



REAL ACADEMIA DE MEDICINA Y CIRUGÍA
DE SEVILLA

EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DISCURSO DE INGRESO DEL ACADÉMICO ELECTO
Dr. D. Manuel Ortega Calvo

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO
NUMERARIO

Ilmo. Sr. Dr. Carlos Martínez Manzanares

PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Dr. Jesús Castiñeiras Fernández

Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla



Sevilla 13 de junio de 2021



INSTITUTO DE ESPAÑA

EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

DISCURSO DE INGRESO DEL ACADÉMICO ELECTO
Dr. D. Manuel Ortega Calvo

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO
NUMERARIO
Ilmo. Sr. Dr. Carlos Martínez Manzanares

PALABRAS FINALES
Excmo. Sr. Dr. Jesús Castiñeiras Fernández
Presidente de la Real Academia de Medicina de Sevilla

REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA



EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Discurso de Ingreso del Académico Electo

Dr. D. Manuel Ortega Calvo

AÑO 2021

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

DERECHOS RESERVADOS © 2021

I.S.B.N.: 978-84-09-31478-2

Edita: Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla

Imprime: Gráficas San Antonio, S.L. Santas Patronas, 24 - 41001 SEVILLA

Teléfono: 954 22 27 47

e-mail: grsanantonio@gmail.com

Impreso en España – Printed in Spain

*A mis padres, Manolo (1922-1968)
y Carmina (1926-2017)...*

..

**Ut veni coram, singultim pauca locutus,
infans namque pudor prohibebat plura profari,
non ego me claro natum patre, non ego circum
me Satureiano vectari rura caballo,**

...

...

cuando comparecí ante tí, pronuncié pocas palabras entrecortadas,
pues un pudor infantil me impedía hablar más,
no te cuento entonces que fuese hijo de padre ilustre, ni que
pasease por mis tierras sobre un caballo tarentino

...

Horacio.

Sátiras.¹

“Observar sin pensar es tan peligroso como pensar sin observar.”

Santiago Ramón y Cajal.

*Los tónicos de la voluntad 1923.*²

El observador cambia la cosa observada.

*Principio de Incertidumbre de Heisenberg*³.

1. Gardini, N: ¡ Viva el Latín ! Historias y belleza de una Lengua Inútil. Ed. Planeta. S.A. 2017. p.193.

2. García Lorenzana, F (compilador): Ramón y Cajal. Un Nobel de Antología. Plataforma Editorial. 2017 Barcelona. p. 43.

3. Lindley D H: Incertidumbre. Ed. Ariel, 2008. Barcelona. p. 13.

ÍNDICE GENERAL

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.	7
DISCURSO DEL RECIPIENDIARIO.	
Introducción.	15
La importancia del diseño en la investigación biomédica.	20
El Diseño Observacional.	22
a.- Tamaño de muestra con $n=1$	23
b.- Tamaño de muestra con $n \leq 30$: Series de casos y aplicación de métodos descriptivos y no paramétricos de análisis.	26
c.- Tamaño de muestra con $n \geq 30$: Diseños clásicos de Cohortes y de Casos y controles.	30
d.- Diseños Híbridos.	43
e.- Conclusión Sintética: “Stem Observational Design”.....	46
ANEXOS	
Anexo biográfico I	
“Vida de Académico”.....	51
Anexo biográfico II.	
Prácticas Clínicas en los Centros de Salud para los alumnos de Primero de Grado de Medicina.	62
Propedéutica y Mentoría Inversa.....	67
Postulación de Tesis Doctoral.	67
Anexo filosófico I.	
Crítica Lingüística a la fórmula “He dicho”.....	72
DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO	
Ilmo. Sr. Dr. Carlos Martínez Manzanares	85
PALABRAS FINALES	
Excmo. Sr. Dr. Jesús Castiñeiras Fernández	97

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS.

Figura nº 1: El oftalmólogo escocés Arthur Conan Doyle (1859-1930).	23
Figura nº 2: Imagen histopatológica compatible con Granulomatosis Broncocétrica. ..	25
Tabla nº 1: Proporciones de prevalencia comparativas de la Enfermedad de Steinert para varios lugares de la geografía española.	27
Figura nº 3: Wade Hampton Frost (1880-1938). Profesor de Epidemiología en la Johns Hopkins.....	32
Figura nº 4: Contribución de un individuo a diferentes estratos en el cálculo de las personas-año.	37
Figura nº 5: Janet Lane-Claypon (1877-1967).	38
Figura nº 6: Demostración de la existencia de sesgo de Berkson en un diseño de casos y controles.....	43
Figura nº 7: Diseño caso cohorte anidado.	45
Figura nº 8: Diseño cohorte y caso.	46
Figura nº 10: Mapa Conceptual que ilustra la existencia de un sólo tipo de diseño observacional, el de cohorte (<i>Stem Observational Design</i>).	48
Figura nº 11: Vista de Sevilla. “Civitates Orbis Terrarum”. Tomo IV. 1588.	49
Figura nº 12: Imagen de la Placa de Petri encontrada por Fleming en su laboratorio (año 1928).	52
Figura nº 13: Tórax PA de un paciente subsahariano proveniente de la ONG <i>Open Arms</i> . ..	55
Figura nº 14: Diagrama de bloques basado en la Teoría General de Sistemas de la nueva Atención Primaria que fué publicado por dos investigadores de la Universidad de Sevilla en el año 1985.	57
Figura nº 15: Puente y Colegio de la Magdalena. Oxford, de John Le Keux – 1837 ...	61
Figura nº 16: Nube de treinta palabras del diálogo con los estudiantes de Primero de Grado en las Prácticas de Fundamentos (Centro de Salud Las Palmeritas-DSAP Sevilla) ..	65
Figura nº 17: Familia Calvo-Navarro a principios de los 40 del siglo XX. Foto en el patio de la casa de la “Plazoleta” de San Sebastián. Mairena del Alcor (Sevilla).	73
Figura nº 18: Prof. Dr. Enrique Romero Velasco. V Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología. Córdoba. Mayo. 1962.	74

SIGLAS, ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS.

ADC: Antes de Cristo.

AFASAK: Estudio aleatorio, doble ciego, controlado con placebo, que comparó la warfarina con el Aspirina en la prevención de eventos tromboembólicos en pacientes con Fibrilación Auricular No Valvular.

ANI: Aspergilosis no invasiva.

BOJA: Boletín Oficial de la Junta de Andalucía.

CESCA (Equipo): Los trabajos iniciales del Equipo CESCA son del año 1980. Su motivación fue el deseo de lograr entender lo que sucedía en la consulta del médico general, y su relación con los problemas de salud del paciente. Legalmente el Equipo CESCA es una asociación científica sin ánimo de lucro, con miembros que pertenecen al mismo a título personal, sin mayor compromiso que su participación en los trabajos de su interés. Recibió el nombre, CESCA, del acrónimo del primer proyecto financiado con dinero público, en 1984, titulado “*Correlación entre las Entradas y las Salidas en la Consulta Ambulatoria*”, que contó con apoyo del Fondo de Investigaciones Sanitarias de la Seguridad Social.

CIBER - OBN: Centro de Investigación Biomédica En Red. Fisiopatología de Obesidad y Nutrición. (ISCIII).

CONSENSUS: En 1987, por primera vez en la historia se conseguía demostrar mediante un ensayo clínico que un fármaco, el enalapril, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), era capaz de reducir la mortalidad de un 48 a un 29% en un grupo de 253 pacientes en insuficiencia cardíaca severa, tras 6 meses de tratamiento.

CONSORT: Iniciativa para una adecuada difusión de los ensayos clínicos. <http://www.consort-statement.org/>

COV: Covariable (s). También denominadas variables predictoras o independientes o explicativas en un modelo predictivo. Difieren de la variable resultado del modelo, también denominada dependiente.

DSAP: Distrito Sanitario de Atención Primaria.

EASP: Escuela Andaluza de Salud Pública. (Granada).

EC: Estudios de cohorte.

EGC: Enfermedad granulomatosa crónica.

EGFR: Proteína que se encuentra en la superficie de algunas células y que se une al factor de crecimiento epidérmico. La proteína EGFR participa en las vías de señalización celular que controlan la multiplicación y supervivencia de las células. A veces, las mutaciones en el gen EGFR hacen que se produzca una cantidad mayor a la normal de proteínas EGFR en algunos tipos de células cancerosas, lo que hace que estas células se multipliquen más rápido. Los medicamentos que bloquean las proteínas EGFR se están usando para tratar algunos tipos de cáncer. El EGFR es un tipo de receptor de tirosina cinasa. También se llama ErbB1, HER1 y receptor del factor de crecimiento epidérmico.

EIDUS: Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Sevilla.

EPIC: European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition.

EQUATOR: Iniciativa para la promoción de la transparencia y la calidad de la investigación sanitaria. <https://www.equator-network.org/>

GBC: Granulomatosis Broncocéntrica.

GISSI: En 1986 se publicó este estudio italiano que mostró que la estreptoquinasa reducía la mortalidad en la etapa aguda del Infarto Agudo de Miocardio, y que dicho beneficio era mayor cuando más precozmente se administrara el tratamiento.

HR: Hazard Ratio. En el análisis de supervivencia, la razón de riesgo (HR) es la razón de las tasas de riesgo correspondientes a las condiciones descritas por dos niveles de una variable explicativa. Por ejemplo, en un estudio de medicamentos, la población tratada puede morir al doble de la tasa por unidad de tiempo que la población de control. La razón de riesgo sería 2, lo que indica un mayor riesgo de muerte por el tratamiento. O en otro estudio, los hombres que reciben el mismo tratamiento pueden sufrir una cierta complicación diez veces más frecuentemente por unidad de tiempo que las mujeres, dando una razón de riesgo de 10. Las razones de riesgo difieren de los riesgos relativos (RR) y las razones de probabilidades (OR) en que los RR y OR son acumulativos en todo un estudio, utilizando un punto final definido, mientras que los HR representan un riesgo instantáneo durante el período de estudio o algún subconjunto de los mismos.

HUVM: Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

HUVR: Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

IARC: International Agency for Research on Cancer (WHO).

IBIMA: Instituto de Investigación Biomédica de Málaga.

IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.

IP: Investigador Principal.

ISCIII: Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

ISIS - 2: El Segundo Estudio Internacional de Supervivencia del Infarto (ISIS-2) fue un ensayo factorial 2×2 controlado con placebo. Reclutó 17.187 pacientes y se completó en 1988. La combinación de estreptoquinasa y aspirina fue significativamente mejor que cualquiera de los agentes solos.

LOGRANK: En análisis de la supervivencia, la prueba de Mantel-Cox (conocida a veces como prueba *logrank*) es una técnica estadística para contrastar las funciones de supervivencia de dos poblaciones. Es una prueba no paramétrica que puede usarse en presencia de datos censurados.

LSHTM: London School of Hygiene and Tropical Medicine. <https://www.lshtm.ac.uk/>

MF: Médico de Familia.

MIR: Médicos internos y residentes. La modernización de la sanidad española en las décadas del 60 al 80 del siglo XX fue paralela a la creación y desarrollo de la formación sanitaria especializada en España (sistema MIR-Médico Interno Residente). Este sistema fue una traslación del modelo de «aprender trabajando» de EE. UU. El Hospital General de Asturias (Oviedo) en 1963 (por iniciativa de Fernando Alonso Lej de las Casas y Carles Soler Durall) y la Clínica Puerta de Hierro (Madrid) en 1964 (por iniciativa de José María Segovia de Arana), fueron los primeros hospitales en iniciar el sistema MIR en España, que se generalizó en 1972 y se consolidó en 1984 como única vía legal de especialización²⁸⁶.

ONG: Organización No Gubernamental.

OR: Odds Ratio. Se trata de una forma, proveniente del mundo del juego y de las apuestas de caballos, de representar la probabilidad

de ocurrencia de un evento mediante el cociente entre la probabilidad de que ocurra el evento y la probabilidad de que no ocurra. Este cociente, que en inglés se denomina “odds” y para el que no hay una traducción literal al castellano, indica cuanto más probable es la ocurrencia del evento que su no ocurrencia. La odds ratio (razón de odds) es el cociente entre la odds en el grupo con el factor y la odds en el grupo son el factor.

PAI: Proceso Asistencial Integrado.

PNN: Profesor No Numerario.

PRA: La proporción o porcentaje de riesgo atribuible o *fracción etiológica* es el riesgo atribuible dividido por la incidencia de enfermedad en los expuestos al factor de riesgo. [$RA\% = (RA / I_e) \times 100$]

PREDIMED: (PREvención con DIeta MEDiterránea) fue el estudio experimental de mayor envergadura que se ha realizado sobre nutrición en Europa. Se valoró el efecto de la Dieta Mediterránea en la prevención primaria de la enfermedades crónicas. En este estudio colaboraron más de 90 investigadores de los principales grupos de nutrición españoles. Se trató de un gran ensayo clínico con asignación a tres intervenciones dietéticas diferentes en personas con alto riesgo cardiovascular. Participaron 7447 voluntarios con un alto riesgo cardiovascular con el objetivo principal de averiguar si la Dieta Mediterránea suplementada con aceite de oliva virgen extra o frutos secos evitaba la aparición de enfermedades cardiovasculares (muerte de origen cardiovascular, infarto de miocardio y/o accidente vascular cerebral), en comparación con una dieta baja en grasa. La continuación de PREDIMED aunque con notables diferencias, es PREDIMED Plus. <http://www.predimed.es/>

PRISMA: Iniciativa para una adecuada difusión de las revisiones sistemáticas. <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/>

RA: Riesgo atribuible. En una población expuesta a un factor de riesgo es la diferencia entre la incidencia entre expuestos y no expuestos. [$RA = I_e - I_{ne}$]

RAMAO: Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental con sede en Granada.

RAMSE: Real Academia de Medicina de Sevilla.

RANM: Real Academia Nacional de Medicina de España.

RCGP: Royal College of General Practitioners.

REDIP: Registro Español de Inmunodeficiencias Primarias.

RIE: Razón de incidencia estandarizada. La relación entre el número observado y esperado de casos de una enfermedad, estimado mediante el método de estandarización indirecta. Generalmente expresado como un porcentaje.

RME: La razón de mortalidad estandarizada (RME) es la razón entre el número de muertes observadas y el número de muertes esperadas, tomando como base las tasas de mortalidad de una población de referencia. Se estima por el método de la estandarización indirecta. Se expresa generalmente en forma de porcentaje.

ROC (curva): En la Teoría de la Detección de señales, una curva ROC (acrónimo de Receiver Operating Characteristic) es una representación gráfica de la sensibilidad frente a la especificidad para un sistema clasificador binario según varía el umbral de discriminación.

RR: Riesgo Relativo. En estadística aplicada al análisis de datos en epidemiología y otras ciencias fácticas, el riesgo relativo es el cociente entre el riesgo en el grupo con el factor de exposición o factor de riesgo y el riesgo en el grupo de referencia, que no tiene el factor de exposición. Es un concepto estadístico utilizado como medida de asociación entre la variable dependiente y la variable independiente.

SAMFYC: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria.

<https://www.samfyc.es/>

SAVE: En 1992 el estudio SAVE demostró mediante ensayo clínico que el captopril era capaz de prevenir el desarrollo de fallo cardíaco en pacientes post Infarto Agudo de Miocardio asintomáticos y con fracción de eyección <40%.

SEMFYC: Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.

<https://www.semfyc.es/medicos/>

SIR: Standardized Incidence Ratio. Es la traducción inglesa de la RIE.

SMR: Standardized Mortality Ratio. Es la traducción inglesa de la RME.

SOLVD: Estudio experimental publicado en 1991 que demostró que la suma de enalapril a la terapia convencional redujo significativamente la mortalidad y las hospitalizaciones por insuficiencia cardíaca en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva crónica y fracción de eyección reducida.

STARD: Iniciativa para una adecuada difusión de los estudios de precisión diagnóstica. <https://www.equator-network.org/reporting-guidelines/stard/>

STROBE: Iniciativa para una adecuada difusión de los estudios observacionales. <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=strobe-home>

SVMFyC: Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria.

SUN (Proyecto): Seguimiento de la Universidad de Navarra. <https://www.unav.edu/web/departamento-de-medicina-preventiva-y-salud-publica/proyecto-sun>

tm: Text Mining, paquete de la librería de R para realizar minería de textos.

UB: Universidad de Barcelona.

UAB: Universidad Autónoma de Barcelona.

UCL: Universidad de Londres.

UGR: Universidad de Granada.

UNAV: Universidad de Navarra.

US: Universidad de Sevilla.

UVa: Universidad de Valladolid.

WHO: World Health Organization.

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies (**WONCA**) and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. <https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/brief.aspx>

ZBS: Zona Básica de Salud.

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



**EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN
INVESTIGACIÓN CLÍNICA**

Discurso de ingreso del Académico Electo

Dr. D. Manuel Ortega Calvo

1. INTRODUCCIÓN

Excmo. Sr. Presidente de la RAMSE, Autoridades presentes y Académicos Numerarios, Sres. Académicos Correspondientes, queridos asistentes a este acto...

Quisiera en primer lugar agradecer a los Ilustrísimos Sres. D. Carlos Martínez Manzanares⁴, D. José María Rubio Rubio⁵ y D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra⁶ la voluntad de firmar mi propuesta como candidato a la Plaza de Académico Numerario de la Especialidad de Medicina de Familia y de la Comunidad convocada en el BOJA nº 197 de Octubre de 2019. Quisiera también agradecer a todos los Académicos Numerarios que me hayan aceptado en este foro tan especial y me pongo desde este preciso momento a su entera disposición para promover el desarrollo de esta noble Institución.

Lewis Carroll (1832-1898), Profesor de Matemáticas y Diácono Anglicano de Christ Church en Oxford se enamoró de una de las hijas de su Deán, Alice Liddell, por entonces una niña⁷. No les voy a comentar los avatares de aquel romance, tampoco las investigaciones psicoanalíticas llevadas a cabo sobre el mismo, ni tampoco la génesis de dos de los textos literarios más clásicos en Lengua Inglesa^{8 9 10 11},

-
4. Alvarez-Fernández B, García-Ordoñez MA, **Martínez-Manzanares C**, Gómez-Huelgas R: Survival of a cohort of elderly patients with advanced dementia: nasogastric tube feeding as a risk factor for mortality. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2005;20:363-370. doi: [10.1002/gps.1299](https://doi.org/10.1002/gps.1299)
 5. Rubio Rubio, J M⁵: La bioética, patrimonio desconocido, de los protoaforismos al bien clínico. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2010.
 6. Muniáin M A, Moreno J C, Gonzalez Cámpora R: Wegener's granulomatosis in two sisters. *Ann Rheum Dis*. 1986;45:417-421. doi: [10.1136/ard.45.5.417](https://doi.org/10.1136/ard.45.5.417)
 7. Cohen, MN: Lewis Carroll. Biblioteca de la Memoria. Editorial Anagrama SA. Barcelona. 1998. [Excelente biografía del escritor inglés, rigurosa y objetiva en cuanto al análisis del carácter, la personalidad y la obra de Charles Dodgson (1832-1898)]. *Nota del Recipiente*
 8. Briggs, A: Victorian People: Some Reassessments of People, Institutions, Ideas, and Events. London: Oldhams. 1954.
 9. Clark, A: Lewis Carroll: A Biography. J. M. Dent & Sons Ltd. London. 1979.
 10. Quennell, P, Johnson, H: A History of English Literature. Fernddale Editions. London. 1981.
 11. Benet, J: Londres Victoriano. Editorial Planeta. S.A. Barcelona. 1989. p: 1- 176.

tan solo quiero decirles que cuando Lewis podía a ver a Alice, anotaba en su diario que había tenido un día de “*Piedra Blanca*”. Con ello, Lewis Carroll rememoraba posiblemente una imagen literaria de Cátulo, poeta latino del siglo I ADC¹². Les aseguro que hoy es para mí un auténtico día de “*Piedra Blanca*” al ser aceptado como Académico Numerario en esta Institución, en este “club” tan especial.

Voy a utilizar durante el discurso el masculino de manera genérica e inclusiva, equiparando en todo momento el rol de la mujer al del hombre en la sociedad y en nuestra profesión^{13 14 15 16 17}, por las razones que Uds. comprenderán al final del mismo.

Soy consciente por otra parte del papel representativo que desempeño a partir de este instante sobre millares de compañeros que realizan su trabajo con mucha dignidad limítrofe con el estoicismo¹⁸, en las ciudades y pueblos de nuestra querida Andalucía¹⁹.

-
12. [La costumbre de marcar los días excepcionales con “una piedra blanca” es muy posible que lo tomara Lewis Carroll del poema de Cátulo “*Lapide candidiore diem notare*”]. *Nota del Recipiendario* tomada de la cita n° 7, página 650.
 13. Rodrigo, A: María Lejárraga. Una mujer en la sombra. Círculo de Lectores S.A. Barcelona. 1992.
 14. Caso, A: Las olvidadas. Una historia de mujeres creadoras. Ed. Planeta. Barcelona, 2005.
 15. Manzanera López, L: Olympe de Gouges: La cronista maldita de la Revolución Francesa (El Viejo Topo). Ed. Intervención Cultural S.L. Madrid. 2010.
 16. García Gual , C: Audacias Femeninas. Mujeres del Mundo Antiguo. Turner Noema. Turner Publicaciones S.L. Madrid. 2019.
 17. Vallejo, I: El infinito en un junco. La invención de los libros en el mundo antiguo. Ediciones Siruela. Biblioteca de Ensayo. 2019. pp. 1- 472. [Este maravilloso ensayo nació en el Palacio de La Aljafería ” de yeserías trenzadas y cielos de oro “ y está escrito por Irene Vallejo, Doctora en Filología Clásica por las Universidades de Zaragoza y Florencia]. *Nota del Recipiendario*.
 18. Vv Aa: Los estoicos. Epicteto - Séneca - Marco Aurelio. Editorial NA. Madrid. 4ª edición. 2018.
 19. Rodríguez-Baño J, Pérez-Moreno MA, Peñalva G, Garnacho-Montero J, Pinto C, Salcedo I, Fernández-Urrusuno R, Neth O, Gil-Navarro MV, Pérez-Milena A, Sierra R, Estella Á, Lupión C, Irastorza A, Márquez JL, Pascual Á, Rojo-Martín MD, Pérez-Lozano MJ, Valencia-Martín R, Cisneros JM; PIRASOA Programme Group: Outcomes of the PIRASOA programme, an antimicrobial stewardship programme implemented in hospitals of the Public Health System of Andalusia, Spain: an ecologic study of time-trend analysis. *Clin Microbiol Infect.* 2020 ; 26: 358-365. doi: [10.1016/j.cmi.2019.07.009](https://doi.org/10.1016/j.cmi.2019.07.009)

Especial recuerdo de respeto y admiración quiero formular hacia los médicos de familia que hacen atención primaria rural^{20 21 22}.

El tono y el estilo literario de un Discurso Académico debe de ser cercano y no excesivamente profundo en los temas científicos y por supuesto totalmente ajeno al solipsismo^{23 24} y a los ditirambos estériles^{25 26}. Voy a intentar seguir esos consejos recibidos de mis mentores directos y también por parte de los Excmos. Sres. D. José Cantillana Martínez²⁷, D. Juan Sabaté Díaz²⁸ y D. Santiago Durán García²⁹ a quienes agradezco su amistad hipocrática³⁰.

-
20. Arroyo de la Rosa IA, Guerrero Mayor O, Barneto Clavijo A, Güimil Salas T: Luces y sombras de la medicina rural: a propósito de la docencia. *Aten Primaria*. 2007;39:219-220. doi: [10.1016/s0212-6567\(07\)70883-1](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(07)70883-1)
 21. Bourke L, Sheridan C, Russell U, Jones G, DeWitt D, Liaw ST: Developing a conceptual understanding of rural health practice. *Aust J Rural Health*. 2004;12:181-186. doi: [10.1111/j.1440-1854.2004.00601.x](https://doi.org/10.1111/j.1440-1854.2004.00601.x)
 22. Starfield B, Gérvas J, Mangin D: Clinical care and health disparities. *Annu Rev Public Health*. 2012;33:89-106. doi: [10.1146/annurev-publhealth-031811-124528](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031811-124528) [Artículo científico que muestra la amistad y el respeto mutuo entre Bárbara Starfield y Juan Gérvas - Equipo CESCA] *Nota del Recipiente*.
 23. Bloom, H: Jane Austen: "Emma". En: *Cómo leer y porqué*. Editorial Anagrama. Barcelona. 2000. p: 169.
 24. Covarrubias Correa, A: Vir bonus: el modelo retórico - educativo en Quintiliano. *Veritas*. 2009; 21: 289-303. Accesible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3074375>
 25. Guillén, J: *Lenguaje y Poesía*. Alianza Editorial. S.A. Madrid. 2ª edición. 1972. [Ensayo que trata sobre la obra de varios poetas fundamentales de la Literatura Española. El autor de "Cántico" roza la genialidad en esta obra de crítica literaria. Gonzalo de Berceo, Don Luís de Góngora, San Juan de la Cruz, Gustavo Adolfo Bécquer y el prosista Gabriel Miró dan paso a un capítulo final sobre la Generación del 27]. *Nota del Recipiente*.
 26. García Barrientos, JL: *Las figuras retóricas*. El Lenguaje Literario. 2. Arco Libros. La Muralla SL. 2016. Madrid.
 27. Cantillana Martínez, J: Reflexiones sobre el ejercicio de la cirugía. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2012.
 28. Sabaté Díaz, J: Diagnóstico por la imagen en el cáncer de mama. Cómo convertir una enfermedad mortal en un proceso curable. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2012.
 29. Durán García, S: Tratamiento de las personas con Diabetes Mellitus. 1968-2018. 50 años de Progresos. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2018.
 30. Laín Entralgo, P: *La Medicina Hipocrática*. Ediciones Revista de Occidente. Madrid. 1970. [Pedro Laín Entralgo nació en un pueblecito de Teruel en 1908. Fué miembro de la Real Academia Española, de la Real Academia Nacional de Medicina y de la Real Academia de la Historia. Su dedicación a la Cátedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense fué modélica para el tiempo que le tocó vivir. Su pensamiento estuvo influenciado por José Ortega y Gasset y por Javier Zubiri. Entre sus discípulos me-

Lucio Anneo Séneca estaba almorzando con su esposa y dos amigos cuando llegó un centurión trayendo la sentencia de muerte ordenada por su antiguo discípulo, Nerón, el último Emperador de la Dinastía Julio-Claudia³¹. Pidió con premura las tablillas para reordenar su testamento, pero incluso esa voluntad le fue denegada por el obediente soldado. Tácito en sus Anales refiere que: "...dado que se le prohíbe agradecerles su afecto, les lega lo único, pero más hermoso que posee, la imagen de su vida (*"imaginem vitae suae"*)^{32 33}.

