *Toponomastica della Valle dell'Arno*, ed. Arnaldo Forni, Roma.
- PIEL, J.M. y KREMER, D. (1976): *Hispanogotisches Namenbuch. Der Niederschlag des Westgotischen in den alten und heutigen Personen- und Ortsnamen der Iberischen Halbinsel*, Heidelberg, Carl Winter - Universitätsverlag.

- POCKLINGTON, R. (1979-80): "Calpe, Cope y un grupo importante de nombres de montañas", *Anales de la Universidad de Murcia, Filosofía y Letras*, vol. XXXVIII (nº 2), 237-48 [ed. 1981].
- POCKLINGTON, R. (1982): "Sobre algunos topónimos árabes murcianos", *Al-Qanṭara*, III, C.S.I.C., Madrid, 173-214.
- POCKLINGTON, R. (1985): "Seis voces de origen árabe", *Revista de Filología Española*, LXV, 51-74.
- POCKLINGTON, R. (1985): "Nuevos datos sobre cinco puertas musulmanas y una torre de la cerca medieval de Murcia", *Al-Qanṭara*, VI, C.S.I.C., Madrid, 469-89.
- POCKLINGTON, R. (1986): "El sustrato árabe-granadino en la formación de los dialectos orientales del andaluz", *Revista de Filología Española*, LXVI, 75-100.
- POCKLINGTON, R. (1986): "Toponimia islámica del Campo de Cartagena", *Historia de Cartagena*, V, Ediciones Mediterráneo, Murcia, 319-340 (ed. 1987).
- POCKLINGTON, R. (1986): "Antecedentes mozárabes y musulmanes del culto a San Ginés de la Jara", *Historia de Cartagena*, VI, Ediciones Mediterráneo, Murcia, 339-352 (ed. 1988).
- POCKLINGTON, R. (1986): "Notas de toponimia árabe-murciana", *Sharq al-Andalus*, 3, 115-28.
- POCKLINGTON, R. (1987) "El emplazamiento de Iyi(h)", *Sharq al-Andalus*, 4, 175-198.
- POCKLINGTON, R. (1987-9): "La etimología de los topónimos "Chinchilla" y "Nubla", *Homenaje al profesor Luis Rubio II, Estudios Románicos*, Univ. de Murcia, V, 1137-51.
- POCKLINGTON, R. (1988): "Apostillas de hidronimia árabe-murciana", *Sharq al-Andalus*, 5, 163-167.
- POCKLINGTON, R. (1988): "La influència catalana en la toponímia de l'horta i el camp de Múrcia", *Miscel·lània d'homenatge a Enric Moreu-Rey*, III, Biblioteca Abat Oliva, Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 43-62.
- POCKLINGTON, R. (1990): *Estudios toponímicos en torno a los orígenes de Murcia*, Academia Alfonso X el Sabio [Biblioteca Murciana del Bolsillo, 107], Murcia.
- POCKLINGTON, R. (2008): "La toponimia como fuente histórica" en: Carmona, A. y Pocklington, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 86-101.
- POCKLINGTON, R. (2008): "Acequias árabes y pre-árabes en Murcia y Lorca" en: CARMONA, A. y POCKLINGTON, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 102-122.
- POCKLINGTON, R. (2008): "La Vega de Murcia hasta el año 1000" en: Carmona, A. y Pocklington, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 124-44.
- POCKLINGTON, R. (2008): "Estructura y desarrollo de la red árabe de acequias en Murcia" en: Carmona, A. y Pocklington, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 146-74.
- POCKLINGTON, R. (2008): "El aprovechamiento de las inundaciones y crecidas" en: CARMONA, A. y POCKLINGTON, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 176-88.

- POCKLINGTON, R. (2008): "Interpretación de los nombres de las acequias" en: CARMONA, A. y POCKLINGTON, R., *Agua e irrigación en la Murcia árabe*, ed. Esamur, Murcia, 190-295.
- PROSOPOGRAPHIA (1978): *Prosopographia Imperii Romani*, Saec. I.II.III, Parte III (p-z), ed. P. Rohden y H. Dessav, Berlín, 1878 [reimpr. W. Gruyter, Berlín/New York, 1978].
- AL-QARTĀYĀN (1925): *Kitāb rafʿ al-ḥuṣub al-mastūra fī maḥāsin al-maqṣūra* [edición de la *Qaṣīda maqṣūra* comentada por *Abū l-Qāsim Muḥammad b. Aḥmad* (=al-Šarīf al-Garnāṭī)], El Cairo, Imprenta al-Sacāda, 1344h=1925).
- REAL ACADEMIA ESPAÑOLA (2003): *Diccionario de la lengua española*, 22ª ed., Espasa-Calpe.
- REPARTIMIENTO DE MURCIA: ed. J. Torres Fontes, C.S.I.C./Academia Alfonso X el Sabio, Madrid, 1960.
- GONZÁLEZ BLANCO, A. y GARCÍA GARCÍA, I., *Repertorio alfabético de la toponimia de la Región de Murcia*, Murcia, 1998.
- RODRÍGUEZ LLOPIS, M. (1988): *Documentos para la Historia Medieval de Moratalla*, Academia Alfonso X el Sabio [Biblioteca Murciana del Bolsillo, 98], Murcia.
- ROLDÁN HERVÁS, J.M. (dir.) (2006): *Anti-güedad Hispana*, Diccionario Akal de la, Akal, Madrid.
- RUIZ MARÍN, D. (2007): *Vocabulario de las hablas murcianas. El español hablado en Murcia*, Ed. Diego Marín, Murcia.
- SABIO GONZÁLEZ, R. (2008): *Villas, propietarios y nombres de lugar en la Hispania romana*, ed. Laergastula, Madrid.
- SÁNCHEZ ROMERO, G. (1987): *El Campo de Caravaca (Murcia). Bases Históricas*, ed. Ayuntamiento de Caravaca de la Cruz.
- SERRA RUIZ, R. (1981): *Estudios de historia de Murcia*, Academia Alfonso X el Sabio, Murcia.
- SCHULZE, W. (1904): *Geschichte lateinischer Eigennamen*, Berlín.
- SILLIÈRES, P. (1990): *Les voies de communication de l'Hispanie meridionale*, París.
- SIMONET, F. J. (1888): *Glosario de voces ibéricas y latinas usadas entre los mozárabes*, Madrid. [Reimpr. Amsterdam Oriental Press, 1967]
- SKOK, P. (1906): *Die mit den Suffixen -ācum, -ānum, -āscum und -uscum gebildeten südfrenzösische Ortsnamen*, Halle.
- SOPHER, D.E. (1955): "Arabic place names in Spain", *Names. Journal of the American Society*, III, Berkeley, 5-13.
- STEIGER, A. (1932): *Contribución a la fonética del hispano-árabe y de los arabismos en el ibero-románico y el siciliano*, Madrid. [Reimpresión: C.S.I.C., Madrid, 1991]
- STEIGER, A. (1958): "Toponimia árabe de Murcia", *Murgetana*, 11, Academia Alfonso X el Sabio, Murcia, 5-23.
- TERÉS, E. (1968): "Al-walaṣa", topónimo árabe", *Al-Andalus*, XXXIII, 291-309.
- TERÉS, E. (1986): *Materiales para el estudio de la toponimia hispanoárabe*. Nómima Fluvial, C.S.I.C., Madrid.
- TERÉS, E. (1990-92): "Antroponimia hispanoárabe (reflejada por las fuentes latino-romances)", *Anaquel de Estudios Árabes*, I, 1990, 129-186; II, 1991, 13-34; III, 1992, 11-35.
- TIR, J-30 = *Tabula Imperii Romani*. Hoja J-30: Valencia, Unión Académica Internacional, Madrid, 2000.

- TORRES FONTES, J. (1965): "El monasterio de San Ginés de la Jara en la Edad Media", *Murgetana*, XXV, Murcia, 39-90.
- TORRES FONTES, J. (1971): *Repartimiento de la Huerta y Campo de Murcia en el siglo XIII*, C.S.I.C./Academia Alfonso X el Sabio, Murcia.
- TORRES FONTES, J. (1975): *El regadío murciano en la primera mitad del siglo XIV*, Junta de Hacendados de la Huerta de Murcia, Murcia.
- TORRES FONTES, J. (1982): *Documentos para la Historia Medieval de Cehegín*, Academia Alfonso X el Sabio [Biblioteca Murciana del Bolsillo, 38], Murcia.
- TORRES FONTES, J. (1998): *Documentos para la Historia Medieval de Ceutí*, Academia Alfonso X el Sabio [Biblioteca Murciana del Bolsillo, 136], Murcia.
- TOVAR, A. (1989): *Iberische Landeskunde*, IIª parte: *Las tribus y las ciudades de la antigua Hispania*, 3 - Tarraconensis, Baden-Baden.
- AL-^cUDRĪ (1965): *Fragmentos Geográfico-Históricos de Al-Masālik ilā Gamīc Al-Mamālik (=Tarṣīc Al-Ajbār)*, ed. Al-Ahwānī, Instituto de Estudios Islámicos, Madrid.
- VALLVÉ BERMEJO, J. (1972): "La división territorial en la España musulmana (II). La Cora de "Tudmīr" (Murcia)", *Al-Andalus*, XXXVII (fasc. 1).
- VOCABULISTA IN ARABICO: ed. C. Schiaparelli, *Vocabulista in arabico, pubblicato per la prima volta sopra un codice della Biblioteca Riccardiana di Firenze*, Florencia, 1871.
- WEHR, H. y COWAN, J. (1976): *Arabic-English Dictionary. The Hans Wehr Dictionary of Modern Written Arabic* edited by J.M. Cowan, Spoken Language Services, Inc., New York.
- WHITE, J.T. y RIDDLE, J.E. (1876): *Latin-English Dictionary*, 5ª ed., London.
- YĀQŪT (s.f.): *Mu^cġam al-buldān*, 5 vols., Beirut.

Índice de topónimos estudiados

Abarán	347	Benizar	345
Águilas	349	Blanca	339
Albadel	347	Cabo de Palos	350
Albatalía	346	Cagitan	345
Albudeite	344	Calabardina	342
Alcantarilla	350	Calarreona	342
Alcázares, Los	344	Calasparra	353
Aledo	350	Calblanque	342
Alguazas	343	Calnegre	342
Alhama	343	Calpe	351
<i>Alihud, Acequia</i>	347	Camachos, Los	338
Aljucer	343	Campos del Río	339
Aljufia	343	Caravaca	355
<i>Almendolero, Charco del</i>	340	Carmolí, El	342
Almendricos	339	Carrascoy	353
Almudema	354	Cartagena	352
Alquibla	343	Casillas	339
Arboleja, La	344	Cehegín	346
Archena	350	Ceuti	346
Ascoy	353	Chinchilla	353
Aškāba	350	Churra	350
<i>Asnete</i>	339	Columbares	350
Asso	354	Condomina, La	350
Avileses	338	Cope, Cabo	338
Azohía, La	344	Corvera	353
Balsicas	339	Coy	353
Benablón	346	Cresta del Gallo, La	338
Beniaján	345	Escombreras	351
Beniel	345	Espinardo	343
Benipila	346	Espuña	354
Beniscornia	345	Estacio, El	342

Fenazar, El	341	San Javier	338
Fuente Álamo	338	<i>San Laurés, Alcázar de</i>	348
Garres, Los	338	San Pedro del Pinatar	340
Garruchal, Puerto del	340	Sangonera	352
Gorguel, El	342	Santa Pola	348
Guadalentín	347	Santomera	348
Inazares	341	Segura, Río	352
Isla Grosa	342	Senda de Granada	350
Isla Plana	342	Sucina	341
Javalí	346	Susaña - <i>Šuŷānna</i>	348
Jumilla	351	Torre Pacheco	338
Librilla	351	Totana	347
Llano de Brujas	340	<i>Tudmir</i>	347
Lo Ferro	341	Ulea	344
Lo Pagán	341	Unión, La	338
Lorquí	346	Urrutias, Los	338
Martínez del Puerto, Los	338	Valladolises	339
Mazarrón	344	Villanueva del Segura	339
Mojón, El	338	<i>Ŷṭaṭīla</i>	354
Molina de Segura	351	Zaraíche	344
Monteagudo	339	Zeneta	346
Moratalla	351		
Mula	351		
Murcia	348		
Narejos, Los	338		
Nelva	345		
Ñora, La	340		
Ojós	344		
Paca, La	340		
Pinatar, El	340		
Plan, El	342		
Pliego	352		
Portmán	352		
Portús, El	352		
Puente Tocinos	341		
Puerto Lumbreras	340		
Raal, El	344		
Ramos, Los	338		
Roldán	338		
San Ginés de la Jara	348		

Discurso de presentación

del Dr. D. Víctor Bautista Hernández

✿ **María Trinidad Herrero Ezquerro** ✿

Académica y Secretaria de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Ilmo. Sr. Vicesecretario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmos. e Ilustrísimos Académicos de la Real Academia de Medicina y Cirugía Murcia, Señoras y Señores.

Me considero muy honrada al tener la oportunidad de presentarles a Don Víctor Bautista Hernández que va a desarrollar su discurso de ingreso como Académico Correspondiente. Es para mí un gran honor y agradezco públicamente haber tenido el privilegio de referir los méritos del beneficiario así como glosar el contenido de su discurso.

Don Víctor Bautista Hernández es especialista en Cirugía Cardiovascular pero con un profundo interés científico forjado desde sus años de estudiante de Medicina en la Facultad de la Universidad de Murcia.

Don Víctor nació en esta tierra maravillosa y fértil de la cuenca del Segura. Es murciano de pura cepa y ejerce y presume de murciano allí donde va. Sus padres, Doña Concepción, Conchita y Don José, Pepe, le transmitieron el valor de la responsabilidad y de la superación. Sus hermanos José y Jorge completan el núcleo familiar que rezuma honestidad, generosidad y sacrificio. Si no se conoce a sus padres no se concibe que este chico que empezó medicina en el año 1993 hace justo 20 años fuera ya desde los 18 años (y de

buen seguro antes) un estudiante excepcional, con simpatía y empeño en el trabajo y en la superación del día a día. Se de lo que hablo porque fue jefe de mesa de mi primera promoción de estudiantes en Murcia, y además son mis ahijados y les seguí no solo en los dos primeros años de carrera de pregrado sino durante muchos años más.

El Dr. Bautista era estudiante aventajado que se apuntaba a todas las aventuras de investigación biomédica que se le propusieran y repartía su tiempo sin abandonar los estudios en los que siempre tuvieron resultados brillantes. Durante la carrera asistía a las operaciones de neurocirugía del Servicio del Dr. Poza en el Hospital Virgen de la Arrixaca con el Dr. Juan Martínez Lage, con su moto recogía muestras del sistema nervioso en colaboración con diferentes colegas entre los que destacó al Ilmo. Dr. D. Rafael...

Hizo estancias en Londres, Kings College, en la Universidad de Cambridge, en la Universidad de Corrientes, y al acabar la carrera decidió cambiar la neurocirugía por la cirugía Cardiovascular en el prestigioso Hospital de la Fundación Jiménez Díaz, la Cocha, en la capital del reino... y es que salir fuera le abrió horizontes y por su número en el MIR se lo pudo permitir.

Durante la especialidad realizó los cursos de doctorado en la Universidad Autónoma de

Madrid y en el último año de especialidad ganó una beca de la Real Fundación Complutense para una estancia en el Servicio de Cirugía cardíaca Infantil dirigido por el renombrado Dr. Del Nido en el Children's Hospital de Boston, de la Universidad de Harvard. Allí ha realizado varias estancias de en total tres años de duración que le ha subido a lo más alto de la especialidad a nivel mundial.

En colaboración con el Dr. del Nido el Dr. Bautista obtuvo el grado de Doctor en medicina por la Universidad de Murcia en el año 2008 dirigido por los Dres. Ramírez y la Dra. Herrero.

En la actualidad es Cirujano Cardiovascular adjunto en el Servicio de Cirugía Cardiovascular/Sección de Cirugía Cardíaca Congénita, del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña. Hospital Materno Infantil Teresa Herrera y sus líneas de especialización y de investigación actuales son:

- Resultados Quirúrgicos de la Patología Cardiovascular Congénita;
- 2. Mecanismos celulares de la insuficiencia cardíaca;
- 3. Dispositivos de Asistencia Ventricular y Trasplante Cardíaco,
- 4. Cirugía Reparadora Mitral, Tricúspide y Aórtica.

Ha publicado más de 35 artículos originales en lengua inglesa en revistas de su especialidad de altísimo impacto. Ha participado en más de 15 proyectos de investigación y ha dirigido proyectos clínicos y de investigación básica.

Pertenece a varias sociedades científicas nacionales e internacionales de la especialidad. Es conferenciante habitual en numerosos Cursos y Simposios de su especialidad y

con demasiada frecuencia (para sus múltiples ocupaciones) suele ser invitado a disertar en reuniones internacionales muy prestigiosas.

Es de resaltar la carrera meteórica de este murciano ciudadano del mundo a pesar de ser tan joven. Viendo esta trayectoria y actividad y parafraseando a Blaise Pascal "el hombre ha nacido para pensar; de ahí proviene que no permanezca un momento sin hacerlo", efectivamente el Dr. Víctor Bautista Hernández no permanece un momento sin pensar... y es referente mundial en su especialidad.

Hoy nos va a disertar sobre los avances de su especialidad.

La Cardiología Pediátrica y la Cirugía Cardiovascular Pediátrica experimentaron extraordinarios avances desde la década de 1990. En la actualidad es posible corregir la mayoría de las cardiopatías congénitas en los primeros meses de vida, lo que permite una sobrevida prolongada y de buena calidad.

Los progresos en el diagnóstico y las nuevas técnicas quirúrgicas para cardiopatías hasta hace poco inoperables o sujetas solo a técnicas paliativas han generado un aumento en el número de pacientes que demandan cirugía. A estos avances se ha sumado el desarrollo de unidades de cuidados intensivos con capacidad para atender las complejas demandas de los pacientes sometidos a estos nuevos procedimientos.

La tecnología al servicio del enfermo y el seguimiento personalizado de cada paciente por especialistas en la materia asegura la mejor calidad de atención.

Pero la tecnología no serviría de nada si no existieran cirujanos con las manos, la dedicación y la vocación de servicio del Dr. Bautista. Yo siempre digo que si tuviera un problema quisiera ponerme en sus manos exper-

tas y dedicadas a esta especialidad.

Y bien, con tanta actividad asistencial y científica, sin embargo, también tiene una rica vida privada, su mujer Esther, sus hijos Victoria y Adrián de los que se siente muy orgulloso (y tiene razones sobradas). Esther es una mujer única que ha seguido al Dr. Bautista allí donde ha ido y es el baluarte de su equilibrio emocional, familiar y profesional. Ella ha sabido adaptarse a las necesidades de la vocación y carrera del Dr. Bautista. Nunca mejor decir que detrás de un gran hombre hay una grandísima mujer. Y como el Dr. Bautista no tiene fronteras, no en vano su hija Victoria es americana, bostoniana.

El Dr. Bautista, Víctor, que suerte de la familia que le ha tocado, padres, hermanos, cuñados, sobrinos, suegros...

Y déjenme me abandone al afecto que me une al Dr. Bautista pero es que Víctor pone grandísima ilusión en todo lo que se aprende y progresa, y lo hace con ahínco, y con alegría y humor. Desde que era estudiante de medicina era de esa clase de estudiante-esponja que hace las delicias de los profesores. Víctor es un trabajador nato. Víctor piensa, piensa mucho y piensa con ilusión. Si, así es, hay personas que saben poner los puntos en cada aspecto, y ser perseverantes como el Dr. Bautista. Parafraseando a Don Miguel de Unamuno: El modo de dar una vez en el clavo es dar cien veces en la herradura, aunque en mi humilde opinión creo que la trayectoria del Dr. Bautista se aproxima más a los pensamientos de Confucio: El hombre superior es persistente en el camino cierto y no sólo persistente.

Como han podido comprobar ustedes, por la responsabilidad tanto humana como profesional de Don Víctor Bautista Hernández, su

entusiasmo por los temas científicos, su fino sentido del humor, su capacidad de trabajo y de transmitir ideas y conceptos, sus prioridades en la escala de valores, su honestidad, su lealtad, y sobre todo por su trayectoria científica y dedicación, más allá del protocolo y la cortesía le manifiesto mi respeto y me honro de su amistad, y con la venia del señor Presidente, me complace darle la bienvenida como Académico Correspondiente a la bicentennial Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

He dicho

'Avances en cirugía cardíaca congénita'

✿ Víctor Bautista Hernández ✿

Médico Adjunto. Servicio de Cirugía Cardiovascular. Área de Gestión Integrada de A Coruña.
Profesor Colaborador. Departamento de Cirugía. Universidad de Santiago de Compostela.
Personal Afiliado. Departamento de Cirugía Cardíaca. Children's Hospital Boston / Harvard Medical School.

Ilmo. Sr. Vicesecretario de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmos. e Ilustrísimos Académicos de la Real Academia de Medicina y Cirugía Murcia, Señoras y Señores.

Constituye para mi un gran honor volver a mi tierra y encontrarme hoy aquí entre académicos, colegas, familiares y amigos con motivo de que la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia haya querido acogerme como Académico Correspondiente, distinción que agradezco muy profundamente. Esta satisfacción se acrecienta por el hecho de que este nombramiento se haya realizado a propuesta de la Ilma. Dra. Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro, por la que profeso un profundo afecto y agradecimiento. La Dra. Herrero fue una de mis primeras profesoras en la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia. Desde el comienzo me inculco la pasión por el estudio de la Medicina y la importancia de la docencia y la investigación, como aspectos esenciales de la profesión médica. Bajo su dirección, y la del también Catedrático de la Universidad de Murcia, el Dr. Pablo Ramírez, hice -a caballo entre el Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y el Hospital de Niños de Boston/Universidad de Harvard- mi Tesis Doctoral sobre "Formas Complejas de Transposición de

las Grandes Arterias", que fue leída en la Facultad de Medicina y Cirugía de Murcia en octubre de 2008. Durante estos más de 20 años que nos conocemos, hemos continuado colaborando ininterrumpidamente en diferentes proyectos científicos y docentes. Aprovecho también para agradecer la generosa presentación que ha hecho de mi persona.

Para mi ingreso en la Academia de Medicina y Cirugía de Murcia he elegido como título del discurso el de "Avances en Cirugía Cardíaca Congénita". En él voy a disertar brevemente sobre los que, a mi juicio, constituyen los últimos avances y tendencias en la cirugía cardíaca de las malformaciones congénitas, haciendo previamente un recuerdo histórico de la evolución de esta subespecialidad de la cirugía cardíaca y sobre los progresos que han existido desde sus comienzos hasta la actualidad. Sobre cada avance general, comentaremos algún ejemplo específico en el que he tenido la oportunidad de trabajar.

I. Breve recuerdo histórico

La primera cardiopatía fue corregida por el Dr. Robert E. Gross en el Hospital de Niños de Boston en 1938. Concretamente, el Dr. Gross consiguió ocluir un ductus arterioso persistente (1). Este hito constituyó el nacimiento de la Cirugía Cardíaca Congénita. Posteriormente se desarrollaron tratamien-

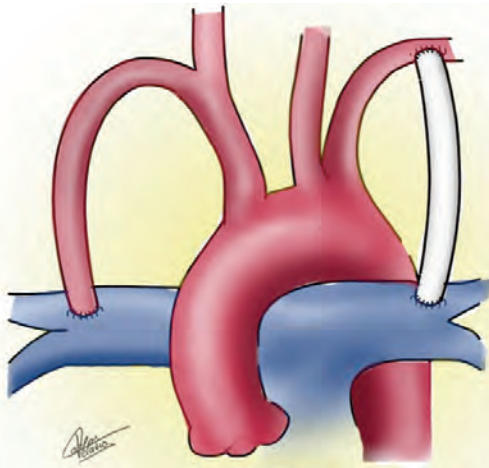


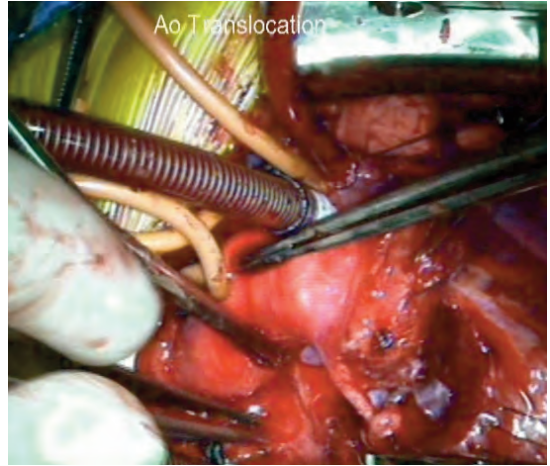
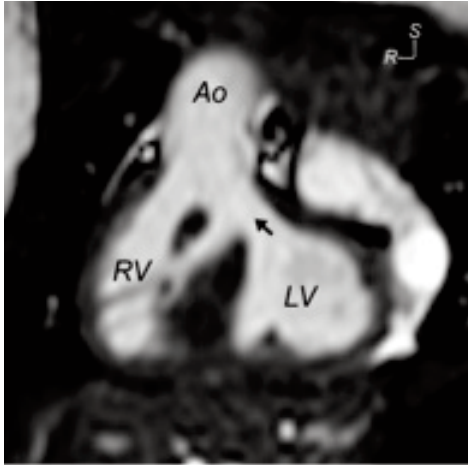
Figura 1. Representación esquemática de una fístula de Blalock-Taussig clásica (derecha) o modificada (izquierda).

tos paliativos para los pacientes con cardiopatías. Destaca el cortocircuito de Blalock-Taussig, realizado en el Hospital Johns Hopkins de Baltimore en 1945 para el tratamiento de los pacientes con tetralogía de Fallot (2). El Dr. Blalock (cirujano) y la Dra. Taussig (cardióloga) realizaron una fístula sistémico-pulmonar tras seccionar la arteria subclavia derecha nativa y anastomosar el cabo a la rama derecha de la arteria pulmonar de manera término-lateral. Con esta técnica, se conseguía aumentar el flujo pulmonar y consecuentemente disminuir el grado de cianosis y mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida de estos pacientes, hasta entonces condenados a morir en la infancia en la inmensa mayoría de los casos. En la actualidad, para la realización de esta fístula, se interpone un conducto protésico (normalmente de Gore-Tex®) entre la arteria subclavia derecha o izquierda y la arteria pulmonar derecha o izquierda, a lo que se le denomina fístula de

Blalock-Taussig modificada (figura 1). Para las cardiopatías que cursan con hiperflujo pulmonar, como la comunicación interventricular, Muller y Dammann realizaron el primer cerclaje pulmonar en 1950 (3). Esta intervención consistía en pasar una sutura o cinta alrededor del tronco de la arteria pulmonar y ajustarla, disminuyendo su calibre y, por tanto, el flujo pulmonar.

No fue hasta los años 50 cuando se inició la reparación quirúrgica de los defectos congénitos. Concretamente el Dr. Walton Lillehei en la Universidad de Minnesota comunicó la reparación de algunos defectos congénitos mediante circulación cruzada (4). Para ello utilizaba a uno de los progenitores como “maquina de circulación extracorpórea” mientras se realizaba la cirugía intracardiaca. Con el desarrollo de los primeros oxigenadores, el Dr. John W. Kirklin realizó también corrección de cardiopatías congénitas en la Clínica Mayo, dando comienzo a la cirugía intracardiaca con circulación extracorpórea, tal y como al conocemos en la actualidad (5).

Durante los años siguientes se procedió al desarrollo de tratamientos quirúrgicos reparativos que junto con los avances en circulación extracorpórea, permitieron la corrección de estos pacientes cada vez a edades más tempranas y con mejores resultados. En los años 80 y 90 se abordó el tratamiento quirúrgico, incluso de las cardiopatías más complejas, como la hipoplasia de cavidades izquierdas (6), las formas complejas de D-transposición de las grandes arterias con obstrucción al tracto de salida del ventrículo izquierdo (figuras 2 y 3) (7) y la L-transposición de las grandes arterias (8, 9).



Figuras 2 y 3. Imagen preoperatoria de resonancia nuclear magnética en un paciente con una forma compleja de D-transposición de las grandes arterias. Obsérvese como el hipotético túnel por el que se tendría que comunicar el ventrículo izquierdo (LV) con la aorta (Ao) a través de la comunicación interventricular, es estrecho y se interpone el aparato valvular tricúspide. Fotografía intraoperatoria de la intervención de translocación aortica en el mismo paciente. Obsérvese la raíz aortica, con las arterias coronarias en continuidad, resecada del tracto de salida del ventrículo derecho.

II. Reparacion valvular.

La actuación directa sobre las válvulas cardiacas constituye el único tratamiento efectivo de las alteraciones estructurales producidas por las diferentes cardiopatías. En el tratamiento quirúrgico de las valvulopatías existen 2 posibilidades: 1) reparar la válvula y, 2) sustituir la válvula.

Cuando es necesario remplazar la válvula dañada, se pueden utilizar 1) prótesis biológicas, 2) prótesis mecánicas u, 3) homoinjertos. Tanto las prótesis biológicas como los homoinjertos degeneran con el tiempo, sobre todo en pacientes pediátricos y jóvenes ya que presentan un metabolismo del calcio más acelerado. Además, no se adecuan al crecimiento de los pacientes pediátricos, por lo que necesitan de sustituciones periódicas. Por otro lado, las prótesis mecánicas requieren anticoagulación oral crónica con dicumarínicos, con los consiguientes efectos secun-

darios de esta medicación. Finalmente, todas las prótesis tienen riesgo aumentado de endocarditis tanto precoz como tardía.

Por tanto, siempre que sea posible, se recomienda reparar la válvula disfuncionante, ya que 1) evita la anticoagulación y sus complicaciones, 2) disminuye el riesgo de endocarditis, 3) presenta mayor durabilidad que bioprótesis y homoinjertos, 3) en muchas ocasiones constituyen el único tratamiento posible, pues no existen tamaños apropiados de prótesis para lactantes y niños pequeños y, 4) las válvulas nativas reparadas presentan la posibilidad de crecer de manera armónica con el pacientes, a diferencia de lo que sucede con prótesis y homoinjertos.

Truncus arterioso

Esta cardiopatía congénita consiste la existencia de un sólo tronco arterioso común del que se originan tanto la aorta como las arte-

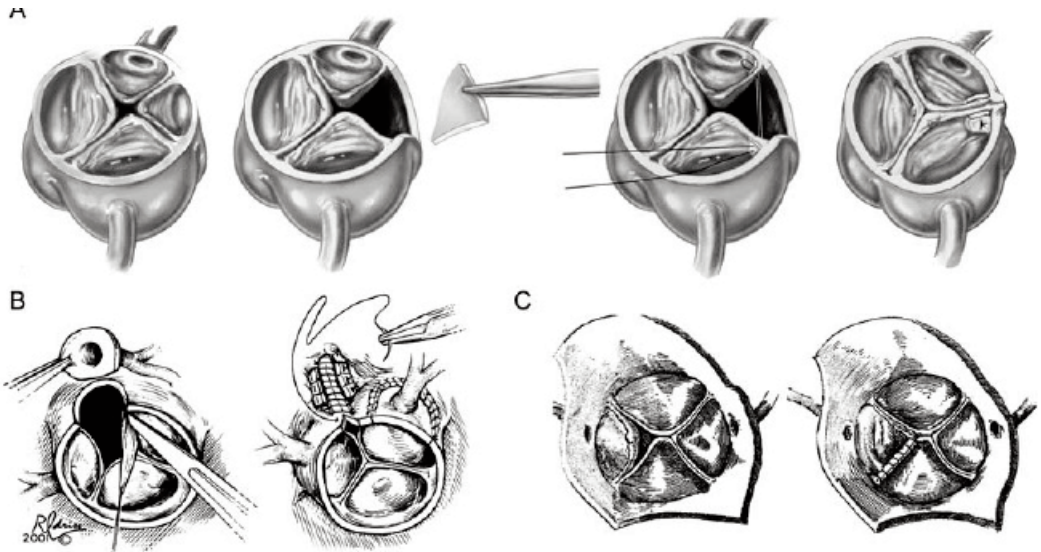


Figura 5. Esquemas sobre diferentes técnicas de reparación de la válvula troncual. Obsérvese como en todos los casos la válvula nativa es cuadrilobulada y mediante diferentes técnicas de reparación se constituye en tricúspide.

rias pulmonares. Existe una sola válvula semilunar, resultado de la fusión de la válvula aórtica y pulmonar. Esta válvula suele ser anatómicamente muy patológica tanto en cuanto al número de valvas como de comisuras. Su reparación se ha reportado de manera excepcional y con resultados dispares a pesar de que suele ser una válvula insuficiente en la mayoría de los pacientes que sufren esta patología.

En el año 2013, presentamos la experiencia del Hospital de Niños de Boston con la reparación de la válvula troncual (10). Concretamente, se intervinieron 36 pacientes con diagnóstico de truncus arterioso con el objeto de reparar la válvula troncual desde 1997 a 2013, inclusive. Preoperatoriamente, la válvula troncual tenía morfología cuadrilobulada en 4 pacientes, tricúspide en 13 y bicúspide en 2 pacientes. Tras la reparación la morfología valvular fue cuadrilobulada en 4 pacien-

tes, tricúspide en 21 y bicúspide en 4 pacientes. El periodo libre de reoperación en esta cohorte fue del 91%, 55% y 22% a 1, 5 y 10 años, respectivamente. Concluimos por tanto que la tricuspización de esta válvula es posible en la gran mayoría de los casos y que esta técnica de reparación proporciona buenos resultados quirúrgicos (figura 5).

Canal auriculoventricular

El canal aurículo-ventricular se caracteriza por un defecto en la formación de los cojines endocárdicos. En su forma más grave, el canal aurículo-ventricular común, existe un defecto en las estructuras que constituyen la cruz del corazón, con lo que existe una comunicación interauricular tipo ostium primum, una comunicación interventricular en el septo de entrada y una única válvula aurículo-ventricular común. Probablemente la mayor complejidad de

la reparación de esta cardiopatía reside en la septación de la válvula común en un componente derecho y uno izquierdo. De hecho, la causa más frecuente de reintervención en esta población es la insuficiencia del componente izquierdo (sistémico).

Recientemente hemos publicado los resultados de la implantación de un anillo bio-reabsorbible en 6 niños con cardiopatías complejas previamente intervenidas e insuficiencias residuales de la válvula aurículo-ventricular izquierda (sistémica) (11). La implantación de este anillo que característicamente se reabsorbe en unas 6 semanas tras la cirugía, redujo significativamente las dimensiones y el área efectiva valvular, así como el grado de regurgitación valvular (figura 6). De manera interesante, para un seguimiento medio de 42 meses, tanto el área efectiva como las dimensiones de la válvula se incrementaron conforme el paciente fue aumentado su área corporal sin recidivar la insuficiencia valvular. En A Coruña hemos implantado con buenos resultados 2 anillos de este tipo formado parte de un estudio multicéntrico europeo.

III. Procedimientos híbridos.

Los procedimientos híbridos constituyen un campo nuevo que combina los adelantos en cardiología intervencionista (hemodinámica) con los avances quirúrgicos para propor-

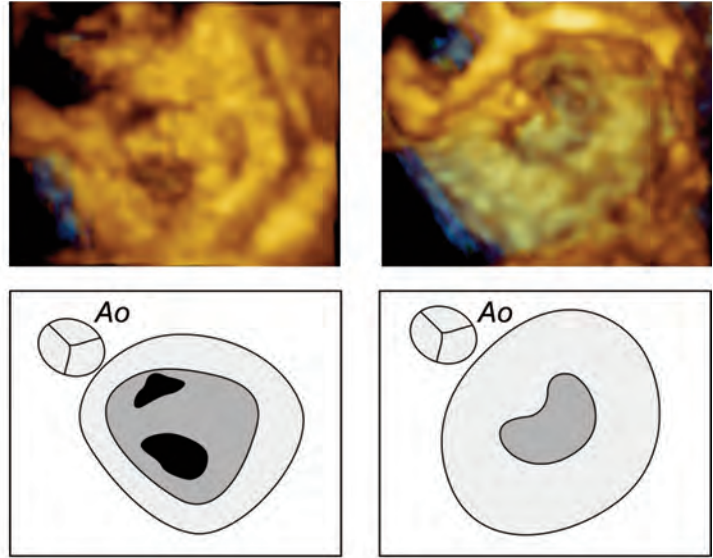


Figura 6. Imágenes ecocardiográficas tridimensionales (arriba) y representaciones esquemáticas (abajo) en las que se observa la válvula aurículo-ventricular izquierda antes y durante el seguimiento (más de 6 semanas tras la intervención, cuando el anillo se ha reabsorbido totalmente) de la implantación de un anillo bio-reabsorbible. Nótese como a la izquierda el anillo valvular ha perdido su configuración habitual y se observan los defectos de coaptación en negro, mientras que a la derecha se visualiza como el anillo ha recuperado su forma habitual ya ya no se observan los defectos de coaptación.

cionar los mejores resultados a los pacientes con cardiopatías.

Los procedimientos híbridos más frecuentemente reportados en cardiopatías congénitas son: 1) cierre de comunicaciones interventriculares, 2) implante de “stents” en ramas pulmonares, 3) implante de prótesis valvulares, y 4) preservación de la válvula pulmonar.

Preservación de la válvula pulmonar

La tetralogía de Fallot es una de las cardiopatías más frecuentes y se caracteriza anatómicamente por la existencia de: 1) una comunicación interventricular, 2) acabalgamiento de la aorta, 3) hipertrofia del ventrículo derecho y, 4) obstrucción en el trac-

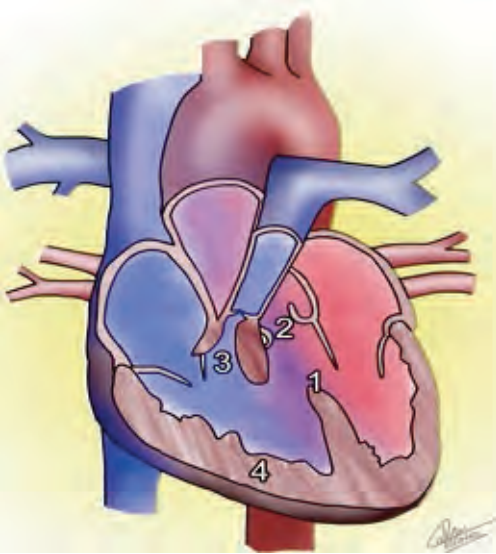
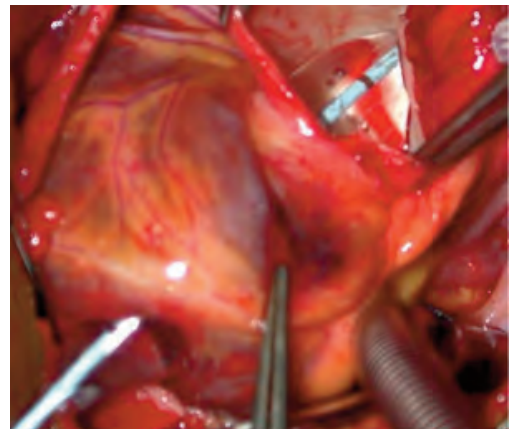
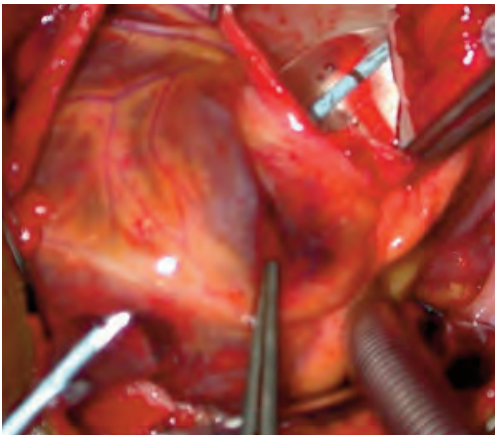


Figura 7. Esquema de la tetralogía de Fallot. Obsérvense las 4 características anatómicas fundamentales de esta patología: 1) comunicación interventricular; 2) acabalgamiento de la aorta; 3) estenosis del tracto de salida del ventrículo derecho; 4) hipertrofia del ventrículo derecho.

to de salida del ventrículo derecho (figura 7). Esta obstrucción se presenta en localización subvalvular, valvular y/o supra-

vular. En estos pacientes la válvula pulmonar suele ser estenótica, bicúspide y con comisuras fusionadas (figura 8).

En la actualidad la técnica de reparación más frecuentemente utilizada en todo el mundo para reparar la tetralogía de Fallot es el parche transanular (12). Esta técnica consiste en el cierre de la comunicación interventricular y la apertura amplia del infundíbulo del ventrículo derecho, el anillo de la válvula pulmonar y el tronco de la arteria pulmonar, que se recubre de un parche amplio. Con ello se consigue desobstruir eficazmente el tracto de salida del ventrículo derecho en la gran mayoría de los casos, pero debido a la sección del anillo de la válvula pulmonar, se produce una insuficiencia valvular severa. Aunque esta alteración valvular se puede tolerar incluso durante décadas, finalmente los mecanismos compensadores cardiacos suelen fallar y los pacientes desarrollan primero, dilatación volumétrica del ventrículo derecho y, finalmente, arritmias y disfunción ventricular. Cuando se llega a esta última situa-



Figuras 8 y 9. Imágenes intraoperatorias en un paciente con tetralogía de Fallot. A la izquierda se observa la válvula pulmonar que es bicúspide y tiene las comisuras fusionadas, mientras que a la derecha se visualiza la dilatación intraoperatoria con balón de angioplastia.

ción, incluso la implantación exitosa de una prótesis en posición pulmonar parece no mejorar el pronóstico de esta población (13).

Debido al conocimiento de los efectos deletéreos de la insuficiencia pulmonar crónica, varios grupos quirúrgicos están ensayando diferentes técnicas que tienen como objetivo preservar la funcionalidad de la válvula pulmonar nativa. Este mismo año hemos publicado nuestros resultados con una técnica de preservación intraoperatoria de la válvula pulmonar en pacientes con tetralogía de Fallot, consistente en la realización de comisurotomías y la dilatación del anillo con balón de angioplastia o tallo de Hegar (14) (figura 9). Tras la preservación del anillo valvular, se implantan 2 parches redundantes en el tronco de la arteria pulmonar y en el infundíbulo del ventrículo derecho para resolver la obstrucción en esos niveles. Desde Julio de 2009 a Marzo de 2012, hemos reparado de manera primaria 38 pacientes con tetralogía de Fallot en el Hospital de A Coruña. En 12 de ellos se realizó una técnica de preservación de la válvula pulmonar. La mediana de edad y peso en el momento de la cirugía fue de 6 meses y 7,6 kg, respectivamente. No hubo mortalidad en nuestra serie. Para un seguimiento medio de 22 meses tras la intervención, no hemos realizado reoperaciones ni reintervenciones en ningún paciente. Los pacientes muestran una función valvular preservada con un gradiente medio de 24 mm de Hg y 9/12 pacientes sin insuficiencia significativa. Ninguno de ellos presenta una insuficiencia severa como sucede al realizar la técnica del parche transanular. De manera interesante hemos observado durante el seguimiento tanto la válvula pulmonar como el tronco de la arteria pulmonar crecen.

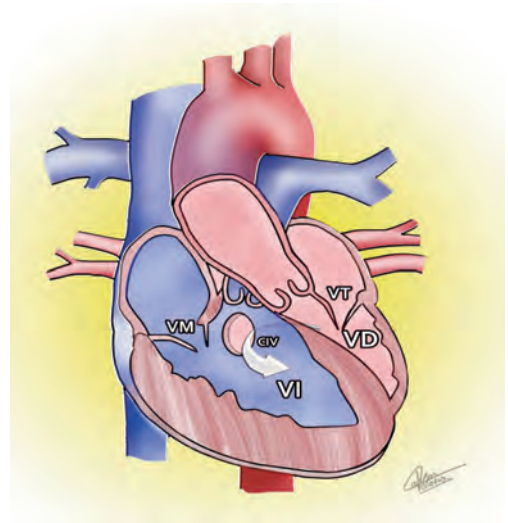


Figura 10. Representación esquemática de la L-transposición de las grandes arterias. Obsérvese la discordancia aurículo-ventricular y ventrículo-arterial. Se representa la comunicación interventricular como malformación asociada más frecuente. Nótese que el ventrículo morfológicamente derecho se asocia con la válvula tricúspide y el morfológicamente izquierdo con la mitral, como en el corazón sin cardiopatía. En esta malformación el ventrículo morfológicamente derecho y la válvula tricúspide son "sistémicos".

III. Resultados a medio-largo plazo.

Como hemos comentado el desarrollo de las técnicas quirúrgicas para la reparación de las cardiopatías más complejas no se describieron de manera pionera en algunos casos durante los años 80. Si tenemos en cuenta que estos tratamientos tardaron algunos años más en estandarizarse, ahora nos encontramos con las primeras series con seguimiento medio a largo plazo (20 años).

Uno de estos casos lo constituye la L-transposición de las grandes arterias o transposición congénitamente corregida de las grandes arterias. Esta rara cardiopatía se caracteriza por la presencia de conexiones discordantes

tanto aurículo-ventriculares como ventrículo-arteriales, de tal manera que en pacientes no corregidos tanto el ventrículo derecho como la válvula tricúspide se encuentran en la circulación sistémica (15) (figura 10). La aparición de insuficiencia de la válvula tricúspide y/o disfunción del ventrículo derecho constituye el factor pronóstico más importante en este complejo grupo de pacientes.

No fue hasta principios de los años 90 cuando se describieron las primeras correcciones anatómicas de esta cardiopatía, en las que se devolvía al ventrículo derecho y la válvula tricúspide a la circulación pulmonar (8, 9). Los excelentes resultados obtenidos por diferentes grupos con la corrección anatómica, hicieron que este tratamiento se extendiera ampliamente, sin embargo el conocimiento de las complicaciones a medio y largo plazo de esta técnica ha hecho surgir distintos interrogantes sobre el manejo de estos pacientes.

En el año 2004, describimos los resultados a medio plazo de la reparación anatómica de la L-transposición de las grandes arterias en 44 pacientes intervenidos en el Hospital de Niños de Boston (16). En este trabajo se objetivaba como un porcentaje no desdeñable de pacientes (18%) desarrollaban disfunción del ventrículo izquierdo durante el seguimiento. Esta disfunción estaba relacionada con la existencia de un QRS alargado para la edad en el electrocardiograma y con la necesidad del implante de un marcapasos. Recientemente hemos comunicado la actualización de los resultados de esta serie (17). Entre 1992 y 2012, 106 pacientes con una media de edad en el momento de la cirugía de 1,2 años recibieron una reparación anatómica en el Hospital de Niños de Boston. El 12% desarrolla-

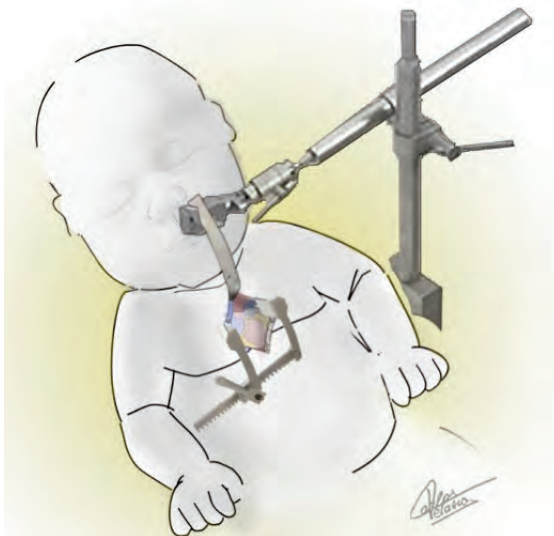
ron disfunción del ventrículo izquierdo durante el seguimiento, siendo los factores de riesgo relacionados: 1) la existencia de un marcapasos, 2) la reparación con una edad superior a 10 años o con un peso mayor de 20 kg, y 3) la presencia de insuficiencia de la válvula neo-aórtica significativa. Para minimizar el riesgo de desarrollar disfunción ventricular izquierda recomendamos realizar la reparación anatómica a una edad temprana y ser agresivo con la aparición de arritmias y con la insuficiencia de la válvula neo-aórtica significativa mediante el implante de un resincronizador y la reparación quirúrgica, respectivamente.

IV. Cirugía de mínima invasión.

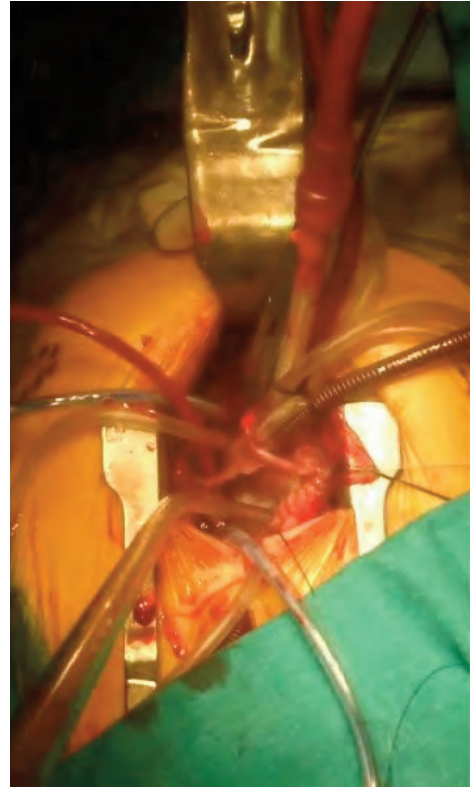
La cirugía mínimamente invasiva se desarrolló como la conocemos en la actualidad en los años 90. Tras el éxito de las intervenciones laparoscópicas y con el desarrollo tecnológico (aparición de nuevas cánulas y circuitos de circulación extracorpórea, evolución de las técnicas de protección miocárdica, uso del CO₂ en el quirófano, estandarización del ecocardiograma transeofágico...) se retomó el interés por la cirugía mínimamente invasiva en cirugía cardíaca. Aunque estas técnicas han tenido más aceptación en cirugía de adultos, también se han descrito para el tratamiento de cardiopatías congénitas en pacientes pediátricos.

Miniernotomía inferior

La principal vía de abordaje en niños ha sido la miniernotomía inferior. La primera serie amplia utilizando esta técnica fue la descrita por el grupo del Hospital de Niños de Boston en el año 2000 (18). Desde 1996 a 1998 se intervinieron 135 pacientes con defectos sep-



Figuras 11 y 12. Representación esquemática de la cirugía por miniesternotomía inferior en un paciente pediátrico (izquierda). Obsérvese como se utiliza un retractor articulado para elevar el esternón de manera cefálica. El resto del instrumental es el habitual. A la derecha, imagen intraoperatoria de un paciente con defectos septal auricular y ventricular. Nótese que en este momento de la intervención se introducen en el campo quirúrgico, 1 cánula aórtica, 2 cánulas de cavas, 1 "vent", 1 "clamp" de aorta y 1 cánula de cardioplegia anterógrada.



tales atriales por miniesternotomía inferior sin mortalidad. La edad media a la cirugía fue de 5 años. Los autores describen unos tiempos quirúrgicos y una estancia hospitalaria similar a los de los pacientes intervenidos por esternotomía media convencional con un resultado cosmético mejorado.

La miniesternotomía inferior se diferencia de otras técnicas de cirugía mínimamente invasiva en que: 1) es muy segura pues el cirujano realiza la intervención en el campo "habitual" y en caso de complicaciones permite una rápida reconversión a esternotomía media, 2) es poco costosa, pues no requiere ni de óptica ni de material especial, 3) no existe riesgo aumentado de lesión del nervio frénico ni de los vasos inguinales, 4) es aplicable a un

amplio rango de cardiopatías y de pacientes, 5) minimiza el trauma quirúrgico en la caja torácica, manteniendo su integridad y, 6) proporciona un resultado cosmético excelente al localizar la incisión muy lejos del cuello.

A continuación describimos la técnica para la realización de la MEI tal y como la utilizamos en nuestro centro (19). En la presentación realizada en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia se ilustró la descripción de la técnica quirúrgica con un video intraoperatorio original. El abordaje consiste en realizar una incisión longitudinal de unos 4-5 cm de longitud que se extiende desde la base del apéndice xifoides en dirección craneal hasta inmediatamente por debajo de

Tabla 1. Diagnósticos de los pacientes intervenidos por miniesternotomía inferior en el Área de Gestión Integrada de A Coruña.

Diagnóstico	n=107
CIA OS	69
CIV	23
CIA OP	6
CAVT	3
CIA SV	3
CIA SC	2
Cor triatriatum	1

CIA OS=comunicación interauricular tipo ostium secundum; CIV=comunicación interventricular; CIA OP=comunicación interauricular tipo ostium primum; CAVT= canal aurículo-ventricular transicional; CIA SV=comunicación interauricular tipo seno venoso; CIA SC=comunicación interauricular tipo seno coronario.

la línea intermamaria. Tras la disección del plano subcutáneo, se secciona el xifoides y el tercio inferior del esternón, respetando la mayor parte del cuerpo esternal y el manubrio. A continuación se utiliza un retractor especial para elevar el esternón (figura 11) y se introduce un separador esternal estándar. Dada la pliability de la caja torácica en pacientes pediátricos, a través de esta peque-

ña incisión se consigue un campo quirúrgico “habitual”, en el sentido de que el cirujano cardiaco realiza la operación a través de un campo al que está muy habituado (figura 12). Normalmente se resecan los restos de la glándula tímica y se incide el pericardio sobre el surco atrio-ventricular derecho, extendiendo la incisión cranealmente hasta la reflexión pericárdica de la aorta y caudalmente hasta el diafragma, donde se abre en forma de “T” invertida. La retracción del pericardio se realiza con puntos de tracción colocados en relación con las bolsas de tabaco por donde posteriormente se introducirán las cánulas arterial y venosas. A continuación se procede a la canulación aórtica y bicava de manera central. La cánula de la cava inferior se puede introducir a través del orificio del drenaje torácico para optimizar el espacio del campo quirúrgico. Se entra en circulación extracorpórea, se pinza la aorta y se administra cardioplegia anterógrada indirecta. El resto se desarrolla de manera totalmente estándar. Tras la intervención se realiza una ventana pleuro-pericárdica derecha amplia para evitar el acúmulo de derrames pericárdicos

Desde que comenzamos con esta técnica en el Área de Gestión Integrada de A Coruña

Tabla 2. Características perioperatorias de los pacientes intervenidos por miniesternotomía inferior en el Área de Gestión Integrada de A Coruña.

n=107	Edad (años)	T CEC (min)	T isquemia cardiaca (min)	Estancia en UCI (días)	Estancia Hospitalaria (días)
Media	13,3	59,3	33,3	1,9	4,0
Mediana	4,0	56,0	32,0	2,0	4,0
Mínimo	0	20	14	1	1
Máximo	80	144	100	6	8

T= tiempo; CEC=circulación extracorpórea; UCI=Unidad de Cuidados Intensivos.

ña en 2010, hemos intervenido a 107 pacientes (60 mujeres y 23 adultos) con una mediana y media de edad en el momento de la cirugía de 4 y 13 años, respectivamente (rango: 4 meses-80 años). Los diagnósticos de los pacientes se detallan en la Yabla 1. Todos los pacientes se intervinieron sin complicaciones. Al comienzo de nuestra experiencia, dos pacientes adultos con comunicación interauricular del tipo *ostium secundum* y dilatación significativa de cavidades derechas fueron reconvertidos a esternotomía media por dificultades en la canulación sin incidencias. En ambos pacientes se cerró el defecto septal sin complicaciones y fueron dados de alta sin defectos residuales ni morbilidad añadida. La media de tiempo de circulación extracorpórea y pinzamiento aórtico fue de 55 y 31 min, respectivamente. El 97% de los pacientes fueron extubados en las 8 primeras horas postoperatorias. Un 14% precisó trasfusión de hemoderivados en el postoperatorio. No hubo reoperaciones, ni infecciones profundas de la herida quirúrgica-mediastinitis. La estancia media postoperatoria en cuidados intensivos y planta fue de 2 y 4 días, respectivamente. Los datos perioperatorios se detallan en la Tabla 2. Para un seguimiento medio de 1 año, no existen defectos residuales significativos en la ecocardiografía ni ha habido reintervenciones ni reoperaciones. Probablemente nuestra serie aglutina la mayor experiencia quirúrgica existente con este abordaje en España.

V. Conclusiones.

1. El manejo de las cardiopatías congénitas ha sufrido una gran transformación en los últimos 20-30 años.
2. Respecto al tratamiento quirúrgico se ha pasado de tratamientos paliativos a correcciones anatómicas tempranas, incluso en las cardiopatías más complejas.
3. En la actualidad se preconiza un abordaje multidisciplinar en el que primen:
 - Técnicas de preservación valvular.
 - Procedimientos híbridos.
 - Evaluación, no de la morbi-mortalidad temprana, sino de los resultados a medio-largo plazo.
 - Cirugía de mínima invasión.

VI. Referencias

1. Gross RE. Surgical management of the patent ductus arteriosus: with summary of four surgically treated cases. *Ann Surg*, 1939; 110 (3): 321-56.
2. Blalock A, Taussig HB. The surgical treatment of malformations of the heart in which there is pulmonary stenosis or pulmonary atresia. *JAMA* 1945; 128: 189-202.
3. Smith GW, Thompson WM Jr, Dammann JF Jr, et al. Use of the pulmonary artery banding procedure in treating the type II truncus arteriosus. *Circulation*, 1964; 29: Suppl 108-13.
4. Warden HE, Cohen M, Read RC, Lillehei CW. Controlled cross-circulation for open intracardiac surgery. *J Thorac Surg* 1954; 28: 331.
5. Kirklin JW, Dawson B, Devloo RA, et al. Open intracardiac operations: use of circulatory arrest during hypothermia induced by blood cooling. *Ann Surg* 1961; 154: 769.
6. Norwood WI, Lang P, Hansen DD. Physiologic repair of aortic atresia-hypoplastic left heart syndrome. *N Eng J Med*, 1983; 308 (1): 23-6.
7. Bautista-Hernandez V, Marx GR, Bacha EA, et al. Aortic root translocation plus arterial switch for transposition of the great arteries with left ventricular out-flow tract obstruction: intermediate-term results. *J Am Coll Cardiol*, 2007; 49 (4): 485-90.
8. Ilbawi MN, DeLeon SY, Backer CL, et al. An alternative approach to the surgical management for physiologically corrected transposition with ventricular septal defect and pulmonary stenosis or atresia. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1990; 100: 410-415.
9. Di Donato R, Troconis C, Marino B, et al. Combined Mustard and Rastelli operations: an alternative approach for repair of associated anomalies in congenitally corrected transposition in situs inversus (IDD). *J Thorac Cardiovasc Surg* 1992; 104: 1246-1248.
10. Myers PO, Bautista-Hernandez V, del Nido PJ, et al. Surgical repair of truncal valve regurgitation. *Eur J Cardiothorac Surg*, 2013; 44 (5): 813-20.
11. Bautista-Hernandez V, Myers PO, Loyola H, et al. Atrioventricular valve remodeling with a bioabsorbable ring in young children. *J Am Coll Cardiol*, 2012; 60 (21): 2256-8.
12. Al Habib HF, Jacobs JP, Mavroudis C, et al. Contemporary patterns of manage-

- ment of tetralogy of Fallot: Data from the Society of Surgeons Database. *Ann Thorac Surg* 2010; 90: 813-820
13. Harrild DM, Berul CI, Cecchin F, et al. Pulmonary valve replacement in tetralogy of Fallot: impact on survival and ventricular tachycardia. *Circulation*, 2009; 119 (3): 445-51.
 14. Bautista-Hernandez V, Cardenas I, Martinez-Bendayan I, et al. Valve-sparing tetralogy of Fallot repair with intraoperative dilation of the pulmonary valve. *Pediatr Cardiol* 2013 Apr; 34(4): 918-23.
 15. Bautista-Hernandez V, del Nido PJ. *Congenitally Corrected transposition of the great arteries*. In: *Mastery of cardiothoracic surgery*, Philadelphia, 1997, Lippincott Williams & Wilkins.
 16. Bautista-Hernandez V, Marx GR, Gauvreau K, et al. Determinants of left ventricular dysfunction after anatomic repair of congenitally corrected transposition of the great arteries. *Ann Thorac Surg*, 2006; 82 (6): 2059-65.
 17. Bautista-Hernandez V, Myers PO, Cecchin F, et al. Late left ventricular dysfunction after anatomic repair of congenitally corrected transposition of the great arteries. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2013; (in press).
 18. Bichell DP, Geva T, Bacha EA et al. Minimal Access Approach for the Repair of Atrial Septal Defect: The Initial 135 Patients. *Ann Thorac Surg*, 2000; 70: 115-8.
 19. Bautista-Hernández V, Cárdenas I, García-Vieites M, et al. Inferior mini-sternotomy provides excellent cosmetic outcomes in children with congenital heart disease. 46th Meeting of the Association for European Pediatric and Congenital Cardiology. Istanbul, 2012.

Discurso de presentación

del Dr. D. Francisco Esparza Ros

✿ **Pedro Guillén García** ✿

Director de Clínica CEMTRO y Decano de la Facultad de Medicina de la UCAM

Excmo. Sr. Presidente;

Excmos. Srs. Vicepresidente, Secretario y Tesorero; Excmos. e Ilmos., Miembros de la Real Academia de Medicina de Murcia; Dignísimas Autoridades; Sras. y Sres.; compañeros y amigos.

Me siento muy honrado por haber sido elegido siguiendo las disposiciones estatutarias, para ostentar la representación de esta Institución en este acto solemne de la recepción pública de nuestro nuevo Académico Correspondiente, el Profesor Francisco Esparza Ros.

Me siento feliz de haber sido espectador y compañero de primera fila desde 1990 de la continua progresión y ascenso de su profesión médica y en la rama universitaria. El Profesor Francisco Esparza Ros ha conseguido grandes logros en la labor docente universitaria en la UCAM. En este aspecto es una vida plena de tareas bien realizadas y es muy congratulante para mí dejar pública constancia.

Como es costumbre y norma debemos trazar algunos aspectos de su biografía, después comentar sus méritos curriculares, luego breve comentario sobre su disertación, “El médico y el deportista roto” y por último darle la bienvenida a esta Academia.

¡Abrazo de bienvenida!

Breves datos biográficos y curriculares

En cuanto a la faceta biográfica comentar que el Profesor Francisco Esparza Ros nació en Murcia y sus padres, agricultores, procedían del campo de Cartagena, de Valladolides su padre, y de Balsapintada su madre. Es el segundo de tres hermanos. Su tía, maestra nacional, que nota su clara inteligencia le influye para que estudie una carrera. Por tanto, se crió, creció y vivió su juventud en Murcia, ciudad templada, luminosa, alegre, apacible y tranquila.

Estudió los tres primeros años de Bachiller en el Seminario Menor San Fulgencio de Murcia y los cursos restantes en el Instituto Floridablanca, ahora Manuel Cascales de Murcia.

En lo personal al Profesor Francisco Esparza Ros le gusta la literatura, pero sobre todo los animales, gran aficionado a los animales, tanto como para tener pájaros y peces. Ha montado una gran pajarera con loros y pájaros exóticos y la pecera también con muchas clases de peces. Los fines de semana se acerca para cuidarlos y disfrutar de ellos.

Casado con Carmen, desde hace veintinueve años, también con brillante carrera, Doctora y Profesora de Universidad. Tienen dos hijos, Juan Ángel, publicista, y Francisco, veterinario, al que desde niño el padre le ha inculcado el amor por los animales.

También es un gran aficionado al senderismo y montañismo.

Es de justicia, y además deseo y quiero resaltar, las numerosas facetas que concurren en la personalidad del Profesor Francisco Esparza Ros, que hacen que su incorporación signifique un hito en la ya rica historia de esta Real Academia. En el nuevo Académico converge el profesional de la medicina del deporte, de reconocimiento internacional, el enorme ahínco para abrirse camino en la España de los años 70, que prácticamente era iletrada en medicina del deporte, el tesón innovador técnico y científico y el afán de considerar que ninguna meta a las que ha llegado signifique un punto final.

Sin moverse de su ciudad estudia medicina en la Facultad de Medicina de Murcia en seis años y después realiza la especialidad de Medicina de la Educación Física y del Deporte, todo con gran brillantez.

Especialidad que colma sus anhelos. Se mueve por todas las escuelas del deporte hasta completar una muy sólida preparación y la ejerce en distintos equipos y en la Escuela de Danza. Pronto con el Profesor José Luis Martínez Romero forma un gran y sólido equipo de Medicina y Traumatología del Deporte.

Alcanza el título de Profesor de la UCAM, dirige la Escuela de Traumatología del Deporte y es aquí donde se muestra como un gran profesional. Me honro formar parte de la Escuela de Traumatología del Deporte de la UCAM con los Profesores Esparza Ros, Martínez Romero y Fernández Jaén.

Si como Profesor y Docente ha logrado grandes puestos en la Universidad –UCAM– además tiene otras facetas importantes que añadir a su currículum, numerosos cursos

de Medicina y Traumatología del Deporte, participación en Congresos Nacionales e Internacionales, publicaciones de artículos y libros, trabajos de investigación, colaboraciones...

Rompe esquemas con el atleta lesionado y se hace cercano, próximo, entiende sus patologías, confirma sus síntomas marcándolos en el esqueleto y con gran audacia se permite ejercer la medicina del deporte sin limitaciones. Lo institucional encorseta, y el Profesor Francisco Esparza Ros era un amante incondicional de la innovación desde niño.

En el campo de la Antropometría ha hecho desarrollos insospechados que están dando lugar a resultados magníficos en la valoración del atleta.

Sobre este tema deseo añadir que el Profesor Francisco Esparza Ros está en deuda con la sociedad médica, con la medicina del deporte y con las profesionales de la danza, de sacar a la luz su trabajo sobre las venturas y desventuras de la bailarina. Lo ha vivido desde la cercanía, pues su hermana es una gran profesional de la misma, y como médico del deporte. Espero que comente algo sobre este tema durante su disertación.

Su labor como maestro destaca en la Dirección de 4 Tesis Doctorales y en la Antropometría de la que es una autoridad mundial.

Su dilatada actividad científica la ha compartido con gran cantidad de colaboradores y discípulos. En este punto quiero destacar su enorme labor en la Cátedra de Traumatología del Deporte de la UCAM, cuyo Máster de Traumatología del Deporte ha dirigido con gran acierto por nueve años y de sus enseñanzas todos nos hemos beneficiado.

Ha impartido doscientos cincuenta conferencias y ha presentado cuatrocientos veinte

ponencias en congresos nacionales e internacionales.

El Profesor Francisco Esparza Ros conoce el renacer de las lesiones deportivas, los cambios en el binomio trabajo-descanso, el mayor bienestar y el convencimiento generalizado y cierto de los beneficios del deporte sobre la salud, aumentaron el número de personas de todas las edades que se recreaban realizando actividades deportivas o físicas. El deporte pasó a ser el mayor movimiento popular de nuestro tiempo. La demanda de la artroscopia exploratoria y curativa estaba hecha.

El deporte es fuente de lesiones que exigen un diagnóstico correcto, preciso, rápido y una curación completa. Dos o tres semanas de inactividad pueden arruinar meses de trabajo de cara a una competición que esté próxima o en marcha.

Y si importante es curar y resolver lesiones no lo es menos prevenirlas. El traumatólogo deportivo comprueba día a día en el campo de entrenamiento, especialmente en el deportista joven, el riesgo que debió o debe evitarse o el “gesto deportivo” incorrecto que puede producir la lesión. Nuevamente, otra gran oportunidad para la Traumatología de situar al paciente equidistante de la investigación y de la medicina aplicada.

Cuando más duro ha sido el trabajo asistencial –al atleta lesionado- y docente –en la UCAM-, se encuentra con el equipo de jóvenes doctorandos para desarrollar su actividad investigadora, bien realizando electromiografías al músculo en reposo y compitiendo, o bien determinando los parámetros del líquido sinovial de la rodilla en reposo y durante el esfuerzo.

Se decía que si era un pordiosero del tiem-

po, nosotros en sentido coloquial decimos que es un investigador “ratero”, pero no en sentido peyorativo como siempre se entiende, sino el que investiga a ratos. Pero buscando los tiempos con ahínco y determinación ya que entiende que toda universidad que no investiga se empobrece. A diferencia de los investigadores profesionales que disfrutan de dedicación plena a esta tarea.

El deporte son muchas cosas a la vez, como oiremos al Profesor Francisco Esparza Ros y el público en general, le da diferentes concepciones. Pero antes de mostrar estas ideas queremos significarles que es el “mayor movimiento popular de nuestro tiempo y el más mediático”. Hay gente que lo ve como un negocio, como un hipnótico, como un velo que desfigura los problemas y como un engañoso montaje de armonía. Puede que sea verdad en algunos aspectos pero no duden que del deporte surge un hermoso discurso simbólico a favor del tesón y del esfuerzo; de la dedicación y la superación; de la convivencia y del diálogo entre distintas culturas; del progreso tecnológico y científico; del desarrollo y comunicación, y no podemos olvidar la gran hermosura y belleza que nace de la competición deportiva, aún con sus zonas oscuras.

Creo que el deporte es una buena cosa y que su escenario y símbolo deben ser mantenidos.

El deporte, y más una olimpiada, es el espectáculo más mediático en el siglo XX y XXI. Es como una revolución internacional que puentea las barreras del racismo y calienta la frialdad de los agnósticos al ejercicio físico reglado que es el deporte.

Acudo a esta Real Academia de Medicina de Murcia para realizar la misión de Padrino

de mi entrañable compañero y amigo del Profesor Francisco Esparza Ros y asisto para ello con mi condición de médico traumatólogo y traumatólogo del deporte y como profesor de la UCAM, y acudo para ello, con el esfuerzo constante, con la pasión mantenida y con la alegría de poder contribuir a mejorar la salud y el bienestar de los deportistas. Como podéis ver, ninguna novedad. La novedad es para todos nosotros aquélla en la que se convierte cada paciente cuando llega y a la que nos enfrentamos con el saber, la responsabilidad, la consideración y el amor. Y sé bien, que esta actitud es la que estimula y dirige esta ilustre Casa, de la que forma parte desde ahora el Profesor Francisco Esparza Ros con todo merecimiento.

He dicho.

Formación académica

1. Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Murcia. 1981
2. Doctor en Medicina y Cirugía por la Universidad de Valencia. 1996.
3. Especialista en Medicina de la Educación Física y del Deporte por el Ministerio de Educación y Cultura. 2002.
4. Máster en Traumatología del Deporte por la Universidad Católica San Antonio. Murcia. 2001.
5. Especialista en Lesión Deportiva por la Universidad de Murcia. 1998.
6. Médico de Instalaciones Deportivas por la Universidad de Murcia. 1986.

Actividad universitaria

1. Subdirector de la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad Católica San Antonio de Murcia desde el curso académico 1997/98 hasta 2005/06.

2. Subdirector de la Escuela Española de Traumatología del Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia desde el curso académico 1999/ 2000 hasta 2005/06.
3. Director del Máster Oficial en Traumatología del Deporte en la Cátedra de Traumatología del Deporte de la UCAM desde 2006 hasta la actualidad
4. Profesor Titular en la Escuela Universitaria de Fisioterapia de la Universidad Católica San Antonio de Murcia de la asignatura Lesiones Deportivas desde el curso académico 1999/2000 hasta la actualidad.
5. Profesor Titular en la Licenciatura de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia de la asignatura Fisioterapia General y Deportiva en el curso académico 2001-02 hasta 2011-12, que desaparece por cambio plan de estudios.
6. Profesor Titular en el Grado de Ciencias de la Actividad Física y el Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia de la asignatura Recuperación Funcional desde el curso académico 2012-13 hasta la actualidad.

Actividades profesionales más destacadas

1. Jefe del Servicio de Medicina del Deporte del Ayuntamiento de Fuente Alamo (Murcia) desde 1995 hasta la actualidad.
2. Responsable médico de la Triatlón y Duatlón de Fuente Alamo (Murcia) desde 1995.
3. Jefe Servicios de Medicina del Deporte de la Federación de Fútbol de la Región de Murcia. 1986-1993.
4. Médico responsable del control antido-

ping en la Real Federación Española de Fútbol. Desde 1991 hasta la temporada 2012-13.

5. Médico habilitado por el Consejo Superior de Deportes para la realización de controles antidoping desde 1996 hasta la actualidad.
6. Médico del Comité Olímpico Español durante los J.J.O.O. de Barcelona-92.
7. Coordinador y responsable de los controles antidoping realizados durante las VI Jornadas Olímpicas de la Juventud Europea, en Murcia en Julio de 2001.

Proyectos científicos

1. Título: "Disco intervertebral Lumbar: Morfología y morfometría de los platillos cartilagosos y ligamentos de refuerzo". Fundación Mapfre Medicina. 1994/1995
2. Título: Estudio longitudinal de las modificaciones ortopédicas provocadas por la danza. UCAM. Años 2003-18
3. Título: Factores psicológicos en la prevención y rehabilitación de lesiones deportivas. Fundación Seneca. Enero- Julio 2007
4. Título: Herramientas para la creación del perfil psicológico del deportista lesionado y su incidencia en el proceso de rehabilitación. Consejo Superior de Deportes. Marzo- Octubre 2008.
5. Título: Programas de entrenamiento psicológico en futbolistas: Incidencia en la aparición de lesiones y en el bienestar psicológico percibido. Cátedra Real Madrid-UEM
6. Título: Desarrollo de una nueva metodología para la valoración funcional de la rodilla, prevención y rehabilitación. Ministerio de Ciencia e Innovación. Junio 2008-Julio 2010. Dotado con 240.000€
7. Título: Prevención de la tendinopatía rotuliana con ejercicios excéntricos en deportistas. Fundación Mapfre Medicina. Abril 2009-Abril 2010

Tesis doctorales dirigidas

1. Título: Análisis de los factores de riesgo de sesión en el ciclismo de carretera federado de la Región de Murcia.
Doctorando: M^a Carmen Calvo López.
Universidad Católica San Antonio.
Fecha de lectura: 08/05/2009
Calificación: Sobresaliente Cum Laude
2. Título: Análisis de la influencia de los factores psicológicos sobre adherencia del deportista lesionado al programa de rehabilitación.
Doctorando: Lucia Abenza. Universidad Católica San Antonio.
Fecha de lectura: 15/07/2010
Calificación: Sobresaliente Cum Laude
3. Título: Correlación clínico-radiología en el diagnóstico del choque femoroacetabular en deportistas.
Doctorando: Juan Francisco Abellán Guillén
Fecha de lectura: 18/05/2012
Calificación: Apto Cum Laude
4. Título: Prevención de la tendinopatía rotuliana con ejercicios excéntricos en deportistas
Doctorando: Felipe Barrera Herrera.
Fecha de lectura: 24/05/2013
Calificación: Apto Cum Laude

Aportaciones científicas y premios

1. Más de 50 aportaciones con capítulos a libros.
2. Director del "Manual de Cineantropome-

- tría" (1993) documento de referencia en los países de habla hispana.
3. Coautor del "Compendio de Cineantropometría" (2009) por el que recibió en 2010 el premio a Las mejores Ideas de la Sanidad del Año en el apartado Solidaridad y Mecenazgo que entrega el periódico Diario Médico y en 2011 premio en el apartado de investigación en los XXX Premios al Deporte Murciano que entrega la Agrupación Deportiva Cehegín Atlético.
 4. Codirector del libro "Avances y Urgencias en Traumatología del Deporte".
 5. Participación como ponente en más de 100 actividades científicas de la geografía española e internacional.
 6. Aportaciones científicas en forma de comunicaciones en más de 50 congresos y reuniones científicas.
 7. Aportaciones científicas en forma de artículo de revistas
 8. Miembro del Comité Editorial de "Traumatología del Deporte", de "Cultura, Ciencia y Deporte", de "Apunts" y de "Archivos de Medicina del Deporte".
 9. Miembro del Comité Editorial de "Medicina, Rehabilitación y Deporte" (Mexico)
 10. Revisor en "Archivos de Medicina del Deporte" y consultor en el área de la Cineantropometría en dicha revista
 11. Premio al Deporte Murciano. XI Edición. En el apartado: "Trabajo de Investigación en el Deporte". 1992.
 12. Proyectos de investigación en el área de la prevención de la lesión de lesiones en la Danza, apoyando al Conservatorio Profesional de Danza de Murcia desde el año 1994.
 13. Primer premio a la mejor comunicación en el I Congreso de las Ciencias de la Salud de la Región de Murcia, titulada "Biomecánica de la musculatura abdominal". Julio de 1998.
 14. Finalista para el PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACION EN TRAUMATOLOGIA DEL DEPORTE "PEDRO GUILLEN" en su primera edición del 2000, con el trabajo titulado: "Metatarsalgias en el corredor de fondo"
 15. Premio al Deporte Murciano. XXX Edición. En el apartado: "Trabajo de Investigación en el Deporte". 2011.
 16. Distinción de la insignia de Oro y Brillantes de la Federación de Atletismo de la Región de Murcia. 2013

Asociación y responsabilidades en sociedades científicas

1. Miembro de la Asociación Murciana de Medicina del Deporte, desde 1.984 hasta la fecha. Desde 1.986 a 1.988, forma parte de la Junta Directiva de la Asociación, como vocal de Investigación y Docencia. Desde 1.988 hasta 1.992, forma parte de la Junta Directiva como Tesorero de la Asociación. Desde 1.992 hasta 1.995 forma parte de la Junta Directiva como Vicepresidente.
2. Presidente de la Asociación Murciana de Medicina del Deporte
3. Miembro de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) desde 1985 hasta la actualidad.
4. Vocal de la Junta Directiva de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) desde 1989 a 1995.
5. Miembro de la Comisión Científica de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) durante el periodo comprendido entre 1995 a 1999.

6. Miembro Fundador del Grupo Español de Cineantropometría (Grupo de trabajo de la Federación Española de Medicina del Deporte), fundado en Barcelona, el 20 de Junio de 1.987.
7. Presidente del Comité Ejecutivo del Grupo Español de Cineantropometría (GREC), desde septiembre de 1.989 a octubre de 1.995.
8. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Traumatología del Deporte (SETRADE) desde su fundación en Noviembre de 1.994 hasta 2.006.
9. Miembro asociado de la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología (SECOT) desde 1.995.
10. Desde 2008 hasta la actualidad miembro del Comité Ejecutivo por elección de la International Society for the Advancement of Kinanthropometry (ISAK) y acreditado por ISAK como “Antropometrista Criterio”/ ISAK nivel 4.

En este momento hay 16 personas en el mundo con el nivel 4 de ISAK

'El médico y el deportista roto'

✿ **Francisco Esparza Ros** ✿

Director del Máster en Traumatología del Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM) Presidente de la Asociación Murciana de Medicina del Deporte (AMD)

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Vicepresidente, Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos, señoras, señores, deportistas, amigos y familia:

Buenas tardes, antes de comenzar este preceptivo discurso de ingreso como Académico Correspondiente en esta Real Academia deseo expresar mi más profunda gratitud.

Gracias a los Académicos, mis padrinos, que me han propuesto y avalado, los profesores Pedro Guillén García, José Luis Martínez Romero y Manuel Clavel-Sainz Nolla, mi más sincera gratitud por vuestra confianza y afecto. Gracias a todos los Académicos Numerarios por aceptarme en tan noble y erudita familia, espero no decepcionar y deseo aportar en cuanto se me solicite. Gracias también a todos los presentes, por acompañarme en un momento tan importante de la vida de un médico.

“Las cosas en la vida no se buscan, las cosas vienen” y como dice quien me presenta, al que me permito llamarle MAESTRO, el Dr. Pedro Guillén, “detrás de la suerte siempre hay trabajo, mucho trabajo”.

El tema del que hablaré ha representado y representa en mi vida, junto a mi familia, el motor por el que todos los días nos move-

mos y deseamos seguir en la ardua tarea que se nos presenta, este es “El médico y el deportista roto”.

Pero antes de entrar en el tema, haré una breve glosa que nos facilite comprender como llegamos hasta aquí.

Nací en Murcia, en la C/ Cadenas, en el año 57 en el seno de una familia humilde emigrante del Campo de Cartagena. Por ello mi infancia pasó entre mis estudios en Murcia y mis estancias con familiares y amigos en Balapintada. Allí comenzó a forjarse la vocación que hoy vivo y me marca como guía para la atención a los enfermos.

A pesar de no existir en la familia una tradición de médicos, siempre tuve claro desde los 5 años, que mi deseo era ser médico, no pregunten por qué, pero mi curiosidad en la infancia y el carácter innato de observación, quizás heredado de mi madre, me llevaba ya a realizar mis investigaciones en el mundo de las ciencias, que incrementaba la capacidad de la observación, tan necesaria en la Medicina. Esas cualidades siempre me han ayudado para el buen hacer de esta Ciencia.

Estudí en la Facultad de Medicina de esta ciudad y la promoción a la que pertenezco, ya presagiaba que seríamos gente luchadora, la 7ª promoción, como el 7º de caballería. Inauguramos la actual Facultad de Medicina y

también lo que hoy es el Campus de Espinardo.

Simultáneamente con mis estudios de Medicina, y casi desde mi infancia, he estado impregnado por la danza, ya que mi hermana María comenzó a los 4 años en ese difícil arte. Detrás de una gran afición, siempre hay un motivo.

Recordando mis andanzas por la medicina, ya en 5º de carrera iba con Asensio Mercader, médico por entonces de Fuente-Álamo y amigo de la familia, le acompañaba en sus guardias de medicina rural. Allí estabas SOLO ante la enfermedad, sin más ayuda que tu saber, tus mejores intenciones y tu fonendoscopio. Era la época de mucho entusiasmo y humanidad y de menos ciencia. Estos inicios como estudiante me marcan y me inclinan por el lado más humano de la Medicina.

Me toca moverme en la desafortunada década de los 80 para la Medicina en España y es en 1985 cuando se funda la Asociación Murciana de Medicina del Deporte (AMD) y mi buen amigo y compañero de promoción Miguel Pagán me invita a formar parte de los inicios de esta Sociedad, desde ese momento encuentro el reto de velar por la salud de los que iban en pantalón corto y zapatillas, corriendo “para nada”, en esos tiempos no era productivo el deporte, no se divulgaban sus beneficios y hacer deporte “no estaba de moda”, solo eran casos aislados. Pero estos casos aislados, como seres humanos también necesitaban de médicos que les comprendieran y que les cuidaran.

En los inicios de la AMD, el Prof. Tomás Quesada de la Universidad de Murcia, así como José Luis Martínez Romero, Luis Carlos Torres Segovia y José Antonio Villegas fueron los responsables, en el año 1986, de lo

que fue el primer intento de la especialidad en Medicina del Deporte en la Región de Murcia, siendo este el punto de arranque para muchos de los Médicos del Deporte de Murcia. Allí fue también donde se forjó mi amistad con mi guía en el ámbito de la Traumatología y Medicina del Deporte, mi amigo José Luis Martínez Romero.

Desde ese momento hasta aquí, todo ha ido a velocidad de vértigo, tal y como es este mundo del deporte. Durante 7 años me responsabilicé de la Medicina del Deporte en la Federación Murciana de Fútbol, una buena escuela especialmente con el deporte de base. Pudimos viajar con los equipos federativos y transmitir a los jóvenes las enseñanzas de mis maestros para evitar lesiones, para prevenir su aparición.

Un punto importante en mi carrera profesional, fue el año 1992. En abril recibí una llamada del Comité Olímpico Español, invitándome a formar parte como médico del Equipo Olímpico Español durante los Juegos Olímpicos de Barcelona. Fue una experiencia de tres semanas conviviendo y compartiendo alegrías y emociones con los deportistas, donde pude adquirir una experiencia que ha sido útil para los deportistas que después han pasado por mis manos.

Pude comprender las tensiones que provoca una competición de máximo nivel: las sensaciones que trasmite el deportista cuando pierde, cuando gana, cuando se lesiona... Realmente fue mi Cátedra del Deporte. Lo primero que confirmé allí, es que el médico en este mundo del deporte es una pieza más para ayudar al único protagonista: el deportista.

Pudimos vivir lo que ahora está tan de moda, pero que entonces fue una auténtica

novedad: el trabajo multidisciplinar. Es decir un gran equipo de profesionales, como el entrenador, el fisioterapeuta, el responsable de la delegación (el directivo), el psicólogo, el nutricionista, el médico... Todos teníamos un único objetivo: que el deportista compitiera en las mejores condiciones biológicas posibles, para obtener los mejores resultados.

Obtuve también una reflexión muy importante: esta especialidad médica cuenta con muchos observadores: los aficionados, es decir, la sociedad. La exposición tan grande a la que el mundo del periodismo somete tus actuaciones, y sobre las que pueden libremente emitir juicios.

Todo es muy novedoso si no te mueves en el entorno del deporte. En la carrera de Medicina te enseñan que alrededor del paciente solo se encuentra la familia. Nunca oíste hablar de que pudieran existir más personas implicadas alrededor de la lesión. Como estoy transmitiendo, la Medicina del deportista roto o sano es muy peculiar.

Todas estas reflexiones, podrían compararse a lo que ocurre alrededor de un coche de Fórmula 1, en un gran premio, pero con una gran diferencia: nuestras "máquinas", las que cuidamos los médicos, tienen alma. Aunque a veces, y dependiendo de muchos factores, pueda caerse en el error de tratar a los deportistas únicamente como máquinas, es uno de los peligros que acecha en estos tiempos de tanta innovación.

A partir de esta etapa, hay una evolución muy rápida, a velocidad de vértigo como corresponde al campo donde nos movemos y fruto de diferentes investigaciones se nos concede en dos ocasiones el Premio de Investigación en Medicina del Deporte de la Comu-

nidad Autónoma de la Región de Murcia, en su edición XI (1992) y edición XXX (2011).

En 1996, de la mano de José Luis Martínez Romero, ingreso en la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM), formando parte del equipo directivo de la carrera de Fisioterapia. Con el liderazgo de D. José Luis Mendoza, desde sus inicios se le imprime una orientación claramente deportiva, siendo conocedores de las altas demandas que exige el deporte. Para decidimos por esta tendencia, nos fundamentamos en estudios demográficos y sociales que auguraban la gran demanda social por la actividad física y deporte que existe actualmente.

En 1999 se crea la Cátedra de Traumatología del Deporte y bajo la dirección de los Profesores Pedro Guillén y José Luis Martínez Romero, creamos el Máster de Traumatología del Deporte, con la constitución de una línea de investigación que es nuestro objeto principal de trabajo: la prevención de las lesiones deportivas, porque el "deportista más rentable, es el que no se rompe" y esto es más probable que ocurra si aplicamos medidas preventivas.

Tras este bagaje, me encuentro ante dos mundos muy distintos: la medicina y el deporte, pero allá donde esté el ser humano, allá estará la medicina.

Con la llegada de la industrialización se ha conseguido que dispongamos de más tiempo de ocio, especialmente en los países desarrollados, provocando un cambio de hábitos en la población, que gracias a los medios de comunicación y a las autoridades sanitarias, se ha reconducido al incremento de las actividades deportivas por sus beneficios para la salud. Todo se ve favorecido gracias al incremento de retransmisiones deportivas y al

aumento de disponibilidad de instalaciones deportivas. Estamos viviendo una transformación de las costumbres sociales encaminadas al incremento de la práctica deportiva a todos los niveles, tanto competitivos como recreacionales.

El entorno del deporte competitivo ha sido el que desde siempre ha conocido la sociedad, pero el deporte recreacional, o mejor aún la actividad física, que se está transformado en un “medicamento” que mejora la calidad de vida, al mismo tiempo que la alarga, es un concepto de nueva aplicación en el siglo XXI, que se está extendiendo por todas las sociedades avanzadas. En base a esto, también podremos hablar del “deportista recreacional roto”, donde tendremos la obligación de aplicar los mismos cuidados y atenciones que en el deportista de élite y él nos lo demandará.

Para comprender y conocer perfectamente el perfil de nuestros pacientes, es recomendable conocer el significado de la palabra deporte, que nos indica la realización de una actividad física sujeta a unas normas o reglas y que implica competencia, esta competencia suele suponer la presencia de gestos y movimientos con máxima energía cinética y en ocasiones incontrolados, lo que puede provocar la lesión o rotura del aparato locomotor.

Con frecuencia, términos como deporte y actividad física son confundidos, aún cuando no significan lo mismo. La palabra deporte, ya nos está indicando un carácter de competitividad, sin embargo la actividad física tiene un carácter recreacional y últimamente, gracias a las frecuentes aportaciones del campo de la investigación, ha quedado sobradamente demostrada su eficacia para proporcionar salud física y psíquica, como si de un “nuevo medicamento” se tratara.

Actualmente una gran parte de la población realiza ejercicio físico para mejorar su salud y su calidad de vida. El deporte de forma moderada y con las indicaciones apropiadas está considerado como un hábito saludable que facilita una buena forma física y psicológica en todas las edades de la vida.

Para comprender la magnitud de esta nueva tendencia social, podemos recurrir a cuantificar la evolución de las licencias federativas según datos del Consejo Superior de Deporte (CSD).

Así encontramos que esa evolución de las licencias federativas en España, va de las 44.880 licencias en 1941, hasta las 3.498.848 licencias en el año 2012, dentro de las 66 federaciones registradas en el CSD, incluyendo deportes para discapacitados.

Las tendencias actuales de la sociedad española, se pueden ver reflejadas conociendo las 10 federaciones con más licencias, estos datos nos serán útiles para optimizar los recursos y aplicar medidas preventivas, pilar básico del mejor tratamiento del deportista roto.

Según datos del CSD el deporte que más licencias tiene es el fútbol (869.320), seguido del baloncesto (407.728), la caza (369.895), el golf (313.828), montaña y escalada (155.940), judo (106.753), tenis (103.898), balonmano (95.763), atletismo (80.309) y el ciclismo en 10º puesto con 61.733 licencias.

Con los estudios epidemiológicos realizados para conocer las variables que intervienen y la distribución de las lesiones en los diferentes deportes, podremos incluir medidas preventivas que nos revelan la trascendencia y gasto social que supone la práctica deportiva. Se ha observado que en los deportes de

equipo como el fútbol, el rugby, el balonmano o el baloncesto es donde se registra un número más alto de lesiones y en la mayoría de los casos producidas por contusiones (40%), según las distintas estadísticas realizadas en los trabajos fin de Máster de Traumatología del Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM). Si se clasifican los deportes de equipo por disciplinas deportivas:

En el balonmano, las lesiones más frecuentes son las que afectan a la rodilla (60%). También se observan epicondralgias laterales (conocido como, “codo del tenista”) en los porteros, así como arrancamiento del tendón extensor de los dedos, tendinopatía y a veces rotura del tendón de Aquiles, tendinopatía del manguito de los rotadores, tendinopatía rotuliana y fascitis plantar.

En cuanto al voleibol, puede generar la tendinopatía rotuliana, conocida como “rodilla del saltador”, típica también en el baloncesto, será producida por la sobrecarga de los saltos en el aparato extensor de la rodilla y representa el 13,80% de las lesiones en esta actividad, siendo el tobillo el que más se afecta (20,61%).

En cuanto al baloncesto, según datos de la liga de baloncesto (NBA), el 80% de las lesiones son agudas y en el 65% de los casos están localizadas en las extremidades inferiores. Predominan las lesiones de tobillos (30%), las de rodilla e ingles (18%).

El rugby, que además de jugarse en equipo, es el deporte de contacto por excelencia, también tiene predilección por los miembros inferiores, con un 38% de las lesiones, mientras las extremidades superiores se lesionan un 27%. El porcentaje restante se reparte entre la cabeza y la cara (21%), el raquis

(8,5%), el tórax (5%) y el abdomen (0,5%). En otros estudios sobre el rugby en Francia, los accidentes más habituales son los esguinces y las luxaciones (33%), que van por delante de las fracturas (19%) y las contusiones (12%). Por último, a las lesiones tendinosas les corresponde el 9% y a las heridas y/o artritis, el 5% restante.

En el fútbol, encontramos que en el 32,63% de los casos las lesiones se producen en la rodilla, seguidos de las lesiones de tobillo (15,51%), del muslo (10,98%), del pie (9,69%), de la mano (4,5%) y de la pierna (4,38%).

Las características de las lesiones en los deportes de equipo frente a los deportes individuales, será que son más frecuentes en los primeros las lesiones agudas o accidentes deportivos y que en los deportes individuales, aparecerán lesiones como consecuencia de traumatismos indirectos o por sobrecarga, siendo de aparición más lenta y progresiva en el tiempo y de curso crónico, serán las llamadas lesiones de sobrecarga, de sobreesfuerzo o tecnopatías, pues la causa será la repetición de un gesto deportivo.

En un estudio en la puerta de urgencias de un hospital de referencia, se encontró que el 85% de las lesiones deportivas ocurre en varones, con una edad de 26+/-10 años. El deporte que más atenciones demandó fue el fútbol (49'5%), seguido del ciclismo (9,5%) y del baloncesto (8,7%).

Por regiones anatómicas, la mayoría de las lesiones se localizan en el miembro inferior (56%) y representan las contusiones un 33,8% y lesiones ligamentosas un 30,1%.

En los Estados Unidos, cerca de 30 millones de niños y adolescentes participan en algún tipo de deporte y sufren cerca de 3,5

millones de lesiones cada año. Casi una tercera parte de todas las lesiones están relacionadas con los deportes y de estas las más frecuentes son las lesiones musculares y los esguinces.

Los deportes que entrañan más riesgos de lesiones, serán los deportes asimétricos, como el tenis, el golf, los deportes que supongan un contacto directo, como el rugby, judo, boxeo y los que tienen alto riesgo de caídas como el esquí, ciclismo, por esto hemos de tener medidas de prevención para evitar la temida lesión y aún cuidando aspectos generales, cada deporte tendrá sus cuidados especiales, por ello el médico debe conocer muy bien el deporte que va a tratar, siendo tan importante conocer la técnica, como la biomecánica y hasta el calendario deportivo, aspectos que podrían parecer banales, pero que en el mundo del deporte son de gran trascendencia, podríamos pensar en crear la super-especialidad de cada deporte y en realidad así ocurre.

Podría ser fácil en apariencia, por lo populoso y por los medios de comunicación, conocer el fútbol, el baloncesto, pero no todos los médicos del deporte conocen el ciclismo, las distintas especialidades atléticas y no digo por ejemplo el complejo y exigente mundo de la danza.

En el caso de la danza, a la que podríamos definir como un “deporte de élite con arte”, el gran problema de este colectivo tan amplio, es el desconocimiento en la Medicina en general de las exigencias y dificultades de esta forma tan bella que algunas personas entienden como su forma de vivir.

Como hemos indicado anteriormente, uno de los pilares para tratar al deportista roto, es evitar que se lesione y para que sea posible

hemos de conocer los factores predisponentes y así actuar sobre ellos. Por su trascendencia, refrendada por los numerosos trabajos de investigación, actualmente la línea de investigación más importante de la Cátedra de Traumatología del Deporte es la prevención de las lesiones deportivas.

Factores predisponentes de las lesiones deportivas

Los aspectos que van a condicionar la aparición de la lesión deportiva, van a depender de los tres factores que intervienen en la práctica deportiva:

- a) El personal.
- b) El ambiental.
- c) El material.

Otros autores también los denominan factores extrínsecos e intrínsecos.

a) Factores personales.

Los factores personales más importantes que revisaremos son:

1) Salud.

Un estado óptimo de salud es primordial para evitar la presencia de lesiones, gracias a este especial cuidado son capaces de llegar a mayor edad practicando deporte, se recuperan más rápidamente de lesiones y los entrenamientos son más eficaces. Para ello siempre recomendamos un reconocimiento deportivo previo donde se hace una valoración exhaustiva de todos los sistemas corporales, en especial el sistema cardiovascular y el sistema locomotor, no indicando esto que no se realice una valoración completa.

La presencia de alguna alteración de los ejes, es un factor predisponente para la aparición de lesiones de sobrecarga que se ha de

tener en cuenta para la aplicación de las medidas preventivas que sean posibles. A modo de ejemplo la presencia de un genu valgo, favorecerá una sobrecarga en el compartimento externo, no estando muy recomendadas las actividades deportivas que por su biomecánica generen más presión en la zona. Como medida preventiva, se evitará en lo posible la sobrecarga en la zona.

En esta línea en la Cátedra de Traumatología del Deporte se decidió hacer un estudio longitudinal para conocer las modificaciones del aparato locomotor tras 10 años de carrera profesional de danza.

Comenzamos en el año 2003 controlando todo el aparato locomotor especialmente, junto al sistema cardiovascular y medidas antropométricas básicas. Actualmente estamos en el año 11º y habremos realizado un total de 4000 valoraciones ortopédicas exhaustivas aproximadamente. Nuestro objetivo es demostrar las bondades de “un deporte de élite con arte”, la danza que es una gran desconocida en el mundo de la Medicina y si fuera necesario se harían aportaciones para prevenir lesiones.

Se han buscado alteraciones de los ejes en todas las articulaciones, al mismo tiempo que se cuantifican los rangos articulares tan extraordinarios y tan fuera de lo común respecto al resto de la población, sin que por ello tengamos que considerar que estamos ante una situación patológica.

Se valora la columna en el plano sagital y frontal (escoliosis, cifosis e hiperlordosis), los ejes de los miembros inferiores (genu valgo, genu varo) y de los pies (pie plano, pie cavo), realiza una exploración con 56 ítems para una correcta valoración ortopédica del aparato locomotor.

2) Constitución corporal.

En las Ciencias de la Salud y de la Actividad Física y el Deporte, con el afán de conocer las características antropométricas y constitucionales del deportista y con ello obtener el máximo rendimiento del cuerpo humano dentro de los parámetros de la salud y como herramienta preventiva, se está aplicando con mayor frecuencia la técnica de la Cineantropometría.

Podríamos orientar al individuo hacia el deporte más idóneo según sus parámetros antropométricos.

Se define la Cineantropometría como el estudio de la forma o somatotipo, composición y proporción humana, utilizando medidas del cuerpo. El objetivo de esta técnica es comprender el movimiento humano en relación con el ejercicio, desarrollo, rendimiento y nutrición.

En el estudio de la Cineantropometría se determinan primero unos puntos anatómicos como referencia para la toma de medidas antropométricas. Estos puntos anatómicos de referencia y la metodología para realizar las técnicas de medición están protocolizadas y estandarizadas por la Sociedad Internacional para el estudio de la Cineantropometría (ISAK) y es el método seguido por el Grupo Español de Cineantropometría (GREC), grupo enmarcado dentro de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE). Es importante que todos los investigadores utilicen la misma metodología para de esta forma tener datos de referencia que puedan ser comparados.

Una vez obtenidas estas medidas y aplicando una serie de fórmulas podemos conocer la forma (somatotipo), la composición corporal y los perfiles de proporcionalidad de los individuos estudiados.

Somatotipo. Se define como la constitución morfológica de un individuo en el momento en que esta siendo analizado. Existen tres tipo de somatotipos endomorfo, mesomorfo y ectomorfo. El endomorfo o de predominio grasa, es el que presenta un mayor handicap por el exceso de peso. El mesomorfo o de predominio muscular es el más adecuado para la práctica deportiva y el ectomorfo o de predominio lineal, aunque pueda considerarse menos equilibrado y potente, se está integrando plenamente en algunos deportes como el voleibol o baloncesto por la estatura de estos deportistas.

Las aplicaciones del somatotipo en el deporte son variadas:

- Estudiar el somatotipo del deportista comparándolo con el ideal para su modalidad deportiva y si existen diferencias significativas, modificar el sistema de entrenamiento o la ingesta calórica, para adecuarlo a los parámetros de referencia.

