

ARS CLINICA ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

Enero **2021**

Volumen 6 Número 2

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN EL NORTE DE ÁFRICA Y SUS
RELACIONES CON LA ORDEN FRANCISCANA MENOR (1877-1926)

EFFECTO DE LA CALIMA EN LA FUNCIÓN PULMONAR DE LOS
PACIENTES ASMÁTICOS (PROYECTO ASTHMADUST-1)

RESÚMENES DE SESIONES LITERARIAS



Gobierno
de Canarias



ARS CLINICA
ACADEMICA



*Real Academia de Medicina
de Canarias*

“Ars clinica academica” es una revista digital, cuatrimestral y gratuita, de libre distribución, propiedad de la Real Academia de Medicina de Canarias 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: Francisco Perera Molinero. Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias.

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

Francisco Perera Molinero

PREMIOS

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN EL NORTE DE ÁFRICA Y SUS RELACIONES CON LA ORDEN FRANCISCANA MENOR (1877-1926).....	5
<i>Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz</i>	
EFFECTO DE LA CALIMA EN LA FUNCIÓN PULMONAR DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS (PROYECTO ASTHMADUST-1).....	20
<i>Ana Belén Llanos González et al.</i>	

SESIONES LITERARIAS

EL RETO DE LUCHAR CONTRA LAS FAKE NEWS.....	22
<i>Dra. María Pilar Vázquez Santos</i>	
LA INSUFICIENCIA MITRAL. ESTADO ACTUAL DE SU TRATAMIENTO INVASIVO.....	23
<i>Dr. Rafael Martínez Sanz</i>	
ADOLESCENCIA. UN MUNDO QUE SE ROMPE.....	24
<i>Dr. Amado Zurita Molina</i>	
METALES PESADOS EN CONSERVAS DE PESCADO Y MARISCO DE CONSUMO EN CANARIAS.....	25
<i>Dr. Gonzalo Lozano Soldevilla</i>	
SEDUCCIÓN TECNOLÓGICA Y CONSUMO DE TABACO.....	26
<i>Dra. Ruth Pitti Pérez</i>	
LA TOXICIDAD NATURAL DE LOS ALIMENTOS.....	27
<i>Dr. Arturo Hardisson de la Torre</i>	
NUEVOS RETOS EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA DEL SIGLO XXI.....	28
<i>Dr. Enrique Quintero Carrión</i>	
INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN AL SERVICIO DEL PACIENTE.....	29
<i>Dr. Fernando Gutiérrez Nicolás</i>	
DIOXINAS, TOXICIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE Y EN LOS ALIMENTOS.....	30
<i>Dr. Ángel José Gutiérrez Fernández</i>	
¿COMPRENDER EL DOLOR DEL OTRO? UNA APROXIMACIÓN FILOSÓFICA A LA EXPERIENCIA DEL DOLOR CRÓNICO.....	31
<i>Dr. José A. de Vera</i>	
EL SER HUMANO: NEUROCIENCIA Y TRASCENDENCIA.....	32
<i>Dr. Francisco González de Posada</i>	
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.....	33
<i>Dr. Roberto Sánchez Rosales</i>	
SIMILITUDES ENTRE LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA GESTIÓN SANITARIA.....	34
<i>Dra. María Mercedes Cueto Serrano</i>	
FISICA MÉDICA Y PREMIOS NOBEL DE MEDICINA: ALLVAR GULSTRAND, PREMIO NOBEL DE 1911. VISIÓN HUMANA.....	35
<i>Dr. José Hernández Armas</i>	
CIENCIA, TECNOLOGÍA E INDUSTRIA DE EXTENSIÓN DE LA LONGEVIDAD.....	36
<i>Dr. José Rafael Castro Fuentes</i>	
EL FUTURO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO.....	37
<i>Dr. Esteban Pérez Alonso</i>	
LOS ZURDOS Y LA MEDICINA. LA INFLUENCIA DE LA LATERALIDAD.....	38
<i>Dr. Manuel Sosa Henríquez</i>	
SALUD Y ENFERMEDAD EN LA GESTA MAGALLANES - ELCANO.....	39
<i>Dr. Antonio Burgos Ojeda</i>	
EDADISMO Y SALUD PÚBLICA.....	40
<i>Dr. José Regidor García</i>	

OBITUARIO

<i>Dr. D. Gumersindo Robayna García</i>	41
---	----

ANEXO

Normas para los autores.....	42
------------------------------	----

Año 2020. La Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife (Distrito de Canarias) cumple 140 años desde su fundación como Academia Médico Quirúrgica en el año 1880. Coincide además esta efeméride con la actualización de sus Estatutos y la inscripción en el Registro de Reales Academias canarias, de la Presidencia del Gobierno de Canarias, con la denominación de Real Academia de Medicina de Canarias (Santa Cruz de Tenerife).

Es una fecha para celebrar y así teníamos planeado hacerlo, programando actividades y actos especiales a lo largo de este año para conmemorar los 140 años de existencia de nuestra academia.

Poco podíamos sospechar en los primeros compases de este 2020 que la pandemia debida al COVID 19 nos llevaría al punto en el que hoy nos encontramos.

Llegado el momento, nuestra academia supo reaccionar y así, el 9 de marzo, 6 días antes de que el Gobierno de España declarase el estado de alarma para todo el país, decidimos interrumpir toda actividad presencial y suspendimos, hasta nueva orden, las sesiones literarias que celebrábamos cada martes.

Esta fue una decisión difícil pero coherente con lo que la evolución de la pandemia exigía y con el espíritu sanitario que tiene esta institución. La situación que vivía el país así lo pedía y preservar la salud de los miembros de la academia se imponía como una prioridad.

Pasados los primeros meses y aunque el regreso a la "nueva normalidad" permitía celebrar reuniones presenciales siguiendo unas estrictas normas de seguridad y distanciamiento interpersonal, no nos pareció prudente ni coherente reanudar las sesiones literarias de la Academia de modo presencial, por lo que empezamos a buscar un sistema a través del cual pudiéramos retomar la principal actividad que manteníamos.

De esta forma, por primera vez en su historia, nuestra Academia comenzó a celebrar las sesiones de una forma telemática. Este comienzo se llevó a

cabo no sin cierta dificultad al principio, fruto de la inexperiencia que teníamos todos en este campo hasta ahora inexplorado.

Por supuesto que no es lo mismo. Las sesiones presenciales permiten una proximidad y un contacto entre los académicos y con el dictante de turno, que estas sesiones "on line" están lejos de conseguir. Somos muy conscientes de esto. Pero, por otro lado, esta fórmula nos ha permitido seguir con la actividad principal de la Academia, que son sus sesiones literarias y nos ha permitido hacerlo de una forma segura y conforme a las condiciones que la sociedad nos exige, aportando nuestro granito de arena a la lucha contra la COVID19. Ha permitido que los académicos se reúnan de nuevo, se vean las caras y compartan su ciencia y conocimientos.

Además, y no es baladí, ha permitido a los miembros de esta Academia residentes en otras islas, participar de nuestras actividades, que son las suyas también.

Creo sinceramente que la pandemia ha estimulado nuestra imaginación y nos ha inducido a entrar en un mundo en el que debíamos haber entrado hace tiempo y del que ya no vamos a salir. Nos ha obligado a buscar soluciones que van a implicar una mejora en la comunicación, a reinventarnos y evolucionar hacia el futuro.

Los cambios nos hacen sentirnos incómodos en ocasiones, pero en mi opinión, no podemos resistirnos a situaciones que nos han venido impuestas y, por el contrario, debemos contemplarlas como una oportunidad para evolucionar y perfeccionarnos.

Francisco Perera Molinero

Presidente de la Real Academia de Medicina de Canarias

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN EL NORTE DE ÁFRICA Y SUS RELACIONES CON LA ORDEN FRANCISCANA MENOR (1877-1926)

SPANISH MILITARY HEALTH IN NORTH AFRICA AND ITS RELATIONS WITH THE LOWER FRANCISCAN ORDER (1877-1926)

Juan Manuel García-Cubillana de la Cruz
c/ Cigüeña 3, Urbanización Soto del Real, 11100, San Fernando (Cadiz)
956 886 468 – 669 139 625
baupres@comcadiz.es
baupres@movistar.es

Trabajo galardonado con el Premio "General Darías Montesinos" convocado por la Real Academia sobre Sanidad Militar

Resumen

Tras la pérdida de las colonias americanas en las postrimerías del siglo XIX, España volvió la mirada al norte de África, en parte impulsada por las potencias internacionales que buscaban un equilibrio que limitase el poder de Alemania. La inestabilidad de la zona con cabilas insurrectas que no reconocían el poder del sultán de Marruecos, obligó al Ejército español a un importante despliegue que no disminuiría hasta la pacificación del Rif por el general Primo de Rivera en 1926. La Sanidad Militar tuvo un trascendental papel no solo en el cuidado del colectivo castrense sino asistiendo y mejorando la situación socio-sanitaria de la población indígena.

Durante ocho siglos la Orden Franciscana Menor ha intervenido en Marruecos en el campo de las relaciones humanas, sociales, políticas, culturales y religiosas, con acciones caracterizadas siempre por su carácter minoritario y una actitud desinteresada rindiendo un gran servicio a la sociedad indígena. La presencia de la Orden se retrotrae al primer cuarto del siglo XIII cuando se dedicó a la redención y apoyo espiritual de los cristianos cautivos. Su papel en la asistencia socio-sanitaria se incrementó en el último tercio del siglo XIX y primer cuarto del XX cuando numerosos españoles emigraron al norte de África, y en particular a la ciudad internacional de Tánger.

El presente artículo versa sobre la cooperación socio-sanitaria-cultural entre miembros de la Sanidad Militar española y de la Orden Franciscana Menor en Tánger durante los periodos de prefectura y vicariato apostólicos de los religiosos José María Lerchundi

(1877-1896) y Francisco María Cervera (1908-1926), así como el papel de la Sanidad Militar durante las primeras décadas del Protectorado Español.

Summary

After the loss of American colonies in the late 19th century, Spain turned its sights to North Africa, partly driven by international powers seeking a balance that limited Germany's power. The instability of the area with insurgent cabilas that did not recognize the power of the sultan of Morocco, forced the Spanish Army to a major deployment that would not diminish until the pacification of the Rif by General Primo de Rivera in 1926. Military Health played a momentous role not only in the care of the military collective but by assisting and improving the socio-health situation of the indigenous population. For eight centuries the Franciscan Minor Order has intervened in Morocco in the field of human, social, political, cultural and religious relations, with actions always characterized by its minority character and a selfless attitude performing a great service to indigenous society. The presence of the Order goes back to the first quarter of the thirteenth century when it was dedicated to the redemption and spiritual support of captive Christians. Their role in socio-health care increased in the last third of the 19th and first quarters of the 20th century when many Spaniards emigrated to North Africa, and in particular to the international city of Tangier. This article concerns the socio-health-cultural cooperation between members of the Spanish Military Health and the Minor Franciscan Order in

Tangier during the periods of prefecture and apostolic vicariate of religious José María Lerchundi (1877-1896) and Francisco María Cervera (1908-1926), as well as the role of Military Health during the first decades of the Spanish Protectorate.

ESCENARIO HISTÓRICO-POLÍTICO-CASTRENSE

Tras la conquista de Granada en 1492 y la expulsión de los moros, España intentó establecer una línea defensiva en la otra orilla del estrecho de Gibraltar. La conquista de América implicó que orientase sus esfuerzos hacia el nuevo continente, abandonando una empresa vital para su seguridad, constituyéndose África en un asunto secundario. A mediados del siglo XIX, durante el Romanticismo, lo oriental se convirtió en referente internacional y España, tras perder gran parte de los territorios americanos, volvió la mirada al Mediterráneo.

Durante la transición del siglo XIX al XX, las potencias imperialistas —Inglaterra, EEUU, Francia, Alemania y Japón— buscaron ejercer una política más internacional que regional. Los cambios en el pensamiento de la época conllevaron a movimientos técnicos-culturales, a un desarrollo tecnológico y a una segunda revolución industrial, arrastrando a las potencias a involucrarse firmemente en el asunto marroquí. En España se evidenció el agotamiento del sistema de la restauración monárquica, por la incapacidad de sus políticos para enfrentarse a la quiebra político-social y a los movimientos revolucionarios, que redoblaron sus intentos de derrocar a La Corona.

En la época precolonial, Marruecos estaba dominado por dos mayorías étnicas, bereberes y árabes. Los primeros asentados en las zonas montañosas del norte (El Rif), del centro (Atlas Medio y Gran Atlas) y del sur (Anti Atlas), así como las zonas desérticas del sur (El Sus y el Dráa), mientras los árabes ocupaban las planicies atlánticas. En la segunda mitad del siglo XIX, los franceses, en un intento de simplificar la cuestión, dividían el país en dos grandes áreas: el *blad-maizén*, o tierra del gobierno en la que habitaban las tribus arabizadas que acataban las normas del sultán, y el *blad al-siba*, o tierra sin gobierno donde se localizaban las tribus bereberes indómitas que vivían conforme a sus leyes tribales. Estos últimos se mantuvieron fuera de la autoridad del sultán hasta bien entrado el siglo XX (1).

En este contexto, en agosto de 1859 tuvo lugar el ataque de un grupo de rifeños a un destacamento español que custodiaba las reparaciones en diversos fortines de Ceuta, lo que desencadenó la conocida

como Guerra de África. Tras la victoria española en la batalla de Wad Ras del general Leopoldo O'Donnell —jefe del gobierno de Isabel II— se firmó el Tratado del mismo nombre con el sultán Mohamed IV (26 de abril de 1860), en virtud del cual Marruecos aceptó el pago a España de cuatrocientos millones de reales en concepto de indemnización de guerra. España ocuparía la plaza de Tetuán en tanto no se pagara la indemnización acordada. Se ratificó el convenio que había sido firmado el 24 de agosto de 1859 sobre Melilla, que incrementaba su perímetro fuera del área fortificada y los peñones de Vélez de la Gomera y Alhucemas. Se aumentaba el área de dominio de Ceuta y sus alrededores, incluyendo todo el territorio que iba desde el mar, pasando por los altos de la Sierra de Bullones, hasta el barranco de Anghera, así como la cesión a perpetuidad a España de un territorio alrededor del fortín de Santa Cruz de la Mar Pequeña, establecido en la costa atlántica en tiempos de Isabel la Católica. Con ello se recuperaría la explotación de la pesca en la zona. Este territorio pasaría a llamarse más tarde, Ifni.

Tras la firma del Tratado los prisioneros españoles y marroquíes fueron liberados, mejorando ostensiblemente las relaciones entre las dos naciones. Se autorizó el establecimiento en Fez de una casa de misioneros españoles con especiales privilegios y exenciones, similar al establecido en Tánger. Años antes, en 1845, Antonio de Beramendi y Freire, cónsul general de España en Tánger, escribía al ministro de estado de Isabel II, Francisco Martínez de la Rosa, acerca del beneficio civilizador para España de las misiones franciscanas en Marruecos.

La influencia de España fue creciendo paulatinamente durante el resto de la centuria decimonónica, años en los que se había producido un incremento de la población foránea en el norte de África. Según consta en el censo realizado por los franciscanos en la misión católica de Tánger en 1860, la población española asentada en la ciudad ascendía a 657 personas.

La anterior situación de convivencia pacífica finalizó en 1893, cuando unos seis mil guerreros de treinta y nueve cabilas invadieron la periferia de la ciudad de Melilla, que contaba con una guarnición de cuatrocientos soldados. Tras diversos enfrentamientos, el general Arsenio Martínez Campos consiguió en 1894 que se firmase el Tratado de Paz de Marrakech por el que Marruecos se comprometió a pagar a España veinte millones de pesetas en reparaciones de guerra (2).