Este Discurso trata de reflejar la imagen del Médico de Familia en sus vertientes clínica^{34 35}, científica^{36 37}

-
- recen ser destacados Luis S Granjel, José María López Piñero, Juan Antonio Paniagua Arellano, Agustín Albarracín Teulón y Diego Gracia Guillén. Además de historiador se le considera experto en Antropología Médica. Falleció en 2001]. *Nota del Recipiente*.
31. Blanco Frejeiro, A: Roma Imperial. Historia del Arte. N° 13. Historia 16. Madrid. 1989. pp: 1-161.
 32. Gomá Lanzón, J: Todo a mil. 33 Microensayos de Filosofía Mundana. Galaxia Gutemberg. SL. Barcelona. 2012. p. 61. [Javier Gomá Lanzón nació en Bilbao en 1965. Es filólogo, licenciado en Derecho y Doctor en Filosofía. Una de sus tesis fundamentales es la ejemplaridad como pauta ética. En el tiempo en que se redacta este discurso es Director de la Fundación Juan March]. *Nota del Recipiente*.
 33. Marías, J: La imagen de la vida humana. Emecé Editores. S. A. 1955. Buenos Aires. 1955. [Julián Marías Aguilera nació en Valladolid en 1914 y falleció en Madrid en 2005. Fue uno de los discípulos más destacados de José Ortega y Gasset con quien fundó el Instituto de Humanidades en Madrid en el año 1948. En 1996 recibió el Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades compartido con Indro Montanelli. Participó en las Sesiones del Concilio Vaticano II. La obra de Julián Marías es inseparable de la tarea de renovación histórica que se estaba produciendo en España a partir de la segunda mitad del siglo XIX, de la mano de pensadores e intelectuales, con la intención de suprimir el retraso con respecto a Europa. En 1985 publicó *España Inteligible*]. *Nota del Recipiente*.
 34. Gallo Vallejo FJ, Altisent Trota R, Diez Espino J, et al: Perfil profesional del médico de familia. Grupo de trabajo de semFYC. Aten Primaria. 1999;23:236-248.
 35. Martín Zurro A: Evaluación de la formación posgraduada, certificación y recertificación profesional de los médicos de familia en diferentes países (Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Holanda, Australia y España). Aten Primaria. 2002;30:46-56. doi: 10.1016/s0212-6567(02)78962-2 [Amando Martín Zurro se licenció en Medicina en 1968 en la UVa, doctorándose en la UAB en el año 1987. Ha sido Director de la Cátedra "Docencia e Investigación en Medicina de Familia" en la UAB desde el año 2001 hasta el 2007. Es el coordinador de un texto clásico de nuestra especialidad y también es editor de la revista Atención Primaria - Elsevier]. *Nota del Recipiente*.
 36. Baroja, P: El árbol de la ciencia. El Libro de Bolsillo. Alianza Editorial. Madrid. 9ª ed. 1977. p. 1- 248.
 37. Fernández Fernández, I: Investigación en Atención Primaria. Med.Clin. (Barc.) 2005. 124: 57-60. [Maribel Fernández - 1957-2007 - fué internista de formación pero médico

³⁸, bioética^{39 40} y humanística^{41 42 43 44} sobre la España intersecular. Trata de analizar el perfil de profesionales capaces de realizar un diagnóstico clínico brillante^{45 46 47}, de tener olfato de Salud Pública^{48 49}, de ser cons-

-
- de familia de vocación. Discípula del Profesor Santiago Durán, completó su aprendizaje como investigadora en la EASP y en la Facultad de Matemáticas de la US en donde obtuvo la Diplomatura en Estadística. Puso en marcha el PAI Diabetes y tuvo responsabilidades en la SEMFYC. Maribel recibió la Medalla de Oro de la SAMFYC. Uno de sus autores favoritos era Marcel Proust - *La Recherche du Temps Perdu*]. *Nota del Recipiente*.
38. Ortega-Calvo M, Santos J M, **Lapetra J**: La animación científica en atención primaria. *Aten Primaria*. 2012;44:549-554. doi: [10.1016/j.aprim.2011.07.019](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.07.019)
 39. Altisent Trota R, Delgado Marroquín MT, Jolín Garijo L, et al: Sobre bioética y medicina de familia (I). Grupo de trabajo de la semFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). *Aten Primaria*. 1999;24:602-613.
[Rogelio Altisent Trota es médico de familia y Profesor Titular de la Universidad de Zaragoza. Es un experto internacional en bioética médica]. *Nota del Recipiente*.
 40. González Blasco P, Serrano Días De Otálora M, Pastushenko J, Altisent Trota R. ¿Cómo enseñar bioética en el pregrado? Reflexiones sobre experiencias docentes. *Aten Primaria*. 2009;41:103-108. doi: [10.1016/j.aprim.2008.06.003](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2008.06.003)
 41. Gómez Santos, M: Vida de Gregorio Marañón. Taurus Ediciones. Madrid. 1971.
 42. López Vega, A: Biobibliografía de Gregorio Marañón. Biblioteca del Instituto Antonio de Nebrija de Estudios sobre la Universidad. U. Carlos III. Madrid. 2009. Disponible en: <https://e-archivo.uc3m.es/handle/10016/6178>
 43. **Sánchez Guijo, P**: El Dr. D. Gregorio Marañón y la Real Academia de Medicina de Sevilla. *Memorias Académicas de la RAMSE*. 2010. pp.: 137-143.
 44. Sánchez González, M A: El humanismo y la enseñanza de las humanidades médicas. *Educación Médica*. 2017; 18: 212-218. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181317300463>
 45. Laín Entralgo, P: El Diagnóstico Médico. Historia y teoría. Salvat Editores. S.A. Barcelona. 1ª edición. 1982. p: 1-425.
 46. Ortega Calvo M, García de la Corte F, Iglesias Bonilla P: Investigando enfermedades raras del adulto en atención primaria: una hipótesis clasificatoria. *An Med Interna*. 2007; 24:535-538. doi: [10.4321/s0212-71992007001100005](https://doi.org/10.4321/s0212-71992007001100005)
 47. Ramalle-Gómara E, Domínguez-Garrido E, Gómez-Eguílaz M, Marzo-Sola ME, Ramón-Trapero JL, Gil-de-Gómez J: Education and information needs for physicians about rare diseases in Spain. *Orphanet J Rare Dis*. 2020;15(1):18. doi: [10.1186/s13023-019-1285-0](https://doi.org/10.1186/s13023-019-1285-0)
 48. Del Rey Calero, J: Epidemiología y Salud de la Comunidad. Editorial Karpos. Instituto de Ciencias del Hombre. Madrid. 1982. p: 1-602. [Excelente compendio de conocimientos epidemiológicos y sanitarios que apareció durante el Tercer Año de mi Residencia en el HUVM. El Profesor Juan del Rey Calero nació en Pozoblanco - Córdoba - en el año 1928 y ocupa en la actualidad el sillón N° 17 de la Real Academia Nacional de Medicina - Microbiología y Parasitología]. *Nota del Recipiente*.
 49. Turabián Fernández, J.L.: Cuadernos de medicina de familia y comunitaria. Editorial Díaz de Santos. Madrid. España. 1994. p. 1- 576.
[José Luis Turabián es médico de familia e investigador sanitario. Es autor de libros y

cientes del “no hacer”^{50 51 52} y de impulsar la investigación de impacto

53 54

2.- LA IMPORTANCIA DEL DISEÑO EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA.

Entendemos que la investigación es una característica fundamental del desarrollo de nuestro quehacer. El buen médico no es sólo el que sabe crear una buena entrevista clínica, construir una hipótesis diagnóstica y plantear un programa terapéutico activo o no activo, sino el que continuamente se hace preguntas sobre cualquiera de esos pasos.

Tan importante es el diseño en la investigación clínico-epidemiológica que los mismos resultados numéricos obtenidos al final de un análisis bioes-

artículos fundamentales en el desarrollo de nuestra especialidad. Posee un estilo científico-literario absolutamente distintivo]. *Nota del Recipiente*.

50. Jamouille M: Quaternary prevention, an answer of family doctors to overmedicalization. *Int J Health Policy Manag.* 2015;4:61-64. doi: [10.15171/ijhpm.2015.24](https://doi.org/10.15171/ijhpm.2015.24)
51. Coll-Benejam T, Bravo-Toledo R, Marcos-Calvo MP, Astier-Peña MP: Impacto del sobrediagnóstico y sobretratamiento en el paciente, el sistema sanitario y la sociedad. *Aten Primaria.* 2018;50 Suppl 2: 86-95. doi: [10.1016/j.aprim.2018.08.004](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.08.004)
52. Gervás, J, Pérez Fernández, M: Atención Primaria fuerte: fundamento clínico, epidemiológico y social en los países desarrollados y en desarrollo. *Rev Bras Epidemiol.* 2006 ; 9: 384-400. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/rbepid/v9n3/13.pdf>
[Excelente artículo del Equipo CESCO sobre lo que debe ser un médico de familia que no ha perdido vigencia a pesar de la fecha de publicación. Quisiéramos llamar la atención del lector sobre la ética de la negativa y sobre la ética de la humildad]. *Nota del Recipiente*.
53. Bellón Saameño J A, López-Torres J: La investigación en Atención Primaria como área de conocimiento. *Aten Primaria.* 2012;44:185-6. doi: [10.1016/j.aprim.2012.02.001](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.02.001) [Juan Ángel Bellón Saameño es médico de familia e investigador con un elevado impacto científico en el campo de la salud mental en atención primaria. Perteneció al IBIMA].
54. Toledo-Atucha E, Salas-Salvadó J, Donat-Vargas C, et al: Mediterranean Diet and Invasive Breast Cancer Risk Among Women at High Cardiovascular Risk in the PREDIMED Trial: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med.* 2015 ; 175 (11):1752-1760. doi: [10.1001/jamainternmed.2015.4838](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2015.4838)
[Estefanía Toledo Atucha es Profesora Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra - UNAV. Ha sido investigadora en el ensayo clínico PREDIMED. En la actualidad trabaja en el PREDIMED Plus y en el SUN. Ha realizado estancias en la Universidad Brown y en la de Harvard. Perteneció al grupo de investigación CIBER-OBN que dirige Miguel Ángel Martínez González, Catedrático de la UNAV]. *Nota del Recipiente*.

tadístico deben de ser interpretados de forma muy distinta dependiendo del diseño epidemiológico utilizado por el investigador^{55 56}.

Hemos preferido el término diseño al de paradigma^{57 58} porque, a pesar de la utilidad del segundo, nosotros pensamos que *paradigma* es un concepto más heurístico que filosófico^{59 60 61}, aunque evidentemente este no es momento ni lugar para desarrollar esta tesis. Aunque los avances terapéuticos más notables de las últimas décadas se han realizado bajo la óptica de los denominados ensayos clínicos, *in exempla*^{62 63}, GISSI, ISIS-2, CONSENSUS, AFASAK, SOLVD, SAVE, PREDIMED..., efectuados bajo el diseño experimental, nosotros hemos querido profundizar en un escalón inferior de la evidencia⁶⁴, el diseño observacional, defendiendo su importancia pedagógica y su capacidad generadora de resultados. Además existen muchos escenarios en los que por motivos éticos, económicos o metodológicos es imposible aplicar el diseño experimental (ensayo clínico)^{65 66}.

-
55. Alvarez-Dardet C, Mur P, Gascón E, Nolasco A, Bolúmar F: La investigación clínica en España: tipos de diseños utilizados. *Med Clín* 1987; 89: 221-223.
 56. Hernández-Avila M, Garrido-Latorre F, López-Moreno S: Diseño de estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex.* 2000;42:144-154.
 57. Kühn, T S: La estructura de las Revoluciones Científicas. Traducción de Carlos Solís Santos. Fondo de Cultura Económica. México. 1971.
 58. Bhopal R: Paradigms in epidemiology textbooks: in the footsteps of Thomas Kuhn. *Am J Public Health.* 1999 ; 89:1162-5. doi:10.2105/ajph.89.8.1162
 59. Ortega Calvo, M: Apuntes sobre Filosofía de la Ciencia e Investigación Clínica. Ed. Wanceulen. 2010. p.139.
 60. Bunge, M: Filosofía para Médicos. Ed. Gedisa. S.A. Barcelona. 2012.
 61. Saborido, C: Filosofía de la Medicina. Ed. Tecnos. 2020. Madrid. p: 1-288.
 62. Cosín Aguilar J, Hernández Martínez A: Ensayos clínicos en insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol.* 2001 ; 54 Suppl 1:22-31.
 63. Sandoya, E: Ensayos clínicos que cambiaron la práctica de la cardiología: fortalezas y debilidades. *Rev. Urug. Cardiol.* 2007; 22: 53-7. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ruc/v22n1/v22n1a06.pdf>
 64. Wang JJ, Attia J: Study designs in epidemiology and levels of evidence. *Am J Ophthalmol.* 2010;149:367-370. doi: 10.1016/j.ajo.2009.08.001
 65. D'Agostino RB, Jr, D'Agostino, RB: Estimating treatment effects using observational data. *J A M A.* 2007 ; 297: 314-6. [Ralph Benedict D'Agostino nacido en 1940, es profesor de Bioestadística y Epidemiología en la Universidad de Boston. También es director de la Unidad de Estadística y Consultoría del Estudio Framingham. Fue elegido miembro de la Asociación Norteamericana de Estadística en 1990 y de la Asociación del Corazón en 1991. Su hijo, Ralph B. D'Agostino Jr, también es bioestadístico]. *Nota del Recipiente.*
 66. Foster A, Horspool KA, Edwards L, et al: Who does not participate in telehealth trials and why? A cross-sectional survey. *Trials.* 2015 ; 16:258. doi: 10.1186/s13063-015-0773-3

3.- EL DISEÑO OBSERVACIONAL.

En este supuesto, el investigador no manipula la realidad de la naturaleza, ni la estresa con mecanismos aleatorios, *sencillamente la observa*, la analiza, la cuantifica y aporta conclusiones a la comunidad científica⁶⁷. Por razones que también vamos a obviar en este lugar, el diseño observacional tan sólo permite señalar hallazgos asociativos, nunca causales. Pero evidentemente serán estos estudios el primer paso para la realización de ensayos clínicos fundamentados en diseños experimentales.

Algunos investigadores y no pocos artículos otorgan significado causal a algunos estudios observacionales analizados con técnicas estadísticas sofisticadas^{68 69}, los índices de propensión y los modelos marginales⁷⁰. Tampoco vamos a entrar en esos aspectos en este Discurso. Finalmente quisiéramos señalar que a continuación vamos a comentar aspectos de observación inductiva más que de observación deductiva. Un maestro indiscutible de ésta última fué el médico y oftalmólogo escocés, Sir Arthur Conan Doyle (Figura nº 1) con la creación literaria de su personaje Sherlock Holmes. Parece ser que Conan Doyle se inspiró en el conocimiento y trato personal del forense y profesor de la Universidad de Edimburgo, Joseph Bell (1837-1911)^{71 72}.

-
67. Manterola, C, Otzen, T: Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int. J. Morphol.. 2014; 32:634-645.
 68. Coscia Requena C, Muriel A, Peñuelas O: Análisis de la causalidad desde los estudios observacionales y su aplicación en la investigación clínica en Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018;42:292-300. doi: [10.1016/j.medin.2018.01.002](https://doi.org/10.1016/j.medin.2018.01.002)
 69. Meid AD, Ruff C, Wirbka L, Stoll F, Seidling HM, Groll A, Haefeli WE: Using the Causal Inference Framework to Support Individualized Drug Treatment Decisions Based on Observational Healthcare Data. Clin Epidemiol. 2020 ; 12:1223-1234. doi: [10.2147/CLEPS274466](https://doi.org/10.2147/CLEPS274466)
 70. Rosenbaum P R, Rubin D B: The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Biometrika.1983;70:41-55.
 71. Westmoreland BF, Key JD: Arthur Conan Doyle, Joseph Bell, and Sherlock Holmes: A neurologic connection. Arch Neurol. 1991; 48:325-329.
 72. Fariña-Pérez LA: Joseph Bell (1837-1911): Centenario del cirujano que inspiró a Arthur Conan Doyle el personaje de Sherlock Holmes, y que enseñó urología en Edimburgo. Actas Urol Esp. 2012 ; 36: 202.



Figura n^o 1: El oftalmólogo escocés Arthur Conan Doyle (1859-1930).

a.- Tamaño de muestra con n=1.

“La Naturaleza gusta de esconderse”

“physis philei kryptesthai”.

Heráclito de Éfeso⁷³

La observación de un caso singular es quizás la que proporciona más placer al clínico. Hemos defendido durante una parte de nuestra carrera la capacidad diagnóstica⁷⁴ e investigadora del médico de familia a la hora de la identificación de enfermedades raras en su entorno laboral^{75 76 77 78}.

-
73. García Gual, C: Grecia para todos. Espasa. Ed.Planeta. Barcelona.2019. p. 40 y 149.
 74. **Marañón y Posadillo, G:** Manual de Diagnóstico Etiológico. Revisado y Actualizado por Alfonso Balcells Gorina. 12^a edición. Madrid. Espasa Calpe S.A. 1974. [Libro de Medicina que no necesita ningún epíteto por su genialidad, orden y sabiduría. En el año 2021 lo sigo utilizando profesionalmente. La primera edición es de 1936]. *Nota del Recipiente*.
 75. Turabián J L, Pérez Franco B: El concepto de diagnóstico en medicina de familia: ver un paisaje. El diagnóstico en medicina de familia. Aten Primaria. 2010 ; 42: 66-69. doi: DOI: [10.1016/j.aprim.2009.10.007](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2009.10.007)
 76. Ortega Calvo M, Gómez-Chaparro Moreno JL, González-Meneses López A, Guillén Enríquez J, Varo Baena A, Fernández de la Mota E: Mapas conceptuales para el diagnóstico de enfermedades raras en atención primaria. Aten Primaria. 2012 ; 44: 43-50. doi: [10.1016/j.aprim.2011.01.009](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2011.01.009)
 77. Turabián J L, Samarín-Ocampos E, Minier L, Pérez-Franco B: Aprendiendo conceptos del diagnóstico en medicina de familia: a propósito del «signo de Robinson» - las huellas que no deberían estar allí. Aten Primaria. 2015 ; 47:596 - 602. doi: [10.1016/j.aprim.2015.02.008](https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.02.008)
 78. Vicente E, Pruneda L, Ardanaz E: Paradoja de la rareza: a propósito del porcentaje de población afectada por enfermedades raras. Gac Sanit. 2020 ; 34:536-538. doi: [10.1016/j.gaceta.2020.02.012](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.02.012)

En este contexto^{79 80}, durante los primeros meses del año 1994, me acerqué al domicilio de una paciente de 38 años de edad situado en la ciudad de Pilas (Sevilla). Era una fumadora importante de más de 20 cigarrillos en 24 horas y se encontraba enferma desde hacía varios días con tos, esputos oscuros y fiebre termometrada de 38° C. La primera sensación fue de gravedad. La ausculté percibiendo algunos roncus diseminados y una disminución del murmullo vesicular en el hemitórax derecho en su tercio inferior.

Mi primera decisión fue intentar ingresarla debido a su aspecto y a los datos objetivos, pero ella no quiso y pautamos un tratamiento antibiótico empírico por vía intramuscular. Volví al día siguiente para evolucionarla clínicamente, pero no había ninguna mejoría y la paciente me pidió que la trasladara. Tras ser estudiada en el Servicio de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío, fue derivada al día siguiente a las Consultas externas de Neumología en donde comenzó a estudiarla la Dra. Dña. Emilia Barrot Cortés.

Tras un período de unos dos meses, con la implementación de diversas técnicas diagnósticas, entre ellas una toracotomía exploradora, y de varios tratamientos con esteroides y antimicrobianos por vía oral, se llegó a la conclusión de que la paciente padecía una granulomatosis broncocéntrica (GBC)⁸¹ (Figura nº 2) y una aspergilosis no invasiva (ANI)⁸². La paciente hizo crisis de su enfermedad tras la infusión intravenosa de amfotericina B en un ingreso hospitalario.

En el ínterin, se pudo saber que había perdido a su hijo mayor de una enfermedad granulomatosa crónica (EGC)⁸³. Tras la mejoría de la paciente se pudo objetivar por parte de la Dra. Berta Sánchez Sán-

79. Nissen T, Wynn R: The clinical case report: a review of its merits and limitations. *BMC Res Notes*. 2014;7:264. doi: [10.1186/1756-0500-7-264](https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-264)

80. Sayre JW, Toklu HZ, Ye F, Mazza J, Yale S: Case Reports, Case Series - From Clinical Practice to Evidence-Based Medicine in Graduate Medical Education. *Cureus*. 2017 ; 9:e1546. doi: [10.7759/cureus.1546](https://doi.org/10.7759/cureus.1546)

81. Liebow AA: The Burns Amberson Lecture: pulmonary angitis and granulomatosis. *Am Rev Respir Dis*. 1973; 108: 1-18

82. Barrot E, Ortega-Calvo M, Borderas F, Sanchez J, Melero-Ruiz J, Sanchez-Sanchez B: Bronchocentric granulomatosis as a first clinical manifestation in an adult patient with p67phox deficiency. *Respiration*. 1999 ; 66:547-50.

83. Hyde, R.M.: *Immunology*. NMS for independent study. Williams & Wilkins 3 rd edition. 1995. Malvern. PA. USA. p. 122.

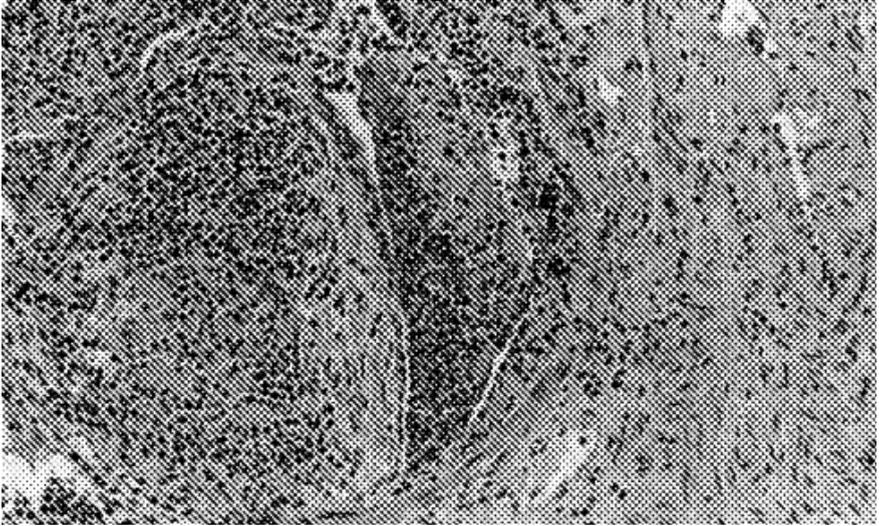


Figura nº 2: Imagen histopatológica compatible con GBC. Se pueden observar residuos de epitelio bronquial. Tinción de Hematoxilina-Eosina. Magnificación x 66. Departamento de Anatomía Patológica. Ciudad Sanitaria Virgen del Rocío. Sevilla ⁷⁹.

chez del Servicio de Inmunología de Virgen del Rocío que la curva de función oxidativa de sus polimorfonucleares era plana. Tras su vuelta a casa con el diagnóstico de EGC, se planteó desde el Centro de Salud Virgen de Belén (Pilas-Sevilla), la posibilidad de un diagnóstico molecular en la Universidad de Londres (UCL) por parte del Profesor Anthony Segal, experto en el metabolismo oxidativo de los polimorfonucleares⁸⁴ y en la enfermedad de Crohn⁸⁶.

En su laboratorio se diagnosticó a esta paciente como portadora de un déficit bioquímico en p67-phox, una variante poco frecuente de esta

-
84. Segal, AW: How Neutrophils Kill Microbes. *Annu Rev Immunol.* 2005 ; 23; 197-223. Accesible en: https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurevimmunol.23.021704.115653?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org&rft_dat=cr_pub++0pubmed
 85. Roos D, van Buul JD, Tool AT, et al: Two CGD Families with a Hypomorphic Mutation in the Activation Domain of p67^{phox}. *J Clin Cell Immunol.* 2014 ; 5 (3): 1000231. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4414043/>
 86. Segal AW: The role of neutrophils in the pathogenesis of Crohn's disease. *Eur J Clin Invest.* 2018;48 Suppl 2:e12983. doi: 10.1111/eci.12983

enfermedad rara que todos estudiamos en los libros de Inmunología y Pediatría pero que también se puede observar en la Patología Médica del adulto⁸⁷. El diagnóstico se confirmó por parte del Profesor Sobrino Beneyto del Departamento de Bioquímica al final de la década de los 90 en la Facultad de Medicina de Sevilla.

Se confeccionó un manuscrito en forma de nota clínica que informaba del hallazgo diagnóstico. Se envió como primera opción a la revista *Chest* que lo rechazó en 24 horas tras una lectura somera. Se decidió entonces enviarlo a la revista *Thorax*, cuyo comité de redacción lo envió a dos eminentes revisores de la especialidad neumológica del Reino Unido. Tras un período de unos treinta días recibimos un nuevo rechazo con unas críticas muy interesantes que incorporamos parcialmente al texto. Finalmente la nota clínica fue enviada a *Respiration* de la Karger que la aceptó sin críticas. *Thorax* aceptó unos 4 años después una nota con un caso clínico muy parecido proveniente de Canadá⁸⁴.

Posteriormente informamos al Registro Español de Inmunodeficiencias Primarias (REDIP) ubicado en el Hospital Son Dureta y que por entonces dirigía la Dra. Nuria Matamoros Florí. Era el primer caso de esta variedad de Enfermedad Granulomatosa Crónica enviado desde Andalucía.

b.- Tamaño de muestra con $n \leq 30$: Series de casos y aplicación de métodos descriptivos y no paramétricos de análisis.

Debido a la diversidad de estimaciones de prevalencia que existían en la bibliografía sobre la distrofia miotónica tipo I (enfermedad de Steinert) y la poca información existente para la distrofia miotónica tipo II (enfermedad de Thomsen)⁸⁸ decidimos realizar una cuantificación del problema en la zona básica de Salud de Pilas que tenía un alta morbilidad percibida para estos problemas. Realizamos un análisis transversal de las proporciones de prevalencia con intervalos de confianza (IC) para el año 1998⁸⁹.

-
87. Molytner Y, Geerts WH, Chamberlain DW, et al: Underlying chronic granulomatous disease in a patient with bronchocentric granulomatosis. *Thorax*. 2003;58:1096–1098.
 88. López de Munain A, Blanco MD, Emparanza, MD, et al: Prevalence of myotonic dystrophy in Guipuzcua (Basque Country, Spain). *Neurology*. 1993;43:1573-6.
 89. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A, Macías Pérez V, González Alvarez M. Distrofias miotónicas congénitas en un área de salud rural. *Aten Primaria*. 2004 ; 33: 53–54. Doi: [10.1016/s0212-6567\(04\)78882-4](https://doi.org/10.1016/s0212-6567(04)78882-4)

Se procedió a la localización de todos los casos «clásicos» de distrofia miotónica I y II existentes en los registros de los centros sanitarios que componían la ZBS. Todos tenían diagnóstico desde el nivel especializado. Los datos demográficos fueron facilitados por la autoridad sanitaria. Los IC se calcularon al 95% sobre el error estándar de una proporción, aplicando el factor de exhaustividad (ley hipergeométrica) en el caso de muestreos grandes (Pilas) y la ley de Poisson en el caso de muestreos pequeños (resto de municipios que componían la ZBS). Los IC para la distrofia miotónica tipo II también están calculados por este último método. El período acumulado de observación fue de 12 años.

Se recogieron un total de 15 casos vivos de distrofia miotónica tipo I (Enfermedad de Steinert) en toda la ZBS (11 varones y 4 mujeres), lo cual indica una proporción de prevalencia de 5,28 casos por 10.000 habitantes (IC del 95%, 2,95-8,27). De los 15 casos, 11 se encontraron en Pilas en 3 unidades familiares. Dos de ellas tenían una relación en la cuarta generación. Se recogieron 2 casos vivos de distrofia miotónica tipo II (Enfermedad de Thompsen) en toda la ZBS (un varón y una mujer, hermanos), lo cual indica una proporción de prevalencia para la ZBS de 0,7 casos/10.000 habitantes (IC del 95%, 0,08-2,54).

TABLA 1. Prevalencia de distrofia miotónica tipo I clásica en diferentes poblaciones

	Casos/ 10.000 habitantes	Poblaciones
Tolosa (1)	3,779	44.981
Urola-Costa (1)	4,030	62.022
Bajo Deba (1)	3,089	77.672
ZBS Pilas	5,283	28.389

ZBS: Zona básica de salud.

Tabla n° 1: Proporciones de prevalencia comparativas de la Enfermedad de Steinert para varios lugares de la geografía española ⁸⁶.

La distrofia miotónica tipo I no se podía considerar una enfermedad rara en la ZBS. En Pílas existía un *cluster* de esta enfermedad. En la Tabla 1, se recogen las prevalencias comparativas con otros lugares. No se constató un efecto fundador claro ni tampoco inmigración de origen vasco. No obstante, creemos que los datos aquí aportados infraestimaban la realidad del problema en nuestro medio al no tener acceso a la información genética. En un estudio anterior al nuestro se obtuvo una incidencia de 12 casos de enfermedad de Steinert por 26.958 niños registrados en el Estudio Español de Malformaciones Congénitas con una estimación de prevalencia de 0,08 por cada 10.000 nacidos vivos⁹⁰.

Siciliano et al⁹¹ demostraron unas tasas de prevalencia superiores al doble cuando se disponen de técnicas genéticas. La distrofia miotónica tipo II sí que puede considerarse una enfermedad rara en nuestro entorno. Las proporciones de prevalencia son similares a las de Pinessi et al⁹². La investigación sobre estas enfermedades raras sigue adelante⁹³. Con este trabajo hemos querido presentar un tipo de diseño observacional, la investigación transversal⁹⁴.

Se preguntarán Uds. cual fué la razón por la que un médico de familia trabajando en un entorno rural, con guardias cada seis u ocho días, sin descanso después de ellas, se puso a investigar esta

-
90. González de Dios J, Martínez Frías ML, Egües Jimeno J, Gairi Tahull JM, Gómez Sabrido F, Morales Fernández MC, Paísán Grisolia L, Pardo Romero M, Medina Rams M: Estudio epidemiológico de la distrofia miotónica congénita de Steinert: características dismorfológicas. *An Esp Pediatr.* 1999 ; 51:389-96.
 91. Siciliano G, Manca M, Gennarelli M, et al.: Epidemiology of myotonic dystrophy in Italy: re-appraisal after genetic diagnosis. *Clin Genet* 2001;59:344-9
 92. Pinessi L, Bergamini L, Cantello R, Di Tizio C: Myotonia congenita and myotonic dystrophy: descriptive epidemiological investigation in Turin, Italy. (1955-1979). *Ital J Neurol Sci* 1982;3:207-10.
 93. Angelini C, Pinzan E: Advances in imaging of brain abnormalities in neuromuscular disease. *Ther Adv Neurol Disord.* 2019 May 6;12:1756286419845567. doi: [10.1177/1756286419845567](https://doi.org/10.1177/1756286419845567)
 94. Berra S, Elorza-Ricart JM, Estrada MD, Sánchez E: Instrumento para la lectura crítica y la evaluación de estudios epidemiológicos transversales. *Gac Sanit.* 2008;22:492-497. doi: [10.1157/13126932](https://doi.org/10.1157/13126932)

enfermedad neurológica tan rara. La motivación biográfica fue doble. En primer lugar, el haber cursado la asignatura de Fisiología Humana durante el Curso Académico 1974-1975 con el Profesor Mir Jordano, Catedrático de la US. Diego impartió el 97% de las Clases Magistrales, desarrollando sus Guiones de Neurofisiología que son para mí un modelo ideal de organización pedagógica de la información científica⁹⁵. Tenía claro que iba a ser médico clínico, pero confieso que aquella asignatura cristalizó definitivamente mi vocación.

Y en segundo lugar, el haber podido conocer y aprender del Dr. Guillermo Izquierdo Ayuso⁹⁶ quien fuera Neurólogo Consultor en las plantas de Medicina Interna del Hospital Virgen Macarena durante la década de los 80. Guillermo era y es el prototipo de sabio humilde, la forma en que desarrollaba la semiología exploratoria del Sistema Nervioso Central y Periférico y la manera en que proféticamente auguraba el lugar de la lesión isquémica⁹⁷, fueron seminales para mí. Guillermo Izquierdo es un investigador con mucho impacto en esclerosis múltiple^{98 99}.