Se observa que en el deporte de élite, existe un determinado somatotipo patrón para cada modalidad deportiva y que este patrón es más restringido a medida que aumenta el nivel de la élite mundial.

- Comparar poblaciones entre sí y dependiendo de las diferencias optimización del rendimiento deportivo.
- Comparar un mismo atleta en diferentes momentos, siendo muy útil esta herramienta para un buen control de las evoluciones del entrenamiento.

Composición corporal. El conocimiento de los diferentes compartimentos o tejidos, nos va a proporcionar una clara información de

la estructura del deportista en un determinado momento y cuantifica las modificaciones debidas al entrenamiento.

Con este análisis, se fracciona el peso corporal en sus distintos componentes (graso, muscular, óseo, residual o visceral) y estudia la relación existente con la actividad física. Nos ofrece una valiosa información para interpretar la influencia del deporte sobre los distintos componentes corporales, siendo útil para el seguimiento de la adaptación cuantitativa y cualitativa al entrenamiento de un deportista.

En el análisis de la composición corporal tiene gran importancia determinar la cantidad de grasa, para poder valorar los cambios que se producen con el entrenamiento y el rendimiento deportivo.

Aplicaciones de la composición corporal en el deporte

Con el conocimiento de la composición corporal de un deportista se puede:

- Conocer si le falta masa muscular o le sobra grasa para el deporte que practica, de acuerdo con los valores de referencia para su deporte. El deportista debe adecuar su porcentaje graso al ideal para su deporte, pues si tiene valores superiores supondrá una disminución del rendimiento deportivo, por tener que aumentar el esfuerzo para realizar un gesto deportivo determinado.
- Controlar el entrenamiento. Normalmente un deportista al inicio de temporada tiene un porcentaje graso superior, debido a la inactividad deportiva, al ir aumentando de intensidad los entrenamientos y trabajando la fuerza muscular, el deportista aumentará de peso,

pero por la pérdida de grasa y el aumento de masa muscular que experimenta tras el entrenamiento, ya que la masa muscular tiene mayor densidad que la masa grasa.

Proporcionalidad. Es una herramienta poco utilizada y de gran utilidad para la detección de talentos deportivos, pues tras el análisis de los segmentos corporales, podríamos indicar que deporte desde el punto de vista biomecánico sería el más idóneo.

Estudios que se pueden realizar con la Proporcionalidad:

- Estudio de la proporcionalidad entre medias de dos muestras, donde analizamos distintos grupos de personas que realizan el mismo deporte o deportes distintos para buscar si existen o no diferencias proporcionales significativas. Por ejemplo, en un estudio realizado con atletas blancos y negros que participaban en la Olimpiada de México, se observó que existía un patrón común entre ellos, caracterizado por tener caderas pequeñas y brazos y piernas largos.
- Estudio de la proporcionalidad entre la media de una muestra deportiva y un individuo, siendo útil este análisis cuando queremos saber si un deportista posee las proporciones indicadas para un deporte en concreto.
- Estudio de la proporcionalidad entre individuos. Es útil este análisis cuando deseamos comparar dos individuos entre sí. Ejemplo: Comparación de un atleta profesional adulto con un atleta no profesional en etapa de crecimiento. Lo lógico en este caso es que se aprecie en

el joven menos peso, perímetros musculares menores y diámetros óseos mayores, lo que concuerda con las expectativas de un atleta en crecimiento.

Estudio de la proporcionalidad en un individuo en periodos diferentes, nos permitirá conocer los efectos de una práctica deportiva continuada, también podemos estudiar la evolución del crecimiento.

3) Edad.

La edad es otro de los factores inherentes al individuo y que será un condicionante para la realización de deporte, por lo que hemos de adaptar el deporte a las condiciones biológicas del deportista, bien sea un niño, adolescente, adulto o un deportista veterano.

No debemos permitir que un niño realice un deporte en las mismas condiciones que el adulto, en cuanto a las dimensiones del terreno de juego, tamaño y peso del material deportivo, duración de la competición, altura de las canastas en caso del baloncesto, dimensiones de las porterías en caso del fútbol, distancias a recorrer, etc. Por esto las distintas federaciones deportivas elaboran reglamentos adecuados a las características biológicas de los niños. (minibasket, fútbol siete, etc.).

4) Alimentación e hidratación.

El ejercicio físico se produce mediante el movimiento que genera el sistema osteomuscular, ahora bien la acción del sistema muscular, se produce mediante un gasto de energía que ha de reponerse con la aportación de calorías proporcionadas con la alimentación. La alimentación adecuada y programa-

da al gasto que se va a producir, es fundamental para el deportista. Si es superior la ingesta de calorías al consumo realizado, se produce un aumento de grasa con la consiguiente reducción del rendimiento deportivo, al mismo tiempo que hay más riesgo de lesión en el aparato locomotor. También, si la cantidad de calorías ingeridas es inferior a la necesaria, provocará agotamiento de las reservas musculares, cansancio y como consecuencia una facilidad para la lesión.

Al mismo tiempo con la alimentación aportamos las sales minerales, vitaminas y agua, tan necesarios para la realización de las reacciones metabólicas en el organismo, por lo tanto la alimentación debe ser equilibrada en sales minerales y vitaminas para evitar déficit y ajustada a las necesidades calóricas dependiendo de la intensidad del ejercicio.

La hidratación es fundamental durante el ejercicio físico por las grandes pérdidas que sufre el organismo a través de la sudoración, presentando una relación directa la cantidad de agua perdida con la aparición de lesiones y la disminución del rendimiento deportivo.

De acuerdo a las características fisiológicas del aparato digestivo, la aportación de agua debe reunir unos requisitos para facilitar una rápida absorción, siendo recomendables las siguientes normas para hidratarse:

- La temperatura del agua entre 12° y 15°.
- Beber 200 ml. cada 15 ó 20 minutos.
- El estómago sólo absorbe 800 ml. por hora.
- No esperar a tener sed.

5) Higiene deportiva

La higiene personal es algo que parece banal, de uso común y lógico, pero precisamente por este motivo en ocasiones se aban-

dona. Si tenemos en cuenta que una competición puede perderse por un simple dolor de muelas o por una rozadura en el pie o en las regiones de máximo rozamiento como la axilar, perineal o inguinal, nos daremos cuenta de la importancia que tiene el infundir estas ideas desde la infancia.

La higiene dental diaria y la prevención de caries evitarán foco infecciosos en ocasiones latentes, con un importante potencial para generar lesiones del aparato locomotor a distancia.

Para llevar una correcta higiene deportiva debe tenerse especial cuidado con la piel, por esto siempre deben ducharse después de una competición o entrenamiento, para así limpiar la piel y también servirá para enfriar la temperatura del cuerpo. Debemos evitar el contacto directo con el suelo húmedo, siendo muy importante utilizar calzado de goma en las duchas y así evitaremos la aparición de enfermedades micóticas, como el pie de atleta.

No son recomendables duchas muy frías, para evitar alguna lipotimia y sobre todo la aparición de calambres. Debe realizarse un perfecto secado del pelo, entre los dedos del pie y de las zonas de roce, para evitar catarros en invierno y la aparición de micosis.

Es conveniente preparar la piel antes de la competición mediante talcos antisudorantes, que eviten la producción de rozaduras y flictenas por fricción, en personas con predisposición a padecer estas lesiones.

6) Nivel de entrenamiento.

Es importante entender que el entrenamiento y la preparación física son necesarios para adquirir un mejor rendimiento deportivo y sobre todo evitar la aparición de lesiones secundarias a la aparición de fenó-

menos de fatiga, como la incoordinación muscular por agotamiento, pero siempre respetando las características fisiológicas del deportista, sea niño, adulto o veterano.

Es importante respetar todos los períodos de una sesión de actividad física, como son el calentamiento, el período o parte principal propiamente dicho del juego o deporte y la recuperación, vuelta a la calma o “enfriamiento”. El período de calentamiento es obligado realizarlo, incluyendo estiramientos musculares para prevenir las lesiones musculares tan frecuentes en la práctica deportiva, que así mismo deben realizarse al acabar el entrenamiento.

La intensidad del entrenamiento debe adaptarse a la etapa de desarrollo del niño y del adolescente, evitando sesiones de entrenamiento muy intensas y sin días de recuperación. En los niños, la práctica deportiva debe ser multidisciplinaria y polivalente, debiendo evitar la especialización precoz.

7) Dominio de la técnica.

Cada deporte lleva consigo una serie de movimientos y gestos técnicos que le son propios y de una correcta ejecución dependerá el éxito deportivo o la aparición de lesiones.

Es importante que en cada etapa del desarrollo se asimilen y aprendan los fundamentos técnicos indicados para ese momento de cada deporte, deben ser enseñados por personas cualificadas y en un clima de alegría y relax, ya que el exceso de competencias hace que el niño no llegue a asimilar bien estos conceptos.

8) Conocimiento del reglamento.

Por último dentro de los factores personales, es muy importante que el deportista conozca plenamente el reglamento del depor-

te que va a practicar, ya que el respeto a ese reglamento llevará implícito que el juego discurra por derroteros civilizados y de mutua comprensión.

b) Factores ambientales

Serán aquellos factores, bien naturales o artificiales que van a rodear al acto deportivo y lo van a condicionar, como son:

1) Características del terreno de juego.

El terreno puede ser de múltiples componentes, siendo muy importante la capacidad de absorción de los impactos que genera en el aparato locomotor. Los cambios frecuentes de la dureza de las superficies de entrenamiento y de las de competición, sin periodos de adaptación a estos cambios, son generadores de patología de sobrecarga

2) Estado del terreno.

El perfil del terreno, rugoso, inclinado, irregular, etc., es favorecedor de lesiones crónicas invalidantes para el rendimiento deportivo e incluso en muchas ocasiones para la práctica de una actividad deportiva recreacional.

También existen una serie de circunstancias que alteran las características del terreno de juego, por ejemplo una superficie seca, húmeda o con hielo. En el caso de un campo de fútbol, las condiciones y el tipo de césped influyen en el riesgo de lesión, así hemos de considerar un césped natural, artificial, con la hierba alta o baja, o sin hierba; o bien si éste se encuentra seco o por el contrario embarrado.

La iluminación del terreno, es otro factor a tener en cuenta en cuanto al estado del terreno.

3) Medio ambiente.

Tendremos en cuenta la situación climática donde se desarrolle el evento deportivo ya que intervienen una serie de factores:

- La altitud. Cuanta mayor altura, menor presión de oxígeno, por lo que es necesario realizar un período de aclimatación previo a la competición.
- El calor. El aumento de temperatura provocará mayores pérdidas líquidas por la transpiración, por lo que se recomienda utilizar ropa con una buena transpiración, se debe reponer líquidos y evitaremos realizar los entrenamientos o la competición en horas de máxima temperatura.
- La humedad suele acompañar al calor y agrava los efectos de éste, al ser un factor que perjudica los mecanismos de termorregulación del organismo.
- El viento dificulta las maniobras deportivas, en mayor cuantía según sea más técnico el deporte, debiendo vigilarse sobre todo en los deportes aéreos.
- El frío produce, al contrario que el calor, una contracción capilar y un mayor gasto basal calórico, debiendo combatirlo con dietas hipercalóricas y protegiéndose con un adecuado equipo. Sus efectos aumentan si va acompañado de viento, siendo las lesiones más graves las congelaciones que aparecen en deportes de montaña.
- Polución atmosférica. Los terrenos deportivos al aire libre, no deben estar en zonas de gran polución atmosférica por los riesgos que suponen una atmósfera contaminada mientras se realiza deporte, siendo también un factor que favorece la aparición de procesos alérgicos.

c) Factores materiales

Son aquellos utensilios que el deportista va a emplear durante la práctica del deporte, siendo estos:

1) Equipación deportiva.

Es necesario valorar detenidamente las características y necesidades de una buena equipación deportiva: ropa deportiva, calcetas, calzado, además de las protecciones necesarias según las peculiaridades del deporte elegido. A continuación analizaremos las características más importantes.

Ropa deportiva.

Las características dependerán del deporte que se practique y en el caso de deportes colectivos, también influirá la demarcación que ocupe. En el caso de porteros, deben llevar coderas, para evitar las bursitis, rodilleras, guantes adecuados, pantalón acolchado, para evitar lesiones en las caderas.

La ropa debe ser holgada, para evitar rozaduras en axilas e ingle y permitirá una movilidad máxima, para realizar los gestos deportivos sin limitaciones. Debe permitir una buena transpiración y absorción del sudor, siendo recomendable utilizar prendas de algodón. Es necesario recordar que nunca se utilicen plásticos pegados a la piel para realizar deporte, pues estos evitan el normal funcionamiento y transpiración de la piel, produciendo así un sobrecalentamiento del cuerpo, con el riesgo de la aparición de una deshidratación o lo que es peor un golpe de calor.

Sobre la utilización de calcetas o calcetines deportivos.

Las calcetas deben llevarse siempre, para evitar rozaduras y ampollas por la maceración debido al sudor y éstas serán de algodón. Al

colocarlas no deben formarse arrugas, pues facilitan la aparición de ampollas o flictenas y por este mismo motivo las calcetas no deben llevar costuras. Cuando termine la competición o el entrenamiento, deben quitarse las calcetas y así evitar la maceración del pie y la aparición de micosis.

No es recomendable estrenar la ropa deportiva para una competición. Cuando se estrena en competición y sobre todo en deportes de larga duración aparecerán rozaduras y erosiones en los pies.

Calzado deportivo.

El calzado debe permitir una buena adaptación al terreno, para que nos de estabilidad y debe cumplir las siguientes características:

Debe estar ajustado y bien adaptado al pie, pudiendo mover los dedos en el interior del calzado.

Si es un calzado apretado tiene más probabilidades de provocar callosidades y/o uña encarnada. Es necesario realizar el corte de las uñas de los pies con trazo recto y no demasiado cortas, para evitar la aparición de la uña encarnada.

Por el contrario, si el calzado es ancho, producirá ampollas y habrá mayor riesgo de la aparición de esguinces de tobillo, por no sujetar correctamente el pie.

El antepié del calzado será flexible, permitiendo doblar la puntera en un ángulo de 45°, sin esfuerzo. La suela debe cumplir los requisitos de aislar del frío, repeler el agua, ser resistente y absorber el choque contra las superficies duras. Hay que adaptar la resistencia del calzado, al peso del deportista para que tenga una adecuada absorción de los impactos con el suelo.

No debe estrenar el calzado durante una

competición, pues es fácil que no pueda competir en condiciones óptimas hasta que no "moldee" el calzado a su pie. Es aconsejable que este proceso de adaptación a su nuevo calzado lo lleve a cabo en los entrenamientos.

Las características idóneas del calzado deportivo, puede resumirlas en:

- Dedos desahogados.
- Tarso flexible y no oprimido.
- Talonera fuerte que proporcione estabilidad al talón.
- Tacón con 2 ó 3 cm. de elevación.
- Plantilla anatómica.
- Suela con buena capacidad de absorción.

Prendas de protección.

Están diseñadas para proteger al deportista de posibles impactos o traumatismos y la zona a proteger, dependerá de las características de cada deporte. Las prendas de protección no deben impedir la realización de movimientos con libertad o podrán ocasionar una mínima limitación que desaparecerá cuando el deportista se adapte a la protección.

Como ejemplo, citamos las prendas de protección de algunos deportes:

En ciclismo se utilizará el casco, las gafas y los guantes, evitando traumatismos craneo-encefálicos graves, cuerpos extraños en los ojos, erosiones y quemaduras graves en las manos por caídas y rozamiento con el asfalto.

En fútbol utilizarán espinilleras todos los jugadores de campo, actualmente es una medida obligada por la reglamentación del juego. El portero de fútbol, al igual que en otros deportes como el hockey sobre hierba, utilizará guantes, coderas, rodilleras y pan-

talón acolchado en las caderas para protegerse de posibles lesiones traumáticas.

En deportes de lanzamiento (disco, jabalina, peso y martillo) se utiliza un cinturón lumbar para dar estabilidad a esta zona que será sometida a mecanismos violentos de rotación y de flexo-extensión.

2) Instrumentos utilizados (material deportivo).

Son aquellos elementos que nos van a servir para ejecutar el deporte, bien por medio de balones, palos, pelotas, raquetas, bicicletas, ...

Es necesario proporcionar las características del material deportivo (tamaño y peso) a las características fisiológicas y morfológicas de cada deportista, en especial en los niños.

Los materiales deportivos y gracias a los avances tecnológicos están sometidos a continuos procesos de investigación. Una muestra relevante es la captura de los movimientos del deportista o los simuladores en ordenadores que han facilitado una información muy importante para aumentar el rendimiento deportivo y para mejorar los sistemas de entrenamiento. Un ejemplo práctico, sería en el ciclismo, donde en el túnel de viento, es posible conocer la posición aerodinámica más adecuada en la bicicleta para obtener la menor resistencia al viento y por tanto mayor rendimiento.

Dada la importancia que representa la patología traumatológica y por el aumento de su frecuencia, la Asociación Murciana de Medicina del Deporte (AMD), junto con el Grupo de estudio del Aparato Locomotor (GEAL) de la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) desarrolló un decálogo para realizar deporte en salud, como recuer-

do de las principales medidas para prevenir lesiones.

Decálogo para la realización del deporte en salud

1. CONÓCETE A TI MISMO. Antes de iniciarte en la práctica deportiva, te someterás a un control médico de aptitud, tanto más exhaustivo y específico cuanto más se exija de tu organismo.
2. SELECCIONA TU DEPORTE. Después de un periodo de acondicionamiento general y a la edad oportuna, seleccionarás el deporte que más se adapte a tus condiciones físicas y psíquicas, de acuerdo con tu preparador y tu médico del deporte.
3. CONOCE TU DEPORTE. Deberás conocer y aprender perfectamente la técnica y el reglamento de tu deporte, recordando que con ello evitarás lesiones agudas y de sobrecarga.
- 4.- UTILIZA TU MATERIAL IDÓNEO. Practicarás tu deporte con el mejor material deportivo, el vestuario más adecuado y las protecciones reglamentarias en el terreno idóneo y en condiciones ambientales correctas.
- 5.- CONSERVA TU FORMA. Realizarás la preparación adecuada que te indique tu preparador, de acuerdo con tu edad, sexo y posibilidades físicas y psíquicas. No superando jamás tu capacidad máxima de esfuerzo, sobre todo en edad de crecimiento.
6. PREPARA TU ACTIVIDAD. Realiza un

calentamiento y estiramiento suave y progresivo, previo a la realización de cualquier actividad deportiva.

7. **CONOCE TUS LIMITACIONES.** En todo momento conocerás tus posibilidades físicas y psíquicas y recordarás que éstas pueden variar por circunstancias intrínsecas y ambientales de todo tipo, que es necesario descubrir a tiempo, practicando el deporte con la intensidad y frecuencia que permitan tus posibilidades constitucionales, procurando hacerle frente a adversarios no desproporcionados.
8. **RECUPÉRATE DE TUS LESIONES.** Ante cualquier lesión deberás esperar a recuperarte totalmente antes de volver a la actividad deportiva, utilizando las medidas de protección adecuadas durante el tiempo necesario.
9. **MANTÉN TU HIGIENE DE VIDA.** Te someterás al control periódico que considere oportuno tu médico de acuerdo con tu preparador y seguirás sus consejos higiénico-dietéticos. No tabaco, no alcohol, si descanso, si hidratación (pre, durante y post-ejercicio).
10. **NO ADMITIRÁS AYUDAS ARTIFICIALES.** Nunca serás imprudente, ni solicitarás, ni admitirás ayudas artificiales o naturales para mejorar tu rendimiento, que disimulen una peligrosa fatiga, faciliten el desarrollo de cualidades que no posees o te coloquen en condiciones ventajosas frente a tus adversarios.

Como breviario del decálogo, debes recor-

dar: Si tu misión en el deporte es pedagógica, respetarás este decálogo y lo harás cumplir a tus discípulos, especialmente si se hallan en edad de crecimiento.

Reforzando la trascendencia de la prevención, extraemos este fragmento del Juramento hipocrático del Dr. Louis Lasagna (1964): *“Intentaré prevenir la enfermedad siempre que pueda, pues la prevención es preferible a la curación”*, porque el deportista menos rentable, es el deportista roto.

A pesar de todas las precauciones, el deportista se rompe y el médico se encuentra un ser humano especial.

Sabemos que el deporte es una manifestación del ser humano y ¡¡que seres humanos!!.

El deportista de élite es un ser humano que rompe moldes, incluso deshace refranes y citas como la de Voltaire, donde nos dice *“el arte de la medicina consiste en entretener al paciente, mientras la Naturaleza cura la enfermedad”* y la cita de Ovidio que afirma *“el tiempo es la mejor medicina”*. En el caso del deportista el factor tiempo es un aliado muy importante y puede jugar a favor o en contra dependiendo de la rapidez con la que se recupera de una lesión.

En este caso la Medicina del deportista roto, sabe que debe optimizar los tiempos de manera que se consiga la curación biológica al mismo tiempo que la funcional. Hasta ahora, en la Traumatología convencional, se trabaja con esmero para conseguir la curación biológica, por ejemplo una buena consolidación de una fractura y posteriormente se inician los protocolos para conseguir la curación funcional. Este concepto cambia totalmente en la Traumatología del Deporte como indicamos anteriormente, la repara-

ción biológica debemos intentar que ocurra al mismo tiempo que la reparación funcional y que cuando el deportista reciba el alta médica, ya esté en condiciones de practicar deporte e incluso competir, ese es el secreto y al mismo tiempo el éxito de la Traumatología del Deporte. Como ejemplo, la situación vivida el pasado año tras una caída sufrida por un ciclista fracturándose la clavícula, a tan solo 24 días de su participación en los Juegos Olímpicos (JJOO) de Londres. Habitualmente no se hubiera intentado llegar a la competición, ¡no hay tiempo!, pero el deportista de élite está hecho de otro “material” físico y psicológico, es un ser humano especial. Con esta situación, se decide tras la aprobación del ciclista, realizar una osteosíntesis de la clavícula y se planifica la estrategia de la intervención en cuanto a medicación a aplicar para disminuir lo imprescindible su rendimiento deportivo y en cuanto a tipo de osteosíntesis dependiendo de las cualidades físicas y posibles exigencias en competición, se organiza el control de la recuperación biológica y funcional con el tándem: médico-fisioterapeuta, son unos planteamientos inimaginables en la Traumatología convencional. Tras esta estrategia, se planificó y se consiguió que la curación biológica coincidiera con la funcional, de forma que en el plazo de 24 días pudo estar compitiendo en plena forma en los JJOO de Londres.

En el ejercicio de la Medicina, ver, mirar, oír, escuchar, tocar son palabras básicas en el diccionario del buen hacer médico, si llegado a este punto no conoces a que problema te estás enfrentando, es recomendable un serio replanteamiento profesional. No debemos recurrir exclusivamente a las exploraciones complementarias, son solo eso, com-

plementarias. En el deportista roto, es necesario conocer el gesto deportivo que le rompió y como dice quien me presenta, “si un cojo, mete goles, no le arregles la cojera, que dejará de meterlos”.

Comencé mi discurso hablando de mi formación humanística, forjada en los inicios de mi carrera profesional, formación humanística a la que quiero aferrarme a pesar de los tiempos de vértigo que corren y que invitan muy poco a este tipo de prácticas. Sin embargo cada vez que miro la raíces de nuestra procedencia, me recuerdan más la necesidad de tratar a los seres humanos, como nos dice Hipócrates: “allí donde el arte de la medicina es cultivado, también se ama a la humanidad” o alguien más contemporáneo como Narosky, nos dice: “el médico que no entiende de almas no entenderá cuerpos”, podríamos seguir con muchas más citas reforzando la parte humanística del quehacer médico.

Por el talante y altruismo de mi padre y las enseñanzas de mi maestro y amigo D. Pedro Guillén, he vivido y vivo de y por la medicina humanista, aderezada con todos los avances técnicos que nos permite la época que nos ha tocado vivir, para ello seguimos la doctrina del Dr. Gregorio Marañón que nos decía: “para ver un paciente, solo es necesario tiempo y una silla”.

El deportista roto, cuando está abatido y se siente fracasado por culpa de una lesión, busca y deposita su confianza y esperanza en el médico. Es un privilegio, al mismo tiempo que un reto ser elegido. El compromiso debe ser máximo, por parte del médico, pues debe devolver la esperanza y una actitud positiva, tan necesarias para conseguir su recuperación.

El médico no puede ser un forofo, pues se pierde objetividad, tampoco puede ser cere-

bral, aséptico, faltaría una "pizca" de afectividad.

La receta mágica para tratar correctamente a un deportista será: oír, ver, tocar y: Una silla sin reloj.

- Una "pizca" de biomecánica.
- Un relato de gesto deportivo.
- Un cuarto de anatomía humana.
- Otra "pizca" de empatía.
- Cuarto y mitad de sentido común.
- Otra "pizca" de reglas de juego.
- 100 gr. de psicología.
- Ni un gr. de forofismo.
- Mucha honestidad.
- Mucha paciencia
- Y sobre todo mucha ciencia

En muchas ocasiones el deportista ha superado su lesión biológica y funcional, pero si no se le sabe tratar correctamente la huella psicológica, el miedo a romperse de nuevo perdura y no encuentra su estado óptimo de forma a pesar de no existir datos físicos objetivos que justifiquen su problema.

El motivo de que yo esté aquí hoy, se lo debo a los deportistas, gracias por vuestra confianza, confianza al dejar en mis manos vuestra salud en los momentos difíciles, algunas veces fue mal, otras fue bien, espero que la mayoría, para mi ha sido siempre un privilegio y un compromiso máximo con todos vosotros.

Gracias a todos los amigos, compañeros y alumnos del Master de Traumatología del Deporte por las numerosas muestras de apoyo que he recibido para este acto y en el que he me sentido tan arropado.

Gracias a mi familia por permitirme disfrutar de mi vocación y arroparme para ser así,

a pesar del mucho tiempo que os he robado y si me lo permitís, seguiré haciéndolo. Gracias por estar siempre ahí.

Ahora hay mucho tecnicismo, es necesario e imprescindible para que la Medicina avance, gracias a ello ha aumentado la calidad de vida, con índices de supervivencia mayores; pero pienso que estamos perdiendo algo de humanidad, de la que tanto podíamos disfrutar hace unos años. El ser humano es cuerpo y alma, hemos avanzado en cuidar el cuerpo a costa de descuidar el alma. Es importante buscar esa Medicina donde se combine en las dosis necesarias según que caso, tanto los avances médicos, como la parte humana, con el objetivo de sanar el cuerpo y el alma, partes inseparables del ser humano.

Las citas son de quien las utiliza, por eso querido Pedro, "Gracias maestro, por enseñarme todo lo que no está en los libros"

Gracias a Dios por todo

Que Dios os bendiga.

He dicho. Muchas gracias

Discurso de presentación

del Dr. D. Juan Ramón Gimeno Blanes

✿ **Juan Antonio Ruipérez Abizanda** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

*Excelentísimo Señor Presidente,
Excelentísimos e Ilustrísimos Señores
Académicos, Señoras y Señores:*

Me van a permitir, que brevemente, les exponga en qué consiste la muerte súbita.

Aunque no existe un consenso en su definición, la más aceptada es: “Una forma natural, generalmente de causa cardíaca, inesperada en el tiempo y en su forma de presentación, que viene precedida por la brusca pérdida de conciencia dentro de, como máximo, la hora que sigue al inicio de los síntomas, en un individuo con una cardiopatía conocida, desconocida o sin ella. Se han propuesto otros límites de tiempo de 2,6 y 24 horas para circunstancias específicas como la muerte sin testigos.

La muerte súbita cardíaca puede recuperarse mediante las maniobras de resucitación, pero no hay que olvidar que también puede ser recidivante.

La muerte súbita puede ser reversible, rara vez de forma espontánea y la mayoría de las veces tras intervención.

En España constituye un importante problema de salud pública. Se calcula que el 12,5% de las defunciones que se producen de modo natural son súbitas y el 80% aproximadamente de origen cardíaco.

El estilo de vida, el estrés, la obesidad, la diabetes, la dislipemia, la hipertensión y el tabaco se han relacionado con la muerte súbita. No se han encontrado datos sobre el alcohol excepto si se padece una Miocardiopatía alcohólica. La muerte súbita cardíaca afecta incluso a atletas de alto rendimiento, probablemente portadores de una Miocardiopatía que no se han estudiado o descubierto. Por lo tanto se hace imprescindible una prevención integral que incluya la modificación del estilo de vida, evitar los factores de riesgo, un chequeo previo a la práctica de deporte y un entrenamiento de la población o de aquellos centros cualificados como: gimnasios, estadios, aeropuertos, puertos deportivos, etc. en técnicas de reanimación.

Otras causas de muerte súbita ajenas al corazón representan una proporción pequeña (inferior al 5%) y, entre ellas, destacan los accidentes vasculares cerebrales, las alteraciones graves del sistema nervioso, el embolismo pulmonar, hemorragias masivas, y reflejos parasimpáticos intensos; algunos autores plantean la influencia de cocaína. En un 5% de los casos no se encuentra enfermedad asociada alguna.

La lucha contra la muerte súbita se basa en la identificación de los pacientes de alto riesgo. Siendo, actualmente, lo más avanzado la genética.

Una vez realizada esta pequeña introducción quiero a ustedes presentarle con toda mi cariño al Dr. D. Juan Ramón Gimeno Blanes.

Inicia su formación como Residente en cardiología en el HUVA en 1996. Colaboro en el 1998-99 en el estudio de 17 familias murcianas con Miocardiopatía hipertrófica cuyos resultados se tradujeron en trabajos y ponencias nacionales e internacionales. Además fue la base de la Tesis de la Dra. Eva González con calificación cum laude.

Los seis meses últimos de su residencia, trabajo en Londres con el Profesor William McKenna del Hospital St. George's. Es el Centro más importante en el estudio de los mecanismos fisiopatológicos e investigación genética. A partir de ese momento se dedica al estudio de los predictores ecocardiográficos de muerte súbita, investigación que fue publicada en la prestigiosa revista *The Lancet* y finalmente constituyó su Tesis doctoral calificada cum laude.

Al final de su Residencia continuo con su investigación gracias a la obtención de un beca del laboratorio Sharp and Dome y otra de la Fundación para la investigación cardiovascular de Murcia.

En diciembre del 2000 regresa al St. George's Hospital de Londres y comienza a trabajar sobre la historia natural y predictores de la muerte súbita; al final de ese periodo continua su labor investigadora en Murcia, dirigiendo la consulta de Miocardiopatías, su valoración familiar y su estudio genético.

Su trabajo en este periodo a dado lugar a 12 publicaciones internacionales desde el 2002 al 2007; tales como *Journal of the American College of Cardiology*, *European Heart Journal*.

En enero del 2002 se incorpora definitivamente en la plantilla del HUVA. Es coordinador de la Unidad de Cardiopatías familiares de dicho hospital. Gracias a la inestimable colaboración de diferentes entidades y fundaciones (Sociedad Española de Cardiología, Fundación Séneca, FFIS) puso en marcha un laboratorio de biología molecular con otros compañeros.

En los últimos años se han identificado mutaciones de alto riesgo de muerte súbita en unas 1000 familias con distintas cardiopatías.

Desde el 2006 forma parte de la red de investigación cardiovascular RECABA en la que figura como investigador del grupo de trabajo de Miocardiopatías.

Desde el 2005 es miembro del grupo de trabajo de Miocardiopatías de la Sociedad Española de Cardiología y desde el 2007 del grupo de trabajo de Enfermedades miocárdicas de la Sociedad Europea de Cardiología. En el 2010 lo nombran secretario del citado grupo europeo.

Los resultados de esta actividad investigadora se resumen en la presentación de más de 250 comunicaciones y más de 50 artículos en revistas internacionales, con un sumatorio de un factor de impacto superior a 300. Uno de sus últimos trabajos que ha tenido repercusión mundial, ha sido describir por primera vez la genética, característica y propiedades de la Miocardiopatía Espongiforme publicado en la prestigiosa revista *Nature*.

Ha dirigido 5 tesis doctorales, 3 en espera de leerse.

Participa, dentro del grupo europeo de enfermedades miocárdicas y pericárdicas, en la elaboración de guías de práctica clínica y documentos de consenso.

Por último decir que trabaja como especialista en cardiología (como *Consultant*) en el Reino Unido, en uno de los Hospitales mas prestigiosos internacionalmente en su línea de investigación ya comentada, con los que mantiene un contrato honorario que le permite continuar con una relación estrecha profesional e investigadora. Este centro, *The Heart Hospital*, es parte del complejo de la *University College of London Hospitals*.

Aparte de su gran calidad científica, tengo la obligación de citar su humanismo, su relación con los pacientes “a la antigua usanza”, su compañerismo, su lucha y defensa de la justicia, y sentido común, tanto fuera como dentro del Servicio donde trabaja. Pienso, que de no reunir esas cualidades, no estaría tan reconocido y respetado en su grupo de investigación.

Una vez presentado a nuestro querido Juan Ramón Gimeno Blanes, le dejamos con su conferencia.

Muchas gracias.

'Genética de la muerte súbita'

✿ **Juan Ramón Gimeno Blanes** ✿

Cardiólogo. Coordinador de la Unidad de Cardiopatía Familiar.
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Profesor Asociado de la Universidad de Murcia

*Excelentísimo Sr. Presidente de la Real
Academia de Medicina y Cirugía de Murcia,
Ilustrísimos Académicos
Señores y Señoras,*

Desearía agradecer el honor que supone para mi el nombramiento como Académico Correspondiente electo.

A continuación desarrollaré el tema de nombramiento que tiene por título “Genética de la Muerte Súbita”

Genetica de la muerte súbita **Magnitud del problema e impacto social** **de la Muerte Súbita**

La muerte súbita (MS) es un problema de salud de primer orden, por su frecuencia, estimada en unos 30.000 casos anuales en España, y por el impacto familiar y social con una pérdida importante de años de vida. Se estima que el 10% de los casos de muerte súbita no se deben a la enfermedad coronaria sino a las cardiopatías hereditarias (miocardiopatías y canalopatías) que son la primera causa de muerte súbita en jóvenes de edades por debajo de los 35 años. La MS puede ser la primera manifestación de una miocardiopatía o una canalopatía en una persona que nunca haya tenido síntomas.

En un solo fin de semana el septiembre

pasado se atendieron en el hospital Virgen de la Arrixaca 3 casos de parada cardiaca resucitada. Uno de un varón de 35 años con un infarto agudo de miocardio. Un segundo caso de una mujer de 55 años con un vasoespasmo coronario maligno, y un tercero en un turista irlandés, también por una oclusión coronaria aguda. Este paciente irlandés sufrió una parada cardiaca justo en el momento del aterrizaje de su avión que pudo ser felizmente resucitado por el personal de la compañía aérea y al que pocos minutos después se realizó un cateterismo y una angioplastia con éxito.

En la diapositiva se muestra una lesión en una arteria coronaria que obstruye la circulación de la sangre. El tratamiento de esta lesión consiste en la extracción del trombo por medio de un aspirador que se coloca en el interior de la arteria y la implantación de una malla metálica, denominada stent, con restablecimiento del flujo coronario.

Dejaremos a un lado la enfermedad coronaria en la que el “peso” del componente genético se supone pequeño (<20%), y en el que determinados factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión, la hipercolesterolemia, la diabetes, la edad y el sexo varón justifican el 80% del “problema”. Retomaremos de nuevo el tema de la enfermedad coronaria al final de la charla. Me centraré en las enfermedades

cardiacas hereditarias que afectan al músculo (al miocardio) y las eléctricas (canalopatías) en las que la presencia de una mutación en un gen es causa un defecto en una proteína que lleva a la aparición de la enfermedad. En estas últimas la presencia de la mutación justifica el 80% del desarrollo del fenotipo, es decir, que la enfermedad se desarrolla en los portadores de esta alteración genética independientemente de factores ambientales, otras enfermedades o estilos de vida.

Hay numerosos casos de MS en deportistas, que son el paradigma de la salud. Estos fallecimientos producen un gran impacto mediático en nuestra sociedad. En los últimos años y a raíz del fallecimiento de el jugador de fútbol del Sevilla (Antonio Puerta) se ha desarrollado diferentes iniciativas para la prevención y se ha avanzado en la concienciación del problema. Antonio Puerta padecía una MAVD que no había sido diagnosticada.

El primer caso de muerte súbita recogido en la literatura es el de Pheidippides en el año 490 antes de Cristo. Este soldado recorrió la distancia entre Maratón y Atenas para llevar la noticia de la victoria de las tropas griegas sobre las persas falleciendo tras la gesta.

Uno de los atletas más importantes de nuestro país, Diego García, que fue plata en el maratón del Campeonato Europeo de Atletismo de 1994, en Helsinki, y compartió éxito con Martín Fiz y Alberto Juzdado para conseguir un histórico triplete, falleció mientras entrenaba con un amigo pocos años después de retirarse de la competición. Diego García tenía una miocardiopatía dilatada.

Miklos Feher, jugador húngaro del Benfica y Viven Foe jugador camerunés fallecieron mientras jugaban con sus respectivos equipos. Al parecer, en ambos casos la cardiopatía que

produjo su fallecimiento fue una miocardiopatía hipertrófica.

En nuestro país, aproximadamente el 70% de las muertes súbitas en menores de 60 años se producen por enfermedad coronaria. El 20% se debe a cardiopatías hereditarias y el 10% restante se debe a diferentes causas. Las más importantes dentro del grupo de las cardiopatías hereditarias son la miocardiopatía hipertrófica y la miocardiopatía arritmogénica de ventrículo derecho, que suman entre las dos el 70% del total. El 30% restante se debe a un grupo de enfermedades conocidas como canalopatías, que pueden tener una causa genética y ser hereditarias. El número total de casos de MS achacables a una cardiopatía hereditaria en nuestro país es superior al número de fallecidos en accidentes de tráfico (>3.000 casos anuales).

En nuestro medio la miocardiopatía hipertrófica, seguida por la miocardiopatía arritmogénica de ventrículo derecho son las causas más frecuentes de muerte súbita. Concretamente en la Región de Murcia se estima que se producen 200 casos de muerte súbita en total, siendo 20 casos en jóvenes producidos por una miocardiopatía o canalopatía y 2 casos de muerte súbita del lactante cada año.

Es importante resaltar el valor del estudio histopatológico en profundidad en todos los casos de muerte súbita que permite el diagnóstico de la causa que produce el fallecimiento en la gran mayoría de éstos. En ocasiones cuando el estudio necrópsico realizado por un experto es rigurosamente normal, debe sospecharse una enfermedad eléctrica del corazón, una canalopatía. El estudio genético es de gran importancia para llegar a un diagnóstico definitivo particularmente en esta situación. El diagnóstico de la causa de la

MS no es sencillo y requiere de gran experiencia.

Hay casos extremos como el de estas dos madres, Sally Clark (abogada inglesa) y Trupti Patel (farmacéutica de origen Indio) que a finales de la década de 1990 en Inglaterra fueron acusadas y condenadas por asesinato de sus hijos. Sally Clark tuvo 2 hijos que fallecieron de forma súbita a los 2 y 3 meses de edad. Trupti Patel perdió a 3 de sus hijos a los 1, 2 y 3 meses de edad. En el juicio, un conocido pediatra el Dr. Roy Meadow testificó que era muy improbable que una madre tuviera dos casos de muerte repentina, siendo las probabilidades tener un segundo caso de MS del lactante extremadamente raro y que según sus cálculos ese hecho era tan improbable que se daría una sola vez en 100 años en el Reino Unido, y que por tanto la madre muy probablemente padecía el síndrome de Münchausen, conocido por la necesidad patológica de la madre por llamar la atención de allegados y médicos que les lleva a dañar o incluso a asesinar a sus propios hijos. En cambio el Dr. Michael Patton especialista en Genética del St. George's Hospital testificó diciendo que las posibilidades de un segundo caso de MS del lactante era de tan solo 1:20 y que en el caso de Trupti Patel existían antecedentes familiares suficientes para sospechar una enfermedad genética. De hecho, la abuela de la señora Patel tuvo 5 casos de MS entre sus hijos.

El estudio familiar y genético son de gran importancia en el estudio de las causas de la MS cuando esta no es producida por la enfermedad coronaria. En nuestro hospital tuvimos ocasión de diagnosticar un caso de MS de una niña de 14 años que había consultado en varias ocasiones por síncope en situaciones de estrés. La niña tenía razones familiares y

personales que hacían pensar se podría tratar de crisis conversivas o síncope vasovagales. En este caso se realizaron varios ECGs que fueron normales. Desgraciadamente, un día de Mayo del 2009 falleció en Alcantarilla mientras presenciaba una pelea. El corazón de esta chica en la necropsia fue normal. Ante la sospecha de que se tratara de un síndrome de taquicardia ventricular catecolaminérgica se realizó el estudio del gen del receptor de la Ryanodina2 (RyR2) encontrando una mutación descrita causal del síndrome que padecía y que no fue posible diagnosticar en vida. En esta enfermedad una descarga de adrenalina es el estímulo para la aparición de una taquicardia ventricular polimórfica.

Este gen es conocido también como el gen canario de la muerte súbita. En el año 2008 el Dr. Fernando Wangüemert en colaboración con los hermanos cardiólogos Joseph y Ramón Brugada descubrieron el origen genético causante de los más de 100 casos de MS acontecidos en una zona del sur de la isla de Gran Canaria. Wangüemert llevaba cerca de 10 años investigando. La edad media a la que se producían los casos de MS eran los 18 años de edad. Se trataba de una gran familia de 1400 miembros hijos de un primer afectado nacido en 1726. El estudio genético ha conseguido identificar a 126 portadores genéticos en los que se ha iniciado un tratamiento médico eficaz con betabloqueantes y en algunos casos se ha implantado un desfibrilador. Hay testimonios espeluznantes como el de esta familia que relataba en El Mundo como habían fallecido uno tras otro 3 de sus 4 hijos.

Es precisamente en la taquicardia ventricular catecolaminérgica donde se han realizado los primeros experimentos sobre terapia génica con resultados prometedores. La Dra.

Silvia Priori destacada cardióloga italiana ha publicado resultados de sus experimentos en animales en los que ha conseguido por medio de un virus modificado en el que se extrae el ADN patógeno y se sustituye por un ADN terapéutico. Este virus infecta el miocardiocito y descarga su contenido en el interior del núcleo modificando la expresión del gen Ryr2 o CASQ2 recuperando su actividad normal. Quizá en un futuro no lejano sea posible administrar localmente estos virus modificados en pacientes con esta enfermedad por medio de un cateterismo.

A pesar de que estos casos más complejos e infrecuentes de enfermedades eléctricas del corazón en las que no quedan rastros en la necropsia, la mayoría de las ocasiones el diagnóstico se puede realizar en vida con la realización de una anamnesis detallada, un simple ECG y una ecocardiografía. La miocardiopatía hipertrófica (MH) y la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MAVD) son las enfermedades musculares cardíacas subyacentes más frecuentes. La miocardiopatía dilatada, la miocardiopatía espongiiforme y la miocardiopatía restrictiva también son causas de MS.

Genética

La enfermedad cardíaca genética por excelencia es la Miocardiopatía Hipertrofica. Desde que se identificara la primera mutación en 1992, se han descrito más de 800 mutaciones causantes de MH y miocardiopatía dilatada (MD) localizadas en más de 20 genes diferentes. La gran mayoría de las mutaciones se aglutinan en genes sarcoméricos en el caso de la MH (MYH7, MYBPC3, TNNT2, TNNI3, ACTC, TPM1, etc) y en genes estructurales del citoesqueleto en al MD (LMNA, LDB3,

TTN, etc). Se estima que es posible identificar una mutación en uno de estos genes en hasta un 60% de los casos de MH y 30% de los casos de MD. Aproximadamente la mitad de ellos presentarían una mutación conocida y la otra mitad serían nuevas o "privadas" de una determinada familia.

La MAVD se ha asociado a mutaciones en genes desmosómicos (DSP, DSG2, DSC2, PKP2 y JUP/PKG) fundamentalmente. En esta enfermedad existe una alteración de la estructura del desmosoma que mantiene unidos los miocardiocitos. Se han identificado alteraciones en la señalización celular en modelos animales con mutaciones en genes desmosómicos. El problema en esta enfermedad va más allá del desacoplamiento mecánico intercelular. A pesar de que se ha avanzado mucho en la investigación en esta enfermedad todavía quedan lagunas en el conocimiento de la fisiopatología de la MAVD. La caracterización genética ha permitido saber que existen formas de miocardiopatía arritmogénica del ventrículo izquierdo que se asocian a un pronóstico todavía peor, con un mayor riesgo de arritmias malignas. En hasta el 50% de los casos de MAVD se identifica una mutación en uno de los 5 genes desmosómicos.

Se han descrito mutaciones en 10 genes diferentes causantes de síndrome de QT largo aunque la gran mayoría de las mutaciones se encuentran en los genes LQT1 (KCNQ1), LQT2 (HERG) y LQT3 (SCN5A). En el 90% de los casos afectan al funcionamiento de un canal de potasio (KCNQ1, HERG) y en algo menos del 10% afectan a un canal de sodio (SCN5A). El SCN5A también se encuentra relacionado con el Síndrome de Brugada. Un 25% de pacientes con Síndrome de Brugada

presentan mutaciones en este gen del sodio.

La información genética no solo es de utilidad en el diagnóstico de casos de muerte súbita o de pacientes afectados por una de estas cardiopatías, sino que cada vez cobra más importancia en la decisión de determinados tratamientos, como es la implantación de un desfibrilador. Se ha demostrado que los pacientes con MCD que son portadores de mutaciones en determinados genes como: PLN, LMNA, DSP y DES, desarrollan arritmias ventriculares malignas en fases iniciales de la enfermedad cuando la disfunción sistólica es ligera.

El comienzo de una nueva era en la genética en las cardiopatías hereditarias

Una de las dificultades más importantes de los estudios genéticos es que una misma enfermedad puede estar causada por mutaciones en zonas del gen diferentes o incluso por mutaciones en genes distintos. Por ejemplo, en la miocardiopatía hipertrófica se han identificado más de 1000 mutaciones distintas distribuidas entre una decena de genes. Las mutaciones aunque a veces se repiten, suelen ser distintas en diferentes familias. El éxito de los estudios genéticos en las cardiopatías familiares es del 50%. Eso quiere decir que en la mitad de los afectados no encontramos la causa al buscar en los genes que conocemos, porque la alteración se encuentra en otros genes desconocidos.

Grandes avances en el diagnóstico genético. El inicio de una nueva era

Desde que en 1985 Kary Mullis ideó la manera para copiar el ADN de forma automática miles de millones de veces (reacción en cade-

na de la polimerasa) que le valió el Nobel de Química, y que supuso una revolución el estudio del código genético, se han producido mejoras tecnológicas de forma más o menos constante pero ninguna comparable al avance técnico que se ha ido fraguando en los últimos 4 años y concretamente en el último año con el desarrollo de la ultrasecuenciación o secuenciación masiva de la que hablaremos más adelante.

En 1990 se inició un proyecto para descifrar el Genoma Humano, que consta de más de 20.000 genes. Este proyecto faraónico se consiguió finalizar 13 años después de su inicio gracias a la participación de multitud de centros de investigación de Estados Unidos, Reino Unido, Alemania, Francia, Japón y también de España. Estos 20.000 genes se encuentran distribuidos en los 23 cromosomas en el núcleo de todas las células humanas. Para el estudio de todos estos genes fue preciso analizar más de un millón de fragmentos de DNA de pequeño tamaño, empleando una técnica, bastante antigua pero muy fiable de secuenciación denominada técnica de Sanger. A grandes rasgos, esta técnica consiste en añadir a las "letras" que componen el código genético (denominados nucleótidos) una sustancia que emite una luz de un determinado color dependiendo de la letra que se incorpore a la cadena que se está copiando. Una vez finalizada la reacción se alinea la cadena de letras que ha resultado y se le hace pasar un fino capilar que analiza la secuencia de colores que emite. Esta secuencia de 200 a 300 letras que compone un fragmento se compara con un patrón normal, y de esta forma es posible identificar alteraciones que pueden ser la causa de una enfermedad genética. Teniendo en cuenta

que un gen está compuesto por entre 10 y 100 fragmentos, el número de test de Sanger necesarios para completar el Genoma Humano es impresionante (de medio a 1 millón de pruebas). A partir de los fragmentos que se iban descifrando y como si se tratara de un puzzle se fueron completando gen a gen todos los genes y regiones reguladoras que componen el código genético humano.

Mientras que en la técnica de secuenciación clásica de Sanger la reacción se produce en un líquido y la lectura es posterior a través de un capilar en una sola dimensión, la ultrasecuenciación se realiza en una plataforma, aprovechando las 3 dimensiones y la lectura se produce en el momento en el que se están produciendo las reacciones gracias a una cámara que graba los destellos de color que se producen cada vez que se incorpora un nucleótido en cada una de los miles de cadenas que se están copiando. Esta grabación es analizada por un ordenador que los transforma en secuencias de ADN. Con la ultrasecuenciación, o secuenciación masiva en paralelo, es posible descifrar miles de fragmentos de ADN de una sola vez. Esta técnica de gran potencia ha supuesto una revolución en los tiempos y costes de los estudios genéticos. En el mismo tiempo en el que hace un año se realizaba el estudio de los 5 genes más importantes relacionados con la miocardiopatía hipertrófica es posible examinar a día de hoy más de 100 genes.

Limitaciones de la nueva técnica

En nuestro país existen centros privados que disponen de esta nueva técnica, y donde es posible realizar una gran cantidad de genes relacionados con miocardiopatías, canalopatías y otras enfermedades hereditarias que

son causa de muerte súbita. Es posible incluso, en este caso con algo más de dificultad, descifrar el código genético completo (los 20.000 genes) a partir de una muestra de sangre de un paciente. El problema de esta técnica es que ofrece demasiada información, que todavía no somos capaces de interpretar.

Variantes benignas (polimorfismos) y variantes malignas (mutaciones)

El código genético de dos personas no es exactamente igual. Existen variantes genéticas (cambios en alguna letra dentro de los genes) que no producen cambios relevantes en la función de la proteína que se forma a partir de la información contenida en dicho gen. Estas variantes benignas que son relativamente frecuentes en la población sana se denominan polimorfismos. Por otro lado hay variantes que producen un cambio importante en la función de la proteína y que se denominan mutaciones. El saber si una variante en el código genético es benigna o maligna es algo que no siempre está claro. Es preciso entender al detalle como funciona la proteína y como interactúa con otras en el funcionamiento celular.

Concretamente en las cardiopatías hereditarias los genes donde se encuentran las mutaciones son genes que intervienen en la contracción del músculo cardíaco, en la estructura de la célula o en la transmisión del impulso eléctrico. Con la técnica clásica de secuenciación Sanger, analizando unos pocos genes es posible identificar mutaciones causales en aproximadamente un 50% de los pacientes con una de estas enfermedades cardíacas hereditarias. Dentro de estas, en la miocardiopatía hipertrófica el éxito es mayor, con un 60% de éxito. En la miocardiopatía arritmo-

génica y en el síndrome de QT largo es algo menor, en torno al 40-50%. En el síndrome de Brugada, en cambio, el éxito del estudio genético es inferior al 20%. Esto quiere decir que en el 80% de los pacientes con síndrome de Brugada no sabemos donde se encuentra la alteración genética que produce la enfermedad. Nos queda por tanto mucho por aprender de las bases moleculares que producen esta enfermedad.

La ultrasecuenciación permitirá identificar nuevos genes candidatos que alberguen mutaciones que produzcan estas y otras enfermedades cardiovasculares. Esto puede ser particularmente importante en aquellos casos de muerte súbita en los que no se consigue identificar la causa del fallecimiento después de revisar minuciosamente el corazón del fallecido. Quizá la genética nos de la respuesta al 10% de casos de estos fallecimientos inesperados en personas jóvenes y sanas, y establecer el papel de síndromes arrítmicos recientemente descritos como el síndrome de QT corto o el síndrome de elevación del punto J. El descubrimiento de nuevos genes llevará aparejado el desarrollo del conocimiento científico sobre los mecanismos de producción de las cardiopatías hereditarias. Los avances tecnológicos favorecen el desarrollo del conocimiento científico y viceversa, la investigación de los mecanismos de producción de enfermedades y el planteamiento de nuevas preguntas suponen un gran incentivo para el avance tecnológico.

En conclusión, desde hace tan solo unos meses disponemos de una técnica revolucionaria para el diagnóstico de las causas genéticas de las cardiopatías hereditarias. En los próximos meses y años vamos a obtener una gran cantidad de resultados que provocarán

cierta incertidumbre en el cardiólogo clínico y en los pacientes portadores de variantes en genes inexplorados. De la misma manera que en el pasado la colaboración internacional llevó a completar proyectos muy ambiciosos, va a ser imprescindible el trabajo conjunto de muchos grupos de investigación y grupos clínicos para establecer el papel de los nuevos genes y mutaciones en el desarrollo de las cardiopatías hereditarias.

Discurso de presentación

de Antonio Abril Sánchez

✿ **Máximo Poza Poza** ✿

Presidente de Honor de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmos e Ilustrísimos Académicos, Excmas Autoridades, Sras y Sres.

Es una satisfacción presentar a D. Antonio Abril Sánchez como Académico Correspondiente de esta Academia de Medicina, como testimonio de amistad y como reconocimiento a su gran labor en distintos puestos de la Hermandad Farmacéutica (HEFAME) y de manera especial en la Fundación de esta Hermandad.

D. Antonio Abril Sánchez nació en Lorca, estudió Farmacia en Granada y luego se especializó en Análisis Clínicos.

El 12 de enero de 1.998 se fundó la Hermandad Farmacéutica, (HEFAME), como una cooperativa y en el año 2004 Antonio Abril fue elegido Presidente de la Hermandad, cargo que desempeñó hasta noviembre del año pasado.

El nacimiento de una Hermandad de esta naturaleza nos lleva al recuerdo de las Hermandades de Socorros Mutuos, que nacieron en pequeños municipios, cuya subsistencia era la agricultura. Los miembros de la Hermandad auxiliaban a cualquier familia, ante la pérdida del marido o por cualquier pérdida patrimonial, por ejemplo, cuando se moría una caballería. Esta colaboración se traducía

en ayuda laboral o económica. No había gastos administrativos. Estas hermandades fueron el embrión de la posterior Seguridad Social.

En HEFAME, su complejidad, por el crecimiento de la Hermandad, exigía una gestión más compleja. HEFAME se extendió por todo el Mediterráneo. Se creó una filial, (FAMESA), para dar servicio a clientes no socios en las zonas de expansión. Otra filial, RECOMED, centralizó la compra de productos de toda la Industria Farmacéutica.

Surgieron nuevas empresas filiales: Una de Informática para colaborar en la gestión de las farmacias, otra para la promoción y venta de ciertos artículos.

También bajo su Presidencia, se fundan nuevas empresas, INTERAPOTHEK e INTERHOGAR, para importar y distribuir artículos de farmacia y parafarmacia y de productos de hogar. Nacieron otras filiales para las telecomunicaciones y una Correduría de Seguros, para tramitar las pólizas de sus socios farmacéuticos. De todas estas Sociedades es presidente D. Antonio Abril.

Además en Vicepresidente o Consejero en otras Sociedades (CEFICA, PEDIFAR y APROAFA) y también es Consejero del Banco de Farmacia, BANCOFAR.

Para ceñirnos un poco más a nuestro campo, es Presidente, desde hace una década, de

la Fundación HEFAME, en colaboración con la Real Academia de Medicina de Murcia.

Tal vez en esta buena relación académica haya influido un antecedente familiar. Su tatarabuelo, Don Antonio Abril y Pérez, Académico de Medicina, fue condecorado por la Reina Isabel II, por su labor durante una epidemia de peste en la Región, en los años 1860.

La Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados, le convoca con mucha frecuencia para escuchar sus opiniones.

Podemos resumir que es “Un hombre de Influenza”, a semejanza del aquel banquero alemán, Siegmund Warburg, emigrado a Londres, experto en finanzas, que llegó a ser asesor del Primer Ministro Harold Wilson. Su biógrafo, Jacques Attali lo describe como si fuera un médico de familia en el campo financiero, que aconsejaba a sus clientes en todos los problemas económicos, casi a pie de mesa camilla. Algo similar, un consejero áulico, pudiera ser Antonio Abril con sus colegas farmacéuticos. Muy distinto de las orientaciones actuales de los banqueros a sus clientes.

Este es un breve resumen de su currículum. Y para conseguir estos datos breves hubo que insistir, como si se tratara de hacer una anamnesis. Recordemos que la modestia y la sencillez suelen acompañar a la sabiduría.

Pero, las lecturas del gran pensador británico Samuel Johnson me llevan siempre a indagar sobre la escala de valores del protagonista, de la jerarquía que dichos valores tienen en su relación con los demás. Johnson hablaba de la biografía ética y siempre lo tengo presente cuando tengo que decir algo sobre una persona.

Pues bien, para Antonio Abril Sánchez,

en la escala se encuentra en primer lugar su devoción familiar, su esposa María y sus dos hijas. He de citarlas, porque tal vez su propio esposo y padre no lo haga, temeroso de un quiebro emocional.

Vendría luego, en la escala de la esfera profesional su labor filantrópica. Cuando una empresa tiene excedentes puede pensar en un patrocinio deportivo, lo cual le asegura una columna casi diaria en las páginas deportivas. Esta tendencia está exenta de filantropía y el gasto debe incluirse en el departamento de publicidad.

Muy diferente es el mecenazgo. No es necesario recordar la importancia de los mecenas en el Renacimiento Italiano, del respaldo del Conde de Lemos a Cervantes y de otros muchos, porque es conocido por todos ustedes.

El argumento de muchas empresas privadas para no ayudar a la investigación o a la difusión de la cultura, en cualquiera de sus modalidades es la falta de incentivos fiscales.

Este régimen fiscal es el mismo para todos, pero algunas tienen unas miras más altas.

La nueva y esperada Ley de Mecenazgo sigue sus trámites en el Congreso de los Diputados. Hay un plazo, hasta el 31 de diciembre próximo, para recibir propuestas de reforma normativa, en materia de fiscalidad de entidades no lucrativas e incentivos fiscales al mecenazgo. La Comisión ha invitado a los representantes del sector privado, relacionados con el mecenazgo, para que realicen sus aportaciones y reciban información de primera mano sobre las conclusiones alcanzadas en el seno de la misma.

Sin embargo, sin esperar a esta Ley, HEFAME ha ofrecido desde sus orígenes colaboración a Instituciones Científicas, sin ánimo

de lucro y todos los años convoca premios para jóvenes investigadores.

Y esta singularidad merece destacarse. El apoyo a la investigación, a la difusión de las ciencias sanitarias se ha de poner de manifiesto como ejemplo para otras empresas.

Por lo tanto, nuestra obligación, en estos momentos, es reconocer el mecenazgo de HEFAME, en la persona de D. Antonio Abril Sánchez, a quien felicito, en nombre de todos por esta distinción honorífica que le ha otorgado la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

'Responsabilidad social de la farmacia. Consideraciones y perspectivas sobre el modelo solidario de distribución'

 **Antonio Abril Sánchez** 

Ex presidente de HEFAME y presidente de FEDIFAR

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmos e Ilustrísimos Académicos, Excmas Autoridades, Sras y Sres.

Cuando recibí la notificación de mi nombramiento como académico correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, seguramente abrumado por el reconocimiento y la responsabilidad de comparecer en un acto como el de hoy, tuve la tentación de elaborar una ponencia de marcado contenido científico. Pensé en adaptar algunos aspectos de mis estudios y trabajos como especialista en análisis clínicos para diseñar una comparecencia y un acto cargado de simbolismo académico.

Fue un breve titubeo emocional que se disipó rápidamente al advertir que semejante puesta en escena hubiera desvirtuado las verdaderas motivaciones de esta institución al proponer mi elección y, al mismo tiempo, habría generado, entre quienes la desconocen, cierta confusión en relación a mi trayectoria profesional.

Porque son, precisamente, aquellas motivaciones derivadas de su voluntad multidisciplinar las que han motivado este honor que ha recaído en mí. La inspiradora y fundacional razón científica de esta institución ha sido enriquecida por un espíritu renacentis-

ta y una constante proyección exterior, unida a la capacidad y disposición para valorar y reconocer aquellas virtudes que la entronquen con las Humanidades o con otras disciplinas de las Ciencias de la Salud. En suma, su compromiso permanente con la realidad social, económica y política a la que se circunscribe le ha permitido transitar por más de doscientos años de historia como una de las academias de medicina más importantes de España y una de las entidades más prestigiosas, reconocidas y mejor valoradas de la Región de Murcia.

Es en ese contexto, de forma consecutiva a los valores interdisciplinares descritos, que la Academia ha decidido proponer mi elección por una carrera volcada en la defensa y perfeccionamiento del actual modelo de farmacia y de distribución, pieza angular de nuestro Sistema Nacional de Salud. Así como por haber fomentado entornos académicos y profesionales favorables al estímulo del estudio y la investigación desde mis distintas responsabilidades ejecutivas. Y no sólo en los ámbitos farmacéuticos de mi competencia, sino, también, a través de la alentadora colaboración con instituciones como ésta Academia que hoy nos acoge.

Quiero, por tanto, que mis primeras palabras sean testimonio del profundo orgullo que siento en estos momentos, de la emoción

contenida por esta nueva responsabilidad que empiezo hoy a asumir de pleno derecho. Y, fundamentalmente, que sean palabras de agradecimiento a los ilustrísimos académicos Enrique Viviente López, María Trinidad Ezquerro y Manuel Clavel Sáinz-Nolla por su confianza al proponer mi candidatura. Y, desde luego, al Pleno de este organismo por refrendarla.

Excelentísimo señor presidente, ilustrísimos académicos, amigos, amigas, señoras y señores, muy buenas noches y muchas gracias por acompañarme en este día tan emotivo....

La historia de la Real Academia de Medicina de Murcia representa un apasionante viaje a través de más de doscientos años de vocación profesional, espíritu científico, filantropía, responsabilidad, heroísmo, compromiso... Una sucesión interminable de virtudes que ha caracterizado a los cientos de académicos que, directa o indirectamente, las han ido transmitiendo de forma inalterable hasta nuestros días y cuyos nombres ennoblecen la leyenda de esta Corporación.

Don Enrique Gelabert, académico numerario y también farmacéutico, fue uno de ellos. Rescato su ejemplo porque, entre su abnegada dedicación a la Academia, brilla especialmente su libro *Contribución a la Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*, en el que, con motivo del 150 aniversario de este organismo, hace por lo tanto más de 50 años, escribió:

“Sólo Dios sabe si todavía, en un porvenir más o menos lejano, podrá seguirse escribiendo la Historia de la Real Academia de Medicina de Murcia”.

El acto de hoy enmarca ese porvenir que anhelaba el señor Gelabert y nos concede

una excelente oportunidad para homenajear y reivindicar la figura de aquellos eruditos, hombres valientes, inquietos, entregados humanistas que convirtieron esta institución en una realidad intemporal que nos hemos ido regalando de generación en generación.

Es justo, pues, recordar hoy al puñado de médicos, cirujanos y boticarios que integraba ese núcleo fundacional cuyo espíritu ilustrado sentó las bases de la actual Academia. Su empeño reformista trascendió los cambios y avances de la propia ciencia médica para contagiar y revitalizar otras ciencias y otras instituciones casi medievales en la España de finales del XVIII.

Fueron ellos legítimos depositarios de la sentencia de Hipócrates, *“allí donde el arte de la medicina es cultivado, también se ama a la humanidad”.*

Y como cada generación debe asumir la responsabilidad de proteger su pasado y transmitir un futuro, para no romper la cadena civilizadora, nuestra tarea inmediata debe ser custodiar y reforzar ese legado, fomentando al mismo tiempo la difusión del saber. Y convertir así a la academia en un foro de debate, en el centro neurálgico del sistema sanitario constituido como punto de encuentro entre profesionales sanitarios, responsables políticos y la generalidad de la sociedad.

Es cierto que el desasosiego propio derivado del actual escenario socio-económico plantea dificultades adicionales que podrían abocarnos a los sentimientos desactivadores de complacencia, de ensimismamiento y de dulce melancolía. Pero, como advirtió en su día Antonio Bonet, presidente de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando, *“el riesgo del bucle melancólico, de la nostalgia del ayer, es algo que toda Academia debe evitar”.*

En nuestro caso, y como corresponde a la historia de la entidad, debemos afrontar dichas dificultades como un reto encaminado a mantener la excelencia y a convertir la institución en una auténtica fábrica de creación de ideas, fomento del conocimiento e impulso de la investigación.

Se trataría, en cierto modo, de copiar la actitud, y resalto lo de actitud, de nuestros antecesores. Porque, como advirtió Gaspar Melchor de Jovellanos en su elogio de Carlos III en la Academia de la Historia,

“Hay que acreditar con la conducta que el ejemplo es uno de los mayores bienes que pueden ofrecerse a la sociedad”.

Decía Ramón y Cajal, la máxima figura de la ciencia española de todos los tiempos según Gregorio Marañón, que España es un país en el que el talento científico se desconoce a sí mismo. Y si tal evidencia puede que haya quedado desfasada por la reconfortante certeza de nuestra brillante realidad investigadora, debemos incidir en esa actitud y potenciar óptimas condiciones de acceso a la investigación como factor esencial en la generación de progreso, en la multiplicación de empleo de calidad, de bienestar social y, en consecuencia, como catalizador de la propia recuperación económica.

Porque cada nación progresa en relación a su propio genio, defendía Ralph Waldo Emerson, poeta, filósofo y escritor norteamericano. Y nuestro genio reside en el talento científico. Un genio que ya se conoce y se reconoce a sí mismo y del que el propio Ramón y Cajal se sentiría orgulloso.

Decía Schopenhauer que la salud no lo es todo, pero que sin ella, todo lo demás es nada. Frase que encierra ciertas connotaciones sobre el componente vocacional asocia-

do a nuestra condición de médicos y farmacéuticos y del enorme compromiso social que adquirimos en su momento para velar por la salud, el bien más preciado del que se puede disfrutar.

Voltaire lo expresó mejor:

“Los hombres que se ocupan de restaurar la salud de los demás, uniendo habilidad con humanidad, están sobre los grandes de la tierra. Aún comparten la divinidad, ya que preservar y renovar es casi tan noble como crear”.

Excelentísimos e ilustrísimos académicos, amigas y amigos, señoras y señores,

Es, por todo lo dicho anteriormente, por lo que siento profunda alegría al ingresar hoy, oficialmente, en esta institución. Circunstancia que asumo, más que como un mérito personal, como el reconocimiento a la importancia que el sector farmacéutico ha tenido siempre en el origen, evolución y consolidación de la Academia, a quien siempre ha estado ligada afectiva y profesionalmente.

Como mencioné anteriormente, los boticarios forman parte de ese núcleo fundacional de revolucionarios que, en plena decadencia social y universitaria en la España del XVIII, saciaba en reuniones casi clandestinas sus ansias de reforma de la medicina, vinculada hasta esos momentos a la Filosofía y que empezaba a reclamar, en esos años, una mayor experimentación.

En su libro *“La ilustrísima academia de la medicina murciana como foco ilustrado en la España reformista”*, Carmen Cremades Griñán así lo manifiesta expresamente:

“Se trataba de un equipo de médicos, cirujanos y boticarios de la Murcia ilustrada que se deseaba equiparar no sólo con ciudades espa-

ñolas como Madrid, Sevilla y Cádiz, sino incluso con París, centro europeo de la cultura dieciochesca”.

No soy ajeno a la responsabilidad que conlleva mi ingreso en la Academia, por lo que intentaré, desde este instante, representar al sector con la misma solvencia con la que lo hacen los otros seis farmacéuticos que constituyen actualmente la nómina de académicos.

Me comprometo, por tanto, a cumplir con las obligaciones derivadas de mi nueva condición, relacionándome de la forma más oportuna para integrarme en la vida del organismo y poder compartir experiencias y conocimientos que contribuyan a su mejor funcionamiento y mayor eficacia.

No será, en cualquier caso, una tarea extraña, dada la estrecha colaboración que mantenemos desde 1998, cuando Hefame, la cooperativa farmacéutica que presidí durante ocho años, creó su Fundación en estrecha colaboración con la Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, de cuyo patronato forman parte esencial algunos académicos que hoy nos acompañan en esta sala.

Desde entonces, la Fundación Hefame desarrolla una labor social imprescindible que facilita a los profesionales sanitarios medios adecuados para el fomento de las ciencias de la salud, ofreciendo proyectos de formación para el desarrollo humano y contribuyendo al desarrollo de condiciones e infraestructuras sanitarias adecuadas en países en conflicto.

De forma conjunta apostamos en su día por el fomento de la actividad científica y docente a través de mesas redondas, jornadas, conferencias, colaboración en congresos y publicaciones. Hemos formado cerca de 10.000 profesionales socio-sanitarios a lo largo de

estos años. Pero la importancia no es sólo cuantitativa, sino, fundamentalmente, cualitativa, con una envidiable calidad de cursos, ponentes y contenidos que la han convertido en una referencia dentro del sector.

En estos quince años, la fundación Hefame ha organizado 108 seminarios, 18 congresos y editado más de 100 publicaciones, lo que ha perfilado su compromiso con el fomento de aspectos tan importantes como la investigación a la que me refería anteriormente y por la que debemos seguir apostando.

Ejemplos claros de ese compromiso son el concurso bianual de tesis sobre temas de investigación médico-farmacéuticos. O el trabajo conjunto con organizaciones académicas como la Facultad de Farmacia de la Universidad de Granada, con la que desarrollamos un proyecto sobre la efectividad de la dispensación en el conocimiento del paciente sobre sus medicamentos.

Excelentísimos e ilustrísimos académicos, amigos, amigas, señoras y señores,

Durante los últimos años, dicho débito ha trascendido su componente vital y humanístico para manifestarse de forma más prosaica en la lucha contra una crisis económica sin precedentes que ha trastocado de forma irreversible los cimientos y las estrategias sanitarias, terapéuticas y asistenciales con las que debemos afrontar el futuro.

Permítanme que me exprese en plural, pues, Farmacia y Medicina, unidas en tiempos antiguos como una misma ciencia y profesión, y reguladas de forma independiente desde el siglo XIII como consecuencia de la Carta Magna de la Farmacia dictada por Federico II, base de las posteriores legislaciones al respecto, siguen compartiendo problemas,

inquietudes, estrategias y responsabilidades como vertebradores fundamentales de un Sistema Nacional de Salud español pionero, modélico y envidiable, del que todos nos beneficiamos y que todos debemos cuidar desde nuestras respectivas responsabilidades.

Es por ello que, en medio de esta catarsis colectiva, las circunstancias nos obligan a redoblar esfuerzos y a reafirmar diariamente ese compromiso, reinventando nuestro papel y asumiendo sacrificios que nos legitimen para denunciar y corregir los desequilibrios e ineficiencias del sistema y, al mismo tiempo, nos permita reivindicar nuestro protagonismo en la toma de decisiones relacionadas con el Sistema Nacional de Salud.

Señoras y señores, quiero ahora relajar un poco la solemnidad del discurso, la pasión de los argumentos y la frialdad de las cifras para salir a la calle y contarles una historia que contextualiza, como una metáfora y un paradigma perfectos, la humanidad y profesionalidad que caracteriza a la medicina española.

Es la historia de Zainab Saberi, una niña afgana de tres años cuya enfermedad a punto estuvo de costarle la amputación de una pierna. La providencia, el destino, las bellas historias que a veces surgen de las condiciones más hostiles, cruzó su futuro con las tropas españolas destacadas en Afganistán.

En enero de 2012, durante la primera visita del ministro de Defensa a Afganistán, Pedro Morenés se fijó en el llanto inconsolable que le provocaba una infección en los huesos conocida como osteomielitis crónica. Los médicos militares que la trataban advirtieron al Ministro que el único destino de la niña en Afganistán pasaba por amputarle la pierna afectada.

Morenés se puso en contacto con el doc-

tor Xavier Pomés, ex conseller de Interior de la Generalitat catalana, a quien el ministro conocía de su anterior etapa como Secretario de Estado de Seguridad, y actualmente uno de los responsables del hospital Sant Joan de Deu de Barcelona, cuyo programa Cuidame asiste a niños de todos los rincones del mundo sin posibilidad de ser operados en sus países de origen.

Apenas cuatro horas después de la llamada del ministro, el doctor Francisco José Cambra, director del mencionado programa, ya disponía del informe médico de la niña. A partir de ahí, la movilización de los médicos y el reto de la reconstrucción biológica resultan impresionantes.

Zainab, acompañada de su hermano mayor de 18 años, se desplazó a Barcelona para someterse, durante las primeras semanas, a un intenso tratamiento con antibióticos antes de que los doctores pudieran abrir la pierna, extraer las partes infectadas y dejar dos diminutos trozos de tibia, arriba y abajo, con el resto de la pierna completamente vacía.

Para completar la reconstrucción, limpiaron toda la zona de forma meticulosa, extrajeron un peroné de la otra pierna, con arteria y vena, y lo colocaron en la afectada antes de inmovilizar pertinentemente y efectuar toda la reconstrucción muscular y de partes blandas.

Al cabo de tres meses, Zainab apoyaba con normalidad y a los cinco caminaba perfectamente.

Para mí, lo realmente sorprendente fue escuchar al doctor explicar cómo un peroné se tibializa con normalidad por el propio peso del cuerpo y consigue un desarrollo normal gracias al cartílago de crecimiento.

Tras un año en Barcelona, Zainab regresó

a Afganistán completamente repuesta. En una posterior visita a las tropas, rompió a llorar al ver de nuevo al ministro Morenés. No era, precisamente, de emoción, sino por temor a ser separada de su familia de nuevo.

El de Zainab es sólo un bonito ejemplo de milagro científico, de vanguardismo médico, del humanismo que caracteriza nuestra medicina. El pasado mes de septiembre, el ministro de Defensa condecoró con la Cruz del Mérito Militar con distintivo blanco al equipo médico encargado de salvar su pierna. Morenés destacó en la condecoración, "su enorme humanidad, profesionalidad, entrega y dedicación a su profesión".

Queridos amigos,

He reservado la última parte de mi intervención para destacar la especial y trascendental contribución de la Farmacia al tejido sanitario, socio-económico, productivo e industrial español. Todo ello mediante aportaciones que sólo alcanzan su verdadera dimensión si se valora adecuadamente el intachable comportamiento del sector durante estos años de desvelos financieros.

Con dedicación, perseverancia, imaginación y grandes dosis de responsabilidad hemos intentado sortear las dificultades derivadas de una voracidad legislativa que desde 1996 ha introducido una treintena de leyes que han frenado significativamente el nivel de facturación de las farmacias y provocado un abrupto recorte de sus márgenes, comprometiendo su viabilidad y la de numerosas empresas de distribución farmacéutica. La deuda contraída por las Administraciones, sin comparación posible en ningún otro ámbito, la soportamos, igualmente, con el empeño de nuestro patrimonio personal

La magnitud de nuestro sacrificio no admite la más mínima discusión. De los recortes aplicados el pasado ejercicio para la disminución del déficit público, estimados en 20.000 millones de euros, el sector del medicamento, fundamentalmente la oficina de farmacia, ha contribuido con casi un 6%, muy por encima de sus responsabilidades, especialmente si tenemos en cuenta que su ponderación sobre el PIB es sólo del 0,9%.

El impacto de las medidas aplicadas repercutió en un descenso de facturación de 38.000 euros por farmacia, con una disminución del gasto farmacéutico de más del 20% en tres ejercicios, lo que sitúa a España por debajo de la media europea en este apartado y que desmonta el recurrente argumento de que la necesidad de reducir el gasto farmacéutico por habitante es una de las causas fundamentales que justificarían una liberalización del sector.

Aún así, lejos de adoptar una posición victimista, reivindicar en la calle nuestros derechos y provocar un colapso del sistema, hemos asumido nuestra parte alícuota de responsabilidad con la búsqueda de nuevas fórmulas que mitiguen nuestra dependencia de la receta y mejoren la eficiencia farmacéutica, aprovechando, entre otros recursos, la colaboración y los servicios de apoyo y asesoramiento que brinda el sector de la distribución.

Se trata de una adaptación responsable a las nuevas circunstancias que busca rubricar la validez del sistema actual de farmacia frente a las especulaciones interesadas y gratuitas sobre la necesidad de un cambio de modelo que han surgido durante los últimos años.

La Administración persigue el legítimo empeño de pagar menos. Nosotros, además de comprometernos a ello de forma eviden-

te como primer contribuyente a la disminución de la factura sanitaria, defendemos y reivindicamos la preservación del componente social del actual modelo de farmacia, el único que se ha revelado realmente válido y que antepone los intereses de la población y la vocación de servicio a cualquier otra circunstancia.

Mi defensa de este modelo de farmacia y de distribución no es una postura meramente corporativista. Se basa en su condición de componente estratégico fundamental, cuyo impacto social va mucho más allá que su mera contribución sanitaria.

El farmacéutico es el sector industrial que más invierte en España en investigación y desarrollo y el que más empleo cualificado genera. En 2012, las farmacéuticas invirtieron 972 millones de euros en I+D, la mayor parte, 479, en ensayos clínicos, y 140 en investigación básica, lo que representa el 18% de toda la I+D realizada por la industria española.

Y si estas aportaciones se pueden cifrar, su papel amortiguador sobre el conjunto de la factura sanitaria, con la prestación gratuita de servicios asistenciales, atención domiciliaria y a la tercera edad o seguimiento de las prescripciones, no se puede cuantificar. Serían, en caso de tener que valorarlas, imposibles de asumir para el Sistema Nacional de Salud.

Aún así, amigos y amigas, resulta imprescindible que el Gobierno reclame el asesoramiento y la colaboración de los profesionales sanitarios en el diseño y la planificación de ésta y cualquier otra medida, no exclusivamente económica, que afecte a la viabilidad del sistema sanitario español y que esté encaminada a garantizar el Estado del Bienestar.

Existen, en cualquier caso, muchas fórmulas de colaboración entre los profesiona-

les sanitarios y la Administración que contribuirían a un diagnóstico más adecuado y realista del contexto sanitario y permitiría acometer reformas consensuadas que incluyeran las necesidades de todos los actores, incluidos los pacientes.

Quiero aprovechar esta tribuna y mi nueva condición de académico para proponer que la Real Academia de Medicina de Murcia valore la organización de un encuentro de carácter regional entre sanitarios y diputados y senadores que representan a la Región en Madrid para transmitir e intercambiar impresiones sobre la verdadera dimensión y realidad de nuestra Sanidad en un entorno neutral, cualificado, alejado del debate partidista y con un componente constructivo esencial.

Un encuentro de tal dimensión podría sentar las bases de una periódica, leal y fructífera colaboración entre quienes tenemos la cualificación profesional y quienes ostentan la legítima capacidad de interlocución legislativa y ejecutiva.

Es cierto que hace escasamente un mes el Ministerio de Sanidad presentó las bases del pacto para la Sostenibilidad y la Calidad del Sistema Nacional de Salud con representantes de médicos, farmacéuticos y enfermeros a nivel nacional, pero existen muchas otras variantes que a nivel regional requieren un intercambio y revisión constante de ideas, propuestas e inquietudes. La Academia, por otro lado, puede y debe recuperar así su legítima condición de asesor de los poderes públicos que tuvo en origen y durante tantos años a lo largo de su historia.

Un encuentro de estas características serviría, igualmente, para conquistar un importante y necesario espacio mediático que los medios reservan para cuestiones claramente

más intrascendentes que la importante labor que realiza esta Corporación. No sugiero reclamar ese lugar por puro placer narcisista, pero, si realmente queremos que nuestra actividad tenga su merecido impacto y repercusión social, debemos intentar comunicarlo. Porque, lo que no se conoce, no existe. Y sólo existe lo que se comunica.

Hasta ahora, con la colaboración de todos los agentes y los condicionantes propios derivados del escaso margen de maniobra que concede un sector altamente intervenido, desde Fedifar, la patronal farmacéutica que presido desde 2012, hemos logrado frenar las tentaciones de ruptura del binomio propiedad-titularidad, que, lejos de suponer ventajas económicas, repercutiría negativamente en la distribución del medicamento, moldearía farmacias de primera y de segunda clase y generaría desabastecimientos preocupantes.

No obstante, si bien hemos logrado atajar esos primeros impulsos reformistas, la amenaza de la liberalización aún acecha con el anteproyecto de Ley de Colegios y Servicios Profesionales. Por lo tanto, tendremos que seguir luchando por el sistema farmacéutico más eficiente y competitivo que existe a nivel europeo y mundial, tanto desde el punto de vista de la atención, como del coste, y que dispone de la mejor capilaridad y del medicamento más barato. Una ruptura del binomio propiedad-titularidad no produciría ahorro de gasto y sí degradaría significativamente la calidad del servicio sanitario de prestación farmacéutica.

Según las Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2012, en España existen casi 21.500 farmacias, lo que representa una oficina por cada 2.203 habitantes, el mejor

ratio de Europa, muy lejos de países como Dinamarca, 17.000 habitantes por farmacia, o Suecia, con 5.000 habitantes.

La ruptura del nexo propiedad-titularidad traerá como consecuencia la entrada de grandes cadenas farmacéuticas que desplazarán del mercado a un número significativo de farmacias. En Fedifar seguimos luchando para que el proyecto de Real Decreto de Distribución reconozca el derecho al suministro de los mayoristas y estamos reclamando a la Administración la inclusión de un derecho tan fundamental que, de no hacerlo, permitiría a los laboratorios decidir cómo y a quién se suministra su producto.

Las consecuencias de una gestión de la farmacia que no requiriera la atención de un profesional farmacéutico en un entorno desregulado tendría un impacto enorme sobre el empleo cualificado, pues, en la actualidad, hay una media de dos farmacéuticos licenciados por farmacia, pero, fundamentalmente, sobre el femenino, ya que, de los cerca de 45.000 profesionales que trabajan en oficinas de farmacia, el 70% son mujeres. Un dato especialmente relevante, pues se trata de un empleo joven (más de la mitad tiene menos de 44 años) y estable, con un 90% que disfruta un contrato fijo.

Además, el modelo español de farmacia genera uno de los mejores ratios de empleo para farmacéuticos, uno por cada 1.076 habitantes, el doble que en Gran Bretaña o Suecia, dos ejemplos de sistemas desregulados, con alrededor de 2.000 habitantes por farmacéutico.

Trabajamos, pues, con la confianza de que la profesionalidad de un sector vanguardista como éste nos ayudará a limar ineficiencias, corregir excesos, adelgazar estructuras y cre-

ar economías de escala que favorezcan la sostenibilidad del modelo solidario cooperativo español y del actual modelo de farmacia.

En el caso de la distribución farmacéutica, el reto es doblemente complicado, pues no es agradable tener que empezar a cobrar a las farmacias por servicios que hasta ahora se ofrecían de forma gratuita, pero la bajada de márgenes nos obliga a replantearnos esta política comercial.

A pesar de todo, estoy convencido de que la Farmacia saldrá con solvencia de esta crisis. Y lo hará fortalecida. Porque el papel social del farmacéutico resulta, cada día, más importante, pues, su disponibilidad, capacidad y cercanía lo convierten en el profesional sanitario más cercano al ciudadano y, a pesar de ello, el más infrautilizado.

Es necesario, por tanto, crear iniciativas que impliquen más al farmacéutico en programas de salud para que desarrolle servicios como la detección precoz de enfermedades habituales y de escasa complejidad o participe de la realización de programas de cribado.

Un papel que, en coordinación con hospitales y atención primaria, permitiría a la farmacia participar en programas asistenciales fundamentales como la adherencia terapéutica, un problema socio sanitario de enorme magnitud desde el punto de vista económico y responsable de cerca de 200.000 muertes prematuras en Europa según la Organización Mundial de la Salud, que estima que el 50% de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen adecuadamente el tratamiento prescrito en los países desarrollados.

Según la consultora Antares, la falta de adherencia en España genera un gasto de unos 11.250 millones anuales y provoca 18.400 muertes relacionadas con esta causa,

cifras que magnifican un problema al que la farmacia puede contribuir a mitigar por medio de sus servicios asistenciales, regulando unas prácticas que, remuneradas, diversificaría su labor y garantizaría su viabilidad económica.

Esta necesaria migración de la farmacia del medicamento al paciente se hace aún más necesaria si tenemos en cuenta que, en España, más del 17% de la población es mayor de 65 años, y la cifra de personas mayores de 80 años supera los dos millones y medio, por lo que, en los próximos años, se incrementará exponencialmente la población dependiente, lo que generará un impacto enorme sobre el gasto sanitario, muy superior al crecimiento económico.

La farmacia, por tanto, necesita un marco legislativo adecuado y estable que le permita diversificarse y ofrecer, al margen de la prescripción de medicamentos, servicios por los que empezar a cobrar cuando la coyuntura económica lo permita.

En definitiva, afrontamos entre todos la quijotesca aventura de salvar la sanidad y garantizar nuestro Estado del Bienestar. Que sería algo así como hallar por fin la anhelada fórmula mágica del bálsamo que nos cure de forma universal.

Amigos todos,

Permítanme, para concluir, aprovechando este magnífico auditorio y la atmósfera renacentista a la que aludía al principio de mi intervención, que les narre ese pequeño guiño alquimista que introdujo Cervantes con la elaboración del bálsamo de Fierabrás¹ en nuestra obra literaria más universal, de la que han bebido todas las ciencias. Incluida la Medicina.

Y es que, al ver Sancho el buen efecto

que el tal bálsamo había proporcionado a su amo, quiso el beneficio para sí, y, agarrando la alcuza que lo contenía, cito textualmente:

“Tomándola a dos manos, con buena fe y mejor talante, se la echó a pechos, y envasó bien poco menos que su amo. Es, pues, el caso que el estómago del pobre Sancho no debía de ser tan delicado como el de su amo, y así, le dieron tantas ansias y bascas, con tantos trasudores y desmayos que el pensó bien que verdaderamente era llegada su última hora; y, viéndose tan afligido y congojado, maldecía el bálsamo y al ladrón que se lo había dado (...) En esto, hizo su operación el brebaje, y comenzó el pobre escudero a desaguarse por entreambas canales, con tanta priesa, que la estera de enea, sobre quien se había vuelto a echar, ni la manta de anjeo con se cubría, fueron más de provecho. Sudaba y trasudaba con tales parasismos y accidentes, que no solamente él, sino todos pensaron que se le acababa la vida. Duróle esta borrasca y mala andanza casi dos horas, al cabo de las cuales no quedó como su amo, sino tan molido y quebrantado, que no se podía tener.”

Y si bien debemos hacer nuestra particular búsqueda con menos temeraria ingenuidad que la de nuestro entrañable Sancho, si hemos de seguir su impulso, capaz de sacrificar su anhelada ínsula por conocer la receta de la milagrosa pócima que le curara sus heridas, por aquello de que no hay nada en el mundo que merezca la pena sin que la salud nos acompañe.

Y por ello, ¿quiénes somos nosotros para renunciar a la búsqueda de nuestro particular bálsamo de Fierabrás, el que curó a don Quijote, pleno de fe en su poder regenerador?

Señores académicos, amigos todos que me acompañáis,

Invoco a la quijotesca actitud española que está en nuestra memoria colectiva para que nuestros esfuerzos, unidos Medicina y Farmacia con otras artes, habilidades y buen gobierno, sienten a la sociedad española tan bien como sienta el mejor de los bálsamos posibles.

Muchas gracias

Palabras finales

de la conferencia de Antonio Abril Sánchez

✿ **Emilio Robles Oñate** ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

*Excmos e Ilustrísimos Académicos
de la Real Academia de Medicina
y Cirugía de Murcia,
Excmas Autoridades, Sras y Sres.*

Querido Antonio:

Ha hecho un magnífico discurso.

Me han impresionado varias partes del mismo, por su claridad, entusiasmo, y elocuencia. En la primera parte, pero también a lo largo de las mismas páginas hay erudición y un finísimo entendimiento del gran papel que representa esta Institución, lo que viene siendo desde hace dos siglos y lo que ha significado.

La Medicina y la Farmacia, tan estrechamente unidas y el gran valor que tienen socialmente.

Recojo la idea, que me parece muy práctica, de tener una coordinación mayor con cualquier manifestación que atañe a la salud y con las autoridades.

Lo has explicado muy bien. Las citas que das al principio y al final cervantino; no solo es inteligente sino también bellísimos.

Haces una historia de la Farmacia junto a la Medicina, de sus papeles tan relevantes, en el tiempo y en todo lugar que resulta fascinante.

Tu conocimiento de la actualidad farmacéutica, que tan bien conoces, nos pone la evidencia del enorme valor de la misma.

Quiero que sepas que se te valora mucho en esta Institución, que si para ti es un honor pertenecer a ella, para nosotros también lo es.

Muchas gracias.

Discurso de presentación

del Dr. D. José López González

✿ **Carlos Ferrándiz Araujo** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Excmos e Ilustrísimos Académicos, Excmas Autoridades, Sras y Sres.

La recepción de un académico correspondiente en el seno de nuestra bicentenario Corporación siempre es motivo de satisfacción, pero hoy lo es más, si cabe, por el ingreso del Dr. José López González, joven investigador e historiador de la Medicina, que es plenamente consciente por profesión de lo que ello conlleva y, sobretudo, por su manifiesto anhelo de cumplir los deberes y derechos que esta tarde, aquí, contrae.

Poseedor de una acrisolada experiencia en la historiografía médica, pese a su juventud, orientada en varias líneas investigatorias, especialmente en las referidas al periodismo médico y obras científicas y a las biografías médicas murcianas, sin olvidar las concernientes a especialidades, topografías, epidemias e instituciones científicas de la Región de Murcia.

Esta ya vasta producción está plasmada en muchas publicaciones, bien en libros, capítulos de libros, artículos, ponencias y comunicaciones a Congresos, así como en participación en proyectos de investigación, entre otras.

Formado junto al profesor Pedro Maset y

su equipo, ha sabido asimilar bien pronto las corrientes de las Escuelas de los Profesores Pedro Laín Entralgo y José María López Piñero, que han renovado novedosamente el planteamiento de los supuestos básicos de la historia de la medicina y de la ciencia colocándolos a primer nivel internacional.

Cuando comencé, hace muchos años, la recuperación y el análisis del periodismo médico murciano con la primera publicación periódica en la Región “*La Unión de las Ciencias Médicas*” de Cartagena y con la obra “*Bibliografía Histórica de las Ciencias Médicas en Murcia*”, no podía imaginar que alguien, después, como el Dr. López, con esfuerzo sin concesiones, estudiase más de una treintena de ellas y completase su elenco.

Cuán gratificante se siente, en casos como estos, el investigador, pues su tarea es una sucesión de búsquedas y hallazgos, encuentros y análisis, con una tenacidad a toda prueba. Solo por ello valdría la pena la labor desarrollada si no fuera por otros muchos resultados y contribuciones que las publicaciones médicas periódicas significan como aportación valiosísima al acervo historiográfico, en este caso, médico murciano. Los repertorios bibliográficos son instrumentos indispensables que deben utilizar los profesionales de una especialidad médica así como cualquiera que desee obtener una cuidada rigurosidad.

De ahí que el Dr. López haya escogido para su ingreso en la Academia una aportación original e inédita sobre una publicación murciana adelantada en nuestro país referente a tuberculosis: *Revista de Tisiología y Especialidades* (1919-1926), pionera en España, fuente para el estudio de la Lucha Antituberculosa en Murcia. Conlleva el análisis profundo de la misma describiendo la relevancia del ensayo que fue, junto a *Archivos Españoles de Tisiología*, en el año 1919, la primera revista especializada en tuberculosis pulmonar y extrapulmonar del periodismo médico de España. Al ser ella órgano oficial de la Junta Provincial Antituberculosa de Murcia, el autor extrae las valiosas coordenadas para la lucha contra el bacilo de Kock mostrándonos una abierta y completa información sobre aquella.

Además, ha incidido en la labor del doctor Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, director de la misma y de otras publicaciones periódicas, entrando de lleno en su historia de vida

Tema, este de la biografía, muy acorde y acorde y encadenado con el de las publicaciones periódicas científicas que al constituir fuentes muy apreciables de información para la historiografía médica, abre otra vía de investigación muy vinculada con la anterior, pues en las diferentes épocas, las plumas más insignes de la medicina, tanto locales, regionales y nacionales no han dejado de colaborar en ellas.

Esto lo ha aprovechado nuestro recipiendario que ha cultivado también con gran acierto el género biográfico médico que, desde nuestra visión de historiadores de la medicina, constituye un valioso método para hacer historia unido a los fundamentos del cono-

cimiento científico. Y el Dr. López ha investigado más de una veintena de historias de vida a las que ha sacado sus facetas literarias, filosóficas y científicas, junto al desarrollo histórico del personaje y de la sociedad a la que perteneció. No ha hecho solo la descripción conservadora de la vida pasada sino que se ha adaptado a la metodología de lo que debe ser la biografía moderna, ágil e integradora, intentando captar especialmente de los biografiados su mentalidad, sus recursos, sus motivaciones, su identidad, su individualidad, su evolución anímico-espiritual, su pensamiento y descubrir al “hombre interior”... que ha dado lugar al científico y cuya completa perspectiva constituye metodológicamente uno de los pilares fundamentales de la historiografía médica sin complejos de inferioridad, huyendo de las meras curiosidades o detalles eruditos, tan al uso, al tiempo que desterrando tópicos.

Es increíble que a estas alturas todavía tengamos que defender los serios métodos e instrumentos de investigación de la Historia de la Medicina que no están al alcance de muchos profesionales que se creen historiadores plagando sus contribuciones de excesos retóricos triunfalistas, revestidos en ocasiones de falsa erudición; y, en otras, de prepotentes tópicos y errores, mitificaciones y fabulaciones. Cualquiera se atreva así a escribir historia de la medicina, algunos de sus respectivas especialidades, obteniendo resultados lamentables, reducidos –como tantas veces compartía con el Prof. López Piñero– a cabalgadas pseudohistóricas, que plasman en numerosas libros y artículos solo para su desdoro.

José López González, cartagenero, gran amante de las tradiciones de la tierra mur-

ciana, estudio medicina en la Facultad de Murcia, donde se licenció y doctoró cum laude. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, plaza que ejerce y ostenta en propiedad por oposición en Cartagena, así como, coordinador y Máster en Valoración del Daño Corporal. Pero su curiosidad intelectual, la bendita perspicacia del científico, le ha llevado y le lleva a proseguir su formación de postgrado con la realización de cerca de un centenar de variadísimos cursos de distintas materias médicas que parece materialmente imposible solo durante una década, dados sus créditos y obligatoriedad presencial. Todo ello lo comparte con una excelente formación científica en Historiografía Médica ejerciendo ambas disciplinas con sobresaliente entrega, dedicación y resultados.

Actualmente es profesor de Historia de la Medicina en la Universidad Católica San Antonio de Murcia. Y vocal de Atención Primaria de la Comisión de Investigación del Área 2 del Servicio Murciano de Salud y tutor acreditado de Médicos Internos Residentes en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Creemos que por todo lo reseñado, aunque sucintamente, y por su muchos valores y virtudes personales, en los que no nos extenderemos a fuer de herir su sensibilidad, el Dr. López es acreedor a ostentar en su pecho la medalla de nuestra Real Academia.

Bienvenido seas, pues, a esta Institución tan antigua, a la par que moderna, con clara vocación de futuro. Mucho es lo que esperamos de ti el Presidente y todos los académicos de número, a quienes agradezco la delegación de presentarte y recibirte.

Más, por último y antes de se te confiera el uso de la palabra, deseo significar que los

logros, los triunfos, los éxitos de las personas son también los de sus ancestros. Y ni puedo, ni quiero obviar los de tu progenitor con el que he compartido tantos y tantos años de consultas y quirófanos, profesional infatigable, esmerado y leal, cuyas virtudes se encarnan hoy en ti, Dr. López, como la mejor herencia que un padre puede dejar a un hijo, rama de un árbol de mi mejor y más sólida hermandad.

'Revista de Tisiología y especialidades' (1919-1926), pionera en España. Fuente de estudio para la lucha antituberculosa en Murcia'

✿ José López González ✿

Doctor en Medicina y Cirugía. Profesor de Historia de la Medicina de la Universidad Católica de Murcia. Vocal Comisión de Investigación del Área II del Servicio Murciano de Salud.

*Excmos. e Illmos. Señores,
Excmo. Sr. Presidente de la Real Academia
de Medicina y Cirugía de Murcia,
Excmos. e Illmos. Señores Académicos,
Señoras y Señores:*

Sean mis primeras palabras de agradecimiento al Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo por su presentación.

Las bases de la ciencia moderna se establecieron con la aparición, durante los siglos XVI y XVII, de nuevas ideas y conocimientos en astronomía, biología, física, química y medicina que transformaron las visiones antiguas y medievales sobre la naturaleza¹. Esta época, iniciada en Europa hacia el final del Renacimiento y que continuó hasta el siglo XVIII con la Ilustración, se denomina Revolución Científica. Este movimiento renovador del pensamiento científico fue liderado por las Academias y Sociedades científicas, por las propias publicaciones científicas, y también por las universidades².

Las Reales Academias surgen en España en el siglo XVIII como centros de cultivo del saber y de difusión del conocimiento con el espíritu de la Ilustración amparadas por la Corona. En Murcia la Real Academia de Medicina se funda en el siglo XIX, tras la experiencia del siglo anterior de diferentes academias desaparecidas.

La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia es una de las corporaciones científicas médicas más antiguas y con más solera de la Región de Murcia. Recientemente se ha conmemorado el aniversario por los doscientos años de su fundación como ha estudiado Ferrándiz Araujo³ en Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. En el elenco por antigüedad de las Reales Academias de Medicina de España está situada la sexta, siendo anteriores las de Sevilla, Valladolid, Madrid, Barcelona y Mallorca⁴. Su fundación en 1811, unos meses previa a la promulgación de la Constitución⁵ de Cádiz, se enmarca en el ambiente de la

1. Galileo Galilei. *Two New Sciences*, trad. Drake, S. Madison: University of Wisconsin Press; 1974.

2. Ajo González de Rapariegos y Sainz de Zúñiga CM. *Historia de las Universidades Hispánicas: orígenes y desarrollo desde su aparición hasta nuestros días*. Madrid: La Normal; 1957.

3. Ferrándiz Araujo C. *Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*. Murcia: Real Academia de Medicina y Cirugía; 2012.

4. Ferrándiz Araujo C. *Las Reales Academias de Medicina de España*. Murcia: Real Academia de Medicina; 2011. p. 57.

5. Véase Discurso de apertura 2012-2013 de las Academias de la Región de Murcia: Ferrándiz Araujo C. *Las Academias de la Región de Murcia y la Carta Magna*. Murcia: Real Academia de Medicina y Cirugía; 2013.



José López González, María Trinidad Herrero Ezquerro y Carlos Ferrándiz Araujo.

Guerra de la Independencia Española (1808-1814) en el inicio de la Edad Contemporánea.

Esta es la corporación ante la que hoy nos encontramos, la Academia de Medicina, la que cualquier médico, que se precie, estima entre lo más elevado de sus referentes académicos.

Es un altísimo honor y un compromiso de cumplimiento con el saber y el conocimiento ocupar hoy esta tribuna de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, para presentar el preceptivo Discurso de Ingreso y ser recibido como Académico Correspondiente. Mas, dudo si estaré a la altura de tan honroso e inmerecido nombramiento ante tan docta institución.

