



EVOLUCION DE LA ASISTENCIA
SANITARIA EN CIRUGIA GENERAL EN
EL PERIODO SEGUNDA MITAD DEL
SIGLO XX Y PRIMERA DÉCADA DEL
SIGLO XXI; ANALIZADA DESDE “MI
OBSERVATORIO” DEL HOSPITAL
GENERAL DE ALICANTE



DR. D. ANTONIO ARROYO GUIJARRO

Alicante, 12 de marzo de 2015

EVOLUCION DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN CIRUGIA GENERAL EN EL PERIODO SEGUNDA MITAD DEL SIGLO XX Y PRIMERA DECADA DEL SIGLO XXI, ANALIZADA DESDE “MI OBSERVATORIO” DEL HOSPITAL GENERAL DE ALICANTE.

Excelentísimo Sr Presidente de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana.

Ilustrísimos señores Académicos.

Queridos compañeros, amigos y familiares.

Señoras y Señores.

Es para mí un gran honor y un momento de especial emoción el estar en este estrado dirigiéndome a tan selecta representación de la ciencia y la sociedad, lo cual era para mí impensable antaño, lo que incrementa mi agradecimiento a esta noble institución académica. A continuación con su venia paso a exponer el discurso protocolario que espero no les canse.

INTRODUCCIÓN. DESDE MI BIOGRAFIA

Creo que cuando uno está invitado a disertar ante un auditorio de elevada cualificación en el ámbito cultural, como el que hoy se da cita en este foro, el conferenciante lo más razonable que debe hacer es hablar de lo que conoce y ha vivido a lo largo de muchos años en su profesión, es decir DISERTAR DESDE LA EXPERIENCIA. Esta es la razón que me guio en la elección del tema y del largo título del discurso, en el que inevitablemente domina el subjetivismo, por lo que pido disculpas a este docto auditorio

He tenido la satisfacción de haber ejercido la profesión en la gran etapa de desarrollo de la asistencia sanitaria, tanto a nivel social como tecnológico y consecuentemente en eficacia terapéutica, a TODA LA CIUDADANIA española, independientemente de sus medios económicos. La Cirugía General mejoró espectacularmente sus resultados, tanto en curaciones, como en disminución de la morbilidad en pocos años, viéndose reforzada su eficacia con la incorporación de las especialidades surgidas de su robusto tronco, de tal forma que el temor al

quirófano por parte de los ciudadanos hoy es un liviano sentimiento de inquietud e incertidumbre.

En estos momentos me siento un privilegiado actor gracias al escenario propiciado por la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana, la cual creo que ha valorado más el conjunto de mi trayectoria profesional de medio siglo que el haber aportado relevantes logros en investigación o curación, que no los ha habido; utilizando un símil con el atletismo deportivo, me identifico con el corredor de fondo más que con el velocista brillante y espectacular. Por esta razón considero mi obligación el comenzar mi monólogo teatral y al final cada uno de los presentes emitirá su juicio interno.

Mi infancia transcurrió en un pequeño pueblo de la provincia de Cuenca (San Lorenzo de la Parrilla); nací un 14 de febrero de 1937, en plena guerra civil; fuimos ocho hermanos, mujeres y hombres a partes iguales; pobreza y sacrificio eran dominantes en aquellos días; la primera enseñanza la recibí en la Escuela Nacional. Tras la decisión de mis padres (Eugenia y Gregorio) de trasladar a la familia a una ciudad donde los hijos pudiéramos estudiar el Bachillerato, la elección fue Albacete. Allí completé todo el periodo de Bachiller en el Colegio Calasancio, con muchas horas de trabajo y cambios de planes de estudio, desapareciendo el “temible” Examen de Estado e instaurándose la Selectividad y el Preuniversitario.

Los estudios de Medicina los realicé en Valencia, bajo el plan de siete cursos, el primero o selectivo en la Facultad de Ciencias y los seis restantes en la Facultad de Medicina, licenciándome en el año 1961. En aquella época los Catedráticos ejercían la docencia como su SAGRADO MAGISTERIO, con acento dogmático.

A esta licenciatura tengo que sumar el “Master de Servicios a la Patria” con el servicio militar universitario, que se realizaba en dos veranos en el campamento de Montejaque de Ronda (Málaga), saliendo con el grado de Alférez de Complemento de Milicias Universitarias.

A continuación expondré sucintamente como he vivido el medio siglo de mi ejercicio profesional desde mi licenciatura en junio de 1961.

Mi primer contacto con el ejercicio de la Medicina fue en el ámbito hospitalario de la Residencia Sanitaria “20 de Noviembre” de Alicante, como Médico Residente Asistencial durante dos años, que tuvo su continuación como Médico Residente Becario en Oviedo, en el Centro de Rehabilitación Laboral durante 2 años, tras los cuales regresé a Alicante con el nombramiento de Ayudante de Cirugía General de D. José Maroto Sempere, compatibilizando con la ayudantía de Traumatología de D. Andrés Gascañana. A ello tengo que unir la actividad docente en la Facultad de Medicina, en las Escuelas de Enfermería de la Seguridad Social y Cruz Roja y la pertenencia a la Junta Directiva del Colegio de Médicos, primero como Vicesecretario (1976-1988) y recientemente como Presidente de este Ilustre Colegio (2008-2014).

A continuación quiero justificar el porqué de la elección del título de este discurso, tras repetidos momentos de reflexión. Inicialmente por mi mente pasó el titularlo Historia de la asistencia quirúrgica...., pero me pareció pretencioso, ya que no soy ni historiador y menos escritor y sí un aficionado en ambos oficios; por otro lado las fuentes que requiere una historia académica deben ser de una robustez adecuada, por lo que me decanté por llamarlo RELATO o narración, pues solo pretendo relatar desde mi vivencia cómo ha evolucionado la practica quirúrgica en el medio siglo pasado desde mi principal observatorio del ejercicio profesional, que se llamó Residencia Sanitaria “20 de Noviembre” y con el devenir de los tiempos se materializó con el actual nombre de Hospital General Universitario de Alicante (HGUA). Hasta que en 1978 se inauguró el Hospital de Elche fue la referencia institucional fundamental de la provincia de Alicante, en materia de asistencia sanitaria socializada.

La fortaleza de lo que a continuación expondré la proporciona la convivencia diaria con la Cirugía en la Seguridad Social, y en menor proporción con la práctica privada; por ello considero oportuno citar lo que se dijo de ABU-CASIS, el mejor operador que produjo el islamismo en el siglo X, que logró que la Cirugía pasase a profesión respetable, el cual hablaba de lo “visto con sus ojos y practicado con sus manos”.

En el aspecto estructural he elegido ordenarlo por partes, centradas en peculiaridades asistenciales, sociales, organización de recursos humanos, incorporación de la formación MIR y la nueva tecnología.

