



Prof. Jose M. Pajares García  
Jefe de Servicio de Aparato Digestivo

## **Crónica de la evolución de un servicio de Medicina General al especializado de Digestivo**

El título de Crónica, ha sido elegido, intencionadamente, porque este artículo pretende relatar los hechos, las circunstancias, los cambios devenidos en el Hospital, en la Medicina y en la Sociedad que condicionaron la transformación de un Servicio de medicina General o Medicina interna, iniciado en la década de los 60. Omito el nombre de historia porque, obviamente, la crónica es un estilo elegido para escribir los sucesos vividos por uno mismo, no informados por documentos u otras fuentes, utilizados por el historiador.

Queda claro, pues, que escribo como cronista de unos acontecimientos presenciados por mí. De la mayor parte, actué de testigo presencial y de protagonista. Recoge eventos y efemérides importantes en la evolución del servicio, coincidentes con cambios sociopolíticos importantes acaecidos en España. Por supuesto, la inclusión de anécdotas y situaciones curiosas es obligada, siempre desde la verdad, sin ficción.

### **1961-1967: Servicio de Medicina General. Asistencia enfermos Beneficencia General**

Abril de año 1961, me presento a D. Luis Camarón y Calleja, Jefe del Servicio de Medicina General, con interés por la Endocrinología, para tomar posesión de mi plaza de Médico Auxiliar, ganada por Oposición en Enero de ese año. En esta Oposición disputábamos tres plazas de Médico Auxiliar de Medicina General, de los tres Servicios existente. El mencionado, con inclinación a la especialidad de Endocrinología. Los otros dos, uno dirigido por D. Augusto Granados, orientado a Digestivo y el otro por el Dr. Partearroyo, encauzado a la especialidad de Pulmón y Corazón, entonces no existía la Neumología, como tal especialidad. De los veinte concursantes presentados, tres trabajaban en los Servicios a los que correspondían las plazas convocadas. Los Drs. Ángel Arredondo y Ángel Gonzáles consiguieron las plazas de los servicios del Drs. Granados y Partearroyo, respectivamente. Me correspondió la del servicio del Dr. Camarón.

Como era habitual en esta clase de Oposiciones, digo era y no es, porque ahora han sido suprimidas y sustituidas por un sistema, a mi entender, menos justo, aunque el anterior, tampoco estaba libre de injusticias y cacicadas. El Dr. Camarón no me recibió con agrado. Lo comprendí. Estaba dolido por haber desplazado a su candidato, Dr. Crespi. También, yo lo sentía, porque le había tomado afecto, en los días de la oposición. Pero, así es la vida. Tardé unos meses en recuperar su confianza, lograda a base del trabajo en el servicio y de lealtad.

Esta plaza, publicada en el BOE, me aseguraba un puesto de trabajo en el Gran Hospital de la Beneficencia General del Estado, uno de los principales de Madrid, junto al Hospital General de la Diputación, con sede en la calle Santa Isabel. Trasladados sus servicios a un edificio nuevo con un primer nombre de Hospital Francisco Franco. Posteriormente, un segundo y definitivo de Hospital de Gregorio Marañón. Sus primitivos locales fueron rehabilitados para albergar y exponer las pinturas de arte moderno y contemporáneo. Cambió su nombre al de Museo Reina Sofía.

Además, funcionaban otros tres hospitales importantes: el de San Carlos, ubicado en el edificio de la calle Atocha, ahora sede del Colegio de Médicos, fue trasladado al edificio actual, conservando el nombre, precedido de Hospital Clínico Universitario.. Los otros dos hospitales grandes: el Gómez Ulla, prestaba servicios a los militares del Ejército de Tierra y el de la Cruz Roja, a los servicios de esta Institución.

Si bien, mi puesto de trabajo no peligraba, ni dependía de los caprichos y decisiones de los Directores del Hospital, el salario asignado de 900 pts al mes, no me permitía una vida autónoma, sin la ayuda de mi familia, que no me podía dar, porque debía atender a las necesidades básicas y educativas de mis numerosos hermanos, menores que yo.

Resolví esta situación, ocupando una de las habitaciones libres de la planta 12 destinada al Servicio. En otra de las habitaciones, residía Juan Sáez, estudiante de último año de Medicina, a punto de graduarse. La convivencia engendró amistad, convertida en lazos familiares años después, al casarme con una hermana de su mujer, mi esposa.

D. Luis era el Decano de la Beneficencia General y Jefe de Servicio. Como Jefe asociado figuraba D. Federico García López, Ginecólogo perteneciente al Cuerpo de Médicos de Marruecos que destinado a este Servicio de Medicina, en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden Ministerial para la descolonización de las colonias africanas.

Otros médicos formaban parte del Servicio: Julio García Paredes, Andrés Pozo Camarón, sobrino de D. Luis, que trabajó en el Servicio como Jefe de Sección hasta su fallecimiento, entre otros. No eran médicos de plantilla, actuaban como voluntarios.

Carecíamos de enfermeras diplomadas. Un practicante, Pablo, asistía por las mañanas a los enfermos. Como casi todos los empleados de los Hospitales públicos, ejercía pluriempleado. Compatibilizaba su trabajo de mañana en el Hospital, con el de la tarde, como Practicante de empresa en la fábrica de la Moneda. Gran profesional, excelente persona, cuidaba, además en sus horas libres, a un hermano con grave discapacidad motora por una enfermedad heredo-degenerativa. Su principal trabajo era el de administrar la medicación inyectable, curar úlceras de decúbito y otras lesiones cutáneas.

Para las inyecciones, utilizaba jeringas y agujas reutilizables. Después de su uso, eran lavadas con agua del grifo, colocadas en la caja metálica, que servía de transporte, montada sobre un soporte aplicado a la tapa, en la que había depositado alcohol. Su ignición con una cerilla o mechero, hacía hervir el agua de la caja con la jeringa y la aguja. Tal era el proceder de esterilización de agujas y jeringuillas. Tan primitivo y poco ortodoxo procedimiento resultaba bastante bien tolerado por los pacientes. Es posible que alguno sufriera una infección por virus B y C de la hepatitis. Difícil de detectar, entonces, por desconocimiento de su etiología. Se las denominaba Hepatitis crónica de forma genérica. Con el descubrimiento de los virus B y C de la hepatitis y su forma de transmisión, en la anamnesis de los enfermos con hepatitis, era obligada la pregunta de habían recibido inyecciones con agujas y jeringas no desechables..

Dos hermanas de la Caridad, completaban el equipo auxiliar: sor Carmen y sor Felisa. La primera cuidaba la Sala de varones y la segunda, la de mujeres. Cumplían la misión de tomar las temperaturas de los enfermos, entregarles las medicinas prescritas por los

médicos, supervisar el servicio de las comidas y administrar los pocos recursos asignados al servicio.

Sor Felisa, no era muy diligente en la toma de temperaturas. Sospeché que hacía trampas en la confección de las gráficas de temperatura de los enfermos. En uno de ellos, la sospecha resultó tan evidente, que tomé su temperatura a la hora aproximada, en que lo hacía Sor Felisa, sin ser observada por ella. Mi toma y la de ella, no coincidían en absoluto. Al advertirle la diferencia entre la temperatura obtenida por mí, con la suya, tomadas casi al mismo tiempo, insinué mi sospecha de que no ponía el termómetro a los enfermos. Avergonzada me confesó que algunas veces anotaba la temperatura sin medida previa. Mi amonestación surtió efecto. Nunca más apuntó una temperatura sin haberla tomado.

Me había especializado en Medicina Interna, en el Hospital Civil de Basurto de Bilbao, donde había permanecido casi tres años, residiendo en el Hospital. De hecho, nos aceptaban a los residentes de la diversas especialidades, un total de unos veinte, en calidad de Residentes en la Residencia Gregorio de la Revilla, sita en el local de entrada del Hospital, compuesto de Pabellones separados por paseos y jardines, siguiendo el estilo de otros hospitales europeos. Como única paga, recibíamos el alojamiento, con comida incluida.

En el segundo año, recibí una paga de mil pesetas mensuales por anestesiar a los enfermos en las operaciones de Urgencia. Los compañeros médicos que se especializaban en Medicina Interna, aceptamos esta tarea, para reemplazar a los anestesistas, por la elevada mortalidad en sus anestésias, quienes tomaban la cianosis de las uñas de los dedos, como signo y grado adecuados para realizar la intervención quirúrgica. Dada nuestra ignorancia del manejo de estos pacientes, tuvimos la suerte de recibir la enseñanza básica de intubación de la tráquea, el manejo de oxígeno, de fármacos y de algunos trucos de la práctica anestesista del Dr. Fermín Cano, especializado en el Hospital Clínico de Madrid, que había ganado la plaza de Jefe de Anestesia del Hospital bilbaíno.

Tuve la suerte de tener como Jefe y Maestro al Profesor Luis Manuel y Piniés, Catedrático de Patología General de la Facultad de Medicina de Salamanca, excedente en aquella época, para dedicarse a la asistencia de su Servicio y de su consulta privada, numerosa por cierto. Excelente clínico, exploraba a los enfermos al estilo clásico, aprendido de su maestro el Prof. Agustín Cañizo, uno de los Catedráticos más ilustres de Patología Médica de la Universidad Complutense en la primera mitad del s. XX. Todavía recuerdo, su forma de observar, de palpar, de percutir, de auscultar a los pacientes. Obtenía una información que procesaba en su mente para formular aproximaciones diagnósticas, muy exactas. Casi siempre acertaba.

He mencionado estos aspectos de mi especialización en Medicina Interna, porque mi primer objetivo al tomar posesión de mi plaza, fue aplicar la principal enseñanza recibida: la realización de una buena y completa historia clínica como primer paso en la asistencia a los enfermos. Merece recordarse, que en aquellas fechas no existían los medios diagnósticos de imagen, ni las pruebas de laboratorio y otros medios complementarios.

El servicio central de Radiodiagnóstico, roengenoterapia, Medicina Nuclear y Electroterapia. Dependientes del Servicio, existían secciones auxiliares de Radiología instaladas en algunos servicios, entre los que figuraba el nuestro. Dada la escasez de médicos del Servicio central, estas instalaciones auxiliares, nos permitieron realizar exploraciones fluoroscópicas de tórax y de tractos digestivo alto: esófago, estómago y duodeno con contraste baritado a los enfermos ingresados. Con los datos recogidos de la

historia y exploración clínicas, sumados a los radiológicos y de laboratorio, se podía practicar una medicina con base científica. Tal fue mi propósito inicial.

La residencia en la planta de los enfermos me permitía dedicar muchas horas a su asistencia acompañado de los médicos asistentes voluntarios e internos, ya mencionados, y de estudiantes de medicina que cursaban patología Médica con el Catedrático, D. Vicente Gilsanz, quien había formado parte del tribunal de mis Oposiciones y me había ofrecido colaborar como Ayudante de clases prácticas en su Cátedra. Esta oferta completaba mis aspiraciones y ambiciones docentes.

Asistía a sus sesiones clínicas semanales, en las que presentaba los casos clínicos más complicados. Al encargarme de la práctica clínica de un pequeño grupo de alumnos, que consistía en la lectura y comentarios de historias clínicas, sin el enfermo presente, le propuse, dar estas prácticas con los enfermos del servicio del Gran Hospital. No tuvo inconveniente. Los alumnos lo aceptaron con ilusión, porque les permitía ponerse en contacto con los enfermos, lo que, verdaderamente, les interesaba. Algunos de ellos, dejaron de asistir a las clases de la Facultad para acompañarnos en la visita matinal de los enfermos.

En la visita formal matutina a los enfermos ingresados realizada por D. Luis Camarón, los médicos, el practicante Pablo y las Hermanas de la Caridad, formábamos el grupo acompañante. D. Luis vestía una amplia y alargada bata blanca y cubría su cabeza con un gorro del mismo color. Médico muy prudente en la prescripción de fármacos, no arriesgaba en algunos casos complicados.

Recuerdo a un paciente joven que ingresó en estado de coma por meningitis meningocócica. Lo atendí por la tarde y prescribí la administración de 30 millones de Unidades de penicilina por vía intravenosa. En visita de la mañana siguiente, explico a D. Luis la necesidad de aplicar estas altas dosis de antibiótico que habían tenido éxito en otros enfermos con el mismo diagnóstico en el hospital De Basurto. Me miró con una sonrisa de escepticismo y siguió su visita a otros enfermos. A la mañana siguiente, el enfermo estaba sentado y habló con él. De nuevo me sonrió, con un gesto de aprobación. Había ganado su confianza.

Como Hospital de Beneficencia General, no Provincial, ofrecía asistencia a enfermos con enfermedades de diagnóstico y tratamiento especializado, residentes en Provincias, en las Colonias españolas africanas o los que no habían podido ser atendidos en el Hospital Provincial de Madrid, financiado por la Diputación. Ello dio lugar a recibir pacientes con enfermedades tropicales como la enfermedad del sueño, filariosis y otras parasitosis raras y enfermos con enfermedades crónicas o incurables que, imbuidos de una fe, casi religiosa, venían a este Gran Hospital con la esperanza de su curación.

