

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de
Medicina de Tenerife*

Diciembre **2019**
Volumen 5 Número 3

Editorial: Bienvenida a dos nuevas Academias de Medicina

Medicina cortesana y educación de príncipes en la España del siglo XVI.
El abecedario virtuoso (C. 1557) de Alonso de Santa Cruz (1505-1567)

Los círculos del respeto

Avances en cirugía de la mano y uso de Instrumentos PRO para medir
resultados

Gestación subrogada a debate

Resúmenes de sesiones literarias

Obituario: Excma. Sra. Doña Margarita Salas Folgueras



Gobierno
de Canarias



ARS CLINICA
ACADEMICA



*Real Academia de
Medicina de Tenerife*

“Ars clinica academica” es una revista digital, cuatrimestral y gratuita, de libre distribución, propiedad de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife, y que podrá descargarse de la página web de la Real Academia de Medicina. Podrán publicar en ella todos los profesionales de las ciencias de la salud que así lo deseen.

ISSN 2340-7522

Director: José Nicolás Boada Juárez. Presidente de la Real Academia de Medicina.

Jefe de Redacción: José Nicolás Boada Juárez.

Comité Editorial:

Manuel Antonio González de la Rosa

Luis González Feria

Arturo Hardison de la Torre

Luis Hernández Nieto

Manuel Mas García

Raúl Trujillo Armas

Patrocinado por:



Todo el contenido de éste número de Ars Clinica Academica incluyendo Editoriales, Revisiones, Originales, Sesiones literarias, Sesiones Solemnes, Noticias y cualesquiera otros que bajo diferente denominación estuvieran incluidos en el mismo, se hallan publicados bajo la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, en los términos y condiciones descritos y establecidos por la misma y que pueden consultarse en <http://creativecommons.org/licenses/by/3.0/legalcode>.

EDITORIAL

BIENVENIDA A DOS NUEVAS ACADEMIAS DE MEDICINA.....	4
<i>José Nicolás Boada Juárez</i>	

ORIGINALES

MEDICINA CORTESANA Y EDUCACIÓN DE PRÍNCIPES EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XVI. EL ABECEDARIO VIRTUOSO (C. 1557) DE ALONSO DE SANTA CRUZ (1505-1567).....	5
<i>Justo Hernández</i>	

REVISIONES

LOS CÍRCULOS DEL RESPETO.....	10
<i>Luis González Feria</i>	
AVANCES EN CIRUGÍA DE LA MANO Y USO DE INSTRUMENTOS PRO PARA MEDIR RESULTADOS.....	14
<i>Roberto Sánchez Rosales</i>	
GESTACIÓN SUBROGADA A DEBATE.....	22
<i>Dra. Pilar Vazquez Santos</i>	

SESIONES LITERARIAS

EL POLIFACETISMO DE DON EDUARDO DOMÍNGUEZ ALFONSO (1840-1923), ACADÉMICO EJEMPLAR.....	32
<i>Dr. Francisco Toledo Trujillo</i>	
SOBRE ÉTICA Y EUTANASIA.....	33
<i>Dr. Manuel Toledo Trujillo</i>	
UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN OFTALMOLOGÍA.....	34
<i>Dr. Rodrigo Abreu González</i>	
AVANCES EN CIRUGÍA DE LA MANO.....	35
<i>Dr. Roberto S Rosales</i>	
LA EDUCACIÓN DE PRÍNCIPES EN LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL RENACIMIENTO. EL ABECEDARIO VIRTUOSO (C. 1557) DE ALONSO DE SANTA CRUZ (1505-1567).....	36
<i>Dr. Justo Hernández</i>	
ALERGIA A HIMENÓPTEROS.....	37
<i>Dr. Fernando de la Torre Morín</i>	
PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL DOPAJE EN EL DEPORTE.....	38
<i>Dr. Ángel José Gutiérrez Fernández</i>	
ÓRDENES, CRUCES Y MEDALLAS ESPAÑOLAS RELACIONADAS CON LA SANIDAD, EL SALVAMENTO DE VIDAS Y LA SOLIDARIDAD SOCIAL. BREVE REVISIÓN.....	39
<i>Dr. Gonzalo Lozano Soldevilla</i>	
TOMÁS CERVIÁ CABRERA, EL INSTITUTO REGIONAL DE FISIOLÓGIA Y PATOLOGÍA DE TENERIFE Y LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA.....	40
<i>Dr. José Julián Batista Martín</i>	
LA GESTACIÓN SUBROGADA A DEBATE.....	41
<i>Dra. Ma del Pilar Vázquez Santos</i>	
LEPROSERÍA DE ABADES: ARQUITECTURA, SOL Y AISLAMIENTO.....	42
<i>Dr. Francisco Javier Castro Molina</i>	
LA PROTOHISTORIA DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA: DE LA 'REGIA SOCIEDAD DE MEDICINA Y OTRAS CIENCIAS DE SEVILLA' A LA CREACIÓN DE LAS ACADEMIAS DE DISTRITO.....	43
<i>Dr. Francisco González de Posada</i>	
INHIBIDORES DE CICLINAS, NUEVA ESTRATEGIA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA.....	44
<i>Dr. Norberto Batista</i>	
APLICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL UTILIZANDO APRENDIZAJE PROFUNDO.....	45
<i>Dr. Manuel González de la Rosa y Daniel González Hernández</i>	
SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR.....	46
<i>Dr. Manuel Mas</i>	

OBITUARIO

<i>Excma. Sra. Doña Margarita Salas Folgueras.....</i>	47
--	----

ANEXO

Normas para los autores.....	48
------------------------------	----

BIENVENIDA A DOS NUEVAS ACADEMIAS DE MEDICINA

El pasado 21 de octubre tuvo lugar en el Colegio de Médicos de Badajoz la presentación oficial de la Academia de Medicina de Extremadura , y un día después lo hizo la Academia de Medicina de Castilla-La Mancha, en el Colegio de Albacete. Ambas, según señalan sus promotores, han surgido del caldo de cultivo de las respectivas facultades de Medicina y con finalidades comunes: el fomento y estudio de las ciencias médicas en todas sus ramas así como servir de foro de debate en temas relacionados con la enseñanza, la investigación y la práctica de la Medicina, siempre al servicio de la sociedad.

Es una gozosa obligación por nuestra parte dar la bienvenida a estas dos nuevas instituciones hermanas, que vienen a reforzar el espíritu académico y sobre todo demuestran su permanente validez.

Y también hemos de aprovechar la ocasión para recordar y ensalzar el hecho de que nuestra Academia nació no sólo en ausencia de una Facultad de Medicina, sino que en cierto modo ocupó durante muchos años su espacio intelectual y, por si fuera poco, impulsó posteriormente su instauración, triple mérito, por ello, de nuestros ilustres predecesores.

Las Facultades de Ciencias de la Salud, el Sistema Público de Salud, los Colegios Oficiales de profesionales sanitarios y los centros privados constituyen un mosaico en el que se reparte la actividad médica del presente. Por lo tanto, se diría que en conjunto existen recursos más que suficientes para afrontar las tareas médicas que demanda la sociedad. Sorprende por ello que en fechas tan recientes, los profesionales de las dos importantes comunidades autónomas arriba mencionadas hayan sentido la necesidad de disponer de Academias como la nuestra, para satisfacer inquietudes profesionales y científicas mediante un sistema de interacción y debate del que aparentemente se hallaban huérfanos.

Por consiguiente, a punto de iniciar el vigésimo año del presente siglo, las Academias de Medicina siguen mostrando todo su potencial intelectual, profesional y científico.

José Nicolás Boda Juárez

Académico de número

MEDICINA CORTESANA Y EDUCACIÓN DE PRÍNCIPES EN LA ESPAÑA DEL SIGLO XVI. EL ABECEDARIO VIRTUOSO (C. 1557) DE ALONSO DE SANTA CRUZ (1505-1567)

Justo Hernández

Universidad de la Laguna

Resumen

Se estudia en este trabajo un capítulo de un manuscrito inédito (prácticamente desconocido) del cosmógrafo real Alonso de Santa Cruz (1505-1567), en el que escribe una exhortación al príncipe Carlos, primogénito de Felipe II, donde le anima a emular las virtudes de su padre y de su abuelo, a ser honesto y a ser estudioso. En conclusión, Alonso de Santa Cruz es un relevante preceptor del príncipe, desconocido hasta la fecha, que se revela por primera vez en este artículo.

Palabras clave: medicina cortesana; Alonso de Santa Cruz; educación de príncipes; Carlos; Felipe II; virtudes.

Introducción

La Instrucción de príncipes o Espejo de príncipes (en latín, *Specula principum*) es un género literario que recoge las reglas de conducta personal y colectiva para el buen gobierno de la República. Se remonta al mundo greco-latino, florece en la Edad Media y culmina en los siglos XVI y XVII. Todas estas obras tienen tres puntos en común: a) la necesidad de ser un príncipe prudente; b) las existencias propias del cuidado de la salud; y c) la obligación de ser letrado y culto (1).

Fundamentos médicos y pedagógicos de los *Specula principum*

En la mayor parte de este género de obras, en la Edad Media y, en especial, en el Renacimiento se aplicará la doctrina de tres libros de Galeno: *Quod animi mores corporis temperamenta sequantur*, *De sanitate tuenda* y *Quod optimus medicus sit quoque philosophus*.

El primero, excelentemente glosado en el Examen de ingenios (1595) de Huarte de San Juan, responde al planteamiento ideal del Espejo de príncipes que señala que el príncipe, al ser el órgano más eminente del Estado, ha de ser perfecto, tanto en su naturaleza como en su moral (2). Así, el médico navarro explicará que el príncipe goza de las cualidades más excelsas tanto corporales como morales. Esto es, precisamente, lo que se deduce ya en el prólogo, dedicado a Felipe II, cuando dice, después de estudiar algunos ingenios: "luego me ocurrió el de vuestra Majestad por ser más notorio, de quien todo el mundo se admira viendo un príncipe de tanto saber y prudencia" (3). Pero el corporalismo naturalista de Galeno hace que el mejor temperamento corporal sea la causa de tan gran ingenio. Es decir, para Galeno y, por tanto, para Huarte, hay una sinergia entre la calidad tanto de la parte corporal como de la parte moral del hombre: "como el oficio de rey excede a todas las artes del mundo, de la misma manera pide la mayor diferencia de ingenio que Naturaleza puede hacer [...]. Es de saber que de nueve temperamentos que hay en la especie humana, sólo uno dice Galeno que hace al hombre prudentísimo, todo lo que naturalmente puede alcanzar; en el cual las primeras cualidades

están en tal peso y medida, que el calor no exceda a la frialdad, ni la humedad a la sequedad, antes se hallan en tanta igualdad y conformes como si realmente no fueran contrarias ni tuvieran oposición natural. De lo cual resulta un instrumento tan acomodado a las obras del ánimo racional, que viene el hombre a tener perfecta memoria para las cosas pasadas, y grande imaginativa para ver lo que está por venir, y grande entendimiento para distinguir, inferir, racionar, juzgar y elegir. Las demás diferencias de ingenio que hemos contado, ninguna de ellas tiene entera perfección” (4).

Entonces ¿qué rasgos corporales son los más adecuados a este ingenio propio de un príncipe?: “la primera dice Galeno que es tener el cabello subrufo, que es un color de blanco y rubio mezclado y, pasando de edad en edad, dorándose más. Y está la razón muy clara. Porque la causa material de que se hace el cabello dicen los médicos que es un vapor grueso que se levanta del conocimiento que hace el cerebro al tiempo de su nutrición; y cual color tiene este miembro, tal le toman sus excrementos [...]. Queda el cerebro en calor, frialdad, humedad y sequedad; y el cabello rubio, participante de ambos extremos [...]. La segunda señal que ha de tener el hombre que alcanzare esta diferencia de ingenio, dice Galeno que es ser bien sacado y airoso, de buena gracia y donaire, de manera que la vista se recree en mirarlo como figura de gran perfección. Y está la razón muy clara. Porque si Naturaleza tiene muchas fuerzas y simiente bien sazónada, siempre hace de las cosas posibles, la mejor y más perfecta en su género [...]. La tercera señal con que se conoce el hombre templado dice Galeno que es ser virtuoso y de buenas costumbres [...]. Estar siempre y nunca enfermos, que es la cuarta señal [...]. La quinta propiedad que tienen los de esta temperatura es ser de muy larga vida, porque son muy poderosos para resistir a las causas y achaques con que enferman los hombres [...]. La última señal pone Galeno diciendo que son prudentísimos, de grande memoria para las cosas pasadas, de grande imaginativa para alcanzar lo que está por venir y de grande entendimiento para saber la verdad en todas las cosas [...]. Y así, puedo ya concluir que el hombre que fuere rubio, gentil hombre, mediano de cuerpo, virtuoso, sano y de vida muy larga, que éste es necesariamente prudentísimo, y que tiene el ingenio que pide el cetro real” (5). En suma, parece claro que el médico navarro está pensando en un Felipe II joven.

En el segundo libro de Galeno que he citado más arriba y que lleva por título *De sanitate tuenda* se explica que no se puede tener un estado de salud completo sin poseer la *sophrosyne*, una especie de virtud de virtudes, que es el buen juicio, prudencia y

templanza. Por eso la medicina procurará que el estado físico del príncipe sea el mejor de los posibles. Para eso el estamento médico establecerá un adecuado *Regimen sanitatis* o regimiento de salud para el príncipe porque las argumentaciones morales, éticas y cívicas referidas al regimiento en pro de una compleja y cuidada formación personal se completarán con la disciplina médica. Esto es, la medicina cortesana que fundamentará la cortesanía (el arte de la urbanidad en la corte) llevada a la excelencia.

La dietética persigue la conservación del equilibrio del individuo con su entorno a través de un régimen de vida sano, basado en todo lo que afecta a la salud y que no forma parte de la naturaleza humana (las famosas seis cosas no naturales del galenismo): aire y ambiente, comida y bebida, sueño y vigilia, movimiento y reposo, evacuación y retención y, finalmente, movimientos del ánimo. Todos estos factores son el centro conceptual y doctrinal de los regímenes de salud o guías de salud (en latín, *Regimina sanitatis*). Los *Regimina sanitatis* forman parte de los Espejos de príncipes (6). Es más, están estrechamente entrelazados, pues todo buen *Speculum principis* es a la vez un adecuado *Regimen sanitatis*.

Finalmente, en el tercer libro de Galeno, *Quod optimus medicus sit quoque philosophus*, se dice que el buen médico es también amigo de saber y debe ser experto en las cosas relacionadas con su actividad de curar. Pero, no sólo tiene que conocer bien el cuerpo, sino también sus facultades, circunstancias, cualidades morales, etc. En este sentido, el médico de cámara del príncipe también es su preceptor y le inculcará los ideales de la cultura griega, la búsqueda de lo bello y de lo bueno (*kalokagatia*), esto es la *paideia* (7). Además, la *paideia* exigirá que el príncipe conozca las bases de todas las disciplinas fundamentales, incluidas las que componen la medicina.

Un manuscrito

En la biblioteca del Escorial se conserva un manuscrito dirigido al príncipe Carlos, primogénito de Felipe II. El incipit reza así: “Al serenísimo y muy excelentísimo señor don Carlos príncipe de España hijo del muy poderoso y muy esclarecido señor don Felipe rey de España y de Inglaterra, Francia, Irlanda y de las Dos Sicilias e Indias Occidentales y Conde de Flandes, Holanda y Zelanda y nieto del muy justo y muy católico señor don Carlos emperador de romanos y rey de Alemania, Alonso de Santa Cruz cosmógrafo mayor de su majestad sobre el Virtuoso abecedario por el

cual su alteza pueda bien ver y notar las virtudes que cada una de sus letras representan". En resumen, este Abecedario virtuoso habría sido escrito por Alonso de Santa Cruz y dirigido a don Carlos. En cuanto a la datación, la fecha a quo sería 1556 cuando Felipe II toma posesión del Reino de España y la ad quem 1558, cuando deja de ser Rey de Inglaterra e Irlanda al fallecer su esposa María Tudor. Por eso, he estimado que fue escrito en 1557, pues además da la impresión de que todavía no había muerto el emperador, cuyo óbito tuvo lugar el 21 de septiembre de 1558.

El príncipe ideal

Evidentemente, es imposible aquí ocuparme de todo el Abecedario pues consta de cien páginas in folio pero sí analizar y estudiar la palabra príncipe, que es como el corazón del manuscrito o como un libro dentro de otro libro.

Comienza con una idea muy renacentista que viene de la Politeia platónica: la consideración del término príncipe no como el primogénito del rey sino como autoridad máxima de un estado: "llamamos príncipe de algún reino o ciudad aquel que es principal administrador" (8). Luego apunta que "no debe someterse a sus vicios pues será la mayor tiranía que el príncipe podrá tener" ya que viene a decir que los que saben gobernarse a sí mismos sabrán regir a los demás (9). Por eso, lo importante son las buenas costumbres del príncipe y no su edad o que sea todavía mozo -referencia clara a los doce años de don Carlos- ya que "no menos si el príncipe fuese noble y no fuere muchacho el cual renombre no se entiende por la edad sino por las condiciones y cualidades del mozo" (10). Por otra parte, la medida de que reina bien será ver que sus súbditos son muy templados y mandados por su buen cuidado (11). Nos dice "que procure ser afable y severo porque la severidad conviene a rey y la afabilidad a la buena conversación (12). En este sentido, explica "que mejor se rige la ciudad por príncipe buen varón, que por buena ley" (13). El príncipe tiene que tener un corazón generoso y magnánimo, que solo debe sujetarse a Dios pero no a las riquezas ni a nada terreno, pues vale bien poco. Pero esa realidad no le debe impedir saber geometría -aquí comienza la imitación renacentista del héroe- no vaya a hacer como Alejandro "que por no saber de cuan poca cantidad era la tierra nunca quiso saber geometría" (14). "Os quiero poner delante al mismo espejo en que la majestad del emperador vuestro abuelo y rey vuestro padre se miran para ser

lo que son" (15), para que los imitéis en bondad, más que por poderosos, por sabios y leídos y "para esto será necesario que vuestra alteza procure de entender algunas ciencias" (16). He aquí otro jalón clave: el príncipe debe ser letrado. El motivo principal es porque "la sabiduría es una fuerte columna que le ha de hacer sustentar sus reinos y ser muy amado y sus súbditos bien regidos y gobernados" (17).