PRIMERA PARTE. ETAPA PRETECNOLOGICA

Antes de entrar en el núcleo central de esta parte del discurso es justo el hacer, al menos una breve referencia a la práctica quirúrgica de los años cincuenta, periodo previo a la inauguración del centro hospitalario al que yo he utilizado como “mi observatorio”, y surgen los nombres de Hospital Provincial San Juan de Dios, donde actuaron los prestigiosos cirujanos alicantinos D. José Clavero y D. Carlos Van-Der Hofstadt, Hospital de la Cruz Roja con los cirujanos D. Andrés Gascañana (padre e hijo), Hospital Militar con el cirujano D. Benjamín Carreras, Hospital de la Obra Sindical 18 de Julio, Sanatorio Perpetuo Socorro, Sanatorio Climent donde operaban los cirujanos del Seguro Obligatorio de Enfermedad y muchos otros que pertenecen a lo que yo me permito llamar respetuosamente “protohistoria preresidencia sanitaria”, y que es merecedora de

que alguien entre en su entraña y lo refleje en un libro; animo a algún sanitario o historiador alicantino a que emprenda esta aventura.

Convencionalmente, esta etapa que denomino pretecnológica, viene marcada por la inauguración de la Residencia Sanitaria “20 de Noviembre” el mayor centro hospitalario quirúrgico de la provincia en el año 1956, donde se tenían que operar los pacientes de la Seguridad Social. Con ello se integra la práctica quirúrgica de todas las especialidades reconocidas hasta entonces con unas instalaciones planificadas con criterios funcionales modernos y estructura vertical del edificio y sus comunicaciones, a lo que hay que añadir en nuestro caso un gran lujo arquitectónico; con la denominación de Residencia Sanitaria se pretendió alejarse del “peyorativo” Hospital de Beneficencia tradicional.

Su construcción estuvo inspirada en la política social de protección al trabajador tras la promulgación de la Ley 14 de Diciembre de 1942 que creó el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE), estableciendo un régimen de protección frente a las situaciones de enfermedad de trabajadores asegurados y familiares a su cargo. La asistencia sanitaria del SOE incluía únicamente hospitalización para tratamientos quirúrgicos y obstétricos, pero no médicos. En 1953 su protección alcanzaba solo al 30% de la población.

Los especialistas al servicio de la Seguridad Social lo hacían con la asignación de un CUPO, variable en el número de asegurados según especialidades, en Cirugía General debía ser como mínimo de 12.000 cartillas, y por el cual cobraban, y a los que tenían la obligación a asistir; la distribución de cupos se efectuaba por la Dirección Provincial del Instituto Nacional de Previsión (INP).

En Cirugía General el equipo lo formaban un Jefe y un ayudante propuesto por aquél. Anteriormente a la apertura de la Residencia Sanitaria las intervenciones quirúrgicas se realizaban en los Sanatorios de la ciudad o de la provincia.

En 1956 se inaugura la Residencia Sanitaria donde se prestará asistencia quirúrgica a los asegurados y sus familias en las siguientes especialidades:

- Cirugía General
- Traumatología
- Oftalmología
- Otorrinolaringología
- Ginecología
- Obstetricia

Inicialmente las urgencias eran atendidas con el criterio de cupo y por su cirujano, aunque en un corto plazo se llegó al acuerdo de establecer un turno de guardias entre los especialistas. El Médico Residente, que vivía en el Hospital era el primer nivel asistencial en urgencias, tanto externas como internas, el cual se responsabilizaba en llamar al especialista correspondiente.

Centrándonos en la especialidad de Cirugía General expondré el plan asistencial de la etapa inicial.

En los primeros años los equipos que operaban en la Residencia fueron cinco. Tras haber ganado la correspondiente oposición nacional de Jefe de Clínica de Cirugía General para la Residencia Sanitaria del Seguro de Enfermedad de Alicante y que a continuación relaciono como homenaje a los pioneros:

D. Ramón Guillen Tato: Nació en Alicante el 25 de octubre de 1894. Licenciado en la Facultad de Medicina de Valencia.

D. Joaquín Lucerga Sánchez: Nació el 18 de abril de 1902 en Elche. Licenciado en la Facultad de Medicina de Valencia.

D. José Maroto Sempere: Nació el 15 de enero de 1918 en Madrid. Licenciado en la Facultad de Medicina de Madrid.

D. Vicente Reyes Más: Nació el 28 de julio de 1912 en Aspe (Alicante). Licenciado por la Universidad de Madrid.

D. Leopoldo Sierra Moreno: Nació el 16 de julio de 1910 en Corral de Almaguer (Toledo). Licenciado por la Universidad de Zaragoza.

Con el paso de los años y la ampliación del colectivo asegurado se incorporaron sucesivamente otros Jefes de Equipo autorizados a operar en la Residencia. Unos procedían administrativamente de los concursos de Escalas (a extinguir) y otros (4) vía concurso oposición nacional de especialistas de "Cirugía General". La jornada laboral era de 7 días a la semana, ya que domingos y festivos se pasaba visita a los operados.

Cada uno de los Jefes de Equipo tenía un ayudante nombrado a propuesta de aquel. Las consultas externas se realizaban fuera del Hospital en los denominados Ambulatorios. El campo de actuación de la Cirugía General era por entonces amplísimo, pues no se habían creado las nuevas especialidades quirúrgicas dentro del Hospital; Se realizaban desde la más sencilla cirugía a la más compleja:

- Esofagectomías
- Gastrectomías
- Hernias de hiato
- Cirugía vías biliares
- Pancreotomías
- Resecciones de colon
- Amputaciones abdomino perineales de recto
- Cirugía rectal
- Cirugía Vascul ar arterial y venosa
- Cirugía infantil
- Cirugía torácica
- Cirugía de la pared abdominal

- Cirugía de la mama
- Cirugía endocrina

Un capítulo especial de la asistencia hospitalaria lo constituían las URGENCIAS. El factor humano fundamental durante las 24 horas estaba a cargo y responsabilidad del Médico Residente Asistencial, que debía cumplir con la norma de residir durante toda su etapa en el hospital, y debía atender tanto las urgencias de la puerta como las de planta, y si lo consideraba necesario consultar al especialista correspondiente en su domicilio, ya que hasta la jerarquización de los servicios no se contemplaba la presencia física. Los medios diagnósticos al alcance del Residente eran escasos: pruebas elementales de laboratorio y radioscopia. La responsabilidad del Médico Residente en la etapa inicial llegaba hasta autorizar o no el envío de una Ambulancia solicitada por un médico según si el diagnóstico de urgencia, se sospechara fuera quirúrgico o no, y por si no era suficiente su “poder” en ausencia del Director era la máxima autoridad asistencial, como pueden Vds., deducir “todo estaba atado y bien atado” con un cargo “providencial” y permanente, el MEDICO RESIDENTE.

Aunque lo predominante por entonces era la labor asistencial, no por ello la actividad formativa e investigadora clínica faltaban, como lo demuestran los programas mensuales de sesiones clínicas a celebrar en el salón de actos de la Residencia, todos los sábados, en el que participaban todas las especialidades como se puede comprobar repasando alguno de los programas de la primera época.