También, enfermos con enfermedades endocrinas, especialmente con Bocio, muchos de ellos, terminaban siendo operados por D. Plácido González Duarte. Al jubilarse este, el Dr Francisco Curvera, jefe de otro de los múltiples servicios de Cirugía existentes por la asimilación de los Cirujanos del Cuerpo de Marruecos, operaba nuestros enfermos de bocio y otras enfermedades endocrinológicas. Con la numerosa casuística reunida, en colaboración con el Servicio de Cirugía, se publicó el primer artículo del Servicio, en la Revista Clínica Española.

Al principio, personalmente, estaba más interesado en Endocrinología que en Digestivo. Mi admiración por la personalidad de D. Gregorio Marañón, como médico, humanista, liberal, historiador y literato, me llevó a solicitar un puesto de asistente voluntario en la consulta que pasaba diariamente, en el Hospital Provincial de la C/ santa Isabel, donde como Jefe de Servicio de Medicina Interna, había creado el Instituto y la Escuela de Endocrinología. En 1958, aproveché, mis ochos meses de prácticas como Alférez de Complemento para beneficiarme de su magisterio. Posteriormente, en

1961, ya incorporado al Gran Hospital, realicé el curso de Endocrinología del Doctorado, impartido por D. Gregorio. Pesó en mi decisión de no seguir esta especialidad, la necesidad de contar con un laboratorio y otros servicios para pruebas complementarias, imprescindibles para un correcto diagnóstico, de las que no disponía el Hospital en ese momento, ni en un futuro próximo.

No era fácil dar a los enfermos con enfermedades médicas, una asistencia de calidad basada en la objetivación de la causa y de las lesiones, deducibles del diagnóstico clínico previo. Los enfermos con enfermedades quirúrgicas, lo tenían más fácil, porque el acto final quirúrgico solía resolver el enigma.

El Gran Hospital, inaugurado unos años antes, carecía de unos servicios centrales con una estructura asistencial moderna. Sirva de ejemplo, el Laboratorio General, escaso de personal médico y auxiliar, que agrupaba también, a Microbiología y Anatomía Patológica. Esta, como Sección no independiente, dotada de un médico anatomo-patólogo, Dr. Alfredo Carrato, de un practicante José y de una auxiliar Emilia que atendían a las peticiones de algunos servicios quirúrgicos. Otros enviaban algunas de sus piezas operatorias a los Anatomopatólogos de la práctica privada de los Jefes. No había posibilidad de la autopsia clínica, entonces, obligada para conocer la causa de muerte de muchos enfermos con enfermedades no diagnosticadas o que habían fallecido de una forma inesperada.

¿Cómo resolvimos estas carencias?. Para la realización de autopsias, hablamos con D. Alfredo, quien autorizó a José a atender nuestra petición. José era Practicante, pluriempleado como Pablo, con una plaza en el ejército. Excelente persona, muy hábil que compartía nuestro interés por conocer la causa de la enfermedad nos ayudó desde el primer día, sin poner peros. A menudo lo recordamos y agradecemos.

La autopsia era practicada, con bastante frecuencia, sobre el cadáver, yacente en el depósito de la planta baja del edificio, entonces no existían los servicios funerarios, ni los traslados a los tanatorios, amortajado parcial o totalmente, por lo que era desvestido por nosotros, del pijama o del traje puesto por algún familiar. A continuación, procedía a realizar las incisiones del cuerpo necesarias para exteriorizar los órganos, presuntamente lesionados. No eran autopsias regladas. Las orientábamos hacia los órganos o partes del cuerpo sospechosas, casi siempre alojados en el abdomen o en el tórax. La práctica de biopsias fue posterior, como luego comentaré

Aunque no era obligado, en aquella época, pedir la autorización a los familiares, para la práctica de autopsia, sí lo hacíamos por razones éticas y por respeto a la dignidad del fallecido. Casi siempre, obteníamos la autorización. Más aún, en alguna ocasión nos la solicitaban espontáneamente. Tal fue el caso de la Fundadora y Superiora de una Orden religiosa femenina que nos pidió la realización de la autopsia clínica a una mujer joven, miembro de su Congregación, que había padecido una enfermedad, a consecuencia de la cual falleció, que no pudo diagnosticarse en vida. La Superiora sugirió la posibilidad de envenenamiento por otra compañera, introducida en la Congregación, con el objetivo satánico de aniquilar a sus miembros. El resultado de la autopsia confirmó el envenenamiento, lento pero progresivo con cornezuelo del centeno. Ignoro el final de la historia de la criminal inductora de la muerte. No me interesaba el final policíaco, aunque tuve muchas oportunidades porque atendí las enfermedades de la religiosa Fundadora de la Orden, hasta su traslado a Roma.

Para algunas pruebas de laboratorio, no realizables en el Hospital y obligadas para el diagnóstico, llevábamos las muestras de sangre, esputos, heces y otras materias biológicas, al laboratorio del Hospital Clínico

La Residencia permanente en el Hospital nos obligaba a dedicar más tiempo a la asistencia a los enfermos, pero nos deparaba, también, la creación de lazos de amistad

con otros médicos residentes permanentes ,con los que hacían guardia del servicio y con los estudiantes extranjeros en verano, especialmente con los estudiantes femeninos. Estos estudiantes pasaban un mes de sus vacaciones de verano, residiendo en el Hospital en el que ocupaban las habitaciones de los médicos, libres por las vacaciones de los médicos residentes habituales. Por las mañanas, acompañaban y ayudaban a los médicos de los servicios clínicos. Por las tardes, dedicaban su tiempo a conocer Madrid y sus alrededores.

El Ministerio de Educación ideó este programa con una doble finalidad: mostrar a Europa la imagen de un país acogedor con un buen nivel sanitario y la posibilidad de iniciar o mejorar el aprendizaje de la lengua española a estudiantes de medicina europeos. Otra finalidad, no incluida en el programa del Ministerio, era favorecer la relación entre los médicos del hospital y los estudiantes. Como, en aquella época, la casi totalidad de los médicos éramos varones, aprovechamos para ayudar a los estudiantes médicos femeninos extranjeros a practicar el español, a conocer los lugares turísticos y a divertirse. Diversión lograda, también en el Hospital, por las tardes y noches.

Un día, mientras escuchábamos música en mi habitación con dos estudiantes italianas, advertimos un ruido detrás de la puerta. Se trataba de la Monja de la planta que nos espiaba. Días después recibí un dibujo de uno de los médicos asistentes a la velada, en el que mostraba una habitación con la puerta cerrada. En el interior, las siluetas de tres hombres, dos mujeres y la de un gramófono activado. Detrás de la puerta, la silueta de la cabeza de una mujer, cubierta con la toca de ancho vuelo y apoyando su ojo en el hueco de la cerradura.

Cierro la crónica de esta época con el relato del **Polizón cubano**. ¿Quién era este personaje?. Su nombre: Armando Socarrás. Su nacimiento: la Habana, Cuba. Su edad: 20 años. ¿Qué hazaña realizó para ser atendido en el servicio de Medicina del Gran Hospital de la Beneficencia?. Ni más, ni menos, que escapar del paraíso comunista creado por D. Fidel Castro el año 1959. Este joven cubano no estaba de acuerdo con el cambio social. Deseaba salir de la isla, pero no le daban permiso. Después de un estudio minucioso de los movimientos de despegue del avión de Iberia, en su vuelo a Madrid, una mañana, desde su escondite, tras la valla limitante del aeródromo, cuando el avión ocupaba el punto de despegue, Armando corrió desde su escondite, para saltar y cobijarse en uno de los rincones, del tren de aterrizaje de la nave. Nueve horas más tarde el avión aterrizaba en el Aeropuerto de Barajas.

Parado el avión en la pista, el personal advirtió la presencia de un bulto bajo las ruedas delanteras. Comprueban que se trata de un hombre joven en estado de inconsciencia. Es trasladado al Servicio de Enfermería del Aeropuerto, donde el personal médico comprueba que vive y solicitan su traslado urgente al Gran Hospital, el más cercano al Aeropuerto de Barajas.

Ingresa en el Servicio a media mañana, a tiempo de la visita matinal. Todavía permanecía inconsciente. La auscultación de los pulmones indicaba un foco neumónico, comprobado por radiografía. En la piel de la espalda había unas lesiones de arañazos y lineales de quemadura. Su electrocardiograma mostraba signos leves de isquemia. Su encefalograma señalaba un ritmo lento, sin alteraciones significativas. En los análisis de sangre se comprobó ligera hiperglucemia y acidosis. Todas estas alteraciones fueron corregidas con el tratamiento. A la semana de su ingreso estaba listo para el alta.

Si bien, la actuación médica había finalizado. Una orden del Ministerio de la Gobernación, al que pertenecía el Hospital, prohibía su alta y exigía su permanencia en el Servicio. En aquella época, el General Camilo Alonso Vega era el titular del Ministerio. Compañero de armas y amigo personal del Caudillo Francisco Franco, cumplía sus órdenes a raja tabla. Las razones de esta prohibición del alta, nunca nos

fueron explicadas. Sin embargo, nuestras mentes juveniles, especularon sobre esta negativa, al interpretar los rumores de que la petición de asilo político solicitada por Armando, le había sido denegada y el Gobierno español había solicitado el asilo político al Gobierno de Estados Unidos. Hasta que llegara su respuesta, debería permanecer ingresado en el Hospital.

El singular aterrizaje de este personaje en el Aeropuerto de Barajas, tuvo una gran resonancia tanto política como social. Ya he comentado la situación creada al Gobierno español que mantenía unas relaciones peculiares de amistad y tolerancia con el Gobierno comunista del Fidel Castro. La afirmación de peculiares responde al hecho de que mantenían un Negociado, con talla de Embajada, aunque el Embajador oficial había sido retirado. Sin duda, los orígenes gallegos de Fidel Castro y Francisco Franco tuvieron algo que ver en esta ambigua y pragmática relación diplomática y política.

La noticia del polizón cubano ocupó las primeras páginas de los periódicos y revistas nacionales durante los primeros días. Los periodistas acudían al hospital a entrevistarme para conocer detalles de su enfermedad, del tratamiento, de la evolución. Muy joven e inexperto dudaba en conceder entrevistas, aunque me halagaban. Lo comenté con algunos médicos, entre ellos con D. Plácido González Duarte, quien me había cogido afecto, por mi interés en conocer las lesiones halladas en los enfermos operados, a quienes había indicado la intervención quirúrgica por lo que frecuentaba los quirófanos. Él me dijo con una sonrisa paternal: “Tenga Ud. cuidado, los periodistas van a los suyos, la única verdad que les interesa es la periodista, no la médica”. Me ayudó a ser prudente en mis conversaciones con los periodistas en aquella ocasión. Consejo seguido durante toda mi vida profesional.

Con motivo de la Revolución cubana, muchos españoles residentes en la isla, regresaron a España. También los descendientes, nacidos en Cuba, y otras personas de la burguesía empresarial, comerciantes y terratenientes que salieron rumbo a España o a los Estados Unidos. Habían formado una Sociedad para ayudarse unos a otros. Sus principales representantes, visitaron a Armando, a quienes regalaron ropa y dulces, especialmente chocolate al que tan aficionados son los cubanos. Entre los obsequios: una estampa de la Virgen del Cobre, patrona de la Isla, a quien atribuían el milagro de haber aterrizado con vida.

Finalizo esta historietita. Los días pasaban. El joven, enfermo totalmente restablecido, perseguía a las jóvenes enfermeras. Deseaba conocer Madrid. Me pedía permiso para salir unas horas del Hospital. Deseo irrealizable porque el policía vigilante lo impedía. Resolví explicar la situación a la Dirección General de Sanidad. Me contestaron que podía salir en compañía de los médicos que le habían atendido. El Dr. Graciano Martín, Cardiólogo, había colaborado en los primeros días de estancia en el Hospital. Le propusimos una ruta turística diurna que rechazó. Deseaba bailar en una discoteca. Atendimos sus deseos acompañándole a una discoteca, con nuestras respectivas esposas y con el miembro policial vigilante de turno, vestido de uniforme gris.

Al cabo de un mes de estancia hospitalaria, aceptado el asilo por el Gobierno americano, fue trasladado del Hospital al Aeropuerto de Barajas, para embarcar en un avión que le condujo a Nueva York. Un periodista de la revista Selecciones que había escrito un artículo sobre él, me comentó su aclimatación a la costumbres capitalista, ganaba dinero con las entrevistas periodísticas, muy solicitadas por su condición de héroe huido del paraíso comunista cubano, para gastarlo en juergas.

Por mi parte, satisfice mi curiosidad científica para conocer las condiciones ambientales del tren de aterrizaje del avión en el que se había cobijado el cuerpo del polizón. Para conseguirlo, contacté con el Servicio de Investigación de Medicina Aeroespacial del Ministerio del Aire. El Dr. Merayo, interesado en el caso, logró la

autorización de la Compañía Iberia para instalar los aparatos registradores de temperatura y presión en el hueco que ocupó el polizón, en el mismo avión en su vuelo de la Habana a Madrid. Los datos recogidos probaban que la temperatura mínima registrada era de -4 a -10 °, obtenido de forma lenta y progresivamente. Lo que nos permitió afirmar que Armando había sobrevivido a las mortales condiciones de hipoxemia existente a 10.000 ms., altura máxima a la que voló el avión, por la hipotermia lenta y progresiva de su cuerpo, inducida por la temperatura del receptáculo del avión en el que viajó. En colaboración, redactamos un artículo científico que fue publicado en la revista americana Aerospace Medicina, la más importante de la especialidad.