Las ciencias son muy necesarias al príncipe: "la filosofía porque como un retablo muestra las obras que Dios hace en la naturaleza" (18). También la historia "es lección muy necesaria porque será causa de los animar a grandes y eficaces hazañas" (19). Además, explica, la retórica o elocuencia no estará mal en vuestra alteza. Aunque, matiza, es mejor ganarse el corazón de los suyos con buenas obras más que con elegantes palabras, "porque clemencia y magnanimidad y el hacer siempre mercedes a sus criados y servidores, esta será la verdadera elocuencia del príncipe" (20).

Muy interesante resulta cómo recomienda la música al príncipe, en relación, sobre todo, con la armonía: "acerca de la música me parece que no debe el príncipe de estar muy ajeno de ella aunque contrarias resultan una suave concordancia de todas, y por la misma manera ha de considerar cualquier príncipe o grande señor que si fuere sabio sabrá concordar debajo de la buena gobernación de su reino los estados diversos, altos y bajos, por manera que de todos se venga hacer una consonancia de mucha quietud y paz y sosiego e unos a otros y todo vaya a parar en el amor de su príncipe que será causa que todos sus reinos vengán a gozar de tal consonancia" (21). Se trata de otro tópico renacentista en cuanto retorno al ideal clásico, pues traslada la consonancia musical a la armonía isonómica de las poléis.

Otro aspecto de gran relevancia es el referente a la separación de astronomía y astrología. Cita a las dos, siendo esto capital, pues todavía en el Renacimiento se solían confundir ambas disciplinas. Además, es digno de encomiar que Santa Cruz alabe la astrología judiciaria sin escrúpulo alguno, lo que muestra que era asiduamente por los Austrias. Dice Santa Cruz: "será al príncipe muy provechoso darse al estudio de la astronomía pues por ella podrá alcanzar los movimientos de los cielos y círculos en ellos imaginados y la cantidad del tiempo de los días y noches según los climas y las regiones en la tierra y las causas de los eclipses del sol y de la luna y los movimientos de los planetas y estrellas fijas con otras cosas muy provechosas [...], y lo mismo le será muy provechosa la astrología judiciaria pues por ella más que por otra ciencia vendrá en el conocimiento de su hacedor, pues es muy cierto, príncipe serenísimo, que

tendríamos por más sabio y diestro pintor el que nos hiciese o pintase una figura humana muy al natural y con todas sus perfecciones, al cual maestro cierto es que alabaríamos y tendríamos en mucho y por el contrario tendríamos en poco al que groseramente y con poco primor nos la representase y pusiese delante y por esta causa es mucha razón que de la propia manera nos hayamos con Dios pues tan primariamente nos ha dado a entender los movimientos de los cielos y de las estrellas y las virtudes y propiedades que ellas producen según las vemos en las cosas criadas con lo cual se nos llena el sentido mucho mejor a su alta e inmensa contemplación llamándole primo sutil y universal hacedor de todas las cosas, lo cual no hiciéramos si con sola la vista gozáramos de las dichas cosas sin notar más en ellas” (22).

Mas no se puede llegar a todo esto sino por “las lenguas más universales como son la latina, española, francesa e italiana, que son las que más comúnmente se tratan entre los príncipes cristianos” (23).

Termina Alonso animando al príncipe a ser educado portando la gravedad necesaria y a saber montar bien a caballo desde pequeño. También a la destreza en el manejo de todas las armas. La despedida supone un recuerdo elogioso de los antecesores del príncipe, padre y abuelo, para que los imite y así pueda heredar sus virtudes y hazañas” (24).

Conclusiones

Los Espejos de príncipes constituyen un género literario de primer orden en el siglo XVI y están íntimamente imbricados con la medicina, en cuanto que ésta se usa para elaborar los regimientos de salud que aquellos incluyen. Por este motivo, los médicos de cámara también son preceptores de primer orden de los príncipes.

No cabe duda que debajo de los *Specula principum*, que aúnan tanto los preceptos de la salud como los de la cortesanía, subyace la gran influencia de El cortesano de Castiglione, traducido al castellano por Juan Boscán en 1539. Por eso debe hablarse de una auténtica medicina cortesana que es inseparable de los manuales de Educación de príncipes.

Alonso de Santa Cruz escribió en 1557 un Espejo de príncipes para don Carlos. Por tanto se le debe añadir a la nómina de preceptores de dicho príncipe, como Fox Morcillo y Honorato Juan. ¿Por qué este manuscrito no ha tenido ninguna repercusión a lo largo de la historia? Tal vez ¿por qué fue impreso? No lo parece

ya que Alonso de Santa Cruz escribió muchos manuscritos que sí fueron muy leídos y estudiados. Más bien, me inclino a pensar que la vida de don Carlos no es más que la historia de un gran fracaso y que en él no se cumplen ninguno de los ideales tanto de los regimientos de salud como de los Espejos de príncipes. Esta es la razón por la que dicho texto de Alonso de Santa Cruz ha quedado oculto en la Biblioteca de El Escorial durante tanto tiempo. Su caso, en ningún modo sería una buena propaganda para la monarquía española.

Alonso de Santa Cruz no escribió el tratado de medicina *Dignotio et cura affectuum melancholicorum*. Lo compuso otro autor, un médico con el mismo nombre.

El texto está redactado en un castellano elegante, armoniosamente construido, y con una letra redonda renacentista que se lee con facilidad. Este memorial de Alonso de Santa Cruz, recogiendo los principales tópicos renacentistas, nos da mucha luz sobre los ideales y metas que deben presidir la vida un príncipe ideal.

Bibliografía

1. Galino A. Los tratados sobre educación de príncipes. Madrid: CSIC; 1948.
2. Galino A. Los tratados sobre educación de príncipes. Madrid: CSIC; 1948. p. 117-38.
3. Huarte de San Juan J. Examen de ingenios. Baeza: Juan Baptista de Montoya; 1585. p. 156.
4. Huarte de San Juan J. Examen de ingenios. Baeza: Juan Baptista de Montoya; 1585. p. 572-74.
5. Huarte de San Juan J. Examen de ingenios. Baeza: Juan Baptista de Montoya; 1585. p. 578-99.
6. Haro M. Et non andedes tras vuestra voluntad en comer ni en beber ni en fornicio. De gula y lujuria en la literatura sapiencial. En: Labére N, director. *Être à table au Moyen Âge*. Madrid: Casa de Velázquez; 2010. p. 51-62.
7. Jaeger W. *Paideia*. Los ideales de la cultura griega. México: FCE; 1996.

8. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 68v.
9. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 69r.
10. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 69r.
11. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f.69r.
12. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 69r.
13. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 69v.
14. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 69v.
15. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70r.
16. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70r.
17. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70r.
18. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70r.
19. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70r.
20. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70v.
21. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 70v.
22. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 71r-71v.
23. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 72r.
24. Santa Cruz A. Abecedario Virtuoso. c. 1557 (VI, 98 f.: papel; 213x160). f. 73r.

LOS CÍRCULOS DEL RESPETO

Luis González Feria

Académico de número

Al escribir sobre temas éticos o morales se corre el riesgo de que el lector compare su contenido con la conducta del autor, y éste sale siempre perdiendo

(Tore Broman)

Resulta más que evidente que hemos entrado en una época en la que todo cambia a gran velocidad. Los avances tecnológicos, con el desarrollo de las comunicaciones, de internet o de la inteligencia artificial nos bombardean con cantidades masivas de información (mucho de ella falsa), que apenas podemos digerir.

Todo esto, unido al cambio climático, a las migraciones, al envejecimiento de la población, al deterioro del planeta, y a una desconcertante vida política, conduce a muchas personas a un estado de zozobra, inseguridad y desconcierto, o a una mezcla de todo eso. Una idea que se oye con frecuencia es que la sociedad actual ha perdido sus valores o que hay una falta de valores. Y nos quedamos tan tranquilos después de haber hecho el diagnóstico.

Admitamos que eso es verdad y que un importante problema de la sociedad es la falta de valores. ¿Y eso que quiere decir? ¿Qué entendemos por "valores"? ¿Cómo hemos llegado a la falta de valores? ¿Qué valores ha considerado la sociedad en tiempos pasados?

El antropólogo Ian Morris (1) publicó un libro en 2015 en el que sostiene que los valores de la sociedad han

ido variando en las distintas épocas, desde las sociedades paleolíticas de cazadores recolectores hasta la época actual, pasando por la sociedad agraria. Lo cual resulta bastante lógico.

Hay valores éticos como justicia, libertad, respeto, responsabilidad, integridad, lealtad, honestidad o equidad y hay valores morales como gratitud, lealtad, tolerancia, solidaridad, generosidad, amistad, bondad o la humildad.

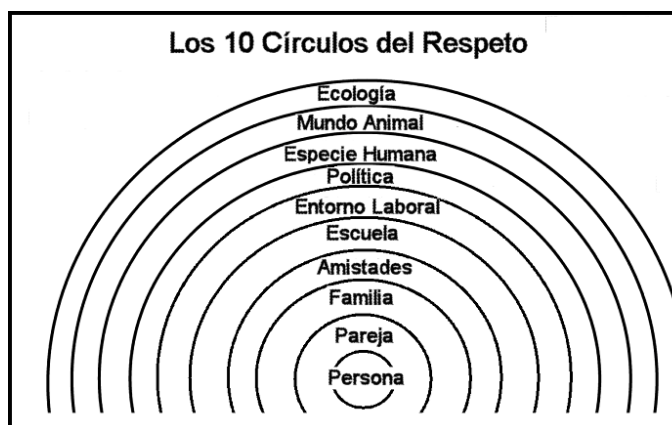
Cuando se considera este prolijo listado de valores le entra a uno la duda de si de verdad tenemos que poseer todos esos valores, si todos son igualmente importantes o si hay alguno que sea más fundamental y que sea aplicable de forma más general. Porque si así fuere habría que analizarlo y propiciarlo.

Repasándolos, aunque sea superficialmente, emerge uno de ellos con, a mi entender, fuerza y claridad sobre los demás y es el respeto. ¿Qué es el respeto? La palabra existe en todos los idiomas de nuestro entorno: Inglés (Respect), Francés (Respect, Considération), Alemán (Respekt), Italiano (Rispetto), Sueco (Respekt), por citar algunos. Etimológicamente la palabra respeto procede del latín, "respectus", palabra compuesta, a su vez, por el prefijo "re-" (=

“de nuevo, nuevamente”) y la palabra “spectus”, (del verbo “specio” = “ver, mirar a”). Es decir tener respeto por algo o alguien significa etimológicamente mirarlo “dos veces” o lo que es muy parecido, considerarlo o tenerlo en consideración.

Según el Diccionario la palabra “respeto” tiene dos acepciones principales: una es la consideración, miramiento o deferencia hacia algo (personas o cosas) y la otra es recelo o prevención hacia algo. Quedémonos con la primera acepción de su definición que es la que aquí interesa.

Hay distintas áreas en las que habría que desarrollar y aplicar el concepto de respeto. La imagen podríamos representarla como una serie de círculos concéntricos. El círculo central es el respeto a uno mismo.



El respeto a uno mismo consiste aceptarse a sí mismo, tal como uno es. Para respetarse uno mismo, tal como es, tiene uno que conocerse. Y eso es extremadamente difícil. Realmente no pienso que nadie llegue a conocerse totalmente a sí mismo. Una aproximación práctica para mejorar el conocimiento de uno mismo podría ser la enseñanza desde pequeños de cómo funciona el cerebro, de como funcionan los instintos que permiten la supervivencia, del desarrollo de los distintos tipos de inteligencia y la manera en que nos relacionamos con las demás personas. Ese conocimiento de cómo funcionamos seguramente lo aplicaríamos a nosotros mismos. Eso conduciría a una larga carrera en el autoconocimiento que nunca acaba porque evolucionamos a lo largo de toda la vida hasta el final.

Hasta aquí hemos mencionado los aspectos mentales del auto-respeto. Pero hay otro aspecto igualmente importante. Es el respeto por el propio cuerpo.

De nuevo aparece la misma estrategia. Podríamos intentar que los niños tuvieran conocimientos de cómo

funciona el organismo humano. Cómo funcionan los distintos órganos del cuerpo y la manera de mantenerlos sanos. La fisiología del ejercicio, los tipos de dietas o el efecto de las drogas. Todo se puede resumir en el viejo aforismo, “mens sana in corpore sano”

El siguiente círculo es el respeto dentro de la familia. En eso creo hay acuerdo general. Los padres deberían de respetarse mutuamente, no solo para una mejor convivencia de la pareja sino por el ejemplo que dan a sus hijos. Ese respeto debería extenderse también hacia los hijos, que, al sentirse respetados, “devuelven” el respeto a sus padres y a su entorno (2).

Las noticias de los medios de comunicación sobre la terrible violencia de género, mucho más frecuente por parte del género que tiene más testosterona, es la falta de respeto llevada al máximo, falta de respeto que suele ir precedida de faltas de respeto “menores”, como desprecios o insultos. Lo que inicialmente son faltas de respeto pueden terminar como la copla infame “la maté porque era mía”, en que la falta de respeto termina en que la pareja es cosificada y considerada de su propiedad.

El siguiente círculo es la escuela. Casi no es necesario insistir en la actual falta de respeto entre alumnos y profesores, entre padres y profesores y de los alumnos entre sí. En la escuela, la falta de respeto es multidireccional. Los profesores tienen dificultades para imponer disciplina. El tremendo fenómeno de acoso escolar (3-8) es cada vez más frecuente. En un estudio en USA, hasta el 20% de los alumnos habrían sufrido algún tipo de acoso, bien directamente en la escuelas o a través de Internet. Los padres con cierta frecuencia tampoco respetan a los profesores. Todo el mundo exige sus derechos y pocos hablan de sus deberes. Parece fundamental que los profesores se formen en esas materias e intervengan activamente en la prevención (Sanchez, 2009)

El siguiente círculo es el entorno laboral. Podríamos imaginar un mundo utópico con verdadero respeto entre empresarios y trabajadores, un mundo en el que jefes y empleados se respetasen, en el que los empresarios comprendiesen y respetasen a los empleados y los trabajadores entendiesen y respetasen a los empresarios. No habría huelgas sino negociaciones razonadas para resolver los conflictos. El respeto en la empresa es uno de los aspectos sobre lo que más se ha escrito y, me temo, que menos se lleva a la práctica. Comprendo que se trata de un mundo idílico e imposible, pero la pregunta es si, a pesar de todo, una buena educación en este valor universal no

facilitaría una mejor convivencia y una mayor paz social.

El siguiente círculo sería el entorno político. Resulta corriente la frase de que "los políticos son una parte del problema". Esa frase pretende ser ingeniosa y es sólo parcialmente verdad.

¿Respetan los políticos a los ciudadanos? ¿Cumplen sus promesas? ¿Se respetan entre ellos en el Parlamento o en los twitters que circulan como dardos en todas direcciones? ¿Dicen la verdad cuando se expresan? ¿O dicen medias verdades, políticamente correctas pero que también son medias mentiras? ¿Respetan los ciudadanos a los políticos? ¿Cómo se expresan lo ciudadanos en sus comentarios que hacen después de las noticias, en periódicos y blogs? Invito al lector a que responda por sí mismo a estas preguntas.

Siguiente círculo: La Especie Humana. De nuevo solamente hago algunas preguntas. ¿Se respetan unas razas a otras? ¿Se respetan las naciones entre sí? Se respetan las distintas religiones?

En este punto me gustaría añadir un comentario. Algunas religiones proponen como valor universal el amor. Creo que eso conlleva un problema. La palabra amor, en el sentido en que se utiliza en la vida diaria, es un sentimiento y así lo define la RAE en su acepción más habitual. Si el amor es un sentimiento, exige cercanía y conocimiento del objeto amado. No se puede exigir amor a lo que no se conoce, o a algo que de una u otra manera nos repele. Si alguien expresa que hay que amar al enemigo, o que hay que "poner la otra mejilla", podemos reaccionar negativamente con un "eso no es posible". En términos médicos diríamos eso "no es fisiológico". Y si un valor tan potente, nos produce algún tipo de duda y de rechazo, creo que proclamar el amor como moneda universal de trato, puede ser más contraproducente que beneficioso. ¿No sería posible predicar que el valor más universal es el respeto y añadir que el verdadero amor es superior al respeto, pero no exigible? Podríamos decir que no existe verdadero amor sin respeto, pero que es perfectamente posible el respeto sin amor. Hay también que aclarar que el otro amor, el religioso o el amor incondicional, también llamado ágape, p.ej. a la humanidad entera o a cualquier forma de Dios o de ser trascendente, exige la existencia de la fe, lo cual no es, a su vez, exigible (9)

El mundo animal. En este aspecto pienso que el respeto por los animales que demandan las organizaciones verdes está en línea con lo que aquí

comentamos. No es de recibo tener enjaulados animales de por vida, tratados con medicamentos para luego obtener proteína barata para nuestra alimentación. Eso no es respetar a los animales. Por cierto, los animales, desde el punto de vista neurológico tienen un cerebro con un sistema emocional que les permite, gozar y sufrir, y hasta ser compasivos. Por cierto también, en el contexto de de la detestable falta de respeto masiva que ocurre en algunas granjas, la vida de los toros de lidia, o de los cerdos de Extremadura es jauja.

Finalmente llegamos al Círculo de la Ecología. Nos estamos cargando el planeta. No tengo conocimientos sobre el papel relativo que en el cambio climático tienen los gases producidos por la civilización. O si el calentamiento global se debe principalmente a los cambios climáticos cíclicos que han ocurrido a lo largo de los tiempos, cambios cíclicos que no acabamos de entender bien.

Lo que está fuera de toda duda, es la cantidad de residuos, producidos por los humanos, que envenenan el aire, las tierras y los mares. Los plásticos, el mercurio, los herbicidas, la deforestación, los residuos nucleares y quizás las ondas electromagnéticas están deteriorando, nuestro planeta. ¿De verdad tenemos que poner la esperanza en ir a colonizar otros mundos? ¿No sería mejor tratar con más respeto nuestro planeta?

