

Sobrecarga económica

Ampliando lo ya señalado, añadiremos, que con el inicio de la centuria (1901), es cada vez más evidente, que el Hospital *estaba rebasado*, pese a cuanto se le iba añadiendo (Baños, “Puerta” de urgencias, vaquería, etc.) y “descargando” (Manicomio a la calle Jesús, etc...); era pues lógico que, por estas razones, y otras... se pensase (lo anotamos), en otro nuevo Hospital. Era patente, se estaba sobrecargando en espacio y costes; sólo en esquema:

El gasto anual sube, por año, a unas 700.000 ptas. (667.487 en 1901) y los *ingresos sólo son* 250.000 ptas. (252.798 ese año), déficit que cubre la Diputación, con sus fondos, puesto que como se anotó, es la administradora. El Estado *no ayuda y ni siquiera liquida*, lo que nos corresponde por la desamortización (se logró en 1910), como tampoco por los “orats, follis e ignoscents, pese a que España sólo contaba con este manicomio (quizá el 1º mundial) y el de Leganés (hablamos de centros *con tratamiento médico*).^{7, 8}

La población enferma aumenta, “sin duda por la falta de organización de la Beneficencia domiciliaria”, mientras la *mencionada “oficialización” de las organizaciones y servicios “de caridad”, crece, provocando, se dijo, retracción de la caridad privada*. Hay mermas en legados, mandas, limosnas, etc. pro-Hospital. La ayuda caritativa “directa”, se aleja.

Fueron causas trascendentes: 1º la señalada y reiterada negativa del Estado, a liquidar los bienes de la “desamortización”, gestiones inicialmente fracasadas... (hasta 1910), en 2º lugar, el ingreso de enfermos crónicos, que deberían ir a otros hospitales, en 3º, el citado aflujo de enfermos dementes, de otras provincias, 4º los absurdos *impuestos a los bienes de beneficencia* (ingresos de las corridas de toros, representaciones, como en el Principal, etc.) y 5º, mayores exigencias en tratamientos, higiene, alimentación, etc... que encarecen las estancias.

⁷ Arch. Hosp.

⁸ Almela p.45.

Año	Hospital	n° Estancias	Manic. Jesus	n° Estanc.	Inclusa n°	Gastos	Ingresos	Déficit
1900	546	170.865	584	217.812				
1903	514		561		191			
1905	527	194.311	560	201.470	154	1.196.365	494.303	702.062
1907	523	199.365	544	201.185				
1908	580	223.659	583	202.682	213			
1909	615	364.418	601	212.511	255	1.236.720		705.815
			(Deuda por dementes = 927.757 ptas)					
1910	626	244.274	644	227.289	235	1.304.408		713.255
			(Real Orden I-VI-08 = expedientes)					
1911	601	235.266	707	268.368	254	1.413.192		639.782
1912	630	225.827	730	264.370	227	(Estado paga parte deuda)		

Por los dementes, son mayores deudores: Albacete, Teruel, Cuenca, Murcia y Tarragona.

Los déficits de “las Casas” (en estos primeros años del XX), son de 1.459 ptas. en 1905, 1.526 en 1908, 1.487 en 1909, 1.534 en 1910, 1.457 en 1911, 1.451 en 1912.

Frente a “subidas”, en elementales e ineludibles gastos del Hospital, capítulo 2, los víveres a 372.224 ptas., la botica a 122.000... y, por este camino, el Presidente opina se ha llegado a un nivel no rebasable, es imposible compensar, si “subimos” más... pero, Dios aprieta, pero no ahoga... y llega la liquidación, por el Estado, de las cantidades adeudadas desde la “desamortización” y por la solución, también favorable, como vimos, frente a... las peticiones económicas de Castellón y Alicante.

Tampoco faltan obstáculos económicos menores, “cotidianos”, como retrasos burocráticos en la explotación de la Plaza de Toros y en la de “toldos y banastos del mercado”... pero que, gracias a gestiones de los Sres. Presidente y Vicepresidente, con el Contador, exponiendo, en Madrid, los perjuicios que ocasiona retrasar “los ingresos” de la Plaza... el Sr. Ministro de la Gobernación resuelve, que la Diputación fije ya normas y funcione, aunque no haya recibido la autorización

pedida... las subastas desiertas, que iban a 95.000, suben con el beneficio de la administración directa (1905), a 150.000. También hubo ayuda del Ayuntamiento, eximiendo el pago de los arbitrios de estas corridas... y como en 1906, tampoco hubo postores... y con más "trato" directo, hubo mayor beneficio (128.984 ptas.). Se arrendó en 1907 por 95.015, por dos años, más otros dos de prórroga.

Estos "descansos" en el agobio económico no son completos, ya en el año 1905, las estancias se elevaron a casi 20.000 y hay 248 operaciones más, las consignaciones no fueron positivas y hubo problemas con los proveedores... en 1908, los gastos de Beneficencia suben a más de 1.100.000 ptas. y los ingresos, más o menos, siguen cubriendo la mitad, 505.459. Por estancias de los dementes "de fuera", en 30 Junio de 1906, se deben y no pagan: 825.288 ptas. y en Diciembre de 1907, aún alcanza la deuda a 873.840 (los máximos: Castellón, Albacete, Alicante, Teruel, Tarragona, Murcia, Cuenca, Ciudad Real, Coruña, etc.).

(Si bien, como señalamos en páginas anteriores y veremos luego en "Discusiones con la Facultad de Medicina", el mayor desequilibrio fue la "ocupación por la Facultad", de camas para la enseñanza... tanto como para borrar las dudas de la Diputación que, claramente, a principios de siglo dice: "...hasta tanto se establezca la oportuna separación entre los Hospitales Provinciales y Clínicos...el problema seguirá en pie...". La memoria de la Diputación muestra gran interés por la creación del Clínico, pues "Desde que empezaron a ensancharse las clínicas de la Facultad de Medicina, aumentan los agobios...").

Todavía "palian", este agobio, algunas donaciones caritativas, como la de la casa n.º 1 en la calle Huérfanos, para la que se acuerda nueva tasación y la de un solar en la calle de San Ramón, fincas legadas por D. José Arnal, para venta en subasta pública. Hasta las celebradas para adquirir artículos de consumo, las de los establecimientos benéficos, las de toldos y banastos del Mercado (para la Casa de la Misericordia), adjudicada a D. Gaspar Pérez Pons, por 94 ptas./día. Se suma, un descubierta, dejado por el Administrador del Hospital (Juan Sanchis), que sería cubierto por su padre, Tomás Sanchis Ferraro.

El secretario, que firma la Memoria año 1910, anota su aumento de sueldo, cobra 9.000 ptas.

En 1913 el Director del Hospital es autorizado... para incautarse bienes constituyentes de mitad del fideicomiso, fundado en 1795, por D. Vicente Adalid, a favor del Hospital, existencia denunciada por D. Rafael Moya Alcover, hijo de J. Moya Bernal, último legal poseedor.

Y una vez más, la renuncia al periodo voluntario de arrendamiento de la Plaza de Toros, supuso nueva subasta, por tres años, con tres de prórroga, a la "Sociedad Anónima Artística Valenciana", por 133.333 ptas./año. (Había salido por 105.000). En 1911 se adjudicó por 110.251. Otras habituales, salvo la del vino, quedaron desiertas...

En 1915 se firma con la Facultad un Contrato (Decano Facultad: Dr. Peregrin Casanova y Presidente de la Diputación Sr. D. Juan Polo de Bernabé), el Estado aporta 50.000 ptas./año a las Clínicas oficiales de la Facultad de Medicina, de las cuales, ésta dará al Hospital 11.000 ptas./año.

El gasto de Beneficencia (Hospital y Manicomio), en fecha 7-VII-1919, sube a 1.304.457 y el déficit a 713.254.

En el año 1920, la plantilla cobra: Inspector D. L. Colomer Peris, Maternidad (3.500 ptas año); D. Aracil, Cirugía General (mujeres) (3.000 ptas/año); D. Tomás Blanco, Oftalmología y D. German Bonet, Sistema Nervioso (2.750 ptas.); D. Fco. López Vicent, Med. General, D. Enrique López Sancho, Ginecología, D. Miguel López Romeu, Génito-urinario y Dermatología y D. Ramón Gómez Ferrer, Enfermedades Infancia, (2.500 ptas.); Traumatismos, Pecho y Visitante a las Casas, quedaron vacantes. Decano D. J. López Trigo (2.250 ptas).

En 1928, concretando los sueldos: el Decano recibe 6.000 ptas, 5.000 los 4 que le siguen y el resto, 4.000. Suben igual, los médicos adjuntos de Cirugía y de Radiología, el adjunto de la policlínica de Cirugía y el de Oftalmología. Mientras el Farmacéutico cobra 6.000 ptas. Y Los practicantes del Hospital, 3.000 ptas.

1934. Se actualizan legados: de la Sra. Asserquet, de D. Bernardo Díaz y de D. José León.

Hubo intentos administrativos oficiales, pro mejoría económica

A fines del XIX (1882), ya se trabajaba por defender los intereses de la Beneficencia Provincial, buscando disminuir su déficit. En este sentido, el Secretario dirige una moción al Senado (5-IV-1916) para iniciar un programa económico, exponiendo cómo se podía y debía... elevar la política de solvencia de la Hacienda y su reconstitución económica... y también en su exposición al Congreso de los Diputados... indicó la ineludible necesidad... de reconstruir o crear las Haciendas Locales;... hasta se presentan varias leyes complementarias, preparándolas... liquidando el Estado con todas ellas... y especialmente una de Zaragoza (solicitando la adhesión de las demás)... añadiendo, que se debería exponer-aprobar una ley que las robusteciera... y así la prosperidad de la Nación...; fueron favorablemente acogidas, por el Sr. Ministro de Hacienda... aunque este proyecto presentado, no fue “demasiado” atendido por un Gobierno... por estimar estériles estas iniciativas, que sólo se preocupaban de la creación de recursos artificiosos, a favor de Haciendas...en estado de insolvencia... como estaban la mayoría.

Lo que sí fue positivo, como vimos más arriba, ganar el pleito de la “desamortización”.

Ingresos y Consultas

1932. Se señalan las horas de estas consultas externas hospitalarias, así como sus tarifas para los que NO procedan de salas o consultas benéficas (van desde 20 ptas. radiografías simples 30 x40, a 30 si se usa contraste y hasta 125, máximo, para la radioterapia profunda).

Para los baños: de 2 ptas. baño simple, hasta 3 ptas. los medicinales o hidroterapia.

Asimismo las “Habitaciones para enfermos distinguidos (cirugía)”, se elige cirujano y paga por anticipado los honorarios (15 días a 15 ptas/día, incluyendo: alimentación, medicación-curas y servicio doméstico), siendo las tarifas médicas, en general, de 3 niveles, de 1.000 a 1.500 ptas.

Se adjudica subasta de la Plaza de Toros al Sr. Vicente Jimeno, por 506.000 ptas. y la Diputación en nombre del Hospital Provincial se congratula del resultado (81.000 ptas. más que en 1924).

En el año 1933, hubo 6.514 pacientes ingresados (1.333 en medicina y 5.181 en cirugía) con 321.076 estancias. Distinguidos y pensionistas, fueron 117 ingresos.

* * *

1936-1939, sigue Ingresos y Consultas en el Hospital Provincial: en el 1º semestre 1936 = 2.531 enfermos (757 médica y 1.774 cirugía). (estancias, 26.687 y 27.177), las consultas externas suben a 27.890. En el 2º semestre de 1939, las estancias son 29.937, (899 enfermos a médica y 1.890 cirugía) y 30.881 consultas externas. (1939).

Ingresos facultativos: 1º Semestre 1936: Distinguidos 38 operaciones = 12.325 ptas. (75% facultativos) en 2º Semestre 1939: 47 operaciones distinguidos = 16.743 ptas. (idem 75%). En 1948 entre accidentes tráfico (61) y distinguidos (128), ingresan 114.945 (idem 75%).

1939 Post-Guerra... Se suman los problemas de rentas de la Plaza de Toros y del Teatro Principal. Como la de los Toros, prácticamente, no se interrumpió, el Tribunal económico-administrativo declaró que el edificio nº 52 de la calle Játiva (Plaza de Toros) tenía que tributar, desde la fecha de comprobación, 425.333 ptas., mientras la Corporación solicita exención absoluta, puesto que la Plaza, como el Teatro Principal, sólo tienen finalidad benéfica. Se suman pleitos y ...documentaciones desaparecidas y eliminación de los plazos-deudas, cuya evolución había sido alterada por fuerza mayor (18-VII-36 a 29-III-39) y asimismo conforme el arrendatario, se "normaliza" la situación. El del Principal, prefiere declarar acabado el contrato y sale a subasta, primero por 95.000 ptas año y luego, el 10-V, traspasa a 100.000. Al fin se adjudica, el 26-VII, por 102.170 ptas.

25-X-39. La Comisión de Sanidad y actividad social, retoma los acuerdos de 7 años antes (3-X-32), que hablaban de vender los terre-

nos del Hospital Provincial, con vistas a construir una especie de Ciudad Sanitaria, por donde "ahora" esta la Granja, cerca del camino del Cementerio. (Reservando el área de Porta Coeli para Manicomio, Sanatorio anti-tuberculoso y Convalecientes). Pocos meses después, se trabaja en suprimir el Concurso, evitando gastos.

En 1940, los Jefes Servicio cobraban 6.250 ptas/año.

La Comisión de Gobernación en 22-III-1941, restablece la vigencia de la plantilla del Hospital, con sueldos de: 8.000 ptas. para los cinco numerarios y 6.500 los otros cinco. Médico jefe de anatomía patológica + laboratorio, 9.000 ptas., médico encargado de bacteriología, 6.500, igual que el de serología y para médico de puerta, 5.000 ptas.

Se propone a la Comisión Gestora, como médicos de "puerta" (a confirmar), los Drs. Ferrer Peris, Lafora, Coloma, Jimeno, Fita, García Guijarro y Ramón Pascual, con sueldos de 7.000 ptas. La Comisión Gestora lo aprueba.

D. José T. López Trigo, Profesor de Sala del Hospital (11-X-46), con el haber de 15.000 Ptas + 4.000 de gratificación en 7-III-47, (Decano del Cuerpo de la Beneficencia).

En 1959, el Decano del Cuerpo, ya era D. Eugenio. López Trigo, cobrará, 50.118 ptas/año; con la gratificación de 6.000 ptas.

Personal. Organización

A fines del XIX, fueron "propuestas" las especialidades, manteniéndose el sistema de oposición como vía de acceso a las plazas, según el ya citado (siglo XIX), Reglamento de enfermería de 1897:⁹
¹⁰ (comentado a fines del XIX).

En el Capítulo II, "del Cuerpo Facultativo", Art. 8... constará de 11 facultativos de número, más 3 médicos agregados y 2 prof. supernumerarios y en el Art. 9... se dividen en:

- A. Afecciones médicas, aparato circulatorio y respiratorio.
- B. *Ídem* sistema nervioso (locos aparte).

⁹ Reglamento Hosp. Prov. Valencia. Ofic. Tipográfica Casa de Beneficencia, 1881.

¹⁰ Regl. Reg. Administr. H. Prov. Valencia. Imp. Casa Misericordia, 1898 (Pres. J. García Villacampa).

- C. Medicina general, infecciosas, aparatos digestivo y urinario.
- D. Cirugía general y Traumatología.
- E. Aparato de la visión.
- F. Gestación, partos, puerperio y sección de lactancia.
- G. Genito urinario.
- H. Paidopáticos (<10 años) (aparte los médicos de los asilos).

Art. 10. El ingreso en el cuerpo es por oposición. También tienen interés: Art. 11 el escalafón es único. Art. 12 el orden de ingreso es el mismo por el que se produjeron las vacantes. Art. 14 las reuniones del cuerpo se darán, al menos, una vez al mes. Art. 15 con Acta del Secretario (el Prof. más moderno). Art 16, se autoriza la enseñanza clínica y Art. 18, que precisa: los ejercicios serán sobre las enfermedades del Grupo al que se aspira.

Un año después, 1898, aparece el Reglamento de Régimen Administrativo, que tiene un triple objetivo, en el mundo benéfico (aún siguen):

- 1º. La Enfermería general (civiles, con enfermedades comunes, con vecindad ganada... más la circunstancia de ser pobres),
- 2º. El Manicomio... alienados y presuntos dementes, pobres y naturales de la provincia de Valencia y
- 3º. La Inclusa... niños abandonados y habidos ilegítimamente.

Ya dependen de la Diputación, desde hace 30 años (1868) que los subvenciona, cubriendo el déficit; están a cargo de un director, que nombra la Corporación (honorífico y gratuito). Le corresponde, Art. 4: regir, administrar y representar, ordenar pagos, las disposiciones de régimen interior, las adquisiciones; que los asilados-acogidos cumplan las condiciones, contratos; conservar “una de las tres llaves de la Caja”, la marcha administrativa y la asistencia-acogida de los enfermos; proponer reformas y crear una Comisión Auxiliar, de 4 diputados, que estudie el presupuesto,... designará un Vicedirector.

El Cap. III: se ocupa de los centros de Secretaria, Contaduría, Administración y Caja; así como las oficinas subalternas (ingresos) y la plantilla de personal administrativo. Nombramientos, haberes, normas, etc. Y específica:

Cap VII: ...de la Comisaría de entrada: requisitos, parte diario, (ropa que lleva el enfermo, que se desinfecta y guarda hasta el alta...), similar en los Cap. VIII y IX, para las Comisarías de Inclusa y Manicomio.

En el Cap. X: ...del Almacén general, con una de las Hijas de la Caridad al frente, etc.

La Farmacia, Cap XI, depende, del farmacéutico, que ocupa la plaza por oposición.

En el Cap. XII: se reúnen las dependencias auxiliares: cocina, lavadero, talleres, horno, etc. A las órdenes-normas, procedentes de Dirección, e Hijas de la Caridad. Y se precisa...

Cap. XIII: que estas Hijas de la Caridad remitirán, periódicamente, relación de salarios, etc. personal de talleres... así como, de alimentos prescritos a enfermos de la Clínica de la F. de Medicina, para reclamar, en su caso.

El Art. 49 se refiere a las convalecencias, denominadas de la Excm. Sra. Condesa de Cirat y de las Señoras Nobles, cuya administración reintegra el gasto al Establecimiento; está sujeta a los contratos con ambas dependencias, sin que la Dirección del Hospital deje la vigilancia e inspección de las mismas.

Concretando sobre personal, en 1904 quedó cubierta la plantilla del Cuerpo Facultativo, siendo adjudicadas las plazas 9 y 10, a D. Antonio Vicente Claver y D. Miguel López Romeu. La n.º. 11, se confirmó a D. Ramón Gómez Ferrer, que reingresa en el cuerpo, tras desempeñar la Cátedra (había cesado la incompatibilidad). Finalmente, se acuerda ofrecer la primera vacante de Cirugía a D. Jose M^a Machi, considerando la ayuda que reportaría al Hospital. Se nombra a D. Eduardo Ponce y otros facultativos de guardia, precisando los servicios a prestar.

Se crea plaza de ayudante de enfermerías, a las órdenes del Inspector Jefe.

Así como la autorización a los Dres: Colomer, Blanco, López, Vicente y López Sancho, para su asistencia al *Congreso Internacional de Medicina*, a celebrar en Madrid.

Son estimados los recursos presentados por D. Eduardo Izquierdo, contra nombramientos de agregados y de guardia. Se celebran oposiciones a plazas de practicantes.

Fallecieron, el farmacéutico D. Pedro Chiarri y el Oficial de Secretaría D. Vicente Manzano. Tras los pésames, se anuncia la vacante, del primero, a oposición.

Se jubila el vicario perpetuo D. Vicente Oliver. (Concurso, para presentar a la autoridad eclesiástica, un nuevo vicario).

En 1906 se efectúa la anunciada visita del Rey D. Alfonso XIII, que duró tres días y visitó esta Casa de la Beneficencia.

Dos plazas de farmacéuticos no han podido cubrirse, por faltar el nombramiento de vocales, por parte del Colegio de Farmacéuticos. Se recurre a la Real Academia de Medicina, que formuló respuesta de inmediato. Se celebran en 1907 y a propuesta del tribunal, son: farmacéutico en propiedad, D. Enrique Gay Méndez y supernumerario, D. Leoncio García Reillo.

Jubilados, el contador, D. José Llorente y el arquitecto, D. Joaquín M. Belda; se glosan las memorias de ambos, siendo sustituidos por D. Francisco Carbonell Blanco y D. Luis Ferreres.

Falleció, el oficial de secretaría, D. Francisco Borbón y está camino de jubilarse, el oficial de contaduría, D. Carlos Viñals.

Según el nuevo Reglamento, se establece una organización con nombramientos por turnos: dos para las plazas de entrada: uno por oposición y el que sigue, por concurso libre, y tres para los demás: 1 mediante oposición, 2 por ascenso, antigüedad y además, 3 por méritos.

Se anuncia, la creación de una plaza de Ayudante para el Servicio de Oftalmología.

Corre el escalafón de practicantes de enfermería, ocupándose las vacantes por oposición. Dimiten los practicantes supernumerarios: D. Manuel de los Santos Vivanco y D. Rafael Civera, quedando estas dos vacantes, al correr la escala.

Se adjudica plaza, de veterinario del Hospital, a D. Ramón Gómez Pérez.

Deja de pertenecer (1908) al Cuerpo de Beneficencia Provincial, el dimitido Dr. D. Francisco. Bolinches (1909) y se reconoce derecho

a ocupar la vacante, por escala, a Dr. D. Jose M^o. Machí, catedrático de la F. de Medicina (Rector de la Universidad). Ya lo hizo D. Ramón Gómez Ferrer.

Se ha designado personal facultativo, para el pretendido dispensario antituberculoso (1910), aparte de pedir, al Gobierno, una subvención.

Se crea una plaza de médico auxiliar de respiratorio, que se anunciará a oposición. Y se proveen las plazas libres de practicantes.

En 1911, por enfermedad del Dr. Aracil (cirugía mujeres), se encarga, hasta su cobertura oficial, a D. Antonio Bellver, con sueldo de 1.200 ptas., y gratificación de 500 ptas.

Al año siguiente, se nombra (1912) director de los trabajos de radiología a D. Enrique Olaso Jordán y encargados de montar el laboratorio de análisis bacteriológicos del aparato respiratorio, a D. Alfredo Moscardón y D. Ramón Vila, más un médico encargado de la policlínica de externos (por oposición).

Hay oposiciones, para cubrir plazas de practicantes a consulta externa de Respiratorio, (otra más de numerario y seis de supernumerario).

Sigue al frente del Hospital, D. Juan de Polo de Bernabé.

11-III-1917. Se nombra un Tribunal, que presiden: el que lo es de la Real Academia y el Sr. Decano de la Facultad (o en quien ellos deleguen), se suma un médico nombrado por el Sr. Rector y dos médicos numerarios del Hospital (Total 5). Pero quedan vacantes las plazas.

10-II-1919. Fallece el Dr. José Donday y el Director del Hospital, nombra al agregado, Dr. Alfredo Ferrer Peris, Jefe de Traumatología-hombres, hasta que salga a oposición la plaza. El 30-III-20, fue sustituido por D. Antonio Bellver (de cirugía mujeres).

Se continúa ocupando las plazas vacantes por la vía habitual, por oposición. Así, el 6-VI-1919 se monta el tribunal para la plaza de traumatismos; son: E. López Sancho, Francisco López Vicent, M. López Romeu, Vicente Navarro Gil y M. Cogollos Galán (El propio tribunal elige presidente y secretario, hace los programas, señala las condiciones y ejercicios, fechas y... elegirá uno de los opositores, por votación pública)... y... el tribunal para "Pecho" y el n^o. 11^o, (que es el médico visitador de "las casas", Beneficencia y Misericordia), for-

mado por: R. Pastor, J. Bueso, Juan Peset, J. Bartrina, G. Bonet, J. Sanchis Bergón y J. Marín. Se declararon ambas plazas desiertas.

7-VII-1919. Se intenta suprimir la asistencia facultativa, (Facultativo numerario n.º 11) a los asilos, y se contesta que entre los dos hospicios, hay más de 1.600 asilados.

Tribunales para el visitador, el n.º 11º son los mismos Dres.: Rafael Pastor, Julio Bueso, Juan Peset, Jesús Bartrina, Germán Bonet, José Sanchis Bergón y Jesús Marín; y otro para "Enfermedades del Pecho", lo forman: A. Gil y Morte, F. Rodríguez Fornos, Francisco Brugada, Lorenzo Colomer, y R. Gómez Ferrer, se vuelve a declarar desierta; en el año 1921 saldría el Dr. Manuel Desfilis.

Al acabar este año, 1919 (31-XII), la plantilla hospitalaria la formaban once facultativos:

Inspector y Maternidad: D. Lorenzo Colomer Peris. Cirugía General (mujeres): Vicente Aracil. Oftalmología: Tomás Blanco (catedrático). Sistema Nervioso: Germán Bonet. Medicina General: Francisco López Vicent. Ginecología: Enrique López Sancho (catedrático). Genito-Urinarias+Dermatología: Miguel López Romeu. Enfermedades de la Infancia: R. Gómez Ferrer (catedrático). (Traumatismos y Pecho seguían vacantes, porque, como se anotó, fueron declaradas desiertas en las oposiciones; como también la de "Visita a las Casas").

Médicos de guardia o de puerta, eran seis: Dres. Pedro Valero, Julio Oltra, Eduardo Izquierdo, Alfredo Ferrer Peris, Francisco Ferrero, Luis Lafora. Y había diez supernumerarios interinos: Francisco Serra, Jesús Oliver, A. Bellver (Cirugía mujeres), Vicente Pérez Martínez (Policlínica de adultos), J. Serra Bort (Oftalmología), Enrique Olaso (Radiología), A. Lloret Ros (Cirugía hombres), Enrique Gay (Farmacéutico); Evaristo Fernández y Eduardo Matoses (Aparatistas).

Los practicantes eran: seis de primera: José M.ª Ruiz, Ladislao Suárez, Ignacio Botella, M. Ortuño, Joaquín Mahiques, Honorario Ballester; más ocho segundos: Manuel Mafé, Nicolas Sanchis, José M.ª Juan, Cesar Montoliu, Ricardo Alcañiz, Juan Bta. Miranda, José Soler, Adrián Sorribes.

En 1920 Se ajusta el escalafón, tras fallecer el médico de puerta que ostentaba el n.º. 3, el 2º Jefe de Cirugía de mujeres, a más de una nueva plaza para Otorrinolaringología, con el n.º. 12. Hay en

activo, "alumnos internos de la Beneficencia Provincial, (aunque han dimitido tres).

Otro tribunal médico, para oposición a la plaza de Traumatismos, (los anteriores no propusieron a nadie), lo formaran los Drs: Ramón Gómez Ferrer, Tomás Blanco, Lorenzo Colomer, Pedro Tamarit, Antonio Casanova. En Votación pública y por unanimidad, se eligió a D. José Tomás López Trigo (nº. 8), que toma posesión el 1-II-21.

Responden de las Consultas externas (Hospital General+Facultad): por las de Medicina, los Drs: R. Pastor, F. Reig, F. Rodríguez Fornos, J. Berenguer, R. Vila y M. Beltrán; de las de Cirugía: P. Tamarit, V. Pallares, J. Segovia, V. Navarro, N. Benlloch; de Infancia, D. Dámaso y J. Comín; la de Gine-Tocología M. Martí Pastor y J. B. Marco, de Oftalmología Tomás Blanco, la de ORL, los Drs. J. Bartual y J. Campos, por la de Dermatología M. López Romeu, de Terapéutica López Amor. por Urología N. Benlloch y de Odontología R. Vilar.

En 20-II-1921, se hacen oposiciones a médicos agregados; constituyen el Tribunal: D. José Pérez, de la Real Academia de Medicina, D. Juan Peset Aleixandre y D. Miguel Martí Pastor, de la Facultad de Medicina, D. Salvador Bonet, por el Colegio de Médicos y D. J. López Trigo, del Cuerpo de Beneficencia (El Dr. Bonet fue sustituido por el Dr. Beltrán Báguena) Se presentaban 16 y se eligió médico agregado 5º, a D. José Mª. Soler Alós y 6º, a D. José Coloma... y supernumerarios: D. Juan Gimeno, D. José Fita, D. Antonio Sánchez García, D. Ramón Pascual y D. Miguel Muñoz.

El año 1928, se aumentó la plantilla, con 2 numerarios, para Odontología y Cirugía hombres. (Sueldos en Capítulo de Economía).

En 1930 se rescinde el contrato con el Dr. Peset Aleixandre, por quien se constituyó, en 1916, el "Servicio Sanitario Provincial de Valencia". Coincide con la Real Orden de 27-5-30 que, según la Diputación, sólo se refiere a las Diputaciones que no tengan Dispensario Antivenéreo, y la nuestra lo tiene, dirigido por el Dr. M. López Romeu. Se enviaron cartas o todas las Diputaciones, con copia de la dirigida a la Dirección General de Sanidad, para que antes de dictar nuevas reglamentaciones, fueran oídas las Diputaciones.

Se procede a cubrir por oposición la plaza n.º 12, nombrándose, por unanimidad, al Dr. Archer Meseguer.

Se jubila el Sr. Decano (G. Bonet) y se nombra al Dr. Francisco López Vicent, que falleció a los cinco días. Le sigue, en el Decanato, el Dr. López Sancho, que presenta pronto su renuncia, para que, finalmente, lo sea el Dr. D. Miguel López Romeu.

La plantilla, en esa fecha, era: Decano, por poco tiempo (como vimos), el Dr. López Sancho, al que seguiría el Dr. López Romeu, que era uno de los 4 numerarios, con los Drs. López Trigo, Desfilis y Moltó Santonja; y quedaban nueve vacantes. Había 12 médicos de puerta, con ocho facultativos más, 26 practicantes y 8 supernumerarios.

La Asociación Profesional de Estudiantes, solicita, que los estudiantes de 5º y 6º curso, vayan, en prácticas, al Servicio de Urgencia. La Facultad y el Hospital, así lo autorizan.

Hay que cubrir, por jubilación o fallecimiento, las plazas de: Pediatría († Gómez Ferrer), Sistema Nervioso († G. Bonet), Medicina General († López Vicent), Odontología (nueva creación) y Oftalmología (por jubilación de Don T. Blanco). Se constituyen los correspondientes tribunales y son nombrados, respectivamente, los Dres.: J. Comín, J. J. Barcia, J. Berenguer, (Odontología se retrasa) y J. Pallarés.

El 11 de Marzo de 1931, la Comisión Permanente acepta otra dimisión, como Decano, la del Dr. D. Miguel López Romeu, por razones de salud. Había entrado, como Médico Numerario-10, el 19 de Noviembre de 1903 y por corridas de escalas, pasó a Numerario-2 el 30-VII-1930 y fue nombrado, en Septiembre, por renuncia al Decanato del Dr. D. Enrique López Sancho.

Se designa, a D. José Tomás López Trigo, Decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia. (ocupaba el N.º. inmediato inferior al del Dr. López Romeu).

La Comisión Permanente acuerda restablecer en el Hospital las salas de Cirugía-mujeres, ORL y Obstetricia (entregadas a la Facultad en 1923) y proveer dichas plazas por oposición. Serán los Drs. Nicasio Benlloch, J. Campos, (Obstetricia se retrasó).