Otra anécdota recordada ocurrió en la planta 5, denominada planta de “Corcho”, porque las paredes de sus habitaciones individuales, estaban forradas de una plancha de corcho. En estas habitaciones, ingresaban los enfermos “**distinguidos**”, o privados.

¿ Por qué se llamaba así?. La reflexión sobre la razón de la denominación de “distinguido” a los enfermos que pagaban su estancia hospitalaria, me ha llevado a estas conclusiones, aparentemente, contrapuestas: La primera, el temor de las autoridades sanitarias a la denominación de enfermo privado, en un Hospital construido para asistir a enfermos acogidos a la beneficencia pública. La segunda, el halago a estos pacientes que pagan los servicios del hospital, distinguiéndoles con este nombre. Debo aclarar que el dinero pagado a los médicos terminaba en el bolsillo de los Jefes de Servicio, que solían repartir, parte del mismo con los médicos ayudantes que habían colaborado en la asistencia de los enfermos, la mayoría con enfermedades quirúrgicas.

Respecto a la forma de distribución, como dato histórico, recogido en la exposición permanente de documentos históricos del Hospital, transcribo el reparto realizado en el Servicio, correspondiente al mes de Febrero de 1961: El 50 % para los Jefes , el Dr. Camarón recibía 2/3( 767 pts.) y el Dr. García López 1/3 (383 pts.). El otro 50% para el equipo, Drs. Crespi y Segura, médicos de la plantilla; Drs. Pacheco y Pozo Camarón asistentes voluntarios, Pablo Álvarez practicante y la Srta. África Pradillo, Secretaria.

Vuelvo a la anécdota con el enfermo hospitalizado en la Planta de “Distinguidos”, Religioso franciscano, con molestias abdominales y otros síntomas asociados. Fraile, muy prestigiado en la Orden, por su labor pastoral que simultaneaba con una destacada actividad política, muy afín al nacional catolicismo. El lenguaje moderno lo calificaría de ultraderechista.

Sor Dominica, religiosa, enfermera encargada de la planta avisa de su ingreso y asignación al Servicio. Acudo a la habitación acompañado del Dr. José Cantero, médico asistente, en aquella época, Médico Adjunto, después, uno de los colaboradores más inteligentes, que he tenido, tierno e irónico a la vez. Después de haber explorado al enfermo, en voz alta, comento los datos del hemograma que reflejaba una leucocitosis con desviación izquierda. Pepe Cantero, se me acerca, me aparto del enfermo, me dice con tono de voz muy baja : “Dr. Pajares no repita esa frase delante del paciente, que es un furibundo ultraderechista”

### **1967-1980. Medicina Interna- Digestivo**

Al jubilarse D. Luis Camarón hizo cargo del servicio D. Augusto, Médico Internista con interés particular por las enfermedades Digestivas. El Dr. Arredondo, su médico Auxiliar había fallecido el año anterior. Fusionadas las plantillas de los dos Servicios quedan incorporados los Drs. Carlos Losa, Alejandro Prieto y Carlos Cremades. El Dr.



Chornechán, médico procedente del Cuerpo de Marruecos, agregado al Servicio de D. Augusto, como D. Federico al de D. Luís, había sido nombrado Director del Hospital, cargo en el que permaneció, muchos años, por lo que no participó en actividades asistenciales del Servicio. La primera de ellas fue la Sesión clínica semanal mantenida hasta la actualidad, sin interrupción.

El Servicio disponía de un Laboratorio para análisis, ubicado en la planta 11. En el mismo trabajaba, gratuita y voluntariamente, el Dr. Ricardo Cotarelo, Especialista en análisis, ayudado por Chonita, enfermera auxiliar de la plantilla del Hospital. Ricardo trabajaba por la mañana en el Hospital distribuyendo su tiempo con el Laboratorio instalado en la planta del Servicio de Cirugía cardiovascular, con ayuda económica del Dr. Ernesto Castro Fariñas. Por las tardes, el Dr. Cotarelo atendía a su Laboratorio privado.

Aprovechando sus instalaciones, se montó la técnica de medición del jugo gástrico extraído por sonda, en su fase basal y tras el estímulo máximo con histamina, primero, y pentagastrina, más tarde. Prueba muy utilizada, entonces, para el diagnóstico de gastropatías. Ignacio Ulibarri, asistente voluntario realiza los sondajes durante unos años.

Las carencias existentes en el Laboratorio de análisis Clínicos, impedía dar una asistencia a enfermos con enfermedades Hematológicas y Nefrológicas. Aprovechando el Laboratorio del Servicio se montaron algunas pruebas funcionales renales. El Dr. Tráver, médico asistente, aprendió la técnica de punción renal en la Clínica Puerta de Hierro, para aplicarla en el Hospital. Meses después, Becado por la Fundación March, inicia la especialización en el Hospital Necker de París. Un año después se incorporó al Servicio de Nefrología de la Clínica, para su especialización y posterior incorporación a la plantilla médica.

En la atención a los enfermos Hematológicos, ayudaba el Dr. Félix Olmeda, que trabajaba en el Instituto Hematológico, instalado en la Calle General Oraá, próximo al Hospital. Lo hacía con D. Augusto y continuó a su jubilación. Realizaba las técnicas más sencillas en el laboratorio; las otras, más complejas, en el Instituto. Aconsejaba y participaba en los diagnósticos y tratamientos de los enfermos hematológicos, como un asistente voluntario, hasta que se creó el Servicio de Hematología actual, al que se incorporó como Jefe de Sección. Servicio que inició su actividad asistencial el primer día, con los Microscopios de nuestro laboratorio, cedidos al Dr. Fernández Rañada.

### **Desarrollo de las Especialidades Médicas en el Hospital**

En España comienzan a desarrollarse las especialidades. Desarrollo apoyado en la invención, fundamentalmente, de técnicas diagnósticas de imagen, de exploraciones funcionales y de tratamiento. Las especialidades quirúrgicas que ocupaban un lugar destacado en el Gran Hospital crearon especialidades médicas, auxiliares de los mismos. Así, en el de Cirugía Cardiovascular, el Dr. Castro Fariña crea la Sección de **Cardiología**, con su Jefe, el Dr. Graciano Martín que con el Dr. José de la Rosa y otros colaboradores, inician y desarrollan las técnicas de sondajes cardíacos, hemodinámica y otras necesarias para el diagnóstico de enfermos con patología cardiovascular. En el de Neurocirugía, del Dr. Sixto Obrador, la sección de **Electroencefalografía**, a cargo del Dr. Joaquín Carbonell quien al construirse el Hospital de la Paz, acompaña al Dr. Obrador en su nuevo Servicio de Neurocirugía.

Por aquella época, todavía el Gran Hospital dependía del Ministerio de la Gobernación .del que era titular D. Camilo Alonso Vega. Sin explicación alguna al cuerpo médico, en 1962 desalojan la planta 8ª para realizar las obras de un servicio

médico de **Neurología** moderno a cargo del Dr. Moya, neurólogo formado en Bélgica. Sus objetivos fundacionales: facilitar una asistencia de máxima calidad a los enfermos neurológicos y la realización de investigación clínica. Ambas actividades a un nivel muy elevado, modélico para España y para Europa. En mayo de 1964, fue inaugurado con el nombre de “**Nicolás Achúcarro**”, en recuerdo y memoria de este Neuropsiquiatra bilbaíno, brillante discípulo de Cajal, que en su corta vida había realizado importantes descubrimientos de alteraciones histológicas relacionadas con enfermedades neurológicas.

Para conseguir estos fines, el Ministerio no escatimó medios materiales y de personal sanitario. Configuraban el Servicio las Secciones de Reanimación neurológica (con camas y Urgencia propia), Neuroradiología, Laboratorio general y de Anatomía patológica, Electromiografía, Electroencefalografía, Rehabilitación neurológica y Recuperación del lenguaje. Como anexo, dependiente del Servicio, una Escuela piloto para niños subnormales de origen neurológico. Los recursos financieros para la actividad investigadora procedían de una Fundación Belga. En realidad, había sido instalado un pequeño hospital, dentro del Gran Hospital. Funcionó bastante bien, los primeros cuatro años. Después, las relaciones del Jefe con los médicos del Servicio fueron empeorando, creando unas relaciones muy estresantes que motivaron a algunos a pedir el traslado a otros Hospitales.

Con el cese de D. Camilo, como Ministro, la muerte de Franco y la transición política, cambió la suerte del Dr. Moya y de su servicio. Un nuevo Director del Hospital le exigió explicaciones de sus actuaciones asistenciales, muchas de ellas arbitrarias. Como no le convencieran, nos encomendó a mí, como Jefe de Servicio de Medicina y al Dr. Julián Rodríguez, Jefe de Neurocirugía y Coronel Médico de Aviación, una inspección de las actividades asistenciales del Servicio. Tarea que requería extrema prudencia y delicadeza con el compañero Jefe.

Detectamos numerosas irregularidades asistenciales. Merece destacarse, la permanencia de más de dos años en la UCI, de una enferma neurológica en estado de coma. No supo argumentar, los motivos de tan prolongado ingreso en la UCI sin tramitar el traslado a otros Centros hospitalarios, dotados de Unidades para el tratamiento de esta clase de enfermos. El informe final resultó demoledor, porque mi compañero, como médico y militar, no accedió a cambiar la redacción por otra más suave que le propuse.

El Dr. Ángel González había sustituido al Dr. Partearroyo, lideró la transición de la especialidad de Pulmón y Corazón, a la de **Neumología** con gran acierto, logrando uno de los Servicios de referencia de Madrid. Esta transformación era absolutamente necesaria porque la tuberculosis, enfermedad pulmonar, prevalente en épocas anteriores había podido ser curada y reducida su prevalencia poblacional. Nuevas enfermedades emergentes como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, tumores pulmonares, infecciones respiratorias, entre otras exigían nuevos medios diagnósticos y técnicas implantadas en otros hospitales. La creación del Servicio de Cirugía torácica por el Dr. Alfonso Orueta, contribuyó a prestar una asistencia médico-quirúrgica de la máxima calidad, a los enfermos con enfermedades respiratorias.

Recuerdo una anécdota, relacionada con los servicios médicos, pero muy particularmente con el de Neumología acaecida al final de la década de los 70, siendo Ministro de Sanidad Jesús Sancho Rof. El Dr. Muro, del cuerpo de Sanidad, dirigía el Hospital. Defendía la etiología de la infección vírica propagada por los canarios, jilgueros y periquitos. Como el área asistencial del Hospital comprendía Torrejón de Ardoz y pueblos vecinos, comenzaron a llegar a la Unidad de Urgencia enfermos con síntomas respiratorios y digestivos, procedentes de aquellos pueblos. La mayoría eran

ingresados en el servicio de Neumología. Se trataba de una epidemia de etiología desconocida.

La prensa informaba más que las autoridades sanitarias. En los primeros días circuló la noticia de un virus transmitido por los canarios y pájaros domésticos de adorno, lo que obligó a adoptar medidas para prevenir su contagio, como la de sacrificar a estos animales. Las noticias dadas por los medios de comunicación alarmaron a la población. Los políticos de la Oposición exigieron la comparecencia del Ministro de Sanidad en el parlamento, para que explicara las medidas sanitarias, tomadas por su Departamento, para atajar la epidemia. En su comparecencia, el Ministro explicó a los parlamentarios que la epidemia se debía a un “bichito”, muy agresivo. Para evitar su propagación se habían dictado las medidas sanitarias aconsejadas por los especialistas higienistas sanitarios. El nombre de “bichito” pronunciado con la seguridad e inocencia de un político, carente de formación médica, causó la hilaridad de los parlamentarios y la guasa de los periodistas.

Entre las medidas higiénico-sanitarias, fue aconsejado, entre otras, el uso de mascarillas, guantes, ropa de un solo uso. Recuerdo la imagen de los médicos y personal sanitario del Servicio de Neumología y de otros, en los que estaban ingresados enfermos con este mal, llevando mascarillas y guantes. La sugerencia de que las fresas fueran portadoras del virus no modificó las medidas asistenciales aunque influyó en los vecinos de los pueblos afectados para dejar de consumir fresas unos días. La teoría, carecía de fundamento científico, por lo que aconsejé a mi mujer que comprara las fresas, ofrecidas, a un precio de regalo. Peor suerte cupo a muchísimos canarios y pájaros domésticos que fueron sacrificados por miedo al contagio.

Finalmente la causa pudo identificarse gracias a la información de una madre de haber alimentado a su hijo de pocos meses, con una papilla a la que había añadido unas cucharadas de aceite. Los médicos del Hospital del Niño Jesús, en el que estaba ingresado el niño, pidieron a la madre el aceite utilizado, cuyo análisis rebeló la contaminación con colza.