En los primeros años del siglo XX, cuando las potencias internacionales invirtieron su energía en ocupar un

puesto en el nuevo orden mundial, España tuvo una mediocridad general en su clase política a consecuencia de los deficientes programas educativos y de su aislamiento. Gobiernos inestables y políticos enzarzados en guerras intestinas dieron como resultado una incoherente política exterior, diseñándose la hegemonía en el norte de África entre Francia (Quai d' Orsay), Inglaterra (Foreign Office) y Alemania (Reichskanzler).

La muerte del sultán Muley Hassan I en 1894 originó un vacío de poder, arrastrando al imperio alauita a un estado de anarquía, que se manifestó con especial virulencia en los territorios insumisos del norte. La llegada de la especulación minera permitió a los caciques locales enriquecerse y convertirse en señores de la guerra, con capacidad para movilizar a miles de hombres, canalizando la violencia social en su propio beneficio (1).

Posteriormente, entre marzo de 1905 y mayo de 1906, tuvo lugar la crisis internacional referida al estatus colonial de Marruecos, conocida como Primera Crisis Marroquí ó Crisis de Tánger. La República Francesa pretendía reafirmar su posición en Marruecos, contando para ello con el apoyo del Reino Unido y España, aspiración que el Segundo Reich alemán entendía como lesivo para sus intereses. La crisis alcanzó su punto álgido a mediados de junio de 1905.

Finalmente, entre el 16 de enero y el 7 de abril del 1906 se desarrolló la Conferencia de Algeciras con el objetivo de solucionar la crisis y el enfrentamiento entre las dos potencias. La conferencia finalizó consolidando la influencia francesa y española sobre Marruecos, al tiempo que se acordaba el control internacional de Tánger y el establecimiento de una fuerza policial internacional en los puertos de Marruecos dirigida por un comandante de la policía que preferentemente debía proceder de un país europeo neutral (2).

En la campaña de 1909 el Gobierno español asumió que tenía que cumplir los compromisos internacionales a raíz de la presión internacional. Los revolucionarios intentaron desestabilizar el país y derrocar a La Corona. La clase política se convenció en ejercer un férreo control sobre la acción militar, con maniobras muy dubitativas hasta la llegada al poder en 1923 de Miguel Primo de Rivera, que era capitán general de Cataluña. Su dictadura duró desde el 13 de septiembre de 1923 hasta el 30 de enero de 1930, siendo sustituido por la dictablanda del general Dámaso Berenguer Fusté (1).

Años más tarde, en 1911, estalló la conocida como Segunda Crisis Marroquí, originándose una revuelta de las cabilas contra el sultán de Marruecos Abd al-Hafid (1908-1912). España y Francia respondieron con operaciones militares para restablecer el control en el territorio. Aprovechando la situación, el káiser envió un buque al puerto de Agadir —ciudad estratégicamente importante por su ubicación en la zona francesa del Protectorado— con el pretexto de proteger a los comerciantes alemanes de la zona ante las revueltas, excusa que ocultaba el interés por instalar una base naval permanente en ese puerto.

En la consecuente crisis franco-alemana, el Reino Unido se opuso frontalmente a la pretensión alemana y mostró desde el inicio del contencioso su apoyo a Francia. En esta coyuntura, el Segundo Reich, al objeto de evitar un doble frente contra franceses y británicos, reconoció los derechos territoriales de Francia en el Tratado de Fez (marzo de 1912), pero a cambio exigió una compensación por las presuntas pérdidas alemanas al no poder penetrar en Marruecos. La crisis se solventó con la firma de un acuerdo franco-alemán por el que Alemania dejaba a Francia manos libres en Marruecos y, a cambio, el Segundo Reich se hacía cargo del norte del Congo —actual Camerún— ampliando así su territorio.

Tras el Tratado Hispano-Francés —firmado el 27 de noviembre de 1912— Francia reconoció el otorgamiento a España de la zona norte de Marruecos, configurándose el Protectorado Español, con capital en Tetuán, fijándose los límites entre las zonas francesa y española al norte del río Uarga. El norte de Marruecos quedó integrado en las posesiones españolas africanas que incluyeron además el Sahara Español, Ifni —territorio que fue provincia española hasta 1969—, las islas de Fernando Poo, Annobón y Río Muni —antigua Guinea Española, y desde 1968 Guinea Ecuatorial—.

No obstante, hubo que esperar hasta febrero de 1913 para que España comenzara a ocupar la zona de Tetuán, tras la maniobra dirigida por el general Felipe Alfau Mendoza. La dominación del Protectorado en su totalidad se produjo catorce años después, en 1927, dividiéndose la zona en cinco regiones administrativas: Yebala, Gomera, Lucus, Rif y Kert.

La acción del Protectorado Español tuvo una duración efectiva de veintiocho años (1927-1956), ya que en el periodo comprendido entre 1912 y 1927, la misión fundamental fue la de pacificación de la zona norte asignada. Es preciso señalar que el estallido de la Primera Guerra Mundial (1914-1918) supuso, ante la

neutralidad española en el conflicto, la práctica paralización de sus actuaciones sobre el territorio marroquí y de la ocupación de más territorios, con el objetivo de evitar la respuesta armada de las otras potencias europeas con intereses estratégicos en la zona (Francia y el Reino Unido).

Finalizado el conflicto mundial se reanudaron las acciones militares que llevaron en 1919 al Alto Comisario, general Dámaso Berenguer Fusté, a establecer la paz en Anyera, El Haus y Wad Ras. Un año más tarde, en 1920, fueron conquistadas las alturas del Gorges y Ben Karrich y, en septiembre del mismo año, las de Beni Hasan y Xauen. La campaña de pacificación sufrió un duro revés con la rebelión de las cabilas, lideradas por Abd el-Krim, que se precipitó en el Desastre de Annual (julio de 1921).

La victoria rifeña se tradujo en la proclamación de la República del Rif por parte de Abd el-Krim. Las incursiones de este último sobre zonas del Protectorado Francés determinaron un efectivo entendimiento franco-español que culminó, el 8 de septiembre de 1925, con el desembarco español en Alhucemas, acción que supondría el fin de las guerras de Marruecos y el inicio de la pacificación definitiva de la zona, hecho que concluiría en 1927.

Paralelamente a las acciones militares conducentes a la pacificación de Marruecos, el general Miguel Primo de Rivera pretendía la celebración de una conferencia internacional sobre la zona internacional de Tánger, de la que formarían parte Italia, Francia, Gran Bretaña y Estados Unidos. Tanto franceses como británicos se oponían a su celebración, prefiriendo una conferencia anglo-franco-española. Tras varios intentos de difícil entendimiento político y después de una reunión celebrada el 25 de julio de 1928, las cuatro potencias firmaron el nuevo convenio que fue ratificado el 6 de septiembre del mismo año. A raíz de la firma de este acuerdo, España regresó al seno de la Sociedad de Naciones.

A pesar de los conflictos políticos es preciso resaltar la labor que realizó Primo de Rivera a finales de los años veinte, época en la que la sanidad española en territorio marroquí alcanzó un gran auge, creándose instituciones a nivel asistencial y de salud pública, como el inicio de campañas para la erradicación del paludismo. No obstante, hasta años más tarde no llegó a consolidarse en el Protectorado una sanidad preponderante civil respecto a la militar (2).

LA ORDEN FRANCISCANA MENOR EN MARRUECOS

Marruecos forma parte de la misión más antigua de los frailes menores. Los hermanos franciscanos llegaron a Marraquech en el año 1219, viviendo aún san Francisco de Asís (1182-1226), dedicándose inicialmente a la redención y auxilio espiritual de los cristianos cautivos que gemían en las cárceles. Fueron cinco religiosos, fray Bernardo de Corbio, fray Pedro de Geminiano, fray Oton, fray Adyunto y fray Arcuso —estos dos últimos italianos—, siendo todos martirizados. Los primeros obispos nombrados por la Santa Sede en territorio almohade, fueron el dominico fray Domingo en 1225 y el franciscano fray Ángel en 1226, mitrado de Fez.

Posteriormente, mediante sucesivos tratados (dahires), los sultanes autorizaron la fundación de misiones al considerar su valioso asesoramiento en materia sanitaria, económica y política, tras haber acreditado su lealtad a los monarcas cristianos. Mediante esos dahires se les permitía entrar, salir por cualquier puerta; establecerse donde quisieran; administrar justicia y caridad entre los cautivos; tener un ejercicio libre de comercio —gracias a la exención de aduanas y registros de cualquier clase—; y gozar de un respeto absoluto a sus establecimientos, iglesias y centros de enseñanza. En palabras textuales, «tratarles con cariño, respeto y veneración y que nadie se meta con ellos pues están aquí para desempeñar su ministerio».

«Te ordenamos —decía en 1727 el sultán Mulay Mohammed Ben Ismail a su hijo Mulay Abdelkrim— que los que ofendieren a los frailes los envíen cargados con grillos, y a todo el que maltrate a frailes y cristianos mercaderes, no tengo más enemigo que él». A continuación, el sultán le ordenaba que encarcelase al alcaide Abderrahman Zihir Embarec y «que sin tardanza devuelva a los frailes todo lo que les quitó hasta que no quede por recobrar siquiera un cabello».

Desde el siglo XIV al XVII los misioneros españoles ejercieron el apostolado entre los cautivos españoles bajo la autoridad de obispos que residían habitualmente en Sevilla. En 1630 el obispado de Marruecos fue reducido a la categoría de prefectura apostólica dependiente de Roma y fue encomendada a los franciscanos de San Diego de Andalucía que permanecieron siempre a su servicio. Los franciscanos sirvieron de intermediarios en el rescate e intercambio de cautivos musulmanes y cristianos entre España y Marruecos (3).

A mediados del siglo XVII las actividades de las comunidades católicas asentadas en la zona occidental de norte de África estaban supervisadas periódicamente

S. Mig. Ultramar El otro Settlemento alarache en entrambos ay Iyles. Parrochial Confu-
 pita & Bautismo, y pone el obispo un Vicario para adm. Los Sacram.
 a los Soldados y gente de los presidios = En el Puerto de San Miguel
 Obispos adm. P. Capuchinos por lamayor Conueniencia que
 tiene el que asistan alli dhos Religiosos esto se hizo a instancia de fus
 Mag. Catholica y la Sacra Congregacion de Propaganda fide de lo fa-
 inha ydo misionarios App. y ha en gran furo en el Consuelo de lo y
 Castillos de Salé, y en la conversion de los moros que con el buen exemplo
 se reducen y pasan a dhaplaca, el qual se remiten a Estauil. de
 Cadix, donde se Catequican y se les da el Agua del Santo, Bautismo.

Figura 1. Visita Ad Limina Apostorum a los presidios de San Miguel de Ultramar y Salé, presentada por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X. Archivo Secreto Vaticano, Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v. Cortesía del Dr. Francisco Glicerio Conde Mora.

Marache En el Puerto de Marache ay conuiento muy antiguo de la Orden de S. Agustín
 de la Orden de S. Agustín cuyo guardian y Religiosos administran
 los Sacramentos, y amostrado la experiencia Conocidamente la
 grande Utilidad y provecho Espiritual para las almas y los moradores
 de Aquella Placa en que asistan alli dhos Religiosos por que se conser-
 uen en muchas paz = y se hacen alli Exercicios de Virtud. en la ygle.
 en todos Tiempos = = =

Figura 2. Visita Ad Limina Apostorum a la plaza de Larache presentada por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X. Archivo Secreto Vaticano, Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v. Cortesía del Dr. Francisco Glicerio Conde Mora.

por el obispo de Cádiz y Algeciras. Se conservan en el Archivo Secreto Vaticano las visitas Ad Limina Apostorum a los presidios de San Miguel de Ultramar —auxiliado por padres capuchinos— y Salé, y a la plaza de Larache —a cargo de frailes franciscanos— presentadas por el obispo fray Francisco Guerra en 1655 al papa Inocencio X (Figuras 1 y 2).

A mediados del siglo XVIII se fueron incrementando las pequeñas comunidades de comerciantes europeos en las ciudades de la costa del norte de África. A principios del siglo XX el papa Pío X creó la Prefectura Apostólica de Marruecos que poco más tarde se dividiría en dos vicariatos con sede en Tánger y Rabat, origen de los actuales arzobispados. Desde 1956 —durante el papado de Pío XII— la sede arzobispal de Tánger depende de la Santa Sede, estando la archidiócesis relacionada desde su inicio con la Orden Franciscana Menor, habiendo sido todos sus obispos franciscanos, así como la mayoría del clero de la diócesis.

La Orden Franciscana ha dispuesto de muchos traductores en el norte de África lo que permitió a la institución la dedicación a numerosas tareas:

Nombres	Periodo	Cargos
Jose María Lerchundi	1877-1896	Prefecto apostólico
Francisco María Cervera	1908-1926	Vicario apostólico
Jose María Betanzos	1926-1948	Vicario apostólico
Francisco Aldegunde	1948-1974	Arzobispo
Carlos Amigo Vallejo	1974-1982	Arzobispo
Ramón Lourido	1982-1983	Administrador apostólico
Antonio Peteiro Freire	1983-2005	Arzobispo
José Seijas	2005-2007	Administrador apostólico
Santiago Agrelo	2007-	Arzobispo

Tabla I. Franciscanos al frente de la Diócesis de Tánger (4)

lingüísticas, culturales, pedagógicas, humanísticas, teológicas (difusión de la fe), científicas (difusión de conocimiento) y políticas (diplomacia como interpretes).

COOPERACIÓN SANITARIA Y CULTURAL ENTRE LA SANIDAD MILITAR Y LA ORDEN FRANCISCANA MENOR EN TÁNGER.

Para conocer la historia de la cooperación española en la ciudad internacional de Tánger a finales del siglo XIX es preciso detenerse en la idiosincrasia de dos personas emblemáticas, Felipe Olivo Canales y Jose María Lerchundi.

El primero de ellos, Felipe Ovilo Canales nació en Segovia el 21 de julio de 1850 y falleció en Madrid el 2 de abril de 1909. Fue subinspector médico de segunda clase —equivalente a teniente coronel médico— de la Sanidad Militar española y un destacado higienista en el ámbito castrense y civil, además de un activo protagonista en movimientos como el Regeneracionismo y el Africanismo. A lo largo de sus treinta años de servicio participó en varios conflictos bélicos, como la Guerra de los Diez Años (1868-1878) y la guerra de la independencia cubana (1895-1898). En tiempos de paz destacó por sus trabajos en el Laboratorio de Histología del Hospital Militar de Madrid y sobre todo en Marruecos, donde fue destinado como agregado militar a la legación española en Tánger, ejerciendo como médico consultor del Consejo Internacional de la ciudad tingitana, un organismo encargado de la sanidad marítima marroquí. En el país africano desempeñó múltiples labores diplomáticas tanto en Rabat como en Marrakech, durante el reinado del sultán Hassan I. Fue socio fundador de la Sociedad Española de Higiene de Francisco Méndez Álvaro siendo comisionado por el gobierno español para estudiar la epidemia de cólera de 1884 en Tolón y como delegado auxiliar en la Conferencia Sanitaria Internacional de Roma en 1885. Escritor prolífico y destacado articulista, publicó memorias científicas, entre ellas El Cólera en Tánger editada en esa ciudad en 1895 por la Imprenta de J. Lugaro.

José María Lerchundi nació en Orio (Guipúzcoa) el 14 de febrero de 1836 y falleció en Tánger el 18 de marzo 1896. Su vocación religiosa se inició bajo la tutela de su tío homónimo, vicario en Asteasu y posteriormente en Segura bajo la dirección del franciscano José María Elola. Con veinte años tomó los votos solemnes en el Colegio de Misioneros para Tierra Santa y Marruecos de Priego (Cuenca), ciudad en la que en 1859 fue ordenado sacerdote. Llegó a

la casa conventual franciscana de Tánger en enero de 1860 cuando el general O'Donnell se acercaba a Tetuán, dedicándose al estudio de la lengua árabe. En 1886 fundó la escuela de estudios árabes en Tetuán y en Tánger se dedicó a numerosas fundaciones socioculturales: construcción de una barriada para pobres españoles (1887), imprenta hispano-árabe (1889), cocina económica, colegios, escuelas de artes y oficios, fábricas de electricidad y telefonía, unión cablegráfica con la península, cámara de comercio, muelle comercial, línea de la Compañía Trasatlántica (1895), etc. (5).

