

## Panorama médico giennense en el último medio siglo

J. Sillero F. de Cañete

Antes de aportar mi punto personal de vista acerca de la evolución de la medicina giennense en los últimos cincuenta años, es necesario señalar dos especificaciones:

- Mi deseo de contemplar el problema desde la óptica del internista, única en la que puedo hablar con cierto conocimiento de causa (o quizá con conocimiento de causa cierto), bien que las observaciones en tal campo de la ciencia médica en gran parte tienen aplicación a otras áreas, y
- Mi convicción de que, con concretos y determinados protagonistas, los cambios médicos registrados en Jaén son el trasunto de lo acontecido a nivel general, y como tal debe abordarse el tema.

Queda implícito en la observación anterior que esta exposición aborda por un lado la ciencia médica en sí y por otro los médicos que en nuestra provincia la han llevado a cabo.

### I

Han sido muchos y muy profundos los eventos registrados en la medicina en general, e internística en concreto, a

lo largo de media centuria. Algunos, ya esbozados en tiempos anteriores, se profundizaron en el período de nuestro estudio; otros se han planteado claramente en esta etapa, como novedad más o menos inesperada. Examinémoslos brevemente.

Uno de los hechos de mayor relieve ha sido el cambio experimentado en las *relaciones médico-paciente*. En síntesis, se ha pasado de una etapa de claro paternalismo, en la que regía el principio de «beneficencia» (el médico es quien conoce a fondo el mal que aqueja al paciente, y éste debe por tanto obedecer dócilmente sus consejos y prescripciones), a una nueva situación en la que prevalece el principio de «autonomía» del enfermo, que implica consentimiento informado (el médico debe exponer al paciente en términos comprensivos su situación patológica y los recursos diagnósticos y terapéuticos más adecuados a emplear; el enfermo decidirá si acepta o no las iniciativas del clínico experto).

Este mejor equilibrio del binomio, que resulta justo y razonable, ha sufrido lamentables desviaciones que han conducido a reclamaciones frecuente-

mente injustas y a actitudes agresivas aún más reprobables, en no pocos casos. La tecnificación de nuestra ciencia, altamente deseable, ha hecho que se desplace la confianza del paciente desde el médico a la máquina, en detrimento de la *vis medicatrix* sanadora de aquél.

Si los derechos del paciente y a la cabeza de ellos el de información y autonomía son prevalentes y su reconocimiento ha sido una conquista, no lo es menos la consolidación de la *medicina socializada*. El Seguro de Enfermedad, iniciado en nuestro país en décadas anteriores, ha tenido su máxima expresión y perfeccionamiento en esta mitad última del siglo XX. Más allá de las posibilidades de la medicina privada y seguros libres, era lógico y de justicia conseguir un trato igualitario para cualquier sujeto sobre el que incide una enfermedad, con independencia de su estatus socio-económico.

El problema se ha agudizado por la creciente complejidad y encarecimiento de la labor médica: ¿cuántos pueden costear el tratamiento indefinido de un SIDA, una intervención sobre corazón o una hemodiálisis crónica?

La *especialización* se ha impuesto en la Medicina como una consecuencia obligada del progreso científico. El médico no puede ser omnisciente y la ciencia debe compartimentalizarse. Las especialidades, surgidas en décadas previas, se han multiplicado.

Si echamos una mirada atrás, recordaremos que la Medicina Interna tomó carta de naturaleza en las *post-trimerías del siglo XIX*: un hito im-

portante fue a este respecto la obra de Strümpell titulada *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*, publicada en Leipzig en 1883, que fue seguida a cierta distancia por la de Krehl, *Handbuch der inneren Medizin*, de 1901. Los nombres de Von Mering, Osler, y otros, también están asociados a su inicio. A partir de entonces, la Medicina Interna cobró pujanza y vivió una época de esplendor, que precisamente empezó a eclipsarse en la etapa que comentamos.

De su tronco común se desgajaron ramas bien diferenciadas: Cardiología, Neumología, Digestopatología, Neurología, Hematología, Endocrinología, etc. Y, dentro de cada una de ellas, aparecieron las sub- (o super-) especialidades: entre los cardiólogos, van surgiendo el clínico puro, electro y ecocardiografista, hemodinamista, cardiocirujano, etc.

Al ritmo de esta poda, la Medicina Interna ha entrado en crisis, al punto de que hoy nos preguntamos qué resta en el dominio de nuestra especialidad. Y así lo planteó el 100.º Congreso de la Sociedad Germana de Medicina Interna, celebrado en Wiessbaden en 1994, con conclusiones pesimistas.

¿Qué queda para la Medicina Interna del presente? A nuestro modo de ver, al menos esto:

- Un *modus operandi* peculiar, derivado de su propia naturaleza, fundada en la fisiopatología y en una concepción holista del cuerpo humano, en salud y enfermedad.
- Por lo mismo, un campo de acción inabordable por otras especialida-

des como es el de las enfermedades multisistémicas y polipatologías.

- Una labor coordinadora de las distintas especialidades médicas, que no por ello han de renunciar a su autonomía, y
- Una tarea clave en la docencia, especialmente en ambiente hospitalario.

La medicina en equipo, al menos en el medio hospitalario, se ha impuesto definitivamente. Es un corolario obligado de la tecnificación y sofisticación de la medicina. La labor individual se ve reforzada y ampliada por el grupo dentro de la especialidad y en conexión con otras. Un hipertenso, por poner un ejemplo, puede ser bueno que reciba no sólo el cuidado de un cardiólogo, sino que sea examinado por un nefrólogo, neurólogo, endocrinólogo, etc. Y quizá sea el internista quien, a la postre, recabe y reciba los informes de otros especialistas.