Retomo mi relato sobre **la transformación del Servicio de Medicina Interna a Digestivo**. Varios factores locales del hospital influyeron. De los tres servicios de Cirugía General, exceptuando el del Dr. González Duarte que, junto a enfermedades abdominales, operaba pulmón y tiroides, en todos ellos, la cirugía era, fundamentalmente de enfermos con enfermedades digestivas. Los medios diagnósticos eran escasos e insuficientes para conseguir el diagnóstico lo más exacto posible. El radiodiagnóstico era muy deficiente. La endoscopia quedaba reducida a la rectoscopia con tubo rígido manejado por los cirujanos. Al diagnóstico definitivo de muchos de los enfermos se llegaba con la laparotomía quirúrgica.

¿Cómo mejorar esta situación?. En otros hospitales, médicos Internistas utilizaban laparoscopios para visualizar la cavidad abdominal y tomar biopsias de las lesiones. Los japoneses habían diseñado gastrocámaras que visualizaban las paredes del estómago. Había comenzado la nueva tecnología endoscópica que revolucionó el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades digestivas y de otras especialidades. El Servicio aceptó el reto de incorporarlas al Hospital.

La **Laparoscopia** fue la primera técnica incorporada, porque el laparoscopio era un instrumento barato que el Intendente (nombre dado al Gerente entonces) compró, después de continuos ruegos y porfía. El Dr. Andrés del Pozo, aprendió la técnica en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. Su empleo en el Hospital, no resultó fácil. Se utilizó para esta finalidad, una habitación disponible en la Planta 11, lugar de hospitalización de enfermos. No disponíamos de insuflador para el neumoperitoneo, procedimiento necesario, antes de introducir el Laparoscopio. Compañeros del Servicio

de Neumología informaron de la existencia de un inyector Forlanini que había servido para la realización de Neumotórax, práctica terapéutica de la tuberculosis, en épocas pasadas. Con gran generosidad D. Ángel lo regaló. A pesar de la precariedad de los medios, en poco tiempo, el Servicio adquirió una gran experiencia de laparoscopia diagnóstica, junto a la Clínica de la Concepción (FJD) y Clínico de San Carlos en los que se practicaba esta técnica.

A medida que aparecían nuevos endoscopios de fibra con nuevas prestaciones, intentamos adquirirlos. Aspiraciones frustradas por la gravísima situación económica e institucional del Gran Hospital del Estado que había perdido el subtítulo de Beneficencia General, Departamento asistencial gubernamental suprimido, debido a los avances Sociales y de prestación Sanitaria. Los enfermos pobres de Madrid y su provincia eran atendidos en el Hospital Provincial subvencionado por la Diputación de Madrid. En las provincias eran atendidos por los Hospitales Provinciales dependientes de las respectivas Diputaciones. A nuestras Salas llegaban enfermos muy graves o con enfermedades raras, procedentes de las Colonias africanas hasta su descolonización. . En las Salas de los Servicios Médicos había muchas camas sin ocupar; en otras yacían enfermos con enfermedades crónicas de larga duración procedentes de Hospitales de la SS. El futuro del Centro no estaba decidido; su dependencia administrativa incierta: primero, Dirección General de Sanidad, después AISNA.

Para proveer al Servicio de enfermos digestivos, aproveche la circunstancia de haber logrado una plaza de Gastroenterólogo en la Seguridad Social en el ambulatorio situado en la C/ Bravo Murillo de Madrid, en el que atendía una consulta con muchos enfermos. Entre mis facultades de Especialista, figuraba la de ingresar a los enfermos con dificultades diagnósticas o necesitados de tratamiento médico o quirúrgico en un Hospital. Siempre elegía el Gran Hospital. Este proceder, practicado, también, por otros compañeros médicos del Hospital, alivió la carencia de enfermos.

Otro hecho merece conocerse para explicar la evolución especializada del Servicio. En 1969, la administración convocó Oposiciones para una plaza de **Jefe de Sección de Gastroenterología del Hospital**. En esta convocatoria, sí aparecía este nombre, no el de Médico Auxiliar

A esta Oposición que constaba de dos ejercicios escritos, uno oral sobre un tema del Programa, elegido por sorteo ante el tribunal y un caso práctico, cuatro ejercicios en total. No había ningún otro opositor. El Tribunal estaba compuesto por cinco miembros, cuatro residentes en Madrid, entre ellos el Dr. Marina Fiol, y uno en Málaga.

Después de la lectura del primer ejercicio, el Presidente del Tribunal me preguntó si estaba dispuesto a realizar los cuatro ejercicios de la prueba en el mismo día, puesto que el único candidato era yo, lo que permitiría al miembro del tribunal, no residente en Madrid, poder dormir en su domicilio. Acepté su propuesta, de lo que me arrepentí, por la noche, porque después de las diez horas que había durado la prueba, me resultaba imposible conciliar el sueño. Ensayé todos los métodos posibles: pastillas de distovagal, inmersión en la bañera con agua caliente, recuento de innumerables ovejas de un imaginado inmenso rebaño. Al final, logré adormilarme después de haber bebido algunos vasos de vino que consiguieron el efecto deseado. Tomé posesión de esta plaza, que dejé por excedencia voluntaria, para reincorporarme a la de Medicina Interna, al jubilarse el Dr. Granados y sustituirle en su puesto.

La idea de transformar las actividades asistenciales del servicio a la especialidad de Digestivo había sido aceptada por casi todos los miembros del Servicio que colaboraron en la implantación y desarrollo de los métodos y pruebas diagnósticas. El Dr. Maté perfeccionó la endoscopia de recto y colon y aprendió otras técnicas terapéuticas

proctológicas en el Hospital de Santa Cruz y San Pablo de Barcelona. A sus cursos de formación gastroenterológica asistimos fraccionadamente, cada cita anual.

Por mi parte, participé en programas de formación gastroenterológica en Oxford y Londres. La obtención de una Beca me permitió trabajar en el Servicio de Gastroenterología de la Universidad de Stanford, Palo Alto, California, durante 16 meses para ampliar la formación en investigación clínica iniciada en mi Tesis Doctoral, algunos años antes.

Años después, el Dr. Ricardo Moreno, permanecería dos años como Becario en los Estados Unidos como investigador Postdoctoral. A su regreso desarrolló la Unidad de Hepatología, recién creada. El Dr. Aboy inició y desarrolló la Ecografía digestiva, aprendida en el Servicio de Digestivo del Hospital Universitario de la Paz. El Dr. Julián Rodríguez Cortés aprendió la técnica de Colangio pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en el Servicio de Digestivo del Hospital Ramón y Cajal. Las pruebas funcionales de Manometría y Ph metría fueron aprendidas por el Dr. Carlos Losa en el Hospital Clínico. Otras pruebas funcionales, como la de aliento para diagnóstico de infección de Helicobacter, fueron incorporadas para atender las necesidades asistenciales derivadas de uno de los descubrimientos que revolucionó el tratamiento de la úlcera gastro-duodenal.

En este esquema, sintetizador del trabajo de muchos años, caben muchas anécdotas merecedoras de ser relatadas. Las primeras exploraciones endoscópicas del recto y sigma fueron realizadas con un rectoscopio y sigmoidoscopio rígidos que habíamos cambiado a la casa Stortz por unos instrumentos para exploración ginecológica, de la misma Casa comercial. La iluminación procedía de una bombillita aplicada a una varilla conectada a una fuente de luz. Con este primitivo endoscopio diagnosticamos y biopsiamos las lesiones localizadas hasta de 40-50 centímetros de mucosa colorrectal, hasta donde alcanzaba el instrumento. Exploración incompleta e insuficiente, pero por algo se empieza.

¿Cómo había llegado este material ginecológico Servicio? La Sta África, Secretaria, informó que había sido pedido por el Dr. Federico García López. D. Federico, había ejercido la especialidad de Ginecología en las colonias españolas del Norte de África. Al descolonizarse, el Gobierno repatrió a todos los médicos, distribuyéndolos entre los Hospitales dependientes del Ministerio de la Gobernación y de la Dirección General de Sanidad. Entre ellos el Gran Hospital del Estado que recibió a un numeroso grupo, distribuyéndolos en los servicios médicos y quirúrgicos, respetando su categoría. Ello dio lugar a que los servicios existentes tuvieran dos Jefes. Aunque los Jefes de Servicio de Cirugía, que habían ganado la plaza por oposición, protestaron y reclamaron ante la Administración, por no haber tenido en cuenta sus derechos, no fueron escuchados, por tratarse de una decisión política, procedente del Consejo de Ministros presidido por Franco. Con el tiempo, aceptaron, lo que a su juicio había sido una vulneración de sus derechos, en parte, porque los nuevos Jefes no exigían su parcela de poder, permitiendo que los Servicios mantuvieran su programa asistencial, en el que participaban testimonialmente.

### **Adquisición de los primeros Endoscopios de fibra**

Tras mucho porfiar, nos concedieron una Gastrocámara, endoscopio japonés, de visión lateral, que fotografiaba la mucosa gástrica. Consistía en un tubo flexible, con unos 10 cms. de su porción distal, metálica para contener un dispositivo fotográfico. Esta parte metálica y rígida del instrumento, originaba intensas molestias y dificultaba su introducción. Exigía una premedicación analgésica y relajante con Dolantina y en

algunos pacientes con valium intravenoso. Completado con una anestesia tópica faríngea. A pesar de las medidas preparatorias, los pacientes, padecían molestias por lo que, excepcionalmente, los pacientes aceptaban su repetición, necesaria algunas veces. Carecíamos de ayuda en esta actuación asistencial, ni enfermera, ni, por supuesto, médicos anestesistas

Afortunadamente, no ocurrieron complicaciones graves. Por lo expuesto el uso de este instrumento duró poco tiempo. La técnica de fibra óptica aplicada a la endoscopia desarrolló otros instrumentos de visión frontal que permitía una visualización más completa

La compañía americana ACMI, comercializó un instrumento de fibra de visión frontal, ideado por el gastroenterólogo Hirschowitz . También la compañía japonesa Olympus puso en el mercado sus modelos, más caros que los americanos. Como de costumbre, la Administración del hospital adquirió, el endoscopio de fibra americano, porque era más barato, sin nuestro asesoramiento. Comprobamos en su primera aplicación la existencia de una borrosidad de la imagen, lo que le hacía inservible. El Intendente (Director) no daba crédito a nuestra información y exigió que fuera examinado por un especialista de reconocido prestigio. Recomendamos al Dr. Laureano de la Gándara, Jefe de Endoscopia Digestiva de la Clínica de la Concepción y miembro fundador de la Sociedad Española de Endoscopia, quien tras examinar el instrumento y realizar una exploración, corroboró la borrosidad de la imagen. El instrumento fue devuelto a la Casa, pero tardamos varios meses en que compraran uno nuevo. Mientras tanto, la lista de espera de endoscopia crecía día a día. Para acortarla, decidí utilizar el fibrogastrocopio de mi propiedad, adquirido en Palo Alto, para mis enfermos privados.

La adquisición del **Ecógrafo** merece un comentario especial. Tradicionalmente las técnicas de imagen eran realizadas por el Servicio de Radiología. Sin embargo, en España, en el desarrollo de la Ecografía participaron la especialidad de Ginecología, primero, y la de Digestivo, después.

En esta especialidad, el Dr. José M<sup>a</sup> Segura, del Departamento de Medicina Interna del Hospital de la Paz, aprendió la técnica con el italiano Dr. Bolondi, para trasladarla y desarrollarla en su Servicio. Su labor fue doble asistencial y pedagógica, porque enseñaba a los especialistas en ejercicio y a los MIR de Digestivo.

Los radiólogos comprobaron el potencial diagnóstico de la técnica y reclamaron su propiedad, tanto en la realización, como en la enseñanza. Respetaron la ecografía ginecológica, por ser un campo más limitado. La Sociedad de Digestivo incluyó en su programa de formación MIR el aprendizaje de la ecografía. Nuestros MIR participaban en la rotación obligatoria por Radiología, como visitantes que observaban la exploración pero no manejaban los transductores. En una palabra, no aprendían. Tras muchos forcejeos, el Ministerio de Sanidad autoriza la compra y uso de Ecógrafos en los Servicios de Digestivo.

¿ Qué sucedió en nuestro Hospital?. El Gerente reconoció la orden, pero no accedió a la compra del aparato, alegando que destinaba los fondos a otras prioridades. A mi entender, prevaleció su amistad con el Jefe de Radiología. Expuse esta negativa al grupo junto a la idea de obtenerlo mediante la petición de una de las Becas ofrecidas por la Consejería de la CAM, con la finalidad y objetivo epidemiológico de detección de tumores hepáticos. En los materiales necesarios para la investigación incluimos el Ecógrafo. La Beca nos fue concedida. Previamente, como ya he comentado, el Dr. Antonio Aboy había hecho el aprendizaje la Ecografía Digestiva asistiendo a los Cursos de Ecografía Digestiva organizados por el Dr Segura Cabral. Adquirido el Ecógrafo, quedó instalado en el despacho del Dr. Aboy, cambiando el nombre por el de Unidad de Ecografía.