Excmo. Sr. D. Emilio Robles Oñate como Presidente, y Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos mi más sincera gratitud, respeto y reconocimiento por la acogida en el seno de esta Academia de Medicina. De nuevo, de una manera muy especial deseo transmitir mi agradecimiento a un amigo que ha inculcado

en mi educación, desde que tengo uso de razón, tantos valores como he sido capaz de adquirir, el Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo que me propuso junto a, quienes también fueron mis profesores, la Iltrma. Sra. Dña. María Trinidad Herrero Ezquerro y el Iltrmo. Sr. D. Alejandro López Egido.

Introducción.

El presente estudio es un análisis estadístico descriptivo y bibliométrico, formal y de contenidos, de una de las revistas médicas murcianas publicadas durante el primer tercio del siglo XX, *Revista de Tisiología y Especialidades*, orientado al estudio de la lucha antituberculosa en Murcia durante sus años de edición, entre 1919 y 1926.

Pretende ser la continuidad de un proyecto más amplio hacia el estudio en profundidad y el conocimiento del Periodismo Sanitario de la Región de Murcia, en el que llevamos investigando más de una década, empeñados en no dejar en el olvido el cono-

cimiento del trabajo, esfuerzo y contribución de los médicos murcianos.

La relevancia del estudio es doble:

–Por una parte se da noticia a la comunidad científica del hallazgo de que una revista murciana, *Revista de Tisiología y Especialidades*⁶, junto a otra de Barcelona, *Archivos Españoles de Tisiología*, fueron en 1919, las dos primeras revistas especializadas en tisiología del Periodismo Médico de España.

–Y en segundo lugar, se analizan los contenidos de *Revista de Tisiología y Especialidades* como fuente de información para el estudio de la Lucha antituberculosa al ser Órgano Oficial de la Junta Provincial Antituberculosa de Murcia.

Entre 1881, momento en que aparece la primera publicación periódica científica sanitaria en la Región de Murcia, y 1936, cuando el proceso se interrumpe por la Guerra Civil española, el periodismo sanitario mur-

ciano tiene unos años de auge y esplendor, con la aparición de un total de 28 revistas.

Las primeras referencias a las publicaciones periódicas en Murcia, entre ellas las de carácter sanitario, provienen del erudito local Ibáñez García de su libro de 1931: *Serie cronológica de la prensa periódica murciana*, de quien toman datos autores posteriores como Crespo⁷.

Como antecedentes directos del estudio de las publicaciones periódicas sanitarias murcianas se debe citar el trabajo pionero de Ramos y Marset⁸ que elabora un catálogo inicial de revistas. En esta línea se sitúa también “Bibliografía histórica de las ciencias médicas en Murcia” de Ferrándiz Araujo⁹, actualizado posteriormente junto a López Piñero; y otro trabajo de Fernández Iniesta¹⁰. Como cuarto antecedente está “Recuperación y análisis del periodismo profesional sanitario de la Región de Murcia en el período de entreguerras (1919-1938)” de López, Sáez y Valera¹¹. Finalmente el trabajo más reciente y actualizado es “El perio-

6. El hallazgo, que hoy se comunica a la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, de que *Revista de Tisiología y Especialidades* fue la segunda revista de tisiología del Periodismo Médico Español ha sido posible al localizar un dato con posterioridad a la defensa de mi tesis doctoral que matiza la información. En dicha tesis doctoral se analiza por primera vez en profundidad *Revista de Tisiología y Especialidades* y se da la noticia de que fue una de las dos primeras revistas sanitarias especializadas que aparecieron en España dedicadas a la tisiología en 1919. La otra revista, *Archivos Españoles de Tisiología* (Barcelona), se fundó en enero de 1919 (véase: Dargallo Reventos M. Remigio Dargallo Hernández, el hombre. Gimbernat 1996; 26: 51-61), por lo tanto *Revista de Tisiología y Especialidades*, que apareció en octubre de 1919, fue posterior.
7. Crespo A. La prensa local en la Región de Murcia (1706-1939). Murcia: CAAM; 1996. Crespo A. Historia de la prensa periódica en la ciudad de Murcia. Murcia: Real Academia Alfonso X El Sabio; 2000.
8. Ramos García E, Marset Campos P. Periodismo sanitario de Murcia desde sus comienzos hasta 1936. En: IV Congreso Español de Historia de la Medicina. Actas. Vol. 3. Granada: Universidad de Granada; 1975. p. 271-4.
9. Ferrándiz Araujo C. Bibliografía histórica de las ciencias médicas en Murcia. Murcia: Academia Alfonso X el Sabio; 1977. Ferrándiz Araujo C, López Piñero JM. Bibliografía histórica de la medicina murciana. Murcia: Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia; 2008.
10. Fernández Iniesta V. Periodismo Médico Murciano (1917-1936) [trabajo fin de carrera]. Murcia: E.U. Biblioteconomía, Universidad de Murcia; 1993.
11. López González J, Sáez Gómez JM, Valera Candel M. Recuperación y análisis del periodismo profesional sanitario de la Región de Murcia en el período de entreguerras (1919-1938). En: Fernández, Rueda, Sanz (edit.). *Prensa y Periodismo Especializado (historia y realidad actual)*. I Congreso Internacional de prensa y periodismo especializado. Guadalajara: Ayuntamiento de Guadalajara; 2002. p. 209-26.

dismo profesional y científico en las instituciones sanitarias murcianas” también de López y Sáez¹².

Los estudios acerca del desarrollo de las distintas especialidades médicas en la Región de Murcia, con frecuencia han incluido un apartado destinado a la prensa profesional. Es el caso de los estudios acerca de otorrinolaringología, urología, traumatología, pediatría y radiología¹³.

Dos estudios recientes de historia de la tuberculosis realizados en Murcia son el de Viviente López¹⁴ y el de Marset, Sáez y López¹⁵ “La lucha contra la mortalidad por tuberculosis en Murcia en el primer tercio del siglo XX”.

En lo que se refiere al análisis directo de revistas sanitarias, “La Real Academia de Medicina de Cartagena: Aspectos institucionales y Bibliométricos a través de su órgano Oficial «La Unión de Ciencias Médicas»” de Ferrándiz Araujo¹⁶, es un estudio de una publicación sanitaria murciana a través de la

institución que representa, otro el de Pérez Gómez¹⁷. Y otro que analiza más en profundidad el periodismo sanitario y estrictamente una publicación periódica médica es “Prensa médica española de entreguerras: «Levante Médico» (Murcia). 1928-1932” de López, Sáez y Valera¹⁸. Como antecedente reciente está “«El Sanatorio», Revista de medicina y cirugía de Cartagena (1905) y su director Juan Julián Oliva Martínez” de López González¹⁹ que por primera vez estudia una revista sanitaria murciana y la biografía de su director. Finalmente, el antecedente más reciente, es “La labor del doctor Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara en el Periodismo médico murciano (1915-1932)” también de López González²⁰ que estudia un periodo concreto del periodismo sanitario murciano a través de la prosopografía y la biografía. En el resto de España es abundante el número de trabajos publicados similares.

López Piñero y Terrada²¹ caracterizaron

12. López González J, Sáez Gómez JM. El periodismo profesional y científico en las instituciones sanitarias murcianas. En: M. Valera Candel (edit.). Ciencia e Instituciones Científicas en la Región de Murcia (1750-1936). Murcia: Fundación Séneca. Consejería de Educación y Cultura; 2005. p. 273-92.
13. Sáez Gómez JM, López González J, García Medina V, Marset Campos P. La introducción de la Radiología en la Región de Murcia (1896-1936). Murcia: Editora Regional, Consejería de Educación y Cultura; 2007. García Medina V. La institucionalización de la radiología en la Región Murciana (1896-1950) [tesis de licenciatura]. Murcia: Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; 1981.
14. Viviente López E. Pasado, presente y futuro de la tuberculosis, una enfermedad reemergente. Murcia: Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia; 2007.
15. Marset Campos P, Sáez Gómez JM, López González J. La lucha contra la mortalidad por tuberculosis en Murcia en el primer tercio del siglo XX. En: La experiencia de enfermar en perspectiva histórica. XIV Congreso de la Sociedad Española de Historia de la Medicina. Granada: Universidad de Granada; 2008. p. 431-6.
16. Ferrándiz Araujo C. La Real Academia de Medicina de Cartagena: Aspectos institucionales y bibliométricos a través de su órgano Oficial «La Unión de Ciencias Médicas». Anales de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia 1994; p. 111-72.
17. Pérez Gómez C. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia a través del periodismo médico murciano (1907-1933) [tesis doctoral]. Murcia: Universidad de Murcia; 2011.
18. López González J, Sáez Gómez JM, Valera Candel M. Prensa médica española de entreguerras: «Levante Médico» (Murcia). 1928-1932. Anales de Historia Contemporánea 2002; (18): 401-25.
19. López González J. «El Sanatorio», Revista de medicina y cirugía de Cartagena (1905) y su director Juan Julián Oliva Martínez [tesis de licenciatura]. Murcia: Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; 2004.
20. López González J. La labor del doctor Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara en el Periodismo médico murciano (1919-1932) [tesis doctoral]. Murcia: Facultad de Medicina, Universidad de Murcia; 2012.
21. López Piñero JM, Terrada Ferrandis ML. Las etapas históricas del periodismo médico en España. En: Albarracín et al edit. Medicina e historia. Madrid: Universidad Complutense; 1980. p. 163-91.

de forma precisa las etapas del periodismo médico español y propusieron seis etapas. El Periodismo médico murciano, desde sus inicios hasta su desaparición en la Guerra Civil, comprende tan solo dos de estos periodos con la aparición de catorce revistas sanitarias en cada uno.

Las primeras publicaciones periódicas sanitarias murcianas aparecieron en la cuarta etapa de “Consolidación y desarrollo (1869-1918)”. Como veremos en la siguiente tabla, la primera revista médica que se funda en la Región de Murcia es *La Unión de las Ciencias Médicas* que representa a la Academia Médico-Farmacéutica de Cartagena y nace en enero de 1881, casi ciento cincuenta años después de la primera publicación de una revista similar en España en 1736. La siguiente es el “Periodo de entreguerras (1919-1938)”. El periodismo médico alcanzó en España su momento culminante como medio de comunicación científica y profesional, con la publicación de 252 revistas, la mayoría en Madrid y Barcelona. En la Región de Murcia se fundan otras catorce revistas sanitarias, todas en la capital, excepto una en Lorca. La primera que aparece en 1919, *Revista de Tisiología y Especialidades*, que es el objeto de nuestro estudio. La Guerra Civil Española supuso un duro golpe para el periodismo sanitario de todo el país, tal fue así que en la Región de Murcia desaparecieron la totalidad de las revistas sanitarias.

Se pueden distinguir tres etapas claramente diferenciadas que caracterizan al periodismo sanitario murciano²²:

–La primera, “los inicios”, la clasificamos desde 1881 hasta 1899, y supone la tímida aparición en Cartagena de las dos primeras publicaciones de la Región de Murcia.

–La segunda etapa, “de desarrollo y especialización”, se extiende desde el comienzo del siglo XX hasta 1922. El espíritu del Regeneracionismo parece hacerse presente en grupos selectos de profesionales e instituciones sanitarias que intentan sacar a Murcia del estancamiento cultural y científico y contribuir al desarrollo de España. Se fundaron 18 revistas en 22 años; aunque la mitad de ellas no consiguió superar el año de vida. Se produjo una amplia proliferación de publicaciones, y se vislumbra la influencia de las distintas especialidades médicas.

–La tercera etapa, “de consolidación”, se extiende a lo largo de la Dictadura de Primo de Rivera y la República hasta la Guerra Civil. En los 13 años que van desde 1923 a 1936 se fundarán ocho nuevas revistas, a las que hay que sumar dos que sobreviven a la etapa anterior.

Es destacable que los practicantes, con tres revistas, y los veterinarios, con una, se incorporaron al proceso, al igual que la Academia de Medicina de Murcia, que volvió a contar con su portavoz (*Estudios Médicos y su Suplemento*) que habían interrumpido su publicación en 1920. Y finalmente *Levante Médico* (1928-1932) que es fundada como segunda época de *Revista de Tisiología y Especialidades* (1919-1926).

Algunas de estas revistas fueron el reflejo de la especialidad médica de sus fundadores aunque no constase como tal en su título. Es

22. Las etapas del Periodismo Sanitario Murciano se proponen por vez primera en López González, Sáez Gómez (2005) (op. cit. en nota 12) y se desarrollan en profundidad en López González (2012), op. cit. en nota 20.

Tabla 1. Revistas sanitarias publicadas en la Región de Murcia (1881-1936).

REVISTA	CIUDAD	INICIO-FIN	RELACIONADAS
<i>La Unión de las Ciencias Médicas</i>	Cartagena	1881-1887	–
<i>El Auxiliar de Farmacia</i>	Cartagena	1883-1884	–
<i>Boletín Oficial del Colegio de Médicos de la provincia de Murcia</i>	Murcia	1900	<i>Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la prov. Murcia</i>
<i>Estadística Sanitaria</i>	Cartagena	1901-1922	–
<i>Boletín Oficial de la Cruz Roja</i>	Cartagena	1901	–
<i>Revista Popular de Higiene</i>	Cartagena	1904-1907	–
<i>El Sanatorio</i>	Cartagena	1905	–
<i>Lectura Popular de Higiene</i>	Murcia	1905	–
<i>Revista de Medicina y Farmacia</i>	Murcia	1905-1912	–
<i>Gaceta Médica de Murcia</i>	Murcia	1907-1916	<i>Polytechnicum</i>
<i>Murcia Médica</i>	Murcia	1915-1918	–
<i>Boletín del Patronato San Francisco de Sales</i>	Murcia	1915	–
<i>Polytechnicum</i>	Murcia	1916-1922	<i>Gaceta Médica de Murcia</i>
<i>Revista de Medicina</i>	Cartagena	1917	–
<i>Revista de Tisiología y Especialidades</i>	Murcia	1919-1926	<i>Levante Médico</i>
<i>Estudios Médicos</i>	Murcia	1920, 1924-1934	–
<i>Boletín Decenal de Estudios Médicos</i>	Murcia	1920	<i>Suplemento Estudios Médicos</i>
<i>Boletín del Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Murcia</i>	Murcia	1920-1930	<i>Boletín Oficial del Colegio de Médicos de la prov. Murcia</i>
<i>La Conferencia Médica</i>	Murcia	1921-1922	–
<i>Radiocirugía</i>	Murcia	1922	–
<i>El Practicante Lorquino</i>	Lorca	1922	–
<i>Suplemento de Estudios Médicos</i>	Murcia	1924-1934	<i>Boletín Decenal de Estudios Médicos</i>
<i>Noticias Médicas</i>	Murcia	1926-1936	–
<i>Boletín del Colegio Oficial de Veterinaria</i>	Murcia	1927-1936	–
<i>Levante Médico</i>	Murcia	1928-1932	<i>Revista de Tisiología y Especialidades</i>
<i>El Practicante Titular de España</i>	Murcia	1928-1930	–
<i>Boletín Oficial de los Practicantes de Murcia</i>	Murcia	1929	–
<i>Boletín del Instituto Provincial de Higiene de Murcia</i>	Murcia	1931-1933	–

el caso dos de ellas: *El Sanatorio* y *Gaceta Médica*. *El Sanatorio* (1905), es la introducida de la radiología en la Región de Murcia,

y la portadora de las primeras radiografías murcianas; *Gaceta Médica* (1907-1916), lo fue con la otorrinolaringología al publicar la

mayoría de artículos sobre esta materia, que fue la especialidad de su fundador. La especialización en el Periodismo Sanitario Murciano comienza con: *Murcia Médica*, que es la primera en subtitularse como *revista de medicina y especialidades* y en presentar una redacción distribuida en especialidades médicas. *Revista de Tisiología y Especialidades*, *Estudios Médicos* y *Noticias Médicas* también poseen la estructura de especialidades en la redacción. Pero además *Revista de Tisiología y Especialidades* supone una nueva vuelta de tuerca en la especialización, pues ya es la primera que no es una revista que se titule de *medicina y especialidades*, sino de *tisiología y especialidades*. Su inclinación hacia la neumología y hacia la tisiología en especial se expone claramente en el título. La tendencia a la súper especialización también se observa en otra revista: *Radio-Cirugía* (1922), que se orientará hacia la cirugía, radiología y radioterapia.

Fuentes y metodología

Se ha utilizado, como fuente principal, para el presente trabajo la publicación periódica murciana *Revista de Tisiología y Especialidades* que se conserva en la Hemeroteca del Archivo Municipal de Murcia, donde hemos estudiado los únicos once números encontrados. No se han localizado más números de esta revista en ningún archivo, biblioteca o hemeroteca de España. Otras fuentes han sido las revistas sanitarias murcianas *Gaceta Médica de Murcia*, *Murcia Médica*, *Estudios Médicos*, *Polytechnicum*, *Noticias Médicas*, *Levante Médico*; los diarios locales: *El Tiempo*, *El Liberal*, *La Verdad*; los expedientes personales de médicos fallecidos del Archivo del Colegio Oficial de Médicos de Murcia; y entre-



Revista de Tisiología y Especialidades nº 20, enero 1922.

vistas personales a familiares y a vecinos de Murcia.

Se ha realizado la descripción de la revista y un análisis de contenidos mediante el programa Knosys 3.0 en el que se han creado 2 bases de datos: una para “Artículos científicos” según sean éstos originales, no originales, o procedentes de discursos; y otra para las “Reseñas bibliográficas” también en tres grupos: libro, revista o artículo.

‘Revista de Tisiología y Especialidades’

El número 20 de enero de 1922 es el más antiguo encontrado. No se sabe exactamente cuándo aparece ni cuándo desaparece, se

han establecido estas fechas en octubre de 1919 y hasta abril de 1926 (último encontrado, nº71). El único director fundador es Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara. No se han encontrado los objetivos, los componentes de la redacción, los colaboradores, suscriptores, el sumario, tirada, precio, retratos, caricaturas, ni concurso de premios, etc. Las páginas de sus fascículos aumentan desde las 20 de 1922, a 28 a partir de 1925. Si se observa una estructura por secciones como la mayoría de revistas similares de la época. Sus secciones fueron: Sección científica, Academias y Sociedades Médicas, Nota Clínica, Gacetilla Mensual, Concursos Médicos, El Asunto del Día, Bibliografía, Publicaciones Recibidas, Actas de Dermatología y Sifiliografía, Academia Española de Dermatología y Sifiliografía.

En la cabecera del número 59 de abril 1925, aparecen dos novedades:

La frase "Órgano Oficial de la Junta Antituberculosa de Murcia". Y el cambio de domicilio de la Dirección y Administración de la calle Zoco pasa a San Lorenzo 22. Ambos son domicilios de la consulta del Dr. Martínez Ladrón de Guevara que cambia en 1924.

Un hallazgo importante para la Historia de la Medicina de España y del Periodismo médico ha sido que *Revista de Tisiología y Especialidades* es una de las dos primeras revistas de Tisiología que aparecen en España. La otra revista es *Archivos Españoles de Tisiología* (1919-1922) fundada en Barcelona por Luis Sayé Sempere en enero de 1919 es la primera. *Revista de Tisiología y Especialidades* es la segunda al ser fundada, 9 meses después, en octubre de ese mismo año.



Cabecera de *Revista de Tisiología y Especialidades*, nº 59, abril 1925.

Análisis documental y bibliométrico de 'Revista de Tisiología y Especialidades'

Los artículos científicos fueron el tipo de trabajo más abundante en la revista. Se han identificado 32 artículos científicos en total que se han clasificado en tres tipos. Los "artículos originales" con un 53% que fueron los más frecuentes, con un 19% los "artículos no originales" y con 28% los "artículos procedentes de discursos o comunicaciones".

Las reseñas bibliográficas publicadas en la revista se han clasificado en tres tipos. Las más presentes fueron las dedicadas a "reseñas de libros" que representaron un 55%, siguen con un 30% las "reseñas de artículos científicos", y finalmente con un 15% las "revistas reseñadas".

Se han identificado 25 autores de artículos científicos. Los autores más prolíficos han resultado ser Antonio Guillamón Conesa con 4 registros, y con 3 registros cada uno Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara y Pastor Guillén. El propio director fundador fue uno de los autores que más publicó.

Entre las especialidades médicas de los artículos analizados la más frecuente es la microbiología/infecciosas con un 54% del total de los artículos. Le siguen la neumología en segundo lugar con un 28% y en tercer

lugar la salud pública con un 20%. Estos resultados coinciden, a su vez, con la especialidad médica del director de la revista que era tisiólogo.

Contenidos de tisiología.

Uno de los objetivos del presente trabajo ha sido dar noticia de los contenidos de tisiología para el estudio de la Lucha Antituberculosa en Murcia. A continuación se exponen en este sentido los contenidos de artículos científicos, reseñas bibliográficas, noticias y publicidad de la revista.

Doce han sido los artículos científicos hallados en la revista relacionados con la tisiología. En concreto suponen casi el 50% de los contenidos de los artículos científicos. La mayoría de ellos son estudios de aspectos técnicos acerca de la tuberculosis, sobre todo de tratamientos. Sirvan de ejemplo los artículos de: White²³ acerca de “La clave del problema de la tuberculosis”, Navarro Blasco²⁴ con “Tratamiento de las hemoptisis tuberculosas”, o Pastor Guillén²⁵ con “La cura de sol”.

No se han hallado entre las revistas reseñadas ninguna relacionada con la tisiología. De los otros dos tipos de reseñas de la revista ha resultado que un 36% de los libros reseñados están relacionados con la tisiología; y que el 66% de los artículos reseñados están relacionados también con la tisiología.

El 25% de las noticias publicadas en *Revista de Tisiología y Especialidades*, están

relacionadas con la tisiología, únicamente son tres: Una acerca de las conferencias realizadas en marzo de 1926 por el Dr. Tapia (Director del Hospital del Rey) en la Universidad de Murcia. Otra con motivo del ingreso en esta Academia de Medicina de Murcia del Dr. Alemán Guillamón con su discurso “Tuberculosis ocular”, contestado por el Dr. Más de Béjar hablando “Sobre tuberculinterapia”. Finalmente otra con las conclusiones aprobadas en el polémico Congreso Antituberculoso de La Toja de 1925, que fueron: construcciones de nuevos Sanatorios y Dispensarios, creación de un seguro obligatorio contra la tuberculosis, creación de la especialidad de tisiología en el Ejército, creación del cuerpo de enfermeras auxiliares de los dispensarios, creación en España del seguro obligatorio contra la enfermedad, creación del seguro maternal obligatorio, y considerar a los preventorios y sanatorios marítimos como los más eficaces para la profilaxis y tratamiento de la tuberculosis en el niño.

También se ha estudiado la publicidad. El 33% de los específicos anunciados en *Revista de Tisiología y Especialidades* están relacionados con la tuberculosis, en concreto son 42 los específicos hallados. De éstos, el 38% son tónicos reconstituyentes y el 62% son antisépticos o antitóxicos. En el 50% de estos anuncios el lugar de producción o distribución del específico es Madrid o Barcelona y la otra mitad provienen del resto de España o de otras ciudades como París o Berlín.

22. Revista de Tisiología y Especialidades 1922; 4(20): 18-20.

24. Revista de Tisiología y Especialidades 1922; 4(21): 21-5.

25. Revista de Tisiología y Especialidades 1926; 8(69): 46-9.

Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara.

El doctor Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara (1887-1943), tisiólogo murciano, fue el fundador y responsable de esta publicación periódica que hoy estudiamos así como un importante implicado en la Lucha antituberculosa murciana del primer tercio del siglo pasado.

Fundó y dirigió otras dos revistas médicas murcianas además de *Revista de Tisiología y Especialidades*, una previa como cofundador entre 1915 y 1918: *Murcia Médica*. Y otra posterior en solitario desde 1928 hasta 1932: *Levante Médico*, que subtítulo como la Segunda Época de *Revista de Tisiología y Especialidades*.

Resumidamente destacaremos de su biografía²⁶ lo relacionado con el presente estudio y diremos de él que fue: Consultor del Dispensario Antituberculoso de Murcia; Académico Corresponsal de las Reales Academias de Medicina de Murcia (1915), Zaragoza (1916) y Granada (1925); Concejal del Ayuntamiento de Murcia al mismo tiempo que fundaba *Revista de Tisiología y Especialidades*; Vocal de la Junta Provincial Antituberculosa de Murcia (1925); Director del Instituto Municipal de Vacunación (1928); Jefe de Sección de Tuberculosis del Instituto Provincial de Higiene (1932); Director del Hospital Provincial de Murcia (1932); y Responsable de la Consulta de Tuberculosis del Instituto Provincial de Puericultura (1933).

Lucha Antituberculosa en Murcia.

Sin duda, la clave de que *Revista de Tisiología y Especialidades* fuese el Órgano Oficial de la Junta Provincial Antituberculosa de Murcia desde su constitución fue el Dr. Martínez Ladrón de Guevara. Ladrón de Guevara formaba parte de la Sección Técnica de la Junta Provincial desde que apareció en enero de 1925 y ofreció su revista como portavoz a la Junta que aceptó rápidamente como se aprecia en la imagen, apenas unos meses después, en abril de 1925 “Órgano Oficial de la Junta Provincial Antituberculosa de Murcia” en el subtítulo de la cabecera de la revista.

La Junta Provincial Antituberculosa de Murcia perteneció al Real Patronato de la Lucha antituberculosa de España fundado en junio de 1924 y presidido por la Reina Victoria Eugenia. La Junta Provincial estuvo presidida por Isidoro de la Cierva y Peñafiel, como Secretario general estuvo Emilio Sánchez García, como Vicesecretario Manuel Almela Costa, y como Tesorero Ángel Guirao Girada.

La Cruz de Lorena fue el símbolo de la Lucha mundial antituberculosa adoptado internacionalmente en Berlín en 1902.

La finalidad de las Juntas Provinciales Antituberculosas era principalmente preventiva pero también terapéutica a través de la Campaña antituberculosa. Promulgarían el saneamiento de la vivienda, alimentación sana y

26. La biografía de Juan Antonio Martínez Ladrón de Guevara, como también las de Antonio Guillamón Conesa y José Sánchez Pozuelos, que fueron los tres fundadores de *Murcia Médica* (1915-1918), se pueden consultar en López González (2012), op. cit. en nota 20.



María Trinidad Herrero Ezquerro, José López González y Carlos Ferrándiz Araujo.

abundante, diagnóstico precoz, investigación casos inaparentes, vacunación profiláctica, aislamiento de bacilíferos y curación, etc. Los órganos de Lucha Antituberculosa fueron: los dispensarios y los sanatorios. En los dispensarios tenía lugar la Acción profiláctica: eran los encargados de la selección de enfermos, enviando unos al hospital, otros al sanatorio y otros a su domicilio, siendo estos últimos atendidos por el dispensario. En los sanatorios tenía lugar la Acción terapéutica a través del aislamiento y curación de enfermos. Eran establecimientos cerrados y especializados con vigilancia y cuidados médicos continuos. Medio más eficaz de lucha antituberculosa al reunir mejores condiciones para la curación del enfermo. Cura sanatorial (cura al aire libre, higiene, reposo, alimentación adecuada, helioterapia o talasoterapia).

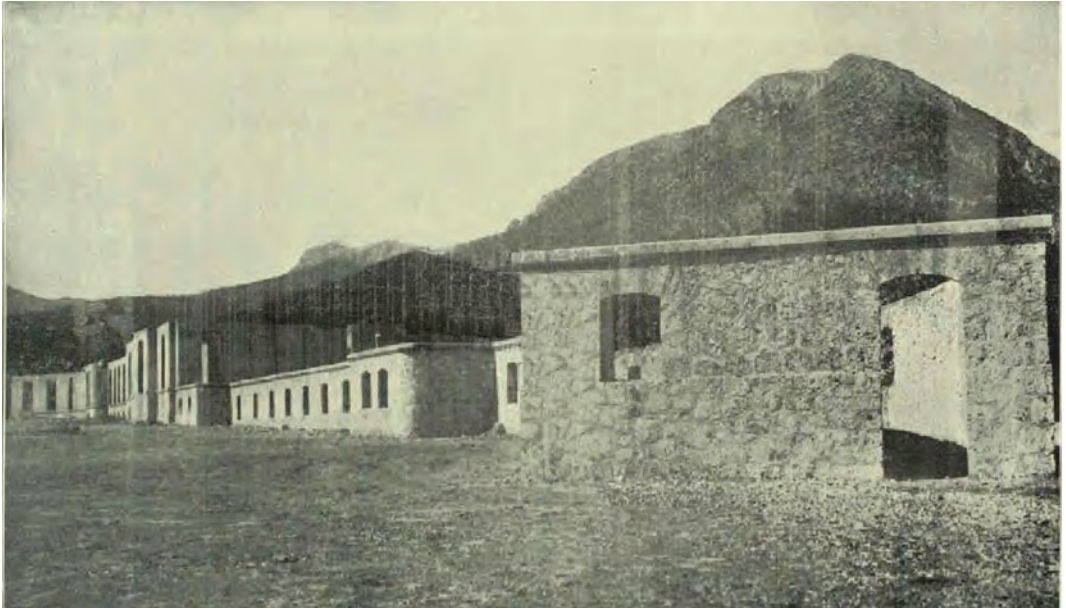
Entre los objetivos de la Junta Provincial de Murcia estaban: la apertura de Sanatorios en Murcia, mejorar el Dispensario existente y creación de otros dispensarios necesarios.

Destaca la difícil situación de la Lucha Antituberculosa en España desde su aparición sin financiación estatal hasta que ésta es asumida por la Dirección General de Sanidad en 1931 y suprimido el Real Patronato. Finalmente en 1935 el Estado asume la organización y dirección de la Lucha Antituberculosa en España. Así, se observa en el periodo que analizamos 1919-1926, además de los avances científicos al respecto, la cada vez más patente necesidad de

financiación estatal para esta gran empresa como fue la lucha contra la tuberculosis.

En Murcia la situación de la Lucha Antituberculosa era quizá más delicada que en el resto de España. El único órgano con que contaba la Junta Provincial Antituberculosa en 1926 era un Dispensario asistido por dos médicos en condiciones muy difíciles, sin apenas medios económicos ni de infraestructura. Cuando en España existían 22 Sanatorios especiales en funcionamiento y 28 Dispensarios Oficiales.

Sanatorio de Sierra Espuña: fue el buque insignia de la Lucha antituberculosa en Murcia desde que inició su construcción en 1917 hasta que fue inaugurado en 1935. Fue una larga espera de 19 años debido a: la falta de financiación y a la envergadura de su proyecto, pero afortunadamente llegó a ser una realidad. Cuando la Junta Provincial Antituberculosa se fundó en enero de 1925 las obras del Sanatorio ya se habían iniciado 8 años antes. Por cambios políticos en 1931 el Sana-



Sanatorio de Sierra Espuña en 1926. Fuente: *Revista de Tisiología y Especialidades*.

torio fue cedido por la Junta Provincial Antituberculosa –que también desapareció– a la Comisión Gestora de la Lucha antituberculosa que la sustituyó para obtener las subvenciones oficiales y poder finalizar las obras.

En la imagen publicada en 1926 en *Revista de Tisiología y Especialidades* se observa el estado de las obras de construcción del Sanatorio Antituberculoso de Sierra Espuña, aún nueve años antes de ser inaugurado.

No quiero finalizar mi discurso sin antes recordar unas palabras del Dr. Emilio Sánchez García de 1925, que reflejan la situación española de aquella época, siendo Secretario General de la Junta Provincial Antituberculosa y Vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía:

“En punto a la tuberculosis, todo se ha dicho; pero es tan poco lo que se ha hecho, que es preciso no convencer, sino vencer la apatía rei-

nante, y reclutar todos los elementos necesarios, para que conjuntamente con la acción del Estado se verifique una acción efectiva y provechosa.”.

He dicho.

Mesas redondas



Millán Pérez Ayala, Ana Martínez López de Castro, Isabel Tovar Zapata, presidenta de la Academia de Farmacia Santa María de España en la Región de Murcia, Emilio Robles Oñate, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y Pedro Martínez Hernández.

‘Los test de laboratorio a la cabecera del enfermo (POCT)’

El 18 de abril, y organizada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y por la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia, se celebró la mesa redonda *Los Test de laboratorio a la cabecera del enfermo (POCT)*, donde participaron como ponentes el doctor don Pedro Martínez Hernández, con la conferencia *Relaciones interpersonales. Papel y formación de los agentes implicados*; la

doctora doña A. Martínez López de Castro, disertó sobre *Necesidad de control, gestión y manejo de los POCT por el laboratorio clínico*, y el doctor don M. Pérez Ayala, lo hizo con *Nuestra experiencia en el manejo y control de los POCT hospitalarios*.

La mesa redonda estuvo moderada por el doctor don Pedro Martínez Hernández y se celebró en el salón de actos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

'Relaciones interpersonales. Papel y formación de los agentes implicados'

✿ **Pedro Martínez Hernández** ✿

Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca
y Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía y de la Academia
de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia

1. Introducción:

Sushruta, médico indio (s. V a.C.) describe el “sabor dulce” de la orina de algunos pacientes que “atrae algunos insectos, sobre todo a las moscas”. Diabetes? En Alemania, s. XVIII, había un dicho popular: “*cuando besas la frente de un niño en el lecho de muerte, Tiene un gusto salado*”. Fiebre? Fibrosis quística? Es decir, estos test podemos decir que han existido desde siempre y la primera conclusión que podemos sacar es que: los métodos del POCT anteriores al siglo XX. Fueron: el Gusto y el Olfato.

Posteriormente, habría una evolución, empezando por George Olivier, médico inglés, propone las tiras reactivas para el análisis de glucosa y albúmina en orina (*Urinary Test Papers*). Publicación: “*On bedside urine-testing*”. *Lancet* i:956,1883.

Por tanto, al presentar este tema, debemos hacerlo como: ¿algo nuevo?, ¿la vuelta al pasado?, ¿el futuro?.

Lo que está claro, es que las Sociedades Científicas de nuestra profesión, que defienden la Calidad Total del Laboratorio Clínico, se pronuncian en este sentido: la Calidad del cuidado del paciente, es de suma prioridad. Los lugares alternativos donde se realizan los análisis, no deben introducir o argumentar errores clínicamente significativos, a la hora de procesar los mismos...

Estos lugares requieren estar implicados dentro de los estándares de las buenas prácticas de laboratorio, incluyendo control de calidad, aseguramiento de la misma, habilidades de los usuarios y registros de los resultados... (POCT 2ª Ed.2002; C.P. Price and cols. AACCPress.

Los test a la cabecera del enfermo, a día de hoy, como ocurre en la mayoría de todas las intervenciones dentro de las Ciencias de la Salud, han tenido y siguen teniendo defensores y detractores. En el cuadro que se adjunta a continuación, se exponen algunas de estas justificaciones, con sus correspondientes citas bibliográficas.

Entre las ventajas, podemos detallar: la mejora en el tiempo de respuesta, el grado de satisfacción del paciente y la disminución relativa de la estancia media.

En lo referente a las desventajas, la falta de inexactitud, si lo comparamos con los equipos originales del Laboratorio Clínico, el no disponer de una garantía de calidad tan contrastada como la del propio Laboratorio (aunque el Dr Millán Pérez en su charla nos va a manifestar que nuestra experiencia de control de estas máquinas por el propio Laboratorio de forma directa e inmediata, ha mejorado de sobremanera este apartado, hasta que sea equiparable a la del propio Laboratorio), la falta de personal entrenado para estos menes-

teres, en las áreas en donde se desarrolla el trabajo, e igualmente el descenso de imprecisión y el aumento de costes que representa el mantener estos equipos.

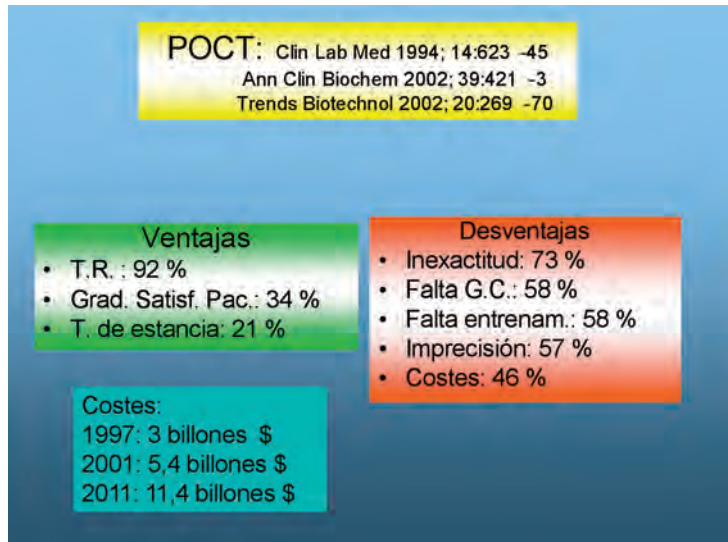
En cuanto a este último apartado, resaltar que en USA, los estudios llevados a cabo sobre POCT, nos indicaban que, año tras año, el gasto va incrementando de forma evidente.

En cuanto a las evidencias científicas en las que se ha basado la puesta en marcha de este tipo de metodologías, podemos destacar, en primer lugar, que no hay más remedio que aceptar este tipo de metodologías, aunque esta nueva vía, genere más gasto. También es destacable, el hecho de que al tratarse exclusivamente de tests de Laboratorio, ajenos a cualquier otro tipo de pruebas de ayuda al diagnóstico, sean reivindicadas por los Servicios Centrales de todos los Hospitales, por tanto, al ser supervisadas por los

responsables de los laboratorios, estos pretendan llevar a cabo un control sobre las mismas de igual manera que sobre cualquier parámetro del Laboratorio; es decir, aplicando los mismos criterios de Calidad Total que a día de hoy utiliza esta área Hospitalaria, que no es otra que la derivada de los criterios de Certificación y Acreditación de las Áreas Clínicas del Laboratorio: ISO 9001-2000; ISO 15189-2007; ISO-22870-2006.

Además, esa justa reivindicación está basada también en la Ley de Especialidades, en los Programas de Formación de Especialistas y en el deseo de los clínicos de no intervención en un área que les es ajena.

El estudio de los Análisis de Coste/ Efectividad en un Hospital, tal y como en el cuadro podemos ver, indica que una de las desviaciones presupuestarias



Análisis Coste/Efectividad Hospitalaria

Las 5 desviaciones más importantes en el manejo hospitalario de un enfermo

- Retraso en acoplamiento y traslado
- Retraso en la adjudicación de la medicación
- **Análisis excesivos y duplicados**
- Administración de tratamientos innecesarios
- Cambios en el estatus del paciente, consecuencia de lo anterior

— Kiechle, F.L., Main, R.J.: Improving Efficiency in the Clinical Laboratory. AACCPress 2002

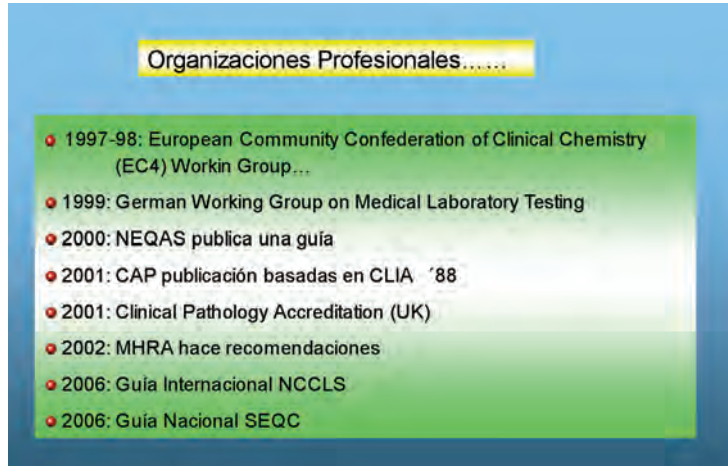
en el manejo hospitalario de un enfermo, reside en el exceso y la duplicación de Análisis.

Igualmente, es de todos conocido el hecho de que desde el punto de vista empresarial, el coste por unidad, baja si se hacen grandes series de productos idénticos (base de la teoría de la economía de escala). Sin embargo, en la situación por la que estamos pasando actualmente como consecuencia de la revolución tecnológica y el ritmo acelerado de los acontecimientos. Las economías de la velocidad, hoy día, son capaces de reemplazar a las economías de escala y además, la competitividad es tan intensa, y la velocidad requerida es tan alta, que le viejo refrán de “*Tiempo es dinero*”, se ha sobredimensionado hasta el punto de llegar a “*Cada intervalo de tiempo vale más que el anterior*”. Alvin and Heidi Toffler (*Creating a New Civilization*). AACC Press. 2002.

Por tanto, ¿la solución es trabajar rápido, sin control del coste y con dudosa Calidad? O llevar a cabo un excelente trabajo realizado bajo el paraguas del criterio profesional, base importante de una especialidad.

La decisión es bien clara, ya que: no todo es práctica clínica apropiada, ni organizaciones centradas en los pacientes, ni sistemas de información centrados en los procesos, ni gestión clínica, sino que se precisa, además, una gran reingeniería de muchos comportamientos, para aceptar que se puede mejorar, incluso lo que ya hacemos bien.

Lo que también está claro, es que ante la



puesta en marcha de un test a la cabecera del enfermo, supone que nos encontramos de inicio con los siguientes interrogantes: personal sin formación en este campo; facultativos con otros problemas; equipos necesitados de atención y finalmente, descontrol: Calidad, Gestión...

Después de lo expuesto hasta ahora, solo procede pensar en que cuando se va a instalar un test a la cabecera del enfermo en un Área Clínica, lo primero que deberemos hacer es crear un grupo de trabajo formado por personal de laboratorio y de dicha Área, en el que se les tramita a los componentes de ésta, de que existe una normativa legal española para este tipo de actividades y que todo lo que se vaya a realizar, deberá de ser bajo dicha norma, que no es otra que la relacionada con las de garantía de Calidad: ISO 15189-2007, ISO 22870-2006.

La normativa española, la que en su momento publicó la Sociedad Española de Química Clínica y Patología Molecular en 2006. En el cuadro adjunto, se muestran las distintas normativas a nivel internacional que aparecieron en su momento.

POCT: Estudio comparativo

Laboratorio Central	P.O.C.T.
<ul style="list-style-type: none"> • Pocos analizadores • Pocos operadores • Entrenados para Laboratorio • Dedicación exclusiva • Control analítico (PNT 's) • Hojas de Incidencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Muchos aparatos • Muchos operadores • Entrenados para la clínica • Dedicación paciente • Aparato y operador son factores de riesgo

no es tan elevado, lo que procede será la realización de estos test por el personal del servicio correspondiente, supervisado por el personal del Laboratorio Central.

En el cuadro expuesto, podemos ver la comparativa entre las características de estos test tanto si se llevan a cabo por el Laboratorio Central, como en un Área determinada.

2. Aspectos técnicos

Dentro de este apartado lo primero que tendremos que hacer es hablar de los tipos de test a la cabecera del enfermo que nos podremos encontrar:

- Test Hospitalarios.
- Test Extra-hospitalarios.
 - Atención Primaria.
 - Unidades de Urgencia.
 - Homecare.

En el siguiente cuadro

también es fácilmente distinguible el empleo de una determinación de glucosa llevada a cabo en un auto-analizador de Laboratorio, frente a un aparato de uso casero.

Tal y como se ha comentado en la introducción, la puesta en marcha de un sistema de tests a la cabecera del enfermo, implica la previa formación de un equipo de procedencia mixta, a saber: por parte del Laboratorio Cen-

Igualmente, resultaría necesario el conocer el perfil de los usuarios de estos test hospitalarios, ya que si se trata de un volumen exagerado, como es el caso de las UCIs, en este caso, lo que procedería sería la puesta en funcionamiento de un pequeño laboratorio a tiempo parcial, manejado por el mismo personal del Laboratorio Central, mientras que en el caso de otros servicios, a causa de que el volumen de muestras

POCT Glucosa: Comparación

<u>Uso-Casero</u> (Precisión)	<u>Uso-Hospitalario</u> (Exactitud)
1 solo operador	Múltiples operadores
1 paciente (automanejo)	Múltiples pacientes
Series de 1 solo paciente	Mezcla de resultados con los del laboratorio
Pacientes ambulatorios	Ingresados
Muestra capilar	Diferentes tipos de sangre

tral: el responsable de estos test, el de calidad y el Supervisor; mientras que en lo referente al Área donde se instaura, habría que contar con el facultativo encargado de esta área, los enfermeros que se van a responsabilizar de llevar a cabo los test y el Supervisor del Área.

La responsabilidad final de todo el proceso, caerá sobre el Jefe del Servicio del Laboratorio, según la normativa acreditativa del Colegio Americano de Patología (C.A.P.).

La misión que va a tener el laboratorio es muy clara:

- Seleccionar el método analítico.
- Adiestrar al personal.
- Servir de referencia ante cualquier pega
- Supervisión total con control remoto.

Mientras que el Papel Conjunto del Equipo Multi-disciplinario, sería el correspondiente a:

- Consensuar la necesidad de un POCT.
- Sentar las bases de una buena conexión:
 - Recolección, Manejo, Recogida de Resultados.
 - Entrenamientos, Habilidades,... etc...

Otro tema altamente interesante a tratar dentro de estos aspectos, debería ser el distinguir entre el perfil de los diferentes servicios del hospital que optan a un test a la cabecera del enfermo (POCT):

- Servicios con necesidad urgente de resultados: Quirófanos, Partitorios, Puerta de Urgencias.
- Servicios con fuerte demanda asistencial, No urgente: Neumología, Endocrino...
- Servicios con “perfil investigador”: Quirófanos, Cardiología...
- Servicios “Caprichosos”.

De igual manera que resulta altamente clarificador el seleccionar dentro de un Hospital, las áreas donde no se deberían colocar jamás estos POCTs, a saber:

- Servicios “Caprichosos”.
- Servicios con personal poco implicado.
- Servicios “autosuficientes” y “expansionistas”.
- Servicios con demanda analítica muy alta.

En este último caso, queda claro que si la frecuencia de análisis es excesiva, es necesaria la intervención directa del Laboratorio Central, a tiempo parcial o total.

3. Aspectos prácticos:

Los objetivos generales que se marcan en la puesta en marcha de un POCT, son los siguientes: asegurar que el test se ha realizado correctamente y que con ese resultado, el clínico se puede servir de él para la correcta toma de decisiones.

Además de estos objetivos, hay una serie de aspectos que son altamente clarificadores, tales como: el Laboratorio, tiene reglas de trabajo en todas sus fases, útiles para medir su actividad. La base de las mismas es “la Calidad”. La ausencia de “Calidad” es una falta grave, por tanto, resulta de vital importancia, el conocer las bases de “la Calidad”, así como el atender consideraciones del C.A.P. que se basan en las siguientes premisas: Entrenamiento estándar y medida frecuente de la competencia del operador.

Por tanto, los operadores, a través de programas de Formación Continuada, debería conocer perfectamente la fase pre-analítica de un análisis, así como el manejo del aparato, todo ello implica lo siguiente.

- Conocimiento de la fase pre-analítica:

Obtención del espécimen, uso de códigos de barras, Contraindicaciones clínicas, manejo y estabilidad de la muestra

- Experiencia en el manejo del aparato: calibración, mantenimiento y limitaciones, controles de calidad a varios niveles, limpieza, descontaminación y manejo de residuos.

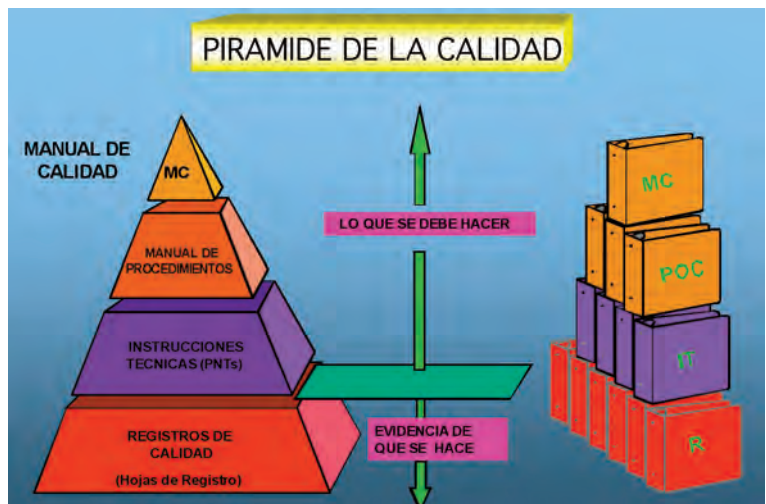


Dentro del proceso de formación continuada sobre este apartado, existe un decálogo práctico sobre el que habría que incidir:

- Definir un Plan de Calidad .
- Describir los aspectos básicos de la Norma.
- Insistir en la Calidad Total de un análisis.
- Explicar los conocimientos básicos de la máquina.
- Explicar los factores que afectan a los resultados.
- Interpretación de conversión: Plasma/ S. Total.
- Correlacionar resultados con las patologías más comunes.
- Enseñarles a interpretar los Flujogramas de Trabajo.

- Dejar constancia escrita de todo ello.
- Hacerles que se sientan copartícipes del proyecto.

En cuanto a lo referente de definir lo que es un Plan de Calidad, queda bien explicado en el cuadro que exponemos a continuación, así como en lo que respecta a una Pirámide de Calidad:



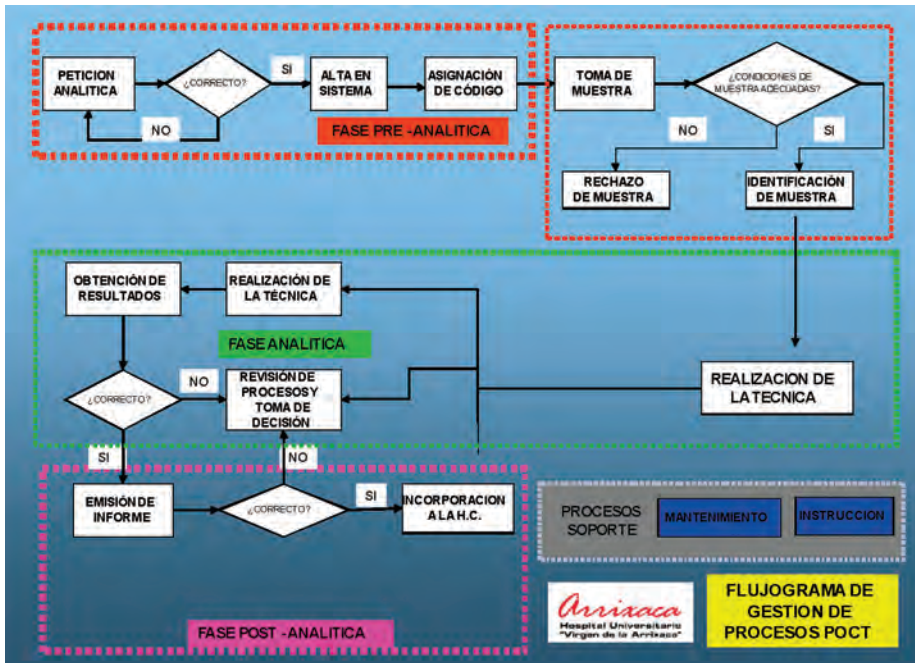
De igual manera, es apropiado el informar sobre los factores más importantes que pueden afectar a los resultados de un POCT, así como a la interpretación de un flujoograma de trabajo:

Existen unos aspectos claves dentro del entrenamiento, entre los que podríamos destacar: entregar el material de entrenamiento por escrito: acceso directo; comprobar si han asimilado los conocimientos teóricos y prácticos; antes de dejarlos solos, deben realizar el trabajo supervisado; extender certificado de competencia para trabajar en el área de POCT en que se ha formado; llevar a cabo chequeos de competencia cada cierto tiempo y realizar actualizaciones periódicas obligatorias.

Factores que afectan a los resultados de POCT

Fisiológicos	Análíticos/Almacén	Técnica
<ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito • Lipemia • Tensión de O₂ • Metabolitos • Ayuno • Drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Luz • Temperatura • Humedad • Altitud • Exposición al aire 	<ul style="list-style-type: none"> • Vol. Muestra • Tiempo de reacción • Tipo de muestra • Artefactos • Muestra Capilar • Aditivos

antes de dejarlos solos, deben realizar el trabajo supervisado; extender certificado de competencia para trabajar en el área de POCT en que se ha formado; llevar a cabo chequeos de competencia cada cierto tiempo y realizar actualizaciones periódicas obligatorias.



FLUJograma DE GESTION DE PROCESOS POCT

También resulta de suma importancia dentro de este apartado, el recomendar determinado tipo de actuaciones, a saber: actuaciones si resultado fuera de límites del test; ídem se sobrepasa los límites de alerta; conocimiento básico de resultados anormales; conocimiento preciso de los datos del paciente. Como ejemplo podemos citar algún caso que viene reflejado en el siguiente esquema:

- Glucosa > 350 mg/dL o < 60 mg/dL.
- Variación diaria de htcto: < 30% ó >50%.
- Interferencias medicamentosas... etc.

Finalmente, y dentro de este apartado, resulta fundamental el resaltar las cualidades de un Operador Resolutivo dentro del Área Clínica que se encargue de los POCTs:

- Motivación.
- Competencia Técnica.
- Deseo de conocer la complejidad de los test de Laboratorio y mantenimiento y control de los aparatos.
- Concienciación de que debe de "reparar su tiempo de trabajo" con el mismo fin.

Igualmente, también hay que resaltar los Criterios de Rechazo para una muestra clínica:

- Muestra que no cumpla los requisitos de Calidad Total: extracción defectuosa, agentes interferentes claros, control de Calidad fuera de rango...
- Resultado aberrante.
- Aparatos en malas condiciones.
- Equipos fuera de mantenimiento...

Para finalizar, pasamos a continuación a hacer una exposición pormenorizada de las

principales conclusiones que podríamos sacar de esta exposición:

Los POCT existen y hay que aceptarlos, sin embargo, debemos de sentar unas bases:

- Enfocar el trabajo con la mayor efectividad: los mejores resultados, con el mínimo de recursos.
- Para que esto se cumpla, resulta necesario un personal informado a cerca de ¿cómo funciona un Laboratorio?
- El Laboratorio tiene una estructura y organización basada en la Calidad
- Esa estructura y organización, serán las bases de los POCTs
- El personal del Laboratorio deberá de aceptar y corresponsabilizarse de esas pruebas, velando por el cumplimiento de la Norma.
- El personal del Área donde se ha instalado el POCT, deberá de aceptar y participar en la normativa de trabajo marcada por el laboratorio.
- Para que esto funcione, se deberán sentar las bases de un buen "feeling" profesional.
- El fabricante del aparato, también deberá de colaborar en el proceso de formación y adaptación del personal.
- Urge la Certificación, Acreditación para ese Área.

El mal uso de los POCT, genera:

- Aumento de los costes.
- Riesgos en los pacientes.
- Reservorios para gérmenes resistentes a los antibióticos.
- Peores resultados.
- Sería conveniente que hubiera en el Laboratorio un FEA dedicado en exclusividad a los POCTs.

'Sistemas actuales de Point Of Care Testing (POCT)'

✿ Ana Martínez López de Castro ✿

Facultativo Especialista de Análisis Clínicos.
Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca

POCT o test a la cabecera del paciente, se refiere a “las pruebas de laboratorio realizadas en el punto de atención al paciente, bien por personal clínico (no familiarizado con el laboratorio clínico) cercano a éste, o bien por los propios pacientes (auto-test)” (Definición de la National Academy of Clinical Biochemistry).

Estas pruebas pueden realizarse en un gran abanico de ubicaciones que van desde las unidades de cuidados críticos hasta el propio domicilio del paciente.

En cualquier caso, los POCT se está convirtiendo progresivamente en una forma rápida y popular de obtener resultados de laboratorio y existen múltiples circunstancias en las que estas pruebas pueden suponer una ventaja para el paciente. De hecho, cuando se utiliza adecuadamente, el POCT puede mejorar los resultados obtenidos sobre los pacientes, proporcionando un resultado más rápido y acortando el tiempo de espera para una intervención terapéutica.

Es imprescindible una supervisión de los equipos de POCT por el laboratorio (incluyendo un control de calidad y un programa de mantenimiento específico para cada instrumento) y una formación específica de sus usuarios y en especial de los propios pacientes en el caso de las pruebas auto-test.

En la actualidad, existen en el mercado gran variedad de equipos que nos ofrecen múltiples resultados de aplicación en diversos campos de la práctica clínica. A continuación se muestran algunas de las aplicaciones más relevantes:

1. Gases sanguíneos.
2. Marcadores Cardiacos.
3. Monitorización de Diabetes Mellitus.
4. Pruebas de Coagulación.
5. Enfermedades Infecciosas.

1. Gases sanguíneos:

Entre los análisis de urgencia, la determinación de gases en sangre es un examen indispensable para valorar las funciones vitales del organismo. La medida de los parámetros de cooximetría pueden ir asociados a otras determinaciones como hematocrito, concentración de hemoglobina, medida de iones, bilirrubina, glucosa y lactato.

La rapidez de modificación de estos parámetros los convierte en parámetros tipo para el análisis descentralizado.

Ciertos equipos permiten también un seguimiento continuo de los parámetros vitales del paciente en unidades del tipo de Reanimación o Urgencias, como la saturación de oxígeno por la oximetría de pulso.

2. Marcadores cardiacos:

Las enfermedades cardiovasculares representan una de las causas principales de mortalidad en los países industrializados.

El manejo de los pacientes con Síndrome Coronario Agudo (SCA) en la unidad de urgencias es uno de los mayores retos para el personal que atiende estas unidades. Ante un paciente que acude a la puerta de urgencias con un dolor torácico, el diagnóstico de SCA, representa un desafío para el médico. Los marcadores cardiacos (mioglobina, CKMB y troponina) pueden resultar relevantes en estos casos, así como en el diagnóstico de exclusión del infarto de miocardio, principalmente en las primeras horas del abordaje del paciente.

En el mercado disponemos de múltiples dispositivos para determinación de las enzimas cardiacas como: Triage® Biosite, Stratus CS®, Cardiac Reader®, etc.

3. Monitorización de Diabetes Mellitus:

La proporción de pacientes diabéticos en la población, sobre todo a partir de los 40 años es muy elevada (superior al 6%). Su diagnóstico así como el control de su tratamiento son procedimientos que adquieren una especial relevancia, tanto desde el punto de vista de salud de los pacientes, como desde el punto de vista de consumo de recursos sanitarios. Un parte importante de este consumo de recursos es la de la monitorización de la evolución de la diabetes que puede realizarse en el laboratorio central, en su centro de salud o bien por parte del propio paciente.

Las mediciones que se utilizan más habitualmente son:

- Glucosa en sangre.
- HbA1c.

La cuantificación de glucosa capilar es uno de los procedimientos de POCT más extensamente utilizados y que consume una importante cantidad de recursos analíticos.

Su interés es vital en los comas hipoglucémicos. Puede medirse en los analizadores de gases y en los analizadores portátiles individuales (Glucometer®).

La medida de la Hb glicosilada mide la fijación de un residuo de glucosa al extremo N-terminal de al menos una cadena beta de la Hb. Da un índice retrospectivo del equilibrio glicémico de las 4-8 semanas precedentes a muestreo. La determinación de HbA1c no corresponde nunca a una situación de urgencias, no es un pronóstico vital.

4. Pruebas de coagulación:

Cada vez existe una mayor tendencia a la descentralización de las pruebas de coagulación básicas, tanto desde el punto de vista de comodidad para el paciente, como de disponibilidad rápida de resultados.

Las tres pruebas básicas disponibles son: APTT, TP/INR, Dímero D.

Algunos de los dispositivos que podemos encontrar en el mercado son: HEMOCHRON, Bayer RapidPoint, i-STAT, CoaguChek / CoaguChek Pro DM.

Concentraciones elevadas de Dímero D indican que se ha formado una cantidad excesiva de fibrina en el árbol vascular.

Valores elevados indican un proceso fibrinolítico continuo. Esta determinación es una herramienta de gran utilidad para descartar Tromboembolismo Venoso, Tromboembolismo Pulmonar y Coagulación Intravascular Diseminada. Con este fin, encontramos Nyocard D-Dimer®, es una técnica rápida para la determinación semicuantitativa de los Dímeros D.



La Dra. Ana Martínez López de Castro, durante su intervención.

5. Enfermedades infecciosas:

Disponemos en el mercado dispositivos para determinación de:

- Mononucleosis infecciosa.
- Estreptococos del Grupo A: Streptotest.
- Influenza.
- HIV.
- Otros: Trichomonas Vaginalis, Chlamydia Trachomatis, N. Gonorrhoea.

El Mono Test OSOM®, para el diagnóstico de **Mononucleosis Infecciosa** es una técnica inmunocromatográfica que se basa en la detección de anticuerpos heterófilos que se crean en la infección por el Virus Epstein Barr. El tipo de muestra puede ser suero, plasma o sangre total.

En el marco del plan nacional para preservar la eficacia de los antibióticos, el Ministerio de Sanidad, ha decidido generalizar la disposición del Streptotest, prueba de diagnóstico rápido de la faringoamigdalitis por estreptococos beta hemolíticos del grupo A.

Se trata de una herramienta simple que busca ayudar en el diagnóstico diferencial de este cuadro con las de etiología viral que normalmente no necesitan antibioterapia.

Los test rápidos de diagnóstico de Influenza, detectan el antígeno de la nucleoproteína del virus. Este tipo de test tienen como inconveniente el hecho de no diferenciar entre Influenza A, B o C y tampoco los diferentes subtipos.

Los test rápidos para detección de VIH van dirigidos a personal sanitario potencialmente expuesto. Se debe confirmar siempre el resultado posteriormente por PCR.

'Nuestra experiencia en el manejo y control de los POCT Hospitalarios'

✿ Millán Pérez Ayala ✿

Dr. Millán Pérez Ayala. Servicio de Análisis Clínicos.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

1. Introducción

Los POCT (Point of Care Testings) se definen como aquellas pruebas analíticas, que se realizan cerca del lugar de cuidado del paciente, hospitalización o consulta, y, por consiguiente, fuera de las instalaciones de los laboratorios, también se conocen con el nombre en español de "Pruebas a la cabecera del enfermo". En la actualidad, el avance de la tecnología permite realizar un gran número de pruebas a la cabecera del enfermo, alejadas del procedimiento analítico habitual de los laboratorios, aumentando notablemente el número de personas que las realiza, siendo necesario establecer unos parámetros de control que aseguren los resultados emitidos y, siempre, supervisados por los responsables de los laboratorios.

A continuación exponemos la experiencia que desde el Servicio de Análisis Clínicos del H.C.U. "Virgen de la Arrixaca" tenemos en el manejo de dos tipos de POCT's: Gasómetros y Glucómetros.

2. Gasometrías

2.1. Introducción

Con el nombre de gasometrías denominamos aquellas determinaciones realizadas a partir de sangre arterial, venosa o capilar en las que se estudian principalmente parámetros relacionados con el pH y el intercambio

gaseoso: pH, pCO₂, pO₂, hemoglobina y sus fracciones, pudiéndose realizar la determinación de otros analitos como glucosa, iones, lactato, bilirrubina.

En nuestro hospital disponemos de 11 aparatos de gases, fabricante por Radiometer, distribuidos en 10 dependencias ajenas al Servicio de Análisis Clínicos: Puertas de Urgencia, Quirófanos, UCI's, Reanimación, etc, y 2 más en el Laboratorio de Urgencias. En total se realizan más de 30000 determinaciones anuales.

2.2. Control

Para realizar el control de los resultados, todos los aparatos vienen equipados con muestreadores automáticos que procesan las muestras de control de calidad, dispuestas en él. Se procesan un total de 4 niveles de control de calidad, incluyendo todo el abanico de resultados, automáticamente, a las horas definidas por el laboratorio. Para conseguir mayor uniformidad de resultados, todos los gasómetros del hospital utilizan el mismo lote de control.

En un primer lugar, si los controles no son aceptados (salen fuera de rango), los aparatos emiten una señal que se trasmite al laboratorio mediante el programa Radiance, apareciendo una alarma en el ordenador. El supervisor o responsable oportuno realizan la

acción oportuna para solventar el problema (calibran, cambian membranas, etc)

Al finalizar el mes, los resultados de control de calidad se envían a Dinamarca, sede de Radiometer, donde se procesan, comparándose los resultados con los de aparatos semejantes de todo el mundo. Los informes emitidos de control de calidad son revisados por el Responsable de Calidad del Servicio de Análisis Clínicos, comprobándose que se cumplen las especificaciones de calidad del laboratorio.

También, y una sólo vez al mes, se procesan 4 muestras de valor desconocido, remitidas por la Sociedad Española de Bioquímica Clínica y Patología Molecular (SEQC). Los resultados de estos controles permiten comprobar que se están dando resultados correctos.

Por último, dar a conocer, que el correcto funcionamiento de las gasometrías así como el control de calidad que se lleva a cabo sobre ellas ha permitido al laboratorio obtener la Acreditación de las mismas por ENAC (Empresa Nacional de Acreditación) según la norma ISO 15189.

3. Glucómetros

3.1. Introducción

Los glucómetros son aparatos portátiles, de uso extendido, utilizados para la determinación de glucosa. En el H.C.U. "Virgen de la Arrixaca" disponemos de más de 90 aparatos de este tipo, realizándose más de 800 determinaciones diarias de glucosa, por más de 300 enfermeros distintos.

Los glucómetros que tenemos en uso son del modelo Precision X-ceed Pro, suministrados por los laboratorios Abbott y tienen unas características que los diferencian de los

aparatos de uso doméstico que un enfermo puede tener en su casa:

- Transmite el resultado al sistema informático del hospital y del laboratorio
- Permite la identificación automática de pacientes y reactivos (tiras y controles) mediante un lector de código de barras incorporado
- Se suministra unas soluciones controles, que se deben procesar obligatoriamente a diario, y cuyo resultado debe ser correcto para permitir que el aparato procese muestras de enfermos.

3.2. Control

El control del buen funcionamiento de los glucómetros del hospital lo conseguimos mediante los siguientes premisas:

- Uniformidad de tiras reactivas en todo el hospital. Las tiras reactivas se reciben en almacén del hospital, y su uso se autoriza por el supervisor del laboratorio. De esta forma se consigue tener controlados las tiras reactivas en uso y evitar el uso de reactivos caducados
- Obligatoriedad de procesar dos niveles de solución control por aparato y que los resultados estén incluidos en el intervalos de referencia.
- Registro de todos los resultados de pacientes y de controles en un programa informático, de manera automática, y su transmisión a los sistemas de información del hospital y laboratorio.

El registro de todos los resultados de las soluciones de control en los sistemas informáticos permite la evaluación de los mismos



Un momento de la intervención del doctor Millán Pérez Ayala.

por parte del Responsable de Calidad del Laboratorio. Esta persona comprueba que se cumplen las especificaciones de calidad requeridas por las Sociedades Científicas (Coeficiente de Variación y Errores Totales).

3.3. Conclusiones

La puesta en uso de estos glucómetros en el hospital ha permitido la consecución de algunas metas:

- Registro automático de resultados de pacientes y controles.
- Trazabilidad total del proceso analítico, ya que se registra la hora del análisis, quien lo realiza, lote de reactivo utilizado, y resultado de control más próximo.
- Control del gasto analítico. Se puede contrastar el número de tiras reactivas

compradas y el número de resultados emitidos.

- Por último, se permite comprobar y asegurar la calidad de estas pruebas realizadas a la cabecera del enfermo



Pedro Martínez Hernández, Amparo Sarabia Meseguer, Ana Martínez Villanueva, Emilio Roble Oñate, presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Isabel Tovar Zapata, presidenta de la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia, y Francisco Ruiz Espejo.

‘El laboratorio clínico en el diagnóstico genético’

Organizada por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y por la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia, el 30 de mayo se celebró la mesa redonda *El laboratorio clínico en el diagnóstico genético*, que acogió las ponencias del doctor don Pedro Martínez Hernández, que disertó sobre *Aportaciones del laboratorio clínico a la genética molecular*; las doctoras doña Ana Martínez Villanueva, lo hizo sobre *Estudio por el laboratorio clínico*

de la predisposición genética a la osteoporosis, y doña Amparo Sarabia Meseguer que lo hizo sobre *Diagnóstico genético en cáncer de mama y ovario hereditario*. Cerró las ponencias el doctor don Francisco Ruiz Espejo con la conferencia *Diagnóstico genético en la muerte súbita*.

La mesa redonda se celebró en el salón de actos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia y estuvo moderada por el doctor don Pedro Martínez Hernández.

'Aportaciones del laboratorio clínico a la genética molecular'

✿ **Pedro Martínez Hernández** ✿

Laboratorio Clínico del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía y de la Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia

De forma resumida, voy a tratar de hacer una introducción a este tema que mis compañeros van a completar como siempre de forma brillante, tocando aspectos más concretos sobre la Genética Molecular.

Empezaremos poniendo a continuación dos diapositivas que no requieren mucha explicación y que van a marcar la evolución que se ha ido produciendo en el campo del Laboratorio Clínico desde los años 60, no sin antes dejar claro que a Claude Bernard en 1865, se le atribuye el haber sido el primer profesional de esta especialidad que integró un laboratorio en un hospital, estableciendo las bases conceptuales del actual Laboratorio, abriendo las vías de los estudios fisiopatológicos, tratando de conectar de forma definitiva los conceptos de Laboratorio y Clínica.

Cuando a finales de los 80, se crean las especialidades médicas y por supuesto con-

Causas de la Evolución

- Económicas: Control del gasto
 - Aumento esperanza de vida
 - Aumento de los procesos crónicos
 - Presencia de patologías erradicadas
 - Desarrollo de la prevención en medicina
 - La Rentía y la Cultura
- Tecnológicas: Nuevos equipos
- Profesionales: (Especialidad)
 - Nuevas áreas-mayor competitividad
 - Más valor añadido-más información
 - Desarrollo de la genética molecular
- Interprofesionales:
 - Equipos multidisciplinares
 - Investigación
- Filosóficas: Mejora continua
- Mordes: Búsqueda de la excelencia

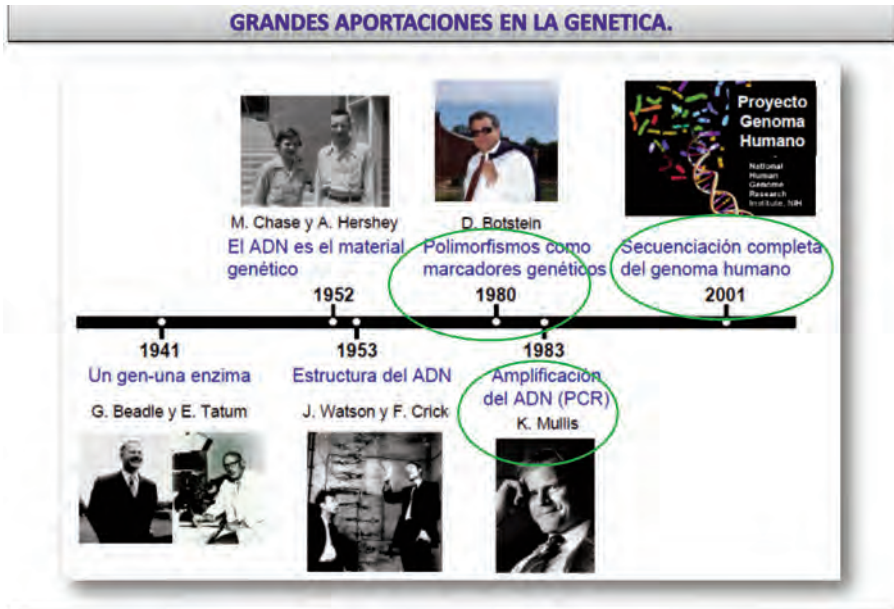
juntamente con ellas, las de Laboratorio, empieza la época de las llamadas "ómicas", siendo la genómica la primera en ponerse al servicio de la clínica, posteriormente aparecería la proteómica y la metabolómica, que a día de hoy están perfectamente implantadas en estas áreas.

Evolución del Laboratorio Clínico

- En los 60: LABORATORIO INTEGRADO
 - Bioquímica
 - Hematología
 - Microbiología
- En los 80: LABORATORIOS INDIVIDUALIZADOS
 - Bioquímica
 - Hematología / Coagulación
 - Inmunología
 - Microbiología
- En el 2000: LABORATORIO CONSOLIDADO
 - "Laboratorios de referencia" Core automatizado
 - Laboratorio empresarial

En la diapositiva siguiente, podemos ver los hitos más importantes acaecidos dentro de la genética.

Centrados ya en el tema, tenemos que empezar a referirnos a Proyecto del Geno-



ma Humano, en donde de forma resumida, podemos poner de manifiesto que entre los objetivos fundamentales que se marcaron en el mismo, podemos citar:

- Identificar a sujetos con predisposición hereditaria a presentar ciertas enfermedades.
- Desarrollar nuevos medicamentos basados en la información genética del paciente.
- Individualizar y personalizar el tratamiento con medicamentos en cada paciente de acuerdo con su información genética.
 - Med Clin (Barc) 2001;116:672-5.
 - N Engl J Med 2002;347:1526-7.

Sin embargo, un factor muy importante a tener en cuenta en el estudio del Genoma Humano, es la Diversidad que presentan los diferentes individuos, por tanto, a partir de aquí tendríamos que plantearnos: ¿Cuándo

la variación genética, puede modificar la eficacia y seguridad de los medicamentos?:


- Cuando la mutación ocurre en las proteínas que son dianas de estos (receptores)
- Cuando participan en su mecanismo de transporte.
- Cuando afectan a enzimas que metabolizan a los fármacos.

Por tanto, esta diversidad que nos hace a cada individuo distinto, no ha sido o no ha podido ser tenida en cuenta a la hora de elaborar los diferentes fármacos.


Los Microarrays, los podemos definir, como un gran número de moléculas de ADN sobre un sustrato sólido de manera que formen una matriz de secuencias en dos dimensiones.

Estos fragmentos de DNA inmovilizados en un soporte pueden ser de distinto tamaño: secuencias cortas, oligonucleótidos o bien cDNA o productos de PCR.

SNPs (Single Nucleotide Polymorphisms)




A A T G G T



99,9 % DE SUS OIGONUCLEÓTIDOS SON IDÉNTICOS.

0,1 % ESTABLECE EL POLIMORFISMO GENÉTICO




Esta variabilidad condiciona:

➤ Distinta disposición a padecer enfermedades

DIAGNOSTICO GENETICO

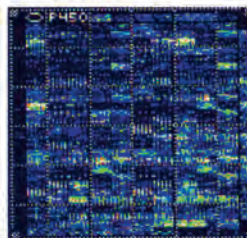
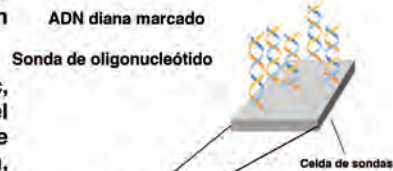
➤ Respuesta heteróloga a los medicamentos

**FARMACOGENETICA
(MEDICINA PERSONALIZADA)**



- Los microarrays de ADN son colecciones de moléculas de ADN inmovilizadas sobre un soporte sólido, empleados para el estudio de la secuencia de genes conocidos/niveles de expresión genética de un tipo celular o tejido
- Sondas de oligonucleótidos, ADNc, se inmovilizan sobre el soporte del array e hibridan con la muestra de ADN diana marcado (biotina, enzimático)

MICROARRAY DE ADN



El escáner y las herramientas informáticas nos permite interpretar y analizar los datos

Análisis de 10.000 experimentos de una sola vez

Ahora mismo, nos podríamos hacer la siguiente pregunta: ¿Porqué la necesidad de tantos experimentos simultáneos? Y como

consecuencia de ello, se nos presenta el concepto del SNP's = Single Nucleotide Polymorphisms.

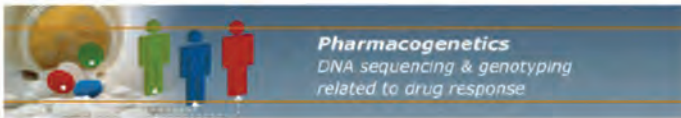
GRANDES APORTACIONES EN LA GENÉTICA.



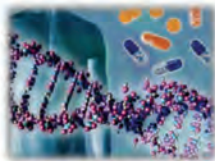
15-16 abril 2001

Homo sapiens	> 20.000-25.000 genes > 10.000.000 de SNPs > Más de 1.400 nuevos genes responsables de enfermedades
Mycoplasma genitalium	517 genes
Saccharomyces cerevisiae	6.275 genes
Arabidopsis thaliana	20.000 genes
Caenorhabditis elegans	19.099 genes
Haemophilus Influenza	1.743 genes
Drosophila melanogaster	13.601 genes

FARMACOGENÉTICA



La farmacogenética es el estudio de las variaciones en el DNA relacionadas con la respuesta a fármacos



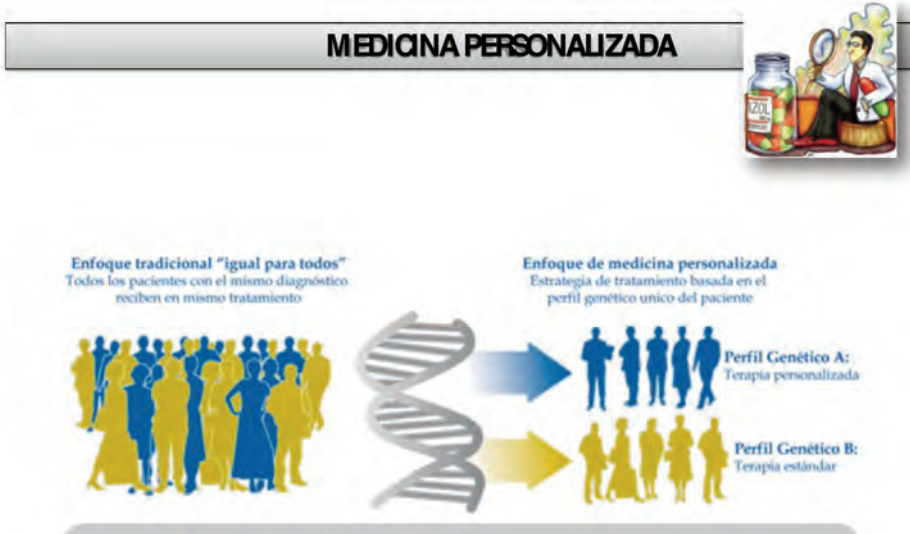
Persigue una medicina personalizada. Es decir, que a cada paciente se le dé el fármaco que sea la mejor opción individual de entre todo el arsenal terapéutico existente en ese momento.

Para ello, tendríamos que ver que si comparamos el genoma de dos individuos sanos, vemos que solo hay una diferencia entre ellos de un 0,1%.

De ese 0,1 % de variabilidad genética, el 90

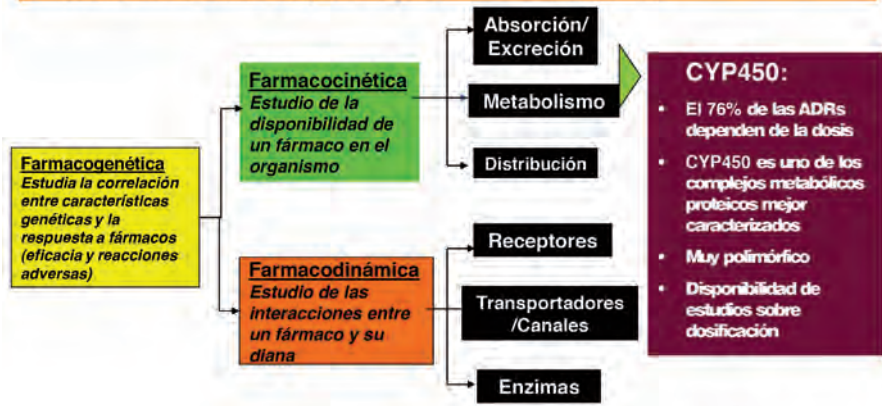
% se debe a polimorfismos de un único nucleótido (SNP´s)

El 10 % restantes, corresponde a polimorfismos de longitud, de los que los microsatélites son una modalidad importante por estar



Primer paso para conocer los ADRs...

Farmacogenómica: Compara la dotación genética de individuos afectados de una enfermedad, frente a los sanos. Así identifica secuencias genéticas diferentes, que nos orientan sobre posibles genes implicados en las patologías. Esto nos permite descubrir nuevas dianas terapéuticas para evaluar medicamentos.

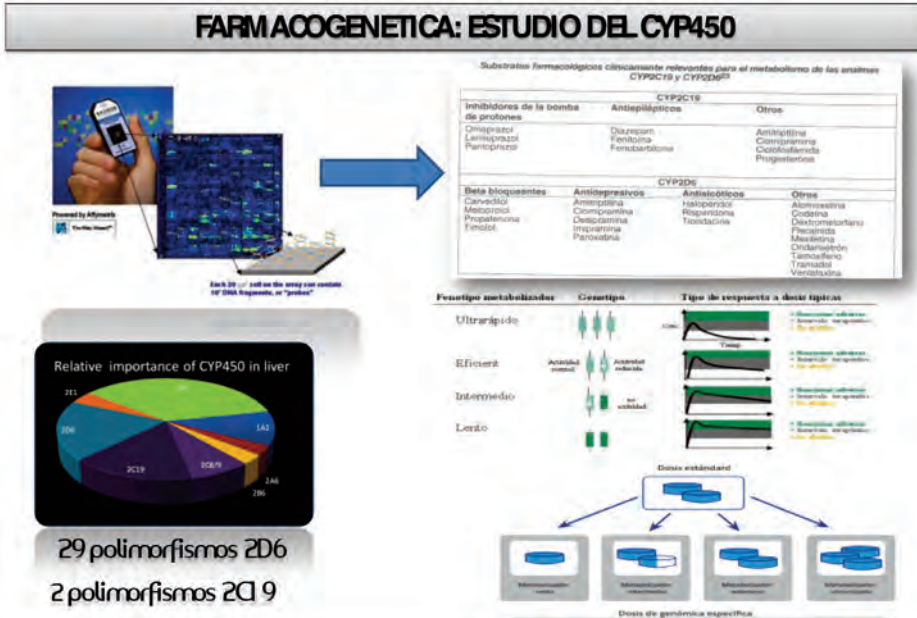


ligados a enfermedades neoplásicas como el cáncer de colon.

La base de esta Medicina Personalizada, se cimenta en el hecho de que la ingestión de un mismo medicamento, a una persona le puede producir el efecto terapéutico deseado,

mientras que en otro paciente dicho efecto puede ser inexistente, leve o incluso le puede producir una reacción adversa (ADR).

Como vemos, el primer paso para conocer las reacciones adversas a fármacos, depende de la viabilidad de los complejos metabólicos



que tenemos en el organismo, encargados de transformar los productos que nos son administrados, con la finalidad de que una vez cumplida su acción sean eliminados.

Uno de ellos es el CYP450, que como se ha visto, es muy polimórfico, aunque ya se disponen de bastantes estudios a cerca de las dosis de fármacos que habremos de aplicar en función de las características personales del

citado complejo. Actualmente, con el boom de la Genética Molecular, el Laboratorio Clínico, está siendo de gran importancia para el diagnóstico de gran número de Patologías, algunas de ellas, de forma resumida por la brevedad de mi intervención van a ser expuestas a continuación, mientras que mis compañeros van a tratar en profundidad otras más concretas.

Estudio por nuestro Laboratorio, de la Hemocromatosis hereditaria

FARMACOGENETICA: ESTUDIO DE LA HEMOGROMATOSIS HERED.

FARMACOGENETICA: ESTUDIO DE LA HEMOGROMATOSIS HERED.

Wild Type HFE Sequence							
Nucleotide	AGA	TAT	ACG	TGC	CAG	GTG	GAG
Amino Acid	Arg	Tyr	Thr	Cys	Gln	Val	Glu
	279			282			285

HFE Sequence with C282Y Mutation							
Nucleotide	AGA	TAT	ACG	TAC	CAG	GTG	GAG
Amino Acid	Arg	Tyr	Thr	Tyr	Gln	Val	Glu
	279			282			285

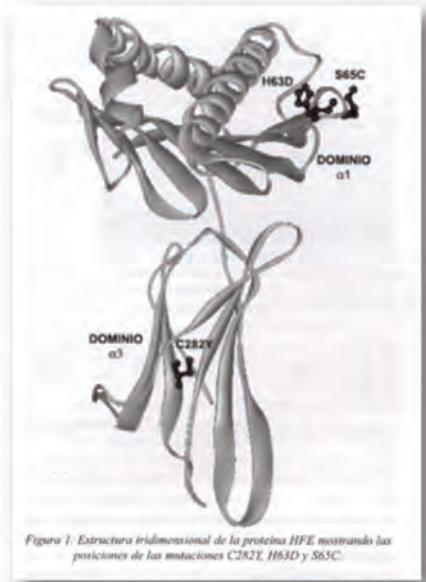
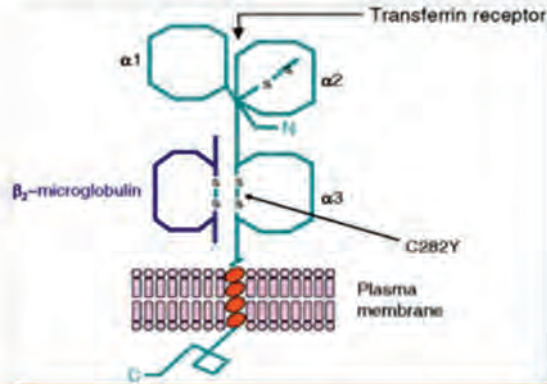


Figura 1: Estructura tridimensional de la proteína HFE mostrando las posiciones de las mutaciones C282Y, H63D y S65C.

FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA HEMOGROMATOSIS HERED.



Schema of the HFE protein - transmembrane consisting of three extracellular alpha domains. Wild-type HFE binds to transferrin receptor reducing its affinity for iron-bound (holo)transferrin and thereby modulating iron entry into the cell via receptor-mediated endocytosis. The C282Y mutation disrupts a disulphide bond which prevents β 2-microglobulin binding and subsequent cell surface expression. Disabled within the cell, mutant HFE is unable to interact with transferrin receptor and influence iron uptake.

FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA HEMOGROMATOSIS HERED.

Genotipos HFE	Fenotipo metabolizador
Homocigoto 282Y	Riesgo aumentado
Doble heterocigoto (C282Y/H63D/S65C)	Riesgo moderado
Doble heterocigoto (C282Y/H63/S65C)	Riesgo moderado
Resto de combinaciones	Sin riesgo (polimorfismos)

Hemocromatosis: Criterios de elección (C.A.P.)

- Si Fe > 190 µg/dl → Transferrina
- Si I.S.T. > 60%(V) ó > 50%(M): Estudio Molecular

Pacientes Revisados: 307 (Tiempo: 21 meses)	
Homoz.C282Y/ WT-H63D	18 (5,9 %)
WT-C282Y/Homoz. H63D	22 (7,2 %)
Heter.C282Y/Heter.H63D	17 (5,5 %)
Heter.C282Y/ WT-H63D	22 (7,2 %)
WT-C282Y/ Heter H63D	97 (31,6 %)
WT-C282Y/ WT-H63D	131 (42,6 %)

Estudio sobre la Metilén Tetrahidrofolato Reductasa (MTHFR)

FARMAOGENETICA: ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE MTHFR

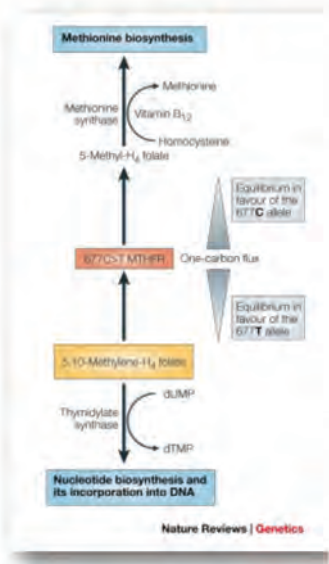


- Retraso psicomotor
- Problemas psiquiátricos
- Tromboembolismo
- I.A.M.

Diagnóstico de deficiencia de MTHFR

Sospecha clínica ? **ataxia**

Estudio bioquímico		Estudio genético
↓ Homocisteína	↓ Metionina	C677T A1298C Mutaciones MTHFR
↓ SMTHF	actividad MTHFR	



FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE MTHFR

Manifestaciones clínicas de la ↓MTHFR

neonatal

convulsiones

Ataxia

Formas graves

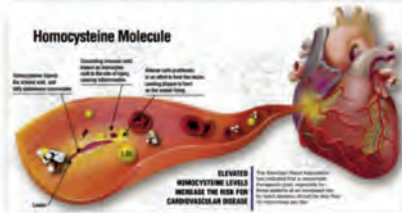
Formas tardías



	OR	IC95%
Todas las trombofilias	2,8	1,5 - 5,3
Factor V de Leyden	1,5	0,7 - 3,6
Protrombina	2,3	1,3 - 4,0
Gen de la metileno-tetrahidrofolato reductasa	1,5	0,8 - 2,8
Deficiencia de proteína S	3,2	2,4 - 4,1

Estudio de trombofilias y riesgo de muerte fetal en abortos de repetición

FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE MTHFR



Genomics & Cardiovascular Risk: MTHFR

5,10-methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) is a key enzyme in folate metabolism, facilitating the formation of methyltetrahydrofolate, a required cofactor in the remethylation of homocysteine (Hcy) to methionine. Variants of the MTHFR polymorphisms, 677CT and 1298AT, result in reduced MTHFR enzyme activity, impaired methylation, and increased risk of various disorders, including cardiovascular. Of the two SNPs, 677CT is more clinically significant.

5,10methylene-THF → 5-methyl-THF (via MTHFR) → Homocysteine → Methionine → SAM

THF → Dihydrofolate → Folic acid

Methionine → SAM → Homocysteine

Methionine → SAM → Homocysteine

Methionine → SAM → Homocysteine

hiperhomocisteinemia

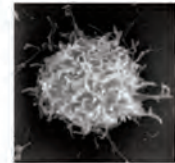
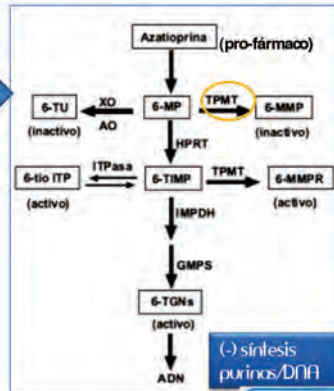
677CT -/- 1298 AC -/-	677CT -/- 1298 AC +/-	677CT -/- 1298 AC +/+	677CT +/- 1298 AC -/-	677CT +/- 1298 AC +/-	677CT +/- 1298 AC -/-	677CT +/- 1298 AC +/-
Baseline normal enzyme activity	Baseline normal enzyme activity	30-40% reduced enzyme activity	30-40% reduced enzyme activity	50-60% reduced enzyme activity	60-70% reduced enzyme activity	60-70% reduced enzyme activity

Estudio Genético de la Tiopurina Metil Transferasa (TPMT)

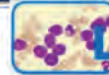
FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE TPMT



- Hepatitis autoinmune
- Artritis reumatoide
- Miastenia gravis
- Trasplante



Linfocito T



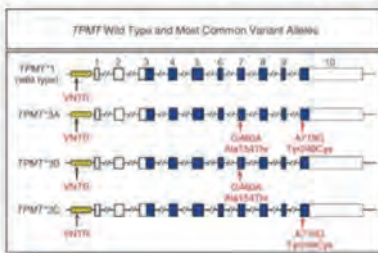
Leucemia Linfoblástica Aguda

**Mielotoxicidad:
MIELOSUPRESION**



FARMACOGENÉTICA: ESTUDIO DE LA DEFICIENCIA DE TPMT

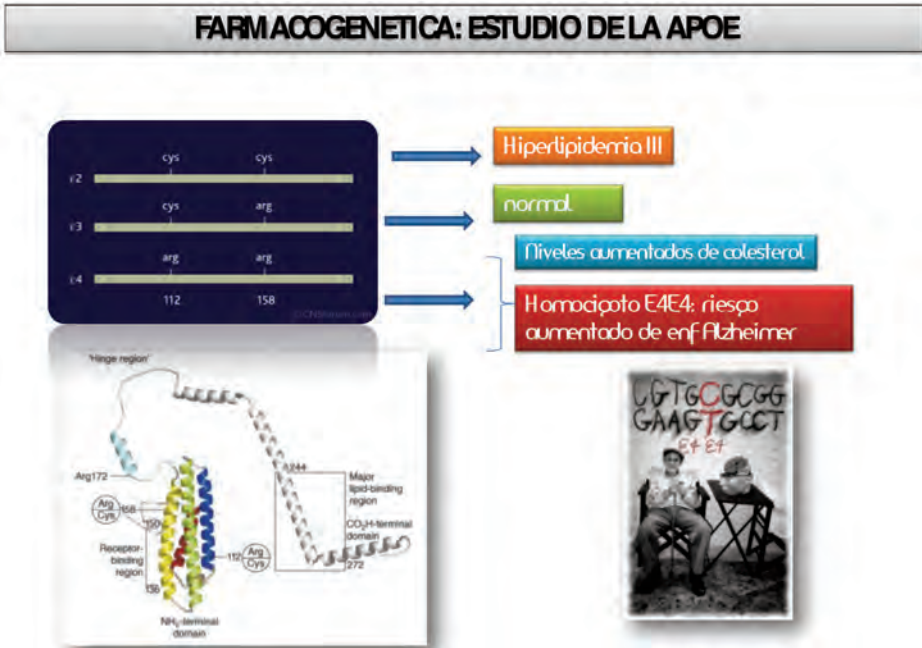
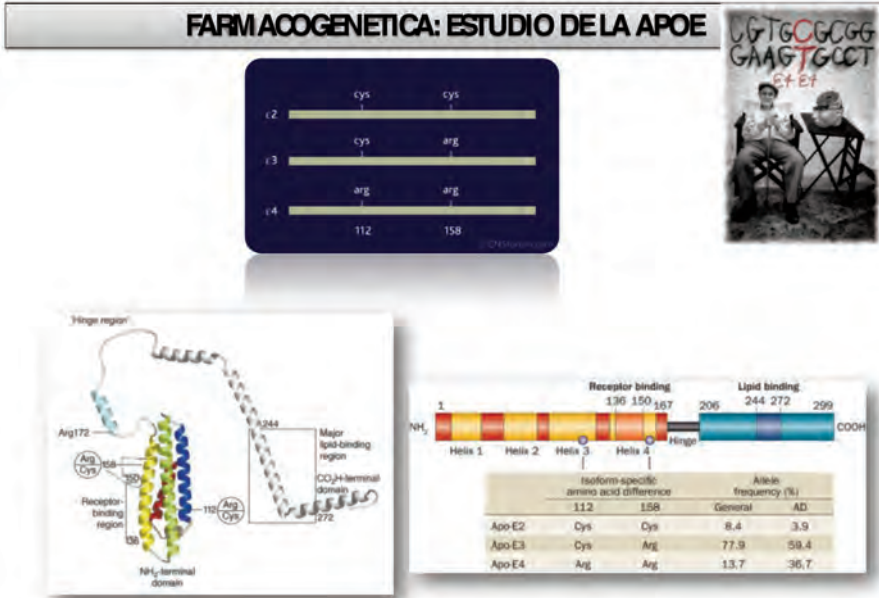
Variantes génicas en el gen TPMT



Alelo	nt 2318	nt 460	nt 719	Actividad enzimática
TPMT*1				normal
TPMT*2	X			reducida
TPMT*3A		X	X	sin actividad
TPMT*3B		X		reducida
TPMT*3C			X	reducida

Genotipo wild-type	Genotipo mutante	Otras variantes
TPMT*1/*1	TPMT*3A/*3A	Resto de posibles combinaciones
Actividad enzimática normal	Sin actividad enzimática	Actividad enzimática reducida

Estudio sobre la APO-E



'Estudio por el Laboratorio Clínico de la predisposición genética a la osteoporosis'

✿ Miriam Martínez Villanueva ✿

Servicio de Análisis Clínicos.

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Epidemiología de la osteoporosis

Más de 2,5 millones de personas en España sufren osteoporosis, enfermedad que causa alrededor de 40.000 fracturas de cadera y más de 100.000 fracturas vertebrales cada año en nuestro país. El 40% de las mujeres tienen riesgo de sufrir una fractura osteoporótica a lo largo de su vida.

La prevalencia de osteoporosis en España ha aumentado un 54% en los últimos 20 años, debido fundamentalmente al envejecimiento de la población.

La osteoporosis es llamada "Epidemia silenciosa", ya que dos de cada tres fracturas ver-

tebrales son asintomáticas

Tras una fractura de cadera, sólo el 20 % de los pacientes continúan independientes, el 29 % precisa ayuda domiciliaria y el 51 % dependerá de un centro de pacientes crónicos.

La osteoporosis supone unos costes al Sistema Nacional de Salud de más de 126 millones de euros, con unos costes indirectos cercanos a los 420 millones de euros.

Metabolismo óseo y osteoporosis:

El tejido óseo es un tejido metabólicamente muy activo, que está sujeto a un recambio

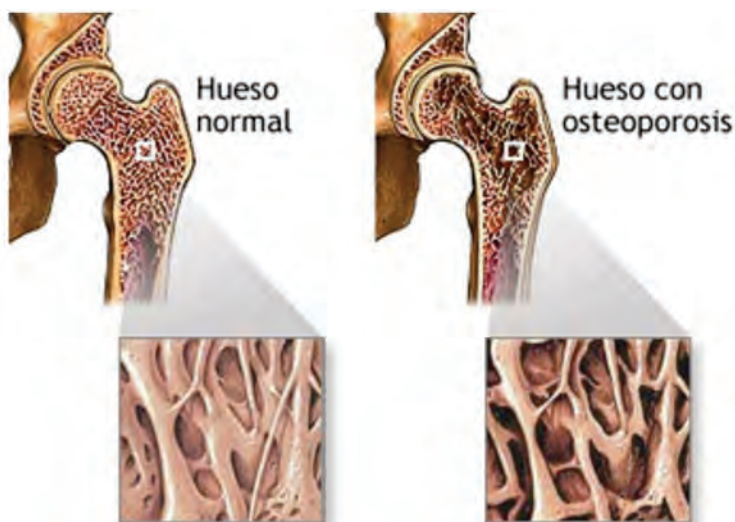


Figura 1. Representación de un hueso normal y un hueso osteoporótico.

constante, denominado remodelado óseo, de manera que se renueva anualmente el 10% del esqueleto. De esta forma se responde a las necesidades mecánicas y metabólicas del organismo y se previene el envejecimiento y deterioro del esqueleto. En este proceso es fundamental mantener un equilibrio entre las fases de formación y resorción ósea. Para ello existe una estricta regulación a través de factores mecánicos, locales y hormonales.

Osteoporosis:

La osteoporosis es una enfermedad caracterizada por disminución de la masa ósea y alteración en la microarquitectura del hueso que tiene como consecuencia una mayor susceptibilidad a las fracturas (figura 1).

La prevalencia de osteoporosis se incrementa con la edad debido a un desequilibrio entre la formación y resorción ósea durante el proceso de remodelado óseo.

En el desarrollo de osteoporosis influyen diversos factores, uno de los más importantes es la presencia de antecedentes familiares de osteoporosis y fracturas.

Diagnóstico de osteoporosis

Para el diagnóstico de la osteoporosis disponemos de varios métodos:

1. **Biopsia ósea:** Permite conocer en detalle las alteraciones estructurales del esqueleto, pero es una técnica cruenta, dolorosa para el paciente y con falta de estandarización.
2. **Técnicas de imagen, Radiología ósea:** Es una técnica muy accesible, pero con baja sensibilidad. Indispensable para el diagnóstico de fracturas óseas.
3. **Métodos densitométricos, Densitometría ósea:** Permite cuantificar el conte-

nido y densidad de las sales minerales depositadas en los huesos. La absorciometría dual de rayos x (DXA) es la técnica de elección para evaluar el estado de la masa ósea.