La formación de nuevos especialistas en aquella época era variable y desigual; los títulos se obtenían vía colegiación en la especialidad elegida durante al menos tres años y solicitud al Ministerio de Educación vía Facultad de Medicina, donde se analizaba el curriculum y si se consideraba oportuno convocar a examen al aspirante al título de especialista.

Los conocimientos y pericia los adquiríamos al lado de los Jefes de Equipo, con variable vocación y capacidad docente en ellos, con el estudio y la asistencia a cursos de actualización que se celebraban en prestigiosos hospitales del País. Se daba, por lo tanto, una opción responsable dominante para el AUTODIDACTISMO. En mi caso fui muy afortunado y encontré en mi Jefe D. José Maroto Sempere un auténtico maestro, humano, dotado de unos conocimientos y habilidades técnicas envidiables, una ética profesional digna de los mayores alabanzas y generosamente dispuesto a solucionar los problemas más complejos cuando se lo solicitaba la Dirección, compañerismo, buen hacer, entrega y lealtad al servicio de la Seguridad Social que le hicieron merecedor en el año 1974 de la concesión de la CRUZ AZUL, alta distinción del Instituto Nacional de Previsión.

El “ser agradecido es de bien nacido”, según reza el refrán español, me impulsa a incluir en este discurso sobre mi caminar por el campo de la Cirugía a mi querido maestro D. José Maroto Sempere:

Nació en Madrid y se Licenció en Medicina en el año 1942 y se formó como Médico y Cirujano en el Hospital de la Princesa de Madrid. Tuvo dos insignes maestros: el Profesor D. León Cardenal Pujals (hijo de D. Salvador Cardenal, Catedrático Honorario de la Facultad de Medicina de Barcelona), y D. Plácido González Duarte, ambos prestigiosos y famosos cirujanos de la postguerra, a los cuales D. José Maroto consideró como referentes en su competencia quirúrgica. Al ganar la oposición a Cirujano de la Residencia Sanitaria de Alicante trajo con él una excelente escuela quirúrgica a la que me siento orgulloso de ser continuador junto a sus otros dos discípulos ayudantes D. Vicente Martí Palanca y D. Antonio Segura Más.

Los libros de texto y de técnicas quirúrgicas, limitados en número los primeros años, fueron una herramienta transcendental en la formación de los que empezamos siendo ayudantes; libros unos de autor único y recientemente los redactados por múltiples colaboradores; para animar nuestra memoria citaré a los: Forgue, Patel, Kirshner, Piulach, Pera, Sabiston (texto con 207 colaboradores), Madden, etc. Como reconocimiento a la contribución a la formación médica de estos maestros, en especial para los autodidactas, me he permitido el traer a este discurso lo escrito por el Profesor Forgue en la primera página de su libro Patología Externa, que tiene vigencia más de un siglo después: “Mis principios de enseñanza: Hacer comprender para facilitar. **Demostrar la importancia del raciocinio sobre la memoria.** Procurar que todas las cuestiones ocupen su relativo lugar según la frecuencia clínica, los hombres a quienes debemos los progresos por orden de mérito, los síntomas atendiendo a su valor y los tratamientos según su actual eficacia. No recurrir a palabras inútiles; ser preciso y conciso sin dejarse llevar árido, ni tampoco de un estilo telegráfico como una compilación de notas o apuntes para los exámenes o concursos, empleando un lenguaje claro y perfecto. Despertar la curiosidad, la atención y el espíritu de observación y la satisfacción del saber, educar tanto como instruir”.

La asistencia a cursos anuales que se dictaban en prestigiosos hospitales españoles, muy comprometidos con la formación y actualización de la práctica quirúrgica se generalizó en todos los ámbitos de la práctica quirúrgica y nadie que quisiera estar en la vanguardia de la especialidad dejaba de inscribirse año tras año. Como testimonio enumeraré una corta miscelánea de los cursos a los que asistí a lo largo de mi ejercicio profesional y que sirva como modesto homenaje a sus organizadores por su alta contribución a la Formación Continuada y de actualización de los Cirujanos de aquella época:

- Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (profesor Soler Roig. Barcelona 1969)
- Hospital de la Santa Cruz y San Pablo (Dr. Puig. la Calle, Barcelona 1994).
- Facultad de Medicina Universidad de Barcelona (Profesor Cristóbal Pera).
- Ciudad Sanitaria La Paz (Profesor J. Monereo 1972 Madrid).
- Hospital Provincial de Valencia (Profesor Benjamín Narbona 1974)

- Hospital “Doce de Octubre” (Profesor Moreno González. Madrid 1997).

La asistencia a congresos nacionales y las reuniones hospitalarias contribuyeron de forma notable a la actualización de conocimientos y a estimular las publicaciones y comunicaciones por parte de los servicios y a título individual de los cirujanos.

Actualmente las vías de formación continuada se han multiplicado de tal forma que se ha llegado a una saturación de ofertas por parte de Facultades de Medicina, Hospitales, Sociedades Científicas, Colegios de Médicos y las técnicas informáticas vía internet. En el caso de Alicante es de justicia citar la labor de la Sociedad Médico Quirúrgica de Alicante en la formación continuada; creada en el año 1946 y en especial en sus primeras décadas de funcionamiento, ya que fue vehículo para que llegasen a Alicante figuras internacionales de la Medicina y de la Cirugía.

Aunque mucho se ha avanzado en la oferta de formación y actualización de conocimientos en medicina el valor de la autoformación es trascendental y sigue vigente la afirmación de Sir Willian Osler (1849-1919), todo un símbolo para la profesión médica mundial, “El hospital como Facultad. El paciente como texto. Todo el arte de la Medicina reside en la observación”.

La farmacoterapia hospitalaria en Cirugía era en la década de los sesenta bastante limitada: prescripción de fluidoterapia (sueros glucosalinos, suero Ringer), antibióticos (penicilina-estreptomicina, comercialmente los prescribíamos con Antibióticos Reunidos), analgésicos, antieméticos y poco más, ateniéndonos a lo incluido en lo que coloquialmente llamabamos el “PETITORIO DEL SEGURO” y formalmente Catalogo de Especialidades Farmacéuticas del Seguro Obligatorio de Enfermedad (texto refundido octubre 1961) con lo que los conflictos de libertad de prescripción en la Seguridad Social no existían, en contraste con los problemas actuales sobre libertad de prescripción, genéricos y algoritmos terapéuticos.

En el capítulo asistencial del Sistema Sanitario Español, popularmente conocido como el Seguro de Enfermedad, es de destacar su desarrollo progresivo en varias etapas. En la inicial cubría fundamentalmente a la clase trabajadora resultas de la Ley 14 de Diciembre de 1942 que determinaba el aseguramiento obligatorio de los productores sostenido por las cuotas de trabajadores y empresarios a partes iguales, alcanzando la protección al 30% de la población trabajadora por cuenta ajena y sus familias, con el derecho a hospitalización solamente para enfermedades quirúrgicas. El Decreto 16 de noviembre de 1967 aporta una gran innovación con el reconocimiento del derecho de los asegurados a la hospitalización médica, con lo que los centros quirúrgicos de la Seguridad Social se trasformaron en hospitales generales, lo que permitió la interactuación de especialistas médicos con los cirujanos, fundamentalmente a través de las hojas de consulta; hasta ese momento solo existía la figura de Consultor Médico a solicitud de los cirujanos; en mi etapa de Médico Residente tal función la realizaba el prestigioso internista Dr. D. José Sánchez San Julián.