La reacción del Jefe de Radiología, entonces Presidente de la Sociedad Nacional de Radiología no se hizo esperar. Presentó sus quejas al Gerente quien nos citó en su despacho. Yo le expuse la razón principal: la enseñanza obligada de esta técnica a los médicos Residentes de radiología que no recibían en su rotación por Radiología, de forma práctica y adecuada, para cumplir las normas exigidas por la Comisión Nacional de la Especialidad. El Gerente entendió y aceptó mis razones. Nos propuso el acuerdo, al que nos comprometimos, de que Digestivo realizaría las exploraciones ecográficas de los enfermos ingresados en este Servicio y Radiología las otras, solicitadas por otros Servicios.

Siempre retrasados con respecto a otros Hospitales de Madrid, fueron adquiridos otros instrumentos endoscópicos de fibra que había revolucionado el diagnóstico y tratamiento, no solo de las enfermedades digestivas, sino de otras especialidades médicas y quirúrgicas. Entre otras, el fibrocolonoscopia que posibilitaba la exploración de la totalidad del colon y porción distal de ileon, la toma de biopsias, la extirpación de pólipos y otros procedimientos quirúrgicos. Igualmente, se ampliaron las actuaciones terapéuticas con el fibrogastroscopia, como la esclerosis de varices esofágicas, dilataciones de estenosis esofágica.

Las técnicas endoscópicas exigían un aprendizaje. Es verdad, que los primeros en usar estas técnicas, lo hicimos asistiendo temporalmente, en períodos cortos, a otros servicios, en cierta forma, éramos autodidactas. La práctica de estas técnicas se hacían, primero en una habitación de la Planta 11. Sólo, disponíamos de una Auxiliar, Mary de nombre, muy capacitada. No había ni enfermeras, ni Secretaria. Anotábamos los informes en unos Cuadernos con hojas, tamaño folio, que dejábamos en la Secretaría, al final de la mañana, para que la Secretaria del Servicio, mecanografiara los informe. Los resultados del estudio anatomopatológico de las biopsias y citología, también eran manuscritos en el mismo Cuaderno, para archivarlos.

He mencionado la Citología que no se informaba en el Servicio de Anatomía Patológica, si no en el de Ginecología, donde el Dr. Alejandro Martínez Raposo, Ginecólogo analizaba las muestras ginecológicas del servicio, dirigido por El Dr. Manuel Varela. Alejandro, buen amigo del Servicio, había aprendido la Citología en un prestigioso Hospital Suizo, para incorporarla al Hospital. Junto con el Dr. Ayala, también Ginecólogo, eran considerados los mejores citólogos de Madrid. Los anatomopatólogos no mostraron interés por la Citología, hasta años después, al comprobar la gran demanda originada por la obtención de muestras mediante las técnicas endoscópicas de exfoliación y de aspiración por biopsias. Alejandro accedió a colaborar con el Servicio, primero por amistad, después por interés, porque adquirió una gran experiencia y disfrutaba de los diagnósticos. Como anécdota: diagnosticó un carcinoma gástrico “in situ” por citología, siendo las biopsias negativas. Forzada la laparotomía, en la biopsia quirúrgica peroperatoria fue confirmado el tumor. Merece nuestro recuerdo y agradecimiento. Inició al Dr. Ricardo Moreno en su aprendizaje que completó en el Hospital Santa Cruz y San Pablo de Barcelona con el Dr. Cabré Fiol. Con la incorporación del Dr. Zomeño, como Jefe, al Servicio de Anatomía Patológica, creado tras la remodelación del Hospital, la citología digestiva pasó a depender del mismo.

Al incrementarse la demanda de petición de endoscopias, la Dirección concedió una Secretaria, Rufi, que ha permanecido en el Servicio hasta su jubilación. Su labor resultó indispensable para la creación del Archivo de Endoscopia. Al principio, mecanografiaba los informes, escritos a mano en el cuaderno de endoscopias. Entregaba el original al enfermo y archivaba la copia con otra copia del informe anatomopatológico y

citológico. Lo perfeccionó con la introducción del ordenador instalado en la Secretaría y en la Sala de Endoscopia para que los médicos escribieran sus informes, directamente.

Con la experiencia adquirida en la práctica de las diversas técnicas endoscópicas y con el archivo de imágenes, el Servicio organizó cursos de iniciación de Endoscopia para especialistas de Digestivo que habían obtenido el Diploma por el seguimiento de Cursos con un programa teórico, sin prácticas. En aquella época no estaba implantado el Sistema MIR.

Se disponía de dos Endoscopios de fibra con un complemento endoscópico, denominado "Teaching", conectado al cabezal óptico del endoscopio, para facilitar la visión a un solo médico que podía observar las imágenes aparecidas y las maniobras realizadas durante la exploración. Esta limitación práctica, obligó a limitar el número de cursillistas, para facilitar el acceso a las sesiones prácticas. En la enseñanza teórica colaboraban, también prestigiosos endoscopistas que mostraban imágenes endoscópicas de sus enfermos. La implantación de la enseñanza MIR hizo innecesarios estos Cursos.

El archivo de endoscopia acumulaba imágenes de lesiones interesantes; diagnósticos anatomopatológicos y datos de tratamientos endoscópicos que eran aprovechados para presentarlos en los Congresos y publicarlos en artículos de Revistas. Con estas actividades, habíamos conseguido, situar al Servicio, como uno de los referentes y creadores de la Especialidad de Digestivo

### **Incorporación de la Manometría digestiva y Phmetría como medio diagnóstico**

El proceso de especialización médica viene condicionada por una serie de factores, entre los que destaco: el avance tecnológico con la invención de nuevos instrumentos para diagnóstico y tratamiento de determinadas enfermedades, que exigía un aprendizaje y dedicación particular, lo que enriquece al médico ejecutor de las mismas, con un mejor conocimiento y una mayor eficacia asistencial. No quiere decir que cada técnica diagnóstica o terapéutica, ni que la asistencia superespecializada a una determinada enfermedad exija el reconocimiento administrativo de Especialidad.

Algunos ejemplos avalan esta afirmación. En el siglo pasado se reconoció la especialidad de Tisiología para tratar enfermos con tuberculosis. Al descubrirse la estreptomomicina y otros antibióticos útiles para el tratamiento de esta enfermedad, manejables por cualquier médico, desapareció esta especialidad. En cuanto a las técnicas, la Electroencefalografía reconocida como especialidad hubo de transformarse en Neurofisiología.

En la especialidad de Digestivo, hubo un intento, afortunadamente fallido, de reconocer la especialidad de Hepatología, independiente de la Digestivo. El tiempo nos dio la razón a los que nos oponíamos. Los descubrimientos farmacológicos han logrado la curación de la mayor parte de los enfermos con Hepatitis crónica B y C. Los protocolos de tratamiento pueden ser manejados por Internistas y Médicos de Atención Primaria. Muchos de los enfermos con cirrosis hepática terminan en manos de los Cirujanos para trasplante.

Con perdón por esta licencia, vuelvo al relato del desarrollo de la Manometría y Phmetría en el Servicio, que eran utilizadas para el estudio de trastornos de la motilidad esofágica, colónica y para el reflujo gastro-esofágico. El Hospital seguía con unos presupuestos muy escasos para material. Las repetidas peticiones de los aparatos para estas técnicas, no eran atendidas, en parte, por la escasez del presupuesto, que había de repartir entre todos los Servicios; en parte porque el equipo directivo no consideraba importante esta técnica.



En aquella época, la Administración dependía del AISNA, órgano incluido en el organigrama de la Subdirección de Sanidad, presidido por el Dr. Julio Romero, condiscípulo mío en el primer curso de Medicina en la Universidad de Valladolid.

En una entrevista, le expliqué las necesidades de este instrumental. Me escuchó con interés, sin darme una respuesta definitiva. La conversación giró a la problemática general del Hospital. A su incorporación a la Seguridad Social y a los compromisos adquiridos por ella, entre los que primaban la modernización arquitectónica del Hospital y la dotación de plantilla con la creación de los Servicios asistenciales complementarios a los existentes. Entre ellos, el de Medicina Interna Infecciosas. Él pertenecía al Hospital de Infecciosas del Rey, hoy Carlo III. Mostró interés en trabajar en nuestro Hospital cuando cesara como Subdirector de Sanidad. Le prometí ayuda, a cambio un gesto suyo favorable a mi petición. A lo que accedió.

Habíamos conseguido los aparatos, de no difícil manejo, Sin embargo, la interpretación de sus resultados exigía un aprendizaje en un Centro con experiencia. En Madrid, el Servicio de Medicina Interna del Profesor Díaz Rubio, después transformado en Digestivo, funcionaba una Sección desde hacía años a cargo del Dr. Antonio Ruiz de León. El Dr. Losa aceptó el encargo. Dispensado de la labor asistencial, salvo las Urgencias, permaneció varios meses como ayudante del Dr. Ruiz de León, con el que aprendió el manejo de los instrumentos y la interpretación de los resultados.

Con una modesta experiencia, pero adecuada para empezar, comenzó su trabajo en una habitación libre de la planta, ayudado por Asunción Barreiro a quien había sugerido el tema de su Tesis Doctoral, sobre el reflujo gastroesofágico. El trabajo los dos resultó muy duro, digno de elogio. Al carecer de ayudante de enfermería, debían lavar las sondas, limpiar los instrumentos y recoger todos los residuos de la prueba. A la vez, tenían que realizar la labor de Secretaría.

### **Pruebas funcionales digestivas**

La disposición de laboratorio propio permitió al Servicio la realización de pruebas de máximo estímulo de secreción gástrico con histamina y pentagastrina, como he mencionado. Suprimida esta prueba por innecesaria, fueron incorporadas las pruebas respiratorias para el diagnóstico del déficit de lactasa, sobrecrecimiento bacteriano, entre otras. La más importante fue la de Urea marcada con el isótopo estable C13 para el diagnóstico de infección gástrica por *Helicobacter pylori*, por haber sido nuestro Hospital, el primero en España en disponer del mismo. Su historia merece un breve relato.

En el año 1983, apareció en revista Lancet, dos breves artículos, firmados por el Dr. Barry Marshall, gastroenterólogo, y el Dr. Warren, anatómo-patólogo en el que asociaban la gastritis y la úlcera gastro-duodenal con la infección de una bacteria que recordaba al *Campilobacter* por su forma. De aquí que lo denominaran *Campilobacter-like*, *pylori*. Sucesivas y especializadas investigaciones bacteriológicas asignaron esta bacteria a la subespecie de *Helicobacter*. Interesado por este descubrimiento, orienté a la estudiante de medicina Margarita Hontiyuelo, un estudio sobre este tema, para su Trabajo de Licenciatura. Su trabajo consistía en recoger las muestras de mucosa gástrica de los enfermos con úlcera tomadas en la Unidad de Endoscopia y llevarlas al laboratorio de Anatomía Patológica. En un cuaderno anotaba los datos de enfermo y el resultado de la prueba de Ureasa realizada con una de las biopsias. Los resultados fueron excelentes. La bacteria aparecía en el 90 % de los pacientes con úlcera gastroduodenal. El Servicio iniciaba esta línea de investigación a nivel nacional e internacional.

En el desarrollo de otros métodos diagnósticos, se descubrió que la urea marcada con el isótopo radiactivo C14, o con el estable C13, carente de radioactividad, reaccionaba con la ureasa de la bacteria *Helicobacter*, presente en la mucosa del estómago, desprendiendo CO<sub>2</sub>. Este CO<sub>2</sub> marcado con el isótopo, pasaba de la sangre a los pulmones, para ser era con la espiración del aire contenido en los pulmones. Este descubrimiento fundamentó la prueba respiratoria para el diagnóstico de la infección, sin necesidad de Endoscopia. El método con el isótopo estable fue aceptado universalmente por su inocuidad.

En Europa, Dr. Logan, médico del Hospital inglés Middelex, contribuyó a su estandarización. En una de las primeras reuniones europeas del grupo para estudio del *Helicobacter*, del que formaba parte, el Dr. Logan presentó el método. Le pedí polvos de urea marcada con el isótopo estable C13, que me entregó en un tubo, previo pago de unas 200 libras. Como el material no era radioactivo lo guardé en el bolsillo.

De vuelta a España, realicé las primeras pruebas con los enfermos en el laboratorio del Servicio. Muy complicadas porque exigía al enfermo soplar hasta llenar dos bolsas grandes de plástico, una previa a la ingestión del polvo de urea y la otra a los 30 minutos.

Dificultad adicional representaba su lectura que exigía un espectrómetro de masas, inexistente en el Hospital. En una conversación con Javier, hermano del Dr. Soria, químico investigador en la Universidad Autónoma, le hablé de la necesidad de este instrumento para este nuevo método diagnóstico. Me confirmó la existencia de uno en su Departamento y que podía disponer de él. Aceptamos la oferta. Las primeras lecturas, aunque positivas, resultaban difíciles de realizar y de dudosa reproducibilidad por lo que fueron suspendidas.

La investigación en este campo era continua. En Inglaterra, los ingenieros de una compañía de electrónica inventaron un Espectrómetro de Masas, especialmente diseñado para la medida de muestras de aliento. Por entonces, me había relacionado con José M<sup>a</sup> Abad, representante de la compañía japonesa Fuji, fabricante de endoscopios, que había suministrado equipos de endoscopia al servicio. Por razones personales, había trasferido la representación a sus operarios para descansar una temporada antes de emprender otras actividades empresariales. Interesado por los temas médicos novedosos, en una conversación le comenté que había interrumpido la prueba de aliento por falta del Espectrómetro de masas para su lectura. Le sugerí su mediación empresarial para importar este instrumento a España, porque intuía una gran demanda en el futuro. Comprendió el mensaje.