4. **Marcadores bioquímicos de remodelado óseo MBRO:** Permiten un análisis dinámico y global del esqueleto y tienen utilidad en la predicción del riesgo de fractura y en la monitorización de la eficacia de los tratamientos administrados de una forma más precoz que la densitometría ósea. El inconveniente que tienen es su elevada variabilidad biológica.

¿Están las fracturas en los genes?

La osteoporosis es una enfermedad compleja multifactorial, en la que interviene un fuerte componente genético modulado por factores hormonales y ambientales. Se estima que entre un 75-85% de la variación de la masa ósea está genéticamente determinada, lo que se ha demostrado en numerosos estudios familiares y en gemelos (Richards et al.; Davies, Evans, and Gregory;;Zajickova and Zofkova).

Son numerosos los genes que pueden estar implicados en la determinación de la masa ósea, incluyendo aquellos implicados en la formación y el remodelado óseo, en la señalización hormonal, como los genes que codifican el receptor de vitamina D (VDR), el receptor de estrógenos (ESR1) y el receptor de calcitonina (CTR) y aquellos implicados en la estructura ósea, como el gen que codifica el colágeno tipo 1 (Col 1A1) (Tranah et al.) (tabla 1).

Esta influencia de los factores genéticos se hace más consistente en varios estudios que muestran que la densidad mineral ósea está

reducida en las hijas de mujeres osteoporóticas. Estudios de herencia han demostrado la influencia de la genética en determinados factores estrechamente relacionados con el riesgo de fractura, como son la geometría del cuello femoral, la fortaleza muscular, los valores de los MBRO y el índice de masa corporal.

Uno de los más importantes determinantes de la pérdida de masa ósea en mujeres es la deficiencia estrogénica en la menopausia, estudios previos indican que la edad de aparición de la menopausia también está genéticamente determinada.

Gen del Colágeno tipo 1 (Col1A1-SpI) Genotipos SS, Ss, ss

Es el gen que codifica el colágeno tipo 1, proteína mayoritaria del hueso. Mutaciones en este gen producen una enfermedad ósea denominada osteogénesis imperfecta. El polimorfismo afecta a la región reguladora del gen del colágeno tipo 1, al sitio de unión del factor de transcripción, la proteína específica Sp1. Esto produce un desequilibrio en la producción de cadenas Col1A1 y Col1A2, que contribuye a un estrechamiento del hueso. El genotipo "ss" está asociado con la disminución de la densidad mineral ósea a nivel de columna lumbar y cuello femoral y con un mayor riesgo de sufrir fractura vertebral.

Gen del Receptor de Vitamina D (VDR-BsmI; VDR-FokI)

La vitamina D es una de los principales reguladores del metabolismo fosfocálcico, junto con la hormona paratiroidea. Para que la vitamina D pueda ejercer sus acciones biológicas necesita de la unión a su receptor, el receptor de vitamina D (VDR), por lo que muta-

ciones en el gen que codifica éste receptor estarán asociadas a alteraciones en el metabolismo óseo-mineral. Se han estudiado dos mutaciones en este gen:

VDR-BsmI: Genotipos BB, Bb, bb. El alelo "B" se asocia con una menor densidad mineral ósea y el genotipo "BB" con una disminución en la absorción intestinal de calcio, mientras que el genotipo "bb" se asocia a un mayor beneficio del tratamiento con alendronato.

VDR-FokI: Genotipos FF, Ff, ff. El alelo "F" se asocia con una menor densidad mineral ósea.

Gen del receptor de calcitonina (CTR-AluI) Genotipos AA, Aa, aa

La calcitonina tiene un papel directo en la resorción ósea mediada por osteoclastos, por lo que son varios los estudios que tratan de identificar polimorfismos en este gen relacionados con el desarrollo de osteoporosis.

El alelo "A" predispone a una reducción de la masa ósea, por lo que puede utilizarse como marcador de mayor riesgo de sufrir fracturas. Este gen está implicado en la respuesta a fármacos, dando información sobre una mejor o peor respuesta a la terapia hormonal con calcitonina.

Gen del Receptor de Estrógenos (ESR1P-PvuII; ESR1X-XbaI)

ESR1P-PvuII: Genotipos PP, Pp, pp.

El genotipo "pp" está asociado a una mayor resistencia al tratamiento hormonal con estrógenos y mayores niveles de HDL-colesterol tras este tipo de tratamiento, mientras que el alelo "P" se asocia a un mayor beneficio de la terapia hormonal.

GEN	SNP	Homocigoto	Homocigoto	Heterocigoto
Colágeno Tipo I	Col1A1-Spl G → T	SS	ss	Ss
Receptor Vitamina D	VDR-BsmI	BB	bb	Bb
Receptor Vitamina D	VDR-FokI T → C	FF	ff	Ff
Receptor de calcitonina	CTR-AluI C → T	AA	aa	Aa
Receptor de estrógenos	ESR-PvuII T → C	PP	pp	Pp
Receptor de estrógenos	ERSR-XbaI A → G	XX	xx	Xx

Tabla 1. SNPs (single nucleotide polymorphisms) y variantes alélicas de los genes relacionados con alteraciones del metabolismo óseo

ESR1X-XbaI: Genotipos XX, Xx, xx.

El genotipo “xx” se ha asociado a una mayor predisposición a una reducción de la masa ósea.

Conclusiones:

En resumen, los pacientes con el alelo “s” del gen que codifica el Colágeno tipo 1 (Col1A1-SPI), el alelo “B” del gen que codifica el recep-

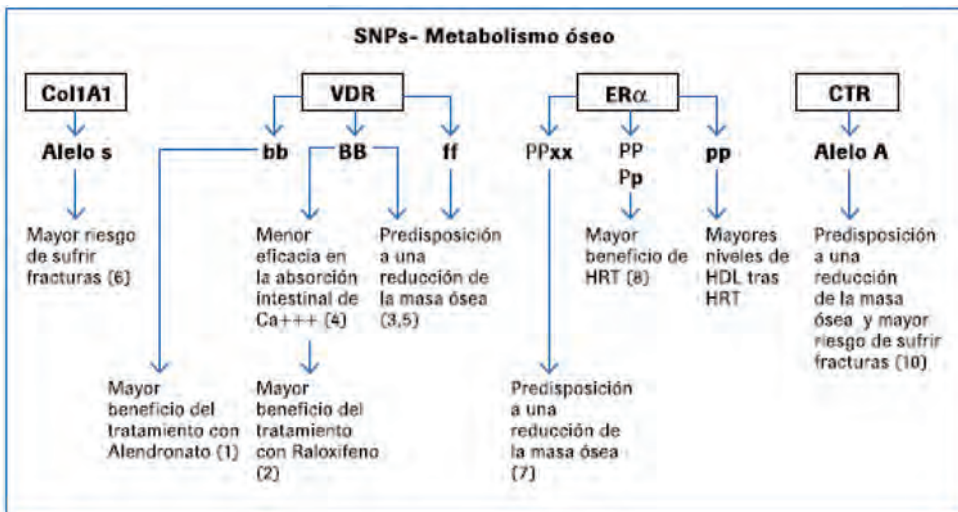


Figura 2. Variantes alélicas de los genes relacionados con alteraciones del metabolismo óseo y sus implicaciones clínicas asociadas.

tor de la vitamina D (VDR-BsmI), el alelo "f" del gen que codifica el receptor de vitamina D (VDR-FokI), el alelo "A" del gen que codifica el receptor de calcitonina (CTR-AluI), el genotipo "PP" del gen que codifica el receptor de estrógenos (ESR1P-PvuII) o el genotipo "xx" del gen que codifica el receptor de estrógenos (ESR1X-XbaI) pueden presentar una mayor predisposición a la pérdida de masa ósea y mayor riesgo de sufrir fracturas en comparación con la población general de la misma edad y sexo que no presenta ningún polimorfismo en estos genes (Liu et al.).

Dada la importancia del componente genético en el desarrollo de la patología ósea, el conocimiento de la predisposición genética de los pacientes a sufrir esta patología nos ayudaría en su diagnóstico precoz, y, junto a la medida de la densitometría ósea y la determinación de marcadores bioquímicos de remodelado óseo, permitiría una intervención terapéutica preventiva y un mayor seguimiento de los pacientes afectados, mejorando notablemente su calidad de vida y disminuyendo su morbilidad y mortalidad.

Bibliografía:

- Davies JH, Evans BA, Gregory JW (2005), *Bone mass acquisition in healthy children*, Arch.Dis.Child, 90: 373-378.
- Liu YZ, Liu YJ, Recker RR, Deng HW (2003), *Molecular studies of identification of genes for osteoporosis: the 2002 update*, J.Endocrinol., 177: 147-196.
- Richards JB, et al. (2008), *Bone mineral density, osteoporosis, and osteoporotic fractures: a genome-wide association study*, Lancet, 371: 1505-1512.
- Tranah GJ, et al. (2008), *Genetic variation in candidate osteoporosis genes, bone mineral density, and fracture risk: the study of osteoporotic fractures*, Calcif.Tissue Int., 83: 155-166.
- Zajickova K, Zofkova I (2003), *Osteoporosis: genetic analysis of multifactorial disease*, Endocr.Regul., 37: 31-44.

'El diagnóstico genético del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario en el contexto del laboratorio clínico'

✿ Amparo Sarabia Meseguer ✿

Laboratorio Clínico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

1. Introducción.

El cáncer de mama constituye actualmente la neoplasia más frecuente en mujeres en mujeres occidentales y la segunda casusa de muerte por esta enfermedad (SEOM), estando representados los casos esporádicos entre el 90 y 95% de la totalidad. Estos casos estarían relacionados directamente con la alimentación, estilo de vida, radiaciones y longevidad. Sin embargo, del 5 al 10% de los casos restantes son hereditarios, constituyendo el síndrome de mama y ovario hereditario (SCMOH), en los que los pacientes pertenecientes a estas familias tienen una probabilidad aumentada con respecto a la población general de padecer alguno o ambos tipos de estos cánceres. En estos casos, el cáncer hereditario se debe a mutaciones de genes en la línea germinal que se transmiten entre generaciones de forma autosómica dominante. Se suele heredar una copia mutada de uno de estos genes, si bien esta circunstancia no es suficiente para el desarrollo del tumor. El cáncer sólo llegará a manifestarse tras la acumulación de nuevas mutaciones somáticas. Es decir, en el SCMOH se hereda la predisposición a desarrollar cáncer de acuerdo a patrones mendelianos.

En los años 90 fueron identificados dos genes relacionados con el SCMOH. El gen BRCA1 (breast cáncer-1) está localizado en el

brazo largo cromosoma 17 y el gen BRCA2 (breast cáncer 2) en el brazo largo del cromosoma 13. Ambos genes actúan como genes supresores de tumores, evitando la proliferación incontrolada durante el ciclo celular, y fabrican proteínas encargadas de la reparación de los daños del ADN mediante el proceso de recombinación homóloga.

Los genes BRCA1 y BRCA2 se caracterizan por su alta penetrancia y prevalencia en el SCMOH, por lo que el estudio genético para detectar variantes génicas patogénicas en ellos es coste-efectivo.

2. Criterios de selección de familias pertenecientes al síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (SCMOH).

La identificación de familias con SCMOH es clínicamente relevante ya que el riesgo de sus miembros para desarrollar cáncer es muy elevado. Sin una adecuada historia familiar, este síndrome podría no ser identificado y ser considerado como tumores de carácter esporádico. La historia familiar es sin duda la herramienta más eficaz para determinar la probabilidad de que una determinada familia tenga un SCMOH, y para poder llevar a cabo el proceso de asesoramiento genético. Es por ello que varias asociaciones y guías clínicas recogen criterios de detección de este

Derivación de individuos o familias con riesgo aumentado de cáncer de mama o cáncer de mama-ovario (un criterio es suficiente):

- Dos o más casos de cáncer de mama y/u ovario en la misma línea familiar.
- Edad joven de diagnóstico de cáncer de mama (antes de los 50 años).
- Cáncer de mama y ovario en la misma paciente.
- Cáncer de mama en el varón.
- Cáncer de mama bilateral (uno de los tumores diagnosticado antes de los 50 años).

Figura 1. Criterios de la SEOM para detectar familias de alto riesgo en el SCMOH.

síndrome. En concreto la SEOM establece criterios para seleccionar a familias de alto riesgo (figura 1) y moderado riesgo del SCMOH, que son seleccionadas para la realización del estudio genético de los genes BRCA1 y BRCA2.

En el caso de detectarse una variante genética patogénica en el individuo que consulta, se debería extender el estudio a los familiares, que son los verdaderos beneficiados de este estudio.

3. Estudio genético de los genes BRCA1 y BRCA2

3.1. Metodología en el estudio de los genes BRCA1 y BRCA2

Para abordar el estudio de los genes BRCA1 y BRCA2 y debido a la gran longitud en pares de bases de estos genes, el laboratorio clínico debe utilizar metodologías que ahorren tanto tiempo como dinero en el análisis. Es por ello, que aunque la técnica de Sanger sería actualmente el gold-estándar para detec-

tar variaciones puntuales y pequeñas ganancias y/o pérdidas de nucleótidos en la secuencia de bases del ADN, se han diseñado otras técnicas para abaratar los costes, entre ellas la detección de polimorfismos de conformación de cadena sencilla (SSCP), la electroforesis en gel con gradiente desnaturizante (DGGE), la cromatografía líquida de alta resolución en condiciones desnaturizantes (dHPCL) o el análisis de curvas de fusión de alta resolución (HRM). Estas técnicas han sido en su mayoría desplazadas actualmente por

las técnicas de secuenciación masiva, debido al abaratamiento y reducción del tiempo de trabajo que conllevan en el laboratorio. Concretamente, por poner un ejemplo, en la secuenciación mediante pirosecuenciación es posible amplificar los 24 exones del gen BRCA1 y los 27 exones del gen BRCA2 de siete pacientes en el mismo experimento a un bajo coste y con una reducción de tiempo importante con respecto a la técnica de Sanger.

En el caso de no identificarse una variante genética patogénica el estudio debe ampliarse realizando técnicas que detecten grandes reordenamientos genéticos, en los que hay pérdida o ganancia de exones completos, tal como podría ser la técnica de MLPA (multiple ligation probes amplification).

3.2. Valoración de la patogenicidad de las variantes genéticas encontradas en el estudio

Tras la realización del test genético se debe valorar la patogenicidad de cada una de las variantes encontradas. Para ello, el laborato-

Clase	Definición	Test genético en familiares
5	Patogénica	Sí
4	Probablemente patogénica	Sí
3	Significado clínico desconocido	Sí (sólo a nivel de investigación)
2	Probablemente no patogénica	No
1	No patogénica	No

Tabla 1. Clasificación de una variante génica y recomendaciones de realización de estudio genético en familiares según clase de variante obtenida.

rio dispone de una serie de bases de datos acceso privado (HGMD) y público (BIC, UMD, LOVD, LOVD-IARC, NCBI, Ensembl), así como de la bibliografía actual. En base a la información recopilada se podría clasificar a esta variante como no patogénica, probablemente no patogénica, de significado clínico desconocido, probablemente patogénica o patogénica (tabla 1).

a. Variante patogénica.

Entre el 10 al 15% de todos los test genéticos detectan variantes génicas patogénicas que inactivan la función normal de las proteínas BRCA1 o BRCA2, y que predisponen a riesgo elevado de padecer cáncer de mama y/o ovario. Resultados de un metaanálisis en el que se incluyeron datos de 22 estudios de pacientes con cáncer de mama (CM) o cáncer de ovario (CO) seleccionados por su historia familiar, estimó que el riesgo acumulado a los 70 años para CM fue del 65% (95%CI=44-78%) en BRCA1 y del 45% (95%CI=31-56%) en BRCA2, y para CO del 39% (95%CI=18-54%) para BRCA1 y del 11% (95%CI=2-19%) para BRCA2.

En el caso de encontrar una variante patogénica en el paciente de estudio

estaremos ante un estudio genético informativo, por lo que los familiares directos se podrán beneficiar enormemente del estudio genético de esa variante, de tal manera que el riesgo de padecer cáncer de mama u ovario de los pacientes no portadores de la variante será similar al de la población general, mientras que los pacientes portadores de la variante podrán ser sometidos a un programa de seguimiento (mamografías periódicas, mastectomía profiláctica, ooforectomía profiláctica).

b. Variante no patogénica.

Aproximadamente el 80% de las variantes encontradas tras la realización de un test genético son no patogénicas. Este grupo incluye tanto polimorfismos (cambios de bases descritos en una proporción superior al 1% en la población general) como variantes raras que no tienen o tienen poca asociación con el SCMOH, según diversos estudios.

En el caso de que todas las variantes encontradas en un estudio genético sean no patogénicas, el estudio se clasifica como no informativo, pues no se ha encontrado ninguna variante que explique el SMCHO en la familia estudiada.

- c. Variante de significado clínico desconocido.

Estas variantes no se han podido clasificar clínicamente según las bases de datos y la bibliografía consultada, o son variantes nuevas, no descritas, de las que no se disponen datos adicionales. Este tipo de variantes representan entre un 30 a un 50% de todas las variantes, según el laboratorio consultado, aunque en laboratorios de gran experiencia, como Myriad Genetics Laboratories, representan tan solo el 10% de las variantes descritas.

En el caso de que una variante genética sea clasificada con significado clínico desconocido el estudio genético sería no informativo.

4. Otros genes de susceptibilidad al SCMOH. La epigenética.

Las variaciones patogénicas en los genes BRCA1 y BRCA2 sólo explican aproximadamente el 20% de los casos del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario (figura 2). Además, hay otros genes como TP53, PTEN, ATM, CHEK2 o PALB2 que también justifican el SCMOH, pero su prevalencia es menor, por lo que no harían tan rentable el estudio genético. En los últimos años se ha descrito un modelo poli génico implicado en la susceptibilidad a padecer SCMOH, en donde hay una acumulación de variantes génicas que de forma individual aportan poco riesgo a padecer la enfermedad, pero que de forma

conjunta producen un riesgo acumulativo.

No obstante, entre el 60 al 70% de la susceptibilidad hereditaria a cáncer de mama no está clarificada, pudiendo ser debida a genes todavía no caracterizados o bien a mecanismos epigenéticos.

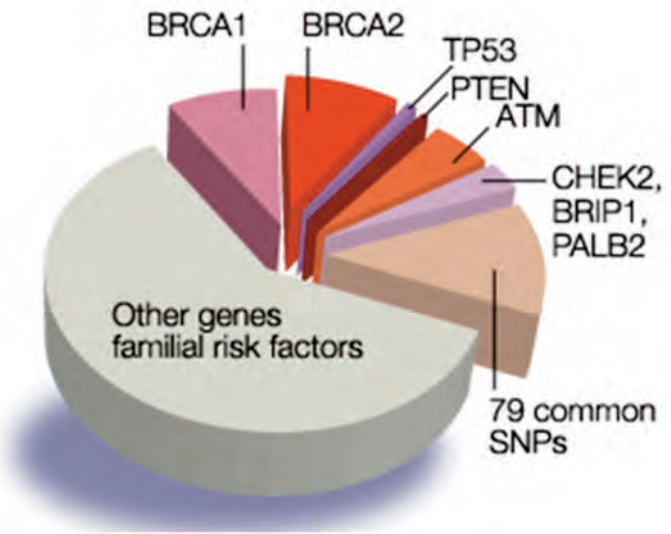


Figura 2. Contribución de los genes conocidos al riesgo de padecer el SCMOH.

Una manera sencilla de definir la epigenética podría ser la siguiente: *“la diferencia entre genética y epigenética probablemente puede compararse con la diferencia que existe entre escribir y leer un libro. Una vez que el libro ha sido escrito, el texto (los genes o la información almacenada en el ADN) será el mismo en todas las copias que se distribuyan entre los lectores. Sin embargo, cada lector podría interpretar la historia del libro de una forma ligeramente diferente, con sus diferentes emociones y proyecciones que pueden ir cambiando a medida que se desarrollan los capítulos. De una forma muy similar, la epigenética*

ca permitiría diferentes interpretaciones de un molde fijo (el libro o código genético) y resultaría en diferentes lecturas, dependiendo de las condiciones variables en las que se interprete el molde” (Thomas Jenuwein).

En este sentido, el *Proyecto Genoma Humano* (PGH) fue un proyecto de investigación científica con el objetivo fundamental de determinar la secuencia de pares de bases químicas que componen el ADN e identificar y cartografiar los aproximadamente 20.000-25.000 genes del genoma humano desde un punto de vista físico y funcional. Adicionalmente, el proyecto ENCODE (ENCyclopedia Of Dna Elements) intenta crear un catálogo de todo lo que puede encontrarse en el genoma humano: genes, elementos reguladores, nuevos elementos dentro del famoso "ADN basura", etc. En este sentido, se están realizando numerosos estudios, por parte de numerosos investigadores y centros de investigación, en donde se está profundizando en mecanismos tan diversos como la metilación de promotores en el silenciamiento de los genes, la modificación de histonas, la implicación de los microARN en el desarrollo del cáncer, la regulación genética a corta y larga distancia, etc. Todos estos estudios nos llevarán a una mejor comprensión de muchos síndromes, entre ellos el síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario.

'Diagnóstico genético en la muerte súbita'

✿ Francisco Ruiz Espejo ✿

Laboratorio Clínico del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

La muerte súbita cardiaca (MSC) es un problema de salud de primer orden, es una de las principales causas de muerte en los países desarrollados que en ocasiones afecta a individuos jóvenes y deportistas.

La MSC puede ser la primera manifestación de una miocardiopatía (MC) o una canalopatía (CN) en un individuo previamente asintomático; las MCs son un grupo heterogéneo de enfermedades musculares del corazón, es decir presencia de una anomalía estructural y/o funcional del miocardio en ausencia de enfermedad coronaria, hipertensión arterial (HTA), enfermedad valvular, enfermeda-

des congénitas etc. siendo la miocardiopatía hipertrófica (MCH) y la miocardiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (MCAVD) las más frecuentes. Por otro lado, las CNs son enfermedades eléctricas primarias. Se estima que un tercio de las autopsias son negativas, es decir son muertes súbitas inexplicables con un corazón morfológicamente normal, lo que sugiere que un número considerable de éstas podría estar asociado con canalopatías, como el síndrome de QT largo (SQTL), taquicardia ventricular catecolaminérgica (TVC) o síndrome de Brugada (SB). Ver figura 1.

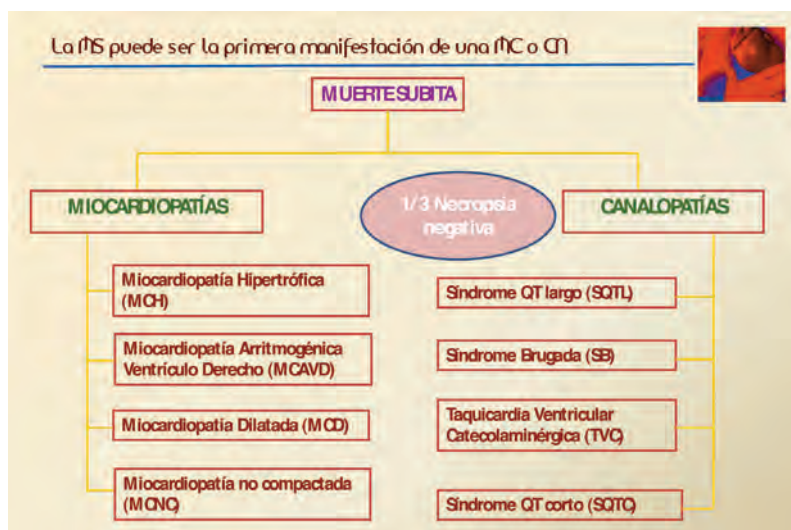


Figura 1. Principales cardiopatías y canalopatías.

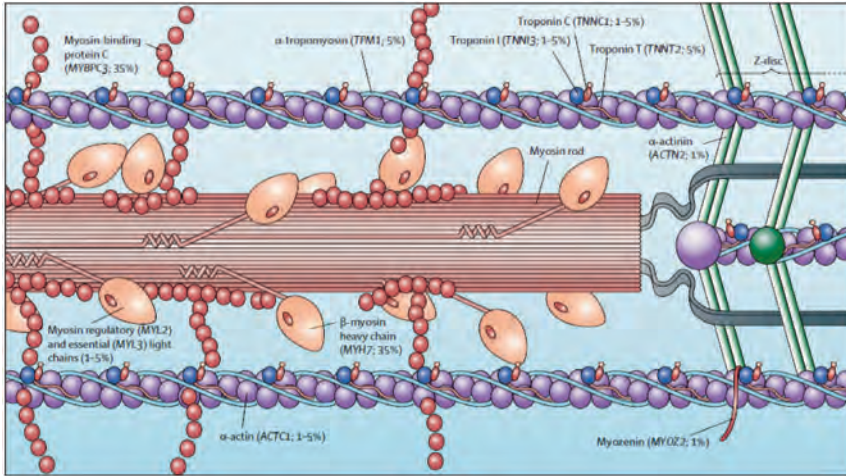


Figura 2. Ubicación de las proteínas, y sus correspondientes genes dentro del sarcómero cardíaco (prevalencia mutacional entre paréntesis). Adaptado de Maron BJ y cols. *Hypertrophic cardiomyopathy*. Lancet 2013.

Actualmente sabemos que tanto las MCs como las CNs tienen una causa genética (presencia de variantes génicas patógenas en el ADN) que se transmiten de padres a hijos con una determinada probabilidad, considerándose por tanto, enfermedades familiares. La genética molecular ha demostrado ya su utilidad tanto en el diagnóstico, pronóstico y orientación terapéutica de los pacientes con estas patologías.

Todas estas enfermedades tienen una presentación clínica muy heterogénea, penetrancia incompleta y una evolución difícil de predecir. El documento de consenso publicado (2011) conjuntamente por la Heart Rhythm Society y la European Heart Rhythm Association ha delimitado claramente los pros y los contras de las pruebas genéticas para cada uno de los trastornos hereditarios. El documento también plantea el concepto interesante de genes claves para referirse a los genes que hay que incluir en una prueba de detección ideal de cada trastorno para maxi-

mizar la posibilidad de obtener resultados clínicamente útiles y minimizar el riesgo de identificar variantes génicas de significado clínico incierto, que pueden comportar problemas importantes de interpretación de los resultados de las pruebas genéticas.

La característica principal de la MCH es la presencia de un engrosamiento anormal del ventrículo izquierdo (VI) acompañado de una pérdida de la distensibilidad de la pared ventricular en ausencia de otras causas de hipertrofia. La desorganización tanto miocítica como miofibrilar se considera la característica patológica más destacable de la MCH (prevalencia de aproximadamente 1:500 en la población general). La primera manifestación clínica de la enfermedad en algunos individuos puede ser la MSC siendo la MCH una de las principales causas de MSC en los jóvenes adultos y atletas, además de ser una causa importante de arritmia, insuficiencia cardíaca y fibrilación auricular. Es una enfermedad muy heterogénea genéticamente y

sigue un patrón de herencia autosómico dominante. Hasta la fecha, se han identificado más de 900 mutaciones causales en más de 50 genes, y debido a que la mayoría de estos genes codifican proteínas sarcoméricas, la MCH se considera una enfermedad del sarcómero. Un 70% de estas mutaciones se producen en los genes que codifican la cadena pesada de miosina cardíaca (MYH7) y la proteína C de unión a la miosina (MYBPC3), mientras que las mutaciones en los genes que codifican la Troponina T cardíaca, Troponina I cardíaca y la α -Tropomiosina, representan una pequeña proporción de pacientes (1% a 5%) de los casos de MCH; con el estudio molecular de estos 5 genes principales podemos llegar a tener un rendimiento genético en torno al 60%.

La identificación de variantes génicas patogénicas en otros genes sarcoméricos o no sarcoméricos es rara (ver Figura 2).

La MAVD es una enfermedad genética primaria del miocardio, que se caracteriza por una infiltración fibroadiposa principalmente en la pared libre del ventrículo derecho (prevalencia ~ 1:1000 - 1:5000). El fenotipo clínico se caracteriza por palpitaciones, síncope y MSC por arritmias ventriculares, y por

insuficiencia cardíaca en etapas avanzadas. La MSC es la primera manifestación en aproximadamente un cuarto de los pacientes. La MAVD contribuye de forma importante a la MSC en los jóvenes y atletas. Tiene normalmente un patrón de herencia autosómico dominante con una penetrancia incompleta y expresión variable. Los estudios indican que hasta un 50% de los casos de MS pueden ser atribuidos a la MAVD. A raíz de la identificación de la primera mutación en el gen desmosómico JUP (proteína de unión a la placoglobina), todos los estudios moleculares se centraron en los genes que codifican las proteínas de los desmosomas; complejo de proteínas responsable de las adhesiones entre células. Las mutaciones responsables en PKP2 (placofilina-2) causan la mayoría de los casos de MAVD (hasta un 47%), seguido por las mutaciones en DSC2 (desmocolina-2) y DSG2 (desmogleína-2); las cuales representan cada uno alrededor del 15% de los casos de MAVD, y, por último, las mutaciones en DSP (desmoplakina) representan alrededor del 5%. Las mutaciones en JUP y PG (placoglobina), son muy raras. El rendimiento genético de una prueba molecular que incluyera estos genes estaría en torno al 60% (ver Figura 3).

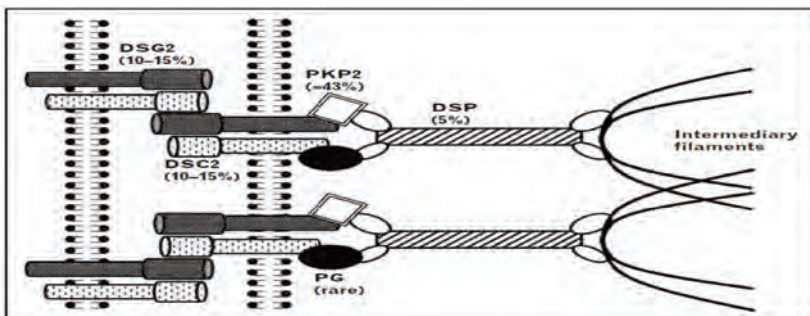


Figura 3. Esquema de la estructura desmosómica. Se muestran las proteínas constituyentes del desmosoma que han sido asociadas con MCAVD.

Genes asociados al síndrome de QT largo

Fenotipo	Variante	Gen	Proteína	Defecto funcional
Síndrome de QT largo	LQT1	KCNQ1	KvLQT1 (subunidad alfa del canal de potasio)	Pérdida de función
	LQT2	KCNH2	HERG (subunidad alfa del canal de potasio)	Pérdida de función
	LQT3	SCN5A	Nav1.5 (subunidad alfa del canal de sodio)	Ganancia de función
	LQT4	ANK2	Ankirina B, proteína de anclaje	Pérdida de función
	LQT5	KCNE1	MinK (subunidad beta del canal de potasio)	Pérdida de función
	LQT6	KCNE2	MiRP (subunidad beta del canal de potasio)	Pérdida de función
	LQT7, síndrome de Andersen	KCNJ2	Kir2.1 (subunidad alfa del canal de potasio)	Pérdida de función
	LQT8, síndrome de Timothy	CACNA1c	Cav1.2 (subunidad alfa del canal de calcio tipo L)	Ganancia de función
	LQT9	CAV3	Gen de caveolina cardiaca	Ganancia de función
	LQT10	SCN4B	Subunidad β_4 del canal de sodio	Ganancia de función
	LQT11	AKAP9	Proteína de anclaje de cinasa A	Reducción de la corriente I_{K1}
	LQT12	SNTA1	Sintrofina	Aumento de corriente de sodio
	LQT13	KCNJ5	Subunidad Kir 3.4 de canal I_{K1}	Pérdida de función

Figura 4. Diferentes variantes del SQTl.

Aproximadamente el 35% de los casos de MSC se presentan con un corazón morfológicamente normal especialmente en jóvenes, son muertes súbitas inexplicables después de una investigación postmortem, lo que sugiere que un número considerable de estas podría estar asociado con CNs hereditarias, englobadas dentro de un grupo de síndromes denominadas como enfermedades arritmogénicas hereditarias en las que están alterados distintos genes que codifican canales iónicos; éstas mutaciones alteran el equilibrio de las corrientes iónicas cardiacas, quedando reflejado en el trazado electrocardiográfico y causando arritmias en ausencia de defectos estructurales en el corazón, como por ejemplo en el SB, SQTl o TVC.

El SQTl se caracteriza por una prolongación excesiva de la repolarización ventricular y un aumento del riesgo de taquiarritmias ventriculares malignas en pacientes con un corazón morfológicamente indemne. La prevalencia estimada es de entre 1:2.500 y 1:5.000. La media de edad de inicio de los síntomas (síncope o MSC) es de 12 años y un inicio más temprano se asocia generalmente a

una evolución más grave.

En la mayoría de los casos, el SQTl se transmite como una enfermedad autosómica dominante. Los primeros tres genes del SQTl identificados por el grupo de Keating fueron el KCNQ1, KCNH2 y el SCN5A; con el estudio molecular de estos tres genes se obtiene un rendimiento genético entorno al 75%. En los últimos 15 años, se han descubierto en los pacientes con SQTl mutaciones en otros genes que codifican subunidades de diversos canales iónicos, así como mutaciones en genes que codifican proteínas reguladoras de los canales iónicos. Hasta el momento se han publicado 13 variantes diferentes del SQTl (ver Figura 4).

Por otro lado, el SB es una enfermedad arritmogénica hereditaria, caracterizada por un patrón electrocardiográfico específico, con elevación del segmento ST en las derivaciones precordiales derecha V1 a V3 y un bloqueo de rama derecha del haz, completo o incompleto, en ausencia de cardiopatía estructural. La prevalencia mundial estimada es de un 0,10%, y es posible que sea superior en áreas endémicas del sudeste asiático. La

Fenotipo	Variante	Gen	Proteína	Defecto funcional
Síndrome de Brugada	BrS1	SCN5A	Subunidad alfa del canal de sodio cardiaco (Nav1.5)	Pérdida de función
	BrS2	GPDI-L	Glicerol-6-fosfato-deshidrogenasa	Pérdida de función
	BrS3	CACNA1c	Subunidad alfa del canal de calcio tipo L (Cav1.2)	Pérdida de función
	BrS4	CACNB2	Subunidad β_2 del canal de calcio tipo L	Pérdida de función
	BrS5	SCN1B	Subunidad β_1 del canal de sodio cardiaco	Pérdida de función
	BrS6	KCNE3	Subunidad beta de corriente de salida transitoria	Ganancia de función
	BrS7	SCN3B	Subunidad β_3 del canal de sodio cardiaco	Pérdida de función
	BrS8	MOG1	Transporte nucleocitoplásmico y microtubular	Pérdida de función
	BrS9	KCNE5	Subunidad beta de corriente de salida transitoria	Ganancia de función
	BrS10	KCNJ3	Canal de potasio I_{Kr} (Kv4.3)	Ganancia de función

Figura 5. Principales genes implicados en el SB. Rendimiento genético entorno al 30%.

mayoría de los pacientes con diagnóstico clínico son varones, aunque todavía no se conoce cómo el sexo modula la manifestación de la enfermedad. La enfermedad se transmite en forma de rasgo autosómico dominante. El componente genético del síndrome se atribuye a las mutaciones de al menos 10 genes diferentes (ver Figura 5). El primer gen relacionado con el SBr se descubrió en 1998 y es el SCN5A, que codifica la subunidad alfa del canal del sodio cardiaco.

Por último, la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (TVPC) es un trastorno del manejo intracelular del calcio. La prevalencia estimada es de 1:7.000-1:10.000. Es una de las enfermedades arritmogénicas hereditarias más letales, con una evolución natural en la que hasta un 30% de los pacientes sufren una MSC antes de los 40 años si no se emplea tratamiento antiadrenérgico. La enfermedad se manifiesta por arritmias de mecanismo adrenérgico, con peligro para la vida pues causan síncope o parada cardiaca, que se inician en la edad pediátrica. El ECG de superficie es anodino; en consecuencia, el diagnóstico se basa principalmente en los síntomas y la detección de arritmias inducidas por el estrés durante una prueba de esfuerzo o un registro Holter.

Los estudios realizados para identificar la base molecular de la TVPC llevaron a identificar en los individuos afectados mutaciones en dos genes que codifican proteínas del retículo sarcoplásmico: el receptor de rianodina (RyR2) y la calsecuestrina cardiaca (CASQ2), asociadas respectivamente a una forma autosómica dominante y una forma autosómica recesiva de TVPC. Se ha demostrado que las mutaciones de los genes RyR2 y CASQ2 dan lugar a un aumento de la liberación de calcio procedente del retículo sarcoplásmico y fomentan la aparición de arritmias desencadenadas. Alrededor del 70% de los pacientes en quienes se determina el genotipo son portadores de una mutación en el gen RyR2, mientras que la prevalencia de las mutaciones del CASQ2 es baja (aproximadamente un 7%).

Conferencias

‘¿Drogas? Según y cómo’

✿ Julián Pérez Templado ✿

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

I. Prólogo

Si existe en el ser humano un deseo, una aspiración que desiderátum es la posesión de la salud. Esa tan vulgar frase, que tanto se pronuncia el 22 de Diciembre en España ante la frustración de la inconsecuente fortuna “¡pero tenemos salud!” encierra una convicción profundísima del ser humano basada, de manera axiomática e irrefutable en un conocimiento ancestral de la vida: Sin salud, no vale para nada el dinero, como no sea para recuperarla. Sin salud bien poco valdrá el amor, pues solo será un paliativo al no poderse gozar en su plenitud.

Queremos en este estudio académico centrar nuestro esfuerzo en algunos de los remedios vegetales que se utilizan y que se han empleado para mantener o recuperar la salud. Aún vamos a concretar más en un intento de dar cierta originalidad a nuestro estudio: nos vamos a dedicar sobre todo a una serie de plantas con un efecto ambivalente, aquellas que suministradas con rigor y moderación pueden tener efectos salutíferos, mientras que entregadas a las fuerzas del mal llegar a ser demoníacas y destructivas.

Vamos a referirnos a algunas de ellas, las que con más frecuencia podemos encontrar en su estado natural sin grandes cortapisas (estramonio, cornezuelo) que constituyen el

principio activo de muchas medicinas de uso cotidiano. También, para darle calor al achaque, añadiremos alguna anécdota histórica o literaria que nos ilustre sobre la planta en cuestión.

También vamos a hacer una excursión por zonas oscuras del vivir humano que siempre han suscitado la curiosidad, cuando no el morbo. Nos referimos al mundo de la brujería siempre tan atractivo tanto por su lado oculto, tan frecuentado ahora y siempre por supercheros e ingenuos, como por los descubrimientos científicos de índole terapéutica que aquellas extrañas personas, de manera intuitiva descubrieron y aplicaron.

II Historia, bibliografía y autores

Prehistoria

Desde la más remota prehistoria hemos hallado los restos de la utilización de objetos con fines curativos; arrancan con los primeros hombres que habitaron el planeta, escoplos, piedras talladas, después del empleo del hueso en infinitas aplicaciones, por último instrumentos de metal que con más facilidad han llegado a nuestros días. Entrar en este arduo mundo de la prehistoria, que se presta a toda suerte de teorías imaginativas nos llevaría por derroteros alejados de nuestro que hacer.

Los primeros textos escritos o que han podido ser traducidos vienen del Antiguo Egipto, por ahí empezamos.

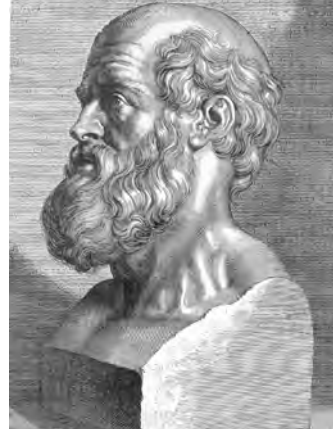
Egipto

Destacamos dos textos fundamentales entre otros. Los papiros de Ebers y Smith. Los dos datan de tiempos del Alto Imperio allá por los años 2.270 a.c. El primero se refiere a los remedios para las enfermedades que hoy nos aparecen disparatados e ineficaces.

No ocurre así con el Papiro de Smith, que trata de la cirugía y demuestra un conocimiento práctico en verdad asombroso. Es merecible su estudio sobre la dislocación de la vértebra cervical que concluye con una memorable frase “tú dirás al paciente: que tiene dislocada una vértebra del cuello y quedan sin gobierno sus brazos y ambas piernas y su orina se escapa goteando. Una dolencia contra la que no hay nada que hacer” ¿cabe imaginarse en los tiempos presentes una respuesta así a un paciente de la Seguridad Social?

Grecia

Los médicos griegos bebieron de las aguas del Nilo, es más, tenían a los egipcios por los más sabedores en estas materias. Uno de los que pasaron por aquellas arenas fue el gran Hipócrates y más tarde Teofrasto, Dioscórides y Galeno, por cierto en aquellos tiempos, siglo V a. c. la ciencia médica brilló a mas altura que la egipcia, ya reducida a prácticas rutinarias; tanto es así que el aristócrata Platón califica a los médicos egipcios de su época como tenderos, frente a los sabios filósofos que eran sus coetáneos los galenos griegos.



Hipócrates (mediados del siglo V a.c.)

Su texto “*De la Medicina Antigua*” llega a sagacísima conclusión que ha sido el tratamiento de los alimentos el que ha permitido sobrevivir a la especie humana adelantándose a las tesis darwinianas de la lucha por la vida. La superioridad del humano sobre los animales, viene a decir, es como éste ha manipulado los alimentos en lugar de consumirlos tan cual se nos presentan. Es por medio de la cocción, el asado, la molienda, mezcla de sabores fuertes con otros suaves como se consigue una alimentación superior y previosora de enfermedades. Toda una teoría de tecnología de los alimentos tan en boga hoy en día. *Nihil novo sub sole*.

Pero el texto griego que ha pasado a la posteridad es del de Dioscórides.



Dioscórides (mediados del siglo I d.c.)

Griego de Asia Menor, médico en los ejércitos imperiales en tiempos de Nerón lo que le llevó por varios países del Imperio en pos de saciar una inabarcable curiosidad.

Su gran obra “*Materia Medica*” en 6 libros que comprenden los tres reinos de la Naturaleza, animal, mineral y sobre todo vegetal del que citó al menos 600 plantas, con sus aplicaciones, efectos salutíferos, modos de administrarla, etc...

No abandona y sería estúpido exigirlo, las creencias de la medicina mágica y otras supercherías de su época. Curiosamente, el texto fue tan admirado por los cristianos del Imperio Bizantino como por los árabes que estudiaron y perfeccionaron debiéndose a ellos su difusión por la Europa Occidental. Tal era su fama que pronto se editó impresa. La primera edición del libro en imprenta tenía la categoría de incunable es decir anterior a 1.500. Sin abandonar a Dioscórides o más bien asidos de su mano haremos un breve paseo por otros insignes hombres de la ciencia. Comencemos.



Doctor Laguna de Segovia (1499-1560)

Estudiante en Salamanca, París, Alcalá donde se doctoró. Su inquietud intelectual le lleva a los Países Bajos y a Inglaterra, hacia 1545 llega a Italia donde se gradúa de Doctor en Bolonia, viaja a Venecia, Romo y por fin, en la cúspide de su fama y carrera el Papa Julio III lo nombra en 1.550 su médico personal. Muerto el Papa viaja por los Países Bajos y muere en Segovia en 1560. Fue hombre de extraordinaria influencia en su época. Inspiró a Felipe II hacer el jardín botánico de Aranjuez. Con todo su gran aportación fue la traducción directa del Dioscórides del griego al castellano, publicado en 1.555. Otra prueba de la extraordinaria difusión de este libro fue que la primera traducción del francés al castellano ya la había hecho Nebrija allá por 1.518.

Y para rematar esta introducción histórica digamos que la maravillosa obra del Dr. Font Quer “*Plantas Medicinales*” lleva como subtítulo. “*El Dioscórides Renovado*” en impecadero homenaje a nuestro sabio griego. También la autora de estas páginas quiere dedicar su devoto tributo a D. Pío Font Quer, por la inestimable ayuda que para la elabo-

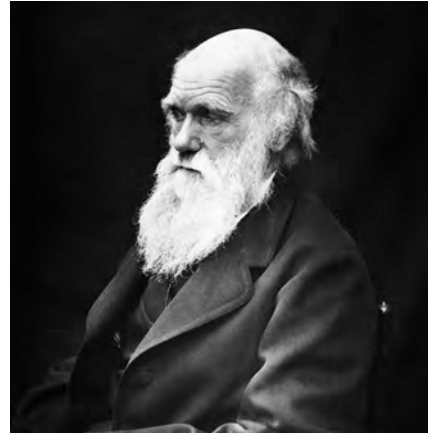
ración de este humilde estudio me ha prestado tan magnífico monumento a la Botánica.

Sigamos con los grandes autores.



Carl Von Linneo (Rashult, Suecia 1707-1778), (Linneo: tilo en sueco)

Sus dos obras principales son “*Sistema Naturae*” (1735) y sobre todo “*Filosofía Botánica*” (1751). En ellos desarrolló la nomenclatura binómica para la clasificación de animales, plantas y minerales. Obra, pues, de una envergadura universal y sobre todo de muy feliz resultado pues con los lógicos aditamentos es la que ha resultado definitiva. En lo atinente a la botánica, demostró la reproducción sexual de las plantas, dio nombre actual a las partes de la flor y creó un sistema taxonómico utilizando el estambre para determinar la clase y el pistilo para fijar el orden. También utilizó la nomenclatura binómica para nombrar plantas específicas eligiendo un nombre para el género y otro para la especie.



Charles Darwin (Sheresbury, 1809-1882)

Estudiante de medicina en Edimburgo y en Cambridge de Teología, pronto cambió su escasa vocación sacerdotal por el estudio de las ciencias naturales.

En 1.831 tomó la decisión que iba a cambiar su vida y como quien no quiere la cosa, también va a trastocar el devenir de la ciencia universal. Esta decisión fue embarcarse en el Beagle, un buque de la Royal Navy cuya misión consistía en completar el estudio topográfico de la Patagonia, Tierra de Fuego, costas de Chile y Perú, pasando por las Galápagos, que tanto juego dieron a nuestro científico, Tahití, Nueva Zelanda, Australia, Sudáfrica y de subida a las costas occidentales africanas vuelta a Inglaterra, cinco años tardaron. De su cuaderno de viaje salió el libro “*Viaje de un naturalista alrededor del mundo*”.

Con anterioridad a este viaje la Corona Española propietaria de aquellas tierras hasta unos 15 años antes, había patrocinado expediciones similares de las que daremos cuenta *infra* por su interés con el mundo de la botánica.

Volvamos a nuestro hombre, Darwin. De regreso a su patria en 1836, y dueño de

una importante fortuna se consagró a la ciencia.

La teoría dominante en los ambientes científicos de la época era una combinación entre el creacionismo, amparado por la Iglesia y el catastrofismo: sucesivas hecatombes habían configurado la faz de la tierra y la vida de los seres vivos. Según esta teoría la catástrofe que supuso el Diluvio Universal había exterminado todas las especies que no se salvaron en el Arca de Noé. Las demás solo estaban presentes bajo forma de fósiles. Tal vez no sea impertinente recordar a Borges cuando venía a decir que los mitos no son más que trasmutación de una realidad que existió. En efecto, el mito del Arca de Noé, común a tantas culturas antiguas, viene a su trasmutación a términos comprensibles de un fenómeno natural que sucedió relacionado con las glaciaciones y el periodo postglacial cuando se fraguó la Naturaleza que conocemos. Lo cierto es que en su tiempo las tesis de Darwin plasmadas en su libro *“La evolución de las especies”* fue un auténtico best-seller –se agotó el mismo día y hubo que hacer seis ediciones más y causó una conmoción que se extendió del mundo científico a toda la sociedad a través de los mares– media y los salones aristocráticos.

Extraordinario interés tuvieron los debates en Inglaterra siendo un firme defensor de las teorías darwiniana Lord Huxley, que las divulgó en la alta sociedad británica. Por cierto este caballero era tío abuelo del conocido novelista Aldous Huxley *“Un mundo feliz”*...etc.

Baste recordar el impacto que ha tenido y tiene con todo el rigor la frase *“el hombre descende del mono”*.

En España –que desde siempre exageramos

las cosas y mas en aquella época– dio lugar a la lucha política más tremebunda entre los conservadores creacionistas y los evolucionistas progresistas como no podía ser de otra manera, con personalidades a un lado y a otro como el magnifico D. Marcelino Menéndez y Pelayo, y por otra parte los Krausistas de la Institución Libre de Enseñanza. El debate social llegó a momentos de violencia física entre defensores y detractores. Este fue *“el mundo al mono o la cuestión universitaria”*, de 1875, estudiada con la profundidad habitual en él por D. Julio Caro Baroja.

Hoy día, en Estados Unidos y no tan lejos las teorías creacionistas han recuperado un inusitado vigor.

En fin, no nos dejemos llevar por las vagas y amenas divagaciones y volvamos a lo nuestro: la influencia de las teorías de Darwin sobre la Botánica.

Sus dos libros específicos en la materia son *“La fecundación de las orquídeas”* (1862) y *“Plantas insectívoras”* (1875).

El primero discurre sobre la polinización a través de insectos además de la selección de las especies por el ejemplar mejor adaptado. En el segundo descubre con minuciosidad los elementos y el proceso que lleva a estas plantas a alimentarse de insectos.

Botánicos

La lista de hombres que han dedicado su vida al estudio de las plantas: Humblodt, Bonpland, Meyer, Corbière, Ariza, Quer, Lagasca, etc...

Para terminar este capítulo y una vez más daremos muestra de nuestra gratitud al libro *“Plantas medicinales”*, *“El Dioscórides Renovado”*, del profesor D. Pío Font Quer, botánico eximio de estos últimos tiempos. Sin su con-

sulta no hubiera sido posible esta pequeña aportación al estudio de las plantas.

III. Algunas plantas medicinales según se mire

Metodología

1) Se hace preciso acotar estos temas que por su propia inmensidad harían estéril un estudio académico de estas características. Se han llegado a catalogar como medicinales la friolera de 70.000 plantas.

Nuestro estudio se va a ceñir a unas pocas con algunas características que despierten el interés del lector; que sean conocidas bien por su frecuencia en nuestros campos, huertas y jardines; bien por llamar la atención a causa de su relevancia en algunas subculturas –brujería; o también por el frecuente empleo mas perverso que salvífico, aún sin olvidar éste.

Daremos a cada planta la denominación, clasificación y algunas de sus características, siempre con la idea de que tales datos están al alcance de cualquier interesado- textos, internet- por lo que no tienen mayor interés que identificar el objeto.

2) Precisamente debido a la extraordinaria facilidad que hoy día tenemos para acceder al conocimiento de las cosas, la dificultad que se nos presenta es hacer algo original, que denote un esfuerzo intelectual no limitado al tan común “cortar y pegar” que tanto se lleva en estos tiempos. Por esta razón hemos de desechar lo fácil, lo que está en wikipedia o en los usuales libros de texto y hemos procurado una profundización en el tema farmacológico que ahora nos ocupa. En busca de una mayor profundidad estudiaremos los usos de la planta tanto los salutíferos como los perversos.

3) Por último como una aportación más original añadiremos a cada planta unas anécdotas históricas o literarias, como elemento cultural de nuestro esfuerzo.

Dichos populares

No debemos perder de vista los dichos populares, que son el anverso y el reverso de una misma realidad, “poco veneno no mata a nadie” y “todo lo que ayuda, daña”. Estas dos proposiciones vienen a abrirnos un haz de luz sobre nuestros pensamientos: en materia de plantas medicinales y no cabe los dogmatismos, y lo que puede tener una aplicación salutífera contiene en su propia esencia el germen de la maldad.

La planta es la misma bien o mal utilizada la bondad o maldad estará en el uso que el hombre haga de ella.

También hemos de convenir que la utilización o consumo de las plantas o sus alcaloides dependen mucho de la cultura y de la época.

Tiempos modernos

El tiempo es un factor importantísimo tener en cuenta en nuestro estudio. Bien mirado en estos últimos cien años ha cambiado por la medicina como no lo había hecho en toda la historia de la Humanidad.

Debido a varios factores la asepsia y el descubrimiento de los antibióticos, el uso de la electrónica, et... Téngase en cuenta que en España, sin ir más lejos hasta bien entrado el siglo XIX en la Universidad seguía estudiándose la medicina medieval.

De ahí deriva, precisamente el auge de las Sociedades de Amigos del país y la fundación de Academias de Medicina (la de Murcia, en 1812) para enseñar la nueva medicina que

tenía negado el acceso a la Universidad, una de las más negras reacción “*lejos de nosotros la muestra manía de pensar*” Claustro de la Universidad de Cervera carta al rey Fernando IV en 1814. Por ello, algunas de las plantas que estudiamos han perdido su razón de ser en la farmacia o en la medicina. Pondremos a continuación algunos ejemplos que ilustran estas ideas que acabamos de exponer.

Algunos ejemplos:



El alcohol

Alcaloide por excelencia, es odioso en el mundo árabe sin embargo es la droga legal de Occidente. Pero hay más. Hemos hecho referencia al valor que se daba a los aguardientes en la Armada y en general en los ejércitos hasta que se expandió el uso de otro tipo de anestésicos. En verdad el único producto que tenían los cirujanos para sajar heridas, cortar miembros, reducir fracturas, desinfectar heridas, etc... aliviando el dolor.



La hoja de coca

Otro ejemplo: la hoja de coca. Su consumo en todas las inmensidades andinas es artículo de primerísima necesidad, como para nosotros era el pan o para Baviera ¡la cerveza!. Los habitantes de aquella zona, los cholitos, no podrían sobrevivir por el mal de altura y el pésimo régimen alimenticio sino fuera por la hoja de coca que actúa de dinamizador y reduce el apetito. Recordemos el hipócrita escándalo que se organizó no ha muchos años cuando a nuestra Reina le dieron en la Paz de Bolivia una infusión de hoja de coca para combatir el mal de altura. Pero hay más usos de la hoja de coca, por seguir con alguno divertido diremos que el famoso rapé de nuestros antepasados del siglo XVIII no solo contenía tabaco picado sino también de lo otro; hasta tal punto de derivar ahí la frase –hoy día reducida a término erótico– de “echar unos polvos”, de rape claro. También el Papa Pío Nono se pronunció sobre las excelencias de la coca. Por supuesto, la coca cola –sino de qué el nombre–. Llevaba (hoy parece que no) un componente químico e nuestra planta.

La reflexión que hacemos sobre la relatividad de las cosas según épocas, culturas y costumbres cae por su propio peso ¿Qué tie-

nen estos usos lúdicos y medicinales con los excesos que hoy día se cometen con su alcaloide, la cocaína? ¿Cómo hemos podido dar lugar a que su comercialización constituya uno de los negocios sucios más rentables del mundo? La respuesta está en el viento, diría Bod Dylan.



Heroína

Sigamos con ejemplos, ¿por qué se llama “heroína”, así con este nombre tan bello y glorioso a la reina negra, una de las más terribles maldiciones que ha caído sobre nuestra comunidad?

Es sabido que la heroína aparece en el mercado farmacéutico de la mano de los Laboratorios Bayer, que la patenta en 1895; su principio activo es la Diacetilmorfina y se utilizó los primeros años como antitusígeno, lo que tenía especial interés en aquella época cuando la tuberculosis y otras enfermedades pulmonares eran tan frecuentes. Su aplicación, en verdad maravillosa fue durante la I Guerra Mundial. Las potencias imperiales- Turquía- cierran el canal de Suez suprimiendo el suministro de opio que recibía Inglaterra y sus aliados de las colonias asiáticas. Es entonces cuando se hace un uso

masivo de esta droga, en el frente y en los hospitales de campaña con magníficos resultados inmediatos como anestésico; después vinieron los graves problemas de adicción. Ya decíamos el principio: tolo lo que ayuda, daña.



Hachis

Otro tanto cabría decir del hachis, droga frecuente y con aceptación social en algunos países árabes, ilegal en nuestra civilización y cuyos terapéuticos se están estudiando con vistas a una posible legalización bajo control sanitario.

Hemos citado dos adagios populares “*lo que ayuda, daña*” y “*poco veneno no mata*”, vamos a verlo en las plantas.

IV Estramonio

Datos:

Nombre científico: *Datura stramonium solanaceae*.

Nombre vulgar: estramonio, trompeta del diablo, berenjena del diablo, manzana espinosa, higuera del infierno.

Principio activo: Hiosciamina y a veces en forma de atropina y escopolamina.

Descripción: Planta herbácea, anual, vigo-

rosa (0,8 a 1'2 metros), hojas alternas, cor-
tantes, pecioladas, oval-lanceoladas. Agudas,
cortadas en lóbulos desiguales y puntiagudos.
Flores solitarias, grandes, con cáliz dentado
y fruto en cápsula ovoide recubierto de espi-
nas, olor nauseabundo y sabor desagradable
y amargo.

Origen: Al Parecer procede de Méjico,
muy extendido por todo el mundo. Abunda
en el bosque mediterráneo, lugares húme-
dos como orillas de los ríos, ramblas o umbrías.
Vino a España en el siglo XVI 815779, al
parecer con otras muchas semillas y plantas
que ordenó traer el Rey Felipe II para formar
en Aranjuez el primer Jardín Botánico del
mundo con ejemplares traídos de todos sus
inmensos dominios.

Efectos negativos: La ingesta, bien por
comer semillas o por inhalación produce
sequedad de boca, midriasis, alucinaciones,
taquicardia, excitación seguida de depresión.
Puede ser mortal.

En las Facultades de Farmacia se enseña-
ba *“unas gotas de estramonio producen alegría,
una doble dosis excitaciones y visiones terribles,
una dosis triple la locura y una dosis cuádrup-
le la muerte”*. La dosis máxima puede ser 500
mg al día repartido en 5 tomas. No es reco-
mendable. En cualquier caso: cantidades
homeopáticas.

En estos últimos meses se han dado casos
de envenenamiento por estramonio mezcla-
do con alcohol y otras sustancias tóxicas.

Como efectos positivos: antiespasmódica,
antiparkinsoniana. En forma de cigarrillo
para los asmáticos. Prácticamente en desuso.

Apendice histórico:

El jardín Botánico de Aranjuez de la Isla, fue
una fundación de Felipe II por indicación

del físico Andrés Laguna. Los arquitectos o
diseñadores del Palacio y Jardín fueron Juan
Bautista de Toledo, Juan de Herrera, Gaspar
de Vega y Jerónimo Algora.

Se construyó sobre el antiguo casón del
Comendador de la Orden de Santiago. Feli-
pe II fue un monarca prudente o indeciso,
según unos y otros, pero no puede decirse lo
mismo de su vena arquitectónica o cons-
tructiva. Su obra magna es el Escorial, pero
no cabe olvidar Valsaín, el Pardo y la obra que
ahora nos ocupa, Aranjuez.

El jardín de la Isla, así conocido en la épo-
ca, tiene reminiscencias flamencas y alema-
nas, incluso inglesas, países que había visitado
el Rey en su juventud. También pudo tener
algún recuerdo árabe jardines de Sevilla, Gra-
nada y Valencia— que se manifestaba en la
mezcla y disposición de las distintas clases de
rosales. El Rey envió a los naturalistas Fran-
cisco del Castillo a Andalucía y Luís de León
a Castilla para traer a Aranjuez cuantas plan-
tas hubieran.

Pero la gran aportación filipina a la botá-
nica deriva de la Expedición Real a Nueva
España-México—, en la que formó parte des-
tacada el médico Real Francisco Hernández
(1517-1577). Este médico anduvo por el
recién creado Virreinato siete años (1570-
1577) y además de animales y minerales lle-
gó a describir ¡más de 3.000 plantas! Con
dibujos a color. Además trajo a España una
ingente cantidad que se intentaron aclimatar
en el Real Sitio de Aranjuez. Nada tendría de
extraño que entre esas plantas que tanta mara-
villa causaban en toda Europa fueran algunas
semillas de estramonio, las primeras que via-
jaron del Nuevo al Viejo Mundo.

La muerte del rey dio paso a un cierto
abandono de estos proyectos, y así llegamos

un siglo y pico después a otro Felipe, el V de Borbón, pero esta ya es otra historia

V. Cornezuelo del centeno



Datos:

Nombre científico: *Claviceps purpurea*.

Nombres vulgares: Fuego sagrado, fuego de San Antón.

Principio activo: Ácido lisérgico, ácido ergotímico, y esfacélico. Muy tóxico.

Origen:

Se conoce desde toda la historia de la humanidad, en las civilizaciones en cuya dieta entra la harina de centeno. Se sabe que los chinos – 3.000 a.C. – la utilizaban en la obstetricia para cortar la hemorragia. En el 6.000 a. C aparece descrito en una tablilla asiria. También se cita en textos egipcios y griegos. No tanto en Roma, donde lo que frecuente era el trigo.

En el Norte y centro de Europa, durante la Edad Media, tiempos de grandes carestias, se generalizó el consumo del pan de centeno, al punto de ser el alimento básico de las clases más necesitadas.

El cornezuelo es una especie de parásito

vegetal del centeno, al ser éste consumido en forma de pan daba lugar a la enfermedad conocida como ergotismo, que producía una gangrena en las extremidades. El simple cambio alimenticio de pan de centeno por pan de trigo producía, sino estaba muy avanzada la enfermedad, el milagroso efecto de sanar al paciente. Hablaremos de ello más adelante, al citar a San Antonio Abad y sus monjes.

Hoy es frecuente encontrarlo en Galicia, norte de Portugal y sur de Rusia, pero en cualquier campo de centeno puede observarse.



LSD

El ácido lisérgico es un derivado sintético del cornezuelo del centeno: Dietilamida del AL, LSD25, droga semisintética de efectos alucinógenos, fue sintetizado por primera vez por Albert Hoffmann en 1938. Los efectos psicológicos del LSD son variados y dependen como es obvio de la pureza, cantidad, estado mental de la persona, etc... A destacar los efectos en el estado de ánimo, que varían de la euforia y la sensación de omnipotencia a la tristeza y la ansiedad. También en el comportamiento interpersonal se tiende a la confianza. Estos efectos descritos pueden ayudar al psicoanalista a investigar

zonas oscuras del subconsciente del sujeto. Como consecuencias sensoriales o perceptivas produce una distorsión de la realidad, alucinaciones y sinestesias. Como efectos cognitivos disrupción y paso acelerado de ideas.

El LSD no deja secuelas ni es adictivo. En verdad los trastornos e inconvenientes derivan de cuando se está “de viaje”, por la pérdida de la sensación de peligro que puede conducir a cualquier disparate.

Legalmente, se considera “droga dura” (artículo 369 del Código Penal).

Efectos positivos del cornezuelo:

Muy pocos y en desuso pues se consiguen por medio de fármacos sintéticos. La ergotamina es vasoconstrictor arteriolar tiene uso para el tratamiento de la tensión arterial y crisis de migraña.

La bromocriptina puede utilizarse para combatir el parkinson: es bloqueante de la prolactina, impidiendo el flujo de leche materna. También se utilizó por sus propiedades uterotónicas para reducir hemorragias en el parto.

En cuento al LSD, ya hemos dicho que en los años 50 se usó por algunos psicoanalistas como método desinhibidor y para terapias de grupo. También se utilizó como analéptico.

Fue droga preferida en los ambientes culturales de nuestras ciudades, como medio de abrir campos a la experimentación. Los Beatles (John Lennon) compusieron Lucy in Sky with Diamonds (LSD) muy conocida y cuyo argumento consiste en un viaje psicodélico.

El esqueleto prehomínido hallado en Etiopía en 1974, con 3,18 millones de años de antigüedad se llamó Lucy por esta canción.

Apendice histórico

Ahora nos detendremos en la figura de San Antonio Abad, fundador de las órdenes monásticas. San Antonio nació en Hereclea, Alto Egipto y vivió según es fama (biógrafo San Anastasio) desde 251 al 356, 105 años. Fue el fundador de la tradición monacal cristiana retirándose al campo para llevar una vida de meditación y contacto con Dios a través de la Naturaleza.

La fundación de monasterios se extendió por toda la Cristiandad y huelga decir la extraordinaria importancia que tuvieron como conservadores y productores de arte, medicina, agricultura, literatura, botánica, arquitectura, en fin como depositarios y creadores de todo el saber de la época.

Entre otras actividades que se hacían en los monasterios antonianos estaba la de atender a los enfermos infecto-contagiosos, expulsados de la sociedad como transmisores de la enfermedad. Lepra, cólera, sarna, enfermedades venéreas y también el ergotismo cuyos efectos hemos visto ya. Dice un texto de la época: “atormentados por los dolores atroces, los apestados lloraban en templos y plazas públicas buscando consuelo a la dolorosa enfermedad que les corroía pies y manos”. La manera que tenían aquellos buenos frailes de curar este terrible mal era bien sencillo: cambiarles la dieta del pan de centeno, tóxico, por un magnífico pan candeal de trigo. Los que no estaban muy afectados sanaban. La dieta básica en el Norte de Europa era el pan de centeno mientras que más al sur era el trigo.

Como órdenes benefactoras de la humanidad doliente acudían donde más falta pudieran hacer, de ahí su asentamiento en el Camino de Santiago. Fue famoso el Convento Hospital de San Antón en Castrojeriz, por su

buen trigo que sanaba a los míseros peregrinos que eran bendecidos con unos báculos en forma de letra griega tau, símbolo de la orden. También se establecieron en Vallafranca de Montesdeoca (Asturias), arca (Galicia) y otros lugares del Camino creando hospitales para atender a los peregrinos.

1) San Antón, Patrón de los animales.

Diremos algo más de este Santo tan simpático y benefactor: su festividad se celebra el 17 de Enero y es el patrón de los animales por su vida rural. A la Iglesia de San Antón de Murcia, frente al parque de la Seda acuden ese día muchas personas con su animalito doméstico, perros, gatos monos, pájaros, haciendo cola para recibir la bendición del Santo. Es un espectáculo digno de ver. También se ha ocupado de el nuestro refranero: “hasta



San Antón Pascual Son”, porque hay que acabar todas las vituallas y confites que se han acumulado para la Navidad, “la lumbre de San Antón, que saca a los viejos del rincón”. En algunos pueblos, Cieza (Murcia), por ejemplo, era costumbre esa noche hacer lumbre en los cruces de las calles, donde se quemaban muebles y cacharros viejos y desechados. Tratándose de este Santo, tan propicio a sanar las enfermedades esta costumbre entronca con la necesidad de sanear los objetos que han estado en contacto con el enfermo.

Tal vez por la simpatía que despertaba este

Santo en la sociedad, ha sido un constante y reiterado referente pictórico. De las tentaciones de San Antonio se han ocupado pintores de todas las épocas desde el siglo X, pinturas al fresco italianas, los grabados de M. Schongaver (S. XV), Tríptico del Bosco, Zurbarán, hasta que llegara Paul Cezanne y a Salvador Dalí (1946). Las tentaciones de San Antonio se presentan en forma de poder, sexo, dinero que le acometen en el desierto.



Mandrágora

Datos:

Nombre: *Mandrágora officinarum*, deriva del griego “nociva para el ganado”, solanácea.

Nombre vulgar: Berenjenilla, uva de moro, manzana de Satán, planta de Circe.

Principio activo: Biosciamina, escopolamina, atropina y mandragorita.

Descripción:

La mandrágora es una hierba de tallo corto que aparece a modo de acelga desparrajada, hojas verde oscuro. Las flores nacen en medio del rosetón. El cáliz está dividido en

cinco gajos. Lo más curioso de esta planta el rizoma, que puede adquirir formas antropomorfas. Todas las leyendas acerca de esta planta derivan de este hecho.

Origen:

Cuenca mediterránea, terrenos bajos húmedos o inundados durante el otoño, en la Península Ibérica, baja Andalucía, Alentejo, Algarbe, cuenca inferior del Tajo.

Otra variedad, la mandrágora macho (*m. autumnales*) se encuentra en la cuenca oriental del mediterráneo.

Efectos:

Efectos estimulantes e hipnóticos. Unido como ya hemos dicho al aspecto antropomorfo de su raíz que con frecuencia la parte inferior se bifurca, dando la sensación de dos muslos y algunas subraíces brotan del cuerpo a modo de brazos y pene. Todo ello ha dado lugar a mil leyendas relacionadas con la brujería y cultos satánicos.

En la antigüedad, se tomaba para combatir diferentes trastornos. Tiene un efecto anestésico al contener atropina común a la belladona, actuando sobre las terminaciones nerviosas. También por su efecto soporífero facilita el sueño. Facilita el vómito al contraer los nervios estomacales. Efectos laxantes (la purga era un remedio típico de otros tiempos). Alivia los dolores reumáticos.

Se le han supuesto propiedades afrodisiacas y potenciadoras de la fertilidad, lo que constituye un antiguo mito; el Génesis, capítulo 30, cita la mandrágora como el producto adquirido por Raquel, esposa de Jacob para conseguir la fertilidad. También el papiro de Ebers (Egipto 1.500 a. C) la cita como estimulante sexual.

La ingesta de estas drogas se hacía en épocas pasadas de tres maneras: por ungüentos, por inhalación y por pócimas o filtros.

Apendice histórico

El verdadero interés que ha despertado desde siempre esta planta ha sido su vinculación con el mundo de las brujas. Julio Caro Baroja nos dejó un libro definitivo "*Las Brujas y su mundo*", gran parte de nuestras reflexiones y datos que exponemos se deben a su lectura.

Como veremos, aparece en *La Odisea*.

Los médicos griegos y los druidas galos utilizaron esta planta con una finalidad casi siempre relacionada con la atracción sexual y la fertilidad.

También Shakespeare la cita en sus obras; el sueño de Romeo que desencadena la tragedia es provocado por la ingesta de mandrágora; también es parte del condimento que preparan las brujas de *Macbeth*.

Brujería

Excepcional importancia tuvo la brujería en todo el Medievo y la edad Moderna por la encarnizada reacción que se produjo por parte de las autoridades civiles y religiosas.

Los mitos sobre la mandrágora se extienden hasta la manera de extraerla: Plinio nos dice que había que hacerlo a sotavento después de hacer tres círculos en torno a ella con una espala y arrancarla mirando a occidente. No menos curiosa era la forma de extraerla en la Edad Media: se cavaba alrededor de la raíz, se ataba el tubérculo con una cuerda a un perro; se llamaba a este a distancia, que al tirar la arrancaba y caía muerto.

Era también creencia que el tubérculo gritaba al ser arrancado.

Otra creencia nos dice que la mandrágora crecía debajo de los ahorcados, pues es sabido que la presión de la soga en el cuello produce una erección y expulsión de semen, que en contacto con la tierra la hacía fructificar.

Muy curiosa, curiosísima diríamos es el trasfondo de la típica bruja montada en su escoba. Vamos a contarlo: los efectos alucinógenos de la mandrágora, combinado con la belladona o el beleño, sangre de sapos y culebras y mil porquerías más, según los casos y circunstancias, eran aprovechados por las brujas y sus secuaces para hacer hechicería. Lo cierto es que el palo de una escoba, o cualquier otro palo con un sentido fálico, era pringado con la pócima y se lo introducían por la vagina con movimientos espamódicos-sexuales. Es sabido que la vagina como tal mucosa es una de las más eficaces vías de penetración. Esta práctica además de un placer erótico más o menos dudoso sin la menor duda les producía una excitación y una sensación etérea, como si volaran y pudieran trasladarse de un lugar a otro.



También resulta curioso relatar, si quiera brevemente, los aquelarres o reuniones de las brujas y sus acólitos con el Diablo. Este traía formas de macho cabrío, como animal demoniaco y yacía con ellas. Resulta que el macho cabrío era algún chamán o brujo disfrazado con la piel y la cabeza del animal que se aprovechaba de la superchería y del estado de embriaguez de las acólitas producido por las pócimas para su satisfacción sexual.



En general, nos cuenta Caro Baroja, la brujería era cosa de gente ignorante y desesperada por encontrar un sentido a la vida. También dice este autor que la Inquisición Española se ocupó de este fenómeno brujeril para reprimirlo, pero más para que la gente no se desmandase que por una verdadera convicción del peligro y horror que en otros pueblos –Norte de Europa– se les atribuía. No, la Inquisición Española iba más al control político-religioso: judaizantes y luteranos sobre todo y algún musulmán oculto que encontrasen. Véase de este autor su obra *“El señor inquisidor y otras vidas de oficio”* y también en otro orden de cosas, la novela *“El Hereje”* de Miguel Delibes.

Europa-Salem

Esta cierta, solo relativa, atemperación de la Inquisición Española acerca de la Brujería no tuvo nada que ver con la brutal reacción que contra este fenómeno se produjo en el res-

to de Europa donde se calcula que fueron exterminadas unas 60.000 personas por estos motivos, la inmensa mayoría mujeres.

Este temor y terror pasó a América donde fueron ahorcados sin pruebas 13 mujeres y 7 hombres en la ciudad de Salem (Massachusetts 1692-1693), acusadas de brujería, por el feroz puritanismo fanático –dicho sea para que cada palo aguante su vela– de sus ciudadanos y de los propios jueces. La tragedia fue llevada al teatro por el dramaturgo Arthur Miller en 1953, precisamente relacionándolo con otra caza de brujas, esta vez “*brujas comunistas*” que había desatado en USA el Senador Mac Carthy.



Otras plantas

Ya que estamos a vueltas con la brujería y la mandrágora y, no podemos dejar fuera a dos primas hermanas de ésta. El Beleño y la Belladona.

Con estas dos plantas cerramos el ciclo relacionado con la brujería y las plantas medicinales.

Estas dos plantas junto con la mandrágora fueron las más utilizadas en la hechicería que hemos visto ut supra y con unas aplicaciones en ese mundo mágico muy similares, ya que también lo son sus principios activos y por ende sus efectos.



Beleño:

Hioscicamus niger y *albus* negro y blanco, conocido por Dioscórides y utilizados por los hechiceros, sin embargo su introducción en terapéutica no se realizó hasta principios del siglo XIX. Hoy día se utiliza muy poco, antes para dolores del aparato digestivo, asma y laxantes. La intoxicación es difícil por su asqueroso olor y sabor.

Principio activo: escopoletol, hiosciamina y escopolamina.



Belladona:

Atropa belladonna. Así llamada porque las damas venecianas la utilizaban para dilatar-se la pupila. Utilizada desde siempre por la

hechicería, su empleo terapéutico data del siglo XIX. Habita en climas mediterráneos y templados de Eurasia y Norte de África. Puede cultivarse aunque hoy día se prefieren productos sintéticos.

Toxicidad altísima, siendo frecuente donde se cultivan sobre todo en niños por la bonita forma y color de sus bayas.

Sus principios activos son la hiosciamina, atropina y escopolamina. El polvo o tintura de belladona se ha empleado, cada vez menos, para el tratamiento de la tos, hiperacidez gástrica, estreñimiento. Se utiliza como anestésico.

Apéndice literario



Circe

Hemos hablado mucho de brujas y hechicerías, ahora lo vamos a concretar en un personaje de *La Odisea*; Circe la hechicera. Canto X, versos 285 y ss, Circe es una semidiosa, hija del dios Helios y de Perseis. Habita en la isla Eea, en la actualidad Monte Circea al sur de Roma.

A esta isla arriba Ulises con sus diezmos

hombres después de haber pasado la terrible aventura de Polifemo.

Siempre astuto, divide en dos a la marinera, la mitad al mando de Euríloco que desembarca permaneciendo él con los demás en el barco. Euriloco y sus hombres se adentran en la isla y en un claro del bosque descubren una hermosa casa de piedra pulimentada. En torno a ella había lobos y leones que acudieron a dejarse acariciar como amistosos perros y que en verdad eran hombres a los que la hechicera había transfigurado en animales. Oyen una voz que canta, es Circe, bellísima, que está tejiendo un telar. A sus voces, Circe les invita a entrar y sus doncellas les preparan un banquete. Eurícolo, prudente, se queda fuera. El banquete consiste en “un brebaje compuesto de queso, harina, miel fresca y vino de Pramnio a todo lo cual había añadido drogas encantadas destinadas a hacerles olvidar su patria”. Euríloco observa aterrado como una vez que sus hombres han bebido la pócima, Circe les toca con una varita transformándolos en cerdos y los encierra en pocilgas; no obstante su aspecto animal conservan la conciencia humana por lo que lloran desconsoladamente. Euríloco corre en busca de Ulises y le cuenta lo ocurrido. Ulises decide partir solo a rescatar a sus compañeros; cuando va caminando se le aparece el Dios Mercurio quien le advierte del peligro y además le da el antídoto. Dice textualmente *La Odisea* “arrancando una planta cuya naturaleza me enseñó. Tenía negra la raíz y su flor era blanca como la leche; llamándola moly los Dioses y es muy difícil de arrancar para un mortal”. Un inciso: ¿No será una descripción de la mandrágora?

Los doctores Pastor y Cuesta en un interesante estudio sobre “Las Plantas Homéri-

cas, “*Mandrágora y Moly*” afirman que el filtro de la Diosa pudo ser mandrágora, que quedó englobada dentro del nombre más genérico de las plantas circeas, utilizadas por las hechicerías, así la cita Dioscórides.

Seguimos el cuento. Ulises entra en el palacio y como Hermes le había indicado Circe le invita a beber. También le toca con la varita para transformarlo en cerdo. Entonces Ulises protegido por el contraveneno desenvaina la espada y se lanza contra ella, quien asustada le pide perdón y le ofrece el lecho para hacer el amor. Ulises se niega hasta que no vuelvan a su ser y estado a sus compañeros y le prometa no intentar trampas. Así lo hace y se van a la cama juntos. A continuación Ulises va al barco y se trae a los demás –Euriloco siempre receloso– celebran grandes banquetes y se entregan a una estancia placentera que dura todo un año en el que Circe y Ulises se hacen amantes. Al cabo de este tiempo los compañeros urgen a Ulises para volver a la añorada patria.



Viaje al Hades

Circe y Ulises han gozado los placeres del amor. Cuando éste le plantea la necesidad de partir, ella, disuelta en lágrimas, le avisa que

antes ha de hacer un extraño viaje: Descender al reino de los muertos del Dios Plutón o Hades y consultar al porvenir con el ciego Tiresias, adivino.

“Un inciso: este mismo Tiresias, vivo, aparece en *La Iliada* y es el que avisa al soberbio Agamenón que a haber arrebatado a Aquiles la esclava Criseida traerá grandes males a los aqueos. A que le responde Mantis Kakón “*agorero de males*” y no le hace caso, lo que provoca la famosa cólera de Aquiles y su negativa a combatir”.

El relato sigue, bellissimo con el descenso al Hades donde se entrevista con las almas de sus compañeros de la guerra de Troya y otros personajes míticos.

El eterno retorno

El descenso al infierno es un tema recurrente, un eterno retorno en la memoria de la humanidad: Orfeo baja en busca de Euridice, véase en la versión moderna del mito la película “Orfeo Negro” de Marcel Camus. En la literatura romana Eneas descende al Averno para ver a su padre. El cristianismo tampoco es ajeno a la leyenda: Jesucristo baja al infierno en los tres días que median entre la noche del jueves y el domingo de pascua. En la Edad Media, Dante descende al infierno de círculos helados de la mano de Virgilio. Tampoco se alejó mucho del mito D. Quijote cuando visitó la Cueva de Montesinos: según Borges las mejores páginas de la literatura universal. Para terminar también se aproxima al mito Joseph Conrad en su novela “En el corazón de las Tinieblas” que inspiró la impresionante película *Apocalipsis Now*, vienen a ser la versión contemporánea del mito.



Eugène Delacroix. Dante y Virgilio en el infierno (La barca de Dante), 1822.

También sigue vivo en nuestros días el mito de Circe: lo recrea magistralmente Julio Cortázar en uno de sus cuentos: en que el personaje de Delia Mañara, la que daba a sus novios pastelillos de chocolate con cucaracha incluida. Mas reciente vuelve a Circe Manuel vicent con su novela llevada al cine –son de Mar–.

Termina el relato.-

No podemos terminar la bellissima historia de Circe sin contar el final: vuelve Ulises a la isla y la Diosa le informa de dos rutas marítimas para volver a Itaca, ha de pasar por un estrecho entre Escila y Caribdis.

Escila es un monstruo de tres cabezas y doce garras con las que pesa todo lo que pasa por su espacio. Este monstruo está inmóvil, metido en la roca de la que sobresale medio cuerpo.



Escila.



Caribdis

El otro escollo que hay que salvar es el de Caribdis, esta Diosa actúa como una especie de sifón, sorbiendo el agua y expulsándola tres veces al día de manera que chupa a los barcos. Más tarde llegará a la Isla de Trinacria donde pastan los bueyes del sol, sólo tocar uno de ellos acarrearía la muerte de todos sus compañeros.

Resulta curioso constatar la fidelidad geográfica de *La Odissea*. La Isla Eea es ahora un promontorio llamado Monte Circeo que pertenece al Parque Nacional del mismo nombre. Se encuentra al sur de Roma entre las localidades de Latina y Terrachina. Desde ahí Ulises ha de viajar al Mediterráneo oriental –Grecia- donde está Itaca. Circe le ofrece dos rutas que solo deberá elegir después de pasar las Sirenas. Resulta difícil la localización geográfica de las sirenas, para unos cerca de Capri, golfo de Nápoles –Estrabón- para otros el cabo Pelore, punta más oriental de Sicilia. Cualquiera de los supuestos sirve para nuestra singladura, pues seguimos viaje hacia el Oriente.

El siguiente paso es elegir entre las Rocas Enáticas (o rocas que vagan entrechocando entre sí y destrozando los barcos.). Sólo los argonautas las habían pasado. Estas rocas se ubican cerca del Estrecho de Mesina. La

alternativa que ofrece la Diosa Circe es pasar entre Escila y Caribdis, derrota que escoge Ulises.

La expresión entre Escila y Caribdis quiere decir escoger entre dos males. Ulises escoge por consejo de Circe pasar por Escila perdiendo seis hombres a cruzar por Caribdis que los hubiera liquidado a todos. La localización geográfica las sitúa en el Estrecho de Mesina, seguimos la ruta al Este.

A continuación llegamos a la isla Trinacria, la Isla del Sol, sin duda Sicilia, donde mueren sus compañeros. Aún tendrá que llegar nuestro héroe a Gibraltar (Ogigia) antes de volver solo y destrozado a Itaca.

Aún da más jugo la amorosa amistad de Circe y Ulises, ya que la deja encinta y par dos hijos, uno de ellos, Telégomo va mas tarde a visitar a su padre y lo mata sin saber quién era, pero esa historia la cuenta Hesiodo siglos más tarde de la Odisea; Nosotros preferimos quedarnos en ésta, cuando después de mil asechanzas Ulises ¡por fin! Llega a Itaca, mata a los pretendientes y se reconoce con Penélope y yace con ella en el lecho, donde le cuenta sus aventuras. La diosa Atenea hace que la noche se alargue. Lo que vino después veinte años esperando, no está en los escritos.



Ulises y los pretendientes.



Nuez Vómica.



Haba San Ignacio.

Nuez vomica y haba de San Ignacio

Tratamos estas dos plantas conjuntamente por que el alcaloide, estricnina, es el mismo, se obtiene a un más en el haba y menos en la nuez.

Nuez Vómica: *Strychnos nux vomica loganiácea*.

Haba de San Ignacio: *Strychnos Ignatii*

Ambas proceden del lejano oriente.

La estricnina se presenta para su uso en forma de sulfato, con un aspecto y textura muy parecido a la sal o al azúcar.

También es un potentísimo veneno que afecta al sistema nervioso central, en especial a la médula, produciendo primero una hiperextensión en todo el cuerpo, rigidez extrema y muerte. En dosis pequeñas tiene efectos sobre la agudeza visual y auditiva. Hasta hace poco se incorporaba a preparados tónicos y reconstituyentes, por su estimulación del sistema nervioso central aumenta el apetito. También combatía el estreñimiento.

Se ha empleado desde siempre para el exterminio de las ratas y toda suerte de bichos domésticos.

También en el medio rural como método de control o extinción de alimañas. Hoy día su empleo para estos menesteres está sancionado como delito contra el Medio ambiente, por producir cadena trópica lo que la

transforma en un agente incontrolado.

Si se emplea en un espacio cerrado, por ejemplo una granja donde existen varios animales –pollos, palomas, cerdos, corderos, vacas, etc.– lo más normal es que mueran todos. En el campo produce un efecto parecido hasta que el sol y la lluvia diluyen sus efectos.

Apéndice histórico

Allá por los años 40, en un Cortijo de Pozocañada –Albacete- se celebraba una fiesta. Los dueños habían invitado a sus vecinos hasta juntarse una numerosa concurrencia incluidos niños y ancianos, en pleno jolgorio la dueña de la casa preparó una apetitosa tarta, con tan mala fortuna que confundió el bote que contenía la estricnina con el azúcar.

El resultado fue de siete muertos.

Suceso tan espantoso que aún se sigue recordando con pelos y señales en esa comarca indicándote el cortijo donde ocurrió y los familiares actuales de los muertos.



Cicuta

Nombre científico: *Conium maculatum*.

Nombre vulgar: Acebuda, coneja, zanahoria de monte.

Puede alcanzar 1,5 a 2,5 metros de altura. Tallo hueco y estriado, hojas verdinegras, triangulares. Fruto ovalado, de 3mm, pardo-verdoso, surcado por repliegues. Huele a orina.

Se cría en terrenos nitrófilos de Europa y América. Bordes de los caminos y de los ríos.

Principio activo: Coninina, 2% en frutos y 0,5 en hojas.

Es un veneno muy activo, al producir una reurotoxina que ataca al sistema nervioso central. Al cabo de una hora de la ingesta se producen trastornos digestivos, cefalea, bajada de temperatura, parálisis ascendente, exitum.

Puede darse la intoxicación accidental por su parecido al apio, nabo o perejil. Como efectos medicinales diremos que ha sido útil para tratar dolores fuertes como los producidos por el cáncer, neuralgias. Hoy día se puede emplear en farmacia a modo de fórmula magistral. No es recomendable al haber medicamentos muchos más seguros.

Uso extremo como cataplasma para aliviar el dolor.



Apéndice histórico: Sócrates

El más célebre bebedor de cicuta de la historia de la humanidad es sin duda Sócrates. Sócrates, 470 a. C.

Pensamiento de Sócrates: Abandona la naturaleza y se centra en el hombre aún más, en el hombre ciudadano (zoon politikon) frente al relativismo de los sofistas Sócrates intenta llegar al hombre de bien, al buen ciudadano.

No tiene empeño en crear escuela, tampoco escribe. Habla en el ágora y se rodea de jóvenes inquietos e inteligentes. Sus teorías necesariamente, como las de toda persona que piensa por su cuenta, chocan con las creencias sociales y los poderes establecidos. Eso le lleva a un juicio popular de los ciudadanos reunidos en el ágora y es condenado.

En atención a sus cualidades y su condición de ciudadano, se le permite darse muerte a sí mismo. Elige la cicuta. Rodeado de sus amigas y discípulos bebe la copa mientras sigue hablándoles sobre el fin del hombre en la sociedad. Las leyes hay que cumplirlas como una necesidad social, solo después cabe criticarlas. Sin llegar a pronunciarse sobre la ardua cuestión del teísmo, no creía en los abigarrados dioses del Olimpo de los griegos y hasta se burlaba de ellos. Dijo frases como “*los jóvenes de hoy son como tiranos, contradicen a sus padres, devoran su comida y faltan al respeto a sus maestros*”, lo que no demuestra gran originalidad. Su vida y muerte la conocemos por sus discípulos Jenofonte y Platón, también Aristóteles que no llegó a conocerlo nos legó algunos de sus pensamientos.



Pasiflora

Nombre científico: *Pasiflora incarnata*.

Nombre vulgar: Flor de la Pasión, maracuyá, pasionaria.

Planta trepadora, con flores solitarias de gran tamaño, belleza y agradable olor.

Originaria de Méjico y traída por los primeros exploradores, como dijimos para el estramonio. Se ha extendido por su belleza por todos nuestros jardines de climas cálidos y templados. Se llama flor de la pasión por la creencia de que representaba en la naturaleza la pasión de Cristo, sus pistilos parecen los clavos de la crucifixión.

Principio activo: Pequeñas cantidades de ginocardina. Alcaloides derivados del harmano.

Propiedades: Tradicionalmente se ha utilizado como sedante y espasmolítico, para casos de neurastenia, insomnio, ansiedad, trastornos climatéricos. Su presentación más frecuente es como pasiflorina. No se le conocen reacciones adversas, si bien está contraindicado combinarlas con otros calmantes o sedantes pues puede potenciar sus efectos, tampoco es recomendable para niños pues contiene alcaloides que pueden resultar perjudiciales, ni para los lactantes.



Apéndice histórico.- Expediciones españolas en El siglo XVIII

Hemos hablado de algunas expediciones con finalidades exploradoras sufragadas por la Corona Española, a parte claro está, de las

gestas militares o marítimas desde Colón. Vamos a referirnos ahora a expediciones patrocinadas por la Monarquía Española en el siglo XVIII con una clara vocación científica, que es lo que a este estudio interesa.

Empezaremos diciendo que el famoso viaje del Beagle no hubiera sido tan fructífero si nuestros marinos españoles no les hubieran abonado el campo, queremos decir el mar. Solo unos quince años antes había desaparecido la Corona Española de aquellos territorios que habían poseído durante tres siglos.

Haremos breve mención de las personas que dirigieron algunos de estos viajes y sus objetivos.



Cosme Damián Churrucá y Elorza
(Motrico, 1761-1805. Trafalgar)

Tal vez el más grande marino español de su época, militar, ingeniero, geógrafo. Gran renovador, en lo que pudo, de la Armada Española. Realizó un viaje para buscar nuevas rutas por el Estrecho de Magallanes. Otra expedición al Caribe para realizar su famosa obra "Atlas del Golfo de Méjico". Interviene en numerosas batallas navales de la época. Muere en Trafalgar al frente del S. Juan Nepomuceno. Tal era su valía y el respeto que ins-

piraba a los ingleses que veneraban los restos de su barco en Gibraltar y el Almirantazgo Inglés expresó su sorpresa y pesar por la muerte de tan insigne marino.



Celestino Mutis y Bosio (Cádiz, 1732-1808)

Comandó la Real Expedición Botánica al Nuevo Reino de Granada (Venezuela, Colombia, Ecuador y Panamá) el año 1783. Se prolongó durante 30 años. Descubrió y describió más de 20.000 plantas y sobre todo se hicieron unos magníficos dibujos de estas especies que aún se utilizan hoy día.



Jorge Juan y Santacilia
(Alicante, 1713-1773)

De joven participó en la expedición que iba dirigida a medir el meridiano en la ciudad de

Quito. Estuvo 9 años en América estudiando el sistema virreinal por encargo de la Corona. Sus conclusiones fueron demoledoras y se publicaron mucho más tarde de su muerte, cuando la Independencia como un panfleto político contra el gobierno de España en América.

Fundó el Real Observatorio Astronómico de Madrid. Fue Jefe de Escuadra de la Real Armada.

Son interesantes sus observaciones sobre el aguardiente de caña que prefería sobre cualquier otro –el de vino– para la dotación de la Armada. Su importancia era extraordinaria como anestésico, desinfectante para el mareo o para enardecer a la marinería.



Alejandro Malaspina (Italia, 1754-1809)

Es conocido por encabezar la Real Expedición para estudiar aspectos políticos de las colonias de España y Asia, dando la vuelta al mundo de 1791 a 1795. Era un proyecto muy ambicioso, pues se trataba de tener un conocimiento exacto de los dominios Españoles en el mundo, con mapas, cartas náuticas, botánicas. De hecho las plantas que trajo se aclimataron en el Jardín Botánico de Madrid.

Sus andanzas políticas lo enemistaron con Godoy, quien lo mandó procesar. Esta fue la causa de que se perdiera gran parte de la expedición.



Quina

Nombre científico: *Cinchona pubescens*.

Nombre vulgar: Chinchona.

Principios activos: combina diversos alcaloides, destacamos cuatro: quinina, quinidina, cinconina y conconidina. También principios astringentes, taninos.

Origen: Perú, donde es símbolo en su escudo nacional. Ya era conocida por las poblaciones indígenas que la utilizaban para combatir las fiebres.

Fueron los Jesuitas quienes la exportaron a Europa.

A la llamada “chinchona” porque en el siglo XVIII salvo de unas fiebres a la Condesa de Chinchón a la sazón virreina del Perú. Ya en el siglo XIX los holandeses la transportaron a Java, los Ingleses a la India, y los norteamericanos en toda Sudamérica y Puerto Rico.

Descripción. Se extrae de la corteza del árbol de la quina. El árbol puede ser de gran porte, más de 20 metros, de hoja perenne amarilla y blanca.

Efectos: Para combatir la disentería, fiebre amarilla, la malaria y el paludismo y otras fie-

bres, se utiliza también como reconstituyente, y antiarrítmico cardíaco.

Se utiliza para bebidas tónicas, el antiguo vino quinado y hoy día el agua tónica.

Apéndice histórico

Hacia 1636, Ana de Osorio, Condesa de Chinchón, era esposa del Virrey del Perú D. Gregorio Fernández de Cabrera.

La condesa padecía unas fiebres tercianas que la tenían a la muerte.

Fue entonces cuando el médico de la Corte Virreinal, Don Juan de la Vega, conoció por los indios de la provincia de Loja las virtudes de esta planta y se le ocurrió suministrarla a la Virreina, que sanó de inmediato. De ahí que la planta tomase el nombre de Chinchona.

Pasó a España y el resto de Europa por mano de los Jesuitas, siendo el Procurador de la Orden, el Cardenal de Lugo, quien la lleva a Roma.

Tuvo gran éxito la curación de unas fiebres que tenía el Rey Luis XIV, al suministrarle el extracto de quina por orden del Cardenal Mazarino.

Se siguió aplicando en medicina hasta la II Guerra Mundial y tuvo especial importancia en la construcción del canal de Panamá, para combatir las fiebres palúdicas que diezaban a los obreros.



Canela

Nombre científico: *Corteza de cinnamomum*.

Real Farmacopea Española: la corteza desecada, privada del súber externo y del parénquima subyacente, de los brotes desarrollados sobre los vástagos cortados de *cinnamomum zeylanicum* nees. Contiene no menos de doce ml. De aceite esencial. También existe la canela de China.

Composición química de la canela de Ceylan: aceite esencial compuesto de aldehído transcinámico, engenol y otros compuestos fenilpropánicos.

Composición química de la canela de China: mayor cantidad de aldehído y menos de engenol.

Origen: Ceylan y China. Se han extendido por todo el lejano Oriente, gran producción en Sri Lanka. Se conoce desde toda la historia, 3.000 a. C. proviene de China por la Ruta de las Especies. La de Ceylan fue más tardía.

El aspecto se presenta en forma acanalada, de la manera que todos conocemos en nuestra cocina como canela en rama.

Propiedades: desde siempre se ha utilizado como tratamiento para trastornos digestivos. Es un potente antibacteriano. En la



farmacopea española se presenta en tres variedades: vigortonic, que es un tónico. Depurativo Richelet, desintoxicante y Agua del Carmen como antiespasmódico.

Su utilización en alimentación, perfumería y licorería es conocidísima.

Apéndice histórico. la Ruta de las Especias por tierra

Costumbre de especiar alimentos, no solo para dar sabor, sino también para disimular su mal estado ha existido siempre. Precisamente Dioscórides habla de las especias y también los textos romanos. El banquete en “El Satiricón” de Ovidio nos hablan de ellas. Pero más nos interesa su evolución desde la Edad Media.

Desde el siglo XI, a consecuencia de las cruzadas y del intenso comercio con el Imperio Bizantino los europeos sienten una extraordinaria afición por las especias, refiriéndonos

a las exóticas, es decir, aquella que venían de lejanos países. En aquellos tiempos habían dos rutas principales: Desde las puertas del oeste de la India, atravesando la Península Arábiga llegaba por Jordania –Petra- al Mediterráneo. La otra ruta se establecía a través del Golfo Pérsico, Damasco, la actual Turquía a Constantinopla, desde allí los mercaderes italianos la distribuían por todo el Mediterráneo. La ruta anterior, la de la Seda por Mongolia a Samarcanda y de ahí a Constantinopla se abandonó en la Baja Edad Media, por la inseguridad de los caminos y por cambio climático que trajo a la zona la sequía y la ausencia de pastos.

La Ruta de las Especias por mar:

La caída de Constantinopla significó el colapso de las rutas orientales. Se hizo preciso intentar llegar a las Indias por Occidente.

A ello se aplicaron los portugueses, que ya

Discurso de presentación

de la conferencia del Dr. D. Jaime Novoa Jurado

✿ José Antonio Nuño de la Rosa Pozuelo ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

No me importa admitir, una vez más, la admiración que siento por la Especialidad de Medicina Interna y, por extensión, por la Medicina Familiar y Comunitaria. Los médicos de MFyC, formados por el sistema MIR, ofrecen garantía de buen hacer, credibilidad y prestigio profesional en la Atención Primaria.

Ocupa hoy nuestra tribuna el Dr. Abel Novoa Jurado, especialista en MFyC, quien a diferencia de otros colegas de su Especialidad que le han precedido en nuestro foro destaca, sobre todo, por ser un experto en Bioética y por ser un defensor a ultranza de la Sanidad Pública. La Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia me encargó su presentación, sospecho que no sólo por mi simpatía hacia éstos Especialistas si no, también, por las múltiples actividades en el campo de la Bioética de nuestro conferenciante, disciplina que trato de coordinar en los actos que se desarrollen en nuestra Real Academia de Medicina. El curriculum del Dr. Novoa se puede resumir así:

Formación: El Dr. Novoa es Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Alcalá de Henares (1985-1991). Especialista en MFyC en los Hospitales de Parla y Getafe (1992-1995). Realiza el Master de Bioética en la UCM (1997-1998). Defiende su Tesis Doctoral en la UMU “Creencias epistemoló-

gicas de los médicos de un área de salud” (2007). Realiza el Curso de Bioética 4x4 (formación de formadores en ética clínica) dirigido por el Profesor Diego Gracia (Murcia, 2007).

Experiencia docente: Entre 2007 y 2011 es Colaborador o Ponente en varios Cursos y Master en Bioética: Colegio de Médicos de Murcia, Master de Derecho y Bioética de la UMU, Universidad de La Laguna, Universidad Rey Juan Carlos de Madrid, Fundación de Ciencias de la Salud y Fundación Paideia de La Coruña, etc.

Otras experiencias en bioética: Vocal de varios Comités de Bioética, Miembro del Grupo de Bioética de la SEMFyC, etc.

Otras actividades: Participa en Plataformas varias por la Defensa de la Sanidad Pública. Médico de Urgencias en el Hospital Morales Meseguer. Subdirector Médico del mismo Hospital. Director General de Calidad Asistencia, Formación e Investigación Sanitarias de la Consejería de Sanidad.

Comunicaciones varias: Mas de 20 Comunicaciones sobre Bioética y / o mejora de la calidad en diversos Congresos.

