



REAL ACADEMIA DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

# EL HOSPITAL GENERAL DE VALENCIA

CRÓNICA SEMIPERSONAL  
(Segunda mitad del siglo XX)

*Benjamín Narbona Arnáu*

VALENCIA, 2005

Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana  
Avda. Blasco Ibáñez, 17  
(Facultad de Medicina)  
Teléfonos 963 86 41 50 y 963 86 46 53  
Fax 963 86 46 53  
46010 VALENCIA

Depósito legal: V. 2.183 - 2005

Artes Gráficas Soler, S. L.  
La Olivereta, 28  
46018 VALENCIA

## Sumario

---

Prólogo .....	7
Antecedentes. 1409-1515: Cómo se llega al Espital d'Ignoscents y al Santo Real Hospital .....	9
Pre-estructuras hospitalarias .....	33
Nuevo edificio. Hospital "Provincial". Estructuras .....	45
Pre-personal. Oposiciones públicas .....	73
Salas Personal. Oposiciones públicas .....	85
Pre-organigrama .....	133
Organigrama .....	141
Fruto de la organización <i>top down</i> .....	205
Pre-convenios .....	207
Convenios "económicos", docentes y otros .....	219
Pre-económico .....	245
Económicos .....	251
Urgencias .....	269
La prensa y el Hospital Provincial .....	275

## Prólogo

---

Con esta crónica de nuestro Hospital General, más o menos personal y limitada a los años 1962 a 1990, cumplo el encargo que me hizo don Eugenio López Trigo; él se encargaría de la primera mitad del siglo XX y anteriores, desgraciadamente su muerte lo impidió. Con algunos datos que ya tenía recogidos, he podido añadir unos resúmenes orientativos sobre esa fase previa. Son los PRE que anteceden a cada uno de los cinco capítulos principales (Nuevo Edificio, Personal, Organigrama, Convenios y Economía).

Esta "Crónica semipersonal", plenamente dedicada al "Hombre del Renacimiento" que fue don Eugenio, muestra en sus páginas cómo logró, a mitad del siglo XX, que siguiera vivo y activo nuestro el Santo Hospital Real General, nacido en Valencia el año 1515, sobre Ignoscents, Folls i Orats de 1409.

Me queda agradecer la ayuda y consejos de mis amigos M<sup>a</sup> Luz López Terrada y José María López Piñero, que han hecho posible lo que prometí a don Eugenio.

Al publicarlo, nuestra Academia cumple el Art. 4º de sus Estatutos: "La Real Academia de Medicina de la Comunidad Valenciana estudiará todas las áreas de la salud ... recogiendo todo aquello que sea de utilidad *histórica y bibliográfica*". También aquí, deseo que conste mi sincero reconocimiento.

DR. BENJAMÍN NARBONA ARNÁU

## Antecedentes. 1409-1515: Cómo se llega al Espital d'Ignoscents y al Santo Real Hospital

---

Creo oportuno iniciar este relato desde una visión preferente de la raíz más fuerte de nuestro Hospital General de hoy, del llamado Hospital de "Ignoscents, Folls i Orats", que cristalizó en la Semana Santa de 1409 (24 de febrero), tras el sermón del padre mercedario Juan Gilabert Jofré y el empuje del mercader Lorenzo Salóm.

En el *Libro Viejo de las Constituciones* constan las palabras de este eficaz sermón del Padre Jofré: "En la presente ciutat ha molta obra pia e de gran caritat e sustentació; empero una hi manca que es de gran necessitat, ço es un Hospital o Casa hon les pobres ignoscents e furiosos fosen acollits. Car molts pobres ignoscents van per aquesta ciutat los quals pasen grans desaires de fam, fret e injuries ... seria sancta cosa e obra molt sancta que en la ciutat de Valencia fos feta una habitació u Hospital en que semblants folls e ignoscents esti-guessen en tal manera que no anassen per la ciutat, ni poguessen fer dany nils ne fos fet".

Su punto clave, el concepto más destacable, fue la *concepción del loco como enfermo*, similar a un impedido físico, y nunca un poseso del diablo. Como consecuencia, la necesaria y adecuada ayuda caritativa a estos seres humanos, desorientados e incapaces de valerse por sí mismos, así como proteger de ellos a los demás aunque no como razón única ni dominante.

Es evidente el contraste frente al ambiente europeo del siglo XVI y, en general, de estos tiempos medievales en los que, con histórica constancia, se subraya el terrorífico trato que se daba al loco. Consi-

derado un rebelde, se llega a la "matanza de locos".<sup>1</sup> Arrojadados a la calle, vagaban por caminos y bosques, vivían en establos, o se les amarraba con cuerdas o cadenas a una columna. Los más inofensivos "actuaban" en los palacios como tontos o bufones. Esta reprochable conducta se prolonga por siglos. Todavía a fines del XVIII, en Lübeck, iban a ver a los locos, en días de Carnaval, como si fueran al teatro y en Berlín acudían a ese "teatro" los domingos.

En el siglo XIX (1826), Ferrús, médico de Bicêtre, habla de sus visitas a hospitales de Francia e Inglaterra, de locos "encerrados en celdas húmedas, oscuras y repugnantemente sucias". Se les "separaba" como simple medida de policía.

Y todavía peor si se les etiquetaba de endemoniados, ya que, consecuentemente, "se les azotaba para azotar al demonio que su cuerpo encierra", o "no les dejan dormir para que así el demonio no pueda reposar y abandone su antro". Sólo y por excepción se les acogía en algún monasterio.

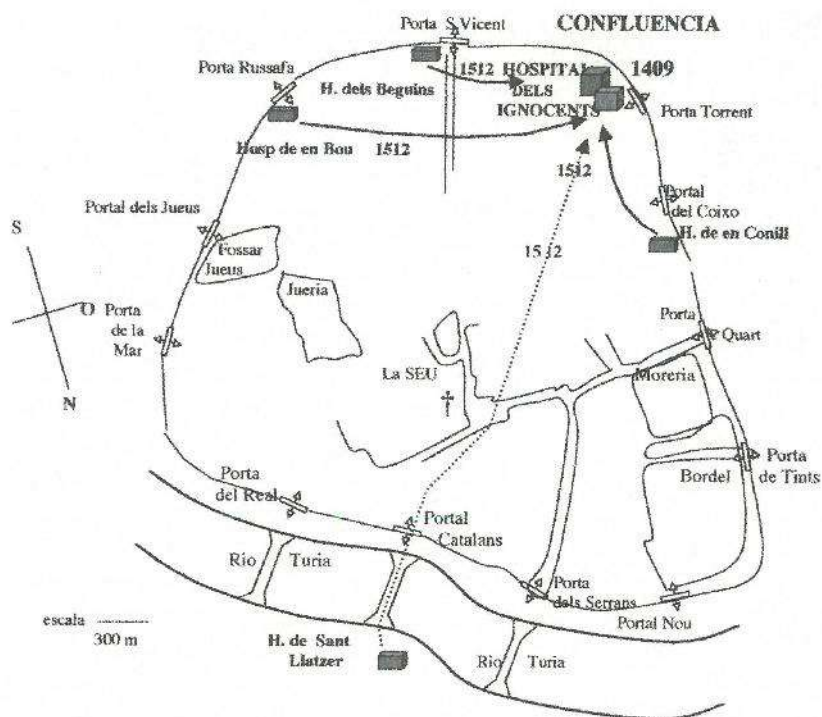
Sobre este fondo tan negativo, es obligado subrayar la excepción de vanguardia de Valencia y, en general, de España, que deja como incierta la reiterada afirmación de que: "hasta Pinel, en el siglo XVIII, no se empezó a considerar en el mundo que el loco es un enfermo". En Valencia ya priva este criterio a principios del XV y se ha demostrado que la amplia serie de manicomios españoles fundada según el modelo valenciano influyó de modo directo en esta célebre figura francesa.<sup>2</sup> No importa que John Connolly, el Pinel inglés, aún encuentre por Europa, en 1824, locos encadenados hasta por doce años.

No pretendemos que fuéramos un mundo "puro" y aparte. Las mismas razones aducidas en el sermón por el Padre Jofré, unas gentes maltratando a unos "ignoscents", lo prueban. Sin embargo, pensamos que quizás exagera José Rodrigo Pertegás<sup>3</sup> en sus descripciones (si se refiere a nuestro país), según las cuales estos enfermos de la mente eran sistemáticamente perseguidos, por manadas de ciudadanos, al grito de "al foll, al foll" con lluvia de palos y piedras y objeto de burlas crueles. Y lo digo porque ese "sistemáticamente" no casa con tan rápido y radical giro hacia una conducta plenamente

<sup>1</sup> B. CASSINELLI (1939).

<sup>2</sup> J. ESPINOSA IBORRA (1966).

<sup>3</sup> J. RODRIGO PERTEGÁS (1922), p. 13.



Valencia en la época del Hospital de "Ignoscents", 1409

caritativa y solidaria de la ciudad, de sus gentes, sobre estos "folls" y que pone en marcha un Hospital, cuyo fin, en el que todos están de acuerdo, es tratar a estos enfermos de la mente.

"Folls i orats" que aún eran, en su mayor parte, alejados de los centros de asistencia, incluso enviados fuera de las murallas, pasan a ser respetados y cuidados por los "sanos", evitando los maltratos recíprocos. Nos parece excesivo cambio si lo fue desde una atmósfera semejante a la del resto de Europa. Sería poco explicable un giro tan rotundo como simple consecuencia de un solo sermón. El terreno tenía que estar dispuesto y bien abonado para admitir que ese *fol* era un enfermo, por cuya debilidad de espíritu no es responsable de sus actos, y pensar que esta situación no era tan dispar, ni tan opuesta a la que sufre un cojo ante la falta de una pierna.

Por ello debemos subrayar el hecho aleccionador, no siempre bien conocido, de que en estas tierras, a fines del siglo XIV y comienzos

del xv, adquiriese consistencia y claridad la idea de que los locos son enfermos y no seres castigados por un Dios vengador y menos aún peligrosos endemoniados.

Si hicieran falta más pruebas, bastaría la reacción inmediata y muy activa de Llorenç Salóm y otros diez asistentes al sermón: Bernat Andreu, Ferránd García, Francesch Barceló, Juan Armenguer, Pere Çaplana, Juan Dominguez, Hesteve Valença, Sanchis Calbo, Pere Pedrera y Pere de Bonía. La mayoría eran comerciantes de la floreciente Corporación-Gremio de la Seda, deciden hacer realidad ese "Hospital per als Ignoscents" y a ese fin crean una *fundación laica*, en línea autónoma respecto a los poderes reales y de la Iglesia, manejada sólo por estos burgueses "creativos".<sup>4</sup> Contribuyó, probablemente, la buena relación de estos mercaderes y la Orden de la Merced, con la que ya cooperaban en las tareas de rescate en África. Su fundador, el Padre Nolasco, fue antes mercader.

Estos "hombres buenos", llamados "cofrades o diputados", electos de por vida, redondean la empresa y dictan sus normas, entre ellas, que los sucesores "serían siempre ciudadanos o mercaderes y no eclesiásticos, ni caballeros, juristas o notarios". En marzo de ese mismo 1409 ya compran terrenos para su Hospital, parte al menos con bienes propios. Mientras, obtienen la aprobación del Consejo de la Ciudad, que les concede privilegios civiles, y su Constitución es aceptada por el rey Martín el Humano (15 de febrero y 30 de octubre de 1410), que añade unas 3.000 libras valencianas y la amortización de los terrenos, especificando: "es la Institución encargada de asistir y guardar a estos 'ignoscents'".

Se completa con el amplio apoyo del papa Benedicto XIII en cuatro bulas (tres del 26 de febrero de 1410 y una el 24 de octubre del mismo año), encaminadas no sólo a la fundación del Hospital y su gobierno, sino que una tercera es para edificar una capilla junto al cementerio, con un altar bajo la advocación de la Santa Cruz del Monte Calvario y una cuarta, por la que pueden recibir todo tipo de donativos, con indulgencias para ellos y para los visitantes. Apenas cuatro años después (1414) se inaugura la primera capilla bajo la advocación de Nuestra Señora de los Santos Inocentes, que con el tiempo cambiaría a Virgen de los Desamparados. Cambio lógico en

<sup>4</sup> J. M. LÓPEZ PIÑERO (1962), p. 62.



tanto que desde 1410 el Hospital atendía también a los niños expósitos (“desamparados”).

En la súplica al Rey, pidiendo autorización para fundar la Cofradía de Santa M<sup>a</sup> de los Inocentes (1413), se dice: “Muy Alto y Poderoso Príncipe: En nuestra ciudad de Valencia, permitiéndolo la clemencia divina, se ha hecho con las limosnas de las personas buenas un Hospital llamado de Santa María de los Inocentes, en el cual se reciben, acogen y mantienen todos los cristianos furiosos y locos, que no tienen razón ni entendimiento ... muchos por la gracia de Dios confortados y tenidos en reposo en el dicho Hospital han recobrado salud de entendimiento y otros han alcanzado mejoría”.

Unas primeras dificultades derivan, con cierta lógica, de las mencionadas exclusiones a determinadas clases sociales, como reza su Constitución, que así, alejadas socialmente, también lo hacen por la vertiente económica. Se salvan cuando el Rey autoriza la súplica y se funda la Cofradía de “Nostra Dona Sancta María dels Ignoscents” (1414), con privilegio de concesión papal y bajo los mismos fines que la Junta del Hospital, pero con ilimitado número de socios y, como veremos, con significativas cuotas de entrada y anuales.

En el escudo se mantuvo, en las primeras décadas, el árbol de la Cruz del Monte Calvario, que el papa Pedro Luna, en su tercera y citada bula, concedió a la iglesia y cementerio del Hospital. Luego se añadiría una corona de espinas y tres clavos a la Cruz.

“Desde el principio es una Corporación-Cofradía que, principal y directamente, atendía a cubrir las necesidades físicas y morales de los alineados, formando una Sociedad Benéfica ... queda bien claro el íntimo parentesco de las dos entidades hermanas y la distinta personalidad de cada una”.<sup>5</sup>

Componen una administración notablemente sana. La “primera”, formada por los mencionados “diez diputados”, actuaba, estable y eficaz, basada en el juramento, el inventario de bienes y un rendimiento de cuentas. Estructuralmente, uno de ellos, y por rotación anual, desempeñaba el papel de “mayordomo” (director y tesorero) con poder máximo e irrenunciable, pero dando cuentas a los otros nueve. Le ayudaba otro “de los diez”, como “clavari” mayor, segunda autoridad y residentes ambos, “mayordomo” y “clavari”, en el

<sup>5</sup> L. LÓPEZ GÓMEZ, Discurso de contestación. En: J. SEMPERE CORBI (1959), p. 59.

mismo Hospital. A ellos correspondía también presentar al obispo propuesta de capellán.

Años después (1427), Alfonso el Magnánimo, que acababa de fundar el manicomio de Zaragoza (1424), reitera la autorización para que los administradores del centro recauden fondos para el Hospital, donde, reitera, se acoge al “insensato” como enfermo, igual que un inválido físico.

Hacia finales del xv (1482) se inicia el camino para juntar en este “Hospital dels Ignoscents, Folls i Orats”, la decena de hospitales-hospicios dispersos por la ciudad. En 1493, Fernando el Católico había dado un primer paso al ampliar la casa a otros enfermos, crónicos en particular, aparte de locos e “inocentes”, y facultar la ampliación del Hospital. En apenas dos años se compran once casas contiguas para ensancharlo. Y se acuerda, por el Consejo de la Ciudad, que sería el Hospital General, ubicado en el de “Ignocents” y para enfermos de todas las clases.

Pero el proceso sufre demoras y discusiones que resolvió la Sentencia Arbitral de cinco jueces árbitros (1512): Micer Gaspar Pertusa y Mestres, Fray Bernardino Tineda, Fray Gaspar Esteve Alonso de Castro “Carbú” y Luis Castellolí, nombrados por la ciudad de Valencia, el Cabildo y los “diez diputados” del Hospital de Inocentes, que en esa fecha de 1512 eran Onofre Cabrera, Jaume Bou, Nicolás Benet, Francesc J. Dalmau, Andrés Gasull, Geroni Roig, Lluís H. Estellés, Conrad Alapont, Francesc Dalmau y Honorat Benet Vidal, dicen así: “Arbitres Arbitradors e amigables composidors elects ... amigablement composam ... hi ha molts espitals particulars ... fundats perque en aquells se facen e exerceixquen obres de caritats, empero considerant que molt millor se faran les obres de caritat si era fet y construït un Espital General en la present Ciutat perque ab molt major compliment sera proveit en la sotsvencio de tots els pobres malalts et dels infants llançats ... e mirat lo lloch hon podria ser construït, e edificat, nengu ha paregut esser de mes comoditat que aquell lloch hon los magnifics Diputats de la casa dels Innocents han començat una obra en creu...”.<sup>6</sup> Añade el decreto que se unirán estos hospitales con sus rentas, incluido el de “Sant Llatcer”, aunque sus enfermos quedarán en su centro para evitar

<sup>6</sup> H. TROPÉ (1993), Documento n° 11. Sentencia Arbitral, 30 de octubre de 1512.

contagios. Igual que los diez diputados ajustarán y unirán “la llur casa que tenen, rendes y censals com fan y faran los altres...”.

Estaban, o podían estar, en este camino, en primer término, los hospitales del siglo XIII: el de “Sant Vicent”, fundado en 1238 por Jaime I, aunque parece que hay datos en los Archivos de la Catedral sobre donaciones de camas anteriores a esas fechas; el de “Sant Llatcer”, en el “camí de Morvedre”, para leprosos, que ya existía en 1254. En segundo lugar, los del siglo XIV: el de “Santa Llúcia” o de la Reina (1310), que funda la reina Constanza, esposa de Pedro III, y un año después (1311) aparece el de Santa Maria o “En Clapers” por testamento de Bernat Desclapers, administrador de Arnau de Vilanova, que parece ser el primer hospital laico y con médico visitador.<sup>7</sup> Igual procede Ramón Guillem Catalá con el “dels Beguins” (1334), dejándolo bajo tutela municipal. En 1383, el de “Santa Llúcia”, que llevaban los franciscanos y estaba en ruina, es recuperado por Pere de Conca que lo pone bajo patrocinio municipal. Se pueden añadir el de “Sant Antoni”, orden hospitalaria de este nombre, en el “camí de Morvedre” (1276 o 1333), destinado a enfermos de “foc infernal” o ergotismo, y el de la Cofradía de “Santa Maria de la Seu” para sacerdotes pobres (1379). A fines del XIV, tiempos aún de Arnau de Vilanova y Ramon Llull, Francesc Conill y Pere Bou erigen los suyos de “En Conill” y “En Bou”, para pescadores pobres, que se unen en 1847. Finalmente, en el siglo XV se fundan otros dos: “En Guiot” por Francesc Guiot y “En Sorell” por Tomás Sorell.<sup>8</sup>

Tres hospitales fundados en el siglo XIII no llegaron, ya que desaparecieron en la centuria siguiente: el “Sant Guillem”, fundado por Guillem Escrivá en 1252, el de San Juan Bautista, de los caballeros de “Sant Joan” de Jerusalén, y el de Santa María, de los Monjes de Roncesvalles.<sup>9</sup>

Al fin, la cédula real fundadora de Fernando el Católico (30 de octubre de 1512) y la bula del papa León X (11 de julio de 1514) consiguen reunir casi todos los hospitales de la ciudad de Valencia en un Santo Hospital u Hospital General (1515).

Es interesante que, tras esta “ampliación” a Hospital General, se mantuvo el esquema autónomo laico. Sólo se añadió un consejo de

<sup>7</sup> A. RUBIO VELA (1981).

<sup>8</sup> J. RODRIGO PERTEGÁS (1927), J. R. ZARAGOZA RUBIRA (1962).

<sup>9</sup> *De Hospitium* (2002).

cuatro administrativos: un canónigo, dos regidores municipales o “jurats en cap” (“un dels cavallers y un dels ciutadans”) y “un dels deu Deputats de la Casa”, elegidos todos los años y que, a su vez, controlaban “mayordomo” y “clavari”, que asimismo tenía que ser de los “diez”, pero sin acumular el cargo de administrador, alternando por pares durante cinco años. Cabe decir que se mantiene la esencia de las normas del “Hospital dels Ignoscents”, aprobadas por Martín el Humano en 1410.

## ECONOMÍA

Desde su fundación en 1409 contó con la ayuda de “gentes buenas” y el beneficio de abundantes donativos y herencias que, con los años, serían fomentados por los poderes reales y eclesiásticos. Colaboraron los notarios que, al redactar cada testamento, preguntan: ¿Deja algo para el Santo Hospital? Es un Privilegio del rey Fernando (14 de marzo de 1493), que consta en la Real Cédula que facultaba la ampliación del Hospital. Llegó a ser muy alta la cifra anual de dádivas y dejas.

En 1514, ya Hospital General sumando la mayoría de los hospitales de Valencia, la bula papal crea, como se ha anotado, la Cofradía del Hospital, en la que pagarán 9 sueldos como cuota de ingreso y 3 por año. Y son nada menos que 2.000 hombres y 2.000 mujeres. Se les devolvía en indulgencias.