Como buen empresario, invitó a los ingenieros a España, quienes dieron una charla en el aula del Servicio sobre su espectrómetro: posibilidades de aplicación, manejo y coste. Este ascendía a 20 millones de pesetas que consideré inasequible. No así, a mi amigo quien adquirió el compromiso con la Compañía para su importación con destino al Hospital.

Además, ofreció generosamente adelantar el dinero para su compra, hasta que hubiera conseguido la financiación oficial. No pareció prudente aceptarlo por las dificultades de conseguirlo. Para ello, el Servicio conjuntamente con el Servicio de Digestivo del Hospital Gregorio Marañón, solicitó una de las Becas ofertadas por la Consejería de Sanidad con un detallado y documentado proyecto de investigación y asistencial. En la sección de Instrumental necesario, figuraba este aparato.

Concedida la Beca. El Sr. Abad gestionó los trámites administrativos y aduaneros para el traslado del instrumento de Londres al Hospital de la Princesa por decisión magnánima del Jefe de Servicio del Marañón, por considerar que nuestro Servicio estaba realizando una investigación pionera y destacada en este campo. La llegada de

este Instrumento, embalado en una gran caja, provocó el enfado del Administrador general del Hospital que no autorizó su recepción, argumentando que se había obtenido por cauces no reglamentarios. Como si el material adquirido por becas, procediera de negocios ilegales. Finalicé el enfrentamiento verbal, mantenido en tono suave, pero decidido con estas palabras: “Victor, nombre del Administrador, tuya es la responsabilidad de permitir que el espectrómetro quede instalado en el Laboratorio del Servicio o que sea devuelto a Inglaterra. Mientras tanto, queda abandonado en el pasillo”. Al escuchar estas palabras, autorizó su entrada.

Como contrapunto a la conducta del Administrador, el Sr. Abad, como buen empresario intuyó la posibilidad de fundar una empresa para importar estos instrumentos y los isótopos estables C13 necesarios para la prueba. Con el nombre de ISOMED, la empresa creada inició una vía de investigación para simplificar la prueba. Con nuestro asesoramiento y participación del servicio en los trabajos de investigación, se logró estandarizar la prueba con la recogida del aliento en dos tubos, la suministración del isótopo en un comprimido, un sobre con ácido cítrico para disolver en agua como la sustancia para retrasar la evacuación gástrica. Todos estos componentes fueron colocados en una pequeña caja, conformado un Kit diagnóstico, cuya patente fue aprobada con el nombre de TAU-kit (Test Aliento con Urea). Desde entonces, hace más de 30 años, sigue vendiéndose.

Al carecer de personal para su utilización, Ignacio Pérez, uno de los médicos residentes, que hablaba inglés, se desplazó a Londres unos días, con los gastos pagados por la compañía, para aprender su manejo. De vuelta instruyó a otro compañero. Ambos realizaron las pruebas durante un par de años, hasta que finalizaron la Residencia.

Con el acceso a la Gerencia del Dr. Carlos Pérez Espuelas se aseguró la permanencia del Instrumento y de la prueba. En su visita e inspección obligada del Servicio, me preguntó por las pruebas de aliento realizadas en el laboratorio, en particular, por la de Helicobacter. Le expliqué la gran utilidad y que ningún Hospital de Madrid, ni de España, disponía de esta prueba con isótopos estables, aunque en algunos, la realizaban con radioactivos. Le comenté las posibilidades de lectura de múltiples muestras del espectrómetro. Que el método había sustituido las grandes bolsas de recogida de aliento, por tubos, lo que permitía el almacenamiento y envío desde los lugares de recogida al laboratorio de lectura. Entendió el mensaje,

Días después me llamó a su despacho para informarme que había ofrecido a los compañeros Gerentes de otros hospitales la realización de esta prueba en el Servicio, a la vez que les sugería la posibilidad de su realización en sus hospitales y la realización de su lectura en el nuestro, dado el elevado coste del instrumento necesario. Con esta decisión había convertido al Servicio, en referente de la prueba. Por necesidades de personal, al cabo de unos años, el espectrómetro fue trasladado al Laboratorio general.

### **Creación de otras Especialidades Médicas, consecuencia de la cesión del Gran Hospital a la Seguridad Social.**

Francisco Franco había muerto. La Nueva Constitución Española que regularía la actividad política, los derechos y deberes de los españoles conformes a un estado democrático moderno habían sido aprobados por las Cortes. Adolfo Suárez, primer Presidente de Gobierno, legalizó al Partido Comunista. Desaparecido el Sindicato Vertical, Comisiones Obreras, UGT y otros sindicatos con menor implantación protagonizaron las relaciones laborales en las empresas privadas, públicas y en la Administración.

Nuestro Hospital vivía un momento de incertidumbre y temor de que pudiera desaparecer como tal institución sanitaria o fuera transformada en una Gran Residencia

de Ancianos. El Director Médico había sido cesado. En su lugar se nombró a tres Jefes de Servicio que gestionaron, colegiadamente, el Hospital, un par de semanas, como no podía ser de otra manera, porque no se entendían entre ellos.

Hasta que se nombrara un Director definitivo, una Junta compuesta por miembros de los distintos estamentos laborales del centro, elegidos por votación, dirigió la vida hospitalaria. Las decisiones propuestas eran discutidas en los plenos. Al final del debate, las conclusiones eran aprobadas por votación. Como Médico, elegido entre mis compañeros, formé parte de la misma. Su Presidente, Dr. Coronado con su cabeza cubierta por una enorme boina, permitía que la argumentación a los temas debatidos en los Plenos y sus replicas, continuaran, sin respetar la hora prevista de finalización. Algunos miembros aburridos y otros, por necesidades de cumplir su agenda personal de trabajo, abandonaban el local. En la votación final participaban unos pocos, siempre los mismos. Con este proceder asambleario, los dirigentes obtenían el resultado deseado a sus propuestas. Aguanté dos convocatorias. Dimítí por la falta de seriedad y por la excesiva politización de la Presidencia y de su entorno. Afortunadamente, poco después fue nombrado un Director- Gerente.

En estos momentos inciertos para el futuro del Hospital, algunos trabajadores, manteníamos optimismo y el deseo de hacer algo. Con D. Ernesto Castro Fariña, al que me unía una gran amistad, desde mi llegada al Hospital, a pesar de la diferencia de edad, decidimos visitar a D. Enrique Sánchez de León, Ministro de Trabajo, a quien conocía D. Ernesto, personalmente. Nos recibió con gran cordialidad y nos recomendó al Subsecretario Juan Rovira Tarazona, máximo responsable de la Seguridad Social, a quien visitamos días después. En la entrevista, prometió su ayuda y su vista al hospital para escuchar a los médicos y personal sanitario.

Cumplidor de su promesa, presidió una asamblea en el salón de actos del Hospital a la que asistieron, la práctica totalidad de los trabajadores. El Sr. Rovira Tarazona respondió a las preguntas formuladas por los asistentes, algunas muy comprometidas y otras expuestas a gritos. Concluyó explicando que, la fórmula mejor era la cesión del Hospital, de la Administración del Ministerio de la Gobernación a la de Trabajo, mediante un convenio que fue firmado por el Ministro Rodolfo Martín Villa, Ministro de la Gobernación, en el primer Gobierno de la democracia, presidido por Adolfo Suárez.

Los dos puntos básicos del Convenio consistían en la remodelación arquitectónica del hospital y la dotación de personal con la creación de nuevos servicios y el complemento de los existentes. El cambio de nombre no estaba incluido en el convenio. Fue acordado el año 1984, después de finalizadas las obras, antes de su inauguración oficial. El Ministro de Sanidad, el socialista Ernest Lluch, consideró acertada la propuesta de cambiar el nombre por el histórico y primitivo de la Princesa. Él mismo, presidió junto a la reina Sofía, la solemne inauguración del centro con este nombre. Una placa de bronce, colocada ese día, reproduce parte del decreto de fundación del Hospital de la Princesa en el reinado de Isabel II.

Con la firma de este convenio, el Hospital pertenecía al recién creado Ministerio de Sanidad, en el que se integraba toda la red de Hospitales y centros asistenciales de la seguridad Social. Pertenencia singular, porque el edificio quedaba asignado a la Comunidad así como la plantilla de personal existente. Esta dualidad resultó perjudicial en algunos aspectos y beneficiosa en otros. Ejemplo del beneficio: dotación plazas de médicos y de material, complementarias a las de la Seguridad Social por la Comunidad Autónoma.

Como unidades asistenciales especializadas de Medicina figuraban, la sección de **Cardiología**, los servicios de **Neumología**, **Neurología**, **Endocrinología** al que se

había incorporado el Dr. Ruiz Torres, como Jefe y Profesor Agregado de la Autónoma, dejando su cargo de Profesor en la Universidad de Berlín. En sucesivas convocatorias se cubrieron las plazas de Jefe de sección de Dermatología, de Nefrología y de Alergia. Así como las Jefaturas de Servicio de Hematología y de Inmunología.

La concesión de la Jefatura de sección de Dermatología al Dr. Amaro García, y la de Psiquiatría al Dr. José Soria, guarda relación con la incorporación del Hospital a la docencia de Medicina de la Universidad Autónoma. Lo comentaré posteriormente.

Como miembro de los tribunales para la concesión de estas plazas, recuerdo dos anécdotas relacionadas con **Nefrología e Inmunología**. A la plaza de sección de Nefrología no se presentó ningún candidato en una de las convocatorias. En la siguiente se presentaron el Dr. Casado, candidato preferido, y el Dr. Traver. El Dr. Casado renunció a la plaza, a pesar del consejo y presión del Dr. Sabando, compañero y amigo, en sus años de médico en la Fundación Jiménez Díaz. Quedó elegido Juan Antonio Traver, quien organizó una asistencia modélica a los enfermos nefrológicos, ayudado por los médicos adjuntos incorporados posteriormente.

Respecto a Inmunología, los dos candidatos pretendientes: Drs. Manuel Ortiz de Landázuri y Fernández Cruz, ambos hijos de Catedráticos ilustres de Patología Médica, presentaban un “currículum”, muy parecido. De acuerdo con el Dr. Fernández- Rañada, elegimos a Manuel porque en su expediente figuraba la autorización al concursante, del Gerente de la Clínica Puerta de Hierro, donde trabajaba, para trasladar un valioso instrumental de investigación, donado por una Fundación americana. Poco tiempo después, el Dr. Fernández Cruz consiguió la Jefatura del Servicio de Inmunología del Hospital Gregorio Marañón.

## **Reubicación de los Servicios asistenciales con la Remodelación del Hospital.**

### **1. Área asistencial del Servicio y de la Unidad de Endoscopia**

Los planos arquitectónicos de remodelación del Hospital afectaron al Servicio de Medicina, muy polarizado a Digestivo en la localización del área asistencial y de la Unidad de Endoscopia. Respecto al área asistencial del Servicio, ya he comentado que la Gerencia decidió la planta 3ª, porque en el plano de esta Planta, figuraba la Unidad de Endoscopia. El Dr. Alfonso Orueta, Director Gerente, lo decidió, sin tener en cuenta mis argumentos de localizarla en la planta 4, compartiendo espacio con el Servicio de Cirugía.

En cambio, sí tuvo en cuenta mis ideas en la construcción de la Unidad de Endoscopia. Había visitado el Servicio de Endoscopia del Hospital Clínico. Su jefe de Servicio, Dr. Ramirez Armengol, había diseñado el Servicio para que su equipo de endoscopistas, especialistas de Digestivo, realizaran las endoscopias de digestivo y de neumología. Buen amigo, le razoné mis discrepancias con esta pregunta: ¿Crees que un endoscopista de Digestivo tiene la misma seguridad y pericia para el diagnóstico de enfermedades pulmonares que un Neumólogo?. Guardó silencio.

Mi concepción del Servicio se basaba en ahorro de personal, de espacio y de posible utilización común de algunos instrumentos. Para ello, acordamos los usuarios de la Unidad: Neumología, Urología, Digestivo, al que se agregó Otorrinolaringología, consensuamos un esquema de necesidades y un posible gráfico de localización de los espacios para la endoscopia de cada uno de los Servicios. La Secretaría y otros locales auxiliares serían comunes.

Tanto la Gerencia como los Arquitectos aceptaron nuestra propuesta. Después de vencer una gran resistencia, sobre todo, por parte de Urología, aceptaron incluir la

Phmetría y Manometría en esta Unidad, que al final, quedó ubicado en un despacho contiguo al área, propiamente endoscópica.

Desde su inauguración el servicio de Otorrinolaringología utilizaba la sala asignada para cirugía menor otorrinolaringológica. Recuerdo los gritos de niños durante la extirpación de amígdalas, que se hacían sin sedación. La misma sala fue utilizada por el servicio de Dermatología para la cirugía de lesiones dermatológicas. Con la construcción de las consultas de estos servicios en la planta cero, la Unidad, quedó asignada para las endoscopias de los servicios de Digestivo, Urología y de Neumología y Cirugía torácica. Los cirujanos realizaban, escasas y muy seleccionadas endoscopias, mientras que los neumólogos, incrementaban el número, continuamente, e incorporaban nuevas técnicas endoscópicas para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades pulmonares.