Su labor no se circunscribió a Tánger, fundando casas de misiones en Safí, Larache y Rabat. Sus profundos conocimientos sobre la lengua árabe le indujeron a publicar diversas obras: Rudimentos de Árabe Vulgar que se habla en el Imperio de Marruecos, publicada en Madrid en 1889, y Vocabulario español-arábiga, editado en Tánger en 1892. Sus dotes diplomáticas le hicieron valedor de la confianza de distintas autoridades: sultán Muley Hassan I, papa León XIII y reyes Alfonso XII y M^a Cristina.

En Chipiona (Cádiz) fundó en 1882 el santuario franciscano de Nuestra Señora de Regla, un centro de formación de misioneros destinados a Tierra Santa y Marruecos, y en 1897, junto al doctor Manuel Tolosa Latour, el Sanatorio Marítimo de Santa Clara. El inicio de las obras de esta institución coincidió con el IV^o Centenario del Descubrimiento de América (12 octubre 1892) finalizando exactamente cinco años después (12 octubre 1897) (6).

El padre Lerchundi contactó con el arquitecto catalán Antonio Gaudí al objeto de encargarle la construcción de un complejo para la Orden Franciscana en Tánger: iglesia, convento, hospital y escuela. El proyecto fue aprobado por la Congregación Capitular de Tánger el 17 de octubre de 1893, pero quedó pendiente de la aprobación por parte de la Santa Sede, especialmente por la grandeza y suntuosidad del diseño, no acorde con la austeridad de la Orden. El patrocinio correspondía a los segundos marqueses de Urquijo —Claudio López Bru y María Luisa Andrés Fernández-Gayón y Barrié—, dueños de la Compañía Trasatlántica y Tabacos de Filipinas. Una crisis económica de la Compañía, junto a una agitada situación política de la región impidió la ejecución del proyecto (5).

LA ESCUELA DE MEDICINA

La influencia del padre Lerchundi fue primordial en la creación de lo que a posteriori representó el inicio de la cooperación sanitaria española en Tánger, la

Escuela de Medicina y el dispensario vinculado a ella fundados en 1886 por el doctor Felipe Ovilo Canales (Figura 3). A la escuela asistieron inicialmente dos misioneros franciscanos —tras la dispensa de la Santa Sede (7) — y seis estudiantes militares musulmanes enviados por el emir Muley Hassan I (Tabla II). Los estudios duraban dos años, con veintidós lecciones teóricas sobre constitución y partes del cuerpo humano, terapéutica y elaboración de fármacos, y prácticas clínicas en el dispensario anexo en el que se ofrecía una asistencia sanitaria gratuita (8). Los alumnos se ejercitaban en la cura de heridas y como auxiliares de intervenciones quirúrgicas, bajo la tutela del cirujano militar Severo Cenarro Cubedo (9). Inicialmente la escuela se ubicó en el local del antiguo convento franciscano, que había servido de colegio de niñas y sede de las Hermanas Franciscanas Terciarias. En 1888 se trasladó a la planta baja del nuevo hospital español (6,10).

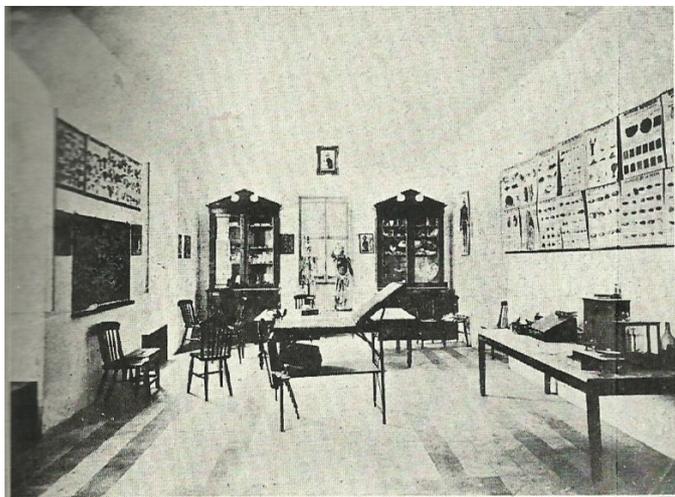
específica raza marroquí, con su consiguiente estigmatización en la adscripción de determinadas patologías. Con ello rechazaba que el Islam fuese el inductor de ciertas actitudes y comportamientos que perpetuaban la presencia de ciertos males infecciosos (10).

El Hospital Español

Previamente a la construcción del hospital español otras legaciones extranjeras habían fundado sus nosocomios en la ciudad internacional. El primer hospital francés se había inaugurado en 1865 a cargo del Dr. Zolinguer. Posterior a 1881 los ingleses construyeron su Hope House. Existía un statu quo entre las potencias europeas, con un mutuo recelo de sus innovaciones respectivas (6,10). El primitivo hospital se instaló en una casa particular próxima a la actual alcazaba donde se dispusieron seis camas que siempre estaban ocupadas por dos a cuatro pacientes. Comenzó su actividad el 2 de octubre de 1881.

Ante su reducida capacidad, insuficiente ante el aumento de demanda de la colonia española, hubo una intención de agrandar el edificio de la legación española pensándose en derribar el antiguo conventillo franciscano que había servido para colegio de niñas y luego para Escuela de Medicina. Lerchundi propuso vender el convento al Estado y destinar las doce mil pesetas de la venta a la construcción del hospital. Asimismo ofreció ceder los terrenos que la Misión había comprado en 1882 en las afueras de la ciudad. Entre enero y agosto de 1887 fueron atendidos en el primitivo hospital 3.021 dolientes, de ellos 2.585 varones y 436 mujeres. Entre las patologías asistidas con más frecuencia se encontraban: paludismo (11), oftalmías (por tracoma y gonorrea), afecciones sifilíticas y dermatológicas, afecciones de las vías urinarias, heridas y quemaduras (por pólvora) (6,10).

Finalmente, el 25 de noviembre de 1888 inició su andadura el dispensario y nuevo hospital español de Tánger, fundado por el Jose María Lerchundi —que gozaba de la protección absoluta del sultán Muley Hassán— y por el doctor Felipe Ovilo Canales — que tenía el apoyo de la comunidad diplomática—. El comandante médico Severo Cenarro Cubedo se encargó de los servicios quirúrgicos. La dotación del nosocomio constaba de dos médicos militares, cinco hermanas franciscanas y varias enfermeras que atendían a los pacientes, inicialmente españoles residentes en la región, tanto civiles como castrenses y más adelante indígenas, sin tener en cuenta su condición social o religiosa. La ciudad tenía entonces



TÁNGER.—Escuela de Medicina, fundada por el P. Lerchundi y el Dr. Ovilo (1892)

Figura 3. Escuela de Medicina de Tánger. López JM^a. El padre Lerchundi, Biografía documentada, p. 303.

Anselmo González (franciscano)	Hamid B Hasmi
Daniel Devesa (franciscano)	Muhammad Al-Awami
Mustafá Zaudi	Muhammad Dukkali
Ahmed Romani	Ahmed Ahardan

Tabla II. Alumnos de la Escuela de Medicina de Tánger en 1886* (*Elaboración propia)

La labor de los médicos militares Cenarro Cubedo y Ovilo Canales se vinculó a la necesidad de sanitización de las poblaciones como un medio de regeneración social, realizando un buen número de iniciativas higiénico-sanitarias. A diferencia de muchos colegas europeos, entre ellos los franceses, el doctor Felipe Ovilo Canales no creía en la existencia de una

una población europea de cinco mil personas y entre autóctonos —musulmanes y judíos— no más de treinta mil. Concebido como un hospital regional o de nativos, disponía de salas de enfermos corrientes (normales), salas de contagiosos, despachos para consultas, bloque para intervenciones quirúrgicas y una escuela de medicina ubicada en la planta baja (11). La capacidad máxima era de sesenta camas, con una estancia media mensual de veinte pacientes. La epidemia devastadora de cólera de 1895 ocasionó una ocupación media anual de cincuenta enfermos (6).

El reglamento de funcionamiento del hospital —redactado por el Ministerio de Estado español, responsable de la inspección y en calidad de patrono— constaba de veintitrés artículos incluidos en seis capítulos. En el capítulo Iº referente al Ordenamiento se decía lo siguiente: «El Hospital se constituye bajo el Protectorado Español y la intervención de las Misiones Franciscanas y será utilizado para atender primariamente a los españoles y secundariamente a los extranjeros y a los indígenas, señalando las condiciones de ingreso, según que la estancia sea gratuita o de pago». Se ofreció una asistencia universal para españoles, europeos, judíos y musulmanes. Aquellos con poca disponibilidad económica tenían acceso gratuito a la atención médica. A los adinerados, se les solicitaba el pago de sus estancias según tarifas establecidas por la Junta de Gobierno del hospital. Los marroquíes pagaban una peseta al día; los españoles pudientes, una peseta y media; y el resto de los europeos, de dos a cinco pesetas, similar a otros hospitales de la ciudad (6,8).

Desde su inicio, Lerchundi solicitó al ministro de España en Tánger que la presidencia efectiva o la dirección administrativa del nosocomio fuese confiada al superior de la Misión Franciscana, quien la ejercería por medio de un misionero dejando solo la dirección facultativa a un médico español. El hospital nunca fue oficialmente de la Iglesia. El Estado lo costeó reservándose la propiedad y la dirección oficial, aunque la responsabilidad de su andadura recayera en los hombros de la Misión.

El nuevo hospital, de dimensiones de 35 x 40 metros (Figura 4), se construyó en el lugar conocido en castellano con el nombre de Molinos de Viento y en árabe Stasef. Tanto el arquitecto Antonio Alcayne, como el maestro de obras José Rodríguez, eran hermanos de la Orden. Lerchundi era en esa época pro-prefecto apostólico en Marruecos. El proyecto se desbloqueó tras la llegada de Segismundo Moret —amigo de Lerchundi— al Ministerio de Estado

durante el Gobierno de Sagasta. El hospital funcionó hasta 1950, año en que fue inaugurado el nuevo y actual nosocomio, habiendo sido asistidos 51.899 pacientes. En la actualidad se utiliza como residencia de la tercera edad para residentes españoles en Marruecos. Dispone de consultas, laboratorio, farmacia, servicio de rehabilitación y ecografía (13).

En 1897 la Junta de Gobierno del hospital decidió ubicar en el local destinado a Escuela de Medicina a los enfermos contagiosos. Se pretendía construir dentro del recinto un edificio pequeño de planta baja con cuatro dependencias, al que se trasladaría la escuela, salas de consultas y operaciones. No existe constancia de su construcción.

En 1916, durante el vicariato del padre Cervera, se adjuntó al hospital la Casa de Socorro de la Cruz Roja,

Años	Facultativos	Cargo
1881	Felipe Ovilo Canales	Subinspector, médico mayor
1888	Severo Cenarro Cubedo	Comandante médico cirujano
1921	Luis Sampedro**	Médico militar, director
19??	Sánchez Coda	Médico
1929	José Siervet	Médico director
1929	Antonio Bernal Baquera	Médico encargado de la Gota de Leche
1930	Manuel Amieva Escandón	Capitán médico cirujano, director en 1935

Tabla III. Facultativos del hospital español de Tánger (1881-1930)*

* Elaboración propia

** Padre de Jose Luis Sampedro escritor, humanista, novelista, economista (1917-2013)

y en 1919 se iniciaron las gestiones para establecer en la ciudad la Gota de Leche, una institución de origen francesa cuya primera iniciativa en España databa de 1904. Se pretendía convertirla en un servicio dependiente del nosocomio, encargándose su gestión a los franciscanos y a la Junta de Damas de la Caridad. La misión franciscana cedió gratuitamente un solar adyacente al hospital, quedando definitivamente instalada en 1921, bajo la dirección del doctor

Sampedro —director del nosocomio— y atendida por las hermanas franciscanas venidas expresamente desde el convento central de Barcelona (10).

Estas religiosas habían llegado a Tánger el 30 de julio de 1883 y se encargaron desde el principio de la asistencia del primitivo hospital y de la enseñanza de la población infantil en las Escuelas Españolas de Alfonso XIII y más tarde, en 1913 en las Escuelas del Marqués de Casa-Riera. Fueron seis religiosas: priora María de la Cruz Torrentó y hermanas Cristina Grau, Natividad Idígoras, Eulalia Oruezábal, Consejo Aragonés y Soledad Farres. Actualmente se denominan Hermanas Franciscanas Misioneras de la Inmaculada Concepción (14,15).

La acción de estas religiosas se había mostrado muy satisfactoria en otras partes del Magreb y se enmarcaba en la pretensión de modernizar los cuadros familiares nativos dentro de labor misionera y civilizadora. Solo ellas podrían llegar a penetrar como enfermeras en el fondo de las agrupaciones familiares, dado el reparo que había en las sociedades musulmanas de que sus mujeres fueran examinadas por médicos varones (10).

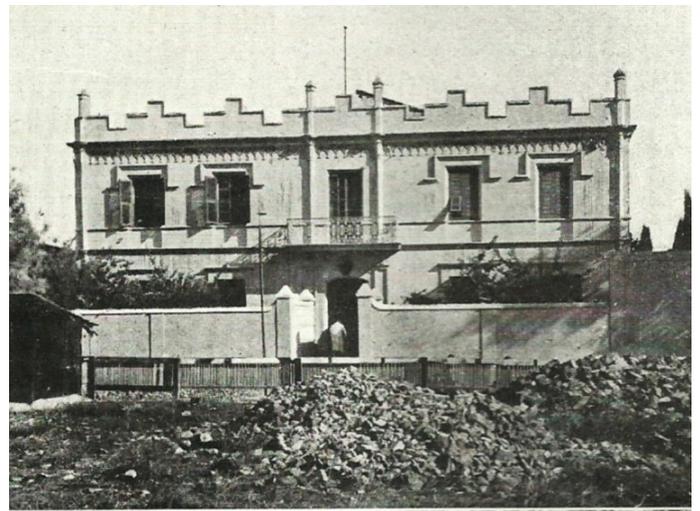
MEDICINA MARROQUÍ

A finales del siglo XIX no quedaba nada de los famosos centros médicos musulmanes de la época clásica, existiendo en el estado majzensí una desorganización completa de las medidas sanitarias. La medicina ejercida tenía un carácter tradicional, en la que se mezclaban aspectos de sanación de tipo espiritual con prácticas sanitarias básicas. La antigua red de maristanes equivalentes a establecimientos hospitalarios, donde acudían enfermos sin recursos y dementes, fundados en las épocas meriní y sa'adi, habían desaparecido en el periodo de los alawitas.

Se tiene constancia de la presencia de médicos europeos en la Corte Jerifiana durante el periodo de Ahmed al Mansur (1578-1603), incrementando su número en el siglo XIX al encargarse de la atención sanitaria de los europeos que se asentaban en las costas del norte de África. En 1792 se creó en Tánger, con la autorización del sultán, el Consejo Sanitario coordinado por el cuerpo diplomático extranjero. En 1884 el Consejo autorizó la creación de una Comisión de Higiene y Limpieza de la ciudad. Tras la muerte de Alfonso XII, España aumentó sus esfuerzos al objeto de contrarrestar la influencia de las iniciativas médicas de franceses y británicos.