Una parte, por desgracia, tuvo que invertirse en reconstrucciones por incendios. El de 1545, que destruye buena parte de la obra, contó con la muy importante donación del arzobispo de Valencia (el futuro Santo Tomás de Villanueva): las 4.000 libras valencianas que iban destinadas al Palacio Arzobispal.

Posteriormente, recibiría los ingresos del “Corral de la Olivera” (calle Comedias, precedente del Teatro Principal) y el “dels Saulets”, que es oficial cuando el rey Felipe II (1585) les concede el privilegio de pagar y cobrar por representaciones teatrales. En 1625 se añaden otras fuentes lucrativas: de las corridas de toros, luego de la misma plaza, cuyo solar fue la suma de donaciones al Santo Hospital, de las peleas de gallos, de las “partides de pilota” y del alquiler de los “toldos” de los puestos del “Mercat”.

Cuando, a fines del siglo xv, las reiteradas “sangrías” reales a la Ciudad repercuten y dificultan la función de los otros hospitales, el

“dels Ignoscents”, económicamente autónomo, se mantuvo a nivel aceptable, situación que “sirvió” para facilitar la agrupación de los hospitales de Valencia, en este centro modélico “dels Ignoscents”.

El número de “orats” en el Hospital sube desde 56 en 1417 a 108 en 1512, cuando ya era Hospital General, lo que suponía el 28 por ciento de los admitidos, un tercio de sus camas. Otro siglo (1600) y baja a menos de 70, en cifras absolutas y más en relativas, ya que la enfermería era de casi 1.500. La mayoría proceden del Reino de Valencia.

Conviene señalar que *se daban altas por curación*, aunque por desgracia con menor frecuencia que las muertes y quizás que las evasiones, lo que prueba el discreto uso que se hacía de “medios férreos de retención”. En un año (1462) había en la casa 36 hombres y 21 mujeres; fallecieron, respectivamente, 4 y 9 y curaron 3 hombres. Según datos del Padre Gazulla, en la década de los años setenta del siglo XV, de un promedio anual de 12 locos ingresados, se curaban 3. No está registrado ningún suicidio.

La asistencia era gratuita para los indigentes, la gran mayoría. Y cuando los parientes del “ignoscent” ingresado podían, le financiaban la estancia. Hasta, en algunos casos, al fallecer heredaba el Hospital.

Hay amplia constancia, en ese tiempo, de las atenciones del “mayordomo” y sus gentes para con los ingresados: “Los desgraciados que perdían la razón hallaban toda la solicitud y todo el esmero que sabe inspirar la caridad cristiana”.

Hubo un segundo incendio medio siglo más tarde, en febrero de 1610. Según diversos relatos fue el día 7, el 16 o el 25, de ese mes y año. La información es muy confusa. Desde la del Padre Pradas, testigo ocular, para quien fue provocado por uno de los ingresados, que para calentarse, prendió la paja con una vela; y parece ocasionó la muerte de otros 12 “orats”, subrayando, además, cierta falta de diligencia del personal del centro, hasta la ausencia, en los archivos, de datos sobre el incendio, cuando sí constan albaranes y recibos, que hablan de reconstrucción de cuartos, “gabies”, de rejas de hierro para las ventanas, cerrojos, etc., aunque no de “gabies de ferro”. Parece que la descripción contemporánea fue algo recargada, en tanto cuesta pensar que estos “orats” que dormían en lechos de paja pudieran tener velas encendidas en sus “gabies”. Se reconstruyeron y mejoraron las “cameres”, en la primera planta.

## HÁBITAT

El "habitat", con sentido pragmático y siguiendo costumbres locales, se construyó según las necesidades. No hubo ningún gran proyecto inicial, ni los datos que poseemos son unánimes. El Padre F. D. Gazulla, en un artículo publicado en 1928, discrepa de los contenidos del Dietario del capellán de Alfonso V, que daba el comienzo el 9 de mayo de ese año 1409 y que comentaremos luego, y acepta los del "mayordomo" Bernat Andreu, según los cuales, es el 2 de junio cuando empiezan los cimientos-muros, tras allanar el terreno y hay que esperar todo un año (15 de mayo de 1410) para habitar la primera celda (19 de julio de 1410) y ello, con enseres reunidos por diputados, cofrades, etc., incluso prestados. Hubo alguna "cambra" más, para hombres, en agosto. Se podría decir que en octubre comienza a funcionar como Hospital. El 31 de diciembre sumarían tres celdas más para mujeres, así como en enero de 1411, la construcción de la "Porta Principal" (seguramente en la calle del Hospital).

Nos parece más creíble el ritmo, la "marcha creadora", que recoge el rechazado Dietario del capellán de Alfonso V, quizás por ser más atractiva. Según ella, se inicia el 19 de marzo de ese mismo año de la predicación (1409), pues apenas fundada la Cofradía y redactadas las Constituciones, depositan los diputados, en manos del Padre Jofré, 25 libras cada uno y por 500 florines compran un terreno plantado de moreras con una pequeña casa dentro del recinto de la ciudad y junto a sus murallas (actual calle de Guillén de Castro), en la parte suroeste, contigua a la Capilla de Santa Lucía, cerca de la "Porta de Torrent". Martín el Humano les dio privilegio de amortización y poder recabar la justicia, para caso de expropiación forzosa.

Llama la atención que los otros hospitales, "En Clapers", "Beguín", "Conill", etc., más o menos equidistantes entre sí y que luego se unieron, estén todos situados junto a las murallas.<sup>10</sup>

Lo que ya empezó en marzo de 1410 fue la atención a los niños expósitos o desamparados en construcciones anejas al Hospital y en 1417 los cuartos individuales para los hijos de "hombres de bien".

Serán hechos que la fábrica del nuevo hospital, sus cimientos, eran ya firmes el 9 de mayo del mismo año 1409 y sobre ellos seguían

<sup>10</sup> Ver plano.

construyendo por el llamado sistema palacino. Planta cuadrada o casi, con patio central porticado y alrededor las habitaciones, "cambres" o celdas. Construyen dos bloques o pabellones a los lados de la iglesia, uno cuadrado para locos y otro más bien en "T" para las locas. Las habitaciones tenían en las puertas cerrojo y mirilla. Pronto contaron con 30-35 celdas por pabellón. Las camas eran de tablas, "postes", fijas y con "barandas", conformando un cajón para la paja.

En 1414-15 se amplió la iglesia, locales y espacios a los lados, con dos huertos donde los mismos "ingresados" cultivaban hortalizas y frutas para "uso interno". En 1427, Alfonso el Magnánimo da poder a la Cofradía para adquirir más solares y edificios, asimismo con derecho a expropiación forzosa. Se expandió hasta el edificio "Lonja de la Seda" y llega a "comunicar" con la calle del Hospital por una nueva puerta. En este espacio estuvo la casa del "vicari" y las del mayordomo y el "clavari".

Había algunas celdas especiales para "furiosos" que podían necesitar "camisa de baqueta", abrochada atrás. Cadenas, grillos y cepos no constan en "los libros" y es interesante señalar que, por ejemplo, en 1442, sólo dos de unos cincuenta ingresados estaban aislados en sus celdas. Como que, desde Jaume Roig (1471-74), se disponen "les gabies" a cierta altura y con la base inclinada, para poder lavar deyecciones e inmundicias, sin abrit, ni sacar al "furioso".

Había, en cada uno de los dos bloques construidos, una puerta principal de acceso, con cancela y otra, "excusada", por donde sacaban los "servidores", o vasos de obra que recogían "las necesidades", y que se vertían a las letrinas. En tal época no había retretes. Poco años después (1427) se suma una balsa, alimentada por un canal, con fines higiénicos ¿y terapéuticos? Y al año aparecen datos de una especie de cuarto de baño para hombres y otro para mujeres. Aparte de las renovaciones de ropa limpia y de raparles, sistemáticamente. Antoni Mestre fue el barbero durante casi cuatro décadas (1420-1457).

Otra mejora, en la que parece intervino también Jaume Roig, que además de médico y escritor famoso, desempeñó cargos de diputado y mayordomo, fue la toma desde la acequia de Favara de un importante canal de agua corriente, con ramas para cada dos cuartos o celdas (16 en número y de  $4,5 \times 1,75$  m), sobre el que se organizan las letrinas de las celdas-salas de "orats y de borts", incluidas las citadas "gabies" para los agitados.

En 1420 se organizó la primera cocina común. La alimentación, sin excluir la carne, se basaba en pescado, huevos abundantes (había "captaciones" expresas para éstos, sobre todo en Pascua), queso, arroz mezclado con trigo, gallina, frutas y legumbres. Los cofrades ofrecían frecuentes comidas extra a los "inocentes".

Para el personal directivo y funcionarios, se añadieron una sala de juntas y un despacho para mayordomo, de quien dependerá el personal "en nómina": el capellán, los médicos, el cirujano y un notario que asistía a las juntas y redactaba las actas, así como los contratos; más tarde, el boticario y otra para el "clavari". Así se fue cumpliendo la hospitalización de los "orats, folls e ignoscents". Se fueron sumando el "epistoler" o "conserge" con varios ayudantes y autoridad sobre los ingresados, los "serviciales" y los "limosneros" que "captaban" por la ciudad y pueblos, protegidos por el Privilegio Real y un decreto del obispo.

Curiosa y cambiante "clasificación" administrativa: primero se designaba "ignoscents" o "innocents" a los "asistidos", luego (1475) serán "folls" y a fines del XV (1494) aparece la palabra "orats". Sin embargo, algo se distinguía conceptualmente entre los llamados "folls" y "orats", que podían conducirse con más o menos agresividad, y los "ignoscents", de comportamiento mucho más pacífico. En el siglo XVI empiezan a llamarles "dementes", especialmente tras unirse en el Hospital General la mayoría de los hospitales de Valencia. Quizás, a semejanza de los "mentecaptos" del derecho romano, serían los menos recuperables. Sigue siendo un concepto vago, especialmente en el campo administrativo, y cercano al nombre más clásico de "orats".

Al fin, y dentro de la confusa clasificación funcional, se tiende a delimitar estos "orats" y "orades" (peligrosos y agitados) de los simples inofensivos, ignorantes del mal. Sobre estos últimos se centra la Cofradía de los Santos Inocentes, o de Santa María de los Inocentes.

Acabando el siglo XV se dan las ampliaciones necesarias para el salto a Hospital General. Se añaden a las estructuras para locos que, más o menos, permanecen, una sala de "borts" (que existía desde 1410) y las de "febres", "nafrats" y "mal gálico". Están registrados múltiples pagos a "obrsers de vila" (1483-93), que además de subir un piso a los pabellones para "orats" y "orades", construyeron un comedor, mejoraron la sala de capítulos para los diputados y las habitaciones para la dirección, nuevos porches, guardarropas, esta-



blos, etc. A principios del siglo XVI se anotan las compras de camas, con sábanas y colchones de lana ("llansols" y "frasades"), que sustituyen a las primitivas camas-cajones para la paja.

Se mantiene una cierta "clausura" sobre el terreno inicial "dels follis, orats e ignoscents" dentro del Hospital General, que acaba considerándose insuficiente y así, tras incorporar parte de la "polle-ria", junto al área de las locas, se levanta un muro, rematando la independencia entre esta zona y el resto del Hospital.

Con el tiempo, se admitieron enfermos crónicos o incurables, que antes, como los locos, no se aceptaban en ningún centro. Y la sentencia unificando los hospitales (1493) también "unifica" el trato hospitalario a todos los pobres, elegidos de Dios. A fines del siglo XV, ya camino del Hospital General, se proyecta y edifica los cruceros o "quadres", tal como aparecerán en los planos del Padre Tosca. Se precisaban salas para los grupos de "pestes, febres, nafrats, borts, mal de sement" y "orats". En realidad el hábitat de estos últimos cambió poco.

Primero se edificó la "Quadra de febres", el crucero completo, y a finales del XVI, desde 1588 hasta 1603 (pagos al "obrer de vila" Francesc Antón), el crucero incompleto. El límite fue el ramal de "l'Hospital de la acequia de Favara" o "Quadra del mal de siment".

Como precedente, estaba incluido que los tribunales enviaran a los presuntos criminales calificados como locos, para cuidarles, observarles y diagnosticarles. El loco se acepta como irresponsable. Los criterios del médico o de los compañeros de "gabia" eran determinantes para el dictamen final. Sin embargo y en tanto esta *Maison des fous* se destinaba a cuidar y eventualmente curar y recuperar a tales locos, no se veía demasiado bien este esperar y desear que curaran para castigarles; lo que no impedía cumplir rigurosamente con ellos.

Los cuidados médicos van mejorando, más reglamentados, a lo largo del siglo XV, en particular en sus últimos años, al convertirse en Hospital General. El "clavari" se ocuparía del cumplimiento de sus prescripciones y, desde 1420, el farmacéutico prepara y suministra los productos prescritos por médicos y cirujanos. Asimismo, los nombrados "Padre" y "Madre" de locos y locas se responsabilizan del respectivo cuidado, incluyendo: vestidos, limpieza, alimentos, rigurosas salidas de la "clausura", de la zona de locas, etc. Al mismo tiempo, evitan los riesgos por o entre dementes. Se deben añadir los

oficios y “serviciales” que son los panaderos, cocineros (hay una cocina especial para los “orats”), sastres, jardineros, encargados de “les gabies”, de los que van a “captar” por la ciudad y pueblos, etc. En algunas de estas actividades ayudan, y mucho, los mismos “orats” o, quizás mejor, los “ignocents”.

Acabando el siglo (1582), aumentan los “médicos de número” o “médicos ordinarios” del ya Hospital General a doce, que son nombrados “per els Jurats” bajo los criterios de bondad, capacidad y aptitud, incluidas las zonas de “Ignoscents, folls y orats”, que permanecen donde estaban, al ampliarse a Hospital General. Y recuerdan que, por la Constitución de 1512, el cirujano también adscrito a los locos debe “servir a los pobres dementes, afeitarles y darles los cuidados quirúrgicos necesarios”. Cobra por ello 25 libras al año.

En 1623, el Cirujano Mayor se cataloga al mismo nivel que el médico. Un bachiller hace de médico de guardia, aunque pronto será reemplazado por un médico diplomado, médico asistente, con residencia en el Hospital y acompañante obligado en las visitas médicas, que en el Hospital General se repite dos veces al día. También se responsabiliza del examen de los locos a su ingreso. El ritmo de visita es menor en las salas de “orats”, donde la obligación se limita a dos veces por semana. En la salas actúan otros “serviciales”.

A mitad de ese mismo siglo (1643), todas las plazas se ganan por oposición pública y con tribunal de examinadores. Por otra parte, los administradores aumentan los salarios para que se pase visita por las tardes.

## TRATO Y TRATAMIENTOS

Debemos subrayar, una vez más, que este Hospital de “Ignocents, Folls i Orats” era bastante más humano que un simple “aparcamiento de locos”, en cuanto su fin primordial era tanto guardarles y cuidarles, como *curarles*. Apenas hay alusiones al uso de medios represivos (cadenas, cepos, collares de hierro, etc.). En el artículo 79 de la Constitución de 1589 ya se establece clara y legalmente la prohibición de maltratarles.

Más o menos empíricamente se practicaba la rehabilitación por el trabajo. Lo hacían en hilaturas, especialmente las mujeres, y en las labores del mismo Hospital, contando para los hombres con un ta-

ller mecánico y los campos que lo rodeaban. Domina el principio, más o menos "legislado", de esa terapéutica por el trabajo y claros fines hacia la reinserción social.

Por muy inglesas que sean las denominaciones de *open door* o *non-restraint*, sólo son realidad allí desde finales del siglo XVIII y principios del XIX (John Connolly, 1794-1866), mientras en estas tierras llevaban más de tres siglos funcionando.

Comenzaban por vestirles con ropa nueva, en tanto se les "desnudaba del traje mundano" que llevaban al ingreso y se guardaba en depósito, para devolverlo, si se daba la feliz circunstancia de su curación; en algún caso, que se perdió, el interesado fue indemnizado. Consideraban que ese desnudar al que entraba era el inicio de su recuperación y se hacía con vistas a una ulterior reinserción social. El "rebedor dels pobres" les entregaba una "camisa", más o menos uniforme, elaborada en la institución, así como "calçers" ("espardeñes de careta" o "çabates") que se les cambiaban con frecuencia para reducir suciedad y mal olor. Se les afeitaba y bañaba regularmente (ya en 1421). A los "más activos, rasgadores de su ropa", se les daba "otra" confeccionada con piel de vaca.

Constaba su ingreso en "el Llibre", con nombre, más el mote, o el pueblo, o la región e incluso el país de procedencia. Algunas veces, señalando sus defectos físicos (cojo, tuerto, jorobado, etc.). También se exigía algún documento, certificado o la presencia de testigos.

Hay consignadas en los libros compras de "hierros" (rejas, cepos, cadenas, etc.), si bien muy escasas y en descenso, a la par que aumentan los ingresos de locos. Apenas a la mitad de los hombres y menos de esa mitad las mujeres, más agresivos, se les ingresaba y aislaba, para frenarles, en las celdas, "gabies" o cuartos, usando, en algún caso, esos medios de contención mecánica. Posiblemente se facilitan otras formas "más médicas" de "calmar als orats". En los libros de farmacia están anotados: alcanfor en ungüentos, el almizcle, el "cascall", atanasia (opio), como narcótico, el jarabe de absenta (somniafero), triaca de citro, tragacanto, "falzia", eléboro negro (anti-humor negro), etc.; el beleño y la belladona aparecen a fines del XVII. En ningún tiempo superan los fines de aislar a los de curar.

Y en esta línea, las "salidas" de los ingresados eran frecuentes, como la libertad de visitarles y no sólo por familiares. Según el cronista Carreres Zacarés, en los meses de verano iban a la playa para

tomar baños. Prácticas anticipadas, varias centurias, a los citados *open door* y *non restraint*, de los trabajos de Connolly.

La fama de este centro en el tratamiento de los locos trascendía a la literatura (siglos XVI y XVII). Así, Lope de Vega escribió *El peregrino en su patria* (1604) y *Los locos de Valencia* (1620), comentando que se desarrollaban en “un célebre Hospital de Valencia donde tras la curación de diversas enfermedades se esfuerzan en cuidar las del entendimiento”. El personaje Valerio dice: “Tiene Valencia un hospital famoso / adonde los frenéticos se curan / con gran limpieza y celo cuidadoso”. Y el personaje Caballero afirma: “...por una de las siete maravillas / que la piedad en este mundo ha hecho”.

En el Hospital actuaban, con toda libertad, los más celebres médicos, como Bartolomé Martí (1436-61) y Jaume Roig (1462-78, año en que fallece) y que fueron examinadores, Martí Borrell (1489) y Lluís Alcanyis (1491), también examinador. Siguen Pere Martí, S. Abril, L. Orunyo, H. Bettí, ya “del Hospital General” y en el XVI.

Recordemos y clarifiquemos sobre estos examinadores que, tras las Cortes valencianas de 1329, Alfonso el Benigno ya estableció, en los *Furs*, la norma reguladora del ejercicio profesional: la “*venia practicandi*”, con exigencia de título universitario y examen ante tribunal de examinadores. Además, en el Reino de Valencia, gracias a la influencia árabe y judía de “abajo”, se hacían por igual a médicos y cirujanos. Incluso el tribunal estaba constituido por dos médicos y dos cirujanos examinadores, nombrados por el Consejo de la Ciudad.

Pragmatismo y permisividad se dan a cada paso, porque tras la prueba, sigue el juramento ante el Justicia, que se “escenificaba”, según religión: con la mano derecha sobre los Evangelios, los cristianos, cara a la Meca y sobre el Corán para los árabes y ante el Antiguo Testamento los judíos.

Al acabar el siglo XVII, los administradores refuerzan la vigilancia sobre los tratamientos de los locos, afirmando que su ingreso y encierro no debe oscurecer la vocación del hospital de curarles, de lograr la recuperación de su salud. El *Sumari* de 1695, como los documentos de 1589 y 1660, resumen las obligaciones de médicos, cirujano y “boticari”, insistiendo en el trato a los “orats”, y reiteran la palabra *curación* y las frases como “recuperar la salud” o “cuidados para su curación”, etc. La visita reúne examen de pulso y de orina y prescribir el correspondiente tratamiento, con los “Padres” dis-

ciplinados, para que se cumplan las indicaciones y que cada loco se tome la medicación correspondiente

Al fin, la asistencia, señalada y obligada según los Privilegios de Martín el Humano en 1410, que en la época se hacía por los métodos hipocrático y galénico, es decir, en base a los desvíos de los humores, en especial del melancólico sobre el cerebro, etc. De ahí las purgas y laxantes (agar, ruibarbo), incluso sangrías, seguidas de especiales alimentos: aves, sardinas saladas, lechugas, legumbres del jardín botánico del Hospital, etc. También preocupaban el humor biliar y sus obstrucciones, y se cuidaban las afecciones intercurrentes, así como las venéreas (ungüentos de mercurio) y tiñas, todos servidos por el “boticari” y ajustado a las normas del Colegio de “Apothecaires” de Valencia.

Aparte el uso de *sedativos*, más arriba mencionados y que eran los ortodoxos de la época. Sin las “locuras” de partir un pichón y colocarlo, chorreando sangre, a ambos lados de la cabeza del enfermo u otras muchas variantes de pura brujería.