Cabe destacar su participación en la **Plataforma No Gracias**, iniciativa similar a las que existen en otros países como Reino Unido, USA, Australia, Italia y Holanda. Uno de los objetivos de aquella es la reflexión sobre

la relación de los médicos con la industria farmacéutica, pues según la Plataforma, ésta última podría estar pervirtiendo el alma de la Medicina. De ahí su preocupación por los incentivos a los profesionales médicos, por el uso responsable de los recursos, la coordinación entre niveles asistenciales y por el tiempo dedicado a cada paciente, entre otras preocupaciones.

Lo expuesto hace ver que se trata, realmente, de un experto en Bioética. Al no constar en el C.V que me han facilitado datos sobre su labor asistencial no puedo expresar opinión alguna al respecto. En fin, ha venido a hablarnos de Bioética en el ejercicio de Atención Primaria y vamos a escucharle.

El Dr. Novoa expondrá en su conferencia la prescripción inducida y los problemas éticos que ella plantea. El término prescripción inducida se refiere a la propuesta terapéutica realizada por un médico diferente al que extenderá la receta oportuna. Recuerdo la presión que ejerció el Servicio Murciano de Salud para que los pacientes dados de alta en los Hospitales se llevasen las primeras recetas. La resistencia de los facultativos hospitalarios era llamativa. La posición de los facultativos de Atención Primaria es comprensible. No sólo es una cuestión del rol ejercido por cada profesional si no, también, las cuestiones éticas que se plantean y los problemas consecuentes a los controles de los Servicios de Salud y que nuestro conferenciante nos expondrá. Está publicado que, para los médicos de Medicina Familiar y Comunitaria, la prescripción inducida supone entre un 24 y un 77% de todas las prescripciones en Atención Primaria. Por otra parte se considera, en algunas publicaciones, que la prescripción hospitalaria es más costosa que la propia de

la AP entre un 25 y un 100% de los casos.

Pero dejemos al Dr. Novoa que nos exponga sus reflexiones y experiencia.

'La prescripción abducida'

✿ Abel Jaime Novoa Jurado ✿

Médico de Familia, Magister en Bioética y Doctor en Medicina por la Universidad de Murcia. Miembro del Grupo de Trabajo de Bioética de la semFYC. Secretario Nacional de la Plataforma NoGracias por la transparencia y la integridad de la medicina

La prescripción inducida (PI) se ha definido como, *“aquella propuesta por alguien diferente al médico que extiende la receta”*¹. Supone entre el 24 y el 77% de todas las prescripciones de médicos de Atención Primaria^{1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9} y solo una minoría son modificadas (2-13%)^{4, 8}, aunque un tercio de los médicos están en desacuerdo con la prescripción^{4, 6, 8, 10}. La PI es entre un 25 y un 100% más cara que la equivalente procedente de atención primaria (AP)^{3, 7, 9, 10} y suele conllevar peores indicadores de calidad⁷ así como la utilización de menos genéricos¹¹. En un reciente editorial¹ los autores se planteaban tres grandes categorías de problemas éticos relacionados con la PI: conflictos con los usuarios, con el sistema y/o con el médico prescriptor. Este enfoque categoriza la prescripción inducida casi exclusivamente como un problema de conflictividad entre profesionales que, a su vez, genera sobrecarga burocrática y dificultades con los usuarios.

Desde mi punto de vista el enfoque del conflicto profesional y sus derivadas es claramente insuficiente ya que, en gran medida, la sobrecarga burocrática de la PI desaparecerá mediante mínimas reformas administrativas que dejen de vincular la receta con el descuento del precio¹² (la receta electrónica es el primer paso). Además hemos de asumir que gran parte de la PI es una consecuencia de la

excesiva fragmentación de la atención sanitaria¹² (excesivas derivaciones desde AP¹³ y excesivas auto-citas o derivaciones en la atención hospitalaria).

Sí me parece más productivo el enfoque de la PI como una (auto)limitación intra-disciplinaria¹⁴ que impide la gestión activa del perfil farmacológico de los pacientes¹⁵ por parte de su agente de salud, el médico de familia. *“Algunas de las propuestas que se están haciendo actualmente con voluntad des-burocratizadora”,* escribe Casajuana *“van en la línea de que cada profesional haga sus recetas. Esta visión va radicalmente en contra de la función de agente de salud, y llevada a grado extremo puede llegar a conseguir que el médico de familia tenga un perfil de prescripción “excelente”, mientras sus pacientes van atiborrados de pastillas indicadas por los diferentes especialistas. El médico de AP queda “libre de toda culpa”, la prescripción ya no es inducida, pero el paciente ha sido “abducido”. ¿Nos preocupa la foto del perfil prescriptor del médico o nos preocupa la medicación que está tomando el paciente?”*¹⁴ (comillas en el original).

La pregunta sería, ¿Hemos de preocuparnos por la medicación que están tomando los pacientes? Parece que sí, y urgentemente. Estamos inmersos en un proceso desproporcionado de medicamentación¹⁶ que está teniendo consecuencias graves en

términos de seguridad, calidad asistencial^{17, 18, 19} y eficiencia. Ante estas evidencias podemos adoptar una posición de lamento resignado (“quién soy yo para cambiar la prescripción del especialista”) o seguir con la lucha de egos (“la receta que se la haga el especialista”) mientras el paciente sigue sometido a esta epidemia de farmacologización fruto, más que de una inducción, de una “abducción”, como decía Casajuana, de la prescripción, pero no por parte de “los especialistas” sino por la industria farmacéutica (IF).

La abducción es definida por la Real Academia de la Lengua, en una de sus acepciones, como “*supuesto secuestro de seres humanos, llevado a cabo por criaturas extraterrestres, con objeto de someterlos a experimentos diversos en el interior de sus naves espaciales*”²⁰ y, al menos en las películas de serie B, conquistar el mundo. Pues bien, la prescripción médica efectivamente ha sido secuestrada por agentes externos (hasta ahora erróneamente pensábamos que la IF compartía nuestros fines)^{21, 22} para conseguir sus objetivos: en este caso, la farmacologización de la racionalidad clínica –que podemos definir como la preponderancia y protagonismo del fármaco en las decisiones de los médicos– en orden a seguir obteniendo, en primera instancia, sus descomunales beneficios²³. Para conseguir estos objetivos, la industria utiliza distintas estrategias, todas confluentes.

La primera es venderse –*estrategia de imagen*– como un sector altamente productivo, que desarrolla medicamentos muy innovadores, tras una importantísima inversión económica²⁴. El costo de los nuevos medicamentos ha sido un tema muy discutido^{25, 26}; los cálculos más independientes estiman que

es sensiblemente inferior (¡dieciocho veces menos!) a las cifras que da la IF²⁷. Su capacidad de innovación también está en entredicho ya que la evaluación independiente de todos los nuevos medicamentos introducidos en el mercado en los últimos 10 años arroja un balance poco satisfactorio: más del 50% no aportan nada nuevo, casi el 15% producirían más daño que beneficio y en tan solo un 1,5% existe una innovación relevante²⁸. Sin embargo, el crecimiento de las prescripciones se produce fundamentalmente en los medicamentos menos innovadores, que no aportan nada sobre los más antiguos pero son vendidos a un precio sensiblemente mayor²⁹. La capacidad de la IF de vender productos más caros pero no mejores que los más antiguos se basa en su gigantesca inversión en marketing. En contra de lo que dice la IF –esto forma parte también de su continua campaña de imagen– sus gastos en promoción de medicamentos son el doble de lo dedicado a I+D (25% vs 12%)³⁰, superando ampliamente a industrias como las de cosméticos o TICs (en España hemos calculado que la publicidad dedicada a los 225.000 médicos colegiados supera en un 72% la inversión total de todos los anunciantes en televisión durante un año)³¹.

Esta descomunal inversión en publicidad es dedicada, en gran medida, a intentar influir en las decisiones de los médicos –estrategia promocional mediante diversas formas^{32, 33, 34, 35, 36} que van desde la visita médica, al pago por protocolos de investigación, charlas, regalos, material docente o la misma formación médica continuada. Más de la mitad de los médicos aceptan que estas relaciones influyen en sus prescripciones³⁷, aunque, a pesar de las evidencias empíricas³⁸

y las consecuencias que tienen en la confianza de los pacientes^{39, 40}, paradójicamente, es persistente el auto-engaño acerca de la neutralidad en sus decisiones⁴¹. La propia industria reconoce que la visita médica es altamente rentable en España, asignándole más de un 50% de la responsabilidad de las ventas de los nuevos lanzamientos⁴² —cuando es nula en Reino

Unido y no llega al 25% en Francia o Canadá—. Siendo la publicidad promocional utilizada con frecuencia engañosa^{43, 44}, la información procedente de los visitantes sigue siendo una fuente de conocimiento muy valorada por los facultativos⁴⁵. La formación médica continuada también ha sido completamente abducida por la IF con objetivos básicamente promocionales y aunque su progresiva regulación⁴⁶ está contribuyendo a que disminuya en países como USA⁴⁷, en España su monopolio es casi total. Esta elevada sensibilidad de los médicos a las estrategias promocionales, probablemente mayor en nuestro país que en otros, podría estar en el origen de la gran velocidad de incorporación, independientemente del grado de utilidad terapéutica y/o precio, de las nuevas moléculas⁴⁸, el elevado gasto en medicamentos con menos de 5 años que tiene nuestro sistema de salud (entre tres o cuatro veces superior a Alemania o Reino Unido, países, recordémoslo, con multinacionales farmacéuticas)⁴⁹ y, finalmente, que España ocupe la



El Dr. Abel Jaime Novoa, durante su disertación.

segunda posición en gasto per cápita en medicamentos de todos los países de la OCDE⁵⁰.

Por si esta “abductora” intensidad promocional no fuera suficiente, en los últimos años se han señalado distintas vías que conforman la tercera estrategia que podríamos denominar, *estrategia de manipulación* de la evidencia. Se pueden enumerar: la modificación de los dinteles diagnósticos⁵¹, el sobre-diagnóstico⁵²; la exageración e invención de nuevas enfermedades^{53, 54}; la influencia en la elaboración de consensos⁵⁵ y Guías de Práctica Clínica⁵⁶; la contratación de escritores profesionales o ghostwriting para la elaboración de artículos científicos^{57, 58}; la ocultación de datos de los ensayos clínicos con resultados no favorables⁵⁹, también llamado “sesgo de publicación” —los casos más conocidos son los del antidepressivo reboxetina⁶⁰ o el más actual del Tamiflú, comprado masivamente en todo el mundo en la pandemia de gripe A que, probablemente, no es más eficaz que el paracetamol en evitar complicaciones⁶¹ y que ha motivado una campaña sin precedentes en el

BMJ⁶² exigiendo los datos de los ensayos clínicos no publicados, con la vergonzosa persistente negativa a entregarlos de la multinacional Roche⁶³—o, directamente, la manipulación de las bases de datos de los ensayos clínicos para acomodar las publicaciones a los objetivos de ventas⁶⁴. En esta estrategia de manipulación de la evidencia, las revistas científicas se han convertido en una herramienta más de promoción de la IF⁶⁵ y, aunque existen contundentes posicionamientos de las mismas⁶⁶, lo cierto es que, en el momento actual, en el mercado del medicamento se cumple la ley de beneficio inverso, esto es, cuanta más promoción reciba un medicamento más probable es que acabe afectando a la seguridad de los pacientes y a la salud pública⁶⁷.

Desde mi punto de vista la prescripción inducida, en el sentido que analizamos en la primera parte, es un problema menor comparado con la prescripción abducida. En realidad, todos los médicos, de familia y hospitalarios, somos inducidos a prescribir a través de las masivas, intensas y sofisticadas estrategias de marketing y manipulación de la evidencia apoyadas, esto sería motivo de otro artículo, en la capacidad de influencia de la IF sobre gobiernos, medios de comunicación, agencias reguladoras y sociedades científicas^{16, 24, 68}. La solución no es sencilla. Existe un nivel político o macro²⁰ que tendrá que reformar las leyes de protección intelectual⁶⁹ y los requisitos para la aprobación de nuevas moléculas; garantizar la independencia de las agencias reguladoras o imponer directrices a favor de la transparencia semejantes a la Sunshine Act norteamericana^{70, 71, 72}. En un nivel gestor o meso tendremos que ser capaces de evaluar de manera objetiva los nuevos

medicamentos, antes y después de su comercialización; hacer llegar a los médicos el mejor conocimiento para que tomen decisiones y procurar formatos de colaboración entre la IF y la medicina que garanticen la independencia, la objetividad y prioricen las necesidades en salud de las poblaciones. Por último, en un nivel micro o clínico los médicos hemos de asumir la imposibilidad de mantener la objetividad^{73, 74} si persiste el actual paradigma de relación con la IF —en el mejor de los casos, autoengañados en la creencia de su no influencia y, en el peor, siendo colaboradores necesarios en sus estrategias de marketing y manipulación de la evidencia—.

La epidemia de medicamentación de la clínica tiene en la IF a su máxima inductora. Los médicos hemos de proteger a los pacientes de sus consecuencias recuperando la independencia de criterio⁷⁵ y exigiendo a los legisladores la instauración de mecanismos de defensa, legales, organizativos y profesionales, ante tan necesario como poco fiable y poderoso interlocutor. Si limitamos el debate acerca de la PI a un conflicto entre profesionales estamos olvidando asuntos realmente relevantes como la seguridad de los pacientes, la objetividad de nuestras decisiones, la confianza de la sociedad en los profesionales de la salud y la integridad de la medicina clínica y la investigación científica. Ni lamentos, ni egos: cuidado compartido y, siempre, prescripción prudente⁷⁶ con el interés del paciente y la sociedad por encima de otros intereses.

Referencias

1. Alvarez Montero et al "Prescripción inducida en atención primaria: perspectiva bioética" *Aten Primaria*. 2012;44:62-4.
2. Fernández Liz E, et-al. Prescripción inducida a médicos de atención primaria procedente del hospital de referencia. *Hospital Universitari Vall d'Hebron. Aten Primaria*. 2004;33:118-25.
3. Martín G. El coste de la prescripción inducida: una responsabilidad compartida entre atención primaria y especializada. *Rev Esp Econ Salud*. 2002;1:24-6.
4. Robertson J, Fryer JL, O'Connell DL, Sprogis A, Henry DA. The impact of specialists on prescribing by general practitioners. *Med J Aust*. 2001; 175:407-11.
5. Robertson J, Treloar CJ, Sprogis A, Henry DA. The influence of specialists on prescribing by GPs. A qualitative study. *Aust Fam Physician*. 2003; 32:573-6.
6. Iorentinus SR, Heerdink ER, Van Dijk L, Griens AM, Groenewegen PP, Leufkens HG. Is new drug prescribing in primary care specialist induced?. *BMC Health Serv Res*. 2009; 9:6.
7. Pérez Gil S, Millas Ros J, López Zúñiga MC, Arzuaga Arambarri MJ, Aldanondo Gabilondo A, San Vicente Blanco R. Analysis of the induced prescription in a primary care region. *Rev Calid Asist*. 2010.
8. Barceló Colomer E, Grau Bartomeu J, SerreDelcor N, Salgado Pineda M, MartiDillet M, Hidalgo Ortiz M. Prescripción inducida, grado de conformidad y ¿posibilidad de cambio en atención primaria?. *Aten Primaria*. 2000; 26:231-8.
9. Feely J, Chan R, McManus J, O'Shea B. The influence of hospital based prescribers on prescribing in general practice. *Pharmacoeconomics*. 1999; 16:175-81.
10. Rojas MO, Lópe J, Ramos RM, Prada U, Alfaro MR. Evolución de la prescripción originada en atención especializada en un distrito de atención primaria. *Revista de la OFIL (Organización de farmacéuticos iberlatinoamericanos)*. 2008; 18:37-42.
11. Labarta Mancho C, Aza Pascual-Salcedo MM, Garjón Parra FJ, Celaya Lecea MC, Lallana Álvarez MJ, Elfau Maizal M. Velocidad de incorporación de nuevos medicamentos en la práctica clínica. *Farm Aten Primaria*. 2007;5:118-23
12. Peiró S, Sanfeliix-Gimeno G La prescripción inducida, un falso problema que esconde las carencias de la gestión de la prescripción *Rev Calid Asist*. 2010;25(6):315-317

13. Peiró S. La derivación primaria especializada como problema y como síntoma. *Gest Clin Sanit.* 2008;10:84-8.
14. Casajuana J La renovación de la Atención Primaria desde la consulta En J Gervas y J Casajuana (Dir) "La renovación de la Atención Primaria desde la consulta" SpringerHealthcare Ibérica: Madrid, 2012.
15. Bordás JM, Casajuana J Prescripción inducida en atención Primaria: de la excusa pasiva a la gestión FormMedCont Aten Prim 2000;07; 323-8.
16. Healy D Pharmageddon University of California Press, Berkeley, 2012.
17. Sanfélix-Gimeno G, Peiró S, Meneu R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Mucho más que un problema de gasto. En: V Ortún (Ed) "La refundación de la atención primaria". Barcelona: Springer; 2011.
18. Gavilán-Moral E, Villafaina-Barroso A. Polimedicación y Salud: Estrategias para la adecuación terapéutica. Plasencia: Polimedicalabs; 2011. Disponible en: <http://www.polimedico.com/noticia.php?id=9>.
19. Chen J, Vargas-Bustamante A Treatment compliance under physician-industry relationship: a framework of health-care coordination in the USA *Int J Qual Health Care* first published online February 13, 2013 doi:10.1093/intqhc/mzt017
20. <http://lema.rae.es/drae/srv/search?key=abducci%C3%B3n> (consultado el 13 de marzo de 2013).
21. House of Commons Health Committee (2005) The influence of the pharmaceutical industry. Accesible: <http://www.parliament.the-stationery-off>
22. Smith R (2005) Curbing the Influence of the Drug Industry: A British View. *PLoS Med* 2(9): e241. doi:10.1371/journal.pmed.0020241
23. Corporate influence over clinical research: considering the alternatives *Prescrire Int* 2012; 21 (129): 191-195.
24. DiMasi JA et al The Price of innovation: new estimates of drug development cost *J Health Econ* 22(2003); 151-185.
25. Angell M The truth about the drug companies. Random House, New York 2005 (está accesible y traducida en <http://es.scribd.com/doc/17681222/la-verdad-acerca-de-la-industriafarmaceutica-marcia-angell>)
26. Goozner M The \$800 million pill: The truth behind the cost of new drugs. University of California Press: Berkley, California, 2004.
27. Light, D. Warburton, R Demythologizing the high costs of pharmaceutical research *BioSocieties* 6, 34-50 (March 2011) | doi:10.1057/biosoc.2010.40.
28. New drugs and indications in 2011. France is better focused on patients' interests after the Mediator scandal, but stagnation elsewhere *Rev Pre scrire* February 2012; 32 (340): 134-140
29. Morgan S G et al. "Breakthrough" drugs and growth in expenditure on prescription drugs in Canada *BMJ* 2005;331:815-816.
30. Gagnon M-A, Lexchin J (2008) The Cost of Pushing Pills: A New Estimate of Pharmaceutical Promotion Expenditures in the United States. *PLoS Med* 5(1): e1. doi:10.1371/journal.pmed.0050001
31. <http://posmedicina.blogspot.com.es/2013/03/fashion-victims.html> (consultado 13 de marzo de 2013).

32. Dana J, Jowenstein G A Social Science Perspective on Gifts to Physicians from Industry, 290(2) JAMA 252, 252 (2003);
33. Steinman MA, Bero LA, Chren M-M, Landefeld CS; Narrative Review: The Promotion of Gabapentin: An Analysis of Internal Industry Documents. *Annals of Internal Medicine*. 2006 Aug;145(4):284-293.
34. Fugh-Berman A, Ahari S (2007) Following the Script: How Drug Reps Make Friends and Influence Doctors. *PLoS Med* 4(4): e150. doi:10.1371/journal.pmed.0040150.
35. Lobo et al Relationship between physician and industry in Aragon (Spain) *Gac San* 2012;26(4):336-342.
36. Campbell E, Gruen R, Mountford J, Miller L, Clearly P, Blumenthal D. A national survey of physician-industry relationships. *N Engl J Med*. 2007;356:1742-50.
37. Galan et al Análisis de la relación entre el médico de atención primaria y la industria farmacéutica *Aten Primaria* 2004;34(5):231-47.
38. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry - Is a gift ever just a gift? *JAMA*.2000;283:373-380. doi: 10.1001/jama.283.3.373.
39. Gibbons R, Landry F, Blouch D, et al. A comparison of physicians' and patients' attitudes toward pharmaceutical industry gifts. *J Gen Intern Med*. 1998;13:151-154. doi: 10.1046/j.1525- 1497.1998.00048.x.
40. Cole CH Patients expect transparency in doctors' relationships with the pharmaceutical industry *Med J Aust* 2009; 190 (8): 459-461.
41. Steinman MA, Shlipak MG, McPhee SJ. Of principles and pens: attitudes and practices of medicine housestaff toward pharmaceutical industry promotions. *Am J Med* 2001 May;110(7):551-7.
42. <http://www.pmfarma.es/articulos/729-estudio-de-lanzamientos-excelentes-de-ims-health.-eldestino- de-los-farmacos-viene-determinado-durante-su-nacimiento-comercial.html> (consultado el 13 de marzo de 2013).
43. Villanueva P, Peiró S, Librero J, Pereiró I Accuracy of pharmaceutical advertisements in medical journals *The Lancet* - 4 January 2003 (Vol. 361, Issue 9351, Pages 27-32) DOI: 10.1016/S0140-6736(03)12118-6.
44. Rivera et al La información científica que la industria farmacéutica proporciona a los médicos de familia *Aten Primaria* 2005;36(1):14-8.
45. Garces G et al Opinión sobre la visita médica de los médicos de atención primaria de Toledo *Rev Clin Med Fam* 2010;3 (1):5-9.
46. Association of American Medical Colleges. Industry funding of medical education - report of an AAMC task force. Washington, DC; 2008.
47. Steinman, M. A., Landefeld, C. S., & Baron, R. B. (2012). Industry Support of CME — Are We at the Tipping Point? *New England Journal of Medicine*, 366(12), 1069-1071. doi:10.1056/NEJ Mp1114776.
48. Labarta Mancho C, Aza Pascual-Salcedo MM, Garjon Parra FJ, Celaya Lecea MC, Lallana Alvarez MJ, Elfau Maizal M. Velocidad de incorporación de nuevos medicamentos en la práctica clínica. *FAP*. 2007;5:118-23.
49. <http://posmedicina.blogspot.com.es/2012/10/crisis-economica-derechos-humanos-y.html>

50. Pharmaceutical pricing policies in a global market OCDE (accesible en <http://www.centad.org/seminar/2.%20Price%20regulation/OECD%20Pharma%20pricing%20poli%20cies.pdf>).
51. Schwartz LM, Woloshin S. Changing disease definitions: implications for disease prevalence. Analysis of the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. *Eff Clin Pract.* 1999; 2:76-85.
52. Welch G, Schwartz L, Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in pursuit of health.* Beacon Press, Boston 2011.
53. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and diseasemongering. *BMJ* 2002;324:886-91.
- 5.4 Gervas J, Pérez Fernández M (2013) *Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)* Barcelona: Los libros del lince, 2013.
55. Sheldon TA, Smith GD (1993) Consensus conferences as drug promotion, *Lancet* 341, 100- 102.
56. Choudhry NK, Stelfox H, Detsky AS. Relationships Between Authors of Clinical Practice Guidelines and the Pharmaceutical Industry. *JAMA.* 2002; 287(5): 612-617. doi:10.1001/jama.287.5.612.
57. Gøtzsche PC, Hróbjartsson A, Johansen HK, Haahr MT, Altman DG, et al. (2007) Ghost Authorship in Industry-Initiated Randomised Trials. *PLoS Med* 4(1): e19. doi:10.1371/journal.pmed.0040019.
58. Fugh-Berman AJ (2010) The Haunting of Medical Journals: How Ghostwriting Sold "HRT". *PLoS Med* 7(9): e1000335. doi:10.1371/journal.pmed.1000335.
59. Bourgeois FT et al. Reporting among drug trials registered in ClinicalTrials.gov *Ann Intern Med* 2010;153(3):158-166.
60. Eyding D et al Reboxetine for acute treatment of major depression: systematic review and meta-analysis of published and unpublished placebo and selective serotonin reuptake inhibitor controlled trials *BMJ* 2010;341:c4737.
61. Jefferson T et al Neuroaminidasa inhibitors for preventing and treating influenza in healthy adults: systematic review and meta-analysis *BMJ* 2009;339:b5106
62. <http://www.bmj.com/tamiflu> (acceso el 13 de marzo de 2013)
63. Doshi P, Jefferson T, Del Mar C (2012) The Imperative to Share Clinical Study Reports: Recommendations from the Tamiflu Experience. *PLoS Med* 9(4): e1001201. doi:10.1371/journal.pmed.1001201.
64. Vedula SS, Li T, Dickersin K (2013) Differences in Reporting of Analyses in Internal Company Documents Versus Published Trial Reports: Comparisons in Industry-Sponsored Trials in Off-Label Uses of Gabapentin. *PLoS Med* 10(1): e1001378. doi:10.1371/journal.pmed.1001378.
65. Smith R (2005) Medical Journals Are an Extension of the Marketing Arm of Pharmaceutical Companies. *PLoS Med* 2(5): e138. doi:10.1371/journal.pmed.0020138
66. The Plos medicine Editors Getting more generous with the truth: clinical trial reporting in 2013 and beyond.
67. Brody H, Light DW. The inverse benefit law: how drug marketing undermines patient safety and public health. *Am J Public Health.* 2011;101(3):399-404..

68. Goldacre B. *Bad Pharma*. Fourth Estate, 2012.
69. Fort M, Mercer MA, Gish O (Comp.) *El negocio de la salud: los intereses de las multinacionales y la privatización de un bien publico*. Barcelona: Paidós, 2006
70. Ross JS, Lackner JE, Lurie P, Gross CP, Wolfe S, Krumholz HM. Pharmaceutical company payments to physicians: early experiences with disclosure laws in Vermont and Minnesota. *JAMA*. 2007;297:1216–23.
71. Grande D Limiting the influence of pharmaceutical industry gifts on physicians: self-regulation or government intervention? *J Gen Med* 25(1):79-83.
72. Physician Payments Sunshine Act of 2007 - S. 2029. Library of Congress. (Accessed April 30, 2009, at <http://thomas.loc.gov/>)
73. Brennan TA, Rothman DJ, Blank L, et al. Health industry practices that create conflicts of interest: A policy proposal for academic medical centers. *JAMA*. 2006;295:429–433. doi: 10.1001/jama.295.4.429.
74. Mansfield PR, Lexchin J, Wen LS, Grandori L, McCoy CP, et al. (2006) Educating Health Professionals about Drug and Device Promotion: Advocates' Recommendations. *PLoS Med* 3(11): e451. doi:10.1371/journal.pmed.0030451.
75. Katz D, Caplan AL, Merz JF All Gifts Large and Small: Toward an Understanding of the Ethics of Pharmaceutical Industry Gift-Giving, 3 *AM. J. BIOETHICS* 39, 42-43 (2003).
76. Schiff GD, Galanter WL, Duhig J, Lodolce AE, Koronkowski MJ, Lambert BL. Principles of Conservative Prescribing. *Arch Intern Med*. 2011;171(16):1433-1440. doi:10.1001/archinternmed.2011.256.

'Gasto sanitario'

✿ **Máximo Poza Poza** ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

La razón para ocupar esta tribuna viene de una sugerencia que hice en un Pleno de esta Academia hace un par de meses. Estábamos en el apartado de preguntas y sugerencias y suscitó se tratase el tema del copago en el seno de la Institución, debido a ser un tema palpitante en aquellas fechas. Por este motivo, tal vez me propusieron para iniciar el debate, sin otra autoridad que haber vivido la experiencia de trabajar en el campo sanitario durante muchos años, actividad compartida en el tiempo con todos ustedes.

Esta responsabilidad me ha obligado a conocer la opinión de otras personas más versadas en la planificación y política sanitaria.

Definición de salud de la OMS en 1946:

“La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.

La salud es un indicador muy importante del estado de bienestar de una sociedad y de su nivel de desarrollo.

Según la OMS, un sistema sanitario justo ha de ser:

- A. Universal.
- B. Integral. Incluir también la prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación.

- C. Eficiente. Mejores prestaciones, al menor coste.
- D. Flexible, para una respuesta rápida ante nuevas situaciones.
- E. Participación pública en la planificación y gestión del sistema sanitario.

Al hablar del tratamiento de la enfermedad debemos incluir el alivio del dolor, la mejora de la calidad de los años de vida que prolongamos con el tratamiento y con bastante confort. También hacer lo posible por generar confianza de la sociedad en su sistema sanitario.

Pero el sistema debe tener en cuenta otros factores:

1. Papel del Estado en el sistema sanitario. Financiación, (Cotizaciones, Presupuestos Generales, alimentados por la carga fiscal).
2. Centralización o descentralización. Competencia de los Centros Sanitarios.
3. Cartera de servicios y control correspondiente.
4. Relación con otros organismos: Ayuntamientos, Cruz Roja, asistencia privada.

Todos estos factores figuran en los diversos modelos sanitarios, de los cuales describiremos los más importantes.

Modelos sanitarios:

Examen somero de los principales modelos

1. Liberal. Libre mercado

La salud es un bien de consumo, que no tiene que estar protegida en toda su amplitud. Hay problemas claramente objetivos, tales como traumatismos, infartos, ictus, tumores y otros de patología similar. Pero hay algunos problemas de salud que el propio paciente puede priorizar, en función de sus deseos y disponibilidades económicas.

Ventajas del sistema liberal o de mercado:

1. La alta competitividad para captar clientes estimula la investigación en tecnología y en la investigación científico-médica.
- 2.- Los Centros Hospitalarios procuran atraer a los grandes "cerebros" médicos de todo el mundo y les ofrecen las mejores condiciones económicas, con la óptima dotación de medios asistenciales y de investigación.
3. Las Compañías de Seguro afinan en el coste de cada proceso y tratan de evitar que los profesionales utilicen de forma desmedida las pruebas complementarias, estancias innecesarias o exceso de medicamentos. La introducción del pago por proceso relacionado con el diagnóstico o GRD nació en este sistema sanitario liberal.

Inconvenientes:

1. Alto coste. En EE. UU representa casi el 15 % del PBI. En Europa no sobrepasa el 11 %. En España estamos en torno al 10 %.

2. Hay un sector de la población sometida al régimen de beneficencia, con una asistencia no equitativa al resto. Se rompe el principio de equidad.
3. El Estado prioriza la medicina asistencial, en detrimento de la medicina preventiva.

En EE.UU, paradigma de este modelo, el Gobierno Federal realiza una contribución para sufragar los gastos de los jubilados (Medicare) y de los pobres (Medicaid). Las clases medias y altas pagan íntegramente su asistencia, mediante el pago directo o bien a través de seguros con primas altas, que cubren las Empresas y el propio asalariado

Hay un porcentaje de la población que no está cubierta por el seguro, aunque estaría protegida por la modalidad Medicaid, en muchos casos.

Hace unos años, el Estado de Oregón hizo una reforma sanitaria, después de un referéndum, en el cual proponía proteger las necesidades sanitarias de toda la población, aunque ello llevaría consigo la restricción en algunos procesos cubiertos hasta entonces por el Seguro. La cuestión surgió por un trasplante de médula ósea a un niño de 7 años. Era el año 1987 y la Asamblea del Estado había decidido no cubrir ese tipo de trasplante, porque muchos habitantes del Estado no estaban cubiertos por ningún tipo de seguro, salvo por el Medicaid del Gobierno Federal. Kitzhaber, un médico intensivista propuso reducir la cartera de servicios y generalizar el seguro a todos los residentes del Estado de Oregón. La cartera de servicios se redujo casi a la décima parte. Por ejemplo, desaparecían de la cobertura procesos tales como urticarias, dermatitis por con-

tacto, verrugas, fimosis no terapéuticas, cirugía para hacer desaparecer tatuajes, etc. y también algún tratamiento de coste elevado y de mal pronóstico para las expectativas en aquellos años. En resumen, la disminución de algunos servicios permitía no aumentar el presupuesto dedicado a sanidad y tener protegida por un seguro a toda la población. Pero, a la vez, se acentuaba el énfasis en medicina preventiva y salud mental. El ejemplo de Oregón no se aceptó de forma global, por la dificultad de restringir determinados tratamientos.

Hay algún otro modelo liberal fuera de USA, en el cual cada ciudadano crea obligatoriamente una “cartilla de ahorro” para la asistencia sanitaria, con aportaciones personales y del empresario, cuyos fondos pueden retirarse a voluntad del titular de la cartilla.

2. Modelo socialista.

Toda la población está cubierta por un seguro, sufragado por el Estado, con cargo a los presupuestos generales, en su totalidad. Toda la población está cubierta y no hay excepción respecto a las prestaciones. La asistencia es gratuita y universal. No hay ninguna otra estructura de medicina privada ni de seguro libre. Este modelo era propio de los regímenes comunistas y actualmente sólo persiste en Cuba y Corea del Norte.

Ventajas:

1. Prioridad para la medicina preventiva y salud pública sobre la asistencia sanitaria.

Inconvenientes.

1. Dificultad de acceso o ciertos medios diagnósticos y a fármacos costosos.

Cuando se alcanza un nivel determinado de salud, los ciudadanos aspiran a procedimientos diagnósticos y terapéuticos más complejos y actualizados. Esto no afecta a la salud global de la población en términos significativos, pero sí influye en las pretensiones individuales de los ciudadanos, que no aceptan la carencia o precariedad de dichos medios de diagnóstico o terapéuticos para procesos patológicos graves.

2. Al ser todo gratuito en la asistencia hospitalaria y casi gratuito en la ambulatoria (salvo un porcentaje en los fármacos), no se valora el coste de la sanidad. Esto contribuye a la falta de eficiencia.

3. Modelo mixto.

Es el más frecuente en Europa.

En su gestión intervienen tanto el sector público como el privado.

En su estructura se deben distinguir cuatro elementos sistematizados:

1. Asistencia primaria.
2. Atención especializada: (hospitales, centros de diagnóstico y tratamiento).
3. Salud pública, (higiene, medicina preventiva, campañas de vacunación y educación sanitaria).
4. Planificación y gestión.

Esta estructura está ligada a la ordenación económica y social del País: Producto Interior Bruto (PIB) y porcentaje de gastos sanitarios en hospitales, centros de salud y fármacos.

Estos modelos europeos tienen dos orígenes:

A. Modelo Bismark.

Es el más antiguo. Al principio de este modelo prusiano, el Estado garantizaba la

asistencia sanitaria y sus fondos nacían de las cotizaciones obligatorias. El Estado se hacía responsable de la asistencia a los cotizantes, es decir a los trabajadores, si bien había una red paralela de beneficencia para atender a los que no cotizaban.

En la actualidad hay Países en Europa que mantienen la esencia de este modelo: Alemania, Francia, Holanda, Bélgica. Austria y Luxemburgo. Todos los residentes en estos Países gozan de una asistencia sanitaria gratuita, universal y equitativa.

(Un modelo más primitivo y rudimentario funcionaba en España como "Hermandades de Socorros Mutuos" de carácter local, protegido por las Cajas de Ahorro, a principios del siglo pasado. En su origen, era un concepto de solidaridad vecinal).

B. Modelo Beveridge.

Aparece en Inglaterra, en 1948, y ha servido de guía para la asistencia sanitaria en otros Países: Escandinavia, Italia, España y Portugal. La financiación procede de los presupuestos generales del Estado y se presta en condiciones de gratuidad y universalidad. La planificación general queda en manos del Estado, aunque en España gran parte está transferida a las Comunidades Autónomas, que planifican con objetivos sanitarios definidos y que han de ser valorables y de obligado cumplimiento.

En España, Italia y Portugal hay una cotización obligatoria por parte de los trabajadores y empresarios que ayudan a financiar el Sistema Nacional de Salud.

En nuestro país, el Sistema Nacional de Salud coexiste con la sanidad privada, que puede atender a funcionarios del Gobierno (Administración Pública, Administración de

Justicia, personal del Ministerio de Defensa, por ejemplo). Estos funcionarios están agrupados en MUFACE y pueden elegir entre el propio Instituto Nacional de Salud o bien cubrir sus necesidades sanitarias en diversas Compañías de Seguros Privados o en Mutuas. También existen conciertos con clínicas privadas, centros de diagnóstico por imagen, ambulancias, seguridad interna, limpieza, cocina, etc.).

En estos momentos de crisis se ha suscitado un gran debate para analizar la sostenibilidad del sistema, pero el problema no es nuevo. Al final de la década de los 80 ya se vislumbraba un gran problema en la sostenibilidad del sistema sanitario español. Para su análisis y propuestas, en 1991 se nombró una Comisión, constituida por expertos de distintos partidos políticos, presidida por un Ex- Vicepresidente del Gobierno, Fernando Abril Martorell e integrada por médicos y economistas.

Informe de la Comisión presidida por Abril Martorell

Las dificultades de asistencia sanitaria daba lugar a tensiones sociales, motivadas por el envejecimiento de la población, con el aumento subsiguiente de morbilidad y mayor demanda de consumo, tanto de medios diagnósticos como de fármacos. Al mejorar el nivel de vida las exigencias se hacían mayores, que coincidía con el desarrollo de la tecnología médica. Y todo ello en un periodo de horizonte económico sombrío.

La Comisión Abril Martorell, integrada, repito, por representantes de diversas tendencias políticas, llegó a destacar las siguientes deficiencias:

1. La Atención Primaria, cuya misión debería servir como puerta de entrada a los

servicios hospitalarios, no cumplía con esa responsabilidad de contener la invasión o frecuentación de los hospitales, sino que generaba un excesivo consumo de pruebas diagnósticas y de fármacos.

2. El porcentaje de gasto sanitario también se incrementaba en la asistencia especializada.
3. La medicina preventiva y la salud pública no tenían la importancia que les correspondía.
4. El sistema público carecía de una visión empresarial y coartaba la libertad de elección.
5. Ausencia de mecanismos de información, de evaluación y análisis, tanto en el sector público como en el privado, lo cual dificultaba la gestión y el establecimiento de programas de salud. Todo ello con la omnipresencia de un sistema burocrático poco ágil, aunque legal en las formas.
6. Rigidez del sistema, que impedía tomar decisiones a los equipos directivos. No estaban identificadas las responsabilidades personales, en ningún nivel.
7. Desmotivación de los profesionales, en relación con el marco laboral. Insuficiente participación del médico, principal agente económico del sistema, en la gestión.
8. El sistema se orientaba al cumplimiento de los procedimientos formales de la función pública, antes de vincularlos al uso óptimo de los recursos.
9. Falta de confianza en la concesión de autonomía de gestión a los centros sanitarios.
10. Excesiva contaminación política en la gestión sanitaria.

Propuesta de reformas.

Para corregir estas deficiencias, la Comisión propuso estas reformas:

- A. Impulsar la responsabilidad de los gestores, para lograr la mayor eficiencia de los recursos.
- B. Sentar bases para que el sistema funcione con mayor satisfacción subjetiva de los usuarios y con mayor libertad de elección.
- C. Promover el conocimiento del coste en el profesional y en el usuario.
- D. Suscitar la creación de estructuras más flexibles y autónomas en el gasto.

Para mejorar la eficiencia, la Comisión sugería la separación entre las competencias de financiación y “compra” de servicios sanitarios y las funciones de provisión u oferta de los mismos.

Bases para la reforma:

Organización.

Separar: Financiación, compradores, proveedores y usuarios, (clientes o enfermos).

- A). Financiarían la Administración Central y los Gobiernos Autónomos.
- B). “Comprarian” dichos Servicios las Áreas de Salud.
- C). Los proveedores serían los hospitales, centros de salud y las farmacias.
- D). Los usuarios o clientes serían los pacientes.

Aquellos hospitales con servicios complejos y muy especializados tendrían que compatibilizar la atención a su Área de Salud con los servicios especiales que prestasen a las Áreas restantes.

Esta organización, con características empresariales, permitiría realizar análisis de eficiencia y progresar en la técnica contractual. Las clínicas concertadas ya desempeñaban el papel de proveedores en aquellos años.

El esquema precisaría de cierto tiempo para el cambio, reformas estructurales profundas y modificaciones normativas, tanto en la asignación de recursos como en la regulación laboral. También se solicitaban importantes inversiones en formación humana.

Colaboración con el sector privado:

El sector privado que vinculase su actividad a las reglas de juego podría competir con la asistencia pública, promoviendo una competencia no desleal, para estimular la eficiencia de los proveedores públicos.

Carácter del servicio público.

El carácter de servicio público no está determinado por la forma jurídica en que se organiza sino por su función, por el origen público de los recursos y por la igualdad de los ciudadanos en el acceso a la asistencia. El Servicio Nacional de Salud tendría que adoptar la forma jurídica más adecuada para promover la responsabilidad y poder rendir cuentas de sus resultados.

Para promover la responsabilidad, motivar y estimular la productividad en los centros asistenciales sería necesaria una mayor flexibilidad de la vinculación del personal, que salvaguardase los derechos básicos adquiridos y un cambio gradual, que marcara diferencias con el personal de nuevo ingreso.

Recursos humanos. El número global de personal médico del sistema nacional de salud se consideraba muy numeroso, aunque con

escasez de ciertas especialidades, en especial en determinadas zonas.

Formación continuada. Se pensaba que era la mejor garantía de la cualificación profesional y que debía ser un incentivo de motivación personal y de seguridad para la sociedad.

Investigación. Debía ser indispensable para el perfeccionamiento de los sistemas sanitarios. El coste habría de estar separado de la actividad asistencial.

Vinculación del personal. El acceso laboral se realizaba mediante el sistema de concurso -oposición, o a través de traslados de plazas "en propiedad". Las instituciones asistenciales tenían escasa capacidad para elegir y no podían modificar la plantilla a nivel local. Se sugería que cada organización dispusiera de flexibilidad normativa para adaptar las necesidades de recursos humanos.

Tecnología. Toda innovación tendría que ser valorada, con criterios de ensayo clínico experimental, previo a su difusión. En ocasiones, no se hacía así por intereses comerciales.

Calidad. La calidad no debería confundirse con la medicina complaciente ni con los excesos que pudieran atribuirse a la "medicina defensiva". La calidad no tenía por qué estar ligada a un mayor costo. Deberían establecerse procedimientos de control que permitieran comparar con otras instituciones.

Atenciones socio-sanitarias. Se consideraba aconsejable tener una dotación específica para la atención de ancianos, enfermos crónicos, convalecientes o que precisaran cuidados paliativos. Se debería aclarar la separación entre asistencia sanitaria y atención

social, con anotaciones claras del coste de cada modalidad.

Contratación externa. Las actividades de un centro hospitalario son diversas. Incluye la atención médica, atención de enfermería, pero también la función de hostelería, seguridad y servicios técnicos de mantenimiento. Se aconsejaba hacer con medios propios sólo lo que no se pueda hacer con medios ajenos y se aconsejaba subcontratar los servicios no estrictamente sanitarios.

Complementariedad en la provisión privada y pública. La legislación reconocía el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, la libertad de empresa y la vinculación complementaria mediante conciertos con el Servicio Nacional de Salud. No había mucha información comparativa entre ambos sistemas. Se presumía que los costes eran sustancialmente inferiores en la gestión privada que en la pública; si bien es verdad que estas últimas tienen otro tipo de responsabilidades que pudieran justificar, en parte, dicha diferencia. La Comisión creía que era fundamental tener datos, con una metodología explícita y rigurosa para su comparación.

En resumen, en la atención sanitaria no había cultura de gestión.

Recomendaciones de la Comisión Abril Martorell

Organización.

Disminución del protagonismo de los Servicios Centrales del Insalud, a partir de las transferencias sanitarias. La pérdida de importancia de dichos Servicios Centrales en cuanto a asistencia y administración debe compensarse con otra estrategia: dirección de la política común de salud, coordinación de la

investigación básica, mecanismos de información, estadística, sanidad exterior, etc.

Ya en una política autonómica, debería haber un sistema de facturación entre Comunidades Autónomas.

Separar la financiación (pública casi en su totalidad) de la provisión de servicios (pública y privada), para mejorar la eficiencia.

Esto permitiría establecer competencia entre proveedores.

Vinculación del personal.

Se recomienda modificar la *vinculación laboral* del personal; para ello, los Centros deberían tener más capacidad de decisión. Había que distinguir entre el personal existente en plantilla, para respetar los derechos adquiridos, y el de nueva incorporación.

La *retribución* debía separarse en dos conceptos: una parte como retribución básica y otro como un complemento de productividad, que sería de recompensa o sanción, y que debía ser potestad de la dirección.

El personal nuevo se *contrataría directamente* por cada Centro, a discreción del mismo, entre personas previamente acreditadas por un Organismo o Agencia ajena al Centro.

Se debería estimular el *desarrollo de la carrera profesional*, separando las responsabilidades jerárquicas de la promoción personal.

Se recomendaba establecer mecanismos de incentivación y motivación del personal.

Se sugería relacionar *los planes de estudio* con las necesidades del Sistema de Salud.

Se aconsejaba adaptar mejor el sistema de especialización médica de los médicos internos y residentes.

Impulsar la formación continuada en todos los niveles.

Enfermería y Servicios Técnicos:

Se indicaba adecuar la *formación de la Enfermería* al entorno europeo y a las necesidades del sistema.

Extender dichas mejoras al resto de las profesiones sanitarias.

Servicios privados sanitarios.

Se debían establecer las condiciones de acreditación sanitaria, con niveles en la contratación.

Era preciso actualizar el ordenamiento con Entidades Colaboradoras y Mutuas.

Aspectos de gestión sanitaria.

1. Creación de unidades de coste/beneficio, con capacidad de facturación interna.
2. Participación responsable del personal médico en la gestión.
3. En el plan General de contabilidad, establecer, como rutina, auditorías externas.
4. Diferenciar la contabilidad en la actividad asistencial, docencia e investigación e impulsar los costes con los beneficios obtenidos en cada área.
5. En las facturas deben figurar todos los costes, no sólo para recuperar ingresos que se pierden, sino también para trasladar al usuario una información del consumo de recursos.

Contratación externa.

Dentro de la flexibilidad que ha de estar presente en la gestión de cada centro, se podrían contratar servicios externos, previo un examen riguroso y con contratos que ofrecieran seguridad, calidad y precio.

La calidad asistencial debería asegurarse a través de mecanismos de acreditación, tanto en la atención interna como en la contratación externa

Aspectos de financiación.

La fuente principal tenía que proceder de los presupuestos generales del Estado, pero aconsejan no reducir la contribución procedente de las cotizaciones de la seguridad social y de otros ingresos.

La aportación de la seguridad social es básica para que el individuo conozca su esfuerzo en el coste de los servicios.

Los centros sanitarios podrían obtener ingresos adicionales por docencia, servicios hoteleros complementarios, etc.

Los usuarios deberían participar en el pago de los servicios que, en principio, serían casi simbólicos.

Contenido de las prestaciones.

Deberían delimitarse las prestaciones básicas, con cargo a los presupuestos del Estado.

La introducción de nuevas prestaciones básicas tendría que ser respaldada con dotación presupuestaria.

Habría que establecer el concepto de "prestación adicional" y "complementaria", cofinanciadas por el usuario.

Proponía que se estableciera un mecanismo estable para evaluar cualquier nueva tecnología e implantarla en cooperación con el Consejo interterritorial.

H. Mahler, un danés, Director General de la OMS, durante gran parte de la mitad del siglo XX, decía que el 70 % de los análisis y pruebas médicas no se hacen en beneficio de los pacientes.

Farmacia.

La Comisión recomienda medidas que limiten la “sobre prescripción” de fármacos.

Aconseja la participación en el coste por parte del usuario, compensando esta participación con otras compensaciones, fuera en la cuantía de la pensiones o bien de tipo fiscal. La medida no debería interpretarse como recaudatoria, sino para que el usuario conociera el coste y para eliminar el fraude. Se deberían dar ayudas específicas a pensionistas no contributivos y a enfermos crónicos.

En la práctica médica habría que subrayar el conocimiento farmacológico de las prescripciones y también el coste económico de las mismas. Los médicos deberían conocer periódicamente los gastos originados por sus peticiones de pruebas complementarios y por las prescripciones.

Debería separarse el hecho de inscripción de un nuevo medicamento en el registro farmacológico de su inclusión automática en el sistema.

Atención social.

Habría que diferenciar la atención sanitaria de la atención social, en especial a personas de edad avanzada, que requieren una atención particular.

Habría que priorizar la creación de camas de media y larga estancia. Se debía coordinar la interrelación entre la atención sanitaria y la social.

El sector público debía asegurar la prestación, sin que necesariamente fuera el proveedor ni el que ejerciera el gasto directo.

Listas de espera.

Las listas de espera se encuentran presentes en todos los sistemas de salud europeos,

más numerosas en los financiados básicamente por presupuestos generales y menos en los soportados por la Seguridad Social.

Lo más importante en estas listas de espera es que no se produzcan demoras en procesos que se agraven por este retraso. Para paliar estos problemas se aconseja:

Definir plazos de tiempo por tipos de proceso patológico.

Establecer métodos de registro rigurosos para las listas de espera.

Mejorar la programación de los ingresos hospitalarios.

Generalizar el contrato de conciertos por proceso. (Concertar con medios ajenos, en casos necesarios, vigilando los posibles intereses velados).

Urgencias.

En los servicios de urgencia se pueden especificar tres clases de pacientes:

Un 5% de urgencias vitales.

Un 30 -40% de urgencias que son percibidas como tales por el paciente o su familia, y que, salvo excepciones, no tienen gran relevancia clínica.

Un 50 -60% que lo emplea como cortocircuito del sistema y es lo que masifica, en muchos casos, dichos servicios de urgencia y colapsa la actividad hospitalaria.

Para paliar el problema la Comisión recomienda:

1. Coordinar los sistemas especiales de urgencias: pacientes de tráfico o de trabajo y para determinadas emergencias médicas.
2. Disponer que algunos Centros de Salud estén dotados de medios elementales de diagnóstico para casos urgentes.
3. Si no se consiguiera esta mejora, habría que

aplicar prudentes medidas económicas disuasorias.

(En Italia se cobran 15-20 euros por asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital. Si ingresa el paciente, se le devuelve esa cantidad).

Salud Pública.

Las administraciones sanitarias deben impulsar la elaboración de estrategias de salud de carácter intersectorial y establecer prioridades.

La actividad asistencial debe incluir actividades de prevención, promoción y educación sanitaria, con objetivos e incentivos definidos.

Nuevas reformas sanitarias en los años 80-90.

Desde 1991, fecha del informe Abril Martorell, ha habido reformas en algunos países europeos e intentos en otros, tales como en Estados Unidos.

Reino Unido.

Por la similitud del Servicio Nacional de la Salud en España con el Sistema Británico o National Health Service se mencionan las reformas en la sanidad del Reino Unido en las últimas décadas:

En 1989 se introdujeron criterios de mercado en la gestión de la sanidad pública. Se pretendió dar una respuesta a la tremenda burocracia que colapsaba el sistema y solucionar el problema de las listas de espera. Se mantuvo la gratuidad; sin embargo, algunos servicios, como ambulancias o cuidados a domicilio, pasaron a manos de profesionales independientes, que firmaban un contrato con el Ser-

vicio Nacional de la Salud. Se crearon Entidades o Trust, que eran organizaciones autónomas, y que pasaban a ser los proveedores del sistema sanitario, con su propia gestión; es decir, eran responsables del pago de personal y de otros gastos hospitalarios. Entraban en competencia con otras entidades similares. Todos los hospitales, públicos y privados, tenían que competir entre sí para ofrecer a las autoridades sanitarias del distrito los contratos más ventajosos. Uno de los problemas que podía surgir era que hubiera una selección de pacientes, que se prefiriera a personas con menor riesgo de enfermedad y se pusieran trabas a los de avanzada edad o con enfermedades crónicas.

Desde la instauración de National Health Service, el médico de familia no es funcionario del Instituto Británico de Salud. El GP o *general practitioner* firma un contrato con dicho Instituto Sanitario. Los médicos de familia trabajan en grupos y tienen cubiertos una serie de gastos generales para el local y para el desplazamiento. Hay una compensación por las características de los pacientes que tienen inscritos, tales como la edad, lugar de residencia, (áreas rurales o zonas deprimidas) y prestación de servicios específicos: planificación familiar, maternidad y logros de determinadas metas. Los médicos de familia o de asistencia primaria están obligados a aceptar un presupuesto cerrado para sus prescripciones médicas y, además de prescribir recetas, tienen que servir de control para el acceso a los especialistas de los hospitales. En los medios rurales se permite a los médicos la dispensa de medicamentos.

En 1997 tuvo lugar la otra reforma, con vistas a mejorar la gestión y la calidad del servicio y también con el fin de reducir costes.

Hubo un notable aumento de médicos, ATS y otros profesionales de la medicina, así como un incremento en el número de camas.

Se crearon centros dirigidos por ATS, para ofrecer ciertos servicios, de forma ágil y rápida, durante los siete días de la semana y sin cita previa. Estos centros no reemplazan a los médicos de asistencia primaria ni a los servicios hospitalarios. A la vez, se intentó dotar de mayor protagonismo a los médicos de asistencia primaria.

Se creó una súper-autopista de la información, cuya finalidad era que cualquier médico pudiera tener acceso al historial clínico de una persona.

Se fundó un Registro Nacional contra el Fraude y también un Instituto Nacional de Excelencia Clínica (NICE), responsable de la elaboración de guías médicas y de protocolos, basados en la buena práctica clínica y que también sirvieron para adoptar los medios más eficaces, desde el punto de vista de los costes sanitarios.

También se implantó un teléfono de consulta, atendido por profesionales, durante las 24 horas del día; este servicio también cuenta con una dirección en Internet. Se tuvo en cuenta la atención en regiones deprimidas, con el fin de priorizar la asistencia sanitaria.

Servicios sanitarios privados y contribución de los pacientes en el gasto.

Cerca del 10% de las camas hospitalarias en Inglaterra son privadas, con un 6% en



El doctor Máximo Poza Poza, durante su intervención.

hospitales y un 2% en hospitales públicos. El 11% de la población está cubierta, además, por un seguro sanitario privado, complementario del nacional.

Los pacientes deben abonar el coste de servicios especiales que, clínicamente, no se consideren necesarios durante su hospitalización. Cuando los pensionistas ingresan en un hospital, su pensión se reduce a partir de las primeras seis semanas, reducción que se amplía cuando el tiempo de ingreso es superior al año.

Contribución en farmacia. Los pacientes tienen que pagar 5.70 libras esterlinas por receta prescrita, con bastantes excepciones: menores de 16 años o de 18 años, si se encuentran en periodo formativo. Mayores de 60 años, embarazadas o mujeres que han dado luz en el último año. También aquellos que reciban subsidios de desempleo, incapacidad y personas con ingresos bajos o que padezcan ciertas enfermedades crónicas, en total esta gratuidad afecta al 80% de las recetas.

Esto se refiere a los medicamentos que necesitan receta, pero hay otros que no son

gratuitos y que se dispensan en grandes almacenes o droguerías. Nos referimos a analgésicos habituales, vitaminas, comprimidos para resfriados, antiácidos, etcétera.

A finales del siglo XX, la cifra de copago en el Reino Unido alcanzó el 60% del gasto farmacéutico público.

Sostenibilidad del sistema nacional de salud en España y las denominadas nuevas fórmulas de gestión. Dra. Tormo Rodríguez.

Hace tres años, invitamos a la doctora María A. Tormo Rodríguez, Vice-Consejera de Sanidad, a dar una conferencia en la Academia de Medicina de Murcia, para que hablara sobre el problema de sostenibilidad del Sistema Sanitario, dada su experiencia en estas cuestiones. Hizo la presentación el Académico de Número y Vice-Presidente Dr. José Antonio Nuño de la Rosa, quien subrayaba algunos reparos a la situación sanitaria actual, sobre todo en las listas de espera, tanto para las consultas como para las pruebas diagnósticas y para las intervenciones quirúrgicas.

Entre las soluciones a estos problemas, se proponía el aumento del gasto sanitario, sufragado bien por vía de impuestos o bien con el copago, sin olvidar el contrato con empresas externas de determinados servicios.

La Dra. Tormo Domínguez recordaba en su conferencia que en Suecia se había pasado de la gestión pública a la responsabilidad pública, del monopolio público al pluralismo de proveedores y de la asignación administrativa a la libre elección de médico y centro hospitalario por parte del ciudadano. En el año 2007 los centros privados suecos aumentaron en un 33 %. En el informe Abril Martorell ya se subrayaba que un servicio público no está

determinado por la forma jurídica en que se realiza, sino básicamente por la naturaleza de la función, por el origen de los recursos que deben financiarlo y, en el caso del Insalud, por la igualdad de todos los ciudadanos en el acceso a la asistencia. El término “privatización” sólo debe aplicarse cuando se rompe el sistema de financiación pública.

Decía la conferenciante que la productividad en los servicios sanitarios públicos es menor que la productividad total de la economía y señalaba algunas razones:

- a) Puestos de carácter vitalicio.
- b) Ausencia de incentivos en el sector público, una empresa sin riesgo de quiebra.
- c) Retribuciones escasamente relacionadas con la productividad.
- d) Carrera profesional que no ha respondido a las expectativas iniciales.
- e) Compromisos políticos débiles, que dificultan la implantación de mecanismos de incentivos, basados en la valoración del desempeño de la función.
- f) Importante influencia política en la gestión.

También, al hablar de la sostenibilidad del servicio nacional de salud, consideraba los cuatro grandes apartados:

*Demanda. Oferta. Regulación interna.
Contexto general.*

La demanda está influenciada por la población, por su estado de salud, por la riqueza del país y por los profesionales sanitarios que generan una demanda inducida.

En la oferta influyen los profesionales, los centros hospitalarios y asistenciales, la tec-

nología sanitaria y los productos farmacéuticos.

En la regulación interna interviene la financiación y la provisión de servicios sanitarios, sea pública o privada, y la normativa laboral.

Todo ello en un contexto general, en el cual los ciudadanos no consentirán que los servicios públicos mantengan bajos niveles de rendimiento, al mismo tiempo que la estabilidad en el empleo esté garantizado. Cada empleado español debe pagar 4500 € de su salario para pagar a los trabajadores públicos, es decir unos tres meses de un salario medio de €1500.

Demanda sanitaria.

En la última década la población española ha crecido cerca de 5 millones de personas. El envejecimiento da lugar a un aumento de la demanda de un 0.4 % anual.

La creciente medicalización, la ligereza en la solicitud de ciertos recursos diagnósticos de alta tecnología y el aumento de las consultas son motivos que preocupan a los gestores de la sanidad.

Listas de espera.

El aumento de las listas de espera no ha demostrado ser eficaz para controlar la demanda, sobre todo cuando se intentan paliarlas con actividad médica adicional de consultas o intervenciones quirúrgicas.

Hay pleno acuerdo en la promoción de medidas preventivas y en los programas de gestión de enfermedades crónicas.

Oferta sanitaria.

La oferta contribuye a aumentar la demanda en el sector sanitario. Los agentes con más responsabilidad para evitar el gasto excesivo son: administración y médicos un 20%.

Pacientes con un 15%. Compañías farmacéuticas. 8%. Menos incidencia tiene el gasto generado por enfermeras y con otros agentes, que se calcula en un 6%.

Parece necesario un mayor control por parte de la agencia española del medicamento y también en la introducción y uso de las nuevas tecnologías, aunque nadie duda de la conveniencia de incluir los avances científicos en la cartera de servicios.

Regulación interna.

La asistencia sanitaria en España se presta fundamentalmente a través de una red propia de hospitales y centros de salud. El personal se rige por un Estatuto Marco en materia laboral.

Pero también hay nuevas fórmulas de gestión, como son los conciertos, financiación privada de infraestructuras y colaboración público-privada de servicios públicos. Estas fórmulas buscan ganar en agilidad y se adaptan a las características del sector sanitario.

Dentro del sistema hospitalario se han establecido Institutos Multidisciplinarios, como segunda opción a los contratos –programas y cuya fortuna ha sido variable.

En algunas Comunidades Autónomas hubo concesiones del sector público sanitario a entidades privadas, que cubrían tanto la atención especializada en hospitales como la atención primaria.

En España se han creado entidades de tipo cooperativo en la asistencia primaria, con incentivos por el ahorro en procedimientos diagnósticos y de hospitalización, en cuya participación el 51 % de la participación, al menos, ha de estar en manos de los profesionales.

Contexto general en España.

Nos encontramos en una situación de disminución de ingresos en la Hacienda Pública, hay un aumento del desempleo y mayor exigencia ciudadana en las prestaciones, incluida la sanitaria.

En la ley General de Sanidad ya se pedía eficacia, celeridad, economía y flexibilidad y esas exigencias se mantiene vigentes.

Sistemas de copago en Europa.

La contribución o copago puede afectar a las siguientes modalidades de atención sanitaria:

- Atención primaria.
- Consultas con especialista.
- Atención hospitalaria.
- Servicio de Urgencias.
- Fármacos.

El copago en estas cinco modalidades existe en todos los Países de Europa Central y Escandinavia. En Italia se paga todo lo anterior, menos la asistencia primaria; en las urgencias italianas se paga unos 15 euros, pero los devuelven si ingresa el paciente, es decir si la urgencia está justificada.

El nivel de colaboración en la hospitalización oscila entre los 5 y los 70 euros. En Inglaterra se descuenta parte de la pensión, como se ha dicho más arriba.

Hace pocos años, en Alemania, se instauró el copago por consulta. Se establece una cantidad en la primera vez, que disminuye a la mitad en la segunda consulta, si se comprueba que hay razones patológicas que lo justifique. La tercera consulta es simbólica. La frecuentación descendió en un 10%.

En Holanda tienen derecho a un reembolso parcial de sus aportaciones aquellas per-

sonas que utilizan lo menos posible el sistema sanitario.

Con este sistema español de cooperativas de médicos, apuntado antes, y similar al clásico modelo inglés, el tiempo de espera para ser recibido por el médico disminuye.

En un estudio norteamericano en dos grupos de familias, uno con un copago de fármacos y otro gratuito se observó que no había diferencias respecto al estado de salud, salvo en pacientes cardiovasculares y en pacientes sin medios económicos.

Conclusiones.

Como resumen de lo referido hasta ahora y de mi experiencia personal, llego a la siguiente síntesis:

Control de la demanda, mediante el copago.

1. La gestión de la demanda es muy difícil. No hay consenso respecto a la implantación del copago, con excepción del farmacéutico, ligado a la renta.

No obstante, se puede considerar la aportación en otras modalidades. Siempre se debería tener en cuenta la situación de enfermos crónicos y los bajos niveles de renta.

El copago ha de tener una finalidad disuasoria, no recaudatoria.

Nuevas tecnologías y nuevos fármacos

2. En la evaluación y uso de las nuevas tecnologías se impone un control más riguroso del gasto. Cada médico debería recibir periódicamente un informe sobre el gasto que ha generado con sus peticiones, tanto de pruebas diagnósticas como de tratamiento, (prótesis, material fungible o de aquel usado en procedimientos invasivos), así como de gasto farmacéutico.

El médico debe conocer la relevancia de

cualquier aportación de nuevos fármacos, de sus ventajas sobre los existentes afines y de su precio. Debe guiarse por opiniones objetivas, no solo por consejos de interés comercial.

El médico de cabecera debe hacer una síntesis de la toda la medicación del paciente, prescrita por diversos especialistas, y reducirla a los fármacos oportunos.

También se debería desvelar la proporción de hallazgos con patología significativa en las pruebas diagnósticas solicitadas, que estén basados en el informe del especialista y en la observación personal del peticionario.

El uso de guías o protocolos podría servir para aminorar los efectos perversos de la “medicina defensiva”.

En alguna Comunidad Autónoma ya hay una Agencia Especial que recomienda el uso racional, y no rutinario o de complacencia, en la prescripción de fármacos y en la petición de estudios de imagen. También pide moderación en las campañas de medicina preventiva. Todo ello basado en estudios epidemiológicos con evidencia estadística y científica.

Servicios de Urgencia.

3. En el año 2012 acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital universitario “Virgen de la Arrixaca” 99.254 personas. Ingresaron el 13,6 %. Es una muestra del uso indebido de las urgencias.

Retribución por productividad y seguridad en el empleo.

4. Se debe diseñar una política de recursos humanos en el cual se promueva la motivación y se valore el desempeño de la función, con aumento del peso de las retribuciones variables, en especial la productividad. Debe desterrarse el concepto de “funcionario” en

la sanidad, en todos los niveles. En toda la función pública y para el futuro, (para no herir los derechos adquiridos), ha de haber un factor de incertidumbre en el puesto de trabajo.

No se deben aceptar estas frases: “Ellos hacen como que me pagan y yo hago como que trabajo” o “me engañarán en el sueldo, pero no en el trabajo”. Al puesto de trabajo “hay que llegar desayunado y con el periódico leído”, me dijeron hace muchos años.

Las consecuencias de esta falta de ética laboral son nefastas, aunque una conducta de la minoría. Para la mayoría, que son profesionales ejemplares, el agravio comparativo es un veneno para la convivencia.

Potenciar la Asistencia Primaria

5. Potenciar la Asistencia Primaria y mejorar la conexión con los especialistas del hospital. El Médico de Familia debe controlar el acceso del paciente al hospital, bien sea a Urgencias o bien a las Consultas Externas.

Uso eficiente de los recursos por sanitarios y pacientes.

6. Se debe imponer el uso eficiente de los recursos y subrayar la calidad asistencial y la seguridad de los pacientes. Es preciso valorar la efectividad de las innovaciones diagnósticas y terapéuticas. Se debe formar a los médicos para que no utilicen de forma excesiva las pruebas complementarias, bien de análisis o de imagen. No deben alegar el recurso de la “Medicina Defensiva”.

El acceso a la segunda opinión disminuye el número de intervenciones quirúrgicas.

En una revisión personal de 100 TAC, en el año 1982, se observó que de 100 estudios, 97 eran normales y sólo 3 presentaban una imagen patológica.

También los usuarios deben ser responsables en la utilización de los recursos públicos.

Exigencia de calidad y productividad por los ciudadanos.

7. Los ciudadanos deben ser exigentes tanto en la calidad de las prestaciones que precisen como en la productividad del sector público, sostenido por todos.

8. Tanto el paciente como el médico deben tener una constancia del consumo sanitario que generan. El paciente debe interpretarlo como una muestra de la solidaridad de sus conciudadanos. El médico como un indicio de moderación ante cualquier desvío.

Educación sanitaria y promoción de estilos de vida saludable.

9. Debe ponerse el acento en la educación sanitaria y en promover estilos de vida saludables, con el fin de frenar la medicalización de la vida diaria.

Compromiso para luchar contra el despilfarro.

10. En el sector sanitario es imprescindible el compromiso de todos los agentes implicados para luchar contra el despilfarro.

Bibliografía

1. Abril Martorell et al.- Resumen. http://wikipedia.org/wiki/Informe_Abril
- 2.-Bocognano A . Which coverage for whom? Equity of access to health insurance in France. Paris. CREDES. 2000.
3. Caplan A.L. - If I were a rich man could I buy a pancreas? And others essays on the ethics of health care. Indiana University Press. 1992.
4. Emmerson C, et al. - Should private medical insurance be subsidized? Health Care in the United Kingdom. 2001. 511 4:49-65.
5. García Perea P, et al.- Estrategias de reforma de los Servicios Sanitarios en la UEM.
6. Guerrero Fernández. M.- El paciente activo ante su salud. El envejecimiento poblacional y la ética del sector sanitario. Conferencia en la Academia de Farmacia de Murcia. Diciembre 2012.
7. Kaiser Family Foundation. Trends and indicators in the changing health care market place. <http://www.kff.org/content/2002/3161/marketplace2002finalc.pdf>. 2003
8. Lane TA et al. - Using the hospital emergency department as a regular source of care. European J. of Epidemiology. 1997. 13:223-228.
9. Mas Nuria et al.- Los sistemas de copago en Europa, Estados Unidos y Canadá: Implicaciones para el caso español. IESE Business School-Universidad de Navarra.
10. Mossialos E, Thompson S. - Voluntary health insurance in the European Union: report prepared for the Directorate General for employment and Social Affairs of the European Commission: http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_prot/social/index_en.htm. London School of Economics and Potential Science. 2002.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8116/>
11. Oberlander J, et al. - Rationing medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan.
12. Rubin RJ, et al. - Cost sharing in health insurance. New E. J. Medicine. 1995. 333. 11:773-774.

13. Sandier S. et al. Health care systems in eight countries; trends and challenges. Report commissioned by the Health Trends Review. HM Treasury. London. European Observatory on Health Care Systems. 2002.
14. Tamblyn R, et al.- Adverse effects associated with prescriptions drug cost-sharing among poor and elderly persons. JAMA. 2001. 285. 4.421-429.
15. Tormo Domínguez M.A.- La sostenibilidad del sistema nacional de salud y las (denominadas) nuevas fórmulas de gestión. Fondo bibliográfico de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia. (16-6-2009).

'Anestesia en el trasplante hepático. Veinticinco años de experiencia'

✿ **Francisco Acosta Villegas** ✿

Profesor Titular y Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

En el curso del trasplante hepático (TH) surgen profundas alteraciones que atañen a la hemodinámica, el metabolismo, la coagulación y, con frecuencia a la función renal y pulmonar. Muchas de estas funciones vitales ya se encuentran previamente dañadas por la insuficiencia hepática y continúan deteriorándose durante las dos primeras fases de la intervención e incluso, bien avanzada la fase neohepática; aunque al final de la misma la mayoría de ellas llega a normalizarse: hecho vinculado estrechamente con la pronta restauración de la función del injerto.

Evaluación preoperatoria.

El paciente con insuficiencia hepática muestra un sistema cardiovascular con patrón hiperdinámico, caracterizado por gasto cardíaco (GC) elevado y resistencias vasculares sistémicas (RVS) bajas, que va a soportar una formidable prueba de esfuerzo en el curso perioperatorio. Se ha advertido de una alta incidencia de complicaciones cardiovasculares tras el trasplante hepático como insuficiencia cardíaca congestiva (56%) y arritmias (25%)¹. Pero, hasta ahora, no se ha aceptado protocolo alguno que sirva para detectar la patología cardiovascular asintomática antes del TH; o en los pacientes sintomáticos el riesgo de complicaciones perioperatorias. En tal situación, resulta difícil decidir que pacien-



Francisco Acosta Villegas.

tes con patología cardiovascular no son aptos para recibir un TH.

Las dos entidades más frecuentes en el paciente cirrótico son la miocardiopatía y la coronariopatía. La miocardiopatía cirrótica se caracteriza por disfunción sistólica y diastólica, disociación electro-mecánica, prolongación de la repolarización ventricular (intervalo QT) y respuesta disminuida a la estimulación beta. En muchos casos, sin embargo, la clínica no se evidencia en situación de reposo, dado que el trabajo cardíaco está reducido por la vasodilatación arterial.

Pero cuando estos pacientes sufren un estrés fisiológico o farmacológico, tal como el TH, pueden cursar con insuficiencia cardiaca aguda. La ecocardiografía preoperatorio nos informará del estado de la función ventricular previo al TH y resulta mandatoria.

La coronariopatía es corriente en el cirrótico (2,5 a 27%); si es significativa, más del 50% de ellos podrían fallecer en el periodo perioperatorio. El reto pues, estriba en identificar a aquellos pacientes asintomáticos que, sin embargo, tienen una coronariopatía patente. Desafortunadamente, no existe consenso en como evaluar a estos pacientes. Entre las pruebas recomendadas están: a) el índice de calcio, que determina, mediante tomografía computarizada, la cantidad de calcio depositada en las arterias coronarias; b) la prueba de estrés. Se ha comprobado que la prueba con dobutamina, valorada mediante ecocardiografía con perfusión de contraste, es la mas sensible para detectar la isquemia miocárdica en los pacientes cirróticos; finalmente c) la angiografía coronaria es precisa cuando la prueba de estrés resulta positiva².

El término "síndromes hepatopulmonares" distingue especialmente a dos, que son consecuencia pulmonar de la disfunción hepática, tiene características propias y grave relevancia clínica. El síndrome hepatopulmonar (SHP) y la hipertensión portopulmonar (HTPP) constituyen los extremos de un amplio espectro de vasculopatía que va desde la vasodilatación extrema a la vasoconstricción. Si bien guardan relación patogénica con la hipertensión portal, tienen mecanismos fisiopatológicos claramente diferenciados y exactamente opuestos.

El SHP se define por la triada: a) disfunción hepática; b) hipoxemia; y c) vasodila-

tación pulmonar. Su incidencia se fija entre el 10 y 32% de los candidatos a TH. No parece existir una relación clara entre el grado de disfunción hepática y la gravedad de la hipoxemia, aunque ésta sí se relaciona con la mortalidad. El diagnóstico del SHP comienza documentado la hipoxemia, mediante gasometría arterial, y continúa con la ecocardiografía de contraste con suero salino, para diferenciar los "shunts" derecha-izquierda pulmonares de los cardiacos. Constatada la existencia del "shunts", se cuantifica su magnitud por medio de la gammagrafía con microagregados de albúmina marcada. No criterios comúnmente aceptados sobre que pacientes con SHP se pueden trasplantar, aunque parece que una $PaO_2 \leq 50$ mmHg preoperatorio identifica a los pacientes de mayor riesgo³.

La existencia de HTPP se verifica mediante tres hallazgos hemodinámicas: a) presión media en arteria pulmonar (PAPM) > de 25 mmHg; b) resistencia vascular pulmonar (RVP) > de 240 din.sg.cm^{-5} ; y c) presión capilar pulmonar (PCP) < 15 mmHg. Su prevalencia se establece entre el 4 y 5% de los pacientes candidatos a TH. El diagnóstico definitivo de la HTPP precisa que se confirme el incremento de la presión y resistencia vascular pulmonar, por lo que el cateterismo cardiaco derecho es la prueba de referencia. Ahora bien, la ecocardiografía previa es una prueba excelente, especialmente útil para excluir la presencia de HTPP con un valor predictivo negativo del 100%. Si la sospecha persiste, el cateterismo ratificará o excluirá terminantemente la HTPP, aceptándose que cuando la PAPM sea > 40mmHg y la RVP > 240 din.sg.cm^{-5} es recomendable diferir la cirugía e iniciar tratamiento vasodilatador^{4, 5}.

En suma, la evaluación del candidato a TH debe centrarse en la detección y cuantificación de los síndromes cardiacos y pulmonares característicos del cirrótico. El examen comenzará con una ecocardiografía, a la que continuarán pruebas ya mas dirigidas en función de los hallazgos. Desgraciadamente, hay pocos protocolos que ayuden a decidir si se acepta o no un candidato en función de estos exámenes, pese a ser una cuestión de singular trascendencia en el resultado del TH.



Pascual Parrilla, Emilio Robles y Francisco Acosta.

Consideraciones intraoperatorias.

1. Monitorización específica.

Ante la magnitud y agudeza de las distintas alteraciones que cursan durante la intervención, es preciso una monitorización completa y diversa que las detecte inmediatamente y permita una evaluación constante del tratamiento aplicado.

El conocimiento exacto de la función cardiovascular en cuanto a precarga, postcarga y contractilidad, junto a la respuesta a fármacos inotropos o vasopresores es ahora posible mediante los actuales catéteres de arteria pulmonar, que determinan las variables hemodinámicas de forma prácticamente continua (cada minuto). Por otra parte, la monitorización con ecocardiografía transesofágica es sinérgica a la anterior pues, además de ofrecer otra visión de la función ventricular, resulta insuperable para detectar precozmente trombos o aire. Se ha demostrado

que el seguimiento de la coagulación durante el TH, basado en las pruebas de laboratorio cuantitativas es incompleto y tardío. Por ello, el tromboelastograma (TEG) se ha convertido en un dispositivo esencial de monitorización en el TH.

2. Alteraciones hemodinámicas.

La presión arterial (PA) es al producto del GC por las RVS. Sabemos que en el paciente cirrótico ambos factores alcanzan valores extremos, de modo que mantener la PA es un equilibrio inestable, fácilmente perturbable durante el TH. En la fase de disección, el deterioro hemodinámico suele ser consecuencia de la hemorragia quirúrgica, a veces profusa. Para preservar la volemia, el dispositivo denominado sistema de infusión rápida (Belmont®) resulta muy práctico pues permite administrar una mezcla de fluidos discrecional: hemáties, plasma y cristaloides contenidos en un reservorio (3L) a temperatura de 37°C y velocidad controlada (hasta 750 mL/min). Durante esta fase del TH, la actitud más razonable consiste en reponer pérdidas solo para man-

tener la PA mínima que garantice una perfusión tisular adecuada y un hematocrito en torno al 25%. Se trata de una estrategia denominada "hipovolemia moderada" ya empleada, aunque mas rigurosamente, en la cirugía hepática no trasplantadora. En el paciente tratado con TH, las importantes alteraciones sistémicas y su posible repercusión, aconseja un planteamiento mucho más cauto respecto a la tolerancia a la hipovolemia⁶.

La exclusión vascular de hígado, en la fase anhepática, supone el descenso drástico del retorno venoso y por ende del GC. Para preservar la PA es preciso una respuesta vasopresora de igual magnitud, lo que no nos garantiza la disfunción autonómica del cirrótico. Por ello, se ha recurrido a la instauración del "by-pass" venovenoso y a la administración generosa de fluidos, inotropos y vasopresores. En la actualidad, gracias a la técnica de preservación de la vena cava, el cuadro hemodinámico es mucho menos dramático, con cambios del GC y RVS de menor entidad. Otras ventajas son la reducción del consumo de hemoderivados, necesidad de inotropos/vasopresores, mantenimiento de la diuresis y menor tiempo quirúrgico^{7, 8}.

En los momentos iniciales de la revascularización del injerto sobrevienen los cambios hemodinámicos mas acentuados del TH y se distinguen por la disminución de la frecuencia cardiaca, PA y RVS, así como aumento del GC y presiones de llenado cardiacas. Cuando el cuadro adquiere especial magnitud se denomina síndrome postreperusión (SPR)⁹. La génesis de este síndrome se ha vinculado, tradicionalmente, con diversos factores. Ahora parece descartada la disfunción ventricular¹⁰: el factor precipitante principal de la hipotensión arterial observada parece ser la

vasodilatación aguda, consecuencia de la hiperemia esplácnica y esencialmente hepática¹¹. Se ha observado, también, que la técnica de preservación de la vena cava aminora los cambios hemodinámicos en la repercusión¹². El tratamiento del SPR depende de cómo se afecten las distintas variables hemodinámicas, pudiendo precisarse atropina, vasoconstrictores, inotropos y fluidos, junto con Cl_2Ca y CO_3HNa . Avanzada la fase neohepática el equilibrio hemodinámico se restablece, aunque puede persistir una marcada vasodilatación arterial que precise la administración de vasoconstrictores.

3. Alteraciones metabólicas.

Pueden ser múltiples y acentuadas en función del estado previo del paciente y las circunstancias perioperatorias. La hipocalcemia iónica es una complicación característica del TH y está ocasionada por la transfusión masiva y la incapacidad del hígado para metabolizar el citrato. La hipocalcemia induce disfunción miocárdica y coagulopatía, por lo que se precisa una monitorización constante y un tratamiento diligente mediante una perfusión continua de Cl_2Ca ¹³. Por otra parte, el citrato quela al Mg^{++} con igual avidez que al Ca^{++} . La hipomagnesemia se manifiesta por disrritmias inespecíficas y depresión miocárdica que, a veces, requiere tratamiento¹⁴.

La hipercalemia es otra alteración frecuente en el TH. El nivel de K^+ puede ir aumentando durante la intervención a causa de la disfunción renal y la transfusión masiva; para hacerlo descender se administra glucosa mas insulina y se promueve la diuresis con furosemida. La hipercalemia súbita e inesperada es frecuente en la reperusión y cursa con alteraciones electrocardiográficas e incluso

cardiooplejia, que necesita un tratamiento contundente con CO^3HNa y Cl^2Ca , mejor profiláctico¹⁵.

4. Alteraciones de la coagulación.

El sangrado intraoperatorio tiene tres posibles orígenes: coagulopatía previa, hemorragia quirúrgica y fibrinolisis. Aunque el consumo de hemoderivados durante el TH ha descendido drásticamente en los últimos años, todavía un 20% de los pacientes sufren una hemorragia copiosa. Recientemente se ha demostrado que la cantidad de hemoderivados administrados, especialmente plaquetas, influye negativamente en la supervivencia¹⁶. Por tanto, resulta de capital importancia instaurar estrategias que prevengan y reduzcan el sangrado, así como protocolos bien fundamentados que guíen la transfusión.

- a. ¿Podemos predecir el sangrado? Se trata de una cuestión polémica pues, mientras algunos autores apuntan distintos actores preoperatorios de riesgo, otros consideran que es impredecible, pues no podemos conocer “a priori” factores tan determinantes como el tiempo quirúrgico, la hemorragia quirúrgica o la calidad del injerto, entre otros.
- b. La coagulopatía del cirrótico. Su relación con el sangrado es un mito que algunos argumentos pueden poner en entredicho. Así, sabemos que los cirróticos con tiempos de protrombina (TP) y tromboplastina anormales pueden generar, sin embargo, cantidades adecuadas de trombina. Por otra parte, la coagulopatía no es tan importante como sugiere la medida de estos tiempos, por lo que el riesgo de hemorragia está determinado principalmente por la existencia de

hipertensión portal y sus consecuencias locales en el tracto gastrointestinal. Finalmente, aunque disminuye la síntesis hepática de factores de la coagulación, coexiste un profundo déficit de anticoagulantes naturales: proteína C y antitrombina, que equilibran la tendencia a la hemorragia causada por el déficit de procoagulantes¹⁷.

- c. Monitorización de la coagulación. Aunque el TP está alargado en el cirrótico, ello no significa que exista una tendencia a la hemorragia, debido a que éste solo mide factores los procoagulantes y no los anticoagulantes. Por otra parte, la variabilidad del cociente normalizado internacional (INR) es sustancial. El INR solo está validado para pacientes con tratamiento anticoagulante con antagonistas de la vitamina K¹⁸. En definitiva, ambas pruebas son claramente útiles para evaluar el pronóstico de la hepatopatía, pero guardan poca relación con el riesgo de hemorragia¹⁷. No existe, por lo tanto, un “gold standard” para la monitorización de la coagulación. En consecuencia, no hay acuerdo sobre qué valores de laboratorio indican la necesidad de transfundir.

Una opción no excluyente de la anterior es el tromboelastograma (TEG), ya consolidado en el TH. El dispositivo permite la monitorización a la cabecera del paciente, con resultados rápidos. Evalúa la formación del coágulo y la fibrinolisis, pero a diferencia de las pruebas convencionales realizadas en plasma, el TEG utiliza sangre entera e informa de la formación y estabilidad del coágulo, valorando las interacciones de la

sangre y todos los componentes de la coagulación. El TEG mide el nivel de fibrinógeno, función plaquetaria, hiperfibrinolisis y valora la posible eficacia de los antifibrinolíticos. Sin embargo, hasta ahora, no disponemos de protocolos estandarizados que indiquen cuando se precisan los hemoderivados y en qué cantidad¹⁹.

- d. Estrategia anestésica para reducir el sangrado. Durante el TH se sigue una terapia de sustitución de volumen restrictiva, justificada porque los cirróticos tienen alterada la distribución de volumen sanguíneo, presentando un embalsamiento en el área esplácnica, por lo que la expansión de volumen resulta en una congestión venosa esplácnica con escasa repercusión en la mejora de la precarga cardiaca. Por otra parte, la administración de cristaloides o coloides produce coagulopatía. En definitiva, la restricción de volumen evitará la hipermia esplácnica y la hemodilución²⁰.
- e. Administración de hemoderivados. Los determinantes del consumo son el sangrado y los protocolos de transfusión al uso. Desafortunadamente, no disponemos de guías de transfusión basadas en la evidencia para decidir cuando y en qué cantidad administrar los hemoderivados; como consecuencia, existe una gran variabilidad entre hospitales e incluso anestesiólogos del mismo, en cuanto a su indicación²¹. No conocemos el umbral de la hemoglobina, aunque se aconseja una "anemia permisiva" durante la fase de disección. El plasma se debería utilizar solo como terapia de rescate en caso de hemorragia y no para

normalizar el TP. Igualmente, desconocemos el nivel mínimo aceptable de plaquetas y se ha comunicado que contribuyen a la apoptosis celular del endotelio sinusal¹⁶. En suma, debemos administrar hemoderivados solo para evitar el sangrado y no para normalizar las pruebas de coagulación, aunque el paciente no sangre.

- f. Fármacos procoagulantes y antifibrinolíticos. Queda por establecer el valor de la desmopresina en el TH, pues aunque corrige el tiempo de hemorragia, no necesariamente disminuye el sangrado. La experiencia con el factor VII en el TH es escasa; no pudiendo recomendar actualmente su empleo²². En cuanto a los fármacos antifibrinolíticos, está demostrado fehacientemente que tanto la aprotinina (AP) como el ácido tranexámico (AT) reducen el consumo de hemoderivados, sin que haya evidencia de que aumenten el riesgo de complicaciones tromboticas²³. Sin embargo, el estudio BART ha evidenciado que el uso de la AP en cirugía cardiaca conlleva riesgos inaceptables, quedando suspendido su empleo²⁴. En este momento la cuestión es: ¿se deben emplear de rutina los antifibrinolíticos en el TH? La experiencia nos dice que sí, por dos razones: primera, el sangrado no es predecible; segunda, la cantidad de hemoderivados transfundidos ensombrece el pronóstico. En consecuencia, hay que evitar las pérdidas sanguíneas a toda costa; para ello se recomienda el tratamiento profiláctico con AT, a dosis bajas, desde el comienzo de la intervención^{20, 25}.

5. Alteraciones pulmonares y renales.

Aparte de los “síndromes hepatopulmonares” preexistentes, en el curso del TH pueden surgir dos graves complicaciones respiratorias que se manifiestan como edema agudo de pulmón y son consecuencia de la transfusión de hemoderivados. Se trata de la lesión pulmonar aguda y la sobrecarga cardiaca. La primera es la forma inflamatoria y exudativa del edema, mientras que la segunda es la presentación hidrostática y trasudativa. La distinción entre ambas entidades puede ser difícil pero muy importante dado que las estrategias clínicas y terapéuticas son diferentes²⁶. La insuficiencia renal aguda (IRA) ocurre en más del 30% de los TH y tiene un impacto decisivo en el resultado, de ahí la importancia de prevenirla o tratarla precozmente²⁷. Distintos factores predicen la aparición de IRA perioperatoria: disfunción renal previa, grado de disfunción hepática, hipoalbuminemia, volumen transfundido, empleo de vasoconstrictores, duración de la intervención y calidad del injerto. Además, la técnica de preservación de la vena cava contribuye a mantener la función renal²⁸. Durante la intervención, la administración de manitol y furosemida mejoran la diuresis. Finalmente, en los pacientes que precisan un TH urgente es frecuente la oligoanuria. En tal caso, el uso de la hemodiálisis y/o hemofiltración continua, en función de la tolerancia hemodinámica del paciente, permite prevenir o tratar la sobrecarga de fluidos y balancear los electrolitos²⁸.

Consideraciones postoperatorias.

El curso postoperatorio inmediato al TH viene determinado por tres factores: la afectación sistémica preoperatoria, las incidencias pos-

operatorias y el restablecimiento de la función del injerto. Tras la cirugía se va consolidando la estabilidad hemodinámica y de la coagulación. Se vigila estrechamente el posible sangrado y la restauración de las funciones hepática y renal. Aunque existen partidarios de la extubación precoz²⁹, en la primera hora conviene actuar con cautela y asegurarnos antes de que todas las funciones orgánicas progresan a la normalización. Efectivamente, es deseable limitar el tiempo de ventilación mecánica ante el riesgo de neumonía; pero si bien la extubación precoz reduce este tiempo, no el de estancia en cuidados críticos³⁰.

Las complicaciones cardiacas postoperatorias son frecuentes y la primera causa de muerte; de ellas, el edema pulmonar es la más común. Se ha comprobado que el único factor independiente que lo predice es el índice MELD integrado³¹. No se ha establecido la patogenia, apuntándose la miocardiopatía cirrótica subclínica, desenmascarada por el estrés quirúrgico, la sobrecarga de volumen y el incremento del tono vascular tras el TH. Otra posibilidad sería el aumento de la permeabilidad vascular pulmonar producido por las citocinas liberadas por la isquemia/repercusión hepática o la endotoxemia.

Conclusiones

Durante el TH concurren graves alteraciones hemodinámicas, metabólicas y de la coagulación que obligan a realizar una evaluación preoperatoria estricta, especialmente cardiopulmonar, antes de aceptar al candidato. La exclusión/inclusión vascular supone una prueba colosal para un sistema cardiovascular notablemente deformado y alcanza su momento culminante en la reperfusión. Por

ello, es preciso una monitorización hemodinámica rigurosa que guíe el tratamiento diligente. La coagulopatía previa, la hemorragia copiosa y la fibrinólisis acusada son distintivas del TH. Dadas las consecuencias adversas sobre la supervivencia, actualmente se opta por una actitud restrictiva para reponer las pérdidas, generalizándose el tratamiento profiláctico con antifibrinolíticos. La evolución postoperatoria temprana está condicionada por el deterioro sistémico previo, los sucesos intraoperatorios y la reintegración del injerto. Finalmente, la complicación postoperatoria más habitual es el edema pulmonar, de origen incierto.

Bibliografía

1. Therapondos G, Flapan A, Pleuras J, et al. *Cardiac morbidity and mortality related to orthotopic liver transplantation*. Liver Transpl 2004; 10:1441-1453.
2. Tsutsui J, Mukherjee S, Elhendy A, et al. *Value of dobutamine stress myocardial contrast perfusion echocardiography in patients with advanced liver disease*. Liver Transpl 2006; 12:592-599.
3. Gupta S, Castel H, Rao R, et al. *Improved survival after liver transplantation in patients with hepatopulmonary syndrome*. Am J Transplant 2009; 9:1-10.
4. Ramsay M. *Liver Transplantation and pulmonary hypertension: pathophysiology and management strategies*. Curr Opin Organ Transplant 2007; 12:274-280.
5. Acosta Villegas F, Sansano Sánchez T y García Palenciano C. *Técnicas diagnósticas de hipertensión pulmonar en pacientes en lista de espera para trasplante hepático*. GH Continuada 2007; 6:237-241.
6. Lukanovic N. *Hot topics in liver anesthesia*. Transplant Proc 2008; 40:1187-1189.
7. Acosta F, Rodríguez M, Sansano T, y col. *Técnica de preservación de la vena cava frente a técnicas estándar con y sin bypass venovenoso en el trasplante ortotópico de hígado*. Cir Esp 1998; 64:516-520.
8. Acosta F, Sansano T, Robles R, et al. *Hemodynamic consequences of portal and lateral clamping of the inferior vena cava during liver transplantation*. Transplant Proc 1999; 31:2413-2414.
9. Ramsay M. *The postreperfusion syndrome: have we made any progress?* Liver Transpl 2008; 14:412-414.
10. De la Morena G, Acosta F, Villegas M, et al. *Ventricular function during liver reperfusion in hepatic transplantation*. Transplantation 1994; 58:306-310.
11. Acosta F y Sabate A. *El síndrome postreperusión en el trasplante ortotópico de hígado*. Rev Esp Anestesiología Reanimación 1996; 43:276-280.
12. Acosta F, Rodríguez M, Sansano T, et al. *Influence of surgical technique on postreperfusion syndrome during liver transplantation*. Transplant Proc 1999; 31:2380-2381.
13. Diaz J, Acosta F, Parrilla P, et al. *Correlation among ionized serum calcium, citra-*

- te and total calcium levels during hepatic transplantation. *Clin Biochem* 1995; 28:315.
14. Diaz J, Acosta F, Parrilla P, et al. *Serum ionized magnesium monitoring during orthotopic liver transplantation*. *Transplantation* 1996; 61:835-837.
 15. Acosta F, Diaz J, Sansano T, et al. *Prophylactic treatment of metabolic alterations during revascularization in liver transplantation*. *Transplant Proc* 1994; 26:3667.
 16. Perenboom I, Lisman T and Porte R. *Platelets in liver transplantation: friend or foe?* *Liver Transplant* 2008; 14:923-931.
 17. Caldwell S, Hoffman M, Lisman T, et al. *Coagulation disorders and hemostasis in liver disease. Pathophysiology and critical assessment of current management*. *Hepatology* 2006; 44:1039-1046.
 18. Tripodi A. *Test of coagulation in liver disease*. *Clin Liver Dis* 2009; 13:55-61.
 19. Kang Y and Audu P. *Coagulation and liver transplantation*. *Int Anesthesiol Clin* 2006; 44:17-36.
 20. Dalmau A, Sabate A and Aparicio I. *Hemostasis and coagulation monitoring and management during liver transplantation*. *Curr Opin Organ Transplant* 2009; 14:7.
 21. Ozier Y and Tsou M. *Changing trends in liver transfusion practice in liver transplantation*. *Curr Opin Organ Transplant* 2008; 13:304-309.
 22. Vicent J, Rossaint R, Riou B, et al. *Recommendations on the use of recombinant activated factor VII as an adjunctive treatment for massive bleeding*. *An Franc Anesth Reanim* 2007; 26:145-156.
 23. Molenaar I, Warnaar N, Groen H, et al. *Efficacy and safety of antifibrinolytic drugs in liver transplantation. A systematic review and meta-analysis*. *Am J Transplant* 2007; 7:185-194.
 24. Fergusson D, Hebert P, Mazer C, et al. *A comparison of aprotinin and lysine analogues in high risk cardiac surgery*. *N Engl J Med* 2008; 358:2319-2331.
 25. Dalmau A, Sabate A, Acosta F, et al. *Tranexamic acid reduces red cell transfusion better than epsilon-aminocaproic acid or placebo in liver transplantation*. *Anesth Analg* 2000; 91:29-34.
 26. Skeate R and Esatlund T. *Distinguishing between transfusion related acute lung injury and transfusion associated circulatory overload*. *Curr Opin Hematol* 2007; 14:682-687.
 27. Phuong-Thu T, Phuong-Chi T and Wilkinson A. *Management of renal dysfunction in the liver transplant recipient*. *Curr Opin Organ Transplant* 2009; 14:231-239.
 28. Cabezuolo J, Ramirez P, Rios A, et al. *Risk factors of acute renal failure alter liver transplantation*. *Kidney Int* 2006; 69:1073-1080.
 29. Mandell M, Campsen J, Zimmerman M, et al. *The clinical value of early extubation*. *Curr Opin Organ Transplant* 2009; 14:297-302.
 30. Findlay J, Jankowski C, Vasdev G, et al. *Fast track anesthesia for liver transplantation reduces postoperative ventilation time but not intensive care unit stay*. *Liver Transpl* 2002; 8:670-675.
 31. Fouad T, Abdel-Razek W, Burak K, et al. *Prediction of cardiac complications after liver transplantation*. *Transplantation* 2009; 87:763-770.

'Avances en traumatología del deporte'

✿ José Luis Martínez Romero ✿

Cátedra de Traumatología del Deporte de la Universidad Católica San Antonio de Murcia

*Excmo Sr. Presidente y Vicepresidente,
Srs Académicos,
Señoras y Señores:*

Sean mis primeras palabras de agradecimiento por la invitación a venir a esta nuestra Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

Gracias al Prof. Clavel Sainz-Nolla, amigo y maestro en la Traumatología por su invitación y apadrinamiento.

Vamos a hablar de lo que representa la Traumatología del Deporte en Nuestra Sociedad y de los beneficios que produce para las personas que practican una actividad física o deporte o incluso para los que no lo practican.

El deporte está claro que es un fenómeno de masas, así por ejemplo más de 200 países pertenecen al Comité Olímpico Internacional, y en lo que respecta al fútbol existen unos 270 millones de practicantes federados . Sólo en España hay 869.320 federados en fútbol y 3.498.848 licencias federativas en total.

A eso habría que añadir las personas que practican actividad física sin federar que son incontables ya que deporte y actividad física se puede hacer desde la más tierna infancia hasta la madurez más avanzada, es decir, se puede hacer deporte a cualquier edad y condición, sólo que no se deben superar las capacidades físicas y psicológicas de cada perso-

na, pues si no, aparecerán los problemas antes o después.

El deportista al hacer deporte está haciendo algo saludable, pero también en función de la intensidad con la que practica también corre unos riesgos de sufrir accidentes casuales o lesiones típicas deportivas tanto agudas como por sobrecarga en una zona anatómica por mecanismos repetitivos.

El prevenir y tratar las lesiones deportivas de esos millones de personas con unos fundamentos propios es la función de la Traumatología del Deporte.

La Traumatología del Deporte no sólo tiene pues una función elitista sino que tiene una función eminentemente social para ayudar a esos millones de personas incluso en el ámbito de la Medicina Familiar, que ya empieza a utilizar conceptos de la Traumatología y la Medicina del Deporte para la prevención y tratamiento de lesiones, control de ciertas enfermedades con la prescripción de actividad deportiva, y ayuda a mejorar la calidad de vida de nuestros mayores.

La Traumatología del Deporte es pues el Paradigma de la Medicina Funcional, ya que no sólo trata de recuperar de la patología lesional desde el punto de vista biológico y funcional, sino que ayuda al deportista a recuperar su autoestima y la confianza en sus posibilidades para volver a sus marcas,

tiempos y registros o incluso bajarlos al mismo tiempo que se recuperan totalmente.

La gran pregunta a realizar es: **¿Se trata igual a los deportistas que a los no deportistas?**

La contestación es radicalmente que no, no se tratan igual, pero eso no es óbice para intentar que eso no sea así y procuremos aplicar los conceptos de la Traumatología del Deporte, cada día, a los casos que se nos presentan de personas sedentarias o deportistas de ocio, pues tienen el mismo derecho y nuestra función es aplicar nuestros mejores conocimientos a aquel que nos solicita nuestros servicios profesionales, sin distinción de edad y condición.

Una vez dicho esto vamos a hacer una breve introducción personal que servirá para explicar muchos conceptos que desarrollaremos a continuación.

Introducción

Como murciano, nacido en 1951 en el popular barrio de San Juan de Murcia, es un honor para mí el estar hoy aquí ante ustedes para hablarles de mi experiencia en la Medicina y la Traumatología del Deporte, lo que significa y representa para la sociedad y lo que aporta y aportará de beneficios a todos, practiquen o no deporte, como veremos más adelante.

Para entender la Traumatología del Deporte hay que entender, sentir y vivir el deporte.

Siempre me ha gustado el deporte, lo he practicado intensamente hasta bien entrados los estudios de medicina, tanto en el campo del atletismo en su modalidad de lanzamientos, como en el voleibol, llegando a ser campeón de España e internacional Junior, y

Premio al Deportista más destacado de la Región de Murcia del año 1972.

Tuve la suerte de pertenecer a la primera promoción de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia, promoción que a pesar de contar con unos medios precarios, contó con un profesorado y una entrega tal de todos que se consiguió el fin último de formar buenos profesionales Médicos.

Desde siempre me apasionó el unir la Medicina y el Deporte, llegando a recibir años después el Premio a la Investigación en el Campo de la Medicina del Deporte de la Comunidad autónoma de la Región de Murcia.

Los 80 fueron unos años gloriosos, comenzando con el honor de recibir el título de Académico Correspondiente de esta Real Academia, al resultar premiado el trabajo: "Revisión de 800 fracturas de tibia. Tratamiento y resultados.", realizado en el Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Arrixaca, bajo la dirección del Prof. Clavel Sainz-Nolla.

Fueron los años en que comenzó esta andadura en la Medicina y la Traumatología del Deporte.

Mis maestros han sido como es lógico y en primer lugar mis padres.