Los sanitarios europeos intentaron a través de su influencia sobre el sultán controlar la sanidad portuaria tratando de establecer medidas de cuarentena que evitasen la introducción de enfermedades importadas por los peregrinos musulmanes que regresaban de realizar el Hach, una idea rechazada por los sultanes, reticentes a ceder competencias en el ámbito sanitario. No fue hasta la Conferencia de Algeciras de 1906 cuando la cuestión sanitaria de puertos como el de Tánger pasó a depender directamente de las delegaciones europeas (10).

La medicina practicada por la población indígena en el norte de Marruecos a finales del siglo XIX se encontraba en un profundo retraso e ignorancia. Los médicos rifeños (tobba, plural de tebib), barberos y sanitarios, ejercían la profesión sin haber realizado estudios, instruidos solo por progenitores o maestros. La terapéutica se basaba en productos procedentes del reino vegetal y en la superstición mágico-religiosa, con componentes pre-islámicos, siendo prescrita en muchas ocasiones por curanderos populares y santones. Se atribuía a los genios creados por Satanás, los Iblis, los causantes de las enfermedades, confiándose los enfermos al designio de Dios. En la Tabla IV se reflejan algunos de los tratamientos utilizados en diversas patologías o síntomas (16,17).



TÁNGER.—Hospital Español, construido a iniciativa del P. Lerchundi

Figura 4. Hospital español de Tánger. López JM^a. El padre Lerchundi, Biografía documentada, p. 212.

Las sangrías eran practicadas mediante ventosas aplicadas sobre escarificaciones efectuadas en la región occipital tras la apófisis mastoides, generalmente en primavera. Los amuletos (amalet) o talismanes (tamasin) eran fabricados con trozos de madera tallada unidos por hilos; fragmentos de versículos del Corán; fórmulas cabalísticas; caperuzas de tortugas, fragmentos de porcelanas, cuarzo o arcilla; esófagos

Patologías	Terapéutica
Malhumor, miedos	Sangrías, sal de amoniaco, azúcar, negro del humo, harina; amuletos y talismanes
Hipogalactias	Habas, guisantes, azufaias, hojas de higuera y corteza de granado; amuletos
Menstruaciones	Cocimiento de hierbas: romero, comino, artemisa, menta, tuya, perifollo, cardo, anís, mirto, té
Disenterías, proctitis	Cocimientos de higo chumbo, mirto, queso seco de siete años, azufaias y alcaparras
Pulmonías	Cocimiento de hierbas, sangrías
Heridas	Cauterización por fuego (ígneas) y aceite hirviendo; cantáridas, emplastos y ungüentos (hoja higuera, manteca de vaca, sebo de carnero, excrementos), clara huevo y henna
Cefaleas, neuralgias	Hojas de ricino (situadas bajo el tarbús), comino masticado, orégano
Otalgias	Aceite resultante tras hervir rizomas de gamones o camaleones vivos; bolitas de algodón con almizcle
Gastralgias	Semillas de apio y comino masticados
Odontalgias	Alcanfor, benjuí, euforbio, polvo de cuernos de animales
Granos	Fumigaciones de cinabrio espolvoreado sobre las ascuas; estiércol de vaca con gotas de mercurio
Fiebres	Cebolla albarrana, olivo y granado
Cardiopatías	Corazón crudo de cuervo
Cegueras	Ojos de murciélago
Conjuntivitis	Sangrías

Tabla IV. Terapéutica marroquí a finales del siglo XIX e inicios del XX*

* Elaboración propia

de camellos; lagartos, camaleones secos abiertos; patas, picos, pieles de ave; cantáridas y sulfatos de cobre en frascos de cristal, etc. Los productos se vendían en los zocos, en tiendas de tela (bakalitos) y dispuestos en el suelo sobre arpilleras o en estanterías. La circuncisión se efectuaba a la edad de tres a siete años y para la hemostasia se utilizaba clara de huevo y henna (16,17).

LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN LA ZONA ORIENTAL DEL PROTECTORADO

La situación de insurrección permanente de las cabilas de la zona nororiental de Marruecos colindante con Melilla, obligó al Ejército español a un enorme despliegue en las dos primeras décadas del siglo XX, con la consecuente implicación de la Sanidad Militar. La Capitanía General de Melilla se había creado en 1910, y en 1912 pasó a ser Comandancia General. Previamente, en 1897 se había reorganizado el Ministerio de la Guerra creándose una sección de Sanidad Militar, dividida en dos ramas, Medicina y

Farmacia. En la sección de Medicina existían dos escalas, la facultativa y la no facultativa. La facultativa o técnica estaba compuesta por doctores o licenciados en Medicina, base del Cuerpo de Oficiales. A la no facultativa, correspondían los jefes y oficiales de la reserva retribuida, procedentes de las clases de tropa del Cuerpo que debían reunir unas ciertas condiciones y aprobar un curso en las escuelas regimientales (Ley de junio de 1908). La Escala de Complemento —creada en 1918— acogió a reclutas de reemplazo anual que tuviesen terminada la licenciatura de Medicina.

Existía una brigada sanitaria constituida por las clases de tropa del Cuerpo, con unidades a pie para hospitales y montadas para ambulancias, al mando de jefes y oficiales médicos. En 1921 —año del Desastre de Annual—, de los 793 médicos militares de la escala activa, 203 estaban destinados en África (el 25,5%) y de éstos 81 lo estaban en la Comandancia General de Melilla. En algún momento, el 50% del total de médicos militares estuvieron destinados en Marruecos.

Antes de 1912, la zona de Marruecos cercana a Melilla carecía de instituciones sanitarias. Desde el inicio del Protectorado, además de hospitales de sangre (18), el Ejército había implantado unos consultorios indígenas y enfermerías militares fijas, a cargo de médicos militares en los que se ofrecía una asistencia gratuita a la población autóctona (19).

Ubicación	Oficiales médicos
Nador (1912)	Rafael Power Alesson
Zeluán	Fernando González Camonal († Zeluán)
Zoco Arbaa de Ackerman	Fernando López Laza
Zaio	Eugenio Martín Alonso
Hassi Berkan	Elías Nager Martínez
Sammar	Manuel Peris Torres
Zoco el Had de Beni Sicar	Manuel Peris Torres
Monte Arruit	José Espina Rull († Monte Arruit)
Kandussi	Fernando Serrano Flores

Tabla V. Consultorios indígenas y enfermerías militares fijas en la región del Rif*

* Elaboración propia

† Fallecido

Todos los consultorios indígenas disponían de personal fijo en plantilla, frente a las enfermerías de campaña cuyo personal era eventual. Los consultorios más antiguos se remontaban a la campaña de 1909, aunque fue a partir de 1912 cuando se hicieron cargo de ellos médicos prestigiosos, que se convirtieron en los mejores embajadores de la población rifeña. En algunas posiciones, al margen del consultorio, se habían construido enfermerías militares para la atención de los soldados españoles. La labor de los médicos castrenses españoles en la zona del Rif se centró en la potabilización de las aguas, campañas antipalúdicas, vacunaciones (viruela) y tratamiento de las enfermedades venéreas a la población indígena, en especial la sífilis.

En la Tabla VI se exponen las patologías atendidas en el consultorio de Nador en 1913, por el médico militar José Valdés Lambea, que sumaron un total de 14.016 asistencias a 3.192 pacientes (11.350 consultas, 1.453 visitas a domicilio, 998 vacunaciones, 190 intervenciones quirúrgicas y 25 inyecciones de Neosalvarsán) (20).

Patologías	Nº	Patologías	Nº
Sarna, tricofitias, favus	947	Ulceras, impétigos, abscesos	72
Heridas, fracturas, luxaciones, quemaduras, mordeduras	267	Afecciones de oído	68
Conjuntivitis (no tracoma), queratitis, dacriocistitis	207	Carcinoma, sarcoma	25
Paludismo	187	Tuberculosis (2-3% enfermos)	24
Sífilis, blenorragia, chancro blando	178	Cataratas seniles	23
Viruela	125	Linfangitis-adenitis	16
Tracoma	97	Fiebre tifoidea, parotiditis, rabia, quiste hidatídico, lepra, <i>kala azar</i>	12
Enteritis	83	Cataratas congénitas	8
Bronquitis	79	Valvulopatías, gigantismo, epilepsia	5

Tabla VI. Casuística del consultorio indígena de Nador en 1913*

* Modificada de Castrillejo Pérez D (20)

Del trabajo del doctor Valdés Lambea se pueden extraer una serie de consideraciones respecto a la morbilidad y terapéutica empleada en la población indígena. Era usual que los varones rifeños durante los meses de verano marcharan a Argelia para la siega. Volvían vacunados contra la viruela pero algunos contagiados de sífilis y blenorragia que transmitían a sus mujeres. La viruela se exacerbaba en la primavera, siendo la principal causa de ceguera. Ocasionaba abundantes cicatrices cutáneas.

Las intervenciones quirúrgicas se hacían con anestesia local. Las que precisaban anestesia general —caso de laparotomías— se realizaban en Melilla. Eran frecuentes las obstrucciones intestinales por consumo exagerado de higos chumbos en los meses de agosto y septiembre. Como laxantes se empleaban el aceite de ricino y la belladona.

La alimentación de la población aportaba unas 1.500 calorías al día. La hiperclorhidria estaba muy extendida debida al tipo de comidas: carne de carnero, pan de cebada, manteca, miel, té muy azucarado con yerbabuena e higos chumbos, y se trataba con bicarbonato. La leche la bebían agria dos a seis días después de ser ordeñada. El aceite usado para cocinar era verduzco, espeso y de fuerte sabor. Las comidas se sazonaban con condimentos como la nuez moscada y pimienta. Eran frecuentes las varices y las hemorroides. La extracción de tapones de cerumen —mediante jeringas— por los médicos militares españoles, impresionaban mucho a los indígenas. Existían pocas intoxicaciones por fumar cannabis (kif). Las caries dentales eran habituales.

Para las lesiones sifilíticas se administraban inyecciones endovenosas —llamadas por la población local «poner una aguja»— de Neo-Salvarsán® (60 cg en mujeres y 75 cg en hombres, espaciándolas tantos días como fracciones de 15 cg tuvieran las dosis), así como pomada mercurial a la que los rifeños eran muy aficionados. Había excepcionales resistencias al arsénico. Tras una segunda y tercera inyección de Neo-Salvarsán® se observaba un enrojecimiento general de las lesiones y la supuración desaparecía.

Para la fiebre se utilizaban píldoras de quinina. La tuberculosis se trataba mediante la práctica de un pneumotórax junto a la administración de calcio y sales de oro. Las conjuntivitis eran muy frecuentes en las épocas de floración del higo chumbo y granado. Las abundantes colitis —por shigellas, salmonellas, amebas, espiroquetas, áscaris y tricocéfalos— se trataban con emetina, láudano y purgantes. En los kala azar se practicaban punciones esplénicas al objeto de identificar las leishmanias. Las tiñas eran una plaga, sobre todo el Kerion de Celso y el herpes circinado.

El paludismo era una patología endémica en la zona por las abundantes charcas de los ríos Salado y Kert. Se presentaba mediante las formas clínicas clásicas (fiebres tercianas, cuartanas) o la tropical. En la investigación de los frotis, el secado del colorante de Giemsa se producía a los veinte minutos debido al calor del Rif. Se diagnosticaban pacientes con anemia grave, con menos de 500.000 hematíes/mm³ y casos de cirrosis hipertróficas ascitógenas. Para su tratamiento se empleaban sales de quinina (clorhidrato en mezcla con arsénico y hierro) —conocidas por los indígenas con el nombre de «píldoras de calentura y frío»— o quinina intravenosa. Las heridas se trataban con yodo. La incidencia de abortos era de 250 por 1.000 gestaciones, una proporción de una a cuatro (20).

En 1925, en el consultorio de la cabila de Beni-Said, fueron asistidos por el médico militar Ignacio Iribarren Cuartero 1.063 sifilíticos, sobre una población global de 25.000 habitantes, lo que supone un 4,25% de la población (25,0 % varones, 43,7% mujeres y 31,3% niños). Las lesiones se manifestaban con profundas úlceras (sífilides ulcerosas) de más de diez años de evolución que dejaban al descubierto tejidos óseos con trayectos fistulosos supurados. Tenían una preferencia por el surco deltopectoral dada la forma de sostener las mujeres a los niños. Era excepcional la presencia de neurosífilis. La agresividad era menor en los pacientes que padecían paludismo. Los varones por su hábitat de vida en el exterior eran más propensos a la picadura de los anopheles y por tanto a la malaria (85,3% en varones, 7,1% en mujeres y 7,6% en niños) y presentaban lesiones sifilíticas terciarias de menor gravedad. Los franceses tenían al respecto la siguiente frase, «el paludismo cura pero no evita la sífilis», a lo que los médicos militares españoles añadían, «no evita pero retrasa o benigniza la evolución ulterior» (16).

Previo al protectorado militar y político, a finales del siglo XIX hubo uno asistencial, científico y social. En la población marroquí, la Medicina se convirtió en uno de los principales baluartes para «ganarse a los indígenas», consolidándose como una ciencia auxiliar de la colonización. La estrategia se basaba en la «atracción, penetración pacífica o civilización». La labor de los médicos militares españoles, al igual que los franceses, alcanzó una dimensión política que sobrepasó la simple dimensión sanitaria, no generando sospechas entre la población indígena de un oculto proselitismo religioso, del que fueron en ocasiones acusados las hermanas y padres franciscanos (10).

En las dos primeras décadas del siglo XX estuvieron destinados en el norte de África insignes médicos militares españoles entre los que se pueden reseñar a Mariano Gómez Ulla (1877-1945), que tuvo una decisiva intervención en las campañas marroquíes de 1909 y sobre todo en la de 1921 a 1923, en la que puso en marcha los hospitales transportables a lomo de mulos, permitiendo una asistencia inmediata en primera línea con una drástica reducción de la mortalidad de los heridos. Posteriormente en la campaña de 1924-1925 —cuyo punto álgido fue el desembarco de Alhucemas— coordinó la evacuación de los heridos desde los hospitalillos de campaña a los barcos-hospitales y su ulterior traslado a la península.

Otro ilustre médico militar, Fidel Pagés Miravé (1886-1923) —considerado precursor de la anestesia metamérica— fue nombrado jefe del equipo quirúrgico

número 1 con sede en el segundo grupo de hospitales militares Docker de Melilla entre el 7 de septiembre al 18 de diciembre de 1921. Fue muy reconocida su actitud intervencionista en las heridas abdominales de guerra frente a las teorías abstencionistas de otros importantes cirujanos (21).

La Jefatura de Sanidad Militar de Melilla, estaba en 1921 bajo las órdenes del coronel médico Francisco Triviño Valdivia. Contaba con una sección de farmacia, laboratorio y parque de sanidad móvil. La dotación la componían 95 oficiales médicos, 2 oficiales de la reserva y 410 sanitarios de la Compañía Mixta de Sanidad, todos ellos desplegados en los regimientos y mías —cuerpo de policía indígena organizado en compañías, siguiendo el modelo europeo, destinado a auxiliar al Ejército español— que prestaban una atención sanitaria a más de 24.000 hombres.

de botiquines, material quirúrgico, material de curas y autoclaves; aumentar el número de ambulancias y camionetas Ford; aumentar el número de artolas y cestones para los mulos, etc., que importaban un total de 731.000 pesetas. El 9 de julio de 1921 dejó escrito: «Estamos confiando a lo que la suerte quiera depararnos».