Y, subrayada, la *terapéutica ocupacional* y el *ejercicio higiénico*, con valor de arrepentimiento, etc., porque los fundadores eran comerciantes burgueses, de los que “salían” tanto los “jurats en cap” como los diputados (mayordomos y “clavaris”) del Hospital. Todos, en cierta forma y más o menos conscientes, seguían las ideas del Padre Eximenis (1383) sobre la regeneración por el trabajo (“hasta las nobles y ricas deben hilar”) y que precedían, en más de un siglo, a Juan Luis Vives (1526).

De alguna manera, *sustituían la pobreza por el trabajo* y sin más lo aplican a estos “ignocents”, como se hacía desde 1490 a los disminuidos físicos, fueran ciegos, cojos, etc., que se admitían en el Hospital, y es uno de los motivos por los que se “ensanchó”. Y, repetimos, todo esto sucede *siglos antes de que Europa legislara la recuperación por el trabajo*.<sup>11</sup>

Desde sus comienzos (1420), el lema “trabajo” privó en nuestro “Hospital dels folls, orats e ignoscents”. Las mujeres, como hilanderas o con bolillos sobre el lino y la estopa, evitaban el ocio, facilitaban que terceros confeccionasen ropa para los internos, buena forma de ahorro, ya que el lino era más barato y la ulterior confección también. Lo que no excluía ayudas a las “veladoras” en la atención

<sup>11</sup> J. M. LÓPEZ PIÑERO (2004), p. 27-29.

de los hospitalizados, ni que ambos sexos se implicaran en actividades de transporte y en huertas y talleres, dentro de la diversidad hospitalaria. Mano de obra válida en todo momento y obligada para los enfermos y enfermas, considerados "aptos para trabajar". El cuidado espiritual estaba a cargo de un vicario con un sacristán.

Como inciso, subrayamos que los diputados y los "jurats en cap" eran mercaderes y conocían la importancia del tiempo y la dedicación. Era lógico que, en el terreno de la actividad médica, imperase el pragmatismo administrativo funcional y se exigiera la "plena dedicación" especialmente a los cirujanos: "no puga tenir botiga parada en la presente ciutat de Valencia sino es la que tindra per a servici del Espital, dins de aquell". Se apoyaba la consulta externa, fomentando los tratamientos ambulatorios y la "corta estancia", "per a curar los plagats que de fora del Espital podrien venir a curarse", "ab lo cual se escussaria el gasto que hui te l'Espital ... pels detenguts en els llits".

Punto aparte y como intermedio, en la suma de trabajo, diversión y terapéutica, merecen las "recaudaciones mediante limosnas", que fueron autorizadas por el Papa y por Alfonso el Magnánimo. Llevadas a cabo por aquellos "locos compatibles" que, con un humilde y simbólico asno, y acompañados por un empleado del Hospital a caballo, muchas veces contratado a estos efectos, cumplían como "limosneros" de especies: pan y huevos en particular o moneda, tanto en la calle, como en las cajas de las parroquias y en los pueblos próximos. "Salían, tras el desayuno, por parejas, y con un pequeño asno, adornados, vistosos y con cruces verdes" que también llevaban los "captaors" en el gorro. Tal vestimenta solía combinar dos colores fuertes, la mayoría azul y amarillo que, al parecer, eran los del blasón del Padre Jofré, si bien el amarillo significaba separación y repulsión y el azul, oficio vil.

"Captaben" para el Hospital y suponía una pequeña fuente de ingresos (< 5%), como consta en los libros de cuentas, pero, sobre todo, constituía una positiva costumbre, inductora a compasión y respeto, una presentación singular y simpática de estos "habitantes" del Hospital de los Inocentes a la sociedad valenciana. Es el camino de la caridad, por el cual ésta supera la antigua reacción de rechazo. Al mismo tiempo, traje y función se aceptaban como señales de renovación y de recuperación mental, desde aquel "inicio desnudo" del ingreso, andando hacia una posible curación.

## RECUPERACIÓN POR VÍA FESTIVA

Desde 1409 hasta fines del siglo XVII, hay datos abundantes de la participación de los locos en las fiestas valencianas (Inocentes, Navidad y Pascua), de unos "locos" que así iban siendo considerados personas dignas de asistencia y socorro.

De siempre, surge y se mantiene una tendencia a esta "presentación" social, sobre todo en fiestas y procesiones, donde también salían al "acapte" o "captar". Vestidos con las llamativas blusas, ya anotadas, se sumaban a un personaje burlesco llamado el "bisbet" o pequeño obispo, "obispillo de los Santos Inocentes", con mitra en rojo y blanco, que aparecía en los grandes festejos, montando en su asno, con su corte de locos y llevando un pequeño cofre para recoger las limosnas. No es una burla de instituciones serias, sino una *mise en scène* por los "innocents-folls", que así se expresan delante del pueblo, facilitando la aceptación de esa realidad patológica que es la locura. "Sólo los niños y los locos dicen la verdad". Sin omitir que, en alguna de estas fiestas, la recaudación se acercaba a las mil libras.

Aprovechan las mayores, como Navidad, con sus "estrenas" y aguinaldos, dulces de nuez y almendra, turrone, etc., y los huevos en la Pascua, de los que se recogían casi un millar. Eran fiestas de niños e "ignoscents", que se equiparaban a ellos. Lo mismo participaban con los "porrats", en las pequeñas ferias de los grandes santos, valencianos o no. Es en San Vicente (Almoyna y calle de San Vicente), pero también con las de San Pedro (poblados marítimos), San Blas (Ruzafa), San Antonio (Sagunto), Santa Lucía (junto a su iglesia, en el Hospital). A fines del XVI se añaden a los Carnavales, hay obras literarias sobre "los locos del Carnaval", en especial "su martes", en que les acompañaba el tesorero y otros miembros de la Cofradía, y la fiesta de los locos era el máximo. Se les muestra y celebra, se les exhibe como testigos del buen hacer de la institución.

Parece que sus trajes brillantes los empleaban igualmente los "momos" de la Procesión del Corpus, a partir de 1586. Eran como bufones "mímicos" en una mascarada, vestidos con los hábitos de los locos, con más o menos fines satíricos y danzando alrededor de la "Moma", que simboliza la virtud, mientras los "momos", que son los pecados capitales, irían en la "Roca Diablera" (construida en 1511). Sus vestimentas, amarillas y azules, y los casquetes, granates y

azules, figuran en el inventario de bienes de estos "ignocents", como otras vestimentas policromas. Quizás se quiere representar que la virtud vence al mal, a la locura. Son la diversión inicial, en la ordenación de las procesiones.

Siguen estos "ignoscents" en las fiestas y procesiones, paseos colectivos, corridas de toros e incluso "representaciones teatrales" y en especial en las más célebres: la incorporación de Portugal con Felipe II y el restablecimiento de la salud del monarca (9 de octubre de 1580); la promulgación del dogma de la Inmaculada (1622) en cuya procesión van en carros de locos con flores y murta, según la norma jerárquica de Corpus, prueba de la integración social de estos *orats*; el bicentenario de las canonizaciones de San Vicente Ferrer (1655), con sus representaciones iniciadas en el Convento de Santo Domingo (herejía y locura, exorcismos, reconciliación, etc.), y de Santo Tomás de Villanueva (1659), bienhechor del Hospital, en el cual desfilan en procesión la Compañía del Centenar de la Ploma, la Señera y, tras los carros de gitanos y paisanos, dos de locos y un último de niños "de San Vicente"; y el nacimiento del príncipe Carlos (1661), con similar cortejo, más otros dos carros, uno con mujer y el niño que acaba de nacer y otro con los niños "borts", asistidos en el Hospital.

En la crónica de Nicolás Crehuades se lee: "De la cordura con que los locos regocijaron nuestras fiestas y de las que ellos hicieron en su casa".<sup>12</sup> La "fiesta de los locos" (1622) comienza con el desfile de tres carros triunfales: uno de locas, otro de locos y un tercero de niños vestidos de ángeles. "Expresan la reversibilidad de la locura-sabiduría por la del sexo, contra la soberbia, con burlas de reyes, monarcas efímeros y la inocencia, versión sacra del loco, aureola que permite colocarles bajo el manto de la Virgen de los Santos Inocentes y Desamparados".

Igual las organizadas en el recinto hospitalario, porque los locos, presentados a los ciudadanos, bien vistos, invitan a su vez a éstos a sus fiestas hospitalarias, de los santos del Centro, los de sus salas, en muchas de las cuales el apóstol o santo protagonista de la fiesta era interpretado por uno de los ingresados.

Las había especiales, como la ceremonia del lavado de pies, incluida en la Constitución de la Cofradía para el Jueves Santo, en cuyo día aparecían en la iglesia doce locos y los diez diputados. Se arrodia-

<sup>12</sup> Título del Capítulo XII.



llaban y cumplían el lavatorio; más tarde, se sumarían sus esposas. Todo con asistencia de invitados, más colecta, por grupos de locos con faroles, por la ciudad y sus iglesias y... "pitanza" posterior para todos.

Quizás convenga subrayar que estas celebraciones no fueron escalonadas y lentas "adquisiciones". Tan pronto como el año 1411, los patronos del Hospital ya les obsequiaban, los días de Santos Inocentes, Navidad y Pascua, con "pitanzas", que incluían cabrito, cordero y vino, con una asombrosa cifra de cántaros.

En esos días de los santos y santas importantes, se "normalizaron" hasta ocho "pitanzas", exactamente el fruto de dos dejas-rentas de los señores Ballester y Agulló, para, respectivamente, seis y dos comidas al año (1414). En el Libro de la Real Cofradía, se lee el orden y contenido base de las mismas:

"Lorde de la primera pietança se deu fer el día de Sant Maçjá, faent la dita pietança de gallines; la segona ... el día de Santa M<sup>a</sup> de Març, de peix; la terça ... día Santa Creu de cabrits e vedella; la quarta ... de Sant Pere ... de anedes; la cinquena lo día de Santa M<sup>a</sup> d'Agost, de vedella; la sisena ... Sant Miquel de gallines e de vedella; la setena Sant Andreu, de gallines; la huitena lo día dels Ignoscents, de gallines".

Algunas coincidían con remembranzas significativas: el día de San Pedro, que con sus múltiples encierros encadenado simbolizaba la reversibilidad; el de San Matías, el apóstol que reemplazó a Judas, también acababan comiendo, porque tanto los locos como los condenados a muerte quedaban "algo" relevados de su ignominia por la celebración a este apóstol. Algo parecido ocurría en la fiesta de San Miguel, que anunció a la Virgen su próxima muerte. Parece que este santo era el encargado de pesar el alma de los muertos, etc. Son una especie de "psicopompa".

El Hospital de "Folls, Orats e Ignoscents" no fue, ni en sus inicios, que son los del siglo XV, una cárcel de represión o aislamiento, sino "un lugar donde se intentaba su metamorfosis, la reducción de sus discordancias y la constante representación de una imagen positiva de los locos". Eran guardados, contenidos, asistidos y cuidados. "La vieja inquietante imagen de estos alienados cambia por diversas medidas, entre las que la risa, resaltando la inocencia, no juega papel menor". Si primero eran segregados, liberados de su vestimenta y vida anterior, para después ir cambiando la mente, a la par que usa-

ban una nueva y brillante indumentaria, luchando por su reinserción. Se supera el terror al loco, llegando a dejarles llevar el Santísimo en alguna procesión. “Una de las siete maravillas que la piedad ha hecho” (Lope de Vega). Fue mucho más y mucho antes (siglos) que el *non-restraint* y el *open door*.

Su participación en los acontecimientos de la ciudad, sus cuestiones, etc. tienen el fundamento de una siempre deseada reintegración a la normalidad. Sólo una parte quedaban reclusos en la Casa. Costumbres que desgraciadamente disminuyeron en los siglos XVII y XVIII.

A partir de 1696, el Visitador Real deshace gran parte de esta organización. Ya Felipe II, en el siglo XVI, había prohibido los estudios médicos fuera de sus reinos, al mismo tiempo que exigía, para hacerlos, limpieza de sangre... traducido en descenso de la calidad, incluso de la cantidad de actividades médicas.

## BIBLIOGRAFÍA

- R. CAMPOS FILLIOL, *Crónica de la Facultad de Medicina de Valencia (de 1866 a 1946)*, Valencia, Real Academia de Medicina, 1955.
- B. CASSINELLI, *Histoire de la folie*. Avec préface de H. Donnedieu de Vabres, Paris, 1939.
- De Hospitium. Folls i malalts: L'Hospital General de Valencia*, Valencia, Ajuntament de Valencia, 2002.
- Dietari del Capellá d'Anfos el Magnánim. Introducció, notes i transcripció per Josep Sanchís i Sivera*, Valencia, Acció Bibliogràfica Valenciana, 1932.
- F. DOMINGO SIMÓ, Sobre el “Hospital de Folls e Ignoscents” del P. Jofré en Valencia (la institución psiquiátrica más antigua del mundo), *Archivos de Neurobiología*, 17 (1954), 105-114.
- J. ESPINOSA IBORRA, Un testimonio de la influencia de la Psiquiatría española de la Ilustración en la obra de Pinel ..., *Asclepio*, 16 (1966), 179-182.
- M. GALLENT MARCO, *La asistencia sanitaria en Valencia (1400-1512)*, tesis doctoral, Valencia, 1987.
- J. GINÉ Y PARTAGÁS, *Lecciones sobre Historia de la Medicina ...*, Barcelona, Establecimiento Tipográfico de José Cunill, 1869.
- J. GINÉ Y PARTAGÁS, *Tratado teórico-práctico de Frenopatología ...*, Madrid, Moya y Plaza, 1876.
- E. JIMÉNEZ VALDIVIESO, *El Hospital de Valencia*, Valencia, Diputación Provincial, 1907.
- F. LOPE DE VEGA CARPIO, *El peregrino en su patria (1604)*. Madrid, Clásicos Castalia, 1973.
- F. LOPE DE VEGA CARPIO, *Los locos de Valencia*, Madrid, Aguilar, 1966.

- J. M. LÓPEZ PIÑERO, *Medicina, historia, sociedad. Antología de clásicos médicos*, Barcelona, Ariel, 1969.
- J. M. LÓPEZ PIÑERO, *La medicina y las ciencias biológicas en la historia valenciana*, Valencia, Ajuntament de Valencia, 2004.
- M. L. LÓPEZ TERRADA, *El Hospital General de Valencia en el siglo XVI*, tesis doctoral, Valencia, 1987.
- F. MARCO MERENCIANO, Vida y obra del Padre Jofré, fundador del primer manicomio del mundo, año 1409, *Archivos Iberoamericanos de Historia de la Medicina*, 2 (1950), 305-359.
- J. RODRIGO PERTEGÁS, *Obra histórica de la antigua y Real Cofradía de Nuestra Sra. de los Santos Inocentes, Mártires y Desamparados, de la venerada Imagen y de su Capilla*, Valencia, Imp. Hijo de F. Vives Mora, 1922.
- J. RODRIGO PERTEGÁS, Hospitales de Valencia en el siglo XV, *Boletín de la Real Academia de la Historia*, 90 (1927), 561-602.
- A. RUBIO VELA, Una fundación burguesa en la Valencia medieval: el Hospital de En Clapers, *Dynamis*, 1 (1981), 17-49.
- J. SEMPERE CORBÍ, *Cómo nació, cómo era, cómo funcionaba el "Hospital dels Folls de Sancta Maria dels Ignoscents"*, Valencia, Real Academia de Medicina, 1959.
- H. TROPÉ, *Folie et Société à Valence (XVe-XVIIe siècles): Les fous de l'Hôpital des Innocents (1409-1512) et de l'Hôpital Général (1512-1699)*, tesis doctoral, Université de la Sorbonne, Paris III, 1993.
- J. R. ZARAGOZA RUBIRA, Breve historia de los hospitales valencianos, *Medicina Española*, 47 (1962), 152-160, 237-246.

## Pre-estructuras hospitalarias

---

### DATOS HISTÓRICOS HOSPITALARIOS

Parece bastante probado<sup>1</sup> que la predicación cuaresmal del P. Jofré en la Catedral, concretamente el sermón del 24-II-1409, tras ver cómo apedreaban a unos jóvenes “innocents” delante de su puerta, versó sobre la necesaria protección de estas gentes. Lorenzo Salóm promueve, con diez “hombres buenos”, la construcción de un Hospital para “els Ignocents”. Y así surgió el más que probable primer manicomio del mundo con tratamiento médico a los ingresados. El inglés de Bethlehem construido en Londres en 1377 no era exclusivo para alienados, ni planteaba sobre ellos actuaciones médicas, “solo los encerraban”.<sup>2</sup>

Comienza a edificarse el “Hospital dels Ignoscents, Folls i Orats” el mismo año 1409, junto a la muralla, actual calle de Guillén de Castro, frente a su puerta de Torrent. Se construyeron dos pabellones distintos, para hombres y mujeres, más una iglesia, Sala de Juntas y un despacho para el mayordomo (de quien dependerá el personal del centro). Su Constitución fue aprobada por el rey don Martín, el 30 de octubre de 1410. Constaban “en nómina” el capellán, los médicos, el cirujano y un notario (ver “Antecedentes”, pp. 9-31).

Años después, 1482, en los inicios de la Edad Moderna, el movimiento pro-reunión de pequeños hospitales u hospicios confesiona-

<sup>1</sup> *Hospital Real y General de Valencia*, Ed. Claritas, 1948.

<sup>2</sup> ALMELA, p. 45.

les o laicos, dispersos por la ciudad, es apoyada por la Sentencia Arbitral de Fernando el Católico en esa dirección y para las tres ciudades de la Corona de Aragón, Zaragoza, Barcelona y Valencia, al fin serán: Nuestra Sra. de Gracia, La Santa Creu y el Hospital General, respectivamente. El camino se recorre sin prisas y en 1512 se completa, en Valencia, el acuerdo de absorberles en el "Hospital dels Innocents, Folls y Orats"; y aun así, fuimos avanzados en esa Corona de Aragón. Tienen la aprobación del Consejo de la Ciudad, apoyo en cuatro bulas de Benedicto XIII (26-II y 4-III-1410) y privilegios civiles del rey D. Martín (15-III).

Hospital laico, desde sus comienzos en 1409, es conducido estatutariamente por mercaderes o ciudadanos-burgueses, los llamados diputados y "no por eclesiásticos, ni caballeros, juristas o notarios". En todo momento fue institución autónoma del Poder Real y de la Iglesia, condición que conservará hasta finales del XVIII.<sup>34</sup>

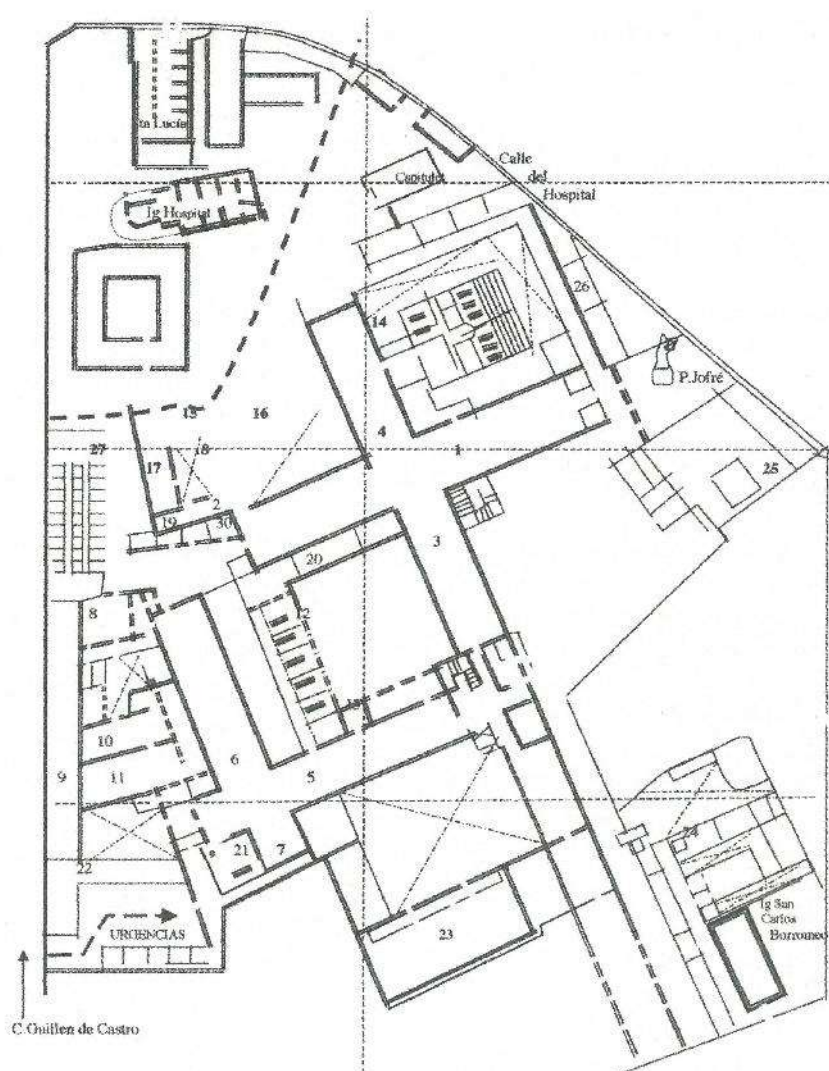
Debemos señalar que es en este, nuestro Hospital, donde se inicia la devoción a la Virgen bajo la advocación de Inocentes y Desamparados, que poco después sería la Virgen de los Desamparados, patrona de Valencia.