El Cuerpo Médico, quedó constituido en 1931, por los Dres.: Ginecología: López Sancho; Vías Urinarias: López Romeu; Traumatología

(Decano): López Trigo; Circulatorio-Respiratorio: Desfilis; Visitador de las Casas: Dr. Moltó; Infancia: J. Comín; Sistema Nervioso: J. J. Barcia; Médica: J. Berenguer; Cirugía-mujeres: N. Benloch; Oftalmología: J. Pallarés; ORL: J. Campos; Cirugía-hombres: Vicente Pallarés; Odontología(nueva creación) : L. Lafora; Obstetricia: Pérez Manglano (14). Y se jubiló D. Abelardo Lloret, de Cirugía-hombres.

Y como médicos de “puerta”, estaban los Dres.: Ferrer Peris, Ferrero, Lafora, Ramón Salvador, Coloma, Jimeno, Fita, Sánchez García, García Guijarro, Pascual, Delgado, Archer. (12).

En estas fechas hemos de recordar, que tras los citados Reales Decretos de 1902, que abren las puertas del Hospital a la Facultad de Medicina y el derecho a que sus Catedráticos OCUPASEN las vacantes que en ellos se produzcan ...llega la incautación y en estas fechas (1931), ya 29 “Salas del Hospital son de la Facultad” (511 camas, más de la mitad de nuestro Centro). Son las salas: P. Jofré, S. Luis Beltrán, Beato Juan de Rivera, San Enrique, Santa Lucía, San Lázaro, San Vicente, San Pascual, Ntra. Sra. del Carmen, Angel de la Guarda, San Juan, Milagrosa, San Ponciano, Ntra. Sra. Desamparados, San Fco. Javier, Santa Teresa, Santo Cristo de la Salud, (piso 1 y 2º), San Joaquín, Santa Ana, Sagrado Corazón de Jesús Sagrado Corazón de María, San Ramón, Santa Águeda , Santa Rita, San Juan de Dios, Los Ángeles, San Juan Bautista y las del Niño Jesús (28-1-31).

En 1932, sigue el mismo cuerpo médico, salvo López Sancho jubilado y la plaza de Ginecología vacante. Entre los de “puerta”, está D. Eugenio López Trigo, con el nº. 12 (nombrado, tras oposición, por la Comisión gestora, el 19-XII-32, para la vacante de Sánchez García, que había pasado a cirujano del Sanatorio de Porta Coeli) y en “otros”: Bellver, Valero, Ramón Rodríguez Roda, Olaso (Rayos X), L. Bartual, A. Cervera, V. Sanchis Bayarri (laboratorios). (Todos ocuparon sus plazas, tras oposición).

La plantilla de practicantes casi se ha triplicado en 1933. De primera, figuran: H. Ballester Rubio, Manuel Ortuño Estellés y Manuel Mafé Olive; de segunda: Juan Bta. Miranda, Adrián Sorribes, José

Serra, Pedro Vicente Lozano, Electo Córdoba, Francisco Blasco, Manuel Muñoz, Gregorio Pérez Descalzo, Marcelino Marín y Juan Bta. Baixauli; finalmente, están de tercera: Vicente Juan Mares, Salvador García del Real, Miguel Gimeno Navarro, Carlos Sanmartín, Ramón Campos Fillol, Oswaldo Álvarez, Antonio Mahiques, León Castelló, Salvador Galán, Delfín Ripio, Vicente Sellés, Pedro Valero, Vicente Timoneda, José García Garcés, Andrés San Juan, Arturo López Fita, José M^a. Rallo, Blas Climent, Enrique Biosca, Jerónimo Forteza y Román Gañera.

En 25-II-33, pasa a Decano Honorario el jubilado D. Enrique López Sancho y la Comisión gestora estará presidida por el Decano efectivo, D. José Tomás López Trigo.

Nuevo Reglamento del cuerpo de Médicos y Practicantes de la Beneficencia Provincial. Se precisa que los Médicos de Número... deben asistir al Servicio el mayor tiempo posible, a más de llevar el de Policlínica a diario; presentarán memoria anual y también organizarán cursillos... las vacantes se seguirán cubriendo por oposición: que constará de una Memoria, dos temas del Cuestionario, publicado 30 días antes, más dos ejercicios clínicos y un práctico. Será el Tribunal: dos médicos del Cuerpo, un representante del Profesorado Oficial, un Académico (Real Academia Medicina) y el Presidente de la Diputación, que lo preside. Los Médicos Agregados, o de Puerta, se cubrirán, igualmente, por oposición.

* * *

ACTOS

En 1925 visitó Valencia y se le rinde homenaje por la Beneficencia Provincial al Dr. Charles Mayo, nombrándole Médico Honorario (26-V).

Al tomar posesión el Presidente de la República, un niño y una niña, ingresados en la Inclusa en esa fecha, se les abre una cartilla en la Caja Postal de Ahorros, con 250 ptas.

REVISTAS Y CURSOS

1927. El Director del Instituto provincial de Higiene, Dr. J. Peset, dirige la Revista científica *Crónica Médica*, fundada por D. Manuel Candela. Su comité de redacción está formado por: T. Alcober, Alonso Ferrer, V. Belloch, J. Comín, D. Roca, Estellés, Rodríguez Fornos, García Donato, García Guijarro, Jimeno Márquez, Guastavino, López Trigo, V. M. Mollà, Rincón de Arellano, J. Segovia, J. Soler Burgos y Vilar Sancho.

Por el Dr. D. J. López Trigo se ponen en marcha los *Anales del Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica*, de la Beneficencia Provincial y además organiza Cursos de Traumatología con la colaboración de Francisco Ferrero y Sánchez García, médicos agregados. Participaron: López Sancho, catedrático y médico de número del Hospital y el prof. Rodríguez Fornos dió la lección final.

1929. Se sigue Cursos de Traumatología, (el III, con el Dr. López Sancho, y clausura del Dr. Vila Barberá) presididos por el Presidente Sr. Carrau. La Diputación, inicia trámites para que se conceda al Dr. López Trigo la Gran Cruz de la Beneficencia. En el IV Curso de Traumatología (Dr. López Trigo), participan el Dr. Conill, de Barcelona y el Dr. Sanchis Banús.

1932. es año de Cursos. Por el Dr. Barcia se monta el de: *Diagnóstico topográfico de las enfermedades del Neuroeje*, 35 lecciones y se Clausura el 29-V-32. El de *Profilaxis y tratamiento de las enfermedades infecciosas* (había entrado en funcionamiento el Pabellón de Aislamiento de Infecciosos), a cargo del Dr. J. Comín, es inaugurado por el Rector Peset Aleixandre, el 25 de Febrero y se clausura por el Dr. Rodríguez Fornos, el 25 de Marzo. Se celebra (26-VI a 6-V) el VII *Cursillo de Trauma, Ortopedia y Accidentes del Trabajo*, discurso inaugural por el Dr. Cardenal y 12 lecciones (Royo Villanova, E. López Trigo, Jimeno Vidal, etc.). El Dr. D. Vicente Pallarés con Ferrer Peris, organizan un *Cursillo de Cirugía* y el Dr. F. Pérez Manglano un *I Cursillo de Obstetricia*, 4-21 Septiembre, con los Dres. García Orcoyen, Peris Estruch, Montesinos, Lleó, Terrada, Portacoeli, Bueso, Recasens, etc.

* * *

ASISTIDOS-ESTANCIAS (*Muestras de 1ª mitad del siglo XX*)

Asistidos en el Provincial, año 1921: 110.962 estancias de hombres y 98.322 mujeres

En el año 1922: un total de 197.107 pacientes, de los que son de Medicina: hombres = 33.646; mujeres = 38.198 y de Cirugía hombres = 76.862 y mujeres = 57.402. Aparte de Accidentes General y de Trabajo, sumando un TOTAL de = 9.817.

En consultas externas (trauma = Dr. López Trigo, Medicina General = López Vicent, Respiratorio = Desfilis, Neuro = Bonet, Niños = Gómez Ferrer, Gine = López Sancho, Oftalmología = Blanco, Urología = López Romeu, Cirugía mujeres = Bellver, Cirugía hombres = Llorct y Policlínica = Pérez). A más de odontología Dr. Luis Lafora y Electro-radiología Dr. Olaso.

Consultas externas F. de Medicina: *Medicina*: R. Pastor, F. Reig, F. Rodríguez Fornos, J. Berenguer, R. Vila, M. Beltrán; *Cirugía*: P. Tamarit, V. Pallares, J. Segovia, V. Navarro, N. Benlloch; *Infancia* D. Dámaso R, J. Comín; *Gine-Tocología* Martí Pastor, J.B. Marco; *Oftalmología* T. Blanco, *ORL* J. Bartual J. Campos, *Dermatología*. M. López Romeu, *Terapéutica* López Amor, *Urología* N. Benlloch y *Odontología* R. Vilar.

Estancias del Hospital Provincial, en 1935: total estancias 225.354, nº enfermos 7.054 (1.548 de médica y 5.506 en cirugía). Distinguidos 99, con 24 operados por 21.370 ptas. (75% facultativo), consultas externas 62.855. *De otras provincias* 2.028 enfermos. Baños 496.

1936. 1º semestre del Hospital Provincial. Total enfermos (estancias, 1º semestre) 26.687 de 2.531 enfermos (757 médica y 1.774 cirugía). Distinguidos (1º semestre) 59 con 38 operados por 12.325 ptas. (75% facultativo) Consultas externas (1º semestre) 27.177. De otras provincias 1.085 enfermos.

1939. Hospital Provincial Total estancias 245.211, nº. enfermos 3.972 (1.299 de médica y 2.673 en cirugía). Distinguidos (I-IV a 31-XII) 97 enfermos de los que fueron operados 47 por 16.743 ptas (75% facultativo), consultas externas 30.881, De otras provincias 1.508 enfermos.

En 1941, ingresaron 2.022 de médica y 3.404 de cirugía. Total 5.426.

Tras la recuperación post Guerra Civil las cifras son mayores, así en 1948:

Hospital Provincial: total estancias 282.580 procedentes de 28.736 ingresos lo que supone una estancia media de algo más de 10 días. Ingresos que se dividen en 1.443 hombres y 1.840 mujeres en médicas, y en cirugía 2.190 hombres y 2.204 mujeres (total 8.027 igual a 322.577 estancias).

Fueron ingresos de extranjeros 252 (2.652 estancias) y de otras provincias 3.659 (40.249 estancias); el conjunto supone un gasto de casi un millón de pesetas (968.487 pesetas).

Por especialidades, (Policlinicas + Guardias):

Profs.

Berenguer	1.355
Barcia	637
R. Roda	1.896
Fornos	49
Pérez Manglano	750
Campos Igual	1.358
Pallarés	460
Benlloch	879
Lafora	1.787
Comín	8.674
Alcalá	398
Archer	908
Estellés	1.422
López Trigo	1.422
Accidentes atendidos en Guardias	3.637
De trabajo	162
TOTAL	26.280

Personal

El año 1934, siguen en el Cuerpo Médico las vacantes de ginecología y dermatología. Aclarando que, desde estas fechas, correrá el escalafón cuando haya vacante, pero conservando la especialidad.

Se jubila, a petición propia, D. Antonio Bellver, médico adjunto de cirugía.

Un año más tarde en 1935, se constituyó una comisión gestora, recayendo el cargo de director en D. Manuel López Caldes.

Y en ese año fallece, la que por muchos años fuera la Superiora de las Hermanas de la Caridad, sor Ana Callis y el 5 del XI se nombra a sor Concepción Escudero... que la superó en tiempo.

En 27-VI-36, la Comisión de personal, propone a la Comisión Gestora, la jubilación, en las mejores condiciones, del Dr. Desfilis, médico numerario, afecto de procesos tuberculosos bronco-pulmonares y urinarios, que no tenía a su ingreso en el Cuerpo y en ese campo (80% sueldo + 2.500 ptas. de gratificación) La Comisión Gestora lo aprobó el 2-VII-36

GUERRA

1937. En el acta del Consejo Provincial de Valencia, de 15-I-37, se distribuyen las consejerías (5 a UGT, 5 CNT, 1 FAI, 1 a Valencianista d'esquerra, 1 a U. Republicana, 1 al Partit Sindicaliste, 1 PUOM y 1 a Esquerra Valenciana).

Se acuerda la cooficialidad de los idiomas valenciano y castellano. Para la Conserjería de Sanidad, que corresponde a UGT, se nombra a E. Navarro Beltrán, de CNT. Se acuerda ratificar los nombramientos, con carácter interino.

Por cesados, sustituyen a D. Juan José Barcia, D. J. Jimeno Sancho; y a D. Vicente Pallarés, D. Alfredo Ferrer Peris; y por jubilación, J. Coloma por López Romeu y L. Lafora por M. Desfilis. Se solicita que D. Eugenio López Trigo y D. Ramón Pascual, que están prestando servicio en el frente, se reintegren al Hospital.

Tras nombrar, provisionalmente, Director de Porta Coeli (plaza vacante), al médico residente D. Antonio Damiá, es llamado a filas. Se solicita, en consecuencia, sea exceptuada la incorporación, encar-

gándole algún servicio compatible con el de Porta Coeli (donde no quedaría ningún médico). El Sr. Delegado de la Inspección General de Sanidad, comunica no poder acceder, por oponerse el decreto del Ministerio de Defensa n.º 88 (D. O. 128).

POSTGUERRA

1939. Al constituirse la nueva Comisión Gestora actual, el cargo de director recayó en D. Manuel López Caldés, lo ejerce desde VIII-1939, a 27 de Noviembre de 1940, en el que se nombra director del Hospital a D. Fernando Oria de Rueda y se promulga Nuevo Reglamento, sustituyendo al de 6-VIII-35. Se actualizan varios legados: Sra. Aserquet, D. Bernardo Díaz, D. José León.

25-X-39. La Comisión de Sanidad y actividad social, retoma los acuerdos de 7 años antes (3-X-32) que hablaban de vender los terrenos del Hospital Provincial con vistas a construir una *Ciudad Sanitaria*, por donde "ahora" esta la Granja, cerca del camino del Cementerio. (reservando el área de Porta Coeli, para manicomio, sanatorio anti-tuberculoso y convalecientes). A comienzos del 1940, el Sr. arquitecto provincial, con Obras Públicas, preparan las bases y concurso de proyectos. Pocos meses después, se trabaja en suprimir el concurso, para evitar gastos e incluso el recargo a la contribución rústica, ya que se considera más que suficiente lo que se podrá obtener por la venta de los solares de los actuales edificios hospitalarios, considerando los planos del arquitecto y el aumento de valor, por la proximidad de la ya iniciada construcción de la Avenida del Oeste.

Convenio con la Rvda. Madre Superiora para que, de acuerdo con los Sres. Diputado Director, Dir. Facultativo y Administrador, atienda servicios subalternos, desde enfermería a limpieza, cocina, etc. con plena facultad para nombramientos y ceses de personal eventual.

Terminada la Guerra Civil, son depurados (22-XI-39), los Drs. D. José López Trigo y D. Antonio Damiá, más el practicante, D. F. Andreu, (22-XI-39), dos capataces y hasta 9 peones camineros. Se celebraron funerales, por las doce religiosas de la Misericordia asesinadas. *Declaran sin efecto* las movidas de escalas, aunque, para no perjudicarles, se considera que ocuparon esas plazas con carácter interino y ascienden los Dres. Joaquín Moltó, Jorge Comín y J.

J. Barcia, a vacantes por jubilación (Dr. Desfilis), por "separación" del Cuerpo (Dr. López Trigo) y por 3 años de postergación (Dr. J. Berenguer). Suben a numerarios los Drs. N. Benlloch. y J. Campos Igual.

La Orden del Ministerio de la Gobernación (11-IV-40), sobre la coordinación de servicios asistenciales y docentes, vuelve a abrir la "herida" de las disposiciones de 1902 (20-IX y 18-XI), arriba citadas. La Comisión discute, pero el hecho es que un Hospital sostenido por rentas legadas con fines benéficos, no esta claro destinarse, por decreto, a la enseñanza.

El Dr. J. Gimeno eleva un escrito de protesta por modificación del Reglamento que vulnera derechos adquiridos durante años de servicio. Defiende la figura del médico agregado y no se resigna a que reduzcan sus atribuciones, como médico de guardia y sustituciones.

Se restablece la plantilla del Hospital, más un médico jefe de Anatomía Patológica con laboratorio y otro, de bacteriología. (Comisión de Gobernación de 22-III-41). También y como médicos de puerta, se proponen a la Comisión Gestora, los Drs. Ferrer Peris, Lafora, Coloma, Jimeno, Fita, García Guijarro y R. Pascual, lo que se aprueba.

En 1946, D. Adolfo Rincón de Arellano, presidente de la Comisión Gestora de la Excm. Diputación, confirma a D. José T. López Trigo como profesor de sala del Hospital (11-X-46) y el 7-III-47 se le nombra Decano del Cuerpo, de cuyo cargo cesaría el 30-VIII-49.

Asimismo, se propone y acepta (XI-47), que los Drs. Damiá y Aguilar Filipo volvieran al servicio activo, en fisiología del Hospital (Porta Coeli ya no dependía de la Diputación)... y mientras la Facultad organiza el de aparato respiratorio.

En el Hospital Provincial siguen (1948), como Director, el Sr. Olcina, director facultativo el Dr. Barcia, y decano de la Beneficencia el Dr. López Trigo (D. José). Asimismo: la superiora, sor Concepción Escudero, el administrador Sr. Rafael Juan y el inspector contador Sr. J. Escobedo.

Son PLANTILLA, los Dres.: Berenguer, Barcia, Rodríguez Fornos, Campos Igual, Pallarés, Benlloch, Comín, López Trigo, Bartual, Sanchis Bayarri y son nuevos: Alcalá, Archer, R. Roda, Pérez Manglano, Lafora y Estellés.

El 30-III-49, el Sr. Presidente de la Diputación reúne a los médicos del Hospital, para votar la vacante del Dr. Joaquín Berenguer, (fallecido en accidente de aviación). Se eligió al Dr. Jimeno Sancho por unanimidad. (Pasa de jefe clínico, a profesor jefe de sala).

También se propuso que este "grupo medicina", se divida en tres: uno de medicina general, para el Dr. Jimeno, otro de endocrinología, a cubrir y un tercero de infecciosas, que puede cederse a la Facultad de Medicina. Se aprueba en el Pleno de 28-I-1950.

En Agosto, el Sr. Decano de la Facultad, solicita la instalación de un pabellón para geriatría, en el recinto del Hospital Provincial y remite planos. La Corporación resuelve ceder locales en el Hospital, sin poder complacer por completo la petición.

Sólo un año después, lamentamos las muertes del profesor jefe de sala, Dr. Luis Bartual, (26-X-51), cuya plaza acumula el Dr. Sanchis Bayarri y la del Dr. J. Archer, cuyo puesto encarga, el Decano de la Facultad, al prof. F. Bonilla. Se da cuenta del estado de obras del nuevo Hospital.

La Diputación aprobó (1957) el ascenso del Dr. A. Damiá, a profesor jefe de sala (como había solicitado en 1954), pese a la protesta de la Facultad (había obtenido plaza de médico residente nº 1, en el Sanatorio de Porta Coeli, cuando este era de la Diputación).

El año 1957, el Dr. D. José T. López Trigo es nombrado Médico Decano Honorario del Cuerpo Médico de la Beneficencia, (Se jubilaría, por edad, al año siguiente, el 29-XI-58).

En la Sesión Plenaria del 27 II-59, se contratan como practicantes, a los Sres. J. Rueda y Bruno Mínguez. Además de D. Antonio Mahiques como vicario perpetuo y de los capellanes: J.L. Aguiló y S. Pallarés.

En la Sesión Plenaria del 27 II-59 se designa a D. Eugenio López Trigo médico del Hospital, para el cargo de Decano del Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial.

(Expediente de D. Eugenio: el 15-III-32, médico de puerta interino, 3.500 ptas., el 3-I-33 médico de puerta por oposición; fue destituido el 4-X-39 y repuesto el 2-II-47; en 1952 confirmado médico del Hospital, es jefe de servicio en 1-I-56 y el 12-II-59 Decano, 50.718 ptas.). (Fue

reelegido como Decano el 1-III-75 por 29 votos, frente 16 Roda y 11 Celma).

* * *

Estamos en el tiempo de TRASLADO al NUEVO HOSPITAL. La plantilla médica estaba formada por el decano, Dr. D. Eugenio López Trigo y quedaban como Jefes de Servicio: J. J. Barcia Goyanes, J. Gimeno (había fallecido D. Joaquín Berenguer), R. Rodríguez Roda (depurado el Dr. Pallarés), J. Fita (ya jubilado el Dr. Nicasio Benlloch), L. Lafora, V. Sanchis Bayarri. J. Deluc (sucede al jubilado Dr. D. Jorge Comín), R. Campos Igual, V. Sánchez García (sucesor del fallecido J. Pallarés; y que murió a los pocos años). Más los catedráticos profesores: D. Rafael Bartual, D. Francisco Bonilla (tras el fallecido Dr. Archer), que simultaneaban la dirección de sus servicios en ambos Hospitales, Provincial y Clínico...Se imponía una...“re población” de personal.

Personal y organización del nuevo hospital (1962-63)

Calificable de 3º CONFLICTO (algo atenuado el 1º, el “centralismo”, a su vez “algo” consecuente y sucesor del 2º: H. Clínico-Facultad): ante un Centro “nuevo” (años sin usar), de ¡900 camas, escaso de personal... para enfermos de beneficencia y en plena época del SOE!

A) “Re población” del personal médico

Médicos: un Hospital “semivacío”, necesitaba cubrir, “repoblar”, numerosas vacantes. De inmediato, aún en 1962, se convocan 7 jefaturas a oposición-libre. Los tribunales respetando las normas establecidas, suman: un representante de la Facultad de Medicina, otro del Colegio Médico y un tercero, de la Beneficencia Provincial; el método, sumaba tres ejercicios: una memoria-proyecto sobre el Servicio a que se aspiraba, dos temas a suerte, de un programa de 100, por escrito y luego leídos en público, más un ejercicio práctico.

Los tramos teóricos tuvieron lugar en la impresionante Sala de Ciento, de la Diputación de entonces, hoy Generalitat. En sentido estricto, las plazas eran de funcionario de Administración Local (Médico de la Beneficencia), pero ya salieron convocadas para la categoría prevista, en este caso de "Profesor Jefe de Sala".

En el último trimestre de 1962 se cubrieron seis jefaturas que fueron, por orden: Cirugía B (Dr. Narbona). Cardiología (Dr. Tormo). Anatomía Patológica (Dr. Llombart). Radiología (Dr. Celma). Urología (Dr. F. Alcalá) y Anestesia (Dr. Vento). La 7ª, Médica B, fue impugnada, (y ganada el año siguiente, por el Dr. Garcia Conde).

Seguían en activo, desde el "viejo Hospital", las jefaturas de: Traumatología, Ortopedia y Rehabilitación (Dr. López Trigo). Neurología (Dr. Barcia). Neumología (Dr. Damiá). Médica A (Dr. Gimeno). Cirugía A (Dr. Fita). Pediatría (Dr. Deluc). Oftalmología (Dr. Rodríguez Roda). Estomatología (Dr. Lafora). Otorrino (Dr. Bartual). Tocoginecología (Dr. Bonilla) y Laboratorio Central (Dr. Sanchis Bayarri). Muchas de las cuales quedarían pronto vacantes, por jubilación, (Dres. Gimeno, Fita, Damiá y Lafora) o por renuncia de Profesores de la Facultad (Drs. Bartual, y Bonilla). También, por edad, "cesarían" los Dres. Deluc y R. Roda.

Se oposita (en iguales condiciones) las que iban quedando libres y así ganaron: Médica A Dr. González Cruz. Cirugía A Dr. Cano. Otorrino Dr. Iranzo. Neumología Dr. Damiá Jr. Ginecología Dr. V. Zaragoza. Tocología Dr. Galbis. (cesaría al ganar la Cátedra, ocupando su plaza el Dr. Alfaro). Pediatría Dr. Álvarez, (por traslado del H. Provincial de Albacete) y Oftalmología Dr. M. Cervera.

En breve plazo, se completó el personal de estos Servicios, por *traslado* desde el "viejo" o por *oposición*: (muchos nuevos jefes de sala habían entrado sin colaboradores, especialmente en los servicios de nueva creación: Cardiología, Urología, Anatomía Patológica, Anestesia y más tarde, Hematología):

a) *procedentes de Guillén de Castro* y en las primeras Jefaturas cubiertas, los Dres. Olavarrieta y Cervera (Cir. B), el Dr. Algarra (Cardiología), el Dr. Morera (Anat. Patológica), los Drs. Prósper, Mora y Montesinos (Urología) (procedían de la Cirugía hombres, del antiguo Centro), los Dres. Fernández Moscoso y Celma Marín

(Radiología), el Dr. Sáez (Anestesia) y los Dres. Chuliá y Ponce (Médica B) (disculpas si olvidamos alguien) y

b) *por oposiciones libres, nivel de Adjuntos*, cubren las vacantes (no había contrato laboral, sólo el administrativo y hasta que se convocaba y ocupaba la plaza un funcionario; con máximo de un año, un interino). Las normas, similares a las de las Jefaturas, fueron superadas por los Dres. Sancho-Fornos, García-Vilanova, Elarre, Molina y el mismo Olavarrieta para Cirugía B; los Dres. Algarra, Velasco, Gimeno y Navarro, a Cardiología; los Dres. Ferrer, Zaragoza y Colomer, a Urología; los Dres. Celma, Camps y Fernández Moscoso a Radiología, la Dra. A. Juan, para A. Patológica y Dres. Chuliá, Herrera y Medina a Médica B.

B) Del personal de enfermería

El "trasplante" de personal no médico desde la "vieja Casa", se comporta igual; era *muy limitado y con algunos casos, también, al borde de la jubilación*. Los pocos ATS, conocidos como "practicantes", estaban encuadrados, en su mayoría, en los servicios quirúrgicos y en las guardias de urgencia. Los nombres de Vicente Garrido, Enrique Palacios, López Fita, Valero, Biosca, Mares, Monzonís, Palop, Martínez Trenc, Navarro, Laly, Arcadio, Matías, Juan González, Silvestre, R. Carbó, etc. eran bien conocidos y muy apreciados.

Su especial colaboración, se centraba en las salas y policlínicas de cirugía. Mientras Silvestre y Carbó cubrían la mayoría de las Guardias de Puerta. El *control de infecciones* que llevaron a cabo J. González y Matias, a través del laboratorio, fue altamente positivo, tanto, como para que en unos años, la Cirugía de nuestro Hospital *alcanzara las tasas mínimas de España*.¹¹ Matias se formó, además, en el manejo de la bomba, para la circulación extracorpórea, en el Servicio de Cardiocirugía del Dr. Ramiro Ribera, en Madrid.

Contábamos con muy pocas enfermeras y personal auxiliar. Nos ayudaron mucho las *estudiantes de enfermería de la Escuela Diocesana*, (dirigida por el Dr. D. Sandalio Miguel). Su esfuerzo queda

¹¹ *Cir. Esp.* 38: 76-86, 1984.

patente en un escrito de Ana Balaguer, encargada de estas estu-
diantes en el Hospital (13-III-1972), en el que establece las vaca-
ciones de las alumnas que hacían turnos de mañana y tarde (más las
guardias de noche), especificando que, por las fiestas, no “harían”
las noches del 18-19 de la Semana Fallera, Sábado Santo, Pascua y
San Vicente.

Pero nos hacia falta formar ATS del Hospital ...y se montó la
Escuela de Enfermería en el año 1973, tras el Convenio con la
Seguridad Social (ver luego); y a instancias de la Junta Técnico
Facultativa, el Gerente Dr. Espacio, elaboró un Proyecto, que la
Diputación aprueba (27-IV-73) y envía, reglamentariamente, al
Decanato (F. de Medicina) y al Ministerio de Educación. Contiene las
bases sociales, los aspectos económicos y becas, compatibilidad de
trabajo y formación moral. Prevee incluso, estancias en residencias
femeninas, para las que no tengan domicilio en la ciudad. Considera
las importantes vertientes práctica y de especialización.

El Ministerio, el 30-V-73 pide-exige planos, material, nombra-
mientos, títulos, etc. pero se consigue crear oficialmente la Escuela
Femenina de ATS (BOE 207, 29-VIII-74), incluido su reglamento.
La Comisión Hospitalaria de 27 Septiembre del 74 queda enterada.
(La apertura ya se había hecho el 11-X-73.)

Desde la Diputación, el Sr. Presidente (J. A. Perelló) solicita al
Ministerio 11-V-73) se nombre el Catedrático Inspector... que sería
el Prof. García Conde.

La *Junta Rectora* se constituye definitivamente con el Catedrático
Inspector, más: Diputado Director, Director de la Escuela (Gerente),
Administrador del Hospital (Interventor de la Diputación) Enfermera
Jefe, la Secretaria y 2 médicos del Claustro de Profesores.

*Se especifican funciones-responsabilidades y condiciones para el
examen de ingreso.* El alumnado se limita a 100, en dos grupos, con
tres cursos de 200 horas (60 de religión y moral y aparte, formación
social y física). Son profesores la mayor parte de los jefes y adjun-
tos del Hospital (16 más el Gerente, el Padre Ivancos y sor Pilar
Moreno). Las prácticas se realizarán de acuerdo con los jefes de ser-
vicio. El examen será con tribunal (Prof. designado por Sr. Decano

de la Facultad de Medicina, otro la Escuela y un 3º por el Decano del Hospital).

Queda reforzada por un *Patronato* (BOE 29-III-74), constituido por la Diputación. Las enseñanzas iban a cargo de médicos y ATS del Hospital. La dimisión del Sr. gerente, Dr. L. Espacio, (más abajo apuntada), planteó problemas que hubo que resolver a través de una Comisión (1-III-75).

Los primeros "fichajes" de ATS fueron para las policlínicas, con objeto de mejorar el uso de las historias clínicas (poco habituales en el "Viejo", con excepciones, como las del Servicio de Neurología-Neurocirugía, donde D. Juan José Barcia Goyanes las cuidaba desde hacía muchos lustros) y el control de los archivos, con tarjetas (en muchos: alfabéticas, por enfermedades y por tratamientos, quizá más en los Servicios Quirúrgicos). También en los quirófanos se necesitaban instrumentistas y un mínimo para manejar los problemas de asepsia-antisepsia. Muchas empezaron voluntariamente. La contratación para el trabajo de salas, progresaba con exasperante lentitud.

En un par de años se aprueba el R.D. 2188/77 "integración en la Universidad de las actuales escuelas de ATS como escuelas universitarias". Era lógico que la nuestra solicitara el pase a ese nivel de Escuela Universitaria. El Dr. Iranzo, director de la Escuela de Enfermería, informó (29-V-77), que tras las gestiones llevadas a cabo en la Facultad de Medicina, por los Drs. Aliaga y Olavarrieta, era inminente la transformación de nuestra Escuela de Enfermería en Escuela Universitaria.

Un año después de la señalada petición, (26-VI-78) se nombra Director de esta Escuela de Diplomados en Enfermería, al Dr. Álvarez y finalmente, el 21-IX-78 se la aceptó como Escuela Universitaria de Enfermería (desde Noviembre tiene una subvención propia), por lo que se expresa nuestro agradecimiento a la Facultad de Medicina.

El cambio oficial tardaría en producirse, hasta el 15-XII-1982 (R.D. 5158/82), ya con los planes vigentes en la Universidad y el título de Diplomado. La escuela de ATS del Hospital, aprobada por orden de 13-Julio 1974 (BOE 29-VIII) y funcionando desde el Curso 1973-74, había completado la formación a 10 promociones.