Los oficiales médicos destinados en los cuerpos constituían la primera asistencia que recibían los soldados en campaña. En ocasiones debían montar los puestos de socorro en primera línea, lo que motivaba que algunos fallecieran mientras atendían a los heridos. Cuando la situación lo demandaba, acudían a las posiciones en lomos de caballo, por tortuosos caminos y acompañados por el botiquín de campaña. Los tenientes y capitanes médicos tenían la obligación de cumplir tres turnos obligatorios de

Unidades	Ubicación	Oficiales médicos
Regimiento de San Fernando	Annual Ben Tieb	Felipe Peña Martínez (herido en Monte Arruit) Miguel Cadenas Rubio Juan Pérez Ruiz-Crespo
Regimiento de Melilla	Cheif	José Rover Motta († Monte Arruit) Luis Méndez León († caída de caballo)
Regimiento de África	Annual Zoco Telatza	Juan Pereiro Courtier Miguel Palacios Martínez Enrique Videgain Aguilar († Monte Arruit) Francisco Muguruza Uribe
Mías números 2, 4, 8, 11, 12, 13, 14 y 15	Annual Beni Said Azib del Midar Dar Miziam	Jiménez Ortoneda Jaime Roig Padró Joaquín D'Harcourt Got Antonio Vázquez Bernabéu (huida a Alhucemas) Francisco Pérez Gómez Wenceslao Perdomo Benítez († Izen Lassen) Manuel Fernández Andrade († Monte Arruit)
Regimiento mixto de artillería	Annual	José Salarrullana Alabart (herido en Izzumar)
Regimiento de Alcántara	Dar Drius	García Martínez († Dar Drius)

Tabla VII. Oficiales médicos destinados en los escenarios del Desastre de Annual (19)

*Elaboración propia

El coronel Triviño, previendo el escenario de guerra que se avecinaba, realizó una serie de peticiones de mejora de dotación e infraestructuras para los hospitales de Melilla y las enfermerías de campaña y fijas, entre las que especificaba: sustitución de barracones de madera del hospital Docker y doblar la capacidad del hospital de indígenas; construcción de un hospital de campaña en Annual; mejorar la asistencia y evacuación marítima en Sidi Dris; reposición

permanencia en el Protectorado, lo que suponía pasar seis años entre los veintitrés y los treinta de edad. Esto no ocurría en el resto de los cuerpos a menos que lo solicitasen voluntariamente. En total fallecieron dieciocho oficiales médicos y farmacéuticos durante el Desastre de Annual —22 julio a 9 agosto 1921—.

Las enfermerías de campaña estaban formadas por

tiendas hospitalares cuadrilongas o cónicas y algunas de ellas —Annual, Sidi Dris y Dar Drius— estaban pendientes de importantes transformaciones que las debían convertir en barracones de mampostería. Los enfermeros eran civiles —sin derecho a pensión si morían en combate—, ya que hasta el 4 de septiembre de 1921 no se convocaron cien plazas de practicantes militares en el Ejército, germen del futuro cuerpo subalterno de Sanidad Militar (19).

Tras el Desastre los rifeños tomaron 534 prisioneros españoles concentrándolos en campamentos que fueron cambiando de lugar —Annual, Axdir, Tabelhac y Ait-Kamara—, en los que la mortalidad fue muy elevada. Finalmente el 27 de enero de 1923, fueron liberados 326, previo pago de cuatro millones de pesetas y un intercambio con 243 presos marroquíes. El sargento Basallo —de profesión herrador— anotó todas las asistencias prestadas durante el cautiverio (22). La atención sanitaria durante el mismo fue dispensada por los propios prisioneros —entre ellos el teniente médico Fernando Serrano Flores, fallecido durante el brote de tifus exantemático de la primavera-verano de 1922, y los enfermeros civiles José Cánovas Hernández (Mina La Alicantina) y Antonio Ruiz Gómez (Annual)— llegando a practicar intervenciones quirúrgicas, entre ellas amputaciones y heridas por arma de fuego. El caudillo Abd el Krin denegó en auxilio de los prisioneros desde el peñón de Alhucemas.

Para finalizar el artículo, se refieren dos hechos significativos en la historia de la Sanidad Militar española, que tuvieron lugar durante las campañas de Marruecos de las primeras décadas del siglo XX. El primero de ellos fue el inicio de la evacuación sanitaria por medios aéreos (MEDEVAC) a bordo de aviones Junkers F-13 —con capacidad para cuatro pacientes, dos en camilla y dos sentados— y Breget 26-T, fabricado por CASA en Getafe en 1924 (23,24).

El segundo hito fue el nombramiento de la Virgen del Perpetuo Socorro como Patrona de la Sanidad Militar mediante una Real Orden de 26 de julio de 1926, a instancias del capitán médico Enrique Blasco Salas. Asimismo, patrona de la Organización Médica Colegial mediante carta apostólica del papa Juan XXIII de fecha 14 de febrero de 1962, a instancias del insigne médico Antonio de Soroa Pineda.

CONCLUSIONES

- A finales del siglo XIX, la Medicina en el norte de Marruecos se encontraba en manos de curanderos

y santones, basada en creencias mágico-religiosas con una farmacopea procedente mayoritariamente del reino vegetal. Los maristanes de la época meriní y sa'adi ya no existían.

- El asentamiento de europeos en la costa del norte de África obligó a las potencias europeas —entre ellas Francia y España— a destinar facultativos que se encargasen de su atención sanitaria, muchos de ellos militares dada la inestabilidad política de la zona. A ello se unieron religiosos franciscanos que con un sentido evangélico se dedicaron a la mejora socio-sanitaria y cultural de la población indígena.
- Previo al protectorado militar y político español, a finales del siglo XIX hubo uno asistencial, científico y social. La Medicina se convirtió en uno de los principales baluartes para «ganarse a los indígenas», con una estrategia basada en la «atracción, penetración pacífica o civilización». La labor de los médicos militares españoles alcanzó una dimensión política que sobrepasó la simple dimensión sanitaria.
- La colaboración sanitaria entre franciscanos y médicos militares españoles en la ciudad internacional de Tánger cristalizó en la fundación en 1886 de una Escuela de Medicina para la población indígena y en la construcción en 1888 de un Hospital destinado tanto a europeos como autóctonos. En 1921 se puso en marcha la institución de la Gota de Leche.
- La labor de los médicos militares españoles en la zona del Rif se centró en la potabilización de las aguas, vacunaciones a la población (viruela), campañas antipalúdicas y el tratamiento de las enfermedades venéreas, en especial la sífilis. España invirtió importantes recursos en la mejora sanitaria de la población indígena.

FUENTES DOCUMENTALES

- Archivo del Santuario Franciscano Nuestra Señora de Regla, Chipiona (Cádiz)
- Revistas Mauritania, años 1928, 1929, 1932, 1933, 1935, 1951, 1952, 1955.

- Archivo Ibero Americano, 1930, año XVII, tomo 33.
- Archivo Secreto Vaticano (Roma)
- Congr. Concilio Relat. Dioc., 354, f 144v.
- Sala del Hospital Español de Tánger. Mauritania 1929; año II: 202.
- Ortega Martínez RM^a. La memoria interminable. El Hospital Español de Tánger. Boletín de la Asociación «La Medina» 1999; agosto (5): 8.

BIBLIOGRAFÍA

- Caballero Echevarría F. Annual. España: ImagenTa editorial; 2016.
- Mata Pérez C. La interculturalidad de los cuidados de Salus Infirmorum en Marruecos. Tesis Doctoral, Universidad de Cádiz; 2017.
- La Obra Misionera Franciscana en Marruecos data del siglo XIII. Mauritania 1955: 249-251.
- <https://deshaciendolamadeja.wordpress.com/2013/05/23/franciscanos-en-marruecos/>
- Valderrama Martínez F. Un Franciscano, arabista y diplomático: el P. Lerchundi, Asociación «La Medina». https://www.lamedina.org/actividades_historia/s/un_franciscano_arabista_y_diplomatico.
- Lourido Díaz R. Marruecos y el padre Lerchundi. Madrid: Fundación Mapfre, S.A.; 1996.
- De Lejarza F. El padre Lerchundi y la Escuela de Medicina de Tánger. Archivo Ibero Americano. Publicación trimestral de los Padres Franciscanos. Madrid, 1930; Año XVII (tomo 33).
- López JM^a. El Padre Lerchundi. Biografía documentada. Madrid: Imprenta Clásica Española; 1927.
- <http://www.lahistoriatrascendida.es/documentos/personajeshistoricos/CenarroCubedo.pdf>
- Castillo Larriba R. Los Franciscanos y el Colonialismo español en Marruecos: Jose María Lerchundi y Francisco María Cervera (1877-1926), Tesis doctoral, Universidad de Alcalá, 2014.
- Epidemia de paludismo en Tetuán. Mauritania 1928; año I: 171.
- Rey A. Las Franciscanas en el Hospital de Tánger. Mauritania 1933; año VI: 209-221.
- De Unzueta JR. Las Escuelas Españolas de Alfonso XIII. Mauritania 1951; año XXIV: 130-132.
- Iribarren Cuartero I. Trabajos de un médico militar en el Rif. Ceuta: Imprenta Imperio; 1942.
- Más Guindal J. La Terapéutica Musulmana descansa en los medicamentos vegetales y en la superstición. Mauritania 1935; año VIII (nº 89 y 90): 107-108, 139-144.
- De Lejarza F. En los Hospitales de Sangre. Mauritania 1932; año V (nº 55): 203-206.
- Sánchez Regaña J. La atención médica durante el desastre de Annual, 2013.
- Castrillejo Pérez D. Los consultorios de Nador y Zoco El Had en 1912-1913. Los inicios de la labor sanitaria española en esta zona de Marruecos. Sanidad Militar 2009; 65 (2): 132-143.
- Velázquez Rivera I, Diz Rodríguez MR, Robledo Aguilar A. Fidel Pagés Miravé, cirujano militar. Medicina Militar 2003; 59 (3): 51-55.
- Basallo Becerra F. Memorias de un cautiverio. Madrid: Editorial Mundo Latino; 1929.
- Diz MR, Virseda M, Diz L, Cancho MJ, Sáez D, Paños P. El transporte de heridos por vía aérea durante la campaña del norte de África 1921-1927. Medicina Militar 2006; 62 (1): 41-47.
- Navarro Suay R, Plaza Torres JF. 1925. Cuando volvimos a ser grandes....el apoyo sanitario en el desembarco de Alhucemas. Sanidad Militar 2012; 68 (4): 247-256.

EFECTO DE LA CALIMA EN LA FUNCIÓN PULMONAR DE LOS PACIENTES ASMÁTICOS (PROYECTO ASTHMADUST-1)

Ana Belén Llanos González¹, Hemily Katerine Izaguirre Flores¹, Héctor Manuel González Expósito¹, Candelaria Martín García¹, Juan Cózar Castellano², Joel Pérez Izquierdo³, Sergio Rodríguez⁴, Enric Terradellas⁵, Gerardo García-Castrillo⁵, Ernest Werner⁵, Emilio Cuevas⁶, Ana María Aldea Perona⁷, Sara García Gil⁸, Enrique González Dávila⁹, Alejandro Jiménez Sosa¹⁰, Daniel Luis Redondo Zaera¹, Paula Pérez De Armas¹, Orlando Acosta Fernández¹, Agustín Medina González¹.

¹Servicio de Neumología, ⁷Farmacología Clínica, ⁸Farmacia Hospitalaria y ¹⁰Estadística del Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). ²Ingeniero Industrial. ³Ingeniero Electrónico. ⁴Estación Experimental de Zonas Áridas, CSIC (Almería, España). ⁵Agencia Estatal de Meteorología, AEMET (Barcelona, España). ⁶Centro de Investigación Atmosférica de Izaña, AEMET (Santa Cruz de Tenerife, España). ⁹Departamento de Estadística, Investigación Operativa y Computación de la Facultad de Matemáticas de la Universidad de La Laguna.

Galardonado con el Premio del EXCMO. CABILDO INSULAR DE TENERIFE AL MEJOR TRABAJO SOBRE NEUMOLOGÍA

INTRODUCCIÓN:

La calima es un fenómeno meteorológico frecuente en las Islas Canarias, Norte de África y Oriente Medio, que se caracteriza por presencia de partículas respirables (<10µm diámetro) de polvo desértico-Sahariano- suspendido en la atmósfera. Su presencia degrada la calidad del aire y la OMS recomienda que la población no se exponga a concentraciones de PM10 >50 µg/m³ aire. El presente estudio analiza las alteraciones de la función pulmonar y los síntomas de los pacientes asmáticos durante los episodios de calima.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio de cohorte prospectivo de 50 asmáticos con tratamiento inhalado, en seguimiento por el Servicio de Neumología entre agosto-octubre 2018. En la primera visita se recogieron datos epidemiológicos-médicos, Test Control Asma (ACT), Cuestionario Control Asma (ACQ), adhesión y cumplimiento del tratamiento inhalado (TAI), exacerbaciones e ingresos hospitalarios. Posteriormente, el flujo espiratorio máximo (FEM), síntomas, empleo de medicación de rescate, atención en urgencias y adherencia al tratamiento inhalado fueron recogidos diariamente

mañana/noche, a través de una aplicación móvil Android y un Peak-Flow manual.

*Proyecto de Investigación Biomédica aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica local y beca de Ayuda a la Investigación NEUMOCAN 2017.

RESULTADOS:

La edad media fue 50±13 años y el 82% de pacientes mujeres. Sólo el 28% (14) tiene un buen control del asma según GEMA4.3 y el 94% (47) presenta asma persistente moderada o grave. Reciben inmunoterapia el 62%. La adhesión al tratamiento inhalado es inadecuada en el 42% de casos por incumplimiento errático deliberado (TAI). Durante el año previo, el 48% precisaron atención en Urgencias y el 14% ingreso hospitalario. Se registraron 6 episodios de calima durante el estudio, destacando uno intenso (PM10 >100 µg/m³ aire). Se analizaron los datos de 37 (74%) casos por mantener una participación estable durante el período de estudio. Comparando las variaciones del FEM en situación basal (PM10 8.71 µg/m³ aire) frente al episodio de calima intenso (PM10 140 µg/m³ aire), se observa un descenso de 28 ml (±8.42) (p <0.05) que se recupera a las 72h del evento (PM10 12.78 µg/m³ aire). Además, durante el episodio de

calima intenso dos de los pacientes precisaron atención en urgencias y se duplicó el número de pacientes con sibilancias, disnea, opresión torácica y empleo de medicación de rescate respecto a su situación basal.

CONCLUSIONES:

Durante los episodios de calima los asmáticos presentan un aumento de sus síntomas y un deterioro de la función pulmonar de forma estadísticamente significativa. Debido a ello, anticiparnos a estos episodios puede mejorar el control de la enfermedad evitando exacerbaciones e ingresos hospitalarios.

EL RETO DE LUCHAR CONTRA LAS FAKE NEWS

Dra. María Pilar Vázquez Santos

Académica de Número

RESUMEN

El problema de las Fake News, es un problema global, multifactorial, de aparición reciente que genera cierta vulnerabilidad individual e institucional en la sociedad.

Existe toda una ciencia para producirlas a través de bots sociales. El reto está en la identificación, para impedir su diseminación, generando un desafío para la ciencia. Se empezaron a difundir en la campaña estadounidense del 2016, aunque el impacto es moderado, sobre todo en temas políticos.

En temas más científicos, causa graves problemas de credibilidad en el entorno de las sociedades científico-médicas, como son la vacunación y el autismo, la nutrición, el cáncer, tabaco o últimamente la epidemia de coronavirus. No existen intervenciones reales para detener el flujo de las noticias falsas. Las plataformas intentan localizar las Fake News, pero a la vez también actúan diseminándose, siendo necesario crear iniciativas multidisciplinares que reduzcan la propagación, el impacto y aclaren las controversias existentes.

La Comunidad Europea, se lo ha tomado en serio, ha creado una comisión que está trabajando para implementar acciones claras, integrales y amplias para abordar la propagación y el impacto de la desinformación entre sus miembros.

Es necesario, un grupo asesor, interdisciplinario, que rediseñe normas para que la información sea objetiva, creíble, donde exista un control de la publicidad en línea y contrarreste la explosión y difusión de la desinformación.