Hubo necesidad de reconstrucciones y renovaciones de material porque sufrió dos incendios. El primero a mediados del XVI (1545) y el segundo a principios del XVII (7-II-1610). Tras el primero, el arzobispo Tomás de Villanueva dio para su reconstrucción 4.000 libras que iban destinadas a la reforma del Palacio Arzobispal, y se rehízo sobre 500.000 "palmos cuadrados" y según un cálculo que prevé 25 camas por sala y 75 m<sup>3</sup> de volumen-aire por cada enfermo. Un primer crucero o "quadra de febres" y a finales del siglo XVI (1588, hasta 1603) el segundo e incompleto crucero, "quadra de mal de siment" (limitado por el "braç de l'Hospital" de la acequia de Favara).

\* \* \*

<sup>3</sup> M. GALLENTE, *La asistencia sanitaria en Valencia 1400-1512*, Universidad de Valencia, 1987.

<sup>4</sup> M<sup>a</sup> Luz LÓPEZ TERRADA, *El Hospital General de Valencia, siglo XVI*, tesis doctoral, Universidad de Valencia, 1987.



Hospital General (plano del Padre Tosca, 1700)

1. Padre Jofré. 2. B. Juan de Ribera. 3. S. Luis Beltrán. 4. S. Vte Ferrer, S. Ponciano. S. Fco. Javier, Sta. Luisa Marillach, Santa Ana (mujeres). 5. Santísimo Cristo. 6. San Miguel. 7. S. Luis Gonzaga. 8. Santa Balbina. 9. Niños-niñas. 10. Sta. Lucía. 11. S. José y S. Lázaro. 12. Quirófanos del Hospital. 13. Sala S. Rafael. 14. Quirófanos Facultad + Anfiteatro. 15. La Milagrosa. 16. Virgen de los Dolores. 17. San Enrique. 18. del Carmen. 19. Ángel de la Guardia. 20. San Pascual. 21. Quirófano Puerta. 22. Laboratorios. 23. Lavanderías + Comedor. 24. Policlínicas. 25. Farmacia, Convalecencia, Capellán. 26. Policlínicas. 27. Baños. 28. Guardia-Tropa Médico Guardia, Lavandería, Dormitorios sanitarios, Autopsias, Biblioteca, Portería. 29. Almacén, Despensa, Cocinas

ORGANIZACIONES DE CIRUJANOS Y MÉDICOS. ESTUDI GENERAL.  
HOSPITAL-FACULTAD

Las organizaciones médicas se inician por la de los cirujanos, son los *mutatabbib* valencianos, de “ropa no tan corta” como los barberos europeos. Eran más cirujanos porque la “vertiente quirúrgica” avanza y se desarrolla con preferencia por este “corredor” mediterráneo, gracias a la influencia árabe y la necesidad de “una práctica hospitalaria”. Ya en 1623 el cirujano mayor del Hospital sube oficialmente el mismo nivel que el médico y veinte años después las plazas se convocan por oposición pública ante un tribunal con dos médicos y dos cirujanos (ya establecida en los *Furs y Privilegis* títol XXIII “dels Metges, Chirurgians y Apothecaris”: “...sient elects dos Chirurgians per examinadors los quals ab los dos Metges examinen als Chirurgians”).<sup>5</sup>

Por el contrario, son esas mismas costumbres árabe-judías las que dificultan o retrasan el establecimiento del Estudi General o Universidad (bula de Inocencio IV de 1247), al prevalecer la docencia médica interpersonal, maestro-discípulo, el llamado “afermament” árabe-judío.

Consecuentes con estos criterios, prefiriendo la enseñanza directa interpersonal, los médicos, la “vertiente médica”, más ancha, rechazó la organizada, negándose a la bula de Inocencio IV pro Estudi General. Nos quedamos sin la Universidad, que pudimos tener ya el año 1247, apenas un lustro después de la de Montpellier donde sí se aceptó una bula similar, del mismo Papa, en 1242. Y así, aquí nos quedamos “a la luna de Valencia” por más de dos siglos, y los médicos valencianos iban a, venían de, o estaban en Montpellier, como docentes o discentes, ciudad que, en esas fechas, formaba parte de la Corona de Aragón.

Un par de siglos “madurando”, desde el “afermament” y la presión añadida de una nueva bula del papa valenciano Alejandro VI, en 1502, da paso a la enseñanza colectiva, en un Estudi General valenciano. A él se incorpora la Escuela de Cirujanos, parte al menos, con el Profesor Lluys Alacanyes como catedrático de, quizá, la primera cátedra de Cirugía en Europa (ya se anotó que en la calle Requena y casi en terrenos del viejo Hospital, se lee en la pared de uno de sus edificios: “Rl. Academia de Zirvgia del Hospital de Valencia”).

<sup>5</sup> Pere J. TARAÇONA (1580), Valencia, Del Senia al Segura, 1976, p. 161.

Acontecimiento casi coincidente con la citada agrupación de los diversos-dispersos hospitales valencianos en el de "Ignocents, Folls y Orats" y bajo el nombre de Hospital General (1512).<sup>6</sup>

Era lógico que la Facultad de ese Estudi se acoplara en el edificio del Hospital General. Tanto más cuanto que el Estudi era, como la Escuela de Cirugía, del Municipio y el Hospital General estaba apoyado por el Consejo de la Ciudad. Aunque adaptándose a un cierto desorden, diseminados por distintos locales del mismo, lo que era más factible en esos años, en que la Cátedra sólo era un asiento elevado, desde el que se "dictaban textos clásicos". "Había un Aula-Cátedra en la enfermería de hombres, donde hoy está la sala S. Rafael y el área de esterilización (de los llamados quirófanos del Hospital), otra estaba junto a la enfermería-calabozo, desaparecida, así como de la vaquería, en cuyos terrenos estuvo el Departamento de Electrorradiología y una sala de Respiratorio".<sup>7</sup>

Cuando las disecciones anatómicas requieren un lugar adecuado para su docencia, se construye un "Anfiteatro anatómico, parecido al actual y en la misma área donde después se montarían los conocidos como quirófanos de Facultad". La fecha se desconoce, pero en 1611, consta ya una reforma del mismo, en tanto el primer anfiteatro en Francia es de 1694 (en el Colegio de Cirujanos de San Cosme).

La Cátedra d'Herbes (1501) tuvo también un "mini-botánico", en los jardines del Hospital y gracias al catedrático Juan Plaza en 1567 (luego hubo otros sucesivos en la calle de Sagunto, en Puzol y al fin, pasó a la Universidad).

Esta dispersión no frenó el desarrollo científico-docente y nuestra Facultad suma, en pocos años, 8 y hasta 12 cátedras (4 catedrillas), al nivel de Bolonia. Con la de Cirugía, que precedió en un siglo a la de Salamanca y en dos a la de Oxford.

\* \* \*

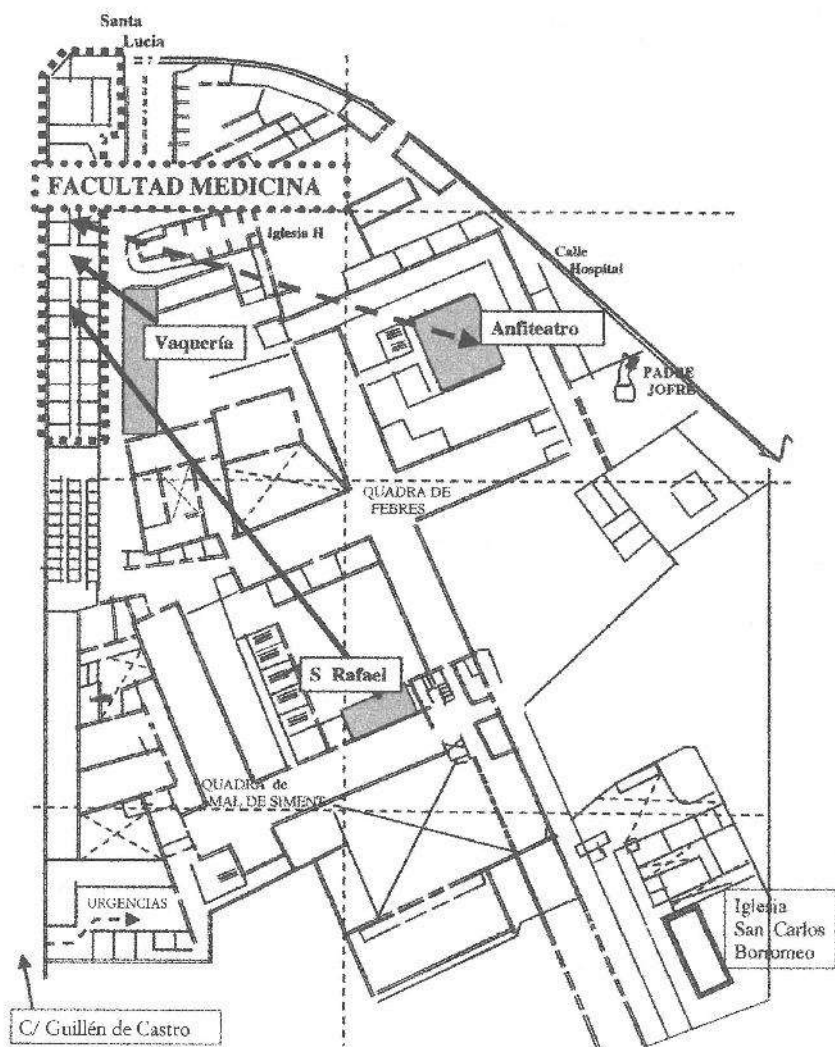
Mientras, en el Hospital hay propuestas de reformas por una serie de deficiencias;<sup>8</sup> se reconoce la amplitud e iluminación de las salas

<sup>6</sup> R. I. BURNS (1982), *El Reino de Valencia, siglo XIII*, pp. 528-558.

<sup>7</sup> Discurso de entrada del Académico Dr. Campos Fillol (R. Acad. Medicina Valencia), p. 7.

<sup>8</sup> *Lechón*, Gaceta de los Hospitales 1881-82, "Reformas de nuestro Hospital Provincial", pp. 35 y sucesivas.





Facultad de Medicina. Unificación de locales dispersos por el Hospital General (1882)

de los nuevos cruceros construidos tras el incendio de 1545 pero añadiendo que su ventilación se ve empobrecida por las construcciones colindantes (habitaciones para practicantes, para sacerdotes, incluso para la Real Academia de Medicina). Algo alivió el traslado del manicomio al ex-convento de Jesús, el “hueco” que deja se ocupa por enfermos de venéreas. Faltan comedores y no hay salas de

curas, ni despachos. El paciente tiene la cama, una mesita de hierro y el "sillico". Se mezclan enfermos con procesos contagiosos y otros que no lo son. Hay baños, pero con simultáneo uso público, lo que hace problemático intercalar los enfermos, que han de ir a horas intempestivas. "Humedades y pestilenciales emanaciones" proceden de alcantarillas mal impermeabilizadas, al tiempo que no hay letrinas inodoras, ni aseos.

También se señala la falta de "ascensorios", con lo que el "ascenso" al piso alto, sobre todo en camilla, es complejo por escaleras no demasiado anchas. Se añade un "pabellón de operar a teja vana", con lo que su temperatura es, prácticamente, la del medio ambiente. El material de "curación" y el quirúrgico han mejorado, pero no se respetan, lo que debieran, los principios de Guerin y Lister.

La "convalecencia" está dentro del mismo Hospital y sólo para enfermos de médica, no para los quirúrgicos. Asimismo lo están la inclusa y la maternidad, en un Hospital que alberga una media de 400 enfermos. Es el eterno problema de los crónicos e incurables, para los que no hay un centro específico.

\* \* \*

Durante casi tres siglos funcionó esta simbiosis, Hospital-Facultad, pero las crecientes necesidades docentes de la Facultad plantearon problemas de más espacio, incluso de otro edificio (ver "Pre-convencios").

A fines del XIX, el Rector Pérez Pujol, con el Decano Fernando de Vida y el secretario Ferrer y Viñerta (1872) piden un local adecuado próximo al hospital, donde se pudieran reunir todos los servicios-aulas y dependencias de la Facultad. Se realizan gestiones con la Dirección del Hospital y Comisiones de Beneficencia e Instrucción Pública de la Diputación para que todos esos servicios fueran agrupados en un local-edificio, de nueva construcción, en la mitad del solar proyectado con destino a baños, respetando el anfiteatro. Interfiere un grupo partidario de conseguir, para Facultad, el edificio-cuartel vecino, Cuartel del Refugio, o el del Pilar (1874), pero la autoridad militar se negó, en ambos casos, ante la comisión: Dres. Navarro, Ferrer y Julve y Ferrer y Viñerta. Ya sólo cabía "volver" a los "baños", cuya construcción estaba interrumpida; ahora con mejor resultado.

Concretamente: permutar los locales actuales por la mitad de "ba-

ños" (nuevo edificio en la 1/2 del solar de baños). Intervienen el Director, Francisco Torres, y el Rector, José Montserrat, cuyos oficios ante un "favorable" Presidente de la Diputación (el Marqués de Cáceres, que había sido Rector), la Comisión Provincial y el Gobernador Civil logran su objetivo.

La respuesta de la Diputación llega a la Junta de Facultad del 17 de marzo de 1875, presidida por el Decano accidental Dr. Francisco Navarro y dice: "El Sr. Gobernador ... en vista de un comunicado del Sr. Rector José Montserrat, manifestando los deseos del Claustro de la Facultad de Medicina, de permutar los locales que la misma ocupa actualmente en el Hospital, por una mitad del edificio en construcción destinado a Baños, a fin de poder reunir en un solo local las diversas dependencias de la misma, hoy diseminadas por distintos puntos del establecimiento, lo que reportaría considerables ventajas, tanto a dicha Facultad como al Hospital y a la vista del informe que sobre el particular ha emitido el Director del expresado Hospicio, la Diputación, en sesión celebrada el día de ayer acordó acceder a la petición del Claustro de la Facultad, permutando los locales que el mismo ocupa actualmente en varios puntos del Hospital como son las dos cátedras contiguas a la enfermería de hombres, otras junto a la enfermería-calabozo, el Gabinete anatómico situado junto al ropero y el anfiteatro, que se halla en el centro del jardín, por la mitad derecha del edificio en construcción para los Baños Hidroterápicos situado al extremo del Hospital, confinando con la ronda, hecha excepción del vestíbulo de entrada que se reserva el Hospital y del local -depósito de cadáveres, sufragando la Universidad todos los gastos" (aparte de aclarar la legalidad con que se invirtieron los caudales de la provincia en dichas obras de los baños).

Los presentes expresan su satisfacción por la conducta desinteresada de la Diputación y ruegan al Sr. Decano dé las gracias del Claustro al Sr. Marqués de Cáceres, con la gratitud por ver reunidos sus locales.

El arquitecto Sr. Monleón (encargado en 1875) presenta los planos ante el Claustro en el año 1882, siendo Rector el Dr. Ferrer y Viñerta. La construcción también sería lenta.

El aumento de las necesidades docentes a nivel clínico crea más y más conflictos entre "ambos bandos". "Desde que empezaron a ensancharse, en el H. Gral., las Clínicas de la F. de Medicina hay más agobios" ..., las consignaciones son insuficientes (1905) y, como he-

mos constatado en el capítulo anterior, “hasta tanto ... no se establezca la oportuna separación entre los Hospitales Provinciales y Clínicos ... el problema seguirá en pie, amenazando con hacer la vida imposible a una Corporación que, sin este obstáculo, gozaría de verdadera prosperidad”.

Por otro lado, es patente que “la docencia se hace difícil en el Hospital General”, por lo que, prácticamente en la misma época, el Decano Ferrer y Julve ya “expone la necesidad de un Hospital Clínico”.

En las memorias de la Diputación también se muestra interés por que se edifique un Clínico: “Sería procedente un Hospital Clínico, a cargo del Estado ... pues al Estado y no a la Provincia, incumbe la enseñanza universitaria ... y sería más equitativo repartir el gasto entre las provincias que forman el Distrito Universitario”.

Y a la vez aumentan los rumores, con eco en la prensa, de que la Diputación planeaba asimismo construir un nuevo edificio (aprovechando, económicamente, los solares del viejo).

El agobio empuja y por el acuerdo de 28-I-31, el Hospital cede a la Facultad 29 salas = 511 camas del Hospital (ver “Convenios”). Al mismo tiempo se insiste en la necesidad de un Hospital Clínico (1906) porque con un alto número de alumnos “no pueden seguir las clases de Medicina en el mezquino local de que hoy disponen”.

Y para mayor confusión se añaden (1908) otros litigios con las provincias vecinas: “los bienes del hospital fueron de todo el antiguo Reino ... y que al crearse las provincias se ha de fragmentar el capital” (demanda única en España, con riesgos financieros para el proyecto de nuevo edificio), pero el informe del secretario de la Diputación Sr. J. Valdivieso fue decisivo (ver “Pre-económico”); dice: “el Hospital fue creado en y por los ciudadanos de Valencia, nunca fue del Reino. El calificativo de general ... es la unión de otros hospitales menores. La sentencia de IV-1512 dice: “en la presente ciudad de Valencia será construido un H. General. En el Archivo no hay un solo documento que diga H. General del Reino ... Los legados no tienen más reglamento que su destino. Su procedencia no crea «jurisprudencia». Son bienhechores, no pueblos ni ciudades”.

Ese mismo año, D. Juan Navarro Reverter, como mediador, llega a un acuerdo: renuncia de Alicante y Castellón a los bienes del de Valencia, y por el contrario, Valencia renuncia a las cantidades que le deben esas Diputaciones por estancias de “sus dementes”.

Unos lustros y la Comisión Permanente (11-III-31) autoriza a la Facultad para construir quirófanos, que eviten traslados, sin que suponga cesión de terrenos y apoya terminar las obras de la Facultad; mientras en otra sesión se fija el régimen de Clínicas de la Facultad. El curso 31-32, dispondrá la Facultad de la mitad de las camas del Hospital. Por otro lado y en otro "tiempo" (25-X-39), la Comisión de Sanidad y Actividad Social retoma los acuerdos de siete años antes (3-X-32), que hablaban de vender los terrenos del Hospital Provincial con vistas a construir una especie de Ciudad Sanitaria por donde "ahora" está la Granja (reservando Porta Coeli para Manicomio, Sanatorio antituberculoso y Convalecientes). A comienzos del año 1940, con Obras Públicas y el Sr. Arquitecto, se preparan las Bases y un concurso de proyectos; que luego se suprimiría, al considerar más que suficiente lo que se podría 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.

\* \* \*

"Repeticiones" (ver "Pre-convenios"): la Orden del Ministerio de la Gobernación de 11-IV-40 (BOE nº 64 de 5-III-1941, Decreto del 27-I-1941) reitera el penoso problema de la conexión de servicios asistenciales y docencia, vuelve a las citadas disposiciones "confiscatorias" de 1902 (20-IX y 18-XI) y dice: "... podrá incorporar para la enseñanza encomendada a las F de M, los establecimientos de instituciones del Estado y de las Corporaciones Provinciales, ... y donde haya Facultad de Medicina, la totalidad o parte ... de los servicios hospitalarios sostenidos por estas Diputaciones provinciales..."

Es evidente que si el llamado "Hospital Real y General de la Ciudad de Valencia" hubiera sido creado y sostenido por la Diputación, no cabría la menor duda de que estos decretos incluían al ahora llamado Hospital Provincial, pero la realidad es que ni lo fundó ni es dueña.

Recordemos que fue por acuerdo del Consejo de la Ciudad (15-III-1409), bula de León X (21-VI-1514) y sentencia arbitral como se reúnen los dispersos hospitales de Valencia en el de Ignoscens. Que en la Memoria de la Diputación de 1941,<sup>9</sup> hay nueve páginas con los

<sup>9</sup> Memorias anuales de la Diputación (1941 a 1951).

gobiernos autónomos del centro, los legados que recibe y las vicisitudes que pasa, hasta que el Decreto de 17-XII-1868, suprimiendo las Juntas Provinciales de Beneficencia, pasa su contenido a las Diputaciones. Y así entró, la nuestra, a la administración y gobierno del Hospital, que desde esa fecha se llama *Provincial*. En un nuevo escrito que le requiere la Junta, se insiste: “el Hospital Provincial de Valencia *no* es propiedad de la Diputación, *ni* le sostiene íntegramente ...”. Sólo supe el déficit de sus propias rentas. El citado dictamen del Secretario reafirma que el Hospital General es el de Innocents, Folls y Orats de 1409, sostenido durante siglos por rentas legadas con estrictos fines benéficos, y que, aunque se rebautice como Hospital Provincial, la Diputación sólo entra como administradora (Decreto del 17-XII-1868), contando, además, con que la Facultad tiene un Hospital Clínico, que aún está incautado por Ramo de Guerra, y mientras, dispone para tal enseñanza de 400 camas del Hospital.

En cuanto a la elemental pretensión de que los nuevos edificios para Hospital General y H. Clínico fueran independientes, también se opone la Orden del Ministerio de Educación, de 5-III-1942 (ap. 7º) que dice: “...en la construcción de nuevos Hospitales, Facultad y Diputación deberán ajustarse a los art. 6º y 12º Decr. 27-I-1941”. Es decir: a lo mismo...