Se elaboran consensos para el manejo de situaciones concretas (protocolos diagnósticos y terapéuticos) y se realizan sistemáticamente sesiones clínicas conjuntas.

Dice con razón Sánchez Ron que *el siglo XX ha sido el siglo de la ciencia*, y así titula su libro sobre este tópico. Esto se aplica a la medicina, y ha sido clave para explicar los avances generados durante su segunda mitad. Ha dejado de ser empírica para hacerse cada vez más científica. Hay, empero, antecedentes que pertenecen a la centuria anterior y merecen ser evocados; yo me permito ofrecer dos particularmente brillantes:

- Uno de ellos es la publicación por el francés Claudio Bernard de su libro

*Introducción a la Medicina Experimental*, obra de inexcusable lectura, de la que he bebido repetidamente.

- Otra muestra de cientifismo médico es el genial *Discurso del Dr Roberto Koch al Consejo Imperial de Sanidad de Berlín (1884)*, presidido a la sazón por Rudolf Virchow. Koch ofreció allí su investigación inigualable, modelo para la posteridad, sobre el cólera morbo y su agente causal, el vibrión que luego portaría su epónimo.

La medicina ha ido pasando del empirismo de una etapa descriptiva que podríamos denominar semiológica, a otra fisiopatológica que pretende clarificar los mecanismos de producción de la enfermedad, y finalmente ha entrado en la fase etiológica, del conocimiento de las causas del estado morbo, la mejor manera de conseguir su curación.

Ahora bien, para definir la enfermedad por su etiología ha debido producirse como condicionante inexcusable un desarrollo tecnológico impresionante, tanto en lo concerniente a técnicas de imagen como a procedimientos analíticos. Ese avance ha sido especialmente significativo en la segunda mitad del siglo XX.

El resultado de tal progreso se proyecta en múltiples vertientes: aislamiento de organismos infectantes y sus toxinas, estudios citológicos y bioquímicos, tests de funcionalismo de diferentes órganos y sistemas, etc. Hoy en día no se concibe, por ejemplo, un diagnóstico de «sepsis» si a los datos clínicos no se añade su repercusión sobre órganos, el agente causal y su sensibilidad a los quimio-

antibióticos. Y una «insuficiencia renal» incluye, además de la valoración clínica y funcional, el estudio de su determinismo causal mediante el examen histopatológico del parenquima renal afecto.

Precisamente el estudio anatomopatológico, en la actualidad prevalente en tanto la obtención de muestras del tejido u órgano enfermo sea factible, es el mejor argumento frente al empirismo de antaño.

Una reciente revolución, registrada en la última mitad de la pasada centuria, es la protagonizada por la *biología molecular*. Con ella, la ciencia médica ha pasado del nivel celular de Virchow, Remak, etc., al más íntimo subcelular: un mundo realmente apasionante y del que se obtendrán —se están obteniendo ya— óptimos frutos. Hoy conocemos mejor la composición última de humores y tejidos, los mecanismos de interrelación endocrina, paracrina y autocrina, las bases bioquímicas de las señales para el funcionalismo celular ... todo un prodigioso progreso que ha dejado obsoleta gran parte de la fisiología clásica.

De este progreso se han beneficiado algunas disciplinas médicas básicas de un modo muy especial: me refiero en concreto a la Inmunología y Genética.

El reconocimiento de los mecanismos celulares y humorales que subyacen a la respuesta inmune, nos ha permitido comprender —y alentar— la capacidad defensiva frente a agentes extraños, pero también promover su moderación o modulación, cuando

dicha respuesta se pervierte, tornándose autoagresiva.

La historia de la Genética se inició, como es bien sabido, a mediados del siglo XIX, cuando el monje y científico Gregor Mendel propuso una nueva tesis según la cual ciertos elementos discretos —luego denominados genes— son los responsables de los rasgos hereditarios, que más tarde quedarían ubicados en la cromatina nuclear descrita por W. Fleming y más específicamente en el ADN desvelado por Watson y Crick en 1953.

Hemos sido testigos asombrados de la hazaña del descifrado del genoma humano, esa dotación de 30.000 genes (menos de los que se suponían) en cuyo conocimiento se irán dando pasos decisivos para la salud del hombre. Y de la genómica estamos pasando a la proteómica.

La *Bioética*, nacida en su concepción actual hace unos 35 años a raíz de los trabajos del ginecólogo norteamericano Potter, es ya una disciplina de obligado conocimiento por el médico. Al ritmo del desarrollo de la medicina, se plantean problemas éticos cada vez más acuciantes de los que nos hemos ocupado con reiteración personalmente: el aborto, la eutanasia y suicidio asistido, clonación, manipulación genética, etc.

Por lo mismo, los Comités de Bioética se multiplican a diversos niveles, y las reuniones y convenciones a su respecto se reiteran en el plano nacional e internacional. Concluyen a este respecto Cooter y Pickstone en su monumental *Medicine in the 20<sup>th</sup> century*: «La historia de esta etapa

quedaría incompleta sin la inclusión de la Bioética».

El cuerpo humano y sus circunstancias, como objeto de comportamientos moralmente lícitos o ilícitos, ha cobrado inusitado protagonismo en las últimas décadas.

Ha sido verdaderamente extraordinario el esfuerzo desplegado en esta etapa por diversas y potentes empresas farmacéuticas, que ha conducido a la síntesis de *nuevos y más eficaces medicamentos*.

Al progreso que significó la lucha frente a la infección con la quimioterapia sulfamídica de Domagk y antibiosis de Fleming-Florey-Chain, Waksman, etc., desarrollada luego de forma exhaustiva, se unieron pronto los progresos en el campo de la sín-

tesis hormonal, antiinflamatorios, analgésicos y anestésicos, psicotrópicos, antihipertensivos, diuréticos, inmunosupresivos y antiblásticos, anticuerpos monoclonales y un largo etcétera.