-
95. **Mir Jordano, D:** Guiones de Fisiología Humana. Neurofisiología. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. 1977. [Excelente y breve monografía que contiene las Clases Magistrales de Neurofisiología Humana del Profesor Mir Jordano guionizadas]. *Nota del Recipiente*.
 96. García-Ruiz AJ, Izquierdo-Ayuso G, Navarro-Mascarell G, et al: Efficacy of the Treatments Used in Multiple Sclerosis: From Meta-analysis to Number Needed to Treat. *Clin Neuropharmacol.* 2017;40:37-42. doi: [10.1097/WNF.0000000000000201](https://doi.org/10.1097/WNF.0000000000000201)
 97. Viguera J, Martínez-Parra C, Patrignani G, Muniáin MA, Castilla JM, Izquierdo G: Infarto de la arteria cerebelosa superior (síndrome de Mills). Correlación clinicomorfológica y funcional. *Neurología.* 1988 ; 3:137-142.
 98. Vázquez-Marrufó M, Galvao-Carmona A, Benítez Lugo ML, Ruíz-Peña JL, Borges Guerra M, Izquierdo Ayuso G: Retest reliability of individual alpha ERD topography assessed by human electroencephalography. *PLoS One.* 2017 ; 12 (10):e0187244. doi: [10.1371/journal.pone.0187244](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187244)
 99. Menéndez-Valladares P, García-Sánchez MI, Cuadri Benítez P, Lucas M, Adorna Martínez M, Carranco Galán V, García De Veas Silva JL, Bermudo Guitarte C, Izquierdo Ayuso G: Free kappa light chains in cerebrospinal fluid as a biomarker to assess risk conversion to multiple sclerosis. *Mult Scler J Exp Transl Clin.* 2015 ;1: 2055217315620935. doi: [10.1177/2055217315620935](https://doi.org/10.1177/2055217315620935)

c.- Tamaño de muestra con $n \geq 30$. Diseños clásicos de Cohortes y de Casos y controles. Diseños híbridos.

Los diseños observacionales clásicos son el diseño de cohorte y el diseño de casos y controles según se recoge en el Canon Epidemiológico^{100 101 102 103 104 105 106 107}.

Cohortes.

Una cohorte se define como un grupo de personas que comparten una característica común, dentro de un período definido. En un tiempo cero se selecciona a un grupo de pacientes con uno o más rasgos en común (una exposición, un factor de riesgo a investigar, una característica demográfica compartida), que no presenten el resultado clínico esperado, pero tengan la potencialidad de presentarlo.

Se observa su evolución durante un período definido y se compara a los pacientes que presentan la condición clínica en estudio con los que

-
100. Bloom, H: El Canon Occidental. Editorial Anagrama. Barcelona.1995. p: 1-585. (Edición original: The western Canon: The books and School of Ages. 1994)
 101. Rothman K.J.: Epidemiología Moderna. Ediciones Díaz de Santos. S.A. 1987. p. 1-397.
 102. Gordis, L: Epidemiología. Elsevier. 2014. [Leon Gordis 1934–2015, fue un epidemiólogo, profesor e investigador norteamericano. En este libro muestra unas bases claras para la comprensión de los principios epidemiológicos y de sus aplicaciones clínicas]. *Nota del Recipiente*.
 103. Fletcher, R.H., Fletcher S.W., Wagner, E.H.: Epidemiología Clínica. Aspectos Fundamentales. Masson. William & Wilkins S.A. Barcelona. 2ª edición. 1998. [Excelente manual de epidemiología clínica que debería ser de lectura obligatoria para todo médico que atiende pacientes tomando decisiones clínicas]. *Nota del Recipiente*.
 104. Schneider, D, Lilienfeld D.E: Liliensfeld's Foundations of Epidemiology. Oxford University Press. 4th edition. 2015.
 105. Argimon, J M, Jiménez Villa, J: Métodos de investigación clínica y epidemiología. 2013. 4ª ed. Elsevier. Barcelona.
 106. Grima, P: Los secretos de la estadística. La certeza absoluta y otras ficciones. National Geographic. Edición Especial. Barcelona.España. 2017.
 107. Martínez González M.A, Sánchez Villegas, A, Toledo Atucha, E, Faulín Fajardo J: Bioestadística Amigable. 4ª edición. Elsevier. 2020. p: 1-552. [Miguel Ángel Martínez González es Catedrático y Director del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la UNAV. Es también Profesor Visitante en la Universidad de Harvard. Expone de forma muy pedagógica en este tratado toda su experiencia docente e investigadora sobre bioestadística junto a algunos de sus colaboradores. Miguel Ángel Martínez es expresión clara del impacto científico de la UNAV]. *Nota del Recipiente*.

no la presentan durante el período de observación, buscando posibles asociaciones¹⁰⁸. La palabra “cohorte” deriva del vocablo latino *cohors* – *cohortis* (de la tercera declinación)¹⁰⁹, que designaba a una unidad táctica de infantería dentro de las legiones romanas.

La utilización de los Estudios de Cohorte (EC), refleja una necesidad por conocer la ocurrencia de eventos a lo largo del tiempo. En este sentido, los EC que conocemos hoy, corresponden a la evolución de las tablas de vida construidas a partir de datos de mortalidad con fines actuariales y demográficos, que surgieron entre 1600 y 1700. En 1662, en Londres, se realizó el primer análisis de causas de mortalidad; en 1855, investigaciones de tasas de mortalidad por cólera ; y en 1904 el primer estudio de seguimiento (en pacientes con tuberculosis)¹¹⁰.

En 1927, Wade Hampton Frost (Universidad Johns Hopkins) (Figura n° 3)¹¹¹ publicó un artículo sobre la aplicación de métodos epidemiológicos para el estudio de enfermedades crónicas. Él fue quien acuñó el concepto de cohorte, para estudiar los factores asociados a la mortalidad por tuberculosis en 1933. Aplicó encuestas a familias, estratificó datos vitales, estimó años-persona de experiencia de vida; y calculó tasas de enfermedad, determinando el riesgo de morir por tuberculosis en familias expuestas y no expuestas al contacto con tuberculosis. También realizó aportaciones a la epidemiología de la polio, la difteria y la gripe¹¹² y creó el concepto de caso-índice¹¹³ de tanta actualidad en los tiempos que corren.¹¹⁴

108. Avello, E, Silva Valenzuela, S, Manríquez, J J: Medición de riesgo y pronóstico en dermatología: estudios de cohorte y de casos y controles. *Piel*. 2007; 22:54-62.

109. Pollán, M, Pérez-Gómez, B: Estudios de Cohortes. En: Royo-Bordonada MA, Damián-Moreno J: Método Epidemiológico. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. 2009. pp. 93-116.

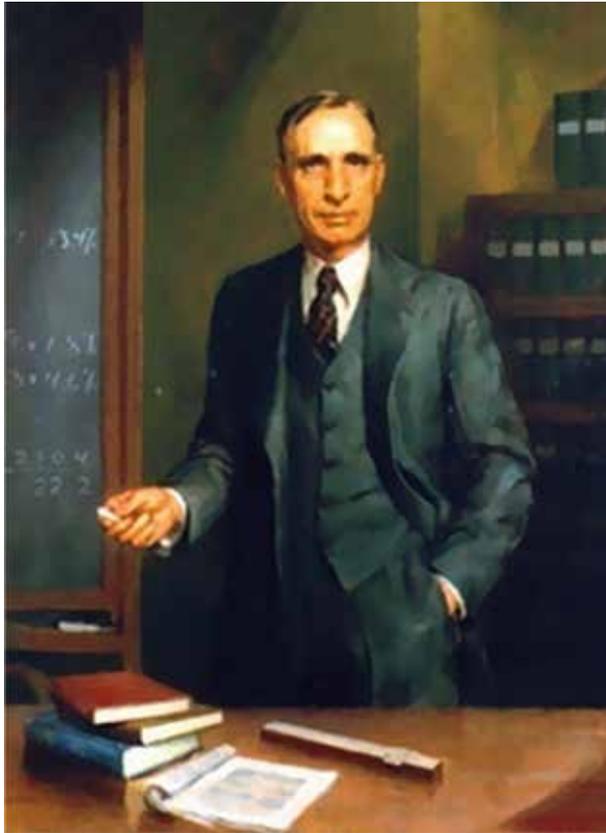
110. Samet J M, Muñoz A: Evolution of the cohort study. *Epidemiol Rev*. 1998;20:1-14. doi:10.1093/oxfordjournals.epirev.a017964 [Artículo muy interesante sobre la evolución del concepto de cohorte bajo el prisma de la historia de la ciencia]. *Nota del Recipiente*.

111. Salazar P, Manterola C, Quiroz G, García N, Otzen T, Mora M, Duque G: Estudios de cohortes. 1ª parte. Descripción, metodología y aplicaciones. *Rev Cir*. 2019;71:482-93.

112. Morabia A: Snippets from the past: the evolution of Wade Hampton Frost's epidemiology as viewed from the American Journal of Hygiene/Epidemiology. *Am J Epidemiol*. 2013;178:1013-1019. doi: 10.1093/aje/kwt199

113. Daniel, T M: Wade Hampton Frost and the index case concept. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2009 ; 13:1345-1346.

114. Camprubí, L: Pensar la Epidemiología en los tiempos del Covid 19. Investigación y Ciencia (edición española). 2020 ; 528: 52-53.



*Figura n° 3: Wade Hampton Frost (1880-1938).
Profesor de Epidemiología en la Johns Hopkins.*

Aunque gran parte de la literatura anglosajona otorga a este investigador la primacía histórica del diseño cohorte, no debemos olvidar a Wilhelm Weinberg quien publicó en el año 1913 “Los niños de la Tuberculosis”¹¹⁵ un extraordinario trabajo de investigación observacional. Weinberg está en un lugar destacado de la historia de la ciencia por sus estudios en genética poblacional¹¹⁶.

115. Morabia A, Guthold R: Wilhelm Weinberg’s 1913 Large Retrospective Cohort Study: a rediscovery. *Am J Epidemiol.* 2007;165:727-733. doi: [10.1093/aje/kwk062](https://doi.org/10.1093/aje/kwk062)

116. Mayo, O: A century of Hardy-Weinberg equilibrium. *Twin Res Hum Genet.* 2008;11:249-56.

Cohorte de los Médicos Británicos.

El estudio prospectivo de los efectos del tabaco sobre la salud comenzó en 1951. Invitaba a participar a los médicos de Reino Unido, rellenando un cuestionario que fue enviado el 31 de octubre de 1951 a 59.600 médicos de ambos sexos. Los investigadores optaron por un cuestionario corto que favoreciese la participación. Se pidió a los médicos que se clasificasen como: fumadores actuales, exfumadores o no fumadores (definidos como aquellos que no han llegado a fumar un cigarrillo al día durante 1 año). A los fumadores o exfumadores se les pidió que informasen sobre la edad de inicio y la cantidad de cigarrillos/día que fumaban en ese momento o antes de abandonar el hábito.

Un total de 40.637 médicos (34.445 hombres y 6.192 mujeres) contestaron el cuestionario inicial. Durante el seguimiento se les enviaron otros tres cuestionarios a los hombres y otros dos a las mujeres para estimar los cambios en el patrón de consumo.

El seguimiento se realizó mediante el Registro Nacional de Defunción. En 1964 se publicaron los resultados de los diez primeros años de seguimiento¹¹⁷ y posteriormente los correspondientes a veinte y veintidós años de seguimiento en hombres y en mujeres respectivamente. Se contabilizaron 467 muertes por cáncer de pulmón como causa básica de defunción, y otras 20 citaban dicha enfermedad como causa contribuyente. Para estas 487 muertes se buscó confirmación del diagnóstico a partir del médico que rellenó el certificado de defunción. Como evento de interés se estudió también la mortalidad por otros tumores, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y otras. Durante años se han estudiado otras variables resultado^{118 119}.

117. Doll R, Hill A B: Mortality in relation to smoking: Ten years' observations of British doctors. *BMJ*. 1964;1:1399-1410.

118. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I: Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ*. 2004; 328 (7455):1519. doi: [10.1136/bmj.33142.554479.AE](https://doi.org/10.1136/bmj.33142.554479.AE)

119. Mappin-Kasirer B, Pan H, Lewington S, et al: Tobacco smoking and the risk of Parkinson disease: A 65-year follow-up of 30,000 male British doctors. *Neurology*. 2020;10.1212/WNL.0000000000009437. doi: [10.1212/WNL.0000000000009437](https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000009437)

Estudio EPIC.

El EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition) es un estudio prospectivo multinacional coordinado desde la Agencia Internacional de Investigación del Cáncer (IARC). Este estudio ha sido diseñado para investigar la relación entre diferentes factores nutricionales y la incidencia de cáncer y otras enfermedades crónicas. Se reclutaron un total de 520.000 participantes en diez países europeos: Alemania, Dinamarca, España, Francia, Grecia, Holanda, Italia, Noruega, Reino Unido y Suecia. El carácter internacional del estudio aumenta la heterogeneidad dietética de los participantes, lo que permite comparar patrones de alimentación muy diversos. El reclutamiento se inició en 1992.

Aunque, por lo general, la fuente de reclutamiento de los participantes ha sido la población general, la forma de seleccionar y seguir a los participantes varía de unos países a otros. La información sobre dieta se obtuvo mediante un cuestionario dietético que fue adaptado y validado en todos los países participantes. Se obtuvieron también muestras de sangre, que fueron almacenadas para análisis posteriores. Los casos de neoplasias malignas que se van produciendo en la cohorte son detectados mediante los registros de cáncer poblacionales de las áreas del estudio. España contribuye en este estudio con 41.440 participantes, reclutados por los Registros de Cáncer de Granada¹²⁰, Murcia, Oviedo, Pamplona y San Sebastián. El centro coordinador español está en Barcelona.

Cohorte de la Población Activa Sueca.

En los países nórdicos, la existencia de registros poblacionales de gran calidad ha permitido la reconstrucción de cohortes históricas mediante el procedimiento de enlace de registros (record-linkage). Un ejemplo de este tipo de estudios es la cohorte de población activa sueca, identificada a través del censo de población de ese país de 1970, que ha sido seguida un total de 19 años (1971-1989) mediante enlace de registros, utilizando los registros nacionales suecos de mortalidad y de

120. Rohrmann S, Linseisen J, Boshuizen HC, et al: Ethanol intake and risk of lung cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Am J Epidemiol.* 2006;164 (11): 1103-1114. doi:10.1093/aje/kwj326

cáncer. El enlace de registros se realizó utilizando el número de identificación personal, un código de 10 dígitos que señala de forma inequívoca a cada ciudadano sueco.

La cohorte de trabajadores con edades comprendidas entre los 25 y los 64 años al inicio del seguimiento, incluyó 1.779.646 hombres y 1.066.346 mujeres. En el estudio inicial se presentaba la asociación entre la ocupación desempeñada en 1970 y la incidencia de 30 tipos de cáncer. De forma más específica, se ha investigado la incidencia de cáncer de mama y posteriormente de otras localizaciones. Frente a otras cohortes históricas similares, la cohorte sueca presenta las siguientes peculiaridades: 1) el estudio de ambos sexos y no sólo de los trabajadores varones, 2) el cálculo exacto de la contribución de personas-año de cada participante del estudio, y 3) la consideración de la ocupación referida en el censo de 1960 para definir subcohortes más específicos para cada ocupación, incluyendo sólo a los trabajadores clasificados bajo ese código ocupacional en ambos censos (1960 y 1970).

Deliberadamente no hemos expuesto la evolución de las diversas cohortes de Framingham¹²¹ y lo que ello ha supuesto para la evaluación del riesgo cardiovascular, porque ello exigiría un Discurso independiente.

...

El análisis de los estudios de cohortes ha de tener en cuenta la dimensión temporal. La existencia de pérdidas y la diferente duración del seguimiento de los distintos miembros de la cohorte implican la necesidad de técnicas analíticas especiales que, a la vez, permitan considerar toda la información aportada por los integrantes de la cohorte. Las estrategias de análisis más usadas “desgranar” el tiempo de observación de cada uno de los participantes. La medida de frecuencia más adecuada es la tasa de incidencia. La unidad de análisis ya no es el individuo, sino la unidad temporal de observación.

Existen dos estrategias diferentes de análisis en los estudios de cohortes: el análisis supervivencia y el análisis personas-tiempo.

121. Mahmood SS, Levy D, Vasan RS, Wang TJ: The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *Lancet*. 2014 ; 383 (9921): 999-1008. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)61752-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61752-3)

Las técnicas de análisis de supervivencia utilizan la información individual de cada participante de la cohorte. Las técnicas más conocidas son las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier, cuya significación estadística es comprobada a través del test de logrank, y los modelos semiparamétricos de Cox. La popularidad de ambos métodos se basa en la ausencia de asunciones sobre la evolución de la tasa de incidencia en el tiempo. Sin embargo, en ambos casos (logrank y Cox) se asume que la medida del efecto, es decir, la razón de tasas de incidencia (denominada “Hazard Ratio” en los estudios de supervivencia - HR) es constante a lo largo del tiempo (asunción de proporcionalidad). De todas formas, el modelo de Cox permite parametrizar¹²² la falta de proporcionalidad dentro del propio modelo. También es posible incluir dentro del modelo exposiciones cambiantes en el tiempo.

Para el análisis de supervivencia es importante que la unidad temporal esté referida al tiempo biológicamente relevante, que puede o no coincidir con la cronología del estudio.

Las técnicas personas-año utilizan como unidad de análisis estratos o grupos homogéneos en los que es razonable asumir una misma tasa de incidencia. Esto requiere colapsar la información individual por estratos de interés. Estas técnicas son utilizadas en los grandes estudios poblacionales, como la cohorte de población activa sueca. Las variables que definen los estratos de interés son la exposición y el resto de factores de riesgo a considerar (factores de confusión). Algunas de estas variables, como el sexo, pueden ser fijas, mientras que otras (la edad o el periodo de observación, por ejemplo) cambian a lo largo del tiempo.

La existencia de estas variables cambiantes en el tiempo hacen necesario “dividir” el tiempo de observación de cada persona para considerar su contribución a cada uno de los estratos (grupos de edad, por ejemplo) por los que va pasando. Si tomamos un sujeto de la cohorte sueca con 43 años en 1971 (ver Figura nº 4) y que es diagnosticado de cáncer de mama en 1978, podemos ver, por ejemplo, que su contribución en personas-año correspondiente al periodo 71-75 debe ser dividida en dos porciones: una parte corresponde al grupo de edad de 40-44 años y otra parte al grupo de edad 45-49. En la cohorte sueca este proceso fue realizado en cada sujeto de la misma.

122. [En este caso, otorgar valores numéricos a una función matemática que tiene en cuenta el tiempo]. *Nota del Recipiendario.*

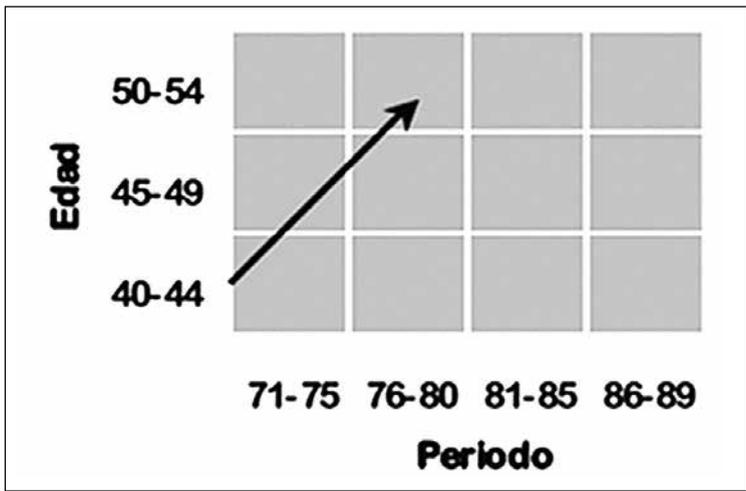


Figura n° 4: Contribución de un individuo a diferentes estratos en el cálculo de las personas-año ¹⁰⁶. Véase el texto para una mejor comprensión.

En cohortes históricas poblacionales, generalmente los estratos a considerar vienen determinados por las variables para las que se dispone de información. En estos estudios con frecuencia el denominador de las tasas no se calcula de forma exacta, contabilizando la contribución de cada individuo, sino considerando la población a mitad del periodo multiplicada por la duración del periodo.

Las técnicas clásicas de análisis “personas-tiempo” incluyen la comparación de tasas, la estandarización directa y las razones estandarizadas de incidencia o mortalidad (denominadas en la literatura RIE o SIR, para la incidencia y RME o SMR para la mortalidad). RIE y RME comparan el número de casos observados con el número esperado teniendo en cuenta la frecuencia de enfermedad en la población utilizada como referencia¹²³. La técnica multivariante por excelencia para la modelización de las tasas es la regresión de Poisson, que utiliza la distribución de Poisson para estudiar la variabilidad aleatoria del numerador de las tasas.

123. Moreno-Altamirano A, López-Moreno S, Corcho-Berdugo A: Principales medidas en epidemiología. Salud Publica Mex. 2000 ; 42:337-348.

Casos y Controles.

En el diseño de casos y controles se selecciona a un grupo de pacientes que presenta una condición o enfermedad (casos), y a un grupo de individuos comparable, pero sin esta condición (controles). Ambos grupos se analizan retrospectivamente en relación con las exposiciones planteadas en la hipótesis de investigación, y según los resultados obtenidos se evalúa la importancia de la exposición investigada para la génesis de la enfermedad o condición en estudio, con la comparación de los Casos y los Controles (Figura n° 5).



Figura n° 5: Janet Lane-Clayton (1877-1967) (LSHTM).

Aunque tradicionalmente los estudios de casos y controles se conocían también como estudios retrospectivos, debido a que el muestreo se realiza a partir de la situación caso/control de los participantes, estos estudios pueden ser tanto prospectivos como retrospectivos. Esta terminología, sin embargo, puede dar lugar a confusión con los estudios de cohorte retrospectivos, por lo que su uso tiende a ser abandonado. Se reconoce que la primera investigadora que utilizó este diseño en su forma “moderna” fue Janet Lane-Clayton de la *London School of Hygiene and Tropical Medicine*

(LSHTM) (Figura nº 5)¹²⁴ ¹²⁵. Sin embargo hay otros investigadores que también le dan importancia al estudio realizado en Flint (Michigan) sobre un brote de escarlatina¹²⁶. George H Ramsey dirigió aquella investigación que señaló a los helados como causantes vehiculares de la infección y que tuvo un diseño de casos y controles.

El papel de los estudios de casos y controles en la evaluación de hipótesis epidemiológicas ha estado limitado por dificultades en cuanto a la interpretación del tipo de evidencia aportada. Frecuentemente se considera que los estudios de casos y controles recogen la información de forma contraria a lo que sucede en la vida real y que son, en cierto modo, ‘anti-naturales’. Esto es así porque, al contrario que los estudios de cohortes, abordan el proceso de enfermar partiendo del estado final (enfermedad) para llegar a la fase inicial (exposición). Actualmente está más extendida la idea de que los estudios de casos y controles son, en realidad, una forma eficiente de muestrear una cohorte subyacente.

Para entender los estudios de casos y controles, la aproximación más útil es considerar que existe una población de base¹²⁷, a partir de la cual obtenemos los casos y en la que muestreamos entre las personas a riesgo para obtener los controles. Así, los casos aportan información con respecto a la exposición en las personas que desarrollan la enfermedad, mientras que los controles aportan información acerca de la exposición en la población de la que proceden los casos.

Los estudios de casos y controles son especialmente útiles en enfermedades raras o con largos periodos de latencia. En este caso, los estudios de cohorte son ineficientes, ya que es necesario seguir a un número elevado de personas durante bastante tiempo para obtener un

124. Paneth N, Susser E, Susser M: Origins and early development of the case-control study: Part 1, Early evolution. *Soz Praventivmed.* 2002;47:282-288. doi: [10.1007/pl00012638](https://doi.org/10.1007/pl00012638)

125. Paneth N, Susser E, Susser M: Origins and early development of the case-control study: Part 2, The case-control study from Lane-Clayton to 1950. *Soz Praventivmed.* 2002;47:359-365. doi: [10.1007/s000380200003](https://doi.org/10.1007/s000380200003) [En la cita anterior y en esta se exponen, de forma rigurosa, los orígenes científicos del diseño de casos y controles]. *Nota del Recipiendario.*

126. Morabia A: Snippets from the past: is Flint, Michigan, the birthplace of the case-control study? *Am J Epidemiol.* 2013;178:1687-1690. doi: [10.1093/aje/kwt221](https://doi.org/10.1093/aje/kwt221)

127. Jiménez Jiménez F J: Estudios de Casos y Controles. En: Royo-Bordonada MA, Damián-Moreno J: *Método Epidemiológico.* Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. 2009. pp. 117-124.

número suficiente de casos. En muchas ocasiones, los estudios de casos y controles son la única opción realista. De hecho, existen numerosas enfermedades con incidencias inferiores a 1 caso/10.000 personas-año. En esos casos, si deseáramos investigar las causas de una de esas enfermedades mediante un estudio de cohortes, habría que seguir a 100.000 personas durante 2 años para obtener menos de 20 casos de enfermedad por término medio, lo que resulta bastante ineficiente.

En los estudios de casos y controles no es posible, en general, obtener estimadores de la incidencia de la enfermedad. Tan sólo proporcionan medidas relativas de efecto (en concreto, odds ratios) (OR).

El análisis de los estudios de casos y controles se basa en los conceptos de odds y odds ratios. Sin embargo, para evaluar la relación de una determinada exposición con el desarrollo de una enfermedad es más fácil entender la asociación a partir de la posibilidad de desarrollar la enfermedad según se esté expuesto o no, que a partir de la probabilidad de estar expuesto según se tenga la enfermedad o no.

Así, si seguimos dos poblaciones (expuesta y no expuesta) durante un determinado tiempo (t), podemos calcular la asociación de la exposición con el desarrollo de la enfermedad mediante el riesgo relativo, como la razón entre la tasa de incidencia en expuestos (probabilidad de desarrollar la enfermedad en el tiempo t entre los expuestos) y la tasa de incidencia en no expuestos. La proporción o porcentaje del riesgo atribuible (PRA) también se puede calcular en este tipo de diseños¹²⁸.

Tal y como se ha comentado anteriormente, los estudios de casos y controles pueden ser vistos como un esquema de muestreo eficiente de la “**experiencia de la enfermedad**” de una cohorte subyacente, lo que permite una visión integrada de los estudios de casos y controles y de cohortes.

El sesgo de Berkson en los estudios casos - control.

En los estudios epidemiológicos analíticos en los que se pone a prueba una hipótesis comparando dos o más grupos de estudio, los errores también pueden ser tanto aleatorios como sistemáticos.

128. Cole P, MacMahon B: Attributable risk percent in case-control studies. Br. J. Prev. Soc. Med. 1971; 25:242-44.

El error sistemático o sesgo se ha definido como cualquier error diferencial – en relación con los grupos que se comparan – en que se puede incurrir durante el diseño, conducción o análisis del estudio y que invariablemente resulta en una conclusión errónea, ya sea proporcionando una estimación más baja o más alta del valor real de la asociación que existe en la población^{129 130}.

De los varios tipos de sesgo que pueden hipotecar los estudios casos-control queremos detenernos en uno que es específico de atención primaria. Descrito por Berkson en 1946¹³¹, el llamado sesgo o paradoja de Berkson se puede producir cuando los sujetos del estudio se obtienen del hospital (casos y controles hospitalarios). Las personas hospitalizadas pueden diferir de manera sistemática de la población general, de la que se pretende sean representativas, en muchos aspectos, y particularmente en cuanto a la exposición a los factores de riesgo estudiados, debido a diversos factores que influyen en la probabilidad de hospitalización¹³².

El sesgo de Berkson se produce cuando la probabilidad de hospitalización de los casos y de los controles es distinta. En este caso, si no se consideran las distintas probabilidades de hospitalización, se pueden producir asociaciones espurias entre una exposición y una enfermedad. No se va a producir el sesgo de Berkson cuando la exposición que se estudia no influye en la hospitalización, ni cuando las poblaciones de las que se obtienen los casos y los controles sean mutuamente excluyentes (por ejemplo cuando los casos son hospitalarios y los controles son comunitarios).

El sesgo de Berkson es un sesgo de selección característico de los estudios de casos y controles¹³³. Joseph Berkson no solo fue un estadís-

129. Hernández-Avila M, Garrido F, Salazar-Martínez E: Sesgos en estudios epidemiológicos. *Salud Publica Mex.* 2000 ; 42:438-446.

130. Delgado-Rodríguez M, Llorca J: Bias. *J Epidemiol Community Health.* 2004 ; 58: 635-641. doi: [10.1136/jech.2003.008466](https://doi.org/10.1136/jech.2003.008466) [Rigurosa y magnífica revisión de los diferentes tipos de sesgo que pueden ocurrir en la investigación epidemiológica]. *Nota del Recipiente*.

131. Berkson J: Limitations of the application of fourfold table analysis to hospital data. *Biomet Bull* 1946 ; 2:47-53.

132. Laliberté V, Giguère C E, Potvin S, Lesage A; Signature Consortium: Berkson's bias in biobank sampling in a specialised mental health care setting: a comparative cross-sectional study. *BMJ Open.* 2020;10(7):e035088. doi: [10.1136/bmjopen-2019-035088](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035088)

133. Villar Álvarez, F: Sesgos y Factores de confusión. En: Royo-Bordonada MA, Damián-Moreno J: *Método Epidemiológico*. Escuela Nacional de Sanidad. ISCIII. 2009. pp. 47-73.

tico prestigioso sino también un médico clínico asistencial muy renombrado de la Clínica Mayo¹³⁴.