A partir de 1978 la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y la obligación del Estado de garantizar el acceso a sus servicios en condiciones de igualdad para todos los ciudadanos, lo que condicionó la organización del Sistema Sanitario y su adaptación progresiva al Estado de las Autonomías, que actualmente se ha materializado en un Sistema Sanitario Público Universal integrado y financiado mediante impuestos, dando cobertura al 100% de los ciudadanos. En lo que nos afecta a los médicos, y especialmente acentuado en los cirujanos, se pasó de la práctica liberal de la profesión al actual de **asalariados del sector público**. Se llevó a cabo una radical transformación de las estructuras creando los Ambulatorios, Centros de Salud y grandes Hospitales Generales. En el capítulo de recursos humanos, en el sector médico, se impuso un **control de la formación de especialistas** y una asignación de puestos de trabajo a cargo de las Administraciones Estatales y Autonómicas. El profesional liberal de mediados del siglo XX, quedaba reducido a pequeños espacios de la práctica médica, testimoniales, y solo en algunas especialidades, a disposición de pacientes con posibilidades económicas.

SEGUNDA PARTE. JERARQUIZACIÓN DE LOS SERVICIOS HOSPITALARIOS.

Hacia 1964 se inicia una gran transformación en la organización interna de los servicios hospitalarios, que hasta entonces se basaba en la actuación por equipos quirúrgicos con un Jefe y un Ayudante, sin conexión funcional entre ellos, a excepción del turno de guardias. La Jerarquización de los servicios se vislumbraba en el horizonte como “sol naciente”. Comienza con la creación de un hospital piloto, llamado Clínica Puerta de Hierro, dirigido por el profesor Segovia de Arana que organiza los servicios con el modelo jerarquizado, que se fue extendiendo progresivamente al resto de centros hospitalarios ya existentes del Sistema Nacional de Salud y modelo para los de nueva creación.

En el Hospital de Alicante y en el servicio de cirugía se realizó la jerarquización en el año 1974. Hasta ese momento la asistencia quirúrgica se realizaba en un contexto de gran variabilidad por 10-12 equipos de diverso origen administrativo: dos de los antiguos Jefes por oposición de la Residencia Sanitaria (Dr. Maroto y Dr. Reyes), cuatro procedentes de los concurso-oposición nacional de especialistas de cirugía general (Martín Muñoz, Pérez-Hickman, Ortega y Arroyo) y los restantes vía concurso de cirujanos de escalas (Rocamora, Pérez Jordán, Carreras, Sirvent, Isidro Juan), lo cual era un obstáculo para la

jerarquización total, pero que la administración lo solucionó enviándolos a operar su cupo en sanatorios concertados; hay que reconocer las facilidades dadas, renunciando a un derecho, por los antiguos jefes de cirujanos de Residencia Dr. Maroto y Dr. Reyes.

Tras la convocatoria y resolución del concurso libre de méritos, se publica en el BOE de 18 de mayo de 1974 la relación de facultativos que componen la plantilla jerarquizada del servicio de cirugía: cinco jefes de sección y once cirujanos adjuntos. A ellos hay que agregar al Jefe de Servicio D. Guillermo Cañellas Sierra que ganó el concurso-oposición correspondiente en otra convocatoria celebrada en Madrid con un Tribunal Central. La plantilla inicial del Servicio Jerarquizado de Cirugía quedó así:

Jefe de Servicio: Guillermo Cañellas Sierra

- Jefes de Sección:

- Antonio Arroyo Guijarro
- Jaime Costi de Ibarra
- Isidro Juan Gosalvez
- Diego Marín Chacón
- Juan Serra Catalá

- Médicos Adjuntos:

- Luciano Manuel Amaya Gallo
- Rafael Calpena Rico
- María Calvo Cano
- Juan Espinós Santa Irene
- Fernando Fernández Jiménez
- Rafael López Pasalodos
- José Pablo Miralles Aracil
- José María Moreno Resina
- José Rego Díaz-Portas
- Francisco Rico Galipienso

Una vez incorporados todos los facultativos, el servicio se organiza en cinco secciones con funciones equivalentes sin especificaciones, si bien la sección del Dr. Marín se dedicó preferentemente a la cirugía torácica y la del Dr. Isidro Juan a la cirugía vascular. La actividad asistencial se distribuía así: consultas externas un día por semana y por sección; quirófanos 2 semanales por sección; sesión clínica diaria y guardias de presencia física (2 cirujanos) con sesión de relevo por la mañana.

En la década de los 70 se implantó la Formación MIR en los hospitales de la Seguridad Social, impulsada por el profesor Segovia de Arana. Considero justo hacer referencia a lo que en la década de los 60 se había iniciado en el nuevo Hospital General de Asturias, de la mano del Dr. Alonso Lej, que tras conseguir por concurso-oposición en 1962 la plaza de jefe de cirugía torácica y basándose

en su experiencia de Estados Unidos sobre la formación de postgrado, implantó “su plan de formación MIR” que tuvo alguna influencia en el diseño español. Siguiendo la estela de la especialización vía MIR, el Servicio de Cirugía de Alicante recibe sus primeros aspirantes a cirujanos.

Los procedimientos quirúrgicos practicados en el Servicio de Cirugía fueron todos los que incluye el más amplio catálogo de la Especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, si bien con la ulterior creación de los Servicios de Cirugía Torácica y Cirugía Vasculat la patología específica de estos dejó de ser atendida por aquél. En este capítulo de procedimientos tengo que resaltar la variabilidad que se produce en la práctica quirúrgica a lo largo de los años: en primer lugar la apendicectomía programada con el antiguo criterio de apendicitis crónica, concepto rechazado tras las mejoras diagnósticas y en segundo lugar la cirugía del úlcus gastroduodenal tras el descubrimiento del *helicobacter pylori* como causa etiológica, por los australianos Marshall y Warren (premios Nobel 2005); ambos procesos ocupaban cotidianamente muchas horas en nuestras sesiones quirúrgicas, en especial las gastrectomías o las vagotonías por úlcus.

La mejora de resultados en morbimortalidad a lo largo de los años no solo hay que atribuirlos a la pericia de los cirujanos, sino también a las aportaciones de UCI, Anestesia y Reanimación, Nefrología, Cuidados de Enfermería, Farmacia y Nutrición parenteral.