Pero lo que más interesa subrayar es el *modus operandi* que precede a la comercialización de un nuevo fármaco, y que implica una concienzuda tarea de experimentación *in vitro* e *in vivo*, en animales y humanos: procedimientos de ensayo aleatorizados, doble ciego, controlados por placebo. Incluso así, no son pocos los ejemplos de efectos colaterales (eso que hoy se llama *fuego amigo*) que figuran en la crónica farmacológica reciente: teratogénesis de talidomida, mielotoxicidad de cloranfenicol y fenilbutazona, hepatopatía de benoxaprofeno, efectos circulatorios adversos de fenfluramina y coxibs, etc.

Una nueva forma de terapia ha penetrado en el panorama médico de los últimos años: la denominada *Medicina regenerativa*. Nuestros procedimientos terapéuticos, en especial en el campo de la Cirugía, han sido hasta el presente de tipo ablativo, *exeréticos*. Hoy se pretende —y en ciertas áreas se consigue— el más noble de los objetivos: restaurar a la normalidad el *órgano* dañado. Aquí se incluye el extenso campo de los trasplantes autólogos, alogeneicos y hasta —¿por qué no?— los xenotrasplantes.

Surge en este campo con pujanza y a la vez debate el papel de las células madre o troncales, por su carácter pluripotencial: y al lado de los indiscutibles injertos de células madre adultas o del cordón umbilical, se



*Hospital de San Juan de Dios.*

plantea con rigor la utilización terapéutica de células madre embrionarias, previsto ya en nuestra legislación sanitaria más reciente.

Pero no sólo han cambiado con rapidez los perfiles de médicos y enfermos, sino que *ha mutado el espectro morboso* al que el clínico debe enfrentarse. Si en el transcurso del siglo pasado se han dado oficialmente por desaparecidas enfermedades tales como la viruela (aún con la amenaza latente de reaparición como bioterrorismo) y el sudor miliar, nos aprestamos ahora a considerar como erradicado otro azote temible, la poliomielitis.

En el ámbito local, recuerdo la alta incidencia de enfermedades hídricas —en especial, salmonelosis tíficas— en los años 50-60; me parece ahora increíble que en esa etapa registráramos en el Servicio de Medicina cerca de 500 casos de brucelosis en un año... Otro tanto sucedía con la fiebre reumática y sus muy onerosas consecuencias valvulopáticas. Rememoro aquí mi escepticismo cuando se nos anunciaba desde USA el ocaso del que Marañón llamaba con justicia reumatismo cardio-articular, en beneficio del avance de las colagenosis, lupus eritematoso sistémico en muy primer plano.

Todo este panorama se ha modificado, pero a su vez ha surgido una nueva patología, procesos tan complicados como el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, o la recrudescencia de otros hasta límites insospechados: alergias (asma especialmente), determinados tipos de tumores (pulmón, colon, mama) y, por sobre todo, las

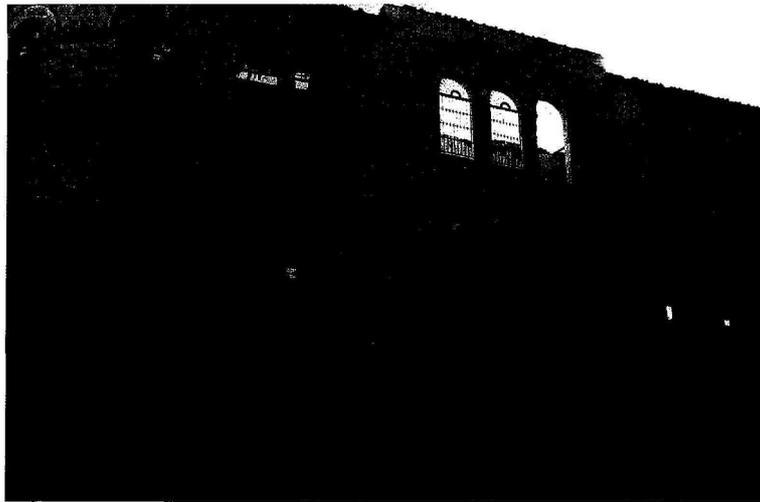
afecciones cardiovasculares alentadas por hipertensión y aterosclerosis.

Aún hay que hacer alusión a nuevas modalidades de praxis médica: la que los anglosajones denominan *Managed care* o medicina gestionada, que se impone en el contexto hospitalario. El Servicio o Departamento en el hospital debe definir sus objetivos, presupuestar sus gastos con los que hacer frente a las necesidades de personal y material, procurando un rendimiento eficiente, es decir un beneficio en salud proporcionado al coste. No vale limitarse a practicar una medicina eficaz (dotada de virtudes curativas), sino que ha de ser eficiente (máximo aprovechamiento de los recursos destinados a sanar).

Esos recursos sanitarios no son infinitos y, ahora más que nunca, hay conciencia del encarecimiento de la medicina.

Finalizaremos esta primera parte significando el fenómeno de la *aplicación de la informática a la medicina*. Nos llevaría muy lejos tratar de entrever hasta qué punto va a modificar, está ya modificando, las perspectivas asistenciales, docentes e investigadoras. Por lo pronto el ordenador figura en el gabinete del médico como instrumento habitual (más utilizado que el fonendoscopio o las manos en la exploración del paciente, circunstancia que por cierto deploro). Es imprescindible para el archivo de historias clínicas, protocolos, etc.

La docencia puede revolucionarse, ya que el caudal de conocimientos al que el médico accede a través de la red es inmenso, abrumador. Peligra el uso del libro y revista en papel



*Hospital de San Juan de Dios.*

como instrumentos de progreso en el conocimiento.