La Corporación, atendiendo el carácter y funciones universitarias del Hospital, a la discrecionalidad de la Administración y a las competencias de la Diputación en Pleno, acuerda *dissolver* el Patronato de la Escuela Universitaria de Enfermería creado en 1974 y atribuir sus facultades rectoras a la Dirección General del Hospital, a la vez que la Escuela se integra en la Universidad. (Real Decreto 2188/77).

Por Decreto de Presidencia (27-VI-86 n.º 3.721), se concede la Jubilación anticipada a la Enfermera Jefe y Jefe de prácticas de la Escuela, Dña. Isabel Tomás y Valiente, con más de una década de ejemplar ejercicio en el Hospital. Fue solicitada por ella misma, al cumplir los 63 años (art. 27 del vigente convenio colectivo).

En el Pleno de 27-XI-1987 se adopta la propuesta de la Comisión Informativa de Salud Pública: "aprobar inicialmente el reglamento de Régimen Interno de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Excm. Diputación. Proceder según dispuesto Art. 49. apart. b) y c) de la Ley 7/1985 del 2 de IV.

C) Hermanas de la Caridad (Nuevo Convenio)

Como hemos repetido, la enfermería estaba en manos de las monjas, de la Comunidad de Hijas de la Caridad, tras pactarse el convenio de 1817-22. (más arriba mencionado). Hace unos lustros se cumplieron los 150 años de su entrada en nuestro Hospital, se celebró con una gran Fiesta. Estaban dirigidas por la superiora sor Benita y seguía en quirófanos sor Evarista, sor Segunda de siempre en laboratorio, etc.

Tristemente, las Hermanas fueron disminuyendo en número y así, desde las 89, que hubo a principios de los años 60', bajaron casi en 1/3, a mediados de la siguiente década y 22 años después, en 1988, *sólo quedaban 14*. Se ayudaban, inicialmente, de las "veladoras", asiladas que ejercían de vigilantes por las noches.

En tiempos del Presidente de la Diputación Sr. Perelló, se firmó un NUEVO CONVENIO con la Comunidad Religiosa, Hijas de la Caridad, (Decreto de Pres. n.º.478 de 28-II-74), por estimar se debí-

an revisar sus servicios, "recogiendo la problemática de nuestros días".

Se dio carácter ejecutivo a la propuesta de la Comisión Hospitalaria del 15-II-74, que dice: "Quedar enterada del proyecto de contrato que ha de regular la colaboración entre la Diputación y la Congregación de Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, revisando las normas por las que se regían ambas partes ... (se traslada a Comisión de Personal y a la Asesoría Jurídica). El Sr. Diputado Director expone las condiciones, más o menos evolucionadas... como se funcionaba realmente, dice:

"Observarán las disposiciones de Dirección del Centro, sin obligación de aquello que se oponga a su condición religiosa. Dependerán en su trabajo del Director y Administrador del Centro. Los traslados serán comunicados a la Dirección con antelación. Tendrán la categoría profesional de su titulación: ATS o auxiliar (más su experiencia cualificada). Condiciones laborales iguales, e incluidas en el Régimen General de la SS. Podrán alojarse o no en el Centro. La superiora puede concurrir a la Junta con sólo voz. Las dudas se resolverán de mutuo acuerdo y no en los Tribunales. La Comunidad se hará cargo de los Servicios que se le asignen.

El Excmo. Sr. D. José Antonio Perelló Morales, Presidente de la Excmo. Diputación, firma el nuevo Convenio por la Corporación, como Administradora de las Instituciones Benéfico-Sanitarias de Valencia (desde que se suprimieron las Juntas Provinciales de Beneficencia y que fundamentalmente son el Hospital, el Manicomio y la Beneficencia). Las normas revisadas, recogiendo la problemática de nuestros días son: Las religiosas con titulación se integran en igualdad de condiciones laborales. Se fijará el número de las no tituladas. La Superiora no equivale a Enfermera Jefe. Si se alojan en el Centro, la Diputación descontará de su sueldo, por manutención, 135 ptas/día. Las que sobrepasen los 65 años, tras haber prestado servicio en las Instituciones, quedan excluidas del Convenio. El Convenio se revisará anualmente".

Tres lustros más tarde se dan, en el Centro, problemas de espacio para la comunidad y el Sr. Gerente-Director General, Dr. J. A. Díaz

escribe (19-IX-89) a la Visitadora Provincial de la Comunidad Hijas de la Caridad, Sor Rosa M. Miró:

Tras unos preliminares haciendo constar el orgullo por el buen hacer de la Comunidad, evitando cualquier circunstancia que pudiera modificar tan excelente relación... dice: "nos vemos obligados a tomar una decisión por necesidad de adaptarse a la Ley General de Sanidad 1986 y a la modernización planteada por el Sistema Nacional de Salud. *Se esta completando la modificación de las salas de ocho a dos camas, con baño incluido.* (Aparte el inminente traspaso al Servicio Valenciano de Salud). Todo ello supone falta de espacio para las 791 camas con que ha de contar este Centro y, por tal motivo, ya hubo una reunión con dos responsables de su Comunidad en Valencia, buscando solución para una nueva ubicación de la Comunidad sin alterar, en la medida de lo posible, su vida actual y con respaldo garantizado por la Diputación".

A la espera de su respuesta, que fue positiva... dice: "Prueba de la buena voluntad de la Diputación es el acuerdo de Pleno de 30-III-90, por el que la pensión vitalicia de las religiosas se amplía (ver Economía) más soporte de atención médica, farmacéutica y hospitalaria. Aunque es evidente para la Corporación, que todas estas acciones nunca serán pago suficiente a la labor que han venido desarrollando las hermanas en pro de esta Institución. Agradecemos una vez más la comprensión y facilidades dadas para resolver este problema".

D) Otras contrataciones

Algún horizonte empieza a vislumbrarse a principios de 1981 (8-I-81) ...parece habrá nuevas contrataciones, cumpliendo el Convenio con el SOE. Así, en el 1º bloque a tiempo parcial, entrarían: 39 ATS, 41 Auxiliares de Clínica y 15 Auxiliares Sanitarios y en *el 2º bloque*: 4 Asistentes Sociales, 4 Matronas, 6 ATS, 14 Auxiliares de Clínica, 6 Administrativos, 10 Personal de Oficios, 9 Vigilantes, 2 Jardineros y 10 Limpiadoras. Este 2º Bloque, por contratos anuales a tiempo parcial, con posibilidad de ir a tiempo indefinido.

Por contra y como anécdota,...de cómo nos "mima" la S.S, una comunicación del INSALUD, sobre ayudas a la investigación, de

fecha 2-XII-81, que el Sr. Diputado nos lee, *se recibió en este Hospital el 5 de Enero del 82, cuando las instancias se admitían sólo hasta el 31 XII 1981...*

Había que mostrar, que con este personal, se podía “hacer” hospital y ...lograr cierto nivel (el “3er conflicto”)

A) Qué se podía hacer...

El Hospital Provincial, el Santo Hospital, viejo o nuevo, era el Hospital de la Beneficencia Provincial, las oposiciones que hicimos, eran a médicos de la Beneficencia, funcionarios de la Diputación. En esa época, era lógico pronosticar a nuestro Centro una vida macilenta, con una mayoría de la población que, habiendo superado esta Beneficencia, quedaba dentro del SOE (Seguro Obligatorio de Enfermedad). Aunque hablemos de hace más de 40 años, un Hospital de 900 camas no podía sobrevivir tratando sólo estos escasos enfermos de beneficencia.

La Diputación, teóricamente responsable, no soportaría el gasto y los médicos, más los “nuevos”, veíamos claro la urgencia de cambiar la “posición” económica del Centro. Teníamos que vendernos a quien pudiera comprar servicios. Había que mostrar y casi regalar lo que “se podría hacer” y exponer-asegurar un suficiente nivel científico y técnico para poder negociar.

No resolvía que subieran algo el número de enfermos privados, pues la idea dominante del Hospital, era la de un asilo de indigentes, sin demasiado confort, apenas llegaban a un 4-6%, frente al 80% de ingresados de beneficencia. Sin embargo tras los CONVENIOS (1963-1979), subía verticalmente el número de asegurados-ingresados,... aunque primero tuvimos que hacer realidad que... sí se podía:

Al SOE de esa época (años 65-66) le interesaban, en especial los tratamientos quirúrgicos, por que ya “disfrutaba” de su problema crónico, las listas de espera. (Faltaban años para que empezara La Fe).

Conversaciones casi privadas (consentidas, aunque poco apoyadas por la Diputación), entre algunos Jefes de Servicio, e Inspectores Jefes Provinciales (INP)¹² (Drs. Martínez Estrada y luego Peris Carpena), logran un “casi-convenio” y pagando una mínima cantidad *por acto*, empezamos a operar asegurados. Los honorarios a repartir era “tan reducidos”, que la mayoría de los médicos se desinteresaron. Sólo “llegamos” a un “equipo” por cada Cirugía: A y B, para trabajar a partir del curso 64-65; el ejemplo se extendió “moderadamente” y en el siguiente, 1965-66, ya se cruzan las “curvas” entre enfermos de beneficencia y del SOE. (Más tarde, conseguido el “Convenio entero” *del 71*, vimos subir, estos “ingresos SOE”, al 75%, bajando la “primitiva beneficencia” a un 15%).

Así, el Cuerpo Facultativo del Hospital Provincial-General lograba un... “nivel”, ante las autoridades sanitarias y les demostraba que podía ser útil su colaboración. También fue un “mini-bálsamo” económico y funcional; y además, estos datos sirvieron para que aprovechando el inicio de La Fe, puestos al habla con su director gerente y buen amigo, el Dr. Evangelista, mejorásemos “al renovar el ya Convenio INP/Diputación” y aceptarnos, que pusiera sobre la mesa, una serie de condiciones (las más imperiosas necesidades), para la “oficial” firma del mismo. El éxito fue completo. El presidente de la Diputación J. A. Perelló Morales y el Director Provincial del INP, J. Deusa Soldevilla, firman y el Pleno de 24-IX-71 lo revalida.

También “sacamos provecho” de la comisión mixta que nos controlaba los índices e intervenía el Inspector Provincial (Dr. Peris Carpena); se nos criticaba que la estancia media era demasiado larga, consideraban alta la mortalidad, (comparándolas, con las de sus “propias instalaciones”) y así “aprendimos a mejorar”, la base era: ingresar 24 horas a los pacientes de cirugía ambulatoria y transformar los casos con “fin previsible”, en “altas voluntarias” y ...las cifras “se corrigieron”.

El “éxito”, (en ese mismo verano, 1967, la actividad de ambos equipos, logró casi anular, las colas quirúrgicas del sector), llevó al Jefe Provincial (Dr. Peris Carpena) a proponernos, para la Cruz Azul del

¹² B. Narbona. *El Hospital General de Valencia*. Real Acad. Med. Valencia, 2005.

SOE. (pero como no habíamos querido “pasarnos” a *La Fe*, cuando ésta iba a “despegar”, se “nos des-propuso” desde Madrid).

B) Había necesidad de cierto nivel económico... logro del citado preconvenio (1965) y del convenio con el SOE (1971)

Tras la firma de este convenio quedó garantizada “nuestra utilidad” para el Hospital, en tanto sus posibilidades, con los nuevos ingresos, ascienden en vertical desde el año 71, cuando se firma, a los años 1978-79, cubriendo, con ellos (SOE), en los primeros 5 años del Convenio, el 75% de los gastos.

Más tarde la cobertura caería por desfase, ya que la “paga” del SOE por cama/día se “aferró”, más de la cuenta, en la cantidad convenida y pagada, mientras subían anualmente los gastos/cama (seguía pagándonos las convenidas 3.500 ptas. día/estancia, cuando en sus Centros “propios”, este gasto sobrepasaba las 5.000 ptas. día). Para esta Casa, fue un problema crónico, la tenaz resistencia de la SS a la actualización de ese coste cama/día, lo que hizo que la “distancia” llegara a duplicarse.

La ocupación estaba garantizada. Sectorizadas Valencia (Ciudad y Provincia), al Hospital Provincial “tocaban” 300.000 cartillas. El número de ingresos se cuadruplicó, (la proporción: enfermos beneficencia/SOE, se invirtió,; de 80/5, a 14/78 y la estancia media, de 24-21 días, a 11).

Se procedió a crear y cubrir la plaza de Gerente, que recayó en el Dr. L. Espacio.

Por otra parte, la Diputación, en dos Comisiones Hospitalarias, contrató a 64 médicos especialistas, para cubrir las guardias correctamente. En las últimas décadas, no han hecho falta más cambios en esta línea. Fue un alivio para “nuestros Residentes” (Diputación no consideró, todavía, entrar en el sistema MIR, pese a que varios Jefes de la Casa participaron, desde el principio, con los Dres. Vicente Rojo y Segovia de Arana en la configuración del mismo sistema MIR).

También tuvo otras consecuencias, no tan buenas... hubo dificultades para las unidades de enfermería, la complicada distribución de

camas sobre nuestro módulo de 8 camas/sala, elaboración de partes de altas y bajas, hojas de farmacia, etc.

Se redistribuyeron las camas:

1º Camas de urgencia para enfermos del SOE,

2º Camas para SOE no urgentes y

3º Camas para pensionistas y beneficencia.

Como disponía el Convenio, corresponden al SOE 2/3 de las 600 camas de las salas generales y se añadían 100 para urgencias, el esquema aproximado del reparto se hacía en función del tamaño del Servicio. Los "mayores", con 6 salas, "daban" 4 al SOE, -2 en hombres y 2 en mujeres-, reservando a Urgencias parte de una; los Servicios con 4 salas, una de hombres y una de mujeres al SOE y 2-4 camas a Urgencias; los de 2 salas, 2/3 de camas SOE y 1/3 para Urgencias.

Y las discusiones-discrepancia de costes/cama-día, entre INP-Diputación, plantean otra reunión urgente (20-X-78), sobre la "línea deficitaria habitual", ¿qué hacer?...¿solicitar créditos extra, enajenar bienes? ¿Por qué se firmó hace unos meses (XI-78) un nuevo convenio con el INP por 5.193 ptas./cama, cuándo el Sr. Gerente precisó (sesión del 25-IV-78) que el gasto real era de 6.590 ptas. cama/día. Cierto que mejora, pero sigue descapitalizando y "anemizando" al Hospital (Diputación).

C) Lograr nivel...

No era posible calificar, sencillamente, no había "índices". Una mayoría de profesionales, tras separarse de la Facultad, eran "nuevos", era casi empezar de cero. Había que trabajar, con los pocos "antiguos" restantes, muy próximos a la jubilación, etc. Y, por no hablar de la pobreza de medios..., apenas se contaba con experiencia médica para publicar, etc., urgían: personal, instalaciones, organización, medios... y si éramos capaces ... darnos a conocer.

En las reuniones iniciales de Jefes, embrión de la Junta Técnico Facultativa, se formaron comisiones de Calidad, Docencia, Complica-

ciones y Mortalidad, etc. Empleamos el camino personal-directo, la ruta de los sentimientos pues como indicaba KOTTER.¹³ *la clave del éxito radica en el comportamientos de las personas... cuando creen, o se les muestran, verdades que INFLUYEN EN SUS SENTIMIENTOS*. Todavía no entraban las “eficiencia, eficacia, excelencia, logística, manual de funciones, etc., las “administraciones”,¹⁴ pero si que la “*autoritas*” más respetada, era la *carismática* (Max Weber); *la potencia del liderazgo y la organización, adaptada por y para el mismo trabajo... una vez más, son los motores básicos, que impulsan y arrastran los sentimientos* (Denning). Quizás, intuíamos que construir de *abajo hacia arriba*, era la dirección positiva; mejor que por “objetivos motivadores”.

La Comisión de Docencia impuso la celebración de Cursos y se editó un fascículo, ya en 1964, con al Padre Jofré en portada (en su antiguo emplazamiento). Anunciábamos, diecinueve Cursos Monográficos: “Sobre temas de Oncología” (Servicios de: Anat. Patológica, Cirugía B, Radiología y Urología), “Coloquios sobre temas de Anestesia (Serv. Anestesia y Reanimación), “Cardiología Clínica”, “Curso sobre Fonocardiografía y Hemodinámica” y “C. de Electrocardiografía Clínica” (Serv. de Cardiología y colaboran Cirugía B, Médica B y Anat. Pat.), “Curso abreviado sobre Equinococosis visceral” (Serv. Cirugía B y colaboran Drs. Olagüe y Barcia), “Curso Teórico-Práctico de Radiodiagnóstico” (Serv. Electrorradiología), “C. sobre Traumatismos Faciales” (Servicio de Estomatología), “Curso iniciación Análisis Clínicos para Médicos” y “Curso de Inmunología y Serología” (Serv. Laboratorio y Transfusión), “C. sobre la Enf. Diabética” (Médica B), “Curso sobre Broncoscopia” (Serv. de Neumología), “Reanimación del Recién Nacido” (Serv. de Obstetricia y Anestesia-Reanimac.), “Curso teórico-práctico sobre Trastornos Nutritivos del Lactante” y “Sobre problemas clínicos en Pediatría” (S. de Pediatría), “Simposium sobre Fracturas Calcáneo y Meseta Tibial” y “Sobre pronta asisten-

¹³ Kotter (Servicio Prof. Harvard Business School), *Las Provincias* (Valencia 26-IV-03, p. 29).

¹⁴ Buschwald. Press Adress: a clash of cultures. Personal autonomy vs corporate bondage. *Surgery*, 1998, 124: 595-603.

cia en carretera” (Serv. de Traumatología), “Primer Curso de Urología” (Serv. de Urología). Algunos como “Temas de Oncología” se celebrarían anualmente hasta el número XXV, (1989), otros como el “Curso Internacional de Actualización y Perfeccionamiento Técnico-Quirúrgico” se dió en el Hospital hasta esa fecha y siguió en La Fe (1990-2001, Dr. Sancho).

Unos años después (1973-74), aumentamos esta “proyección” con la revista *Anales del Hospital Provincial de Valencia*, cuyo 1^{er} número salió en Enero de 1974.

En ellos pueden leerse trabajos sobre: El estudio diagnóstico de la acidez gástrica, Cáncer gástrico y anatomía patológica, El reflujo gastroesofágico y la pexia con el ligamento redondo, La 1^a serie en España de Vagotomías gástrica proximal, Control acido-secretor intra-operatorio, El carcinoma endometroide de ovario, Ureterocistografía en diagnóstico de incontinencia urinaria, Cáncer de mama, Quimioterapia regional, Cromatina sexual en el cáncer de mama, Displasias mamarias y cáncer, Nosología e histogénia de tumores linfáticos malignos, Aspectos inmunológicos de los linfomas malignos, Extensión del Hodgkin, Linfomas y leucemias, Pronóstico anatomopatológico en cáncer mamario, Valor funcional del Infarto de miocardio a 3 semanas, Valor de la presión telediastólica en la art. Pulmonar, en esfuerzo ergométrico enf. con infarto, Cardiomiectomía de Heller y reflujo, Consideraciones sobre 455 q. hidatídicos pulmón, Ca. broncopulmonar: exp. 20 años y 289 casos, Neuroblastomas, Ca. renal del adulto, Morfop. de tumores suprarrenales, Tumores retroperitoneales. Radiodiagnóstico, ECG dinámica y prueba ergométrica en enf. coronarios, Enfermedad De Kaposi: estudio clínico-pat. de 4 casos, etc. etc.”

D) Diseñar una estructura,... un organigrama

Prácticamente, sólo constaban: el Sr. Diputado Director y el Decano del Cuerpo, con un administrador, una secretaria y dos oficiales. La misma distribución de locales, con salas de 8 camas y pocos cuartos de 2; “apoyaba la idea clavada” en el personal facultativo, pasar visi-

ta e irse. Como hemos dicho-repetido, había que mostrar que era factible mejorar, subir el nivel.

Al trasladarse la Facultad y el Hospital Clínico a sus nuevas ubicaciones en el Paseo de Valencia al Mar, o Blasco Ibáñez, las numerosos y confusos convenios, "conflictos", reglamentaciones, etc. quedan automáticamente reducidos. Como el personal citado.

Repetimos que los Profesores de Número, luego llamados Jefes de Sala, con plaza en propiedad, eran pocos y las vacantes, que dejó la Facultad, aumentaron por la creación de nuevos Servicios: Cardiología, Anestesia, Urología, Radiología y Anatomía Patología... y unas y otros serían cubiertas por oposición, como se venía haciendo desde 1643.

Empezamos a celebrar algunas juntas, informales, a la espera que se completara el Cuerpo Médico a través de estas oposiciones, que se realizaban en el edificio de la Diputación, hoy de la Generalitat, y en su Salón de Ciento.

Con antiguos y "nuevos" jefes de sala, se improvisa una voluntaria JUNTA DE JEFES DE SERVICIO, todavía en el viejo Hospital de Guillén de Castro (fines de 1962), a la que se "añadiría", a propuesta del Sr. Decano, un Director Médico.

Era la precedente de la futura y no lejana Junta Técnico Facultativa y trataba de que el Hospital fuera adelante, aunque particse casi de cero. Había que confeccionar hojas de historia clínica, hojas de seguimiento, las correspondientes gráficas... buscando una uniformidad muy difícil de conseguir, etc.

Igual que el mínimo en medios (para quirófanos se pedían cosas tan raras, como buena luz, unas Poupinel, vitrinas,... también horas extra para los encargados de la esterilización, etc. y por supuesto, aumento del número de ATS y auxiliares). Los escritos eran constantes y las contestaciones, cuando las había, reducidas y en lento goteo.

Estábamos en lo que luego empezó a conocerse como *gestión y sentimientos, con "dimensión emocional capaz de crear el futuro"* (Kotter l.c.). Como se apuntó, sin saber demasiado de eficacia, eficiencia, excelencia, etc., pero sí considerábamos que los sentimientos positivos de las personas, eran útiles a la gestión. Necesitábamos *líde-*

res cohesionados en el proyecto, con visión del necesario cambio, dimensión emocional (Denning) y... mínimos-necesarios reglamentos y manuales.

Había que convencer, a los médicos del Centro que, en un Hospital de agudos, los índices de estancia media, rotación, complicaciones, mortalidad etc., tenían que responder a ese nivel. Y por tanto, era inadmisibles la comentada postura, *de limitarnos a "pasar visita"*. Los "nuevos", procurábamos cumplir un horario, al menos, toda la mañana, con plena dedicación PERSONAL, aunque nadie nos lo marcó. A más de una primaria Junta Técnica, que se reuniría en sesión cada Jueves, programando Comisiones de Calidad-ASISTENCIAL, (Docencia, Historias Clínicas, Complicaciones-Mortalidad, incluso Médico-Administrativa).

Ficha-reloj autoimpuesto

Este "nuevo" Hospital, planificado por los años 30', tenía bastante de asilo, sin locales para despachos, Juntas, Sesiones Clínicas, etc. etc. lo que unido a otras "tradiciones" condicionaba esa reiterada citada limitación, de "pasar visita". Mejoró espontáneamente esta "asistencia" al cubrirse más jefaturas, pero con tal lentitud, que llevó a la "inicial Junta Facultativa" a tomar medidas para que se cubriera un "horario mínimo": de 10 a 12 horas, de la mañana. Nos "auto-impusimos", una prueba ficha-reloj voluntaria, sin presión alguna. El ensayo-control inicial de estos "fichajes", duró 4 semanas, contando con 5 días laborales/semanal, lo que sumaba 10 horas semanales.

Fichó el 83% (71/85), más diez que sólo lo hicieron a la entrada (?), con un 90% superando el horario mínimo (64 de 71). Algunos lo encajaron mal, pero pensamos que la respuesta fue más que aceptable, y cambió, para bien, la mentalidad colectiva.

Hubo repercusión sobre los médicos adjuntos, que la aceptaban, si su conocimiento era "privado" y siempre que fuese una medida temporal. Aprovecharon, su reunión para pedir que en esta incipiente Junta Técnica hubiera representación de su estamento (dos adjuntos por oposición y un contratado), con voz y voto y elegidos

por ellos. Se aceptó, pues coincidían con nuestro proyecto de responsabilizar al máximo a todos los médicos, despertando sentimientos constructivos, un más completo sentido asistencial.

Junta “pre-facultativa” y técnico-facultativa

No hace falta decir que estas Juntas, más o menos formales, constituidas por los jefes de servicio y adjuntos, presididas por el Sr. Decano, acometieron de inmediato la organización del Hospital. Los mismos jefes se encargaban que, decisiones y acuerdos, se cumplieran. A los pocos años, el Sr. Decano añadió dos Subdirectores (nombrados por la Comisión Hospitalaria del 14 de Octubre del 71) y luego un Director médico, aparte del Decano.

La Comisión Hospitalaria de 14 de Octubre de 1971 nombra a los Drs. B. Narbona y V. Tormo *Subdirectores*, como ayuda a la compleja labor de dirección. Su misión, sin reglamento escrito, la comunicación fácil, directa y sentida al máximo. Responsabilidad personal y colectiva.

Junta técnico-facultativa

La inicial y provisional Junta-Reunión, da más pasos, haciéndose “representativa”: y evoluciona de “todos presentes”, a una elección de ocho Jefes, 2 por departamento (Médicas, Quirúrgicas, Centrales y Materno-Infantil), más los citados Adjuntos. Las Comisiones Asistenciales (Infecciones, Tejidos, Tumores, Mortalidad, Historias Clínicas) y las posteriores: Docente, de Urgencias y Médico-administrativa, funcionaron con eficacia, pero su “escasa disposición burocrática”, dejó poco en actas escritas.

Marcamos los deseables índices, para la Valoración de Infecciones (<2%), Complicaciones (<3%) y Mortalidad (<3% quirúrgica) Asimismo Estancia Media (8 días). El grado de correspondencia clínico-quirúrgica con el estudio anatómo-patológico (%). Rectificaciones operatorias (%), Autopsias (>20%), Valoración Historia Clínica, justificando el diagnóstico y el tratamiento. Se multiplican los esfuerzos

para progresar (cursos, congresos, publicaciones, etc.). Y se apreciaron sentimientos positivos en la mayoría.

Cabe señalar, que esta, fructífera “dejación” del Hospital en manos de los médicos, no era habitual (tampoco lo ha sido después). Como muestra “nacional”, subrayamos que, pasado un lustro, en 1975, se creó la Comisión Interministerial para la REFORMA SANITARIA presidida por Ministro de la Gobernación y con 3 Vicepresidentes: los Subsecretarios de Trabajo, Gobernación y Presidencia, quedando una “solitaria” representación médica: el Presidente de la Organización Médica Colegial (Prof. Lafuente), lo que “llenaba” el 5% de la Comisión.

Nuestra preocupación por un buen quehacer era continua y hubo cartas del Decano a los directores, para resolver todo en la “casa”. Por ejemplo, no había neurólogos ni neurocirujanos de guardia y los pacientes “pasaban” a La Fe. Cuando nuestro Hospital era de nivel II y se puso máximo empeño en resolverlo.

Como “curiosidad”, esta línea de superación se planteó mejorar la cirugía cardíaca (1969) que el Servicio de Cirugía B seguía haciendo a buen ritmo (hasta tres estenosis mitrales en una mañana), aunque dominando la cirugía cardíaca cerrada, la “abierta” se reducía a la realizable bajo hipotermia, —desde 1959, cuando este equipo, en el Hospital de Guillén de Castro, hizo la primera “abierta”, con esta técnica, en España— y mejorar la extracorpórea, que, meses después, iniciara G. de Rábago en Madrid.

Gracias a la colaboración del Dr. Ribera, (Hospital Prov. Madrid), se prepararon anestesista y perfusionista, y logramos medios (“bomba” para extracorpórea tipo Sarns, juegos de válvulas, etc.) y local para la vigilancia postoperatoria. Se llegó a trabajar a nivel aceptable, un par de años, hasta que pese a previas-rotundas promesas, se ordenó remitir todos estos pacientes al Servicio de Cirugía Cardíaca de La Fe.

Gerencia. Posibilidades

Tras estos primeros pasos organizativos, y pensando aumentar la eficacia ejecutiva de la JUNTA TECNICO FACULTATIVA, se replan-

tea la conveniencia de una GERENCIA y qué tipo. Incluso se empieza a hablar de un Órgano de Gobierno con la finalidad de dar al Centro más autonomía.

Se estudian 3 posibilidades "gerenciales": a) Gerente más Director médico, b) Gerente-Director médico o, c) sólo Director médico, que se abandona (esta última).

En la primera, el Gerente se encargaría de cumplir los acuerdos de la Corporación y a la inversa (a través del Diputado Director), llevar a la Corporación los de la Junta Técnico Facultativa (JTF) y de un posible Órgano de Gobierno.

Asimismo, de facilitar las actividades médicas y del personal, comunicar las propuestas, informes, etc., controlar los índices de rendimiento, etc., incluso los expedientes, oídos, si ha lugar, etc. Aparte proponer medidas a la JTF y futuro Órgano de Gobierno etc. Velar por la deontología. Necesidades económicas y presupuestos. Programas de docencia e investigación, etc.

Para el Director médico: proponer al Órgano de Gobierno y a través de la Gerencia, las medidas que estime necesarias; la coordinación e inspección de los Servicios, velar por que la selección de los facultativos se haga de acuerdo con las normas establecidas, etc.

En el segundo supuesto, sólo Gerente-médico, la JTF elegiría un portavoz, equivalente a una Vicepresidencia, con similares funciones a las señaladas al Director médico (Estamento y Servicios médicos, orden y disciplina en y de los mismos; problemas de la práctica, más los de docencia e investigación), aparte de suplir al Gerente

Hubo bastante discusión y resultó elegida la primera.

Cuando se firmó el Convenio "serio", de la Diputación con el S.O.E. (Instituto Nacional de Previsión), el 24 de Septiembre de 1971, quedó aceptado el puesto de GERENTE, incluido en ese Convenio y fue nombrado al Dr. Espacio López, que había desempeñado esta función en el Hospital-Residencia Dr. Peset, de la SS.

Y como anécdota, un curioso viaje que se hizo a Birmingham, casi enseguida y por invitación del Dr. Peñín (hermano del arquitecto de la Diputación), que trabajaba en un Hospital de esa ciudad y con el fin de visitar los hospitales de la zona. Todavía era Decano en el Queen Elizabeth de Birmingham, el famoso Collis, que nos atendió

magníficamente y la anécdota está en que nuestro Gerente preguntó por su homólogo de aquel Hospital; primero no le entienden y cuando se les aclara, la contestación es: *para qué quieren un gerente, aquí se reúnen el Director Médico y la Jefa de Enfermería y deciden-ejecutan.*

Funciones de un jefe de Servicio

Para diseñar el mejor Hospital posible, entramos a especificar las actividades de un Jefe de Servicio. Serían: organizar y dirigir al Servicio, representándole, coordinar sus necesidades, el funcionamiento asistencial y científico a través de sesiones, reuniones, seminarios, cursos, etc., Responsable de sus actividades y rendimiento. Asimismo proponer las modificaciones que estime oportunas a la JTF.

Igual con la organización de las Unidades de enfermería, estudiando montarlas dentro de la mejor coherencia en la hospitalización. Es el responsable del comportamiento de todo el personal del Servicio, así como de vigilar y conservar las instalaciones, asistir a los Órganos de Gobierno, JTF etc. de que forme parte. Las del Subjefe, serían delegadas o sustitutivas.

Los más, pensábamos, que el “exceso” de reglamentos-reglamentaciones lleva a la inhibición de la responsabilidad personal. El Hospital debe ser un organismo vivo y por tanto en constante evolución y desarrollo, esencialmente impulsado por sentimientos positivos y no leyendo el manual, como permanente “hoja de ruta, mirando por dónde “pisar”.