José Martínez Llanos, querido por todos por su amabilidad, por sus bromas y entre otras cosas porque pagaba a todos los funcionarios al estar en la Caja de la Diputación Provincial. El siempre decía orgulloso a todos "mi hijo estudia medicina".

Y qué decir de mi madre Mari-Paz Romero Sobrino, digna hija de la primera mujer que trabajó en la Administración Pública en Murcia y maestra, que me empapó de la responsabilidad por las cosas bien hechas en general y de la enseñanza en particular y

sobretudo cuando se dirigía a los menos favorecidos en la antigua Misericordia y que aquí sigue dando ejemplo a todos.

Desde el punto de vista de la Medicina, bebí de las fuentes de mi familia (Dres. Evaristo Llanos Medina y Evaristo Llanos Alcázar) y de la medicina humanista de D. Gregorio Marañón amigo y compañero del primero y maestro del segundo.

Don Gregorio decía que para ver a un paciente “sólo hace falta tiempo y una silla “.

Hoy día, a pesar de todas las presiones que sufrimos en la actualidad es lo primero que debemos pensar cada vez que estamos delante de un paciente.

“Es el efecto de los grandes maestros”.

Maestro no es aquel que nos enseña mucho y bien, no solo es eso, maestro es aquel que además nos transmite comportamientos y formas de ser.

Mi primer gran Maestro en la Traumatología fue D. Manuel Clavel Nolla, que cuando entraba por primera vez a un quirófano, en la época en que se ponían las primeras prótesis de cadera modernas me decía: “José Luís, no te muevas de esa losa del suelo, pues podrías generar corrientes de aire que contaminen el campo quirúrgico”, con lo que me transmitió que el quirófano es el lugar sagrado de la traumatología y de que el enfermo es la única y gran responsabilidad.

Qué honor y gran responsabilidad fue el que un día me cediera su consulta en la Clínica de la Vega en las horas en que el no la



José Luis Martínez Romero y Manuel Clavel Sainz-Nolla, vicepresidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

ocupaba.

Con respecto al quirófano y los pacientes he tenido la gran suerte de compartir mi vida con María Dolores, la mejor enfermera clínica y docente del Área Quirúrgica que pueda haber. Con ella he aprendido a trabajar en equipo con las enfermeras, a cuidar a los pacientes y a luchar con esos enemigos invisibles del quirófano a los que a veces se desprecia porque no se les ve y que luego nos pueden dar tantos problemas.

Mi segundo Maestro fue y es, el Prof. Manuel Clavel Sainz-Nolla, con el que hice la Residencia en Cirugía Ortopédica y Traumatología en la Arrixaca. Con él trabajé durante trece años y aprendí los grandes conceptos de la Cirugía Ortopédica y Traumatología y especialmente de la Patología Ósea y Tumoral, cuando organizamos durante los años 76 al 80 las reuniones de Patología Ósea Tumoral con la presencia del Prof. Schajowicz, referente mundial en el tema.

Aprendí a trabajar con medios y con menos medios, como cuando durante nueve años estuvimos operando a los pacientes de la

Seguridad Social de la Zona Noroeste en Caravaca, evitando que se desplazaran a Murcia.

Con él también fue mi debut en la Universidad, que era mi gran ilusión, donde pusimos en marcha el centro de cirugía experimental con animales, colocando las primeras osteosíntesis dinámicas en perros. Eso fue el embrión del gran trabajo que después se ha venido haciendo en biomateriales bajo su dirección.

También con él compartí los primeros años de la Federación Española de Medicina del Deporte, con viajes interminables en tren hasta Pamplona, para defender nuestras posiciones en las asambleas.

Mi tercer y definitivo Maestro, en este caso ya en la Traumatología del Deporte y en la vida no es otro que el Prof. Pedro Guillén García.

En los años ochenta y con mi interés en la cirugía de rodilla primero y la Traumatología del Deporte después, contacté con él en sus cursos de rodilla en Majadahonda, Madrid. Ahí encuentro al Maestro en éste y otros muchos campos, con el que felizmente sigo colaborando intensamente.

El Prof. Guillén enseña que además de los conocimientos técnicos y profesionales personales, lo que más ayuda al paciente lesionado o traumatizado es el trabajo en equipo y allí viendo la colaboración entre los traumatólogos, rehabilitadores, enfermeros y fisioterapeutas es donde se produce el primer gran avance conceptual que consiste en aunar esfuerzos para que el lesionado consiga la curación biológica al mismo tiempo que la curación funcional, haciendo que se readapte inmediatamente a su actividad laboral o deportiva. Para ello, el paciente pasaba todo

el día fuera de la habitación e incluso en el proceso de rehabilitación se intentaba reproducir las condiciones laborales propias de su trabajo y deporte.

Este es el primer gran antecedente a la readaptación deportiva actual.

Ejemplo claro de la situación en ese momento es el caso de las lesiones de LCA, lesión invalidante que si se operaba mantenía unos tiempos de inmovilidad grandes produciendo grandes rigideces que tardaban muchos meses en solucionarse, si es que lo conseguían y es en esa época cuando se lesiona de LCA Arconada, portero de la Real Sociedad y de la Selección Española de Fútbol que es operado por el Prof. Guillén y en tres semanas de trabajo intensivo es visto ya recuperado para la deambulación y con buena movilidad de rodilla.

Es en este momento, cuando empieza la era moderna de la Traumatología del Deporte en España.

Qué es la traumatología del deporte

No es sólo un compendio de técnicas de tratamiento, hoy día es algo mucho más complejo y completo.

Es un arte y una filosofía que precisa del conocimiento y comprensión de los distintos deportes, de la personalidad del deportista y de la interacción de los distintos profesionales que inciden en la práctica deportiva: deportista, entrenador, directivos, medios de comunicación, preparadores físicos, fisioterapeutas, enfermeros, readaptadores físicos y si entramos en el tema del deportista en crecimiento, añadimos padres y entorno familiar.

La Traumatología del Deporte trata de la Prevención y Tratamiento quirúrgico y no

quirúrgico de las lesiones producidas durante o a consecuencia de la práctica deportiva. Estas lesiones pueden afectar a todo el aparato locomotor y las técnicas son múltiples para la recuperación de esas lesiones, son variadas y siempre enfocadas a la curación” ad integrum “, en el menor tiempo posible e intentando hacer coincidir la “curación biológica con la funcional “.

“La Traumatología del Deporte es pues el Paradigma de la Medicina Funcional.”

¿Qué estructuras se dañan? Huesos, músculos, tendones, fascias, ligamentos, cartilagos articulares y de crecimiento, discos vertebrales, nervios periféricos etc. sufren lesiones agudas y crónicas o de sobrecarga.

¿Que mecanismo provocan estas lesiones deportivas? Las lesiones típicas deportivas suelen ser de sobrecarga por la repetición de un gesto estresante sobre una zona anatómica, lo que puede llegar a producir “fatiga mecánica y biológica” en los tejidos y la degeneración o rotura de los mismos.

¿Cómo se resolverán estas lesiones? Son lesiones muy complejas de tratar que requerirán no sólo del tratamiento correcto de la lesión histológica sino y muy importante de la corrección de los factores de riesgo predisponentes y desencadenantes de la misma.

¿Cuál es el objetivo del tratamiento? Nuestra función será la de ayudar al deportista a efectuar el deporte de la mejor manera posible y alcanzar sus metas y marcas, con el mínimo riesgo y cuando aparece la lesión, poner en marcha todo un arsenal terapéutico que lleve a la recuperación “ad integrum” en el menor tiempo posible intentando conseguir la curación biológica al mismo tiempo que la funcional.

Cuando un tejido esté contusionado pero

no roto, podremos reiniciar y conseguir pronto la recuperación y cuando los tejidos sufran lesión anatómica y no sean competentes, nuestra misión será el conseguir hacerlos competentes mediante tratamientos ortopédicos o quirúrgicos y de esta manera comenzar también inmediatamente la recuperación.

En definitiva podemos concretar como **rasgo principal de esta disciplina médica** el que “El deportista se cura en movimiento”.

El ejemplo más claro es el de una fractura que se estabiliza mediante una osteosíntesis estable que permite no inmovilizar las articulaciones adyacentes con las consiguientes ventajas para la recuperación funcional en el tiempo de la consolidación de la fractura, y en algunos deportes incluso antes.

La Traumatología del Deporte va a usar los métodos convencionales de la Cirugía Ortopédica y Traumatología, pero con más intensidad, trabajo en equipo y colaboración del deportista lesionado, que pone todo de su parte.

A qué denominamos avances

Según la Real Academia de la Lengua Española es todo lo que ayuda o favorece el ir hacia delante. Pero eso sólo es el hecho, lo que nos planteamos ante este concepto es hacia dónde nos lleva ese avance. ¿Hacia algo positivo ? ¿O hacia un precipicio?

Como muy bien dice el Prof. Guillén, “*no todo lo nuevo es bueno, pero todo lo que triunfa hoy alguna vez fue nuevo*”.

Hoy en día es tal la presión social y mediática existente que a cualquier nueva situación o experimento se le da tal relevancia, que lo mismo se ofrecen procedimientos sin base científica todavía fiable frente a otros ya contrastados y por lo tanto menos novedosos.

¡No se debe jugar con la esperanza ¡

Ante esta situación que lleva ya años produciéndose, fue un gran logro por ejemplo en las lesiones de los ligamentos externos de tobillo, el efectuar una clasificación en función de la lesión histológica, de manera que se describieron los grados I,II y III, para identificar las lesiones sin alteración anatómica, con rotura parcial y rotura total, de manera que el lesionado pudiera tener una idea diagnóstica, terapéutica y pronóstica al mismo tiempo y de esa manera evitar situaciones escandalosas de personas que llegaban a decir que “ en sus manos las lesiones se curan en la mitad de tiempo”.

Hoy en día también hay técnicas en fase de experimentación clínica, que se hacen sin control y sin protocolos aceptados por los organismos sanitarios y que van a obligar a la Agencia Española del Medicamento a poner orden en su aplicación, como son las Células Madre y el Plasma Rico en Plaquetas o Factores de Crecimiento Plaquetarios. Pero eso lo veremos más adelante.

Algunos avances destacados en cirugía ortopédica y traumatología

Vamos a realizar unos comentarios sobre los tratamientos y técnicas que se han desarrollado en la Cirugía Ortopédica y Traumatología y que en la segunda mitad del siglo veinte han revolucionado esta especialidad. Nos centraremos en las osteosíntesis estables, las artroplastias, y la artroscopia.

1. Osteosíntesis estables

Sabemos que en el siglo pasado, las grandes guerras han sido momentos que han obligado al desarrollo de la cirugía,; el tratamiento de las heridas, los antibióticos, la anestesia etc, hacen que la Traumatología se desvincule de

la Cirugía en que estaba incluida.

Se comienza a desarrollar la osteosíntesis en 1939 cuando Gerard Küntscher desarrolla el clavo intramedular para luchar contra el “mal de la fractura”, primer concepto para evitar la inmovilización. En 1949 Robert Danis propone la compresión de la fractura mediante placas y tornillos. En 1952 Gavril Ilizarov comenzó sus estudios en el tratamiento de las fracturas y la distracción osteogénica con el uso del fijador externo circular.

Los estudios de Danis llamaron la atención del cirujano suizo, Maurice E. Müller quien junto con Schneider, Villenegger y Allgöwer fundan en 1958 la A. O. (Arbeitsgemeinschaft für Osteosynthesefragen). El gran aporte de este grupo fue la estandarización de las técnicas quirúrgicas, el diseño del instrumental adecuado y la elaboración de la clasificación de las fracturas. Desde entonces todo se ha ido perfeccionando.

Hoy día, estas osteosíntesis estables, con el material desarrollado de pequeños fragmentos y placas adaptadas, permite tratar cierto tipo de fracturas que en determinados deportes como el ciclismo y motociclismo colaboran a comenzar la readaptación al deporte de forma muy precoz.

2. Artroplastias

La primera década del siglo XXI fue dedicada a las enfermedades degenerativas articulares, las patologías inflamatorias y degenerativas y el aumento de la edad hacen que cada vez sean más frecuentes estas patologías.

El deporte y la actividad física moderada son fuente de salud articular, la articulación necesita movimiento, pero los accidentes deportivos articulares, las lesiones traumáticas de los cartílagos articulares y el desgaste

propio de la edad y de una actividad intensa, hacen que también el deporte sea una fuente de patologías de todo tipo y articulares específicamente.

Hay pocos deportistas profesionales que no hayan pasado alguna vez por el quirófano y los veteranos que hace años fueron intervenidos por técnicas agresivas con meniscectomías totales, han desarrollado con el tiempo artrosis que se solucionan con una artroplastia total o parcial.

Hoy día son muchas las personas que incluso con una edad precoz y con grandes patologías articulares, piden el recuperar una calidad de vida que les permita efectuar incluso una actividad física.

Hace pocos años, la persona que se ponía una prótesis se consideraba ya desahuciada para cualquier actividad. Hoy la cosa ha cambiado y las nuevas prótesis totales y parciales permiten volver a actividades, que aunque no sean de alto impacto permiten una actividad física moderada.

En las últimas reuniones sobre este tema se ha puesto de manifiesto que para una actividad física todavía son más seguras las prótesis totales que las parciales o unicodíleas en la rodilla, ya que estas no tienen una suficiente superficie de estabilización y pueden desplazarse o dar molestias con la actividad física.

3. La artroscopia

Es la gran aportación a la cirugía de las lesiones deportivas en los últimos 25 años. Permite solucionar problemas articulares con el mínimo de agresividad quirúrgica y llegas a diagnósticos y tratamientos impensables hace unos años.

Debemos remontarnos a Phillip Bozzini

en 1806 que presenta en la Academia de Viena un aparato para el exámen de cavidades e incluso de huesos afectados de osteomielitis. En 1918 Kenji Takagi consigue visualizar por primera vez el interior de una rodilla en un cadáver humano. Watanabe, discípulo de Takagi es considerado “el padre de la artroscopia moderna “al desarrollar una serie de instrumentos ópticos. Desde 1957 a 1975 la artroscopia fue una técnica eminentemente diagnóstica. Lanny Johnson inició el desarrollo del instrumental motorizado al final de la década de los setenta y fueron desarrollados instrumentos para la sutura de los meniscos y reconstrucción de los ligamentos cruzados. La televisión se incorpora a la técnica en los setenta y durante los ochenta las cámaras son cada vez más pequeñas.

Gran parte de las técnicas articulares se hacen por artroscopia y son pocas las articulaciones a las que no tiene acceso.

Plastias ligamentosas, roturas meniscales que desde su implantación se han tratado de una forma mucho más conservadora, incluso suturándose, evitando los síndromes postmeniscectomía tan frecuentes antes y que tanto favorecen el proceso degenerativo de la articulación. Y últimamente el tratamiento de las lesiones del cartílago por artroscopia.

La artroscopia permite resolver problemas en hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo, mejorar la estabilidad articular después de luxaciones de cadera y hombro con las reinserciones de los rodetes periarticulares e incluso en deportistas de élite, como los olímpicos del equipo de natación de Estados Unidos, han sido tratados preventivamente mejorando la estabilidad articular con retensajes artroscópicos con láser de baja intensidad en hombros con laxitud produci-

da por la intensidad del trabajo de estos deportistas y que les provoca una ligera pérdida de potencia de brazada. Esto se ha llegado a definir por algunos como “dopage quirúrgico”.

La última gran aportación al campo de la artroscopia es el desarrollo de la “artroscopia sin cables” por el Prof. Guillén, que con la misma calidad de imagen, permite prescindir de elementos que entorpecen el campo quirúrgico. Por ello, también ayudan a mantener el campo quirúrgico con menos posibilidades de contaminación y al mismo tiempo permiten al cirujano archivar las imágenes fotográficas o de video que realice directamente en un ordenador portátil.

Avances en traumatología del deporte

Ya hemos definido de forma sucinta lo que es esta especialidad como la Ciencia Médica que trata de la Prevención, Tratamiento y Readaptación de las lesiones en el deporte.

Vamos a ir repasando su evolución y los distintos avances que se han ido produciendo en la misma.

I. Avances organizativos y académicos

En los años setenta la Medicina del Deporte la realizaban profesionales médicos muy motivados y con la sola formación o bien autodidacta o a través de un Diploma de Medicina del Deporte, tras un breve curso.

En los años ochenta se funda la Federación Española de Medicina del Deporte (FEME-DE), como asociación de Federaciones Regionales, entre ellas la murciana, que fue y es una de las más importantes, llegando a contar con más de 130 socios.

Poco tiempo después, en esos mismos años

ochenta, todos los socios de FEME-DE interesados en las patologías del aparato locomotor forman lo que se llamó el GEAL o Grupo de Estudio del Aparato Locomotor.

Con posterioridad y ya en los noventa se funda la Sociedad Española de Traumatología del Deporte, SETRADE, que en la actualidad cuenta con más de trescientos socios.

En toda esta historia de la Traumatología del Deporte Española, ha tenido una especial relevancia Murcia, porque cada una de esas Sociedades fueron creadas gracias a propuestas hechas desde aquí y en las mismas tanto los cargos de Presidente, Secretario y Tesorero han estado ligados durante muchos años a profesionales de esta Región de Murcia como son el Prof. Guillén, el Prof. Esparza o yo mismo.

Todo lo dicho no hubiera sido posible sin un trabajo Docente y Académico que se ha desarrollado en la Región de Murcia desde los años ochenta en que comienzan a realizarse primero las Jornadas Nacionales de Medicina del Deporte Escolar y luego las Jornadas Nacionales de Traumatología del Deporte que ya van por su XXII edición. Por ellas, han pasado todos los profesores tanto nacionales como foráneos que tienen algo que decir en la Traumatología del Deporte en España, todo ello hasta los años noventa con la colaboración de la Universidad de Murcia, con la que se imparten los primeros títulos de “Médico de instalaciones Deportivas” y de “Traumatología del Deporte”.

Con toda esta base, es cuando se crea la Universidad Católica San Antonio en Murcia en el año 1996, cuando se da el espadarazo definitivo con la creación de la Escuela Española de Traumatología del Deporte en 1998 y la Cátedra de Traumatología del Deporte en

el año 2000, que desde entonces tengo el honor de Codirigir junto al Prof. Guillén y con los Prof. Esparza Ros y Fernández Jaén.

Dicha Cátedra se crea con dos Campus, uno en la Clínica Cemtro de Madrid destinada a técnicas quirúrgicas avanzadas y cultivos celulares y otro en los Jerónimos en Murcia dedicada a la Prevención de las Lesiones en el Deporte y dirección de Tesis doctorales.

Simultáneamente se crea el Master Oficial en Traumatología del Deporte, de dos años de duración, único en España con capacitación profesional Europea y que en estos años ha formado a más de 200 profesionales médicos en prevención y tratamiento no quirúrgico de las lesiones deportivas.

Se han defendido pues y aprobado por un tribunal de Expertos más de doscientos trabajos de Fin de Master, que han desarrollado temas que abarcan todas las facetas de la lesión deportiva. Estos más de doscientos profesionales ocupan ahora puestos de trabajo en Federaciones Nacionales (Selección Española de Fútbol, Federación Española de Atletismo, Federación Española de Voleibol) y Regionales, Selecciones, clubes de los distintos deportes (Fútbol: Real Madrid, Málaga, Ath. Bilbao, Villarreal, Deportivo de la Coruña, Elche, Hércules, Huelva...), (Baloncesto: Unicaja, Pamesa Valencia, Caja San Fernando etc...), Ayuntamientos, Consejo Superior de Deportes, hospitales, medicina familiar en Centros de Salud y también a nivel internacional.

Una vez hecha esta revisión histórica de la creación y arraigo de esta superespecialidad médica, se puede decir que esto ha supuesto un gran avance de la Traumatología del Deporte Española.

Vamos por ello, a profundizar a continuación en aquello que consideramos como las

aportaciones más específicas de la Traumatología del Deporte Actual.

2. Puesta en valor de las lesiones de partes blandas

En los estudios de Medicina e incluso en la posterior especialización en Cirugía Ortopédica y Traumatología apenas se habla de las patologías de las partes blandas, desde el punto de vista traumático y de sobrecarga.

La Traumatología del Deporte ha puesto en valor estos temas que además afectan a millones de personas, hagan deporte o no.

Las lesiones musculares, tendinosas, de las inserciones, las patologías de sobrecarga típicas de cada deporte o atlopatías son vistas de otra manera y se han beneficiado de estos conocimientos y tratamientos.

3. Avances en métodos de diagnóstico

3.1 Técnicas de imagen

A este respecto, la mejora de las técnicas radiológicas, de RM, TAC, Gammagrafía etc. nos permiten acceder a diagnósticos muy precisos e incluso a la obtención de imágenes tridimensionales. Sin embargo tenemos tal capacidad de información actualmente a este respecto, que incluso puede haber un abuso de su utilización, o una confianza excesiva en sus conclusiones, lo que nos hace recordar la frase de Marañón: "para ver a un paciente, sólo se necesita una silla y tiempo".

Es pues muy importante no olvidar que en este tiempo de nuevas tecnologías sigue siendo imprescindible el contacto personal, la exploración clínica paciente y completa y si es posible acompañar al deportista en sus entrenamientos e incluso durante sus competiciones, pues la visión directa del mecanismo de producción de la lesión, es la mejor

manera de comenzar a hacer un diagnóstico y comenzar un tratamiento. También en ocasiones el Traumatólogo del Deporte debe valorar junto al radiólogo la exploración de imagen para concretar el estudio en función del mecanismo de producción.

3.2 Avances en técnicas de imagen de aplicación diagnóstica y terapéutica.

Mención especial vamos a hacer de la Ecografía Músculo-Esquelética, a la cual desde la fundación de la Cátedra la hemos considerado "El Fonendo del Traumatólogo del Deporte". Gracias a su desarrollo tecnológico y con los sistemas portátiles actuales de alta precisión se puede efectuar el seguimiento de las lesiones desde el momento de producción hasta el alta médica, incluso en las mismas dependencias deportivas o en los hoteles donde se alojan los equipos y deportistas.

Hoy en día la Ecografía Intervencionista permite tratar con exactitud las lesiones, con visión directa de las mismas y a un bajo coste. Lesiones musculares, de las fascias, ligamentosas, tendinosas agudas y crónicas se han beneficiado de esta técnica que se ha introducido en los últimos tiempos en el arsenal terapéutico de las lesiones deportivas.

De esa forma se pueden realizar evacuaciones y tratamientos in situ y por visión directa con la introducción de fármacos e incluso con las técnicas de dilatación con suero del peritendón en los casos de tendinopatías crónicas.

De hecho gracias al impulso de esta especialidad diagnóstico – terapéutica se ha creado recientemente en la UCAM la Cátedra Internacional de Ecografía Músculo-Esquelética, íntimamente ligada a la de Traumatología del Deporte, dirigida por los Doctores, Jiménez Díaz y Bouffard (USA) y dedicada a

la formación en esta especialidad de médicos, fisioterapeutas y como última novedad su inclusión en la formación de los estudiantes de Medicina de la UCAM, que terminarán sus estudios habiendo aprendido a manejar una herramienta Diagnóstico - Terapéutica muy útil para su futuro profesional. Dicha Cátedra comienza su docencia este año tanto en España como en Emiratos Árabes.

4. Avances en intervencionismo ecoguiado

La ecografía músculo-esquelética intervencionista es la aplicación terapéutica de esta técnica de imagen cuyas indicaciones son múltiples, aunque las más frecuentes permiten guiar la colocación de una aguja para la infiltración de un fármaco o para la aspiración de una colección líquida. En otras ocasiones puede facilitar algunos procedimientos invasivos como el drenaje de hematomas o abscesos, la toma de muestras de biopsia y las técnicas de reparación quirúrgica menor.

Se indican a continuación algunas indicaciones:

Tendón

- Infiltración peritendinosa e insercional.
- Esclerosis vascular peritendinosa
- Hidrodissección de la vaina tendinosa
- Microtenotomías
- Lavado percutáneo de calcificaciones

Colecciones líquidas

- Punción aspiración de bursas
- Evacuación de hematomas intramusculares o derrames serosos.
- Artrocentesis de diferentes articulaciones

–Infiltración ecodirigida en pequeñas articulaciones

Podemos concluir que la técnica eco-dirigida ofrece como ventaja principal la posibilidad de visualizar en tiempo real el recorrido de la aguja, así como el producto farmacológico administrado, permitiendo obtener imágenes en diferentes planos, en contraste con otras técnicas de imagen como la tomografía axial.

5. Avances en métodos de tratamiento quirúrgico

5.1 La artroscopia aplicada a la recuperación de la lesión deportiva.

Como hemos comentado anteriormente hablando de su historia, la Artroscopia a revolucionado el tratamiento de las lesiones no sólo articulares, sino incluso de patologías neurológicas periféricas canaliculares y de las vainas de los tendones en las correderas anatómicas.

Patologías ligamentosas, meniscales y cartilaginosas de la rodilla, patologías del hombro como los síndromes subacromiales, las lesiones del supraespinoso, la corredera bicipital y las lesiones del rodete glenoideo, inestabilidades gleno-humerales, lesiones de la muñeca que antes eran imposibles de entender, como las lesiones del fibrocartilago triangular cúbito radial que se tratan exactamente igual que las lesiones de los meniscos de rodilla, los síndromes anteriores del tobillo tan típicos de deportes de carrera y salto y últimamente el tratamiento del síndrome de pinzamiento fémoro acetabular de la cadera, concepto desarrollado en el ámbito de la práctica deportiva y que abre una nueva puerta en el tratamiento de las lesiones de cadera y en la prevención de la coxartrosis.

La artroscopia ha sido y es una herramienta terapéutica de primer orden en el tratamiento de las lesiones deportivas articulares y gracias a los nuevos materiales no deja de mejorar. Especial importancia tiene como hemos dicho la artroscopia sin cables desarrollada por el Prof. Guillén que permite mejorar el ambiente quirúrgico y ayudar a la consecución de imágenes.

Datos estadísticos de la Asociación Americana de Cirugía Ortopédica y Traumatología indican que en el año 2004 la Artroscopia representaba el 40% de la cirugía traumatólogica de un hospital, en el año 2008 esos porcentajes subían a un 60% y se estima que para el año 2016 llegue al 85%.

5.2 Cirugía percutánea.

Se trata de un método quirúrgico mínimamente invasivo que nos permite realizar intervenciones quirúrgicas a través de incisiones mínimas, sin exposición directa de los distintos planos anatómicos, con un consiguiente ahorro de agresividad de los tejidos próximos y que precisa de la guía de un control radiológico o de fluoroscopia para visionar y orientar los gestos quirúrgicos que vamos a realizar.

Se trata de una cirugía que se realiza en Hospital de Día y de forma ambulatoria, permitiendo la carga y la movilidad de forma inmediata y que por lo tanto va a permitir comenzar la recuperación funcional junto con la biológica.

Es muy útil en determinadas patologías del pie, mano y hombro ya que en determinados deportes se producen determinadas patologías secuelas de fracturas o por lesiones de sobrecarga en las que este sistema terapéutico puede sernos de gran uti-

lidad, por ejemplo: 1- En el síndrome subacromial del hombro por pinzamiento o por efecto de una forma acromial tipo Bigliani II y III. 2- En las secuelas de fracturas marginales articulares de los dedos de los pies, sobre todo en el dedo gordo, pudiendo extirparse los fragmentos óseos molestos. 3- En las sobrecargas metatarsales centrales importantes que se resuelven con osteotomías percutáneas subcapitales de los metatarsianos. 4- En la rizartrosis del pulgar en deportistas veteranos realizando artroplastia percutánea de la articulación. Etc...

5.3 Osteosíntesis estables.

En el deporte este concepto es fundamental, ya que permiten transformar una lesión muy grave por la alteración del aparato locomotor, la incapacidad mecánica que produce y el tiempo de curación prolongado, en otra en la cual el material de osteosíntesis estabiliza de tal manera el hueso que permite la movilización precoz y ayuda en gran manera no solo a evitar la antigua "enfermedad del hueso", sino que en el tiempo de la consolidación de la fractura se está realizando ya la readaptación deportiva.

En algunos deportes en los que el hueso fracturado no tiene un stress primario, incluso se puede volver a practicar incluso antes de la consolidación de la fractura, es el caso del ciclismo, motociclismo y automovilismo. En estos casos permite al deportista no salir de la competición, lógicamente estamos hablando en estos casos de deportistas profesionales.

Lo más importante al final es que la Traumatología del Deporte es un banco de pruebas del que no sólo se benefician los deportistas sino que a la larga se beneficia toda la

sociedad, puesto estas técnicas al final se aplican a muchas personas que sufren estas lesiones y tienen también derecho a tratarse en las mismas condiciones.

A pesar de todo y sabiendo que el deporte es fuente de salud si se practica razonablemente y adaptado a la situación personal de cada deportista, también es verdad que el deporte realizado a una alta intensidad y profesionalmente es siempre fuente de patologías, sean accidentales o de sobrecarga y el papel del Traumatólogo del Deporte en estos casos será siempre el estar al lado del deportista, ayudarle a alcanzar sus objetivos e incluso mejorarlos, con el mínimo de riesgo para su integridad física y emocional y en caso de producirse la lesión tratarlo lo antes posible, de la forma más adecuada y poniendo todos los medios para ayudar a cumplir el axioma de la Traumatología del deporte:

"Conseguir la curación biológica al mismo tiempo que la funcional".

5.4 Avances en politraumatizados.

Wound Stasis System es el programa que con fondos de la Secretaría de Estado de Defensa de USA y la Fórmula Uno por valor de 15 millones de dólares se ha puesto en marcha para desarrollar un sistema que permita en casos de hemorragia masiva tanto en acción de guerra como por politraumatismos accidentales o de tráfico, el contener dicha hemorragia durante la primera hora, llamada "hora de oro", vital para llegar a un hospital y solucionar el problema.

En un principio el objetivo del proyecto era desarrollar un "mecanismo biológico" que pudiera encontrar el tejido herido y unirse a él para detener la hemorragia interna.

A medida que el proyecto avanzaba se ha encontrado una solución mejor. En lugar de

utilizar un mecanismo biológico, se ha desarrollado una espuma como material que podría ser utilizado para detener la hemorragia interna durante al menos una hora.

La tecnología consiste en un polímero de poliuretano que se forma dentro del cuerpo del paciente tras una inyección de dos fases líquidas que producen una reacción en cadena produciendo una expansión de 30 veces su volumen original, ajustándose y presionando alrededor del tejido lesionado. En segundo lugar, el líquido se transforma en una espuma sólida capaz de proporcionar resistencia a la pérdida de sangre intraabdominal.

Una vez llegado al centro hospitalario, se procede a la eliminación de la espuma por un cirujano, que puede retirar el bloque de poliuretano en menos de un minuto.

Esta técnica se podrá aplicar en deportes de alta cinética y condiciones especiales, que después de traumatismos abdominales y situación aguda de hemorragia y riesgo inminente para la vida del deportista, precisan de ganar “la hora de oro” para conseguir llegar al hospital avanzado y proceder a la intervención quirúrgica de urgencia y detener la hemorragia. Ciclismo, motociclismo, automovilismo, alpinismo o vela de altura serían deportes que por sus condiciones serían los adecuados para estos sistemas.

6. Avances biológicos: tratamientos

En los últimos años ha cambiado mucho el concepto del tratamiento de las lesiones en el sentido que se han abierto vías de investigación desde el punto de vista de la biología que pretenden proteger los tejidos preventivamente y tratarlos en caso de lesión.

Hoy, además existen una serie de terapéu-

ticas biológicas como son los biorreguladores, los condroprotectores, las células madre, el plasma rico en plaquetas, los lubricantes articulares, el colágeno peri e intraarticular, y por último los cultivos celulares de condrocitos autólogos.

Algunos se encuentran en fase de valoración clínica y a otros se les está dando se les dando mucha publicidad, a pesar de que no tienen todavía la seguridad científica de sus beneficios. Tampoco se conocen de ellos, sus efectos secundarios por lo que debería existir una regulación por parte de la Agencia Española del Medicamento, que organice los protocolos que unifiquen los criterios para su uso y eviten las falsas expectativas de curación.

En este campo los cultivos de condrocitos autólogos son los tratamientos que más fiabilidad tienen desde el punto de vista de la medicina basada en la evidencia. Pasamos a describirlos someramente.

6.1 Plasma rico en plaquetas.

Exponemos un texto publicitario de una de las múltiples clínicas que ofrecen este tratamiento como solución una serie de patologías.

El plasma rico en plaquetas (PRP) es un concentrado de elementos plaquetarios obtenido del plasma del propio paciente por centrifugación. El concentrado de plaquetas que se encuentra en el PRP contiene enormes reservas de proteínas bioactivas, incluidos factores de crecimiento y células madre periféricas incluidas en el plasma, que son de vital importancia para iniciar y acelerar la reparación y la regeneración tisular.

¿Qué enfermedades puede tratar?

Puede ser aplicado exitosamente en las arti-

culaciones dolorosas y/o dañadas de la cadera, rodilla, hombro, cuello y columna vertebral, tobillo y pie, así como en aquellas afecciones de tendones y ligamentos; mencionamos las más frecuentes como espolones calcáneos, hombros congelados, bursitis, roturas de tendones. En general entienda todo aquello que no ha podido ser curado con otros tratamientos o que requiera una cirugía que usted no quiera hacerse.

Este escrito que forma parte de la publicidad de una conocida clínica española y no resiste la crítica más básica.

Si bien es cierto que los PRP han sido útiles en determinados casos graves de pérdidas de sustancia como ayuda al proceso de cicatrización, no es menos cierto que al poner un concentrado de PRP no controlable, no se está respetando la cadena de interacciones en que estos factores actúan habitualmente en la sangre, no tienen capacidad de regeneración de tejidos y sobretodo no existe evidencia de que no produzcan efectos nocivos en el tiempo, activando displasias celulares o incluso oncogénes dormidos.

El creer que por concentrar de forma aleatoria todos los PRP sanguíneos va a favorecer el proceso de regeneración de los tejidos, (y qué tejidos) es como decir que una infección debería tratarse mejor con gran cantidad de antibióticos, como si la suma de todos mejorara los resultados y no hubiera inhibiciones, o incluso efectos adversos.

Los últimos trabajos sobre el tema indican incluso un posible efecto inhibitor del crecimiento como resultado de estos tratamientos. (Ujash Sheth, JBJS, 2012)

La Agencia Española del Medicamento refirió en el Curso de Rodilla en la Clínica

Cemtro en Madrid de enero de 2013 la necesidad de desarrollar protocolos, que pongan orden en este problema que se está usando sin ningún protocolo, de forma indiscriminada y además para todo tipo de lesiones, quirúrgicas y no quirúrgicas del aparato locomotor.

Pero además la Agencia Española del Medicamento ya expuso su opinión al respecto en una nota de octubre de 2012 que veremos más adelante.

¿Pasará como con las famosas infiltraciones con corticoides en la antigua Traumatología del Deporte?

¿Pasará como con el láser, que como dice el Prof. Guillén, comenzó siendo “san” láser y hoy no llega a ser ni “beato”?.

6.2 Células madre.

Paso a presentar algunas de las informaciones publicitarias que anuncian ciertas clínicas en España como oferta de tratamiento a base de células madre como solución a múltiples patologías y enfermedades del aparato locomotor, en fin, como la panacea de todos los males:

Son células de nuestro organismo responsables de la regeneración y reparación de tejidos. Su aplicación en el campo de la Traumatología aumenta las posibilidades en la Medicina Regenerativa ya que se reproduce el mismo método que utiliza el propio cuerpo para rehabilitar una lesión o recuperarnos de una enfermedad.

Las células que se han dividido de una célula madre pueden permanecer siendo célula madre o convertirse en células diferenciadas. Para el tratamiento de lesiones y patologías del aparato locomotor se emplean las células

madre, aquellas no diferenciadas que se encuentran en distintos órganos.

El ejemplo más claro de célula madre es el de la médula ósea, capaces de generar todo tipo de células de la sangre y sistema inmune. No obstante existen en más zonas del cuerpo como la piel, la grasa subcutánea, músculo cardíaco y esquelético, cerebro, retina y páncreas.

Una vez se extraen las células madre se procesan en laboratorio y se infiltran en la articulación lesionada, en algunas ocasiones combinándolo con otro tipo de tratamientos como los Factores de Crecimiento.

Algunas de las patologías y lesiones más indicadas para tratar con Células Madre son:

Reconstrucciones de ligamentos, roturas meniscales, pérdidas óseas, pseudoartritis, fracturas óseas, artrosis, pérdida de cartílago, etc.

Extrayendo las células de la médula ósea del calcáneo (talón) procesándolas e implantándolas de una forma autóloga en el paciente y en el mismo acto quirúrgico con sólo anestesia local.

Con 1 ml de médula extraída se pueden llegar a obtener hasta 300.000 células madre enteras de alta calidad y se añaden a éstas, las células madre extraídas también de la grasa de Hoffa (junto con enzimas). Una vez estudiada esta muestra bajo microscopio proporcionalmente vienen a contener el triple de células madre que las extraídas sólo del calcáneo y con capacidad condroregeneradora y osteoregeneradora (regeneración de cartílagos o de huesos). Para inducir la diferenciación del cartílago, se combina en el mismo acto una fórmula magistral biocompatible que contiene silicio orgánico puro inyectable y homeopatía personalizada.

Pero todo esto que ha sido extraído de

páginas publicitarias de clínicas presuntamente especializadas no tiene un aval científico en forma de trabajos contrastados y de medicina basada en la evidencia.

¡No se debe jugar con la esperanza ¡

Con respecto a estos dos últimos apartados relativos a tratamientos con células de nuestro organismo es importante reflejar la opinión de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, que en nota oficial de fecha 22 de octubre de 2012 advierte de la posible confusión en la que se puede caer ante la utilización profusa de términos relacionados con las terapias basadas en las células madre y terapias celulares, para situaciones tan dispares como el tratamiento de enfermedades o incluso como cosméticos.

La agencia recuerda que no existe ningún medicamento basado en terapias celulares y células madre que esté comercializado en España salvo: 1- Los cultivos de condrocitos autólogos. 2- El implante de queratocitos para el tratamiento de quemados y 3- El tratamiento de lesiones corneales con células troncales limboconiales.

Además están autorizados los Ensayos Clínicos o el uso compasivo autorizados expresamente por la Agencia Española del Medicamento.

“Todos los tratamientos que se hagan al margen de estas indicaciones concretas se consideran ilegales”.

6.3 Acido hialurónico.

El ácido hialurónico se utiliza como un contrastado viscosuplementador articular, favoreciendo el par de fricción cartílago – cartílago en el tratamiento de las condropatías de bajo grado de deportistas cuando

comienza la clínica articular de sobrecarga, también se utiliza en los postoperatorios de las cirugías por artroscopia y últimamente en infiltraciones periarticulares en lesiones parciales de los ligamentos, sobre todo del tobillo.

–Uso del Ácido hialurónico en atletas.

El efecto del ácido hialurónico en las articulaciones puede acelerar la recuperación después de un esguince de tobillo según conclusiones extraídas de un experimento realizado en Canadá.

En la Universidad de Western Ontario dividió al azar en dos grupos a 158 atletas con esguince de tobillo. Un grupo recibió inyecciones de ácido hialurónico y el otro un placebo. Todos los participantes recibieron la terapia RICE estándar con sujeción o vendaje funcional del tobillo, según fuera necesario. El equipo controló a los pacientes durante 90 días.

El 90 por ciento de los atletas que recibió ácido hialurónico volvió a entrenar a los ocho días, frente al 71 por ciento de aquellos que recibieron placebo. Los atletas competitivos que recibieron las inyecciones después de un esguince de tobillo pudieron volver al deporte a los 11 días, comparados con los 17 días que necesitaron aquellos que recibieron inyecciones de placebo.

Los resultados concluyeron con que el ácido hialurónico formaría un tipo de cicatriz en los ligamentos del tobillo lesionado. En Estados Unidos, Canadá y otros países se está solicitando a las autoridades regulatorias la aprobación del uso del ácido hialurónico para tratar el esguince de tobillo.

–Uso en artrosis de rodilla

En diversos trabajos se examinaron los efectos de inyecciones intraarticulares de hialurónico GF-20 en la concentración de hialurónico en el líquido sinovial, viscosidad, y elasticidad a los 6 meses en pacientes con artrosis media a moderada de las rodillas. Se tomaron pacientes con artrosis sintomática de rodilla con un nivel 1-2 según la escala Internacional de la Sociedad de Osteoartritis, a los que se aspiró líquido sinovial antes y a los 3 y 6 meses tras la inyección de hialurónico.

Las muestras que se consiguieron de 32 extracciones de los 60 pacientes que iniciaron el estudio (15 hombres y 17 mujeres con una media de edad de 65 años) a los 3 meses después de la inyección mostraron que la concentración media de hialurónico aumentó un 13%. También se dispuso de suficiente líquido sinovial en 19 de estos pacientes a los 6 meses tras la inyección, con un incremento del 10% ($p < 0,053$). Estos resultados sugieren que un posible mecanismo de acción para la viscosuplementación es promover la producción endógena de hialurónico, facilitando la mejora de los pacientes con artrosis.

6.4 Condrotectores.

¿En qué consiste la condroprotección?

La condroprotección es el conjunto de acciones dirigidas a prevenir, retrasar o reparar las lesiones degenerativas de la articulación.

Las medidas de condroprotección son las siguientes:

- Evitar el daño de la articulación: traumatismos en general, lesiones deportivas y enfermedades de la articulación.
- Proteger la articulación y retrasar su deterioro: evitando el sobrepeso, manteniendo posturas físicas adecuadas,

realizando ejercicio físico moderado y potenciando la musculatura.

- Tratar los procesos inflamatorios y las lesiones del cartílago articular mediante un tratamiento médico (analgésicos, antiinflamatorios o condroprotectores) o quirúrgico.

¿Qué son los medicamentos condroprotectores?

Son aquellos fármacos que actúan protegiendo el cartílago articular, el hueso subcondral y la membrana sinovial, que son estructuras que forman parte de la articulación. Este grupo farmacológico englobaría a los fármacos dirigidos a preservar los cartílagos y a frenar la artrosis.

¿Cuales son sus beneficios?

Los beneficios del tratamiento condroprotector son los siguientes:

- Disminución del dolor y mejora de la movilidad.
- Reducción de la necesidad de analgésicos y antiinflamatorios.
- Control de la progresión de la artrosis.

Los condroprotectores mejoran el dolor y la limitación funcional de la artrosis a las 2-3 semanas después de iniciado el tratamiento, prolongándose temporalmente su efecto después de retirarse el fármaco.

Por lo tanto, los condroprotectores son medicamentos de acción lenta y duradera.

Trabajos clínicos con Hidrocloruro de Glucosamina, asociado a potenciación del aparato extensor de la rodilla mediante trabajo excéntrico inferior al 5% del peso corporal del deportista con dolor en cara anterior de rodilla de tipo rotuliano con imagen de RMN normal o de condropatía grado I, consiguen

una mejoría clínica del 82 % según la escala analógica del dolor.

6.5 Infiltraciones locales con colágeno.

Se trata de tratamientos que todavía con poca casuística se están realizando en Europa y que parece que mejoran el dolor periarticular, la cicatrización tendinosa y ligamentosa y bloquean los puntos gatillo.

En el momento actual se está comprobando el papel fundamental que el Colágeno juega en la regeneración tisular. De hecho, la matriz extracelular (que en el aparato locomotor es el principal componente tisular) y productos derivados de ésta están siendo ensayados in vitro e in vivo comprobándose que favorecen notablemente los procesos reparativos y regenerativos. En concreto los ensayos se han realizado a partir de extractos de la matriz extracelular de vejigas de cerdos. (Prof. Peña)

En España se está realizando un estudio multicéntrico en fase I en síndromes subacromiales, epicondilalgias, y artrosis de cadera y rodilla cuyos resultados preliminares parecen positivos en los primeros plazos, pero que lógicamente requieren de más tiempo y casuística para valorar resultados fiables.

Lo que sí es cierto es que se trata de tratamientos inocuos, sin efectos secundarios y por lo tanto seguros en su aplicación.

6.6 Cultivos celulares.

Es el tratamiento mediante técnicas de biología celular, donde en los últimos años se han producido los avances más espectaculares y de evidencia científica más fiable. Es el concepto de el uso de la célula como un medicamento.

En el organismo hay sólo tres tejidos que

se autoregeneran cuando se lesionan, a saber: La cornea, el tejido hepático y el hueso.

Los demás tejidos cuando se lesionan curan mediante una cicatrización fibrosa y el cartílago es uno de los más problemáticos, por la falta de regeneración de los condrocitos y por su falta de riego sanguíneo, lo que dificulta incluso su cicatrización fibrosa, si a esto añadimos que el cartilago articular se encuentra sometido constantemente a unas altas presiones tanto axiales como de cizallamiento, nos daremos cuenta el grave problema que plantean las lesiones condrales.

Las lesiones del cartilago han sido y son muchas veces el fin de la vida deportiva de muchos profesionales y aficionados y es en el ámbito de la Traumatología del Deporte donde estos problemas se dan con mayor frecuencia y además en personas relativamente jóvenes.

Los defectos condrales aparecidos en el cartilago articular, sobre todo en la rodilla, tienden a evolucionar con el tiempo en procesos osteoartíticos degenerativos. Esta situación hasta no hace mucho tiempo y en casos ya avanzados sólo tenía la solución de una artroplastia. Esto por encima de los sesenta años es aceptado por los deportistas veteranos, pero cuando esto sucede antes en el tiempo la cosa cambia. En estos pacientes más jóvenes, estos procesos deben ser solucionados antes de que degeneren en patologías más severas.

Lars Petterson (Suecia) ya en 1994 hizo las primeras experiencias en el Cultivo de Condrocitos Autólogos y su implantación de zonas articulares de lesión.

Durante muchos años las lesiones del cartilago articular han sido tratadas de múltiples maneras. Ya en 1940 Magnuson y en 1949

Haggart comenzaron a efectuar debridamiento de la articulación dañada con mejorías temporales. Robert Jackson en 1991 efectúa fuertes lavados artroscópicos y asoció lavado y debridamiento y aunque el paciente mejora es de forma temporal y no hay grandes diferencias entre las dos técnicas.

Las perforaciones del hueso subcondral provocan un proceso de cicatrización fibroso y nunca cartilaginoso, por lo que a la larga el hueso sigue deteriorándose.

Las osteotomías pueden ser útiles y en casos no avanzados de artrosis puede ser útil como normocorrección, mejor en rodillas varas que valgas.

La mosaicoplastia tiene sus limitaciones y han de ser defectos relativamente pequeños.

Los trabajos de Peterson, Lindahl y Brittberg en 1994 han sido pioneros y han supuesto un gran avance al corregir y curar la lesión cartilaginosa, demostrándose años después bajo control artroscópico y biopsia que el defecto se cubría con cartilago de calidad hialina.

En la actualidad y bajo la dirección del Prof. Guillén, en el Campus de la Clínica Centro de Madrid, existe la única sala blanca autorizada en España para el cultivo de Condrocitos Autólogos donde se desarrolla un protocolo de colocación por artroscopia para tratar lesiones condrales de rodilla y tobillo. Incluso existe la posibilidad de utilizar un set como los de los trasplantes para en otros centros mandar muestras de cartilago extraído por vía artroscópica, cultivarlo y desarrollarlo en la sala blanca y enviarlo en otro set de transporte para su colocación en otros centros que estén entrenados en esa técnica. La colocación del Cultivo de Condrocitos Autólogos ya se puede

efectuar mediante cirugía artroscópica, lo que reduce muchísimo la agresividad quirúrgica y los plazos de recuperación del lesionado.

Esto que parecía el futuro es ya el presente y aunque es una técnica compleja y costosa poco a poco se irá implantando de forma general, con lo que se resolverán no sólo los problemas de los deportistas sino que se prevendrán las patologías degenerativas articulares de la población en general.

7. Otros tratamientos

7.1 Antioxidantes.

Son sustancias que tienen la capacidad de retardar o prevenir la oxidación en presencia de oxígeno, o sea se encargan de contrarrestar los efectos nocivos de los radicales libres.

Los antioxidantes pueden ser exógenos o endógenos, los primeros son aportados principalmente por los alimentos, por su parte, los endógenos son producidos por el mismo organismo como un mecanismo de defensa intrínseco

Entre los antioxidantes endógenos se pueden mencionar las enzimas y coenzimas súper oxido dimutasas, gatalasa, peroxidasa GSH y el ácido úrico. Por su parte, los antioxidantes exógenos que se conocen en el campo alimentario son: Vitamina E, Vitamina C y Carotenoides.

Estudios realizados en Estados Unidos en población de deportistas veteranos demuestran que aquellos que han consumido antioxidantes de forma regular durante su vida deportiva como suplementos nutricionales conservan más sanas las articulaciones de carga, que aquellos que no los han tomado debido a que además de su efecto de retardar la oxidación celular, tienen un efecto de mejorar la elasti-

cidad y la resistencia de las fibras de colágeno del aparato locomotor, y como sabemos, gran parte de las estructuras del aparato locomotor, cartílagos, meniscos, tendones, discos intervertebrales etc. son ricos en colágeno.

7.2 Biorreguladores.

Los medicamentos biorreguladores, también llamados de homeopatía de segunda generación, se componen de principios activos de origen vegetal y mineral, en dosis infinitesimales, equivalentes a las que se encuentran en el sistema inmune, lo que favorece los mecanismos de recuperación naturales del organismo. Su principal ventaja, es "la tranquilidad en su uso para evitar efectos secundarios y, sobre todo, en el ambiente deportivo la garantía de que se trata de fármacos que no incluye ninguna sustancia considerada como dopante o prohibida". A diferencia de los antiinflamatorios convencionales, los medicamentos biorreguladores reducen el dolor y la inflamación estimulando la respuesta natural del organismo y no bloqueándola, por lo que no ocasionan efectos secundarios

El documento de consenso que ha realizado la Federación Española de Medicina del Deporte (FEMEDE) sobre la utilización de la vía parenteral en el deporte de medicamentos homeopáticos, terapias biológicas y biorreguladores nos dice que el nivel de evidencia científica es aceptable, no tienen contraindicaciones y existen cada vez más comunicaciones científicas que avalan su uso.

8. Avances en prevención

!!!La mejor manera de tratar la lesión en el deporte es prevenir su producción!!!

Siguiendo esta premisa el gran avance pre-

sente y futuro es aplicar las técnicas de Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria al campo de la Traumatología del Deporte.

8.1 Prevención Primaria.

Pretende evitar que se produzca por primera vez la lesión, sea accidental o de sobrecarga, que además es la típica del deporte, siendo fundamental el aplicar las medidas preventivas sobre todo en fases de aprendizaje y en la edad de crecimiento.

Todo deportista al principio de su aprendizaje debería ser sometido a una valoración médica de aptitud y orientación deportiva, de manera que se le invite a efectuar el deporte que más se adapta a sus capacidades físicas y psicológicas y también en función de la edad y el sexo. El deportista deberá realizar el deporte con el material y la vestimenta adecuados y adaptándose a las condiciones del medio en que se hace el deporte, con una alimentación e hidratación adecuadas.

Todo esto es especialmente importante al inicio de la actividad deportiva y sobre todo en edad de crecimiento.

Ejemplo de esta prevención primaria es el trabajo de reconocimiento del aparato locomotor se realiza desde hace 10 años en el conservatorio de Danza y Arte Dramático de Murcia, que dirige el Dr. Esparza y cuya finalidad es orientar a los aspirantes a profesionales de la danza para evitar que niños con problemas ortopédicos en zonas de estrés para esta actividad artística luego tengan riesgo de lesiones de sobrecarga o lesiones provocadas por sus problemas biomecánicos.

8.2 Prevención secundaria.

Es la que pretende evitar que una lesión que ha pasado se repita en el tiempo, para lo

cual se debe conseguir un diagnóstico precoz, un tratamiento integral y siempre buscando el conseguir que la curación biológica coincida con la curación funcional.

8.3 Prevención terciaria.

Pretende evitar la lesión en los puntos de máximo stress física típico de los distintos deportes.

Pondremos una serie de ejemplos:

1. Sabemos que las metatarsalgias son frecuentes en los corredores de fondo y que los factores de riesgo más importantes son la asociación de INDEX MINUS (primer metatarsiano más corto que el segundo), con pie cavo y la tendencia al VALGUS del primer metatarsiano.

Por lo tanto se deberá efectuar un estudio de la marcha estático y dinámico, un estudio ortopédico de los pies de los corredores jóvenes interesados en esta especialidad de las carreras y de los veteranos que no habiendo hecho deporte, de pronto pretendan comenzar a machacarse físicamente, para descartar para esta modalidad atlética los pies con esos factores de riesgo.

2. Los dolores de la cara anterior de la rodilla son frecuentes en los deportes de salto por la sobrecarga del aparato extensor de la rodilla en esas modalidades.

Por lo tanto se deberán valorar los ejes biomecánicos de la rodilla en los tres planos y aconsejar a los deportistas con estos problemas estáticos y dinámicos el practicar otro deporte menos problemático para sus rodillas.

3. Habida cuenta de que están dando en proporción muchas más lesiones de LCA en mujeres en deportes como el fútbol y algunos deportes de salto como el baloncesto y el voleibol, además de valorar los ejes de carga de los miembros inferiores y sobre todo de la rodilla se están efectuando programas de entrenamiento de la propiocepción del aterrizaje en el suelo con camas elásticas y plataformas vibratorias.
4. En los futbolistas que son los que más peligro tienen de lesión meniscal por la idiosincrasia del juego con giros y cambios de ritmo con el apoyo fijo en el suelo por la bota con tacos se deben efectuar programas de entrenamiento en flexión y rotaciones internas y externas para potenciar tanto el músculo poplíteo y el semimembranoso. De esta manera estamos protegiendo en punto del ángulo póstero-externo de la rodilla y el punto del ángulo póstero-interno, como en este caso la cápsula articular está íntimamente unida a la parte periférica del menisco interno, el efecto añadido es el de proteger el pinzamiento del cuerno posterior del menisco interno.

5. En los lanzadores la zona anatómica de máximo stress se encuentra en la articulación del hombro en el espacio subacromial y en la corredera bicipital.

Un simple estudio radiológico nos puede detectar las distintas formas anatómicas del acromion descritas por Bigliani cuando el acromion no es plano y tiene forma picuda en grados I, II y III, con el cual se estrecha el espacio subacromial y aumenta la presión sobre

la bolsa serosa y sobre el tendón del supraespinoso. Por lo tanto hombros con un acromion Bigliani positivo II y III deben evitar deportes de lanzamiento tipo béisbol, jabalina en atletismo, voleibol, balonmano etc.

6. En el caso de la corredera bicipital una simple ecografía nos puede valorar la forma del surco y la estabilidad del techo de la corredera. Una corredera muy estrecha provocará dolor por exceso de rozamiento del tendón de la porción larga del bíceps braquial, mientras que una corredera plana lo que provocará será una hiper movilidad del tendón o incluso favorecerá la subluxación o luxación del mismo. Estos problemas son más difíciles de corregir sin la ayuda de la cirugía. De ahí la importancia de una evaluación médica inicial correcta y orientativa para decidir el deporte que más nos conviene.
7. En la Facultad de Ciencias del Deporte de la UCAM, se desarrollan herramientas de valoración de las variables mecánicas del sprint en el propio terreno de juego, lo que ha permitido identificar diferencias estadísticamente significativas entre futbolistas recientemente lesionados de la musculatura isquiosural y futbolistas nunca lesionados de dicha musculatura. Se observó que los previamente lesionados tenían una menor producción de fuerza y potencia que los nunca lesionados.

Esta herramienta podría ser también útil en la monitorización del futbolista tras un programa preventivo o como una estrategia de vuelta al deporte.

8. También se desarrollan otras vías de investigación centradas en la estabilidad o inestabilidad del complejo lumbo – pélvico y por tanto en su posible papel en la producción de lesiones de la extremidad inferior y particularmente de la musculatura isquiosural.

La Prevención en el deporte es pues la base del futuro de la práctica del deporte con cierta seguridad.

En la actualidad se considera que los deportistas deben dedicar un porcentaje del tiempo dedicado a los entrenamientos a programas de prevención. El tiempo debe oscilar entre un mínimo de un 10% en casos de deportes de poco riesgo a un 20% en caso de deportes más agresivos y por lo tanto de más riesgo de patología lesional.

Con respecto a los programas de prevención, se deben seguir los protocolos de Van Mechelen, que constan de cuatro fases.

1. Identificación del problema o lesión y de los factores de riesgo.
2. Propuesta de acciones para reducir o suprimir los factores de riesgo.
3. Valoración de los resultados.
4. Propuesta de programa definitivo.

En resumen: Hemos podido apreciar de forma muy sucinta el amplio campo que abarca la Traumatología del Deporte, el importante aspecto social que representa no sólo aplicar sus técnicas a los deportistas sean de élite o no, sino que esos conceptos de tratamiento están al servicio de la Sociedad en general, que es la que a la larga la que se debe beneficiar y por supuesto y sobre todo cuidando muy especialmente al deportista en crecimiento que nunca debe ser tratado como un adulto.

Pongamos como ejemplo unos casos en los que se aplica la Traumatología del Deporte al beneficio de la sociedad en general:

1. Un esguince de tobillo que en las puertas de urgencia de los grandes hospitales se trata con una férula para dos o tres semanas, se trata con crioterapia inmediata, vendaje funcional y propiocepción precoz, con los resultados espectaculares consiguientes.
2. Una persona de más de 60 años, con actividad física moderada diaria, que sufre bloqueo mecánico de rodilla de más de 4 semanas de duración se le somete a una limpieza articular por artroscopia, que le permite recuperar la movilidad y carga inmediatas y recuperar la actividad física en dos semanas sin tiempo de perder masa muscular.
3. Caso clínico hace 30 años: Mujer de 90 años, que previamente andaba bien y sin ayudas, sufre caída con fractura pertrocantérea femoral por la mañana. Se somete a una osteosíntesis mediante clavos endomedulares de Ender y por la tarde se encuentra ya sentada, con movilidad de la pierna fracturada y comenzando carga parcial asistida. No le ha dado tiempo de perder ninguna de sus funciones y su recuperación funcional es muy precoz.

Y para finalizar dos casos típicos del deportista de élite:

1. Alpinista profesional que justo inmediatamente antes de salir de expedición a una escalada de máxima dificultad al Capitán en el Valle de Yosemite en California, llama a su médico y le

dice que ha tenido un cuadro de bloqueo de rodilla derecha y que tiene sujeto con los dedos y bajo la piel de la cara externa de la rodilla algo así como un garbanzo. El Traumatólogo del Deporte se desplaza a su casa con un equipo quirúrgico y pincha percutáneamente el cuerpo libre con una aguja intramuscular. Con anestesia local y a través de una incisión de un centímetro extrae un cuerpo cartilaginoso de 1 por 1,5 cm. Y se sutura. El deportista viaja en expedición al día siguiente y al llegar a la base de la montaña ya ha cicatrizado. Mes y medio después consigue superar no sin grandes dificultades los 900 metros de pared extraplomada del Capitán.

2. Ciclista profesional que el 4 de Julio sufre una caída en el Tour de Francia con resultado de fractura de clavícula derecha, Se desplaza a Murcia y en menos de 24 horas es intervenido mediante una placa atornillada con 8 corticales a cada lado de la fractura y un tornillo interfragmentario. A las 24 horas ya está montando en bicicleta acompañado del equipo médico y el 28 de Julio (24 días después) compite con el Equipo Nacional en los Juegos olímpicos de Londres.

La Traumatología del Deporte, a la vista de esta exposición se manifiesta como ya hemos dicho, como el Paradigma de la Medicina Funcional, con la función de ayudar a los deportistas y no deportistas lesionados en la prevención, tratamiento y readaptación deportiva, laboral y social.

Gracias por su atención

Dedicado a:

María Dolores.

Ester, Rebeca, Elena y María.

Y a:

Alicia, Paola, Pepe, Clara y Emma.

El presente y futuro.

'Estrategia frente a la lumbalgia crónica. Presente y futuro'

✿ Manuel Medina Quirós ✿

Unidad de raquis del Servicio de COT.
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Nos encontramos frente a un problema de salud muy frecuente en la sociedad con gran repercusión para el paciente con efecto negativo para él, porque de su situación se pueden producir otras patologías, y para su entorno familiar, laboral y social.

Etimología

La palabra lumbalgia, tiene un origen híbrido del Latín LUMB (um) que significa LOMO y del Griego ALGIA, que significa DOLOR. Por otra parte la palabra *Crónico*, (del latín *chronicu* y del griego *Chronikós* (*Cronos Dios del tiempo*) significa: "Dícese de la enfermedad larga o dolencia habitual".

Se aplica a la enfermedad que se padece a lo largo de mucho tiempo, generalmente por no tener cura, aunque sí un tratamiento que evita sus consecuencias.

El significado de las palabras nos da idea de la gravedad del proceso

Lumbalgia es un síntoma, dolor en la región lumbar. Como síntoma es la manifestación clínica de diversas patologías con pronósticos muy distintos y en algunos casos de gravedad.

Deberemos siempre hacer un diagnóstico diferencial con procesos vasculares (Aneurismas de aorta), procesos abdominales (tumores pancreáticos), procesos urinarios

(Litiasis renal) procesos ginecológicos (endometriosis) etc.

La causa más frecuente es la debida a Patología osteomuscular.

La degeneración de los componentes que forman la columna vertebral, discos, ligamentos, articulaciones y nervios es la causa más frecuente. Es lo que llamamos espondilosis.

Manifestación clínica:

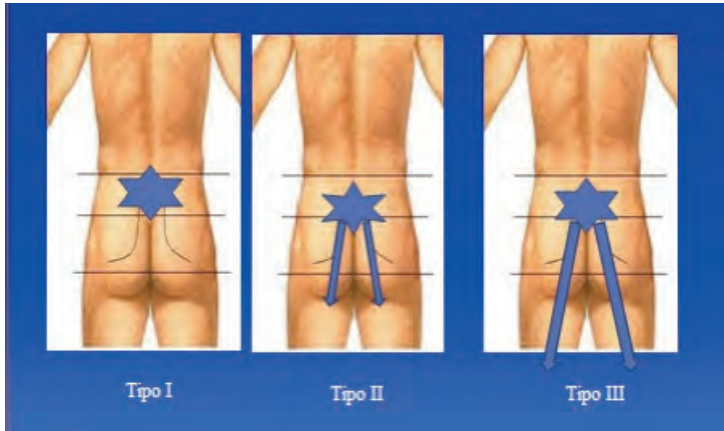
Hay tres formas de presentación en cuanto a localización

- 1) Dolor lumbar exclusivo.
- 2) Dolor irradiado hacia las nalgas o muslos.
- 3) Dolor referido por debajo de las rodillas.

Según el estudio The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders and the Severity, Treatment, and Outcomes of Sciatica and Lumbar Spinal Stenosis) 1996¹.

En cuanto a la aparición existe

- 1) Lumbalgia aguda. Que es el dolor lumbar que aparece por primera vez o la reagudización del dolor dentro del contexto de una lumbalgia crónica en muchos casos pueden ir acompañadas de síntomas de compresión radicular o



lumbociática, en donde el dolor se irradia por un territorio radicular

- 2) Lumbalgia crónica. Dolor lumbar continuo, que no desaparece. Puede ir acompañado de síntomas de compresión radicular lumbociática o en casos severos de claudicación neurógena

Epidemiología

Según el artículo publicado por Andersson

GBJ. Epidemiologic features of chronic low-back-pain. Lancet. 1999; 354: 581-5.2. Estudio EPISER. Sociedad Española de Reumatología².

70 al 85 % de la población ha sufrido alguna vez dolor lumbar "lumbalgia aguda" (Andersson 1999).

La mayoría de episodios son benignos y autolimitados, pero el 73% de los pacientes con antecedentes de lumbalgia sufren un segundo episodio antes del año y un 62% de ellos, refiere dolor después de un año del primer episodio.

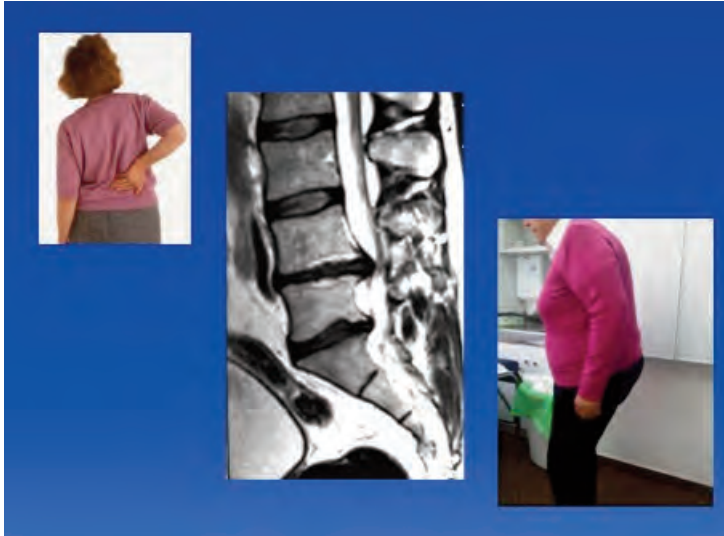
La lumbalgia crónica

En el mismo artículo de Andersson GBJ. Epidemiologic features of chronic low-back-pain. Lancet. 1999; 354:581-5.2. Estudio EPISER. Sociedad Española de Reumatología

Tiene una prevalencia del 15% en paciente mayor de 20 años siendo el pico de más incidencia alrededor de los 55 años para ambos sexos. Por encima de los 60 años es más frecuente en la mujer y el 7 % se cronifican. Grau Caño 1998

Trasladando estos datos al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca que atiende a una población de 250.000 habitantes:

- 1) 80%, 200.000 van a tener lumbalgia alguna vez en su vida.



- 2) Con una prevalencia del 15%: 37.500 tendrán lumbalgia en un año.
- 3) El 62%: 23.250, recaerán después del año.
- 4) El 7%: 1.627 se cronifican. Representan a los paciente que van precisar asistencia sanitaria de forma asidua.

¿Cuál es la problemática de la lumbalgia crónica?

Problemática por la repercusión que ocasionan.

En primer lugar, para el paciente, pues padece dolor continuo que le ocasiona una limitación para sus actividades:

Actividad cotidiana: El dolor está presente en los cambios de posición, al sentarse o levantarse, al acostarse o levantarse de la cama, al mantenerse en bipedestación, al realizar movimientos de flexoextensión y / o giros. También al coger peso.

Actividad laboral: Estas limitaciones por dolor hace que el paciente no pueda realizar su trabajo a veces de fuerza y otras veces no.

Lo que le ocasiona una merma en su rendimiento

Actividad deportiva: De la misma forma pacientes que hacían deporte, de forma periódica, se ven limitados cada vez más hasta tener que abandonar la actividad deportiva.

Alteración emocional: Todo esto ocasiona un stress que le lleva a alteraciones psicológicas

En segundo lugar, en el entorno familiar, estas limitaciones del paciente hacen

que en su medio familiar se limiten las salidas, las compras, las actividades sociales y todo gire en torno del paciente. A veces unido a que el diagnóstico se hace tarde, se crea un clima de desconfianza hacia su enfermedad.

En tercer lugar, en el entorno laboral, la incapacidad para realizar su trabajo, ocasiona pérdidas de días de trabajo, desconfianza muchas veces hacia la veracidad de lo que el paciente sufre.

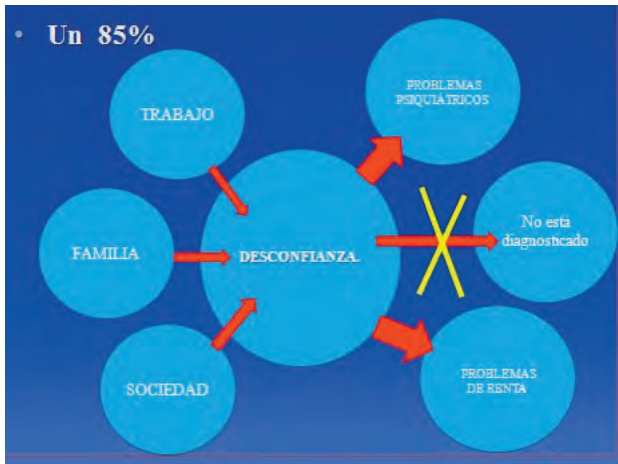
En cuarto lugar, en el entorno social, el costo sanitario por su asistencia y por las incapacidades es elevadísimo. En España como en otros países se aproxima al coste del 2% del PIB.

Problemática asistencial

El paciente con lumbalgia, va a ser estudiado y tratado por diversos especialistas a lo largo de su proceso.

Primer lugar: Médico de familia. En Urgencias o Centro de Salud.

Segundo lugar: Especialistas diversos:



Traumatología, Reumatología, Neurocirugía, Neurología, Rehabilitación incluso en Unidad del Dolor.

Esto supone un enfoque diagnóstico y terapéutico disperso, que se traduce en múltiples consultas, interconsultas y tratamientos. En muchos casos es un largo camino en el tiempo hasta llegar al diagnóstico.

Sólo en un 15% de pacientes con dolor lumbar crónico se llega a un diagnóstico médico real y fiable.

Nachemson AL. Advances in low-back pain. Clin Orthop Rel Res 1985, 200-78

En un 85%, el no llegar a un diagnóstico, produce una desconfianza en su entorno familiar, laboral, social y a veces personal que lo va a llevar a problemas psiquiátricos y de renta.

¿Cuál es la causa de la lumbalgia crónica?

La Espondilosis.

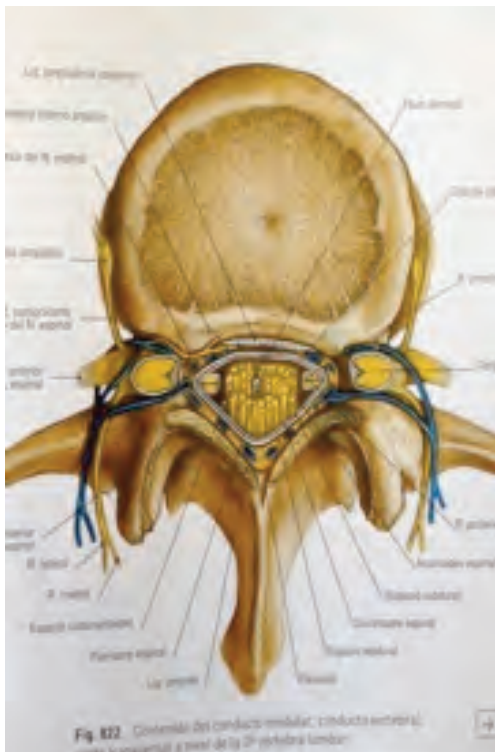
Consiste en la Degeneración de los elementos que forman la Unidad Funcional del Raquis.

1) Anatomía.

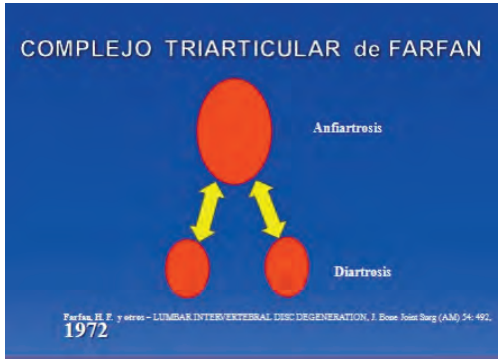
El raquis está formado por elementos óseos que son las vértebras, que tiene una zona anterior formada por los cuerpos vertebrales que son cilíndricos y una parte posterior formada por el arco posterior donde están las apofisis transversas, las láminas y las apofisis articulares.

2) Segmento motor de Junghans³

El autor, en 1956, considera que todos los elementos móviles intervertebrales tanto en la zona anterior como en la posterior forman



También existe elementos fibrosos y ligamentosos como son el disco intervertebral, los ligamentos longitudinal común anterior y posterior, las articulaciones intervertebrales con sus cápsulas el ligamento amarillo el ligamento interespinoso y el supraespinoso.



Todos los movimientos son armónicos y funciona de forma equilibrada. Lo que afecte a una articulación del complejo va a repercutir en las otras dos.



Si el disco se afecta con alteraciones degenerativas se producirá afectación de las articulaciones posteriores



Si se produce una afectación de las articulares se producirá una afectación del disco.



Al final el proceso degenerativo afecta a toda la unidad funcional.

3) Complejo triarticular de Farfan⁴

El autor, en 1972, describe el comportamiento del disco y de las articulaciones intervertebrales posteriores como un complejo triarticular

4) Cascada degenerativa de Kirkaldy-Willis⁵

El Dr Kirkaldy-Willis fue Cirujano ortopédico y profesor emérito de la facultad de medicina de Saskatchewan (Canadá), y autor del texto “Managing low back pain” (Churchill Livingstone, Inc. New York, 1983).

En su artículo Pathology and pathogene-

sis of lumbar spondylosis and steno-sis. Publicado en Spine. 1978;3:319 Kirkaldy-Willis WH, Wedge JH, Young-Hing K, Reilly J.

Recoge lo que llama Cascada degenerativa del raquis.

Existen 3 fases consecutivas:

1) Fase de disfunción.

En esta fase el disco se deshidrata pierde su elasticidad y es responsable de la hernia discal (edad media los 15 a 45 años).

2) Fase de degeneración.

En esta segunda fase, se produce una degeneración articular que ocasiona

Una inestabilidad segmentaria (edad media 45 a 65 años).

3) Fase de estabilización

En esta última fase se produce expensas de los fenómenos degenerativos acontecidos una estenosis de canal, (por encima de los 65 años) .

El inicio del problema lo tenemos en EL DISCO.

Composición del disco:
 Núcleo pulposo y ánulus
 –Estructura del disco.

Núcleo pulposo

- 1) Células discales.
- 2) Matriz extracelular:
 - a) Glucosaminoglicanos.
 - b) 70 al 90% del núcleo pulposo es agua.
 - c) Fibras de colágeno tipo II, formando redes entrecruzadas

Grunhagen T,White G,Soukane DM,shirazi-Ald SA, Urban JPG. Nutrient supply and intervertebral disc metabolism. J.Bones Joint Surg Am 2006,88 A⁶

Los glucosaminoglicanos son responsables de la retención de agua lo que favorece la resistencia a la deformación.

Doctor Kirkaldy-Willis,

Cirujano ortopédico, profesor emérito de la facultad de medicina de Saskatchewan (Canadá), y autor del texto "Managing low back pain" (Churchill Livingstone, Inc. New York, 1983).

Cascada degenerativa

Kirkaldy-Willis WH, Wedge JH, Young-Hing K, Reilly J. Pathology and pathogenesis of lumbar spondylosis and stenosis. Spine. **1978**;3:319

CASCADA DEGENERATIVA DE KIRKALDY-WILLIS

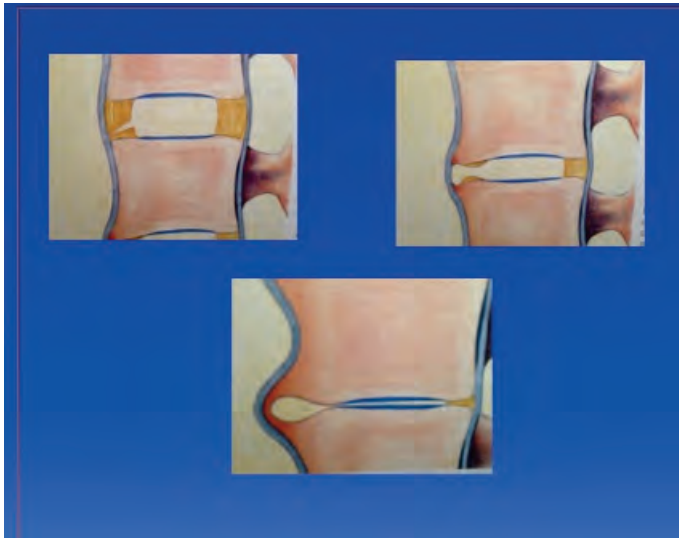
1) Fase de disfunción . Dehidratación del disco

Responsable de la hernia discal entre los 15 a 45 años).

Las fibras de colágeno tipo II están entrecruzadas creando una red resistente a la tracción y distribuye las cargas por el anillo fibroso⁷.

Una disminución de la actividad de los glucosaminoglicanos , alterará la red de colágeno y se producirá una disminución de la resistencia

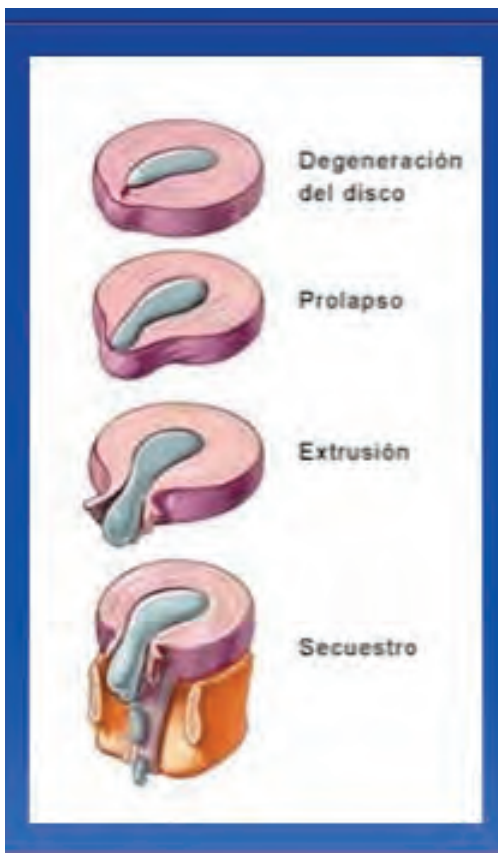
La deshidratación más la pérdida de prote-



oclucanos van a producir una disminución de la presión hidrostática del núcleo pulposo y aumento de la transferencia de cargas al anillo fibroso con formación de grietas y roturas del núcleo así como pérdida de fibras de colágeno y fragmentación del anillo⁸.

Sería el inicio de la Cascada degenerativa

- Deshidratación
- Disminución de altura.
- Abombamiento del disco.



Y esto lleva a la producción de las diferentes etapas de migración del núcleo pulposo, protusión, abombando el anillo externo, herniación con salida del anulus por rotura del anillo fibroso, extrusión con salida del material hacia el canal raquídeo y secuestro con desplazamiento del ánulus extruido, quedando aislado^{9, 10}.

Esto nos lleva a un movimiento anormal en la unidad funcional, es decir, a INESTABILIDAD

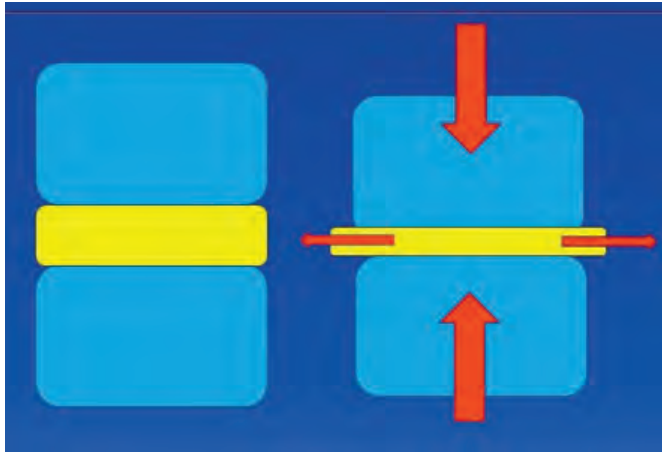
Se produce una incongruencia en las articulaciones posteriores. Sinovitis. Alteración del cartílago, artrosis e hipertrofia articular¹¹.

Esto nos lleva a una Hipertrofia del ligamento amarillo, que asociada a la de las carillas articulares y a la salida del disco al canal producirá una ESTENOSIS DEL CANAL. Fase última de la degeneración de la Unidad funcional.

Por tanto hay que llegar al diagnóstico, lo más exacto posible mediante:

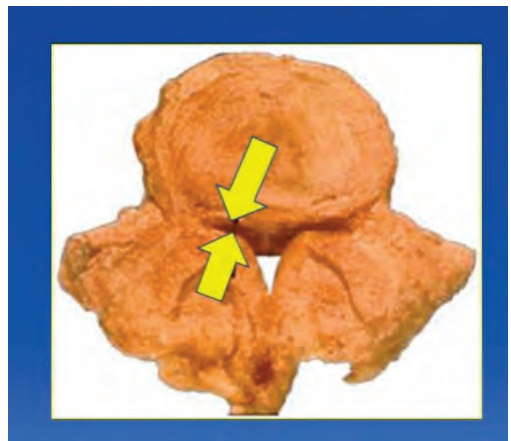
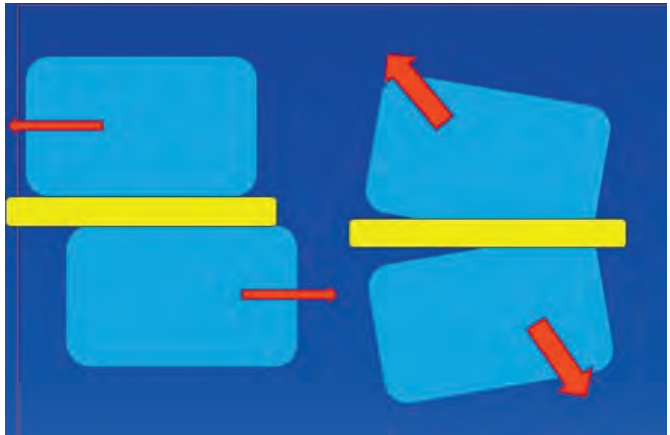
- 1) Anamnesis detallada. (diferenciar si es o no una lumbalgia crónica).

- 2) Exploración clínica (4D), desnudo, descalzo, de pie y de espaldas.
- 3) Exploración neurológica.
- 4) Pruebas complementarias:
 - Rx. Siempre de pie: Cambios degenerativos.
 - Rx dinámicas, en flexión y extensión.
 - TAC.
 - Mielo TAC.
 - RMN .
 - EMG.



Tratamiento conservador.

- Analgésicos.
- Antiinflamatorios.
- Corticoides.
- Relajantes musculares.
- Antidepresivos.
- Reposo, poco tiempo, en las fases agudas
- Inyección epidural de corticoides. Eficaz entre un 40-70%
- Ortesis lumbosacras.
- RHB.
- Escuela de espalda.
- Ejercicio.
- Otras alternativas:
 - Infiltraciones anestésicas y con corticoides en las facetas.
 - Laserterapia.
 - Nucleotomía percutánea.
 - Ozonoterapia.
 - Acupuntura. Etc.
 - Infiltraciones con factores de crecimiento.
- Existe un 20 % que no mejoran con el tratamiento conservador.



Distinguimos dos tipos diferentes, desde el punto de vista clínico, de lumbalgia crónica:

- a) Lumbalgia crónica soportable . El paciente esta acomodado a su dolor .
- b) Lumbalgia crónica insoportable. El paciente ya tiene una limitación insoportable

Tratamiento quirúrgico:

- 1) Es muy importante identificar el proceso causante del dolor.

A veces es muy complejo porque existen otras unidades funcionales que también demuestran claros signos degenerativos.

- 2) Tenemos que considerar en conjunto las alteraciones degenerativas que existen en la unidad funcional en la que vamos a actuar. Si existe un disco herniado y las articulaciones posteriores están con clara artrosis, deberemos de artrodesar la Unidad. Si solo hacemos discectomía en muy poco tiempo la Unidad fracasará de nuevo.
- 3) Hemos de elegir el gesto que vamos a realizar: Discectomía, liberación, artrodesis, e instrumentación.

El procedimiento final para estabilizar la Unidad Funcional es la artrodesis vertebral

Tipos de artrodesis:

- Artrodesis posterior. Sólo el arco posterior (láminas y espinosas)
- Artrodesis posterolateral. Más las transversas
- Artrodesis intersomática. Entre los cuerpos vertebrales.
- Artrodesis circunferencial 360°. Las dos de forma simultánea.

Posibilidades de la artrodesis intersomática. Vías de abordaje:

- Por vía anterior. ALIF
- Por vía posterior. PLIF
- Por vía lateral. TLIF
- Por vía muy lateral. XLIF

Posibilidad de Instrumentación:

- Sin instrumentación
- Instrumentación monolateral
- Instrumentación bilateral.

Resultados.

- Se habla de unos resultados buenos entre el 80 y 90%.
- Buenos en cuanto a la disminución del dolor lumbar y radicular así como aumento de la calidad de vida.

El paciente se encuentra limitado, a veces, con dolores residuales en la columna lumbar o irradiada hacia las piernas.

En el presente nos encontramos

- 1) Es un problema de salud muy serio que ocasiona un enorme gasto.
- 2) Existe una gran demora en el diagnóstico por tener en su tratamiento múltiples escalones.
- 3) No se le da importancia al diagnóstico.

Para el enfermo SI es importante.

Los tratamientos médicos y alternativos pueden mejorar los síntomas, sin evidencia de que ninguno sirva para algo.

La cirugía tiene un amplio abanico de actuaciones que van de las discectomías simples a la artrodesis de toda la unidad funcional, muchas veces sin un criterio claro, que

obligan a cirugías repetidas.

Por tanto:

El paciente mejora pero no está libre del dolor ni de la limitación.

A la larga los pacientes desarrollan alteraciones degenerativas en niveles contiguos que obligan a nuevas cirugías.

Por lo que seguimos por tanto teniendo un problema.



¿Cuál es el futuro?

- a) A través de la investigación básica sobre las causas reales de la degeneración discal,

Hay dos vías de investigación

- 1) La utilización de células madre para la reparación discal
- 2) El conocimiento de los genes responsables de la degeneración para evitar la degeneración.

Células madre.

- Regeneración discal a través de la regeneración celular.
- Detener o retrasar la cascada degenerativa.
- Hay estudios con cultivos de células mesenquimales obtenidas del cordón umbilical humano, como una nueva fuente celular para la reparación de discos.

La regeneración del disco intervertebral lumbar, se realiza mediante la inyección percutánea de células madre obtenidas de médula ósea autóloga.

Este estudio demuestra que las células mesenquimales obtenidas del cordón umbilical humano sobreviven y asumen el fenotipo condrocítico cuando se cultivan en el disco intervertebral del conejo.

-Los datos obtenidos apoyan el potencial de estas células como fuente para la reparación del disco.

-Se necesitan estudios en modelos animales antes de las pruebas en seres humanos.

-La extracción se obtiene de la cresta iliaca. Son células madre de médula ósea autóloga. Tras 3 semanas de la extracción, el producto celular mesenquimal autólogo generado tras el proceso en sala blanca, se inyecta en el disco del paciente^{12, 13}.

-Los indicios de eficacia se valoran por el comportamiento clínico, radiográfico y cambios de densidad (rehidrata-

ción) del núcleo pulposo medidos con RNM.

Teorías de factores genéticos.

- La evidencia creciente sugiere que los factores genéticos representan hasta el 75% de la susceptibilidad individual de la degeneración discal, mucho más que los factores ambientales como la exposición ocupacional o el tabaco que se sospechaba previamente a ocupar un lugar destacado en este proceso.
- De los 20 genes analizados, los polimorfismos en los receptores de vitamina D, agregano, colágeno Tipo IX, asporin, MMP3, IL1, IL6 muestran la mayor promesa como variantes funcionales. Los estudios genéticos son cruciales para la comprensión del mecanismo de la degeneración .
- Esta información genética podría eventualmente ser utilizado como un modelo predictivo para determinar el riesgo de un paciente para presentar una degeneración discal.

Es necesario mejorar de las técnicas quirúrgicas para detener la progresión de la degeneración.

En la actualidad podemos mejorar la estrategia ante la lumbalgia crónica:

- 1) Creando unidades multidisciplinarias para la valoración de estos pacientes, realizando actuaciones según protocolos consensuados.
- 2) Favorecer el mantenimiento de la actividad laboral realizando cambios de puestos de trabajos adecuados al inicio del proceso.

- 3) Considerarlo como un problema serio de salud.
- 4) Llegar al diagnóstico preciso lo antes posible.
- 5) Favorecer el conocimiento de la enfermedad al paciente mediante una información minuciosa de su problema para que él, contribuya de una manera activa en la mejora de su patología.
- 6) Apoyar la investigación básica para poder incidir sobre los elementos que favorecen la progresión de la degeneración de la unidad funcional.

Terapia genética o células madre.

- 7) Desarrollar técnicas de tratamiento médico y quirúrgico eficaces con el fin de evitar la progresión de la cascada degenerativa, minimizando la repercusión negativa que se produce en otros segmentos del raquis.

Bibliografía

1. The Quebec Task Force Classification for Spinal Disorders and the Severity, Treatment, and Outcomes of Sciatica and Lumbar Spinal Stenosis) 1996
2. Andersson GBJ. *Epidemiologic features of chronic low-backpain*. Lancet. 1999; 354: 581-5. 2. Estudio EPISER. Sociedad Española de Reumatología
3. Schmorl G, Junghans H. *Clinique et radiologie de la colonne vertebrale normal et pathologique*. Paris: G. Doin, 1956.
4. Farfan, H. F y otros – *Lumbar intervertebral degeneration*, J. Bone Joint Surg (AM) 54: 492, 1972
5. Kikhaldy_Willis, Farfan HF: *Instability of the lumbar spine*: Clin Orthop Relat Res 1982; 165: 110
6. Grunhagen T, White G, Soukane DM, Shirazi-Ald SA, Urban JPG. *Nutrient supply and intervertebral disc metabolism*. J. Bone Joint Surg Am 2006; 88 A
7. Nerlich AG, Boss N, Wiest I et al - *Immunolocalization of major interstitial collagen types in human lumbar intervertebral disc of various ages*. Virchows Arch 1998; 67-76.
8. Hayes AJ, Benjamin M, Ralphs JR. *Extracellular matrix in development of intervertebral disc*. Matrix Biol 2001; 20: 107-21
9. Horner HA, Roberts S, Bielby RC, Menage J, Evans H, Urban JP. - *Cells from different regions of the intervertebral disc: effect of culture system on matrix expression and cell phenotype*. Spine 2002; 27: 1018-28
10. Boos N, Weissbach S, Rohtbach H, Weiler C, Sparatt KF, Nerlich AG - *Classification of age-related changes in lumbar intervertebral disc*. Spine 2003. 3 251-63
11. Nachemson AL - *Advances in low back pain*. Clin Orthop Rel Res 1985, 200-78
12. Luis Orozco; Roberts : *Celulas madre adultas: Del laboratorio al Mercado.*: Referent, 4, 2008.
13. Carlos Morera; Soler; J.J Velázquez. Ana Sánchez; Mercedes Alberca; Javier García Sancho; Luis Orozco, *Regeneración del disco intervertebral mediante MSV*.

Discurso de presentación

de la conferencia del Dr. D. Juan de Dios González Caballero

✿ **Juan Enrique Pereñíguez Barranco** ✿

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

*Excmo. Sr. Presidente, Ilmos Sres.
Académicos, amigos, compañeros,
Sras. y Sres.*

Es para mi un placer presentar al Dr González ,amigo y persona relevante en la Sanidad murciana y especialmente en la MdF.

Nace en Murcia en el año 70, finaliza sus estudios de medicina en 1994 y se especializa en MFyC en el año 2002 realizando a su vez el Máster sobre Medicina de Seguros y valoración del daño corporal en la Universidad de Murcia. Es uno de los pocos estudiantes que ha publicado en revistas de gran impacto y uno de los primeros de la Región de Murcia en obtener el premio de investigación de la SEMFYC. Enamorado especialmente de la Universidad es su viejo proyecto volver en no mucho tiempo para quedarse como profesor de una manera definitiva, le auguro un ancho campo que tiene por ejemplo en la asignatura de MF.

Es Dr. en medicina “cum laude” en 1988 con la defensa de su tesis que tuvo por título: “interacción entre angiotensina II- óxido nítrico y prostaglandinas en el control mantenido de la función renal”. Ha publicado 17 artículos en revistas nacionales e internacionales y 32 comunicaciones. Ha sido ponente en 8 congresos nacionales y desde su licenciatura ha realizado más de cuarenta cursos

en los más diversos escenarios.

Ha sido profesor asociado en la UMU y tutor del máster de atención primaria por la Universidad Miguel Hernández cursos 12 y 13.

Interviene en tres proyectos de investigación y en la actualidad es el presidente de la SMUFYC desde hace siete años, fiel a sus compromisos piensa finalizar su presidencia el próximo año.

Negociador con la RAMyC acuerda la inmersión de la MF en la “Academia” y en ese sentido el beneficio y crecimiento mutuo.

Valiente, entusiasta, amigo de sus amigos, hoy nos hablará del “paciente polimedica-do” grave problema que azota a pacientes y sistemas sanitarios complejos como el nuestro, de alta prevalencia y donde se necesitará una mejor en la coordinación hospital-primaria.

Les dejo con el doctor González que con seguridad nos hará pasar un rato interesante y esclarecedor.

Muchas gracias.

'El paciente polimedicado'

✿ Juan de Dios González Caballero ✿

Médico de Medicina Familiar y Comunitaria y Presidente de la Sociedad Murciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Agradecimientos

Antes de nada, me van a permitir que emulando a Paco Umbral, hable de mi libro, respaldado sobre todo por los acontecimientos de los últimos días: un médico de familia numerario en esta ilustre y real institución, y que el pasado domingo 19 de mayo se celebró el día mundial de la medicina de familia.

Cuando hablamos de paciente polimedicado nos estamos refiriendo al fenómeno inequívoco de la POLIMEDICACIÓN, pero entrando en materia veamos el siguiente vídeo titulado "El Poli Medicado" que forma parte del concurso de cortometrajes sobre la polimedición

<http://www.youtube.com/watch?v=V5CEASkSmRE&feature=youtu.be>

Si nos fijamos en la historia clínica, el tratamiento de una paciente de 79 años con el diagnóstico de HTA, Diabetes Mellitus, Poliartritis, Insuficiencia renal leve, Dislipemia y Síndrome ansioso-depresivo:

1. Ácido acetilsalicílico 100 mg
2. Arcalion 200 mg
3. Atorvastatina 20 mg
4. Citicolina 1000 mg
5. Escitalopram 10 mg
6. Furosemida 40 mg
7. Glimepirida 4 mg
8. Glucosamina 1500 mg

9. Lorazepam 1 mg
10. Olmesartan 40 mg
11. Metamizol 575 mg
12. Paracetamol 650 mg
13. Tramadol 50 mg
14. Sulpirida 50 mg
15. Omeprazol 20 mg

En total 15 fármacos

La polimedición, también llamada polifarmacia por traducción literal del término anglosajón "polypharmacy" tiene muchas definiciones:

Cualitativamente, Rollason y Vogt distinguen tres posibles situaciones:

- Polimedición adecuada, cuando el paciente toma muchos fármacos, pero todos ellos tienen indicación clínica. El objetivo en este caso no es reducir la polimedición, sino mejorar la adecuación terapéutica.
- Polimedición inadecuada, cuando se toman más medicamentos de los clínicamente necesarios. El objetivo en este caso es reducir al máximo posible el número de fármacos inapropiados
- Pseudopolimedición, que sería el caso del paciente en cuyo historial están registrados más fármacos de los que realmente

está tomando. El objetivo es entonces actualizar los registros y coordinar adecuadamente la atención clínica entre los distintos profesionales y niveles involucrados.

Cuantitativamente, no parece haber consenso en dónde establecer el límite a partir del cual estaríamos hablando de polimedicación, y en cualquier caso siempre son criterios arbitrarios.

- Rollason y Vogt hablan de 4 para los pacientes ambulatorios y 10 para los institucionalizados.
- Monane y cols ponen el límite en 5 medicamentos.
- Berrun y cols consideran tres niveles:
 - Polimedicación menor, 2 ó 3 medicamentos.
 - Polimedicación moderada, de 4 a 5 medicamentos.
 - Polimedicación mayor si toman más de 5 fármacos.

A efectos de polimedicación sólo se contabilizarán la medicación crónica, siendo mayoritariamente considerada como tal, cuando se lleva tomando al menos en los 3 meses precedentes.

Epidemiología

La polimedicación es un fenómeno frecuente que aumenta con la edad, al igual que su morbilidad asociada, en un estudio reciente se estima que la media diaria es de 4,2 a 8 fármacos por persona, con un consumo máximo de 18 fármacos distintos al día.

Hay estudios de base poblacional que cuentan que el 20% de las personas mayores de 70 años de edad están en el momento del estudio

tomando cinco o más fármacos, aunque en otras series sitúan la cifra en personas por encima de 65 años en alrededor del 50%, cuando nos referimos a consumo crónico de 5 ó más medicamentos, la cifra baja a menos del 5%.

En nuestro medio, en población ambulatoria por encima de 65 años, el consumo crónico medio de medicamentos oscila, según estudios, entre unos 7 y 13.

Factores asociados a la polimedicación y el uso de fármacos inapropiados

Existen numerosos factores asociados a la polimedicación:

1. Factores del paciente. En dos estudios, la edad, el número de medicamentos utilizados, el sexo femenino y una pobre percepción de la salud han demostrado estar directamente implicados. En un estudio transversal retrospectivo representativo de diferentes áreas urbanas de 8 países europeos, seis variables fueron identificadas como predictoras en el análisis multivariante de uso inadecuado de la medicación:
 - a. Situación económica baja OR 2,48.
 - b. Polifarmacia OR 2,19.
 - c. Uso de ansiolíticos OR 2,19.
 - d. Depresión OR 1,37.
 - e. Edad mayor de 85 años OR 0,37.
 - f. Vivir solo OR 0,71.

En un estudio transversal de base poblacional realizado sobre una población anciana en nuestro país, los factores relacionados, a través de un análisis de regresión logística, con un mayor consumo de fármacos fueron:

- g. Mayor contacto con los servicios sanitarios en los últimos 3 meses OR 2,73
- h. Haber tenido ingresos hospitalarios previos OR 2,67
- i. Tener tres o más enfermedades crónicas OR 2,24
- j. Padecer trastornos depresivos OR 1,68
- k. Ser mayor de 75 años OR 1,63
- l. Dependencia física OR 1,59
- m. Pobre autopercepción de la salud OR 1,45

El desarrollo con la edad de enfermedades crónicas es, como hemos visto antes, uno de los factores principalmente implicados en la polimedicación. De todas estas enfermedades, las que se han visto relacionadas con la polifarmacia son las cardiovasculares, la diabetes, la hipertensión arterial y los síntomas digestivos.

Las expectativas y creencias del paciente influyen también en el número de prescripciones, así como en el efecto sobre la adherencia terapéutica y la aparición de efectos adversos.

2. Factores sociales. Se ha relacionado la polimedicación y el uso de medicamentos inadecuados a diversos factores sociales, como vivir solo, tener un nivel de educación y socioeconómico bajo y vivir en zonas rurales. Estos hallazgos ilustran la necesidad de incidir en el abordaje de los pacientes polimedificados, y en especial en la edad avanzada, sobre los factores sociales con recursos que vaya más allá de la asistencia sanitaria.
3. Factores inherentes al sistema sanitario. Uno de los factores identificados es el hecho de que haya varios médicos y oficinas de far-

macias involucradas en la prescripción y dispensación de los fármacos de una misma persona, lo cual favorece la descoordinación y, por ende, un escaso control y revisión de la medicación que deriva en duplicidades e interacciones evitables. Se hace, por tanto, imprescindible mejorar los sistemas de comunicación, sobre todo el acceso a la misma información sobre patologías y listado de medicamentos en uso activo, por parte de todos los profesionales inmersos en el proceso de prescripción-dispensación de los medicamentos

Influye también el hecho de que el sistema sanitario parece estar orientado a ligar socialmente la consulta médica a la receta, de hecho el 75% de las consultas acaban con una receta, lo cual pone de manifiesto la necesidad de formar e informar a profesionales y población, ya que existe una sobre dimensionada percepción sobre los beneficios de los fármacos y un infravalorado conocimiento sobre sus riesgos, inconvenientes y costes. Esta circunstancia parece estar muy presente en el fenómeno de la automedicación basándose en medicamentos “sin receta” o “prestados”, frecuentemente utilizados para tratar síntomas menores que no son percibidos como relevantes como para consultar al médico y que frecuentemente son causantes de problemas

Consecuencias clínicas de la polimedicación y el uso de fármacos inapropiados

Sobre la adherencia o cumplimiento terapéutico. La falta de adherencia a las recomendaciones aumenta con la complejidad

del régimen terapéutico y con el número de medicamentos a consumir, así en pacientes con enfermedades crónicas el incumplimiento se estima en un 15% cuando toma sólo una medicación, del 25% al tomar 2-3 fármacos y asciende al 35% cuando se toman cuatro o más medicamentos.