La difusión de conocimientos en el Proyecto Genoma Humano a través de Internet ha sido todo un ejemplo colaborativo.

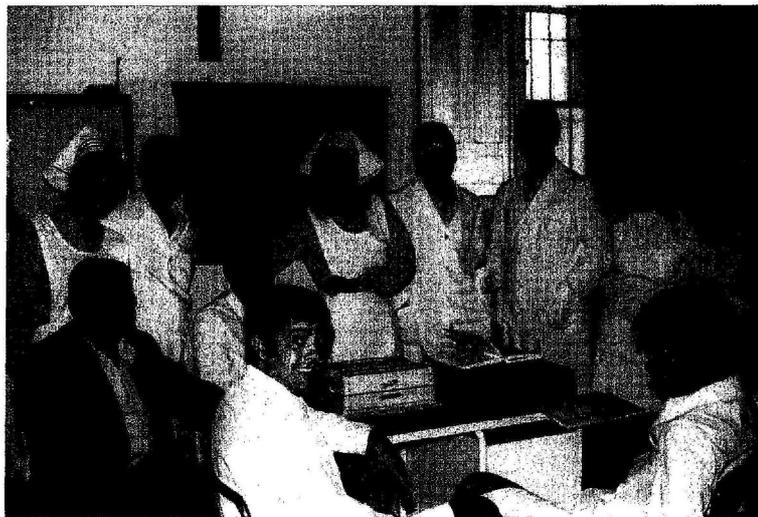
Podríamos sintetizar lo que antecede diciendo que en la segunda parte del siglo pasado el panorama médico se ha modificado de modo tal que, no sólo nuestros predecesores y maestros, sino nosotros mismos que hemos sido sus fieles testigos, no podíamos ni soñar. El devenir de la ciencia médica en un futuro no lejano probablemente entrañará progresos que empequeñecerán los avances que hoy nos ufanan.

## II

El relato de los protagonistas de la medicina giennense en los últimos

50 años será mucho más concreto y, obviamente parcial, porque estará enfocado al desarrollo de la Medicina Interna en nuestra tierra. Tras un reconocimiento muy merecido de algunas personalidades señeras en la medicina giennense que nos abandonaron en este último medio siglo, me centraré en la reseña de mis propias vivencias, como miembro de un Servicio de Medicina Interna. En estas vivencias, he contado con la inestimable ayuda del Dr. D. Antonio Salido Sánchez. El Dr. Salido se ha especializado no solamente en Endocrinología, sino como auténtico cronista de la medicina de Jaén, y su valiosa colaboración sin duda enriquece este trabajo.

Quiero, en primer lugar, resaltar la figura de *Eduardo Arroyo Sevilla* (1885-1962). Su actividad se centró



*Miembros del servicio de medicina interna en el hospital de San Juan de Dios.*

18

principalmente en la primera mitad del siglo, bien que tuve la oportunidad de conocerlo a poco de mi llegada a Jaén, a finales de los cincuenta. Fue un auténtico pionero de la Medicina Interna, y aun siendo el más destacado clínico de su época, desbordó ampliamente este campo para convertirse en experto en técnicas de laboratorio, electrocardiografía, etc., que él introdujo en Jaén. Hombre de vasta cultura, era un enamorado de la música (y notable violinista) maestro en fotografía e interesado por la arqueología. Sobre sus personales hallazgos arqueológicos versó su discurso de ingreso en el Instituto de Estudios Giennenses. No es posible silenciar la personalidad de su hermano, *Gabriel Arroyo Sevilla*, el gran introductor de la Radiología en la Beneficencia

Provincial, donde dejó una estela admirable de bien hacer en detrimento de su salud y hasta de su vida, siendo especialmente notable su comportamiento durante la contienda civil del 36 al 39. No tuve la fortuna de conocerlo, ya que falleció dos años antes de mi incorporación.

Sabía de *Luis Sagaz Zubelzu* antes de llegar a Jaén, por lo mucho y bueno que de él se hablaba en Granada, mi tierra natal. Por lo mismo, me convertí en asiduo asistente a sus sesiones clínicas, preñadas de sabiduría y experiencia. Me percaté de inmediato de que D. Luis era un mito entre los suyos y en el ambiente del Sanatorio que ahora perenniza su nombre. La Tisiología primero y luego la Neumología en su conjunto contaron con un experto médico y enorme cirujano,

con un hombre de gran corazón y un maestro de muchos médicos. Tuve la honrosa responsabilidad de asistirle en dos quiebras severas de su salud; y aún le recuerdo como enfermo sumiso y agradecido. Cuando releo la dedicatoria de su libro *El absceso de pulmón idiopático*, me siento emocionado.

Su fama rebasó justificadamente fronteras. Fue el primer Director del Instituto de Estudios Giennenses.

Debo declarar que mi llegada a esta bendita tierra tuvo mucho que ver con la tercera personalidad que he seleccionado en mi relato: *Juan Pedro Gutiérrez Higuera* (1901-1978). Médico y Dr. en Derecho, lo fue todo en Jaén: Alcalde, Presidente de la Diputación Provincial, Decano de la Beneficencia Provincial e impulsor de la Psiquiatría en Jaén, culminando su labor con la construcción y puesta en marcha del Sanatorio de los Prados, en donde creó una verdadera escuela de especialistas (Carlos Gutiérrez, Pedro Camy, Manuel Durán ...). Hombre dotado de gran inteligencia y sentido del humor, decidió que el cuerpo médico de beneficencia necesitaba un internista como coordinador de los otros especialistas, y —desde su puesto de Presidente del organismo provincial— promovió esa oposición, que a la postre, al ganarla, decidió el futuro de mi vida profesional. Con D. Juan Pedro mantuve una muy relación estrecha con motivo de nuestras andanzas durante la construcción del Princesa de España, junto al entonces Gerente del hospital y siempre fraternal amigo Jose Luis Villagrán Escobar. Sin duda, era

uno de los hombres más inteligentes que he conocido en Jaén.