INFLUENCIA DE LOS ESTUDIOS DEL DR. PIETRI. (Médico-Arquitecto alemán) y su equipo, **SOBRE EL HOSPITAL** (datos de sus Informes. 1971)

En breve esquema: “obedecer a técnicas de organización con programas-objetivos-necesidades, distribución de Servicios, normativa institucionalizada. Supone mando ejecutivo constante, coordinación, control, cumplimentando los fines. Reglamentos internos sólo son una expresión formal...

...PERO no pueden descender a la propia normativa de cada Servicio, teniendo presente que los más extensos y minuciosos, *son los menos eficaces y más incumplidos*. La generalización excesiva de leyes-normas no es buena para un Hospital. Es preferible la Voluntad de la Institución para autoprogramarse; al fin, la asistencia se hace por hombres que funcionan coordinadamente en equipo. El Reglamento no es un fin en si mismo, "no es la panacea para resolver problemas en un Hospital", sólo un instrumento técnico-jurídico que puede facilitar.

"El Hospital es una institución social y como la propia vida está en constante fluir, en evolución, exigiendo continua reprogramación, o quedará en algo formal, sin contenido, que no se cumple"... "La eficacia es calidad asistencial, aprovechando los medios disponibles, sube en la medida que acierten una adecuada organización-selección, SIEMPRE eludiendo el RIESGO de la "exclusividad económica."(subrayamos, 1971).

Completaba su extenso informe, con observaciones que sólo cabe indicar. Así la relativa independencia de las consultas externas, cuya eficacia diagnóstico-terapéutica contribuiría a reducir al máximo la hospitalización. Usando, sobre todo para crónicos y rehabilitación, una parte "Hospital-Hotel". Son los contactos vivos, del Hospital, con el mundo.

Los Órganos de Gobierno, Gerencia, Dirección, Administración y los consultivos, Junta Facultativa, cuya permanente asesoraría al Gerente, a los comités, comisiones, etc. no difieren demasiado. Divisiones médico-quirúrgica, médico-administrativa y administrativa.

"El Gerente, con unidad de criterio y normativa, debe saber delegar autoridad sin perder responsabilidad. El Jefe de Servicio, es el Jefe inmediato del personal, con puesto de trabajo en el Servicio y puede igual delegar autoridad, pero no ceder responsabilidad".

"El Hospital, Centro dinámico en continua renovación, con variada enfermería, exige flexibilidad, supeditando a la asistencial las demás. Sin manuales u organización, que signifique rigidez. Su legislación siempre va retrasada. Hacen falta medios simples y rápidos.

Lo más importante es el AUTOCONTROL = Autogobierno, Juntas, Comisiones = *máximo contacto y fácil disposición*. Aquí sirven los Índices. El de ocupación de camas reales (dividir camas ocupadas por esta cifra + 3 veces la raíz cuadrada de la misma) (en nuestro caso dividir 800 por $800 + 3 \times 28.3 = Mx 90\%$), las aproximadas, estancia media (11), e índice de rotación (31); morbi-mortalidad (Comisiones de calidad, historias clínicas, asistencia social, autopsias-tejidos, infecciones, mortalidad, y docencia e investigación).

Satisfacción del paciente, del médico y la administración, y por este orden. Adecuación, racionalizando todo lo NO asistencial. El coste cama/día manda. Pero NO administración mezquina, que lleva a menos gastos y mala asistencia. *NO más servicios a menos coste*. (Subrayamos la fecha de este informe de PIETRI, 1971, que está en la línea de lo que veníamos haciendo, o de lo que intentábamos).

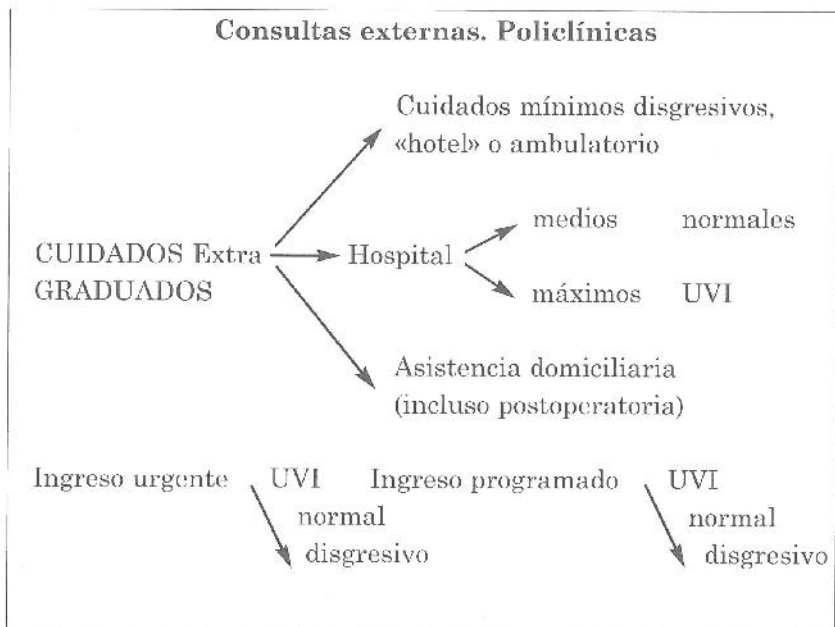
* * *

Se iban consiguiendo medios (1969): Intensificadores de imágenes para Trauma-Cirugía B y para Cirugía A, oscilógrafo, termómetro cutáneo, polígrafos, analizador de oxígeno, sierra para sección esternal, etc. Instrumental de endoscopia, para pruebas respiratorias, (*Body-test*), *flowmeter*, equipo para coronariografías, monitores, esterilizadores a gas, etc.

Y... del mini convenio (1965) al convenio con el SOE (1971)

En definitiva, el *Cuerpo Facultativo del Hospital General* lograba un cierto "nivel" ante las autoridades sanitarias, al tiempo que les mostraba que su colaboración podía ser útil.

El calificado como "casi-convenio" había sido un "mini-bálsamo" económico y funcional; las cifras, de beneficencia y SOE, la cobertura de ingresos/gastos, eran positivos, aunque, obviamente precarios. Por tal razón y aprovechando el inicio de La Fe, el Decano Dr. López Trigo, el Administrador Sr. Escobedo y los Drs. Narbona y

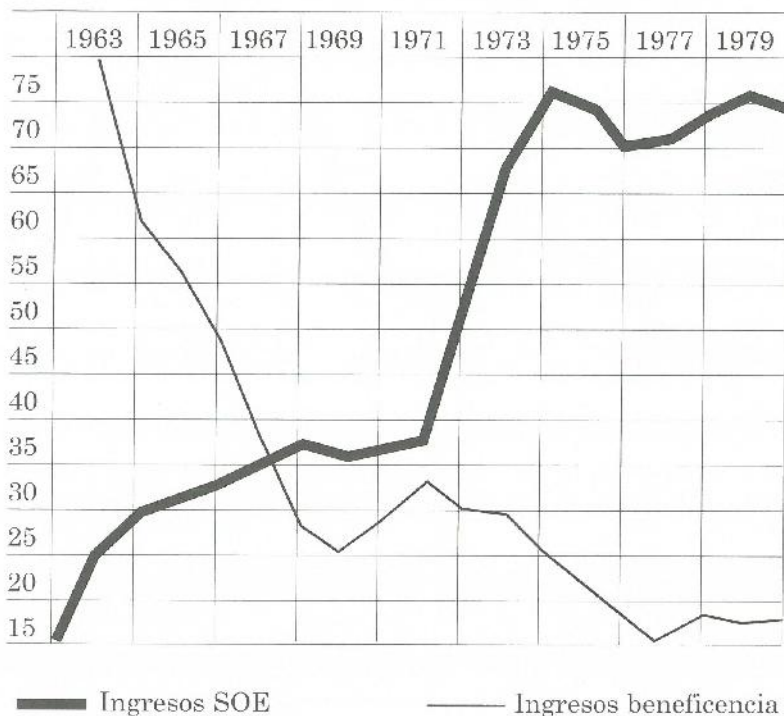


Tormo, “conversaron” con su director gerente y amigo, el Dr. Evangelista, de quién dependía en buena parte, la renovación (y mejora) del Convenio INP/Diputación. Le propusimos estableciera una serie de posibilidades, para la ya “oficial” firma del mismo, que eran ya necesidades: completar el cuerpo de guardia con los especialistas adecuados, crear la Gerencia, mejorar la Biblioteca, Hospital de 24 horas etc. El éxito fue completo. El Presidente J. A. Perelló Morales y el Dir. Provincial del INP, J. Deusa Soldevilla, firmaron... y el Pleno de 24-IX-71 lo revalida.

Así, nuestra Diputación, en 2 Comisiones Hospitalarias contrató, para cubrir las guardias correctamente, 64 médicos especialistas.. En las últimas décadas, no han hecho falta más cambios en esta línea. Se creó y cubrió la plaza de Gerente (Dr. L. Espacio). Garantizó “nuestra utilidad”, como Hospital. Con los ingresos “SOE”, que suben desde el año 71, cuando se firma el “buen Convenio”, a los años 1975-78, se cubren el 75% de los gastos.

Aparte, así quedó garantizada la ocupación, pues sectorizadas Valencia y Provincia, “tocaban” al Hospital 300.000 cartillas. El nº

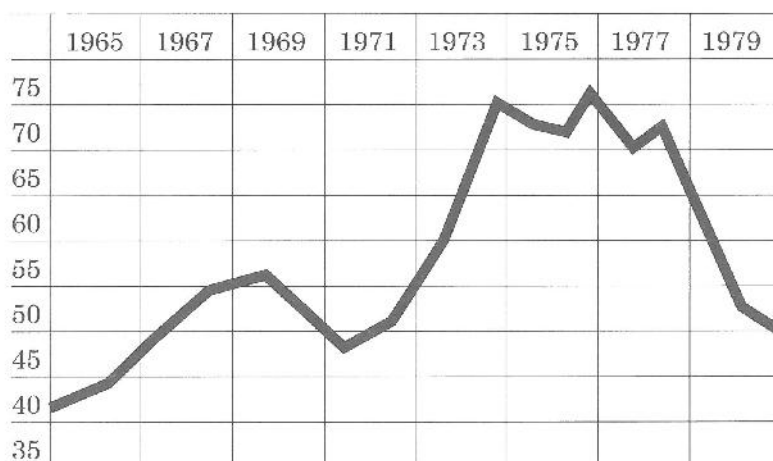
**Curvas de ingresos de Beneficencia y SOE.
Estancia media y otros**



de ingresos se cuadruplicó, (la proporción entre beneficencia/SOE, se invirtió: de 80/5, a 14/78 y la estancia media, de 24-21 días, a 11 días).

Aunque también supuso dificultades para las unidades de enfermería, con nuestro módulo de 8 camas/sala, etc. (Hubo que rehacer la distribución de camas: beneficencia/SOE/urgencias). Y como se verá luego, la "petrificación" del convenio (pago cama/día "fijo") llevó en pocos años, a menos "cobertura" del "pago", por lo que la Diputación tendría que añadir, al "cama/día", casi un 50 %, del real "coste-pago-día". Se mejoró, pero continuamos descapitalizando y "anemizando" el Hospital. (se insiste, en 1979).

Porcentaje de cobertura de ingresos/gastos por estancia



Relevo gerencial

Se convocó Concurso para proveer una plaza de Médico Subgerente del *Hospital Psiquiátrico Provincial* y el Tribunal propuso al Dr. D. Francisco Moliní Fernández, (aceptado en el Pleno de 26 -VII-74). Un mes después (Decreto 4222/26 de 9-VIII-74) y a propuesta del Sr. Diputado Director y Comisión de Personal, sustituiría por vacaciones (Julio) al Gerente Dr. Espacio. Quien, a fin de año (2-XII-74), presentó la dimisión, por motivos de salud, que es aceptada, en el Pleno del 20 de Diciembre, año 1974. El Dr. D. Francisco Moliní, ocuparía la plaza vacante.

Algunos incidentes... y mejora de la Junta Técnico Facultativa

No idealizamos, como para suponer que este control por médicos, fuera una balsa de aceite. El año 1974, dos Jefes, quizá distinguidos por su "empuje", escribieron una carta al Sr. Diputado Director (Sr. Molina) y al Sr. Gerente, renunciando a cualquier participación con

matiz "directiva", para "calmar" el cotilleo hospitalario, sin que esta actitud, supusiera abandono o deslealtad, hacia la Dirección.

Es difícil saber si ello contribuyó a calmar ánimos, pero... la vida hospitalaria siguió, con ampliación y mejora de la ya llamada Junta Técnico Facultativa, cuya composición era más equilibrada: Decano y Director Médico, participan la Dirección de Enfermería y los representantes electos: 4 Jefes de Servicio (por las médicas, quirúrgicas, materno-infantil y centrales), 1 subjefe, 1 Jefe Clínico, 2 Adjuntos (funcionario y laboral), 1 MIR (entonces aún eran de la "casa"). Añadiendo, como no electos: 2 ATS y el Jefe de Atención al Usuario.

Se mantienen las Comisiones de Calidad: Infecciones, Farmacia, Tumores y Mortalidad, Historias clínicas y Docencia + Investigación. (Seguía en 1977).

* * *

Se empieza a pensar, que un ÓRGANO DE GOBIERNO mejoraría la gestión hospitalaria. Como hemos visto, el Hospital se regía, hasta 1977, por esta *Junta Técnico Facultativa*, consultiva y "proponente", más la Gerencia (1971) y en la línea ejecutiva, el Diputado-Director. Pero no conseguíamos mejorar los "apoyos" de la Excm. Diputación, que se mantenía lejana, lenta y económicamente restrictiva. Por ello se pide, cada vez con más fuerza e insistencia, la creación de un Órgano de Gobierno, que aumentara la autonomía y agilidad del Centro; en esta línea iba el razonado escrito (III-1977) que exponemos:

"El deterioro del nivel asistencial, las condiciones de trabajo y el momento evolutivo de nuestra sociedad, exigen tomar conciencia, personal y colectivamente, de la situación. Se aglutinan una serie de inquietudes que van constituyendo auténticos movimientos de responsabilidad por parte de los trabajadores.

En este sentido, determinados grupos han venido comprobando defectos importantes, la asistencia no es lo buena que quisiéramos, tampoco las condiciones de trabajo... hay inoperancia en los órganos de planificación y consulta. Algunos van quedando en *apenas consultivos*, como la Junta Técnico Facultativa, recientemente dimi-

tida etc. ... y el pasado mes (XII-76) se celebró una reunión del estamento médico, a instancias de unos Jefes de Servicio, llegando a la conclusión que el Hospital tenía que *cambiar sus estructuras hacia un modelo más democrático de gestión* que, en la actual postura, sería *pasar por una responsabilidad más compartida, camino a la autogestión*. Se eligió una *comisión para estructurar un boceto* y tras ser discutida con el resto de estamentos, se llevaría a una ulterior Asamblea General.

La comisión la formaron: Aliaga y Narbona, por jefes de servicio, Velasco y Trullenque por médicos adjuntos, Lloret y Lera por médicos contratados y Rius y Amorrortu por M.I.R. Tras varias reuniones, elaboran un proyecto de Órgano de Gobierno que se somete a otros pareceres, hasta llevarlo, como estaba previsto, a la Asamblea.

Previamente, la Comisión razona las causas y objetivos que hacen necesario este Órgano de Gobierno, ...creemos, dicen, no debe ocuparse de cuestiones sindicales, sino de las técnico-administrativas, dotándole de mecanismos operativos y rápidos, que obvien los múltiples pasos por comisiones, plenos, etc. que hoy sigue cualquier proyecto, antes de ser aprobado y realizado. Tras varias reuniones se aprueba un esquema de Órgano de Gobierno:

Estaría formado por: los Decano, Gerente, Enfermera Jefe, Administrador del Hospital, Farmacéutico y 4 Jefes de Servicio (de los cuatro Departamentos) con un solo voto, 1 Médico Adjunto, 1 Médico Contratado, 1 Médico Residente, 1 ATS, 1 Auxiliar, 1 Sanitario, 1 de Oficios Varios, 1 Ayudante sanitario y 1 Administrativo. Curiosamente, casi igual que el "ordenado" en el BOE, una década más tarde.

Los 4 Jefes, representando a cada uno de los 4 departamentos, con un voto a efectos funcionales, eligiendo el portavoz que lo emite, quedando el resto con sólo voz. Todos los representantes serán elegidos mediante votación secreta, por los componentes de su estamento (que en última instancia podrían retirarle su confianza). Las reuniones de este Órgano de Gobierno serían convocadas públicamente y así, se darían a conocer sus conclusiones. La duración de la Junta elegida, un año, y sus miembros podrían ser reelegidos.

Y así se propuso a la Asamblea General, convocada para el 25 de Marzo a las 10 horas en el Salón de Actos Firman por la Comisión, el 14-III-1977: Rius (Residente), I. Linares (Auxiliar), B. Narbona (Jefe Servicio), M. Fornes (Electricista), Amorrortu (Residente), R. Trullenque (Adjunto), F. Perucho (Auxiliar), A. Muñoz (Ayudante Sanitaria), A. Aguilera (ATS), J. Velasco (Adjunto), J. Lloret (Contratado), B. Giménez (ATS) y F. de Lera (Contratado).

A lo largo de tres Asambleas, se completaría el proyecto, confirmando que la gran mayoría de sus miembros sería elegidos por su estamento, mediante votación secreta.

Y es nombrada una Junta Gestora del Órgano de Gobierno formada por el Sr. Decano, el Sr. Gerente, la Enfermera Jefe, 2 Jefes Servicio: Dres. Narbona y Aliaga, 2 Médicos Adjuntos: Dres. Trullenque y Velasco, 2 Médicos Contratados: Dres. De Lera, y Lloret, un MIR: Amorrortu, 2 ATS: Stas. Begoña y África, 2 Auxiliares: Stas. Linares y Perucho, 2 Oficios varios: Sres. Fornes y Viñat. Se elige secretaria a la ATS Sta. Begoña. Su 1ª sesión: el 22-VII-77. Todos los representantes serían elegidos.

Pocos días después (13 -X-77), se reúne la Comisión Gestora y convoca elecciones a este ÓRGANO DE GOBIERNO, que se celebrarían el 19-X-77.

En la sesión del 31-X-77, toman posesión: Decano, Gerente, Farmacéutico, Aliaga, Borja, Narbona, Zaragoza, G. Vilanova, Tortajada, Bosch, de Lera, Amorrortu, Martínez, Begoña, Soriano, Balaguer, Ainat, Ivars, Fornés, Muñoz, Fuentes, Saura, Linares, Gisbert, y por el Jurado de Empresa: África y Pilar Pérez

Completa, el decreto 2389 de 29-XI-77, que dice: "La Comisión Hospitalaria ha acordado que todas las cuestiones del Hospital Provincial, sobre organización técnica y asistencial, de régimen interior, serán de competencia del Órgano de Gobierno de dicho Centro y su ejecución se llevará a efecto por medio de la Gerencia del mismo y bajo la supervisión del Diputado Director".

...Un paso más: el “Órgano de Gestión”

En la comisión de médicos, nombrada en Asamblea el 23-12-76, se pedía que este Órgano de Gobierno, se debería articular con otro superior, un “Órgano de GESTIÓN” y hasta se formulaba su composición: 4 diputados, los Sres. Interventor y Secretario de la Diputación, el Director Gerente, el Decano y el Administrador del Hospital, más un Jefe Servicio, un Adjunto, un Médico contratado, un ATS, un representante del personal no técnico, y DOS representantes de las Asociaciones de vecinos, más otros DOS de Entidades colaboradoras (en cada uno de estos “pares”, uno sería del medio rural).

Mientras, se renueva la Junta Técnico Facultativa, (su mitad en 17-XI-77), con algunos cambios: un Presidente (Director Médico), más un subdirector, seis vocales: la Enfermera Jefe y 5 Presidentes de Comisiones (Infecciones, Farmacia, Tumores y Mortalidad, Historias Clínicas, Docencia-Investigación). Se eligen los 4 Jefes de Servicio (Departamentos) un Subjefe, un Jefe Clínico, dos Médicos Adjuntos (uno de ellos contratado), un MIR, dos ATS-DUE y se añade el Jefe del Negociado de atención al usuario. En esta relativamente nueva estructura. YA SE REDUCE el número de miembros ELECTOS a la mitad.

Y... una curiosa Asamblea... dentro de la serie de éstas, celebradas por el conflicto colectivo sobre sueldos y personal (el largo “proceso” entre el personal funcionario y el contratado),... se empiezan a barajar dos “originales” propuestas para solucionar la “orquestada” falta, precisamente, de este personal contratado: una sería, cerrar alguna sala general y otra, cubriendo los “huecos” con el personal de las llamadas camas de privados, que “pararían”. Naturalmente, gana la votación, (141 a 103), “el cierre” de estas últimas.

No deja de ser una “interesante” derivación del conflicto colectivo, cuyo objetivo, recordemos, era equiparar los contratados laborales y los administrativos. El Órgano de Gobierno, en fecha 21-XI-77,... acepta la decisión de la Asamblea.

Se clausuraron dichas camas, también llamadas de “distinguidos”, que existían en el Hospital desde el año 1790, con la promesa, que

“se volverían a abrir”, cuando hubiera personal suficiente. Nunca se dio esta “suficiencia reparadora”.

Comisiones

A un mes escaso (13-XII-77), de haberse renovado la mitad de la J. Técnico Facultativa, aparece otra composición de la Comisión de Docencia en el BOE (nº. 297): Presidiría el Diputado-Director y estaría constituida por los Jefes de Medicina, Cirugía, Pediatría y Ginecología-Obstetricia, un Jefe de Sección y un Adjunto, y un representante/año MIR. Se adopta, aunque nuestro Hospital no es del INP (Instituto Nacional de Previsión) , ni de Sanidad Nacional.

Y dados los continuos problemas de Puerta de Urgencia, a fines del año 77 (19-XII), se nombra otra Comisión para estas Urgencias, (Gerente, Jefe de Guardia, Supervisora, representantes del Laboratorio y de Radiología, un pediatra y el Dr. Zaragoza, miembro del Órgano de Gobierno).

Se mantienen las Comisiones de Educación MIR, de Calidad (letalidad, infecciones, tejidos y tumores, e historias clínicas), las de Estudios, Publicaciones e Investigación y la de Farmacia.

Protesta y... respuesta con el Órgano de Gobierno

El Órgano de Gobierno envía una carta de protesta a la Diputación, por no haber sido consultado sobre las modificaciones que afectan a los funcionarios. Y se pide un claro reconocimiento, en Pleno, de hasta dónde “manda” este Órgano de Gobierno y qué miembros del mismo han de ir a la Comisión Hospitalaria de la Diputación, *como se prometió*.

De manera excepcional, el 20-I-78 nos llega una rápida respuesta de la Diputación, en la que “nos” solicita un miembro del Órgano de Gobierno para formar parte de tal Comisión.

En su primera reunión (4-II-78) se nombra y agradece. En la misma Junta se acuerda ampliar este Órgano con un ATS funcionario (Martínez Trenc) y un subalterno funcionario (Sr. Jarques), ambos

con voz , pero su voto sería conjunto, con los ya nombrados, de su estamento.

Y poco después, en la segunda reunión del Órgano de Gobierno (3-III-78), el Dr. Borja hace constar que, a partir de estas fechas, toda la sangre del Banco será de donantes voluntarios.

En la de X-78, llega una protesta del Servicio de Anatomía Patológica, por la adquisición de un microtomo para Médica B y sin pasar por este Órgano de Gobierno. Se acuerda sea actividad delegada de ese Servicio de A. Patológica.

En este mismo año se convoca, la otra vez modificada Junta Técnico Facultativa, constituida por los Sres. Diputado-director, Decano, Gerente, la Enfermera Jefe, los Sres. Administrador y Farmacéutico, más los 4 Jefes de Servicio (con 1 voto), y los: Médico Adjunto, Médico Contratado, MIR, ATS y un Administrativo. Composición bastante LÓGICA y con mayoría ELECTA (TODAVÍA...).

Se nombran comisiones para trabajar con el Órgano de Gobierno: una, sería Administrativo-económica, formada por los Srs. Gerente, Administrador, el Sr. Fornés y 3 representantes de los trabajadores (elegidos en Asamblea); otra de Farmacia por el farmacéutico y 4 trabajadores (elegidos en Asamblea), otra de *Calidad* (que suma Historias Clínicas, Infecciones, Tejidos-Tumores) con el Dr. Borja, 2 clínicos, 1 anatomopatólogo y un bacteriólogo; la de *Educación MIR* (que ya está funcionando), otra de *Estudios, Publicaciones e Investigación* por los Dres Zaragoza, García Vilanova, Molina, y 3 elegidos por la Asamblea... y una última para *Urgencias* en la que siguen los mismos.

Consta una protesta de la Junta, por no haber sido consultada sobre la integración de personal contratado como funcionario.

Normas, funciones y elecciones del Órgano de Gobierno

Normas: se renovará por mitades cada año. Celebrará sesiones, una al mes. Decisiones por votación y las actas serán públicas. Elegirá un secretario de entre sus miembros.

En armonía con el CRECIENTE “ritmo reglamentista”, se aprueba el Reglamento y...mientras se amplía-multiplica las “reglas y

normas",... y "la UVI continua sin posibilidades de hemodiálisis". Es la paradoja establecida, más normas y pocos medios. (1978).

— **Misiones:** Planificar y dictar caminos para el mejor rendimiento asistencial... más determinación de prioridades: reparaciones, reformas, adquisición de material clínico, etc. valorando el mejor destino, a los créditos de que disponga el Hospital. — Estudiar-planificar la plantilla del Centro, para elevar las propuestas a la Diputación. — VºBº al reglamento de régimen interior. — Normas conducentes a mejorar el trabajo y bienestar de los trabajadores, ascensor a la Dirección o Gerencia — Crear las Comisiones que se estimen útiles — Las que le sobrepasen, informe de necesidades y sugerencias de soluciones, a Dirección u Órgano de Gestión, si lo hubiere.

— **Elección al Órgano de Gobierno.** La Asamblea (8-X-78) nombra Comisión Electoral,

J. Fornes (electricista), Dr. Navarro (Ginecología), Pilar Pérez (supervisora), Fina Vicente (auxiliar), Chelo Frigols (auxiliar), F. Vilar (Ginecología), M. Ninet (administrativa), E. Ivars (quirófano), P. Muñoz (ATS), C. Granados (ATS), Dr. Ortega (Médica B), Dr. Villanueva (Neurología), Dr. Molina (Cirugía B), R. Sanchis (ATS), Dr. S.Villalba (Cirugía B), cuya misión sería redactar las normas de la campaña electoral:

- 1ª Del día 8 al 16 del X, a las 10 horas, presentar candidaturas, por estamentos, a los miembros del Comité F. Vilar y P. Pérez.
- 2ª Desde Sábado 15 (10 h.), a Miércoles 19 (7.30 h.), expuestos, el censo de votantes y candidaturas.
- 3ª Miércoles 19, 7.30 h. hasta las 23 h., votación (Salón de Actos).
- 4ª Escrutinio por la Comisión Electoral en pleno, desde las 23 h. y será público.

Puede votar, todo trabajador en nómina del Hospital Provincial. Los no censados, si creen tener derecho, deben reclamar al Comité Electoral, hasta el día 18. Papeletas, las oficiales. Harán constar el estamento y en dos espacios: si titular y suplente. Las de los Jefes de Servicio con cuatro espacios, nombre y dos apellidos de los can-

didatos. Serán nulas las incompletas, con borrones, ilegibles, etc. Resultados, inmediatos y públicos.

Las impugnaciones por escrito, hasta el 22 de Octubre, a las 10 horas. Y el Comité decidirá, en 48 horas (días hábiles). El fallo será público e inapelable.

Resultado de la elección (24-X-78):

Jefes de Servicio – Médicas = A. Aliaga, Quirúrgicos = B. Narbona, Centrales = J. Miguel Borja, y Materno-Infantil = V. Zaragoza.

Médicos Adjuntos: Titular = A. García Vilanova, Suplente = E. Molina. Médicos Contratados, Titular = J. Bosch Casañ, Suplente = J. Lloret Solves, MIR: Titular = J. Amorrortu, Suplente = J. Todolí Fandel.

ATS Titular = Begoña Giménez, Suplente = África Aguilera, Auxiliares: Titular = Iumaculada Linares, Suplente = Carmen Illa, Limpiadoras, Titular = Mercedes Benito, Suplente = Amparo Valer, Auxil. sanitarios: Titular = Manuel Vinat, Suplente = José Jorque, Administración: Titular = Rosa Tortajada, Suplente = M^a José Escobedo, Oficios varios: Titular = Manuel Fornés, Suplente = Isabel García Arcas.

Órgano de Gestión

A *finis del 76*, el dossier presentado al Subsecretario de Sanidad Dr. Palacios, (Ministerio) (por la Asoc. Médicos Hosp. Prov. Generales y Psiquiátricos), incluía un anteproyecto de Órgano de Gestión, apoyado en que, tras el constituido Órgano de Gobierno, el de “verjas adentro”, se necesitaba un complemento “de verjas afuera”, básico en las relaciones con la sociedad valenciana, entidades y representaciones, a más de recibir el proyecto-presupuesto del Órgano de Gobierno, “de dentro”, para su estudio y gestión.

Sería: 1º. Una democratización en su cúspide jerárquica, sustituyendo direcciones nominativas y presidencialistas, por un órgano colegiado-representativo de todos los sectores y entidades implicadas en su buen funcionamiento. 2º. Constituiría un adelanto en la agilización-mejora del funcionalismo hospitalario, aproximando personas y colectividades potencialmente afectas, con menos barreras burocráticas que demoran-detienen medidas cuya puesta en prácti-

ca puede ser de *vital trascendencia* (se presentó una composición mixta de: 4 diputados –uno el Presidente–, más los: Decano, Gerente, Interventor, Administrador del Hospital; más 1 médico, 1 ATS y 1 trabajador no titulado (los 3 del Órgano de Gobierno), 2 representantes de entidades valencianas con función benéfica y dos de la Juntas de vecinos, sector del Hospital General, a ser posible, uno de ciudad y otro rural).

Los usuarios (juntas de vecinos del sector que obligadamente, va al Hospital) han dado en todo momento su apoyo para mejorar “su Hospital”, especialmente el Convenio con la SS y nunca han usado su opción, de trasladar su asistencia a otro hospital “propiedad” de la SS.

Corregir esta desigualdad, peligrosa para los usuarios del Provincial, es lo que pretendemos: Comisión Gestora, Colegios Médicos, y la Asociación Nacional de Médicos de Hospitales Provinciales. Y también los USUARIOS, las asociaciones de vecinos de las áreas que van al Hospital y que NO PIDEN IRSE A OTRO HOSPITAL, sino que mejore el SUYO, este cinco veces centenario Hospital de Valencia... y a tal fin: usuarios y trabajadores, a más de organizaciones colegiales y sindicales, por primera vez en el Hospital, se reúne en Asamblea.

Se produce un MANIFIESTO y una MANIFESTACIÓN frente a la Diputación, en la Plaza Manises (1979).

Manifiesto: “Por primera vez un Órgano de Gobierno de Hospital, democráticamente elegido, *convoca a los usuarios del Centro para defender-trabajar conjuntamente por su Hospital.*”

Y lo hace, no sólo por una real y muy grave situación creada en este Centro, brutalmente exprimido por el INP y no bien administrado por la Diputación, sino para constituir con ellos, con sus trabajadores, más el Consell y la nueva Diputación, un Órgano máximo de Gestión. Si se logra, tendremos uno de los primeros Hospitales gestionados con suficiente nivel de autonomía y por todos los interesados.