LA INSUFICIENCIA MITRAL. ESTADO ACTUAL DE SU TRATAMIENTO INVASIVO

Dr. Rafael Martínez Sanz

Cirujano Cardiovascular. Académico de Número

RESUMEN

La prevalencia de la insuficiencia mitral (IM) aumenta anualmente (¿por hacerlo la hipertensión arterial? o por ¿dieta incorrecta?). Cronológicamente puede ser crónica (IMC) o aguda (IMA). La última por endocarditis o rotura muscular papilar post-infarto agudo de miocárdico (IAM), alarmante clicamente (sin cirugía la mortalidad es 100%), precisándola urgente/emergentemente. La IMC tiene diferentes etiologías y provoca una insuficiencia ventricular izquierda progresiva. El fallo estructural valvular mitral puede ser en velos, anillo, cuerdas, músculos papilares; importante para entender las opciones terapéuticas.

Los velos pueden prolapsar por ser redundantes (mixomatosos, enfermedad de Barlow) o contrariamente permanecer rígidos o inmóviles (por inflamación/calcificación), incluso pegados a la pared ventricular (tenting: remodelado ventricular post-IAM). En los prolapsos podríamos reducir el tamaño del velo y/o implantar neocuerdas. Cuando es rígido la sustitución valvular mitral (SVM) es la opción, (los alargamientos de los velos con pericardio autólogo o heterólogo o la supresión de las cuerdas terciarias es ineficaz tardíamente).

El anillo valvular puede estar muy dilatado, excepto el espacio inter-trigonal (esqueleto fibroso del corazón) que se mantiene constante. La anuloplastia reduce el anillo conforme al espacio que le correspondería según la medida del espacio inter-trigonal, suturándole un anillo protésico, lo que hace que los velos se aproximen. El anillo protésico puede ser rígido, flexible o tridimensional, imitando la configuración real anatómica. Destacan las aportaciones españolas.

Las cuerdas pueden estar muy elongadas/rotas, prolapsando el velo o segmento afecto. La opción es implantar neocuerdas (acortarlas es ineficaz) o bien eliminar el segmento de velo afectado por ellas. Unir

los dos velos en el centro (crea un orificio mitral en forma de 8, o técnica de Alfieri) es ineficaz frecuentemente a medio-largo plazo. Todas estas técnicas precisan circulación extracorpórea (CEC) para tener un corazón parado y exangüe. Actualmente contamos con una nueva técnica quirúrgica sin CEC, a corazón latiendo, para implantar neocuerdas.

Las opciones intervencionistas trans-catéter, intentan imitar a las quirúrgicas:

1-Mitra-Clip. Es un Alfieri trans-catéter, una opción, a veces eficaz, para pacientes de alto riesgo o rechazados de cirugía.

2- La anuloplastia por el seno venoso coronario, que es paralelo al anillo mitral.

3- La SVM transcatéter, sobre válvula nativa (precisa cierta rigidez del anillo). Es más sencillo implantarla dentro de una bioprótesis insuficiente (valve-in-valve).

La SVM puede hacerse con prótesis mecánicas: de jaula o de disco pivotante (carbón pirolítico) y actualmente de doble hemidisco (o disco partido). Contrariamente, los xenoinjertos tratados con glutaraldehído (pericardio porcino/bovino, válvula porcina), duran menos, pero no precisan anticoagulación, son muy usados (los homoinjertos mitrales fracasaron).

La SVM tiene peores resultados precoces y tardíos que las plastias (PM): Mortalidad hospitalaria (MH) en SVM (5-8%) vs. 1-3% en PM y más complicaciones prótesis-relacionadas. La IMA intervenida tiene una MH muy alta (15-40%).

ADOLESCENCIA. UN MUNDO QUE SE ROMPE

Dr. Amado Zurita Molina

Académico de Número de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife.

RESUMEN

La adolescencia es un periodo de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales que convierten al niño en adulto. Se inicia con la pubertad y termina cuando cesa el desarrollo bio-psicosocial. Siguiendo los criterios de la OMS, podemos calificar como adolescentes a los sujetos de 12 a 18 años de edad, reservando el calificativo de juventud para los que están entre 18 y 25 años, a partir de los cuales se les considera adultos. El inicio de los cambios puberales viene determinado tanto por variables genéticas como ambientales a través del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal. En la época prepuberal, la hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) y las hipofisarias (FSH y LH) están inhibidas por acción de mecanismos inhibidores del sistema nervioso central y por alta sensibilidad a la retroalimentación negativa de los esteroides gonadales. La pubertad comienza con una disminución de la sensibilidad de las neuronas hipotálamicas productoras de hormona liberadora de gonadotropinas (GnRH) dando lugar a la activación del eje hipotálamo-hipófiso-somatomedínico, con aumento en la producción de GnRH en el hipotálamo y de hormona del crecimiento (GH) en la Hipófisis, que a su vez aumenta los niveles de factor de crecimiento tipo 1 (IGFI) y proteína transportadora de IGF tipo 3. El comienzo y la progresión de la pubertad varían de un adolescente a otro, con un amplio rango de normalidad, dando lugar a la Adolescencia con cambios en el crecimiento óseo y órganos internos, y la maduración sexual (gónadas, órganos reproductores y caracteres sexuales secundarios). Conviene destacar que el hipotálamo entre otras funciones coordina el sistema nervioso autónomo y juega un papel fundamental en el comportamiento y la expresión de las emociones. Uno de los aspectos más novedosos en el estudio de la adolescencia es investigar el pensamiento y respuestas a diversos estímulos, y su localización

funcional en las diversas estructuras cerebrales, según se van produciendo cambios madurativos en el desarrollo cerebral de los adolescentes. Exploraciones del cerebro mediante técnicas de imagen funcionales, han puesto en evidencia el papel que desempeñan la corteza cerebral prefrontal y la amígdala cerebral en el procesamiento y respuesta a estímulos en las relaciones humanas, estados de estrés, depresiones, impulsos de agresividad, autolisis, etc., frente a estados de satisfacción, creatividad, afectivas, etc., ambos contrapuestos y modificables. La adolescencia es considerada la etapa más importante en la formación del individuo adulto, con apoyo familiar, educativo, legislativo, cultural, de ocio, económico, sanitario, entre otros, futuro generacional salvaguarda de un mundo mejor.

METALES PESADOS EN CONSERVAS DE PESCADO Y MARISCO DE CONSUMO EN CANARIAS.

Dr. Gonzalo Lozano Soldevilla

Académico de Número de la RAMSCT. Profesor Honorario de la ULL.

RESUMEN

Se exponen en la presente conferencia los datos de contenido de metales pesados tóxicos mercurio (HG), plomo (Pb) y cadmio (Cd) en conservas y semiconservas de pescado y mariscos (moluscos bivalvos) de consumo corriente en las Islas Canarias, obtenidos en estudios realizados por el equipo TOXMAR (Toxicología y Contaminación Marina) en la Universidad de La Laguna desde la década de 1980 hasta la actualidad.

La metodología de estudio analítico ha variado en función de las circunstancias y el tiempo, siendo la espectrofotometría de absorción atómica, en sus diferentes variantes, y la espectrometría de emisión atómica con plasma acoplado inductivamente las técnicas utilizadas.

Se comenta brevemente la legislación europea (UE) que marca los límites máximos de contenido metálico (CMA) de estos tres metales en los alimentos marinos y las recomendaciones de la OMS, FAO y EFSA sobre consumo de este tipo de alimentos en aras de un consumo responsable en la política de seguridad alimentaria actualmente de aplicación.

En el caso del pescado se dan datos de conservas en aceite, fundamentalmente, tanto de carne (masa muscular) como de hígados, en este caso de bacalao de Islandia, y en el de los moluscos bivalvos de especies como el mejillón, las zamburiñas los berberechos y las navajas en sus diferentes presentaciones de líquidos de cobertura: al natural, en salsa de vieiras, escabeche, etc.

Todos los resultados obtenidos muestran que estos alimentos son perfectamente utilizables desde el punto de vista de seguridad, aportando, además, buenos índices de metales esenciales y macroconstituyentes en la dieta.

Como dato remarcable de interés, cabe destacar que las conservas de hígados de bacalao de Islandia superan en el 100% de las latas estudiadas la cantidad máxima admitida CMA de Cd, pero que una vez calculada la Ingesta Máxima Admisible IMA, sería necesario ingerir un mínimo diario de 7 latas de este alimento para entrar en fase de peligrosidad, cosa que lógicamente no se da en la práctica.

SEDUCCIÓN TECNOLÓGICA Y CONSUMO DE TABACO

Dra. Ruth Pitti Pérez

Neumóloga HUNSC. Experta en tabaquismo SEPAR. Máster en tabaquismo SEPAR-UCAM.

RESUMEN

El tabaquismo es un auténtico problema de salud pública, considerado como el primer responsable de muerte e incapacidad evitable en el mundo. Al amparo del Convenio Marco de Control del Tabaquismo de la OMS, suscrito por nuestro país desde el año 2005, se ha podido luchar frente al lobby de la industria tabaquera consiguiendo la reducción de la prevalencia, del riesgo de inicio consumo, la mayor protección de los fumadores pasivos, así como realizar estrategias para la cesación de los afectados de esta drogodependencia legal, asequible y accesible.

Desde el inicio del siglo XXI hemos asistido a una auténtica revolución tecnológica, que nos han ofrecido un cambio en la vida y en las relaciones humanas tal y como las conocíamos; en estos momentos tenemos en nuestras manos o en nuestras muñecas una ventana al mundo, llegando a sobrepasar los límites imaginados por la ciencia ficción de hace 50 años. Uniendo este desarrollo a la búsqueda por parte de la industria tabaquera de una nueva imagen de responsabilidad frente a la opinión pública, se ha producido lo que en marketing se conoce como "oportunidad de mercado", que no ha sido para nada desaprovechada. Surgen, entonces, los nuevos productos de consumo de nicotina, cigarrillos electrónicos o vapores con o sin nicotina (ENDS y ENNDS, respectivamente) y, más recientemente, los llamados productos de tabaco calentado (THP) o "heat not burn" como prefieren ser llamados para eliminar la palabra tabaco de su nombre y mostrar una falsa imagen de "consumo saludable".

El objetivo de esta conferencia es dar a conocer estos productos, su toxicidad, seguridad y cuestionable utilidad en la deshabituación tabáquica, además de señalar las principales maniobras de promoción de la

industria tabaquera que, una vez más, vuelve a hacer acopio de todas las técnicas agnotológicas que ellos mismos crearon hace décadas, pero esta vez aplicadas a un nuevo siglo y a un nuevo cliente, aunque con el mismo producto de sobra conocido.

LA TOXICIDAD NATURAL DE LOS ALIMENTOS

Dr. Arturo Hardisson de la Torre

Área de Toxicología, Facultad de Ciencias de La Salud, ULL. Académico de Número

RESUMEN

Tanto el reino vegetal como el animal, de los que obtiene la humanidad sus recursos alimentarios, proporcionan alimentos en cuya composición existen sustancias con mayor o menor toxicidad. Algunas de estas sustancias presentan una alta toxicidad aguda, por lo que pueden ser letales. Sin embargo, otras manifiestan toxicidad cuando la ingesta es continuada y en el marco de una dieta monótona. Es decir, donde la alimentación de la población se sustenta en muy pocos alimentos. Este es el caso del latirismo.

En esta conferencia definiremos lo que es un tóxico natural. Desmitificaremos que lo natural es sinónimo de saludable e inócuo. Indicaremos que las toxinas más potentes que se conocen tienen su origen en la naturaleza y que en muchas ocasiones, la tecnología y la agronomía han modificado la composición de vegetales, disminuyendo la concentración de componentes potencialmente tóxicos.

Dividiremos la exposición de esta conferencia en dos grandes apartados: el primero de ellos estudiaremos los tóxicos naturales de origen vegetal. Este apartado es numeroso y variado. Así, en él describiremos los glucosinolatos, el latirismo y el favismo, los oxalatos y fitatos, la naringina del zumo de pomelo, los inhibidores enzimáticos, las lectinas o hemaglutininas, las fitoalexinas y los glucógenos cianogenéticos, presentes en la mandioca y el sorgo.

En el segundo apartado, estudiaremos los tóxicos naturales de origen animal, clasificándolos en dos grupos. El primero de ellos comprende las toxinas presentes en los hígados de ciertos animales y el segundo, las toxinas procedentes de alimentos marinos.

No nos olvidaremos de mencionar toxinas de origen bacteriano, como la toxina botulínica o la estafilocócica, que pueden estar presentes indistintamente en alimentos de origen animal o vegetal. También en este grupo, describiremos las principales toxinas de origen fúngico o micotoxinas.

Así mismo, estudiaremos las aminas biógenas de carácter hipertensivo, que se forman por la acción decarboxilante de bacterias sobre los aminoácidos. Para concluir, destacaremos que el estudio de los componentes químicos de los alimentos no acaba con el conocimiento de aquellos que son nutrientes. Muy por el contrario, los que se describen en esta conferencia son sustancias naturales que son tóxicos potenciales.

La tecnología alimentaria y la tecnología culinaria incluyen algunas prácticas que reducen, a veces drásticamente, estos compuestos, así como la agronomía que ha conseguido alimentos con bajas cantidades de tóxicos naturales. La recomendación nutricional de una dieta variada y equilibrada con un cocinado correcto de los alimentos también mitiga la toxicidad natural de los mismos.

NUEVOS RETOS EN LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA DEL SIGLO XXI

Dr. Enrique Quintero Carrión

Catedrático de Medicina, ULL. Académico Correspondiente

RESUMEN

La metodología docente en la carrera de Medicina se ha basado fundamentalmente en impartir lecciones magistrales que el estudiante recibe de forma grupal y procesa después individualmente, memorizando la información recibida con el objetivo de aprobar y obtener un título que le capacite para ejercer la Medicina. Sin embargo, esta forma de enseñar ha sido cuestionada al no facilitar el aprendizaje activo, orientado más a que el estudiante comprenda la información que recibe y sepa como aplicarla. En los tiempos que vivimos y más aún en el curso de una pandemia que asola al planeta, se hace necesario la innovación introduciendo metodologías que desarrollen el razonamiento crítico en los estudiantes de Medicina.

El "Aprendizaje Inverso" o "Flipped Learning" es un modelo pedagógico que invierte el método tradicional de aprendizaje. Es una catarsis metodológica que supone pasar del modelo de enseñanza tradicional, basado en la transmisión presencial unidireccional de los conocimientos, donde el estudiante mantiene un rol pasivo, a un modelo de aprendizaje inverso, de transmisión no presencial (en-línea) y multidireccional de la información a aprender. Sus principios son el fomento y comprobación del autoestudio y en realizar ejercicios de competencias en clase. "un enfoque pedagógico en el que la instrucción directa se desplaza de la dimensión del aprendizaje grupal a la dimensión del aprendizaje individual". El modelo comprende dos fases bien diferenciadas: En la primera, la información para aprender se proporciona individualmente, fuera del aula, mediante el uso de plataformas digitales, de forma que el estudiante se responsabiliza de su aprendizaje inicia; en la segunda fase, el estudiante acude a clase para realizar tareas, comparte la información con sus compañeros y el docente, que interactúa aclarando las dudas de los

estudiantes en un ejercicio de retroalimentación que genera un ambiente muy favorable, juntos construyen el nuevo aprendizaje que estimula el razonamiento crítico. En esta segunda fase los estudiantes podrán ejercitar aquellas competencias que queremos que desarrollen. Se trata pues de un aprendizaje inductivo, activo. El profesor deja de destinar casi todo el tiempo de clase a la transmisión de contenidos y dedica mucho más tiempo a hacer pensar y trabajar a sus estudiantes en clase, a observarles mientras lo hacen y a ayudar a los que tengan dificultades.

Las dos fases deben servir para facilitar la autoevaluación de la información aprendida por parte del estudiante y para que el profesor reciba información objetiva del trabajo realizado por el estudiante permitiéndole así recompensarle.