*Fermín Palma García* (1886-1970) fue otra muy destacada personalidad médica que, por cierto, recorrió una trayectoria muy pareja a la del Dr Higuera. En efecto: también ejerció como Alcalde de Jaén y Presidente de la Diputación, Decano de la Beneficencia Provincial, y a ambos se les otorgó el título de Hijos Adoptivos y las Medallas de Oro de Jaén y su Provincia. Sus nombres figuran en el callejero de esta ciudad. Lo que más interesa resaltar, en todo caso, es su categoría médica: como cirujano, incorporó las técnicas quirúrgicas de índole fisiopatológica desarrolladas en la primera parte del siglo, siendo por lo mismo un auténtico innovador de la Cirugía en nuestra tierra. Fue hijo de un médico accitano, y padre y abuelo de una auténtica saga de médicos que han marcado con su sapiencia y bien hacer toda una época de esta ciencia en Jaén y más allá.

Tengo un respeto y recuerdo especial por *Eduardo García Triviño*. Formó parte del tribunal de mis oposiciones, y recibí de él todo su apoyo y confianza, que mantuvo firme a lo largo de muchos años de labor compartida. D. Eduardo no solamente fue un tocoginecólogo prominente, que llevó la especialidad a cotas extraordinarias en su condición de Director de la Maternidad Provincial; también gozaba de unas dotes muy destacadas como conferenciante y una capacitación de auténtico maestro: me sorprendió su primera intervención en una sesión clínica del Hospital Provincial, y no pude menos que exclamar: ¡Qué cate-



*Homenaje de los jefes del servicio de medicina interna al Dr. Sillero.*

drático ha perdido nuestra Facultad! A su lado, Pío Aguirre, G. Oliveros, Eduardo García Triviño Jr. y tantos otros dieron igualmente probadas muestras de su categoría. Descubriré una anécdota que muestra la firmeza de sus convicciones: cuando se concluyó la construcción del Princesa de España, se suscitó la disyuntiva de si él como Director de la Maternidad o yo por igual cargo en el Hospital debería ser el que tomara la dirección de la nueva institución. En contra de mi propio parecer, apostó muy decididamente por mí, en consideración a la condición de internista y por lo mismo coordinador de las diversas labores médicas.

El último de esta media docena de admirables hombres de ciencia es, de hecho, un especialista al que conocí me-

nos, pero por el que sentí pronto una gran fervor. Me refiero a *Antonio Beltrán Alonso*, un insigne dermatólogo de la Beneficencia Provincial y autoridad mundial —así, como suena— de la leprología. Sé de sus relaciones epistolares con especialistas rusos, y de su labor frente a una enfermedad de la que Jaén, desgraciadamente, ha soportado una endemia destacada. Otra anécdota: me remitió una paciente joven con pigmentaciones peribucales, orales y digitales, con la intuición de que aquella melanosis debía corresponder a una enfermedad sistémica: el tiempo le dio la razón, cuando detectamos una poliposis intestinal causante de suboclusiones recidivantes. Se trataba, en efecto, de un síndrome de Peutz-Jeghers. Ha sido el único



*Homenaje del servicio de medicina interna provincial al Dr. Sillero.*

caso de tal proceso que he presenciado a lo largo de mi vida profesional. Paso ahora a evocar los años de mi vida profesional como médico de la Beneficencia Provincial. El 1-febrero-1957 llegué a Jaén para incorporarme como médico internista de la Beneficencia Provincial, cargado de ilusiones y también de temores. La impresión que obtuve, al cabo de no demasiado tiempo de estar aquí, puede calificarse de agri dulce: por un lado, el lugar de trabajo era un viejo hospital infradotado, inhóspito (valga la paradoja), en el que se me antojaba difícil cumplir mis objetivos de desarrollar una labor médica parecida a la que había vivido en el Hospital Universitario de Granada, en la Cátedra de Patología General. Por otro, tuve la fortuna de integrar-

me en una plantilla de grandes profesionales, con los que pude convivir con provecho muchos años.

He aquí el equipo médico inicial, tal y como estaba integrado a mi llegada:

- *Decano de la Beneficencia y Oftalmólogo, Ramón Sánchez-Palencia Batmala.*
- *Director del Hospital y ORL, Manuel Segovia Morón.*
- *Traumatología, José María Comas Tarragona.*
- *Cirugía General, Ángel Salas Navarrete.*
- *Medicina y Cirugía de Aparato Digestivo, Fermín Palma Rodríguez.*
- *Dermatología y Venereología, Antonio Beltrán Alonso.*
- *Pediatría, Manuel Bueno Fajardo.*
- *Urología, Enrique Alcázar Luque.*

- *Tisiología y Enfermedades Infecciosas*, Gregorio García Sedeño.
- *Radiología*, Gabriel Arroyo Guerrero (Adjunto: José Dolset Chumilla).
- *Anatomía Patológica*, Abelardo Moreno Quesada.
- *Laboratorio*, Abelardo Moreno Quesada y más tarde Ricardo Cobo Gallardo.
- *Anestesia y Hemoterapia*, Guillermo Castillo Fernández.
- *Estomatología*, Nicolás Fernández Capón.
- *Farmacia*, Manuel Lombardo Mata.
- *Medicina Interna, creada entonces, tuvo vigencia como Servicio integrado tras la jubilación del Dr Fernández Cañadas.*

Para todos ellos, mi recuerdo emocionado y respetuoso, como auténticos aliados en la desigual lucha contra la patología entonces reinante.