Nosotros demostramos su existencia en un trabajo realizado hace años. En la figura nº 6, se puede observar como la curva ROC obtenida con los casos hospitalarios de carcinoma de colon esporádico y controles comunitarios tiene una mayor área que la obtenida con los mismos casos y controles hospitalarios. Ambos tipos de controles habían superado los mismos criterios de inclusión y exclusión en la fase de diseño y recogida de datos¹³⁵.

Evidentemente los controles seleccionados en la comunidad no tenían la misma probabilidad de ingresar en un hospital que los controles hospitalarios. Estaban más «sanos» que los hospitalarios por lo que el modelo predictivo era mejor que el construido con los controles hospitalarios. No deja de ser una paradoja¹³⁶ dentro de la paradoja de Berkson, que demostrarla en un diseño de casos y controles que contiene controles hospitalarios y comunitarios, sea una puesta en valor de la validez interna, pues se demuestra gráficamente¹³⁷ que ocurre lo que el canon epidemiológico dice que tiene que ocurrir.

-
134. Morabia A: Has epidemiology become infatuated with methods? A historical perspective on the place of methods during the classical (1945-1965) phase of epidemiology. *Annu Rev Public Health*. 2015;36:69-88. doi: [10.1146/annurev-publhealth-031914-122403](https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031914-122403) [Excelente artículo sobre el desarrollo de los métodos epidemiológicos en la segunda mitad del siglo XX y sobre la eclosión de la disciplina a nivel universitario]. *Nota del Recipiente*.
135. Villadiego-Sánchez JM, Ortega-Calvo M, Pino-Mejías R, Cayuela, A, Iglesias Bonilla, P, García de la Corte, F, Santos Lozano JM, **Lapetra Peralta, J**: Multivariate explanatory model for sporadic carcinoma of the colon in Dukes' stages I and IIa. *Int J Med Sci*. 2009;6:43-50. doi: [10.7150/ijms.6.43](https://doi.org/10.7150/ijms.6.43)
136. Sorensen, R A: Breve Historia de la Paradoja. La Filosofía y los laberintos de la mente. Oxford University Press Inc. Tusquets Editores SA. Barcelona. 2007. [Esta es una monografía escrita de manera inteligente, que describe la figura filosófica de la paradoja]. *Nota del Recipiente*.
137. Gómez González, C, Peña Rodríguez, A, Salas Díaz I, Praena Fernández JM, **Gálvez Acebal J**, Lozano Rodríguez J, Vilches Arenas, A, Ortega Calvo, M: Una concepción topológica del “bootstrap” permite la demostración del sesgo de Berkson en epidemiología nutricional. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria*. 2016; 36: 134-142. [Ángel Vilches Arenas es Profesor Titular del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la US. A pesar de ser más joven que yo, me da sabios y nobles consejos para mi carrera profesional y universitaria. Mi gratitud perpetua desde estas líneas]. *Nota del Recipiente*.

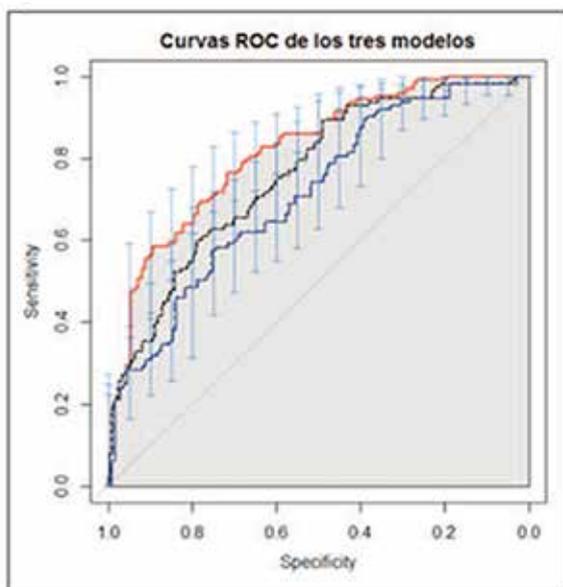


Figura n° 6: Demostración de la existencia de sesgo de Berkson en un diseño de casos y controles. La curva con más superficie es la construida con los controles comunitarios¹³⁴.

d. - Diseños Híbridos¹³⁸.

De los dos tipos de diseños observacionales clásicos, los de cohortes son los más sólidos desde el punto de vista metodológico, menos susceptibles a sesgos que los de casos y controles, que tienen ruidos intrínsecos por su carácter retrospectivo y por la forma de seleccionar a los participantes según la ausencia o presencia de enfermedad, lo que impide calcular la incidencia y parámetros derivados.

El problema, en ocasiones, es que los estudios de cohortes requieren de muchos años de seguimiento y, cuando la incidencia de la enfermedad es baja requieren cohortes grandes, lo que lleva aparejado el manejo de un gran volumen de información de covariables (COV) de los participantes sanos (pruebas analíticas, genéticas, etc.), con el consiguiente incremento adicional de costes.

138. Delgado Rodríguez M, Sillero M: Revisión: diseños híbridos de estudios de cohortes y de estudios de casos y controles. Gac Sanit. 1995; 9:42-52. doi: 10.1016/s0213-9111(95)71216-x

Es precisamente para este tipo de situaciones para las que se han ideado diseños híbridos. Los dos más significativos son los estudios de casos y controles anidados en una cohorte y los estudios de cohorte y caso^{139 140}.

En el caso de los **estudios de casos y controles anidados**, se parte de una cohorte inicial amplia, muchas veces disponible de estudios anteriores, con la que se realiza un diseño sintético de casos y controles para reducir el número de sujetos sobre los que tengamos que manejar covariables (COV) (y no tener que manejar las de toda la cohorte). Así, durante el seguimiento de la cohorte, cada sujeto que desarrolla la enfermedad es emparejado con uno o más sujetos de esa cohorte que, en ese momento, no han desarrollado la enfermedad, utilizándose únicamente la información de estos controles y no la del resto de la cohorte (Figura n° 7).

Estos controles se muestrean entre la población de riesgo en el momento de producirse el caso, siendo conveniente emparejarlos teniendo en cuenta alguna variable que pueda considerarse confusora y variables dependientes del tiempo, como los años incluidos en la cohorte. Hay que comprender que un mismo sujeto puede actuar como control en varias ocasiones y como caso en otras, lo que tendrá que ser tenido en cuenta a la hora del análisis.

En sentido general, un estudio de casos y controles clásico puede considerarse anidado en una cohorte mayor cuyas características son desconocidas para el investigador. Así, la diferencia entre los dos tipos de estudios puede resultar ambigua en ocasiones, pudiendo utilizarse en ambos los mismos métodos de análisis. La diferencia está en que en los estudios anidados se realiza un muestreo por densidad de incidencia, lo que permite estimar los riesgos absolutos y realizar una equivalencia entre las *odds ratio* (OR) y los riesgos relativos (RR), aún en los casos en los que la incidencia de la enfermedad no sea muy baja.

139. Molina Arias, M: Diseños híbridos. Rev Pediatr Aten Primaria. 2016; 18: 89-93. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322016000100021

140. Gutiérrez-Pizarra A, García-Cabrera E, Álvarez-Márquez E: Métodos estadísticos alternativos y su aplicación a la investigación en Cuidados Intensivos. Med Intensiva. 2018;42:490-499. doi: 10.1016/j.medint.2017.12.010

El segundo tipo de diseño observacional híbrido que vamos a mencionar es el de los **estudios de cohorte y caso**. Al igual que en el caso anterior, se parte de una cohorte inicial amplia de la cual se selecciona una subcohorte que se utiliza como grupo de comparación para todos los casos de enfermedad que aparezcan durante el seguimiento, con independencia de que pertenezcan o no a la subcohorte.

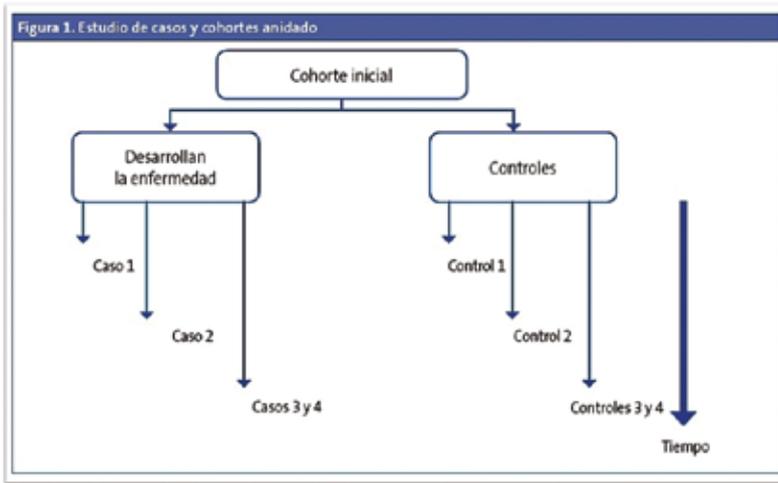


Figura n° 7: Diseño caso cohorte anidado ¹³⁶.

En resumen, se toman todos los casos que aparezcan de la cohorte amplia inicial y se comparan con la muestra de la cohorte seleccionada al inicio. Al elegir los casos a lo largo del tiempo, es posible estimar personas-tiempo a riesgo, lo que permite estimar la densidad de incidencia en los casos y en los no casos y, a partir de ella, el riesgo relativo (Figura n° 8).

Al igual que en el caso de los estudios anidados, este diseño epidemiológico disminuye el volumen de información de sujetos sanos que hay que manejar, a la vez que sigue siendo una forma eficiente para el estudio de enfermedades poco frecuentes. Además, si queremos estudiar varias enfermedades, puede ser más útil conocer la población de referencia al inicio del periodo de riesgo que hacer una selección basada en la incorporación de cada caso, por lo que podríamos optar por este tipo de estudio frente a un estudio de casos y controles anidado.

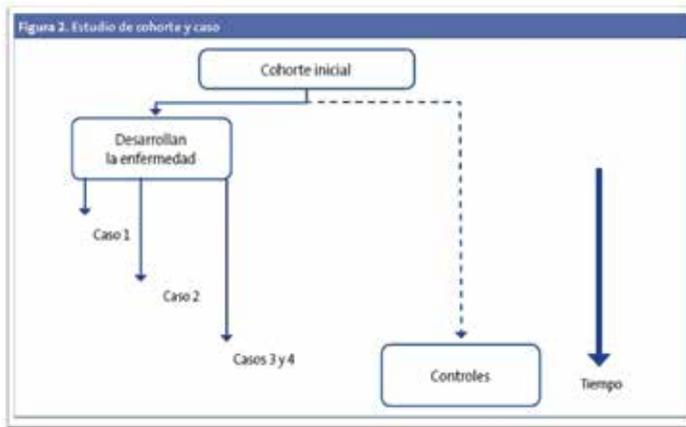


Figura n° 8: Diseño cohorte y caso ¹³⁶.

Finalmente queremos referir que ha habido una rápida expansión en el uso de evidencia no aleatoria para la aprobación de medicamentos a nivel mundial. Se ha utilizado un conjunto emergente de metodologías conocidas como métodos sintéticos de control.

Si bien son muy prometedores, particularmente en el contexto de pacientes difíciles de reclutar o evaluar en ensayos clínicos aleatorios, no son una “panacea”¹⁴¹. Constituyen un intento de acercamiento del ensayo clínico al “mundo real”^{142 143}.

e.- Conclusión Sintética. “Stem Observational Design”.

No hemos querido entrar en el análisis del diseño ecológico^{144 145} porque creemos se sale de los límites de esta disertación, ni tampoco en

141. Thorlund K, Dron L, Park JJ H, Mills EJ: Synthetic and External Controls in Clinical Trials - A Primer for Researchers. Clin Epidemiol. 2020;12:457-467. doi: 10.2147/CLEPS242097

142. Burcu M, Dreyer NA, Franklin JM, et al: Real-world evidence to support regulatory decision-making for medicines: Considerations for external control arms. Pharmacoeconom Drug Saf. 2020;10.1002/pds.4975. doi: 10.1002/pds.4975

143. Lu CY: Observational studies: a review of study designs, challenges and strategies to reduce confounding. Int J Clin Pract. 2009 ; 63: 691-7. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1742-1241.2009.02056.x>

144. Morgenstern, H: Uses of ecologic analysis in epidemiologic research. Am J Public Health. 1982 ; 72:1336-1344. doi: 10.2105/ajph.72.12.1336

145. Morgenstern, H: Ecologic studies in epidemiology: concepts, principles, and methods. Annu Rev Public Health. 1995;16:61-81. doi: 10.1146/annurev.pu.16.050195.000425

las aplicaciones de los métodos observacionales en epidemiología genética^{146 147} por la misma razón.

Hemos construido el esquema de nuestro Discurso basándonos en el Teorema Central del Límite, respetando los tamaños muestrales que se imponen para la aplicación de métodos paramétricos o no paramétricos de análisis ($n \geq 30$)¹⁰⁴. Después de haber estado trabajando sobre el contenido del diseño observacional¹⁴⁸ un año aproximadamente, no queremos finalizar sin exponer al menos una conclusión teórica. Nos hemos expresado siempre en términos de investigación cuantitativa, no tratando voluntariamente la investigación cualitativa que también es primordial en nuestra especialidad^{149 150}. Creemos que sólo existe un tipo de diseño observacional, el de cohorte, y que todos los demás son variantes muestrales de él (Figura nº 10). Siempre que identifiquemos la población de base en un caso-control con una cohorte, el primero no será otra cosa que variante de muestreo del segundo. En sentido general, un estudio de casos y controles clásico puede considerarse anidado en una cohorte mayor cuyas características son desconocidas para el investigador. El diseño cohorte básico se podría denominar también “diseño observacional madre” (*Stem Observational Design*). Entiéndase este último concepto, más filosófico que científico y más metodológico que operativo. En todo caso es un concepto de orden abierto y de tipo larvario^{151 152}.

146. Wyszynski DF: La epidemiología genética: disciplina científica en expansión. Rev Panam Salud Publica. 1998 ; 3: 26-34. doi: [10.1590/s1020-49891998000100005](https://doi.org/10.1590/s1020-49891998000100005)

147. Flores-Alfaro E, Burguete-García AI, Salazar-Martínez E: Diseños de investigación en epidemiología genética. Rev Panam Salud Publica. 2012;31:88-94. doi: [10.1590/s1020-49892012000100013](https://doi.org/10.1590/s1020-49892012000100013)

148. Von Elm E, Altman DG, Egger M, et al: Declaración de la Iniciativa STROBE (Strengthening the Reporting of Observational studies in Epidemiology): directrices para la comunicación de estudios observacionales. Gac Sanit. 2008;22:144-150. doi: [10.1157/13119325](https://doi.org/10.1157/13119325)

149. Amezcua M, Gálvez Toro A: Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:423-436. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000500005

150. Callejo Gallego, J: Observación, entrevista y grupo de discusión: el silencio de tres prácticas de investigación. Rev Esp Salud Publica. 2002;76:409-422. Disponible en: https://www.mschs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_5/RS765_409.pdf

151. Miller, H: Los libros en mi vida. Mondadori - España. Madrid. 1988. p. 177.
[En el capítulo titulado “Carta a Pierre Lesdain” , Henry Miller utiliza el término “pensamientos larvales” de donde hemos derivado pensamiento y concepto larvario , con la intención de matriz o génesis]. *Nota del Recipiente*.

152. Jiménez Rodríguez, A: El concepto de especie intencional en Suárez: su proyección en la

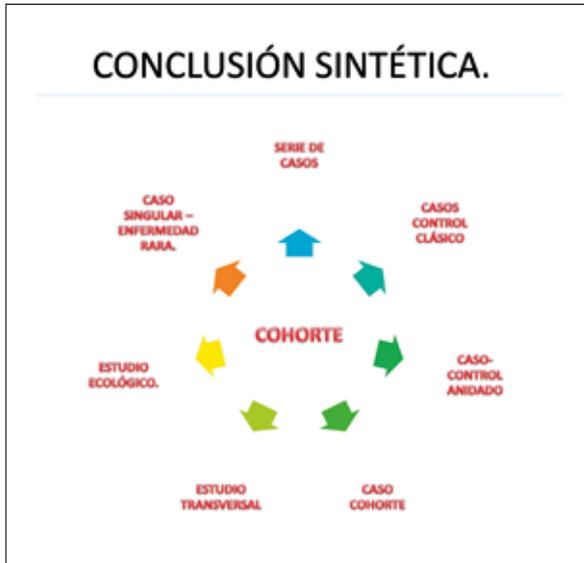


Figura n° 10: Mapa Conceptual que ilustra la existencia de un sólo tipo de diseño observacional, el de cohorte (Stem Observational Design).

Desde hace algún tiempo nos interesan las bases epistemológicas de la epidemiología^{153 154 155}, creemos que esta conclusión es coherente con ese interés y de intención obviamente sintética. Un buen estudio observacional¹⁵⁶ puede ser el prelude de algún diseño experimental posterior, y aunque no lo sea, no pierde su encanto y su valor científico innato.

filosofía de escuela alemana y en algunas corrientes de la filosofía contemporánea. Anales de la Cátedra Francisco Suárez. 2017; 51: 129-142. [La Profesora Jiménez Rodríguez emplea el término *concepto larvario* en este trabajo de investigación filosófica]. *Nota del Recipiente*.

153. Ortega Calvo M, Román Torres P, **Lapetra Peralta J**: La epistemología como propedéutica de la investigación sanitaria. Gac Sanit. 2011;25:79-83. doi: [10.1016/j.gaceta.2010.11.001](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.11.001).
154. Broadbent A: Conceptual and methodological issues in epidemiology: An overview. Prev Med. 2011 ; 53 (4-5):215-6. doi: [10.1016/j.ypmed.2011.09.005](https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2011.09.005).
155. Broadbent A. Causation and prediction in epidemiology: a guide to the "methodological revolution". Stud Hist Philos Biol Biomed Sci. 2015 ; 54:72-80. doi: [10.1016/j.shpsc.2015.06.004](https://doi.org/10.1016/j.shpsc.2015.06.004).
156. Martínez-González MA, Trichopoulou A: Observational Epidemiology, Lifestyle, and Health: The Paradigm of the Mediterranean Diet. Am J Health Promot. 2020 ; 34: 948-950. doi: [10.1177/0890117120960580c](https://doi.org/10.1177/0890117120960580c).



*Figura nº 11: Vista de Sevilla. “Civitates Orbis Terrarum”.
Tomo IV. 1588.¹⁵⁷*

157. Gámiz Gordo, A, Díaz Zamudio, T: Sevilla extramuros en el siglo XVI: tres vistas del Civitates Orbis Terrarum. Boletín de la Asociación de Geógrafos Españoles. 2019; 80, 2592, 1–28. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21138/bage.2592>.

Envejezco aprendiendo nuevas cosas.

“Pollá gerasko didaskómenos”

Solón de Atenas¹⁵⁸.

158. García Gual, C: Los siete sabios (y tres más). Alianza Editorial.S.A. Madrid. 3ª edición.2018. p.92.

ANEXOS

ANEXO BIOGRÁFICO I:

“El arte de vivir se acerca más al de una lucha que al de la danza”.

Marco Aurelio (121-180)¹⁵⁹.

“Vida de Académico”.

La segunda vez que acudí a esta casa¹⁶⁰ pude contemplar en este mismo atril al Excmo. Sr. D José María Montaña Ramonet¹⁶¹, disertando sobre la historia de la RAMSE y realizando una glosa artística de los cuadros que embellecen este Salón de Actos. Mi primer pensamiento fue algo parecido a ; *¿Que hace ese Señor en un sitio como éste ?*. Aquella misma tarde comencé a responderme a la pregunta, cuando me pude asomar a los ojos de D. José María, disfrutar de su serenidad espiritual e intentar contemplar la profundidad de su alma. Creo de manera sincera que Montaña Ramonet era una persona profundamente enamorada de la RAMSE, que ejecutaba mediante acciones concretas su amor por esta Institución.

Yo sentía curiosidad por la singular prosodia y el ritmo con que verbalmente articulaba el concepto: *“Vida de Académico”*. El decía estas palabras con una dicción cercana a la rima consonante, como si se tratara de una poesía. Y es que... para D. José María su vida de Académico quizás fuera un soneto clásico rematado por el suave estrambote de su Fe Católica. He tenido la suerte de conocerlo y tratarlo aunque perteneciéramos a generaciones distintas.

Tengo la obligación ética de citar en este momento de mi disertación, el Discurso de Académico Numerario del Prof. Dr. D. Federico Argüelles Martín, titulado: *La alimentación del niño a través de la Historia*¹⁶², pronunciado en este mismo Salón de Actos en el año 2014. Y lo voy a hacer por dos razones poderosas.

159. Marco Aurelio: *Meditaciones*. Editorial Gredos. 1977. Prólogo de Carlos García Gual. Traducción y Notas de Ramón Bach Pellicer. Libro VII. 61.

160. [En el año 1999 estuve presente en el Discurso de Toma de Posesión del Excmo. Sr. D. Carlos Martínez Manzanares]. *Nota del Recipiente*.

161. **Montaña Ramonet, JM**: *El médico de la Reina ; apuntes biográficos del Doctor Giuseppe Cervi*. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2009.

162. Argüelles Martín, F: *La alimentación del niño a través de la Historia*. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2014.

La primera es porque los médicos de familia y los pediatras están unidos fraternalmente, incluso yo diría que “trágicamente” en el sentido griego de la palabra, en la atención primaria andaluza¹⁶³. Quiero dejar claro que para mí, la Tragedia es el género literario más elevado¹⁶⁴ ¹⁶⁵ ¹⁶⁶. Y en segundo lugar, volviendo al hilo de la argumentación, porque D. Federico disertó sobre lo que yo pienso que es el mejor medicamento que posee la humanidad, además de sus brillantes reflexiones sobre la alimentación infantil.

Pero..vaya ¡... el Profesor Arguelles no citó la famosa anécdota en la Historia de la Ciencia que refiere que Alexander Fleming en el año 1928, no se irritó al llegar una mañana a su laboratorio del Hospital Saint Mary en Paddington. Allí encontró una placa de Petri en donde crecía *Penicillium notatum* contaminada con *Estafilococo Dorado*. Aunque hubiera cierta evidencia científica anterior, Fleming le dio a este “hallazgo” un valor científico inconmensurable¹⁶⁷. *Penicillium* estaba “lisando” las colonias de *Estafilococo Dorado*. Al año siguiente publicó un artículo *princeps* en *British Journal of Experimental Pathology* (Figura nº 12)¹⁶⁸.

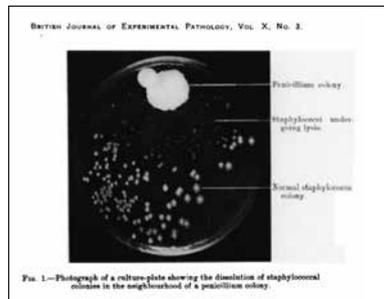


Figura nº 12: Imagen de la Placa de Petri encontrada por Fleming en el año 1928 en su laboratorio ¹⁶⁵.

163. Laín Entralgo, P: La acción catártica de la tragedia. En: La aventura de leer. Madrid: Espasa-Calpe. 1956. p: 48-90.

164. García Gual, C: Destino y Libertad del Héroe Trágico. En: Figuras Helénicas y Géneros Literarios. Mondadori. S.A. 1991. pp: 22-31.

165. Steiner, G: Antígonas. La travesía de un mito universal para la Historia de Occidente. Ed. Gedisa. Barcelona. 2000.

166. Bloom, H: Shakespeare. La invención de lo humano. Editorial Anagrama. Barcelona. 2002.

167. Maurois, A: La Vida de Sir Alexander Fleming. G.P. Barcelona. 1967.

[Esta es una magnífica biografía del investigador escocés radicado en Londres, escrita en una prosa atractiva y exquisita. André Maurois --1885-1967 -- fue el seudónimo de Émile Herzog, novelista y ensayista francés, nacido en Elbeuf, Normandía]. *Nota del Recipiente*.

168. Fleming, A: On the Antibacterial Action of Cultures of a *Penicillium*, with Special Reference to their Use in the Isolation of *B. influenzae*. *Br J Exp Pathol.* 1929 ; 10: 226-236. Accesible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2048009/>

A pesar de que D. Federico analizó el mejor medicamento que posee la especie humana, tampoco habló del erlotinib. El erlotinib es un inhibidor de la tirosina quinasa del factor de crecimiento epidérmico humano tipo 1 (EGFR). En modelos no clínicos, la inhibición de la fosfotirosina del EGFR da lugar a que la célula quede en fase de equilibrio y/o conduce a la muerte celular. Tiene unos resultados muy efectivos en pacientes con adenocarcinoma pulmonar metastásico¹⁶⁹.

Conozco a dos médicos de familia cercanos que tienen dos de estos casos en su consultas de atención primaria con una supervivencia de más de diez años en total, multipliquen y calculen los intervalos de confianza^{170 171} y serán medianamente conscientes de la magnitud sanitaria de este fármaco.

Pero D. Federico Arguelles no mencionó estos hechos, sin embargo les aseguro que glosó el mejor medicamento que posee la humanidad,... porque Federico habló de la familia.

Familia entendida como grupo humano que proporciona sustento y desarrollo tanto físico como emocional a sus componentes más jóvenes retroalimentando a su vez a los más adultos. Comprenderán Uds. que como *Médico de Familia*, me haya detenido en esa disertación. Familias de todo tipo las que tenemos que atender en nuestras consultas, familias clásicas estructuradas, familias monoparentales, familias formadas por padres del mismo sexo, familias rotas por desgracias accidentales o por violencia de género... etc. etc. Grupos familiares de inmigrantes generalmente de origen latinoamericano o también ruso y de sus países limítrofes, rumanos... etc. Las familias inmigrantes tienen una problemática especial y un enfoque distinto dentro de nuestra especialidad.

Especial mención quiero hacer de los refugiados de guerra, en concreto del actual conflicto en Siria. He tenido la oportunidad de atender a dos grupos familiares provenientes de ese conflicto al igual que todos

169. Perez-Soler R, Chachoua A, Hammond LA, et al: Determinants of tumor response and survival with erlotinib in patients with non-small-cell lung cancer. *J Clin Oncol* 2004 ; 22: 3238-3247.

170. Gardner MJ, Altman DG: Confidence intervals rather than P values: estimation rather than hypothesis testing. *Br Med J (Clin Res Ed)*. 1986 ; 292 (6522): 746-50. doi: [10.1136/bmj.292.6522.746](https://doi.org/10.1136/bmj.292.6522.746)

171. Greenland S, Senn SJ, Rothman KJ, Carlin JB, Poole C, Goodman SN, Altman DG: Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. *Eur J Epidemiol*. 2016 ;31(4):337-50. doi: [10.1007/s10654-016-0149-3](https://doi.org/10.1007/s10654-016-0149-3)

mis compañeros del Centro de Salud “Las Palmeritas”. He de confesarles que han dejado en mí un recuerdo indeleble, por su aspecto físico, por la tristeza espiritual de sus miradas, y por la inquietud en el futuro de todos sus miembros, aunque aquí en España se encuentran en circunstancias más que ideales con respecto a su tierra de origen. Las entrevistas clínicas eran casi siempre en árabe con traducción simultánea mediante el concurso de Salud Responde ®, e impregnadas de lo que hemos denominado “*Empatía Sensible*” y de un fuerte respeto cultural¹⁷²
^{173 174 175}. Sres. Académicos y dignísimo público, ese esfuerzo de comunicación me dejó unas hipotecas emocionales que intento superar con Uds. en la mañana de hoy con una intención doble de sublimación y de catarsis^{176 177}.

Otro tipo de refugiados son los subsaharianos. También provienen de conflictos pero con circunstancias distintas. Observen Uds. la radiografía de tórax posteroanterior de un paciente subsahariano llegado gracias a la ONG Open Arms hace unos años (Figura nº 13). Este pa-

-
172. Borrell i Carrió, F: Empatía, un valor troncal en la práctica clínica. *Med Clin (Barc)*. 2011;136: 390-397. doi:10.1016/j.medcli.2009.06.032 [Francesc Borrell es Médico de Familia y Profesor Titular de la Universidad de Barcelona - UB. Es un experto internacional en entrevista clínica y autor de un libro clásico en nuestra especialidad]. *Nota del Recipiente*.
173. San Pedro, M B, López, I: Empatía histórica y aumento de la tolerancia hacia la figura de los refugiados: estudio con profesorado en formación. *Revista de Psicología y Educación*. 2017. 12: 116-128, <https://doi.org/10.23923/rpye2017.12.150>
174. Ramiro H M, Cruz A J E: Empatía, relación médico-paciente y medicina basada en evidencias. *Med Int Méx*. 2017 ;33: 299-302. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S018648662017000300299&script=sci_arttext
175. Enríquez Dueñas, O: La relación médico-paciente en dos médicos humanistas del siglo XX: Gregorio Marañón y Pedro Laín. Tesis Doctoral. Universidad Complutense. Madrid. 2016. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=149190>
176. Alonso Fernandez, F: *Psicología Médica y Social*. 2ª edición. Editorial Paz Montalvo. Madrid. 1974.
[Durante el Curso 1974 -1975 tuve la suerte de escuchar algunas clases magistrales de este insigne Profesor en la asignatura de Psicología Médica. Francisco Alonso Fernández ha ocupado el sillón nº 16 - Psiquiatría - de la RANM hasta su fallecimiento en Junio de 2020. Adscrito a la corriente de Psiquiatría Fenomenológica, ha dejado escritas varias obras sobre la psicología del terrorismo. Con la lectura y el estudio de este libro, Sigmund Freud, Edmund Husserl y Martin Heidegger comenzaron a tener peso en mi pensamiento]. *Nota del Recipiente*.
177. Gustavo Figueroa, C: Freud, Breuer y Aristóteles: catarsis y el descubrimiento del Edipo. *Rev. chil. neuro-psiquiatr*. 2014 ; 52: 264-273. Disponible en: https://scielo.comicyt.cl/scielo.php?pid=S0717-92272014000400004&script=sci_arttext&tlng=n

ciente después un período de ingreso para diagnóstico y tratamiento de su proceso tuberculoso en el Servicio de Infecciosas del Hospital Virgen Macarena (Dr. D. Ángel Domínguez Castellano), tan brillantemente dirigido por el Profesor Jesús Rodríguez Baño¹⁷⁸, pasó a nuestra consulta de atención primaria en fase no bacilífera, hasta la finalización del período terapéutico. Este paciente está curado en la actualidad y sigue su proceso de inserción comunitaria en nuestro país.