Hoy estamos ante la deplorable situación a que llegan nuestras instalaciones como consecuencia de una Administración lejana, “semiabandonada” a los abusos del centralista INP, conciertos con

tarifas muy por debajo del coste real, que nos descapitaliza e impide las necesarias renovaciones (casi todos los aparatos funcionan plenamente sobrecargados desde hace casi veinte años). A las necesidades perentorias se les ha ido dando soluciones coyunturales, aplazando las, igualmente imprescindibles instalaciones nuevas. Todo... determina una bajada de la calidad.

Nos vemos obligados a presionar a los representantes de esta desordenada sanidad, para que resuelvan ya estas deficiencias, que ponen en peligro vidas humanas de usuarios y trabajadores. No se puede seguir con doble número de cartillas por cama y al mismo tiempo, al "final de la fila", gracias a sus ya mínimas instalaciones. Es preciso equiparar el Centro, acabar con injustas-irritantes discriminaciones de unos hospitales y otros, cuando la población asistida es la misma y cotiza igual.

Por todo esto y porque las vías normales no resuelven, convocamos una masiva concentración de usuarios y trabajadores el día 27 a las 19.30 en la plaza de Manises. Los objetivos inmediatos son:

- 1º Utillaje adecuado para el Hospital. Nadie pide lujos, sólo eficacia.
- 2º Cuentas claras con la SS. Lo que cuesta cama/día es lo que debe pagar el INP (no más años con, 400 millones de diferencia, como en el 78, buscando un concierto justo para el 79).
- 3º Descongestión del Centro que trabaja a doble ritmo que los otros Centros de la SS. Con los riegos que, por ejemplo, supone una urgencia cada 2 minutos; o trabajar con sólo tres puestos de Rayos X.
- 4º Que se nivelen todos los Centros, y en las vertientes asistencial, preventiva o de rehabilitación.
- 5º Que se dé constitución eficaz y rápida al proyecto del Órgano de Gestión, incluyendo usuarios y trabajadores.

Renovación del convenio

Como el actual Convenio con el SOE finaliza el 31-X-80, se informa al Órgano de Gobierno (21-X-80), desde la Presidencia, de las gestiones con INSALUD para firma de *nuevo convenio*.

Este Órgano de Gobierno, ante la crítica situación, ya advirtió a la opinión pública, los graves problemas que produciría el cese de la

asistencia (1-XI), al sector de SS que atiende este Hospital. Y se plantea si, o no, poner en práctica medidas en apoyo a las negociaciones; ...y como podrían suponer riesgos a la asistencia, se decide aplazar...y continuar...

El Convenio se prorrogó durante el resto de 1980, en espera de mejorar las condiciones. Se logró "algo" en el "renovado-mejorado" (comienzos del 81), hasta se abonarán los atrasos. Pero según el Administrador, Sr. Escobedo, sigue un desfase de un millón por cama/año.

El Cuerpo médico de este Hospital Provincial, o General, puntualiza y subraya tres puntos, conocidísimos: 1º. Deterioro asistencial, señalado por escritos sucesivos desde 1969. 2º. Degradación, incluso de la estructura física. Utillaje incompleto y sobre-utilizado. 3º. Falta de agilidad organizativa. Despliegue de más y más "funciones" y más lentitud burocrática.

Su causa...la de siempre, el desfase crónico con la SS, que es una "ayuda" casi desorganizadora.

Pese a todo, aún queda un rendimiento más que aceptable
Sobre tales dificultades, reconforta el informe gerencial al Consejo de Gestión, el 29-V-80, 18 horas:

El Sr. Gerente, subraya un excelente rendimiento asistencial. Los índices rebasan los límites habituales de utilización. Así la ocupación supera el 80% (83,75 en el 79 y 85% en 1980), con estancia media relativamente baja, un 11,8%, (11,12 para SS), con un buen índice de rotación (2,15 mensual, 25,88/año). Y un número de Intervenciones/año = 14.274 (en 1979 y bajó en relación a 1978) con 2,5 operaciones por quirófano/día. En el 1º trimestre de 1980 la media es de 28 intervenciones/día. Los partos en el 79 y el 80 llegan a 8,54 y 8,52 día.

Confirma el estudio del bienio 1978-79, comparando las cifras de nuestro Hospital, con las de *La Paz de Madrid* (Residencia General) y con el *Hospital Clinic de Barcelona*: mostraba que el rendimiento hospitalario seguía a nivel alto. (El motivo: contrastar nuestros datos, con las "magníficas" cifras de estos centros, aparecidas en la prensa médica).

**Comparación con La Paz y el Clínico de Barcelona
(1978-79)**

	<i>H. Provincial Valencia (850 camas)</i>	<i>La Paz Res. General (900 camas)</i>	<i>H. Clínic Barcelona (1.000 camas)</i>
Nº visitas	185.797	138.404	317.984
Nº ingresos	22.853	14.352	20.480
Promedio estancia	11	17	14
Nº intervenciones	15.198	13.750	10.502
Nº empleados	1.367	3.065	2.096

Es mayor el número de intervenciones (incluye cirugía torácica, cardiaca, esófago-gástrica, hepato-biliar, colorrectal, faringolaríngea, ortopédica, neurocirugía, etc. etc.), estancias más cortas, más ingresados y menos personal.

Además, siguiendo el INFORME: Las urgencias han pasado de 179, media diaria en el 79, a 166 en el 1º trimestre del 80 (un enfermo cada 8 minutos día y noche). Ingresan, respectivamente, 44 y 43, (1979 y 1980), más de 2/3 de las entradas; en detrimento de la cirugía programada. Y sin posibilidades de control, en cuanto la atención primaria es independiente del Hospital La mortalidad global, 5,65 en el 79 y 5,7 en el 80. Las consultas externas, días laborables, van de las 700/día en el 79 a 543/día, durante el 1º trimestre de 1980, con las urgencias, más de 250 expedientes por día.

Se progresa hacia el Consejo (Órgano) de GESTIÓN (Serv. Salud de la Diputación 21-I-80), hay:

- a. Antecedentes: cuentan peticiones y proyectos desde los años 75-76; primero se intentó aprovechar el reglamento del IPAS (Instituto de Prevención y Asistencia Sanitaria), al amparo del art. 70 del Reglamento de Servicios de las Corporaciones Locales, con los fines propios que a tales Servicios, encomienda la Ley Vigente. Sería un Consejo de Administración y un Gerente. El primero: 5 Diputados, 4 no diputados, en terna y representan-

tes de usuarios, designados por Beneficencia, Patronato y Seguro de Enfermedad de Funcionarios de la Diputación. El Presidente se elegiría de entre los diputados.

- b. Sus funciones: presentación de presupuestos, elevar terna motivada, a la Corporación, para elegir Gerente, elaborar contratos con el personal de los Servicios, señalar bases de los Concursos, pruebas de Selección y Ascensos, sean funcionarios o no, retribuciones, medios y exigencias, incluidas Convenios y Conciertos.
- c. Se añaden modificaciones al “órgano de gestión directa”, para coordinar y optimizar los medios de promoción de salud, prevención y prestar asistencia sanitaria. El Consejo de Administración se democratiza con: un Presidente, 1 Vicepresidente, 3 vocales diputados y 3 vocales técnicos, 1 usuario y, sin voto, el Secretario o Interventor de la Diputación.

Este Consejo propone al Gerente, que será objeto de contrato provisional por un año. Se encargaría de ejecutar-cumplir los acuerdos del Consejo, dirigir-coordinar-inspeccionar los Servicios, elevar las propuestas, asistir sin voto al Consejo, mantener la disciplina etc.

PERO, en el proyecto se mantienen muchos “frenos”: Elabora un Presupuesto (ingresos y gastos adaptados al modelo oficial), que debe aprobar el Pleno de la Diputación, (sería publicado como anexo al ordinario). Propone inversiones y obras, reestructuración, utillaje e instalaciones pero, reparaciones extra y gastos de ampliación se incluirán en el Presupuesto de la Diputación, (y Fondo de Reserva no inferior al 20%); asimismo, define la plantilla, (selección, contratación, remuneración de no funcionarios), porque los funcionarios pasan a supernumerarios, igualando a los contratados; (conciertos con otras instituciones: INP, seguros libres, accidentes, pensionistas, etc. y gastos hasta cierto nivel), pero la contabilidad de los Servicios la lleva el Interventor y la aprobación de los presupuestos especiales o de gestión dependen de los Plenos de Diputación, que se reserva el derecho a modificar el régimen jurídico. Algo se aprovechó, pero estaba “relleno” de “verticalidad” y con pocos miembros electos. Los pagos son firmados por el Presidente del Consejo, función delegada de la Corporación.

El esquema final se constituiría, bajo el nombre de CONSEJO de Gestión y según una de las últimas propuestas por: 4 diputados, 4 miembros del Centro (del Órgano de Gobierno) y 4 usuarios (2 por Juntas de vecinos del área-sector y 2 de instituciones benéficas). Aparte de los Sres. Gerente y Administrador, sin voto.

Y el 21-I-80 "LLEGÓ" EL CONSEJO DE GESTION. Y formado, por los Srs. Girona (Presidente de la Diputación), Soria (Diputado Director), Molini, (Gerente), Escobedo (Administrador del Hospital) Bernardino (Jefe Personal), Duart, Fos, Sendra, Gómez Chirivella (Diputados), Narbona, Zaragoza, Begoña, (del Órgano de Gobierno), Esteban, Buigues (Asociaciones vecinos), Clemente, Florida y Canals, con el siguiente *Orden del día*: 1º - Constitución del Consejo de Gestión, 2º - Informe Gerente, 3º - Informe Jefe Personal, 4º - Informe del Sr. Administrador (anteproyecto presupuesto 1980) y 5º - Ruegos y preguntas.

- 1º La Constitución: tras las palabras del Sr. Presidente y con mayoría de asistentes, queda constituido.
- 2º El Informe del Sr. Gerente (organización) se refiere a que la democratización de los últimos años, no supone eludir la necesaria responsabilidad de todos y cada uno. (Recordemos los consejos funcionales de PIETRI —Aunque nos lo compliquen normas ministeriales, más o menos irrealizables. (sigue en necesidades = ver capítulo ECONÓMICO).
- 3º y 4º Es conocido desde informe gerencial de 1977 el H. P. está necesitado de un re-equipamiento y una remodelación indispensable para hacer frente a la cada vez más compleja tarea a nivel asistencial, así como a la de docencia e investigación. No quiero caer, por enésima vez en la tentación de criticar la estructura arquitectónica, etc. etc., casi todos van mal, la falta de adecuación de la mayor parte de las instalaciones a las normas de seguridad vigentes, el envejecimiento... la falta de evolución... No se debe continuar practicando determinadas técnicas "con material inadecuado, antiguo y escaso". Aparte, numerosos decretos Ministeriales de obligado cumplimiento y la necesidad de clasificar ade-

cuadramente el Centro, con vistas a mejores convenios y salvar riesgos de responsabilidad penal.

Pasa lista para realizaciones del 79-80 (central telefónica, equipo telemando en radiología, cubrir la acequia de Mislata... responsable de sus inundaciones-riadas, acceso a Urgencias, locales para Archivo Central de Historias Clínicas, ampliación de la Biblioteca), señalando en proyecto el traslado de las policlínicas de Ginecología-Obstetricia y Pediatría al Pabellón Materno-infantil (22 millones) para 1982, (en acabar el pabellón, 1985, se gastarán 136 millones), las instalaciones del Banco de Sangre y Servicio de Hematología irán al 1º piso del martillo llamado de "Privados", lado izquierdo, (10 millones y medio para acabar en 1981), obras para la Sección de Hemodiálisis (inexistente), casi 13 millones y prácticamente finalizadas, adecuación de los Quirófanos a normas obligadas, -Orden Ministerio Industria 19-XII-77 (28 millones ptas.) y ampliación de Quirófanos y otros locales de Urgencia (8 millones), área para Admisiones, policlínica de Oftalmología, ampliación de la lavandería (con adecuada dotación de maquinaria), Gimnasio, (1,5 millones), pabellón para Talleres (19 millones), otra Central Telefónica con 150 extensiones internas, bucle e instalación para un sistema buscapersonas, conjunto radio-quirúrgico móvil para la 2ª planta izquierda, equipo telemando CGR 1000 mA a Radiología, más un equipo Gigantos al Servicio de Urgencia (con obras que suben a 20,5 millones).

Reparaciones del 79 en lavandería, Central Térmica, Cocina, sustituciones líneas de circulación de vapor (las actuales corroídas), ampliación de conducciones de agua fría y caliente, reparación de equipos en el Dep. de Radiología, protección eléctrica de quirófanos, 4 monta-camillas para 900 Kgr.

Y en proyecto, para este año 80, sala de calderas centralizada, *protección contra incendios* (el plazo legal acaba en XI-80), red de agua, extintores, compartimentación, elementos de salvamento, megafonía interior, sustitución de ascensores que incumplen las norma vigentes (7 monta-camillas y 7 ascensores = 43 millones y medio), tanques de gas-oil (4 millones) nuevas redes para calefacción y agua

caliente, renovadores de atmósfera con presión positiva, en la cocina y lavadero, mejoras en la distribución de agua potable, sustituir generadores de vapor de 1.000 Kg/h por otro de 3.000 Kg/h, así como las bombas generadoras de calefacción (total 98 millones hasta 1984).

En el Materno-Infantil: bases de distribución, acometida del transformador y anillo de tomas de tierra por todo el recinto (= 77 millones). Alumbrado exterior (7,5 millones). En el campo de la seguridad, instalaciones y pruebas frente incendios y catástrofes (detección y extinción), 77 millones, a finalizar en 1984.

Adquisición de material clínico, esp. quirúrgico: electro-bisturíes, mesas quirúrgicas, tres equipos de anestesia Temel, un espirómetro Bird, lámparas asómblicas, acondicionadores de aire, etc.

En cuanto a *organización* se han sucedido cambios con tendencia a la democratización, pero a saltos, sin aclarar objetivos, ni las funciones... Son *urgentes:* el Archivo Central de Historias Clínicas, la Farmacia de 24 horas (4 millones) (y un farmacéutico adjunto), extender (tras una prueba positiva) el sistema monodosis, reorganización del Servicio de Admisiones, etc. Finalmente, el Organigrama del Centro y el *Manual de Funciones*, que estarán antes del verano de este 1980.

Como se ve, la situación exige, sin demora, y según estudios de los ingenieros y arquitectos, adecuación de las normas de seguridad, fuentes de producción, redes de distribución, etc., para que el hospital FUNCIONE, tanto en servicios... como en los asistenciales, ...y en seguridad. En el informe de 18-I-80, arriba resumido, están reflejadas las más urgentes, que suponen en una 1ª fase 783.208.712 ptas. y en la 2ª 51.290.166 ptas.

En segundo lugar ampliar servicios ya existentes y creando otros nuevos, hasta obligados por ley... como el Banco de Sangre, o la Planificación Familiar etc. Así, con datos económicos y repitiendo algunos ya señalados y que en breve resumen son: El inconcluso Pabellón Materno-Infantil, con Policlínicas para Obstetricia, Ginecología, Planificación y Pediatría (= 22 millones), Banco de Sangre (= 11 millones), Nefrología (13 millones), hospitalización en los pisos del citado pabellón (30 millones), elevar un piso para oficinas (12 millones), obras de acondicionamiento en el resto (10 millones). En total, con-

cluye el Sr. Gerente, más de 93 millones. Aparte de los Servicios a instalar en el actual Cocherón (hasta el 85, unos 40 millones).

SOBRE LO EXISTENTE, hay un primer y urgentísimo grupo para mejoras: dotar los quirófanos de material imprescindible y adecuar a la instrucción MIBT 025 (reglamento electrotécnico de baja tensión, ya adjudicado), siguen los Servicios Centrales (Análisis Clínicos, Hematología, Anatomía Patológica y Radiología por unos 81 millones). También con alta prioridad, Urgencia, Nefrología, Unidad Coronaria, UCI (50 millones hasta 1984) y Archivo Central.

Obviamente, no están las más o menos "prescindibles" de la totalidad de Servicios, que ya "van con lo puesto" demasiados lustros. Se anotan 240.757.581 ptas. para 1981 y 125.388.212 para 1982.

Con todo, el diputado Sr. Duart dice que si la SS no renueva el Convenio, ¿para qué todo esto? Los Srs. Buigues (representante de *usuarios*) y Narbona (del Ó. de Gobierno), le contestan que las obras son necesarias y urgentes para *tratar enfermos*, a cuyos efectos, con o sin SS, *la Diputación esta comprometida*.

Consecuencias POSITIVAS y... otras NO TANTO....

Hay "logros", en el estamento ATS, que han quedado más o menos "informales", desapareciendo organismos útiles a un buen funcionamiento, que desdibujan sus funciones, en detrimento de la efectividad; tal como está ocurriendo con la Junta Facultativa.

Por iguales razones, es importante perfeccionar lo que hay, para un adecuado control del gasto y del rendimiento cuantitativo y cualitativo. En este camino, cabe citar la reorganización del Servicio de Admisión, del Archivo central de Historias Clínicas, Farmacia de 24 horas y mejor recogida de datos por las "secretarías de los Servicios como Administración periférica", descargando a jefes y subjefes de tales labores, en favor de sus misiones básicas: asistencia, docencia e investigación. Evitando la creciente "burocracia-administrativa",¹⁵ más y más alejada del "pie de obra".

Nuevo Servicio (medicina de Empresa), Ensayos, Peticiones, Cargos, más Reglamentos (1980) Y DISCUSIONES (Médica A *versus* Médica B).

¹⁵ H. Buschwald. *Surgery* 1998 124: 595-603.

En Marzo se establece el Servicio Médico de Empresa y se nombra la Comisión de Valoración para estos Médicos de Empresa. Se crea y cubre, un puesto de Encargado del Servicio de Mantenimiento.

También al comienzo de estos años 80 se acumulan las peticiones de Anatomía Patológica, Hematología y Neumología.

El 8 de Mayo aparece nueva legislación sobre estos ensayos clínico-farmacológicos. Dermatología pide confirmación para dos ensayos que fueron autorizados por la Dirección Técnica del Centro y están en fase final (Ketoconazole, Lab. Esteve, a doble ciego con griseofulvina, para tratar dermatoficias y F-117, del Laboratorio Faes, como vasodilatador en Dermatitis por estásis y eczemas varicosos). Cumplen las nuevas normas.

Se progresa en las reglamentaciones: Organización y funciones de la Junta Técnico Facultativa (30-V-80), Funciones gerenciales y Dirección médica (8-VII), Reglamentación de funciones técnicas (18-VII), Organigrama (23-VII).

Discusión "Inter. médicas". En la reunión del Órgano de Gobierno del 31-VII-80, se produjo un discusión al mostrar el Servicio de Médica A, su desacuerdo ante la nueva denominación propuesta para el hasta ahora Servicio de Médica B, que pasaría a llamarse: Servicio de Digestivo. Aduce su Jefe, Dr. González Cruz, que si el Servicio de Medicina B quiere atender sólo a los enfermos de Aparato Digestivo, que "la Junta Facultativa y Órganos de Dirección carguen con la responsabilidad de liberarle de esta obligación", Médica A no va a recibir todos los enfermos "no digestivos" que Médica B tiene obligación de atender. No se toma ningún acuerdo, aunque la idea se mantiene.

En el fin de año se reiteran las peticiones de material (13-X) (29-XII). Y se amplía el Laboratorio, añadiendo Higiene y Medicina Laboral. Aparte de estudiar un Presupuesto parcial para instalaciones, propuesto meses atrás (31-VII-80).

El año 1981 comenzó con elecciones al Órgano de Gobierno, (28-I-81); el 4-IV-81, el Sr. Soria, Diputado Director, da la bienvenida a los nuevos de este Órgano, compuesto por:

Sr. Soria (Dip.-Director), Decano, Dr. López Trigo, Gerente-Sr. Moliní, Bernardino (personal), Escobedo (administrador), Vta. Girbes (enfermera Jefe), Álvarez, Borja, Chuliá, Narbona (Jefes Servicio) -

Trullenque, Ballester, (Jefes Clínicos) P. Carbonell, E. Fuster (Médicos Contratados), Martínez Trenc, Kuster (ATS), Palop, Iñiguez, M^a. T. Domínguez, M^a. J. Corbalán (auxiliar admin. y oficios varios) (14/6, todavía, en número, duplican los electos).

En este mismo 1981 se vuelve a reestructurar la Junta Técnico Facultativa.

...“entra” la fórmula de: todos los Jefes de Servicio con 4 votos (por áreas, medicina, cirugía, materno-infantil y servicios centrales), más otros votos para: Subjefes, Jefes Clínicos, Médicos Adjuntos, MIR y queda como secretario el Médico-Jefe de documentación (el Sr. Gerente preside, si el tema lo requiere, o lo pide la JTF).

Se precisan las funciones: asesorar al Órgano de Gobierno; junto a una serie de las preceptivas, como: creación, ampliación o supresión de servicios o departamentos, análisis de Índices de Rendimiento y soluciones, (modificación de las instalaciones técnicas de los Servicios), elaborar programas para I+D, así como para concursos u oposiciones del Centro; adquisiciones (material o aparatos) y determinar prioridades, higiene y salubridad de locales. También, informes sobre expedientes disciplinarios, propuestas de planificación-reestructuración del Centro, (elaborar petitorios de Farmacia, material de curas o clínico inventariable, propuesta de aprobación o modificaciones de instrucciones permanentes; así como rendir cuentas de trabajo, propuestas, informas, etc.).

Las propuestas al Órgano de Gobierno, no serían vinculantes, pero requerirían respuesta razonada, cuando no fueran aceptadas. Acuerdo de Reunirse una vez al mes.

Se modifican y crean algunas comisiones: se *juntan* Tumores-Tejidos con Valoración-Letalidad e Historias Clínicas y se añade Urgencias. Se “recrean” comisiones de Docencia, Investigación y Ensayos Clínicos y otra de Infecciones-Antibióticos y Farmacia. El responsable de cada Comisión será miembro de la JTF. Y constituirán la Comisión Permanente presidida por el Director Médico del Centro.

Reunida la Junta Técnico Facultativa el 8-IV-81, da lectura a la composición y sus funciones y designa Secretario, el más joven, el Dr. M. Ayora Rodríguez. Con alguna modificación en la estructura del abanico de Comisiones, se nombran sus Presidentes: *Docencia* Dres. Álvarez y Ayora; *Investigación y Ensayos clínicos*. Dr. Chuliá

y Dr V. Zaragoza Orts; *Valoración y Letalidad* (incluye Tumores-Tejidos + Historias Clínicas) Dr. Sancho y Dr. López Trigo; *Farmacía* Dr. Murillo. Y Comisión de *Urgencia* Dres. Monsalve y Medina.

Mejoras, seguridad y re-peticiones:

Se va camino de mejorar la contabilidad analítica. También, dos técnicos estudian las necesidades de puestos de trabajo y precisan las necesidades de personal. Se cubren peticiones de material para: Maternidad, Pediatría, Nefrología, Urgencias y Almacén.

También y a medida que aumentan "las técnicas", suben "las precauciones", las actividades directas que encierran "riesgos". Hay que estudiar un seguro de responsabilidad civil. Se presentaron 5 y en Junio 81, se eligió la Compañía Zurich.

Frente a los aumentados "habitáculos centrales" de la maquinaria administrativa, se vuelve a reclamar, la "administrativa por servicio", insistiendo, que esa "administración periférica" es muy importante para el buen funcionamiento del Hospital.

El Sr. Ballester se incorpora a la Administración.

El Hospital se "expansiona", crea centros sociales en el exterior, como el que montan los médicos del Servicio de Pediatría del Hospital General, ya exProvincial, (Prof. V. Álvarez), en la cercana población de Manises.

Se exponen sus Estatutos (Asamblea, Juntas de familia, Consejo de Salud, Programa de Salud), sellos, carteles, charlas de divulgación en el auditorio municipal, etc. Abarca, en cuidados, desde el embarazo e incluye: vacunaciones, alimentación, epidemiología, etc. Inicialmente, 4 pediatras, 4 ATS, 1 delegado director y 1 auxiliar, controlan a unos 300 niños. Se considera "labor positiva".

Y un centro de investigación

El Dr. Lloris plantea necesidades económicas para montar un Centro de Investigación e insiste en la reunión del 3-VII-81. En Octubre, el Dr. Narbona solicitó al Dr. Sanchis Bayarri retirase los bancos de cultivos que había situado en los "altos" de los quirófa-

nos, concretamente sobre el 3º piso del lado izquierdo. *Donde antes se había hecho cirugía cardiovascular experimental, incluidos auto-trasplantes cardíacos.* Se propone su "reutilización" para cirugía experimental; es aceptada y se prepara este primer local para comenzar ya la Investigación. El Dr. Lloris Carsí se encarga de este Centro.

El Dr. Molini pide que se haga un estudio sobre las actuales necesidades de investigación, conforme a los proyectos elaborados, para tratar de incluirlos en él.

Años después (31-V-85) aún se solicitaría que las funciones y competencias de la Comisión de Investigación y Ensayos Clínicos, se especifiquen con toda claridad. De momento, ya se expone una lista de ayudas solicitadas y aprobadas por la citada Comisión: 2 para Análisis clínicos, 2 Cardiología, 5 Cirugía A, 6 Cirugía B, 8 Dermatología, 3 Ginecología, 1 Nefrología, 1 Pediatría y 1 Traumatología.

Sin embargo, se comenta que hubo irregularidades en las ayudas del 84, marginando esta Comisión y por ello ruegan se expliquen las razones. Además se muestra la extrañeza de la Comisión, sobre una elevada cantidad de millones para una Unidad de Medicina y Cirugía Experimental, sin que esta Comisión de Investigación y Ensayos Clínicos tenga conocimiento alguno. El Dr. Cano dice que es una demanda muy antigua, que fue denegada y que, ahora, han dado repuesta y es para el Hospital.

1983... Y más reestructuración hospitalaria

En el primer trimestre de 1983 (7-III-83), se notifica al Sr. Presidente de la Diputación el *Plan de Reestructuración Hospitalaria*, confeccionado por la Gerencia y estudiado por la Junta Técnica Facultativa, a solicitud de la misma Gerencia, en Mayo de 1981; se trata de hacer frente al Convenio con el INSALUD (Convenios ant.), a las exigencias de las nuevas especialidades, más o menos diferenciadas que, en realidad, venimos supliendo..., sólo habría que subir semi-servicios, que están funcionando como Secciones, al nivel de Servicio. Algunos de estos cambios requieren obras, que se calcula estarán finalizadas para este año 1983. A más largo plazo irían Oncología y

Medicina Nuclear. Presentado al Sr. Presidente, fue aprobado, con pocas modificaciones.

Por decreto de Presidencia (nº 1.627, de 23 III-85), se ratifica la plaza de Director General del Hospital. Provisionalmente, se adscribe al Dr. D. José A. Díaz García Donato.

Otro Decreto (nº 3.575) de Presidencia, (haciendo uso R.D. 1382/85 de 1 de agosto), para relaciones laborales: Alta Dirección y propuesta de la empresa Selección Personal H. General + Comisión de Gobernación, (Margareto, García Fuster, Alegre, Oliver, Bagues y García Cárdena); aparte, se contrata, por un periodo de 4 años y a partir del 2 Junio 86, a D. J. J. Esquiza como Director Económico Administrativo, y como Director de Enfermería (16-VI-86) a D. A. López López.

Francisco Moliní, funcionario de la Corporación y Gerente del Hospital General, es nombrado el 22-III-85, provisionalmente, Director General del Patronato de Seguro Enfermedad, (actividad de carácter especial y atendible en Comisión de servicios); pero solicita prórroga, en tanto, el puesto, no sea cubierto por procedimiento reglamentario (se le concede).

Gerentes posteriores: 1991 Diaz. 1992-4 Elena Rubio. 1995 García de la Cuadra y 1997 Miguel Espí Pastor.

A fines del 1983, cierta confusión, hace que en la Comisión de Salud Pública (7-IX-83) se plantea información sobre la denuncia o RUPTURA del CONVENIO DIPUTACIÓN-INSALUD, POR PARTE DE ÉSTE ÚLTIMO.

El Consejo de Gestión del Hospital, compuesto por el Órgano de Gobierno (trabajadores del Centro), las asociaciones de vecinos (con representación en la Junta Directiva de la Federación de sus asociaciones de vecinos), diputados de los tres grupos políticos y representación sindical, presidido por la Excm. Diputación Provincial, ha estudiado las consecuencias que pueden tener... y decide respaldar los acuerdos adoptados, y apoyar las medidas tomadas por este Hospital Provincial para garantizar la asistencia sanitaria a los usuarios de la SS.

A este efecto se acuerda solicitar la máxima colaboración ciudadana en apoyo de las justas reivindicaciones planteadas, esperando que las molestias que puedan ocasionarse, se entiendan como contribución popular a la solución del conflicto.

El problema no pasa a mayores... como tampoco se corrige el desfase económico. Aunque se mantengan (1984) los intentos de equiparar-homologar el "pago-cama" entre Hospital General y centros del INSALUD. El Diputado Delegado, Sr. Margareto insiste en el déficit, 2.500 millones de pesetas... y que el Hospital es... el "cáncer de la Diputación".

En esta situación y pese a todo, se consigue, en el Convenio Colectivo, un aumento del 3%, con 20 millones para nivelar las retribuciones, "subiendo las bajas", "tic permanente", de "scudoigualdad".

En 1985 se va notando el cansancio y sus negativas repercusiones, la estancia media sube de 11 días, a casi 14. Estas "guerras" pierden intensidad en la medida en que aumenta el poder de la "gestión" en el vértice de una disposición empresarial "top down" a costa de la "bottom up", estrechando la "ruta de los sentimientos" (Kotter,¹⁶) frente al crecimiento exponencial de la burocracia, "administración" la llamará Butschwald¹⁷ años después y lo que es más grave con la práctica absorción de los "luchadores" por esa misma estructura; los médicos son sólo funcionarios mal pagados, más y más "burn out". Añadan que las Diputaciones reciben una muy sustanciosa ayuda estatal por sus actividades sanitarias (beneficencia, etc.) y comprenderán que la lucha por una mejor asistencia más bien se... difumine.

El 17-III-85, se crea de la figura de médico jefe de día (Urgencias), exclusivo en la plantilla, con categoría de Jefe clínico o médico adjunto.

Ratificación decreto Presidencia 1627, de 23 III-85 creando plaza de Director General del Hospital General. Provisionalmente adscrita a D José A. Díaz García Donato.

¹⁶ Kotter Prof. Harvard Business School (*Las Provincias*, Valencia 26-IV-93).

¹⁷ Buschwald Press Address. A clash of cultures-personal autonomy vs corporate bondage. *Surgery* 1998 124: 595-603.

En esquema valorativo y muy resumido, subrayamos, que el Hospital General mantuvo su gobierno laico con los privilegios de Martín el Humano, desde 1512, cuando se consiguió la reunión de los hospitales de la ciudad de Valencia por unos 250 años; hasta que cerca de 1760 comenzaron los visitadores reales, a quienes el Rey añadió, en 1775, poderes totales y otra década más tarde, Carlos III forzó aún más las constituciones según los modelos hospitalarios de Madrid, suprimió el Clavario y la Cofradía de los Santos Inocentes.