El hospital San Juan de Dios, viejo de tres siglos, tenía una estructura y dotación sumamente deficientes. El Servicio de Medicina Interna incluía dos amplias salas de mujeres (Santa Catalina y Santa Isabel), a las que luego se sumó la de hombres (San Lorenzo), que había estado a cargo de D. Tomás Fernández Cañadas hasta su jubilación. Eran salas de muchas camas (60 en total: 40 mujeres y 20 varones), con lechos situados en demasiada proximidad unos de otros, y con un ambiente adverso, que en épocas invernales resultaba especialmente gélido. Tanto, que retirar las ropas que cubrían a los pacientes para explorarlos, era una auténtica prueba, difícilmente exigible y reali-

zable. Cuando fui revisando la enfermería allí ubicada, me percaté de inmediato de que estaba integrada más por pobres y desvalidos que enfermos auténticos. El frío, el hambre, la soledad y el desamparo eran motivos de ingreso, como el tener que aplicarse «unas inyecciones de calcio». Hubieron de pasar años antes de que aquél asilo modificara su contenido y existiera un número apreciable de pacientes agudos.

Carecía de consulta: apenas existía un pequeño cuarto de curas entre las dos salas de mujeres, y, aparte algún instrumental para el practicante D. Juan Castillo, no había nada de utilidad para el médico: un fonendoscopio vetusto fue todo lo que hallé, ni tan siquiera mesa de exploración, tensiómetro ni, por supuesto, historias clínicas. Y estaba solo, como único médico del Servicio, y así seguí hasta que se me asignó un médico interno, Ángel González Tejedor. Un gran chico, que conectó conmigo extraordinariamente.

Pese a todas las dificultades, progresamos. Eso sí, lenta y penosamente, ya que los presupuestos de la Diputación Provincial para atenciones sanitarias eran notoriamente insuficientes. Al cabo de 7-8 años, conseguí un aparato para radioscopia (carente de protección, y utilizado ya en otros Servicios) y hasta un electrocardiógrafo. Hasta entonces, cuando precisaba un ekg, debía llevar mi propio y modesto monocal. Seguía el frío, por lo que hube de concentrar el instrumental más sensible a los cambios térmicos en una pequeña habitación de no más

de 12 m<sup>2</sup>, en la que colocamos una estufa de butano: allí fueron a parar el electrocardiógrafo de inscripción por tinta (que de otro modo quedaba congelada), metabolímetro, reflexograma aquileo, etc.

Refiero estos detalles como prueba de que las condiciones adversas no son óbice para ir constituyendo un equipo médico y, si se quiere, una escuela. Casi sorprendentemente, muchos médicos de excelente formación se sintieron atraídos por la medicina científica, de base bioquímica y fisiopatológica. Dos exigencias se inculcaron en el Servicio:

- Un decidido propósito, verdadera pasión, por ahondar en el conocimiento de la medicina.
- Respeto y adicción al enfermo, objetivo último de aplicación de ese saber.

No hubo incentivos económicos que atrajeran al personal. Ni horarios prefijados. Si la labor asistencial era matutina, las tareas docentes se ofrecían por las tardes, amén de visitas extemporáneas a pacientes en estado crítico.

La docencia en el San Juan de Dios, sin la pretensión de ser modélica, fue desde luego variada y efectiva:

- Sesiones clínicas del Servicio y del Hospital en su conjunto.
- Mesas Redondas.
- Cursos en conexión con el Instituto de Estudios Giennenses.
- Publicaciones.
- Colaboraciones con cátedras de Medicina Interna (Granada, Sevilla, Córdoba, Madrid).
- Enseñanza de Enfermería.

- Asistencia a Reuniones y Congresos.

En 1968, fue elegido Director del Hospital por su propio cuerpo médico, a partir de una terna propuesta por la Diputación Provincial. Dentro de nuestras posibilidades, seguimos avanzando: se creó una sala de atención preferente y continuada, remedo de lo que luego serían las UCI; se inició la hemodiálisis, primero experimental (en perros) y luego clínica (en humanos); se estableció un concierto con la Seguridad Social para atender a una parte de la creciente masa de usuarios del seguro que debían ser hospitalizados...

Pero el hospital (y con ello la propia Beneficencia Provincial) estaba herido de muerte. Los pacientes de la Seguridad Social que nos ingresaban pedían pronto el alta al comprobar las deficiencias de nuestras instalaciones. Cuando la situación parecía más crítica, se produjo la providencial llegada a la cabecera de la Diputación de Ramón Palacios, que se comprometió de inmediato en la construcción de un nuevo hospital, el «Princesa de España», que abriría sus puertas el 23 de octubre de 1973. La Beneficencia se salvó entonces, y vivió en su nuevo hospital cuatro lustros de labor eficaz y hasta brillante. Su muerte definitiva ocurriría en 1993. Pero eso es otra historia.

A partir de la apertura del Princesa de España, pudo llevarse a cabo una labor asistencial propia de un hospital moderno y suficientemente dotado. Se estableció una corriente general de entusiasmo y fervor en

todos aquellos que habíamos vivido tiempos difíciles, superando todos los obstáculos inherentes a la puesta en marcha de algo tan complejo como un hospital. Nuestro centro se distinguió desde el inicio por un sello característico: el trato humanitario hacia sus pacientes.