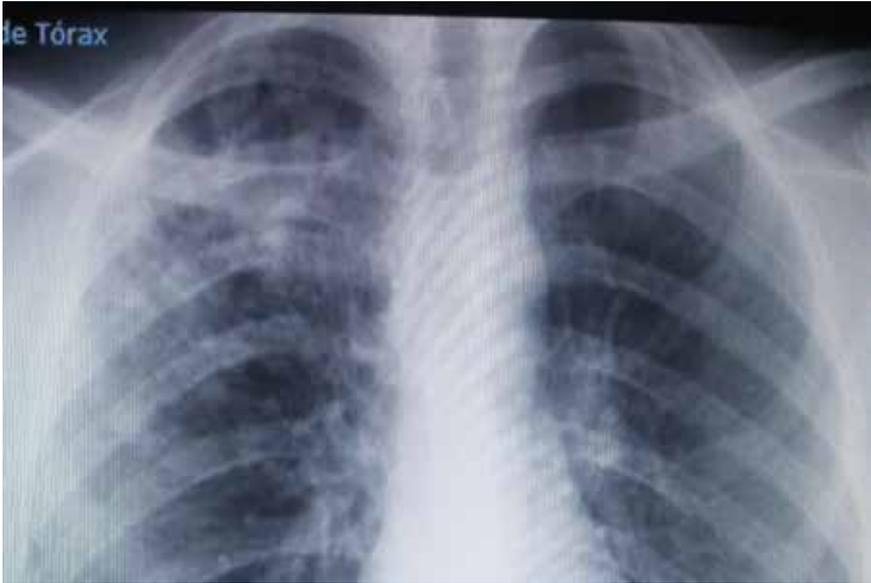


Figura nº 13: Tórax PA de un paciente subsahariano proveniente de la ONG Open Arms. Lesiones típicas de tuberculosis pulmonar en lóbulo superior derecho.

...

Uno de los nodos científicos más importantes de la Medicina de Familia Andaluza ha sido y es la **Escuela Granadina de Atención Primaria**, dirigida desde sus principios por el Dr. Luís de la Revilla. Ellos han desarrollado el concepto de Genograma¹⁷⁹ que es básico en nuestra especialidad y el de

178. Rodríguez-Baño J, Navarro MD, Romero L, et al: Epidemiology and clinical features of infections caused by extended-spectrum beta-lactamase-producing *Escherichia coli* in nonhospitalized patients. *J Clin Microbiol.* 2004; 42: 1089-1094. doi: [10.1128/jcm.42.3.1089-1094.2004](https://doi.org/10.1128/jcm.42.3.1089-1094.2004)

179. De la Revilla Ahumada, L: Como leer e interpretar el Genograma. Ediciones Agapea. com. 2004.

Duelo de la Inmigración, instrumento muy útil para el desarrollo y la terapia en muchas entrevistas clínicas^{180 181 182}.

Tuve ocasión de vivir directamente durante los años 80, el nacimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria moderna en la Facultad de Medicina junto a los Profesores Romero Velasco y Martínez Manzanares. Después de varias ediciones de un seminario en el que se mezclaban conceptos derivados de la Conferencia de Alma-Ata, con fundamentos de Fisiopatología General^{183 184} y de Propedéutica Clínica¹⁸⁵ se pudo leer una primera Tesis Doctoral¹⁸⁶ y se pudieron publicar artículos originales sobre esta nueva especialidad^{187 188} (Figura nº 14).

-
180. Ortega Calvo, M, Santos Lozano JM: La Filosofía Griega como motivación para explicar el concepto de “Entrevista Clínica” a alumnos pregraduados. Medicina de Familia de Andalucía (SAMFYC). 2019 ; 1: 79-82. Disponible en: https://www.samfyc.es/wp-content/uploads/2019/08/v20n1_AE_LaFilosofiaGriega.pdf
 181. De la Revilla Ahumada,L, De los Ríos Álvarez, AM, Luna del Castillo, JD, Gómez García, M, Valverde Morillas,C, López Torres, G: Estudio del duelo migratorio en pacientes inmigrantes que acuden a las consultas de atención primaria. Presentación de un cuestionario de valoración del duelo migratorio. Atención Primaria. 2011; 43: 467-473. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-linkresolver-estudio-del-duelo-migratorio-pacientes-S0212656711000485>
 182. Weil S: Echar raíces. Traductores Juan Carlos González Pont y Juan Ramón Capella. Madrid. Ed Trotta. 1996.
 183. Balcells Gorina, A, Carmena Villalta, M, Casas Sánchez, J, Farreras Valentí, P, Laín Entralgo, P, López García, E, Perianes Carro, J, Sánchez Lucas, JG, Velasco Alonso, R: Etiología, Fisiopatología y Propedéutica Clínica. Tomos I y II. Editorial Toray. Barcelona. 1971.
 184. **De Castro del Pozo, S**: Manual de Patología General. Etiología. Fisiopatología. Semiología. Síndromes. Editorial Salvat. Barcelona. 4ª Edición. 1989.
 185. **Romero Velasco, E, Martínez Manzanares, C**, Ortega Calvo, M: Curso de Medicina de Familia y Atención Primaria de Salud. Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica. US. 1984. doi: [10.13140/RG.2.1.3386.5129](https://doi.org/10.13140/RG.2.1.3386.5129) [Era un seminario vespertino y voluntario para alumnos de Tercero de Medicina dentro de la asignatura de Patología General y Propedéutica]. *Nota del Recipiendario*.
 186. Ortega Calvo, M: Investigación analítica de los aspectos fundamentales de la asistencia primaria. Aportación a la epidemiología oncológica de la comunidad. Tesis Doctoral. Director: Prof. Dr. **Carlos Martínez Manzanares**. Universidad de Sevilla.1985. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/55349>
 187. Ortega Calvo, M, **Martínez Manzanares, C**, Galán Galán F, **Romero Velasco, E**:Asistencia Médica Primaria en la Provincia de Sevilla. Nuevos Archivos de la Facultad de Medicina (Madrid). 1984 ; 9: 53-57. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/255172157_Asistencia_Medica_Primary_en_la_Provincia_de_Sevilla
 188. Ortega Calvo, M, **Martínez Manzanares, C**: Hipótesis sobre el nacimiento de una especialidad. Tribuna Médica. Número de Marzo. 1987: 12-13. Disponible

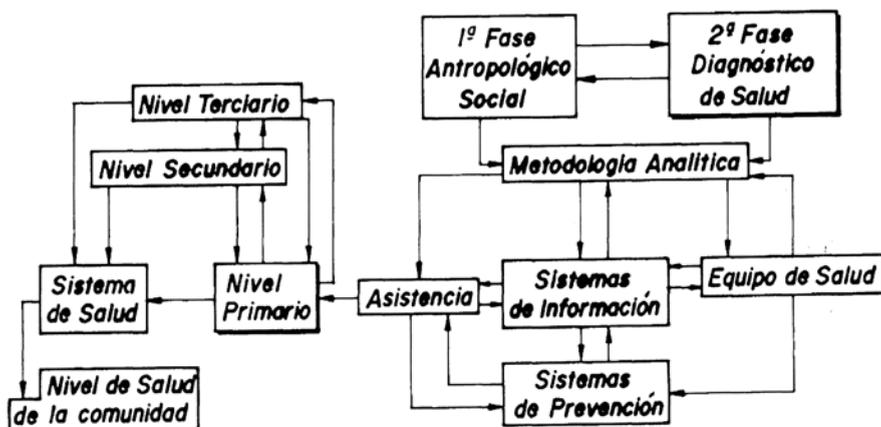


Figura nº 14: Diagrama de bloques basado en la Teoría General de Sistemas de la nueva Atención Primaria publicado por dos investigadores de la US en el año 1985 (Proto Escuela)¹⁸³.

Por diversas circunstancias esta **Proto-Escuela** no pudo desarrollarse y dio paso a la **Escuela de Atención Primaria de la Universidad de Sevilla** propiamente dicha, dirigida durante dos décadas por el Profesor Dr. Pablo Bonal Pitz^{189 190 191}. En ella se pudieron desarrollar personalidades universitarias tan importantes como Maribel Fernández Fernández (1957-2007), José Lapetra Peralta y Francisco Campa Valera. También por circunstancias varias esa fase ha dado lugar a la etapa actual (**Post-Escuela**) en la que convivimos docentes de las dos primeras¹⁹².

en: https://www.researchgate.net/publication/236009772_Hipotesis_sobre_el_nacimiento_de_una_especialidad

189. Bonal Pitz P: El reconocimiento académico de la medicina de familia por la universidad: una necesidad inaplazable. *Aten Primaria*. 1998;21:63-64.

190. Bonal Pitz P (editor): *Medicina de Familia y Universidad*. Secretariado de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. 1999. p: 1-136.

191. Bonal Pitz P: *Medicina de familia y Espacio Europeo de Educación Superior*. *Aten Primaria*. 2010;42:5-6. doi: 10.1016/j.aprim.2009.09.001

192. Santos-Lozano JM, Rada M, **Lapetra J**, et al: Prevention of type 2 diabetes in prediabetic patients by using functional olive oil enriched in oleanolic acid: The PREDI-ABOLE study, a randomized controlled trial. *Diabetes Obes Metab*. 2019 ; 21: 2526-2534. doi: 10.1111/dom.13838

‘En la pugna secular que la RAMSE ha mantenido y mantiene con la Facultad de Medicina^{193 194} en aras de la búsqueda de un conocimiento riguroso de la verdad científica^{195 196}, parece ser que en la cristalización de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, la primera le ha ganado el pulso histórico claramente a la segunda. Les recuerdo que la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria se creó en España por un Real Decreto del año 1978¹⁹⁷. Es necesario señalar también en este lugar, que el día 21 de Mayo del año 2004 leyó su Discurso de Toma de Posesión como Académico Numerario, el Ilustrísimo Sr. Dr. D. Miguel Lorente Carrillo con el título de “Vivencias de un Médico Rural: De la silla al ordenador”. El acto se celebró en la Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental (RAMAO) con sede en Granada¹⁹⁸.

Hace más de cinco años que se convocó la primera Plaza de Académico Numerario de esta especialidad en la RAMSE que se materializa en el día de hoy, cuando aún todavía no existe convocada ninguna plaza de Titularidad Vinculada de Medicina de Familia en la Universidad de Sevilla¹⁹⁹. En algunas Universidades Europeas,

193. Hermosilla Molina, A: Cien Años de Medicina Sevillana. Diputación Provincial de Sevilla. Servicio de Publicaciones. 1970.

194. Hermosilla Molina, A: Mi Facultad de Medicina. Ediciones Guadalquivir S.L. 1991.

195. Galera Davidson, H: Una Institución Histórica ante la Democratización del Conocimiento. Editorial Almuzara. S.L. 2016.

196. Castiñeiras Fernández, J: La Ilustración, El Colegio de Cirugía de Cádiz y la Facultad de Medicina de la Universidad de Sevilla. Reflexiones sobre una época. Diario de Sevilla. 6-Abril-2020. Página 40.

197. Real Decreto 3303/1978 de 29 de Diciembre, de Presidencia de Gobierno de Regulación de la Medicina de Familia y Comunitaria como especialidad de la Profesión médica.

198. Lorente Carrillo, M: Reflexiones de un Médico Rural. De la silla al ordenador. Discurso de Académico Numerario. Real Academia de Medicina de Andalucía Oriental. 2004. Accesible en: <https://www.ramao.es/images/archivo/discursos/MIGUEL%20LORENTE.pdf>

199. Bonal P, Casado V, Monreal A, Vergeles J M, Orozco D, Gil V: La Medicina de Familia como área de conocimiento (II): fundamentos legales, académicos y docentes. Tribuna Docente en Medicina de Familia. 2003; 4:3-20.

Americanas y Australianas, está desarrollándose la segunda generación de profesores estables^{200 201 202 203 204 205}.

Sean Uds. que hay tres Universidades Públicas Españolas que ya tienen otorgadas plazas permanentes mediante Concurso Público (Barcelona, Zaragoza y Extremadura). Además, D. Roger Ruiz del Moral es Profesor Titular de Medicina de Familia en la Universidad Francisco de Victoria y responsable de la Unidad de Educación Médica y Comunicación Clínica^{206 207}. Formado en la Universidad de Córdoba es un verdadero experto en comunicación a nivel europeo. Su primera Tesis Doctoral la codirigió junto a D. Pedro

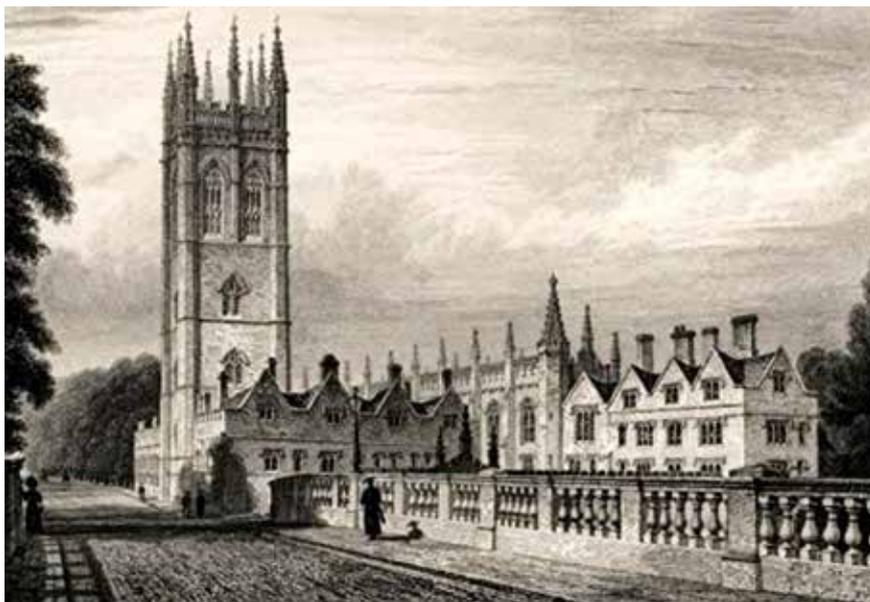
-
200. Fry J, Gambrill E, Smith R: Scientific Foundations of Family Medicine. London: William Heinemann Medical Books Ltd; 1978.
201. Fry, J (ed.): Primary Care. William Heinemann Medical Books Ltd. London. 1980. [John Fry nació en Polonia pero tuvo que emigrar al Reino Unido durante la Segunda Guerra Mundial. Fué sin lugar a dudas, la máxima autoridad inglesa en Medicina de Familia teórica y asistencial durante la década de los ochenta]. *Nota del Recipiendario*.
202. McWhinney, I.: Textbook of Family Medicine. Oxford University Press; 1989. [Texto de Medicina de Familia emblemático de la WONCA]. *Nota del Recipiendario*.
203. Starfield, B: Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson SA. Fundación Jordi Gol i Gurina. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Barcelona. 2001. pp. 1-499. [Bárbara Starfield, nacida en 1932, falleció a consecuencia de un accidente fortuito mientras nadaba en su piscina en el año 2011. Ha sido una de las investigadoras sanitarias más influyentes del siglo XX. Pediatra de formación y Profesora de la Universidad Johns Hopkins, fué la promotora de la Grupos Clínicos Ajustados - ACGs]. *Nota del Recipiendario*.
204. Greenhalgh, T: Primary Health Care. Theory and Practice. Blackwell Publishing. 2007. [Trisha Greenhalgh nació en 1959, ha sido Profesora en la Universidad de Londres - UCL - siendo en la actualidad docente en la Universidad de Oxford ; Nuffield Department of Primary Care. Para quien suscribe, es una referente indiscutible de la atención primaria inglesa y autora de obras clásicas de lectura crítica en medicina]. *Nota del Recipiendario*.
205. Boon V, Ridd M, Blythe A: Medical undergraduate primary care teaching across the UK: what is being taught?. Educ Prim Care. 2017;28:23-28. doi: 10.1080/14739879.2016.1222887
206. Ruiz Moral, R: La incorporación de las Humanidades y Ciencias Socio-Conductuales en la educación médica. Folia Humanística, 2019:65-81. <https://doi.org/10.30860/0050>
207. Ruiz Moral R, García de Leonardo C, Cerro Pérez A, Caballero Martínez F, Monge Martín D: Barriers to teaching communication skills in Spanish medical schools: a qualitative study with academic leaders. BMC Med Educ. 2020;20:41. doi: 10.1186/s12909-020-1944-9

Sánchez Guijo²⁰⁸. El Profesor Ruiz del Moral es un defensor de la incorporación de las ciencias sociales al curriculum profesional del médico²⁰⁹. Ruiz del Moral y Luis Ángel Pérula de Torres conforman, sin lugar a dudas para mí, los dos soportes más visibles de la **Escuela Cordobesa de Atención Primaria**²¹⁰.

208. Fernández García, J A: Estudio de la efectividad del consejo continuado del médico de familia en pacientes alcohólicos. Tesis Doctoral. Universidad de Córdoba. 1999.

209. Valverde, J M^a: Vida y muerte de las ideas. Pequeña historia del pensamiento occidental. Ed.Ariel.SA. Barcelona. 2008. p. 277.

210. Pérula-de Torres LA, González-Blanco V V, Luque-Montilla R, et al: Validación de la toma del pulso arterial en atención primaria para la detección de fibrilación auricular y otros trastornos del ritmo cardiaco en mayores de 65 años. SEMERGEN. 2017;43:425-436. doi: [10.1016/j.semerg.2016.06.015](https://doi.org/10.1016/j.semerg.2016.06.015)



*Figura n° 15: Puente y Colegio de la Magdalena.
Oxford, de John Le Keux – 1837²¹¹.*

211. Wootton, D: Le Keux Family (per 1800-1885) Engravers. *Oxford Dictionary of National Biography*. Disponible en: <https://www.oxforddnb.com/view/10.1093/ref:odnb/9780198614128.001.0001/odnb-9780198614128-e-64148>

ANEXO BIOGRÁFICO II:

Prácticas Clínicas en los Centros de Salud para los alumnos de Primero de Medicina. Propedéutica y Mentoría Inversa.

*“Tanto en la enseñanza de Pregrado como en el Postgrado
he considerado que los profesores enseñan tanto por lo
que saben como por lo que son”*

M.A. Muniáin Ezcurra²¹².

En los últimos cinco Cursos Universitarios he tenido la oportunidad de organizar y tutorizar de manera directa las prácticas clínicas de alumnos de Primero de Medicina en el Centro de Salud “Las Palmeritas” con el apoyo y la colaboración desinteresada de todos mis compañeros médicos de familia, pediatras y enfermeras. Esta docencia práctica forma parte de la asignatura optativa **“Fundamentos de la Práctica Médica”** que pusieron en marcha entre otros los Profesores Muniáin, Bernal Borrego, Dorado, Bonal Pitz y Campa Valera hace algunos años^{213 214 215}. Son unos doce a catorce estudiantes de primero que pasan un total de tres a cinco sesiones de varias horas en las consultas del centro de salud. Cada tarde se reciben entre dos y cuatro alumnos para sus prácticas individualizadas.

212. Muniáin Ezcurra, MA: Las enfermedades infecciosas: pasado, presente y futuro. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla 2013. p. 10.

213. Kruschinski C, Wiese B, Hummers-Pradier E: Attitudes towards general practice: a comparative cross-sectional survey of 1st and 5th year medical students. *GMS Z Med Ausbild.* 2012;29:Doc71. doi: [10.3205/zma000841](https://doi.org/10.3205/zma000841)

214. Martín-Zurro, A, Jiménez-Villa J, Monreal-Hijar A, et al: Medical student attitudes towards family medicine in Spain: a statewide analysis. *BMC Fam Pract.* 2012;13:47. doi: [10.1186/1471-2296-13-47](https://doi.org/10.1186/1471-2296-13-47)

215. Chen Q, Lian S, Plegue MA, Fetters MD: First-year medical student attitudes about general practice in China: a comparison between Chinese and international students. *Adv Med Educ Pract.* 2019;10:571-579. doi: [10.2147/AMERS198877](https://doi.org/10.2147/AMERS198877)

Es una experiencia pedagógica algo arriesgada²¹⁶ pero tremendamente gratificante a pesar del esfuerzo que hay que realizar (durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre, de Lunes a Jueves llevamos a cabo nuestra actividad clínica convencional por las mañanas y por las tardes tutorizamos las prácticas). Un alumno de Primero, quince días después de haber ingresado en la Facultad de Medicina, es un discente bastante inmaduro al que hay que cuidar muy de cerca para que su primera experiencia clínica sea favorable aún en aquellos que ya piensen ejercer vocacionalmente especialidades básicas. Uno se siente realmente “pedagogo”^{217 218} entre ellos. No hay que olvidar que en esas semanas están entrando por vez primera en una Sala de Disección²¹⁹.

Al comenzar su ciclo, todos reciben un cuaderno de bienvenida en soporte papel con información sobre la estructura física y los recursos humanos del Centro y con material gráfico en color revisado por el Departamento de Medicina. Se les recuerda en ese momento que el primer documento historiográfico de la Medicina Basada en la Evidencia fue el cuaderno de bienvenida que les ofreció Gordon Guyatt a sus residentes de Medicina Interna en el año 1990 en la Universidad MacMaster^{220 221}. Ellos toman notas sobre el cuaderno o sencillamente resumen la práctica de una tarde. Después esto les servirá para confeccionar la Memoria

-
216. López-García M, Ayuso-Raya MC, López-Torres-Hidalgo J, Montoya-Fernández J, Campa-Valera F, Escobar-Rabadán F: At what stage in the undergraduate curriculum is it best to train in family medicine? A study from two medical schools in Spain. *Eur J Gen Pract.* 2019;25(2):91-97. doi:10.1080/13814788.2019.1580264
217. [La voz “pedagogía” tiene su origen en el griego antiguo «paidagōgós”. Este término estaba compuesto por paidos (“niño”) y gogía (“llevar” o “conducir”). Este concepto hacía referencia al esclavo que llevaba a los niños a la escuela]. *Nota del Recipiendario.*
218. Ortega Calvo, M: La Pedagogía Clínica como una nueva rama del Humanismo Médico: aspectos de la no directividad. *Med Clin (Barc).* 1993;100:107-109. [Pequeño ensayo inspirado durante la asistencia a un curso de Formación del Profesorado auspiciado en el año 1987 por la Profesora Felicidad Loscertales Abril de la US]. *Nota del Recipiendario.*
219. Pérez, M. M, Porta-Riba, N, Ortíz-Sagrasta, J.C, Martínez, A, Götzens-García, V: Anatomía humana: estudio de las reacciones de los estudiantes de primero de medicina ante la sala de disección. *Educación Médica.* 2007; 10:105-13. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S157518132007000300007&script=sci_arttext&lng=en
220. Sur RL, Dahm P: History of evidence-based medicine. *Indian J Urol.* 2011; 27: 487-489. doi: 10.4103/0970-1591.91438
221. Martí-Carvajal, A: What is Evidence-Based Medicine. *CientMed.* 2020 ; 1: 1-7. Disponible en: <https://academianacionaldemedicina.org/cientmed/cm-what-is-evidence-based-medicine/>

Final de la Asignatura. La financiación del cuadernillo es una iniciativa anónima del Centro de Salud “Las Palmeritas”.

Las caras de esos alumnos al salir de su primera práctica es algo inolvidable. En estos cinco años no he tenido ninguna experiencia negativa. Ayudarlos a colocarse adecuadamente el estetoscopio de Laënnec^{222 223}, “*con las olivas hacia adelante*”, ver sus ojos cuando escuchan los ruidos de Korotoff al tomar la tensión arterial, ayudarlos a diferenciar el primer y el segundo tono cardíacos, el espacio sistólico del diastólico y si hay suerte enseñarlos a identificar su primer soplo es realmente una compensación biográfica^{224 225 226}. Les anuncio a todos ellos también que el estetoscopio clásico quizás pase muy pronto a los Museos de Historia de la Medicina. El estetoscopio digital sustituirá a las ondas de sonido^{227 228} pero eso no les exime de la obligatoriedad ética de formarse en la auscultación clásica porque su ejercicio puede ser en lugares donde sólo tengan acceso al estetoscopio convencional. La cercanía de la Práctica Clínica o la del Seminario hace que la docencia universitaria sea más directa, más cálida, más individualizada^{229 230}. Creo que en ellas

-
222. MacLeod, J: Exploración Clínica. Editorial AC. Madrid. 1983. pp: 1-495.
223. Roguin, A: Rene Theophile Hyacinthe Laënnec (1781–1826): the man behind the stethoscope. Clin Med Res. 2006;4:230–235. doi: [10.3121/cm.4.3.230](https://doi.org/10.3121/cm.4.3.230)
224. Noguera i Molins, A, Balcells Gorina, L: Exploración Clínica Práctica. Editorial Científico Médica. Barcelona. 21ª edición. 1981.
225. Segovia de Arana, J Mª (Director): La enseñanza de la Semiología en el “currículum” de Medicina. Seminarios Salvat Medicina. Salvat editores S.A. Barcelona. 1987. [Uno de los asistentes invitados a esta reunión, que se celebró en Gibraltar en el año 1986, fue **D. Pedro Sánchez Guijo**]. *Nota del Recipiente*.
226. Casado Vicente, V, Cordon Granados, F, García Velasco, G (editores): Exploración Física. Basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. Semfyc. 2020. Barcelona. 2020.
227. Swarup S, Makaryus AN: Digital stethoscope: technology update. Med Devices (Auckl). 2018;11:29-36. doi: [10.2147/MDER.S135882](https://doi.org/10.2147/MDER.S135882)
228. Kotb MA, Elmahdy HN, Seif El Dein HM, Mostafa FZ, Refaey MA, Rjoob K WY, Draz IH, Basanti CWS: The Machine Learned Stethoscope Provides Accurate Operator Independent Diagnosis of Chest Disease. Med Devices (Auckl). 2020 ; 13:13-22. doi: [10.2147/MDER.S221029](https://doi.org/10.2147/MDER.S221029)
229. De Lorenzo-Cáceres A: Trabajando con el estudiante en la consulta. Prácticas clínicas en atención primaria. Tribuna Docente en Medicina de Familia.2004; 5: 3-11.
230. De Lorenzo-Cáceres Ascanio A, Otero A, Calvo Corbella E: Prácticas clínicas de alumnos de medicina en centros de salud: posibilidades docentes de la web en la Unidad de Medicina de Familia y Atención Primaria de la Universidad Autónoma de Madrid (UAM). Aten Primaria. 2005;35(7):372-374. doi: [10.1157/13074296](https://doi.org/10.1157/13074296)

quete *tm* (text mining) de la biblioteca de R²³². Los acentos ortográficos hacen que no se lean adecuadamente algunos términos. Este es el único “guiño” a la investigación cualitativa en todo el Discurso²³³.

Aparecen nombres, número de plazas e incluso la expresión «*muchas gracias*»^{234 235}. Esta experiencia es tan gratificante que incluso algunos compañeros que eran un poco reticentes para impartir docencia práctica durante su ejercicio profesional, después haber tenido en consulta a un alumno de Primero, me piden repetir la experiencia de forma regular. Creemos sinceramente que estos alumnos generan **mentoría inversa**^{236 237 238}, espoleando la adormecida vocación docente de médicos con muchos años de experiencia asistencial. Los alumnos fraguan que comuniquen esa riqueza²³⁹.

“La medicina es la más humana de las ciencias
y la más científica de las Humanidades”.

E. Pellegrino (1920-2013)²⁴⁰.

-
232. Feinerer I: Introduction to the tm Package. Text Mining in R. 2019. Disponible en: <https://cran.r-project.org/web/packages/tm/vignettes/tm.pdf>
233. Segura Balbuena M, Cejudo López A, Gil García E, Santos Lozano JM, Ortega Calvo M: Sobre la necesidad epistemológica de la investigación cualitativa en salud. RECIEN Revista Electrónica Científica Enfermería. 2014; 8:47-60. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/44991/1/RECIEN_08_06.pdf
234. Grayson MS, Newton DA, Whitley TW: First-year medical students' knowledge of and attitudes toward primary care careers. Fam Med. 1996 ; 28:337-342.
235. Turkeshi E, Michels N R, Hendrickx K, Remmen R: Impact of family medicine clerkships in undergraduate medical education: a systematic review. BMJ Open. 2015;5(8):e008265. doi: 10.1136/bmjopen-2015-008265
236. Towns, J: Reverse mentoring: What my students taught me. Xulon Press. Maitland, Florida (USA). 2006.
237. Robinson A: Sixty seconds on... reverse mentoring. BMJ. 2018;363:k4887. doi: 10.1136/bmj.k4887
238. Clarke AJ, Burgess A, van Diggele C, Mellis C: The role of reverse mentoring in medical education: current insights. Adv Med Educ Pract. 2019 ; 10: 693-701. doi: 10.2147/AMEPS179303
239. Mangione, S: Diagnóstico Físico. Secretos. Elsevier España S.L. Barcelona. 2010.
240. Romero Leguizamón, C R: ¿Medicina: arte o ciencia? Una reflexión sobre las artes en la educación médica. Educación Médica. 2018 ; 19: 359-368. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-medicina-arte-o-ciencia-una-S1575181317301018>

Postulación de Tesis Doctoral.