Si se dirige una mirada retrospectiva al desarrollo ético de la humanidad, pongamos hacia los últimos tres milenios, se observa la aparición de ideas tales como amor, compasión justicia, libertad, igualdad, simbolizadas en Buda, en los Filósofos Griegos, en Jesucristo, en la Constitución de Estados Unidos, en la Revolución Francesa (sus postulados, no la forma de imponerlos que fue todo menos respetuosa) o la más reciente Declaración de Derechos Humanos en 1948. Estas ideas han conducido a un progresivo aumento de poblaciones o países democráticos con mayores componentes éticos y de justicia social. Desgraciadamente si se observa el panorama mundial estos ideales están alarmantemente alejados de una aplicación generalizada.

En conjunto parece observarse, sin embargo, una tendencia a una mayor ética colectiva, ciertamente muy lenta y con enormes altibajos de guerras y violencias. Sería interesante averiguar qué irá ocurriendo con estos problemas cuando el tiempo pase y se desarrolle aún más la inteligencia colectiva, fenómeno que debe acelerarse de forma exponencial con la explosión de internet y de los actuales medios

de comunicación. En definitiva, cabe preguntarse si aumentarán las cuotas de respeto en nuestras relaciones con nuestro entorno, si llegaremos a ver a una humanidad más respetuosa desde esta orilla de la vida.

Int J Adolesc Med Health. 2011 Nov 4;24(1):3-10. doi: 10.1515/ijamh.2012.002.

10. De Otaola, A. Garmendía. "FILOSOFÍA DEL RESPETO." Revista Española De Pedagogía, vol. 20, no. 77, 1962, pp. 27–42. JSTOR, www.jstor.org/stable/23762319.

Referencias

1. Morris, I: Cazadores, campesinos y carbón. Una historia de la evolución de los valores de las sociedades humanas. Ático de los Libros. 2016.

2. Cuándo hay falta de respeto en la pareja. <https://www.psicologia-online.com/cuando-hay-falta-de-respeto-en-la-pareja-3957.html>. Consultado 15-10-2019.

3. Cómo Enseñar respeto a los niños. <https://www.aatozz.com/how-to-teach-kids-respect/> consultado 25-10-2019.

4. García Cerdán, A. Concepto de respeto: Qué es, tipos, ejemplos, aprende y enseña a respetar. <https://blog.cognifit.com/es/respeto/>, consultado 20 Octubre de 2019-10-25.

5. Stephens MM, et al. Childhood Bullying: Implications for Physicians. Am Fam Physician. 2018 Feb 1;97(3):187-192

6. Nese RNT et al.: Decreasing bullying behaviors in middle school: expect respect. Sch Psychol Q. 2014 Sep;29(3):272-286.

7. Rawlings JR et al.: A Critical Review of Anti-Bullying Programs in North American Elementary Schools. J Sch Health. 2019 Sep;89(9)

Revisar los sistemas de prevención del acoso escolar co programas de intervención realizados por los profesores.

8. Sanchez, V. El profesor ante el acoso escolar: consecuencias y estrategias de Intervención. III Jornadas de Menores en Edad escolar: Conflictos y Oportunidades. Palma de Mallorca, 2, 3 y 4 de Abril de 2009 http://weib.caib.es/IIIjornades_menors/documents/castellano/ponencia_cast_vsanchez.pdf

9. Espelage DL School bullying: its nature and ecology.

AVANCES EN CIRUGÍA DE LA MANO Y USO DE INSTRUMENTOS PRO PARA MEDIR RESULTADOS

Roberto Sánchez Rosales

Unidad de Cirugía de La Mano y Microcirugía, GECOT. La Laguna, Tenerife. España. María del Cristo Osunna 20, La Laguna 38204. +34637411872 titorosaleselefonica.net

RESUMEN

La Clasificación Mundial del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para su aplicación en diversos aspectos de la salud. Las medidas de la salud pueden clasificarse según la ICF en: función/estructura del cuerpo, actividad y participación. Tradicionalmente, las medidas utilizadas en la cirugía de la mano habían sido principalmente en la función corporal y estructura, como radiografías, rango de movimiento, 2 puntos de discriminación sensitiva, etc. Recientemente, el uso de instrumentos de salud basados en la opinión del paciente (PRO: "Patient Reported Outcomes") ha sido introducido en cirugía de la mano para valorar resultados siendo considerados como medidas de la actividad y participación según la ICF. El propósito de este trabajo de revisión fue el presentar los conceptos básicos y requerimientos metodológicos en el uso de instrumentos PRO que ha servido para mejorar la calidad de la investigación clínica en cirugía de la mano.

ABSTRACT

The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) was developed by the World Health Organization for application to various aspects of health. Health measures can be classified according to the ICF into body function and structure, activity, and participation. Traditionally, the measures used in hand surgery have been mainly on body function and structure level such as radiographs, strength measures (grip, key pinch, pulp to pulp pinch), range of motion (ROM), two points discrimination (2ppd), etc. The use of health

instruments or questionnaires based on the patients' opinion, called Patients Reported Outcomes (PRO), have been introduced in hand surgery. They can be considered as measures on activity and participation based on ICF classification. The purpose of this review paper was to present the basic concepts and methodological requirements in the use of PRO instruments which helped to improve the quality of clinical research in hand surgery

INTRODUCCIÓN

Desde la primera sutura microscópica de arterias digitales o de pequeño calibre por Harold Kleinert (1), la cirugía de la mano ha alcanzado límites impensables. Hoy se realizan de manera sistemática: reimplantes, colgajos libres vascularizados, injertos nerviosos, transferencias de dedo de pie a mano, e incluso trasplantes de mano de cadáver. Este desarrollo técnico no se había acompañado de una mejora en la calidad de los trabajos de investigación clínica publicados en esta área de la cirugía. Así, se seguía confundiendo incidencia con prevalencia cuando se hablaba de la ocurrencia de una enfermedad o patología crónica en la mano (2-5); se utilizaba la palabra "retrospectivo" en el título de los estudios (6), cuando tanto un diseño clínico descriptivo como una serie de casos o un estudio de corte transversal, un estudio de casos control y un estudio de cohortes histórico son todos retrospectivos, pero con niveles de evidencia

científica diferentes (7) ; el número de ensayos clínicos y estudios observacionales publicados en las principales revistas científicas relacionadas con la mano y miembros superiores (MMSS), era muy bajo y de muy poca calidad (7-9), lo que repercutía a la hora de la revisión sistemática de la evidencia científica, haciendo casi imposible la realización de meta-análisis y el establecimiento de guías clínicas y protocolos de actuación ante patologías importantes en la cirugía de la mano, y repercutiendo por ende en el nivel de evidencia de los trabajos de investigación clínica publicados en cirugía de la mano (10, 11).

En la evaluación de la efectividad de una intervención, un aspecto importante es el tipo de medidas de resultados (Outcomes) utilizadas y si cubren todos los aspectos importantes del efecto del tratamiento. La Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (ICF) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (12) para su aplicación a diversos aspectos de la salud. Las medidas de resultados se pueden clasificar según la ICF en función/estructura del cuerpo, actividad y participación. Tradicionalmente, las medidas utilizadas para evaluar los resultados en la cirugía de la mano han sido principalmente de función/estructura del cuerpo, como radiografías, medidas de fuerza y rango de movimiento (10). Recientemente, se ha introducido el uso de instrumentos salud basados en la opinión del paciente para medir resultados o Instrumentos PRO ("Patient-Reported Outcomes"), consideradas como medidas de la actividad y participación, lo que ha implicado una mejora en la valoración de los resultados así como en la calidad de los estudios clínicos en cirugía de la mano.

El propósito del siguiente trabajo de revisión ha sido presentar una actualización de los requerimientos metodológicos en el uso de instrumentos PRO aplicados en cirugía de la mano.

TIPOS DE INSTRUMENTOS PRO

Se pueden clasificar en dos grandes grupos en base al tipo de información recolectada: genéricos y específicos.

Los instrumentos genéricos, como el conocido "SF-36" o el "Euroqol 5D Index" son cuestionarios que tratan de medir todas las dimensiones importantes de la salud en relación a la calidad de vida, y pueden ser usados virtualmente en cualquier tipo de afección o patología independientemente de la alteración subyacente. Suelen tener menor respuesta o sensibilidad para detectar cambios de importancia clínica tras tratamiento, pero permiten la comparación entre diferentes enfermedades o trastornos lo cual puede ser de interés para los organizadores de la sanidad.

Los instrumentos específicos se centran en problemas asociados a una afección o patología específica, o a grupos o poblaciones de pacientes, o áreas de función. Presentan una mayor respuesta o sensibilidad para detectar cambios de importancia clínica tras tratamiento; pero no permiten comparación de resultados a través de diferentes enfermedades o afecciones. Dentro de este tipo de cuestionarios son de destacar por ejemplo: el cuestionario específico para el síndrome del túnel carpiano (Instrumento CTS) (Brigham and Women's Hospital. Boston Carpal Tunnel Instrument) (13, 14) y su versión corta (CTS-6) (15-17) como representativos de instrumentos específicos de una enfermedad o afección patológica; el DASH (Disability of Arm, Shoulder and Hand), (Institute for Work & Health, AAOS, ASSH 1996) (13, 18, 19) que es un instrumento específico de un área de función, midiendo discapacidad de MMSS.; el PRWE (Patient Rated Wrist Evaluation) (20, 21) que mide discapacidad en relación a desórdenes de la muñeca;; y otros como el PEM (Patient Evaluation Measure), MHQ (Michigan Hand questionnaire), etc.

PROPIEDADES DE LOS INSTRUMENTOS PRO

Los estándares basados en el consenso Delphi para la selección de instrumentos de medición de salud (COSMIN) (22, 23) se desarrollaron para evaluar la calidad de los estudios que involucran las propiedades de medición de un instrumento PRO. El COSMIN proporciona los estándares necesarios para el diseño y los análisis estadísticos recomendados. Se distinguen tres dominios a la

hora de analizar la calidad de un instrumento PRO : fiabilidad, validez y respuesta. Cada dominio contiene una o más propiedades de medición. Las propiedades de medición de las medidas PRO generalmente se evalúan en base a la teoría de prueba clásica (CTT), pero los métodos de la teoría de respuesta a ítems (IRT), como el análisis Rasch o el funcionamiento diferencial de ítems (DIF), se utilizan cada vez más para desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas de medidas PRO (24, 25). Como regla general, cualquier estudio que use una medida PRO debe incluir información sobre los siguientes problemas de diseño: ¿se informó el porcentaje de ítems perdidos o no contestados? ¿se describió el método de manejo de los ítems perdidos? ¿se describió la estimación del tamaño de la muestra? ¿se detectaron problemas con el diseño clínico?

FIABILIDAD

El dominio "fiabilidad" incluye: consistencia interna, fiabilidad test-re test y error de medición.

La consistencia interna representa el grado de interrelación entre los ítems que constituyen una escala. Se espera que los ítems estén altamente correlacionados. La consistencia interna se evalúa con el coeficiente alfa de Cronbach ($\alpha > 0.7$ considerado como buena consistencia interna) (21, 26, 27). Un valor muy alto ($> 0,90$) podría sugerir la redundancia de ítems y que algunos de los ítems podrían eliminarse teóricamente sin sacrificar la consistencia interna. Un requisito importante para la interpretación del coeficiente alfa de Cronbach es que la escala debe ser unidimensional. La unidimensionalidad de la escala se puede analizar mediante el análisis factorial (FA).

La fiabilidad test – re test se evalúa comparando las respuestas cuando la medida PRO se administra dos veces a la misma población diana después de un período llamado "tiempo de lavado". Las dos administraciones deben ser independientes y la primera no debe influir en la segunda. El tiempo de lavado debe ser lo suficientemente largo como para evitar el "sesgo de recuerdo". No hay consenso sobre un intervalo específico para la fiabilidad test-retest. El COSMIN consideró

apropiado un intervalo de 2 semanas para evaluar la confiabilidad de las medidas PRO (22, 23). Los pacientes deben estar estables durante el tiempo de lavado y las condiciones deben ser similares para la primera y segunda administración. La prueba estadística recomendada para la confiabilidad test-retest dependerá del tipo de opciones de respuesta del instrumento PRO. Para puntuaciones continuas se prefiere el coeficiente de correlación intraclase (ICC) (21, 27). Para cuestionarios con respuestas categóricas o nominales, se recomienda el coeficiente Kappa de Cohen (28, 29), y para escalas ordinales se recomienda el Kappa ponderado (29, 30).

Error de medición. La precisión de la medición estima el error alrededor de la puntuación observada en un instrumento PRO, ya sea en un punto "de" tiempo (precisión de corte transversal) o "en" el tiempo (precisión longitudinal). La precisión de corte transversal se analiza con el error estándar de la medición (SEM), basado en el coeficiente alfa de Cronbach ($SEM = DS \text{ multiplicado por la raíz cuadrada de } (1 - \text{alfa Cronbach}))$). La evaluación de la precisión longitudinal requiere que el instrumento PRO se haya administrado dos veces y las administraciones hayan sido independientes y en condiciones similares. El error de medición longitudinal se analiza con el error estándar de la diferencia de medición ($SEM_{diff} = DS * \text{ raíz cuadrada de } (1 - ICC) * \text{ raíz cuadrada de } 2$) y el cambio mínimo detectable (MDC), con un nivel de confianza del 90% ($MDC_{90} = SEM_{diff} * 1.65$) o 95% ($MDC_{95} = SEM * 1.96$) (19, 21)

Otro estadístico apropiado para evaluar el error de medición longitudinal basado en CCT es el límite de acuerdo de Bland y Altman (LoA) (31) basado en un simple gráfico en el que se enfrenta en el eje Y la diferencia entre ambas medidas para cada sujeto ($d_i = Y_i - X_i$) y en el eje X la media ($m_i = (X_i + Y_i) / 2$) de ambas medidas para cada individuo. Si asumimos la distribución de normalidad de las diferencias, se espera que el 95% de las diferencias se encuentre entre los límites del intervalo. LoA y el MDC, ambos están directamente relacionados con el SEM_{diff} (22, 23). Los cambios dentro del LoA o más pequeños que el MDC se consideran un error de medición y los cambios fuera del LoA o más grandes que

el MDC se consideran un cambio real en la puntuación. Un problema importante cuando comparamos MDC es que este índice de confiabilidad absoluta depende de varios factores, incluyendo la población de estudio, el tiempo de lavado, el tiempo de seguimiento cuando se realizó el análisis test-retest y la varianza de los datos (19, 21-23). Otro punto importante es que el MDC está relacionado con la confiabilidad y el error de medición, y es diferente de los conceptos de cambio clínico mínimo importante (MIC) o diferencia clínica mínima importante (MID) (32, 33) relacionado con la interpretabilidad del instrumento PRO.

VALIDEZ

El dominio "validez" contiene tres propiedades de medición: validez de contenido, validez de constructo y validez de criterio.

La validez de contenido de un instrumento PRO es el grado en que su contenido es un reflejo adecuado del constructo a medir. Se recomienda que un panel de expertos juzgue la relevancia de todos los ítems relacionados con el constructo a medir. Debe incluir una evaluación de si todos los ítems son relevantes para las características de la población del estudio, como edad, sexo, entorno, etc. Un alto número de valores sin respuesta en un ítem específico podría sugerir que el ítem no es relevante para la población objetivo. Un alto número de pacientes con la puntuación más baja posible, o "efecto suelo" (floor effect), o con la puntuación más alta posible, o "efecto techo" (ceiling effect), puede indicar que se necesitan mejores ítems con mayor capacidad de diferenciación (22).

Basado en el COSMIN, la propiedad de **medición "validez de constructo"** incluye tres aspectos: validez estructural, prueba de hipótesis y validez transcultural

La validez estructural se define como el grado en que las puntuaciones de una medida PRO son un reflejo adecuado de la dimensión a medir. La prueba apropiada para evaluar la validez

estructural es el análisis factorial (FA). El FA puede ser exploratorio o confirmatorio, ambos podrían ser útiles para la evaluación de la validez estructural de una medida PRO. El COSMIN prefiere FA confirmatorio (CFA) en el que las hipótesis sobre el concepto y las dimensiones se formulan a priori y el análisis evalúa si los datos se ajustan a una estructura factorial predefinida. Esto es importante cuando el investigador quiere justificar las diferentes dimensiones que mide un instrumento determinado. Por ejemplo, Rodrigues et al. (34) sugirieron que el DASH (Instrumento PRO que mide discapacidad de MMSS) no era unidimensional y cuestionaron la validez del DASH para la evaluación de resultados en la enfermedad de Dupuytren. Otra aplicación del FA es la reducción de ítem para crear una forma más corta de un instrumento PRO, como el CTS-6 del cuestionario de Boston (15) o el QuickDASH del DASH (18).

Test de hipótesis de constructo es el grado en que las puntuaciones de un instrumento PRO son consistentes con hipótesis basadas en el supuesto de que el instrumento PRO mide válidamente el constructo a medir (17, 21, 22). Las pruebas de hipótesis pueden basarse en las correlaciones posibles entre del instrumento PRO en estudio, con las puntuaciones de otros instrumentos, o bien, en diferencias entre grupos relevantes (validez de constructo de grupos conocidos) (19). Los requisitos metodológicos importantes son: (1) se deben establecer las hipótesis antes de la recopilación de datos, (2) se debe definir la dirección esperada de las hipótesis y (3) se debe definir la magnitud absoluta o relativa esperada de la correlación. Por ejemplo, para la evaluación de validez de constructo del PRWE en fractura de radio distal, Rosales et al. plantearon la hipótesis de que el PRWE (discapacidad en relación a la muñeca) tendría una fuerte correlación positiva con el QuickDASH (discapacidad de MMSS) y una correlación negativa moderada con el índice EQ-5D (salud general y calidad de vida) al inicio del estudio y a las 8 semanas del tratamiento (21). Para evaluar las diferencias entre los grupos conocidos, el investigador debe definir la magnitud esperada de la diferencia en lugar del valor de p y las diferencias estadísticamente significativas, ya que estas últimas dependen más del tamaño muestral y del poder estadístico del análisis. Por ejemplo, en el análisis de validez de

constructo de prueba de hipótesis, MacDermid et al. (20) plantearon la hipótesis de que la puntuación del DASH (discapacidad de MMSS) sería más alto en el grupo de pacientes con osteoartritis de articulaciones múltiples. comparado con aquellos afectados de osteoartritis localizada de la mano.