Todavía la inercia mantuvo la caridad privada, así en el Diario de Valencia desde 1795 a 1815, se subastan más de 100 casas, que fueron donativos testamentarios al Santo Hospital. Y en 1848, una Junta Directiva de urgencia restableció la dinámica económica del centro que así se mantuvo durante un par de décadas.

Todos estos privilegios desaparecen en 1878, cuando son anuladas las Juntas Provinciales de Beneficencia y el Hospital pasa a ser Provincial y dependiente de la Diputación (es curiosa, como se apuntó en el texto, la queja del diputado Sr. Margareto (1984), ...que el hospital era el “cáncer de la diputación”, cuando, evidentemente, el Hospital no pidió a la Diputación que le administrara).

También se anotó que las Bulas de Inocencio IV para crear el *Studi General*, que sí prendieron en Montpellier en 1247, tardaron casi un siglo para hacerlo en Valencia, hasta la Bula de Alejandro VI, y debido al predominio de la enseñanza directa, maestro-discípulo, o “afermament”, dominante en Valencia.

Este *Estudi General* se distribuyó, como ya vimos, en diversos locales del Centro, hasta que las teóricas se reúnen en el nuevo edificio de Guillén de Castro. Las prácticas clínicas siguieron en el Provincial hasta fines de los 50, con traslado a su propio Hospital Clínico; como poco después, en 1963 lo hizo el Provincial a su nuevo edificio.

Como ya se señaló en este traslado aparece lo que hemos llamado el tercer conflicto porque la mayoría de los que aquí empezamos, éramos nuevos, añadidos a unos pocos Jcfs del antiguo hospital próximos a la jubilación.

Era evidente que nuestro camino (3º conflicto-p.) debía ser un “Botton up”. Ya en 1963 se concretó una Junta Técnico Facultativa (JTF) con los Jefes de Servicio (por oposición) y todos los demás esta-

mentos médicos por ELECCIÓN. Precisamente esta proporción de ELECTOS marca bien la diferencia entre los caminos *BOTTOM UP* y *TOP DOWN*. En cierta manera, nuestra curva positiva o no, coincide con el porcentaje de estos. Así la JTF, ya había bajado al 50% en 1977 y así se creó el Órgano de Gobierno, con todos sus componentes electos, y en su reestructuración de 1982 sólo eran un tercio.

Y sigue por los primeros 80' en que se presentan los planos para un hospital de agudos en el área libre detrás de la Iglesia del Hospital. Planos que la arquitecto de la Dirección General de Sanidad, Dra. Pérez Sherif valora muy positivamente, así como el director general de la época, Dr. Víctor Conde. Incluso lo hace, en este sentido, el decreto de la Excm. Diputación 829. Lo que no obsta para que la reunión, que ya en el Ministerio se convertía en real con la firma del Sr. Presidente de la Diputación... ésta no se produjo.

Todavía se logra aumentar la autonomía del Centro Hospitalario cuando conseguimos de la Diputación un Consejo de Gestión que, como hemos visto, tenía 8 de sus 12 miembros electos y en cuya primera reunión, el gerente Sr. Molini desarrolla todo un positivo proyecto, que previamente fue consultado y desarrollado por la JTF (consejo reunido el 21/1/80).

Un año más tarde con el excelente Diputado Director Sr. Soria se sigue una amplia y positiva exposición de materiales necesarios, a más de crearse el Centro de Investigación, se mantienen las llamadas "administrativas periféricas", por servicio, se firma un seguro para actividades peligrosas intra hospitalarias, se crean extensiones de actividades hospitalarias fuera de su recinto, especialmente para pediatría por el Dr. Álvarez, etc. Quizá la época más positiva del centro.

En 1982 se plantea otra reestructuración de la JTF, en la que el Jefe de Personal (Bernardino) basa la aplicación de un discutido decreto (RD 2082/78), año 1977, para montar un nuevo Órgano de Gobierno en la que ya sólo 10 de 26 miembros serán electos (parece que el mencionado decreto fue recurrido por algunas diputaciones y no estaba muy claro su vigencia). La JTF expresó (25-I-83) su disgusto por no haber sido consultada.

Aún son favorables en 1983, las modificaciones y reestructuraciones hospitalarias propuestas por el gerente Sr. Molini, que habían sido contrastadas por y con la JTF un año antes, siendo aprobadas por Presidencia de la Diputación.

Ya en 1945 (27-VI-84) el gerente Sr. Molini, que durante años ejerció su función eficaz y discretamente, pide ser trasladado (era funcionario) a la Dirección General del Patronato del Seguro de enfermedad de la Diputación.

Quedan provisionalmente el Dr. Díaz como Director General, con la Dra. Granados como subdirectora y el Dr. Álvarez como Director Médico.

Tras un año duro y difícil, el 9/1/1986, es nombrado gerente al Dr. Moreu. Se presentó con 10 mandamientos y 40 objetivos, más una ininterrumpida cascada de reglamentos y objetivos, incluso prometer reuniones frecuentes con los Jefes de Servicio, no hubo ninguna, los "objetivos conseguidos" serían premiados y en metálico,... que sólo serviría para comprar instrumental y accesorios útiles al Servicio. La caída se acentúa.

Cifras 1986-87		
Visitas	161.300	-13%
Ingresos	21.462	-6,4%
Promed. est.	12 días +/-	
(1978-79: 15.098)		(1985: 8.564 -44%)
Nº. de Operaciones	6.724	-56%
Nº. de Empleados	1.862	+32%

En 1987 los 18 Jefes de Servicio escriben una carta al Sr. Presidente de la Diputación: "Con profunda preocupación los Jefes de Servicio del H.G. de Valencia quieren manifestar a V.E., el deterioro progresivo... junto creciente sensación de desánimo, desaliento... que no puede reportar nada bueno a la marcha de la Institución. ...Consideramos que gran parte de la responsabilidad... recae en la política hospitalaria (gestión, a nuestro juicio, equivocada), de esta Corporación... falta de consenso... desconexión ...criterio estricta-

mente pseudo-economicista... este Hospital puede perder definitivamente el tren... por todo ello hemos entendido necesario dirigirnos a V.E. como máximos responsables... nuestra inquietud ante el rumbo que, lamentablemente, este Hospital..." (1-VII-1987); que determinó una amable carta de despedida, con la dimisión del Sr. Moreu, (efectiva a partir del uno de agosto de 1987).

La caída, atenuada, sigue y el *BOTTON UP* queda "tocado", desfigurado el sistema de oposición y muy cuestionado el carácter vitalicio de las plazas; lo que casi coincide con la jubilación obligatoria, a los 65 años, de la mayoría de los que "entramos" en 1962-63.

El 1989 se vuelve a modificar la llamada, ahora, Junta Técnica Asistencial, en la cual 2/3 de sus miembros son "digitales". Provisionalmente se encargó de la dirección el Dr. Díaz.

* * *

Apéndice

Sanidad, Centros Benéficos y las "Casas"

SANIDAD (relacionada con los Centros Benéficos de la Diputación) (1º tercio siglo XX).

Como apuntamos, la Diputación creó, en 1887, un Centro Provincial de Vacunaciones (al coste de 3.000 ptas/año); y las practica directamente (ternera-brazo), a los asilados, presos, etc. y a la vez, suministra, esta linfa-vacuna animal, a los vecinos pobres de los Ayuntamientos. Llevan la estadística de tal Servicio y asimismo, prepara-conserva el COWPOX. (Mem. 1903).

En 1904 y contestando una Real Orden Circular, de gobernadores provinciales, se manifiesta que la Diputación tiene contrato con el Centro de Vacunación animal, dirigido por el Dr. Juan Torres, para suministrar la vacuna necesaria a los establecimientos de Caridad, Correccional y pobres, con derecho a la asistencia gratuita por los médicos.

Anualmente, satisface pedidos de linfa, a cerca de una docena de pueblos (en la memoria de 1905, están Ademús, Algemesí, Carlet, Genovés, Pedralba, Simát de Valldigna, Sollana, Teresa de Cofrentes, Venta del Moro..., en 1908 fueron 29 pueblos). Aparte, al Hospital, asilos y ayuntamientos, a petición de los médicos titulares.

Cada año, hay que abonar las dietas devengadas por el Inspector veterinario, garantizando la prestación de sus servicios... aunque parece que esta misión, sobre el ganado que llega, corresponde al Municipio. Tema que la superioridad sigue sin resolver.

En 1907, y ante los buenos resultados de D. Juan Torres Babí al frente del Centro Provincial de Vacunación, se acuerda prorrogar el Convenio, por cuatro años más. Por otra parte, el Centro ha hecho desaparecer un foco infeccioso, en la acequia de desagüe, carretera de Valencia a Moncada. Se toman precauciones, ante posibilidades de extensión de la epidemia coléricas de Rusia... y se pide informe sobre medidas a adoptar en los Hospitales.

Se ordena a la empresa de la Plaza de Toros, que “los despojos de los reses muertas... se extraigan con las debidas precauciones para no molestar al vecindario”.

En 1909 se acaban las alcantarillas, con varios sifones en el corral-desolladero de la Plaza de Toros.

En 1910, se renueva por seis años y 3.000 ptas/año, el convenio con este Centro Vacunal. Aumentan las preocupaciones por la higiene, tomando medidas en los establecimientos benéficos y auxiliando los trabajos del Sr. Inspector de Sanidad, facilitándole el personal de oficina necesario.

Se piensa establecer un dispensario antituberculoso, distante de las enfermerías y un Laboratorio Microbiológico específico. Se instala el equipo de esterilización, para agua del quirófano, por ultravioleta. Quizá, como se apuntó, el primero en España.

1912. Tras la construcción de los dos pabellones nuevos: uno como antituberculoso y otro para infecciosas, se añade una galería para convalecientes, Se nombran a los Dres. Olaso para Rayos X y D. Alfredo Moscardó y Antonio Vila, encargados del Laboratorio bacteriológico (para respiratorio). Y se toman medidas higiénico-pre-

ventivas frente a posibles epidemias: aparte seguir con las campañas de vacunación.

1913. Se declara una epidemia de Variola, contra la que el Centro de Vacunación prestó excelentes servicios, con efectiva respuesta.

Los gastos suben y “llegará día, en que los fondos provinciales, serán absorbidos por los gastos de beneficencia”.

El Director Sr. Daudén emprendió una gran cantidad de mejoras: Pabellones anexos para laboratorios, farmacia, policlínicas, gabinete de radiotelegrafía, pabellón para consulta externa de los alumnos de la Facultad. (Algunos ya fueron citados).

Se reitera (1913), los Centros y obligaciones que la Diputación tiene desde 1887, el señalado Centro Provincial de Vacunación, que debe preparar-conservar, el Cowpox o vacunación animal, por los mejores medios. En el pasado año hubo mucha variolosa y su labor fue claramente positiva.

1914. Epidemia tifoidea en Dos Aguas. Drs. Torres Babí y Segarra ganan plazas para la Comisión mixta de reclutamiento. Y Mauro Guillén la de la Leprosería.

La Diputación ayuda a la instalación del *Sanatorio Antituberculoso, playa de la Malvarrosa*. Con máxima dedicación y esmero a los servicios, en sus establecimientos benéficos.

El Sr. Gobernador, a requerimiento del Sr. Inspector de Sanidad, se dirige a la Diputación por haber aparecido un brote de fiebres tifoideas en Dos Aguas, con incremento peligroso; demandas atendidas también por el Ayuntamiento, enviando varios médicos con el Inspector Sr. Torres Babí... y se obtuvo buen resultado, “cortando” el brote. (la caja provincial contribuyo con 2.000 ptas.). La colaboración médica fue de: D. José Tomás López Trigo, D. Mariano Peset Feliu, D. Arsenjo Rubio, D. Antonio Salvat y D. Francisco. Torres Villar.¹⁸

El señalado pago al Inspector Veterinario, fue impugnado, otra vez, por estimar que le corresponde al Ayuntamiento, a su policía de abastos y mercados (art. 72 y 73, Ley 2-X-1877), pero no lo consideró así la superioridad.

¹⁸ Mem.1914) (pág. 60 y 61).

En 1915-16, Sanidad dispuso, que todas las capitales de provincia deben tener un Laboratorio de Higiene e Instituto de Vacunación. (Instituto Provincial de Higiene). Se reitera, que en Valencia ya existía, aunque limitado por el gasto. Entonces don Juan Torres Babí y D. Juan Peset Alcixandre proponen construir un Instituto, inmediato al Hospital, "dotado de material e instrumental... y dirigido por el personal facultativo... que se estime necesario y a sus expensas,... cumpliría gratuitamente las vacunaciones, investigaciones y servicios, que se plantearan por razones de las epidemias, etc. La Real Academia dictaminó favorablemente. La Diputación lo aprueba y asimismo la subvención, a los Drs. Babí y Peset, los cuales quedan en libertad de nombrar personal y adquirir material.

Por resolución del Ministerio de la Gobernación, se integran en las "Brigadas Sanitarias" bajo la denominación de "Servicio Sanitario Provincial de Valencia".

También, siguiendo las gestiones de años anteriores, se compra un solar para la creación del señalado Instituto Provincial de Higiene (acordado y funcionante en 1916). El Director del Hospital, D. Francisco Marco Bori, entregó el solar el 21 de Abril, a los citados e iniciadores doctores, Torres Babí y Peset Aleixandre, con escritura del Notario D. Antonio Gómez Barberá. La construcción se inicia de inmediato y pese a las dificultades, estos doctores no ahorran esfuerzos y mejoras, que subirían el valor del mismo, al triple de lo presupuestado. Se prevé inaugurar en primavera. Su necesidad es evidente, en 1917 los análisis médicos suben a 750, preponderando los urológicos (60%), siendo muchos menos, los practicados sobre exudados (8%) y sobre esputos (5%).

No se descuida el análisis de aguas (72), ni el servicio de vacunación y revacunaciones, que alcanzan a 21.878. Especialmente la anti-tífica, que ya es un "hecho habitual"... y se proporcionan 11.458 dosis.

En Torrente, estos doctores recogen sangre, puesto que es casi constante, la demostración de fiebres tifoidea; a más de hallar, en las aguas, abundantes colibacilos. La limpieza del depósito, logró la "ausencia" bacteriana y con la ayuda, inestimable, de los Dres. Ortiz y Roig, médicos de esta población, se practicó una vacunación gratuita (iniciada tras un visita del Gobernador, D. Leopoldo Cortina).

Desde 1.000 personas el primer día, hasta un total de 3.550, entre los que no hubo un solo caso de fiebre tifoidea, mientras entre los "noes", que sumaban algo más (5.011), hubo 107, que las sufrieron.

Igual se aplicó a Cuerpos de seguridad y familiares, con el mismo resultado: ninguno entre los vacunados y 15 casos entre los "no". El Dr. Arnal vacunó unas 700 personas de Picaña y sólo dos que llevaban una dosis, "cogieron" la fiebre tifoidea. El Dr. Altabas, en Montichelvo y el Dr. Malabia, en Minglanilla, con resultados similares. Cómo en el asilo de San Eugenio, en la Guardia Civil, la Cárcel Modelo, etc.

7-VII-1919. El gasto de Beneficencia (Hospital y Manicomio) sube a 1.304.457 y el déficit a 713.254 Ptas.

Las "casas" (1^{er} tercio siglo XX)

El Proyecto de nuevo Manicomio tenía un coste calculado, en 5.296.578,49 Ptas. Sin descartar el aumento de necesidades, por la creciente afluencia de pacientes. A fin de cubrir estos gastos, se venden bienes de la Beneficencia y se pide, la cesión de solares del Monte "Vedat". Al tiempo que se estudia el traslado, a sus provincias, de los enfermos forasteros.¹⁹

Ayuda que, como vimos, queda mejorada, por la solución favorable a Valencia (1905), del pleito global con Alicante y Castellón y que afectaba a la construcción del nuevo Manicomio, en cuanto los bienes del testamento de Borrull que le iban destinados, quedaban impugnados por aquella reclamación global (ver antes).

Sin embargo, ante las dificultades para trasladar el Manicomio a Torrente (1908). Se realizan mejoras en la calle de Jesús. En 1907 aumenta la plantilla del Manicomio, con 4 médicos y por fallecimiento del dentista de la Beneficencia, pasa el del Hospital, D. J. Nájera.

En 1908 se nombra a D. Vicente Fayos para ocupar una plaza de practicante, de nueva creación, en el Manicomio. Se nombra tribu-

¹⁹ M. 1901-03.

nal para dos plazas de médicos de este Manicomio (1909), plazas 3 y 4. Más dos supernumerarios, sin sueldo, para el mismo Centro, a favor de Abel Hucso y Francisco Ferrero.

Las necesidades de más local, tras el convenio con Castellón y Alicante, se cumple, en parte, con un nuevo pabellón, con dormitorios y comedor, capaz para 160 hombres. Pese a lo cual, falta sitio para las mujeres, que están recluidas en Elda y San Baudilio del Llobregat.²⁰ También se montan celdas para dementes agitados. En 1912, añaden siete anegadas de huerta, contiguas y propiedad del Duque de San Mauro.

La deuda, *dementes de otras provincias*, ha bajado algo, tras el acuerdo, pero *aún es* de 342.000 ptas. En 1919 siguen los problemas sobre estos cobros.

Las Casas de Misericordia, como la Casa Cuna, a cargo de las Hijas de la Caridad, aunque reúnen condiciones de aseo y cuidado, sufren por la escasez de medios y aumento de asistidos, lo que determina que las cifras de mortalidad no disminuyan. En 1900, entre más de 374 expósitos ingresados, fallecieron 109.

Se compró, en 1906, un terreno junto a la Casa Misericordia, al objeto de mejorar, especialmente a nivel higiénico. Se instalaron: lavadora, se plantan árboles, se añade una vaquería y se construye una escuela para niños, con aulas y dormitorio.

En 1909, se inaugura nueva escuela en esta Casa de la Misericordia, con reparto de premios y se añade un dormitorio para 50 niños, en los locales de la antigua escuela; se renuevan retretes y se termina la Sacristía de la Iglesia. Con mejores normas higiénicas, no hubo un solo enfermo entre 350 asilados. Se decreta, que cuando los muchachos de la Beneficencia cumplan 16 años (sin parientes para acogerlos), pasen a la de la Misericordia. Y... se decide suspender, temporalmente, la admisión... por que ya no caben (1909).

La Misericordia sigue contando con el impuesto de "toldos y banastos", a 110 ptas/día,... pero hay que suspender las admisiones, por la misma razón... no hay sitio (1910).

²⁰ M. 1911, p. 28.

Dos años después (1912), se dota esta Casa con un botiquín y una clínica para el médico, también nuevos pavimentos y ventanas (mal estado las de la calle Corona) y lavaderos con motores eléctricos, más eficacia, salubridad y economía. Se adquiere un solar de 477 m², del huerto de doña Ana Miñana, contiguo.

También hay “movimiento en la Casa de la Beneficencia, dónde, bajo la dirección del Sr. Huguet, se renueva la cocina y adquieren jergones de lana. Años después, compran 260 camas con somieres de acero. Y mejoras: construyendo una alcantarilla colectiva, de gran capacidad y atraviesa los 6 primeros patios, desaguando en Guillén de Castro. Las tuberías se cambian a hierro galvanizado y plomo... y en 1912, una caldera de vapor para la estufa de desinfección y mejoras en los pavimentos y sanitarios. Asimismo, se compra un campo-huerta en la partida de “Tendetes”, por 10.250 ptas., para esparcimiento de los asilados y aislamiento de infecciosos.

7-VII-1919. Se intenta suprimir la asistencia médica a los Asilos (Facultativo nº 11), pero... *entre lo dos Hospicios, hay más de 1.600 asilados.*

Paso del siglo xx al xxi

AÑADIMOS ESTAS PÁGINAS a la primera edición para, en ellas, comentar, más o menos ordenadamente, datos expuestos en la anterior edición, más los que sugieren otros conocidos en las dos últimas décadas: esencialmente las consecuencias del déficit económico arrastrado y creciente, desde el “fijo” e inicial “buen” convenio con el INSALUD (1971), por los “desfases” económicos día/cama, que se dieron hasta la transferencia al SVS (Servicio Valenciano de Salud); también los avances en esos 20 años y el positivo descenso del “hospitalismo” gracias a la disminución y acortamiento de los ingresos que recoge la suma de la CMA (cirugía mayor ambulatoria), el mayor uso de la cirugía endoscópica (su “corta” o nula incisión), la hospitalización a domicilio, el hospital de día, etc. Como lo hará el Bloque quirúrgico en construcción y las positivas consecuencias de los Convenios - CONSORCIO, la Fundació Reial i General y el reconocimiento como SEDE UNIVERSITARIA.

Parte I: Esquemas de recuerdos y comentarios

Cuando el Padre Jofré, hace 600 años “provocó el inicio” de nuestro Hospital, *reuniendo* los “pequeños hospitales-hospicios”, al integrarles en el llamado de “Ignoscents, Folls y Orats”, aclarando que su objetivo nunca fue apartar o encerrar enfermos, dementes incluidos, sino tratar de mejorar y curarles como enfermos, cuando se “amplía” al Santo Hospital; sus cruceros ya llevaban nombres, más o menos “locales” o primitivos, de especialidades clínico-terapéuticas (nafrats, febres, peste, mal de siment...).

También empezaban a ser conscientes que el Hospital era y es un “mal necesario”, que el enfermo ha de sufrir-ingresado solo por y para tratamientos que lo requieran... pero, que deberá “estar dentro” el menos tiempo posible.

Los mercaderes-fundadores del Hospital de Ignoscents, Folls y Orats, hace seis siglos, valoraban ese tiempo y la dedicación profesional. Lo apoya una norma, por la que en esos comienzos, dispone que el cirujano del Santo Hospital, debía abandonar su “botiga” en la ciudad, si la tenía, y actuar sólo en la del Hospital, *tratando en forma ambulante a los enfermos que pudiera... y los que no, con mínimo ingreso*.¹ Antecedentes de la plena dedicación y “corta estancia” (siglo XVI), que se potencian, como veremos, en estas dos décadas que vamos a comentar, una en el siglo XX y la otra en el XXI.

Riesgos “hospitalarios superados” (y “excesiva duración” del semi-hospicio)

Quizás convenga repetir, que a fines del XIX, en 1878, se hizo cargo del Santo Hospital la Junta Provincial de Beneficencia y cuando estas Juntas fueron suprimidas, pasó a depender, realmente a ser ADMINISTRADA, por la Diputación; y como es habitual, la elevada aportación económica *privada* que recibía (centenares de fincas por donaciones y testamentos), cayó verticalmente al pasar a línea pública.

Y de nuevo peligró, cuando a primeros del XX, el centralismo “top-down”, estuvo cerca de acabar con el ya llamado Hospital Provincial, mediante una sucesiva “ocupación docente”, de las Jefaturas de Servicio vacantes, por Catedráticos de la Facultad... lo que, a mediados del XX, supuso, que “esa dirección docente” tenía ya 2 de cada 3 Servicios de este Hospital.²

¹ L.c., pág. 117-118.

² L.c., pág. 388.

En el siglo xx continúa cierta tendencia a la composición Hospital-HOSPICIO y en ella permanece aún, en los años 30 de este pasado siglo, el arquitecto de la Diputación, Sr. Albert *cuando proyectaba el “nuevo” Centro de la Avenida del Cid, con salas de 8 camas, sin “locales-estancias” para uso del personal sanitario, favoreciendo que los facultativos se limitasen a pasar visita... e irse. Más o menos, era la situación que nos encontramos “al entrar en nuestro Hospital”, por los años sesenta de ese siglo xx, como ya se describió.*

Consecuentes, nuestros primeros pasos fueron para lograr del Sr. Diputado Director, entonces máxima autoridad, los indispensables “locales”, vestíbulos incluidos, para poder desarrollar actividades diagnósticas o terapéuticas, seminarios, cursos, etc. y *en ayuda* de estas funciones, establecimos un horario mínimo (iniciado con un “reloj voluntario”, en el que, no obstante, ficharon casi el 95%, apoyando una media de 2 horas de trabajo/día). La administración, limitada, era asumida por el Sr. Escobedo, con una secretaria y dos oficiales...

Primeros “pasos ascendentes” o “bottom up”. Y las dificultades...

Fue el uso espontáneo de esta dirección desde abajo, llamada “bottom-up”, la que empleamos en el “nuevo” hospital de la Avenida del Cid, con 800 camas, y por esa citada línea, logramos su apertura... tanto como que gracias a uno de sus *médicos*, D. Eugenio López Trigo, se superó la “marcha” de los plenos de la Diputación, en los que, a fines de los años 50', dominaba una tendencia-absorbente, por muchos de sus diputados-catedráticos de la Facultad-Hospital Clínico, para ir a *un solo-único Clínico-Provincial*, una pseudo-fusión con la que superar las carestías económicas del recién recuperado Hospital Clínico (aunque así... anulaban el Provincial “nuestro”) y repito, fue D. Eugenio quien consiguió del Sr. Presidente de la Excm. Diputación, D. Bernardo Lasala, *una solución positiva, para que funcionara el “nuevo” Hospital Provincial.*

Y el problema disminuye, pues hay supervivencia del Centro, pero todavía quedaban serios puntos oscuros, en tanto este Hospital mantenía su vieja “exclusiva”: solo para *enfermos de beneficencia*, lo que siendo época del SOE, equivalía a quedarse prácticamente vacío.

Hacer frente a esta dificultad, que comprometía el futuro, supuso una nueva actuación “bottom up”, que empezaron los dos servicios de Cirugía, cuyos jefes, Cano y Narbona, alcanzan, más o menos oficialmente, un *mini-convenio con el SOE* (1966), para tratar a sus enfermos quirúrgicos, bajo una ridícula compensación económica... y logran en pocos años, que “desapareciera” la “cola quirúrgica” de la Seguridad Social, que ya la había.³

Este “triumfo”, facilitó alcanzar un *convenio normal, Diputación-SOE* (1971), en el que también intervienen con fuerza D. Eugenio, los médicos, el administrador Sr. Escobedo y la poderosa “ayuda” del Dr. Evangelista, entonces director de La Fe, y... *podimos, al fin, trabajar a pleno rendimiento*. En dicho convenio se incluía, la asistencia para el Hospital de los pacientes del sector de Valencia que le correspondía (la ciudad estaba sectorizada), contratar 64 médicos especialistas para las guardias, nombrar un gerente, archivos, etc. (como se explicó en páginas anteriores). Las camas del Hospital se llenaron y... *cubríamos el gasto*. Continuábamos por el camino “bottom up”, como se detalló en la primera edición.⁴

Siguió la unificación de profesionales, con buen nivel de “entrada”, cubriendo las plazas vacantes por oposición, *como estaba “mandado” desde 1646*. Y se constituye un autogobierno a través de la Junta Técnico-Facultativa, con mayoría de miembros electos (8/14) (que en 12 años bajaron a 2/21), a más del Sr. Diputado Director, el Sr. Gerente y el Sr. Decano.

Se establecen y actúan las comisiones de control de calidad, sin trucos, pese a que en las reuniones con SOE (asistiendo su Director provincial, Dr. Peris Carpena), “aprendimos” cómo “bajar la estancia media” ingresando 24 h. los de supuesta terapéutica ambulatoria.

³ Pág. 458-459.

⁴ Pág. 458 y 471.

ria, o “reducir” la mortalidad con las “altas voluntarias”... Aún recuerdo, pero es de la Residencia “General Sanjurjo”, medidas tan “especiales”... como no ingresar en camas contiguas a los operados por el mismo cirujano, porque se parecería a un Hospital (!).

“Brotos” controladores descendentes o “top-down”

Se dan indicios de la “obsesión sanitaria” por la “vía” contraria, por la política descendente top-down, *centralismo* y más *control*, “papeles”, en ocasiones opuestos a la AUTO-RESPONSABILIDAD ÉTICA del hombre médico, ejercida dentro de las comentadas estructuras esenciales “bottom-up”, que son las de la llamada tercera revolución industrial de Denning, la misma línea que ya defendiera Roosevelt, años 30’, apoyado en el liderazgo carismático de Max Weber,⁵ los sentimientos positivos de Kotter,⁶ para quien *la dimensión emocional es la que encierra mayor capacidad para crear futuro*.

Hay cierta lógica, en que esa “política” creara ambiente, como en “la educación” de ella derivada, y que no iba... ni va, en nuestra línea “bottom-up”... Una “minimuestra” podría ser que, a mitad del siglo XX, enfermos “así formados”, cuando podían irse a su casa con un alta precoz, como el 3^{er} día postoperatorio, o algo así y sin riesgo... aducían su derecho a continuar ingresados hasta que les quitaran los puntos.

Aún más, en la misma senda, pero donde se legisla, o al menos se intenta, en el recién creado Ministerio de Sanidad, en la calle Diego de León y en su Comisión de Sanidad, se nos presenta un proyecto sobre los llamados “derechos del enfermo”... y entre ellos había uno que decía: “todo enfermo tendrá derecho a no ser dado de alta hasta su completa recuperación física y psíquica”. Alguien preguntó si era aplicable a un amputado... se rechazó (incluidos los votos de los miembros del INP).

⁵ Weber M. *Essays in Sociology* 1946 (Burocracia y Autoridad), pág. 462.

⁶ Kotter (Serv. Prof. Harvard Business School), *Las Provincias* 26-IV-03 (p. 29), pág. 462.

Bastantes años después (1986)... tuvimos un gerente que se negó a comprar una doble sonda para enfermos con vagotomía proximal, que permitiendo a la vez aspirar su estómago y alimentarle garantizaba, en la práctica, el alta al 2º-3º día... y el “no” fue por la absurda razón de que eran caras... cuando el ahorro de esos 3-4 días más si seguían ingresados, costaba seis veces el precio de una sola sonda.

Otra clara muestra negativa de esa tendencia político-social TOP DOWN, “nos la da” el mismo “super-gerente” que, en solo ese año (1986), “consigue” rebajar casi todas las actividades, incluso las operaciones quirúrgicas y en más del 50% (de las superadas 15.000 intervenciones en los años 70 y primeros 80, a solo 6.724 ese “su año” 86)..., solo “se salva” el número de empleados, que “crece” un 60%. Los médicos del Centro, *en pleno*, consiguieron su cese y en un breve plazo, con otras gerencias positivas, se restableció la situación.⁷

Ordenación positiva: El Dr. Pietri⁸

En esa época nos ayudaron bastante los consejos-propuestas... y las críticas, del Dr. Pietri, médico y arquitecto alemán, que en 1971 estudió-analizó nuestro hospital.

Para este Dr. Pietri, el Hospital es una Institución social que, como la vida misma se mantiene en *constante fluir*. Y aquí cabe añadir-apoyar la ya expuesta sentencia del griego Heráclito de Éfeso, llamado el Oscuro (destacado presocrático, 500 años antes de Cristo), cuando apuntando en esa dirección, escribía que la vida es fluir y... si deja de hacerlo y se para... es la muerte. Los reglamentos solo son expresión formal y cuando más extensos y precisos, menos eficaces y cumplidos serán; a más del riesgo de la “exclusividad económica”, cuando el buen camino es “delegar autoridad *sin* perder responsabilidad”.

⁷ Pág. 500.

⁸ Pág. 463.

Los medios simples y rápidos, llegan bien... y si se espera que nos alcancen "legislados", lo hacen tarde.

El citado Prof. Pietri participa, asimismo, en el concepto del Hospital clásico como un *mal necesario* y desarrolla la idea "fluida" de los CUIDADOS PROGRESIVOS a los DISGRESIVOS.