A principios del año 2014, el Dr. José Lapetra, tuvo la feliz idea de dirigirse a la promoción de residentes de primer año de Medicina Familiar y Comunitaria recién llegados a los tres hospitales de nuestra ciudad. Eran unos 14 postgraduados en programa de especialización. Les hizo una charla de unos 50 minutos sobre los componentes y la capacidad investigadora del Grupo AL-ANDALUS y les ofreció la posibilidad de realizar Tesis Doctorales. Éramos tres los investigadores con capacidad potencial para dirigir, el citado Dr. José Lapetra, el Profesor José Manuel Santos y quien les habla en la mañana de hoy. Se les citó a una sesión restringida y voluntaria para exponer sus ideas y deseos de realización de Tesis. Sólo se presentaron a la sesión tres postgraduadas, Dña. Carmen de Francisco Montero, Dña. Amparo Santos Calonge y Dña. Carmen de Toro Cortés.

Fueron unos 45 minutos inolvidables, llenos de ilusión y de fe en el futuro investigador los que proporcionaron aquellas residentes, que son en la actualidad jóvenes médicos de familia en puestos de responsabilidad asistencial. Las tres están en la última etapa del desarrollo de sus respectivos trabajos de investigación doctoral. Aquello fue, Sres. Académicos un sereno “**Acto de Postulación de Tesis**”, con los proyectos aún no asignados, con directores en fase de selección de doctorandos y viceversa²⁴¹, pero con una frescura intelectual y con una exposición de valores más que sobresaliente.

La Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Sevilla (EIDUS) organiza en la actualidad un concurso denominado Tesis en Tres Minutos que se desarrolla anualmente y que tuvo su origen en la Universidad de Queensland (Australia)^{242 243}. Nosotros desarrollaríamos aquí en la RAMSE una iniciativa paralela que complementaría, creemos, el panel formativo de la EIDUS.

-
241. Can E, Richter F, Valchanova R, Dewey M: Supervisors' perspective on medical thesis projects and dropout rates: survey among thesis supervisors at a large German university hospital. *BMJ Open*. 2016 ; 6(10):e012726. doi: [10.1136/bmjopen-2016-012726](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012726)
242. Hu, G, Liu, Y: Three minute thesis presentations as an academic genre: A cross-disciplinary study of genre moves. *Journal of English for Academic Purposes*. 2018; 35: 16-30.
243. Levit A, Yin C, Lewis J: Fourth Annual Clinician Scientist Trainee Symposium at the Schulich School of Medicine and Dentistry. *Clin Invest Med*. 2019;42:E46–E49.

En la primera ocasión que pueda, tengo la voluntad de realizar una Propuesta al Pleno de la Academia para la celebración de “**Sesiones de Postulación para Jóvenes Doctorandos**”.

Se podrían organizar dos sesiones anuales una para Departamentos Pre-clínicos y otra para Clínicos. Intervenciones cortas pero intensas. Se intentarían cumplir varios objetivos estratégicos con ellas. En primer lugar acercar la RAMSE a investigadores jóvenes de nuestra comunidad científica²⁴⁴, en segundo lugar, estas sesiones serían otro eslabón formativo a la hora de conseguir el Grado de Doctor^{245 246 247 248} por alguna de las Universidades de nuestro entorno y en tercer lugar, creo que contribuirían a promover el prestigio científico de esta Real Academia y los méritos axiológicos^{249 250} de los trabajos de investigación postulados.

-
244. Ortega-Calvo M, González-García L, Corchado-Albalat Y: La E-dirección de una tesis doctoral en ciencias de la salud. *Aten Primaria*. 2012;44:638-640. doi: *10.1016/j.aprim.2012.07.002*
245. Gallego, A: Ser Doctor. Como redactar una Tesis Doctoral. Monografías Profesionales. Fundación Universidad Empresa. Madrid. 1987.
246. **Senra Varela A**, Senra Varela M.P.: La Tesis Doctoral en Medicina. Ediciones Díaz de Santos. S.A. Madrid. 1995.
247. Soriano, A: Cómo se escribe una Tesis. Guía Práctica para estudiantes e investigadores. 2ª edición. Editorial Berenice. 2017.
248. Molina Marín, G: Como escribir exitosamente una Tesis Doctoral. Editorial Universidad de Antioquía. Colombia. 2019.
249. Echevarría-Ezponda J: Los valores de las ciencias. *Investigación y Ciencia* (ed. española). 2014; 452: 44-45.
250. Palma-Morgado, D., Marín-Gil, R., González-García, L., Torelló-Iserte, J., Santos-Lozano, J. y Ortega-Calvo, M: La evaluación axiológica de los Proyectos en los Comités de Ética de la investigación. *Ars Pharm*. 2015; 56: 121-126.

“Finis coronat opus”.

El fin corona a la obra según un adagio latino²⁵¹.

251. De Villena, L.A.: Biblioteca de clásicos para uso de modernos. Diccionario Personal sobre Griegos y Latinos. Ed. Gredos. S. A. 2008. p.282.

“Quizás la filosofía pueda ayudar a ser mejor técnico, físico o biólogo, pero ello sólo como consecuencia de que más allá de su propia práctica, el especialista entrevé que está la filosofía, entrevé los interrogantes mayores a los que se ve confrontada la condición humana”
Víctor Gómez Pin (2020)²⁵²

252. Gómez Pin, V: El honor de los filósofos. Editorial Acanalado. Barcelona. 1ª edición. 2020. p. 582.

[Desde la Antigua Jonia hasta la Europa Moderna desfilan por este ensayo filósofos, matemáticos, físicos y literatos que han concebido el conocimiento como algo universal y sin fronteras entre lo humanístico y lo científico. Es difícil terminar de leer este libro y no empezar de nuevo por la primera página. La sensación intelectual que ha sabido crear el Profesor Gómez Pin es inimitable]. *Nota del Recipiente*.

ANEXO FILOSÓFICO I:

Crítica Lingüística a la fórmula “*He dicho*”.

En el caudal bibliográfico de esta Real Academia, se encuentran perlas filosóficas de cita obligada. Me estoy refiriendo al Discurso de toma de posesión como Académico Numerario del Prof. Dr. D Francisco Javier Castejón Calderón, quien en el año 1979, dibujó un repaso exhaustivo de toda la historia del pensamiento en su trabajo titulado: *Reflexiones Filosóficas de un Fisiólogo*, siendo respondido en aquella ocasión por los Profesores Dres. D Juan Jiménez-Castellanos y Calvo -Rubio y por D. Gabriel Sánchez de la Cuesta²⁵³. Si revisamos los archivos de la Real Academia Nacional de Medicina de España (RANM), debemos recordar al Excmo. Sr. D. Alfonso de la Peña Pineda (1904-1971) quien ingresó como Académico Numerario el día 10 de Diciembre de 1968 con el Discurso titulado: “*Epistemología Urológica (evolución de un saber)*”. Fue respondido por el Excmo. Sr. D. Manuel Bermejillo Martínez^{254 255}.

En esa misma línea de análisis, me ha llamado profundamente la atención la forma de finalizar los Discursos Académicos o los diversos actos de naturaleza científica o humanística que se desarrollan en esta Institución. Aunque con excepciones, generalmente el orador apostilla un “He dicho” al final de su alocución.

“He dicho”, primera persona del singular “*Yo he dicho*” del pretérito perfecto de Indicativo. Es sin duda un *summum* de subjetivismo, el pretérito perfecto simple o pretérito indefinido enfatiza el hecho pasado, mientras que el pretérito perfecto compuesto o pretérito perfecto se localiza en el presente, siendo el presente un resultado de un hecho pasado.

253. Castejón Calderón, F: *Reflexiones Filosóficas de un Fisiólogo*. Discurso de Recepción en la Real Academia de Medicina de Sevilla. Real Academia de Medicina de Sevilla. 1979.

254. De la Peña Pineda, A: *Epistemología Urológica. Evolución de un saber*. Discurso de Recepción en Real Academia Nacional de Medicina. Imprenta José Luis Cosano. Madrid. 1968.

255. Pérez-Albacete M, Chesa-Ponce N: Alfonso de la Peña Pineda y el Intercambio urológico por correspondencia. *Actas Urol Esp*. 2018;42:574-585. doi: [10.1016/j.acu-m.2018.01.009](https://doi.org/10.1016/j.acu-m.2018.01.009)

Creo sinceramente que sería más adecuado emplear al menos la primera persona del plural, “*Hemos dicho*”, por la cantidad de influencias que sin duda ha recibido el Recipiendario o el Orador Invitado a lo largo de su vida y de su trayectoria profesional y/o investigadora.

Durante la confección de este Discurso se me ocurrió la posibilidad de emular a Tucídides^{256 257 258} y terminarlo en estilo indirecto “Manuel Ortega dijo” (“*oratio obliqua*”) pero no me ha parecido lo más adecuado, Uds. saben que no soy un iconoclasta²⁵⁹. Incluso pensé usar fórmulas latinas “*Dicitur Manuel Ortega*” (“se dice”) o “*Dixit Manuel Ortega*” (“dijo”) pero tampoco lo vi procedente. O incluso utilizando la traducción directa al latín “*Dixi Manuel Ortega*”. Pero no me pareció acertado.

Porque cuando este Recipiendario pronuncie el protocolario “He dicho”, habrá muchas..., muchas voces detrás de él. En mi caso, les aseguro que dirán “He dicho “ en primer lugar mis padres, que ya no están conmigo pero que sin duda les hablarán. He crecido en una familia monoparental gobernada por mi madre tras la temprana muerte de mi padre, les aseguro que los dos se dirigirán a Uds. con igual intensidad.

También lo harán mis abuelos y mis tíos maternos, de ellos aprendí el concepto de Familia (Figura nº 17) que he glosado científicamente líneas arriba.

256. Tucídides: Historia de la Guerra del Peloponeso. Edición de Luis M Macía Aparicio. Akal Clasica. 1989.

[Esta obra comienza en estilo indirecto empleando el autor una forma verbal denominada “*syggrafe*” en la que actúa como un escriba que da fe de un acto determinado. Véase las cita nº 13, página 178 y las dos citas siguientes a ésta.] *Nota del Recipiendario*.

257. Rodríguez Delgado, J C: La Historia de la Guerra del Peloponeso de Tucídides. La sinrazon de la polis. Epos. Revista de Filología. 1998 ; 14: 13-34. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/EPOS/article/view/10046/9586>

258. Iglesias Zoido, J C: El sistema de engarce narrativo en los Discursos de Tucídides. Talia Dixit. 2006; 1: 1-28. Disponible en: http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/1232/1886-9440_1_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

259. Lapierre, D, Collins, L: Esta noche la Libertad. Plaza y Janés. Barcelona. 1977. [Libro imprescindible para comprender el proceso de independencia de La India y la figura histórica y espiritual de Ghandi, el “Gran Mahatma”]. *Nota del Recipiendario*.



Figura nº 17: Familia Calvo-Navarro a principios de los 40 del siglo XX. Foto en el patio de la casa de la “Plazoleta” de San Sebastián. Mairena del Alcor (Sevilla).

La primera persona que no perteneció a mi estructura familiar pero que se va dirigir a Uds. dentro de pocos minutos, es el Profesor Enrique Romero Velasco^{260 261 262 263}, Catedrático de Patología General

260. **Romero Velasco, E:** Introducción al estudio de la Patología General. Ediciones Basa y Pagés. S.A. Barcelona. 1953.

261. **Romero Velasco, E:** Patología General y Fisiopatología. Prólogo de **D. Gregorio Marañón**. Ed. Paz Montalvo. Valladolid. 1962. Volúmenes I y II.

[De los numerosos discípulos que el Profesor Romero Velasco dejó en toda la geografía universitaria española, quiero destacar la sabiduría, sencillez y bondad del **Profesor José Manuel Arribas Castrillo**, 1936-2017, Catedrático de Medicina de la Universidad de Oviedo. Me obsequió con su amistad por el mero hecho de haber tenido un Maestro común]. *Nota del Recipiente*.

262. **Romero Velasco, E:** La Dieta Libre Limitada (D.L.L.) en la Diabetes. Discurso Leído como *Académico Numerario* en la Real Academia de Medicina y Cirugía de Valladolid. Abril de 1965. Discurso de Contestación a cargo del Ilmo. Sr. Dr. D. Enrique Álvarez Romero. Gráficas Lafalpoo. Valladolid. 1965.

263. **Romero Velasco, E,** Peral Molina, V.: Auscultación y Fonocardiografía Clínicas. Editorial Toray. Barcelona. 1969.

y Propedéutica Clínica de la US (Figura n° 18), quien me distinguió con el cargo de Profesor No Numerario (PNN) al final de su vida universitaria. De él aprendí, entre otras muchas cosas, el **poder comunicativo del Seminario en la Universidad**^{264 265}, la jerarquía necesaria para impartir una Clase Magistral²⁶⁶ y la profundidad ética del Matrimonio Católico, entre otras muchas cosas²⁶⁷.



Figura n° 18: Prof. Dr. Enrique Romero Velasco. V Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología. Córdoba. Mayo. 1962.

264. Foster J, Greenwood J: The seminar: how to develop and deliver a dynamic presentation. *Contemp Nurse*. 2000 ; 9:236-245. doi: [10.5172/conu.2000.9.3-4.236](https://doi.org/10.5172/conu.2000.9.3-4.236)

265. Kruse, O: The Origins of Writing in the Disciplines. *Traditions of Seminar Writing and the Humboldtian Ideal of the Research University*. *Written Communication*. 2006; 23: 331-352. Disponible en: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.100.3962&rep=rep1&type=pdf>

266. Saroyan, A, Snell, LS: Variations in Lecturing Styles. *Higher Education*. 1997; 33: 85-104.

267. Hubbard, E: *Message to García*. East Aurora. New York. The Roycrofters. 1914.

[Este pequeño ensayo escrito por el filósofo americano Elbert Hubbard y recomendado por el **Profesor Romero Velasco** en su traducción castellana, contiene el núcleo de su mensaje vital que no era otro que el compromiso de intentar realizar nuestras tareas lo mejor posible a pesar de las adversidades]. *Nota del Recipiente*.

La siguiente personalidad que les dirá “He dicho”, será **mi Mentor** en la Universidad de Sevilla y en esta Institución, el Prof. Dr. D. Carlos Martínez Manzanares^{268 269} (el Recipiendario se dirige al citado con la venia del Sr. Presidente): **“Te aseguro, Carlos ¡ que llevaré con profundo orgullo hasta el final de mis días, la etiqueta de “hijo académico tuyo”, te lo aseguro, Gracias Carlos ¡¡”**.

Por otra parte, hay dos compañeros muy especiales que les van a decir también “He dicho”.

El primero de ellos, es D. Juan Gálvez Acebal (1956-2020), internista de la Unidad de Enfermedades Infecciosas del Hospital Universitario de Sevilla, Profesor Asociado del Departamento de Medicina y Académico Correspondiente de esta Institución. Pasear y escuchar a Juan Gálvez era amar Sevilla. Quien les habla no posee de forma natural esa admiración por la ciudad que nos vio nacer. Para mí Sevilla en sus formas estéticas y antropológicas es una entidad manifiestamente mejorable.

Sin embargo, cuando escuchaba a Juan, esas tesis se me derrumbaban. Él sabía sacar envidia histórica a cada esquina de nuestra ciudad, sabía hacernos convivir directamente con los personajes que allí habitaron. Y no digamos cuando esa defensa se realizaba en plena Semana Santa a la sombra de algún paso de cualquier Hermandad o cuando sonaba una marcha, el estilo y la biografía del compositor salían a relucir en ese mismo instante. En un magnífico equilibrio, Juan era universal e hispalense a la vez, sus gustos literarios brujuleaban entre Michel de Montaigne²⁷⁰ y D. Manuel Chaves Nogales^{271 272}. El extraordinario rigor científico²⁷³

268. **Martínez Manzanares, C** (editor y compilador): Libro Homenaje al Profesor Enrique Romero Velasco. Gráficas I.C.I. Barcelona. 1987.

269. **Martínez Manzanares, C**: Meditaciones en torno al Envejecimiento. Discurso de Recepción de Académico Numerario. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 1999.

270. Montaigne, M: Ensayos Completos. Ediciones Omega S.A. Barcelona. 2002.

271. Chaves Nogales, M: La ciudad. Talleres de la Voz. 1921.

272. Chaves Nogales, M: Juan Belmonte, matador de toros; su vida y sus hazañas . Estampa. Madrid. 1935.

273. **Gálvez Acebal, J**: Factores pronósticos de la endocarditis infecciosa izquierda. Análisis propensivo sobre el impacto del tratamiento quirúrgico. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. 2011. Disponible en: <http://hdl.handle.net/11441/24357>. [Esta Tesis fué Premio Extraordinario de Doctorado de la Universidad de Sevilla].
Nota del Recipiendario.

²⁷⁴ ²⁷⁵, la profunda humanidad²⁷⁶ ²⁷⁷ y la acendrada Sevillanía del Dr. Juan Gálvez²⁷⁸, se dirigirán a Uds. al final del Discurso. Descanse en Paz.

He tenido la suerte también de encontrar en mi devenir profesional a mi buen amigo y compañero el Dr. D. José Lapetra Peralta a quien ya he citado antes. “Pepe”, es médico de familia e investigador principal (IP) del grupo “AL ANDALUS” en donde desarrollo tareas como *Senior*.

Quiero resaltar aquí su profunda inteligencia, su rigurosísimo sentido del orden y su tendencia a la perfección, esta dos últimas cualidades, de clara estirpe jesuítica, así como también su capacidad de liderazgo, que ha llevado a algunos de sus compañeros, entre ellos a mí, a cotas profesionales inimaginables.

En algún otro lugar he definido a Pepe Lapetra como un profesional que ha sabido transitar desde su consulta de atención primaria en el Centro de Salud San Pablo²⁷⁹ ²⁸⁰ hasta la autoría directa de un

274. García-Cabrera E, Fernández-Hidalgo N, Almirante B, Ivanova-Giorgieva, R, Nouredine, M, Plata, A, Lomas, JM, **Gálvez-Acebal, J** et al: Neurological complications of infective endocarditis: risk factors, outcome, and impact of cardiac surgery: a multicenter observational study. *Circulation*. 2013;127:2272–2284. Disponible en: https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.112.000813?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

275. **Gálvez-Acebal J**, Almendro-Delia M, Ruiz J, et al: Influence of early surgical treatment on the prognosis of left-sided infective endocarditis: a multicenter cohort study. *Mayo Clin Proc*. 2014;89:1397-1405. doi: [10.1016/j.mayocp.2014.06.021](https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2014.06.021)

276. Gros, F: Andar, una filosofía. Penguin Random House. Grupo Editorial SAU. 2014. Barcelona.

277. [La “paideía” griega se transformó en la “humanitas” latina, gracias a los escritos de Varrón y de Cicerón. Irene Vallejo ¹⁷ página 146] *Nota del Recipiente*.

278. **Gálvez Acebal, J** (editor y compilador): Caminando al Hospital. Sevilla. 2020. pp:1 - 63. Edición no venal.

[Entre las ideas y los sentimientos que el Dr. Juan Gálvez vierte en este libro escrito en la fase terminal de su existencia, quiero destacar la glosa de la Virgen de Las Fiebres, la semblanza del cirujano hispalense D. Bartolomé Hidalgo de Agüero - “*La calle de la diéresis perdida*” - y la invitación constante a seguir caminando por la vida con serenidad e inteligencia. Sus amigos jamás podremos llenar su vacío]. *Nota del Recipiente*.

279. Mayoral Sánchez E, **Lapetra Peralta J**, Díez Naz A, Santos Lozano JM: Reflexiones sobre la validación de monitores de presión arterial. *Aten Primaria*. 1993;12:686-689.

280. Villalba Alcalá F, **Lapetra Peralta J**, Mayoral Sánchez E, Espino Montoro A, Cayuela Domínguez A, López Chozas J M: Estudio mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial del efecto de bata blanca en hipertensos tratados y controlados en atención primaria. *Rev Esp Cardiol*. 2004;57:652-660.

original de investigación en el *New England Journal of Medicine*²⁸¹ con el Ensayo Clínico PREDIMED. El y todo el grupo Al-ANDALUS²⁸² me van a acompañar en las palabras finales.

Hay muchas otras personas que me van a asistir también, entre ellos debo citar con mucho agradecimiento a D. José Luís Royo Aguado, Internista y Responsable de la Unidad de Paliativos del HUVM durante años, a D. Federico Moliní del Castillo, Profesor Titular de Patología General y Propedéutica Clínica, a D. Julio López Mejías, Jefe de Servicio de Neumología del HUVR²⁸³ ²⁸⁴, a D. Emilio Sánchez Cantalejo,²⁸⁵ Profesor de Estadística de la EASP²⁸⁶, a Dña. Maribel Fernández Fernández (Investigadora Sanitaria) (1957-2007), a Dña. Eloísa Fernández Santiago (Médico de Familia) y a Dña. Pastora Gallego Gar-

-
281. Ramón Estruch, Emilio Ros, Jordi Salas-Salvadó, María-Isabel Covas, Dolores Corella, Fernando Arós, Enrique Gómez-Gracia, Valentina Ruiz-Gutiérrez, Miquel Fiol, José Lapetra, Rosa María Lamuela-Raventós, Lluís Serra-Majem, Xavier Pintó, Josep Basora, Miguel Ángel Muñoz, José V Sorlí, José Alfredo Martínez, Miguel Ángel Martínez-González, *PREDIMED Study Investigators: Primary Prevention of Cardiovascular Disease with a Mediterranean Diet*. *N Engl J Med*. 2013; 368: 1279-1290. Disponible en: https://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1200303?url_ver=z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20www.ncbi.nlm.nih.gov
282. Matabanchoy-Salazar, M., Ruiz-Bravo, O. T., Villalobos-Galvis, F: Ciclo de vida y aspectos motivacionales de un grupo de investigación. *Trilogía Ciencia Tecnología Sociedad*. 2018; 10:149-164.
283. Rodríguez-Panadero F, Borderas Naranjo F, López Mejías J: Bloqueo linfático neoplásico como causa de derrame pleural. Incidencia en una serie necrópsica. *Med Clin (Barc)*. 1987;89:725-727.
284. Rodríguez-Panadero F: In Memoriam. *Arch Bronconeumol*. 2005 ; 41:702-3. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/es-in-memoriam-articulo-13082594> [Maravillosa semblanza realizada por el discípulo a quien fuera su Maestro clínico y científico, D Julio López Mejías]. *Nota del Recipiente*.
285. Sánchez-Cantalejo Ramírez, E: Regresión Logística en Salud Pública. Serie Monografías n° 26. Granada. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2000. [Magnífica monografía de un Profesor de Estadística que hizo amar las matemáticas a quienes nos quedamos, durante el Bachillerato, en las derivadas de primer orden y en las integrales definidas. Fue el responsable del Diploma de Experto en Epidemiología de la EASP-UGR durante muchas ediciones]. *Nota del Recipiente*.
286. González-García L, Chemello C, García-Sánchez F, Serpa-Anaya DC, Gómez-González C, Soriano-Carrascosa L, Muñoz-de Rueda P, Moya-Molina M, Sánchez-García F, Ortega-Calvo M: Aphorisms and short phrases as pieces of knowledge in the pedagogical framework of the andalusian school of public health. *Int J Prev Med*. 2012;3:197-210.

cía de Vinuesa^{287 288}. Un brillante diagnóstico de esta insigne cardióloga y de sus compañeros, realizado en el año 2002, seguido de un brillantísimo trabajo del Servicio de Cirugía Cardiovascular del HUVM (Dres. Barquero y Araji) permiten que esté desarrollando mi Discurso ante Uds. en el día de hoy.

Finalmente, van a asistirme en el exhorto todos mis compañeros del Centro de Salud “Las Palmeritas” del Distrito Sevilla, en donde tengo la suerte de estar pasando los últimos años de mi vida profesional. Y cuando digo todos, son todos, desde mis compañeras que atienden diariamente la limpieza, a la responsable de la Unidad de Atención al Usuario y verdadero puntal del centro, Doña Araceli Romero, las administrativas, los celadores, las auxiliares de clínica, la enfermería de familia, la pediatría y la odontología de atención primaria, la matrona, toda la medicina de familia, los residentes en formación MIR^{289 290}... hasta su directora, Dña. Inmaculada Gabaldón Rodríguez que es el otro pilar cimentador de todo el Equipo de Salud en la más genuina representación de la Conferencia de Alma-Ata^{291 292}. Todos les van a decir “*He dicho*”.

-
287. Valenzuela García L F, Gallego García de Vinuesa P, Guerrero de Mier M, Beltrán J, Araji O, Barquero Aroca JM: Seudoaneurisma como complicación de la reconstrucción de aorta ascendente mediante injerto valvulado: dehiscencia perianular simulando una insuficiencia aórtica severa. *Rev Esp Cardiol*. 1999;52:737-740.
288. Gallego García de Vinuesa P, Oechslin, E N: Atención especializada en las cardiopatías congénitas del adulto: experiencias y recomendaciones basadas en el modelo de asistencia sanitaria en Canadá. *Cardiocore*. 2011; 46(1):e1-e10. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2770/277021993001.pdf>
289. Tutosaus Gómez, JD, Morán-Barrios, J , Pérez Iglesias, F: Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves docentes. *Educación Médica*. 2018;19: 229-234.
290. Ortega Calvo M, Elgorriaga Guillén L, Fernández Santiago E, Borrego Gómez M J, Hernández Galán J L, Bohórquez Colombo P, Vilches Arenas A, Gabaldón Rodríguez I: Indicador “Las Palmeritas” de formación postgraduada en Medicina de Familia. *FML (SVMFyC)*. 2018; 23 (1): 6p.
291. Ortega Calvo, M, **Martínez Manzanares, C**: Elementos de asistencia primaria. Estudio metodológico. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Sevilla. 1987.
292. Ponka D, Coffman M, Fraser-Barclay KE, Fortier RDW, Howe A, Kidd M, Lennon RP, Madaki JKA, Mash B, Mohd Sidik S, van Weel C, Zawaly K, Goodyear-Smith F: Fostering global primary care research: a capacity-building approach. *BMJ Glob Health*. 2020 ; 5 (7): e002470. doi: 10.1136/bmjgh-2020-002470

Llegados a este punto, comprenderán Uds. mis cuitas al plantearme el epílogo del discurso. Formalmente la primera persona del singular, es claramente errónea. El binomio léxico con que se suele acabar, es falso, o si quieren, no es absolutamente cierto ni desde un punto de vista lógico²⁹³ ²⁹⁴ ni tampoco lingüístico²⁹⁵. No piensen por favor que me estoy escudando en el empirismo lógico del Círculo de Viena²⁹⁶ ²⁹⁷, ni tampoco en la filosofía analítica anglosajona²⁹⁸, ni en el “*critical appraisal*” de la Medicina Basada en la Evidencia ²⁹⁹ ³⁰⁰ ³⁰¹

293. Mosterín, J: Los Lógicos. Espasa Calpe. Madrid. 2000.

[Un libro excepcional que relata las biografías de seis investigadores lógicos y matemáticos de máxima altura, a saber: Gottlob Frege (1848-1925), Georg Cantor (1845-1918), Bertrand Russell (1872-1970), John Von Neumann (1903-1957), Kurt Gödel (1906-1978) y Alan Turing (1912-1954). La lectura de esta obra fué seminal para mí]. *Nota del Recipiente*.

294. Mosterín, J: Historia del Pensamiento. Aristóteles. Alianza Editorial. 2016.

[Jesús Mosterín (1941-2017) fué catedrático de Lógica y Filosofía de la Ciencia en la UB y Profesor de Investigación en el Instituto de Filosofía del CSIC. Introdujo en España la filosofía analítica corriente de pensamiento del siglo XX caracterizada por el estudio del lenguaje con la pretensión de resolver los problemas filosóficos mediante el análisis de los términos que intervienen en su formulación y de eliminar las ambigüedades en la ciencia y la filosofía. Sus aportaciones a la Lógica Matemática y a la Filosofía de la Ciencia han sido fundamentales. Estuvo muy involucrado en la defensa de la naturaleza y en los derechos de los animales]. *Nota del Recipiente*.

295. Garrido, M (editor): Lógica y Lenguaje. Ed Technos. 1989. Madrid.

296. Carnap, R: Autobiografía intelectual. 1992. Paidós. Barcelona.

297. Guerrero Pino, G: Tesis centrales del empirismo lógico. Sophia. 2015; 11: 257-270. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-89322015000200011

298. Nubiola, J: Raíces pragmáticas de la Filosofía Analítica. Sapientia. 2011; 229-230: 111-125. Disponible en: <https://repositorio.uca.edu.ar/bitstream/123456789/4635/1/raices-pragmaticas-filosofia-analitica-nubiola.pdf>

299. Lockett, T: Evidence-based and Cost-effective Medicine for the uninitiated. Radcliffe Medical Press Ltd. Oxford and New York. 1997. p: 1-93 [Manual muy sintético que enseña al médico de familia como gastar recursos en medidas terapéuticas lo más costo-efectivas posibles desde un punto de vista científico. No conozco traducción al castellano]. *Nota del Recipiente*.