El Servicio de Cirugía fue sensible a la necesidad de innovar, demandada por las exigencias de los pacientes y la ética profesional, para ser más eficientes en resultados curativos y seguridad del paciente. Hubo que superar el concepto tradicional de que el cirujano general está capacitado y tiene derecho a realizar todos los procedimientos quirúrgicos que están en su catálogo de formación y así se entró en una dinámica natural, progresiva y no conflictiva y se fueron creando intraservicio (sin dictámenes administrativos oficiales), áreas de capacitación específica: la primera (iniciada por mí) fue la de cirugía endocrina en colaboración con la sección de endocrinología para operar la patología tiroidea y suprarrenal; el modelo funcionó y hoy sigue sólido y con excelente rendimiento en el Hospital de Alicante, con colaboración tanto en pre como en el postoperatorio; mis sinceras felicitaciones al Dr. Picó, endocrinólogo y a los cirujanos de la unidad (Dres. Pedro Sanso, Manuel Romero, Ana Carrión, Carmen Zaragoza y Sánchez del Valle) por la calidad alcanzada.

Sucesivamente fuimos desarrollando las áreas de cirugía biliopancreática; la esofágica, la coloproctológica y de la obesidad mórbida.

A finales del pasado siglo entra con gran empuje, impulsada por la necesidad de gestionar bien los recursos en cama y costes, la Cirugía Mayor Ambulatoria (C.M.A) como sistema funcional. Tuvo sus orígenes en la mitad del siglo XX en el Reino Unido por iniciativa del Sistema Público de Salud. En España hay que llegar a los años 90 para percibirlo como realidad en la práctica quirúrgica diaria, generalizándose rápidamente en todos los hospitales, ya que daba solución a las largas listas de espera quirúrgicas con costes inferiores a la hospitalización tradicional en los procesos quirúrgicos, dándose la etapa de gran

crecimiento de 1995 a 1999 impulsados por los responsables de gestión y financiación. En el Hospital de Alicante, previamente a la creación estructural de la Unidad de CMA para todas las especialidades quirúrgicas, en el Servicio de Cirugía un grupo de cirujanos, con participación voluntaria, pusimos en práctica en el año 1992 lo que denominamos Unidad Quirúrgica de Alta Precoz de 24 horas de hospitalización, germen de lo que al poco tiempo se materializa en C.M.A. Hoy es un marcador de eficiencia asistencial hospitalaria, exigiéndose hoy a los servicios de cirugía un rango superior al 50% en la práctica de sus procedimientos quirúrgicos. Creo que no se debe forzar la incorporación de excesivos procedimientos, en especial complejos, pues la tranquilidad y confort de pacientes y familia, que deben ser parámetros de calidad, así como evitar riesgos de judicialización, a lo que yo añadiría el prestigiar nuestro valor personal profesional que puede banalizar la importancia de lo que hacemos, traduciéndose en la frase popular “te lo hacen en un momento y a tu casa”; todo ello debe estar presente en la planificación de las actividades de un Servicio Quirúrgico.

El hecho más relevante producido en el Servicio de Cirugía de Alicante, por su eficacia y novedad en el proceder quirúrgico, es el llevado a cabo por el Dr. Vicente Martí Palanca (primer titulado Doctor del Servicio y un magnífico dibujante anatomoclínico), con el diseño personal de la sonda para lavado-drenaje (SDL), tras un exhaustivo y meticuloso estudio de los drenajes utilizados tradicionalmente en cirugía, que el autor en su habitual modestia no quiso que se le denominase drenaje de Martí Palanca, aunque en los ambientes de quirófano de los hospitales se le conoce como tubo para drenaje de Martí Palanca. El objetivo del drenaje es que realice su función con continuidad, sea activo y permita eliminar detritus de diverso tamaño y secreciones espesas o irritantes, por ello es un tubo con doble vía, una fina de entrada de suero fisiológico y otra gruesa de salida del material a drenar. En noviembre de 1986 en el Congreso Nacional de Cirugía presentamos una comunicación sobre su utilización profiláctica en 462 casos de cirugía del aparato digestivo. El Dr. Martí Palanca tras una revisión de 2540 casos concluyó que la S.D.L. es más útil que otros métodos de drenaje.

TERCERA ETAPA: TECNOLOGÍA Y SOSTENIBILIDAD

En el trayecto de la segunda mitad del siglo XX y más aceleradamente en la primera década del XXI, se han incorporado al quehacer quirúrgico unas herramientas que han obligado al cirujano a cambiar su mentalidad artística artesanal por la de tecnocrática instrumental.

Los primeros cambios lo aportó la SUTURA MECANICA, que proporcionó rapidez y rebajó el factor habilidad manual, que tradicionalmente la ciudadanía había definido a los mejores con la frase “cirujano manitas de plata”. Se fueron eliminando los hilos de sutura tradicionales: seda, lino, algodón (baratos) y la grapa se hizo dueña de las anastomosis digestivas, hasta extremos de despilfarro, utilizándolas en suturas fáciles de realizar, aunque es razonable destacar que en regiones de difícil accesibilidad las máquinas se hacen imprescindibles y aportan seguridad y facilidad; seguridad y reducción de los tiempos operatorios es el reclamo que utilizan las casas comerciales, pero en definitiva es el cirujano el que toma las decisiones, con la balanza coste-beneficio en cada caso, aunque debemos reconocer el poder de las técnicas de marketing en el mundo moderno a la hora de decidir.

La aportación más trascendental a la práctica quirúrgica llegó vía instrumental para la cirugía endoscópica, que permite la llegada a los órganos internos a través de mínimas incisiones, alejando la mano del cirujano de las estructuras que antes tocaba. Cámaras, pinzas de fijación y manipulación, pinzas hemostáticas, tijeras y suturas mecánicas han contribuido a reducir el trauma quirúrgico con la consiguiente disminución de complicaciones y estancias hospitalarias. El Servicio de Cirugía de nuestro Hospital incorporó paulatinamente estas técnicas, iniciándola con la colecistectomía y extendiéndola a la cirugía de otros órganos abdominales y a la suprarrenalectomía. En el recuerdo histórico del desarrollo de la cirugía endoscópica quedan los pioneros: Palmer y su mujer (ginecólogo) 1943, Semm en Alemania 1963, Mouret 1983, Laporte en Barcelona 1989 y Delgado en Valencia 1990. La cirugía endoscópica en la actualidad se practica en la totalidad de centros y hospitales de nuestro país y no hay cavidad u órgano que no se aborde vía endoscópica, imponiéndose como técnica de elección en la mayor parte de los procesos quirúrgicos. El Servicio de Cirugía del hospital de Alicante está en ese camino, y la innovación para adaptarse a la demanda de los tiempos debe figurar en sus planes estratégicos.

LA SOSTENIBILIDAD, que es el gran reto con el que se enfrenta nuestro Sistema Nacional de Salud, en el que destaca el proteccionismo total de la salud a cargo del Estado, con una cartera de servicios creciente, con exigencias y necesidades cada vez mayores de los ciudadanos y unos recursos económicos limitados, está en riesgo. La frase pronunciada años atrás por un ministro de sanidad británico, “la cantidad de cuidados sanitarios que un individuo puede

llegar a consumir es prácticamente ilimitada”, nos debe alertar sobre lo que nos puede caer a los españoles si no somos eficientes en el uso de los recursos sanitarios del S.N.S.