La validez transcultural es el grado en que un instrumento PRO traducido o adaptado transculturalmente es un reflejo adecuado de la versión original del instrumento. Los requisitos metodológicos para la validez transcultural propuestos en el COSMIN son similares a los utilizados en el proyecto de Evaluación Internacional de la Calidad de Vida (IQOLA), desarrollado para obtener las diferentes versiones del SF-36 (35-37). Debe incluir información sobre el proceso de traducción hacia adelante y hacia atrás (al menos dos traductores bilingües que trabajan de forma independiente), cómo se resolvieron las diferencias entre las versiones originales y adaptadas, y una prueba previa que implica comprensión, relevancia cultural e interpretación de la traducción. El COSMIN recomendó CFA como prueba estadística para la evaluación de la validez intercultural. Cuando se utiliza IRT, se recomienda el análisis DIF (22, 38).

La validez de criterio es el grado en que las puntuaciones de un instrumento PRO son un reflejo adecuado de un "estándar de referencia". El panel COSMIN llegó a un consenso de que no existe un estándar de oro para los instrumentos PRO. Debido a que en el área de la salud no existen "medidas -criterios o patrones válidos y establecidos, la validez de criterio raramente es estudiada. Un error conceptual común es confundir la validez de criterio con la validez de constructo de prueba de hipótesis. Así, Alexander et al. (39) intentando analizar la validez de un nuevo instrumento de medición para medir las modernas actividades de la mano en relación a las nuevas tecnologías (ej. el uso del móvil, etc.), establecieron un estudio de validez de criterio correlacionando las mediciones de este nuevo instrumento con el DASH, usando éste último como medida de criterio de la función de la mano; cuándo los propios autores que desarrollaron el DASH expresaron en sus publicaciones originales

que les fue imposible analizar la validez de criterio del DASH porque no existían medidas-criterio en la salud (19). La única excepción para la validez de criterio es cuando la versión corta de un instrumento PRO se compara con la versión larga original (22, 23). En ese caso, la versión larga original puede considerarse el estándar de referencia. Idealmente, la misma muestra de pacientes completa la versión larga y, después de un tiempo de lavado, la versión más corta y la validez del criterio se analizan con un coeficiente de correlación. Por ejemplo, para la versión más corta del Instrumento CTS (CTS-6), Atroshi et al. (15) utilizaron una muestra de 213 pacientes que completaron el QuickDASH y la escala de síntomas de CTS revisada, y 116 pacientes también completaron la escala de gravedad de síntomas de CTS original (intervalo medio de 11 días).

RESPUESTA

Respuesta es la capacidad de un instrumento PRO para detectar cambios a lo largo del tiempo en el constructo a medir. La respuesta está relacionada con la validez y todos los requisitos metodológicos descritos para la validez de constructo se aplican al análisis de la respuesta. La única diferencia es que la validez de constructo está relacionada con un análisis transversal (diseño clínico de corte transversal) de una puntuación única en un punto de tiempo, y la respuesta se refiere a las puntuaciones del cambio a lo largo del tiempo (diseño cohorte). En consecuencia, debe incluir información sobre hipótesis formuladas a priori del cambio en la puntuación del instrumento PRO, con la dirección y la magnitud esperada en las medias de las diferencias de la puntuación del cambio. Para escalas binarias o dicotómicas, se debe determinar la sensibilidad y especificidad (cambio versus ningún cambio). Para escalas o instrumentos PRO cuya respuesta se mide en base a una variable continua, la recomendación es calcular el tamaño del efecto ($ES = \text{media de la diferencia de puntuación del cambio dividido por la DS de la puntuación basal}$) o la media estandarizada de la respuesta ($SRM = \text{media de la diferencia de puntuación del cambio dividido por la DS de la puntuación del cambio}$). El ES se usa con frecuencia en el meta-análisis en lugar de SRM porque rara vez

se informa el denominador del SRM. Un SRM o ES grande indica una alta sensibilidad al cambio clínico; ES o SRM > 0.8 implica una mejoría clínica importante. Cuando la correlación entre las puntuaciones base y la de seguimiento tras un tiempo "t" es igual a 0.5, el ES es igual al SRM. Cuando la correlación es superior a 0,5, el SRM será mayor que el ES y cuando sea menor, el ES será mayor que el SRM (40-42). La comparación de diferentes medidas de resultado (medidas de examen clínico e instrumentos PRO) podría hacerse con el ES o SRM para evaluar cuáles son más sensibles para medir el efecto del tratamiento (41).

INTERPRETABILIDAD

La interpretabilidad no es considerada una propiedad de medición por el COSMIN, pero si una característica importante de un instrumento de medición. Se puede definir como el grado en que se puede asignar un significado clínico cualitativo a las puntuaciones cuantitativas de un instrumento o al cambio en las puntuaciones. La interpretabilidad debe ser analizada mediante el MIC o MID, la forma más común es mediante el uso de una pregunta "ancla" (mejoría vs no mejoría) y curvas de ROC para obtener el punto de corte de una puntuación de un instrumento PRO que puede ser considerada como la diferencia mínima de importancia clínica que con mayor sensibilidad y menor número de falsos positivos se ve asociada a un buen resultado o mejoría clínica. Este concepto, MIC o MID no tiene nada que ver con la MDC que está relacionada con el error de medición de in instrumento PRO (22, 23, 33).

En resumen, un instrumento PRO puede ser 100% fiable y 100% inválido. Por otro lado, un instrumento fiable y válido puede ser que no tenga respuesta para detectar cambios de importancia clínica.

REFERENCIAS

1. Kleinert HE, Kasdan ML, Romero JL. Small blood-vessel anastomosis for salvage of severely injured

upper extremity. *J Bone Joint Surg Am*, 1963; 45: 788-96.

2. Early PF. Population studies in Dupuytren's Contracture. *J Bone Joint Surg Br*, 1962; 44: 602-13.
3. Nuno-Alegre D, Azevedo L, Ferreira N, et al. Doença de Dupuytren. Revisao de 100 doentes operados. *Rev Iberoamer Cir Mano*, 2000; 34: 49-59.
4. Zancolli EA, Zancolli ER, Cagnone JC. Rizartrosis del pulgar. Tratamiento quirúrgico en estados iniciales y tardíos. *Rev Iberoamer Cir Mano*, 2000; 27: 8-18.
5. Irisarri C. Aetiology of Kienböck's disease. *J Hand Surg Br*, 2004; 29: 279-85.
6. Pérez de la Fuente T, Vega García C, Alvelay Laso O, et al. Tumor de células gigantes de vainas tendinosas: una serie retrospectiva de 107 casos. *Rev Iberoamer Cir Mano*, 2003; 30: 29-33.
7. Rosales RS. Clinical research in hand surgery. *J Hand Surg Eur*, 2015 ;40:546-8.
8. Tadjerbashi K, Rosales RS, Atroshi I. Intervention randomized controlled trials involving wrist and shoulder arthroscopy: a systematic review. *BMC Musculoskelet Disord*. 2014, 25; 15:252.
9. Amadio PC, Higgs P, Keith M. Prospective comparative clinical trials in *The Journal of Hand Surgery American*, *J Hand Surg Am*, 1996; 21: 925-9
10. Gummesson C, Atroshi I, Ekdahl C. The quality of reporting and outcome measures in randomized clinical trials related to upper-extremity disorders. *J Hand Surg Am*, 2004; 29: 727-34.
11. Rosales RS, Reboso-Morales L, Martin-Hidalgo Y, et al.. Level of evidence in hand surgery. *BMC Res Notes*. 2012, 2; 5: 665. doi: 10.1186/1756-0500-5-665
12. World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. Geneva: WHO, 2013.

13. Rosales RS, Bensenny-Delagdo E, Díez de La Lastra-Bosch I. Evaluation of the Spanish version of the DASH and carpal tunnel syndrome health-related quality of life instruments: Cross-cultural adaptation process and reliability. *J Hand Surg Am*, 2002; 27: 334-44.
14. Levine DW, Simmons BP, Koris MJ, et al. A self-administered questionnaire for assessment of severity of symptoms and functional status in carpal tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg Am*, 1993; 75: 1585-92.
15. Atroshi I, Lyrén PE, Gummesson C. The 6-item CTS symptoms scale: a brief outcomes measure for carpal tunnel syndrome. *Qual Life Res*. 2009, 18:347-58.
16. Rosales RS, Atroshi I. Spanish versions of the 6-item carpal tunnel syndrome symptoms scale (CTS-6) and palmar pain scale. *J Hand Surg Eur Vol*. 2013 ;38:550-1.
17. Rosales RS, Martin-Hidalgo Y, Reboso-Morales L, et al. Reliability and construct validity of the Spanish version of the 6-item CTS symptoms scale for outcomes assessment in carpal tunnel syndrome. *BMC Musculoskelet Disord*. 2016, 3:115. doi: 10.1186/s12891-016-0963-5.
18. Beaton DE, Katz JN, Fossel AH, et al. Measuring the whole or the parts? Validity, reliability, and responsiveness of the disabilities of the arm, shoulder and hand outcome measure in different regions of the upper extremity. *J Hand Ther*, 2001; 14: 128-46.
19. Kennedy CA, Beaton DE, Solway S, et al. The DASH and Quick DASH outcome measure user's manual. Third Edition. Toronto, Ontario: Institute for Work & Health. 2011.
20. MacDermid JC, Wessel J, Humphrey R, et al. Validity of self-report measures of pain and disability for persons who have undergone arthroplasty for osteoarthritis of the carpometacarpal joint of the hand. *Osteoarthritis and Cartilage*. 2007; 15 :524-530.
21. Rosales RS, García-Gutierrez R, Reboso-Morales L, et al. The Spanish version of the Patient-Rated Wrist Evaluation outcome measure: cross-cultural adaptation process, reliability, measurement error and construct validity. *Health Qual Life Outcomes*. 2017, 24:169. DOI: 10.1186/s12955-017-0745-2.
22. Mokkink LB, Terwee CB, Knol DL et al. The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. *BMC Med Res Methodol*. 2010 , 18:10:22. doi: 10.1186/1471-2288-10-22.
23. Terwee CB, Mokkink LB, Knol DL, et al.. Rating the methodological quality in systematic reviews of studies on measurement properties: a scoring system for the COSMIN checklist. *Qual Life Res*. 2012, 21: 651-7. doi: 10.1007/s11136-011-9960-1.
24. Van Abswoude AAH, Van der Ark LA, Sijtsma K. A comparative study of test data dimensionality assessment procedures under nonparametric IRT models. *Applied Psychol Meas*.2004,28:3224.
25. Edelen MO, Reeve BB. Applying item response theory (IRT) modeling to questionnaire development, evaluation, and refinement. *Qual Life Res*. 2007,16 Suppl 1:5218.
26. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*. 1951, 16: 297-334.
27. Vaz S, Falkmer T, Passmore AE, et al. The case for using the repeatability coefficient when calculating test-retest reliability. *PLoS One*. 2013, 8(9):e73990. doi: 10.1371/journal.pone.0073990.
28. Fleiss JL, Levin B, Paink MC. *Statistical Methods for Rates and Proportions*. 3rd ed. Hoboken NJ. John Wiley & Sons. 2003, 598:608.
29. Cohen J. Weighted kappa: Nominal scale agreement with provision for scaled disagreement or partial credit. *Psychological Bulletin*. 1968,70:21320.
30. Fleiss JL, Cohen J. The equivalence of weighted Kappa and the intraclass correlation coefficient as measures of reliability. *Edu Psychol Meas*.1973, 33: 613-9.
31. Bland M, Altman DG. Statistical methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1981; 1: 307-310.

32. de Vet HC, Terwee CB, Ostelo RW, et al. Minimal changes in health status questionnaires: distinction between minimally detectable change and minimally important change. *Health Qual Life Outcomes*. 2006. 22:4:54.
33. Rodrigues JN, Mabvuure NT, Nikkhah D, et al. Minimal important changes and differences in elective hand surgery. *J Hand Surg Eur* . 2015;40:900-12.
34. Rodrigues J, Zhang W, Scammell B, et al. Validity of the Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand patient-reported outcome measure (DASH) and the Quickdash when used in Dupuytren's disease. *J Hand Surg Eur Vol*. 2016 ,41:589-99.
35. Ware JE Jr, Gandek BL, Keller SD. The IQOLA Project Group. Evaluating instruments used cross-nationally: methods from the IQOLA project. In: Spilker B, ed. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. 2nd ed. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996:337–346.
36. Rosales RS, Delgado EB, Díez de la Lastra-Bosch I. Evaluation of the Spanish version of the DASH and carpal tunnel syndrome health-related quality-of-life instruments: cross-cultural adaptation process and reliability. *J Hand Surg Am*. 2002, 27:334-43.
37. Guillemin F, Bombardier C, Beaton D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *J Clin Epidemiol*. 1993, 46:1417-32.
38. Petersen MA, Groenvold M, Bjorner JB, et al. Use of differential item functioning analysis to assess the equivalence of translations of a questionnaire. *Qual Life Res*. 2003,12:373-85.
39. Alexander M, Franko OI, Makhni EC, et al. Validation of a modern activity hand survey with respect to reliability, construct and criterion validity. *J Hand Surg Eur*, 2008; 33: 653-60.
40. Liang MH. Evaluating Measurement Responsiveness. *J Rheumtol*. 1995, 22: 1191-1192.
41. Rosales RS, Díez de la Lastra I, McCabe S, Ortega Martínez JI, et al. The relative responsiveness and construct validity of the Spanish version of the DASH instrument for outcomes assessment in open carpal tunnel release. *J Hand Surg Eur*. 2009, 34:72-5.
42. Rosales RS, Atroshi I. *Basics of Statistics for Clinical Research in Hand Surgery*. Rev Iberam Cir Mano . 2018 , 46 : 141 – 16 . DOI : 10.1055/s-0038-1675587

GESTACIÓN SUBROGADA A DEBATE

Dra Pilar Vazquez Santos

Académica de Número

Sesión literaria de 8 de octubre de 2019

I. Introducción

La denominada gestación subrogada consiste en el "préstamo" que una mujer hace de su útero para engendrar un hijo para otra persona.

Los problemas éticos y legales que presenta tal proceder lo convierten en un tema complejo y controvertido, acrecentado además por la ascendente incidencia de casos. Las sofisticadas y eficaces técnicas de reproducción que la Medicina es hoy capaz de llevar a cabo facilitan su demanda, lo que no significa que sea plenamente aceptable, sobre todo porque se pueden afectar los derechos humanos.

En el presente artículo intentaré dar una visión panorámica del asunto, lo cual implica tratar de sus diferentes tipos, de su situación legal y de los dilemas éticos y sociales que plantea.

II. Situación legal, tipos y dilemas.

Se conoce al proceso con nombres diferentes, tales como gestación subrogada, maternidad subrogada, gestación por sustitución, vientre de alquiler, maternidad de alquiler o subrogación. La existencia de tantas denominaciones, es debida principalmente a que quienes la practican tratan de bordear aspectos jurídicos y éticos para satisfacer a sus necesidades personales concretas.

En cualquier caso, lo esencial es advertir que en cualquiera de sus modalidades estos procedimientos son ilegales en España. Lo que no quita para saber

que, según datos oficiales, entre 2010 y 2016 hubo 979 recién nacidos inscritos procedentes de tal procedimiento .

Abundando en ello, Nuria González, autora de "Vientres de Alquiler", refiere que el significado de estas denominaciones tienen una relevancia máxima, pues se utilizan conceptos manipulados para que sean aceptables por la moral pública, escondiendo las realidades que hay detrás de ellas. En definitiva, todas estas denominaciones intentan explicar cómo "una mujer presta su cuerpo y en especial su útero, y en ocasiones también sus ovocitos, para engendrar un hijo para otra persona", aceptando además las posibles complicaciones y el deterioro que pueda ocasionar sobre su salud el desarrollo de la gestación.

¿Quiénes utilizan este proceso y cual es su origen?

Interesa recordar que el origen de la gestación subrogada, no es otro que la necesidad frustrada del ser humano de tener un hijo, y en este sentido, la decisión, en su mayor parte, suele estar precedida de una profunda reflexión, tras varios fallos en los métodos de reproducción e incluso de intentos de adopción que no han dado resultado. En menor número de casos, la decisión se toma de manera irreflexiva, sin que importen las consecuencias directas de esta práctica.

Por último, cualquiera de los tipos de familia que forman parte de la sociedad hoy en día pueden hallarse involucrados en el asunto, es decir, parejas

convencionales, hombres o mujeres independientes, parejas homosexuales, etc.

Tipos.

Subrogación tradicional o parcial : cuándo la mujer gestante aporta sus óvulos, es decir existe una relación genética con el hijo. La fecundación se realiza por inseminación artificial.

Subrogación gestacional o plena : la mujer gestante no tiene relación genética directa con el hijo. Se realiza por fecundación in vitro con óvulos de la mujer intencional o de una donante y el esperma puede ser del padre intencional o de donante.

Subrogación Intrafamiliar o extrafamiliar: Son especiales aquellos casos en los que la relación genética resultante equivale a las de relación de incesto o consanguinidad en primer grado. Existen casos incluso de presión moral o coerción sobre la madre gestante, especialmente en el caso de las hijas y hermanas.

Subrogación comercial: Cuando la motivación principal es el dinero, la mujer gestante participa por una contraprestación económica.

Subrogación altruista : En teoría la mujer gestante podría participar de forma "altruista" pero en la práctica siempre recibe una compensación económica por los gastos médicos, por ingresos no recibidos al no poder trabajar e incluso por las molestias físicas. En estos casos es necesario que esté tipificado el tiempo invertido, la duración de los exámenes, el número de ciclos necesarios para obtener la gestación, los riesgos del trabajo, el puerperio, y las cargas familiares. Todo se debe conocer antes de la firma del contrato, tal como se verá enseguida.