### **Docencia Universitaria y formación MIR: Impacto en la actividad asistencial especializada en Digestivo**

#### **Año 1976: Docencia Universitaria**

Últimos días del mes de Septiembre, un grupo de estudiantes de 4ª curso de Medicina esperan comenzar las clases de 4º en el Hospital. Los estudiantes procedían del Colegio universitario Luis Vives concertado con la Universidad Autónoma de Madrid. Colegio Universitario privado que impartía el ciclo completo de enseñanza universitaria de Derecho, Económicas y de otras carreras. También de Medicina en los tres primeros años preclínicos. A partir del 4º curso deberían hacerlo en un Hospital del que carecía el Colegio Universitario.

La Universidad Autónoma, garante de la enseñanza de Medicina del Colegio Universitario Luis Vives había adquirido el compromiso de incorporar en los Hospitales de su Facultad de Medicina a sus estudiantes al comienzo de 4º curso. En aquella fecha, los estudiantes de Medicina estaban repartidos en grupos de, alrededor, de 200 alumnos en los Hospitales la Paz, Puerta de Hierro y Fundación Jiménez Díaz .

De acuerdo a los Estatutos fundacionales de la Facultad, la enseñanza de la Medicina, a partir de 4º curso, sería teórica, con práctica clínica simultánea, por lo que debería impartirse en los mismos Hospitales, en número limitado de alumnos, ajustado al número de camas clínico-docentes disponibles en el centro.

El Profesor José Mª Segovia de Arana, Decano de la Facultad me conocía desde el año 1961. Entonces, él era Profesor Adjunto de la Cátedra de Patología médica del Prof. Vicente Gilsanz, en el Hospital Clínico de San Carlos , yo Profesor encargado de Clases prácticas

Sabedor de mi interés por la docencia, me llama a su despacho y me expone su idea de incorporar los alumnos de 4º curso del Colegio Universitario Luis Vives al Gran Hospital. Aunque su ofrecimiento satisfacía mis ilusiones universitarias, le expliqué las dificultades: falta de aulas, comienzo de obras de reestructuración, falta de profesorado entre otras muchas. Me replicó, comienza la tarea. Cuenta con mi ayuda.

Al regresar al Hospital, expuse la oferta al Dr. Arturo Hernández, Director Gerente, persona muy inteligente y culta, quien captó, de inmediato, la importancia del proyecto. Me pidió que desde el Decanato se formulara la petición oficial por escrito, para posteriores consultas con las autoridades competentes de la SS.

Recibida la petición oficial, el Director Gerente, habló con el Director General del AISNA y con el Presidente del Instituto Nacional de Previsión quienes autorizaron la realización de la docencia universitaria en nuestro Hospital. Aprobaron la admisión

inmediata de los alumnos y, posteriormente, la firma del Convenio con la Facultad de Medicina.

En aquellas fechas el Hospital carecía de aulas adecuadas para las clases. De las pocas disponibles, el Aula de la Planta 11, donde estaba ubicado el Servicio de Medicina Interna-Digestivo que yo dirigía, en la que celebrábamos las Sesiones Clínicas semanales del Servicio, los Cursos de Endoscopia Digestiva y las conferencias. Mi recuerdo y cariño a esta Aula en la que se impartieron, también, las clases a los estudiantes de Medicina en los primeros años.

Los responsables de los Servicios Médicos, Quirúrgicos y Especialidades gozaban de un gran prestigio profesional, pero carecían de experiencia docente. Los únicos alumnos oficiales, asistentes al Hospital, procedían de la Cátedra del Prof. Gilsanz, quien me había autorizado para la enseñanza práctica de Patología Médica de los alumnos de mi grupo, en el Hospital. Algunos, como José Ignacio nutrición, Julián Rodríguez Cortés, Lorenzo Fernández Fao, entre otros, siguieron la formación de especialistas y toda su vida profesional entre nosotros.

La enseñanza práctica de Pediatría y Obstetricia, parte fundamental del curriculum clínico, no podía realizarse en el Hospital. ¿Cómo Solucionarlo?.

Nuestro Hospital había sido desgajado de la Dirección General de Sanidad, para incorporarlo al AISNA (Administración Institucional de Sanidad Nacional) que agrupaba todos los hospitales asistenciales gubernamentales, no incluidos en la SS. Entre ellos, el Hospital del Niño Jesús. La maternidad de Santa Cristina, pertenecía al Ministerio de Educación, por su escuela de Matronas, pero en la asignación de enfermos, formaba parte del AISNA.

Para asegurar la enseñanza de Pediatría, me entrevisté con su Director: Dr. Ángel Crespo Santillana quien aceptó la propuesta, condicionada a la opinión de los médicos que trabajaban en el Hospital. A tal fin, convocó una reunión de todos los médicos pediatras del Centro, para que yo les explicara el proyecto. Tras un acalorado debate, por parte de algunos médicos, apoyaron la participación en la docencia. El Dr. Crespo propuso a los Drs. Casasola, Sánchez Palacín, entre, como Profesores.

El siguiente paso, la aceptación de las Prácticas de Obstetricia en la Maternidad de Santa Cristina (su transformación en Hospital ha sido posterior), resultó un poco más complicada. Si bien al principio el Dr. Zamarriego, Director de la Maternidad, aceptó la colaboración en los primeros años. Al incumplirse algunas de las promesas del Jefe de Departamento de Obstetricia y Ginecología, de provisionar mayor número de profesores al Centro, negaron la colaboración, por lo que los alumnos debían acudir a la Maternidad del Hospital Universitario de la Paz para las prácticas. Años después, el Departamento modificó su estrategia de profesorado, dotando plazas de titulares y Catedrático, con lo que se consiguió la fijación definitiva de este centro. De esta forma quedó estructurada definitivamente la Unidad docente: **“Hospital Princesa, Niño Jesús, Santa Cristina”**.

En 1978, el Ministerio de Educación aprobó la orden con las bases del concurso-oposición de 17 plazas al Cuerpo Nacional de Profesores Titulares de Patología Médica. Conseguí una de las tres plazas asignadas a la Facultad de Medicina de la U. Autónoma. Cambios en la Ordenación Universitaria y la creación de nuevos servicios especializados médicos y quirúrgicos, con la dotación adecuada de médicos, compromiso adquirido por la Seguridad Social, al asumir la administración del hospital, ayudaron a paliar la escasez de Profesores.

Transcurrieron dos años, mientras duraron las obras de remodelación del hospital, hasta que se adjudicaron las plazas de los nuevos servicios. En este tiempo, había necesidad de impartir los programas de Patología Médica y Quirúrgica. En la enseñanza

teórica de la Patología Médica, participaban el Dr. Maté, que había conseguido el Doctorado para el Digestivo, los Drs. Ángel González y Graciano Martín para Cardiología y el Dr. Gonzalo Moya para Neurología. Las clases de Infecciosas, Nefrología y Hematología las impartía personalmente, a la vez que algunas de Digestivo.

La Dermatología, asignatura de 5º año, el segundo de la incorporación de alumnos al Hospital, no podía impartirse en el Hospital con los recursos existentes. Sin embargo, en el proyecto de integración del hospital en la red asistencial de la Seguridad Social, figuraba la creación de una Sección de Dermatología, dotada inicialmente, de una plaza de jefe de Sección, posteriormente de tres plazas de médicos adjuntos, denominadas, después, Facultativos de Área. Unos meses antes de iniciar 5º curso, la plaza no se había convocado. Había necesidad de un Dermatólogo para la docencia sin cargo asistencial. ¿Cómo lograrlo a falta de tan corto tiempo para comenzar el nuevo curso?

Como amigo, pedí ayuda al Dr. Luis Iglesias, Profesor Adjunto de la Cátedra de Dermatología del Prof. José Orbaneja, de la Complutense. Correspondió a mi petición enviando un Dermatólogo, Profesor Ayudante de Clases Prácticas, a quien recibí en mi despacho del servicio, al no disponer de secretaría de Docencia. Le mostré el Hospital, dividido en dos partes: asistencial con los enfermos y la de remodelación, en obras, con presencia de obreros de la construcción y sus herramientas. Le expliqué los proyectos asistenciales futuros generales del Hospital y particulares de la creación de una Sección de Dermatología, autónoma, con posibilidades de convertirse en Servicio. El nombramiento inmediato de Profesor Agregado de Dermatología y la seguridad de conseguir la plaza de Jefe de Sección, pendiente de convocatoria. Me agradeció la explicación y el tiempo, a él, dedicado. No aceptó esta oferta porque no se encontraba con fuerzas para poner en marcha el Servicio.

De nuevo llamo a mi amigo: tu recomendado se ha asustado, al comprobar el estado del Hospital y no ha aceptado el encargo de la asignatura de Dermatología. No te preocupes, contesta. Trabaja conmigo, un primo que acaba de conseguir el Doctorado con la máxima calificación. Domina la especialidad en los años de práctica en la Cátedra, desde que finalizada la carrea en Valladolid, vino a Madrid a hacer el doctorado.

Le repliqué, por qué no me lo recomendaste al principio. Para mí, el ser primo tuyo, es un plus añadido, que garantiza la labor docente, en el presente, y la asistencial, en el futuro. No me equivoqué. Acerté en su elección acertada para la Universidad y para el Hospital. Con el paso del tiempo consiguió la única Cátedra de Dermatología de los cuatro hospitales docentes de la Universidad Autónoma. Con su acertada y esforzada labor asistencial hospitalaria, creó uno de los mejores Servicios de Dermatología de España.

Hacia el año 1980, una ley modifica la selección de Profesores Universitario. En una convocatoria extraordinaria, esta ley, denominada de “**Idoneización**”, habilitaba a los Profesores Asociados con el grado de Doctor como Profesores Titulares. En el Hospital lo consiguen Los Drs. Alfonso Orueta ( Cirugía); Alonso del Hoyo ( Cirugía Máxilo Facial) y Maté (Medicina), Amaro García ( Dermatología), Dr Soria ( Psiquiatría), Sánchez Palacín ( Pediatría), Izquierdo ( Obstetricia). El Dr. Francisco Clement (Oftalmología) procedía del Hospital Clínico, y había obtenido la plaza de Profesor Titular por oposición, años antes.

En 1989, obtuve una de las dos Cátedras de Patología Médica de la Universidad Autónoma en la última convocatoria en la que la Oposición constaba de seis ejercicios. Una de ellas fue otorgada al Prof. Sánchez Cascos, Cardiólogo de la Fundación Jiménez Díaz, y la otra a mí, con destino al Hospital. A esta Cátedra, siguieron la



Manuel Ortíz de Landázuri, Francisco Sánchez Madrid, Amaro García y Ricardo Moreno. Después de mi jubilación el Dr. Maté obtuvo su merecida Cátedra.

Consolidado el Profesorado, participó en la vida universitaria de UAM de forma muy destacada asumiendo puestos de responsabilidad en el gobierno de la Facultad, dirigiendo Tesinas de Licenciatura y Tesis Doctorales.

Un acto universitario, de especial importancia, fue la investidura “Doctor Honoris Causa” del Prof Sidney Truelove, propuesta compartida con el Dr. Maté. Ambos actuamos de Padrinos en el acto solemne celebrado en el Aula Magna de la Universidad. Hicimos esta petición, como agradecimiento a sus enseñanzas y ayuda a muchos médicos del Servicio que asistimos a sus cursos anuales y pasamos cortas temporadas como asistentes a Consulta especializada de Colitis Ulcerosa y Enf. de Crohn en el Hospital Nuffield de Oxford. En una ocasión, dictó una conferencia en el Hospital. Amante del flamenco, Julio García de Paredes fue su compañero de sesión flamenca en el Corral de las Morerías. Tan encantado quedó que le proporcionó una Beca del British Council para una estancia de 12 meses en su Servicio. Otro de los beneficiados fue Salvador Peña, quien hizo la especialidad con él, colaborando en su tarea investigadora una década hasta su traslado a la Universidad de Leyden (Holanda), convirtiéndose en una autoridad internacional sobre el tema.

El plano de remodelación del Hospital incluía la creación de una **“área docente” en la planta 1**. El Profesor Orueta, Director Gerente en 1978, logró de los arquitectos el trazado de una zona muy amplia. Defendida, después, por el Prof. Alonso del Hoyo, que le siguió en la Gerencia. Fue recortada, posteriormente, incluyendo una zona de Secretariado de Enfermería, al que sustituyó el Servicio de Alergia.

El compromiso docente adquirido por el Hospital fue aceptado por la casi totalidad de los médicos asistenciales, aunque la mayoría no recibían prestación alguna de la Universidad, ni reconocimiento oficial docente, ni gratificación económica. Su actitud merece ser resaltada. Aceptaron a los estudiantes como compañeros. Les enseñaron a hablar con los enfermos, a participar en las visitas diarias, en las actividades médicas y quirúrgicas. Les contagiaron su forma de estar, de relacionarse entre los compañeros, de atender a los enfermos, con cercanía, con humanidad. Maneras y formas que, los ya jubilados, vivimos, experimentamos y cuidamos de continuar. Esta forma estar, de actuar en el Hospital constituye el **“Espíritu de la Princesa”**.