1951: Memoria del año. Ya se da cuenta del estado de obras del Nuevo Hospital.

## Nuevo edificio. Hospital "Provincial". Estructuras

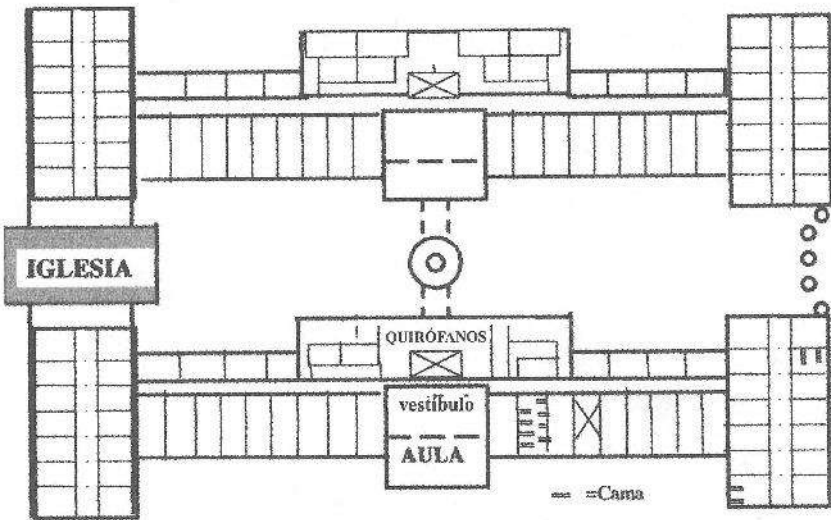
---

Por los años treinta del siglo XX, empieza en la Excma. Diputación de Valencia algo que se llamó, un tanto pretenciosamente, "Cruzada por un Nuevo Hospital". Un primer esbozo de la "Nueva Casa", trazado por el arquitecto de la Diputación, D. Luis Albert, apareció ya en 1932-33, tras de una serie de visitas y asesoramientos, especialmente de Hermann Distel, autor del Hospital de Hamburgo y de un concurso de hospitales en Zürich, entre otras obras.

Son interesantes las consideraciones que conformaron el proyecto. Parece acertada la idea de que el Hospital no estuviera "dentro" de la ciudad, aunque sí a una distancia discreta, más o menos a kilómetro y medio del centro. Se pensó ya en la avenida de Castilla, a unos 300 metros de la parada del tranvía, contando con servicios de electricidad, agua y gas. También con el alcantarillado, pero aquí con poca "suerte", en tanto su "altura" colaboraría, décadas después y en sucesivas riadas, a inundar los sótanos del centro. Asimismo, fue positivo tener en cuenta la ubicación del Hospital Clínico, para guardar distancias que facilitasen la "distribución" de la asistencia.

Estimamos siguió una buena línea al valorar su capacidad. Si Valencia tenía 500.000 habitantes, la población enferma "ingresable" podría estimarse entre 2.000 y 2.500 pacientes, pero que, considerando que una cuarta parte utiliza medios privados, tal cifra bajaría a 1.500 o 2.000; por último, y pensando en compartir la enfermería con el Hospital Clínico, la dotación prudente de camas se situaría alrededor de 700-900.

Abogaron por una edificación mixta-vertical (?), en U, las alas "separadas" por la iglesia y más o menos unidas por un solo túnel



Nuevo edificio del Hospital General Provincial. Segunda planta

que serviría para todas las conducciones-conexiones (otro, proyectado por debajo de la Capilla, se quedó en el plano). Se preveían otros dos pabellones, en el restante solar posterior, para Hospital Materno-Infantil y para Infecciosos. Erróneamente, descartaron las “urgencias” ya que, según él, la distancia desde el centro de la ciudad era excesiva y porque, a ese fin, estaban las Casas de Socorro. Sí se contemplaron policlínicas para ambulantes y como filtro de entrada, aparte de un servicio de recepción, salas para estancias, visitantes (?) y “distinguidos” (enfermos privados).

Los quirófanos, en los primeros planos eran menos en número, aunque con mejor disposición para las “circulaciones limpias y sucias”. Dos, del tercer piso, contaban con altillo de observación para los estudiantes.

Una serie de circunstancias, más o menos habituales, fomentaron dilaciones. Las obras no empezarán hasta la década de los años 40; durante casi otras dos décadas, estuvo “muerto”. Hasta 1962 no se inició el traslado desde el viejo Hospital de Guillén de Castro. Lo que sucede un par de años después que la Facultad, abandonando el uso compartido, multiseccional, del Hospital Provincial, se trasladara al nuevo Hospital Clínico, obra del arquitecto del Ministerio Sr. Fun-



gairiño, en el paseo de Valencia al Mar o Avda. de Blasco Ibáñez (retenido por el ejército desde la guerra civil).

\* \* \*

Como inciso, que puede explicar algunas reticencias, recordemos, como se anotó, que en la Diputación contaban con el derribo de los edificios del antiguo Hospital y consiguiente venta de solares, para compensar el coste del nuevo; supuesto que se redujo a casi nada, cuando falló la esperada “tabla rasa” y venta.

Aunque el primitivo Hospital de Folls, Orats e Ignoscents sufrió dos incendios, el primero en 1545, que sólo dejó la inclusa, y se rehízo en crucero (con la ayuda de quien luego sería Santo Tomás de Villanueva, que dio las 4.000 libras destinadas al Palacio Arzobispal), sobre 500.000 “palmos cuadrados”, con 25 camas/sala, 75 m<sup>3</sup> por enfermo; y el segundo, el 7-II-1610, al parecer menos destructivo, lo cierto es que los cruceros, o “quadres”, construidos o reconstruidos, tenían méritos arquitectónicos más que suficientes para defenderlos en pleno siglo XX y así fueron objeto de discusión entre el Presidente, Bernardo Lassala, el Director Nacional del Patrimonio, Sr. Gratignano y el Diputado Director del Hospital, Sr. Viñals, conversaciones que acabaron bajo “tintes salomónicos”, conservando sólo un crucero, el más antiguo “el Quadra de febres”, el más completo (salas P. Jofré, S. Vicente, S. Luis Bertrán y S. Juan de Ribera en hombres y S. Ponciano, Milagrosa, S. Fco. Javier y Sta. Luisa de Marillac en mujeres), incluyendo la entrada por la calle del Hospital, con la estatua del P. Jofré, la que luego iría al centro del nuevo edificio (y en 1977 volvería a los jardines sobre el solar restante del viejo Hospital).

No tuvieron esta suerte: el segundo crucero, el “Quadra del mal de siment” o “Quadra nova” (1588-1603), más alto y menos extenso: “que lo dit simbori se ha de fer mes alt que lo que huy esta fet en les quadres de les febres del dit spital, dotze o tretze palms mes”, quizás para compensar la “amputación” de cruceros por la acequia de Favara y en el que se albergaban las salas del Cristo, de San Miguel, Santa Lucía, etc. y los locales de Urgencia, junto a Guillén de Castro. Como tampoco la tuvo la zona opuesta, más al norte, con la iglesia del Hospital y el edificio de la Facultad (salvo su puerta por

Guillén de Castro); Quadra, Iglesia y Facultad serían derribados (no hubo “beneficio” por derribo, al quedar como jardines).

\* \* \*

En cuanto al contenido del crucero condenado, lo “bueno” eran sus columnas, de una pieza, como la que luce entre la plaza del Portal Nuevo, calle de Salvador Giner y el puente de San José y los hermosos azulejos que, hasta casi dos metros de altura, cubrían las paredes y que sin duda se aprovecharon...<sup>1</sup>

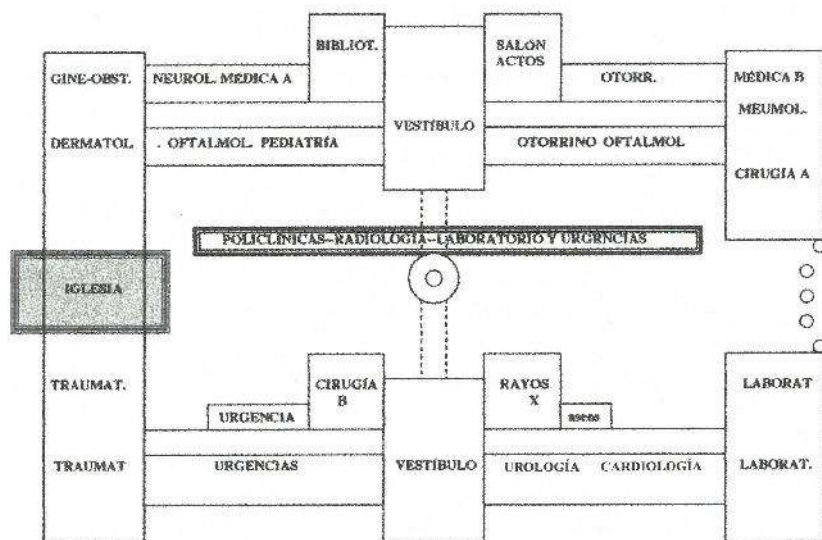
El resto, el “material de relleno funcional hospitalario”, camas, mesas de quirófano, aparatos de rayos X, etc., por supuesto, constaba como trasladable desde Guillén de Castro, pero en la práctica era escaso y de mala calidad, o desfasado. El “princeps”, las camas, no estaban articuladas y eran propiamente de asilo. Con la ayuda de la Casa Tamarit y los magníficos oficios de su encargado (Antonio Román), se pudieron ir cambiando y mejorando hasta una situación minimamente útil. Mesas, sillas, elementales butacas de plástico, camillas y mesas de reconocimiento llegaron, pedidas... y rogadas durante meses. Muchos despachos se amueblaron a expensas de los mismos Jefes de Servicio. El Laboratorio venía con mejor dotación desde Guillén de Castro.

Se amplió Radiología y se dispuso adquirir unos simples “monoblocs” (la entonces admitida radioscopia era útil) para las policlínicas de Neumología, Cardiología, Médicas y Quirúrgicas, Trauma, etcétera.

#### CÓMO ESTABA EL HOSPITAL “NUEVO”

Como se apuntó, el “Nuevo Hospital” llevaba casi cuatro lustros vacío. El edificio era una “U” de tres alturas, a más de la planta baja y sótano. “Dividido” por la basílica en dos, las alas de la “U” sólo se comunicaban por un paso subterráneo, situado a nivel de los vestíbulos, desde los cuales podemos contar una mitad anterior (del ala) para hombres y otra mitad posterior para mujeres y en cada una, 9

<sup>1</sup> *De Hospitium. Folls i malalts: L'Hospital General de Valencia*, Ayuntamiento de Valencia, 2002.



Hospital Provincial. Planta baja

locales mayores para: comedor, 6 salas de 8 camas y dos más para curas y aseos. Aparte y “al otro lado del ala”, separadas de las “grandes” por el pasillo central, contábamos con cuatro habitaciones “de dos camas”, por cada media planta (total, 576 camas en las dos alas).

En el centro de cada ala, los citados y amplios vestíbulos que cuentan, en el bajo, con los inicios de los ascensores y escaleras y, subiendo, en primera planta, espacios para Radiología (1<sup>er</sup> piso izq.), Farmacia y Salón de Actos (1<sup>er</sup> piso, lado derecho), más quirófanos en las segundas y terceras alturas.

Luego se añadieron, en las extremos de las alas, cuatro martillos, quizás pensando en la rigidez de las salas de 8 camas, más propias de un asilo. Cada martillo se dividió, por planta, en unas doce habitaciones de dos camas (suponían otras 290 camas). Además, en el amplio resto de solar posterior, por detrás de este edificio principal, se situaba, sin terminar, una de las dos construcciones anexas previstas, el pabellón Materno-Infantil. Y aún quedaba en ella un gran espacio que tuvo y tiene múltiples usos, aunque, como veremos, no logró algunos muy importantes

El señalado retraso en su apertura permitió contar, ya en la inau-

guración, con una bonita pinada en el gran patio de la "U", en cuyo centro y sobre la cristalera que daba luz al pasillo subterráneo, se colocó la estatua del Padre Jofré, la que lucía en la entrada al viejo Hospital por la calle del mismo nombre.

El planteamiento funcional, en el proyecto, iba hacia un Hospital con un ala "médica" y otra ala "quirúrgica", idea que después no pareció acertada y se cambió por "dos Hospitales médico-quirúrgicos". Se prefirió una división que, fundamentalmente, suponía un Servicio de Medicina General y otro de Cirugía en cada ala (en el viejo Hospital ya estaban duplicados, por una primera separación en hombres y mujeres). Posiblemente influyó para una mejor calidad humana, al evitar el gigantismo hospitalario de las casi 1.000 camas y funcionar como dos hospitales medianos de 400 camas.

Estas consideraciones no invalidan que la iglesia, "partiendo" la "U", se constituyera en la mayor y más insalvable carga disfuncional del edificio, ya que al "descentrar" obligadamente los Servicios Centrales, cuyo lógico solar-ubicación ocupaba, "alargaba las distancias" y suponía mayores riesgos y más carga económica, por y para el traslado de los enfermos.

#### ACOPLAR OBRA Y NECESIDADES. "MEJORAR EL VIOLÍN PARA QUE SONARA MEJOR"

A) En esta línea de rectificación-actualización, ocupaba un primer lugar la ubicación de los Servicios de Urgencia, descartados, como se comentó, en los planes iniciales. Reclamaba su sitio, aunque todavía no preveíamos las progresivas exigencias que los abarrotaría en pocos años, para acabar siendo el mayor y más anómalo camino para los ingresos hospitalarios... y el fomento de las "colas".

En este sentido, convendría recordar, aunque sea anecdótico, y sin pretender justificar nada, que esta parte del antiguo Hospital de Guillén de Castro era, desde hacía muchos lustros, el único centro público de Urgencias Hospitalarias de Valencia y provincia (casas de socorro aparte). Que estaba funcionalmente constituido por un médico (ayudante de clases prácticas de la Facultad), dos internos (alumnos internos por oposición) y un practicante, con sus respectivas habitaciones, una sala de estar, otra para curas y un quirófano. Más, a la llamada, un cirujano de semana, y un traumatólogo "de

año" (D. Eugenio López Trigo). Y que pese a su evidente insignificancia, a su teórica insuficiencia, nunca estuvo "presionada", ni de lejos, por la llegada masiva de pacientes.

En el "Nuevo", se destinó a Urgencias la mitad posterior de la planta baja del ala izquierda, con entrada por la puerta lateral del vestíbulo de esta ala, que a su vez enfrenta la puerta hospitalaria de la calle Padre E. Fernet, que ya quedaría de rutina, como la "entrada de Urgencias". La componían: una sala de espera, salas de curas, dos quirófanos, sólo para este fin, local de yesos y otro "de estar", con butacas cómodas, que, por algún tiempo, trataron de evitar los dormitorios y las consiguientes resistencias nocturnas a levantarse de la cama. Con el tiempo se instaló una mínima radiología y bastante después una "sucursal" del laboratorio central (ver "Urgencias").

B) En segundo lugar, había que readaptar los Quirófanos. Afortunadamente, cuando se materializó la obra, ya había sido modificado el primitivo plano de estos locales, con lo que bastaron algunos "arreglos" para obtener 16 salas de operaciones (los dos de urgencia aparte), que pensamos era y es número suficiente. Su estructura nos hizo imposible separar-independizar por completo las vías de circulación limpia/sucia en cada uno de ellos. Pese a ello se consiguió uno de los índices de infecciones quirúrgicas más bajos de España.<sup>2</sup>

Los fuimos "rellenando": mesas y lámparas modestas se remozaron, o se cambiaron-completaron con modelos algo mejores. Su dotación instrumental, de inicio, corrió a cargo del particular de cada cirujano, que además, proyectaron y se construyeron unos arcos metálicos de separación-área-anestesista, conectados a la pared por un hemcilindro hueco, realmente un canal, que admitía desde esa pared todos los cables y tubos (liberando así los suelos) y que, además, apoyado por "anchos pies" al piso, constituía un muy sólido "arco del anestésista" y con él, mejor aislamiento del campo operatorio. También ensayamos una camilla con características de mesa de operaciones, para evitar los "pases" de una a la otra, con sus riesgos, a más del ahorro de personal. No cuajó.

Más arriba anotamos que en el primitivo esquema (plano de los años 30) se preveían, en el tercer piso, un par de grandes quirófanos, con "observatorio", para que estudiantes-médicos pudieran presen-

<sup>2</sup> B. NARBONA, *Cir. Española*, marzo-abril 1984; 38: 76-86 y agosto 1987; 42: 214-223.

ciar las operaciones; había uno por ala, en la 4ª planta (azotea) y que se construyeron, pese a los cambios. En las transformaciones posteriores estos espacios del "4º piso" se transformaron-independizaron, quedando como habitaciones aprovechables para iniciar el camino a la cirugía experimental (especialmente ensayos en cirugía cardiaca) y posteriormente, el de la derecha se ampliaría para montar el actual Centro de Investigación Quirúrgica.

La distribución de los mencionados dieciséis quirófanos quedó así:

Ala izquierda: seis en el 2º piso (en el 1º este espacio era y es para el departamento de Radiología), de los que un par se destinan a Trauma-Ortopedia, más un tercero como sala de yesos, mientras los otros tres, "anteriores" (hacia la entrada del Hospital), serían para Cirugía B (años después operaba también Cirugía Plástica). Aún quedaba una sala conectada al pasillo, que sirvió a Cardiología para cateterismos, presiones, etc., y que Cirugía B aprovechó, años después, para hacer, quizás, las primeras manometrías esofágicas en nuestro país. En el 3º piso, sobre los quirófanos de Trauma, un amplio local que "primariamente" se usó, también, para cirugía experimental, hasta que se instaló allí la primera UVI; y "hacia las columnas" (entrada del Hospital), se tabicó el quirófano que había, demasiado grande, pasando a dos quirófanos para Urología y aún, junto al pasillo central, otro para Oftalmología.

Ala derecha: sigue una distribución similar, la 1ª planta para Farmacia y Salón de Actos, la 2ª planta para Ginecología-Obstetricia, Cirugía A y ORL.; y en el 3º piso, Neurocirugía, Pediatría y Estomatología

C) Tampoco habían previsto local para Anatomía Patológica. Requirió un nuevo proyecto-edificio junto a la "Puerta de Urgencia" de la calle Padre E. Fernet, que, aparte sus limitados espacios para todo el proceso anatomopatológico, preparación, diagnóstico, informe, archivo, etc., incluía una sala de autopsias, depósito de cadáveres y capilla ardiente. Aquí, el fallo se advirtió con tiempo suficiente para que sus locales, aparte de la "U general", estuvieran prácticamente terminados en las fechas inaugurales (1962).

## INSTALACIONES Y "MUEBLES"

A más de que el primer esbozo-plano del Hospital respondía al concepto de los años treinta sobre tales edificios, la suma de años transcurridos entre su construcción y la inauguración-ocupación llevó los consiguientes deterioros y faltas o fallos. De entrada, las instalaciones en sótanos y túneles necesitaban como mínimo reparaciones y en mayor parte cambios o renovación. La calefacción era simbólica y por supuesto nadie pensaba en el aire acondicionado. Las conexiones de las salas: luces, interruptores, timbres, enchufes de diversas necesidades, etc., brillaban por su escasez, deterioro o ausencia.

Puede darnos idea del "escenario" que en una de las varias pseudo-inauguraciones (incluso con traslado de enfermos y "vuelta"), un alto cargo que viajaba desde Madrid sufrió un accidente y don Eugenio López Trigo no sólo tuvo que operarle en un quirófano improvisado, sino que durante la intervención se quedó sin luz y tuvo que seguir y acabar a la de unas velas. Afortunadamente todo fue bien.

Por otra parte, insistimos, en el proyecto *años treinta* aún pesaba el concepto de asilo o refugio de enfermos sobre el de Hospital, por lo que se destinó casi el 100% de la superficie proyectada-construida a las salas de 8 camas para los enfermos (sólo se intercalan cuatro espacios para sala de curas y baños-duchas). Mientras al otro lado del pasillo central del ala, se añadían habitaciones de 2 camas, 4 a cada lado del vestíbulo y por planta. Ulteriores reflexiones "intermedias" aconsejaron añadir los martillos de las esquinas, con habitaciones de dos camas y baños adosados.

Se inauguró sin prever espacios para despachos, sesiones clínicas, seminarios, exploraciones, ni docencia y, menos, investigación. No los había, siquiera, para cambiarse de ropa el personal. Era previsible una "ocupación" de todos estos cuartos menores. Los primeros locales de dos, dos por planta, se utilizaron sin discusión para ropero y uso de hermanas y enfermeras, cuando las hubo. Sí las tuvimos, las disputas, con el Diputado-Director para ocupar otra como Despacho-Sala de Juntas-Comisiones, etc. Lo mismo que ante la necesidad de ubicar aparatos de exploraciones especiales para estudio de enfermos ingresados en las salas "mayores", en las de ocho de enfrente. Incluso una más para mudarse de ropa auxiliares, mozas, etc.

Concebido casi como hotel-estancia de enfermos, el papel de los médicos se reducía casi a la visita-prescripción una vez al día, como en siglos anteriores. Insistiremos.