En este contexto, Alicia Miyares, portavoz de la Plataforma "No somos Vasijas" y de la Red Estatal contra el Alquiler de Vientres (RECAV), en el prólogo del libro de Nuria González, hace una especial mención a la subrogación altruista aseverando que, "no es lícito invocar el altruismo o el consentimiento para vender un recién nacido a terceras personas; si así se hiciera, la figura más adecuada para describir la transacción, sería la de tráfico de recién nacidos.

Dilemas.

Se nos plantean varias dudas y preguntas:

Quién analiza la idoneidad, la situación económica y psicológica de los futuros padres, para asegurar que son adecuados?

¿Están estos niños bajo supervisión de alguien o se entregan a destajo sin importar quién los acoge?

También parece importante reflexionar sobre el papel de las dificultades de la adopción puesto que hasta que ha entrado en juego la gestación subrogada, ha sido la opción más utilizada por las parejas que no pueden tener un niño. Recientemente hemos sabido que se han desplomado las adopciones internacionales en España y las causas de esta alarmante situación son:

- 1.- Adoptar un niño es un proceso lento que desespera a las familias con unas listas de espera interminables.
- 2.- Las restricciones internacionales a las parejas homosexuales.
- 3.- El auge de la gestación subrogada
- 4.- Controles pre y post adopción

Recientemente, el gobierno del PSOE (Pedro Sánchez) ha abordado este tema proponiendo una revisión, para facilitar el proceso a las familias que quieren adoptar.

Por su parte, el presidente de Ciudadanos, Albert Rivera, ha mostrado abiertamente su postura a favor de la gestación subrogada. Defiende que todas las personas tienen derecho a ser padres y ha abierto un discurso político a favor de regular esta práctica pues origina también unos beneficios considerables a quienes acceden a ella. Concretamente ¿qué beneficios ofrece la subrogación?

- 1.-Da opción a personas de cualquier sexo a poder ser padres de un hijo e incluso a hacerlo con sus propios genes.
- 2.- Ofrece tranquilidad a los padres, que forman parte del proceso desde el momento en el que la mujer se queda embarazada, gracias a un contrato que blindo su paternidad.
- 3.- El recién nacido es entregado a los padres comitentes, en el momento del nacimiento, favoreciendo el vínculo entre ellos.

4.- Es un procedimiento sencillo pues solo se necesita aportar dinero, sin listas de espera.

Es importante insistir en que " En España una madre no puede ceder ni gratuita ni comercialmente a su hijo o hija, nacido o no, a unas personas determinadas. Es decir, la madre puede renunciar a su hijo o hija, solo para entregárselo al Estado, quien se encarga después de darlo en adopción, respetando los derechos de todas las personas implicadas, especialmente los del menor".

Legalización.

Legalizarla, tanto a nivel nacional e internacionalmente, supondría eliminar el último escollo que tienen que salvar los padres, que es el de inscribir al hijo como suyo.

Asimismo, la gestación subrogada podría salir de un mercado que roza la ilegalidad. En efecto, poniendo normas y estableciendo el cómo, cuándo y dónde se podría avanzar en esta línea. Ello permitiría al Estado un control directo sobre una práctica que, de no regularse, seguirá existiendo al límite de la legalidad

Es una posición combativa, por parte de las autoridades, por la cual, lo que "está prohibido por derecho es una practica habitual por la vía de hecho".

Lo mismo ocurre con los beneficios que los padres contratantes, quieren obtener al regreso en España, como padres o madres trabajadores, con sus derechos por maternidad.

III. Apuntes históricos

Como venimos diciendo, la gestación subrogada es un tema muy actual, que está desarrollándose cada vez más, principalmente porque es un mercado muy rentable, que va más allá de un simple acuerdo entre una mujer y una persona que desea tener un hijo.

En esta práctica están involucradas otras partes como las propias clínicas de reproducción asistida y las agencias contratantes, entre otras.

El primer caso que conocemos de una descripción de gestación subrogada se puede leer en la Biblia. En el

capítulo del Génesis 16:1-16 se relata un caso de infertilidad en la pareja formada por el Patriarca Abraham y su esposa Saray, donde ella al no poder concebir, ofrece a su marido a utilizar a su esclava Agar para tener descendencia.

También, encontramos referencias en unas tablillas cuneiformes halladas en 1948 en el yacimiento de Kültepe-Kanesh, en Turquía.

Sin embargo, a lo largo de siglos, como estaba implícito el adulterio en estas prácticas ha sido un tema tabú, abordado solamente en el ámbito familiar.

Fue a partir de 1970 cuando se empieza a hablar de subrogación parcial, tras los avances de la Inseminación artificial.

En 1976, en Michigan, el abogado Michael Keane, contactó con una mujer para que fuera inseminada por un hombre y gestase un bebé para él. Él fue el que escribió el primer contrato entre una pareja casada y una mujer sustituta. Y así, creó y dirigió el Centro de Infertilidad de Nueva York.

En 1984, los Sterns llegaron a un acuerdo de subrogación el que una mujer, Whitehead, se sometería a una inseminación con el esperma de William Stern. Whitehead dio a luz en 1986 a Baby M. Un día después de nacer el bebé, Whitehead se arrepintió e intentó recuperarlo. En 1987, los juzgados dieron validez al acuerdo de subrogación, manteniendo la custodia legal a los Sterns pero al año siguiente la Corte Suprema de Nueva Jersey revocó la validez del acuerdo y concedió un régimen de visitas a Whitehead.

A partir de los años 80, los avances de las técnicas de fecundación in vitro, permitieron el tipo de subrogación gestacional que dio como resultado la existencia de tres mujeres, una gestante una genética y la comitante. Encontrando dos tipos de hombre, el genético y el comitante. En ambas opciones hay combinaciones posibles, entre lo genético y lo comitante e incluso la gestante.

IV. Aspectos jurídico-legales. Situación por países

¿Qué situación nos encontramos actualmente a nivel nacional e internacional?

En este sentido cabe hacer una distinción que explica muchas cosas en torno a este tema. Hablamos de un procedimiento en el que observamos dos tipos de países implicados.

Los industrializados o desarrollados, donde la subrogación está prohibida o muy restringida, donde existen personas que quieren ser padres y países poco desarrollados, que ofertan mujeres, para llevar a cabo en sus cuerpos la gestación subrogada.

Es decir, mujeres y hombres con medio o alto poder adquisitivo que buscan agencias para ser padres.

Agencias que utilizan mujeres de bajo poder adquisitivo o directamente en situaciones graves de vulnerabilidad social que acceden a participar y se llevan una compensación económica por ello.

Esta compensación puede ser alta para el lugar donde viven, pero no lo es en comparación al porcentaje que las agencias se llevan por organizar el proceso.

Nuria González explica que la gestación subrogada es el producto de una sociedad capitalista que se ha acostumbrado a comprar lo que desea por encima de principios éticos.

Expone que la gestación subrogada es un mercado que logra burlar la ley gracias a agencias especializadas que conocen perfectamente cómo evadir las prohibiciones para que los solicitantes de un 'hijo' puedan lograrlo previo pago, claro, tanto a la madre como a la agencia.

Situación en Europa.

De los países europeos la gestación está prohibida en España, Francia, Italia, Alemania, Malta, Austria, Bulgaria y Suecia.

Existe marco legal en Portugal, Grecia, Reino Unido, Irlanda, Hungría, Polonia, Bélgica, Finlandia, Dinamarca y Países Bajos, con distintos matices. Ucrania, Georgia, carecen o han carecido de una regulación suficiente.

En general, la posición global en torno a la gestación

subrogada es de condena.

En el informe anual sobre los Derechos Humanos de 2014 del Parlamento Europeo, donde se, " condena la práctica de la gestación por sustitución, que es contraria a la dignidad humana de la mujer, ya que su cuerpo y sus funciones reproductivas se utilizan como una materia prima; estima que debe prohibirse esta práctica, que implica la explotación de las funciones reproductivas y la utilización del cuerpo con fines financieros o de otro tipo, en particular en el caso de las mujeres vulnerables en los países en desarrollo".

En el año 2016, otra resolución sobre la lucha contra la trata de seres humanos en las relaciones exteriores de la Unión, matiza la condena a la trata de seres humanos para la gestación subrogada forzosa e insta a los Estados miembros a analizar las implicaciones de sus políticas reproductivas restrictivas.

La prohibición de la subrogación, no tiene efecto real.

Se tolera la aceptación legal del resultado de los contratos celebrados en el extranjero, a través de la inscripción registral de estos bebés en los consulados de los países donde se celebran tales contratos y tienen lugar los nacimientos.

Es decir es una practica ilegal amparada en un fraude de ley. En España, los contratos de gestación subrogada son nulos de pleno derecho.

De manera que la filiación corresponde a los padres biológicos, según el artículo de la Ley 14/2006, de 26 de Mayo sobre técnicas de reproducción humana asistida.

El 19 de mayo de 2017, el Comité de Bioética de España publicó un informe sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada y su conclusión fue la del rechazo a esta práctica basándose en razones éticas y en sentencias del Tribunal Supremo contra la inscripción de bebés nacidos mediante esta práctica, aunque obviando otras sentencias posteriores del mismo tribunal en sentido contrario.

La filiación de un niño nacido mediante subrogación, a favor de los padres intencionales, españoles, es posible, siempre que se cumplan una serie de requisitos recogidos en la Instrucción del 5 octubre de 2010 , de la Dirección General de los Registros y del Notariado sobre el régimen registral, de los nacidos mediante subrogación.

El gobierno es flexible para atender a todas las demandas existentes de todos los partidos políticos y asociaciones de padres que quieren utilizar o utilizan la este procedimentol.

Así:

El 15 de febrero de 2019, la Dirección general de Registro y Notariado (DGRN) dependiente del Ministerio de Justicia, da luz verde a la admisión con la prueba de ADN, que demostrara la filiación paterna, para inscribir al RN como español.

A las 24 h de reenviarlo a los consulados, el gobierno, lo dejo sin efecto, asegurando "la obligación de preservar y proteger los derechos de las madres biológicas implicadas en el proceso y a proteger al menor" ... motivo por el cual siguen teniendo problemas las parejas que han realizado la subrogación en Ucrania y que ha sido noticia en todos los medios de comunicación.

La solución que ven las agencias a estas trabas legales en nuestro país es buscar la "trampa".

Primero se escoge el país donde está permitido, por ejemplo Grecia o Ucrania, o ambas. Se puede desarrollar la gestación subrogada en Ucrania, por ser más económico, dar a luz y registrar al niño en Grecia y a continuación regresar a España con un hijo que genéticamente es del padre o de la madre para registrarlo como propio y adoptarlo la otra parte de la pareja.

La presidenta del consejo de la Asociación de Mujeres Juristas Themis, asegura que un vientre de alquiler supone "comprar un bebé" y en España se penaliza el tráfico de personas", calificando esta práctica como una forma de violencia machista y explotación reproductiva, al igual que los matrimonios forzados o la mutilación femenina, como recoge el Convenio de Estambul 2014.

Por su parte, Nuria González puntualiza que esta práctica, a pesar de ser ilegal en nuestro país hay una enorme inseguridad jurídica que es aprovechada por las agencias intermediarias que, no solo se han implantado en España para aprovechar este pingüe negocio, sino que desde hace dos años organizan una feria comercial en Madrid".

Existe también una presión mediática a través de asociaciones de padres contratantes que quieren presionar políticamente, para que se legalice la

maternidad subrogada comercial en España.

Aparentemente, Albert Rivera de Ciudadanos ha recogido es inquietud, pues considera que en la Gestación subrogada " solo hay amor, vida, libertad y respeto y que recurrir a los vientres de alquiler es un derecho".

Siguiendo con esa presión mediática, el 05 de enero de 2019, se lanza a nivel nacional una noticia que habla de este tema y que ha generado mucha discusión en la sociedad: "El PSOE estudia penalizar a los que recurran a la gestación subrogada".

Todos los grandes partidos se han mostrado en contra de los vientres de alquiler, excepto Ciudadanos, que el pasado mes de julio registró en el Congreso una proposición de ley de la gestación subrogada para regularla y «ampliar» los derechos de gays y lesbianas, que tienen un acceso muy difícil a la adopción internacional ya que la mayoría de los países los veta.

El 13 de Agosto de 2019, el Ministerio de Justicia solicita, a la Fiscalía General del Estado que inicie una investigación sobre las agencias de gestación subrogada que operan en España.

La Ministra en funciones Dolores Delgado define esta practica como "una barbaridad tremenda". Asegurando que hay países donde los niños vienen con sentencia, no con pruebas biológicas que se compran.

Las asociaciones de padres acusan a la Ministra, de "demonizar" y "fomentar la fobia" a la gestación subrogada.

En opinión de Ana Miramontes, portavoz de la asociación "Son nuestros Hijos", que agrupa a mas de 500 familias que han obtenido descendencia con esta vía, refiere que hay un sector radical del PSOE, que es un tanto fundamentalista con esta materia y quiere poner pánico y fobia social a la subrogación, olvidando el posible daño a niños y a personas, que dentro de la legalidad, solo quieren ser padres.

Ahora bien, el Ministerio pone el foco en las agencias para acotar esta practica, si bien lo hace «sin perjuicio de dar solución a las situaciones de hecho que se hayan creado atendiendo al interés superior del menor»

V. Coste del proceso y filiación.

¿Cual realmente el Coste del proceso? ¿y como es posible que se pueda realizar la filiación? La realidad es que llegan a España unos mil niños al año y que el coste de la gestación subrogada ronda los 90.000 euros, dependiendo de dónde se lleve a cabo. En Grecia, por ejemplo, la mujer gestante cobra no más de 15.000€, el resto se paga a la agencia por gastos implícitos tanto de la propia gestación como de los tramites de filiación.

¿Cómo se determina la Filiación?

En España, al no estar admitida la técnica de la subrogación, no se puede filiar el hijo. El problema se plantea cuando se realiza la subrogación en un país extranjero con relación con el nuestro, con la intención de registrar al niño como español al ser hijo de padres españoles.

La filiación se debe realizar a través de la Dirección General Registro del Notariado.

Existen distintas formas de registrar al recién nacido como hijo de personas españolas.

- Filiación por adopción: la paternidad se adjudica al padre biológico y, posteriormente, la madre debe realizar la adopción del hijo de su pareja.
- Filiación por sentencia judicial: se celebra un juicio de filiación para determinar la paternidad y la maternidad de los padres intencionales. La resolución judicial obtenida, en la que constan los padres de intención, es reconocida directamente en España gracias a la Instrucción que la Dirección General de Registros y del Notariado (DGRN) dictó en 2010.
- Filiación por adopción de la gestación subrogada . Se determina la filiación por prueba genética y adopción
- Filiación sin resolución judicial. Si el padre intencional es el padre biológico, la legislación española permite la inscripción del recién nacido en el Registro civil y la madre intencional posteriormente lo podrá adoptar. (artículos 764 a 768 de la LEC).

En todos los casos:

- El padre intencional o biológico, debe aportar la prueba de ADN, que lo confirme. No en todos los

países es necesario.

- La gestante debe renunciar a la potestad del bebé y la madre intencional, podrá adoptar al recién nacido, según la legislación de adopción (Artículo 176 a 178 de la ley 21/1987) al volver a España
- La filiación del hijo cuando no conocemos la donación de gametos es anónimo, corresponde a la mujer gestante. A partir de aquí comienza el proceso de adopción.

VI. Conflictos éticos y legales.

Los conflictos éticos y legales de la subrogación, se inician con la firma del "contrato mercantil" entre la agencia y las partes, que implica una transacción económica.

Es importante reseñar aquí la existencia de tres tipos de madres potenciales: la gestante que aporta su útero, la genética que aporta sus óvulos y la contratante que desea su hijo ideal. Y dos tipos de padres: el genético y el contratante.

Y si hablamos de alteraciones de derechos fundamentales, de dignidad humana, de problemas éticos, de legalidad, es porque observamos las asimetrías informativas, culturales, económicas y sociales entre la persona o personas comitentes, la gestante, el recién nacido y las agencias intermediarias que organizan el servicio.

a.- Persona o personas comitentes.

El deseo de todo ser humano a reproducirse y a utilizar la subrogación, no se puede convertir en el derecho del que hablan los defensores de la gestación subrogada, porque ese derecho atenta contra la dignidad de las personas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad social, potenciando así las desigualdades sociales.

Es decir:

No se debe confundir un deseo con un derecho por el mero hecho de pagar una cantidad. El deseo no puede pisotear o alterar, los derechos fundamentales de las mujeres más vulnerables y de los propios niños

que se convierten en materia de comercio.

b.- Recién nacido.

La subrogación se basa como hemos visto en la compra-venta de un bebé, que antes de nacer es tratado como propiedad, como objeto y no como un sujeto. Debemos exigir una estricta protección. Hay que tener en cuenta que:

- Se eligen los gametos, en un amplio catálogo que se muestra en la agencia" con diferentes características fenotípicas, hasta obtener el más idóneo, y que se adapte al ideal de la persona contratante, procedencia que justificará la filiación. Como si de un traje se tratase.
- Los derechos de RN los tienen los padres contratantes, por lo que existe una cosificación de ese ser humano que nacerá .
- La identidad del RN, será la que los padres contratantes, tengan socialmente.
- La idoneidad del RN junto con el sexo, es lo que más va a determinar el éxito de proceso. El bebé idóneo es aquel que cumpla con las expectativas físicas de los padres contratantes.
- El Estado debería ser el garante último de los derechos de estos bebés.

Sin embargo, al permitir los contratos actuales, se crean situaciones en las que "lo más conveniente para la gestante (no apego al ser gestado), es contrario a lo conveniente para el bebé (apego y afecto materno)

c.- Mujer gestante

En las agencias intermediarias se explica que la gestante

- Va a recibir un buen asesoramiento,
- Que se hace una cuidadosa selección de candidatas.
- Que deben conocer el proceso y poseer un perfil psicológico específico, gran fortaleza y sensibilidad.
- Que si quiere participar en él lo harán de forma

libre, consciente y voluntaria .