Una buena gestión es la primera premisa para regular y controlar el gasto sanitario. La gestión sin la participación de los profesionales en un ámbito democrático avanzado de los profesionales es ineficaz y fuente de conflictos de intereses, pues convierte a los Directores Gerentes en dictadores al servicio de los presupuestos, por ello la gestión clínica se ofrece cada vez con mayor insistencia como herramienta organizativa, a la que ineludiblemente nos tenemos que sumar los médicos. Los cirujanos generales aprendimos a través de nuestra historia el uso inadecuado de los medios técnicos; recordemos la gran cantidad de material desechable que en previsión de una hipotética necesidad coyuntural intraoperatoria se ha desaprovechado, la falta del adecuado entrenamiento previo en el manejo de las máquinas de autosutura origina fallos y su retirada sin haberla usado, a lo cual han contribuido los cambios no consultados del modelo comercial; no olvidemos la solicitud de pruebas de escasa o nula utilidad diagnóstica, así como los tratamientos sin la suficiente evidencia en su acción curativa. Como muestra de interés en el mundo sobre este asunto me permitiré citar la información publicada en Diario Médico de 25 de abril de 2012: “En EEUU nueve asociaciones médicas, que reúne a 370.000 profesionales se han unido en la campaña CHOOSING WISELY (Elegir sabiamente) que pretende evitar pruebas y tratamientos innecesarios y hasta contraproducentes. La programación ajustada de las sesiones de quirófano, evitando los largos intervalos interoperaciones, elevarían el rango de utilización de las salas de operación y su rendimiento.

La organización de la atención continuada o urgencias debe de hacerse con arreglo a la demanda, con un criterio de proporcionalidad y seguridad que deben establecer los miembros del servicio, que decidirán la composición del equipo y su presencia en el hospital o localizados.

La elección de la técnica quirúrgica más efectiva y menos costosa en medios, eliminando moda y presiones comerciales es una regla de buena gestión. Implantar protocolos consensuados y correlacionar dificultad técnica y experiencia del equipo es una medida ética que mejoraría resultados, con menores complicaciones y costes. La integración con Anestesiología, Enfermería y Personal Auxiliar es necesaria si se quiere conseguir un uso adecuado de medios y tiempos de ocupación de los quirófanos.

Incidir sobre la VARIABILIDAD DE LA PRACTICA QUIRURGICA para reducirla y así aumentar la efectividad clínica y consecuentemente reducción de los cuidados innecesarios o inapropiados; debe llevarse a cabo una política de unificación de criterios y comprobación de la utilidad real de las nuevas tecnologías y de los vanguardistas tratamientos; esta actitud es una buena forma de contribuir a la sostenibilidad desde el estamento de los Cirujanos Generales.

CUARTA ETAPA; ALTA INNOVACIÓN

Partiendo de la premisa de que los profesionales y en nuestro caso los cirujanos debemos comprometernos en hacer sostenible la prestación quirúrgica de nuestra exigente sociedad del bienestar, nos vemos colocados ante el mandato ético de HACER MAS CON MENOS, bajo el principio calidad y seguridad del paciente, analizaremos los cambios que debemos fomentar e instaurar en nuestra práctica diaria.

LA GESTION CLINICA con participación de los profesionales médicos, se traduciría en mayor motivación y una justa incentivación. Es imprescindible la Incorporación de las Técnicas Informáticas (TICS) al proceso quirúrgico.

Acabar con la inestabilidad en los puestos de trabajo es justo y conveniente. La continuidad en el puesto beneficiará la buena coordinación en el equipo, una fidelización hacia la empresa y mejoraría la vida familiar y social del cirujano. Además contribuiría indudablemente a reducir el malestar psicológico, el estrés y el burnout profesional. En lo referente a la moderna tecnología quirúrgica la incorporación de la robótica debe ser guiada con el criterio de facilitar el abordaje de regiones y espacios quirúrgicos de alta dificultad y no como reclamo comercial o vanidoso de modernidad. En general debemos estar atentos ante el riesgo de que lo irrelevante cobre un protagonismo excesivo en la elección de la técnica quirúrgica.

La creación de UNIDADES DE REFERENCIA para tratamientos de procesos de escasa frecuencia, por su dificultad técnica o por su especial tecnología es una necesidad justificada en aras a la seguridad del paciente y rentabilización de caras inversiones. Proceso lento iniciado en 2008 por el Ministerio de Sanidad con el Plan de Acreditación de Centros, Servicios y Unidades de Referencia (CSUR).

Se debe ir en dirección a una colaboración entre las diversas organizaciones comprometidas en mejorar la salud de los ciudadanos. La convergencia de centros aprovechando sus sinergias y la creación de unidades en torno a áreas de conocimiento, con protocolos comunes y acceso compartido a la costosa alta tecnología es un reto en el que los cirujanos debemos participar superando nuestros personalismos, y si en la evolución de la práctica de la cirugía se pasó del individualismo al equipo, en la actual época postmoderna también debemos lograr una globalización racional y generosa que acabe con las fronteras y rivalidades entre asistencia pública-asistencia privada. En este contexto me permito traer a nuestra memoria conceptos expuestos por el Profesor alemán Eigler en su discurso de Académico Honorífico de esta Institución (20-10-2014), acerca del futuro de la Cirugía General y propuestas: centros médicos interdisciplinarios, armonización del entrenamiento quirúrgico (Surgical Training), exámenes europeos para la obtención de título, entre otros;

así mismo alertó sobre las posibles consecuencias de que la Tecnología desplace al humanismo tradicional en la práctica profesional.

En este apartado de la innovación no debemos olvidar el de los DERECHOS DEL PACIENTE, fundamentados en lo que defendió el Profesor Emilio Balaguer Perigüel en su discurso de recepción como Académico Electo de esta Real Academia, el ser en la Medicina actual ENFERMO Y PERSONA, y de entre ellos yo quiero destacar el de la LIBERTAD DE ELECCION, tanto de centros como de especialista. En los momentos actuales el ciudadano se encuentra férreamente adscrito a un área determinada por su domicilio, y cuando enferma es un “paciente cautivo” y salir de esta situación exige tal superación burocrática que desanima al más animoso “saltador de obstáculos”. Los gestores dicen que existe legalmente esa posibilidad, según el Decreto 37/2006 publicado en el DOGV nº 5228, mi respuesta es que si no se facilita es como si no existiera; háganse realidad las frases tantas veces pronunciadas en los foros político-sanitarios: el PACIENTE CENTRO DE LA ASISTENCIA SANITARIA, el dinero debe ir detrás del paciente y la capacidad para atraer a éste sirva de sano estímulo competitivo entre centros asistenciales para mejorar la oferta de calidad en sus servicios y así incrementar su prestigio; pero como nos recuerda el refrán popular español, “del dicho al hecho hay mucho trecho”; mientras tanto tranquilicémonos esperando se haga realidad: la receta electrónica, la historia clínica digital y la tarjeta única válidas para el territorio nacional.