300. Bravo Toledo, R: La gestión del conocimiento en Medicina: a la búsqueda de la información perdida. An Sist Sanit Navar. 2002;25:255-272. doi: [10.23938/ASSN.0802](https://doi.org/10.23938/ASSN.0802) [Rafael Bravo es Médico de Familia y unos de los investigadores más distintivos en Medicina Basada en la Evidencia de todo el panorama español. Es experto en Prevención Cuaternaria]. *Nota del Recipiente*.

301. Ortega Calvo M, Cayuela Domínguez A: Medicina basada en la evidencia: una crítica filosófica sobre su aplicación en atención primaria. Rev Esp Salud Publica. 2002;

^{302 303 304 305}, no, no... por favor, esto es tan sólo un sencillo análisis crítico^{306 307}
^{308 309 310} de una realidad observada. Tampoco quiero que lean este apartado
como una apología del “Yo odioso” (“*Le moi haïssable*”) de Blas Pascal^{311 312}.

Siguiendo a Wolfram Eilenberger entiendo que:... “Ser filósofo es una
forma de conducir la propia vida de manera consciente, de darle un curso,
una forma y una dirección a base de constantes preguntas y escrutinios”^{313 314}.

-
- 76:115-120. Accesible en: https://www.msrebs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol76/vol76_2/RS762C_115.pdf
302. Morabia A, Porta M: Causalidad y Epidemiología. Investigación y Ciencia (edición española) . 2008 ; 382: 62–71.
303. Solís C: Bartolome Hidalgo de Agüero’s 16th century, evidence-based challenge to the orthodox management of wounds. J R Soc Med. 2012;105:401-402. doi: [10.1258/jrsm.2012.12k062](https://doi.org/10.1258/jrsm.2012.12k062)
304. Zilberberg, M: Between the lines. Finding Truth in Medical Literature. EviMed Research Press. Mas. (USA). 2012.
305. Ortega-Calvo, M., Santos-Lozano, J., **Lapetra, J.**, Salas-Salvadó, J., Martínez-González, M., Lamuela-Raventós, R., Estruch, R.: The metaphor of patina. Open J. Philos; 2014: 623–627. doi: [10.4236/ojpp.2014.44064](https://doi.org/10.4236/ojpp.2014.44064)
306. Ferrater Mora, J: Diccionario de Filosofía Abreviado. Edhasa. Barcelona. 2008. pp: 28-29. Voces Analítico y Sintético.
307. Broadbent A: The inquiry model of medicine. CMAJ. 2019 ;191(4):E105-E106. doi: [10.1503/cmaj.180508](https://doi.org/10.1503/cmaj.180508)
308. Silva Ayçaguer, L.C: Cultura Estadística e Investigación Científica en el Campo de la Salud.: una mirada crítica. Ediciones Díaz de Santos. Madrid.1997. Madrid. p.: 1-390.
309. Silva Ayçaguer, L.C: La investigación biomédica y sus laberintos. En defensa de la racionalidad para la ciencia del siglo XXI. Ediciones Díaz de Santos. Madrid. 2008. p: 1-492. [Luís Carlos Silva nació en Uruguay en 1951 pero reside en Cuba desde el año 1962. Licenciado en Matemáticas por la Universidad de la Habana realizó estudios de especialización en técnicas muestrales en la Universidad de Michigan. Es profesor asociado de la Escuela Nacional de Sanidad y experto en estadística Bayesiana -- <http://lcsilva.sbhac.net/>]. *Nota del Recipiente*.
310. Mariette, E, Gauvrit, N: Pensamiento crítico: más allá de la inteligencia. Mente y Cerebro. 2020; 105: 48 - 54.
311. Villar Ezcurra, A: El yo inasible de Pascal frente a la fortaleza del sujeto cartesiano. ISEGORIA. Revista de Filosofía Moral y Política. 2010 ; 42: 265-279. Accesible en: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/695/697>
312. Lledó, E: Semántica cartesiana. Una lectura del *Discours de la Méthode*. En: Filosofía y Lenguaje. Editorial Crítica. S.L. Barcelona.2008. p.159-192.
313. Eilenberger, W: Tiempo de Magos. La gran década de la Filosofía. 1919-1929. Penguin Random House. Grupo Editorial. 2019. p.109.
314. Steiner, G: Heidegger. Breviarios del Fondo de Cultura Económica n° 347. México - Madrid. Primera Reimpresión en España. 2001. p. 1-283.

Sin embargo como he expuesto líneas arriba, aún a sabiendas de perder originalidad, no soy un heterodoxo^{315 316} ni tampoco un iconoclasta, y por lo tanto ejerciendo un profundo respeto a la tradición de esta Real Academia, una Institución de progreso al futuro³¹⁷ pero con una inmensa experiencia que es necesario venerar, con razón la denominaron en sus comienzos la “*Veneranda Tertulia*”^{318 319} les manifiesto que voy finalizar con lealtad a la Historia^{320 321 322 323 324 325}
 326 327 328 329 330

-
315. Saña, H: Historia de la Filosofía Española. Su influencia en el pensamiento universal. Ed. Almuzara SL. 2007.
 [Heleno Saña es un filósofo, nacido en Barcelona en el año1930, pero afincado en Alemania desde 1959, que realiza en esta obra una magnífica revisión histórica de los diferentes autores que han influido en la Filosofía de lengua castellana]. *Nota del Recipiente*.
316. Alvarez Alvarez, J.J: El epílogo de la Historia de los Heterodoxos Españoles (Historiografía, contenido y actualidad). Mar Oceana. 2012 ; 31: 13-30. Disponible en: <http://ddfi.ufr.es/bitstream/handle/10641/975/epilogo%20jalvarez.pdf?sequence=1>
317. Turabián J L, Franco B P: Reflexiones sobre el presente y el futuro de la medicina de familia. Gac Sanit. 2014 ; 28:259. doi: [10.1016/j.gaceta.2013.08.003](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2013.08.003)
318. **Montaña Ramonet, JM**: “Veneranda Tertulia Hispalense”. “Regia Sociedad de Medicina”. Apuntes biográficos de los Fundadores. Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla. 2017.
319. Romero Tenorio M, Solano Castro D, Ledó Cepero M J, Romero de Soto R, Valencia Vergara O, García Vázquez A, et al: La urología preilustrada. De la urología del Real Colegio de Cádiz a la de la Veneranda Tertulia. Arch Esp Urol. 2007 ; 60:902-8. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-06142007000800007
320. Laín Entralgo, P: Gregorio Marañón. Vida, obra y persona. Madrid. Editorial Espasa Calpe.196
321. Laín Entralgo, P: Historia de la Medicina. Salvat Editores S.A. Barcelona. 1978. p: 1-722.
322. Hart J T: Primary medical care in Spain. Br J Gen Pract. 1990 ; 40:255-258.
 [Julian Tudor Hart, nacido en Londres en el año 1927, tuvo buenos amigos entre los médicos de familia españoles. El hecho de que escribiera este artículo en la revista del Real Colegio de Médicos Generales - RCGP - fué un espaldarazo en aquel momento para la Atención Primaria de nuestro país. A principios de los años 70 definió la Ley de los Cuidados Inversos. Después de una jubilación intelectualmente muy activa, falleció en 2018]. *Nota del Recipiente*.
323. Moradiellos, E: Las Caras de Clío. Una introducción a la Historia. Siglo XXI de España editores SA. Madrid. 2001.
324. Morabia A: Making Public Health History: 1969-2019. Am J Public Health. 2019; 109 (6):822. doi: [10.2105/AJPH.2019.305105](https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305105)

Escúchense bien por lo tanto a todas estas personas que he citado y al legado de las que no están ïï

Excmo. Sr Presidente de la RAMSE, Dignísimas Autoridades, Queridos Académicos Numerarios, Respetados Académicos Correspondientes Activos. Estimados Presentes, especialmente a los Estudiantes del Grado de Medicina...

Querida Familia, Lola, Manolo, Antonio...

HE DICHO

-
325. Blanco Rubio C, de Francisco Montero C, González Hernández FJ, Adrada Bautista A, Gabaldón-Rodríguez I, Ortega-Calvo M: Breve visión de los principales protagonistas de la Escuela Inglesa de Atención Primaria durante el último medio siglo. Rev Esp Salud Publica. 2016 ; 90: e1-e8. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v90/1135-5727-resp-90-e20008.pdf>
326. Green LA, Hickner J: A short history of primary care practice-based research networks: from concept to essential research laboratories. J Am Board Fam Med. 2006 ; 19:1-10. doi: 10.3122/jabfm.19.1.1
327. Camprubí, L: Percepción, Ciencia e Historia. Studia Iberica et Americana (SIBA). 2016 ; 3: 21-44.
328. López Piñero, JM^a : Breve Historia de la Medicina. 2017. Alianza Editorial. p. 1-304. [José María López Piñero (1933-2010) fué discípulo de Pedro Lain Entralgo. Desarrolló su carrera investigadora y docente en la Universidad de Valencia. Experto en bibliometría, fundó en 1985 el Instituto de Historia de la Ciencia y de la Documentación. Fué Académico Numerario de la Real Academia de la Historia]. *Nota del Recipiente*.
329. Casado Vicente, V: No todo es clínica. La Historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF (Actualización en Medicina de Familia- SEMFYC). 2018 ; 14: 79-86.
Disponible en: https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192
[Magnífico ensayo que describe la trayectoria y la obra de personalidades fundamentales en nuestra especialidad. En el período temporal en que se redacta este discurso, Verónica Casado es Consejera de Sanidad de Castilla - León y está gestionando la lucha contra la Pandemia de Covid 19. Nacida en la ciudad francesa de Reims, ha sido Médico de Familia asistencial en el Centro de Salud Parquesol de Valladolid y Profesora Asociada en el Departamento de Medicina de la UVA. Ha ocupado también puestos de gestión sanitaria y ha sido promotora de un texto que compendia nuestra especialidad. En el año 2018, la WONCA la distinguió como el mejor médico de familia de todo el orbe]. *Nota del Recipiente*.
330. Báguena Cervellera, M^a J: La Pandemia de Covid -19 a la luz de la Historia de la Medicina. Investigación y Ciencia (edición española). 2020 ; 525: 40-41.

“Érase una vez ... un pingüino que se llamaba Tino. Tenía un montón de amigos ...

Díaz Merino, C.³³¹

“... como se va a los encuentros más esenciales de la existencia, como se va al amor y a veces a la muerte, sabiendo que forman parte indisoluble de un todo, y que un libro empieza y termina mucho antes y mucho después de su primera y de su última página.”

Julio Cortázar.

Universidad de Berkeley. Octubre-Noviembre. 1980.³³²

“Solo he sido un mediocre guardián de mi talento”.

Scott Fitzgerald (1908-1940).³³³

**A las aves ligeras,
Leones, ciervos, gamos saltadores,
Montes, valles, riberas,
Aguas, aires, ardores
Y miedos de las noches veladores.**

San Juan de la Cruz (1542-1591).

*Cántico Espiritual.*²²

331. Díaz Merino, C: El pingüino Tino. Ilustraciones de Fabo. Lantia Publishing S.L. (Sevilla).2021.

332. Álvarez Garriga, C (editor): Julio Cortázar. Clases de Literatura. Berkeley. 1980. Santillana Ediciones Generales. S.L. Madrid. 2014. p. 286.

333. Brooks, V W: El escritor en los Estados Unidos. Editorial Limusa-Wiley. México. D.F. 1966. p. 74.

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



**CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO
NUMERARIO**

Ilmo. Sr. Dr. Carlos Martínez Manzanares

Excelentísimo Sr. presidente, Excelentísimas e ilustrísimas autoridades, representaciones, Académicos de Número y Correspondientes. Familia del Dr. Ortega, Señores y Señoras

Cumplo con el honroso encargo de contestar en nombre de esta Real Academia, al discurso de ingreso del Dr. Manuel Ortega Calvo, como Académico de Número en la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, titulado “EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA”.

Según marca el protocolo debo de tratar sobre la persona del nuevo académico, sobre la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por ser nueva en la nómina de esta Real Academia y sobre el tema elegido para el discurso.

El Dr. Manuel Ortega, nace en Sevilla *en 1956*. Realizó los estudios de Primaria y Bachillerato en el Colegio *San José Sagrados Corazones* (Padres Blancos). Se licenció en la Facultad de Medicina de Sevilla en 1979, y en ella completó gran parte de su formación profesional.

Dos hechos influyeron y marcaron de forma importante la trayectoria personal y profesional del D. Ortega: La muerte de su padre cuando tenía 11 años, que le hace adquirir el sentido de la responsabilidad, como “*hijo mayor*” en su familia, y la influencia en su formación espiritual y humana de su profesor de asignaturas humanísticas y de ética católica, durante cuatro cursos, el Padre Antonio Alcayde Peral, *que fue Vicario Episcopal para la Vida Consagrada, en la Archidiócesis de Sevilla*.

Para el Dr. Ortega la familia es muy importante, tras la feliz relación con su madre y su hermano menor José Julio, formó la suya cuando se casó con Lola Izquierdo Monge, Diplomada en enfermería que trabajó en el Hospital Universitario Virgen Macarena en Medicina Interna, Oncología, UCI coronaria, Despertar Quirúrgico, y posteriormente en Atención Primaria. Ella le complementa porque le gusta relacionarse con sus amigos, pasear, viajar, el cine, las novelas de suspense, cocinar y ser madre de familia. Podemos decir que el Dr. Ortega puso los cimientos de su vida en el Hospital Virgen Macarena.

Tienen dos hijos Manuel de 29 años y Antonio de 25, que no han seguido la inclinación sanitaria de sus padres. Ambos estudiaron en el Colegio de San Francisco de Paula de Sevilla, tienen el Grado en Derecho y un Máster en Abogacía y en Derecho Público por la Universidad

de Sevilla. Les diferencia en que Manuel es Máster en Derecho Laboral, cursado en el Centro Garrigues (Universidad Antonio de Nebrija - Madrid), es aficionado al cine, la comida japonesa y la saga de “Star Wars”, y Antonio prepara oposiciones a judicatura, es aficionado a los viajes, la lectura, jugar al ajedrez y las relaciones humanas.

El Dr. Ortega tras terminar su licenciatura en medicina (1979) siguió su formación profesional en la Universidad de Sevilla, en la Cátedra de Patología General y Propedéutica Clínica con el Profesor Enrique Romero, donde comenzó como alumno interno en 1975 y permaneció hasta 1990.

Se especializó vía MIR (1980 a 1982) en Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC), especialidad aprobada en 1978, y de la que personalmente fui tutor de las tres primeras promociones del Hospital Universitario Virgen Macarena.

Su inquietud por aprender le llevó a conocer aspectos profesionales en otros países, realizando 6 estancias de ampliación de estudios en el extranjero (*Oxford, Cambridge y diversos hospitales de Londres*). Entre ellas el Departamento de Neurología del Hospital Radcliffe Infirmary de Oxford con el Prof. W.B. Matthews en 1986; un Neurology Intermediate Course en el Hospital for Nervous Diseases. Queen Square. Londres en 1988; y un Basic Clinical Allergy con el Prof. Peter J Barnes, en el National Heart and Lung Institute, Royal Brompton, Londres en 1993.

Ha recibido más de 70 cursos de formación. Entre ellos son de resaltar el de Experto en Epidemiología e Investigación Clínica en la Escuela Andaluza de Salud Pública, adscrita a la Universidad de Granada con 400 horas lectivas (2009-2010), y el de Experto como Médico de Familia en el Plan Andaluz de Enfermedades Raras (2008-2012).

Por sus cualidades DOCENTES y universitarias el Profesor Enrique Romero le contrató como profesor Ayudante de Clases prácticas (1983 a 1986); después fue Profesor Colaborador con dedicación exclusiva y finalmente Profesor Titular de Universidad Interino, en la cátedra de Patología General y Propedéutica clínica (1987 a 1990). En concurso oposición a plaza de profesor Titular de Universidad, obtuvo un voto del tribunal. En 1990 jubilado el Profesor Romero, al incorporarse el nuevo catedrático no le renovó el contrato y tuvo que buscar otros caminos profesionales, sin abandonar su inclinación vocacional por la enseñanza y la investigación. Ingresó por concurso oposición en el Servicio Andaluz de Salud en plaza de su especialidad (MFyC), y tras

una grata y fructífera etapa en el pueblo de Pilas se trasladó a Sevilla capital donde ejerce actualmente.

Ha sido Tutor Intrahospitalario de Docencia de residentes de MFyC en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (1986-1987). Tiene Acreditación con Nivel Avanzado por parte de Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (julio de 2008). Es Miembro de la Comisión de Calidad del Distrito Sevilla de Atención Primaria. Ha organizado y promocionado 10 Cursos de Metodología de Investigación Científica en el Distrito Sanitario de Sevilla. Ha sido Tutor de Prácticas Clínicas en Centro de Salud (2012-2016). Nombrado Becario de Honor del Colegio Mayor San Juan Bosco de la Universidad de Sevilla en el año 1989.

Como INVESTIGADOR Realizó su tesis de licenciatura titulada “Concepto Actual de la Asistencia Médica Primaria” (1983); y obtuvo Apto cum laude en su tesis doctoral titulada “Investigación Analítica de los Aspectos Fundamentales de la Asistencia Primaria: Aportación a la Epidemiología Oncológica de la Comunidad” (1985)

Sigue seis líneas de investigación sobre aspectos formales específicos y de investigación básica, clínica y epidemiológica en Atención Primaria: Relaciones entre la neoplasia de colon esporádica en estadios iniciales y el metabolismo lipídico; Sesgo de Bergson; Epidemiología de las enfermedades raras; Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con riesgo cardiovascular elevado (estudio PREDIMED); y sobre factores de riesgo cardiovascular.

Como cargos en investigación ha sido: Responsable de Investigación en el Distrito Sanitario de Atención Primaria de Sevilla (2011-2016); Evaluador de Proyectos de Investigación Biomédica y en Ciencias de la Salud (2010 y 2011). Obtuvo una Beca de Intensificación Investigadora de la Consejería de Salud andaluza, en el Centro de Salud Esperanza Macarena (2011). Es Miembro del Comité de Ética de la Investigación en el Hospital Universitario Virgen del Rocío desde enero de 2011.

Es Investigador Colaborador en los proyectos PREDIMED y PREDIMED- PLUS, financiados por el Instituto de Salud Carlos III y la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Investigador Colaborador Senior del Grupo AL ANDALUS. CIBER-OBN. ISCIII. desde el año 2006. Ha dirigido 5 Tesis Doctorales y 3 de licenciatura. Una de ellas obtuvo el Premio San Lucas, del Real e Ilustre Colegio de Médicos de Sevilla a la Mejor Tesis del Curso 1997.

Como RESULTADOS DE SU ESTUDIOS E INVESTIGACIONES tiene casi un centenar de publicaciones. Cinco de sus artículos en revistas extranjeras como *Circulation*, *BMJ* y *European Journal of Nutrition*. Ha escrito varios libros y capítulos de libros. Ha presentado comunicaciones a diecisiete Congresos nacionales e internacionales. Ha impartido diversas conferencias.

Pertenece a varias SOCIEDADES CIENTÍFICAS: SEMFYC (Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria). Sociedad Española de Epidemiología (2012). Sociedad Española de Medicina Interna (1998 – 2001). Es evaluador y del comité científico de varias Revistas de la especialidad.

Académico Correspondiente, por elección, de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla (2016). En ella ha participado en tres Mesas Redondas: La Continuidad Asistencial pilar básico de la Medicina (7/10/2013). Diseños de investigación en atención primaria (3/03/2016). Investigación En atención primaria. El papel de la mujer. (14/02/2019)

COMO PERSONA puedo afirmar con conocimiento que el Dr. Ortega está considerado como un profesional bien formado, responsable, comprometido, ordenado y riguroso en su trabajo; con gran capacidad para la docencia y la investigación, y siempre con una gran inquietud humanística, considerando muy prioritarios los aspectos personales y sociológicos de la población. Su rica vida espiritual, se traduce en una profunda humanidad, gran amor por su profesión, su familia y sus semejantes. Tiene inclinación Anglófila, siendo Oxford su ciudad inglesa predilecta. Su género literario preferido para lectura no profesional es el ensayo, y a pesar de ser médico clínico la lectura de obras humanísticas y la filosofía.

LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

La figura clásica humanística del médico de cabecera comienza a cambiar en el siglo XIX. Se establece oficialmente la dedicación profesional, y se le añaden diversas competencias y dependencias administrativas. Estas se incrementan en España en 1942, en que se estableció el *Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE)*. Cuya actividad se centró fundamentalmente en la curación de los trabajadores obreros. Los *médicos generales* se convirtieron en profesionales asalariados, asimilados a *funcionarios* (personal estatutario), que atendían a pacientes a partir de los siete años, en que terminaba la tutela asignada al pediatra.

Las autoridades sanitarias que organizaron el SOE, dieron preferencia a la medicina especializada en detrimento de la asistencia primaria, argumentando que el progreso de la ciencia iría creando muchas especialidades médicas, con nuevas y complejas técnicas de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Sería la excelencia de la asistencia al enfermo y ocuparían la mayoría de los espacios en que actuaba el médico de familia. El propiciar una asistencia más técnica redujo la relación médico paciente a actos médicos aislados. El médico de familia era un dispensador de volantes de consultas especializadas, y expendedor de recetas de diversos prescriptores, a veces con interacciones. Pero lo más importante fue la despersonalización de médicos y pacientes sin considerar que el enfermo desde el punto de vista médico es una “unidad” y desde el punto de vista humano es una persona.

La actual concepción de la Atención Primaria se inicia en la Conferencia Internacional de la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) celebrada en *ALMA-ATA* en 1978, a partir de la cual, se induce un cambio para considerar la visión integral de las personas, para posibilitar así una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes.

Los principales objetivos fueron: a) Que los profesionales sanitarios abordaran, desde las primeras etapas de su formación especializada, los problemas de salud de una manera integral, con un enfoque interdisciplinar y pluridisciplinar, en que, junto a los aspectos biomédicos, se coordinarían los aspectos psico-sociales, familiares y comunitarios de la población. Para ello se introdujeron nuevos profesionales en Atención Primaria (*trabajadores sociales, veterinarios, farmacéuticos, epidemiólogos y técnicos en Salud Pública*). b) Considerar la importancia de temas como son la atención a la mujer, la violencia de género. El seguimiento del niño sano y del adolescente, las vacunaciones y la prevención de los malos tratos. La cronicidad, las discapacidades e inmovilizaciones, la salud mental, los trastornos adictivos. Últimamente la atención al cuidador. Quiero resaltar que no encontré referencias específicas sobre las personas mayores

España estuvo presente en la Conferencia de Alma-Ata y firmó la *Declaración de Principios*. En 1978 se funda la Comisión Nacional de Medicina Familiar y Comunitaria, se aprueba el título oficial de Médico Especialista (Real Decreto 3303/1978, de 29 de diciembre); y en

1979 se convocan los primeros residentes de la especialidad dentro del sistema MIR, como sistema ordinario y habitual para obtención de la formación y el título de especialista en los centros sanitarios.

Personalmente y en representación del Hospital Clínico Universitario de Sevilla, hoy Virgen de la Macarena, participé durante un año, en reuniones mensuales en el Ministerio de Sanidad, en la elaboración del libro Guía para la Formación de Especialistas en MFyC, siendo tutor de las tres primeras promociones de nuestro hospital. El Dr. Ortega pertenece a la primera de ellas.

La atención primaria actual realiza la primera visión integral de las personas que demandan la atención sanitaria. Es la que posibilita una mejora en la calidad asistencial y en la seguridad de los pacientes. Mientras no exista una buena atención primaria, no funcionará eficientemente el proceso asistencial, y serán manifiestas las sombras de los sistemas de salud, como son las listas de espera, retrasos en los estudios diagnósticos, en la consulta con los especialistas, en las urgencias e incluso en la hospitalización. Para que realmente funcione, para realizar la clásica triple función asistencial, docente e investigadora, es necesario proporcionar el tiempo y los medios necesarios para su cumplimiento. Desafortunadamente hemos vivido las carencias en esta pandemia por Covid-19.

La especialidad añade a la clásica labor asistencial de la Medicina General las competencias de:

- Trabajo a tiempo completo.
- El establecimiento de la *historia clínica* y de otros *sistemas de registro*
- La capacidad docente para formar *residentes* de MFyC e impartir *formación continuada* en los *Equipos de Atención Primaria*.
- Organización de programas comunitarios de prevención de enfermedades y factores de riesgo
- El control asistencia a enfermedades de especial prevalencia.
- Investigación clínica a través de programas
- Gestión clínica de Centros de Salud.

EL DISEÑO OBSERVACIONAL EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

El discurso que acaba de pronunciar el Dr. Ortega nos muestra claramente la forma de concebir su profesión de médico de familia, dentro de la comunidad en que vive, así como su personalidad.

Entiende que la investigación es una característica fundamental del ejercicio profesional del médico, quien no solo debe de realizar una buena entrevista clínica, construir una hipótesis diagnóstica y plantear un programa terapéutico. Continuamente debe de hacerse preguntas sobre sus hallazgos, y las respuestas debe de transmitirlos a profesionales sanitarios en ejercicio y sobre todo en formación. Con ello completa el ciclo de asistencia, investigación y docencia. La investigación en medicina es pues una necesidad y una obligación.

Su discurso presenta un cuerpo doctrinal sobre como considera la forma más propicia de diseñar la investigación en Atención Primaria de la salud. Se acompañan de tres anexos: Dos biográficos, sobre su vida académica y sobre Prácticas Clínicas en los Centros de Salud; y un tercero filosófico con una crítica lingüística a la fórmula "He dicho", con que se suelen terminar las conferencias y discursos.

La importancia del diseño en la investigación biomédica.

No es procedente repetir todos los aspectos que el Dr. Ortega nos ha presentado en su completo e instructivo discurso, pero si comentaré, para resaltarlos, algunos de ellos

A la hora de investigar tan importante como la propia investigación es el diseño que ha de aplicarse en cada caso y en cada situación, ya que la investigación depende del ambiente en que se trabaja, y de los medios de que disponga.

En la investigación clínico-epidemiológica los mismos resultados numéricos obtenidos al final de un análisis bioestadístico, pueden ser interpretados de forma muy distinta dependiendo del diseño epidemiológico utilizado por el investigador, ya que el observador cambia la cosa observada."Observar sin pensar es tan peligroso como pensar sin observar" (Santiago Ramón y Cajal).

Aunque los avances terapéuticos más notables de las últimas décadas se han realizado bajo la óptica de los denominados ensayos clínicos, efectuados bajo el diseño experimental, el Dr. Ortega profundiza en un escalón inferior de la evidencia, el diseño observacional. Defiende su

importancia pedagógica y su capacidad generadora de resultados, y señala que existen muchos escenarios en los que, por motivos éticos, económicos o metodológicos, es muy difícil aplicar el diseño experimental.

En el Diseño Observacional el investigador no manipula la realidad de la naturaleza, ni la estresa con mecanismos aleatorios, sencillamente la observa, la analiza y aporta conclusiones a la comunidad científica. Aunque tan sólo permite señalar hallazgos asociativos, nunca causales. Evidentemente serán estos estudios el primer paso para la realización de ensayos clínicos fundamentados en diseños experimentales.

Nos presenta tres observaciones propias según el tamaño “n” de la muestra:

a.- Cuando $n=1$, como es la observación de un caso singular, proporciona gran placer intelectual al clínico.

b.- Cuando $n \leq 30$, aplica métodos descriptivos y no paramétricos de análisis, presenta una serie de 15 casos vivos de distrofia miotónica tipo I (Enfermedad de Steinert) y dos casos (hombre y mujer - hermanos) de tipo II (Enfermedad de Thomsen) en la zona básica de salud donde trabajaba. Concluyendo que En Pilas existía un *clúster* de esta enfermedad. La distrofia miotónica tipo II sí que puede considerarse una enfermedad rara en ese entorno.

c.- Cuando $n \geq 30$. Emplea los diseños observacionales clásicos, de cohortes y de casos y controles, aunque también se pueden usar híbridos de ambos.

El diseño de cohortes es muy usado cuando un grupo de personas comparten una característica común. Se observa su evolución durante un período definido y se compara con personas que no la presentan durante el período de observación, buscando posibles asociaciones. Existen dos estrategias diferentes de análisis en los estudios de cohortes: el análisis supervivencia y el análisis personas-tiempo. Las técnicas de análisis de supervivencia utilizan la información individual de cada participante de la cohorte. Muy conocidas son las curvas de supervivencia de Kaplan-Meier. Estas técnicas son utilizadas en los grandes estudios poblacionales,

En el diseño de Casos y Controles se observa un grupo de pacientes que presenta una condición o enfermedad (casos), y un grupo de individuos sin esta condición (controles). Tradicionalmente se conocían también como estudios retrospectivos, debido a la recogida del muestreo, pero estos estudios pueden ser tanto prospectivos como retrospec-

tivos. Se basa en los conceptos de odds y odds ratios. En este tipo de investigaciones en atención primaria hay que considerar los posibles sesgos entre ellos el de Bergson.

El Dr. Ortega estima que sólo existe un solo tipo de diseño observacional, el de cohortes (“Stem observational Design”), y que todos los demás son variantes muestrales de él.

Anexo biográfico I

Vida de Académico.

Recuerda dos de los primeros recuerdos que el Dr. Ortega tiene de la Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla.

El primero de la figura de nuestro añorado y querido compañero Excmo. Sr. José María Montaña Ramonet disertando sobre la historia de la RAMSE.