- Que la motivación principal debe ser la de ayudar a otra persona, hombre o mujer, a que tenga un hijo, que como hemos visto no es del todo cierto.
- Suelen ser mujeres de 20-35 años, que han tenido al menos un hijo, sin antecedentes penales y con una actitud solidaria
- Que debe vivir su embarazo en la indiferencia, en la perspectiva del abandono con el pensamiento de que no es su hijo, teniendo prohibida psicológicamente la formación de cualquier vínculo sentimental con el niño que porta.

Todas las especificaciones deben figurar en el contrato, es lo que conocemos como "consentimiento informado" que debe firmar, pero no siempre es informado ni consentido, pues utilizan un neolenguaje para suavizar, la realidad del proceso.

Citamos en este caso a José Miguel Serrano Ruiz Calderón profesor de filosofía del derecho, de la Universidad Complutense de Madrid, en su ensayo "Manipulación del lenguaje, maternidad subrogada y altruismo " explica el neolenguaje de las agencias asegurando que "el útero en alquiler es un comercio, una práctica antigua con medios nuevos. El día que vea a una mujer rica blanca, hacer de portadora para una mujer pobre, india, estéril, entonces creeré y admitiré que puede ser un acto solidario".

Termina asegurando, es una forma de explotación de la mujer que se une a las discriminaciones que ya sufre en esta sociedad.

Los que están en contra de proceder hablan de que el contrato mercantil con la mujer gestante contradice las exigencias de la dignidad humana, siendo su cuerpo un objeto de comercio, ya que se trata de una nueva forma de explotación que ignora la "indivisibilidad" del cuerpo humano y del hecho de que no puede ser considerado como un objeto de comercio.

d.- "Servicio Gestacional".

El contrato mercantil suelen denominarse "servicio gestacional" asegurando que el "producto final", "el hijo", tenga la mayor calidad posible.

Para ello, en España se firma el contrato de los padres

contratantes con la agencia, ofertando el destino perfecto, una legislación adecuada, la mujer gestante más barata, que los gastos imprevistos los cubra la seguridad social española, y ante la necesidad de un préstamo facilidad en el trámite bancario, con la factura proforma, así como el procedimiento administrativo de reconocimiento de documentos extranjeros.

La agencia solicita a los contratantes, un certificado de su salud que justifique la esterilidad o infertilidad de uno o de ambos conyuges, que no en todos los países es necesario (si no lo tienen se lo tramitan ellos).

Entre las cláusulas del contrato suelen estar el país o países donde se va a llevar a cabo todo el proceso, los gastos de hospital, el someterse a una cesárea para proteger la salud del niño ante posibles complicaciones del parto, la reducción embrionaria, aborto o malformaciones según los casos que se presenten y el pago por el uso del propio cuerpo de la gestante con sus implicaciones físicas y psíquicas. Todo debe ser especificado como objeto de esa transacción económica.

Las agencias reúnen a las mujeres en centros óptimos para asegurar el perfecto control del embarazo (dieta, ejercicio, control gestacional...) , con rigurosas limitaciones a la libertad y modo de vida de la madre gestante, con la excusa de "protegerlas" de los efectos de la estigmatización y reprobación social que acompaña a estos contratos.

Como señala Casciano , profesor de la Universidad de Salerno, hay que tener en cuenta en el contrato varias cosas:

- Las condiciones higiénico-sanitarias de los países en los que se realizan las intervenciones.
- Las posibles complicaciones posteriores al parto y la ausencia de coberturas sanitarias prevista en el contrato.

- La obligación de abortar fetos con malformaciones o someterse a reducción embrionaria, en el caso de embarazo múltiple, sin que la madre gestante tenga opción a ninguna elección diferente, ya que agravaría las precarias condiciones económicas de su familia

INFLUENCIA DE LA EPIGENÉTICA EN LA SUBROGACIÓN

Para finalizar, quiero introducir una reflexión:

Se valora la epigenética al hablar del interés superior del menor? ¿Es real su influencia?

Ya en 1942 Conrad Waddington, describió las interacciones entre los genes y su entorno y desde entonces mucho se ha escrito sobre el tema .

La epigenética indica cambios heredables en la estructura y organización del ADN, que aun cuando no suponen una alteración de la secuencia de los nucleótidos, modifican la expresión génica y conllevan cambios heredables en el fenotipo.

Es decir son alteraciones en la modificación química del ADN, que no implican cambios en la secuencia, sino en el modo de expresión de dicho código a través de unas marcas.

Gráficamente puede entenderse, siguiendo a Rothstein, con el siguiente símil: el código genético de una persona sería el Hardware de un ordenador, mientras que la información epigenética sería el software que controla el hardware de dicho dispositivo.

Cada vez hay más estudios que demuestran la conexión de las epimutaciones con las condiciones ambientales, nutricionales, socioeconómicas y psicológicas en el desarrollo físico y psíquico, presente y futuro de una persona y sus descendientes.

Debe tenerse en cuenta:

- En primer lugar " el carácter transmisible de las epimutaciones "(del madres a hijos).
- En segundo lugar el carácter variable de las epimutaciones según la etapa de desarrollo de cada individuo.
- Los riesgos de sufrir las epimutaciones que comprometen al futuro RN, dependen de la técnica de reproducción utilizada, de la dieta realizada, del estrés (dudas, arrepentimiento, miedo...) de la mujer gestante y sobre todo del momento gestacional en el que se encuentre.

Algunos estudios han demostrado el aumento de las enfermedades metabólicas, autoinmunes, a lo largo de su vida.

¿Habría que incluir la epigenética como un factor más, al contrato en la elección tanto de los

donantes como del ambiente donde se lleva a cabo el proceso. ?

La alternativa a la subrogación podría estar en las nuevas investigaciones médicas sobre reproducción, que hoy nos parecen ciencia ficción.

El trasplante de útero, la regeneración de endometrio con células madres, los úteros de laboratorio, o la incubadora artificial, la ectogénesis, (desarrollar un feto fuera del cuerpo humano) o el trasplante de mitocondrias...son algunos de los temas en que se está investigando.

El Dr. Carlos Simón del Instituto Valenciano de Infertilidad (IVI) está trabajando ya con células madres de la médula ósea, de la propia madre, e inyectadas de nuevo en úteros atróficos, habiendo conseguido dos gestaciones, con recién nacidos normales, lo que constituye el primer paso para la fabricación de úteros en el laboratorio, a partir de úteros atróficos o desechados, por ejemplo, de las histerectomías. Han conseguido descelularizar y volver a recelularizar esos úteros en animales, y hacerlos funcionales, manteniéndolos unidos a una máquina para el aporte sanguíneo y hormonal

En resumen caminamos hacia un futuro no del todo claro ni ético, donde la mujer es la que va a decidir hacia dónde, cómo, qué técnica quiere utilizar y en qué momento de su vida va a ser MADRE.

Creo se debe insistir en que "No todo lo que la ciencia permite hacer, éticamente se puede hacer "

VII. Conclusiones. A modo de resumen:

1.- Se utilizan términos para suavizar la realidad de la gestación subrogada, como si de un producto comercial se tratara e incluso se habla de la 'generosidad' y del 'altruismo' de la mujer, cuando existe por medio una transacción económica y un contrato.

2.- Desigualdad: La aceptación de la gestación subrogada en la sociedad pone de manifiesto las desigualdades sociales.

3.- La Filiación: En España la gestación subrogada es ilegal y, por ello, es complicado registrar a ese niño hijo como suyo. En la mayoría de los casos la filiación está sujeta a HOMBRE GENÉTICO + MUJER

GENETICA Y/O GESTANTE. Los padres de este niño son las personas que han contratado la "gestación subrogada".

4.- Derechos humanos: La técnica de la subrogación, atenta contra los derechos de un ser humano que aún no ha nacido. Además de implicar la cosificación de la mujer y el menosprecio por la creación de la vida humana.

5.- Cosificación: La mujer gestante es aleccionada para que no cree ningún vínculo con el bebé que está en su vientre, esto atenta contra la naturaleza del ser humano y es perjudicial para ambos. Debe vivir con graves problemas psicológicos porque el bebé es entregado a sus padres en el momento en el que nace, sin permitirse el contacto con la mujer gestante en ningún momento.

6.- Negocio: Los beneficios económicos, no son íntegros para la madre de sustitución, están implicadas agencias intermediarias que se lucran con ella, convirtiéndolo en un negocio.

7.- Adopción. Adoptar un niño es un proceso lento y complicado. Sin embargo en la adopción hay un control por parte del estado de las familias a las que se entregan los niños, mientras que en la gestación subrogada no.

El auge de los vientres de alquiler, unido a la espera y las restricciones a parejas homosexuales han desplomado la adopción de niños extranjeros en España.

Me gustaría concluir, anotando que tal y como se gestiona actualmente la gestación subrogada por parte de las agencias, se produce una clara contradicción moral que atenta contra la dignidad humana.

Hemos visto que las agencias de gestación subrogada mercantilizan, cosifican, discriminan e instrumentalizan el cuerpo de la mujer gestante con una finalidad meramente económica.

Por otro lado, considero que la gestación subrogada debe ser una opción dentro de la reproducción humana, siempre y cuando se proteja la vida humana.

La función del Ginecologo debe ser escuchada antes de tomar la decisión, de la subrogación, para opinar si esta indicada o no, valorar la historia clínica de la o los "contratantes", ofreciendo la mejor técnica de

reproducción y no, como hasta ahora, que solo se le utiliza para que lleve acabo la técnica y/o para confirmar los motivos del proceso.

Considero que se debe de formar un comité compuesto, entre otros, por juristas, ginecologos, psicologos, sociólogos, para que puedan asesorar al Parlamento para una legislación nacional e internacional restrictiva y estricta, que defienda a todas las partes, pero sobre todo a la Vida Humana que es indivisible.

Y el Estado debe colaborar para que esta legislación se cumpla y no haya grietas que permitan llevar a cabo las trampas que hacen que esta técnica de reproducción desarrolle unas prácticas cuestionables.

Ni las personas contratantes, ni la gestante, ni el bebé deben sufrir las consecuencias de la gestación subrogada.

Bibliografía.

1. Steptoe PC, Edwards RG. Birth after the reimplantation of a human embryo. *Lancet*. 1978 12;2(8085):366.
2. Ethics Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Consideration of the gestational carrier: a committee opinion. *Fertil Steril*. 2013 ;99(7):1838-41.
3. Palazzani,L. "Los valores femeninos en Bioética". En : Aparisi Miralles, A. Ballesteros, B. (eds). *Por un feminismo de la complementariedad: nuevas prerspectivas para la familia y el trabajo*. Eunsa, Pamplona 2002.
4. Informe anual sobre derechos humanos y democracia en el mundo (2014) y la política de la Unión Europea al respecto- A8-0344/201
5. Resolución del Parlamento europeo, de 5 de julio de 2016, sobre la lucha contra la trata de seres humanos en las relaciones exteriores de la Unión-A8-0205/2016.
6. Ley 14/2006, de 26 de mayo, sobre técnicas de reproducción humana asistida.

7. BOE núm. 126, de 27/05/2006.
8. Informe del Comité de Bioética de España sobre los aspectos éticos y jurídicos de la maternidad subrogada. Comité de Bioética de España. 16 de mayo 2017.
9. Instrucción de 5 de octubre de 2010, de la dirección General de los Registros y del Notariado, sobre régimen registral de la filiación de los nacidos mediante gestación por sustitución.
10. Montero,E. "La maternidad de alquiler frente a la suma diviso iris entre las personas y las cosas. *Persona y derecho*, 72(2015).
11. Lopez Guzmán, J. Aparisi Miralles, A. "Aproximación a la problemática ética y jurídica de la maternidad subrogada". *Cuadernos de Bioética*, XIII(2012/2ª),258 y ss
12. Antonio Casciano. *La subrogación en la maternidad. Fenomenología de una interacción humana despersonalizadora*. *Cuadernos de Bioética*. 2018; 29(95): 39-56

EL POLIFACETISMO DE DON EDUARDO DOMÍNGUEZ ALFONSO (1840-1923), ACADÉMICO EJEMPLAR

Dr. Francisco Toledo Trujillo

Académico de Número

RESUMEN

Intentamos estudiar al hombre, al político, al presidente del Casino santacruceño en 1893 del que se dice: "En sus ojos centellea esa mirada penetrante que ausculta a primera vista al paciente; es notabilísimo operador y facultativo renombrado".

Nació Eduardo Domínguez Alfonso en el pueblo de Arona (Sur de Tenerife), el 13 de octubre de 1840. Marcha a Barcelona al objeto de seguir la carrera de Medicina y Cirugía, en la que siempre obtendría las máximas calificaciones y dos medallas, honores máximos que en su época se concedían a los alumnos aventajados.

El 4 de agosto de 1864, terminaba sus estudios de forma brillante, presentándose a oposiciones a las plazas de Médicos de Sanidad Militar donde obtiene el número uno. Regresa a Tenerife joven médico, uno de los más famosos de Canarias y el primero que en estas islas practicara la difícil y arriesgada operación de ovariectomía, sin que un solo caso se desgraciara en sus manos. El 1 de junio de 1882 casa en Santa Cruz con Da Juana Arce y Buitrago.

En la práctica médico-quirúrgica, Domínguez Alfonso llegaría a demostrar que fue, no sólo un cirujano notable, sino también un gran clínico. Obligado a salir de su tierra emprendería un viaje de estudios por Europa: donde aprendería los nuevos métodos quirúrgicos de Lisboa, Londres, París y Berlín.

En París, se reúne con su viejo amigo el Dr. Mascará, célebre oculista, conviniendo ambos el dirigirse a América para llevar a aquellas tierras los inagotables tesoros de su valiosísima ciencia. Recorren Sao-Paulo, Bahía y otras capitales de Brasil siempre en compañía del eminente Mascará, realizando prodigiosas

operaciones en los ojos que les valieron renombre universal.

En Canarias, el ilustre médico se ocuparía también en los azares de la política. Fue Presidente del Casino de Tenerife por acuerdos de Junta Directiva de 24-XII-1880.

Guigou, en su artículo "Una impresión" comentaría de forma magistral lo que había sido la vida y obra de este profesional: "Fue un sabio, una eminencia, una gloria canaria, y si en lugar de desenvolver sus aptitudes en el estrecho recinto de nuestra región, lo hubiese hecho en los grandes centros de cultura mundial, también hubiera sido mundial su nombre. Condiscípulos suyos como el Dr. Robert, San Martín y otros que en su vida estudiantil figuraron a su lado y aún en más bajo concepto, fueron más tarde glorias científicas nacionales, y algunos como esos que tuvo el honor de conocer, envidiaron sus famosos éxitos en las primeras laparotomías que antes que en el resto de España, practicó el Dr. Domínguez en Tenerife, con los más felices resultados".

SOBRE ÉTICA Y EUTANASIA

Dr. Manuel Toledo Trujillo

Académico de Número

RESUMEN

Los repetidos intentos de búsqueda de una justificación histórica o etnológica de la eutanasia no han encontrado ninguna base ética o moral en que fundamentarse. El utilitarismo del ser humano es una de las columnas fundamentales de la práctica médica y radica en que el bien intrínseco y la justicia de un acto deben estar determinados en la medida en que llevan al máximo bien. Cada ser humano autónomo es, no obstante, propietario de su mente y de su cuerpo, derecho de propiedad o legitimación que significa que puede hacer lo que desee con su propiedad siempre que no agreda a persona ajena de modo que la libertad de cada uno acaba donde comienza la de los otros.

Ahora bien, la destrucción de una propiedad no es delito si no va contra la voluntad del propietario y, de otra parte, la conservación y el mantenimiento de la vida no es un axioma ético o un valor objetivo supremo al cual debe subordinarse cualquier otra entidad moral. Toda valoración es subjetiva, finita y en relación con otras cosas. El mantenimiento de la vida es una propiedad inherente a cada ser humano; no es un valor absoluto que anule todos los demás, incluso, en algunos casos, deja de ser un valor para convertirse en una pesada carga, porque la muerte de una persona puede causar dolor a aquellos con quienes tiene relaciones afectivas, pero tal daño no es el resultado de una agresión contra su propiedad y por lo tanto es democráticamente injusto emplear fuerza, justicia, o cualquiera las diversas disposiciones teológicas, jurídicas, filosóficas o parlamentarias, para impedir la libre disposición de una persona sobre su propiedad.

En cuanto a la actitud médica respecto al tratamiento del paciente in articulo mortis, dejó escrito Kant que

la ética médica debería ser protagonizada por el deber y la obligación apoyándose en la bondad moral y la obligación moral. Con ello coincidimos plenamente, dado que estas son las bases indispensables para construir el cimiento sobre el cual se edificará la medicina que el buen médico practicará durante toda su vida.

Hoy, el progreso médico y la enorme capacidad de aplicación y mejoramiento de los principios técnicos de reanimación, ponen particularmente en manos del médico un enorme poder: El poder sobre la vida y la muerte, pero, simultáneamente, les otorga una serie interminable de responsabilidades y preguntas sin respuesta para cuya respuesta carece de formación específica y, ante las cuales, ignorante de las disposiciones estatales, morales, o filosóficas, se enfrenta con relativa frecuencia, sobre todo en urgencias hospitalarias, a una soledad absoluta ante una elección en la que jamás pensaron participar; en la alternativa de utilizar, o no, los medios, a su mano inexperta, para prolongar o alargar una vida vegetal sin sentido; en situaciones casi hoy frecuentes y ante las que poco años atrás, carecía de disyuntivas.

Sesión de Recepción de Académico Correspondiente. 21 de mayo, 2019

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA DE COHERENCIA ÓPTICA EN OFTALMOLOGÍA

Dr. Rodrigo Abreu González

Oftalmólogo. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife.

RESUMEN

En las dos últimas décadas se ha producido un importante desarrollo en las técnicas de visualización de las estructuras del ojo, especialmente de la retina. Ello ha sido posible principalmente por el desarrollo de la Tomografía de Coherencia Óptica (OCT-Optical Coherence Tomography), lo cual ha supuesto un cambio sustancial en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de muchas patologías oculares.

La tomografía de coherencia óptica es una técnica diagnóstica no invasiva de alta resolución que proporciona imágenes de diferentes tejidos intraoculares, principalmente retina/coroides y el nervio óptico.