La puesta en marcha de la Asistencia Transfronteriza en la Comunidad Económica Europea, que posibilita la elección de los ciudadanos europeos de elegir ser asistidos en país distinto a su nacionalidad es un argumento contundente que apoya la innovación en elección por parte de los españoles en su propio País. En el Pleno del Consejo Interterritorial nº 100 (marzo 2012), presidido por la Ministra Ana Mato, se acordó impulsar la tarjeta sanitaria válida para todo el S.N.S. que permitirá a los pacientes recibir asistencia sin problemas burocráticos en comunidades distintas a la suya de residencia. En el momento actual LIBERTAD DE ELECCION y ACCESIBILIDAD son un objetivo aún lejano para todos los españoles, en especial para la cirugía.

La innovación y reformas han sido periódicamente constantes en la larga historia de nuestro Hospital de Alicante. Inicialmente fue la Residencia Sanitaria, centro quirúrgico de la Seguridad Social para Alicante y su provincia, que fué ampliándose físicamente y uniendo varios bloques de edificaciones que han conformado la gran mole actual. Durante estas profundas y su larga duración de las obras, la asistencia sanitaria se ha mantenido sin interrupciones; y los facultativos, trabajadores en general y pacientes, hemos soportado estoicamente sin manifestaciones de protesta las muchas incomodidades de cada etapa. Esta aventura tiene sus fechas clave; octubre de 1956, se inaugura la Residencia Sanitaria “20 de Noviembre”, en febrero de 1972 se inaugura el Hospital Materno infantil y en 2001 se produce la integración de ambos hospitales en una unidad administrativo-sanitaria. Quedaba atrás el INSALUD estatal y daba paso al Servicio de Salud Autonómico.

EPILOGO

En el año 2014 di por finalizado mi ejercicio profesional como Cirujano General y del Aparato Digestivo, tras medio siglo de intensa, variada y apasionante dedicación, tanto en compromisos con la salud de los enfermos, como en la docencia de la medicina y con el Colegio de Médicos. Mi disponibilidad en todo aquello que se me ha solicitado ha sido constante. He procurado ser fiel a mis respetos para con: 1) La ética profesional, 2) el paciente, 3) los compañeros.

He sido afortunado en la culminación de mi ejercicio profesional con el honor de mi nombramiento de Académico Correspondiente de la prestigiosa Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana, y desde ella seguir colaborando en la mejora continua de la Cirugía General y de sus Cirujanos, por lo que quiero, prolongado tal vez excesivamente el discurso (pido disculpas), exponer unas consideraciones finales y lanzar al viento algunos mensajes fruto de la experiencia y algunos deseos no realizados a lo largo de mi trayectoria profesional.

La CIRUGIA y por tanto los Cirujanos se encuentran con unos retos a superar, y me permitirán que haya seleccionado algunos de ellos sin ánimo de hacer predicciones futuristas pero sí para estar preparados y evitar riesgos para nuestra especialidad.

El abuso de la TELEMEDICINA nos puede alejar del paciente y alterar la tradicional relación directa y humana médico-paciente que generaba un flujo de sintonía, base de la confianza y persuasión verbal. La medicina de pantalla también nos distanciará de los colegas, y si antaño funcionó con gran profusión la fría hoja de consulta, se corre el peligro que su lugar lo ocupe la “red” con sus mensajes telegráficos, eficaces sí, pero con un descenso de la tradicional y directa relación amistosa cara a cara; vencer la tentación de ser fundamentalmente un **médico de pantalla** es una obligación, y que la sagrada relación médico-paciente no sea sustituida por la comunicación médico-paciente; la alta tecnología instrumental ofrece apasionantes medios para manejar el arte del acto operatorio que puede provocarnos una adicción, con la consiguiente sobreutilización, que incrementaría los costes, en detrimento de procedimientos más sencillos con resultados similares. La aparición del robot quirúrgico amenaza con silenciar el papel tradicional de la “mano quirúrgica científica”, que conduciría a crear en el ámbito social un estado de opinión mitificadora del Robot y su generación y llevar a la práctica de lo que el Profesor Fernández Cruz “Cirugía transoceánica” (“los pacientes podrán decir, a mí me operó un robot teledirigido desde América”). El mejor quehacer quirúrgico, y el más eficiente debe sobreponerse a la TIRANIA DE LAS MODAS. El insigne Dr. D. Gregorio Marañón ya alertó en esta materia con la frase, “lo moderno debe ser una guía pero no una idolatría”.

Mantener la esencia y la identidad de la especialidad de Cirugía General será una batalla continua, su estructura troncal con sus áreas de capacitación

específica, mantenida en todos los Hospitales Generales Universitarios será una garantía para que perdure su universo formativo y funcional y siga formando cirujanos con una preparación polivalente.

La inestabilidad laboral y los cambiantes sistemas de selección, al gusto del funcionario político (también muy INESTABLE), deben finalizar dando paso a un sistema real y periódico en el que prime el mérito, igualdad de oportunidades, transparencia y nunca reine el favor ni el nepotismo y de esta manera eliminar la mediocridad y frenar el retroceso actual en la SELECCIÓN DEL MEJOR. Cada vez se hacen más unánimes las peticiones de la aprobación de un ESTATUTO MARCO PROPIO para los médicos, fundamentado en nuestras específicas funciones y máximas responsabilidades, con la esperanza de que los concursos-oposiciones se celebren con asiduidad, los concursos de traslado para todo el país se realicen con regularidad, las convocatorias para Jefes de Servicio, Jefes de Sección y Jefes de Unidades sean convocadas con una frecuencia tal que acabe con las **designaciones provisionales**, un tanto caprichosas e interesadas (“Designaciones digitales”) y su provisión definitiva se atenga al principio básico de “igualdad, mérito, capacidad y publicidad”. Profesionales sanitarios, Colegios de Médicos y Sindicatos, todos a una, debemos exigir que se cumpla la normativa vigente sin subterfugios.

La seguridad del paciente, norma ética por encima de intereses comerciales y “vanidades” de los cirujanos es una buena razón para transmitirle una información veraz de los medios que ponemos a su disposición y si procede de aquellos centros donde se practican determinadas técnicas complejas que su especial caso requiriese. La publicidad en la actualidad es una auténtica obsesión ejercida por las Administraciones Sanitarias, los Hospitales y los profesionales, pregonando a bombo y platillo las últimas novedades y las excelencias en resultados, olvidando las normas éticas en publicidad médica y sin esperar el aval del tiempo y número de casos que se lleven realizados en cada centro, que junto a los resultados determinan el nivel de garantías.

Estamos inmersos en el siglo de los derechos de los ciudadanos, de las prestaciones sanitarias máximas y de excelencia, de la alta y compleja tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica, la equidad, la transparencia, la sostenibilidad del sistema universal, la gestión clínica por profesionales en la gestión y la convergencia de medios asistenciales públicos y privados. Este es nuestro hábitat sanitario y en él estamos comprometidos todos los profesionales, tanto por competencia como por ética y para hacerlo viable debemos aplicarnos con esfuerzo y generosidad en nuestros centros de trabajo, asumiendo los campos de gestión que nos corresponda para que la asistencia se realice con los criterios que en cada momento marque la ciencia médica, alejando el dirigismo político y el criterio economicista que encorsetarían el mejor acto médico.