El segundo el Discurso de ingreso en la Academia del Ilmo. Profesor Dr. Federico Argüelles Martín, titulado: *La alimentación del niño a través de la Historia*, pronunciado en este mismo Salón de Actos en el año 2014. Los médicos de familia y los pediatras de atención primaria están unidos fraternalmente, y opinan que el mejor medicamento que posee la humanidad, son la alimentación infantil, y la familia entendida como grupo humano, que proporciona nutrición y desarrollo tanto físico como emocional a sus componentes más jóvenes, que retroalimentan a su vez a los más adultos. Como *Médico de Familia*, ha atendido en su consulta familias de todo tipo y hace especial mención las de refugiados de guerra. Alude al concepto Genograma acuñado en la Escuela Granadina de Atención Primaria, a la que considera como uno de los nodos científicos más importantes de la Medicina de Familia Andaluza, junto al nacimiento de la Medicina de Familia y de la Atención Primaria moderna en la Facultad de Medicina, en los años ochenta, junto a los Profesores Romero Velasco y Martínez Manzanares, que considera una Proto-Escuela ya que no pudo desarrollarse del todo, pero dió paso a la Escuela de Atención Primaria de la Universidad de Sevilla.

Piensa que la RAMSE ha ganado el pulso a la Facultad de Medicina en aras de la búsqueda de un conocimiento riguroso de la verdad científica, en la cristalización de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hace más de cinco años que se convocó la primera Plaza

de Académico Numerario de esta especialidad que se materializa en el día de hoy, cuando todavía no existe convocada ninguna plaza de profesor vinculado, de Medicina de Familia en la Universidad de Sevilla. Solo tres Universidades Públicas Españolas ya las tienen consolidadas y otorgadas (Barcelona, Zaragoza y Extremadura).

Anexo biográfico II

Prácticas Clínicas en los Centros de Salud para los alumnos de Primero de Medicina Propedéutica y Mentoría Inversa.

En los últimos cinco Cursos Universitarios ha tenido la oportunidad de organizar y tutorizar de manera directa las prácticas clínicas alumnos de Primero de Medicina, dentro de la asignatura optativa Fundamentos de la Práctica Clínica, en el Centro de Salud “Las Palmeritas” con el apoyo y la colaboración desinteresada médicos y enfermeras.

El mismo equipo del Centro en el que hay profesionales capacitados y autorizados, realizaron para Jóvenes Doctorandos “Sesiones de Postulación de Tesis Doctoral”. Como proyecto nos indica que piensa proponer al Pleno de la Academia la posibilidad de poderlas organizar en nuestra sede.

Anexo filosófico: crítica Lingüística a la fórmula “He dicho”

Con la que terminan la mayoría de las conferencias y los discursos. En ella hace referencia a personas que han influido en su vida y su profesión y que hoy estarían con el compartiendo, esta expresión final

PARAFINALIZAR, quiero añadir que la *vida y trayectoria del Dr. Ortega nos indica que ha pasado los tres filtros de Sócrates (verdad, bondad y necesidad de conocimiento), y que puede considerarse como “vir bonus sanandi peritus”*

Dr. Ortega La Real Academia de Medicina y Cirugía de Sevilla te recibe hoy como Académico, complacida de contar con tus conocimientos y espera de ti toda la aportación y colaboración que sabemos puedes darle.

HE DICHO.

**REAL ACADEMIA DE MEDICINA
Y CIRUGÍA DE SEVILLA**



PALABRAS FINALES

Excmo. Sr. Prof. Dr. D. Jesús Castiñeiras Fernández
Presidente

**Excelentísimas e Ilustrísimas autoridades,
Ilustrísimos Sres. Académicos de Número,
Académicos Correspondientes,
Familiares del Dr. Manuel Ortega Calvo,
Señoras y Señores:**

El Dr. D. Manuel Ortega Calvo, Académico Electo, inicia su Discurso de Ingreso agradeciendo de forma particular a los Señores Académicos que lo han honrado al presentar su candidatura, los Ilustrísimos Sres. D. Carlos Martínez Manzanares, D. José María Rubio Rubio y D. Miguel Ángel Muniáin Ezcurra. Agradece a los Señores Académicos Numerarios el haberlo aceptado como miembro de esta Regia Institución; y, se pone a disposición para promover el desarrollo de esta Noble Institución.

Para resaltar lo feliz que se encuentra al formar parte de en este “club” tan especial, hace un original símil con un “affaire” romántico de Lewis Carroll (1832-1898), Profesor de Matemáticas y Diácono de la Iglesia Anglicana de Cristo en Oxford, que se enamoró de una de las hijas de su Deán, Alice Liddell, por entonces una niña. Cuando Lewis veía a Alice anotaba en su diario que había tenido un día de “Piedra Blanca”. Así nació el relato de “Alicia en el País de las Maravillas, que innovaría la literatura infantil en el mundo anglosajón. Lewis Carroll lo ilustró con sus propios dibujos y se lo regaló a Alice en las navidades de 1864 con esta dedicatoria: “Regalo de Navidad a una Querida Niña en Memoria de un Día de Verano”.

Tiene un especial recuerdo de respeto y admiración hacia los Médicos de Familia que hacen Atención Primaria Rural.

El Discurso refleja la imagen del Médico de Familia en sus vertientes clínica, científica, bioética y humanística. Analiza el perfil de unos profesionales sanitarios que llevan a cabo diagnósticos clínicos brillantes, que tienen olfato para los temas relacionados con la Salud Pública, que son conscientes del “no hacer” y que defienden la investigación de impacto.

A continuación el Dr. Ortega se centra en la importancia de la Investigación Biomédica y comenta, que tan importante es el diseño en la investigación clínico-epidemiológica como los resultados obtenidos al final del análisis bioestadístico.

Se introduce y describe el Diseño Observacional en el que el investigador no manipula la realidad de la naturaleza, ni la estresa con mecanismos aleatorios, sencillamente la observa, la analiza, la cuantifica y aporta conclusiones a la comunidad científica.

El Dr. Ortega refiere que la observación de un caso singular es quizás la que proporciona más placer al clínico; y, defiende la capacidad diagnóstica e investigadora del médico de familia a la hora de la identificación de las enfermedades raras en su entorno laboral. Continúa poniendo un ejemplo, que analiza de forma brillante y a la vez práctica, que vivió con una de sus pacientes diagnosticada de una Enfermedad Granulomatosa Crónica.

Se refiere y describe de forma didáctica y al mismo tiempo brillante, los diferentes tamaños muestrales. Se centra en la aplicación de los “Métodos descriptivos de análisis”, en los “Diseños clásicos de Cohortes y de Casos y controles”; así como en los “Diseños híbridos”.

El Ilmo. Sr. Dr. D. Carlos Martínez Manzanares es el encargado de contestar en nombre de esta Real Academia, al Discurso de Ingreso del Dr. D. Manuel Ortega Calvo. El Dr. Martínez Manzanares hace con rigurosidad y de forma amena un Discurso de Contestación que cumple con los requisitos contemplados en esta Real Institución al hablar de: La persona del nuevo académico, la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria por ser nueva en la nómina de esta Real Academia y sobre el tema elegido para el Discurso de Ingreso. Con gran sensibilidad y cariño se refiere a su infancia y a los acontecimientos que marcaron de forma importante la trayectoria personal y profesional del D. Ortega. Destaca la importancia que para él tiene la vida familiar.

El Dr. Ortega tras terminar su Licenciatura en Medicina continuó su formación en la Cátedra de Patología General con el Profesor Enrique Romero, donde comenzó como alumno interno. Se especializó vía MIR en Medicina Familiar y Comunitaria siendo su Tutor, en el Hospital Universitario “Virgen Macarena”, el Dr. Martínez Manzanares. Su inquietud por aprender le llevó a conocer aspectos profesionales en otros países, realizando seis estancias de ampliación de estudios en el extranjero.

Su coherencia investigadora, en consonancia con su actividad asistencial, esta perfectamente reflejada en su Tesis de Licenciatura

titulada “Concepto Actual de la Asistencia Médica Primaria”; así como en su Tesis Doctoral titulada “Investigación Analítica de los Aspectos Fundamentales de la Asistencia Primaria: Aportación a la Epidemiología Oncológica de la Comunidad”, con la que obtuvo “Apto Cum Laude”.

Su “Currículum Vitae”, recogido con todo detalle por el Dr. Martínez Manzanares, refleja la coherencia, la rigurosidad y la seriedad que el Dr. Ortega tiene al desarrollar la actividad docente, asistencial e investigadora.

En esta ocasión y en el día de San Antonio de Padua, vamos a abordar aquella parte de la pinacoteca de esta Real Academia cuyas piezas pictóricas proceden de la Iglesia del Colegio de San Gregorio. El Colegio Inglés de San Gregorio Magno de Sevilla (English College of St. Gregory the Great) es uno de los siete centros religiosos y docentes de la Compañía de Jesús que existieron en nuestra ciudad. Su fundación tuvo lugar en 1592, como seminario para la formación de sacerdotes que después misionarían en su patria, ya separada de la Iglesia católica. Hasta la supresión de la Orden y la expulsión de los Jesuitas en 1767, el Colegio contó con un rico patrimonio artístico y sus miembros desarrollaron una intensa actividad espiritual, social y educativa. La Iglesia del Colegio de San Gregorio Magno se encuentra en la calle Alfonso XII, nº 14; en el Barrio de la Encarnación-Regina, en el Distrito Casco Antiguo.

Hasta doce edificios llegó a tener la Compañía de Jesús en Sevilla desde la llegada de Francisco de Borja a la ciudad. Desapareció el Colegio de las Becas del que queda tan solo sus muros; y, el llamado Colegio de los Irlandeses, en la calle Jesús del Gran Poder. Se han conservado las Iglesias del Colegio de San Hermenegildo, la Anunciación, San Luis de los Franceses y la del antiguo Colegio de los Ingleses, que casi nadie lo conoce por este nombre. Hoy es la iglesia de San Gregorio, con presencia mercedaria, pero conocida, sobre todo, por ser la sede la Hermandad del Santo Entierro o del Santo Sepulcro.

La iglesia formaba parte de un colegio edificado por los Jesuitas en 1592 (Church of St. Gregory, Seville. Old English College of the Society of Jesus) para albergar a los religiosos de nacionalidad inglesa, un ejemplo de la enemistad con Inglaterra en tiempos de Felipe II. Fue fundado por el padre Robert Persons (Roberto

Parsonio) Robert Persons, miembro de la Compañía, que comenzó su andadura en unas casas del barrio de San Lorenzo, para pasar posteriormente a su lugar actual, la, entonces, calle de las Armas. Tras la expulsión de los jesuitas en 1767 sus propiedades pasaron al Estado, que reutilizó su patrimonio. En 1771 Carlos III adjudica el antiguo Colegio de los Ingleses a la Real Sociedad Médica de Sevilla, fundada a finales del siglo anterior, con el fin de convertirlo en sede de la misma. Aunque la cesión fue temporal, la institución permanece allí hasta 1.932. Por tanto, la permanencia de la Real Academia en lo que fuera Colegio de San Gregorio fue de 165 años (1767 hasta 1932). Hubo de adaptar el colegio a sus nuevas funciones, y así, el refectorio fue transformado en biblioteca; las celdas, en salas para secretaría, salón de actos, gabinetes; y, el patio en un notable jardín botánico, con numerosos ejemplares traídos desde América y Oceanía.

La iglesia no estaba incluida en la cesión, aunque de facto se usaba como si lo estuviera, pues era usada para las funciones religiosas de la Real Academia. Se reestrenó en 1.777, tras las obras necesarias y la adquisición de los ornamentos necesarios; recordemos que todo su patrimonio ornamental, pictórico y escultórico fue enajenado.

Años más tarde, el edificio cobijó a las Esclavas de Jesús y María y albergó a la Hermandad del Santo Entierro. La concordia, mediante la cual la “Sociedad de Medicina” de Sevilla cedía la iglesia de San Gregorio al Santo Entierro para dar culto a sus imágenes, fue firmada el 2 de Octubre de 1867 en la Sala Capitular del Ayuntamiento. El contrato de cesión, que consta de diez cláusulas, está rubricado por José María Verger, notario; por Joaquín Auñón y León de Orbaneja, Alcalde-Corregidor de Sevilla y Teniente de Hermano Mayor de la Cofradía del Santo Sepulcro de Nuestro Señor Jesucristo y María Santísima de Villaviciosa; y, por Antonio Navarrete y Sánchez, Doctor en Medicina y Vicepresidente de la Academia de Medicina y Cirugía. Con la firma de la particular concordia la Academia se reserva la libre entrada y uso de la iglesia y la torre.

En 1929, ya en el Siglo XX, por el estado de ruina del Colegio y de la Iglesia, el Rey Alfonso XIII ordena su derribo, que se concreta por parte del Ayuntamiento, que pasa a comprar el solar resultante y el templo, en 1932. De la acción de la piqueta “se salva

el templo”, en el que siguió establecida la Hermandad, aunque se cerró al culto. La corporación, ante la imposibilidad de permanecer en esta sede, se trasladó en 1937 a San Andrés. Dos años más tarde, el Ayuntamiento restaura la Iglesia y el Santo Entierro regresa en 1940. El Ayuntamiento, de manera paralela, se ve obligado a otorgar una nueva sede a la Academia en el Número 42 de la calle Abades.

La simplicidad preside el exterior de la iglesia, de cuya silueta apenas sobresale la torre campanario de la cabecera, casi colindante con la Escuela de Estudios Hispanoamericanos. Los escasos elementos neogóticos de su decoración son fruto de las reformas del siglo XIX, que no borraron la huella jesuita presente en el anagrama “JHS” tallado en las propias puertas del templo.

El Colegio de San Gregorio llegó a reunir un rico patrimonio y sobre todo, una interesante serie de pinturas que vamos a analizar y a ubicar, en el lugar donde se encontraban en el Colegio y en el que se encuentran hoy en la Real Academia de Medicina de Sevilla, nuestra Academia.

Tras la expulsión de los jesuitas se encargó al pintor Juan de Espinal la realización del inventario y la tasación del patrimonio artístico del Colegio, que tuvo lugar el 24 octubre 1767. El documento se conserva en el archivo del Colegio de San Albano, de Valladolid; y fue publicado por Angulo Íñiguez, 1935-1936. Gracias a este documento podemos conocer dicho patrimonio, alguno conservado y otro en paradero desconocido o perdido para siempre. Algunas pinturas se vendieron por casi nada, otras se llevaron al Alcázar para que sirviesen de modelo a los estudiantes de bellas artes, las mejores a la Corte; algunas fueron adquiridas por la Academia de Medicina, como veremos.

Juan de Espinal (Sevilla, 1714-1783) fue un pintor español que se considera la figura más importante de la pintura sevillana de la segunda mitad del siglo XVIII.

Los archivos del Colegio de San Gregorio se llevaron poco después de 1767 al referido Colegio de Ingleses en Valladolid, donde se conservan. Contienen documentos relativos a propiedades del Colegio: escrituras, censos, legados, tributos, etc.

El retablo principal de San Gregorio llegó a reunir un rico patrimonio y sobre todo, una interesante serie de pinturas, que si-

tuamos en un croquis diseñado para esta ocasión, que a continuación describimos: La denominada Virgen de los Ingleses es un óleo sobre lienzo de 175 x 122 cm, probablemente la obra pictórica mas antigua que se encuentra en la Real Academia de Medicina. A ella se refiere el fundador de Colegio Robert Persons, en su obra “Newes from Spayne and Holand” (Noticias de España y Holanda) editada en 1593.

En dicho óleo observamos a la Virgen de la Misericordia de cuerpo entero, de pié y con los brazos abiertos, ubicada y presidiendo el centro de la composición, y que ocupa la mayor parte de este. A cada lado dos estudiantes, de tez blanca y cabellos rubios, flanqueándola, que parecen protegerse, de forma muy especial, bajo el manto de nuestra Bendita Señora, la Reina del Cielo, contra la persecución de la Reina de Inglaterra. Los estudiantes acostumbran a reunirse en la Iglesia todos los días, tras la cena, para rezar la letanía de Nuestra Señora; y, para similar fin parece que sirve dicho cuadro. En el óleo aparecen los cuatro alumnos, en posición de hinojos y con las manos en posición orante. En la parte superior del cuadro, por encima de las cabezas de los alumnos y de los brazos de la Virgen, se observan tres palabras en latín: ANGLIA DOS MARIAE (Inglaterra dote de María). Las palabras recogen la piadosa tradición por la que se considera a Inglaterra el primer reino ganado por Cristo y regalo o dote de la Virgen. Todo este conjunto se asienta sobre un friso de corte clásico con volutas, a modo de una laude marmórea con la inscripción latina de cuatro versos: “Prima deditsceptrum conversa Britannia nato: Virginia hinc dicta est Anglia dos Mariae. Ergo teamrepetas, Mater sanctissima, dotem, quinqué tuorepetunt iure tuerepia” (Britania fue la primera en convertirse y entregar el cetro al Hijo de María: de aquí que se denominase a Inglaterra la dote de María. Recupera, pues, esta dote, Santísima Madre y protege piadosa a los que pretenden recuperarla en tu nombre).

El lienzo hay que fechar en los comienzos del Colegio en el año 1592. Es de autor anónimo y quizás inspirado en algún grabado. Presenta un dibujo muy marcado y un pobre colorido. En un inventario de la Academia de Medicina de 1817 se sitúa a la izquierda de la pintura de mayor nivel artístico que presidía el Retablo Mayor de la Iglesia, y que representa el Triunfo de San Gregorio. Este cuadro fue pintado por Juan de Roelas en 1609.

En la Real Academia de Medicina en la calle Abades el cuadro se encuentra en la actualidad presidiendo una pequeña sala, decorada con muebles antiguos, al lado del Salón de Plenos.

No hay referencia de las características y autoría del Retablo del Altar Mayor, que no se ha conservado. Hubo de ser una sobria estructura de raigambre manierista, coincidente con el gusto jesuítico del momento. Sabemos que contaba con un tabernáculo rematado con la figura de la Fe y adornado con dos angelitos tallados de cuerpo entero, que tampoco se han conservado. En la Real Academia de Medicina se encuentra la puerta del sagrario adornada con una pintura en la que se representa a Jesús adulto con la iconografía del Buen Pastor (73 x 42 cm), con amplia túnica, cordero y cayado (un bastón hecho de madera, con el mango curvo; y, grosor y peso variables asociado a la iconografía del pastor), que pudo pertenecer al Colegio.

Tras la expulsión de la Compañía de Jesús y la agrupación del Colegio sevillano con el de Valladolid, el lienzo de San Gregorio fue arrancado del retablo y llevado al Colegio de San Albano de dicha ciudad castellana, en 1768. La pintura estuvo en el colegio de Valladolid hasta un poco antes de mediados del siglo XIX. En 1825 el Vicerrector de San Albano, Thomas Sherburne, se la llevó a Inglaterra y la instaló en su capilla parroquial, en Kirkham (Lancashire). Tras su muerte, en 1854, la pintura se colocó en el refectorio del Colegio de Ushaw, en el Condado de Durham (Reino Unido), donde ha permanecido hasta el año 2009. A pesar de ser una noticia apenas divulgada por la prensa, en Marzo de 2010 el Colegio de San Albano de Valladolid recuperó esta pintura. La devolución indica por parte de los religiosos una sensibilidad especial, al haber sido además restaurada, y sobre todo representa una recuperación patrimonial de gran importancia. Sin duda una de las cimas de la pintura sevillana en cuanto a la atención del retrato y uno de los antecedentes de la pintura de cuadros de altar. En este lienzo Roelas pone de manifiesto su atención a los rostros de los personajes, prestando especial atención al lenguaje gestual, algo en lo que fue maestro, tomando buena nota de ello el joven Velázquez. Su devolución a España es todo un acontecimiento y una lección para entender que todos estamos implicados en la recuperación del patrimonio disperso. Ahora lo tenemos más cerca, y seguro que ten-

dremos la posibilidad de que Sevilla pueda contemplar esta importante pintura.

A ambos lados del Altar Mayor se situaban dos lienzos enmarcados con molduras doradas y medias cañas negras que representan a San Ignacio de Loyola y a San Francisco Javier. Ambos se encuentran en la Real Academia de Medicina. Es decir, una vez abandonado el zaguán, entramos en la antesala del salón Ramón y Cajal, el siempre llamado Salón Rojo; y es aquí donde observamos los dos oleos sobre lienzo de las mismas dimensiones (126 x 105 cm). Ambos, de pintor anónimo, parecen estar realizados en el taller de Bartolomé Esteban Murillo de nuestra ciudad en 1681. Pertenecen al periodo entre el “Barroco tardío” y el “Rococó”.

Ambas figuras de medio cuerpo están insertas en sendos óvalos limitados por un fingido zócalo, que imita un material pétreo o marmóreo, creando un trampantojo. Este efecto se emplea con frecuencia en la Pintura Barroca.

El cuadro de la derecha representa a San Francisco Javier vestido con los hábitos jesuitas. Se abre la sotana a la altura del corazón para destacar la fuerza apostólica; con el brazo izquierdo sostiene el báculo de peregrino. Dirige la mirada al cielo representado por una aureola dorada con dos cabezas de querubines. En el centro del friso inferior cuelga un papel con la siguiente inscripción: “SANCTI PATRIS JAVIERIS SOCIETATIS JESU VERA EFIGIE. 1681”.

El cuadro de la izquierda representa a San Ignacio de Loyola, también de medio cuerpo, vestido con el hábito de la Orden, con el anagrama de los jesuitas (IHS) pintado en la frente y sosteniendo con sus manos el Libro de las Constituciones. En el centro del friso inferior también cuelga un papel con la siguiente inscripción: “SANCTI PATRIS IGNATIS DE LOYOLA SOCIETATIS JESUS FUNDATORIS VERA EFIGIE. 1681”.

En ambos cuadros, el pintor hace un uso magistral de la luz que ilumina ciertas zonas del cuadro de manera brillante dejando otras zonas en sombra; es lo que se conoce como tenebrismo. Los colores y la iluminación de las dos obras difuminan los contornos y el dibujo pierde las líneas marcadas que había hasta entonces; predomina el color sobre el dibujo. Busca plasmar la realidad tal y como es, con la mayor precisión posible; es lo que se conoce como fotorealismo. La

temática de este periodo del Barroco es muy variada, pero todavía predominan el tema religioso y el retrato.

El presbiterio del Colegio de San Gregorio se completaba con una serie de obras escultóricas. En el Altar Mayor una imagen que representa ser la Virgen del Rosario de cuerpo entero, que se encuentra en la actualidad en la Real Academia de Medicina. Se trata de una pequeña escultura, de 69 cm, de madera tallada, atribuida hoy a Luisa Ignacia Roldán, “La Roldana”, en su etapa sevillana y fechable entre los años 1671 y 1686. La Virgen se asienta sobre una peana formada por la media luna hacia abajo sostenida por tres angelitos desnudos, de cuerpo entero y en movidas actitudes. La figura de María se halla envuelta en unos agitados y ricos ropajes formados por túnica roja y manto azul dorados y estofados. La cabeza está semicubierta por un velo que deja ver el cabello, y presenta un delicado y aniñado rostro de formas menudas y nacaradas. Sustenta en su brazo izquierdo al Niño desnudo, en actitud de bendecir y con la bola del mundo; mientras que el brazo derecho se adelanta en actitud de sostener el Rosario, hoy inexistente.

En el cuerpo de iglesia se distribuían una serie de retablos con pinturas y esculturas, inventariadas igualmente en 1767. En el lado correspondiente a la epístola se hallaba el altar dedicado a Santo Tomás de Canterbury y junto a él estaba el dedicado a San Francisco Javier. Un lienzo de 236 x 160 cm, actualmente en la Academia de Medicina, representa al santo predicando a los infieles. Obra anónima de la primera mitad del XVII. En primer plano se sitúa el santo, con cayado y la mirada dirigida al cielo; y, en la escena del fondo bautizando a un grupo de indios. El cuadro se encuentra en la actualidad en la escalera que une el primer piso de la Academia con el segundo y que nos lleva al Salón de Plenos.

En el Salón de Plenos de la Real Academia de Medicina se halla un lienzo anónimo de San Ignacio de Loyola, de 107 x 79 cm, que no debe relacionarse con el de Francisco de Herrera, del que se desconoce su destino. Se trata de una copia del retrato que Alonso Sánchez Coello pintó a partir de la mascarilla mortuoria del santo. La composición se completa con una inscripción en la zona inferior; y, en la superior un rompimiento de gloria con ángeles y el anagrama de la Orden. En la Iglesia de San Gregorio se encontraba en el Retablo mayor situado en la zona más alta bajo el medio punto.

En la nave del evangelio, junto a la puerta de la Sacristía, existía un retablo presidido por Nuestro Padre Jesús, y en el remate Nuestra Señora del Pópulo; el primero se conserva en la Real Academia de Medicina. Consta en el archivo de ésta que durante la estancia de la Real Institución en el Colegio fue colocado en el Retablo Mayor, en el espacio dejado por el lienzo de la Apoteosis de San Gregorio. Se trata de una representación de Cristo vestido con hábito de jesuita, de 225 x 210 cm, réplica del cuadro que preside el Retablo de la Virgen de los Remedios de la Iglesia de Santa María Magdalena de Valladolid, atribuido a los pintores vallisoletanos Felipe y Manuel Gil de Medina y fechado en 1676.

A lo largo del siglo XVII, como consecuencia de las visiones de Marina de Escobar (1554-1633), fueron comunes entre los pintores del ámbito vallisoletano las imágenes que mostraban a Cristo vestido con el hábito jesuita.

En el cuadro que nos ocupa se representa a Jesucristo en el centro, en actitud estática, de pie, de cuerpo entero y de tamaño algo mayor del natural, vestido con amplia y pesada sotana negra. Las manos cruzadas delante y con rostro hierático enmarcado por larga cabellera y barba, mirando directamente al espectador. Se halla acompañado por un ángel arrodillado a cada lado en actitud orante, y en torno a su cabeza una aureola de nubes con querubines. Se considera obra de taller de hacia 1676 de los referidos hermanos Gil de Medina, y por tanto obra vallisoletana, traída de allí quizás por algún miembro de la comunidad jesuita. Constituye una clara exaltación de los valores espirituales de la Compañía, cuyo predicamento hace que se represente al propio Jesucristo ataviado con la vestidura de la Orden.

El cuadro de Nuestra Señora del Pópulo, que se hace corresponder con el que se custodiaba en la Academia de Medicina, ya que fue robado hace varios años. Se encontraba en el hueco de la escalera que une la planta baja de la Academia con la primera planta y que nos lleva a la galería de presidentes y a las vitrinas expositoras donde se encuentran las Cédulas Fundacionales, entre otros objetos históricos. Se trata de un óleo anónimo, de 124x94 cm, que reproduce el icono bizantino de la iglesia de Santa María la Mayor de Roma. Esta imagen fue muy reproducida desde 1607 por los jesuitas para sus casas, desde que San Francisco de Borja

trajera una copia a la Península. La Virgen mira al espectador y viste túnica roja y manto azul que la cubre y envuelve desde la cabeza. Se haya adornado con fina orla dorada, estrella en el hombro y cruz en la frente. Sostiene con ambos brazos al Niño que la mira, elevando el brazo derecho para bendecir y sostiene un libro con la mano izquierda. Aureolas doradas adornan las cabezas de ambos.

También se conserva en la Academia un Crucificado, de 188 x 115 cm, que se hace proceder de San Gregorio, aunque no consta inventariado entre las obras de dicha Iglesia, por lo que hubo estar situado en otra estancia del Colegio. Es obra anónima cuya factura y composición se relaciona con el círculo de Francisco Pacheco y su fecha de ejecución en torno a 1640. Se trata de un Crucificado de cuatro clavos, con subpedano, como establecía el propio pintor en su tratado del Arte de la Pintura. Con exacta simetría se establece la cruz lisa con “INRI”, sobre el monte Gólgota con calavera, y Cristo muerto, solo, hierático, con la herida sangrante en el costado y un paño de pureza con moña a la derecha. El tratamiento anatómico es sobrio y el colorido apagado, apoyado en el efecto claroscuro que produce la luz proyectada desde la derecha. La composición se completa con una perspectiva en la que se desarrolla un paisaje con un recinto amurallado del que sobresalen edificaciones, alusivas a la ciudad de Jerusalén. El óleo se encuentra en la actualidad en el Salón de Plenos.

En la Academia de Medicina existen otras pinturas que parecen pertenecieron al Colegio. Un lienzo anónimo, que representa a San Nicolás de Bari, de 167x108 cm, reproduce al santo con su tradicional iconografía, de pie, hierático, vestido con casulla, y acompañado con sus habituales atributos personales: tres bolas de oro sobre el libro de los Evangelios, a sus pies tres niños dentro de una barrica de madera a un lado y al otro un joven con bandeja y aguamanil. El cuadro también se encuentra ubicado en la escalera principal de la Academia. En la Iglesia de San Gregorio estaba situado sobre la puerta de la Sacristía.

Igualmente se supone que proceden de San Gregorio los dos pequeños óleos sobre tablas (42x26 cm), que efigian a san Lorenzo y a Santa Catalina de Alejandría. Sus medidas y tratamiento técnico y estilístico son idénticos, por lo que hacen pareja, y se hallan

representados según su iconografía habitual. Son obras anónimas de discreta calidad.

Lo mismo que Alice recordaría años más tarde el día navideño en el que Lewis Carroll le regala su diario, el ya Ilmo. Sr. Dr. Manuel Ortega Calvo también recordara este soleado día de primavera, con olor a azahar, en el que entra de “jure” como Académico Numerario en esta Real Institución con 321 año recién cumplidos.

Para terminar felicitar de nuevo al Dr. D. Manuel Ortega Calvo por su **MAGISTRAL DISCURSO**, con mayúsculas; y, desearle junto a su familia la bienvenida como Académico de Número a esta su casa.

He dicho.

En Sevilla, a 13 de Junio de 2021