El método de generación de imágenes es similar a la ecografía, pero utilizando radiación lumínica. La variación que se produce en la luz al penetrar los distintos tejidos genera una imagen axial denominada A scan, cuya combinación al obtenerse a lo largo de una línea genera el B scan.

El desarrollo de software unido a la mayor velocidad de adquisición de imágenes de la OCT también ha permitido el desarrollo de la Angio-OCT (OCT-A), una técnica de imagen que permite la visualización del flujo intravascular de la microvascularización retiniana, creando imágenes separadas de los distintos plexos vasculares retinianos. La no invasividad (no utiliza contraste) permite la repetición ilimitada de las exploraciones y la obtención una información dinámica, en la que se pueden segmentar los diferentes planos vasculares.

A lo largo de la ponencia, se expondrán ejemplos de aplicaciones clínicas de la tomografía de coherencia óptica en oftalmología y de cómo estos avances están

modificando nuestro conocimiento oftalmológico previo y la forma de diagnosticar y tratar a nuestros pacientes.

AVANCES EN CIRUGÍA DE LA MANO

Dr. Roberto S Rosales

Unidad de Cirugía de la Mano y Microcirugía. GECOT. La Laguna. Tenerife. Delegado Internacional de la Sociedad Española de Cirugía de La Mano.

RESUMEN

La primera reparación de arterias digitales de pequeño diámetro por Harold Kleinert, a finales de la década de 1950, permitió cambiar el paradigma "revisión y amputación" en las lesiones de la mano. Así, comenzó una nueva era caracterizada por la posibilidad de realizar de forma sistemática: reimplantes de dígitos, reconstrucción de lesiones catastróficas mediante trasplantes de dedos de pie a mano a mano; colgajos libres; y la microcirugía de los nervios periféricos. A pesar de estas mejoras técnicas, la calidad de la investigación clínica en cirugía de la mano era pobre. Históricamente, más del 80% de los artículos en el *Journal of Hand Surgery (European)* (JHSE) y un 67.6% en el *JHS (American)* (JHSA) presentaban un nivel de evidencia IV (en su mayoría series de casos). El porcentaje de artículos publicados con el nivel de evidencia más alto (ECA de alta calidad y Revisiones sistemáticas) en el JHSE (0,9% nivel I y 5,0% nivel II) y el JHSA (8,3% nivel I y 10% nivel II) era muy bajo.

La Clasificación Mundial del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (ICF) fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud para su aplicación en diversos aspectos de la salud (OMS, 2013). Las medidas de la salud pueden clasificarse según la ICF en: función y estructura del cuerpo, actividad y participación. Tradicionalmente, las medidas utilizadas en la cirugía de la mano habían sido principalmente en la función corporal y estructura, como radiografías, rango de movimiento, 2 puntos de discriminación sensitiva, etc. Recientemente el uso de instrumentos de salud basados en la opinión del paciente (Patient Reported Outcomes, PRO) ha sido introducido en cirugía de la mano para valorar resultados siendo considerados como medidas de la actividad y participación según la ICF. Los instrumentos PRO pueden ser clasificados como genéricos y específicos. Instrumentos PRO específicos, como el DASH, MHQ,

PEM, PRWE, CTS-6, etc., se centran en problemas asociados con estados de enfermedad individuales, grupos de pacientes o áreas de función y presentan una buena respuesta o sensibilidad para detectar cambios clínicos de importancia. Actualmente, gracias al trabajo de nuestra unidad, disponemos de las versiones oficiales en Español de los Instrumentos PRO para medir "Discapacidad de MMSS" (DASH), para medir resultados en "Síndrome de Túnel Carpiano" (CTS-Boston & CTS-6), o bien para medir discapacidad en relación a problemas de muñeca (PRWE), lo que ha mejorado la calidad de nuestra investigación clínica y por ende la cirugía de la mano en España.

LA EDUCACIÓN DE PRÍNCIPES EN LA MEDICINA ESPAÑOLA DEL RENACIMIENTO. EL ABECEDARIO VIRTUOSO (C. 1557) DE ALONSO DE SANTA CRUZ (1505-1567)

Dr. Justo Hernández

Profesor Titular de Historia de la Ciencia. Universidad de La Laguna. Académico Correspondiente.

RESUMEN

Después de hacer una breve descripción de cómo se desarrolla de manera general la educación de príncipes en la España del Renacimiento, en la que se une pedagogía y medicina según el estilo clásico del Humanismo, se estudia en esta conferencia el capítulo El Príncipe de un manuscrito del cosmógrafo real Alonso de Santa Cruz (1505- 1567) titulado Abecedario virtuoso, que incluye una exhortación al príncipe Carlos, primogénito de Felipe II, donde le anima a emular las virtudes de su padre y de su abuelo, a ser honesto y a ser estudioso. En conclusión, Alonso de Santa Cruz es un relevante preceptor del príncipe que hasta ahora había pasado prácticamente inadvertido y su manuscrito es un referente muy valioso para descubrir las coordenadas más importantes de la medicina cortesana en la España del Renacimiento.

ALERGIA A HIMENÓPTEROS

Dr. Fernando de la Torre Morín

RESUMEN

En esta conferencia abordaremos en primer lugar el significado del término himenóptero, su importancia desde la antigüedad y las causas que provoca su picadura en los seres humanos. En primer lugar, se expondrá el orden de los himenópteros del grupo de los hexápodos y sus clasificaciones en la familia Apoidea y Vespoidea, siguiendo con las nuevas avispas asesinas en Europa.

Así mismo, se abordarán los venenos de abejas y avispas, concretamente sus componentes (enzimas, péptidos, aminos biógenos) y sus acciones, la frecuencia de las reacciones alérgicas en España y la reactividad cruzada de los venenos. Acto seguido, se comentará la sintomatología de la picadura en reacciones locales, alérgica, angioedema, gigantes y sistémicas, como la anafilaxia, tóxicas e inusuales. Terminando así este apartado con reacciones alérgicas de mortalidad.

Tras esto continuaremos con las partes generales del diagnóstico: historia clínica, síntomas, patologías asociadas, identificación de insectos, pruebas cutáneas, determinación de IgE específica, Rast de inhibición, test de granulación de basófilo, triptasa basal, pruebas de exposición in vivo, IgG específica, liberación de histamina, sensibilización múltiple y reacción de IgE negativas, diagnóstico diferencias en Anafilaxia y en reacciones locales.

A continuación, para terminar esta segunda parte pasaremos a hablar de los tratamientos de la inmunoterapia, medidas preventivas y medidas para invernaderos.

Finalmente, trataremos el tema de la apicultura en Canarias y los estudios que llevados a cabo por el grupo de servicios del Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, con sus correspondientes resultados obtenidos.

PASADO, PRESENTE Y FUTURO DEL DOPAJE EN EL DEPORTE

Dr. Ángel José Gutiérrez Fernández

Profesor Titular del Área de Toxicología de la ULL. Académico Correspondiente

RESUMEN:

Hoy en día podemos definir el dopaje como la utilización, ya sea de manera voluntaria o no, de una sustancia o método prohibido por la Lista de Prohibiciones de la Agencia Mundial Antidopaje (AMA). Además, debemos incluir la administración o el intento de administración

de cualquier sustancia o método prohibido por cualquier federación deportiva a un deportista. Pero el concepto de dopaje es mucho más amplio, incluye otras conductas como ayudar, apoyar, incitar o realizar un encubrimiento de las infracciones de las normas antidopaje tanto

por parte de un deportista como de cualquier persona de su entorno.

Podemos entender por tanto al dopaje como una forma de fraude que limita el derecho de los deportistas "limpios" a participar de forma justa en una competición deportiva y este hecho se podría producir durante la competición, la fase de entrenamiento o cualquier otra

fase de la vida del deportista.

A lo largo de esta conferencia realizaremos un recorrido por la historia del uso de sustancias dopantes en el ámbito deportivo. Partiendo del contexto histórico del dopaje, se abordarán los principales acontecimientos, tanto desde el punto de vista humano como deportivo que marcaron el devenir de la evolución del dopaje. Nos adentraremos en el tema tanto desde la perspectiva de su definición como de su utilización y desarrollo a lo largo de la historia del

deporte. Nombraremos las principales prácticas dopantes (sustancias y métodos) usados hoy en día, haciendo referencia a los principales deportes y atletas que han dado positivo por el uso de este tipo de sustancias. Desde esta base, clasificaremos dichas sustancias utilizando para ello el marco descrito por la Agencia Mundial Antidopaje (AMA) que las cataloga en "sustancias prohibidas siempre", "sustancias prohibidas en competición" y "sustancias prohibidas en ciertos deportes". Para finalizar, se intentará vislumbrar hacia donde puede avanzar el dopaje en el deporte en el futuro y cuáles son las circunstancias desde el punto de vista de la salud humana que se deberán afrontar debido a estas nuevas prácticas.

ÓRDENES, CRUCES Y MEDALLAS ESPAÑOLAS RELACIONADAS CON LA SANIDAD, EL SALVAMENTO DE VIDAS Y LA SOLIDARIDAD SOCIAL. BREVE REVISIÓN

Dr. Gonzalo Lozano Soldevilla

Académico de Número. Sección de Biología, Facultad de Ciencias, Universidad de La Laguna.

RESUMEN

La falerística es una rama de la numismática, y por tanto una ciencia auxiliar de la Historia, que tiene como fin el estudio general de las condecoraciones, entendidas éstas como órdenes, condecoraciones de mérito, de servicio y conmemorativas, pudiendo contemplar tanto cruces como medallas. Falerística deriva del término *phalerae* (condecoración romana), y fue acuñado en 1937 por el coleccionista e investigador checoslovaco Oldřich Pilc.

En la Historia de las condecoraciones españolas relacionadas directa o colateralmente con la Sanidad, en sus múltiples acepciones, la primera referencia es la Cruz de Epidemias de 1829 creada por Fernando VII para recompensar a todas las personas que se distinguieron en la lucha contra las epidemias de Canarias de 1811, de Manila de 1820 y de Gibraltar de 1828 (cinta amarilla y rojo en dos mitades iguales). Esta Cruz, en su versión de Isabel II (1838) con cinta blanca y negra, se fundió en 1910 con la Orden Civil de Beneficencia (creada en 1857), quedando con este nombre hasta que en 1943 se restablece la Cruz de Epidemias con el nuevo nombre de Orden Civil de Sanidad (última reglamentación de 1983), separada de la Orden Civil de Beneficencia, que a su vez desaparece en 1989 sustituida por la Orden Civil de la Solidaridad Social.

Entre 1828 y 2019 encontramos en el panorama español de la Sanidad gran variedad de órdenes (dependientes del Gobierno de España), cruces y medallas (tanto del Gobierno como de instituciones de derecho público íntimamente relacionadas con él, como la Cruz Roja Española (fundada en 1864), que sigue concediendo desde 1876 sus placas y medallas, o la Sociedad Española de Salvamento de Náufragos,

fundada en 1880 bajo los auspicios de la reina regente Da María Cristina, y que hasta su desaparición en 1971 por la creación de la Cruz Roja del Mar concedió un total de 18 Medallas de Oro, 996 de Plata y 2.377 de Bronce, aparte de las correspondientes por colaboración, por acciones de salvamento de vidas en la mar.

Se comentan en la conferencia, de forma resumida, las principales ordenes, condecoraciones y medallas existentes y derogadas o desaparecidas por el paso del tiempo, haciendo hincapié en que algunas de ellas han sido sustituidas por otras como la Orden Civil de la Solidaridad Social, con un diseño de muy dudoso gusto, o por la creación de nuevas, como la Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas, culmen del despropósito más ridículo que se pueda considerar.

TOMÁS CERVIÁ CABRERA, EL INSTITUTO REGIONAL DE FISIOLOGÍA Y PATOLOGÍA DE TENERIFE Y LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

Dr. José Julián Batista Martín

Académico de Número

RESUMEN

El Dr. D. Tomás Cerviá Cabrera, fue un ilustre médico canario. Nacido en la Isla de la Palma, se licenció, doctoró y formó en la Facultad de Medicina de Madrid. Tras ganar la oposición de Numerario de los Dispensarios Antituberculosos se trasladó a Tenerife , ejerciendo tanto en el Dispensario de la calle San Lucas como en el Hospital Antituberculoso de la Provincia, rodeándose de los médicos tinerfeños más brillantes del momento. Dirigió reuniones científicas y un gran número de publicaciones, fund una revista de ámbito regional y con la colaboración del Cabildo Insular de Tenerife creó el Instituto Regional de Fisiología y Patología de Tenerife, embrión de lo que después sería la Facultad de Medicina de la Laguna.

LA GESTACIÓN SUBROGADA A DEBATE

Dra. Ma del Pilar Vázquez Santos

Académico de Número

RESUMEN

La gestación subrogada es una técnica de reproducción asistida que se encuentra hoy en día en debate. Se trata de un tema controvertido, que es ilegal en España a pesar de que cada año nacen en el extranjero entre 800 y 1.000 niños fruto de esta técnica según las asociaciones de familias y las agencias intermediarias.

En ella una mujer gesta al que se convertirá en hijo de otra persona o pareja, rompiendo así cualquier vínculo entre la mujer y el recién nacido.

Está siendo debatida en las discusiones jurídicas y políticas de nuestro país, por la complejidad moral, física y psicológica del tema. El mayor problema que existe es que a pesar de su ilegalidad, las personas que quieren llevar a cabo esta técnica, lo pueden hacer, pagando, por medio de las agencias intermediarias, que buscan la forma de que el deseo de estas familias se cumpla.

Se tendrá que facilitar las adopciones en nuestro país, que han caído estrepitosamente en los últimos años, por los requisitos burocráticos interminables, o legislar para que la gestación subrogada se legalice y deje de ser un obstáculo para quienes deseen utilizarla. Registrar al recién nacido, como suyo, es una complicación a la que tienen que hacer frente cuando regresan a España.

Los detractores de esta técnica, consideran que cosifica a la mujer, convirtiéndola en un objeto. Aluden a las diferencias sociales entre países, haciendo notar la posición de poder de los futuros padres frente a la posición vulnerabilidad social de la mujer gestante. Sin embargo los defensores, creen que están

defendiendo la vida, el amor, la libertad y que es un derecho.

Se habla de esclavitud y de desnaturalización, ya que el embarazo crea un vínculo real entre la mujer con el niño que gesta. Además, niegan, en todo caso, que las personas que gestan el bebé lo hagan de forma altruista, ya que siempre existe una compensación económica.

LEPROSERÍA DE ABADES: ARQUITECTURA, SOL Y AISLAMIENTO

Dr. Francisco Javier Castro Molina

Escuela de Enfermería Nuestra Señora de Candelaria (ULL). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Centro Asociado de Tenerife. Académico Correspondiente

RESUMEN

Tanto la lepra como la elefantosis afectaron a numerosas personas en las Islas desde los primeros momentos del dominio castellano, aunque no llegó a considerarse epidemia gracias a decretos y ordenanzas promulgadas por las autoridades. Esta situación era el resultado de la carencia de las mínimas condiciones higiénicas de la población canaria humilde, a lo que se unía un desconocimiento sobre su propagación y tratamiento, que tanto Leonardo Torriani como George Glas hicieron públicas en sus escritos. Todo ello obligó a plantearse la habilitación de lugares para su aislamiento, tratamiento y cuidado, ante la inexistencia de instituciones que prestaran tales servicios. Por iniciativa del Cabildo de Gran Canaria, en 1510 se creó un lazareto en el extrarradio del Real de Las Palmas. A finales del siglo XVI, en 1599, tras el ataque del pirata holandés Van der Does, el edificio quedó parcialmente destruido. La reconstrucción del inmueble fue inviable. La economía precaria que caracterizó a la fundación llevó a que surgiera la necesidad de desprenderse de parte de las propiedades existentes, entre ellas la venta de los terrenos a censo perpetuo, para la construcción de un edificio de nueva fábrica que con el paso de los años quedó "obsoleto". En la década de los treinta del siglo XIX, para dar solución a esta situación se planteó la construcción de un «nuevo hospital» en Gando que permitiera un adecuado aislamiento de los enfermos, dotándolo de mayores rentas de las que en la actualidad suministraba el Estado. Para el edificio, se propuso que los planos de la nueva fábrica fueran elaborados por la Real Academia de San Fernando con las dimensiones adecuadas dividido en pabellones por sexo de dos plantas, ligados por circulación semicubierta.

El devenir de los siglos y sobre todo un creciente número de casos en la ya provincia de Santa Cruz de Tenerife, obligó a dotarla de un moderno dispositivo asistencial de particulares características en la década de los cuarenta del siglo XX de la mano del arquitecto José Enrique Marrero Regalado. Tres fueron los posibles lugares que se plantearon: Ofra, la costa del Sobradillo, y, por último, el costero pueblo de Abades en el municipio de Arico, donde se inició el "fallido proyecto". Las causas de su emplazamiento se basaban en las condiciones de capacidad, los numerosos malatos presentes en Tenerife, un clima en la zona muy propicio y la distancia con la capital, que mitigaba el miedo existente hacia la enfermedad que estaba presente en la población. Las obras de construcción, en fase de proyecto, dieron comienzo en julio de 1942, anunciándose en la prensa local la edificación de un "preventorio para hospitalización transitoria de leprosos" que acabaría finalmente siendo la Leprosería de Tenerife.

LA PROTOHISTORIA DE LAS REALES ACADEMIAS DE MEDICINA: DE LA 'REGIA SOCIEDAD DE MEDICINA Y OTRAS CIENCIAS DE SEVILLA' A LA CREACIÓN DE LAS ACADEMIAS DE DISTRITO

Dr. Francisco González de Posada

Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina y Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife.

RESUMEN

La Real Academia Nacional de Medicina nace en 1861, independientemente de los criterios panegiristas que, desde los mitos de la antigüedad y de la nacionalidad, han venido presentando las loables 'historias intrínsecas' escritas sobre ella.

Una adecuada contextualización, en el marco del nacimiento y primer desarrollo de las instituciones académicas así como de las de otros significados culturales en el siglo XVIII, permite elaborar una historia completa de las instituciones académicas sanitarias y en ella situar correctamente las de Sevilla y Matritense en el proceso histórico y describirlas por su naturaleza.