#### OTRAS READAPTACIONES

Entre los locales de las alas, los inmediatos a los vestíbulos se destinaron, de oficio, a comedor de pacientes ingresados. Aún funcionaba la idea de "asilo", puesto que un centro de agudos a pleno rendimiento no necesita tantos y tan amplios comedores. En cualquier caso, alguna de estas salas como la de "hombres" del 2º piso, pasó a cardiología, para cateterismos, angiocardiografía, etc., más tarde se sumaría la colocación de marcapasos.

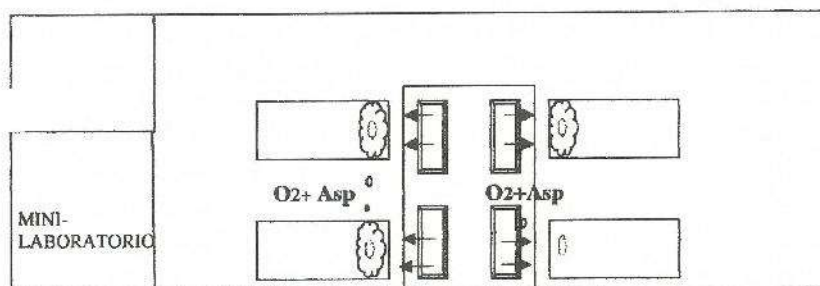
En Médica B (3ª planta), dos de los cuartos menores del pasillo se destinaron a exploraciones digestivas directas (Dr. Chuliá) (secreción gástrica basal y estimulada, pH-metría, sondajes duodenales, incluso punciones hepáticas, posteriormente laparoscopias diagnósticas, etc.).

Como se apunta en "Organigrama", se organizó una mini-UVI (1963) para la vigilancia post-quirúrgica en cirugía cardíaca en la 2ª planta izquierda, lado hombres, juntando dos de estas habitaciones de dos camas, con una "garita" intermedia, como espacio de vigilancia con visión sobre las cuatro camas, al tiempo que se las dota con tomas de oxígeno y aspiración. En el "aseo" inmediato se montó un mini-laboratorio, para instalar los medios elementales de control: pH-metro, respirador Bird, un oxímetro y poco más. Sólo funcionó un par de años, ante las presiones "negativo-aspirativas" del Servicio de Anestesia y Reanimación, que acabó absorbiendo esta mini-UVI especializada, dentro de la UVI general instalada —ya se indicó— en un espacio posterior de los locales para quirófanos de la 3ª planta izquierda.

#### UNIDAD CORONARIA

En noviembre de 1971, se creó la Unidad de Cuidados Intensivos para Pacientes Coronarios, por el Servicio de Cardiología del Hospital Provincial (Dr. Tormo). El pleno de diciembre aprueba la puesta





en marcha, obras e instalaciones, donde atender enfermos de beneficencia, de SOE, propios, etc., con un material mínimo (monitores, equipo de recuperación, con marcapasos, etc.) por valor de 1,5 millones de ptas. Fue una de las primeras en España y además, llevada por cardiólogos.

#### UNIDAD ONCOLÓGICA

La serie de cursos programados en 1964, aparte de su trascendencia al elevar el nivel del Hospital, tuvieron repercusión funcional-estructural y así, en 1965, después del II Curso sobre "Temas Oncológicos", los Drs. Narbona y Llobart montaron la Unidad Oncológica, ubicada en el Pabellón de Anatomía Patológica. En poco tiempo se sumaron los Servicios de Urología, Radiología, Cirugía A y Médica B. Empieza a funcionar y aparte de ser el alma de estos cursos oncológicos por más de 25 años, en esta Unidad se iniciaron los archivos oncológicos del Hospital por fichas, según el modelo del Goustave Roussy, de París. Los Dres. García Vilanova y Enrique Fuster fueron sus coordinadores.

#### DOS ANÉCDOTAS TRISTES... O DOS INTENTOS DE MEJORAR FRACASADOS

1ª El primero, en los inicios, a mediados de la década de los 60, fue la posibilidad de acabar el edificio "de atrás", proyectado para Materno-Infantil y paralizado ya por más de 15 años, adaptando una parte del mismo para un Centro de Politraumatizados, Unidad Co-

ronaria y Cirugía Cardíaca. Hasta se consiguió un patronato para financiar la obra, con la posibilidad de que el centro fuera abierto a todo tipo de enfermos, dentro de esas tres líneas de trabajo.

Serían unas 18-24 camas monitorizadas, bajo vigilancia directa permanente, parte destinada a traumatismos mayores y otra para Coronarios y postoperatorio de Cirugía Cardíaca. Instalaciones para recuperación respiratoria, diálisis renal, etc. Un número parecido de camas para cuidados intermedios, antes del paso a las salas de cuidados normales. Añadiendo los lógicos complementos, un laboratorio permanente especializado, medios para hemodinámica, angiocardiografía, etc. No existía, entonces, nada similar en estas tierras.

Pese a no cerrar la puerta a nadie, hubo un movimiento de resistencia intra-hospitalario, que abortó la idea.

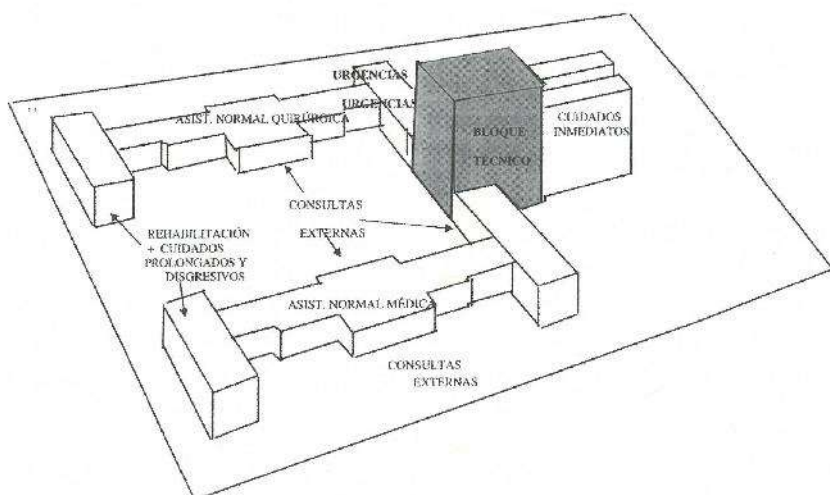
2ª El segundo, y en fechas parecidas, fue proponer a la Diputación la adquisición del nuevo edificio-hospital que la Mutua Valenciana había erigido cerca de la pista de Ademuz (actual Arnau de Vilanova de la Seguridad Social) aprovechando que las circunstancias de la citada Mutua la llevaban a venderlo a un precio por cama muy bajo (300.000 ptas.). La estructura del edificio, sus quirófanos, servicios centrales, etc., suponían una indudable mejora estructural sobre el nuestro. El único problema, la falta de locales para policlínicas, se solventaría con facilidad ya que había terrenos colindantes propiedad de la Diputación.

El edificio del "Nuevo Hospital" quedaría para enfermos crónicos, lo que hacía mucha falta y a cuyo fin reunía óptimas condiciones.

Por razones difíciles de entender, también hubo oposición dentro de nuestro Hospital, que encontró eco clamoroso, aquí fácil de comprender, en algún diputado, que algunos jefes del centro habían contribuido a sustituir como Diputado Director del Hospital.

#### POSIBILIDADES DE REESTRUCTURAR EL CENTRO. LOS CRITERIOS DEL DR. PIETRI (1970)

Apenas un lustro desde que comenzaron las actividades hospitalarias en el nuevo edificio, bien superada la mínima actividad de la visita diaria, teníamos un mejor nivel en el plano asistencial, sumaban los cursos, también positivos para formación continuada del perso-



Esquema del Prof. Pietri (1970-71)

nal del centro, ampliamos la docencia a prácticas voluntarias para estudiantes de la Facultad, incluso en Urgencias, ya inquietaba la investigación que se limitaba a la cirugía experimental, pero, con todo, nos seguía pesando la antifuncional e inadaptable estructura física del edificio, partida por la iglesia en dos.

Ya citamos anécdotas que pudieron soslayar el problema, como la fracasada propuesta de pasar el Hospital de agudos al edificio de la Sagrada Familia, ahora Hospital Arnau de Vilanova, pero en un último intento de mejorar la estructura que “sufríamos” y por caminos que no constan, aunque sí que hubo intervención directa de nuestro Decano, se contrató al Prof. Pietri, arquitecto-médico alemán y su equipo, especialistas en hospitales, al objeto de que nos hicieran un informe sobre las posibilidades de superar nuestra “descentralización funcional”.

Recordemos que la larga marcha para construir nuestro centro empezó en 1933 y la Comisión gestora aprueba el proyecto de Luis Albert (arquitecto “de la Casa”) el 27-III-1946. En él se plantea un edificio de predominante dimensión horizontal que supone 33.000 m<sup>2</sup> construidos, sobre un solar rectangular de 72.000 m<sup>2</sup>. Y que en él se comete el más que citado máximo error de partir con la capilla la transversal de la “U”, dejando casi incomunicadas las dos alas que, al final, sólo se conectan por un subterráneo entre los vestíbu-

los. Luego se añadirían los martillos en las cuatro esquinas. Era obvio que el sitio de la capilla era el más racional para los Servicios Centrales.

Y lo primero que señala Pietri es precisamente esta situación de la iglesia, donde debería estar el *bloque técnico*, desde el que partiría la escalera de cuidados disgresivos, siendo el último escalón el de los martillos anteriores, que serían algo así como Hospital-Hotel de cuidados mínimos, de rehabilitación y de crónicos.

El bloque técnico de 30 por 50 metros, con la mitad posterior "partida" a efectos de que las cuatro filas de habitaciones de 25 m<sup>2</sup> (2 camas + aseó) estuvieran encaradas y todas exteriores, a la calle o al "corte-deslunado", con ahorro de luz y adecuada ventilación. Con un máximo de 12 metros hasta el puesto de la enfermera. Debería tener un total de 11 alturas, con las 4 plantas bajas y anteriores para: recepción, radiología, quirófanos y UVI.

La Urgencia se considera bien donde estaba, en el martillo posterior izquierdo, pero ampliada y con una entrada más capaz y cubierta, con varias salas de espera y otras dependencias, personal ATS y auxiliar propio, administración semiautónoma y médicos comunes a los Servicios. Debería contar con un mínimo de seis boxes, dos quirófanos —uno para traumatología— y 26 camas de observación-diagnóstico y 12 de cuidados postoperatorios (ver esquema en "Urgencias").

Eran tan evidentes el coste como las ventajas que suponía, pero sobre todo quedó clara la nula inclinación de la Excma Diputación a afrontarlo. En conjunto, pese a la excelente y meticulosa memoria, no se hizo, oficialmente, demasiado caso. Ni se pensó siquiera en mejoras relacionadas con el problema "físico" y sólo se aceptaron algunas de sus extensas e interesantes recomendaciones sobre funcionamiento y reglamentos.

Hubo un intento de adaptar alguna sala mayor para recuperación postoperatoria, en especial para cardio-vascular. En una carta del 16 de junio de 1973, Cirugía B solicita del Ilmo. Sr. Diputado Director la creación de una Unidad de Cuidados Intensivos Generales Postquirúrgicos y Cardio-Vasculares, en particular. Era y es evidente que efectuar una defibrilación en muy pocos minutos era imposible en salas de Recuperación general, como resolver a tiempo una hemorragia masiva por un cirujano de "guardia" a la llamada. Podría situarse en una sala general del 2º piso y supondría una cierta especialización, dentro de los Cuidados Intensivos.

A lo largo de más de un año, se expone a la Dirección el personal que sería necesario, se reduce la instalación a sólo una de las salas de 8 camas en servicio, incluso ordenando esta cirugía programada a sólo los tres primeros días de la semana, dejando así libre el fin de la misma, en que los enfermos ya pasarían a la Recuperación general o a las salas normales.

Sería un mínimo de dos médicos (cardiólogo-cirujano) a plena dedicación, 14.000 a 20.000 ptas. × 14 pagas y un anestésista con una gratificación (¿un 4-3% de privados?). Tres enfermeras a 10.000 ptas. (más el 1%) y una auxiliar. Se "completaría" con estudiantes de enfermería de 3<sup>er</sup> curso, debidamente instruidas. Los médicos supervisores serían los Jefes de Cirugía y Cardiología, sin retribución añadida. En octubre de 1974 seguían las reclamaciones para que se instalaran las tomas de oxígeno, enchufes para el aparato de Rayos X, la tarima y mostrador para la enfermera de vigilancia, etc.

Realmente la falta de personal era tan espectacular y peligrosa que, en una ocasión-anécdota, hubo que devolver a sala un enfermo, ya intubado para practicarle una aortografía en el Departamento de Radiología, por no haber quien le diera la vuelta al enfermo para la punción aórtica vía lumbar (como entonces se hacían, VII-74).

Durante esta lucha se inaugura el Hospital La Fe, que monopolizando oficialmente la Cirugía Cardíaca, acaba con estas pretensiones.

#### MÁS NECESIDADES... QUE YA URGEN...

En diciembre de 1977 (15 años después de inaugurar el "Nuevo Edificio") se declara de "urgente prioridad": acabar los bajos del edificio Materno-Infantil para acomodar las policlínicas de Gine-Obstetricia y Pediatría. Por otra parte, al trasladarse la de Pediatría, se ampliaría la de Oftalmología en el ala derecha. Siguen pendientes las obras del Banco de Sangre y las del Gimnasio.

Y... la Junta Técnico Facultativa recibe un escrito de los porteros, señalando que no disfrutaban de festivos.

Se insiste en que la solución a muchos males, pero sobre todo para superar los estructurales que provoca la reiterada "partición", está en la construcción del nuevo edificio para agudos, idea que ya conoce el arquitecto de la Dirección General de Sanidad Dra. Pérez

Sheriff y su Oficial Mayor Dr. Víctor Conde (después sería Director General, con UCD).

#### 1978: ÓRGANO DE GESTIÓN Y NUEVO EDIFICIO-HOSPITAL DE AGUDOS

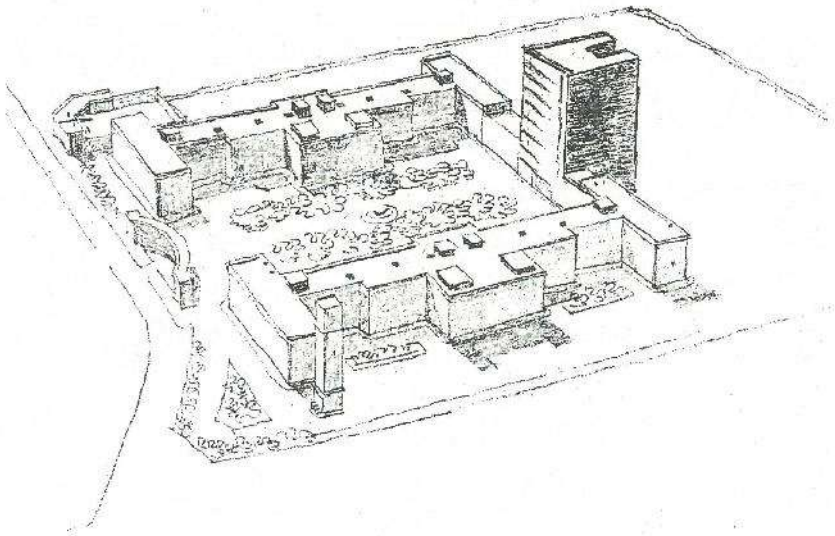
Se abre este año 1978 con más protestas por el “poco aprecio” de la Diputación hacia el órgano de gobierno. Y buscando, ya con cierta desesperanza, mejorar la “velocidad” por los caminos administrativos, se solicita una reunión con el Sr. Presidente de la Diputación, al objeto de “forzar” un *órgano de gestión*, con autonomía suficiente para que el Hospital pudiera respirar, aparte de insistir en las necesidades de siempre “y sin embargo urgentes”, las de material, nuevo y renovable... y mejor presupuesto (se remacha en varias sesiones que es ineludible un presupuesto extra) y la construcción de un nuevo Edificio-Hospital cuya propuesta tiene el visto bueno de la mencionada arquitecto de la Dirección General de Sanidad, ahora camino del Ministerio correspondiente.

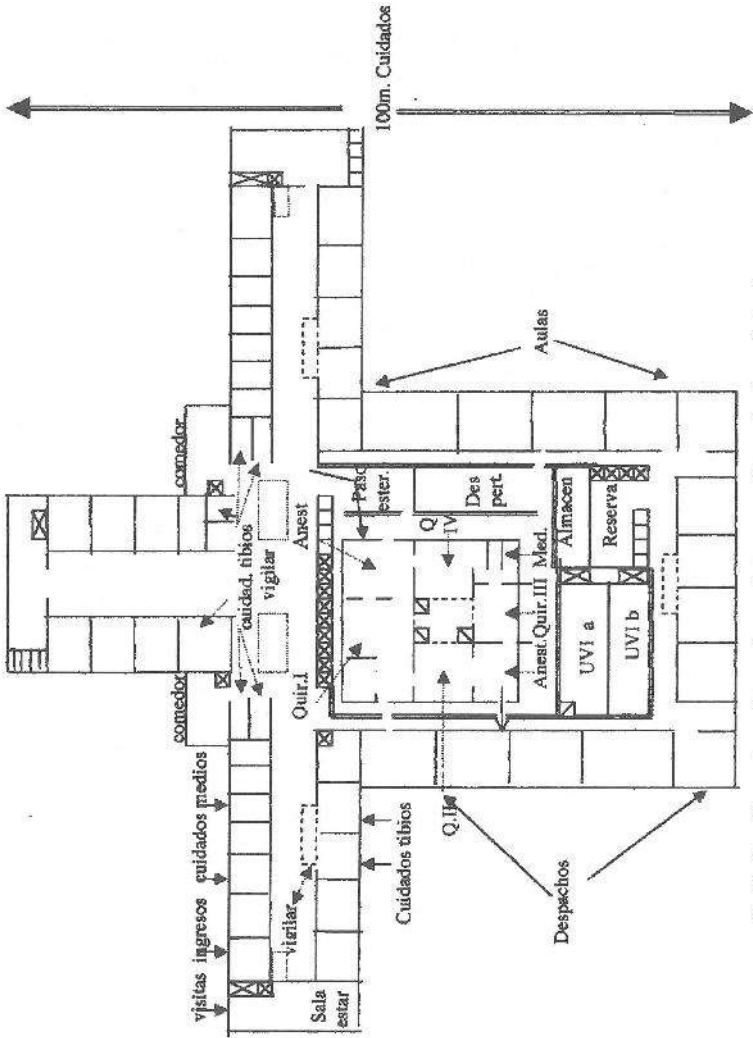
Se logra una entrevista con el Presidente (I-1978) para tratar sobre el “non nato” órgano de gestión (ver “Organigrama”) y sobre el *nuevo bloque de agudos* (planos ya conocidos por la Dirección General). En su informe la Arquitecto de la Dir. Gral. de Sanidad y Comisión Central de Coordinación Hospitalaria Dra. Pérez Sheriff dice: “...2º 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 gastos de mantenimiento y aumenta la eficacia y calidad de los servicios, y reduce gastos para la Excmá Diputación ... Mientras que la puesta al día del edificio existente es poco aconsejable porque nunca podría lograrse una organización funcional adecuada”; y el Decreto 829 de 3-V-1977 de la Diputación dice: “...que 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 dispone que por el Diputado Director se gestione invitación a la indicada arquitecto ... para ultimar detalles del anteproyecto”.

Constaría de un bloque técnico central en el que se reúnen, a más

de Laboratorio, Anatomía Patológica y Centro experimental en la azotea, cuatro quirófanos por piso con un "centro" que regula, desde 3 o 4 ascensores y con circulación independiente de limpio y sucio desde la Central de Esterilización a Quirófanos; una sala de despertar y dos locales para cuidados intensivos, con su uso alternante y esterilización completa, del que se vacía. Evitaríamos los "cultivos puros y resistentes" de gérmenes que se obtienen en las UVI, fruto del uso constante, ininterrumpido, día y noche, semana tras semana, de los mismos locales.

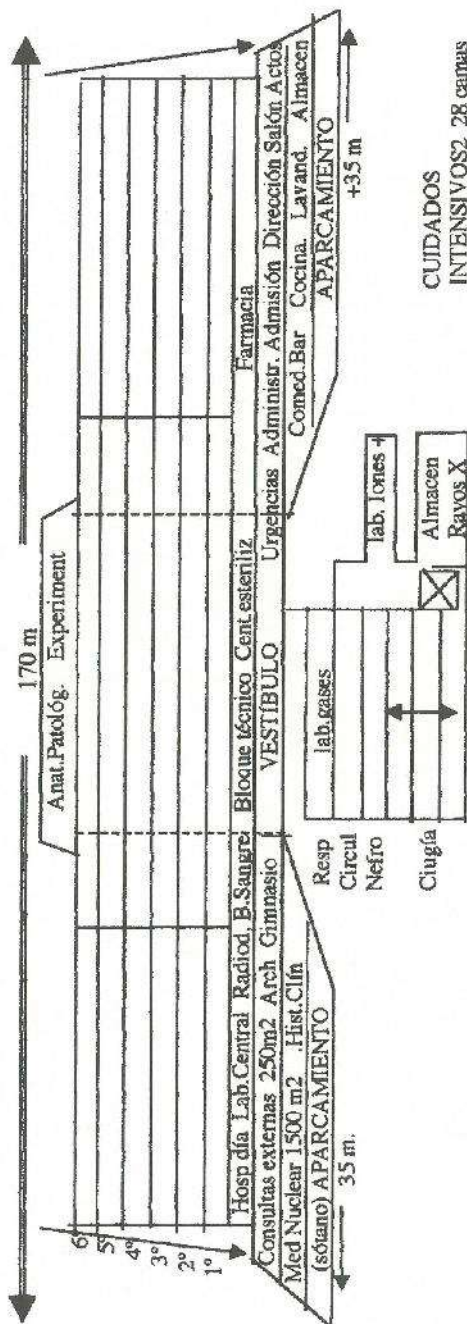
Puede conjuntar en el 6º Cirugía Torácica y problemas respiratorios de UVI, comas, etc.; Cardiocirugía y Coronarias, en el 5º, Nefrología, diálisis, etc. en el 4º y Cirugía y Traumatología en los 2º y 1º. En el bajo la central de esterilización, etc. Quirófanos para urgencias o ambulantes (siguen los planos provisionales citados).