Consecuentemente, el paciente se deja de beneficiar de los fármacos, lo cual puede desencadenar descompensaciones o falta de consecución de los objetivos terapéuticos planteados.

De ahí que uno de los principales objetivos clínicos a perseguir en los pacientes polimedificados sea aumentar la adherencia a los fármacos prescritos.

Sobre los efectos adversos de la medicación (EAM). Supone quizá, el efecto más inquietante de la polimedicación y el uso inapropiado de medicamentos. La incidencia de EAM se incrementa exponencialmente con el número de medicamentos consumidos. Los pacientes ingresados en instituciones hospitalarias que presentan EAM toman el doble de medicamentos que los que no presentan efectos adversos.

Hanlon y cols. Encontraron que el 35% de los pacientes ancianos polimedificados (5 ó más fármacos) desarrollan un EAM. La mayoría de los EAM son debidos a fármacos innecesarios o incluso contraindicados, y a las interacciones medicamentosas.

De todos es conocido que no hay medicamentos que no pueda potencialmente provocar un EAM. No todos ellos, eso sí, son importantes. Sin embargo, en ocasiones sí lo son, y motivan consultas urgentes e incluso ingresos hospitalarios. De hecho, se calcula que alrededor del 10-20% de las visitas a las urgencias hospitalarias y de los ingresos en

ancianos corresponden a motivos de consulta relacionados con EAM.

Incluso hay estudios que vinculan la polimedicación y el uso de medicamentos inadecuados a la mortalidad por EAM. Estos datos son menores en un metaanálisis de estudios prospectivos, que concluye que la incidencia en pacientes hospitalizados de EAM graves es del 6,7%, y el 3,3% si consideramos los EAM que conducen a la muerte del paciente.

Sobre las interacciones medicamentosas. Como es lógico, a mayor número de fármacos consumidos, mayor es la probabilidad de presentar interacciones entre ellos. Tanto es así que se ha calculado que esta probabilidad es casi absoluta cuando se toman ocho o más fármacos al mismo tiempo. También se ha demostrado que un factor asociado a presentar interacciones medicamentosas es el hecho de que haya varios médicos prescriptores.

Las interacciones que provocan una reducción de la eficacia de la medicación pueden ser pasadas por alto con más frecuencia que las que resulten en un efecto sinérgico, debido a que pueden encontrarse otras razones para explicar la ineficacia, por ejemplo, incumplimiento terapéutico, resistencia de la enfermedad a la medicación, etc.) Estas conclusiones apresuradas y erróneas pueden dar lugar a un aumento en la dosis o la introducción de un nuevo fármaco, poniendo al paciente en mayor riesgo de una interacción entre medicamentos y polimedicación.

Sobre el riesgo de hospitalización, morbilidad y mortalidad. La polimedicación aumenta el riesgo de ser hospitalizado, aumenta la morbilidad, e incluso en algunos estudios la mortalidad.

Así, el uso de fármacos inapropiados en ancianos que viven en la comunidad implica un exceso de riesgo del 2,72, de requerir ingresos hospitalarios, y de mortalidad del 1,72

En un estudio reciente realizado en nuestro país, el 13,4% de todas las altas hospitalarias presentaban problemas relacionados con la medicación, que en su mayoría están implicados en el ingreso hospitalario (12%), considerando la mitad de ellos evitable.

Implicaciones legales

La Constitución Española en su artículo 43 recoge el derecho a la protección de la salud, haciendo un mandato a los Poderes Públicos para garantizar dicha protección, además, los artículos 49 y 50 hacen especial hincapié, por su vulnerabilidad, en dos grupos específicos de ciudadanos: los disminuidos psíquicos, sensoriales y físicos, y la tercera edad.

También existen otras normas fundamentales que rigen esta materia: Ley General de Sanidad, Ley de Cohesión y Calidad del Sistema de Salud, Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, etc.

Los profesionales sanitarios, deben regirse por su Lex Artis, que implica determinadas conductas que deben ser respetadas, maximizando el deber objetivo de cuidado para evitar la provocación de daños a las personas. Trasladando todo esto al tema de la polime-



Juan de Dios Gonzalez, durante su conferencia.

dicación, queda patente que existen determinadas conductas por parte de los profesionales sanitarios que puede producir efectos adversos en los pacientes: lesiones físicas, sensoriales o psíquicas, e incluso la muerte.

En este sentido, resulta muy fácil protocolizar las distintas estrategias de abordaje de la polimedición teniendo en cuenta que todos los profesionales sanitarios implicados tienen responsabilidad en el correcto abordaje del problema.

La polimedición puede o no derivar en resultados negativos para la salud, una de las consecuencias son las reacciones adversas y las interacciones que pueden producir estos medicamentos administrados conjuntamente. La gran mayoría de estos eventos adversos e interacciones son, o deberían ser, conocidas por los profesionales sanitarios, quienes en función de su Lex Artis están obligados a mantenerse actualizados e informados de estos posibles efectos.

Por otro lado, la prescripción de medicamentos ha de ajustarse a las condiciones del

paciente; y como garantía, se establece la dispensación del medicamento por el farmacéutico, quien tiene la obligación de realizar la provisión responsable de la farmacoterapia con el propósito de alcanzar unos resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente, establece un filtro que puede evitar la producción de un resultado dañoso en el usuario. Con el fin de evitar resultados lesivos, hay que extremar al máximo el deber objetivo de cuidado a la hora de prescribir y dispensar los medicamentos.

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS en su artículo 16 dice: “la prestación farmacéutica comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad”. El cumplimiento de los cuatro preceptos recogidos, eficacia, seguridad, adecuación y coste, necesita de una especial atención en los pacientes polimedificados debido a sus características especiales.

El Real Decreto 711/2002 regula la farmacovigilancia de medicamentos de uso humano, los médicos, farmacéuticos, enfermeros y demás profesionales sanitarios tienen la obligación de:

- Notificar toda sospecha de reacción adversa (tarjeta amarilla).
- Conservar la documentación clínica de las sospechas de reacciones adversas a medicamentos.
- Cooperar con los técnicos del Sistema Español de Farmacovigilancia de medicamentos de uso humano.
- Mantenerse informados sobre los datos

de seguridad relativos a los medicamentos que habitualmente prescriban, dispensen o administren.

- Colaborar con los responsables de farmacovigilancia de los titulares de autorizaciones de comercialización.

Por lo que no sólo están obligados los profesionales sanitarios a extremar las precauciones en cuanto a la prescripción, y a la dispensación, sino también a observar cuál es la eficacia, o los efectos de estos tratamientos, y a comunicar al órgano competente de la Comunidad Autónoma en materia de farmacovigilancia dichas reacciones adversas.

La Ley de Uso Racional del Medicamento, intenta establecer medidas para evitar la profusión en la prescripción de medicamentos, y en consecuencia, la polimedicación. Recoge que la prescripción y dispensación de medicamentos deberá hacerse de acuerdo a los criterios racionales contenidos en la ley, realizando un mayor hincapié respecto a los medicamentos sin prescripción médica, e impone a los farmacéuticos de las oficinas de farmacia una serie de obligaciones: “La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios podrá calificar como medicamentos no sujetos a prescripción médica aquellos que vayan destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud, mediante su dispensación en la oficina de farmacia por un farmacéutico, que informará, aconsejará e instruirá sobre su correcta utilización”

Resumiendo, la polimedicación puede

tener consecuencias jurídicas para todo aquel profesional sanitario que la produzca por una dejación de funciones, por un descuido voluntario o no del deber objetivo de cuidado que regula el desempeño de sus funciones.

Este deber ha de extremarse al máximo en el caso de los profesionales sanitarios, ya que no sólo protege el derecho a la salud, sino que en ocasiones puede atentar contra el derecho a la vida, o a la integridad física.

Implicaciones económicas

En los últimos años en los países desarrollados se ha producido un aumento del número de medicamentos consumidos y del nivel de polimedicación de sus ciudadanos. Los ancianos, son el principal grupo implicado, así, siendo el 17% de la población son los responsables del 70% del gasto farmacéutico. En España éste representa el 21,3 del gasto sanitario total, el más elevado de los países integrados en la OCDE.

A nivel individual en el año 2008, en el conjunto del estado español el gasto por pensionista fue de 1.106,92 euros, casi catorce veces más que el de un trabajador activo, 80,37 euros. El gasto medio por persona protegida en el SNS fue de 288,85 euros; a estos datos habría que añadirles el gasto en medicamentos obtenidos sin receta. Una gran parte de este gasto lo producen los pacientes polimedicados.

Está demostrado que la polimedicación es un factor de riesgo importante de padecer eventos adversos a medicamentos y es responsable del 0,32% de la mortalidad en pacientes hospitalizados, siendo una de las primeras seis causas de muerte en Estados Unidos. Si estimamos el coste medio de un ingreso hospitalario es de 240 euros por

paciente y día, y casi el doble si es de la Unidad de Cuidados Intensivos, podremos comprender la magnitud del problema.

Otro estudio que utilizó un modelo de coste de enfermedad, estimó que en el ámbito ambulatorio en EE.UU. el coste de la morbilidad y la mortalidad causadas por los medicamentos suponía 76,6 billones de dólares en 1994, coste que resultaba similar al de los medicamentos adquiridos por receta médica (73 billones de dólares), es lo que se conoce como “dólar por dólar”

Costes de la polimedicación

–Costes directos sanitarios

–Aumento del gasto farmacéutico, aumento de las demandas de consultas sanitarias, de las pruebas diagnósticas

–Costes no directos sanitarios

–Gastos de desplazamiento, aumento de la necesidad de cuidados, adaptaciones domésticas a las discapacidades producidas

–Costes indirectos

–Los derivados de la producción perdida por la morbilidad y mortalidad asociadas a la patología

–Costes intangibles

–Costes que suponen una pérdida del bienestar del individuo y una disminución de la calidad de vida de los pacientes

Implicaciones sociales

La función social está directamente relacionada con el uso inadecuado de los medicamentos. La soledad, en sus múltiples variantes, resulta ser un problema muy prevalente en las personas mayores. Por esto es necesario desarrollar estrategias y movilizar recur-

sos sociales que traten de evitar o paliar este problema. El nivel de polimedización se ha asociado a una disminución de la capacidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en una población representativa de mujeres mayores de 65 años.

Resulta también interesante medir la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) de los pacientes polimedizados como indicador para valorar los resultados de las intervenciones. Entenderemos por CVRS la definición de la OMS: "Percepción personal de un individuo de su situación en la vida dentro del contexto cultural y de los valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses". Se ha demostrado su estrecha relación con la utilización de recursos sanitarios, el consumo de medicamentos, institucionalización, pérdida de autonomía y muerte.

Se han identificado una serie de factores relacionados con la medicación que se asocian de forma independiente con una pobre percepción de CVRS, medida con el cuestionario SF-36:

- Ausencia de cualquier rutina en la administración de los medicamentos.
- Duplicación terapéutica.
- Acaparamiento de fármacos en los botiquines domésticos.
- La confusión entre los nombres comerciales y genéricos.
- La existencia de varios médicos prescriptores para un mismo paciente.
- Disponer de varios lugares de almacenamiento de los medicamentos en el hogar.

Por tanto, un abordaje multi e interdisci-

plinar del problema de la polimedización que tenga en cuenta todos los determinantes y consecuencias sociales de la polimedización:

- Bajo nivel de renta.
- Ancianidad.
- Soledad.
- Falta de inquietudes, estados depresivos.

Repercutiría sin duda en una mejora de CVRS y de la función social del paciente.

Implicaciones políticas

A nivel político y de gestión de los distintos Sistemas Sanitarios existen múltiples variables que influyen en la polimedización.

En España se gastan mensualmente más de 1000 millones de euros en medicamentos prescritos mediante receta, a los que tenemos que añadir los medicamentos consumidos sin receta. Cualquier intento de adecuar el uso y de disminuir el nivel de polimedización podría chocar con los intereses de múltiples sectores.

Actualmente existen varias estrategias que buscan mejorar el uso de medicamentos: la informatización de la historia clínica y en el uso de alertas o recordatorios en los distintos programas de prescripción-dispensación dirigidos a médicos o a farmacéuticos de los peligros asociados con una sola medicación o múltiples interacciones fármaco-fármaco en los pacientes; otras buscan disminuir el número de errores en el uso de los medicamentos identificando los nombres de medicamentos y los envases que se prestan a confusión o que podrían resultar inseguros.

En este sentido, la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria ha presentado a las autoridades el PROYECTO ISO-

APARIENCIA: “si son iguales que parezcan iguales”, un ejemplo:

–En el mercado existen más de 40 formas de presentación de omeprazol, el objetivo sería que tanto los comprimidos como los envases sean similares donde destaque el nombre Omeprazol por encima del nombre comercial o del laboratorio:

Llegados a este punto debemos plantearnos qué hacer con los pacientes polimedicados, analizar todos los aspectos que la rodean y como mejorarlos.

OMEOPRAZOL 20 mg 28 cápsulas

Laboratorios Lacer

Parizac

Estrategias de abordaje del paciente polimedicado

¿Quiénes contribuyen a la polimedicación?

La polimedicación es consecuencia de la intervención de diferentes profesionales sanitarios y no sanitarios, así como el propio paciente:

El médico de familia es el primer recurso en el sistema sanitario responsable de la salud de los ciudadanos, responsable del diagnóstico de los problemas de salud de la población, así como de tratarlos o no hacerlo.

Es éste, en caso de necesidad quien canaliza a los pacientes a un segundo nivel asistencial, donde el paciente es atendido en consultas externas por un médico especialista,

que atiende de forma exhaustiva las mismas, pero que suele carecer de la visión integral de la salud o enfermedad del paciente.

En determinadas ocasiones se agrava el estado de salud de los ciudadanos y éstos precisan de una atención de urgencia, donde son atendidos por un médico de urgencias, que puede modificar los tratamientos que el paciente tomaba, siendo lo más común el añadir algún tipo de medicación, en general, con carácter temporal.

Los pacientes ancianos tienen mayores tasas de ingresos hospitalarios, tras los cuales son comunes los ajustes en los tratamientos.

Las oficinas de farmacia son otro recurso para el ciudadano, donde acudir para la compra de ciertos medicamentos de venta libre, asesorados por el farmacéutico comunitario.

Ante problemas más o menos banales no es infrecuente el recurrir a una herboristería, donde se añaden tratamientos para mejorar los motivos que le han llevado a la misma.

El propio paciente en muchas ocasiones se automedica, con tratamientos que le fueron de utilidad en el pasado o que le son recomendados por otras personas.

Además existen toda una serie de factores extrínsecos que actúan favoreciendo la polimedicación, la publicidad directa de medicamentos y de enfermedades dirigida al consumidor, la propia percepción del medicamento por parte de la población que sobrevalora, en muchos casos, los beneficios y minimiza los riesgos y los inconvenientes.

Así, entre el médico de familia, el de los servicios de urgencias, los de consultas externas, los de hospitalización, los farmacéuticos, los establecimientos de herboristería y el propio paciente son los que suman más que restan

al número de pastillas que puede terminar tomándose el paciente.

La incidencia de reacciones farmacológicas adversas están directamente relacionada con el número de médicos que prescriben fármacos a un paciente.

¿Quiénes pueden poner orden en los tratamientos y desde dónde?

Los responsables de poner en orden dichos tratamientos son:

- Por una parte todos los que intervienen poniendo o quitando alguno de ellos: médico de atención primaria, los de los servicios de urgencias, los de consultas externas, los de hospitalización, los farmacéuticos comunitarios, los establecimientos de herboristería y el propio paciente.
- Pero se suman otros profesionales que pueden resultar de sumo interés como son: enfermería familiar y comunitaria, enfermería de hospitalización, el farmacéutico hospitalario, el farmacéutico de atención primaria (si lo hubiese), el trabajador social, el cuidador, los servicios sociales de base, las personas que trabajan en programas de ayuda a domicilio.

Un buen punto de partida para todos sería las directrices para prescribir de manera apropiada a los ancianos de Milton desde este cuadro:

- Efectuar una revisión de la medicación con regularidad y abordar y decidir todos los cambios con el paciente
- Suprimir cualquier fármaco que tome el paciente y no esté indicado
- Prescribir los nuevos fármacos que ten-

gan una indicación clara

- Si es posible, evitar los fármacos con efectos más perjudiciales para los ancianos, como las benzodiazepinas, y recomendar una disminución de la dosis cuando sea apropiado.
- Usar las dosis recomendadas para los ancianos
- Utilizar pautas farmacológicas simples y sistemas de administración apropiados
- Considerar el uso de presentaciones que se administren una vez al día o a la semana y, cuando sea posible, usar combinaciones fijas
- Si es adecuado, considerar los tratamientos no farmacológicos
- Limitar en la medida de lo posible el número de profesionales que prescriben a cada paciente
- Cuando sea posible, evitar el tratamiento de las reacciones farmacológicas adversas con más fármacos.

La adhesión del médico a las guías terapéuticas de las sociedades científicas reduciría el número de ingresos y reingresos en la población de más edad.

Es importante simplificar al máximo el número de tomas y los horarios, con especial atención sobre las fechas de inicio y fin de tratamiento.

No todos los fármacos prescritos tienen una indicación, y no todos los fármacos administrados tienen una eficacia demostrada.

El médico de atención primaria debe comentar, explicar y discutir las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones ofrecidas, permite un máximo grado de aceptación y colaboración por parte del paciente.

Se debería someter al médico de atención

primaria cualquier modificación o añadido que surja con el tiempo.

Algunos autores recomiendan que en pacientes que tomen varios fármacos y sufren varias enfermedades, puede ser útil la revisión por parte de un geriatra.

Los Servicios de Urgencias Hospitalarios se caracterizan por la atención a la urgencia. Como consecuencia de dicha atención el paciente puede ingresar o ser dado de alta. En el caso de ser dado de alta, es de vital importancia el informe que emite, pues en él quedan reflejadas todas las actuaciones realizadas, así como el tratamiento prescrito. Los tratamientos de los servicios de urgencias suelen ser autolimitados en el tiempo, y por ello mismo es de especial relevancia el que se acote dicha circunstancia en el informe, para evitar que medicaciones para procesos agudos pasen a ser fármacos utilizados de forma crónica.

Los médicos hospitalarios suelen tener una visión más parcelada respecto al paciente, centrándose en los problemas de salud de su especialidad, por lo que resulta más fácil perder una visión global, de la salud y por ende de la medicación del paciente. No resulta infrecuente, así, que el paciente termine con una prescripción repetida, máxime ante la no utilización sistemática por parte de los médicos de una prescripción por principio activo.

Tras la hospitalización suele haber incremento en el número de medicamentos respecto al que presentaba el paciente al ingreso, ya sea para su toma de forma aguda o crónica. Es imprescindible en los informes de alta que quede reflejado de manera inequívoca todo el tratamiento que el paciente está tomando y las instrucciones para una correc-

ta administración del mismo, desterrando “el resto como previamente al ingreso”

Se ha demostrado que la intervención de los farmacéuticos de atención primaria que revisa a los pacientes polimedicados, detecta en los mismos problemas relacionados con los medicamentos, y su intervención sobre los mismos (comunicación de los PRM detectados por escrito al médico y seguimiento de la resolución) es un método efectivo, con obtención de costes directos ahorrados por PRM resuelto que superan el coste de la inversión del programa.

Los farmacéuticos hospitalarios

El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) británico, en su guía para la seguridad del paciente, recomienda que las organizaciones de asistencia sanitaria pongan en marcha políticas de medicamentos para la conciliación de la medicación en el momento de la admisión por hospitalización.

La revisión de la medicación por farmacéuticos reduce el número de reacciones adversas a los medicamentos, mejora el grado de cumplimiento terapéutico y la calidad de vida de los pacientes.

Un reciente ensayo aleatorizado controlado ha revelado que los consejos por teléfono, ofrecidos con regularidad por parte de un farmacéutico hospitalario mejoran la concordancia con los medicamentos prescritos y reducen la mortalidad por cualquier causa, sin alterar el número de fármacos tomados.

Los farmacéuticos comunitarios

Como agente de salud comunitario directamente relacionado con las fases posteriores a la prescripción, es en colaboración con el

resto del Sistema Sanitario como puede llevar a cabo su actuación de asesoramiento al usuario con la mayor efectividad y garantía.

Su trabajo es esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento, ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes. Además, desempeñan un papel importante en la detección de problemas relacionados con medicamentos y/o resultados negativos de la medicación tales como las reacciones adversas farmacológicas, problemas de concordancia, duplicidades, interacciones, inefectividades inseguridades, etc. mediante los distintos procesos de seguimiento farmacoterapéutico y dispensación activa realizados desde la oficina de farmacia.

En la mitad de ancianos, después de haber abandonado el hospital, se detectan diferencias involuntarias de la medicación, una tasa de errores que puede reducirse a la mitad si se remite una copia del resumen del alta al farmacéutico comunitario.

Se hace imprescindible la comunicación fluida entre el farmacéutico comunitario y el resto de los profesionales implicados en la polimedicación.

Además el farmacéutico comunitario juega un importantísimo papel en la Educación Sanitaria de la población para obtener un mayor conocimiento de los medicamentos, y este aspecto redundará en un menor porcentaje de problemas con la medicación.

Enfermería familiar y comunitaria

Las visitas programadas de enfermería pueden ser el lugar idóneo para conocer cuántos fármacos consume el paciente y cómo lo hace. Es necesario insistir de forma expresa

sobre los fármacos autoprescritos, los que pueden adquirirse sin receta, los suplementos vitamínicos o minerales, las pomadas, colirios y aerosoles o similares.

Enfermería de hospitalización

Puede resultar un elemento clave favoreciendo los procesos de conciliación de la medicación, tanto aclarando suficientemente el tratamiento médico al ingreso del paciente, como explicando el tratamiento al alta, tanto en su posología como en su forma de administración.

El trabajador social

No resulta extraño el que estos pacientes carezcan de red de apoyo social, o el que dicha red precise de algún tipo de apoyo, pues en muchas ocasiones se trata de pacientes ancianos que viven solos con mayor o menor deterioro cognitivo y funcional, o que pueden estar acompañados por otra persona de similares características. En estos casos, el diagnóstico y plan de intervención social pueden ayudar a un mejor cumplimiento terapéutico y a evitar problemas con el tratamiento pautado.

Auxiliares de ayuda a domicilio

Pueden ser las personas encargadas de preparar la medicación al paciente, y por tanto, deben tener claro el tratamiento en lo que a posología y formas de administración se refiere.

Programas de ayuda a domicilio

Como la teleasistencia, se pueden llevar a cabo avisos telefónicos que ayuden a pacientes con menor nivel de dependencia a la toma de la medicación.

El cuidador

Éste puede ser la propia pareja del paciente un cuyo caso puede tener las mismas limitaciones que éste para un adecuado cumplimiento terapéutico. Pero el cuidador puede ser un familiar, amigo o vecino que se pueda hacer cargo en mayor o menor medida de que la medicación la tome adecuadamente.

El paciente

En el grupo de pacientes con más consumo de fármacos se da también el mayor consumo de fármacos de utilidad terapéutica baja y el consumo mayor número de medicamentos inadecuados en el anciano.

Es de suma importancia la autonomía del paciente para que puede resolver problemas de salud menores en su domicilio sin necesidad de la intervención del médico de atención primaria. Esta autonomía, acompañada de un ambiente familiar con orden en el domicilio y un mayor nivel educativo, suelen asociarse a un mejor cumplimiento terapéutico por parte del enfermo.

El adecuado conocimiento de aquello que se le prescribe, así como los motivos que lo precisaron, permite un mejor cumplimiento terapéutico y pueden evitar el mantener tratamientos agudos de forma más o menos indefinida.

Sea asocia el mayor consumo de fármacos con tener peor autopercepción de salud.

¿Se puede coordinar y conciliar la medicación que toman los pacientes?

Los Equipos de Atención Primaria (EAP) vienen ofreciendo planes de tratamiento médico y planes de cuidados, tanto en los centros de salud y consultorios como a domicilio, a

través de los profesionales de medicina de familia y de enfermería fundamentalmente, con el apoyo de otros profesionales para problemas concretos.

Existen diversos procedimientos y estrategias que contribuyen a coordinar y conciliar la medicación que toman los pacientes, entre ellas encontramos:

1. La revisión de la medicación, entendiendo ésta como un examen estructurado y crítico de la medicación que toma un paciente, con el objeto de llegar a un acuerdo con él acerca de su tratamiento, optimizando el efecto de la medicación, minimizando el número de problemas asociados a ésta y reduciendo su malgasto. El informe Room for Review de 2002 distingue cuatro niveles de revisión:
 - a. Revisión espontánea y no estructurada
 - b. Revisión técnica de la hoja de prescripción
 - c. Revisión de la medicación, incluidas las notas de los pacientes
 - d. Revisión personalizada de la medicación del paciente y su patología
2. La coordinación por parte del médico de familia
3. Hay estudios que demuestran la falta de información para el seguimiento de los pacientes y desacuerdos en la selección de fármacos entre los médicos de familia y hospitalarios. La mayoría de los autores recomiendan la elaboración conjunta entre los médicos de familia y hospitalarios de protocolos consensuados, guías de práctica clínica, formularios y actividades de formación continuada. También se

recomienda la creación de comisiones formadas por profesionales de los dos niveles asistenciales para consensuar los tratamientos de las enfermedades más prevalentes.

4. Interconsultas: las derivaciones del médico de familia deben recoger los diagnósticos previos, la razón de la derivación y los tratamientos del paciente, así como el informe de atención especializada debe tener recogido el diagnóstico, el plan de seguimiento y el tratamiento propuesto.
5. El contacto directo y las reuniones periódicas entre los profesionales de los EAP y los farmacéuticos comunitarios permitirían establecer la comunicación y aunar criterios de prestación.
6. Hojas de tratamiento. Un elemento importante en el proceso de coordinación y conciliación de la medicación lo constituyen las hojas de tratamiento que ayudan, en el domicilio, a evitar errores, en la oficina de farmacia, permiten prestar los servicios de seguimiento farmacoterapéutico con mayor seguridad, en consulta médica, permiten conocer la medicación que toma el paciente, para así adaptar mejor las posibles prescripciones que se indicasen, y en la consulta de enfermería se permite revisar fácilmente los cambios y ayudar a mejorar la adherencia al tratamiento
7. Promover que la prescripción figure en los informes clínicos generados en los dos niveles asistenciales como principio activo para disminuir los posibles errores en la interpretación
8. Fomentar una mayor participación de los pacientes y los cuidadores, tanto en el diseño como en la prestación de los pro-

gramas de revisión de la medicación, permite una toma de decisiones compartida en relación con la medicación.

La coordinación se plantea, inevitablemente, como multidisciplinaria, tratando de aunar los esfuerzos de los profesionales sanitarios y sociosanitarios que deben estar implicados, tanto en la facilitación del seguimiento de los planes de tratamiento por parte de los usuarios, como en la prevención de los potenciales problemas derivados de dichos planes, Y todo ello dirigido especialmente a las personas que presentan mayores dificultades.

Otros elementos que pueden modificar la situación:

- La receta electrónica puede reducir los errores de prescripción y mejorar la asistencia al paciente.
- La historia electrónica compartida entre profesionales de diferentes niveles permite minimizar los errores o los retrasos de comunicación entre los profesionales sanitarios
- Los sistemas personalizados de dispensación (SPD) que han resultado efectivos en la mejora de la salud de los pacientes.
<http://www.cedimcat.info/medbase/defaultEs.aspx?showPlan=true>

En el marco de la polimedicación existen dos conceptos muy relevantes en el objetivo terapéutico que se persigue cuando se implanta un tratamiento: la adecuación terapéutica y la adherencia terapéutica.

Se entiende como adecuación terapéutica como el proceso de elección de la terapia del

paciente en el que, mediante las actividades de prescripción, dispensación, indicación, administración y seguimiento, conseguimos unos resultados apropiados a las condiciones y circunstancias del propio paciente y del conjunto de la comunidad.

Desde el punto de vista de la prescripción, tradicionalmente se ha utilizado el término racional en lugar de adecuado. La OMS definió “uso racional del medicamento” en la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, celebrada en Nairobi en 1985, como “aquel en el que el paciente recibe los fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a dosis ajustadas a su situación particular, durante un período adecuado de tiempo y al mínimo costo posible para él y para la comunidad”

Por otra parte, el concepto de conciliación de la medicación fue expresado por primera vez por el Institute of Healthcare Improvement de los Estados Unidos, como el proceso de identificar el listado más completo y exacto posible de la medicación que un paciente está tomando, incluyendo nombre, dosis, pauta de tratamiento, y vía de administración, y utilizar este listado para proveer la medicación correcta al paciente en cualquier punto de la asistencia sanitaria.

En el término uso racional de medicamentos se incluye la prescripción efectiva, la prescripción segura y la prescripción económica. Pero habría que diferenciar entre prescripción “racional” y “razonable”, ya que



Juan Enrique Pereñíguez, Emilio Robles y Juan de Dios González

maximizar lo racional a toda costa, sin controles impuestos por la razón, es irrazonable.

Las implicaciones de la inadecuación terapéutica son múltiples. La prescripción inadecuada se ha convertido en un importante problema de salud pública en todo el mundo. La evidencia sugiere que el uso de medicamentos, sobre todo en las personas mayores, a menudo es inadecuado, por múltiples factores, como la complejidad del proceso de prescripción y de los sistemas de salud en general. La prescripción inadecuada puede causar morbilidad asociada, y representa una carga económica y clínica tanto para los pacientes como para la sociedad.

Una clasificación de uso no óptimo de la medicación sería:

- Sobremedicación: se refiere al uso de más medicamentos de los clínicamente necesarios
- Inframedicación: Falta de uso de medicamentos que sería necesarios.

- Condición sin diagnosticar y sin tratar
- Condición diagnosticada pero sin tratamiento
- Infrautilización de tratamiento preventivo

Utilización inapropiada en términos de medicamentos inadecuados, dosis inadecuada, duración no apropiada, o que haya duplicidades o interacciones con otros medicamentos.

¿Cómo podemos mejorar la adecuación terapéutica?

La optimización del tratamiento tiene que tener en cuenta necesariamente las metas de la atención prestada y los objetivos del tratamiento pautado, además de aspectos tales como la esperanza y expectativa de vida del paciente y el tiempo estimado del tratamiento pautado hasta que exista un beneficio clínico significativo.

A la hora de evaluar la adecuación terapéutica existen múltiples métodos, tanto implícitos como explícitos, quizás los más representativos sea el ACOVE y el MAI, en este último con solo tres preguntas (indicación, efectividad y duplicación). Pudiendo detectar situaciones de medicamentos innecesarios y polimedicación, además de predecir la aparición de resultados clínicos adversos como la hospitalización y visitas a urgencias por problemas relacionados con los medicamentos, y también ha demostrado tener validez de criterio, al converger con escalas que miden los efectos adversos.

Sin embargo, su principal inconveniente es que requiere mucho tiempo para poder ejecutarlo (unos 10 minutos por fármaco) y que

precisa de una formación adecuada en su uso.

La decisión farmacoterapéutica es un acto complejo que tiene por objetivo elegir el tratamiento más adecuado para el paciente en función de sus necesidades clínicas.

Una decisión terapéutica adecuada debe primar las opciones basadas en la evidencia y minimizar la utilización de fármacos sin indicación clínica o eficacia sospechosa.

Existen numerosas guías farmacoterapéuticas basadas en la evidencia que son de la máxima utilidad, sin embargo, considerar solamente la adecuación farmacológica (definida en función de la comparación de argumentos técnico-científicos relativos a la eficacia y seguridad) es algo reductor, en el proceso de decisión terapéutica existe una dimensión humana y social que no puede ser ignorada, cada paciente tiene sus propias expectativas y características diferentes de los demás, tanto por el nivel físico como por el nivel psicológico o social.

Por otra parte cada decisor, por su lado, tiene, además de su formación científica especializada, una dimensión humana y una experiencia de vida únicas.

El ambiente puede también variar, es decir, el encuadre legal, el contexto clínico o la disponibilidad de recursos técnicos, financieros o humanos, lo que puede tener influencia en la decisión farmacoterapéutica.

En resumen la decisión farmacoterapéutica:

1. Debe seguir las recomendaciones basadas en la evidencia
2. Debe ser adecuada al paciente que es el centro de todo el proceso
3. Puede ser influida negativamente por varios factores internos o externos al decisor.

La implementación de estrategias eficaces de optimización de la adecuación terapéutica, principalmente en subgrupos de mayor riesgo como los ancianos, podrá traducirse por reducciones significativas en la incidencia de problemas relacionados con la medicación, con un claro beneficio sanitario y económico.

Desde las distintas disciplinas profesionales se deben implementar, de forma individual y coordinadamente, intervenciones dirigidas al paciente para identificar, resolver y prevenir los distintos problemas relacionados con la farmacoterapia.

Para que estas estrategias sean eficaces, deberán estar orientadas a las causas subyacentes de la inadecuación terapéutica, por ejemplo, factores asociados al paciente (comorbilidad, polimedicación...), factores asociados al prescriptor (deficiencias de formación...), factores asociados a dificultades de comunicación entre los profesionales sanitarios, o factores asociados al ambiente (contexto sociocultural...).

Por ello, la transferencia de modelos de intervención, sin las debidas adaptaciones a los diferentes contextos puede generar resultados inferiores a los observados originalmente.

Siguiendo la clasificación de las intervenciones para optimización de la adecuación terapéutica utilizada en el informe del Health Council of Canada pueden ser definidos cinco niveles de intervención:

1. Profesional

- a. Distribución pasiva de materiales educativos, incluyendo guías de práctica clínica, estudios comparativos de fármacos, revisiones de ensayos clínicos decisivos.

- b. Curso y seminarios educativos
- c. Visita académica
- d. Auditoría y comentario crítico
- e. Intervenciones unidisciplinarias y/o multidisciplinares
- f. Intervenciones multifactoriales

2. Organizacional, implican alteraciones en la estructura de los sistemas de prestación de cuidados de salud.

- a. Sistemas de alerta

3. Consumidor, que afectan al uso de medicamentos por parte de estos o a sus prescripciones, significa la participación de los pacientes en la toma de decisiones terapéuticas para optimización de la adecuación de la misma.

4. Financiero y regulador, que comprenden, respectivamente, intervenciones que alteran el sistema de reembolso, incentivos y penalizaciones financieras e intervenciones que tratan de modificar la prestación de los servicios de salud por las vías legales.

Otro aspecto importante que adquiere más intensidad, en el paciente polimedicado es la adherencia a las intervenciones sanitarias, o lo que es lo mismo el cumplimiento terapéutico.

Una situación frecuente en nuestra práctica clínica diaria es la presencia de un paciente hipertenso que presenta cifras elevadas de su presión arterial. Ante dicha situación surgen diversas dudas: ¿Debo aumentar la medicación o la falta de control es debida a falta de adherencia al tratamiento? ¿Cómo puedo saber si el paciente sigue de forma correcta el tratamiento prescrito? ¿Cómo puedo mejorar

su adherencia terapéutica?

La OMS define como adherencia terapéutica como el grado hasta el cual la conducta del paciente, en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o realizar cambios en el estilo de vida, coinciden con la prescripción clínica, definiendo al cumplidor como aquel que sigue el tratamiento prescrito en el rango del 80-100%

Existen varias formas de incumplimiento:

1. Omisión
 - Suspensión del tratamiento o parte del mismo por mejoría, olvido, efecto adverso, ...
2. Alteración posológica
 - Alteración de la dosis, intervalo inter-dosis, duración del tratamiento, ...
3. Tratamiento no prescrito
 - Seguimiento del tratamiento no prescrito (automedicación)

La importancia de la falta de adherencia al tratamiento viene dado por dos aspectos principales:

1. Su frecuencia (la magnitud del problema)
2. Sus repercusiones.

Un informe técnico de la OMS relativo al incumplimiento terapéutico en patologías crónicas afirma la importancia del problema es tal que lograr aumentar la adherencia terapéutica en este tipo de pacientes puede tener un impacto en salud mayor que la mayoría de los avances terapéuticos que se producen.

Un primer dato de interés es que según diversos estudios entre el 5% y el 20% de las recetas prescritas por los profesionales no son retiradas de las oficinas de farmacia.

Existen múltiples estudios realizados en

nuestro entorno sobre las cifras de incumplimiento en el seguimiento de tratamientos crónicos con tasas que oscilan entre el 35% y el 50%.

Entre las repercusiones del incumplimiento terapéutico tenemos:

1. Disminución de su eficacia
2. Aumento de la morbimortalidad
3. Aumento de la polimedicación
4. Aumento de la automedicación
5. Aumento de los costes sanitarios y sociales
6. Alteración de la relación médico-paciente
7. Alteración de los resultados en estudios de investigación

Existen varias teorías para explicar el cumplimiento terapéutico:

1. Creencias en salud. El componente principal está en relación con la percepción del nivel de salud y de los riesgos potenciales de seguir o no el tratamiento prescrito y con la dificultad o no de seguirlo
2. Cognoscitivas. Parten de la idea de que la mayoría de los incumplimientos se producen con carácter involuntario al no haber comprendido las instrucciones recibidas sobre el tratamiento, no recordarlas de forma correcta o por olvidarse de dicho tratamiento
3. Mixtas. En el proceso intervienen componentes de ambas teorías anteriores: existe un componente cognitivo (involuntario) y un componente de creencias de salud, teniendo un peso distinto cada uno de ellos en cada paciente (incluso dentro de cada paciente, en cada tratamiento)

Otra forma de aproximarse a la etiopatogenia del incumplimiento es conocer las causas alegadas por los pacientes para justificarlo:

- Olvido.
- Desconocimiento.
- Desmotivación.
- Curación o ausencias de síntomas.
- Efecto adverso o miedo a padecerlo.
- Proceso intercurrente (sanitario o no sanitario).
- Vacaciones farmacológicas.
- Iniciativa otro profesional.
- Iniciativa otra persona no profesional.

Respecto a los factores relacionados con el paciente, no existen datos que permitan establecer una relación directa entre incumplimiento de características demográficas (aunque es algo más frecuente en ancianos y jóvenes), pero sí guardando relación con los conocimientos sobre el proceso, los modelos de referencia, los valores, la motivación y las creencias de salud.

Las variables relacionadas con el profesional que mayor relación han demostrado con la adherencia son la accesibilidad, la relación profesional-paciente y el grado de supervisión sobre el proceso. Por todo ello, los profesionales de Atención Primaria y de los servicios de farmacia pueden jugar un papel esencial en este problema.

El rechazo del proceso, la ausencia de síntomas y la no percepción de gravedad son factores que inciden de forma negativa en el seguimiento del proceso. Del mismo modo, la duración prolongada del cuadro hace que las tasas de incumplimiento aumenten de forma progresiva a lo largo de la evolución del proceso.

Existen varias herramientas para diagnosticar el incumplimiento terapéutico, tanto directos como indirectos, éstos últimos son los más empleados en la práctica clínica porque sus características facilitan su empleo:

- Recuento de comprimidos
- Juicio clínico, del profesional
- Evolución clínica, todo paciente mal controlado es un paciente incumplidor
- Asistencia a citas
- Conocimiento de la enfermedad
- Autocomunicado, consiste en preguntar al paciente directamente, aquí destaca el cuestionario de Morisky-Green:
 - ¿Se olvida usted de tomar alguna vez la medicación
 - ¿Toma usted la medicación a la hora indicada?
 - Cuando usted se encuentra bien, ¿deja de tomar su medicación?
 - Si alguna vez se siente usted mal, ¿deja de tomar su medicación?

El abordaje del paciente incumplidor, dado su origen multifactorial, debe realizarse sobre los factores implicados en cada caso, aunque podemos dar unas recomendaciones generales:

1. Integrar las intervenciones en la práctica clínica.
2. Implicar a diferentes profesionales.
3. Actuar tanto sobre el cumplidor como sobre el incumplidor.
4. Intervenir sobre otras formas de incumplimiento.
5. Individualizar la intervención.
6. No culpabilizar al paciente.
7. Fortalecer la relación profesional-paciente.

8. Valorar la adherencia como algo positivo.

En las últimas décadas, conscientes los profesionales de la importancia de la adherencia terapéutica, son múltiples las investigaciones publicadas relativas a la valoración de la eficacia de distintas intervenciones encaminadas a mejorar el cumplimiento, pudiéndolas resumir en varias estrategias:

- Simplificación del tratamiento
- Información
- Implicación familiar y/o social
- Dinámica de grupos
- Refuerzo conductual
- Combinación de intervenciones.

Como hemos podido ver hasta ahora el paciente polimedicado, la polimedicación es un hecho de gran envergadura en nuestra práctica diaria que no podemos despreciar, y por ello, muchas administraciones sanitarias han puesto en marcha muchos de los métodos mencionados aquí para mejorar muchos de sus aspectos.

A continuación expondré brevemente el abordaje realizado por la Consejería de Sanidad y Política Social de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia desde la Oficina de Seguimiento Estratégico, dirigida por el doctor Asensio López Santiago.

Datos de Murcia

Y para concluir me gustaría hacerlo como he empezado con la exposición de un breve video que resume de manera muy ilustrativa el problema del paciente polimedicado.

<http://www.youtube.com/watch?v=rfYiJG0x0fM>

'Pasteur y la vacuna antirrábica. Situación actual de esta enfermedad en el mundo'

✿ Enrique Viviente López ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Rabia

En 1881 ocurre un importante hallazgo realizado por Louis Pasteur, el cual intuye, pues estamos refiriéndonos a una época en la que no se conocían las bases de la inmunidad, que no sólo el padecimiento de la enfermedad transmisible prevenía de volver a padecerla sino que también de un modo artificial se podrían obtener los mismos resultados, basándose lógicamente en las investigaciones de Jenner sobre la viruela un siglo antes.

Como consecuencia realiza el siguiente experimento: en la Granja de Pouiltry-Le-Fort inoculó 24 carneros, 1 chivo y 6 vacas con un cultivo atenuado de bacillus anthracis (productor del carbunco o antrax), 12 días después 17 de estos animales volvieron a ser inoculados con la misma dosis del cultivo, aunque esta vez no tan atenuado, y tras otros 14 días con un cultivo muy virulento.

Como grupo control intervinieron también 24 carneros, 1 chivo y 4 vacas, los cuales no recibieron ninguna dosis de "vacuna", obteniéndose finalmente los resultados que consistieron en que todos los carneros "vacunados" se encontraban bien mientras que en el grupo control 21 habían muerto y los otros tres, días después; las seis vacas "vacunadas" también estaban sanas mientras que las cuatro no "vacunadas" tenían todas los sinto-

mas de la enfermedad con alta elevación de la temperatura.

Al finalizar el espectacular logro de Pasteur, este en honor a Jenner establece los términos "vacuna y vacunación" como procedimiento de prevención de enfermedades transmisibles.

Al comprobar el éxito obtenido, continuó sus estudios en la profilaxis de estas enfermedades, trabajando sobre todo y obteniendo excelentes resultados en la prevención de la rabia, enfermedad de distribución mundial, excepto en la Antártida y algunas islas, que en esa época causaba estragos en todo el mundo y que está producida por un virus que mediante la saliva del animal mordedor contamina la herida producida por la mordedura, y a través de los nervios circundantes llega al cerebro provocando los síntomas típicos de la enfermedad que en dos tercios de los casos origina la denominada "rabia furiosa" con fiebre, agitación, espasmos musculares, convulsiones, estado confusional, delirio, parálisis y muerte.

Como consecuencia de los espasmos causados en la musculatura faríngea y laríngea al beber agua, se la denominó también hidrofobia.

En el tercio restante produce la "parálisis muda", con letargo, parálisis, fiebre y muerte.

En la literatura médica hay muy pocos casos descritos de personas que hayan sobrevivido a la enfermedad y las que lo han logrado ha sido con graves secuelas neurológicas.

El tiempo medio de incubación de la enfermedad es alrededor de dos meses, aunque a veces puede durar mucho más, estando siempre en relación con la distancia entre el lugar de la mordedura y la cabeza, puesto que cuanto más cerca esté de la misma antes llegará el virus al cerebro, penetrando en el interior de las neuronas, y escapando a la reacción inmunitaria del organismo.

Posiblemente las anteriormente mencionadas contracturas de los músculos de la laringe y faringe que provocan en los enfermos la emisión de sonidos guturales y de espuma por la boca, hizo que se asociara la enfermedad con el mito del vampiro, sobre todo en la Europa del Este en donde eran frecuentes las mordeduras de murciélagos y la aparición posterior de la enfermedad.

Para otros, los orígenes del mito están relacionados probablemente con la historia de Vlad IV (1431-1476) que fue nombrado príncipe de Valaquía (principado en esa época del Reino de Hungría y que en la actualidad se encuentra formando parte de Rumanía, nación no existente en aquel tiempo) a los 18 años de edad, que se caracterizó por su extrema crueldad llegando a empalar a miles de sus súbditos y de prisioneros turcos, de ahí el nombre de “Vlad el empalador”, en rumano “tepes”, lo que provocó la denuncia de los mismos al rey Matías, el cual una vez que Vlad huyó de su castillo a través de unos pasadizos subterráneos en un asedio de los turcos aliados de su hermano en esa época, llegó a Transilvania donde el Rey lo encerró durante 12 años al conocer los desmanes realizados

por éste pensando que padecía locura. Una vez transcurrido este tiempo fue reintegrado, a su tierra de Valaquia en donde se autoproclamó “Hijo de Dios y gran príncipe de Hungró- Valaquía”, muriendo posteriormente en una batalla contra los turcos.

Dada su crueldad, sus súbditos le denominaban Drácula (hijo del diablo o dragón) iniciándose así el mencionado mito ya que según la leyenda bebía en una gran copa la sangre de sus víctimas mientras comía y contemplaba la muerte de las mismas.

Estos hechos motivaron la leyenda al relacionar las mordeduras de murciélagos hematófagos con la afición de Vlad IV de beber sangre.

Existen algunas publicaciones con la hipótesis de que Vlad IV padeció esta enfermedad, según las mismas una forma crónica de ella, pero sin embargo la rabia crónica no ha sido nunca descrita, aunque es cierto que cuando es producida por murciélagos hay casos que evolucionan con una menor sintomatología.

Como consecuencia de lo anteriormente descrito, el Irlandés Bram Stoker escribió en 1897 su novela “Drácula” que tanto éxito ha obtenido en la literatura y en el cine de terror.

En 1976 el gobierno comunista rumano de Ceausescu lo declaró Héroe Nacional por su permanente lucha contra el expansionismo turco, realizándose dos años después una película histórica dirigida por Doru Nastase en la que se relata su vida y el mito del vampiro.

Es curioso que en la época actual todavía siga manteniéndose esta creencia en muchos lugares y así debemos referirnos a lo recientemente sucedido con el presidente serbio Milosevic incriminado en diversas matanzas en la guerra de la antigua Yugoslavia (fina-

les del S. XX) y que murió en el año 2006 mientras era juzgado por el Tribunal Penal Internacional y al año siguiente pudo descubrirse que su tumba había sido profanada al aparecer el féretro atravesado por una enorme estaca que mantenía el cadáver pegado al suelo para que no pudiese salir en forma de vampiro, habiéndose encontrado en otros países de la Europa del este, sobre todo en Bulgaria cementerios con muchísimas tumbas en las mismas circunstancias.

En la antigua Grecia y Roma y teniendo en cuenta la relación entre el castigo divino y la enfermedad se invocaba en el caso de la rabia a la Diosa Artemis a través de su hijo Artiste, también hijo de Apolo, (dios de los médicos con poder de provocar epidemias a través de sus flechas y también de curar las enfermedades).

También estaba relacionada con esta enfermedad la constelación de Orión o del Perro, denominada así por su forma en la que parece observarse dos perros “can mayor” y “can menor” aunque el primero de ellos para muchos es una constelación independiente e identificada con la estrella Sirio la más brillante en nuestro sistema solar y que en las civilizaciones antiguas ha sido de gran importancia en la astronomía, la mitología y el ocultismo. Orión en griego significa gigante, el cual va acompañado de sus dos perros cancerberos, siendo considerado como el gran cazador.

Según la mitología griega Orión, hijo de Poseidón y Euriale (hija de Minos rey de Creta), es decir de un dios y una mortal, tenía el don de andar sobre las aguas que le concedió su padre El Dios de los mares, muriendo por una flecha lanzada por la diosa Artemis, aunque en otras versiones suce-

dió por la picadura de un escorpión gigante, siendo conducido posteriormente al Olimpo (Cielo) de la mano de Zeus donde quedó como una constelación según narra Hesiodo (s. VIII a.C) en su “Astronomía” (libro perdido en la actualidad) que junto con su contemporáneo Homero fue el más grande escritor de la antigüedad, en otro importante libro “Los trabajos y los días” se refiere a la importancia de esta constelación en la agricultura, indicándose en ella el momento en que se deben plantar las semillas así como la recolección de las cosechas.

Homero en diversas obras menciona que la constelación Perro de Orión ejerce una influencia maligna sobre la humanidad y se refiere a la rabia cuando relata que el héroe troyano Héctor (Iliada) luchaba como un perro rabioso.

En lo que se refiere a la estrella Sirio, su nombre viene de la palabra griega *serios* (ardiente), provocando altísima elevación de la temperatura en las personas enfermas a veces mortal, sobre todo en la rabia, teniendo el mismo significado en la mitología egipcia relacionándose la estrella con la diosa Isis esposa de Osiris y diosa madre fundiéndose posteriormente el culto de la misma con la diosa Athor (hija de Ra), surgiendo de ahí el culto Isis-Athor.

La estrella anunciaba la llegada del verano y los días calurosos, “canicula del verano” (nombre derivado de la estrella can mayor o del perro) teniendo para muchas civilizaciones una fuerza misteriosa, siendo los egipcios los primeros que la relacionaron con el calendario a través de su influencia en el Nilo

Vamos a referir como dato anecdótico y teniendo en cuenta lo ya expuesto sobre la influencia de esta estrella en temas ocultos,

esotéricos o misteriosos, que cuando sucedió la tragedia del hundimiento del buque italiano “Sirio”, (1906) llamado también el Titanic español, los aficionados a estas “ciencias” llegaron a achacarlo a su nombre.

El suceso ocurrió junto a Cabo de Palos cuando el buque se aproximó de una forma temeraria a la costa y chocó contra una barra rocosa que sale de la misma en dirección a la isla de la Hormiga, al parecer para recoger clandestinamente unos emigrantes. En el naufragio perecieron unas 200 personas y se salvaron otras 400 gracias a la heroica acción de los pescadores del poblado.

En el año 2006 organizó el CIMAS (centro investigaciones marítimas y atmosféricas) un acto para conmemorar el centenario de la tragedia en el que se colocó una placa en el pecio de la embarcación, tomándose por buceadores numerosas fotografías y la filmación del acontecimiento, material que sirvió para montar una exposición en Cabo de Palos.

La palabra rabia deriva del verbo latino *rabere* (enloquecer) que posiblemente procede de la sanscrita *rahba* (violencia) y en la actualidad el género al que pertenece el virus causal, *lyssavirus*, es originario de la palabra griega *Lyssa* que significa locura.

La primera descripción que encontramos sobre la rabia en el perro se encuentra en el Código babilónico de Eshunna, (2300 a.C) época en que los perros de caza eran muy importantes para las culturas mesopotámicas, indicándose las medidas a adoptar ante un perro con la enfermedad, y en el caso de mordeduras a personas se castigaba al dueño del animal con fuertes multas.

Los filósofos griegos Demócrito (s. V a.C.) y Aristóteles (siglo IV - III a. C.) se refieren ambos a la rabia, enfermedad que describen

como fatal en los animales, transmitiéndose entre ellos a través de sus mordeduras, refiriéndose el primero de ellos “al incendio de los nervios” aconsejando la cauterización de la herida con la finalidad de destruir “algo” que se encontraba en ella procedente de la saliva del perro, y el segundo se refiere a la “locura de los animales” que se puede también transmitir a las personas a través de las citadas mordeduras.

Hipócrates (S. IV a.C) aconsejaba el uso de la madera de boj en la prevención, mientras que Asclepiades (S. II a.C), uno de los pocos médicos no seguidores de las doctrinas hipocráticas, empleaba con la misma finalidad el uso del vino, no sólo en la rabia sino también en otras enfermedades

Celso S. I d. C. afirmaba que la enfermedad era producida por un virus (virus en latín significa veneno y lógicamente no se estaba refiriendo al concepto actual de virus), siendo el primero que describe los síntomas de la enfermedad en el hombre y señala los animales que pueden transmitirla, aconsejando para la extracción del veneno el uso de ventosas así como las sangrías o sudoración.

Gratius Faliscus poeta de Roma en la época de Augusto (primer emperador romano, S. I a.C. y S. I d. C) en un poema titulado “*La Caza*” dice que la rabia está producida por unos gusanos que se encuentran en la base de la lengua del animal mordedor.

Plinio, en la misma época del anterior, aconseja además de lo anteriormente mencionado sobre las píldoras de huesos de cráneo machacados, en su libro “*Tratado de la naturaleza de los animales terrestres*”, indica la importancia de la aparición de la enfermedad en el perro en los meses de calor y recomienda para su prevención una hierba

“ellébore” (planta ranunculácea) y que en la antigua Grecia y Roma se utilizaba para el tratamiento de la locura, teniendo su origen en la antigua isla griega de Anticyra y al igual que Ovidio recomendaba extirpar un trozo de tejido de debajo de la lengua del perro al creer que en ella se encontraban los pequeños gusanos causantes de la enfermedad, continuando esta creencia hasta el siglo XIX.

En la Edad Media se sigue utilizando fundamentalmente la cauterización debido a que la experiencia demostraba su eficacia en muchas ocasiones así como las cataplasmas de extractos vegetales.

En el S. VIII se invocaba a San Humberto de Lieja, obispo y cazador (patrón de los cazadores, ópticos, matemáticos y metalúrgicos) como protector de esta enfermedad, continuando durante muchos siglos las plegarias a este santo, siendo posteriormente tema de discusión entre las instituciones científicas tales como la Sorbona y la Iglesia Católica, ya que era muy frecuente que los sacerdotes introdujeran debajo de la piel de la frente de la persona mordida partículas de hilo de la estola del Santo, práctica que permaneció durante mucho tiempo. Se organizaban también muchísimas peregrinaciones a Bélgica con la finalidad de visitar la tumba del Santo.

Se utilizaba también en la prevención de la enfermedad la aplicación en el lugar de la mordedura de un hierro candente llamado “las llaves de San Humberto” y como amuleto se colocaba en la pared de la vivienda un anillo de hierro así como en la puerta de la misma.

En Europa, tanto en la Edad Media como en el Renacimiento, hubieron muchos brotes de rabia de origen canino dando lugar a que

en algunos países como ocurrió en Inglaterra, concretamente en Londres, se ordenara el sacrificio de todos los perros callejeros llegando a pagar algún dinero a las personas que presentaban algún animal muerto, sucediendo lo mismo en nuestro país, sobre todo en Madrid.

Era tal la dramática sintomatología de los enfermos con este padecimiento que en Francia se promulgaron leyes para castigar con pena de muerte a aquellas personas que mataran a enfermos para evitar su sufrimiento.

Seguía siendo la limpieza de la herida y la cauterización así como la aplicación de mercurio local o parenteral el procedimiento más eficaz en su prevención, aconsejándose también el vinagre con la misma finalidad.

En un manual aparecido a finales del siglo XVII y titulado “*Obras medico quirúrgicas de Madame Fouquet. Economía de la salud del cuerpo humano. Ahorro de médicos, cirujanos y botica*” conocido también con el nombre de “*Los remedios curativos de la señora Fouquet*”, en cuya publicación fue importante la intervención de su hijo Luis, obispo de Agde, siendo otro de sus hijos Nicolás que fue ministro de Finanzas de Luis XIV y encarcelado posteriormente por el monarca hasta su muerte. En el manual aparecen una serie de recetas frente a diversas enfermedades y en lo que se refiere a la rabia dice: el mejor remedio para prevenir esta enfermedad en las personas mordidas por perros, gatos, lobos o cualquier otro animal rabioso consiste en tomar baños de mar en el Mediterráneo o en el Océano, pero siempre antes del noveno día después de la mordedura que es el tiempo que el veneno tarda en llegar a los órganos vitales, poniéndose de moda los baños en la playa Dieppe situada en el Norte de Nor-

mandía, en el Canal de la Mancha y que dio lugar a una célebre comedia estrenada en París en 1725 titulada “*La rabia del amor*”. Para muchos la costumbre actual de tomar nueve baños, es decir hacer un novenario, puede estar relacionada con esta receta de la señora Fouquet, sin embargo, para otros esta costumbre procede de la época en que Alfonso X el Sabio envió a su mujer Doña Violante para también tomar nueve baños en la laguna del Mar Menor para remediar la falta de herederos, al parecer con buen resultado.

El novenario tiene su origen en costumbres, griegas y romanas, que celebraban 9 días de duelo por los difuntos, y también en otros casos para apaciguar a los dioses (hecatombes)

En el siglo XIX la rabia llegó al continente americano en donde ocasionó un grave problema por el elevado número de animales silvestres afectados, interviniendo en su llegada la importación de zorros que se utilizaban para organizar cacerías, empleándose en las personas mordidas las famosas “piedras de la rabia o piedras lunares”, que consistían en cálculos biliares de animales, hervidos en leche y colocados sobre la mordedura.

Para los médicos que seguían el concepto ecológico o hipocrático sobre las enfermedades transmisibles, estas eran provocadas según los partidarios de la teoría miasmática por las emanaciones o miasmas que se desprendían de lugares insalubres tales como basureros, animales muertos, estercoleros, etc. y por ello en la prevención de la rabia aconsejaban sobre todo en los meses de calor poner recipientes con agua en las calles para que bebiesen los perros y de esta manera no murieran de sed y sus cadáveres no contaminaran el ambiente, recomendando también la limpie-

za de lugares insalubres y sucios; Los miasmáticos también creían en la aparición espontánea de la enfermedad.

Otro grupo de científicos, opuesto a la teoría anterior, pensaban que estas enfermedades eran producidas por “algo vivo”, teoría que fue iniciada por Girolamo Fracastoro a mediados del siglo XVI y considerado como el padre de la epidemiología, que en su libro “*De contagione et contagiosis morbus*” expone que las enfermedades infecciosas se transmiten a través de organismos vivos por contacto directo de persona a persona o indirecto a través de objetos contaminados.

Fueron también seguidores de estas ideas, Benjamin Marten en 1.719 con sus publicaciones sobre los “animácula” y posteriormente el alemán Jacob Henle a mediados del siglo XIX con su teoría sobre el “contagium vivum”.

Las diferencias entre los miasmáticos y los que pensaban en organismos vivos como causantes de enfermedad quedó aclarada a favor de estos en el último tercio del siglo XIX con el descubrimiento de los microbios y su relación con las enfermedades infecciosas.

En 1.804 logra por primera vez el alemán Zinke demostrar que mediante la inoculación de saliva de un perro rabioso a conejos les provocaba la enfermedad y en 1821 Magendie consigue transmitir la rabia a un perro a través de la saliva de una persona enferma con este padecimiento. Pasteur posteriormente comprueba que el tejido más contaminado es el cerebro y por consiguiente el más contagioso, de tal manera que inoculando tejido cerebral de animales con rabia en el cerebro de sanos les provocaba la enfermedad en un corto periodo de tiempo.

Pudo también demostrar que por pases

sucesivos en cerebros de conejos, “el agente causal” perdía virulencia y como consecuencia realizó diversos experimentos consistentes en inocular este tejido atenuado a diversos perros, comprobando que no sólo no se provocaba la enfermedad sino que prevenía de padecerla tras la inoculación de tejidos virulentos.

Demostró con ello que un organismo vivo y transmisible era el origen de la enfermedad y que cuando perdía virulencia servía para proteger frente a la rabia iniciando así la vacunación frente a esta enfermedad en los perros.

Muchos años después, concretamente en 1962, el japonés Matsumoto gracias al microscopio electrónico demostró la naturaleza vírica del microbio causal.

La primera vacunación a seres humanos, realizada también por Pasteur, fue debida a sus hallazgos de que en las médulas desecadas de perros con rabia el “microbio” también perdía poder patógeno y como consecuencia inoculó con este material al niño alsaciano Joseph Meister (1885) que a pesar de ser mordido por un perro rabioso a los nueve años de edad sufriendo graves lesiones no contrajo la enfermedad.

Como dato anecdótico comentaremos que ese niño al cabo de los años trabajó como vigilante en el ya construido Instituto Pasteur y cuando en la II Guerra Mundial los alemanes invadieron Francia, varios oficiales alemanes llegaron al mencionado Instituto en París con la pretensión de entrar en la cripta de Pasteur, enterrado en ella a su muerte en 1895, pero Meister se opuso a ello y al no conseguirlo se suicidó con un tiro en la cabeza.

Un año después de esa primera vacunación, había vacunado a más de 2.000 personas procedentes de diversos lugares, sobre todo de su

propio país y de Argelia, con excelentes resultados ya que la mortalidad entre los mordidos y vacunados descendió al 1-2 %.

Debido a sus vacunaciones, y como agradecimiento, Pasteur comenzó a recibir muchas donaciones económicas con las que se inició la creación del Instituto Pasteur, probablemente el Centro más importante de microbiología en todo el mundo.

En España la vacunación en humanos comenzó en la década de los años 90 del siglo XIX y en lo que se refiere a Murcia las primeras vacunaciones se iniciaron en 1897 por el médico forense José Castillo con cargo a la Diputación a través del Hospital de San Juan de Dios (Hospital Provincial).

Cuando se fueron conociendo los éxitos obtenidos por esta vacuna los investigadores se dedicaron a la búsqueda de otras vacunas frente a las enfermedades transmisibles teniendo en cuenta la importancia de las mismas en esa época y la carencia de tratamientos específicos. Después de las primeras vacunas empleadas frente a la rabia se ha continuado en la búsqueda de unas más efectivas y con menos riesgos y así en 1959 surge una nueva con virus atenuados procedentes de cerebros de animales de laboratorio, con el inconveniente de provocar reacciones alérgicas neurológicas necesitándose además para completar el tratamiento 23 inyecciones y por ello en la década siguiente aparece una tercera generación de vacunas mediante cultivo de virus en células diploides humanas y otra también en la línea de células vero.

Existe en la actualidad una vacuna que podemos incluir en la cuarta generación en donde el cultivo se realiza en fibroblastos de embrión de pollo, aunque debido a su alto coste y que requiere cinco inyecciones por tra-

tamiento, en la India, Filipinas, Srilanka y Tailandia se utiliza la vía intradérmica con una sola inyección, rebajándose el coste de 50 a 1 dólar con la misma efectividad.

Teniendo en cuenta que en la prevención de esta enfermedad después de grandes mordeduras de animales rabiosos se utiliza no solo la vacuna sino también la gammaglobulina específica es por ello importante, tal como aconseja la OMS, la producción de la misma.

Debido a que la mayoría de los casos de rabia se producen en los países en vías de desarrollo y la mayor parte de ellos en niños mordidos por perros, la Fundación Bill y Melinda Gates (Fundación que está haciendo una labor importantísima desde el punto de vista sanitario en esos países) ha donado en el primer decenio del siglo XXI 25 millones de dólares con la finalidad de vacunar a niños de estos países antes de recibir alguna mordedura, habiéndose evitado con esto miles de muertes.

En general las vacunas se administran siempre antes de padecer las enfermedades con la finalidad de prevenirlas, sin embargo dado el larguísimo periodo de incubación de la rabia, podemos practicarla después de la mordedura y por consiguiente de la administración del agente causal.

Más de 3000 millones de personas viven en unos 100 países con endemia de rabia canina, sobre todo Asia y África, falleciendo aproximadamente unas 55.000 personas por esta causa al año como consecuencia de mordeduras de perro, sobre todo en niños.

Los zorros juegan un papel importante en la transmisión de esta enfermedad importándola desde la Europa Oriental a la Occidental como consecuencia de mordeduras de estos animales a los perros.

Mención aparte merece la rabia en los quirópteros y en este sentido se están diagnosticando casos de rabia en animales domésticos sobre todo en gatos en cuyo cerebro se encuentra la variante antigénica 4 que procede de murciélagos, animales mamíferos de sangre caliente con capacidad de volar gracias a unas membranas interdigitales así como entre los miembros anteriores y posteriores, con una vida media de 10 a 15 años generando una cría por año. Habitan en colonias en lugares oscuros y elevados, de difícil accesibilidad para los humanos, tales como cúpulas de edificios, taparrollos de las ventanas, casas abandonadas, cuevas, etc. debiéndose sospechar al ver alguno a plena luz del día, ya que podría ser indicio de enfermedad.

Según el Instituto Pasteur en los últimos 15 años se han diagnosticado 40 casos de rabia en la Argentina en murciélagos, hallazgos casuales ya que si se hubiese iniciado una búsqueda se habrían diagnosticado muchísimos más.

Estos mamíferos cuando padecen la enfermedad tienen desorientación, incoordinación, choques contra diversos objetos, parálisis y muerte en unos 15 días, pudiéndose encontrar sus cadáveres en patios, terrazas, o incluso en la calle, sin embargo se han descrito casos de supervivencia tras la aparición de anticuerpos en los mismos.

En Canadá en los últimos años se han descrito muchos casos de rabia en quirópteros documentándose al mismo tiempo diversos casos de rabia en animales domésticos provocados por mordedura de estos.

En Europa se han declarado entre los años 1977-1998 555 casos de rabia en murciélagos y tres casos documentados de rabia en humanos causada por estos animales y en nuestro

país se han encontrado murciélagos con rabia en Valencia, Granada, Huelva y concretamente en Murcia en dos municipios (en ambos casos tras la mordedura a dos niñas que se encontraban durmiendo) recibiendo las dos tratamiento preventivo mediante vacunación, lo que evitó la enfermedad puesto que en los dos animales que fueron capturados se encontró el virus rábico.

En España en la actualidad existe un plan de contingencia nacional que consiste en que toda persona mordida por un animal quiróptero recibirá inmediatamente la vacunación antirrábica, que se suspenderá si el resultado del análisis en el murciélago resulta negativo para esta enfermedad, mientras que si es positivo se continúa la vacunación hasta 5 dosis.

Por último y como resumen en los países industrializados como consecuencia de la vacunación antirrábica en la población canina así como con el control de la misma se ha logrado que la rabia prácticamente haya desaparecido, descendiendo también a cifras bajísimas en América Latina y en Tailandia pudiéndose calcular en unos 1000 millones de dólares el coste de la prevención antirrábica a nivel mundial (John Maurice) OMS.

Los últimos casos de rabia humana en España se dieron en 1975 en un médico de Málaga mordido por su propio perro y en 1979 otros dos casos en Melilla, con el fallecimiento de todos ellos.

Creemos que la vacunación antirrábica en los perros debía de ser obligatoria en todas las comunidades autónomas y no como ocurre en la actualidad en donde en muchas de ellas es solamente recomendada y como consecuencia entre los años 1985-2002 se han diagnosticado 127 casos de rabia en perros.

En junio de 2013 un perro pitbull muerde en Toledo a tres niños que han tenido que ser vacunados frente a la rabia porque tras la muerte del animal y tras los pertinentes análisis se comprobó que padeció rabia. La encuesta epidemiológica demuestra que el can procedía de Cataluña, averiguándose también que anteriormente había acompañado a su dueño a un viaje a Turquía por lo que es posible su contagio en ese país.

'Inmunología del melanoma'

✿ José A. Campillo, Jorge A. Martínez-Escribano, Helios Martínez-Banaclocha y María del Rocío Álvarez-López ✿

Servicio de Inmunología, Servicio de Dermatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

Introducción

El melanoma cutáneo es una neoplasia maligna de melanocitos caracterizada por una evolución clínica a menudo indeseable. Aunque se trata de uno de los tumores más inmunogénicos, este puede eludir la vigilancia del sistema inmunitario del huésped, especialmente si se induce un estado de tolerancia frente al mismo. Desde este punto de vista, y dado que la respuesta inmune contra el melanoma no está bien establecida, se han realizado muchos estudios dirigidos a intentar clarificar los mecanismos implicados en dicha respuesta y a buscar marcadores de susceptibilidad y/o con valor pronóstico, así como a definir potenciales dianas de interés para su uso en terapias adyuvantes.

El resultado clínico del melanoma cutáneo puede ser influenciado por complejas interacciones que tienen lugar entre los diferentes antígenos leucocitarios humanos (HLA) y células T CD8⁺ citolíticas específicas de antígeno (CTLs) o células natural killer (NK), ambas consideradas como poblaciones linfocitarias efectoras implicadas en la protección inmunitaria contra el melanoma. Así, la expresión de moléculas HLA de clase I sería esencial para el reconocimiento por las células TCD8⁺ de las células tumorales, existiendo razones para sospechar que la susceptibilidad al melanoma, y la progresión del mismo,

podrían estar condicionados por los genes HLA, ya que se ha documentado una respuesta inmune específica de tumor mediada por células TCD8⁺ en pacientes con melanoma.

En contraste con los CTLs, las células NK son capaces de eliminar las células tumorales que carecen de expresión de HLA de clase I. Además, la lisis por células NK puede ser inhibida por la expresión de moléculas HLA de clase I en las células diana. Recientemente, también se ha encontrado que ciertas moléculas HLA de clase I son capaces de inhibir la lisis de células de melanoma mediada por CTLs. En este contexto, se ha puesto de manifiesto que las moléculas codificadas por el locus HLA-C pueden funcionar como ligandos de receptores originalmente descritos en células NK (NKR), pero más recientemente también detectados en ciertas subpoblaciones de células T. Los NKR incluyen tanto receptores no específicos de HLA de clase I, tales como CD56, CD57 o CD161, como receptores que reconocen moléculas HLA de clase I, tales como los receptores "killer" pertenecientes a la familia de las inmunoglobulinas (KIRs), entre ellos CD158a y CD158b.

Sorprendentemente, sobre la base de un dimorfismo en la posición 80 en el dominio alfa1-hélice de la molécula HLA-C, los alelos

HLA-C se pueden agrupar en dos epítomos principales, C1 y C2. Los alelos HLA-C del grupo C1 (HLA-C^{Asn80}) pueden actuar como ligandos de las fomas inhibitoras KIR2DL2/3 y activadora KIR2DS2 del receptor CD158b, mientras que los del grupo C2 (HLA-C^{Lys80}) son ligandos de la forma inhibitora KIR2DL1 y activadora KIR2DS1 del receptor CD158a. Estos pares ligando-receptor regulan la función efectora de las células TCD8+ y NKCD56+ y podrían estar implicados en la patogénesis de enfermedades autoinmunes, infecciosas o incluso tumorales.

La línea de investigación dirigida por el Dr. José A. Campillo en el Servicio de Inmunología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, en colaboración con el Servicio de Dermatología del mismo hospital, se ha centrado en el estudio de la respuesta inmunitaria adaptativa o específica y la respuesta inmunitaria innata o inespecífica frente al melanoma cutáneo. Para ello, se ha investigado el papel de las moléculas HLA-I en pacientes de melanoma y un grupo control, especialmente las moléculas del locus HLA-C como ligandos de receptores "NK" capaces de modular la actividad efectora de linfocitos TCD8+ y células NKCD56+. Además, también se ha realizado un estudio de dichas poblaciones linfocitarias en pacientes de melanoma e individuos sanos.

Material y métodos

El estudio del dimorfismo del locus HLA-C se realizó sobre un total de 187 pacientes Caucásicos con diagnóstico histológico de melanoma cutáneo maligno que fueron seleccionados en la Sección de Dermatología del Hospital Clínico Universitario Vir-

gen de la Arrixaca. Un total de 200 individuos sanos compatibles en edad y sexo fueron estudiados como grupo control. Además, también se analizaron las células TCD8+ y NKCD56+ de sangre periférica de 41 pacientes y 39 controles compatibles en edad y sexo. El tipaje HLA-C se realizó mediante PCR-SSP y PCR-SSO, y el estudio de poblaciones celulares se realizó mediante citometría de flujo. Los pacientes fueron clasificados de acuerdo con los criterios establecidos por el American Joint Committee on Cancer (AJCC).

Resultados y discusión

El análisis de la influencia del locus HLA-C en la susceptibilidad al melanoma reveló una disminución significativa de la frecuencia de los alelos HLA-C del grupo C1 (HLA-C^{Asn80}) en pacientes con melanoma respecto al grupo control. Posteriormente se realizó un análisis según el cual los pacientes y los controles se clasificaron en 3 grupos: 1. Sujetos que portaban sólo alelos HLA-C^{Asn80}; 2. Sujetos que portaban sólo alelos HLA-C^{Lys80}; 3. Individuos con alelos HLA-C^{Asn80/Lys80}. Interesantemente, el estudio de los fenotipos de HLA-C reveló que los individuos homocigotos para HLA-C^{Lys80} fueron significativamente más frecuentes en el grupo de pacientes que en el grupo control.

El análisis de la influencia de los alelos HLA-C de los grupos C1 y C2 con el pronóstico de la enfermedad, reveló una disminución significativa de la frecuencia de los alelos HLA-C del grupo C1 (HLA-C^{Asn80}) en los pacientes con melanoma que desarrollaban metástasis en ganglio centinela comparado con el grupo control.

Por otra parte, el estudio de genotipos de

HLA-C mostró una mayor frecuencia de individuos homocigotos HLA-CLys80 en pacientes de melanoma con metástasis en comparación con los pacientes sin metástasis o controles

Estos resultados indican que la presencia de alelos HLA-C^{Asn80} podría proteger contra el desarrollo de melanoma cutáneo, y de metástasis, mientras que la presencia de alelos HLA-CLys80 en homocigosis estaría asociada con susceptibilidad a la enfermedad y al desarrollo de metástasis.

Por otra parte, el estudio de poblaciones linfocitarias mostró un aumento en el número de linfocitos TCD8+CD28-DR+, TCD8+CD28-CD161+ y células NK CD56+ en pacientes de melanoma sin metástasis. Estos resultados indican la existencia "in vivo" de un estatus de activación en los estadios tempranos de la enfermedad, lo cual podría estar asociado con una estimulación de la respuesta inmune. Un análisis más detallado, mostró un aumento de células TCD8+CD28-CD158a+ y NK CD56+CD158a+ en pacientes homocigotos para HLA-CLys80, apuntando a un papel particular de estas células en la regulación de la respuesta inmune contra el melanoma. Así, es probable que la actividad citotóxica de dichas poblaciones celulares esté inhibida en pacientes de melanoma portando el correspondiente ligando HLA-CLys80 en homocigosis, favoreciendo la tolerancia tumoral y la progresión de la enfermedad. Esto estaría apoyado por los resultados obtenidos tras el análisis de las moléculas del locus HLA-C, donde se muestra que los individuos homocigotos para HLA-CLys80 presentan un riesgo incrementado de sufrir la enfermedad y de desarrollar metástasis.

Conclusión

El presente estudio reveló que el análisis del dimorfismo en la posición 80 del dominio alfa1-hélice de la molécula HLA-C puede ayudar a evaluar el riesgo y el pronóstico de melanoma cutáneo en nuestra población. Además, también aporta evidencias de un incremento de células que expresan el receptor CD158a en pacientes que portan el ligando HLA-C correspondiente, lo cual nos permite especular sobre la posibilidad de abrir nuevas vías terapéuticas inmunológicas individualizadas para el control de la progresión del melanoma.

Discurso de presentación

de la conferencia del Dr. D. Fernando Sánchez Celemín

✿ Luis Miguel Amorós ✿

Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Exmo. Sr. Presidente.

Ilmos. Señores Académicos.

Señoras y señores.

Desde que Mulinetti, anatómico de Padua, propusiera en 1664 la apertura de los senos paranasales por su cara inferior hasta el nacimiento en 1975 de la cirugía endoscópica nasosinusal, ha transcurrido algo más de tres siglos. En este espacio de tiempo se han descrito y desarrollado vías de abordaje las técnicas quirúrgicas de los senos paranasales hasta alcanzar un nivel, que se ha mantenido prácticamente invariable en los últimos cincuenta años.

Durante el siglo XVIII aparecieron innumerables publicaciones sobre el tema, siendo la obra de RUNGE en 1750 la única que recogía lo esencial de todo lo que hoy día sabemos. Su tesis sobre *“Las enfermedades más importantes de los senos frontales y maxilares”*, llegó a ser conocida gracias al barón Albrecht von Haller, enciclopedista que decidió recopilar en latín las tesis de medicina más interesantes, a su entender, de la época. Jourdain en su *“Tratado de las enfermedades y de las operaciones de la boca y de las partes correspondientes”*, publicado en 1778, describió la técnica del lavado nasosinusal por vías naturales.

Poco se avanzó hasta la aparición, en la

segunda mitad del siglo XIX, de los medios instrumentales de exploración, de iluminación de las cavidades, de la diafanoscopia y finalmente de la radiología, como resultado del descubrimiento de Roentgen en 1895. A finales del siglo XIX y principios del XX Mouret, estudia meticulosamente la anatomía descriptiva y topográfica de las fosas y senos paranasales, y establece las bases, para el desarrollo posterior de la cirugía nasal.

Los nombres de George Caldwell y Henric Luc quedaron definitivamente unidos a la técnica quirúrgica conocida como “de Caldwell Luc” en el tratamiento de las sinusitis crónicas maxilares, tal y como se utilizó hasta 1990. Al mismo tiempo, finales del siglo XIX y principios del XX, nacen las técnicas de abordaje de los senos frontales y laberinto etmoidal, tanto por vía transnasal como por vía externa, gracias a las aportaciones realizadas por Killian y Ermiro de Lima. Contribuciones hispánicas al tratamiento de estas afecciones han quedado vinculados a los nombres de Botey, Pérez Mateos.

Sin embargo, a pesar de los conocimientos aportados; la cirugía de los senos paranasales, seguía constituyendo uno de los puntos débiles de la especialidad de la Otorrinolaringología por dos hechos: se actuaba en una zona anatómicamente delicada y se operaba, en

su mayor parte, sin control visual; de ahí los frecuentes fracasos al suprimir insuficientemente las lesiones o a las complicaciones y accidentes con secuelas muy desagradables. Se hacía pues, cada vez más necesaria, una revolución conceptual y tecnológica de esta cirugía como ocurrió anteriormente con las técnicas quirúrgicas otológicas. Este cambio fue liderado a nivel internacional por Messerlinger, Stammbecher; Masegur, Además y Sprekelsen a nivel nacional y Rosique, Escobar, Viviente y Sánchez Celemín, en nuestra Comunidad. Se trataba de instaurar una cirugía patogénica mínimamente invasiva y reducir los riesgos de complicaciones mediante la *Cirugía Endoscópica de la Fosa Nasal* en las enfermedades inflamatoria de los senos paranasales.

Lejos quedaron las discusiones de cual era la vía de abordaje de la patología de la fosa nasal, si era preferible la vía externa o en cambio es la vía endonasal la que ofrecía mayor ventajas. Fueron las limitaciones dependientes de la escasa iluminación y la hemorragia, con el consiguiente riesgo de complicaciones, las que hicieron triunfar las vías de abordaje externo.

Sin embargo, en los últimos 10 años, gracias a los avances tecnológicos en los endoscopios de fibra óptica, que nos ofrece la ventaja de poder examinar en directo, la anatomía y naturaleza de las lesiones, a los sistemas de iluminación, a la anestesia moderna, capaz de disminuir la hemorragia peroperatoria, a la digitalización de imagen de video, al uso del navegador y su monitorización en la pantalla de alta definición, a la nueva configuración de los llamados quirófanos inteligentes, y a las aportaciones científicas de expertos a nivel mundial,

han logrado que **La Nariz** se convierta en **El Pasillo De La Cabeza**, al abrir una nueva vía a la cirugía endoscópica, que nos permite acceder por vía nasal a la base del cráneo, una de las zonas anatómicas, más complejas para la cirugía. Quedaba lejana aquella afirmación que realizaba HYRTL en 1860 “*el seno esfenoidal escapa a toda intervención manual e instrumental*”.

Para hablarnos de este tema tenemos esta tarde con nosotros al Dr. D. Fernando Sánchez Celemín Médico Otorrinolaringólogo del Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Nace en Zamora hace 48 años. Sus primeros estudios lo realiza en su ciudad natal, hasta que por motivos laborales de la familia, se desplaza a Elda, donde estudia hasta su entrada en la Facultad de Medicina de Alicante. Tras su Licenciatura continúa su vinculación con la Universidad alicantina a través de la cátedra de Oftalmología. En ella y bajo la dirección del Profesor Alió, finaliza los estudios de Doctorado y su tesis doctoral sobre “*Transparencia corneal y terapia antiinflamatoria-antioxidante. Modelo experimental*”, aprobada Cum Laude en Julio de 1991. Sus coqueteos iniciales con la Oftalmología no le cegó para que pudiera ver que su futuro estaba en la Otorrinolaringología

En 1992 tras superar con éxito el examen MIR se incorpora al Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, integrándose en el Servicio de Otorrinolaringología donde realiza la especialidad. Terminado su periodo formativo en 1995, amplía conocimientos en cirugía endoscópica nasosinusal con el Dr. Rouvière en Arlés (Francia) y en tratamiento endonasal de la vía lacrimal con el Dr.

Bernal Sprekelsen en Barcelona. Desde entonces su actividad asistencial, docente e investigadora queda unida al Servicio de Otorrinolaringología del HCUVA centrandó su atención preferentemente en patología nasosinusal. Hasta la fecha de hoy son más de 1.000 los enfermos intervenidos por él.

Su inquietud y liderazgo le ha llevado a iniciar proyectos como: el diagnóstico de las fistulas de líquido cefalorraquídeo mediante la detección de la proteína β -tracé en la secreción nasal, en los abordajes por vía endoscópica del angiofibroma juvenil nasosinusal, de la glándula hipofisaria, en colaboración con el Servicio de Neurocirugía, y de la patología de la vía lacrimonal con el Servicio de Oftalmología, haciendo que el Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca sea, referencia nacional en esta técnica. Es responsable de la Unidad de Trastornos del Olfato desde el año 2005. Durante vida profesional ha participado en numerosos cursos, congresos y reuniones de la especialidad, como asistente, panelista o conferenciante, así como en la publicación de artículos y capítulos de libros. Profesor Asociado Honorario de la Cátedra de Otorrinolaringología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Murcia desde el año 2007. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica por la Escuela Nacional de Sanidad y el Instituto de Salud Carlos III. Defensor de la Gestión Clínica Integral de la Sanidad promoviendo la integración de diferentes Servicios en Unidades Clínicas. Además ha pertenecido a la Junta Directiva del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Región de Murcia, desde el año 2003 hasta 2011 y portavoz de los Médicos con Ejercicio Libre en la Organización Médica Colegial.

Quiero finalizar con las palabras del filósofo y ensayista D. José Ortega y Gasset “*La ciencia es solo un ideal. La de hoy corrige la de ayer y la de mañana la de hoy*”.

Muchas gracias.

'La nariz: el pasillo de la cabeza'

✿ **Fernando Sánchez Celemín** ✿

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Exmo. Sr. Presidente.

Ilmos. y Exmos. Señores Académicos.

Señoras y señores.

Cuando el Dr. Amorós me propuso pronunciar una conferencia en esta Real Academia, le comenté que desde hacía tiempo quería hablar en un foro como este de un concepto, un nuevo concepto, que ennoblece a una estructura anatómica un poco olvidada de nuestra anatomía.

De la nariz se ha dicho que es un órgano que sirve para el paso del aire, que lo purifica, humedece y calienta, y que además en él se encuentra el sentido del olfato.

La nariz se localiza anatómicamente en la cabeza, y está rodeada de otros órganos que poseen funciones, generalmente más apreciadas.

El olfato en el hombre no está ni tan desarrollado ni lo consideramos tan importante para nuestra especie como otros sentidos, como por ejemplo el oído o la vista.

Si un paciente tiene un problema visual, auditivo o neurológico no suele tardar en consultar, considerando este problema como una perturbación importante de su calidad de vida, pero un problema de olfato no suele ser tan valorado.

La rinología tiene su campo de actuación, y no es la estética nasal lo único que importa de la nariz.

Y cuál es el campo actual de la rinología?

Podemos hablar de ella en sentido restrictivo o en sentido amplio.

En sentido restrictivo la Rinología trata de las dolencias y padecimientos que afectan a la nariz y a sus anejos, los Senos paranasales.

En un sentido más amplio, la rinología además de la propia nariz y de los senos paranasales, contribuye o ayuda a otras disciplinas como la oftalmología o la neurocirugía en el tratamiento de problemas oftalmológicos o neurológicos.

Por qué la rinología hoy día ha adquirido un nuevo papel?

Porque la nariz está situada estratégicamente dentro de la cabeza. Está en medio de ella, y transcurre desde la parte anterior hacia el interior de la cabeza a modo de un pasillo,

Sí, un pasillo largo y profundo y que además tiene una puerta de entrada que está abierta al exterior de forma continua,

A través de la nariz podemos acceder a las proximidades de la base del cráneo, a la pared interna de las órbitas, a la vía lacrimonasal, a la salida del nervio óptico con diferentes instrumentos y sin traspasar ninguna estructura.

Si Vd. en su casa quiere llegar al comedor, llega a través de un pasillo. Si Vd. en su casa quiere llegar a la cocina, accede desde el pasillo. Si Vd. en su casa quiere llegar al dormi-

torio, llega desde un pasillo, no desde la ventana de la calle.

Papel de la Rinología actual:

La nariz y los senos paranasales son unas estructuras que se encuentran en el interior de la cabeza, y a los que podemos acceder desde el exterior.

Pero para poder trabajar en el interior de la nariz necesitamos ver.

Una de las claves para poder trabajar dentro de una cavidad corporal con seguridad es poder ver dentro de ella, y para poder ver necesitamos luz.

Antiguamente la luz la introducíamos en la nariz desde fuera y nos ayudábamos de unos instrumentos que dilataban las puertas de entrada, lo que llamamos las narinas. Usábamos rinoscopios para ello y la luz la introducíamos desde el exterior.

Esa luz introducida desde fuera de la nariz hacia dentro de ella tenía la propiedad que se transmitía en línea recta, con lo cual, en cuanto se encontraba ese rayo de luz con algún impedimento, no permitía iluminar más allá de él. Había mas sombras que certezas.

Aún con esta concepción de la introducción de la luz desde fuera, se hicieron grandes progresos aprovechando al máximo estas ventajas.

El uso del microscopio en rinología produjo un gran avance pues permitía ver con mayor claridad el interior de la nariz, pero la luz seguía entrando desde fuera de la nariz, y para conseguir trabajar dentro de ella había que trabajar en línea recta. Por eso donde más se aprovechó este concepto fue en el abordaje de la hipófisis, la estructura que se encontraba más allá de los límites de la nariz pero en línea recta. Es como si sólo aprove-

charan de un pasillo la habitación que tienen al final del mismo.

Hardy en 1968 popularizó este tipo de abordajes microscópicos.

Los grandes avances se han producido cuando hemos conseguido introducir la iluminación dentro de la nariz y no solo iluminación, sino que hemos conseguido introducir nuestros ojos dentro de la nariz.

Llegó el tiempo de la endoscopia nasal.

La endoscopia nasal se benefició de los avances en iluminación y en óptica producidos tras el desarrollo de los telescopios Hopkins, los cuales permitían con un mismo instrumento introducir luz dentro de la cavidad y ver lo que iluminábamos.

Para ilustrar la diferencia entre la visión endoscópica y la microscópica es clásico hablar de la imagen de la garita. Con un microscopio podemos ver a través de la apertura mínima de la garita, y no conocemos lo que existe más allá de lo que nos permite ver ese estrecho campo de visión.

Por el contrario, si conseguimos introducir nuestra visión a través de esa apertura de la garita, podemos contemplar todo lo que la rodea mas allá de la rendija original por la que mirábamos a través del microscopio.

Así pues el desarrollo de la visión endoscópica produjo un avance considerable, pero surgió otro problema. ¿Sabíamos lo que estábamos viendo dentro de esa cavidad? ¿Identificábamos las estructuras que hay dentro de la nariz?

Surgieron así estudios que intentaban correlacionar los estudios anatómicos clásicos con los avances en la visión endoscópica. Nació el concepto de Anatomía endoscópica al cual tuvimos que irnos acostumbrando

progresivamente, y términos como apófisis unciforme, bulla etmoidal, celdas de agger nassi son cada vez más empleados.

¿Y dónde hemos aprovechado este desarrollo?:

Pasaremos a ver algunas de las ventajas que ofrece la endoscopia nasosinusal en el tratamiento de nuestros pacientes:

1. Patología inflamatoria nasosinusal

Antiguamente, la patología inflamatoria de los senos paranasales, era tratada de formas diversas. Esta patología incluía los problemas generados por las infecciones nasosinusales, las sinusitis, y una patología inflamatoria conocida desde la antigüedad como era la poliposis nasosinusal

Los senos paranasales son unas cavidades aireadas rodeadas por una mucosa de tipo respiratorio. Esta mucosa es susceptible de sufrir agresiones infecciosas víricas bacterianas o fúngicas.

La infección sinusal genera la producción de moco y todos los esfuerzos médicos iban encaminados a la eliminación de ese moco purulento. Se intentaba eliminar ese moco mediante el uso de antibióticos, sistémicos o tópicos, y mediante maniobras quirúrgicas.

Así de hizo popular entre los otorrinolaringólogos la punción diameática de los senos maxilares, abordando los senos maxilares mediante rinoscopia anterior con un punzón. Aún recuerdo de mis tiempos de residencia lo mal que lo pasaban los pacientes cuando se les sometía a esta técnica.

Se realizaba con anestesia local y cuando perforabas la pared medial del seno maxilar, muchos de los pacientes sufrían síncope. Uno tenía que estar atento para retirar el

punzón utilizado rápidamente si se caía el paciente hacia delante para evitar que se lo clavase.

Otro abordaje que se popularizó en aquel momento fue la antrostomía de Caldwell-Luc. Esta se realizaba entrando al seno maxilar desde la pared anterior ósea del mismo, haciendo una incisión en la mucosa gingivo-labial para llegar a la pared anterior del mismo.

También se realizaba una técnica que popularmente se llamaba Ermiro de Lima, que consistía en limpiar y ventilar los senos paranasales casi a ciegas. En fin, pueden imaginárselo.

Creo que el mayor avance para actuar sobre los senos paranasales lo ofreció Messerklinger al demostrar el mecanismo de movimiento mucociliar de los senos paranasales.

Comenzó a explicarse que todos los senos paranasales evacuaban el moco hacia unos puntos de drenaje concretos, los ostiums de drenaje y ventilación, y que gran parte de los problemas que afectaban a los senos paranasales eran producidos por alteraciones en la ventilación de los mismos.

El tratamiento, por tanto, debía ir encaminado a reestablecer la integridad de esos ostiums de drenaje ya que en ausencia de patología ciliar primaria de la mucosa sinusal, el moco-pus producido en los senos paranasales tendería a ser evacuado desde esos ostiums naturales de drenaje.

El conocimiento de esos ostiums de drenaje junto con la irrupción coetánea de la endoscopia nasosinusal, constituyó, posiblemente, el mayor avance en la rinología moderna.

En cuanto a la patología polipoidea de las fosas y de los senos paranasales se han pro-

ducido avances aunque queda mucho por conseguir.

Los pólipos nasales son la consecuencia de una enfermedad, no la enfermedad en si misma.

Mediante cirugía podemos eliminar todos o casi todos los pólipos nasales, pero ¿hemos curado al paciente?, No. Los pólipos vuelven, y vuelven y vuelven. La explicación es sencilla: no tratamos la causa de la enfermedad, esa causa seguirá actuando sobre el paciente y volverá más pronto o más tarde a producirle pólipos nasales.

Entonces, ¿es lógico operar a los pacientes con pólipos nasales?. La respuesta es sí. Sí porque es la forma en la que podemos ofrecerle al paciente una mayor calidad de vida con menores riesgos, pero, como le digo a mis pacientes operados de pólipos... si llega a los 90 años volverá a tener pólipos

2. Patología tumoral nasosinusal

Me hace mucha ilusión comentar una anécdota vivida personalmente.

Junio 2004, Marbella. Congreso Nacional de la Sociedad Española de Base de Cráneo.

Asistimos a una conferencia en la que un conocido rinólogo español, El Dr. Humbert Massegur, empieza a hablar de patología tumoral nasosinusal. Que si el carcinoma epidermoide era la patología tumoral más común de los senos paranasales, que si había una serie de abordajes externos que eran curativos, y al final, bajando el tono de voz, dice "en casos seleccionados la cirugía endoscópica puede ser igualmente eficaz".

Salimos de la conferencia y le digo "¿por qué no te atreves a decir todo lo que piensas?", y me contesta: "todavía es pronto".

En el reciente congreso nacional de la

Sociedad Española de Otorrinolaringología, Madrid 2013, raro era el hospital español que no presentaba alguna comunicación de alguna técnica quirúrgica realizada mediante cirugía endoscópica nasosinusal para un caso tumoral, más o menos avanzado, pero abordajes endoscópicos en vez de abordajes abiertos.

Y han pasado sólo 9 años desde Marbella.

La evolución ha sido continua y progresiva, y todavía continúa.

3. Patología de la Vía lacrimal

La vía lacrimal comienza en los canalículos lacrimales, pasa al saco lacrimal, y desemboca en la nariz, debajo del cornete inferior en el meato inferior.

La epífora es una patología relativamente frecuente. Afecta sobre todo a mujeres, y muchas veces está producida por la obstrucción en el drenaje de las lagrimas desde el ojo a la nariz.

Y como se pueden solucionar estos casos?

Pues una solución es la dacriocistorrinostomía.

Analicemos este término: dacriocisto: recipiente de la lagrimas, rinostomía: rinos, nariz, ostomía: apertura.

Es decir, la solución muchas veces a los problemas de la vía lacrimal pasa por hacer una apertura a la nariz., territorio de la rinología.

Volviendo al símil del pasillo: accedemos a una estructura, una habitación que se encuentra lateralmente al pasillo central.

Pero no solo la rinología interviene en este proceso. También interviene la Oftalmología y es por ello que de manera intuitiva deberían intervenir en este procedimiento dos especialidades: la oftalmología y la rinología

Bajo estos parámetros, nosotros, desde el año 2006, hemos creado una unidad funcional conjunta entre oftalmología y otorrinolaringología para el tratamiento de los problemas de la vía lacrimal.

Hasta la fecha de hoy mediante dacriocistorrinostomía transcanalicular con láser de diodo hemos intervenido casi 600 pacientes, con unos resultados altamente satisfactorios, ya que el índice de mejoría o curación de los pacientes mediante esta técnica, en nuestras manos, es del 88% en primera intención, elevándose al 96% en caso de admitir dos intervenciones. Éstos resultados están al nivel de las mejores series publicadas.

4. Patología orbitaria

Las estructuras de dentro de la nariz no son constantes al 100 %. Había veces que necesitábamos mayores certezas. Si yo digo que tras esta pared está el nervio óptico quiero asegurarme, necesito tener mayor seguridad.

Necesitábamos tener mapas de carreteras. Saber como es el mapa de la cabeza de este paciente concreto. Y así cada vez más comenzamos a utilizar los avances realizados en las pruebas de imagen.

El desarrollo de la Tomografía computerizada y de la Resonancia Magnética nos hizo conocer a priori las estructuras de cada paciente, muchas de las variantes a las que nos íbamos a enfrentar las pudimos conocer de antemano, y conocer y planificar qué hacer con ellas.

Pero queríamos más, y ese plus lo conseguimos cuando pudimos correlacionar ese mapa de la cabeza de cada paciente con la visión endoscópica del mismo.

Queríamos saber si el punto A de un TC correspondía exactamente al punto A' que

estaba viendo endoscópicamente. Aparecieron los sistemas de Navegación, que nos permitieron reconocer con mucha mayor precisión y seguridad las localizaciones clave dentro de una nariz.

Siguiendo con la imagen del pasillo, la siguiente estructura en la pared lateral, detrás de la vía lacrimal, es la órbita, y la parte final de esa habitación es el cono orbitario con el nervio óptico.

Desde la nariz se puede acceder a la órbita, a su zona medial, y desde una dependencia inferior del pasillo, desde los senos maxilares, podemos acceder al techo de este seno que es la parte inferior de la órbita.

Es decir, desde la nariz se puede acceder casi al 50% de la zona orbitaria sin atravesar otras estructuras.

Suficiente para poder realizar descompresiones orbitarias en el caso de la oftalmopatía tiroidea, con unos resultados aceptables

Otra cuestión es el nervio óptico, técnicamente más complejo de abordar, y en la que los intentos de realizar descompresiones a ese nivel, en los casos sobre todo de afectación postraumática, no han sido demasiado fructíferos hasta la fecha actual.

5. La base del cráneo

Para terminar, hablaré del techo y de las habitaciones del fondo del pasillo, la base de cráneo.

Desde la nariz hemos conseguido poder tratar las cañerías que se abrían en el techo del pasillo, es decir, las fístulas de líquido cefalorraquídeo.

Para poder acceder a una comunicación entre la nariz y el cerebro, podíamos en principio actuar desde la parte inferior (la nariz) o desde la parte superior (la fosa craneal).

Es cierto que la visión y localización de los defectos en el techo de la fosa nasal que producían fuga de líquido cefalorraquídeo abordándolos desde arriba se veían mejor que desde el pasillo de la nariz, pero es igualmente cierto que aquellos que podíamos solucionar desde la nariz presentaban menor morbilidad que aquellos a los que se accedía desde el cerebro.

La relación beneficio-riesgo era claramente favorable al acceso desde la nariz

Y hasta este punto es donde llegamos hoy en mi hospital y en la mayoría de centros de España y Europa. Hasta este punto de desarrollo podemos llegar en la rinología de nuestra comunidad. Pero... ¿podemos pedir más?. Sí.

Podemos actuar más allá, desde la nariz hasta...casi el infinito

Accesos a la base de cráneo anterior, a la hipófisis, desde 1992 por Jankowski, Sethi, accesos al clivus desde la nariz son posibles.

Vuelve a ponerse de manifiesto lo comentado anteriormente para los problemas de la vía lacrimal. La base de cráneo es territorio neuroquirúrgico, pero el acceso es rinológico. Se impone tener un conocimiento profundo de las estructuras nasales para poder acceder a la base de cráneo desde ella.

Otra discusión es quién debe realizarla, si un rinólogo o no.

Lo cierto es que se puede acceder a la base de cráneo desde la nariz, desde el pasillo, y hay que dominar el pasillo.

Recientemente han surgido escuelas de abordajes de la base de cráneo (Pittsburg es de las más reconocidas) en las que prácticamente casi todos los problemas de la base de cráneo son accesibles desde la nariz.

Pero respecto a estos avances quisiera

hacerles un comentario.