Al hablar de policlínicas, se centra en la reiterada postura de: *ingresar los pacientes que lo requieran para completar diagnósticos, reservando las camas para aquellos cuyos tratamientos, por su naturaleza, les obliguen "a entrar"*.

Y al mismo tiempo, completar en "el otro extremo" del Centro y en ese camino disgresivo, locales para aquellos que les basta una limitada asistencia, más económica, o van dirigidos a una prolongada-rehabilitación, como "hotel" de bajo coste, así como los que esperen una exploración concreta... e incluso un alta "diferida".

A más, los Centros Diagnósticos y Terapéuticos serían semi-independientes, con parte ambulatoria y mínimos ingresos, aunque conectados y coherentes con el EQUIPO, dada *la indeterminación biológica* de la medicina.

El "punto progresivo" del nuestro debería estar, según Pietri, donde está la Iglesia y para enfermos en cuidados intensivos o semi-intensivos, y/o exploraciones clave, los *servicios centrales*, etc. (prolongando, por detrás, el bloque del edificio de la Iglesia). Constituiría el "punto máximo" e inicio hacia el tramo "disgresivo".

Se evidenciaba como más positivo, el predominio del AUTOCONTROL personal, con experiencia y responsabilidad, adaptadas a los mismos grupos de trabajo. Sólo deben ocupar las "cimas" los profesionales que cuenten máxima-madura formación y plena ética-responsable. Y aunque los que salvaron el Hospital hace medio siglo no eran mayores, creo ilógico pensar, como alguien ha escrito, la alegría por tener plantilla dominada por profesionales de pronta jubilación, pues supondría el poderla "refrescar" con la entrada de gente más joven...

Conviene lograr la satisfacción del enfermo, del médico y la administración, y *por este orden*. Conducta de siglos que no cambia o no

debe, al menos. El actual y bienvenido plan ACORD, insiste en ese “Hospital centrado en los pacientes y el profesional”... que subrayamos.

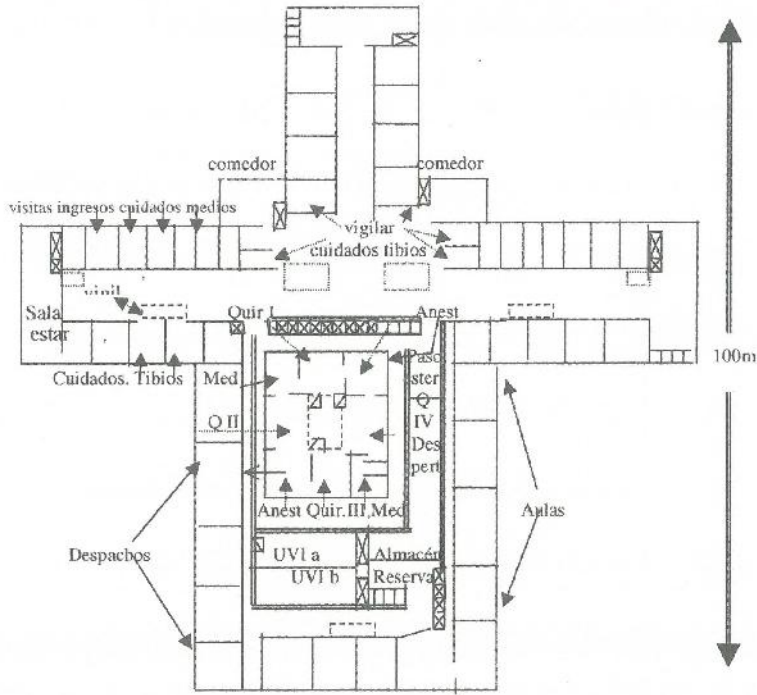
“Intentos”

Por desgracia, estos consejos del Dr. Pietri, ni se llevaron a la práctica, ni se discutieron seriamente, pero *la idea se mantuvo más o menos adormecida* y así despierta en sueños con el proyecto de un edificio-hospital para agudos, en el patio posterior, con planos del Dr. Narbona (*ver plano A simplificado*).

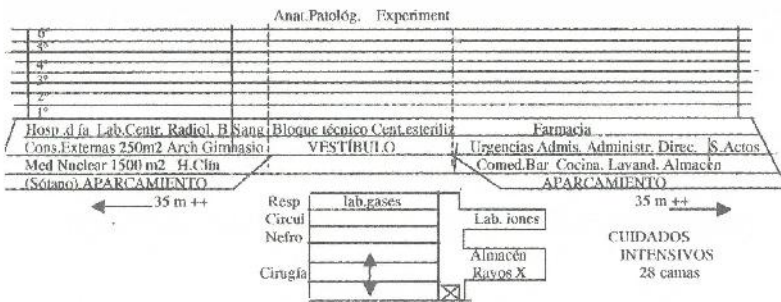
Fueron bien conocidos y plenamente admitidos por el Ministerio (Subdirector Gral. Serv. Hospitalarios, Sr. V. Conde Rodelgo, a quien el Presidente Sr. Carrau, comunica que el Dr. Narbona sería el portavoz de la Diputación), su Arquitecto, la Dra. Pérez Sheriff, en el apartado número 2 de su informe dice: “Desde mi punto de vista el planteamiento parece perfectamente lógico y eficaz ya que se concentran los Servicios Asistenciales, se adapta a los Reglamentos de Industria, mejora el control de gastos en mantenimiento y aumenta la eficacia, la calidad de los servicios y reduce los gastos para la Excm. Diputación... mientras que la puesta al día del edificio existente es poco aconsejable, porque nunca podría lograrse una organización funcional adecuada”; y aún más en el Decreto *de la misma Diputación* (829 de 3-V-1977), que expone “...la indicada construcción-proyecto... parece lógico y a la larga, económico para la Diputación, podría permitir una reestructuración... con mayor eficacia en la prestación y control de sus servicios... y se dispone que, por el Diputado Director, se gestione la invitación a la indicada arquitecto... para ultimar detalles del proyecto...”. Todo preparado en Madrid... y el Presidente de la Diputación *no acudió a firmar*.

Luego insistiremos, pero, volviendo a la realidad actual, ahora *sí hay proyectos mas allá de los sueños, pues algunos ya están en línea de construcción*, que espero continúen. Y me refiero al edificio quirúrgico de unos 5.500 m², con 20 quirófanos con Sala de Despertar

NUEVO EDIFICIO
HOSPITAL AGUDOS CON PLANOS PROVISIONALES Y
ACEPT. POR EL MINISTERIO DE SANIDAD

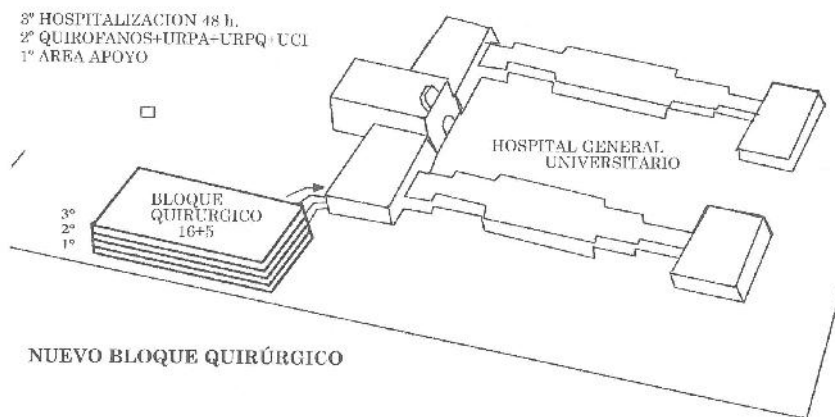


CUIDADOS DISGRESIVOS INTENSIVOS, TIBIOS Y MEDIOS-ALTA
U.V.I.s alternantes para completa esterilización



Plano A

y Sala de Inducción (o IAAM) (= Inducción Anestesia + Adaptación a Medio), con 20 puestos. Aparte de los Cuidados Críticos (UCI + URPQ en 3 camas) sumando 40 puestos (Plano B):



Plano B⁹

Hospitalización de alta resolución y en menos de 48 horas. Todo dentro de la idea de la corta estancia-mínimo ingreso, de la CMA (Cirugía Mayor Ambulatoria), etc., *reduciendo el hospitalismo*, si bien cuidando al paciente, bajo completo control, en el postoperatorio inmediato, antes de pasarle a las salas "normales". A este fin, está prevista una comunicación directa entre el 2º piso de este nuevo edificio y el pabellón A (donde aún se mantiene la UCI del Hospital y está proyectado el futuro Hospital de día).

* * *

⁹ Folleto planos-secciones... Dirección Hospital General Universitario (CHGU). Av. Tres Cruces, 2, 46014 Valencia.

Parte II: El déficit “arrastrado” (INSALUD 1971)

El señalado “salvador” CONVENIO “FIJO” CON INSALUD, realmente “lo era de inicio”, y fue positivo... pero más tarde acarrearía un progresivo desfase, en tanto ese excelente comienzo era un “pago / día fijo” del INSALUD y no “cubriría” las “subidas” continuas del gasto real por cama y día. De otra manera, el inevitable coste ascendente, no se cubre por ese ingreso *mantenido* desde el convenio, por cama y día.

Así, ese primer y rígido convenio, heredado del INSALUD por el SVS, acumulará más déficit económico para el Hospital-Diputación (ya consta en la gráfica de la pág. 474, 1ª cd.,¹⁰ cómo empieza la diferencia negativa en los últimos años 70).

Lógicamente, quince años después, por agosto de 1991, suponían el mayor gasto global, unos 7.000 millones. Nuestra Diputación, administradora, era la que más dinero tenía que invertir en tales costes sanitarios, 11.396 millones en Hospitales.¹¹

Sólo ese año 91, acabó con un déficit de más de 1.000 millones. El Director Dr. Díaz manifiesta la necesidad de que el SVS superara esas “demoras en la transferencia” “cambiando el fijo y viejo tratado”, super-rebasado, con el *INSALUD*.¹²

Lo que no obsta para que el Centro funcione en “positivo” y logre bajar la estancia media de 10 a 9 días. Aunque no se podían superar los problemas de dotación económica y en noviembre de ese año, tuvieron que parar algunos quirófanos por falta de anestesistas. Y en la primera mitad del 92 siguieron las protestas de los Jefes de Servicio, porque la situación no mejoraba.

Churchill una vez dijo:¹³ “... en épocas difíciles o de crisis, cada uno debe hacer aquello que *sabe hacer* y no otra cosa”, aquí pocos se dedican a lo que saben hacer, la mayoría se “mete” en actividades ajenas... especialmente “políticas”. Las “soluciones” nos suelen venir

¹⁰ Pág. 474.

¹¹ Las diput. valencianas, las que más gastan sanidad. España 1991. *Las Provincias*, 19-VIII-82.

¹² El Hosp. Gral. Vcia. Déficit econ-superior a mil millones. *Levante*, 17-XII-92.

¹³ E. López, *La Razón*, 26-X-09 (p. 10).

de proyectos ajenos al fin "supremo" de un Hospital: que sus médicos atiendan lo mejor posible a sus enfermos.

Como ejemplo negativo, *me parece útil recordar la "ajena" propuesta de nuestro diputado director Sr. Margareto, unos años antes, cuando proyectó: turnos rotatorios para TODO el personal y así "curar": el absentismo laboral, eliminar horas extra... se ahorran 30 enfermeros y otros tantos auxiliares... con lo que sería factible montar más servicios y un ¡reparto equitativo!! del dinero, igual para el trabajo de noche que el de día, se acabarían las guardias médicas y se "ahorrarían los favores" a familiares y amigos (aduce como tales, un 15% de radiografías, 30% de análisis y tiempo laboral, para los parientes-amigos...) (!). Creo no hace falta seguir... pero sí debo reproducir un extracto de la RESPUESTA en esas fechas (10-II-84)... de la JUNTA TÉCNICO-FACULTATIVA:*

"La idea del Sr. Margareto causa profundo malestar y disconformidad total, pues se piensa que deterioraría la calidad asistencial..., nos oponemos de forma rotunda."

La razón de ser del Hospital (de todos los hospitales del mundo) es la complejidad y diversidad de medios diagnósticos y terapéuticos manejados por especialistas, que hace imposible e inasequible que todos poseyeran tan propios y diversos conocimientos. Han de tener días y horas fijos para atender al enfermo de esa línea y además... la calidad está en función de esos saberes de cada uno. La relación es entre un ENFERMO (con su enfermedad) y su MÉDICO.

EL MAYOR AHORRO se pierde pues, para Tuckett (Catedrático de socioeconomía médica en Cambridge)... *anula el efecto placebo y el gasto se multiplica por 12; gana la ignorancia, el pedir y pedir exploraciones, etc. por si "algún tiro ciego... acierta a la perdiz..." (diagnóstico) y se dan, por la misma razón, tratamientos múltiples y sintomáticos a suerte. ...y al fin, más reclamaciones, más errores por acción y por omisión... que acaban en ese aumento super-vertical del gasto. Camino que supondría la quiebra inmediata para la SS.*

En realidad, el reiterado absentismo no pasa de un 3% y una encuesta a pacientes por un equipo de psicólogos y sociólogos, fue favorable al Hospital.

Turnos rodados, con sueldos médicos degradados, que en 6 años

ya habían perdido el 60% de su capacidad adquisitiva, es acabar con el Centro.

Con 12 sub-especialistas rotando, una consulta programada por ejemplo, un martes día 6 de Marzo por la mañana, sólo podría repetirse, en las mismas circunstancias, el 10 de Abril. No digamos exploraciones de ese nivel. Y la cirugía "planificada", no sabemos cómo, en los 16 quirófanos, subiría el gasto a muchos millones de pesetas; además... la cifra de infecciones se multiplicaría por 4... y añadiríamos otros cientos de millones...

Y si fallece un enfermo que ha sido tratado por 5-7 médicos, ¿quién firma el certificado de defunción? ¿Cuál va a responder a una supuesta reclamación? Nunca podrían reunirse en sesiones clínicas, seminarios... *no habría labor colectiva... y tampoco individual, es una propuesta poco racional, con más gasto, menos eficacia y peor asistencia... y no hablemos de la docencia e investigación*".^{14, 15}

Especialistas y superespecialistas a toda hora... personas ya perjudicadas por NO poder ELEGIR médico... sería un desfile de facultativos para el tratamiento de un enfermo... Solamente se podría, si estos tratamientos llegaran a ser uniformes, simples, *con píldoras cúralo-todo...* entonces ya no haría falta el hospital... *ni turnos rotatorios.*

Volviendo a la realidad, en el 92, se gastan 600 millones en las "distribuciones" por servicios, en el aire acondicionado, con el Banco de Sangre, otros 8 millones para ascensores y 29 en mejora de desagües, etc. pese a ello, el HP no debería generar déficit a su Diputación administradora, si la reiterada "diferencia" del contrato "fijo" se cubriese como debería ser, y al día, por el SVS.^{16, 17}

Como aún no es así, los PROBLEMAS se suceden: La falta de soporte administrativo frena posibilidades tecnológicas y no permite fijar objetivos reales para el 1992. Más bien lo que se produce es

¹⁴ Acta Notarial: L. Amorós Guillén 10-11-84.

¹⁵ Junta Técnico-Facultativa y autorizada Asamblea de Médicos del Centro con votación, "Turnos rotatorios..." *Las Provincias* 8-II-84 y "Margareto y el polémico turno..." Idem 10-II-84 y Col. Médicos, Idem 11-II-84.

¹⁶ Díaz, "El déficit Hosp. Gral. Vcia..." *Diario 16* Valencia 17-XII-92.

¹⁷ Díaz, "Hosp. Gral. Vcia. Déficit..." *Levante* 17-XII-92.

negativo: cierre de exploraciones radiológicas para la unidad cardiaca, por averías y dificultades para repararlas;¹⁸ más paro de los trabajadores que llevan ya años negociando con el presupuesto del 90, falta el esperado traspaso al SVS, porque aparecen deficiencias y “agotamientos” técnicos, el IV-1992 se dan ciertas patologías en trabajadores de los servicios de esterilización, probablemente por fallos en su instalación, quizás por faltar detectores a la fuga de gases (1983). Lo mismo ocurre en los quirófanos del 3^{er} piso, que tienen que cerrar; los de urología llevan así más de un mes, asimismo por emanaciones de gas tóxico. En ese mismo mes (10-IV-92) se añade la avería del esterilizador de urgencias.¹⁹

Para sólo el personal médico, faltan 50 millones (Gerente Dr. Díaz), mientras sube más y más el gasto del propio estamento, ya que tratando de “cubrirse las espaldas” los médicos multiplican las “pruebas” y pese a operar por la tarde, sube la lista de espera.

La causa “inamovible” está en el “reiterado desfase de siempre”, en la conocida diferencia entre lo que “nos” pagan por día/cama, según el más que antiguo y “fijo” convenio del INSALUD (12.200 ptas.), y lo que realmente cuesta esa cama/día en 1992: 22.000 ptas. Viene a ser casi la mitad.

Contando desde Julio de 1991, la diferencia del pago por la Generalitat, alcanza unos 2.000 millones.

* * *

Otra posibilidad sería “presionar” sobre los bienes que acumuló el hospital, por donaciones privadas, antes de ser administrado públicamente. En tal dirección, la Diputación intentó conseguir medios económicos con la venta parcial de ese gran patrimonio del Hospital, incluidos los solares de la Plaza de Toros y a ese objeto, empezó la construcción de otra Plaza de Toros en el Saler, en la llamada “Venta del Saler”... pero queda invalidada, porque los herederos de los solares en su día donados a ese fin, la actual Plaza,

¹⁸ Escasa inversión obliga a cerrar... *Hoja de Valencia* 12-III-92.

¹⁹ *ABC* 7-IV-92 y *ABC* 11-VIII-92.

los reclaman y por otro lado, aparece un informe jurídico que apoya la exclusión de la Plaza de Toros y del teatro Principal (V-92) del previsto intento.

Se recrudecen las discusiones entre Diputación y Consellería debidas a las escasas inversiones. Aumenta el déficit por miles de millones. Se dice que es un problema gestor (?), pues sería la Generalitat la que debería actualizar los recursos...

Hay *malestar* entre los facultativos del Hospital ante la incertidumbre del traspaso al SVS,²⁰ incluso se envían pacientes a otros centros.²¹

Se desencadenan hasta polémicas periodísticas, acusando a la Diputación de no estar por remediarlos, con la excusa de las negociaciones con el SVS.

Y *algo se mueve*, también en la Generalitat, pues se empieza una amplia auditoría del Hospital General (25-IV-92) y un buen "relato" del estado económico actual, que se deja en manos de la Consellería de Hacienda; la misma Diputación se suma a este estudio del Conseller de Hacienda, Sr. Berlanga.

La nueva Presidenta, Dña. Clementina Ródenas (siguió a Blasco el 26-V-92), se reúne con jefes de área, precisando que cuando la Consellería considere viable se producirá el traspaso (?) y presenta un plan de inversiones de 850 millones (553 para nuevos o renovados aparatos), en el Hospital General Universitario. Añadiendo un contrato-aval con el Banco de Crédito Local, al fin de garantizar pagarés por 2.000 millones de ptas.

El Presidente Sr. Lerma "empuja" esta línea pro SVS. Para la Diputación el traspaso está a "punto de caramelo" (Julio 1993). Mientras pretende homologar sueldos con SS, y se cuestionan también en discusiones político-sindicales, la peligrosidad y la "penosidad"... aunque ésta sea de alta complejidad... todas se consideran incluibles. Más adelante se montaría un plan de seguridad (Margareto y Asunción). Ya urge el catálogo de puestos de trabajo para ese esperado pase al Servicio Valenciano de Salud.

²⁰ Dificil pugna... *Hoja Valencia* 6-X-91; Estudios... *Las Provincias* 31-X-91 y Malestar en el H. Gral. Vcia. *Las Provincias* 17-XII-92.

²¹ Los facultativos H.G. se quejan, no reciben enfermos SVS... *Las Provincias* IX-92.

La posible transferencia al S.V.S.

Hemos visto que fracasó *esta posibilidad para el 1-1-91...* Hubo un nuevo intento de transferencia al SVS el 1-92, pese al desfase económico, con falta de ayudas técnicas y un endeudamiento del 31%, cuando el tope legal es del 25% etc.; se pide fijar clara e inequívocamente ese traspaso al SVS. Creen llegar al entendimiento Diputación y SVS en la fecha señalada, a primeros de 1992.

Reunión del Sr. Conseller de Sanitat (Dr. J. Colomer) con la Presidenta de la Diputación (Clementina Ródenas). Lerma presiona al Conseller de Sanitat y al Conseller de Hacienda, Sr. Berlanga para indicar las medidas necesarias, camino a reducir, con "carácter excepcional", la deuda de la Excm. Diputación (déficit de más del 30% para el 92). El problema está en la trama económica, pero sobre discusiones políticas.

La Presidenta de la Diputación, ya Clementina Ródenas, quiere llevarlo en persona y dice que la deuda es *más contable que real*. Hay voluntad política de ir a la transferencia en el año 92, hasta la Consellería la aseguraba para Enero de 1992... y no se pudo. El déficit del HP subía ya a 5.000 millones.²²

Se siguen pidiendo casi 1.200 millones, sin saber de quién dependen (Gerente Dr. Díaz); en realidad para el año 1993 hay menos de la mitad del capital que hubo para el 92, de 1.000 a 400 millones.²²

Es necesaria una reunión de la comisión de Sanidad o un pleno extraordinario, porque se mantienen-suben las quejas ante tanta demora. No se sabe cómo actuar con sólo 85 millones, cuando se necesitan entre 1.200 y 1.400. Y casi un 90% lo acarrea ese reiterado "infrapago" de la estancia-día, por la SS. El Hospital General Universitario de Valencia todavía se administra desde el presupuesto de la Diputación.

Y pese a estos fallos y las inquietudes por los retrasos en las transferencias, *la dedicación del personal sanitario no ha variado en dedicación y eficacia* POSITIVA. Hasta se empieza con la llamada "fac-

²² *Las Provincias* 11-XI-91 y l.c. (*Las Provincias* 17-XII-92).

tura ficticia” al paciente y que se entrega con el alta (Gerente Dr. Díaz), (gastos que ocasiona... y que no tiene que pagar). Se trata de un acto que pensamos era positivo y que fue “solicitado” y sin respuesta muchos años antes.

El 23 de Septiembre de 1993 y desde la Consellería, se dicta una Orden que sitúa al Centro como *Sanitario del Grupo I*, nivel de complejidad 2-B. Sin embargo, la transferencia en el año 93 queda todavía en el aire...²³

Para el año 1994 y por *Convenio*, se adscribe a la Consellería de Sanitat, nuestro Hospital General Universitario de Valencia. Su Director médico era el Dr. Díaz.

Al año, 1995, una empresa estudia la viabilidad del Centro con menor coste y *sin merma* en su prestación de servicios y parece rebajar millones²⁴ (Diputada de Sanidad Rosabel Ribes). El gasto de Personal sube miles de millones y el corriente a 3.000.

Las inversiones para el año 1996 alcanzan los 600 millones. El Presidente Tarancón cree que esos capítulos I y II serán rebajados, aunque se admite que por ser un Hospital horizontal, las excesivas distancias crean más gasto. También piensan que la plantilla es muy alta y se debería plantear un mayor ahorro energético (!).

Hay que llegar prácticamente a fines del siglo XX para que se calme este continuo malestar, al completarse la transferencia orgánica, siendo Directora General del Centro Elena Rubio Gomis.

Parte III: Avances y no avances en estas dos décadas

Reducción de ingresos y de estancia intra-hospitalaria

Volvemos, a las actividades realizadas, pese a todo, en estas dos décadas y podemos anotar que, aún en el siglo XX, se mejora con la citada UCI, situada en los locales del martillo posterior izquierda,

²³ La Transferencia al SVS queda en el aire..., *Levante* 24-XII-92.

²⁴ Ribes (PP), “Pueden rebajarse los 14.000 millones H. Gral.”, *Las Provincias* 14-XII-95.

2º piso, que habían dejado las Hermanas de la Caridad (el Dr. Díaz hizo un eficaz y buen trabajo, en esta gestión). Sin embargo, no logramos la idea que estas “UCIs fueran montadas en doble”... para que cuando una mitad estuviera “súper-infectada”, poderla vaciar y “fumigar”, mientras sus enfermos, más o menos “afectos”, habrían sido trasladados a la otra mitad, radicalmente “aseptizada”.

Otros importantes hechos que podemos anotar en estas fechas, serían las “obras pro-pacientes” que, a fines del XX, “convirtieron” las salas de 8 camas, en habitaciones de dos, lo cual, pese al complejo acceso por mareantes pasillos, suponía una clara mejoría, al reducir la masificación de los enfermos ingresados y... también obligó a bajar el número de camas, un 25% del total (200 menos), como vemos en el siguiente cuadro (cuadro nº 1).

Además, arreglar el deplorable estado de los locales de urgencia, con sus mini-habitaciones, servicios “apretados y compartidos”, falta de despachos, etc., mala disposición, que cambió en 1993 con su ampliación, subiendo a tres los quirófanos y añadiendo 18 camas para observación, entre otras mejoras.

Años después, en el 98, se abordó la climatización del Centro. También avanzan las obras en el Pabellón Materno Infantil y en el ajuste del alcantarillado, causante o colaborador de varias graves inundaciones.

Evolución, número de camas y de personal (Cuadros I y II)

Realmente, en estas casi dos décadas hubo pocas modificaciones cuantitativas, se mantiene el número de camas tras la señalada reforma que, como apuntamos, dividió-redujo los locales de 8 camas en habitaciones de dos y se aumentó el número de quirófanos que, con el señalado nuevo-futuro edificio, llegarán a 20, con Sala de Despertar y Sala de Inducción (o IAAM) (= Inducción Anestesia + Adaptación al Medio), con 20 puestos. Aparte de los Cuidados Críticos (UCI+URPQ en 3 camas) sumando 40 puestos.

En cuanto a personal, sólo se dan importantes cambios en médicos y en el año 2008, en el que suben cerca de un 50% (130 más) y algo el personal administrativo.

En los GRD (Grupos Relacionados por Diagnóstico) sólo hay cambios limitados:

Cuadro III

Los 5 prim. GRD:	Años 1996-99	2000-03	2006-08
	Parto simple	Parto simple	Parto simple
	Obstet. no neopl.	Respir. obstruc.	EPOC
	No agrupable	Insuf cardíaca	Angor
	Insuf. cardíaca	Cardiovasc.	Cesárea
	Pat. respir.	Obstetr no neopl.	Abortos

Dominan: grupos obstétricos y cardiorrespiratorios.

Persiste el “riesgo hospitalario, psíquico y físico”

Son positivas las reestructuraciones en el edificio e instalaciones, pero quizás convenga insistir en que apenas mitigan los riesgos del llamado *HOSPITALISMO*, que hace siglos, por faltas de higiene, “lograron” mortalidades del 80% (el José II de Viena con 2.000 camas y el Hotel Dieu de París con 1.500, como ejemplos).

Consta, cada vez más, que “la medicina” no la mejora el CONTINENTE, por grande y “bien televisado” que sea, *más bien lo contrario*, ni tampoco “cubrir” ese GRAN Hospital con la “cortina” *emblemática “actual” de la sanidad pública o yatricon*, como la llamaban y *distinguían* los griegos, cuya importancia nadie discute, pero que sólo en parte compete a los médicos, sino y *sobre todo* potenciando el CONTENIDO, la acción del *personal, del yatros*, la propia de ese médico (yatros) cuya función básica es, ejercer su profesionalidad, y el Centro para facilitar el *oportuno nivel de intimidad subjetiva con el paciente*, camino hacia la “emotion laden” de Freud, *el más efectivo y barato medicamento que existe*, dentro de esa confianza. Así lo recogía el claro informe Abril Martorell, al que, de forma absurda, se hizo poco caso. Propaganda política aparte, sigue siendo fundamental *separar y distinguir la impersonal Medicina pública o yatricon, de la auténtica Medicina personal o yatros*.

Hemos de insistir que un Centro hospitalario *no equivale, en términos de gestión, a una empresa de servicios*, “esencialmente basada en: economía-productividad-rentabilidad”, pues el eje asistencial, repetimos insistiendo, se centra en *ese paciente*, en su confianza, en la elección, *que ofrece el mayor ahorro posible con la “terapéutica-placebo”*, capaz de curar gratuitamente, o casi, al 90% de los que llenan las consultas y que *solo son dolientes...* porque *si no es así, si falta esa confianza, el gasto se multiplica por DOCE* y hablamos como se apuntó, de los fundamentales estudios del Prof. Tuckett²⁵ (Catedrático de socioeconomía médica). Son los mismos dolientes que luego pueden-suelen acudir al homeópata, al naturista, al acupuntor, etc., que les sienta, escucha, les cobra y... les cura.

Debemos reconocer este merecimiento, apoyando las necesidades del profesional cuando ejerce sobre base ética “full time”, aunque sea en grandes Centros, donde sí necesita más apoyo, pues también le resulta más difícil de conseguir, en tanto se difumina, más o menos, bajo el uso rutinario de reglas y mandamientos, emanados de comités, códigos o catecismos... y no digamos, de una aséptica y remota legalidad.

Como vimos, la ética va con el *fluir vital*, se ahoga si la minoramos en abstracciones o mandamientos, como se secaría el lenguaje, estando solo y disperso en diccionarios y gramáticas. No hay lenguaje si alguien no lo habla, ni ética sin persona que la ejerza. Y, aunque parezca paradójico, es la única libertad posible, como declaraba Camus y remacha Adela Cortina,²⁶ libertad sólo limitada por la ética, fuente de su autonomía profesional, que puede crecer o menguar, pero nunca desaparecer.

Lo que sí necesita es cierta valentía y cada vez más, pues frente a esta libertad ética se refuerza y amplía el “mal camino”. Citamos, como puntos de referencia, a Dewey, cuando afirmó: “la verdad no existe, se hace”, o aquí, al Sr. Simón, Director General de Sanidad, que decide: “la complejidad tecnológica requiere pautas, pues *no cabe la autonomía médica*”, la Ministra Amador abogó por que sólo los

²⁵ D. Tuckett, *Medical Sociology* (Cap. 4 y 6), Tavistock Pub. 1976 (reimpr. 77 y 78).

²⁶ Adela Cortina-Jesús Conill (2000), *Ética de las profesiones*, Estella, Verbo Divino.

medicamentos *objetivamente probados* deberían ser utilizados y el Ministro Sr. Romay “remata”, al añadir: “*la relación médico-paciente está periclitada*” (!).

Incluso más tarde, finales del xx, recibió en EEUU una nueva carga de profundidad, un “renovador” del Hospital de Massachusetts define y defiende el “reengineering”: “reestructurar el hospital para abaratar *como sea*”, es la llamada por Butschwald, “administración”, a través de la cual se nombra y despide personal, sin reclamación posible, puesto que, según el citado “renovador”, son asuntos muy delicados para discutirlos en un consejo o comité. *Es una dictadura para reducir gastos.*²⁷

En los años 70, el canciller alemán H. Schmidt puntualizó, que el llamado estado de bienestar no se puede financiar.

Se debe facilitar y mejorar la ética médico-personal-responsable. El autocontrol profesional

Es mucho más importante, más efectivo, ILUSIONAR al equipo con esa su libertad ético-responsable, sin que nadie pierda, en él, su implicación personal. Vale más el estudio compartido de la gestión, cuidando los puntos “flojos”. Concretamente, *reducir el control jerárquico* y POTENCIAR el AUTOCONTROL.