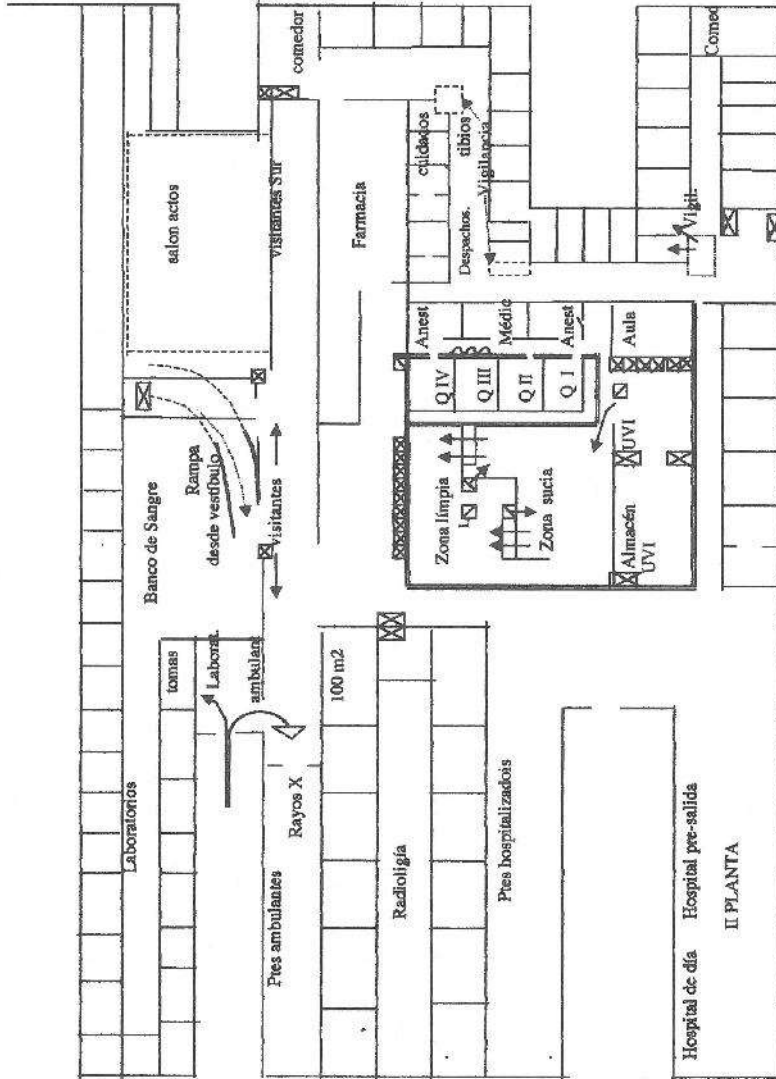


Cuidados disgregados, intensivos, túbios y medios - alta hospitalaria  
 UVI alternantes para su completa esterilización

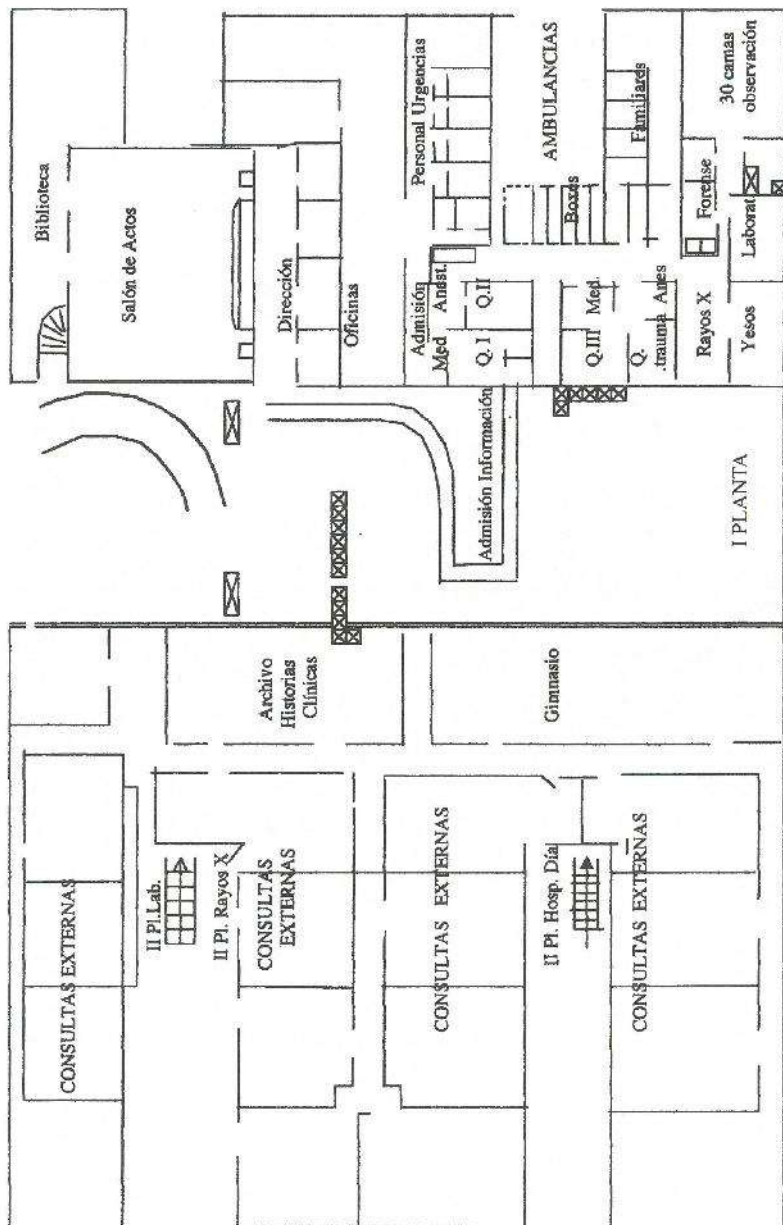




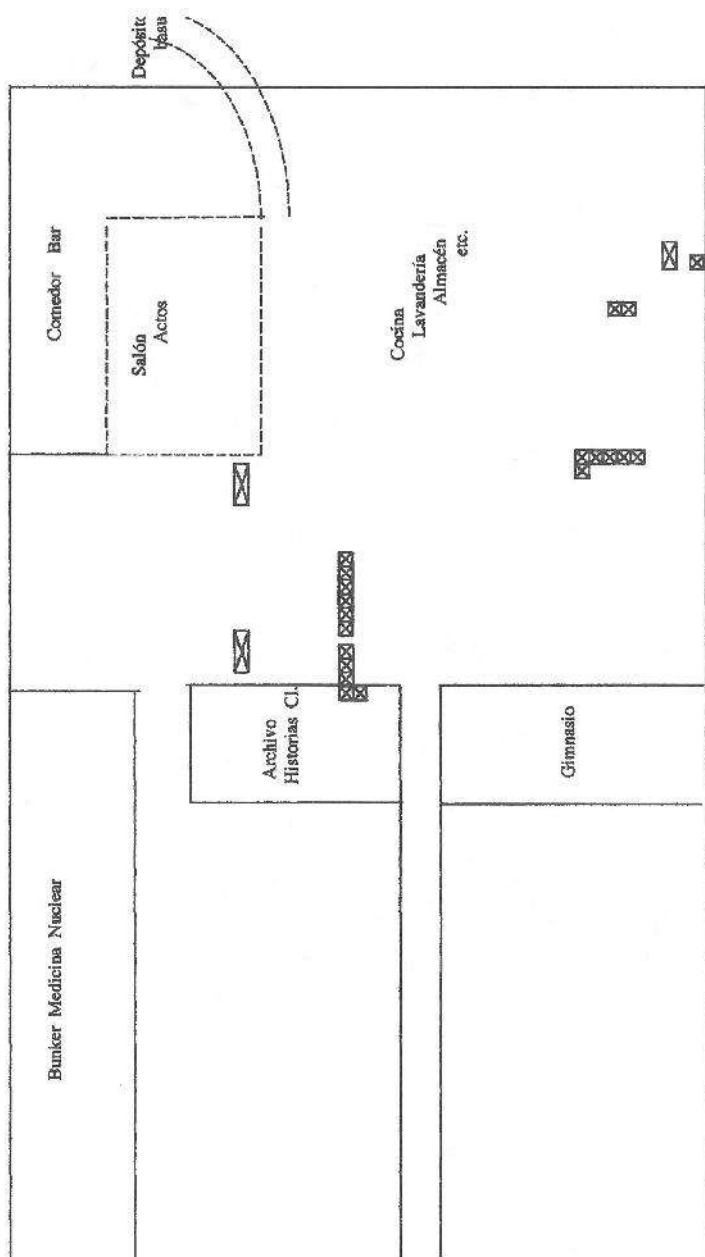
Distribución del Bloque técnico central



2ª planta del Bloque técnico central



1ª Planta del Bloque - Consultas y Urgencias



SEMISÓTANO

Semisótano, Búnker, Archivos, Salón actos, Servicios

## FIGURA DE CINCO "FOLIOS" (G. H. Agudos D-1)

Una vez más, pedir con cierta urgencia que se contrate al equipo de la arquitecto Pérez Sheriff para el proyecto básico del Nuevo Edificio "Hospital de Agudos" (que costaría 25.788.400 ptas.). (Curiosamente en el pleno de 28 de junio de 1974 se convocó (?) concurso entre arquitectos españoles para un anteproyecto de nuevo Hospital en el mismo recinto y abonar los trabajos seleccionados con 2.900.000 ptas.).

## REALIDAD...

Una reunión conjunta en Madrid, programada con la Dirección General de Sanidad (ya casi Ministerio), con Víctor Conde y la arquitecto P. Sheriff, para que el Sr. Presidente confirmara y nos diera el visto bueno de la Corporación y poder así iniciar los trámites... fue el fracaso definitivo. El Sr. Presidente simplemente... no acudió.

## UNIDAD CORONARIA

La actualización de la Unidad Coronaria siempre va... pero con máxima lentitud. Podemos retroceder hasta un informe que encargó la Diputación en 1975 (decreto de Presidencia 1056, de 22-V-75) y que trataba sobre obras, material, reestructuración de la Unidad Coronaria, etc., y que expuesto en agosto de 1978 (casi tres años después) subía a 249.732.842 ptas. Pero, como tampoco tuvo carácter efectivo, se tiene que rehacer y se "re-presenta" el 29-IV-78, rebasando los 300 millones. Se sugiere un crédito extra, indicando que no es óbice la posible, y en nuestra opinión necesaria, construcción del nuevo edificio (que también nos falló).

## INFECCIOSOS

El 16-VI-78 se acuerda redistribuir camas en el 2º piso del martillo posterior derecho, para Infecciosos, mientras el equivalente anterior se adjudica a Neumología.

## CATALOGACIÓN DE NUESTRO HOSPITAL (SERVICIOS QUE DEBE TENER)

En el BOE de 3-V-80, nº 107, aparece nuestro Hospital en el Grupo 7, nivel II y en tal puesto debe o debería tener: Banco de Sangre, Servicio de Hematología, Endocrinología, Alergia, Dermatología, Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Cirugía Infantil, Cirugía Plástica, Cirugía Torácica, UVI, Unidad Coronaria, Medicina Nuclear, Radioterapia, Hemodinámica y Cirugía Maxilofacial. En este Hospital sólo faltan algunos, como servicios diferenciados, pero en la realidad y salvo el de Medicina Nuclear, todos funcionan, a nivel de Secciones, desde hace años (alguno, más de 20).

Moción al próximo pleno para cambiar el nombre de Hospital Provincial (antes Hospital d'Innocents), por el de *Hospital General* (que fue el suyo cuando en 1515 reunió a todos los hospitales de la ciudad).

## Y UNA EMISIÓN DE OBRAS Y COMPRA DE MATERIAL

Acogida con la natural satisfacción, el Sr. Gerente da cuenta, en la Junta de Gobierno del 8-I-82, del informe-presupuesto sobre "Obras" en este Centro, por la cantidad de 211.336.000 ptas. y para cubrir necesidades de material, otras 101.773.753 ptas.

También, en esta positiva sesión, el Sr. Diputado añade que ha sido aprobada la 2ª fase de obras en la puerta de Urgencia y en el pabellón Materno-Infantil, por otros 196 millones. Un total de más de 500 millones.

## URGENCIAS

La Dra. Rius expone (1984) las necesidades de la puerta de Urgencia, de la falta de medios y personal, adecuadas historias clínicas, etc. El Dr. Narbona recalca que son los mismos problemas desde los años 60, que solucionó a nivel de médicos el Convenio con el SOE, pero no tanto el resto, que se agrava por la subida de "uso", más bien sobreuso, al que, a su vez, colaboran las listas de espera y la añadida lentitud que genera el cumplir múltiples actividades burocráticas, la dominante "administrocracia", secuela de crecientes normas y manuales.

## ACOPLAMIENTOS POR OBRAS EN LA UNIDAD CORONARIA

En esta misma sesión, enero de 1985, parece que ya se materializan, casi diez años después, las obras que han de actualizar la Unidad Coronaria, tan pionera como vieja; se acuerdan cambios entre servicios para poder llevarlas a cabo, modelando los locales que necesita la nueva instalación de la Unidad Coronaria: Cirugía B ocupará la sala de la actual Unidad Coronaria así como el tercer piso del martillo anterior izquierda, mientras Cardiología lo hace en el 2º piso. Terminadas las obras, Cirugía B volverá al 2º piso de este martillo.

El 1986 es el año del Sr. Moreu. En sesión extra del Órgano de Gobierno + Junta Técnico Facultativa (9-I-86), con asistencia de todos los Jefes de Servicio, Director General Dr. Díaz, Director Médico Dr. Álvarez, Subdirector Dr. Velasco, Directora de Enfermería Sra. Vicenta Girbés, Presidente de la JTF Dr. Narbona y Secretaria Dra. Barrera se presenta al nuevo Gerente, Sr. Moreu.

Su primera disposición, tras saludar, es enumerar sus "10 mandamientos" + los 40 objetivos de su plan estratégico, para 1987 (ver "Organigrama"), a más de la reestructuración de servicios que sigue:

**Lado derecho**

Martillo	Salas	Quirófanos	Salas	Martillo
Dermatología 14 Cirugía Plástica 14	C O T 36	5 x 4 = 20 Q / semana 8 = Cir. Plástica 12 COT	C O T 36	Psiquiatría 28
Judiciales = 9 Cirugía G 12	Cirugía G 36	5 x 5 = 25 Q / semana 4 = Cir. Vascul 21 = Cirugía G	Cirugía G 36	Cirugía G 6 Cirug. Vascul 20
Médica 28	Médica 36	Farmacia	Médica 36	Infecciosas 16

**Lado izquierdo**

(quirófanos)

Oftalmología 20 Urología 8	Urología 36	5 x 4 = 20 Q / semana 12 = Urología 8 Oftalm	Pat. Digestiva 36	Sangrantes 8 Nefrología 12
O R L 20 Neurología 8	Neurología 20 Neurocirugía 16	5 x 5 = 25 Q / semana 8 = ORI., 5 = Neurocir 2 = Estomat 10 = libres	Cardiología 12 U. Coronaria 6	Observ. Urgencias U C I 13
Hematología (Estom)	Respiratorio 36	Radiología	Cardiología 36	Oncología 25?

**contrapropuesta 1987 NO aceptada**

Lado derecho (unidades traumatismos y especialidades)

Traumat torácicos				
RESPIRATORIO	C O T	12=COT 8=CIR.PLÁST.	C O T	DERMAT+PLAST
	Traum. craneoencefálicos		Unidad Cirugía reparadora	
PSIQUIATRIA	NEUROCIROGÍA	25 Q / ESPECIALIDADES	O R L / OFTALM.	ORI / OFTALM.
RESPIRATORIO	RESPIRATORIO	FARMACIA	CUID. MÍNIMOS	INFECC./ONCOL

Lado izquierdo (unidad diagnóstico y tratamiento médico-quirúrgico. Unidad de trasplantes)

CIR.VASCULAR	UROLOGÍA	UROLOGÍA / / TRASPLANTES	DIGESTIVO	NEFROLOGÍA
CIRUGIA	CIRUGÍA	25 Q / CIRUGÍA	CARDIOLOGÍA u. coronaria	U V I
LABORATORIO	HEMATOL. MED / CARDIO	RADIOLOGÍA	MÉDICA	observación OP, URGENCIA observación

Ubicación de servicios (plan estratégico)

**PRIVATIZACIONES**

Sesión extra de la nueva Junta Técnica Asistencial el 10 de mayo de 1989 (Gerente Dr. Díaz, los Dres. Álvarez, Moreno, Trullenque, Velasco, Celma, Ardit, Moll, Snabb, Monsalve, Hidalgo y Sr. Matías Miguel).

Se plantea el problema de ERESA-TAC, que es el de las privatizaciones. En su momento se comunicó a la Diputación la necesidad de un TAC y ésta consideró que, por su cuantía, tal adquisición era im-



posible. En consecuencia, se recurre a una empresa privada para que lo instale en el Hospital. Se evitaría así mandar los enfermos a otro centro, como hacen otros de la SS y perder, también, docencia. Según el contrato un 10% de sus ingresos revertirían al Hospital (permitiendo pagar las de los enfermos de beneficencia). Podríamos contar, además, con la Resonancia Magnética. Duración del contrato: 5 años.

A la Dra. Moll le preocupa, en tanto es una privatización. El Dr. Díaz dice que está dentro del Servicio de Radiología, que mejorará diagnósticos y no impide la investigación, ni la docencia de los MIR.

La Dra. Moll pregunta cómo podremos saber la calificación del personal que maneja estos aparatos (TAC). El Dr. Díaz responde que si lo hubiéramos montado nosotros estaríamos obligados a formar personal o contratarle. La Dra. Moll pregunta ¿qué membrete? Le responden que el del Hospital General.

El Jefe del Servicio de Radiología, Dr. Celma, dice haberse enterado indirectamente y comunica que si no manda sobre las personas y medios, difícilmente puede ser responsable. Recuerda que en sesiones anteriores se dijo que había 60 millones para estos aparatos. El Sr. Gerente puntualiza que era para otras cosas.

La Dra. Moll insiste en que el control de calidad será dudoso y lamenta no se haya completado el estudio de un *leasing*. No estamos oponiéndonos, aclara, sino denunciando que se ha hecho a espaldas de esta Junta, cuyo informe es preceptivo aunque no sea vinculante.

El Dr. Celma reitera que sólo ha podido ver el contrato de pasada, a lo que el Sr. Gerente aclara que le han enviado hace poco el contrato definitivo.

El Dr. Monsalve califica de grave que no tenga conocimiento previo el Dr. Celma y que no se haya pedido informe a esta JTA.

Al fin, el mismo Dr. Celma dice que es una realidad que el Hospital necesita y pronto este TAC, por lo que admite la situación, si se puede revisar el contrato y parece aceptable.

El Dr. Velasco opina que el contrato es viable y va a estar bajo la dirección funcional del Jefe del Servicio de Radiología Dr. Celma.

Por último, el Sr. Gerente promete distribuir copias del contrato y apostilla que hace tiempo que venimos usando servicios privados, como son: ciertos aparatos del Laboratorio, de Informática, etc.

En ruegos y preguntas, a la Dra. Moll le gustaría saber también por qué se han cortado todos los pinos del patio, y le responde el Sr. Gerente que por recomendación de Codena, ya que estaban enfermos y suponían riesgos. Se va a replantar, con otros árboles.