En esta presentación, en nombre de todos los profesores involucrados en esta tarea, les mostraré los resultados obtenidos en la asignatura Patología del Aparato Digestivo, que se imparte en el cuarto curso de Medicina, tras la aplicación del "Aprendizaje Inverso" desde 2017.

INNOVACIÓN E INVESTIGACIÓN AL SERVICIO DEL PACIENTE

Dr. Fernando Gutiérrez Nicolás

Farmacéutico, Jefe de la Unidad de Investigación Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC)

RESUMEN

A lo largo de la historia los debates en Medicina han evolucionado y adaptado a las evidencias emergentes. Parecen lejanas aquellas discusiones sobre la generación espontánea, el uso de las sangrías, la conveniencia, o no, de lavarse las manos previo a una intervención... y en la actualidad, difícil es encontrar una tertulia sanitaria en la que no aparezcan conceptos como innovación e investigación y que lleven a una conclusión orientada a la personalización de los tratamientos, entendiéndola como la identificación de biomarcadores predictivos de respuesta y/o toxicidad a los fármacos.

Cierto es que a inicios de la segunda década del siglo XXI como nos encontramos, hablar del papel de los biomarcadores no es un tema novedoso, pero si su implementación rutinaria. No hace más de dos lustros nos parecía utópico que cada hospital pudiese ofertar una batería de ellos, pero en muy poco tiempo, al igual que sucedió con el uso doméstico de los ordenadores a finales del siglo pasado, el desarrollo tecnológico ha permitido una democratización de estas determinaciones poniéndolo al alcance de casi todos nuestros centros. Esta incorporación y aplicación clínica ha sido tan abrumadora, que la patología carente de biomarcadores la consideramos como "huérfana", circunstancia que nos ha lanzado a una búsqueda, casi frenética e infinita, de los mismos y que podría estar, al menos en parte, cegándonos sobre su auténtica utilidad. Por tanto, parece necesario incluir, en esos grandes debates que gobiernan el rumbo de la clínica, un análisis sobre el significado genérico de Medicina individualizada. Parece que, en ocasiones, el conocimiento de estos marcadores sea el fin, en lugar de una herramienta.

La personalización del tratamiento no debería consistir en la aplicación de una receta de valores predictivos,

sino que estos sean una ayuda en la que apoyarnos para adaptar el plan farmacoterapéutico a las condiciones y características particulares de cada paciente, es decir...situar al paciente, y su entorno, en el eje central del proceso terapéutico, y no a la patología.

Con esta reflexión en absoluto se pretende ensombrecer el más que destacable papel que en nuestra Medicina juegan los biomarcadores, del cual me considero un ferviente defensor, pero si hacernos reflexionar sobre que en una medicina personalizada no se puede olvidar a la "persona".

DIOXINAS, TOXICIDAD EN EL MEDIO AMBIENTE Y EN LOS ALIMENTOS

Dr. Ángel José Gutiérrez Fernández

Profesor Titular del Área de Toxicología, ULL. Académico Correspondiente

RESUMEN

Las dioxinas son una familia de compuestos químicos formados generalmente a partir de procesos de combustión y, en algunos casos sintetizados, por el ser humano y que tienen como uno de sus componentes el cloro. Por esta composición, las dioxinas son consideradas como Compuestos Orgánicos Persistentes (COPs) y, debido a esa persistencia, son capaces de acumularse sin ser degradados en su mayor parte en los distintos compartimentos ambientales. Al poseer esta capacidad de acumulación y persistencia, estas moléculas pueden presentar toxicidad tanto a nivel ambiental como en los alimentos que, lógicamente afecten tanto a la salud humana como a la de los organismos presentes en el medio ambiente.

Aunque podríamos establecer que las dioxinas estructuralmente están formadas por anillos bencénicos en cuyos radicales se insertan átomos de cloro y oxígeno, hay que tener en cuenta que cuando hablamos de dioxinas, hablamos fundamentalmente de un "efecto tóxico" que podríamos definir como "actividad tipo dioxina" ya que hay congéneres con estas estructuras que no poseen ese efecto o lo poseen en menor medida, aunque pertenezcan a estos tipos de moléculas.

Teniendo en cuenta lo anterior, dividiremos esta conferencia en tres grandes apartados: en el primero de ellos profundizaremos en los grupos de sustancias que presentan esta actividad tipo "Dioxina" como son los policlorodibenzofuranos, las policlorodibenzodioxinas y los bifenilos policlorados. Haciendo hincapié en que no todas las moléculas pertenecientes a estos grupos van a presentar este efecto tipo "Dioxina", por lo que nos referiremos concretamente a aquellas que son capaces de poder causar efectos tóxicos, clasificándolas y exponiendo

sus principales propiedades. En una segunda parte de esta exposición nos centraremos en los principales efectos de la presencia de las dioxinas en el ser humano y los síntomas y patologías asociadas a ellas, exponiendo casos en los que las exposiciones a las mismas han causado efectos tóxicos a personas. Finalmente, en la tercera y última parte de la conferencia versará sobre la carga de estos contaminantes en el medio ambiente y su presencia en los alimentos como principal vía de entrada de los mismos al ser humano, profundizando en la existencia de Ingestas Semanales Provisionales Tolerables de algunos de estos contaminantes y haciendo uso de ellas para poner ejemplos de evaluación del riesgo tóxico por la presencia de dioxinas en los alimentos.

¿COMPRENDER EL DOLOR DEL OTRO? UNA APROXIMACIÓN FILOSÓFICA A LA EXPERIENCIA DEL DOLOR CRÓNICO.

Dr. José A. de Vera

Académico Correspondiente

RESUMEN

En este estudio pretendo acercarme a la experiencia del dolor desde los parámetros propios de la filosofía fenomenológica. Desde esta disciplina el dolor no se considera como algo propio de la persona que lo padece, sino que en este caso es la propia persona la que se ha convertido en el dolor mismo y el dolor se vuelve en su modo de comunicación con el mundo. De este modo, es como la filosofía fenomenológica ha conseguido añadir humanización a la repartición instaurada por Descartes entre cuerpo y alma, aunque en contrapartida, desde la perspectiva clínica, el dolor permanece encuadrado en lo físico, en su realidad.

Por supuesto, esta aproximación filosófica del dolor no se propone como única e indiscutible, sino que, por el contrario, pretende superar la tradición que lo ha considerado únicamente como parte del sistema sensorial y favorecer el debate con la ocasión de mejorar el conocimiento del dolor desde la interdisciplinaridad. Por ello, he recurrido a lo planteado por algunos pensadores como Merleau Ponty sobre todo en su *Fenomenología de la Percepción* (1945), Locke y su ensayo sobre *Entendimiento Humano* (1689) o Sartre en *El Ser y la Nada* (1949) entre muchos otros, dado que desde sus planteamientos, desde la filosofía, son fundamentales comprender el dolor de sí mismo y, también, el dolor de la otredad.

La experimentación del dolor es, indiscutiblemente, uno de los asuntos que más inquietan al pensamiento filosófico y a su inquebrantable intento de erigir un "sistema de proposiciones capaz de integrar todas las cosas en un orden inteligible. "Así se explica la imperiosa necesidad de favorecer una hermenéutica del dolor, que conceda un significado concreto que demarque un contexto de valoración desde el que se pueda llevar a cabo la práctica de mecanismos que

logren tolerar, acompañar o disminuir el dolor.

Cuando se intenta entender la experiencia dolorosa de otra persona nos hallamos en uno de los mayores núcleos de conflictividad de todo proceso. No es fácil entender el dolor que siente otra persona, podemos imaginarlo, intentar interpretarlo, pero la mayoría de nosotros jamás podría sentirlo como propio y, por tanto, jamás cuantificarlo realmente. Sin embargo, hay algunas personas que sí lo han logrado, que sí han llegado a comprender y a sentir el dolor ajeno, el dolor que nace u se ubica en el cuerpo de otra persona.

La filosofía del dolor necesita de una mayor atención y una dedicación igual que la bioética del dolor, porque, como he intentado demostrar en mi análisis, la clínica y la ciencia se ve enriquecida por los distintos y enriquecedores acercamientos plurales.

EL SER HUMANO: NEUROCIENCIA Y TRASCENDENCIA

Dr. Francisco González de Posada

*Académico de Número de la Real Academia Nacional de Medicina de España
Académico de Honor de la Real Academia de Medicina de Santa Cruz de Tenerife*

RESUMEN

En una aproximación fugaz se caracteriza el 'ser humano' como: 1) Producto de la evolución (Ciencia); 2) Condición animal (Ciencia, Antropología); y 3) Dotado de atributos específicos (Filosofía > Ciencia): Inteligencia, libertad, responsabilidad y apertura a la trascendencia.

En otra fugaz mirada a la historia se recuerdan las dos principales concepciones: 1) Dualismo cuerpo-álama; y 2) Unitarismo de la 'realidad humana'.

Estos caminos conducen a la centralidad de la concepción de Inteligencia que concentra la atención actual en el problema de la Inteligencia artificial.

Pero la línea más propiamente médica es la que toma como punto de partida el cerebro y se sitúa como base en el marco disciplinar de la Neurociencia (Ciencia), ámbito en el considero deben insertarse prioritariamente los conceptos y problemas actuales asociados a los términos lingüísticos: Cerebro, Mente, Memoria, Consciencia y Trascendencia, todos ellos 'temas frontera' de la ciencia actual.

A cada uno de estos cinco temas se dedica una especial atención, aunque por razones de tiempo sea mínima.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA RIZARTROSIS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS

Dr. Roberto Sánchez Rosales

Unidad de Cirugía de La Mano y Microcirugía. GECOT. La Laguna. Tenerife

RESUMEN

Antecedentes: Se han propuesto diferentes procedimientos quirúrgicos para la osteoartritis (OA) sintomática de la carpometacarpiana (CMC) del pulgar sin respuesta al tratamiento conservador. Existe una creciente popularidad de la trapecectomía con reconstrucción de ligamentos e interposición de tendones (LRTI) comparado la trapecectomía simple (T) sola o con interposición de tendones (TIA). Los hallazgos de Revisiones Sistemáticas (RS) anteriores han arrojado conclusiones inconsistentes sobre los resultados y efectos adversos. El propósito de este trabajo fue investigar si LRTI presentaba mejores resultados en términos de dolor, función y efectos adversos comparado con la trapecectomía con o sin interposición de tendones (T /TIA).

Métodos: Se realizó una RS en tres bases de datos electrónicas desde su inicio hasta el 27/Feb/2020 de los ensayos aleatorizados en pacientes con OA de la CMC del pulgar, con al menos un año de seguimiento. Las variables de resultado fueron: Escala Visual Analógica (mm) para el Dolor (VAS Pain), número de pacientes con dolor al año de la cirugía, función basada en la fuerza de la pinza lateral en Kg e instrumentos de resultados basados en la opinión del paciente (PRO), y número de efectos adversos. Dos revisores independientes y a ciegas con respecto a las instituciones y la dirección de los resultados, evaluaron la calidad metodológica de los ensayos incluidos. El efecto combinado se calculó en base al riesgo relativo (RR) ponderado por Mantel-Haenszel (M-H) para variables binarias. Para las variables cuantitativas se utilizaron la diferencia de medias (md) y la diferencia media estandarizada (SMD) ponderadas por el inverso de la varianza (I_{oV}), modelo de efectos fijos (fem).

Resultados: Se incluyeron en este MA un total de 7

estudios con un total de 857 participantes (438 LRTI; 419 T/TIA). Sin heterogeneidad y sesgo de publicación, no encontramos diferencias significativas en "VAS pain" (md = -2.86; IC del 95%: -9.84 a 4.12), número de pacientes con dolor al año de la cirugía (MH RR = 1.14, 95% % IC: 0.76 a 1.70), efectos adversos al año (MH RR = 1.37; IC del 95%: 0.95 a 1.99) y a los 5 años o más después de la cirugía (MH RR de 1.58; IC del 95%: 0.84 a 2.96), fuerza de la pinza lateral al año (md ponderado = 0.06 kg, IC del 95%: -0.29 a 0.40) y a los 5 años o más (md ponderado = 0.26 kg; IC del 95%: -0.33 a 0.86), o instrumentos PRO (SDM ponderada = -0.06; IC del 95%: -0.29 a 0.17).

Conclusión: Comparado con T/ TIA, la LRTI no fue superior para mejorar la función, reducir el dolor o disminuir el riesgo de efectos adversos, en el tratamiento de la OA de la CMC del pulgar.

Registro de la RS: PROSPERO CRD42020178562

SIMILITUDES ENTRE LA MEDICINA DE FAMILIA Y LA GESTIÓN SANITARIA

Dra. María Mercedes Cueto Serrano

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Máster Universitario en Planificación y Gestión Sanitaria.

RESUMEN

El modelo de asistencia sanitaria, el desarrollo de la medicina familiar y comunitaria, así como los modelos de gestión sanitaria, son el resultado de múltiples políticas, cambios sociales, demográficos y tecnológicos acaecidos durante los últimos años.

Los primeros 50 años del siglo XX fueron determinantes para el declive de la medicina general, en favor de las especialidades médicas. La comunidad científica evidenció que un recién licenciado no estaba preparado para atender a una comunidad. Se crea la especialidad de medicina familiar en Canadá (1966) y en EEUU (1969).

España, tampoco era ajena en dicha época al deterioro de la medicina general que se practicaba en ambulatorios y consultorios. En 1978 se crea la especialidad en España, para nivelar la formación con otras especialidades y para ser el instrumento fundamental en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud.

En los 60, se inicia en España la profesionalización de la asistencia sanitaria y creándose grandes centros sanitarios, al frente de los cuales estaba un director médico con amplios poderes, sin ningún conocimiento de gestión empresarial.

El cambio en la financiación de la sanidad, la cobertura universal, el envejecimiento de la población y el desarrollo de nuevas tecnologías ha generado aumento del gasto sanitario, siendo necesario que profesionales sanitarios y gestores apliquen criterios de eficiencia.

Gestores y médicos de familia deben poseer conocimientos científicos y habilidades que les

permitan ser eficientes en sus decisiones.

En ambos casos deben ser humanos, buenos comunicadores y éticos. La comunicación debe estar basada en el respeto y la empatía.

La confianza mutua y la comprensión genera vínculos, hace que paciente o profesional se sientan escuchados y partícipes del proceso. La honestidad y la coherencia, es decir, hacer lo que se piensa y hacer lo que se dice son fundamentales para obtener la confianza de los demás.

FISICA MÉDICA Y PREMIOS NOBEL DE MEDICINA: ALLVAR GULSTRAND, PREMIO NOBEL DE 1911. VISIÓN HUMANA.

Dr. José Hernández Armas

Académico de Número, Catedrático de Física Médica (j).

RESUMEN

A lo largo de la historia de los Premios Nobel de Fisiología o Medicina se pueden encontrar galardonados científicos de muy diferente formación básica: físicos, químicos, ingenieros, médicos. En algunos de ellos, se puede observar un común denominador que es la aplicación de principios, leyes y procedimientos propios de la Física a la resolución de problemas de la práctica clínica para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades. También para la explicación del funcionamiento de órganos, aparatos o sistemas del organismo humano.

Entre estos científicos está Allvar Gullstrand. Nació en 1862 y desarrolló su actividad en Suecia. Se graduó en Medicina. Fue profesor de Oftalmología en la Universidad de Uppsala. Su Tesis Doctoral fue sobre el astigmatismo aberración óptica que analizó matemáticamente proponiendo complejas ecuaciones de cálculo infinitesimal para su descripción. Desde esa primera investigación, realizada por él solo sin tutor, desarrolló un descomunal trabajo teórico apoyado en una complejísima base matemática, siempre de manera autodidacta, para establecer los principios de la Óptica Fisiológica. Además, planteó y llevó a cabo, con la colaboración de la empresa Carl Zeiss de Alemania, la realización de aparatos que aún hoy son usados por los oftalmólogos clínicos: la lámpara de hendidura y el oftalmoscopio binocular sin reflejos. Recibió el Premio Nobel de Medicina en 1911. Ese mismo año fue nominado para el Premio Nobel de Física por sus trabajos para la fundamentación de la Óptica Geométrica, pero declinó dicha nominación. Si no lo hubiera hecho habría sido el único científico en recibir 2 Premios Nobel el mismo año.