La plantilla médica quedó remozada por la incorporación de nuevos jefes de servicio y especialistas:

- *Toco-Ginecología, Eduardo García Triviño (senior y más tarde junior)*
- *ORL, José Antonio Rosell Antón*
- *Oftalmología, Ramón Sánchez-Palencia Relaño (Jefe de Servicio) y Ángel Sánchez-Palencia Relaño (Jefe Clínico)*
- *Dermatología, Manuel Larrotcha Torres*
- *Traumatología y Cirugía Ortopédica, Antonio Palma Rodríguez*
- *Pediatría, Miguel Ángel Bueno Sánchez*
- *Laboratorio, Miguel Ruiz Martín*
- *Estomatología, Manuel Segovia Velasco*
- *Rehabilitación, Rafael Dorado.*

El Servicio de Medicina Interna amplió su cuadro médico, clasificado ya en estos cinco estamentos: Jefe de Servicio, Jefes Clínicos, Adjuntos, Residentes-Internos y Becarios; diversas especialidades médicas quedaron englobadas dentro del Servicio, actuando de este modo con gran economía de recursos. Pero no es mi intención escribir una crónica de su funcionamiento, sino dar alguna pincelada sobre la vertiente más significativa de un Servicio que quiere hacer escuela: la enseñanza médica.

La docencia quedó establecida a dos niveles: el particular del Servicio, en forma de sesiones clínicas diarias, a primera hora de cada jornada, y sesiones del hospital en su conjunto, que se impartían los sábados durante dos horas de la mañana. Estas sesiones clínicas generales, en las que Medicina Interna jugó un papel prevalente, se convirtieron pronto en un Curso de Enseñanza Médica Continuada que duraba nueve meses y contaba con una elevada asistencia (próxima al centenar) de médicos que acudían desde todo el ámbito provincial, toda vez que fue apoyado y hasta co-patrocinado por la Sociedad Española de Medicina Rural (SEMER), gracias a la labor entusiasta, eficaz y convencida de su representante en Jaén, Ramiro Aguilera Vaquero. Y siguiendo el prudente consejo del gran maestro Gregorio Marañón («conferencia que no se escribe, conferencia que se pierde»), la docencia de estos cursos se trasladó a una publicación titulada *Anales del Centro Hospitalario Princesa de España*.

La magnitud de esta labor queda condensada en unos simples datos:

- Número de volúmenes publicados: 18.
- Años de edición: 1976-1993.
- Número total de artículos incluidos en Anales: 714.
- Número de autores: 164.

Es de significar la ayuda invaluable que el Jefe del Servicio de Medicina Interna recibió de otros dos compañeros de claustro: José Antonio Rosell Antón y Gabriel Arroyo Guerrero. Sin su concurso, difícilmente

podría haberse llevado a cabo esta compleja tarea docente.

Otros cursos, reuniones, mesas redondas, simposios, etc., no promovidos por nuestro Servicio (Coloproctología, ORL, Neurología...) merecen también justo recuerdo.

Resultaron además muy instructivas las Conferencias de Mortalidad, con el papel rector del equipo de Anatomía Patológica.

Hora es ya de dejar constancia de los hombres y nombres que, en uno u otro momento, a título de libreyentes o integrados orgánicamente en el grupo, estuvieron vinculados durante estos 35 años, en algún período, al Servicio de Medicina Interna de la Beneficencia Provincial. Son, a la postre, la razón de ser de este artículo y del propio Servicio.

- Francisco Mateas Ruiz .
- Miguel Valverde Yáñez.
- Antonio Salido Sánchez.
- Juan Solís Rostaing.
- Francisco Fernández Montero.
- Juan Bautista Armenteros Lechuga.
- José Luis Ramos Ruiz.
- Eusebio Suárez Fernández .
- Bernardo Camacho Muñoz.
- Raimundo Fernández Montero.
- Alejandro Merino Angulo.
- Dionisio Carrillo Ortiz.
- Manuel del Castillo Hernández.
- Blas Jiménez Araque.
- Ana Serrano Ortega.
- Josefa Martínez Ramírez.
- Agustín Colodro Ruiz.
- José Antonio Maradona Hidalgo.
- Ángel González Tejedor.
- Agustín Carrillo Garrido.

- Ramón Obra Cuadra.
- José Antonio Rodríguez Puche.
- Felipe Molina Molina.
- Antonio Liébana Cañada.
- José Carlos Vargas Machuca Caballero.
- Benito Sánchez Alcalá .
- Francisco Javier Torres Segovia.
- José Ramón Suárez Pañeda.
- Alfonso Cantero Valenzuela.
- Evelio José Perea Pérez.
- Juan de Dios Colmenero Castillo.
- Francisco Cátedra Pérez.
- Vicente Silvestre Teruel.
- Rafael Maza Montero.
- Antonio Calle Ocaña.
- José Luis Barella Balboa.
- José Luis Pérez Salvador.
- Francisco Cobo Sánchez.
- Pablo Cordón Morales.
- Raimundo Alcázar López.
- Gabriel Ureña Castro.
- José Zoyo Elvira.
- Rolando Andrade Tejada (Honduras).
- Cecilia Megias (Ecuador).
- Isabel Rodríguez.
- Juan Mulero Mendoza.
- Francisco Anguita Vallejo.
- Julián Palomino Nicás.
- Francisca Alba Ruiz.
- Rafael García García.
- Antonio Vivas Molina.
- Inmaculada Faraco Atiénzar.
- Inmaculada Ortiz Ponferrada.
- Juan Moreno Jiménez.
- Amparo Moreno Carazo.
- Isabel Ballesta Rodríguez.
- Manuel Laurenti Soler.
- María del Carmen Aylón Moliner.
- Antonio Yun Casalilla.

- Ramiro Aguilera Vaquero.
- Rafael Ocaña Contreras.
- Ramiro Aguilera Tejero.
- Félix Molina Gómez.
- Claudio Gómez Martín.