El Profesor Gonzalo Herranz, uno de los mayores expertos en Bioética de nuestro País, afirmó: “La Medicina es una empresa intrínsecamente ética”, poniendo de relieve la clave de nuestra guía en el futuro ejercicio de nuestra

profesión. La calidad por tanto no debe depender del lugar donde sea atendido el paciente, si bien es útil reconocer que a lo largo de asistencia sanitaria en las últimas décadas se ha hecho más énfasis en unas cuestiones que en otras, el gran experto en gestión D. Mariano Guerrero, ha expuesto cronológicamente su evolución: década de los 70, preocupación centrada en aspectos científicos y técnicos; década de los 80, centrada en la utilización adecuada de los recursos; década de los 90, satisfacción del paciente; nuevo milenio, la seguridad del paciente que implica aplicación de BUENAS PRACTICAS EN CENTROS SEGUROS.

En nuestra Comunitat otro reto en innovación es el que se refiere a la adaptación a las NECESIDADES DOCENTES de los Hospitales Universitarios, tanto en el pregrado como en el postgrado, de ello quedó constancia en la edición, por parte de la Consellería de Sanitat, del libro titulado “Hacia un nuevo modelo de Hospital Universitario”, presentado en el año 2008, en un extraordinario acto, con asistencia del Molt Honorable Presidente de la Comunitat, Gerentes, Jefes de Servicio, Presidentes de Colegios de Médicos y representantes de colectivos sanitarios, sin que a fecha de hoy se hayan puesto en práctica ninguna de las 18 recomendaciones del Comité de Expertos (veintiún autores) que lo crearon. Hoy este magnífico libro está en las estanterías de despachos esperando un pronto rescate para que sea instrumento de mejora de la Sanidad de la Comunitat Valenciana y no quede como “joya cubierta por el polvo del olvido”.

Colegios de Médicos, Facultades de Medicina y Real Academia de Medicina, deben participar en todos los foros en los que se debata sobre asistencia sanitaria, pues sus aportaciones en lo referente a reformas estructurales y política de recursos humanos serán transcendentales. Los Colegios de Médicos representan a todos los colectivos de médicos en sus diferenciadas formas de ejercicio. La Real Academia es depositaria del saber acumulativo y de los valores del saber científico, tanto por su dilatada tradición como por la calidad científica y humana de sus académicos, a lo que es importante añadir en los momentos actuales su AUTONOMÍA en el funcionamiento, lo que le permite informar y participar en el progreso de las ciencias de la salud sin condicionamientos políticos, comerciales o gremiales.

El futuro de la Asistencia Sanitaria española, universal y garantizada por el Estado debe estar basada en los principios de LIBERTAD, EQUIDAD Y SOSTENIBILIDAD, si esto es utopía o realidad depende de todos los españoles y en nuestra parcela de los cirujanos generales y del aparato digestivo. Por mi parte espero haber contribuido a ello habiendo aplicado el criterio de “realizar lo esencial, aligerarse de lo superfluo y ser perseverante; me contentaría con dejar mejor y más buenas obras en aquellos lugares donde estuve.

Me van a permitir que traiga a este escenario un recuerdo de la Madre Teresa de Calcuta, que ante el MISTERIO DE LA VIDA expresó conceptos, como belleza, sueño, reto, deber, riqueza, amor, combate, aventura, etc. Yo hago míos los tres siguientes:

“La vida es un deber cúmplelo”

“La vida es un misterio desvélalo”

“La vida es vida, defiéndela”

Para finalizar, mi sincero y emocionado agradecimiento a la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana y especialmente a su Presidente D. Antonio Llombart Bosch, al Vicepresidente Dr. D. Justo Medrano Heredia (mis queridos amigos) y a todos los compañeros médicos y sanitarios por su apoyo y reconocimiento a lo largo de mi trayectoria profesional que han hecho posible que hoy tenga el honor de pertenecer como Académico Correspondiente a esta prestigiosa y digna institución académica; Mi vida ha sido un BELLO SUEÑO, un fuerte, cordial y emocionado abrazo!.

BIBLIOGRAFIA

- 1- ABASCAL RUIZ J.A.- Acciones y Palabras. Sociedad, Seguridad Social y Asistencia Sanitaria, Editorial Planeta. 1ª Edición, enero 2013.
- 2- AMBROSIUS BARTH J.- Atlas de Sutura Mecánica. Edición castellana. The Englisht Warkshop. Arganda del Rey. Madrid. España 2000.
- 3- AGENCIA VALENCIANA DE SALUD.- Hacia un Nuevo Modelo de Hospital Universitario. 7 constataciones y 18 recomendaciones para la integración de las misiones académicas en los Departamentos de Salud. Edita Generalitat Valenciana. Consellería de Sanitat.
- 4- ALONSO- LEJ DE LAS CASAS F.- El nacimiento de la Formación MIR en España. Noticias Médicas, nº 3944, septiembre 2009.
- 5- BALAGUER PERIGÜEL E.- Enfermo y Persona en la Medicina actual (discurso de recepción de académico electo. Edita: Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana.
- 6- FERNANDEZ CRUZ I.- Reflexiones sobre algunas realidades y perspectivas de la Cirugía y de los Cirujanos del siglo XXI. Cir. Esp. 2033; 73 (2); 130-5.
- 7.- FERNANDEZ LOBATO R.- Gestión Clínica y Cirugía. Cir. Esp. 2007; 81 (2): 61-3.
- 8.- FERNANDEZ MARTINEZ F.- La Medicina árabe en España. Editorial Juventud, S.A. Barcelona.
- 9.- GUERRERO FERNANDEZ M.- El paciente activo ante su salud. El envejecimiento poblacional y la ética en el sector sanitario. Edita Academia de Farmacia Santa María de España de la Región de Murcia.
- 10.- LAIN ENTRALGO P.- Historia Universal de la Medicina. Tomo VII. Medicina actual. Salvat Editores S.A. 1975.
- 11.- MARQUES ESPI J.A., PEIRO S, MEDRANO J.- Variaciones en las tasas estandarizadas de intervenciones quirúrgicas en Alicante. Edita Consellería de Sanitat.
- 12.- MIGUELENA BOBADILLA J.M.- Cirugía General y del Aparato Digestivo. ¿Quo Vadis?. Cir. Esp. 2010; 88 (4), 209-210.
- 13.- PORRERO CARRO J.L.- Cirugía Mayor Ambulatoria, Manuel práctico. Ediciones Doyma S.A. 1999.
- 14.- SITGES SERRA A.- Política, gestión y profesión. Cir. Esp. 2008; 84 (2): 57-9.

15.- TARGARONA SOLER E.- Cirugía Endoscópica. Aran Ediciones S.L. 2003.

16.- ROY PORTER.- Breve historia de la Medicina. Santillana Ediciones generales S.L. 2003.

17.- SABISTON.- Tratado de Patología Quirúrgica. 11ª edición en español 1980. Nueva Editorial Interamericana.

18.- VAZQUEZ-QUEVEDO F.- La Cirugía en España. Iatros Ediciones S.L. 1994.