INHIBIDORES DE CICLINAS, NUEVA ESTRATEGIA CONTRA EL CÁNCER DE MAMA

Dr. Norberto Batista

Catedrático de Medicina (Jub). Académico de Número

RESUMEN

Según los datos Globocan, se estima que durante el 2018 se diagnosticarán en España 32.825 nuevos casos de cáncer de mama. La incidencia ajustada por edad se sitúa en 74,4 casos por 100.000 habitantes, siendo estas cifras inferiores a las de países de nuestro entorno como Francia e Italia. España es el país europeo con una menor mortalidad por cáncer de mama, al presentar una tasa ajustada por edad de 10,6 muertes por 100.000 habitantes. A pesar de ello, es la primera causa de muerte por cáncer de las españolas.

En relación a la enfermedad metastásica, aproximadamente el 5% de las pacientes debutan en este estadio. Además un 20-25% de las pacientes diagnosticadas en estadios precoces presentan diseminación metastásica, a pesar del tratamiento inicial. La mayor parte (50-60%) de los cánceres de mama presentan receptores hormonales positivos (RH+), incluyendo receptores de estrógeno (RE+) y/o receptores de progesterona (RP). En este subgrupo de pacientes el tratamiento hormonal, lo mismo en el escenario de la adyuvancia que en el de la enfermedad metastásica ocupan un lugar central.

El tamoxifeno, los inhibidores de aromasa y el fulvestran han sido las opciones de tratamiento hormonal disponibles hasta fechas recientes para el manejo del cáncer de mama metastásico.

Sin embargo, a partir de finales de 2018 se han ido incorporando tres nuevos fármacos que pertenecen a la familia de los inhibidores de ciclinas (palbociclib, ribociclib y abemaciclib) al arsenal terapéutico de la enfermedad metastásica. Estas moléculas reducen la progresión de la enfermedad mediante la inhibición

del ciclo celular, es decir, de la activación o control de la proliferación de las células, gracias a lo cual todos ellos duplican la supervivencia libre de progresión. El perfil de toxicidad de los tres es diferente, pero en cualquier caso perfectamente tolerable, nada comparable a la quimioterapia.

Una vez consolidado su indicación en la enfermedad metastásica se han puesto en marcha numerosos ensayos clínicos para valorar el beneficio en la enfermedad localizada de alto riesgo. El reclutamiento de los mismos está completado y se está pendiente de resultados.

APLICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL UTILIZANDO APRENDIZAJE PROFUNDO

Dr. Manuel González de la Rosa¹ y Daniel González Hernández²

¹ Académico de Número.

² Titulado en "Machine Learning Engineer" y "Data Scientist "(Udacity Inc. EEUU).

RESUMEN

La Inteligencia Artificial, no es algo nuevo. Lo nuevo es el protagonismo que está adquiriendo y el lenguaje con el que se denomina. Ya se sabe: si no tienes ideas nuevas, inventa un lenguaje. Algunas ramas de la ciencia (con minúscula) son especialistas en ello.

Lo que tampoco es nuevo es el miedo a la innovación y al cambio. ¿Nos sustituirán las máquinas? Ojalá fuese así, si como pensaba Marcuse la plusvalía no tuviese que surgir necesariamente del trabajo del hombre, pero se aplicase a su bienestar. Esta parte utópica desgraciadamente no es probable que se lleve a cabo, pero estamos convencidos de que tampoco se harán realidad las habituales predicciones catastrofistas. La humanidad se ha adaptado a muchos cambios y lo seguirá haciendo. Lo importante es estar preparados para ello.

Hace muchos años que trabajamos en lo que ahora se llama Big Data, Robótica, Machine Learning etc. En la conferencia, comentaremos algunos de estos antecedentes. Sin embargo, hasta que las computadoras y la comunicación vía Internet no han alcanzado la enorme potencia que poseen actualmente, no se ha podido desarrollar en la práctica la enorme capacidad teórica que ya tenían.

Muchos procedimientos médicos que exigen una amplia experiencia, no pueden ser realizados por cualquiera. La Ciencia Médica se ha atomizado, y no se puede ser un super-especialista en todo. La gran ventaja de la Inteligencia Artificial es que la experiencia de algunos super-expertos en un problema concreto puede trasladarse a un uso general. Estos super-especialistas posiblemente no son más listos que los demás, pero deben poseer tres características

específicas: conocer perfectamente el problema concreto a afrontar, saberlo imbricar con el resto de la Medicina, y disponer de capacidades para sintonizar con ingenieros informáticos para traducir su conocimiento a un modelo utilizable en la práctica.

Pretendemos exponer nuestra experiencia en la resolución de seis tareas para automatizar por completo un procedimiento de evaluación diagnóstica y de control evolutivo del glaucoma. En concreto, sobre imágenes convencionales del fondo de ojo a color se debe localizar la cabeza del nervio óptico y delimitar sus bordes, identificar si se trata de un ojo derecho o izquierdo, evaluar la calidad e idoneidad de la imagen para ser analizada, segmentar sus estructuras vasculares para usarlas como patrón cromático de hemoglobina, analizarlas, y discriminar si se trata de un nervio normal o glaucomatoso. Todo esto debe hacerse usando un procedimiento simple, rápido, eficiente y reproducible.

Durante la conferencia expondremos los métodos de Aprendizaje Profundo (Deep Learning) que hemos utilizado y los resultados obtenidos. También realizaremos demostraciones prácticas en tiempo real del método. Si alguno de los lectores dispone de retinografías que desea evaluar, serán bienvenidas durante la propia conferencia. Nada como el "directo" para convencer.

SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN EN LAS PERSONAS CON LESIÓN MEDULAR

Dr. Manuel Mas

Catedrático de Fisiología (jub). Académico de Número

RESUMEN

Las dificultades en el funcionamiento sexual son frecuentes en los pacientes con lesión medular (LM) e impactan significativamente en su calidad de vida. La recuperación, o mejora, de la función sexual representa una prioridad importante de rehabilitación para muchos lesionados medulares y sus parejas.

La integridad funcional de la médula espinal es esencial para la respuesta sexual porque: (a) en ella se encuentran los centros reflejos mediadores para la erección del pene y clítoris y lubricación vaginal, así como de la respuesta orgásmica y (b) es la vía de comunicación, sensorial y eefectora, entre el cerebro y los órganos genitales.

Los centros reflejos de la respuesta de excitación sexual (erección, lubricación vaginal) se localizan en la medula sacra (S2-S4). Con lesiones completas por encima de la misma la estimulación táctil de los genitales evoca dicha respuesta, aunque no suele ser suficiente para una relación satisfactoria, al ser breve y descoordinada del estado emocional ya que al estar desconectados del cerebro, carece del refuerzo de sus señales descendentes. Los varones con estas lesiones se benefician grandemente del uso de fármacos inhibidores de la fosfodiesterasa 5, que prolongan la duración de las erecciones inducidas de modo reflejo. Con lesiones más bajas se precisan agentes más directos, como inyecciones intracavernosas de prostaglandina E1 o sistemas mecánicos (vacío seguido de compresión de la base del pene).

La eyaculación requiere de la integridad de los segmentos T11-L2 y S2-S4 así como su adecuada interconexión. En lesiones por encima de dichos niveles se puede lograr por masturbación o mediante

vibro-estimulación. En lesiones inferiores se requiere la más invasiva estimulación eléctrica transrectal. Estos procedimientos, especialmente en pacientes con lesiones altas (sobre T6), conllevan el riesgo de disreflexia autónoma, con aumentos peligrosos de la presión arterial. Con todo, la calidad del semen obtenido es baja, siendo peor cuanto más invasiva sea la técnica requerida para su obtención, mostrando generalmente los espermatozoides baja motilidad y vitalidad. Se atribuye a importantes alteraciones en la composición del plasma seminal. De ahí que éste se suela separar antes de utilizar los espermatozoides para inseminar a la pareja.

En las mujeres con LM, menos estudiadas, también se han documentado disminuciones de varios parámetros de su respuesta sexual. Su fertilidad no se afecta de modo importante, aunque su embarazo conlleva riesgos importantes (decúbitos, tromboembolismo, cistitis, disreflexia) y con frecuencia requiere cesárea; por ello se debe considerar seriamente la contracepción.

La rehabilitación sexual se debe considerar una importante parte del tratamiento integral de los hombres y mujeres con LM, con frecuencia personas jóvenes y deseosas de descendencia.

Excma. Sra. Doña Margarita Salas Folgueras,
Académica de Honor.

El pasado 7 de noviembre falleció en Madrid nuestra Académica de Honor, Margarita Salas (Canero, Asturias; 1938). Incorporada a nuestra Academia con tal distinción en 1999, la Dra. Salas ha sido uno de los referentes científicos e intelectuales de España durante los últimos cincuenta años. Sus aportaciones a la biosíntesis de proteínas, llevadas a cabo en el Centro de Biología Molecular "Severo Ochoa" (CSIC-UAM. Madrid), se consideran fundamentales para comprender los mecanismos de replicación y transcripción del DNA. Nada menos que 404 trabajos de investigación, algunos de ellos publicados en 2018, dan buena cuenta de su ingente labor científica.

El reconocimiento a su extraordinario mérito ha quedado respaldado por las numerosas e importantes distinciones y premios recibidos a lo largo de su vida, tantos que resulta imposible resumirlos en esta página. Entre ellos queremos destacar dos por su singularidad: su nombramiento como Académica de la Real Academia de la Lengua, y el de Presidenta del Instituto de España.

Lamentamos la desaparición de tan extraordinaria mujer, diríase que temprana, pues pese a sus ochenta años continuaba en el pleno ejercicio de sus facultades.

Normas para los autores

Tipos de colaboraciones

Están previstos los siguientes tipos:

- 1. Editoriales.** Serán por encargo de la Revista.
- 2. Revisiones.** En este apartado podrán aceptarse tanto las revisiones no sistemáticas de la literatura como los artículos de opinión. Las revisiones sistemáticas se consideran como originales (ver punto 3).
- 3. Originales.** En esta modalidad se aceptará cualquier trabajo de investigación experimental, observacional (clínico o no) u otros (revisiones sistemáticas, gestión o economía de la salud, por ejemplo).
- 4. Ponencias presentadas en las Sesiones Literarias.** Además de su publicación como resúmenes en la web de la Academia, las ponencias, una vez presentadas y discutidas, serán publicadas como resúmenes o en forma extensa. En cada número aparecerán las ponencias correspondientes a cada período cubierto por la revista.
- 5. Discursos de Sesiones Solemnes.** El discurso inaugural del curso, los discursos de recepción de nuevos académicos numerarios, y los de contestación a éstos, serán publicados íntegramente por la revista. Los de recepción de académicos correspondientes también pueden ser publicados y seguirán para ello las normas establecidas para los artículos de revisión (ver más abajo).
- 6. Trabajos premiados.** Los trabajos premiados (excepto los de la modalidad "Publicación"), serán publicados íntegramente a lo largo del año, siempre que no tengan una excesiva extensión. En tales casos la Redacción le solicitará al autor una reducción del contenido.
- 7. Noticias.** A cargo del Consejo de Redacción.

Todas las colaboraciones deberán enviarse inexcusablemente en formato word (.doc ó .docx). Se agradecerá que los manuscritos se redacten en letra arial, 12 puntos; se evitará el uso de plantillas, sangrías y espaciados especiales. Las manuscritos se remitirán a la siguiente dirección de email:

ramedicinatfe@hotmail.com

Cualquiera de los trabajos, sean de la modalidad que fueren, deberán redactarse conforme a los siguientes requisitos:

Página frontal:

Título: Máximo 25 palabras

Autores: Nombres y apellidos; en el caso de varios autores, sus nombres se ordenarán por el rol desempeñado; salvo en el caso de grupos de investigación no se admitirán más de seis de autores.

Autor responsable del trabajo: En el caso de varios autores es imprescindible que quede definido el autor que se hace cargo de gestionar la publicación del trabajo. Dicho autor debe facilitar su dirección postal, su

correo electrónico y el teléfono en el que se pueda contactar con él

Filiación: Lugar(es) donde se ha realizado el trabajo

Resumen: Las revisiones y los artículos originales deberán aportar un resumen de 250 palabras como máximo. Si se trata de un artículo original dicho resumen deberá contener los epígrafes correspondientes a Introducción, Material y Método, Resultados y Conclusión. Se agradecerá título y resumen en inglés de la misma extensión.

Texto: Las revisiones y los artículos originales tendrán una extensión máxima de 3000 palabras (bibliografía aparte). Las editoriales no superarán las 1000 palabras.

El texto de los artículos originales se distribuirá, siempre que sea posible, en los siguientes apartados: Introducción, Material y método, Resultados, Discusión, Conclusiones, Bibliografía.

Si se trata de notas u observaciones clínicas aisladas, el texto no debe superar las 1000 palabras y debe contener al menos una introducción seguida de la presentación de la(s) observación(es) y una breve discusión y ajustada bibliografía.

En el caso de trabajos de revisión no sistemática, la Introducción será seguida de los epígrafes que el autor crea conveniente, finalizando con la bibliografía utilizada.

Los resúmenes de las sesiones literarias y de los discursos de recepción de los académicos correspondientes no superarán las 1500 palabras. Si se desea se puede publicar como texto ampliado en la modalidad de revisiones, ajustándose para ello a las normas establecidas en ese caso.

Las referencias deben aparecer en el texto numeradas entre paréntesis, de acuerdo con el orden de su aparición en él. La lista de referencias al final del texto deberá confeccionarse conforme a dicha numeración.

En dichas citas aparecerán hasta un máximo de tres autores; si hubiese más firmantes se añadirá la expresión "et al."

Gráficos, figuras y tablas: Se admiten cuatro gráficos o figuras por trabajo, señalando el lugar en el que deben insertarse. Las tablas o cuadros quedan a discreción del autor, si bien se recomienda incluir solamente los estrictamente necesarios.

Los gráficos y figuras deberán numerarse con números arábigos, en tanto que las tablas se numerarán en números romanos; en todos los casos se acompañarán de una breve leyenda explicativa de los datos presentados. No es admisible exponer los resultados en gráficos y tablas simultáneamente.

Para cualquiera de las modalidades de colaboración, es de obligado cumplimiento que la reproducción de gráficos o figuras publicados por otros autores se acompañe del oportuno permiso de los editores del trabajo en cuestión.

Bibliografía: Al final del texto se presentará un listado de los autores citados en el texto, ordenados conforme a su aparición en él, ateniéndose a las denominadas normas de Vancouver. A continuación se muestran algunos ejemplos.

Artículo estándar:

Medrano MJ, Cerrato E, Boix R, Delgado-Rodríguez M. Factores de riesgo cardiovascular en la población española: metaanálisis de estudios transversales. *Med Clin (Barc)*. 2005; 124(16): 606-12.

Libro:

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Compendio de Medicina de Urgencias: guía terapéutica. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2005.

Capítulo de libro:

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador (o Editor, en su caso). Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

Publicaciones electrónicas:

Además de los datos clásicos, la cita debe explicitar el DOI. Para cualquier otra posibilidad se recomienda consultar ICMJE. [Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals: Writing and Editing for Biomedical Publication](#). April 2010.

Normas éticas

Protección de las personas y de los animales en la investigación

Cuando se informe sobre experimentos en seres humanos, los autores deben indicar si los procedimientos seguidos estuvieron de acuerdo con las normas éticas de los comités responsables de experimentación humana (institucionales y nacionales) y con la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en 2008. Si existe alguna duda de si la investigación se realizó de conformidad con la Declaración de Helsinki, los autores deben explicar las razones de su enfoque y demostrar que el órgano de revisión institucional aprobó explícitamente los aspectos dudosos del estudio. Cuando se informe sobre experimentos en animales, los autores deben indicar si éstos se hicieron conforme a la normas institucionales y nacionales para el cuidado y uso de animales de laboratorio.

Protección de datos y conflictos de intereses

La información sobre los datos personales y clínicos correspondientes a los participantes en los estudios se someterá a la normativa legal vigente. Así mismo los potenciales conflictos de interés de los autores deben quedar explicitados.

Estilo de redacción

Es recomendable que los autores redacten sus contribuciones en lenguaje sencillo y de fácil comprensión; así mismo se ruega que revisen cuidadosamente el texto para evitar errores gramaticales de cualquier tipo. Para ello se aconseja el uso de cualquiera de los manuales de estilo existentes en los distintos medios de comunicación.

En tal sentido, la presentación de un trabajo implica la autorización de los autores a la Editorial para la realización de cambios de estilo que no afecten al contenido.

Copyrights y difusión de los trabajos

Los trabajos publicados en *Ars clinica academica* lo harán en los términos y condiciones establecidos en la Licencia de Atribución 3.0 de Creative Commons, cuyo [texto legal puede consultarse en este enlace](#).



Revisión editorial: La figura del editor responsable

Todas las colaboraciones recibidas, excepto aquellas cuya autoría corresponda a un académico numerario, serán sometidas a una revisión editorial en el que será decisiva la intervención del editor responsable. A este respecto serán editores responsables todos los académicos numerarios así como los académicos correspondientes que el Consejo de Redacción crea pertinentes en cada caso. En casos excepcionales el Consejo podrá solicitar la intervención de un editor externo.

Será cometido del editor responsable ocuparse de que el trabajo en cuestión tenga la calidad necesaria para ser publicado en *Ars Clinica Academica*. Para ello entrará en contacto con el autor(es) y le orientará hacia tal fin, responsabilizándose de dar el visto bueno definitivo a la publicación. En los casos en que la autoría de un manuscrito corresponda a un académico de número, él mismo se constituirá en editor responsable, sin que ello excluya la revisión del trabajo por el Consejo de Redacción.

El nombre del editor responsable de cada trabajo será dado a conocer en la primera página de cada artículo.

Proceso Post-publicación

Una vez que el trabajo ha sido publicado los lectores podrán enviar comentarios a los autores. El período de envío durará hasta la aparición del siguiente número de la revista. Los comentarios serán de conocimiento público así como la respuesta del autor. El editor responsable actuará como moderador de los debates que puedan generarse.