Es obvio que, tras una etapa formativa/informativa en nuestro Servicio de Medicina Interna de la Beneficencia Provincial, se produjo la natural diáspora, y muchos de ellos optaron por otras especialidades, en las que alcanzaron por lo demás puestos relevantes. Modestamente, creo que la semilla sembrada en la etapa que comentamos dio sus frutos.

Aparte de los testimonios personales que reiteradamente hemos recibido, me permito recordar el comentario de un gran catedrático de Oftalmología de la Facultad de Medicina de Granada, el profesor Buenaventura Carreras Mata, acerca de las ventajas esa visión holística que entraña nuestra especialidad: «nunca agradeceré bastante los dos años que pasé en un Servicio de Medicina Interna antes de abordar la especialización oftalmológica».

Es de justicia recordar a otros clínicos que, en la etapa examinada, han estado a la cabecera de Servicios de Medicina Interna en la provincia de

Jaén; algunos de ellos, como queda indicado en la lista previa, tuvieron un contacto más o menos prolongado con nuestro Servicio:

Francisco Mateas Ruiz, Francisco Fernández Montero, Miguel Rodrigo Moreno, José M.<sup>a</sup> Garijo Forcada, Alfonso Cantero Valenzuela, Pedro Castillo Higuera y Nicasio Marín.

Cometería un grave olvido si no concluyera este relato con una evocación aún más entrañable: la de los técnicos sanitarios no médicos que colaboraron en el Servicio de Medicina Interna, entregados en cuerpo y alma a su labor, en forma tan eficaz que permitieron que nuestra tarea fuera posible y llevadera. Los nombres inolvidables de Sor María, Sor Elena, Sor Pilar, Sor Matilde, Sor Florentina, Fernando Castro, Juan Castillo, María Esteban, Rosario Jaraba, Luisa, Lucía, Victoria, y un largo etcétera, cuentan con nuestro reconocimiento y profundo afecto.

Debo pedir disculpas por las omisiones (injustas, pero inevitables) que se hayan producido en este trabajo retrospectivo: son el fruto de una memoria ya frágil, que empieza a traicionar a un médico cargado de años.

---

**J. Sillero E. de Cañete**

---

---

## Referencias bibliográficas

---

1. ANNAS, GJ. *The rights of patients*. University Press. Carbondale: Southern Illinois. 1989.
2. BEAN, WB. Origin of the term of «Internal Medicine». *N. Engl. J. Med.* 1982. 306:182-183.
3. BERNARDO, C. *Introducción al estudio de la Medicina Experimental*. Universidad Nacional Autónoma de México. 1994. Versión de José Joaquín Izquierdo.
4. CARRIERE, JC.; DELUMAU, J.; ECO, U.; GOULD, S. *El fin de los tiempos*. Anagrama. Barcelona, 1999.
5. CASTILLO RUEDA, A.; PORTUGAL ÁLVAREZ, J. Proyecto técnico y de gestión de funcionamiento de la unidad asistencial de Medicina Interna. *An. Med. Int.* 2004. 21:31-38.
6. COOTER, R.; PICKSTONE, J. *Medicine in the 20<sup>th</sup> century*. Harvard Academic Publishers. Amsterdam. 2000.
7. EDITORIAL. The 100<sup>th</sup> Congress of the German Society for internal Medicine. *Praxis Magaz. Med.* 1994. 5:88-90.
8. EDITORS. Looking back on the millennium medicine. *N. Engl. J. Med.* 2000. 342:42-49.
9. ENGELHARDT, HL.- *Los fundamentos de la Bioética*. Paidós. Barcelona. 1995.
10. FIBLA, C. *Debate sobre la eutanasia*. Planeta. Barcelona. 2000.
11. GIMENO, A. *El cólera morbo según el doctor Koch*. Pascual Aguilar. Valencia. 1884.
12. KREHL, L. *Handbuch der inneren Medizin*. Halle. 19001. (Edición española, 1921).
13. LAÍN ENTRALGO, P; y OTROS. *Historia Universal de la Medicina*. Salvat. Barcelona. 1972.
14. NULAND, S. *Cómo morimos*. Alianza Editorial. Madrid. 1995.
15. PACHO JIMÉNEZ, E. Consentimiento informado. El problema de la información. *An. Med. Int. XII Congreso de la SEMI*. 15:64-66.
16. PEDRO PONS, A. *VIII Reunión de la Sociedad Española de Medicina Interna*. Madrid, 1969.
17. RICO IRLES, J. La Medicina Interna en la encrucijada. *Sem. Med.* 2005. 57:1:47-50.
18. RIDLEY, M. *Genoma. La autobiografía de una especie en 23 capítulos*. Taurus. Madrid. 2000.
19. SALIDO CARRASCO, MR.; SALIDO SÁNCHEZ, A. Crónica de un siglo. *Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la provincia de Jaén*. 2001. Torredelcampo (Jaén).
20. SÁNCHEZ RON, JM. *El siglo de la ciencia*. Taurus. Madrid. 2000.
21. SCHROEDER, SA. The troubled profession: is medicine's glass half full or half empty? *Ann. Intern. Med.* 1992. 116:583-592.
22. SILLERO-FERNÁNDEZ, JM. Evolución de la Medicina Interna en un siglo. *Sem. Med.* 2002. 54:1:114-119.
23. SILLERO-FERNÁNDEZ, JM. *Medicina y Vida (I)*. Pags. 387-390. Inst. Est. Gien. Jaén. 1998.
24. SILVER, LM. *Vuelta al Edén*. Taurus. Madrid. 1998.
25. STRÜMPELL, A. *Lehrbuch der speziellen Pathologie und Therapie der inneren Krankheiten*. Leipzig, 1883.