Su influencia en el área de la Oftalmología fue muy grande. De hecho, muchos años después de su muerte

en 1930, se escribió sobre él que había sido el más influyente oftalmólogo, junto con von Helmholtz, para fijar las bases científicas de esta especialidad médica. De hecho, ha sido el único oftalmólogo que ha recibido el premio Nobel por sus trabajos sobre Óptica. Fue muy brillante como físico teórico si bien en algunos aspectos médicos no lo fue tanto: creyó siempre que el color amarillento de la mácula es fruto de una ilusión, algo que se contradice con lo establecido actualmente por los laboratorios.

Fue miembro del Comité Nobel de Física desde 1911 a 1929 y presidente del mismo desde 1922 a 1929. Como tal, se opuso a la concesión del Premio Nobel de Física a Albert Einstein por su Teoría de la Relatividad. Finalmente, el Comité, después de 10 años de nominaciones de Einstein, le concedió el Nobel en 1921 por su explicación del efecto fotoeléctrico y no por la Teoría de la Relatividad, tal como había informado Gullstrand.

CIENCIA, TECNOLOGÍA E INDUSTRIA DE EXTENSIÓN DE LA LONGEVIDAD

Dr. José Rafael Castro Fuentes

Fisiólogo. Académico Correspondiente.

RESUMEN

El envejecimiento rápido de la población plantea desafíos importantes en la investigación biomédica, orientados fundamentalmente a la promoción y mejora de la salud. Es bien conocido que el envejecimiento constituye de por sí el mayor factor de riesgo de la mayor parte de las enfermedades crónicas, sin embargo, éstas siguen estudiándose como entidades independientes. Son indudables los logros alcanzados en biomedicina, habiéndose disminuido notablemente la cantidad de muertes por neumonía, cáncer, diabetes o enfermedades cardíacas, pero, desgraciadamente, a un costo: la expectativa de vida de los supervivientes de los tratamientos no va acompañada de una mejor salud. Afortunadamente se ha avanzado mucho en el conocimiento de las bases celulares y moleculares del envejecimiento. Ello ha permitido identificar genes responsables y vías metabólicas específicas. Se han desarrollado fármacos que, administrados a diferentes especies de animales, promueven una extensión significativa en expectativa de vida y en salud. Estos fármacos ofrecen también resultados prometedores en los ensayos clínicos en curso. La senescencia celular constituye un factor importante de vulnerabilidad en las enfermedades asociadas al envejecimiento. Las células senescentes se acumulan durante el envejecimiento, por lo que no cumplen la función normal de una célula. Además, provocan que los órganos y tejidos sean progresivamente disfuncionales. Esto ha promovido el desarrollo de terapias con fármacos senolíticos que eliminan de forma activa las células senescentes, induciendo también un incremento significativo en la longevidad y expectativa de salud en los animales tratados. Asimismo, hay ensayos clínicos en curso con resultados favorables en diferentes patologías. Los estudios con células senescentes han venido a confirmar aún más que el envejecimiento podría ser modificable y reversible. En línea con lo anterior, ya

se ha conseguido el rejuvenecimiento de células seniles humanas y de animales. La reprogramación celular mediante los factores de Yamanaka rejuvenece epigenéticamente a una célula somática, independientemente de la edad que esta célula tenga. Actualmente hay abordajes relacionados con la tecnología CRISPR-Cas9 que posibilitan modificar el genoma o el epigenoma, y así ayudar a que el envejecimiento se enlentezca, en algunos casos se revierta, o que incluso puedan curarse, en modelos animales, muchas de las enfermedades relacionadas con dicho proceso. Sin embargo, dista aún un largo camino hasta conseguir el rejuvenecimiento o reversión del envejecimiento, y con ello enlentecer o prevenir las enfermedades crónicas humanas. Finalmente, existen claras evidencias de la existencia de una industria de la longevidad, la cual, según los grandes fondos de inversión, se convertirá en el sector de la economía más grande y complejo del planeta.

EL FUTURO DEL PROFESIONALISMO MÉDICO

Dr. Esteban Pérez Alonso

Profesor Titular de Cirugía, ULPGC. Vicepresidente Colegio de Médicos de Las Palmas

RESUMEN

El profesionalismo médico tomó cuerpo de doctrina en el año 2002. Concepto que define no solo la profesión médica sino que le da a ésta un compromiso social. El profesionalismo médico parte de la premisa que aunque los médicos desarrollan su actividad en el marco de distintas culturas y tradiciones, todos comparten tres principios fundamentales: primacía del bienestar del paciente, autonomía y justicia social. Compartiendo junto a éstos principios un conjunto de compromisos y responsabilidades directa o indirectamente derivados de ellos.

En éste momento estamos viviendo una profesión muy fragmentada, con perfiles desiguales y comportamientos diferenciados. Con un hiato generacional de entre 35-40 años que introduce maneras de entender y ejercer la profesión médica. Que mantiene gran parte de su actividad como contratado, que la formación continuada está diversificada

Un momento donde el desarrollo tecnológico irrumpe como una herramienta que progresa día a día sin ni siquiera poder adaptarla al pensamiento.

La digitalización de nuestra cultura, que hasta hace dos décadas era analógica nos ha servido para transigir del papel al ordenador, de tener delante al paciente y la historia clínica electrónica

La Inteligencia Artificial es a día de hoy una realidad implantada que a través de un proceso matemáticos de algoritmos es capaz de establecer una mejora en el análisis de los datos que debemos analizar para obtener un diagnóstico preciso y un tratamiento con la relación coste-efectividad más preciso

La ingeniería biomédica y sus acciones en instrumentación médica (robot), procesamiento de imágenes, biomecánica y rehabilitación, Ingeniería clínica hospitalaria.

Escenarios que conformarán lo cotidiano de nuestra actividad de Médicos

Los principios del profesionalismo médico implican un compromiso personal con el bienestar de cada uno de sus pacientes pero también un esfuerzo colectivo para mejorar los sistemas de salud y el bienestar de la sociedad.

El trabajo en equipo es imprescindible en la actividad multidisciplinaria del futuro donde la gestión clínica va a mantener al enfermo como centro del sistema y al médico como gestor de la actividad. No será un privilegio sino la consecuencia de un mayor nivel competencial y de exigencia ético profesional y de servicio.

Las amenazas de ayer, de hoy y del futuro del profesionalismo vienen determinadas por el incentivo del lucro en el ejercicio profesional, la postergación del mayor bien del paciente, los incentivos espúreos para controlar costos, el predominio de los objetivos organizacionales.

El capital ético y humanístico serán los pilares donde podamos hacer frente a la transformación y pasar de una ética de las virtudes a una ética del deber y de los valores, siendo la formación en los valores del profesionalismo un proceso continuo y constante a lo largo de todo el contínuum educativo al cual estamos todos comprometidos.

LOS ZURDOS Y LA MEDICINA. LA INFLUENCIA DE LA LATERALIDAD

Dr. Manuel Sosa Henríquez

Catedrático de Medicina, ULPGC. Académico de Número.

RESUMEN

Aproximadamente el 10% de la población es zurda. Esto no constituye ninguna anomalía ni enfermedad. Sin embargo, los zurdos han sido mal visto en el pasado y hasta no hace muchos años se les obligaba, a escribir sobre todo además de otras actividades, con la mano derecha. . Comentaremos en esta charla, brevemente tres aspectos de la lateralidad: 1) el efecto pernicioso que produce en el zurdo cuando se le obliga a realizar actividades como escribir con la mano derecha, 2) la asociación de algunas patologías con el hecho de ser zurdo y 3) finalmente las dificultades que tienen los zurdos a realizar su actividad en Medicina, por ejemplo en el quirófano o con determinados aparatos como las ecografías o endoscopias. . Existen personas zurdas desde siempre. En pinturas rupestres se constató que entre el 10-12% de los humanos realizan preferentemente sus actividades manuales con el lado izquierdo. Entre estas, destaca el escribir, puesto que es una actividad mas compleja, pues implica la participación del lenguaje y no es una simple actividad manual, como podría ser el arrojar una piedra o dar una patada a un balón.

Los zurdos no han sido bien tolerados en el pasado. De entrada, es llamativo el fenómeno de realizar las actividades con los miembros izquierdos, cuando la mayor parte de la población lo hace con los derechos. Ya el nombre que se les otorga tiene un cierto tinte peyorativo: así en español se utiliza el término "diestro" que según el diccionario de la Real Academia Española quiere decir: "que tiene tendencia natural a servirse preferentemente de la mano derecha o también del pie del mismo lado", pero también: hábil, sagaz, favorable, benigno o venturoso, mientras que el término elegido para los zurdos, "sinistro" indica: dicho de una parte o de un sitio: que está a la mano izquierda, avieso y malintencionado, infeliz, funesto

o aciago. En italiano se dice "mancino" que además de zurdo, quiere decir: equivocado, incorrecto, maleducado... en inglés se emplea el término "right" para todo lo relacionado con la derecha, pero también quiere decir correcto, justo, adecuado... mientras que el término utilizado para describir al zurdo "lefty" de "left" también quiere decir abandonado, olvidado.. y así prácticamente con todos los idiomas...

En el campo de la Medicina, el hecho de obligar a cambiar la escritura en los niños, por motivos educativos, sobre todo cuando esta tenía un componente religioso, produjo en el pasado problemas de dislexia, tartamudez. Comentaremos a lo largo de esta charla los mismos, así como otras enfermedades que se han asociado al hecho de ser zurdo, que implica asociación, pero NO causalidad y finalmente, los problemas que los profesionales sanitarios zurdos pueden tener en determinadas especialidades.

SALUD Y ENFERMEDAD EN LA GESTA MAGALLANES - ELCANO

Dr. Antonio Burgos Ojeda

Académico de Número

RESUMEN

La conmemoración del V centenario de esta increíble gesta de la navegación marítima, nos ha inducido a investigar la problemática de salud y enfermedad de esta expedición.

Analizamos la travesía de este periplo marítimo intercontinental, con climatología extrema y con unas precarias condiciones de vida a bordo donde, además de la desnutrición, el hacinamiento de las tripulaciones determinaba carencias higiénico-sanitarias funestas

Esta gesta en la época de los Grandes Descubrimientos tuvo tasas de alta inestabilidad de las dotaciones. Como fue la extrema mortalidad de las tripulaciones de las naves de esta expedición; solo 35 de los 243 tripulantes lograron regresar. Exponemos, además de las causas de las enfermedades y mortalidad por estas y a consecuencia de las reyertas con los nativos de las tierras descubiertas, donde arribaron. Por otra parte definiremos el marco de referencia sobre el conocimiento y práctica de la medicina de la época, como fundamentos de la gestión y de la organización de las asistencia sanitaria a bordo de estas cuatro naves.

EDADISMO Y SALUD PÚBLICA

Dr. José Regidor García

Académico Correspondiente. Catedrático de Biología Celular (jubilado).

RESUMEN

La población mundial está envejeciendo y el grupo de edad de 65 años o más es el que crece más rápidamente. Si en 2019 el 9% de la población eran mayores de 65 años se estima que en 2050 los mayores serán el 16%.

Lamentablemente, el incremento de adultos mayores en nuestras sociedades se ha ido traduciendo en un rechazo a estas personas, por suponer un costo elevado para el sector productivo y sanitario. Este rechazo inicial se ha transformado con el tiempo en una actitud claramente discriminatoria hacia las personas mayores, discriminación a la que se ha denominado "edadismo".

El término "Ageism" (edadismo) fue acuñado en 1969 por el psiquiatra y gerontólogo americano, Dr. Robert Neil Butler, para referirse a la discriminación que padecen las personas mayores. La OMS define el "edadismo" como el estereotipo, el prejuicio y la discriminación contra las personas en función de su edad. El estudio de la Dra Ayalon sobre las discriminaciones en Europa destaca que el edadismo es la discriminación más prevalente (34,5%), frente al sexismo (24,9%) y al racismo (17,3%).

El edadismo es una práctica discriminatoria insidiosa que margina y excluye a las personas mayores en sus comunidades y que tiene efectos nocivos para su salud física y mental. Por ello, si la Salud Pública es la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongar la vida, mejorar, proteger y promocionar la salud y el bienestar mediante los esfuerzos organizados de la sociedad, debemos seriamente preguntarnos ¿qué acciones se han programado para contrarrestar el edadismo?

La observación de lo que está ocurriendo en la actual pandemia ha puesto de manifiesto el fracaso de las intervenciones esperables de una acción sustentada en la salud pública, particularmente grave en el caso de los mayores, que han visto como se les limita el acceso a los recursos asistenciales y hospitalarios.

Pero sobre todo, debemos destacar la pobreza de planteamientos institucionales en la promoción del envejecimiento saludable, donde las carencias de profesionales sanitarios y sociales formados en Geriatria y en Gerontología son notables tanto en la Atención Primaria como en la Hospitalaria, así como en los recursos públicos y privados residenciales y de centros de día.

El aumento de la esperanza de vida se considera un gran éxito social y sanitario. Sin embargo, hoy nos enfrentamos al reto de aumentar los años de vida saludable y libres de discapacidad y dependencia, valores que en la actualidad son manifiestamente mejorables.

Conocer el edadismo y reconocerse discriminado es el primer paso en la lucha por la defensa de los derechos y la dignidad de las personas mayores.

Dr. D. Gumersindo Robayna García

El pasado 11 de septiembre falleció en Santa Cruz de Tenerife, a la edad de 87 años, el Ilmo Dr. D. Gumersindo Robayna García, Académico de Número y prestigioso cirujano de dilatada experiencia profesional en nuestra isla.

El Dr Robayna obtuvo la licenciatura en Medicina y Cirugía en la Facultad de Medicina de Madrid en 1956 y el Doctorado en la Universidad de La Laguna. Recibió su formación quirúrgica en el Gran Hospital de la Beneficiencia de Madrid y posteriormente en diversos centros del Reino Unido entre los que cabe destacar el Hammersmith Hospital y el King's College Hospital, de Londres, desempeñando así mismo una adjuntía de cirugía en el Oxford Regional Hospital Board hasta el año 1963. Fue Fellow de la Royal Society of Medicine de Londres.

De regreso a Tenerife fue cirujano agregado del Servicio de Cirugía del Hospital Nuestra Señora de los Desamparados, entre 1963 y 1970; cofundador, primer Director y Cirujano de la Clínica la Colina desde 1964 a 2003; Jefe Clínico del Departamento de Cirugía General del Hospital General y Clínico en 1971, y Cirujano del Servicio Canario de Salud desde el año 1974 al 2003, año en que alcanzó la jubilación obligatoria. En el año 1980 ingresó como Académico de Número en nuestra Corporación.

Además de su extensa producción bibliográfica, el Dr Robayna fue promotor de la más numerosa colección de instrumentos médicos de Canarias, con exposiciones patrocinadas por el Cabildo Insular de Tenerife. Junto a su interés por las cuestiones históricas, Don Gumersindo desplegó una intensa actividad como experto en el arte pictórico y su relación con la Medicina.

Faceta digna de mencionar para mejor comprender su polifacética personalidad fue su aproximación a la vitivinicultura, como propietario de extensos viñedos en el Valle de Güimar y cofundador de la Cofradía del Vino de Tenerife.

Y a todo lo mencionado se añadieron siempre su cordialidad y bonhomía, su permanente sentido del humor y su fina estampa caballerosa. Que en paz descanse.

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.