Tengo la impresión, cuando uno estudia, habla con compañeros, de que ciertas escuelas punteras a nivel mundial están muy alejadas de nuestra realidad.

Tengo la impresión de que todavía es pronto, y que todavía no nos ha llegado el momento de poder abordar la totalidad de los problemas de la base del cráneo desde la nariz. No ha llegado ese momento todavía pero llegará, más pronto o más tarde, y será apasionante ver el devenir de los próximos años en este campo.

Y ¿aún podemos pedir más?. ¿Que otros desarrollos tecnológicos pueden ayudarnos?

Brevemente comentaré algunos avances que están en sus inicios de desarrollo tecnológico.

La robótica, la telemedicina y la telecirugía, y la cirugía en 3 Dimensiones.

Poder operar con un robot.

Esa imagen que todos tenemos de lo que puede ser la cirugía del futuro. La cirugía ayudada a realizarse por un robot más o menos inteligente.

Si tuviera un instrumento que pudiera llegar a un sitio de forma precisa y cada vez intervinieran menos mis habilidades como cirujano, sería un avance impresionante.

Además, si pudiera con la tecnología adecuada, poder ofrecer mis servicios y conocimientos a distancia, la telemedicina y la telecirugía, también serían avances en principio ilusionantes.

¿Y poder operar en 3 dimensiones?.

Nosotros ya lo hemos probado. Ciertamente es impresionante, pero en el momento actual esta tecnología necesita un mayor desarrollo, una mayor evolución y una reducción de costes para que sea aplicable.

En fin, como conclusión, diría que todos estos avances llegarán, no sé cuándo, pero llegarán.

Pero todos ellos, todos, partirán de un concepto básico:

Pasen señores, pasen, pero por favor, desde el pasillo, no atraviesen las paredes, que pueden tirar mis cuadros.

Palabras finales

de la conferencia del Dr. D. Fernando Sánchez Celemín

✿ **Emilio Robles Oñate** ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

La conferencia del Dr. Fernando Sánchez Celemín ha sido francamente interesante.

Querido Fernando: el título de la conferencia es totalmente acertado, porque no solo aborda los problemas propios de las fosas nasales y senos, sino lo que hace una sugerente la situación de la nariz: que es lo que tiene que ver con los problemas oftalmológicos, y lo que se conoce de la llegada a la base del cerebro mediante distintas técnicas.

Pero sobre todo, lo que sugieres del futuro de ese abordaje al cerebro.

No quiero hablar sobre la estrecha relación que tiene la ORL con la oftalmología, la vía lagrimal, la órbita, etc. porque lo has explicado muy bien, y sería redundar sobre lo dicho. Lo que me ha parecido más que interesante, es cuanto hablas de lo ya conocido y sobre todo lo que sugieres sobre lo aproximación y llegada al cerebro. Lo encuentro apasionadamente.

Muchas gracias. Te felicito

Ciclo de conferencias

El ciclo de conferencias acogió la VIII Conmemoración de la Semana Mundial del Cerebro que, bajo el título *Decido, luego existo*, se celebró durante los días 11 y 13 de marzo en el salón de actos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia.

El 11 de marzo, la doctora María Trinidad Herrero Ezquerro, Secretaria General de la

Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia disertó sobre *Neuromarketing: cómo pensamos, cómo decidimos*, y el 13 de marzo, el doctor Francisco Toledo Romero, psiquiatra del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca y Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, lo hizo sobre *Las caras de la personalidad*.

'Las caras de la personalidad'

✿ Francisco Toledo Romero ✿

Psiquiatra. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca,
Académico Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

El estudio de la personalidad es un estudio apasionante porque todos nos englobamos en una determinada forma de ser de actuar y de vivir a la que llamamos personalidad. Pero en ocasiones la personalidad muestra otras caras que hacen ver la patología que puede llegar a encerrar, heredada o aprendida dónde está el límite entre la personalidad "normal" y la patológica?

En las siguientes líneas intento hacer una distinción entre la personalidad, el carácter y el temperamento y situar y explicar la personalidad trastornada.

Entendemos por :

Personalidad

Los rasgos de la personalidad son patrones de pensamiento, reacción y comportamiento que permanecen relativamente constantes y estables a lo largo del tiempo.

Carácter

Llamaríamos carácter al conjunto de cualidades que distinguen a una persona o a una cosa de las demás.

Temperamento

Está vinculado a la manera de ser y a la forma de reaccionar de los sujetos; por lo tanto,

el temperamento tiene que ver con la interacción con el entorno.

¿Qué entendemos por trastornos de la personalidad?

Los trastornos de personalidad alteran la personalidad del individuo, algunos cambian la forma de pensar, la forma de actuar e incluso la percepción.

Los trastornos de la personalidad suelen ser afecciones duraderas, casi de por vida .

Las personas que tienen un trastorno de la personalidad exhiben comportamientos de pensamiento y de reacción más rígidos y señales de inadaptación que suelen perturbar su vida personal, profesional y social.

Las características de estos pacientes los llevan a tener problemas en el trato con otras personas, como también dificultades en otros aspectos de la vida. Estos individuos tienden a ser solitarios, aislados, ansiosos o dependientes. Ellos también tienden a desarrollar dificultades interpersonales y experimentar infelicidad.

Lo que une a todos estos pacientes, a pesar de sus diferencias de carácter, es en la forma en que el desorden causa problemas penetrantes en su ajuste social y ocupacional.

Muchos pacientes con desorden de personalidad tienden a no darse cuenta de sus rasgos maladaptativos. Otros reconocen su pro-

blema de personalidad, pero no pueden hacer nada al respecto

En resumen :

- Rasgos disfuncionales que son globales (perturban en todos los ámbitos)
- Estables a lo largo del tiempo, se consolidan al final de la adolescencia
- Dificultad para reconocer su propio problema (poco in-sight)
- Rasgos son egosintónicos (se sienten bien como son)
- No son psicóticos (pero puede haber episodio psicótico leve)
- Trastorno emocional del terapeuta (gati-llan sentimientos importantes en el otro)

¿Cuáles son los tipos más frecuentes de trastornos de la personalidad?

En general, los trastornos de la personalidad se clasifican en tres subtipos (o grupos) e incluyen los siguientes:

Trastornos de la personalidad extraña/excéntrica

-Trastorno de la personalidad paranoica

Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes e incapaces de generar vínculos interpersonales estrechos. A menudo son demasiado desconfiadas de su entorno, pero injustificadamente, generalmente no pueden apreciar su propia función en las situaciones de conflicto y suelen proyectar sus sentimientos de paranoia en forma de enojo hacia los demás.

-Trastorno de la personalidad esquizoide

Las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Las personas que tienen personalidad esquizoide permanecen tan absortas en sus propios pensamientos y fantasías que se autoexcluyen de los vínculos con la realidad y otras personas.

-Trastorno de la personalidad esquizotípica

Similar al trastorno de la personalidad esquizoide; las personas que tienen este trastorno suelen ser frías, distantes, introvertidas y tener un gran temor a la intimidad y los vínculos estrechos. Sin embargo, las personas que tienen personalidad esquizotípica también presentan trastornos del pensamiento, de la percepción y habilidades ineficaces de comunicación. Muchos síntomas del trastorno de la personalidad esquizotípica se parecen a los de la esquizofrenia, pero son más leves y menos intrusivos.

Trastornos de la personalidad dramática/errática:

-Trastorno de personalidad límite

Las personas que tienen este trastorno presentan inestabilidad en la percepción de sí mismas y tienen dificultad para mantener relaciones estables. Los estados de ánimo también pueden ser inconstantes, pero jamás neutros, y su sentido de la realidad siempre se perci-

be en “blanco y negro”. Las personas que tienen personalidad limítrofe a menudo creen que los cuidados que recibieron durante la infancia fueron insuficientes y, por consiguiente, buscan incesantemente más atención de los demás en su etapa adulta. Esto lo pueden lograr manipulando a los demás, lo cual a menudo los deja sintiéndose vacíos, enojados y abandonados, sensación que puede llevarlos a un comportamiento desesperado e impulsivo.



El doctor Francisco Toledo, durante su conferencia.

–Trastorno de la personalidad antisocial

Las personas que tienen este trastorno típicamente no tienen en cuenta los sentimientos, propiedad, autoridad y respeto hacia los demás en busca del propio beneficio. Esto puede incluir acciones violentas o agresivas que afectan o implican a otros individuos, sin un sentimiento de remordimiento ni culpabilidad por sus actos destructores.

–Trastorno de la personalidad narcisista

Las personas que tienen este trastorno presentan sentimientos excesivamente exagerados de autovaloración, grandiosidad y superioridad en relación con los demás. Las personas que tienen personalidad narcisista suelen explotar a las

personas que no los admiran y son demasiado sensibles a las críticas, juicios de valor y fracasos.

–Trastorno de la personalidad histriónica

Las personas que tienen este trastorno están demasiado preocupadas por su aspecto, constantemente buscan atención y a menudo se comportan dramáticamente en situaciones que no justifican ese tipo de reacción. Las expresiones emocionales de las personas que tienen personalidad histriónica suelen ser consideradas superficiales y exageradas.

Trastornos de la personalidad ansiosa/inhibida:

–Trastorno de la personalidad dependiente

Las personas que tienen este trastorno dependen excesivamente de los demás

para su validación y para la satisfacción de sus necesidades básicas. Además de no ser capaces de cuidar de sí mismas correctamente, a las personas que tienen personalidad dependiente les falta confianza en sí mismos y seguridad, y tienen dificultad para tomar decisiones.

-Trastorno de la personalidad de evitación

Las personas que tienen este trastorno son hipersensibles ante el rechazo y, por lo tanto, evitan las situaciones que pueden generarles conflicto. Esta reacción es impulsada por el temor; sin embargo, las personas que tienen personalidad de evitación se sienten perturbadas por su propio aislamiento social, su retraimiento y su incapacidad de mantener vínculos interpersonales estrechos.

-Trastorno de la personalidad obsesivo-compulsiva

Las personas que tienen este trastorno se muestran inflexibles ante el cambio y se molestan si la rutina se ve alterada debido a su obsesión por el orden. Por consiguiente, son ansiosas y tienen dificultad para completar las tareas y tomar decisiones. Las personas que tienen personalidad obsesivo-compulsiva suelen sentirse incómodas en situaciones que están fuera de su control y como consecuencia de ello tienen dificultad para mantener relaciones interpersonales positivas y sanas.

Publicaciones



Guzmán Ortuño Pacheco, Emilio Robles Oñate y Carlos Ferrándiz Araujo.

'Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia'. Libro del Centenario

Guzmán Ortuño Pacheco, Presidente de Honor de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, presentó a los medios de comunicación, junto a Emilio Robles Oñate, Presidente de la Institución,

el libro *Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia*, obra del Académico de Número y Archivero de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia, Carlos Ferrándiz Araujo.

D. Carlos Ferrándiz Araujo culmina un ambicioso proyecto

✿ Guzmán Ortuño Pacheco ✿

Presidente de Honor de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

Agradezco al Excmo. Sr. Presidente, Don Emilio Robles Oñate, la invitación a participar en este importante acto, que representa el broche de oro de la celebración del segundo centenario de la Institución y la presentación de una publicación, que sin duda marcará un hito de su historia.

Una obra de tal magnitud, la Historia de la Real Academia de Medicina, solo podría ser el resultado de trabajo laborioso de un humanista profundo, que reúne además de un gran interés por la estética dentro de la ciencia, un cultivo apasionado de la Historia de la Medicina, siguiendo la metodología de la escuela del profesor Laín Entralgo: Carlos Ferrándiz Araujo.

Pertenece el doctor Carlos Ferrándiz Araujo a una saga de médicos cartageneros cultos, socialmente enraizados, que ha publicado medio centenar de libros sobre historia de la Medicina. Desde que era alumno en la Facultad de Medicina de Valencia, atraído por las humanidades, ingresó en la cátedra de His-



El profesor Guzmán Ortuño Pacheco, durante la presentación.

toria de la Medicina del eminente profesor murciano López Piñero, cuyas enseñanzas le acrecentaron el amor por la ciencia y por la tierra que le vio nacer.

Ingresó en la Real Academia de Medicina de Murcia el año 1972 como Académico Correspondiente y, en el año 1994, como Académico de Número. Tuve el honor de contestar a su discurso de ingreso, en el que resalté su personalidad manifiesta, como gran aficionado a lo popular, a la gente sencilla, al disfrute del mar, a la cinegética, a la amistad y al estudio. Promotor y coordinador de actividades culturales, fue llamado a pertenecer



Un momento de la presentación del libro.

a numerosas entidades culturales y científicas de Cartagena, como la Real Sociedad Económica de Amigos del País, la Asamblea Literaria Jorge Juan, el Patrimonio Histórico Artístico, el Patronato de Museos, la Real Academia de Farmacia Santa María de España, de la que es Académico de Número, la Cofradía de los Californios de la que fuera Hermano Mayor. Finalmente, en esta su faceta de servicio a la comunidad, quiero resaltar que durante el trienio en que fue Delegado del Ministerio de Cultura en Cartagena, bajo su gestión, se declara a Cartagena Conjunto Histórico-Artístico, se crea el Museo Nacional de Arqueología Marítima y el Centro Nacional de Investigaciones Arqueológicas submarinas, se restaura la torre homenaje del Castillo de la Concepción, se rehabilita el

Palacio Aguirre y se propicia una incentivadora política cultural en todos los órdenes.

Cuando ingresó en la institución como académico de número en una plaza de traumatología, hace casi 20 años, le lancé el reto de que su entrada era para que trabajara por la Academia y doy fe que lo ha cumplido.

Compartí con el Dr. Ferrández la Junta de Gobierno que, a finales del pasado siglo, entre otras cosas, reformó los Estatutos, promovió la realización de esta magna obra, que recoge la historia de los 200 años de nuestra academia, y constituyó la Fundación HEFAME, gracias a la cual ha sido posible financiar la publicación.

Carlos aceptó el reto y, durante más de una década, ha trabajado sistemáticamente en su redacción.

Le felicito cordial y efusivamente por el presente libro, un auténtico regalo para los ojos y para la inteligencia.

El haber tenido a un historiador profesional de la Medicina como Carlos Ferrándiz Araujo, ha sido un lujo para la Academia, que esperamos que siga rindiendo sus frutos, dada su personalidad inquieta e innovadora.

La Historia de la Medicina representa una disciplina del saber médico absolutamente imprescindible en una comunidad científica.

Decía Marañón unas palabras que aplico con toda propiedad a Carlos Ferrándiz: *“las personas que cultivan la Historia de la Medicina son aquellas gentes elevadas, limpias de interés, aristocracia verdadera creada en el ámbito del propio trabajo y de la propia dignidad”*.

La obra de Ferrándiz no se limita al relato pormenorizado de los datos previos, sino que realiza un diagnóstico de los mismos, con espíritu crítico, lo que según Marañón podría ser denominado la etiología de la historia, que no es otra cosa que buscar los motivos de los hechos.

En el mismo sentido interpretativo o de diagnóstico etiológico, abunda el maestro Ortega, en su conocido ensayo `En torno a Galileo`, cuando afirma que `el conocimiento no consiste en poner al hombre frente a la pululación innumerable de los hechos brutos, ya que aun siendo efectivos no son la realidad`. (fin de cita).

Todo lo anterior viene a significar que cuando nosotros utilizamos la historia como fuente de conocimiento, no nos debemos de limitar a la recolección de los datos o de los hechos que acontecieron, sino que tenemos que interpretarlos, y es entonces cuando la Historia se convierte en una auténtica Ciencia.

El libro es el testimonio de un trabajo acabado, metodológicamente perfecto y científicamente impecable, para que los investigadores de la Medicina Murciana tengan una fuente fidedigna de conocimientos, como base de partida, ya que no debemos de olvidar que en la Historia de la Real Academia de Medicina de Murcia, están impresas muchas páginas, llenas de gloria, del Reino de Murcia.

Si a todo lo anterior añadimos que la empresa Contraste ha realizado un trabajo editor impecable, llegaremos a la conclusión que estamos ante una obra magna de la historia murciana.

Muchas gracias por su atención.

Breve sinopsis de 'Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia'. Libro del Bicentenario

✿ Carlos Ferrándiz Araujo ✿

Académico de Número de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia

La *Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia* es un libro de 811 páginas que recoge los estudios de la salud y de la enfermedad de los murcianos como estados de la vida humana en los últimos 200 años a través de las vicisitudes de la Academia (1811 a 2011).

Se encuentra dividido en seis extensas épocas con sus correspondientes subperiodos precedidos de un proemio, introducción y antecedentes históricos generales. Finaliza con un epílogo y un amplio elenco, además de 3251 notas bibliográficas e índices.

También, metodológicamente, se ha tenido en cuenta, en cada época, la sociedad murciana en todas sus vertientes de la que forma parte la Academia, así como a ésta en su séxtuple variante: cuerpo académico, órganos de gobierno, actividades institucionales y científicas, galardones y recompensa, estatutos y reglamentos, tesorería, fondos de archivo y biblioteca, y relaciones con otras Academias. Aparte de un análisis cuantitativo y estadístico, reflejo de la amplia actividad académica.



Carlos Ferrándiz Araujo, autor de la obra.

La obra está presidida por un texto o *corpus* principal, acompañados de otros, debidamente separados, de perfiles bibliográficos de los presidentes de la Academia; y de una antología de clásicos médicos académicos.

A todo ello se une una precisa y abundante iconografía como signo de relación y semejanza con el pasaje estudiado, y, en otras ocasiones como abiertas invocaciones y sugerencias a escenarios histórico médicos relacionados. También se interpolan diversos cuadros de representación gráfica esquemática a fin de identificar fácilmente modos y funciones de la Academia.

El tratar de explicar los acontecimientos por sus causas remotas, a través de las fuentes, será útil para comprender el presente e interpretarlo e incluso para alumbrar el futuro; futuro basado en el conocimiento, que nunca será posible sin pasado.

La historia de la Academia constituye un preciado instrumento para pensar, comunicarnos y educar nuestra sensibilidad. Se ha aspirado más que a la información, a la formación.

La Academia en la Historia

'De la utilidad de la Anatomía Patológica para el ejercicio de la medicina, con una observación sobre la disección de un cadáver'

✿ Agustín Escribano López ✿

Presidente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia (1854-1856)

Cuando Hipócrates, este héroe de la medicina antigua que mereció el epíteto de oráculo, y a quien los demás hubieran venerado como divino, si el candor, la verdad y la honradez no hubiesen caracterizado su conducta, que sirvió de ejemplo a los médicos que le siguieron y que debiera avergonzar a algunos de los de hoy: cuando este hombre, repito abrió el libro de sus aforismos que con razón pudiera llamarse el de las escrituras o dogma de la medicina, que por tantos siglos es, ha sido y será mirado con respeto y admiración de todos los médicos de juicio, con la sentencia que dice, que es muy similar a la vida del hombre para recorrer la extensión de la ciencia conservadora de la especie; ya indicaba el campo dilatado que debía ofrecerse a la admirada vista de los que se dedicaran a esta sublime ciencia, cuyos límites no alcanzarían las vías de existencia que han sido concedidos a los mortales. Es verdad que entonces la medicina no estaba fundada sobre la base sólida de la anatomía y que su ejecución era vinculada a un corto número de familias que la heredaban por sucesión y la cultivaban con descuido, enriqueciéndola solo con el descubrimiento de alguna nueva enfermedad, cuyos síntomas explicaban con exactitud, pero sin fundamento: es verdad también que con la sucinta antorcha de la anatomía y ciencias auxiliares, cultivadas con

tanto esmero por el ingenio de los sabios dedicados al estudio de este noble arte, parece llegar hoy a tocar los confines de sus secretos y que reducida su enseñanza a un sistema de principios elementales, ha facilitado los conocimientos necesarios para su ejecución. ¡Pero cuán distantes nos hallamos de este término! El hombre que a poco de su creación empezó a sentir los funestos efectos de su inobediencia al Dios que le dio el ser, es cada atormentado por nuevas enfermedades, que empeñan de nuevo su curiosidad y le ceban en el estudio, de la anatomía, fuente inagotable, de donde ha de tomar el conocimiento de sus males y de donde ha de sacar los fundamentos que lo giren a la curación de ellos.

En efecto tres hombres solos pisaban la tierra, cuando la envidia, armando el brazo de uno de ellos, segó el suelo con la sangre de su hermano. Este atroz delito dio origen a las guerras tan antiguas como él y que fueron otros muchos motivos los que los hombres tuvieron para haberse dedicado al estudio de la anatomía, si en aquellos primeros tiempos de ignorancia hubieran conocido las ventajas de esta ciencia para la curación de las heridas; pero no era este el móvil que los guiaba en los primeros siglos del mundo. Su natural curiosidad deseosa de conocer la estructura, situación, figura y magnitud de las partes de su cuerpo, se inclinó al examen de

ellas; mas son los débiles recursos que ofrecían los sacrificios de las víctimas y la costumbre de embalsamar los cadáveres, pudieron adelantar muy poco, los que en otras circunstancias quizá hubieron ilustrado la ciencia; por que a la verdad, son de admirar las descripciones verdaderamente anatómicas, que el inmortal Homero hace en su *Iliada* de la herida que Diomedes hizo a Eneas con una piedra, de la de Menelao cuidada por Macaon y de la que Patroclo curó a Euripides; y tanto mas cuando a esta época no habrá caído aun en el recurso que les ofrecía la anatomía comparada. La escuela de Pitágoras distinguió algún rayo de luz mas que sus predecesores, y varios discípulos de este Filósofo se entregaron con afán a la disección de los brutos, examinaron las partes que los componían y las compararon con las de los hombres. Entre estos amantes de la sabiduría se distinguieron Empedocles, Demócrito, Anaxagoras y otros, con auxilio contribuyeron a los progresos en el conocimiento de la estructura del hombre, que ya eran muy extensos en tiempo de Hipócrates; pues aunque es cierto que nada tenemos de este autor sobre anatomía, sus obras y en particular sus excelentes trabajos de articulaciones y fracturas, demuestran lo mucho que se había adelantado, principalmente en osteología. Aristóteles bajo los auspicios de Alejandro Magno su discípulo que le proporcionó toda suerte de medios para que indagase la estructura y naturaleza de los animales, Diocles natural de Cavisto en el Reynado de Antigonno y otros discípulos y contemporáneos suyos como Praxagoras, Filotino, histórico al que siguieron después dedicados a la disección de los brutos y sus adelantos excedieron en poco a los primeros. No dándole a esta cien-

cia mas que el carácter de una parte de la historia natural, que parece se estudiaba mas bien por lujo o por oscuridad que con el objeto de aplicarla a la curación de las enfermedades, sus progresos fueron demasiado lentos, y aunque hubo muchos que hubieran hecho de ella el uso conveniente y se hubieran dedicado con mas gusto al estudio del hombre en el hombre mismo; con todo la veneración con que los antiguos miraban como sagrados los cadáveres, la costumbre de los griegos de quemar los muertos y encerrar en urnas y sepuleros los huesos que el fuego no había consumido, de donde el sacarlos hubiera sido una profanación, y el supersticioso horror con que miraban el buscar en cadáveres conocimientos útiles a la vida de sus semejantes, apenas habían permitido llegar a ellos para que dieran sus partes y examinar sus entrañas.

Así hubiera permanecido la anatomía largo tiempo en su estado de infancia, si los hombres superando las preocupaciones de su siglo y favorecidos por Principes amantes de las ciencias no se hubieran atrevido a investigar la naturaleza en el cuerpo de los hombres. Herofilo y Erasistrato son estos celebres genios que protegidos por Tolomeo, se dedicaron en Alexandria a la disección de cuerpos humanos doscientos y tantos años antes de la venida de Cristo. Guiados solo por el objeto de conocer la causa de las enfermedades hicieron muy rápidos progresos, mudaron enteramente la paz de la anatomía y la convirtieron en una verdadera ciencia. Ellos fueron los primeros que conocieron los principales usos del cerebro y de los nervios; la neurología pues era un país incógnito antes de Erofilo. Por último como veían las cosas de otro modo que sus antecesores y descu-

brian otras desconocidas, se vieron precisados a inventar nuevos nombres para unos y otros y he aquí por que les somos deudores de la mayor parte de la nomenclatura anatómica.

Los progresos que hizo la medicina con estos nuevos descubrimientos produjeron diferentes opiniones que dividieron la ciencia en dos sectas principales de dogmáticos y empíricos, y la última fundada por Serapión, medico de Alejandría, desechando el raciocinio y el éxtasis de la Naturaleza, excluyó también como inútil el de la estructura del cuerpo humano. Ocupados los de una y otra secta en sostener su sistema, se contentaron con los descubrimientos de sus antecesores, dejaron levantar de nuevo la cerbis a la superstición, se vieron privadas de disecar cadáveres y con esto se estancaron los progresos de la anatomía. Galeno, Sorano y otros no hicieron mas que copiar con algunas modificaciones lo que habían dicho sus antecesores. Por último, la ruina del imperio de Roma que arrastro consigo la destrucción de las ciencias, y la venida de los Mahometanos, enemigos de las letras por principios de religión, acabaron de destruir las Bibliotecas y monumentos de la sabiduría. Todas las ciencias se vieron sepultadas en el mas profundo olvido, y mas que todas la anatomía; por que el Alcoran, prohibiendo como impureza criminal aun el tocar los cadáveres, privó a esta ciencia del fomento que se dio a algunas otras por los Califas que se civilizaron con sus conquistas.

Nueve siglos permanecieron las ciencias aletargadas, hasta que sacudido el yugo de la esclavitud, vieron los pueblos renacer a su tiempo su libertad y las artes. El siglo XVI dio a luz una multitud de anatomicos celebres ya la ciencia caminó rápidamente a su perfección.

¡Que prodigiosa variedad de descubrimientos utiles amenizaron la fértil campiña de los dominios de la medicina! ¡Que multitud de sutiles escalpelos se empeñó en hacer venir de debido homenaje a la Republica medica y elevarla al mas alto grado de esplendor y gloria! Andrés Vesalio fue el primero que se atrebio a sacudir el yugo de la superstición veneración, con que los anatomicos de su tiempo miraban como un sacrilegio el contravenir las opiniones anatomicas de Galeno. Andrés Laguna, Juan Valverde, Luis Lovera y otros españoles honraron esta Nación con las obras anatomicas que publicaron Aquilino de Bolonia manifiesto los huesecillos del oído, carpis el apéndice del ciego, el español Servet vislumbró la circulación de la sangre, Silvio percibió las válvulas del orificio de la vena del ciego, de la yugular etc. Fallopio la disposición del utero que conservan su nombre, Eustaquio el canal torácico, Botal dio su nombre a la abertura que se advierte en el corazón del feto, Fabricio Aquapendente no hizo descubrimientos muy utiles....? Pero adonde voy a parar? Volumenes enteros se necesitarían para referir los hombres grandes que se dedicaron a esta ciencia y los descubrimientos con que la enriquecieron. El afán y esmero con que se cultivó en este siglo, parecía dejar poco erial en su vasto distrito, pero al contrario, necesitaba de mas y mayores trabajos; por que si bien es verdad que los descubrimientos que quedaban que hacer no escedian en número a los anteriores, también lo es que merecían mas aprecio por ser mas dificultosos.

En efecto no bastaba saber solo la situación, figura, magnitud y estructura de nuestras partes: era necesario saber también la conexión de ellas, las relaciones que tenían entre

sí y los unos si que estaban destruidas en nuestra economía; conocimientos que aunque sospechados en confuso por los anatomistas antiguos, no habían llegado al grado de demostración que requiere esta ciencia. Una multitud de genios se aplica de nuevo a arrancar a la naturaleza la mayor parte de sus secretos.

Yngrasias prueba las relaciones de muchas partes de la cabeza; Harves en el siglo XVII se abroga la gloria de gran descubrimiento de la circulación de la sangre, presentida ya por Hipócrates, bosquejado por el español Servet y debida en realidad a Francisco de la Reyna Abeytar español que según el literato Feyjoo en sus cartas eruditas fue el verdadero descubridor de esta importante función, y que tubo la desgracia que casi todos los españoles de enterrar consigo su secreto. Avelio demuestra las venas lácteas vislumbradas 1200 años antes por Erofilo y Erasistrato. Brischio con sus sutiles inyecciones descubre por completo el sistema absorbente. Hasta en la operación mas ruborosa es sorprendida la naturaleza por el sabio Haller y demuestra en lo posible los medios de que se sirve para la reproducción de los seres.

Pacchioni, Valsalva, Lanseriz, Douglas, Heriter y otros mil y mil pudiera citar que también han honrado esta ciencia con sus sabios descubrimientos. La fisiología pues camina desde esta época a su perfección y ya se tenia un conocimiento bastante estenso de los usos de los órganos de nuestro cuerpo, que la anatomía había descrito en su estructura, figura y situación. Parecia en fin que se había agotado la materia, cuando los genios de Winslovv y de Palfin prueban que se podía todavía trabajar en ella con fruto. Era necesario hacer uso de la disección para aplicar-

la a las órganos enfermos, examinar los desordenes que las diferentes lesiones inducian en la composición de ella y formar por este medio un cuerpo de doctrina, que sirviera de guía para elegir los medicamentos adecuados a la naturaleza y usos de la parte enferma: esta era la Anatomía patológica con cuyo auxilio la humanidad se ha librado de una multitud de enfermedades desconocidas, que en vano eran agotadas por la sutileza peripatética de las escuelas. Es demasiado conocido de los individuos de esta Real Academia el catalogo de las obras con que se ha enriquecido la medicina en todas sus partes con el auxilio de la anatomía patológica para que se empeñe en la empresa de referirlas un ingenio tal débil y poco erudito como el mío: sirva de ejemplo la reputación que se han labrado por algunos tratados particulares que han dado a luz Senae, Fermin, morand, Listant, Virg, Azir, Sabatier, Richerand, Portal y otros. Pero nada basta, estaba reservado al Siglo XVIII terminar con abortar a sus hombres que hubiera humillado a sus plantas a la naturaleza, si la muerte embidiosa de que algún día llegara a poner coto s su poderío, no le hubiera arrebatado a la vida en la flor de su edad a principios del siglo XIX.

Mas aunque prematura la muerte de Brichart no fue tan pronto que impidiera que este sabio discípulo de Desault visitara los mas ocultos senos de la naturaleza y diera a la anatomía su aspecto distinto de los demás y capaz para hacer los principios médicos casi matemáticamente demostrables.

En efecto, la anatomía era el objeto principal de los estudios de Brichart, y aunque la exactitud casi increíble y minuciosa, con que cuanto se representa a la vista en la maquina humana ha sido mil veces descrito,

parece querer dejar nada que desear y desconfía mas en alguna manera de encontrar la menor cosa que no este ya sabida, y de explicar así ser por una feliz casualidad el mal de ciertos órganos desconocido hasta el día; con todo Brichart empleando el análisis en el cual Condillac había formado su espíritu hace reformas e innovaciones que habían de ser en lo sucesivo el fundamento de la medicina. No se contenta con perfeccionar la anatomía descriptiva: conoce que la estructura de las partes no es interesante sino por sus usos y la vista no es examina los resortes del cuerpo sino para que conciba el espíritu renovador de su obra: ve en fin que la Fisiología es la hija y compañera inseparable de la anatomía y solo por ella tiene esta algún atractivo. Desde entonces concibo el empeño de presentar la anatomía en general y bajo un punto de vista aplicable a la Fisiología y de la medicina: Considera separadamente con todos sus atributos cada uno de los sistemas simples que por sus varias combinaciones forman nuestros órganos: desembrollamos el caos en que estaba la medicina, por las varias opiniones sobre la vida de la economía reducida por muchos autores como Stahl y Bocraba a un principio único, algunas veces abstracto, ideal y puramente imaginario a que daban los nombres de principio vital archis y otros; y por fin lleno de un noble entusiasmo exclama “Yo he conversado familiarmente con la naturaleza: he visto que la economía viviente esta recogida por dos propiedades distintas pero que no pueden separarse: he observado que todos los fenómenos fisiológicos se refieren en su ultimo análisis a estas propiedades consideradas en su estado natural, y que todo fenómeno patológico depende del aumento, disminución o alteración de ellas” Última-

mente este hombre que cual otro oráculo de lo había nacido solo para la medicina, después de haber ensanchado los límites de la anatomía, e ilustrado la Fisiología, iba a explorar el laberinto de la Patología cuando la muerte le sorprendió en medio de sus mejores trabajos.

Las mejoras sucesivas y las novedades que este genio tutelar había introducido en la Fisiología nos indican bastantemente de la que la Patología le hubiera sido deudora.

Pero harto hizo con sacarnos del dilatado bosque, en cuyo desenredo se ocupaban todos nuestros cuidados, e indicarnos el camino que nos había de guiar al Santuario ante cuyas aras sonreirían algún día el más justo homenaje las ciencias mas engreidas de su perfección.

Ya he insinuado porque precisamente cuando la anatomía del hombre sano se cultivaba con el mayor esmero por nuestros predecesores, apenas se ocuparon estos en indagar las lesiones que el estado morbozo de terminar en los diversos órganos. Así Senac conociendo la importancia de este estudio y maravillado de este proceder exclama en su obra de recóndita februm natura. “Mirun est sane, eos qui de morbis scripserunt non majori studio investigasse, quid morte ipsa doceamur” Ya se ve a este sabio observador quejarse del descuido con que se miraba esta parte de la medicina; lo que no era extraño. Porque el inseparable disgusto de su estudio comparado con el placer de observar al hombre sano, el considerable tiempo que exige y las arduas dificultades que lleva consigo eran otros tantos motivos que pintar con el escaso resultado de los esfuerzos de los que habían precedido, arredraba para seguir sus huellas; pero no faltaron Profesores amantes de la sabidu-

ría, que después de haber observado la marcha de las enfermedades, fueron a los cadáveres a buscar la causa inmediata de los fenómenos que acababan de presenciar. Las voluminosas obras de varios médicos se vieron sembradas de algunas observaciones aisladas que era todo en lo que consistía la anatomía patológica.

Bonet fue el primero que tomó a su cargo reunir en una sola obra todas estas observaciones: bien pronto tubo algunos imitadores tales como Morgagni, Litand y Hortal que todos contribuyeron con descubrimientos útiles a aumentar los conocimientos relativos a la anatomía patológica; pero sus trabajos no pueden considerarse mas que como memorias a las que falta una unión sistemática que ordene los materiales acumulados en ellas. Bichat intentó llenar este vacío cuando guiado por miras fisiológicas distinguió los diversos grados de lesión de que son susceptibles los órganos, ya en su modo de vivir, ya en la textura de su tejido; y desde esta época no hay Profesor aplicado que no se aproveche de cuantas ocasiones se le presentan, para comprobar después de la muerte, la especie de lesión que produjo o acompañó los fenómenos que había observado durante la vida del enfermo; presentándoles la autopsia cada día nuevos objetos que admirar y en cuya contemplación necesita aplicar toda su filosofía, como lo prueba el siguiente ejemplo con cuya sucinta reflexión terminaré este escrito.

Observación

En el año pasado 1827 los Profesores D. Bernardo Martorell, D. Serafin García, D. Manuel Alarcon y yo nos dirigimos a uno de los cementerios de esta capital con el objeto de inspeccionar el cadáver de D. F. asistido en su

ultima enfermedad por ellos y quienes en su marcha habían observado mil anomalías que llamaban su atención, siendo una y la mas particular de ellas el no encontrar el tacto delicado de estos Profesores las pulsaciones sensibles en ninguna de las arterias en que es posible pulsar, desde mas de dos años antes de su fallecimiento, habiendo principiado antes esta falta en el carpo izquierdo que en el derecho. Este y algún otro síntoma que vieron predominar con singularidad cuya historia no es de mi el referirla, les hicieron sospechar confusamente que el asiento del mal estaba en el corazón o grandes vasos: hacia aquí pues fue adonde se dirigieron nuestras miras y nuestro trabajo en la inspección que principio mas por el habito exterior del cadáver; este era demasiado flaco, huesos muy descubiertos y el color de la piel terreo. Los motivos arriba expresados, la premura del tiempo y la poca comodidad con que se podía contar para esta operación, en medio del cementerio y sobre un monton de tierra, nos hicieron caer en la falta que ordinariamente tienen todas las disecciones en semejantes casos; que es la de dirigirse inmediatamente a la cavidad donde se sospecha el mal antes de examinar las demás.

Con efecto se levantaron los tegumentos del pecho y el esternón y las costillas se rompieron al mas débil esfuerzo, (tal era la falta de nutrición que tenían). Abierta esta cavidad observamos que los pulmones estaban adheridos casi en su totalidad, pero sin desorganización en su sustancia a la pleura pulmonar y esta a la costal y al diafragma, por manera que formaban un conjunto común tan intimo que por algunos puntos era imposible despegarlos sin romper el uno u el otro órgano. Debajo del esternón y entre los dos pul-

mones había un cuerpo cubierto por la pleura del volumen de un limón grueso, que dejamos intacto hasta observar el corazón: este colocado en su propia emboltura el pericardio, sobrenadaba en una cantidad de liquido mayor que la que ordinariamente contiene este saco; en vez de presentar un musculo vigoroso, era mas bien un saco membranoso tan flojo y tan aplastado que fue fácil volverlo como un gorro lo de dentro afuera, sus paredes eran delgadas y de poca consistencia; mas no era esto lo particular sino que no tenia mas que dos cavidades una aurícula y un ventrículo, pertenecientes al lado derecho, sin mas vestigio de las cavidades izquierdas que un pequeño colgajo, donde debería existir la aurícula. La arteria pulmonar tenia su origen donde lo tiene naturalmente las venas cabas también descargaban en la aurícula que existía; pero la aorta en su origen, así como las venas pulmonares en su terminación estaban obliteradas. Llegamos por fin a examinar el cuerpo arriba dicho y observado con cuidado vimos un saco aneurismático, cuyas paredes estaban ternillosas y por algunos puntos osificadas y aumentado su espesor en la superficie interna por mas de una pulgada en circunferencia de una sustancia farinácea o calcárea poco glutinosa colocada por capas a la manera del modo con que se nutren los cuerpos inorgánicos: y la cavidad bastante pequeña que resultaba estaba ocupada por una sustancia mucilaginosa de color verdoso y suelta en su circunferencia: de el salían los vasos que deberían nacer del cargado de la aorta, adonde correspondía, y entraba un tronco venoso grueso que procedía de los pulmones. Bien hubiéramos querido continuar nuestro trabajo hasta disecar la parte mas pequeña de este cadáver a pesar de la inco-

modidad con que lo hacíamos; pero falto la luz y fue preciso dejarlo.

Ya se ve que aunque este efecto se hubiera conocido y aun palpado en el principio, el arte hubiera podido muy poco para su curación; pero como la anatomía patológica no tiene siempre este objeto (por que hay casos en que es necesario confesar nuestra impotencia) sino que sirve también para tranquilizar el espíritu cuando se ha obrado con incertidumbre y para explicar algunos fenómenos particulares que se habían observado; limitaré mis reflexiones a las causas que pudieron producir el espresado desorden y al mecanismo con que se ejecutaba la circulación en este individuo.

La circulación considerada como una operación hidráulica, es un movimiento constante por el cual la sangre sale sin interrupción para regar todas las partes de nuestro cuerpo y vuelve del mismo modo al centro de donde salió. Le colige que para la perpetuidad de este movimiento aun considerado físicamente se necesitan canales o vasos en que se contenga el fluido que se ha de mover y una potencia o motor que le de el movimiento: así mismo se infiere que esta potencia en la maquina animal debe estar dotada de una fuerza contráctil eminentemente grande y que la sangre no pueda volver a ella por los mismos vasos por donde salió; sino que es necesario que haya otro orden ocupado exclusivamente en recogerlas detrás las partes del cuerpo para llevarla a su receptáculo común. Todos saben que esta potencia motriz en el corazón, que las arterias son los vasos que toman la sangre de el para llevarla a los órganos, y las venas las que la vuelven para que reciba un nuevo impulso. Por consiguiente el corazón debe tener a lo menos dos cavidades

que se habrán una en otra; la primera terminación de las venas y la segunda origen del tronco común de las arterias, a aquella se ha llamado aurícula y a esta ventrículo. Pero se deja ver que una circulación tan sencilla, reducida al pasar de continuo de la misma sangre por las cavidades del corazón y de las venas a las mismas arterias que se la habían transmitido, no hubiera sido suficiente para conservar la vida del individuo; por eso sabemos que la sangre es el fluido que suministra los materiales de las secreciones y de la nutrición y que cuando llega a las últimas ramificaciones de las arterias, que constituyen el sistema capilar donde se efectúan estas funciones es privada de sus principios vivificantes y cargada de todas las moléculas, que por su presencia han sido renovadas en los órganos y por consiguiente queda inutilizada para desempeñar en seguida los mismos usos, sino vuelve al centro de donde había salido para recobrar todas las qualidades que tenía al principio: estos materiales se lo suministra el sistema absorbente en la inmediatez del corazón y principalmente los pulmones por la acción del aire atmosférico. En su consecuencia se necesitaba que otro corazón parecido al primero estuviera destinado exclusivamente a embiar la sangre a los pulmones, así como otro orden de arterias y venas por donde se verificase esta circulación llamada pulmonar por el órgano a que se limita, y pequeña circulación por oposición a la que se verifica en lo restante del cuerpo. Últimamente para que la sangre finalizado su curso en la gran circulación pudiera revivificarse inmediatamente en la pequeña y volver esta a la grande, se necesitaba que las venas de la gran circulación remataron en el corazón de la pequeña; y recíprocamente las de la peque-

ña en el de la grande, para establecer una nuestra dependencia entre ambos corazones. Esta dependencia ha exigido que estuvieran reunidos y como pegados uno con otro aurícula con aurícula y ventrículo con ventrículo; y se ha dado el nombre de corazón a esta reunión en un solo órgano de quatro cavidades, cada una de las cuales es origen o terminación de un tronco común de vasos. De aquí se deduce que estas quatro cavidades deberían ser iguales, supuesto que todas ellas tienen que recibir una misma cantidad de liquido. Sin embargo es la opinión de casi todos los anatómicos que las cavidades izquierdas del corazón son menores que las derechas; de lo que aunque no han dado razones bastante satisfactorias, nos combeneceremos si atendemos a la elaboración que se verifica en los pulmones y a los usos a que esta destinado el ventrículo izquierdo del corazón.

La sangre compuesta en su esencia de varios principios constitutivos, mezclados con un vehiculo acuoso que tiene en disolución albumina, gelatina, sosa, fosfatos y muriatos de sosa, sustratos de potasa y muriatos de cal, a medida que va recorriendo las diversas partes de la organización, se carga de esta parte acuosa, de algunas otras sustancias y de los gases hidrógeno y carbono que la hacen mas expansible: llega así a la aurícula derecha del corazón y pasa de esta al ventrículo del mismo lado, cuya cavidad ha de llenar exactamente para que sus paredes mas delgadas que las del izquierdo, la reagan contra ella con la fuerza suficiente, para darle el impulso que necesita para ir a la arteria pulmonar, que es la abertura que le queda espedita, por que la que le dio entrada quedo cerrada por la valvula tricúspide; y pasa por este medio a los pulmones: Aquí hay una combinación de

los gases referidos con el aire atmosféricos, en virtud de la que la sangre cargada de ellos los cede al oxígeno de la atmósfera para formar el gas ácido carbónico, y como el oxígeno no puede entrar en estas nuevas combinaciones, sin que se desprenda una porción de calórico, este roba gran cantidad de las partes acuosas de la sangre para formar el líquido conocido con el nombre de vapor pulmonar; mezclándose con ella todo el que después de esta combinación se mantiene en el estado de gas.

Queda demostrado que aunque la sangre absorbe cierta cantidad de oxígeno, no equivale a la disipación que tiene de su hidrógeno, carbono y partes acuosas, con lo que muda su color negro en un ser rojo vivo y brillante, aumenta su consistencia y disminuye por consiguiente de volumen: por lo tanto si el ventrículo izquierdo del corazón tuviera la misma capacidad que el derecho, debería quedarse vacía parte de él y entonces sus paredes tendrían que esforzarse demasiado para dar a la sangre el impulso que necesita, para recorrer la vasta extensión del sistema arterial; impulso que sería siempre débil, pues sabemos por la hidráulica que los líquidos para que corran con mayor velocidad, han de pasar de tubos mayores a otros de menor diámetro: ejemplo de esta verdad nos dan las mismas arterias comparadas con las venas.

Por este mismo impulso que el ventrículo izquierdo tiene que dar a la sangre sus paredes más gruesas y robustas y dotadas de mayor fuerza contráctil, están más dispuestas a padecer distensiones, pues estimuladas de continuo por la presencia de la sangre que ha recibido de la aurícula se contraen con energía y arrojan en cada sístole toda la sangre que ocupaba su cavidad, que prontamente

es llenada por esta ... al que la aurícula vuelve a derramar en ella, y aunque quisiera volver al ventrículo, lo impide la válvula mitral que cierra su orificio.

Hasta aquí considerada esta función en estado fisiológico y sin impedimento alguno que retrase el libre círculo de la sangre, mas cuando una causa cualquiera opone un obstáculo a la salida de este líquido, ha de venir necesariamente un desorden que trastornando la acción de los principales órganos donde se efectúa la hematosis, ha de acarrear gravísimos perjuicios a la economía viviente. Supongamos por ejemplo que una compresión en la arteria pulmonar fuese el obstáculo que tratase de impedir la salida de la sangre del ventrículo derecho; si la fuerza de este impedimento fuese menor que la resistencia que puede oponerle la válvula tricúspide que cierra la abertura ventricular, la circulación se hará aunque con trabajo, pero si por el contrario esta compuerta cede al obstáculo que representa, la sangre volverá a ventrículo de donde salió: y como esta es el estrangulante específico de su acción, sus paredes se han de contraer con demasiada energía sobre el líquido que ocupa su cavidad.

Es clave que una reacción tan continuada sobre un cuerpo que no cede al impulso, ha de relajar las fibras de sus paredes, las ha de dilatar desmedidamente y su rotura ha de ser la consecuencia inmediata, que siempre se verificara por el punto más débil. Si esta rotura es grande y repentina, la muerte se sigue inmediatamente, pero si se ha hecho con lentitud, la circulación continua aunque trastornada: esto es cabalmente lo que sucede para producirse el afecto conocido con el nombre de enfermedad azul, en que retardado el curso de la sangre por una causa

igual a la que he dicho, se abre camino por la semiluna oval, que queda donde existía el agujero de Botal en el feto, el qual suele quedar abierto aun después del nacimiento; en cuya consecuencia parte de la sangre venosa que ocupaba el ventrículo derecho, pasa al izquierdo antes de ser oxigenada en los pulmones y la economía se resiente pronto de la falta de esta qualidad vivificadora. Pues traslademos ahora el mismo impedimento al tronco de la aorta a poca distancia de su salida del ventrículo izquierdo del corazón y necesariamente se verificaran los fenómenos viceversa de cómo los hemos referido, pero con mas energía por la predisposición de las paredes de este ventrículo y por el impulso que tiene que dar a la sangre mayor que el otro. Este fue el modo con que a mi parecer se produjo la enfermedad de que tratamos. La adherencia de los pulmones a la pleura y de los ojos de esta entre si, nos recuerdan la existencia de una flegmasía en estas vísceras; pues esta demostrado suficientemente que las superficies serosas no se adhieren sin que preceda a aquellas: la aorta en este caso debió ser comprimida a poca distancia del corazón, y he aquí la causa del desorden en la circulación. Los continuos y violentos esfuerzos del corazón para arrojar la sangre que le estimulaba, hicieron desbatar, adelgazar y distender sus paredes, se formo un aneurisma pasivo de esta entraña y no pudiendo dilatarse más, cedió ante las que era mas delgada y débil, esto es el tabique común a los dos corazones que desde este momento quedan puestos en comunicación.

Se objetará acaso que en este estado la aorta no podía recibir la cantidad suficiente de sangre para mantener la via de las partes, y que la circulación se reducía a la salida del

liquido por un lado y entrada del mismo por esto; lo que ciertamente debía producir una muerte demasiado pronta. Así hubiera sido en efecto si la naturaleza pródiga en sus necesidades no supliese la falta de unos medios por el establecimiento de otros.

Es sabido que en el feto que no respira y en el que por consiguiente no se efectua la sanguificación, la sangre pasa de un corazón a otro por el agujero de Botal; mas como este no bastaba para dar paso a toda la cantidad de liquido que intenta trasladara el autor de la naturaleza estableció otra via por la que esta porción sobrante, por decirlo así, fuera a entrar en el torrente de la gran circulación; que es el conducto que conocemos con el nombre de canal arterial, que va a descargar inmediatamente por debajo del cayado de la aorta. La acción de este canal cesa ordinariamente desde que el feto respira y la sangre empieza a correr por las arterias y venas pulmonares; pero no faltan ejemplos que prueban que subsiste por mucho tiempo aun después del nacimiento así como subsisto y se agranda algunas veces el agujero oval.

Quiero suponer por un momento que en este sujeto no se verificase este accidente, es decir que la naturaleza suspendiese la acción de este canal luego que la sangre tubo otros caminos por donde pasar. ¿acaso por esto le seria imposible reabilitarlo cuando tuviese necesidad de su acción? Creo que no; pues aun sin consistir vestigio alguno de ellos, la naturaleza se establece vías preternaturales según sus miras conservadoras. Así que luego que la sangre no pudo entrar en la aorta en la copia que se necesitaba, y luego que la que habían descargado las venas pulmonares en el corazón izquierdo pasaba al derecho para volver a recorrer el mismo trayecto, por que

ambos habían venido a hacerse una misma cavidad por la devastación, adelgazamiento y aniquilación del tabique que los separaba, el referido canal se puso en acción y suspendió la de las venas pulmonares, del mismo modo que el ejercicio de estas había suspendido antes el de aquel; suministraron de esta manera a la aorta la cantidad de sangre necesaria para la nutrición de los órganos, que nunca pudo ser bueno porque no lo eran las cantidades de aquellas.

Agolpado así un torrente de sangre a la corvadura de la aorta en dirección diferente que la que tenía acostumbrado, produjo una dilatación aneurismática, que es el otro objeto demuestra consideración. Bien se puede inferir el débil impulso que las paredes de este vaso podrían dar a la sangre que había de correr todo el sistema arterial; y que en consecuencia la circulación debía efectuarse en el con el mismo mecanismo con que se efectúa en el sistema venoso, esto es porque una ola es empujada por otra que tiende a ocupar el hogar de la primera para ceder el suyo a la que tiene detrás. De este modo fueron obscureciendo las pulsaciones hasta que por último faltaron como faltan en las venas; porque la naturaleza teniendo la rotura del espesado saco, y ambiciosa siempre de la conservación del individuo, trato de fortificarlo interiormente, como lo hace in casi todos los casos de esta naturaleza, suministrando los materiales necesarios para el endurecimiento de sus paredes. Con efecto, fue aglomerando a su superficie interna gran cantidad de fosfato calcáreo que es la base de la materia huserosa; pero como iba mezclado con sustancias heterogeneas resultantes de la continua destrucción de las paredes del corazón, y por otra parte la san-


gre desprovista de qualidades nutritivas, no le dejaba el gluten que debía conectarlo, la osificación no se verificó por completo; y bien pronto se vio obstruida su cavidad con la acumulación de estas sustancias y los órganos privados de la presencia del fluido que mantiene la vida en ellas.

Me parece que he demostrado en lo posible la causa inmediata que pudo producir esta afección, verdadero aneurisma del corazón, cuyas paredes adelgazadas ya por los violentos esfuerzos con que se tenían que contraer llegaron a romperse y formar una sola cavidad: y este desgraciado accidente, privando a la economía de la circulación, hubiera producido la muerte en el acto, si la naturaleza no hubiese proporcionado de antemano, vías por donde se efectuase esta importante función que subsistió hasta que el trono común de las arterias fue completamente obstruido, como lo hemos manifestado, por la acumulación del fosfato calcáreo y demás en el saco aneurismático que hemos descrito.

Yo bien se que la dificultad con que la imaginación llega a comprender la existencia de la circulación con este accidente par dudar a algunos de la realidad de este hecho; pero es indudable así como lo son los casos en que Corvisal, Dupuytren y Bauchene observaron casi igual perfección en el tabique de los ventrículos en que Senac refiere de un hombre en que no encontró más que un solo ventrículo y el que cita Sandifort en que la aorta en vez de detener su origen en el ventrículo izquierdo solamente, tenía otra raíz en el derecho.

¿Y cuántos síntomas y cuantas anomalías y cuantos fenómenos pudieran explicarse a la vista de semejante de organización en el órgano principal de la circulación?

Dejolo a la memoria de los médicos que asistieron a este enfermo y a la sabia consideración de los que me oyen; mientras que yo me entrego con placer a reflexionar las grandes ventajas que la anatomía patológica proporciona en la práctica de la medicina, dando los elementos de una ciencia que se adquiere mas bien con abrir cadáveres, con observar y volver a ver continuamente los mismos objetos, que con la lectura de los libros que puede decirse están cerrados para aquellos que por si mismos no han visto bastante para aprender a leer en ellos.

Murcia 6 de Mayo 1782
Cta.º Escrivano


Premios Curso 2013

Resultado de los Premios del Curso 2013, organizados por la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia entre los profesionales de la Medicina y ciencias

Tema primero:

Sociología de la Medicina en la Región de Murcia en cualquiera de sus aspectos.
Ha quedado desierto..

Tema segundo:

Premio 'Dr. D. Manuel Serrano Martínez' del Iltre. Colegio de Odontólogos y Estomatólogos de la Región de Murcia.

Título: *“Estudio sobre la eficacia acido-alfa-lipoico en el síndrome boca ardiente”.*

Autor/ra: Dra. D^a Pia López Jornet

Colaboradora: Dra. D^a Susana León Espinosa.

Tema tercero:

Premio Iltre. Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

Título: *“Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales relacionadas con la variabilidad interindividual en la respuesta anti-TNF en pacientes con Artritis reumatoide y Espondilitis Anquilosante”.*

Autor: D^a María José Morales Lara

Tema cuarto:

Premio 'Doctor Pedro Alonso Carrión'.

Título: *“Los baños de la Fortuna de Murcia, en el año de 1819, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz”.*

Autor/ra: Dra. D^a Paloma Ruiz Vega

Tema quinto:

Premio Iltre. Colegio de Médicos de la Región de Murcia.

Título: *“Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador, tras cirugía por cáncer de mama, en la Región de Murcia”.*

Autor/ra: Ascensión Sánchez Fernández.

Colaboradora: Doña María Noemí del Cerr y Doña María Dolores Pérez Cárceles.

Tema sexto:

Premio 'Real Academia de Medicina al mejor expediente en Licenciatura en Medicina del curso 2012-2013'.

D. Alvaro Conesa Guillén.

Tema segundo

'Estudio sobre la eficacia del ácido alfa-lipoico en el síndrome de boca ardiente'

✿ Pía López Jornet y Susana León Espinosa ✿

Introducción

El síndrome de boca ardiente (SBA) es un cuadro clínico complejo en el que el paciente manifiesta una sensación de escozor o ardor intrabucal sin que aparezcan lesiones clínicas objetivables. A lo largo de la historia ha recibido numerosos nombres como glosodinia, lengua urente o glosopirosis, haciendo referencia a su localización lingual, estomatodinia, estomatopirosis, parestesia orolingual, dolor orolingual, o disestesia orofacial. La causa y los mecanismos del síndrome de boca ardiente (SBA) son todavía desconocidos aunque se han sugerido multitud de factores implicados. El diagnóstico y tratamiento son controvertidos. En relación con el diagnóstico no existen test específicos o instrumentos de medida de certeza, prueba o test patognomónico de diagnóstico, por lo que se realiza en ausencia de lesiones orales objetivables, es por ello un diagnóstico de exclusión de todas las otras posibles enfermedades; esto conlleva muchas veces a un consumo importante de tiempo para los profesionales y es todavía mucho más estresante para los pacientes.

Como la etiopatogénesis es incierta, en relación al tratamiento se han postulado diferentes opciones terapéuticas con resultados variables. Entre los tratamientos utilizados nos

encontramos el clonazepan también se han empleado anestésicos, analgésicos y antihistamínicos. Otros fármacos utilizados son la capsaicina, amilsupiride, paroxetina, sertralina y gabapetina. Ultimamente varios estudios han sugerido el beneficio del ácido alfa lipoico en el síndrome de boca ardiente siendo un fármaco útil en otras neuropatías. El ácido lipoico tiene gran capacidad antioxidante y disminuye el estrés Oxidativo. Ha sido utilizado para el tratamiento de los efectos la acción de las radiaciones, neuropatía diabética.

Objetivo general. El estudio de la eficacia del ácido lipoico en el síndrome de boca ardiente.

Material y método. Es un estudio randomizado, doble ciego placebo-control del ácido alfa lipoico, de dos meses de duración. Este trabajo fue realizado en la Clínica Odontológica de la Universidad de Murcia. Aprobación de Comité de Biotica y siguiendo los principios de de Helsinki . De un total de 71 pacientes con sintomatología compatible con síndrome de boca ardiente a los que se les invitó a participar en el estudio (8 fueron excluidos por no reunir los criterios de inclusión y 3 por rechazar participar en el estudio). A todos los pacientes se

les realizó una historia clínica médica y una exploración dental. En total 60 pacientes fueron incluidos. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fue condición necesaria presentar historia clínica de sintomatología continua de ardor o dolor bucal de más de 3 meses de evolución sin paroxismos y sin seguir la trayectoria nerviosa y sin presentar anomalía clínica que sea responsable de la sintomatología, tener más de 18 años y haber firmado el consentimiento informado. Se excluyeron los individuos con historias de drogas, lesiones mucosas o con anomalías bioquímicas, historia previa de hipersensibilidad o alergia a algunos de los componentes del estudio, embarazo o lactancia, pacientes que presentasen sintomatología por otra causa diferente (candidiasis, aftas)

Resultados. En relación al registro de hábitos parafuncionales encontramos elevado número de pacientes que realizan parafunciones, siendo frecuente la aparición de más de una actividad parafuncional. Las más frecuentes registradas fueron el bruxismo y el hábito de empuje lingual, seguidos de los movimientos labiales. En el análisis del perfil psicológico del paciente mediante la escala de ansiedad y depresión hospitalaria (H.A.D.) se obtiene que un 21% de pacientes son clínicamente mórbidos para depresión y un 28% clínicamente mórbidos para ansiedad. No encontramos diferencia estadísticamente significativa en los valores medios del dolor pre-tratamiento y pos-tratamiento mediante puntuaciones EVA así en el placebo obtenemos (6,66 – 2,86 = 3,80) vs y EVA para ácido alfa-lipoico (6,30 – 4,06 = 2,24) $p = 0,137$.

Conclusión. Estamos ante un síndrome diverso del que desconocemos todavía muchos aspectos, la cronicidad del dolor se asocia con una mayor posibilidad de falta de respuesta al tratamiento

Tema tercero

'Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales relacionadas con la variabilidad interindividual de respuesta a anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante'

✿ María José Morales Lara ✿

Resumen

El desarrollo de la biología celular y molecular de las últimas décadas ha permitido avanzar en el conocimiento de las bases biológicas de la artritis reumatoide (AR) y espondilitis anquilosante (EA), suponiendo un cambio radical en el desarrollo de nuevas terapias. Independientemente de su eficacia, las terapias de que disponemos actualmente tienen una eficacia parcial y un elevado coste y no están exentas de considerables efectos adversos, por lo que la identificación de nuevas dianas o un mejor aprovechamiento terapéutico de los fármacos comercializados siguen siendo necesarios.

Todas las enfermedades inflamatorias autoinmunes crónicas, como la AR y EA, son enfermedades poligénicas. Muchos de estos genes contienen polimorfismos de nucleótido simple (SNPs), algunos de los cuales son funcionalmente relevantes, ya que podrían jugar un papel importante en las manifestaciones fenotípicas de la enfermedad. Clínicamente, un carácter fenotípico, podría determinar diferentes respuestas a un mismo enfoque terapéutico. Esta heterogeneidad en la respuesta a fármacos es el resultado de factores individuales del paciente (genéticos y ambientales) y propios de la enfermedad. Por ello, es fundamental establecer la relación entre la pre-

sencia de variantes alélicas de los polimorfismos en estos genes y la efectividad de estas terapias; analizando el posible papel como marcadores farmacogenéticos, de tal manera que pueda servir para predecir la respuesta individual a fármacos, a la prescripción individualizada del tratamiento más efectivo y, con ello, a mejorar la eficiencia del sistema sanitario.

Para ello, hoy en día disponemos de herramientas, como son la farmacogenética y el seguimiento farmacoterapéutico (SFT) que pueden ayudarnos a identificar estos factores.

En el presente trabajo de investigación se evaluó la influencia de los polimorfismos en los genes TNFR1A, FcGR3A, TRAILR1 e IL-1, en la respuesta al tratamiento con fármacos anti-TNF en pacientes con AR y EA a los 3, 6 y 12 meses del inicio, así como la influencia de posibles factores ambientales que pudieran contribuir a la respuesta terapéutica. De igual manera, se evaluó el impacto clínico del seguimiento farmacoterapéutico (SFT) a través de la metodología Dáder, en la satisfacción con la medicación y adherencia al tratamiento, la calidad de vida de pacientes en tratamiento con anti-TNF, prevalencia de resultados negativos (RMN) por ineffectividad e inseguridad de la farmacoterapia, evolución de la AR y EA a través de parámetros bioquímicos y de actividad y la influencia de los polimor-

fismos en los genes TNFR1A, FcGR3A, TRAILR1 e IL-1 en la susceptibilidad a padecer ambas enfermedades.

Infliximab fue el fármaco con menor número de RNM totales y por paciente. A pesar de que esto sugiere un mejor perfil de seguridad y efectividad del fármaco hay que considerar que adalimumab y etanercept se emplearon con frecuencia en casos refractarios al infliximab. El SFT llevado a cabo a través de la metodología Dáder mejora la adherencia al tratamiento en fármacos anti-TNF de uso ambulatorio hasta alcanzar valores semejantes al tratamiento hospitalario del infliximab. El SFT mejora, en términos generales, la satisfacción con el tratamiento anti-TNF. No se observó relación entre los genotipos estudiados y un riesgo incrementado a desarrollar AR o EA aunque una tendencia sugiere un papel protector del genotipo AA del rs767455 en el TNFR1A para el desarrollo de la AR. En cuanto al polimorfismo rs396991 en FCGR3A, el alelo V en pacientes con EA y el alelo F en AR se relacionan con mejor respuesta al infliximab. El alelo T del polimorfismo rs1143634 en el gen de la IL1B parece asociarse con mejor respuesta en pacientes con EA tratados con infliximab. La respuesta al tratamiento anti-TNF con infliximab en pacientes con AR y EA está influenciada por el polimorfismo rs20575 en el gen TRAILR1. La identificación de polimorfismos en genes relacionados con la apoptosis y la respuesta inmune podría ser útil en el manejo clínico de los pacientes con AR y EA tratados con terapia biológica anti-TNF.

Tema cuarto

'Los Baños de la Fortuna de Murcia en el año de 1819, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cádiz'

✿ Paloma Ruiz Vega ✿

Académica Correspondiente de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz.
Profesora de la Universidad de Cádiz

I. Documentos sobre los Baños de la Fortuna de Murcia, en 1819, por su Director-Médico Francisco Sanmartín, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz

I.1. Presentación del Diario de Valencia a la Sociedad Médico-Quirúrgica de Cádiz

En la Sociedad Médico-Quirúrgica se recibió el *Diario de la Ciudad de Valencia*, correspondiente al sábado 24 y al domingo 25 de julio de 1819, respectivamente.

En los citados ejemplares se expone un artículo sobre los Baños de la Fortuna que comienza publicándose en el número 88, correspondiente al día 24 de julio y concluye en el número 89 del 25 de julio, el artículo viene firmado por el Médico-Director Francisco Sanmartín.

I.2. Estudio del Doctor Francisco Sanmartín, Director de los Baños de la Fortuna. Murcia

I.2.1. Introducción al análisis

El doctor Francisco Sanmartín publica un artículo en el Diario de la ciudad de Valencia

con el epígrafe de *Baños de la Fortuna, provincia de Murcia*. Lo remite al Director del Diario don Tomás Juan Serrano viendo la luz en dos partes.

En el análisis hace una revisión de su actualidad, sobre una serie de aspectos referidos a los Baños de los que como Director es responsable.

I.2.2. Geografía. Topografía. Botánica

Francisco Sanmartín hace una exposición en los siguientes párrafos de la situación geográfica, topográfica, y botánica de los Baños de la Fortuna:

“Media legua distan estos baños de la villa de Fortuna entre N. y E. y cinco de la ciudad de Murcia, su capital. Están situados en las faldas de los montes que llaman de Santa María de los Baños : su cordillera se extiende algunas leguas de O. a E. y en las inmediaciones de los baños estan pelados, sin más árboles y arbustos que algunos romeros, tomillos, sabinas, baladres...”¹

I.2.3. Camino a los Baños

Sanmartín incide en que el camino a los “Baños” es muy accesible porque un vecino

1. SANMARTÍN, F (1819). Artículo sobre los baños de la Fortuna, provincia de Murcia. *Diario de la Ciudad de Valencia*, 88, sábado 24 de julio, pp.349-350.

de Fortuna en agradecimiento se ha encargado de este cometido:

“El terreno es llano y suave de E. á O. por lo que llegan toda clase de carruajes á los mismos baños, y con mayor comodidad desde que la generosidad de nuestro amigo el señor D. Vicente Fernández ha hecho suavizar los malos pasos que había desde la villa á los baños, en agradecimiento y público testimonio del alivio que le han prestado sus aguas”.

1.2.4. Los alrededores. Vegetación. Pueblos y Caseríos. Río Segura

El director de los Baños hace una exposición del paisaje de los alrededores: “Las cercanías y cañada que riegan estas aguas están plantadas de olivos, higueras y otros frutales, y producen buenos trigos, cebadas, barrillas, alfalfas... cuya frondosidad y lo cómodo del piso para pasearse, hace mayores las distracciones de los concurrentes, á lo que no contribuye poco la vista pintoresca que ofrecen los infinitos pueblos y caseríos situados en las márgenes deliciosas del Segura hasta su desembocadura en el Mediterráneo”.

1.2.5. Orígenes

Sanmartín refiere el único dato que ha encontrado respecto al posible origen de los baños:

“No he podido encontrar noticias que señalen el tiempo en que se descubrieron estos baños: solo unas inscripciones halladas en los mismos hacen conjeturar eran ya conocidos en la época de la dominación árabe”.

1.2.6. Hospedería

Sanmartín describe la composición de la hospedería de los Baños : “La hospedería se

compone de 26 casitas, unas de un dormitorio y otras de dos, ermita, y casa hospital para los pobres de solemnidad, y un grande parador con sus correspondientes cuadras”.

1.2.7. Balsas. Pilas. Frecuentación

Sanmartín expone la disposición de las balsas y de las pilas, incidiendo en que en estas últimas la graduación de la temperatura permite que los baños sean adecuados a cada patología, por lo que hay una frecuentación elevada, y debido a esta alta demanda insta al Ayuntamiento a que amplíe el número de habitaciones y al arreglo de los desperfectos:

“Además de dos balsas que hay, una en el mismo nacimiento del agua y otra contigua á esta, hay otro departamento con cinco pilas espaciosas y muy cómodas, construidas en 1816, y en las que se gradúa el calor del agua según lo requieren las enfermedades y circunstancias de los dolientes que hacen uso de este grande remedio. Siempre han sido de alguna concurrencia estos baños, pero desde que el público ha sabido, que el calor de sus aguas se puede graduar según las necesidades de cada individuo, cuando son mas frecuentados”.

1.2.8. Establecimiento de venta de primera necesidad

Sanmartín indica que en las temporadas de baño había un establecimiento de venta en el que se podían adquirir alimentos que el califica como “artículos de primera necesidad”:

“En las temporadas de baños hay una tienda en la que se venden todos los artículos de primera necesidad; se mata buen carnero, y acuden gentes á vender pollos, gallinas, perdices, conejos, huevos, frutas y hortalizas”.

I.2.9. Propiedades físicas del agua

Francisco Sanmartín hace una exposición de las cualidades físicas del agua resumiendo que:

“Las aguas de estos baños son cristalinas y limpias; no se alteran aunque se guarden por mucho tiempo, efecto de no traer cuerpos extraños interpuestos; ni causan sensación alguna en el órgano del olfato ni en el paladar, en el mismo surtidor, pero luego que se enfrían se siente salobre, y esto solo basta para anunciarnos la existencia de algunas sales y tierras en disolución, como asimismo nos lo indica en gravedad específica mayor que la del agua destilada, carácter suficiente para deducir según Bergman, Thenart y otros varios químicos la cantidad de las sales contenidas”.

I.2.10. Caudal

El director de los Baños de la Fortuna informa que el caudal de las aguas es constante, sin sufrir alteración por las lluvias estacionales: “El caudal de estas aguas es poco mas de media hila, pero igual en toda estación, sin que la alteren las lluvias...”.

I.2.11. Hierro

Sanmartín expone al respecto que: “A pesar de querer atribuir que estas aguas contienen hierro, no depositan en sus lechos ocre u óxidos ferruginosos, ni las varias operaciones que he practicado para su examen, no me han indicado contener la menor cantidad de este metal”.

I.2.12. Temperatura

Sanmartín expone que la temperatura de las aguas de los Baños se mantiene constante, a cualquier hora y en cualquier estación,

no padeciendo alteraciones por influencia atmosférica:

“La alta temperatura de estas aguas en su nacimiento eleva el termómetro de Reamur de los cuarenta y dos y medio á los cuarenta y tres grados bajo cero, cuyo calor es constante é igual á toda hora y en toda estación, sin padecer alteración alguna por las variaciones de la atmósfera. (Se concluirá)”.

I.2.13. Constitución de termales. Calórico. Fluido elástico. Muriato de magnesia o selenita. Muriato de sosa

El director de los Baños analiza que en su actualidad no es fácil verificar porqué se produce el calor que constituye las aguas en termales: “Concluye el tratado de ayer:

No es fácil averiguar la causa de este calórico que las constituye termales; sin embargo podrá atribuirse con mucha probabilidad á la combinación de algunos cuerpos en las cercanías de estas aguas, cuyos resultados no tengan capacidad para contener el calórico como sus componentes, y que por lo mismo le dejen escapar, á imitación de lo que sucede cuando combinamos ácido sulfúrico y agua. Pudiera también deber su origen al incendio subterráneo de algun fósil, ó algun volcán en ignición cuyo cráter esté á mucha distancia del sitio de estos baños.

Tienen también estas aguas en disolución un fluido elástico, cual es el aire atmosférico. Al momento que se pone en ellas el óxido verde de hierro pasa á óxido rojo ó peróxido, por el contacto del oxígeno como uno de los factores del aire atmosférico.

Ultimamente, según los resultados que me han dado las varias operaciones practicadas para el examen de las aguas en cuestión, deben colocarse en la clase de salinas-termales; cuyos

componentes o factores además del mencionado fluido elástico, son el muriato de magnesia, ó selenita, y el muriato de sosa”.²

I.2.14. Propiedades medicinales

Sanmartín acredita las cualidades medicinales de estas aguas basándose en las observaciones de los enfermos que acuden al balneario, concluyendo que desde su traslado a estos Baños las ha aplicado a una variedad de patologías crónicas:

“La virtud medicinal de estas aguas, según lo tengo observado en los enfermos que han concurrido á hacer uso de ellas desde que el Gobierno me trasladó á este destino, es grande y extensivo á varias enfermedades crónicas”.

I.2.14.1. Hemiplejia. Paraplejia. Parálisis con afonía

El director de los Baños, especifica que los enfermos hemipléjicos, parapléjicos y paralíticos, con afonía se recuperan o mejoran salvo dos casos:

“Son bastantes los hemipléjicos, parapléjicos y paralíticos con afonía que han acudido á estas aguas, entre estos cinco afónicos ó sin habla tan rematados, que no pude entender nada de lo que querían decirme; y á los seis baños consiguieron hablar con bastante claridad; de los demás todos han salido de aquí con bastante alivio, excepto dos septuagenarios”.

I.2.14.2. Reumatismo

Francisco Sanmartín expone que las aguas de estos baños pueden considerarse trata-

miento específico del reumatismo en virtud de las curaciones de la referida patología obtenidas:

“Son muchos los que vienen con dolores reumáticos, y muchos de ellos baldados de pies y manos, y para esto está demostrado á posteriori por muchas curaciones, que estas aguas se pueden mirar como específico”.

I.2.14.3. Enfermedades oftalmológicas

Sanmartín indica que estas aguas están indicadas en patologías oculares, entre las que cita “optalmia rebelde”, cegueras y pérdidas de visión por complicaciones de la viruela, y otras enfermedades:

“Asimismo parece que la naturaleza ha destinado estas aguas para las mas obstinadas enfermedades de la vista: no se presenta enfermo con optalmia rebelde, ciegos, semiciegos por metástasis del virus varioloso, por destilaciones acres ú otra acrimonia particular, que hayan dejado de tener mucho alivio, y otros curados enteramente”.

I.2.14.4. Asma. Hidropesía.

Tisis pulmonar

Francisco Sanmartín refiere su experiencia de la curación de estas patologías por estas aguas: “Se han curado dos asmáticos, otro con edema considerable en los pies, piernas y muslos, resistiéndose al mismo tiempo en la cavidad del pecho, que según el modo de padecer de este paciente, indicaba un principio de hidropesía en esta cavidad. También se ha curado otro sugeto de 24 años de edad, al que gradué en el primer grado de tisis pulmonar.”

2. SANMARTIN, F (1819). Artículo sobre los baños de la Fortuna, provincia de Murcia. *Diario de la Ciudad de Valencia*, 89, domingo 25 de julio, pp.353-354.

I.2.14.5. Afecciones psiquiátricas

El director de los Baños indica que las aguas son muy efectivas en las histerias y en las hipocondrias:

“(…) Producen efectos maravillosos en las afecciones histéricas, en los hipocondriacos, (…)”.

I.2.14.6. Patologías digestivas

Sanmartín expone los buenos resultados obtenidos con las aguas de estos Baños, en el tratamiento de los problemas en la digestión:

“(…) en las malas digestiones”.

I.2.14.7. Enfermedades que cursan con obstrucción

Francisco Sanmartín expone el carácter resolutivo de estas aguas en las obstrucciones de bajo vientre:

“(…) en las malas obstrucciones del bajo vientre, (…)”.

I.2.14.8. Fiebres Tercianas y Cuartanas

Sanmartín acredita la efectividad de estas aguas en las fiebres tercianas y cuartanas:

“(…) en las tercianas y cuartanas rebeldes é inveteradas,(…)”.

I.2.14.9. Patologías femeninas

Sanmartín indica estas aguas en el tratamiento de las supresiones y retenciones de las menstruaciones:

“(…) en las supresiones y retenciones de las evacuaciones menstruales mujeres”.

I.2.14.10. Enfermedades del aparato urinario

El médico director de los Baños informa que ha aplicado estas aguas con éxito en las enfermedades del sistema urinario que cur-

san con debilidad y supresión de orina:

“En la supresión de orina y debilidad de este sistema”.

I.2.14.11. Erisipela

Francisco Sanmartín verifica que los efectos de estos baños son especiales en el tratamiento de los edemas que pudiera producir la erisipela:

“(…) sus efectos son singulares en las edemas erisipelatosas”.

I.2.14.12. Inflamaciones

Sanmartín expone que las aguas de los baños de la Fortuna han curado muchas inflamaciones de muy diferente origen:

“En las grandes hinchazones, ya nacidas de golpes, de rotura de huesos, ó de otro cualquiera humor; son bastantes los anguiloses en las rodillas que han curado”.

I.2.14.13. Úlceras

El director de los Baños refiere respecto a las úlceras, que estas aguas termales son efectivas en su resolución:

“(…) han curado también las úlceras antiguas endurecidas y de mal aspecto”.

I.2.14.14. Gota

Sanmartín expone el caso de un caso de gota, que después de haberse sometido a una Terapia de Baños logró que se cortaran los ataques fuertes y evitó guardar cama en el transcurso de la estación invernal:

“En el otoño último vino á estos baños un caballero de 64 años, que padecía mucho de gota : este buen señor ha hecho uso de otros baños sin alivio, pero desde que usó de estas aguas, no ha tenido ataque alguno fuerte ni ha hecho cama en todo el invierno”.

I.2.15. Variedad de conductas en los enfermos tratados, una vez producida la mejoría

Francisco Sanmartín expone que no puede aseverar que las aguas de los Baños de la Fortuna son los verdaderos causantes de todos los buenos efectos, porque los enfermos no siguen un método adecuado:

“No puedo hablarle á V. positivamente de todos los buenos efectos que causan estas aguas, ni como suelen terminar ciertas enfermedades; porque unos se marchan así que sienten un poco de alivio en sus males, otros quieren fijar su curación en nueve baños, otros quieren tomar el novenario que dicen en cinco ó seis días, sin mas razón que otros lo han hecho así; estos y otros desórdenes, ó falta de método, quia mucho á la virtud benéfica de las aguas. No obstante por carta de algunos y por otras noticias he sabido que muchos han logrado su salud después de ser restituidos a sus casas”.

I.2.16. Mecanismo de acción

Sanmartín refiere que en su actualidad y con los datos obtenidos en sus pacientes, que no puede determinar el mecanismo de acción de las aguas para asegurar la curación total:

“Creo sería una temeridad, al menos por ahora, el decidir el modo con que obran estas aguas y las terminaciones con que promueven una radical curación. En otra época trataremos de esto. Entre tanto queda á la disposición de V. este su afecto médico-director por S.M. de los baños de Fortuna = Francisco Sanmartín”.

II. Vínculos de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Cádiz con los Baños de la Fortuna, Murcia.

El nexa de la Real Academia de Medicina

y Cirugía de Cádiz con los Baños de la Fortuna (Murcia) es la memoria base de nuestro trabajo, que por su análisis, se ha comprobado que estuvo al nivel científico de la época.

La memoria está integrada por dos periódicos, que son el Diario de la Ciudad de Valencia, correspondiente al sábado 24 y al domingo 25 de de julio de 1819, respectivamente.

Al llegar los periódicos a la Sociedad Médico-Quirúrgica, sus socios tomaron la determinación de invitar a la Institución, al autor del artículo, Médico-Director de los Baños, Francisco Sanmartín, que ha remitido los referidos diarios:

“Habiendo venido estos diarios p.r Correo, dirigidos á esta Sociedad, opinó la Societ.d. que siendos mandados p.r el mismo Medico Director de los Baños que expresan, D. Franco Sanmartín, se le escribiera invitándolo directamente á esta Corporación, se berificó el escribirle el Secret.º D. Franc.º de Puga”.

Tema quinto

'Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador tras cirugía por cáncer de mama en la Región de Murcia'

✿ Ascensión Sánchez Fernández ✿

Introducción

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente entre las mujeres de todo el mundo. Su tratamiento incluye generalmente la cirugía sobre la región mamaria y, a veces, sobre la región axilar. Tras la cirugía pueden aparecer secuelas como hombro doloroso, restricción de la movilidad articular, contracturas periarticulares, dolor cervical, etc, que suponen una merma en la calidad de vida relacionada con la salud. El tratamiento con cinesiterapia puede evitar su aparición o acelerar su recuperación.

Hipótesis

La calidad de vida relacionada con la salud y la eficacia terapéutica de la cinesiterapia domiciliar aplicada durante cuatro semanas, en la rehabilitación del hombro de pacientes con linfadenectomía axilar por cáncer de mama, no presentará diferencias estadísticamente significativas frente a la cinesiterapia hospitalaria (aplicada por un fisioterapeuta en un Servicio de Rehabilitación durante cuatro semanas), a las 12 semanas de finalizar el tratamiento cinesiterápico.

Objetivos

Evaluar la calidad relacionada con la salud y la eficacia (en grados de amplitud articular) de la cinesiterapia domiciliar comparada

con la cinesiterapia hospitalaria (en un Servicio de Rehabilitación) durante cuatro semanas, en la rehabilitación del hombro de pacientes con linfadenectomía axilar por cáncer de mama. Comparación de la evolución del dolor y de la funcionalidad global de la articulación en las pacientes sometidas a vaciamiento ganglionar axilar por cáncer de mama, en ambos grupos de tratamiento.

Pacientes y método

Se realizó un ensayo clínico fase IV, de no igualdad, unicéntrico, aleatorizado, abierto aunque con evaluación ciega por terceros, controlado con tratamiento activo, y de grupos paralelos. Este estudio se llevó a cabo en 66 mujeres con linfadenectomía axilar por cáncer de mama. Los sujetos se aleatorizaron en una proporción 1:1, para recibir cinesiterapia domiciliar durante 4 semanas (31 mujeres) o cinesiterapia hospitalaria, durante 4 semanas (32 mujeres). El análisis principal tuvo lugar a las 12 semanas de haber concluido el tratamiento cinesiterápico.

Resultados

No se han hallado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento del estudio, ni en la calidad de vida relacionada con la salud, ni en la movilidad del hombro, ni en el dolor, ni en la fun-

cionalidad global del hombro, a las 12 semanas de haber finalizado el tratamiento cinesiterápico.

Conclusiones

La calidad de vida relacionada con la salud, evaluada con las escalas QLQ-C30, QLQBR23 y FACT-B+4, la funcionalidad del hombro, medida en grados de amplitud articular en los distintos ejes del movimiento, el nivel de dolor en el hombro, medido con la escala EVA, y la funcionalidad global de la articulación del hombro, evaluada a través de la escala de Constant y Murley, no presenta diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de tratamiento cinesiterápico, entre la evaluación basal prequirúrgica y la tercera evaluación postcirugía, a las 12 semanas de haber finalizado el tratamiento cinesiterápico.

Premio sexto

**Mejor expediente de licenciatura
en Medicina, curso 2012-2013:
Alvaro Conesa Guillén**

Relación de libros recibidos en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia durante el año 2013

TÍTULO/ORGANISMO	REFERENCIA	AÑO	FECHA ENTRADA
Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia	Sesión Inaugural del Curso 2013	2013	31/01/2013
Academia de Farmacia Sta. María de España de la Región de Murcia	Anales 2011 II	2013	5/02/2013
Academia de Farmacia Sta. María de España de la Región de Murcia	Anales 2011 Vol. I	2013	5/02/2013
Real Academia Nacional de Medicina	Tomo CXXVIII, Cuaderno segundo	2013	05/02/2013
Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana	Sesión Inaugural 2012	2013	05/02/2013
Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana	Sesión Inaugural 2013	2013	05/02/2013
Academia de Veterinaria de la Región de Murcia	Sesión pública y solemne de la Inauguración del Curso Académico de la Academia de Veterinaria de la Región de Murcia 2013	2013	05/02/2013
Iberoprinter S. L.L.	Fermín Palma Rodríguez. Académico de Número de la Real Academia de Medicina del distrito de Granada. "Historia de la coloproctología Española".	2011	05/2013
Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia	Sesión pública y solemne de la apertura de Curso 2012-2013 de las Academias de la Región de Murcia. "Las Academias de la Región de Murcia y la Carta Magna". Excmo. Sr. D. Carlos Ferrándiz Araujo. Académico de Número	2013	05/02/2013

TÍTULO/ORGANISMO	REFERENCIA	AÑO	FECHA ENTRADA
Sanidad Militar. Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España	Vol. 68 – nº 3	2012	14/02/2012
Revista Actualidad Médica	Número 787	2013	14/03/2013
Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas	Vol. XVI – nº 1	2013	14/03/2013
Mitochondria and their role in –cardiovascular disease	Dr. José Marín-García	2013	14/04/2013
Balmis et variola	D. José Tuells y Susana Ramírez. Generalitat Valenciana	2003	08/05/2013
Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia	La cirugía de la Hernia. Reflexiones de un cirujano. Dr. D. Francisco Barreiro Morandeira Académico Correspondiente	2012	08/05/2013
Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia	Memoria del año 2012 y discurso Inaugural del año 2013	2013	08/05/2013
Real Academia de Medicina y Cirugía de Galicia	El mundo a través de la visión. Dr. D. Javier Cudeiro Mazaira. Académico Correspondiente	2012	08/05/2013
Dr. Ignacio Chávez	Enfermedades del corazón. Cirugía y embarazo. Donación del Dr. D. Juan Antoni Ruipérez Abizanza.	1945	08/05/2013
Dr. Luis Calandre	Tratamiento de las enfermedades del corazón. Donación del Dr. D. Juan Antonio Ruipérez Abizanza.	1942	08/05/2013
Universidad de Murcia	José María Jover Cartagena y Murcia sueño y realidad. Francisco Javier Guillamón Álvarez. Editum	2013	04/07/2013
Revista Actualidad Médica	Células madre en terapia celular cardíaca nº 788	2013	04/07/2013

TÍTULO/ORGANISMO	REFERENCIA	AÑO	FECHA ENTRADA
Real Academia de Medicina de Zaragoza	Sesión Inaugural 2013. Envejecer: cuando, por qué, como. Ilmo. Sr. D. Francisco José Carapeto y Márquez de Prado. Acade. Numerario	2013	05/07/2013
Real Academia de Medicina de Zaragoza	Sesión extraordinaria 2013 "Enfermedad meningocócica invasiva" por Prof. Manuel Bueno, Dr. Manuel Méndez y Dr. Fernando de Juan	2013	15/07/2013
Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia	Discurso de la Excma. SRA. D ^a María Cascales Angosto "Estallido respiratorio de los fagocitos: mecanismos moleculares y fisiopatología de su alteración".	2013	15/07/2013
Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia	Discurso de la Excma. Sra. D ^a María Cascales Angosto "Sistema Inmune"	2013	15/07/2013
Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia	Discurso de ingreso como Académico Correspondiente del Dr. D. Rafael Francisco Blasco Ferrándiz. "Radiofarmacia: pasado, presente y futuro"	2013	15/07/2013
Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia	Discurso de ingreso como Académico Correspondiente del Dr. D. Joaquín Herrera Carranza. "De la ilustración a la restauración Antonio María Fabié y Gálvez y Antonio María Fabié y Escudero, dos egregios farmacéuticos".	2013	15/07/2013
X Congreso National del American College of chest physicians	Avances en cardiología y neumología. Ilmo. Sr. D. Félix López Hueso	1985	15/07/2013
Real Academia Nacional de Medicina	Boletín de la Real Academia Nacional de Medicina. N ^o 11	2013	18/07/2013

TÍTULO/ORGANISMO	REFERENCIA	AÑO	FECHA ENTRADA
Revista de Estudios Históricos de las Ciencias de la Salud. Medicina e Historia	Nº 2- 2013 quinta época. Una institución desconocida: La sociedad Médica de la Real Congregación de Nuestra Señora de la Esperanza. Miguel Ángel Sánchez García	2013	18/07/2013
Academia de Veterinaria de la Región de Murcia	Ingreso Acade. Correspondiente Doña Inmaculada Díez Prieto. "Aspectos actuales del diagnóstico clínico de las cardiopatías congénitas caninas". 4 ejemplares	2013	30/10/2013

Índice de materias

1.	SESIÓN INAUGURAL DEL CURSO 2013	
	■ Borrajo Guadarrama, Emilio	
	<i>La infancia. Evolución de su concepto, su protección y su atención sanitaria especializada.....</i>	37
2.	ACADÉMICOS DE NÚMERO	
	■ Madrid García, Ginés	
	<i>La fascinación por la tecnología. Luces y sombras</i>	111
	■ Osuna Carrillo de Albornoz, Eduardo Javier	
	<i>La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberação clínica</i>	137
	■ Pereñíguez Barranco, Juan Enrique	
	<i>La Atención Primaria de Salud en Murcia, historia de sus actores.....</i>	177
3.	ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES	
	■ Madrid Cuevas, Juan Francisco	
	<i>Publicar o perecer.....</i>	259
	■ Tomás García, Jorge	
	<i>Imagen e imágenes del médico en la Grecia antigua</i>	271
	■ Guillén Navarro, Encarnación	
	<i>La genética en la medicina del siglo XXI</i>	291
	■ Ceballos Hernansanz, María de los Ángeles	
	<i>Instrucciones Previas: una realidad legal, social y médica</i>	311
	■ Pocklington, Robert	
	<i>La toponimia murciana, testimonio vivo de su historia</i>	335

- **Ceballos Hernansanz, María de los Ángeles**
Instrucciones Previas: una realidad legal, social y médica 311
- **Bautista Hernández, Víctor**
Avances en cirugía cardíaca congénita..... 371
- **Esparza Ros, Francisco**
El médico y el deportista roto..... 393
- **Gimeno Blanes, Juan Ramón**
Genética de la muerte súbita..... 415
- **Abril Sánchez, Antonio**
Responsabilidad social de la farmacia. Consideraciones y perspectivas sobre el modelo solidario de distribución..... 427
- **López González, José**
'Revista de Fisiología y especialidades' (1919-1926), pionera en España. Fuente de estudio para la lucha antituberculosa en Murcia..... 443

4. MESAS REDONDAS

Los test de laboratorio a la cabecera del enfermo (POCT)

- **Martínez Hernández, Pedro**
Relaciones interpersonales. Papel y formación de los agentes implicados 459
- **Martínez López de Castro, Ana**
Sistemas actuales de Point Of Care Testing (POCT) 467
- **Pérez Ayala, Millán**
Nuestra experiencia en el manejo y control de los POCT Hospitalarios..... 471

El laboratorio clínico en el diagnóstico genético

- **Martínez Hernández, Pedro**
Aportaciones del laboratorio clínico a la genética molecular 477
- **Martínez Villanueva, Miriam**
Estudio por el Laboratorio Clínico de la predisposición genética a la osteoporosis..... 489

■ Sarabia Meseguer, Amparo <i>El diagnóstico genético del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario en el contexto del laboratorio clínico</i>	495
■ Ruiz Espejo, Francisco <i>Diagnóstico en la muerte súbita</i>	501
5. CONFERENCIAS	
■ Pérez Templado, Julián <i>¿Drogas? Según y cómo.....</i>	509
■ Novoa Jurado, Abel Jaime <i>La prescripción abducida.....</i>	537
■ Poza Poza, Máximo <i>Gasto sanitario.....</i>	547
■ Costa Villegas, Francisco <i>Anestesia en el trasplante hepático. Veinticinco años de experiencia.....</i>	565
■ Martínez Romero, José Luis <i>Avances en traumatología del deporte.....</i>	575
■ Medina Quirós, Manuel <i>Estrategia frente a la lumbalgia crónica. Presente y futuro.....</i>	599
■ González Caballero, Juan de Dios <i>El paciente polimedicado</i>	615
■ Viviente López, Enrique <i>Pasteur y la vacuna antirrábica. Situación actual de esta enfermedad en el mundo</i>	635
■ Campillo, José A.; Martínez-Escribano, Jorge A.; Martínez-Banaclocha, Helios, y Álvarez-López, María del Rocío <i>Inmunología del melanoma.....</i>	645
■ Sánchez Celemin, Fernando <i>La nariz: el pasillo de la cabeza</i>	653

6. CICLO DE CONFERENCIAS

VII Conmemoración de la Semana Internacional del Cerebro en Murcia

■ **Toledo Romero, Francisco**

Las caras de la personalidad 665

7. PUBLICACIONES

■ **Ortuño Pacheco, Guzmán**

D. Carlos Ferrándiz Araujo culmina un ambicioso proyecto 671

■ **Ferrándiz Araujo, Carlos**

*Breve sinopsis de 'Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia'.
Libro del Bicentenario* 675

8. LA ACADEMIA EN LA HISTORIA

■ **Escribano López Agustín**

*De la utilidad de la Anatomía Patológica para el ejercicio de la medicina, con la
observación sobre la disección de un cadáver. Discurso del 6 de mayo de 1828.....* 679

9. RESUMEN DE PREMIOS DE LA REAL ACADEMIA

■ **López Jornet, Pía y León Espinosa, Susana**

Estudio sobre la eficacia del ácido alfa-lipoico en el síndrome de boca ardiente 693

■ **Morales Lara, María José**

*Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales
relacionadas con la variabilidad interindividual de respuestas a anti-TNF
en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante* 695

■ **Ruiz Vega, Paloma**

*Los Baños de la Fortuna de Murcia en el año 1819, según documentación
de la Real Academia de Medicina y Cádiz* 697

■ **Sánchez Fernández, Ascensión**

*Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador
tras cirugía por cáncer de mama en la Región de Murcia* 703

Índice de autores

- **Abril Sánchez, Antonio**
Responsabilidad social de la farmacia. Consideraciones y perspectivas sobre el modelo solidario de distribución 427
- **Acosta Villegas, Francisco**
Anestesia en el trasplante hepático. Veinticinco años de experiencia..... 565
- **Amorós, Luis Miguel**
Discurso de presentación de la conferencia del Dr. D. Fernando Sánchez Celemín..... 649
- **Ballesta Germán, José**
Discurso de contestación al Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz en su recepción pública como Académico Numerario electo 171
- **Bautista Hernández, Víctor**
Avances en cirugía cardíaca congénita 371
- **Borrajo Guadarrama, Emilio**
La infancia. Evolución de su concepto, su protección y su atención sanitaria especializada..... 37
- **Campillo, José A.; Martínez-Escribano, Jorge A.; Martínez-Banaclocha, Helios; y Álvarez-López, María del Rocío**
Inmunología del melanoma..... 645
- **Ceballos Hernansanz, María de los Ángeles**
Instrucciones Previas: una realidad legal, social y médica..... 311
- **Clavel Sainz-Nolla, Manuel**
Necrológica del Ilmo. Sr. D. Lorenzo Abad Martínez, Académico de Numero 101

- **Escribano López Agustín**
De la utilidad de la Anatomía Patológica para el ejercicio de la medicina, con la observación sobre la disección de un cadáver. Discurso del 6 de mayo de 1828..... 679
- **Esparza Ros, Francisco**
El médico y el deportista roto 393
- **Ferrándiz Araujo, Carlos**
Breve sinopsis de 'Historia de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Murcia'. Libro del Bicentenario 675
Discurso de presentación del Dr. D. José López González 439
- **Gimeno Blanes, Juan Ramón**
Genética de la muerte súbita 415
- **González Caballero, Juan de Dios**
El paciente polimedicado 615
- **Guillén García, Pedro**
Discurso de presentación del Dr. D. Francisco Esparza Ros 385
- **Guillén Navarro, Encarnación**
La genética en la medicina del siglo XXI 291
- **Herrero Ezquerro, María Trinidad**
Memoria del Curso 2013 29
Discurso de presentación del Dr. D. Juan Francisco Madrid Cuevas 255
Discurso de presentación de la Dra. D^a. María de los Ángeles Ceballos..... 307
Discurso de presentación del Dr. D. Víctor Bautista Hernández..... 367
- **Herrero Huerta, Faustino**
Discurso de contestación al Ilmo. Sr. D. Ginés Madrid García en su recepción pública como Académico Numerario electo 129
- **López González, José**
'Revista de Tisiología y especialidades' (1919-1926), pionera en España. Fuente de estudio para la lucha antituberculosa en Murcia 443
- **López Jornet, Pía y León Espinosa, Susana**
Estudio sobre la eficacia del ácido alfa-lipoico en el síndrome de boca ardiente 693

□ Madrid Cuevas, Juan Francisco <i>Publicar o perecer</i>	259
□ Madrid García, Ginés <i>La fascinación por la tecnología. Luces y sombras</i>	111
□ Martínez Hernández, Pedro <i>Relaciones interpersonales. Papel y formación de los agentes implicados</i>	459
<i>Aportaciones del laboratorio clínico a la genética molcular</i>	477
□ Martínez López de Castro, Ana <i>Sistemas actuales de Point Of Care Testing (POCT)</i>	467
□ Martínez Romero, José Luis <i>Avances en traumatología del deporte</i>	575
□ Martínez Villanueva, Miriam <i>Estudio por el Laboratorio Clínico de la predisposición genética a la osteoporosis</i>	489
□ Medina Quirós, Manuel <i>Estrategia frente a la lumbalgia crónica. Presente y futuro</i>	599
□ Morales Lara, María José <i>Caracterización de las bases genético-moleculares y ambientales relacionadas con la variabilidad interindividual de respuestas a anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante</i>	695
□ Novoa Jurado, Abel Jaime <i>La prescripción abducida</i>	537
□ Nuño de la Rosa, José antonio <i>Discurso de contestación al Ilmo. Sr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco, en su recepción pública como Académico Numerario electo</i>	247
<i>Discurso de presentación de la conferencia del Dr. D. Jaime Novoa Jurado</i>	535
□ Ortuño Pacheco, Guzmán <i>D. Carlos Ferrándiz Araujo culmina un ambicioso proyecto</i>	671
□ Osuna Carrillo de Albornoz, Eduardo Javier <i>La escucha, la comunicación y el acompañamiento en la deliberoación clínica</i>	137

- **Pérez Ayala, Millán**
Nuestra experiencia en el manejo y control de los POCT Hospitalarios..... 471
- **Pérez Templado, Julián**
¿Drogas? Según y cómo..... 509
- **Pereñíguez Barranco, Juan Enrique**
La Atención Primaria de Salud en Murcia, historia de sus actores..... 177
Discurso de presentación de la conferencia del Dr. D. Juan de Dios González Caballero..... 613
- **Pocklington, Robert**
La toponimia murciana, testimonio vivo de su historia..... 335
- **Poza Poza, Máximo**
Gasto sanitario..... 547
Discurso de presentación de don Antonio Abril Sánchez..... 423
- **Robles Oñate, Emilio**
Discurso del Presidente en la inauguración del Curso 2013..... 97
Discurso de clausura del acto de recepción como Académico Numerario electo del Ilmo. Sr. D. Ginés Madrid García..... 135
Discurso de clausura del acto de recepción como Académico Numerario electo del Ilmo. Sr. D. Eduardo Osuna Carrillo de Albornoz..... 175
Discurso de clausura del acto de recepción como Académico Numerario electo del Ilmo. Sr. D. Juan Enrique Pereñíguez Barranco..... 251
Plabras finales de la conferecnia de don Antonio Abril Sánchez..... 437
Plabras finales de la conferecnia del Dr. D. Fernando Sánchez Celemín..... 661
- **Ruipérez Abizanda, Juan Antonio**
Discurso de presentación de la conferencia del Dr. D. Juan Ramon Gimeno Blanes..... 411
- **Ruiz Espejo, Francisco**
Diagnóstico en la muerte súbita..... 501
- **Ruiz Vega, Paloma**
Los Baños de la Fortuna de Murcia en el año 1819, según documentación de la Real Academia de Medicina y Cádiz..... 697
- **Sánchez Celemín, Fernando**
La nariz: el pasillo de la cabeza..... 653

- **Sánchez Fernández, Ascensión**
Evaluación de la calidad de vida en mujeres sometidas a tratamiento rehabilitador tras cirugía por cáncer de mama en la Región de Murcia 703
- **Sarabia Meseguer, Amparo**
El diagnóstico genético del síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario en el contexto del laboratorio clínico 495
- **Segovia Martínez, Manuel**
Necrológica del Ilmo. Sr. D. Fernando Crespo León, Académico de Número 105
- **Toledo Romero, Francisco**
Las caras de la personalidad 665
- **Tomás García, Jorge**
Imagen e imágenes del médico en la Grecia antigua 271
- **Vicente Vera, Tomás**
Discurso de presentación de don Robert Pocklington 331
- **Villegas García, José Antonio**
Discurso de presentación de D. Jorge Tomás García 269
- **Viviente López, Enrique**
Pasteur y la vacuna antirrábica. Situación actual de esta enfermedad en el mundo 635



Real Academia de Medicina
y Cirugía de Murcia

Institución bicentenaria fundada en Murcia el 29 de mayo de 1811