Es de justicia destacar la labor fundamental de los Profs. **Soria y Orueta**. El primero, aportó toda su experiencia docente organizadora, adquirida en la Clínica Universitaria de Navarra para ayudarme en los pasos fundacionales de la Unidad docente. Alfonso Orueta, desde su puesto de Gerente, contribuyó a la creación de un lugar físico para la Unidad. Como Profesor de Cirugía, coordinó las actividades docentes de cirugía. Ambos peleamos para que aumentaran las plazas de profesores de esta asignatura.

Para terminar este punto merecen especial alabanza las tres primeras promociones de Alumnos, quienes vivieron los momentos más difíciles: Hospital en obras, huelgas de personal, improvisación continuada para poder cumplir el Programa, desigualdad de medios y experiencia con los otros Hospitales docentes de la UAM. Estimulados por su vocación por la Medicina, por su inteligencia y por su voluntad lograron unas calificaciones académicas, que dejaron asombrados a otros Profesores. Algunos de estos alumnos, ocupan plazas de Jefes de Servicio ( Drs. Carmen Suárez, Vivancos, Villagrasa) En el Hospital

## **Formación MIR**

### **Década de los 60-70.**

En esta época la obtención del título de especialistas carecía de una regulación precisa. Lo expedía el Ministerio de Educación, si el Médico solicitante, justificaba la colegiación de al menos cuatro años, en el ejercicio de la especialidad solicitada. Otra forma: El título obtenido en los Cursos de las Escuelas de Especialidades.

En el Hospital, había algunas plazas de Médicos Internos obtenidas por Oposición, las menos, hasta 1962, aproximadamente. Muchos médicos, asistía, en calidad de colaboradores voluntarios a los Servicios Médicos y quirúrgicos. Algunos, asistían desde su condición de estudiante. Con un certificado del Jefe de Servicio, solían obtener el título de Especialista.

### **Década 70-80**

Si la Facultad de Medicina de la UAM, había desarrollado un modelo nuevo de enseñanza de la Medicina, también, desde la misma, los Profs. Segovia de Arana y Vicente Rojo, creadores de ese modelo, iniciaron el camino, para imponer un programa de formación de especialistas similar al de Estado Unidos.

En una primera etapa, llamémosla **Pre-Mir**, los Prof. Citados y el Prof. Luis Hernando, Jefe de Servicio de Nefrología de la Fundación Jiménez Díaz organizaron unos Seminarios en la Fundación para exponer la doctrina, los programas teóricos y prácticas para formar especialistas, de acuerdo a la experiencia del Programa docente americano. Algunos Médicos de Servicios Hospitalarios, en los que se formaban especialistas como asistentes voluntarios, acudíamos a estos Seminarios, no oficiales. Se nos invitaba a implantar las normas en nuestros Servicios. La adhesión era totalmente libre.

#### **Segunda etapa MIR:**

Creado el Ministerio de Sanidad, asume la formación de Especialistas, cuya titulación, paradójicamente, la expedía el Ministerio de Educación. Con la creación de una Comisión Nacional de Especialidades y Comisiones particulares de cada una de las especialidades diseñan el plan y las normas que deben regir la formación de especialistas.

La ejecución del proyecto queda a cargo de la Comisión Nacional, auxiliada por las Comisiones de las distintas especialidades. Aprobaron el principio esencial de la formación MIR de incorporar a los Médicos en tareas asistenciales remuneradas para seguir el Programa previamente elaborado por la Comisión. Estos Programas establecían unas condiciones y exigencias a los Hospitales y a los Servicios. A los Hospitales reclamaba dos condiciones básicas: Práctica de autopsia clínica por el Servicio de Anatomía Patológica y Sesión clínica General, una vez por semana. A los Servicios: número determinado de camas, de médicos adjuntos, de técnicas diagnósticas y terapéuticas etc.

Con la dotación de personal y equipamiento, de acuerdo a las condiciones pactadas en el Convenio de incorporación del Gran Hospital a la Red de Hospitales de la Seguridad Social, el ya, Hospital de la Princesa, cumplía las exigencias obligadas de la Comisión Nacional de Especialidades y de las otras Comisiones particulares, para formar Médicos Internos Residentes.

De la coordinación de los programas se encargó el **Prof. Francisco Clement (padre)**, quien con una dedicación generosa y su entusiasmo juvenil, impulsó el comienzo y desarrollo posterior de los programas oficiales. A su memoria y recuerdo: mi profundo respeto, admiración y agradecimiento.

Los primeros Residentes formados en el Servicio de Medicina Interna- Digestivo, obtenían las dos especialidades de Medicina Interna y de Digestivo. Dualidad permitida, al principio de implantación del programa MIR. Al regularizarse el sistema, la comisión

Nacional de Especialidades, suprimió esta posibilidad. Su Presidente, Dr. Diego Reverte, Jefe de Servicio de Medicina Interna del Hospital de Segovia, muy amigo, me telefoneó para decirme: “ José M<sup>a</sup>, reconozco que en el Servicio los médicos adquieren una formación muy cualificada tanto en Medicina Interna, como en Digestivo, como he comprobado con Eugenio Fernández Rubio, que se formó contigo y cumple en mi Servicio la doble actividad. Sin embargo, la norma es la norma, así que decide, si deseas que tu Servicio conserve la licencia para formar Gastroenterólogos o Internistas, una sola de las dos especialidades”.

Consultados los médicos del Servicio, se eligió la especialidad de Digestivo. Elección, coherente con la decisión tomada por aquellas fechas, relacionada con el ingreso de enfermos, procedentes de Urgencias.

Lo explico brevemente. Con la creación del Servicio de Medicina Interna-Infeciosas, los enfermos precedentes de Urgencia se ingresaban, un día en este Servicio y otro en el de MI-Digestivo, alternativamente. Este proceso distributivo duró varios años. A medida que progresaba la especialización en ambos servicios, la creación de la sección de Infeciosas, en uno, y la de Hepatología, junto a la potenciación de Endoscopia, obligó a la Gerencia a suprimir esta alternancia, para ingresar solamente los enfermos con Patología Digestiva.

Con esta decisión, del rótulo del Servicio, desaparecieron las palabras Medicina Interna, quedando sólo la de Digestivo. Las consultas y el pequeño laboratorio, fueron trasladados de la Planta-1, primera ubicación en la remodelación, a la planta 0, definitiva y actual instalación.

La conservación del laboratorio de pruebas funcionales costó, “sangre, sudor y lágrimas”. El Gerente rechazaba los argumentos que exponíamos para conservarlo. El Julio Ancochea, Subdirector de Servicios Médicos, en aquella época, nos echó una mano, para lograr su instalación en una habitación de la Planta 0, próxima a las de la consulta. Como Jefa y encargada, la Dra. Isabel Jiménez, atendió a la petición de pruebas de aliento para diagnóstico de Helicobacter, cada día más solicitadas y montó otras pruebas respiratorias para diagnósticos de enfermedades funcionales digestivas.

En cuanto a la formación de especialistas de Digestivo por el programa MIR, al principio adjudicaron dos plazas. Después, la Dra. Marisa García Buey, en sus años de Residente, formó parte de la Comisión Nacional de la especialidad de Digestivo. En la distribución de plazas realizada, mientras formaba parte de la Comisión, logro aumentar el número a tres plazas anuales de Residente. Convenció al Presidente, explicando la capacidad y disponibilidades del servicio para facilitar una especialización cualificada a tres médicos. Desde entonces, se mantienen las tres.

Como consecuencia de la labor del Servicio en la formación de especialistas de Aparato Digestivo, numerosos especialistas ocupan puestos asistenciales de Jefe de Servicio, de Sección y Facultativos de Área, en hospitales universitario de Valladolid, de Vitoria, de Badajoz, de Pamplona, de Logroño, de Guadalajara .En Madrid, en Puerta de Hierro, 12 de Octubre y Hospital del Rey . En Barcelona, en el Valle de Hebrón. También, en otros hospitales de la Seguridad Social: Cáceres, Lugo, Segovia, Orihuela, Cuenca etc.

### **La Investigación complementa la actividad asistencial y docente del Servicio de Digestivo.**

La Investigación es una actividad complementaria de la docencia. Por ello, desde el comienzo de la actividad universitaria en el Hospital, algunos servicios impulsaron la investigación, mediante la realización de Tesinas, para obtener el grado de Licenciatura

y de Tesis Doctorales, para el de Doctor. Algunos de los trabajos fueron realizados en colaboración con otros Departamentos de la Facultad.

La progresiva especialización asistencial del Servicio fue complementada con trabajos de investigación clínica, al principio, básica, posteriormente. Las pioneras investigaciones sobre la relación de la úlcera péptica y gastritis con la infección de *Helicobacter*, inició un área de investigación sobre esta área. La adquisición de un Espectrómetro de masas para medida de muestras de isótopos de carbono<sup>13</sup>, no radiactivo, supuso una gran ayuda para la investigación, principalmente, en este tema.

En la década de los 60, los enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal, en sus variedades de Colitis Ulcerosa y enfermedad de Crohn, eran muy escasos. Algunos enfermos asistidos en el Servicio procedían del Hospital del Rey, donde había ingresado por diarreas, diagnosticadas de infecciosas. En un curso sobre enfermedades digestivas, organizado por la Asociación Médica de Inglaterra, para médicos extranjeros advertí la elevada prevalencia de esta enfermedad en el Reino Unido.

Para comprobar la realidad de esta enfermedad, el Servicio inició una línea de investigación, al principio, epidemiológica, para conocer el número y características de los enfermos en Madrid y en otras provincias españolas. Posteriormente, al aumentar la incidencia y prevalencia de esta enfermedad, complementó la investigación con la promoción de ensayos clínicos a nivel hospitalario y en colaboración con otros Hospitales Nacionales y Extranjeros. Las líneas de investigación sobre la Enfermedad Inflamatoria Intestinal y *Helicobacter Pylori* han sido potenciadas por Javier Pérez Gisbert que ha logrado unos resultados excelentes, aumentando el prestigio del Hospital.

También la línea de investigación sobre Patología Funcional, iniciada por los Drs Losa y Barreiros con la Phmetría y Manometría ha sido mantenida y fortalecida por el Dr. Cecilio Santander.

La creación de la Unidad de Hepatología, conllevó la asistencia de pacientes con hepatopatías crónicas en una consulta especializada. Simultáneamente, Ricardo Moreno a su regreso de Estados Unidos, siguió la línea de investigación desarrollada en su estancia americana. Dirigió la Tesis Doctoral a Marisa García Buey sobre inmunopatología de la Hepatitis Crónica por virus C. Ambos desarrollaron líneas de investigación clínica y básica en este campo.

Para sufragar los gastos de la investigación y gestionar el dinero de los ensayos clínicos, se creó una Fundación para la investigación de enfermedades digestivas y hepáticas, con el acrónimo de FUNMADIHE. Desapareció, con la creación de la Fundación del Hospital.

Un paso adelante, para el desarrollo de la investigación en el Hospital, supuso la creación el 26 de Junio de 1982, por Orden Ministerial, del **Instituto Universitario de Investigación Gerontológica y Metabólica**. El patronato nombró Director al Prof. Antonio Ruiz Torres, Jefe de Servicio de Endocrinología del Hospital, con un extenso curriculum como Docente e Investigador, en la Universidad libre de Berlín. El Hospital le asignó un área en la planta 9 para laboratorio, secretaría, sala de reuniones y biblioteca. Fue inaugurado por D. Juan de Borbón, al que acompañó el Rector de la Universidad, Prof. Julio González Campos.

La orden Ministerial de creación del Instituto, no incluía soporte económico. Su Director logró una generosa Beca de la Fundación Wolfs Wagen, que financió la actividad investigadora hasta la jubilación de su Director.

Años después, los Drs. Ortiz de Landázuri y Francisco Sánchez Madrid, desde el servicio de Inmunología, impulsaron la investigación del Hospital. Consiguieron un área en la planta 9, en la que otros Servicios podían realizar sus propias investigaciones.

El servicio de Digestivo ocupó una parte en la que instaló el espectrómetro de Masas para la investigación sobre Helicobacter. Los becarios de la unidad de Hepatología realizaban su trabajo de laboratorio en estas instalaciones.

Cuando me jubilé en el año 2004, es decir 44 años después de mi llegada al Hospital, Julio Ancochea, Delegado del Decano de la Unidad Docente, me invitó a despedir a los alumnos que finalizaban la carrera ese año. Elegí este título: “Reflexiones, Divagaciones” sobre el camino de Santiago, símbolo de mi vida universitaria en la última etapa de su recorrido”. En la parte final de mi discurso, aludía al carácter simbólico de la entrega del Diploma a los alumnos.

Esta Crónica simboliza el camino recorrido por el Servicio de Medicina Interna en su transformación a Digestivo. Durante casi 50 años, en este camino han marcado sus huellas y han colaborado en el cambio, compañeros médicos con su esfuerzo y generosidad para conseguirlo. Con orgullo, todos los que hemos participado en esta empresa, entregamos el legado a los médicos de la plantilla actual, la mayoría formados especialistas en el mismo, para que lo conserven y engrandezcan.