Más que el *hospital-monumento*, *apoyar la responsabilidad en la formación-ético-electiva* (recordemos, que todavía al enfermo no se le deja elegir médico). Y que el paciente viva, o sufra, los *menos días* posibles, dentro de ese HOSPITALISMO.

Alguien ha dicho que “mejor que buenas salas de espera sería... que no hicieran falta”. Y no es necesario el nivel profeta, para poder predecir, como se apuntó más arriba, que si se lograran *medicaciones tan capaces y positivas*, como fueron la estreptomocina-hidracina para la tuberculosis, los Hospitales DESAPARECERÍAN.

²⁷ Butschwald H. Pres. Adress. A clash of cultures – personal autonomy versus corporate bondage. *Surgery*, 124; nº 6, p. 996, 1998.

Superando tantas dificultades “en casa”, aún se “abrieron” o “reabrieron” nuevos caminos en la última década del siglo xx:

El 4-IV-92, se llegó a un nuevo contrato para “reanudar” la Cirugía Cardíaca. Habrá departamento de esta Cirugía, con el Dr. Montero al frente. La misma cirugía que, unos treinta años antes²⁸ y pese a más y más promesas, nos anulara indirectamente el INSALUD.

El Dr. Montero, valenciano, estuvo en este Hospital y se formó como Cirujano Cardíaco en el Hospital Reina Sofía de Córdoba. Ahora, a fines de Mayo del 92, reanudará aquí su trabajo, con un presupuesto de 123 millones y será el 3^{er} Servicio de esta cirugía en Valencia (con La Fe y el H. Clínico). Se prevén unas 400 operaciones/año. Y se prometen los trasplantes de corazón para la primavera de...

Por otro lado el Centro de Investigación, dirigido por el Dr. Lloris, cierra un convenio con la Universidad de Michigan, para conservar órganos en el traslado para los “trasplantes”. Se edita en inglés, la revista *Research in Experimental Surgery*.

Y se instala un Equipo de resonancia magnética (3^o en España).

Parte IV: Caminos convergentes, hacia el “mini-hospitalismo”

Se “camina” hacia la responsabilidad ético-personal que afortunadamente se mantiene, como vamos a ver, dando muestras de su efectividad.

Llevan esta dirección: la *corta estancia*, la *cirugía ambulatoria*, la mayor incluida, el *hospital a domicilio*, el *hospital de día*... y se cuenta con la ayuda del “*corte menor*”, con la “*mini-incisión*” de la cirugía endoscópica... hasta su aplicación por las vías naturales o Notes.

²⁸ B. Narbona, V. Tormo, J. Báguena. Hipotermia y paro cardiaco inducido en cirugía intracardiaca (primer caso en España). *Med. Española* 229; 3-15 Abril 1958.

Cirugía Mayor Ambulatoria

En nuestro Hospital se inauguró, *oficialmente*, esta *Cirugía Mayor Ambulatoria* (CMA) (Dr. Cristóbal Zaragoza), en mayo de 1998, y en pocos meses ya funcionó como una de las Unidades positivas que más han hecho evolucionar, en sentido favorable, esta Santa Casa.

Asume buena parte de las intervenciones quirúrgicas y es “responsable” del aumento total de estas actividades en un 8%, *bajando la estancia media* de 10,5 días (1990) a 6,3 días (2008); *con un nivel de infecciones* por debajo del 1%.

En la totalidad del Hospital, suben un 30% los ingresos urgentes y apenas un 10% los programados (cirugía mayor ambulatoria), pese a multiplicarse casi por tres las *operaciones* programadas (cuadro VI), (las 5.000 a 6.000 operaciones, en los cinco *primeros años* de estas dos décadas, a las 12.000 a 15.000 realizadas en los cinco más recientes) (cuadro IV). Subrayamos que, por esta línea, la estancia media baja un 40% (10,3 a 6,3 días), con similar ocupación (cuadros V y VI).

Estas *unidades de Corta Estancia* hacen lo que siempre hizo, o debió hacer, el médico, o profesional quirúrgico autónomo, donde esté trabajando; esa era y es la ajustada frase del Dr. Zaragoza, cuando decía que estas CMA eran la aplicación de la habitual pauta en la actividad privada, a la pública.

Una línea u organización creada por el mismo trabajo, que se aleja de la reducción-negativa del “objetivismo” que, para economistas como Denning,²⁹ padre de la tercera revolución industrial, es el *enemigo número uno de la calidad y de la eficacia*; y nos deja más libre el camino a la creatividad, a la formación profesional. Siempre son mejor los *equipos liderados que los dirigidos*.

Estamos ante una reforma que conlleva el aumento de eficacia-eficiencia, incluso con disminución de costes. Cushing, en los inicios del siglo xx, ya recomendaba la anestesia local en la cirugía de la hernia, para que así, no tuviera que ingresar el paciente en el “*foco más concentrado de infecciones y miseria*”. En la primera mitad de ese

²⁹ Pág. 462.

Cuadro IV

INGRESADOS POR... (1978-79 = 22.875)

URGENCIAS		91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08
12.248	14.318	13.868	14.04	14.330	14.689	15.279	16.006	16.015	16.030	16.739	16.601	16.828	17.367	17.193	17.134	16.931	17.244	14.927	
PROGRAM.		91	92	93	94	95	96	97	98	99	2000	01	02	03	04	05	06	07	08
7.008	7.106	5.264	5.280	6.373	6.708	7.282	6.060	6.580	6.751	6.398	7.106	7.178	7.777	8.079	8.096	7.775	7.691	7.975	

% urg. 69--72

Siendo la mortalidad global de 4,89 % y la quirúrgica del 1,69% (2008). Las operaciones urgentes continúan, prácticamente, en igual número.

Cuadro V

Estancia media

Años	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
10,5	9,5	9,7	9,4	8,9	8,4	8,3	7,4	7,5	7,3	7,2	7,1	7,1	6,8	8,1	8,2	6,7	6,6	6,3

Ocupación/días

Años	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
85,5	81,7	82,7	80,5	81,9	79,3	83,8	84	83	82	81,5	81	82	71	82	80	81	79	78

Cuadro VI

OPERACIONES: (1978-79=15198)

	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01	02	03	04	05	06	07	08
<i>Programadas</i>																			
A.C.	5.966	5.390	4.864	5.198	5.604	5.655	6.357	7.329	8.755	8.135	8.665	9.238	9.599	11.174	12.213	12.123	13.641	14.681	12.449
A.L.	1.302	1.106	1.041	1.107	2.449	3.203	3.667	3.200	5.200	3.247	4.611	4.753	5.797	6.583	6.062	8.293	8.234	9.884	11.451
<i>Urgentes</i>																			
A.C.	2.164	3.961	2.433	2.037	1.979	1.885	2.075	1.844	1.944	1.832	1.846	1.945	2.097	2.188	2.115	2.025	2.324	2.262	2.215
A.L.	1.685	1.498	2.107	3.762	3.992	2.647	2.608	2.620	2.591	1.907	1.815	1.800	1.747	1.703	1.629	1.461	1.684	1.854	1.837

A.C. = Anestesia General

A.L. = Anestesia Local

Operac. programadas se multiplica casi por 3, algo baja el n° camas y estancia media a la mitad. Operac. urgentes se mantienen (2008- complicaciones quirúrgicas 2,7).

mismo siglo, se apuesta por la precoz deambulaci3n, para darle la “salida”, lo antes posible. As3 lo recomienda el Royal College of Surgeons, en 1985.

En el 94, se estructura la Asociaci3n Espa~ola de Ciruj3a Mayor Ambulatoria y se establecen las condiciones l3gicas para “poderse ir a casa”, as3 como facilitar y afianzar la “comunicaci3n con esa su casa”.

Aqu3, en la Corta Estancia, *hay libertad, nadie obliga a ese enfermo que renuncie a su ingreso en sala*. Adem3s, con el pago por proceso, el hospital recibe lo mismo que si el operado hubiera ingresado.

La CMA funciona, Crist3bal Zaragoza y Sergio Villalba, hacen camino visitando a sus enfermos en su domicilio al d3a siguiente. (El Dr. Zaragoza obtuvo la nominaci3n “Cient3ficos Internacionales 2004” por el Intern. Biographical Center). Los enfermos aceptan e incluso *agradecen irse a casa... y “antes que les quiten los puntos”*.

Incluso en prensa,³⁰ se ha comentado como la “disminuci3n de d3as postoperatorios, reduce el impacto emocional que produce una operaci3n”.

S3lo en el 2002 se operaron, en la CMA, cerca de 3.000 pacientes (2.786), lo que supon3a un 20% del total, sin mortalidad, con morbilidad del 6% y un postoperatorio de poco m3s de una hora. En 2005 suben a casi 5.000 (4.979) por este camino cruento, pero corto.

Quedando claro que no es una empresa de servicios, los criterios m3dico-sociales son m3s importantes que el econ3mico, por lo que es el cirujano quien debe elegir los caminos diagn3sticos y terap3uticos m3s eficaces, los que m3s rindan, m3s efectivos y con m3s beneficios en coste, m3s eficientes. E insistimos, el cirujano es, por este orden, persona, m3dico y cirujano, con su necesaria t3cnica.

Y repetimos que es cierto que la complejidad asistencial y tecnol3gica puede y de hecho requiere el Hospital, sin olvidar que si aparece la super-droga que nos “curara todo a todos”, como ocurri3, m3s o menos, con la Tuberculosis Pulmonar, los cerrar3amos como se hizo con los Antituberculosos.

³⁰ *Las Provincias* 2-IV-92.

En la CMA, junto a la Cirugía General y Digestiva, que supera el 50%, participan “in crescendo” numerosas especialidades: hay pacientes de Cirugía Ortopédica y Traumatología, de Estomatología, Oftalmología, O.R.L.

Su eficacia (CMA) “despierta” una gran “Área CMA integrada” en la corta estancia, Urología, Ginecología, Digestivo, Cirugía Vascul ar con alta precoz (Dr. Todolí), Torácica sin ingreso, etc., la que se ejerce *en cada servicio*, garantizando la calidad y homogeneidad, estableciendo protocolos de actuación y creando un catálogo de procedimiento susceptibles de seguir esta línea, con un responsable de Área.

Cuadro VII

<i>GASTOS</i>			
<i>Años</i>	<i>Cap. I. Personal</i>	<i>Cap. II. Adquisiciones</i>	<i>Totales</i>
1991	30.379.307	20.565.624	
1992	35.636.105	18.296.070	
1993	26.104.178	19.192.850	
1994	28.208.917	21.036.532	
1995	42.022.328	20.701.951	
1996	48.743.863	23.046.033	75.566.471
1997	48.187.633	23.946.687	
1998	49.564.294	27.161.344	81.753.463
1999	50.962.499	27.228.545	
2000	53.206.331	32.304.406	87.881.334
2001	56.261.530	36.488.525	
2002	77.296.167	35.627.998	117.137.254
2003	85.108.659	36.360.559	129.122.248
2004	80.430.153	46.651.015	127.081.168
2005	91.273.025	41.389.906	138.505.590
2006	94.745.454	53.006.694	156.576.909
2007	74.747.889	37.373.945	186.869.727
2008	127.139.338	48.187.633	195.327.020

Aumento de personal en 2008 y ampliación de instalaciones ya señaladas.
El gasto en Cap. I se triplica y en Cap. II se duplica.

No debemos olvidar las AYUDAS TÉCNICO-INSTRUMENTALES, su posibilidad de “ayuda” por el SVS, incluso “a favor” de esta eco-

nomía del tiempo y “de los ingresos”, aunque puede añadir gastos. Así podemos anotar por estos años: Cuadro VIII.

Cuadro VIII

Rayos X (2008) TAC, Reson. Magnética	Radiología vascular intervencionista
ECO PaFF Doppler Color	Capsula endoscópica. Enteroscopia
Ortopantomografía	Endoscopia transanal. Enteroscopia
Radio-intervenciones	Neuronavegador
Hemodin. Digital. Angiografía subst. digital	Mamógrafo dig.+ esterotax. dig.

Se contempla en el Capítulo II y se ha señalado, cierto aumento de personal, especialmente en 2008.

En esa misma línea, “ahorrando hospital”, se ensaya en cirugía, la nutrición precoz postoperatoria (fast track), se tantea dejar la clásica y tradicional “preparación” mecánica colo-rectal, que perturba la masa de gérmenes que “ocupa” ese intestino-recto y su pared (puede provocar hasta una translocación), damos paso a una mayor entrada pre-operatoria de hidratos de carbono, con el fin de reducir la resistencia a la insulina y el estrés postquirúrgico, optimizamos los fluidos durante la intervención, para rebajar el post-operatorio, a favor de una ingesta oral precoz; también se va a realizar más proctología sin ingreso, elevando el uso de “este camino corto-hospitalario”, para las incontinencias anales y las fístulas complejas (aparte, las que se operan en la comentada unidad de corta estancia).

La “corta incisión”

La cirugía endoscópica, con las ventajas de esa su más “corta incisión”, ayuda a esta *deseada nula o “corta” estancia.*

A veces, las publicaciones sobre cirugía endoscópica rozan la exhibición, pero en una mayoría de estos estudios-ensayos se van aclarando las equivalencias, siendo indiscutible el balance positivo sobre

el dolor postoperatorio y la recomendable alta precoz. Puede faltar claridad acerca de su nivel curativo en las resecciones neoplásicas y su correspondiente limpieza ganglionar, pero, en esta línea, bastará que los resultados no sean peores. El Dr. Dávila fue pionero de nuestro Hospital, actualmente conjunta su experiencia con otras secciones y la del Jefe del Servicio, Dr. Roig, con el que se "dividen" el tubo digestivo. Más la cirugía por "vías naturales", cuando la mecánica-robot ayude a las NOTES, se manejen mejor y apoyen la confianza.

Además, en nuestra Comunidad es de referencia la TEM, "Microcirugía Endoscópica Trans-anal" (Dr. Roig), que se ocupa de tumores benignos y malignos T0 y T1, hasta 15 cms. (20 del ano), a la que podemos añadir el uso de esta cirugía endoscopia para tratar a más de un 1/3 de los de recto y la mitad de los del colon. Con un estudio positivo multicéntrico de tumores colo-rectales T2, asociada a la quimio-radioterapia, se puede afirmar que esta colo-proctología "asequible", abarca hoy casi la mitad de los procesos quirúrgicos. Recordando, que sólo el cáncer colorrectal afecta a 40/100.000 habitantes.

Si en este terreno de vía endoscópica, añadimos la esófago-gástrica, la biliar, la intestinal, la hepática, las esplenectomías, etc., se puede afirmar que una *mayoría de las enfermedades del aparato digestivo son asequibles a la "corta incisión"*, que colaborará eficazmente a disminuir los días del paciente "dentro" del Centro.

Especialización, hasta superespecialización. Unidades Funcionales Multidisciplinares (UFM)

Los médicos se especializan ("sin perder el norte"), aunque luego haya que recurrir a las Unidades Funcionales Multidisciplinarias (UFM). Suben en número los Servicios para, en cierta manera, "regresar" luego a estos grupos multifuncionales (en esencia, para y por conjugar varios métodos terapéuticos, con ahorro de tiempo, de idas y venidas, etc.). Por supuesto sin perder la **ÉTICA RESPONSABLE** (no sólo eludir al juzgado).

En nuestro Santo Hospital actúan estas unidades: en *patología mamaria* (Enrique Fuster y "sucesores") sumando la cirugía plásti-

ca, con las oncología, anatomía patológica, las “imágenes” que ayudan y la rehabilitación del “equipo” que se acredita en la E F Q M (la europea de calidad) y en 2008, logra como Unidad Funcional de MAMA, la gestión de calidad ISO 9000; igual para el Servicio de Oncología Médica, para el estudio-tratamiento de la Obesidad Mórbida (endocrino, neumología, rehabilitación, psicología, cirugía bariátrica y cirugía plástica), la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la patología del Suelo Pélvico, etc.

Son importantes: el *Instituto Cardiovascular* colocando, por vías mini-invasivas, válvulas cardíacas; el de Radiología Intervencionista, Cirugía Vascular y Patología Digestiva en la resolución conservadora (stents) de aneurismas, estenosis del tubo digestivo, etc. Y es de referencia a *nivel nacional* la unidad de psoriasis en Dermatología y el uso *uroológico del láser verde HPS*, para cirugía prostática.

Desde 1999, hay *UNIDADES* (pre-servicios) de: Cirugía Vascular (Dr. Todolí). Infecciosas (Dr. Ortega), Oncológica (Dr. Camps), Rehabilitación (Dr. G. Ferrer), Reproducción (Dr. Díaz), Dolor... Algunas ya han sido catalogadas como Servicio.

Y siguen las Comisiones de CALIDAD desde su “nueva apertura” H.P. en 1962-63:

Cuadro IX. Ejemplo “medio” 1998-99

Comisiones de:		
Infecciones	Investigación	Tumores
Investigaciones	Biblioteca	Docencia
Mortalidad	Historias Clínicas	Comité Ético

En 2003 había 46 servicios y 14 unidades.

El Dr. J. López Trigo: ponente en EEUU (San Francisco), Reunión de la Academia Norteamericana de Neurología.

Aparte los consiguientes Cursos de las diferentes especialidades. Más las Jornadas entre los Servicios que constituyen las Unidades Multidisciplinarias.

Hospitalización a domicilio

Otro camino positivo, en esta línea de evitar o acortar ingresos hospitalarios, lo constituye la hospitalización a domicilio. Y les será más fácil a todos aquellos pacientes que habiten en el área correspondiente al Hospital General Universitario de Valencia y que sin precisar ingreso (aunque usen las instalaciones del Centro), puedan resolver con visitas asistenciales diarias, o bien usando el Hospital de día, para vigilar un tratamiento, o para revisiones y visitas ya programadas.

Acoge asimismo a los enfermos crónicos con actos terapéuticos que puedan ser resueltos “en su casa” con reiterados tratamientos vía venosa, o para vigilancia reiterada de enfermos descompensados, EPOC, cardiacos o vasculares, diabéticos, etc. incluso postoperatorios complejos largos, como fístulas, úlceras por decúbito, o tratamientos oncológicos, relleno de bombas intratecales, nutrición parenteral, etc.

Empiezan con el integrado personal médico y de enfermería del CHGUV, para mejorar la relación con el Centro y mediante Contratos de Refuerzo, tanto en atención-ayuda primaria, como en la continuada. Obviamente con teléfono, asistencia responsable, familiar o no, mínima higiene y suficiente aceptación. En general se suele pedir esta “hospitalización” como una “mejoría”.

En el año 1992, ya hay un 90% de enfermos que prefiere NO INGRESAR.³¹

Desde el 3-XI-97 ha sido asumida por la Cruz Roja, luego pasó (2002) a Air Liquide y desde 2006 a Gasmedi.

HOSPITAL DE DÍA Integrado y Polivalente en el 2º piso (A-2-4) sobre el de Onco-hematología del 1º, las Urgencias del bajo y la Nefrología en el 3º (hablamos del 2º piso del Martillo, donde hoy está la UCI y por el que también irá el pasillo de comunicación con el Bloque Quirúrgico (en construcción), incrementando su eficacia y aprovechando sinergias (plano B). Con acceso propio desde la calle.

Sumando estos: CORTA ESTANCIA + “CORTA INCISIÓN” + HOS-

³¹ Reducción días postoperat. lo hace con impacto emocional. *Las Provincias*, 9-IV-92.

PITAL A DOMICILIO + HOSPITAL DE DÍA... casi el 50% de los actos quirúrgicos se cumplen sin ingresar, o con alta precoz, el descenso de “hospitalizaciones” conduce a esa estancia media reducida en un 50%, desde los clásicos 10 días.

En el año 2008 el número de enfermos en HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO fue de 1.887 y resueltos por el HOSPITAL DE DÍA llegaron a 15.623.

Aparte los CENTROS DE ESPECIALIDADES: de Juan Llorens, o los CSI de Xirivella y de Alaquàs. Más la organización y relación con otros Centros hospitalarios (Denia, Manises) desde los que se remiten a nuestro Centro, HGUV, los pacientes de ciertas especialidades como Cardiocirugía, Neurocirugía, Torácica, Plástica, etc. de las que carecen.

* * *

En los últimos 10 años, con menos camas, más quirófanos y discreta subida de médicos y enfermeros, se triplican las operaciones programadas con anestesia general (y aún más, las con anestesia local), suben un 10% los ingresos de pacientes mientras baja la estancia media en casi un 50%. Los ingresos por urgencias se mantienen. Evolución a la que *no pueden ser ajenas* estas Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía Endoscópica, Hospital a domicilio, Hospital de día, etc.

Lógicamente fomentando los conocimientos, cuidando la humanización y centrados en la base ético-responsable que “produce” eficacia; *es necesario ilusionar al equipo, con implicación personal.*

Como consta en la memoria del 2000 y según el Sr. Gerente, la evolución positiva ya se ajusta porque el esfuerzo colectivo ha conseguido que los planes de Modernización y de Calidad vayan dando sus frutos. La “Organización por procesos centra el interés”.

Se considera necesaria la Gestión y obviamente *potenciar el desarrollo profesional, más investigación y docencia, respetando la AUTONOMÍA del MÉDICO.*

Leyes y convenios que afectan al Hospital

Debemos recordar-repetir, incluso prevenir, que por encima de Convenios y de tipos de Gestión, está el apoyar-desarrollar "deberes" asistenciales (equidad, continuidad, satisfacción, eficiencia, sostenibilidad y humanidad). Camino a fomentar los buenos resultados, más curaciones, al fin, calidad basada en el libre y autónomo ejercicio del "yatos", del médico.

Al fin la "GESTIÓN", requiere *patente relación humana y que el enfermo la perciba*, por encima de técnica y sumar siglas. Hay que superar dificultades, pues no es "soslayable" que la política y sus traducciones legales van más hacia la medicina pública o yatricon, que a la personal directa médico-enfermo o yatos. Vale la pena reiterar y respetar esta sabia *distinción griega entre salud pública, medidas impersonales, a nivel higiénico-sanitario, para mantener en general la de todos y la recuperación de esa misma salud individualmente perdida, con la ayuda de su médico, y personalmente, si es posible.*

Docencia e investigación colaboran a formar camino y facilitan a quien así pida ayuda, la obtenga de "buenas manos", desde la mejor base ético-responsable, con liderazgo compartido y modesto. Profesionales válidos con máxima implicación en el Centro que, como toda organización sanitaria, debe ser flexible y mantener una *cuidadosa elección de estos profesionales... para la mejor atención de enfermos que NO ELIGEN.*

* * *

La Ley General de Sanidad del 25-IV-86 SNS, es prioritaria a la promoción de salud. Aunque pretende ser equitativa, conlleva diferencias económicas entre comunidades, de hasta un 25%. La ley Valenciana de Salud es del 4-XII-87.

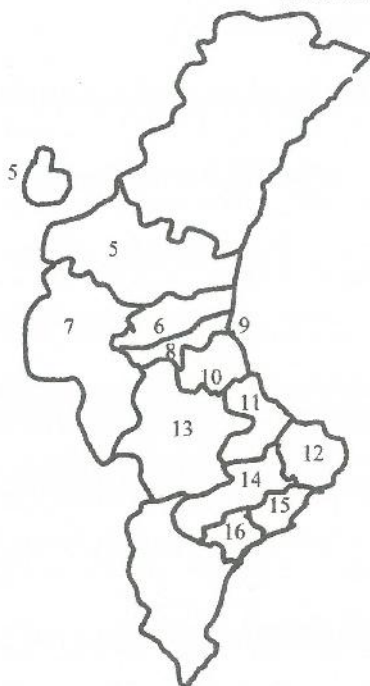
El primer paso directo se da en 1994 cuando por Convenio se adscribe el Hospital General Universitario de Valencia a la Conselleria de Sanitat.

Tras el Convenio de 16-III-99, con la Conselleria, se reúne el Área de Salud 8, incluyendo Requena y Játiva, referencias 7 y 13, con todas las especialidades; la de Alcoy, 14, sin C. Torácica, como la 9 (H. Peset) ausente esa misma cirugía; las de Elda y Villajoyosa, 17

y 15 faltando Cirugía Cardíaca. Y todas con la Dermatología, tras el paso al Área-Departamento nº 9 (Plano C).

AÑO 2000

Consorcio H.G.U.V.
DEPARTAMENTO VALENCIA HOSP.GENERAL



AÑO 2006



Departamento que fue 8 y es ahora 9 (comprende):

Alacuas	Picasent
Aldaya	Torrent I y II
Montserrat	Xirivella
Paiporta	<u>Valencia zonas 10-15</u>
Picaña	
(para Cir Card. 13-16 Cir.Tor. 10 y 15)	
Dermatol.+ Estomatol.- todas	

Plano C

En Marzo del 2001, se añade la *FUNDACIÓN COMUNIDAD*, para revitalizar el capítulo de Investigación y Docencia.

Más el Consorcio-Convenio *Conselleria-Diputación* un año después (1-I-02), en el que se habla de ese servicio *personalizado*, que tanto hemos subrayado, la necesaria conexión directa enfermo-profesional médico, *hombre-hombre*, con fáciles ayudas técnicas e integración con otros profesionales igualmente responsables.

Destacamos *este CONSORCIO* que pretende, al menos así se define, por y para ser un “modelo altamente *participativo de médicos, de profesionales*”... *con implicación directa del enfermo, de cada paciente. Ser un ente público institucional, asociativo y voluntario, con personalidad jurídica propia e independiente y plena capacidad de obrar en prestaciones de servicio público.*

En 2007 se establece la *FUNDACIÓ REIAL I GENERAL* con el objetivo de rememorar, recuperar y difundir el primitivo legado del *Santo Hospital* (1409-1512).

El 17 Marzo 2008 quedó suscrito el Convenio de Colaboración entre la *Universidad de Valencia* y el Consorcio Hospital General Universitario, que se integra como *SEDE UNIVERSITARIA*.

Con palabras del Sr. Rector Dr. D. Francisco Tomás, su fin es consolidar-extender la actividad docente en Ciencias de la Salud, *con mayor proximidad al ámbito clínico.*

La voluntad de cooperación docente del Santo Hospital, fue desde su fundación y ha sido permanente, como sigue ahora en este General Universitario, en cuanto se “recuperó” –traslado por los años 60 del siglo XX.

Así lo *manifiestan* algunos de los que lo vivieron como el Catedrático de Bioquímica, Guillermo Sáez, cuando dice... se asegura la apertura, *en este caso reapertura*, de centros clínico universitarios de alto nivel, Sede Universitaria de Valencia, en el recinto del Consorcio Hospital General. Él mismo, recuerda con satisfacción haber sido alumno cuando, en los setenta, funcionaba este Centro con la Facultad de Medicina.

Igualmente lo hace el Dr. Martínez de León (Prof. Titular y Dir. Inst. Cardiovascular del Centro) que también subraya *cómo la presencia de alumnos no es nueva* pues, a más de participar en prácticas de 6º curso, ya colaboró en la docencia integral de alumnos por

los años 70. Es una descentralización, no desmembración, que coordina asimismo programas de intercambio con universidades europeas (Erasmus), amplia movilidad y contando con Europa.

El Dr. Alfonso Pérez García (Servicio de Nefrología) no sólo lo recuerda... sino que señala cómo se interrumpió *sin motivos convincentes*, cuando los decanos de la Facultad de Medicina, Llombart, Rodrigo, Morcillo... propugnaban la descentralización como positiva. Con el Convenio y el Consorcio se llega a la docencia íntegra en las Ciencias de la Salud, con indudable efecto positivo para la atención a los pacientes.

Añadimos, con el Dr. Zaragoza, que este Santo Hospital, Reial y General, Provincial, General Universitario, actual Consorcio, ha estado siempre integrado en docencia e investigación con la Universidad de Valencia y es la primitiva cuna de la Medicina, hace más de cinco siglos.³² Continuó con alumnos de 6º curso de Medicina y Escuela Universitaria de Enfermería, integrando los cursos clínicos de Medicina desde 1975, hasta que "se desvanecen" a fines de los años 80.

El Dr. Vicente Roig, testigo personal de los inicios, en tanto fue alumno de la docencia médica en este hospital a mediados de los años 70 y actualmente Jefe de Servicio en el mismo desde septiembre del 2005, define cómo las sub-especialidades deben ser adoptadas, sin perder el norte de su formación como cirujano general. Así, en colo-proctología que reúne casi la mitad de procesos de cirugía general con predominio neoplásico, existe un buen grupo multidisciplinario que forman oncólogos, radiólogos, radioterapeutas, anatomo-patólogos, etc. para aprobar protocolos y apoyar valoraciones. Cada uno gestiona en forma eficiente su actividad, cumpliendo los objetivos de calidad... todo con atención digna y trato agradable.

Con los Drs. Dávila, Fuster, etc. la Cirugía general une sub-especialidades: esófago-gástrica, obesidad mórbida y pared abdominal compleja, coloproctología, mama, endocrina, hepato-bilio-pancreática, etc. aspirando a curar con mínimas complicaciones.

* * *

³² *Fent Salut*, nº 30, Marzo 2008.

Son sólo, expresión de algunos de los Servicios en representación del ambiente, de sus intenciones positivas. Pese a la evidente politización de la salud o sanidad (J. Aquirre, OMC), de la obsesión-control... incluido el mundo digital, más *ordenadores*, buen engranaje de la Administración... que ya logra una considerable pérdida en la credibilidad social del médico (J. Zarco, Presidente de "Atención primaria") (CESM)... con todo, hace más de una década, dos de cada tres valencianos estaba ya satisfecho de la atención recibida³³ sin olvidar que la ausencia de ELECCIÓN supone que, en toda encuesta, el "preguntado" sabe puede tener que volver a "su médico y desconfiando del Anonimato", no se atreve a decir nada negativo. Es más real en CMA.³⁴ En general, hay una abrumadora tendencia legislativa con poca seriedad para evaluar, un paternalismo de agencia con abuso del usuario que no conoce sus deberes.

Realmente "... se hace camino al andar"... desde una casi sistemática negativa a ser dado de alta, sin problemas: "no me voy hasta que me quiten los puntos", desde una propuesta y "tumbada" norma (Comisión Nacional de Salud, años 70) que proponía: "el enfermo tendrá derecho a no ser dado de alta hasta su ¿completa recuperación física y psíquica...?" hasta lo que hoy difunde la prensa, sin presión alguna: "muchos enfermos aceptan irse a casa antes de quitarse los puntos". Un 90% de ENFERMOS prefiere no ingresar en el hospital... y el 100% "repetiría la pauta".

El Foro Español de Pacientes considera también un error el o los planteamientos *top down* "despotismo sanitario" y está a favor de los *bottom up* con la voz del paciente. Sus derechos "solos", van a un "free rider" abusivo. "Todo se hace por y para el paciente pero sin tener en cuenta la voz del paciente".³⁵ Creo, o quiero creer, que la evolución positiva, en estos últimos lustros, se apoya más en cierto regreso al *bottom up*.

³³ *Las Provincias*, 9-IV-1992.

³⁴ A. García Durán, F. Docobo... Índices de satisfacción y calidad... Cir. Mayor ambulatoria. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 95-851, 2003.

³⁵ Albert J. Jovell. *Noticias Médicas Anuario*, p. 67, 2009.

*Se terminó de imprimir
en Artes Gráficas Soler, S. L.,
de la ciudad de Valencia,
el 30 de enero de 2010*



AYUNTAMIENTO DE VALENCIA

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE EDUCACION

Bancaja 

el compromiso social



Ilustre
Colegio Oficial
de Médicos
de Valencia



CONSORCI
HOSPITAL GENERAL
UNIVERSITARI
VALÈNCIA

HRS

*Fundació del
Hospital Reial i General*