## Pre-personal. Oposiciones públicas

---

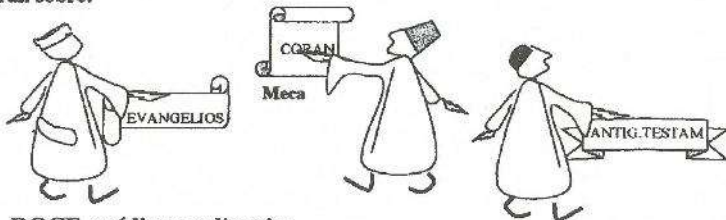
1409 **LOS DIEZ "HOMBRES BUENOS"** → HOSPITAL INNOCENTS  
Futuros ↘ → NO eclesiásticos, NI caballeros, juristas o notarios

Nómina = el Capellán, los Médicos, el Cirujano y un Boticario

(1329 Examen pro VENIA PRACTICANDI

Tribunal → DOS médicos + DOS cirujanos

Y juran sobre:



1582, DOCE médicos ordinarios

1623 Cirujano Mayor = Médico

Dedicación exclusiva, tratamiento ambulatorio y corta estancia

1643 **OPOSICIONES PÚBLICAS**

Todas las plazas

1785 **NOMBRAMIENTOS REALES**

Carlos III →

1790 se establecieron "camas de distinguidos" o privadas

1823 **HERMANAS DE LA CARIDAD** (contrato)

Cinco practicantes

1880 camas asignadas sección CLÍNICA DE FACULTAD, art. 5º

1897 **OPOSICIÓN POR ESPECIALIDADES** (Art 9)

Resumiendo lo dicho en otros “pre-cedentes”, tras el sermón del P. Jofré, en Cuaresma del 1409 (24-II-1409), Lorenzo Salóm, con una decena de “hombres buenos”, promueve la construcción del “Hospital dels Innocents” (9-V-1409) que se haría junto a la muralla, actual calle de Guillén de Castro.

Estos “hombres buenos”, llamados diputados, formaron la empresa, pusieron medios y señalaron sus pragmáticas normas, en especial, que los sucesores serían siempre ciudadanos o mercaderes y *no* eclesiásticos, ni caballeros, juristas o notarios. Obtienen la aprobación del Consejo de la Ciudad, el apoyo en las bulas de Benedicto XIII (26-II y 4-III-1410), los privilegios civiles y ven aprobada su Constitución por el rey D. Martín (15-III y 30-X-1410).

Se construye el Edificio-Hospital con dos pabellones, para hombres y mujeres, más una Iglesia, una Sala de Juntas y despacho para el mayordomo (uno de los diez “hombres buenos” y por rotación anual), de quien dependerá el personal del centro. Constaban “en nómina” el capellán, los médicos, el cirujano y un notario. Ya se citó que, pasadas unas décadas (1482), se inicia la reunión en este “Hospital dels Innocents, Folls i Orats”, de la decena de hospitales dispersos por la ciudad, que se consumará en 1515.<sup>1</sup>

El edificio sufrió un primer incendio, en 1545, del que se rehízo gracias al Arzobispo (futuro Santo Tomás de Villanueva) que cambió, a su favor, el destino de 4.000 libras que iban a la reconstrucción del Palacio Arzobispal y un segundo incendio (7-II-1610), que provoca uno de los “orats” que tenía frío y, para calentarse, prendió la paja-cama con una bujía, lo que se admite con dudas.

\* \* \*

El Hospital se conservó, hasta fines del XVIII, como institución autónoma de los poderes reales y de la Iglesia.<sup>2, 3</sup> La administración-gobierno seguía semi-secularizada y con escasas modificaciones: cuatro administradores, elegidos todos los años y que eran: dos re-

<sup>1</sup> R. I. BURNS, *Reino de Valencia, siglo XIII*, Del Senia al Segura, Valencia 1982, pp. 528-558.

<sup>2</sup> M. GALLENT, *La asistencia sanitaria en Valencia, 1400-1512*, Universidad de Valencia, 1987.

<sup>3</sup> M<sup>a</sup> Luz LÓPEZ TERRADA, *El Hospital General de Valencia, siglo XVI*, tesis doctoral, Universidad de Valencia, 1987.

gidores municipales, uno de los diez diputados de la Cofradía de los Inocentes, más un canónigo; con una especie de mayordomogereente y un "clavari" (de entre los diez) traduciendo estas tareas.

Se añadían el personal "activo", bien jerarquizado, los médicos, cirujanos y un boticario (el médico pasaba visita dos veces al día y daba las órdenes necesarias, para las curas, al cirujano y otras, al boticario); más un bachiller con funciones de médico de guardia. Y había unos "serviciales" en las salas. El personal religioso se limitaba a un vicario y un sacristán (aparte del personal de fuera: cocineros, panaderos, gallineros, etc.).

En 1582, se estableció que serían doce los médicos ordinarios. Ya se distinguían las salas nuevas de Febres, de Nafrats (heridos), de Mal Gálico ("mal de siment"); irían al nuevo crucero en el XVII; con las previas: dementes, "borts" (expósitos) y leprosos (que siguieron en el Hospital de San Lázaro, en la calle de Sagunto). En todo y todos, sobre la habitual división en salas de hombres y de mujeres.

\* \* \*

En casi tres siglos, 1512 a 1785, hubo pocas variaciones. Brevemente parece oportuno recordar:

Que fue fruto de las Cortes valencianas de 1329, con Alfonso el Benigno, se incluye en los *Furs* la "venia practicandi", norma reguladora de nuestro ejercicio profesional, con exigencias de título universitario y superar un examen que aquí, en Valencia y su Reino, gracias a la tantas veces citada influencia árabe-judía de "abajo", se hacía ante un Tribunal constituido por dos médicos y dos cirujanos e igual para médicos y cirujanos.

Tras superar esta prueba, estos médicos eran nombrados por el Consejo de la Ciudad, previo juramento ante el Justicia que, manteniendo el mismo nivel de pragmatismo y permisividad, se hacía, según la religión: con la mano derecha sobre los Evangelios, los cristianos, cara a la Meca y sobre el Corán para los árabes y ante el Antiguo Testamento los judíos.

Es la misma línea por la que, a partir de 1623, el cirujano mayor, que según las constituciones forales del XVI estaba por debajo del médico, sube oficialmente a idéntico nivel profesional.

Como es importante que a partir de 1643 todas las plazas se convocan y cubren por oposición pública, con un tribunal similar, dos médicos y dos cirujanos. Las pruebas son eminentemente prácticas.

Y pragmatismo es también que en este XVII y pese a algunos roces, se defienden: la dedicación exclusiva, el tratamiento ambulatorio y la corta estancia.

Para la primera, la dedicación exclusiva, se especifica que al menos el cirujano mayor del Hospital General: “no puga tenir botiga alguna parada en la present ciutat de Valencia sino es la que tindra per a servici del Espítal dins de aquell” y deberá “desparar la que te en la plaza de la Seu...”.

Para las otras, se fomentaba la consulta externa-corta estancia diciendo: los cirujanos atenderán la “botiga de cirugía” (consulta externa) “per a curar los plagats que de fora del Hospital podrien venir a curarse”, “ab lo cual se escussaría lo gasto que huy te lo Hospital ... pels detenguts en los llits”. Es una clara fórmula de apoyo a la economía asistencial.

El Colegio de Cirujanos (1639) denuncia que en el Hospital sólo había un cirujano latino. Tardaron años en volver a dos cirujanos, sin exclusiva, más otros dos jóvenes, ayudantes (para la mesa de cirugía, curas, etc.).

\* \* \*

Desgraciadamente, Felipe II, ya en el siglo XVI, había prohibido los estudios médicos fuera de sus reinos, al mismo tiempo que exigía, para tales estudios, limpieza de sangre. En consecuencia, a fines del XVII, ya se recogen los frutos: el descenso de actividades médicas y en especial las quirúrgicas..

\* \* \*

A partir de 1785, Carlos III abre la marcha de sucesivas variaciones centralistas, cambiando la Junta del Hospital, que desde esa fecha será ya mayoritariamente nombrada por el Rey. Cristaliza en una Constitución elaborada por el canónigo mayoral y que reúne: un hermano mayor (nombrado por el Rey), un canónigo, un regidor del Ayuntamiento, 4 eclesiásticos, 4 nobles, 4 “sujetos de conocido caudal y probidad” y un rector del hospital, perpetuo y de nombramiento real.

A mediados del XIX (1848) la situación económica del Hospital era grave y se nombró una Junta Directiva “de urgencia” (Castillo Feraz, de la Cuadra, Marqués de Marisol, de Sardañola, Gascó, Aris,

Calvo, etc.), dependiente del municipio que, en dos años, cumple satisfactoriamente, salvando la crisis, y de inmediato resignan sus cargos a la Junta Provincial y son justamente felicitados por su cabal éxito.

Según el Reglamento de 1850 la plantilla era de 7 profesores de sala: 4 de visita y 3 de entrada (dos a cirugía y uno a medicina). El acceso es por oposición (lo era desde 1643), juzgando bondad, capacidad y aptitud.

En el Hospital había dos secciones: medicina y cirugía, divididas a su vez en salas de hombres y mujeres. Se pasaba visita dos veces al día, con una Hija de la Caridad (las Hermanas de la Caridad regentan el centro, desde el Convenio de 17-II-1817, definitivamente firmado en 1822), un practicante y un enfermero. Había cinco practicantes y el primero era el "aparartista" (hasta 8 apartados del Art. 26 se refieren a sus funciones). Las Hermanas también se ayudaban de las "veladoras", que eran asiladas e "innocents" y ejercían la vigilancia por las noches.

\* \* \*

En el Reglamento de 1880 y en su Art. 5º, se especificaban ya las camas asignadas a la sección de Clínica de Facultad, para la cual los señores catedráticos elegían enfermos que se allanasen a la enseñanza (todavía de acuerdo con los profesores de sala o de guardia).

En cualquier caso el personal era insuficiente, como expone Lechón<sup>4</sup> que llevaba diez años de médico del Hospital: "Se sabe que el máximo de pacientes, para cada Profesor, debe ser de cincuenta" y aquí se duplica, "cuando el aumento de personal disminuiría las estancias, satisfaciendo objetivos, que actualmente es imposible alcanzar". "Un médico, dos practicantes y tres enfermeras, aun contando con las hermanas de la caridad, son insuficientes para cuidar la enfermería de más de cien camas". Aparte, se lamenta, porque no se abre el camino de las especialidades.

Poco después, vuelven a ser once los médicos, todavía sin asignar especialidades; en 1883, la plantilla estaba formada por tres médicos

<sup>4</sup> P. LECHÓN, *Gaceta de los Hospitales 1881-82*, "Reformas de nuestro Hospital Provincial", p. 35 (Instituto Médico Valenciano).

de primera visita (D. Vicente López, D. Rafael Comenge y D. Eduardo García), cuatro Cirujanos (D. José Fernández, D. Francisco Cantó, D. Pedro Lechón y D. Salvador Roda), y cuatro de guardia (D. Vicente González, D. Lorenzo Colomer, D. José Donday y D. Vicente Aracil), más los interinos (D. Pascual Garín, D. Rafael Pastor, D. Juan Gimeno y D. Manuel Zuriaga) que continúan con el ascenso simple, por vacantes, hasta 1919, en que se anunciarán ya, por plaza de especialidad.

Consta la inclusión como "plantilla especial y transitoria" de los médicos especialistas para Anatomía Patológica, Serología, Bacteriología y Radiología. Los facultativos de guardia atendían las consultas de "pobres externos", cuando acaban su trabajo en las del establecimiento y con ayuda del aparatista. Hay 15 practicantes (seis de 1ª, seis de 2ª, tres en botica).

Siguen siendo insuficientes y los Sres. Decanos de Medicina (V. López) y Cirugía (J. Fernández) del Hospital Provincial, se dirigen a la Excm. Diputación en nombre de los médicos de la Beneficencia Provincial:

... los servicios de enfermería se resienten y cada vez más ... nos referimos a la falta de personal facultativo encargado de la dirección y asistencia ... hay embozadas censuras, críticas que lastiman el buen nombre de la benéfica institución, y recaen en los facultativos ... que tienen la responsabilidad ... y a los que ve el público en su cotidiana tarea, erizada de escollos y peligros..., incluso los compañeros ... dudan sea posible una eficaz asistencia de un centenar de enfermos, diariamente, por un solo Profesor. Ni con el aumento de auxiliares inteligentes ... se llenaría el vacío que se nota en las dependencias. El mayor número de albergados que cobija nuestro Nosocomio ... por el gran aumento de nuestra capital ... el uso de máquinas peligrosas y la facilidad de transporte desde la provincia y aun desde otras, atraídos por el buen nombre y justa fama que el Hospital nunca perdió ... hace que nuestras enfermerías sobrepasen los 150 enfermos ... y aunque los asilos de ancianos han reducido inválidos e incurables ... son substituidos por un aumento de agudos, que requieren plan ejecutivo y de acción rápida, más una vigilancia permanente. ... la plantilla actual de facultativos es análoga a la de 1850 ... cuando un profesor en un establecimiento de la índole del nuestro atendía unos 60 enfermos para la sección de Medicina y 50 para la de Cirugía ... Constantemente en las salas de Cirugía hay seis a ocho operados,

a más de traumatismos, con o sin intervención judicial... en una enfermería dividida en secciones que hoy son especialidades, ... los auxiliares nos descansan y hacen más llevadera la práctica ... pero es el servicio médico, de tal manera personalísimo, que no es posible "pasar" a otro nuestro trabajo ... al fin resultan estancias indebidas que gravan el presupuesto del Hospital. El aumento de personal en 1870 se anuló porque su provisión no se ajustaba a ley ... hoy podría crearse 3 nuevas plazas de Facultativos de Visita, 2 a la sección de Cirugía y 1 a la de Médica y para ambos sexos. En nombre del Cuerpo Facultativo suplicamos a V.E. se dignen aumentar el personal ...". (Firman: V. López, decano de Medicina, y F. Fernández, de Cirugía)<sup>5</sup>

Pese a todo, en el "Reglamento de Enfermerías" de 1897, capítulo II, siguen los once facultativos de número (Art. 8), más tres médicos agregados y dos supernumerarios. Cumplen docencia, velan por que las historias clínicas estén al día, etc. Se aclara que los médicos agregados o "de puerta" lo son por concurso, a propuesta de la Real Academia y designación por la Diputación (con preferencia para los que hayan sido alumnos internos o practicantes).

Ya en el Art. 9º se anuncian las especialidades de: Aparato Circulatorio y Respiratorio, Sistema Nervioso, Medicina General, Cirugía General, hombres y mujeres, Traumatismos, Accidentes, Aparato de la Visión, Gestación, Parto y Puerperio, Aparato Genito-Urinario en ambos sexos. Y se mantiene el ingreso al cuerpo por oposición, si bien, ahora, con temas de especialidad.

En marzo de 1883 se habían reunido los representantes de la prensa relacionada con médicos, farmacéuticos y veterinarios y los de estos mismos profesionales, para dirigirse a las Cortes en demanda de modificaciones importantes en el aprobado proyecto de la Ley de Sanidad, que fueran más acordes al progreso científico y para que, a ser posible, "esta Ley salga en el presente año".

Los problemas con la Facultad (ver "Convenios"), se plantean e incluso aumentan, por razones económicas, de personal y de espacio docente. En los años 1905-06, se evidencia que las consignaciones no bastan, subrayando que "hasta tanto ... no se establezca la oportuna separación entre los Hospitales Provinciales y Clínicos ... el tema seguirá en pie amenazando con hacer la vida imposible a una

<sup>5</sup> *Gaceta de los Hospitales* 1883: 58-61.



Corporación que, sin este obstáculo, gozaría de verdadera prosperidad"; por otra parte, "no pueden seguir las clases de Medicina en el mezquino local que hoy disponen" y, además, enredan los cambios, las incompatibilidades y "dominios", por ejemplo, el Dr. R. Gómez Ferrer, que renunció a su plaza hospitalaria al ser catedrático... reingresa en el cuerpo (1904), etc.

Y antes de acabar la primera década del xx (1908) se añade la guinda de los litigios con las provincias vecinas porque, según razonan: "los bienes del Hospital fueron de *todo* el antiguo Reino y que al crearse las provincias se ha de *fragmentar* el capital".

El informe del Sr. J. Valdivieso, secretario de la Diputación, es claro: "el Hospital fue creado en y por los ciudadanos de Valencia-ciudad, nunca fue del Reino. En el Archivo no hay un solo documento que diga Hospital General del Reino. Los legados no tienen más reglamento que su destino. Son bienhechores, no pueblos, ni ciudades (ver "Convenios"). Se aceptó esta realidad y se convino recibir a los "folls y orats" de las tres.

En 1912 se montan dos pabellones nuevos para prevención y vacunación y se nombran al Dr. Olaso para el departamento de Rayos X y a los Dres. Alfredo Moscardó y Antonio Vila para el Laboratorio bacteriológico. Pocos años después (1915), Sanidad dispone que las capitales de provincia tengan Laboratorio de Higiene e Instituto de vacunación y de aquí derivó construir un Instituto, inmediato al Hospital, dirigido por los Dres. J. Torres Babí y J. Peset Alexandre.

*Plantilla:* Se cubren las plazas por la vía habitual, por oposición. El 16-VI-1919 se monta el Tribunal para Traumatismos: E. López Sancho, Francisco López Vicent, M. López Romeu, Vicente Navarro Gil y M. Cogollos Galán y otros tribunales para "Pecho" y el nº 11 (es el médico visitador de "las casas", Beneficencia y Misericordia), lo formarán: R. Pastor, J. Bueso, Juan Peset, J. Bartrina, G. Bonet, J. Sanchis Bergón y J. Marín. Se declararon ambas plazas desiertas.

Al acabar este año 1919 (31-XII), la plantilla hospitalaria la formaban once facultativos: Inspector y Maternidad: 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-Urinarías+Dermatología: Miguel López Romeu. Enfermedades de la Infancia: R. Gómez Ferrer (cate-

drático). Traumatismos y Pecho seguían vacantes porque en las oposiciones, como se anotó, se declararon desiertas y la plaza de "Visita a las Casas" también).

Médicos de guardia o de puerta eran seis: Dres. Pedro Valero, Julio Oltra, Eduardo Izquierdo, Alfredo Ferrer Peris, Francisco Ferrero y 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 Olasso (Radiología), A. Lloret Ros (Cirugía hombres), Enrique Gay (Farmacéutico); Evaristo Fernández y Eduardo Matoses (Aparatistas).

Los practicantes eran seis de primera: José M<sup>a</sup> Ruiz, Ladislao Suárez, Ignacio Botella, M. Ortuño, Joaquín Mahiques, Honorario Ballester; más ocho segundos: Manuel Mafé, Nicolás Sanchis, José M<sup>a</sup> Juan, César Montoliu, Ricardo Alcañiz, Juan Bautista Miranda, José Soler y Adrián Sorribes.

(En 1920 fallece el médico de puerta que ostentaba el n<sup>o</sup> 3, así como el 2<sup>o</sup> Jefe de Cirugía, mujeres. Se ajusta el escalafón, tras crear una nueva plaza para Otorrinolaringología con el n<sup>o</sup> 12).

Consta que hay "alumnos internos de la Beneficencia Provincial" (está anotado que han dimitido tres) (1920).

Se nombra un nuevo Tribunal para la oposición a Traumatismos: R. Gómez Ferrer, Tomás Blanco, L. Colomer, P. Tamarit, A. Casanova; en votación pública y por unanimidad, se proclama a D. José T. López Trigo, que toma posesión el 1-II-21. 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.

Responden de las Consultas externas (Hospital General+Facultad): las de Medicina: R. Pastor, F. Reig, F. Rodríguez Fornos, J. Berenguer, R. Vila y M. Beltrán; de las de Cirugía: P. Tamarit, V. Pallarés, J. Segovia, V. Navarro y N. Benlloch; de Infancia: D. Dámaso y J. Comín; la de Gine-Tocología: M. Martí Pastor y J. B. Marco; de Oftalmología Tomás Blanco; de ORL 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.

El 20-II-31, otro Tribunal para oposiciones a Médicos Agregados. Lo constituyen: por la Real Academia de Medicina el Dr. José Pérez, por la Facultad, los Dres. Juan Peset Aleixandre y M. Martí Pastor,

por el Colegio de Médicos el Dr. Salvador Bonet y del Cuerpo de la Beneficencia el Dr. J. López Trigo (hay un cambio del Dr. S. Bonet por el Dr. Beltrán Báguena). Se presentaron dieciséis y se eligen: médico agregado 5º al Dr. J. Mª Soler Alós y al 6º, el Dr. J. Coloma (quedan, como supernumerarios, los Dres. J. Gimeno, José Fita, A. Sánchez García, R. Pascual y M. Muñoz).

La plantilla de practicantes casi se ha triplicado en 1933. De primera figuran: II. Ballester Rubio, Manuel Ortuño Estellés y Manuel Mafé Olive; de segunda: Juan Bautista Miranda, Adrián Sorribes, José Serra, Pedro Vicente Lozano, Electo Córdoba, Francisco Blasco, Manuel Muñoz, Gregorio Pérez Descalzo, Marcelino Marín y Juan Bautista Baixauli; finalmente, de tercera están: Vicente Juan Mares, Salvador García del Real, Miguel Gimeno, Carlos Navarro Sanmartín, Ramón Campos Fillol, Oswaldo Álvarez, Antonio Mahiques, León Castelló, Salvador Galán, Delfín Rípio, Vicente Sellés, Pedro Valero, Vicente Timoneda, José García Garcés, Andrés San Juan, Arturo López Fita, José Mª Rallo, Blas Climent, Enrique Biosca, Jerónimo Forteza y Román Gañera.

1935. Se constituye la Comisión gestora, bajo la dirección de D. Manuel López Caldés y se nombra director del Hospital a D. Fernando Oria de Rueda.

En ese año, fallece la que por muchos años fue la Superiora de las Hermanas de la Caridad, Sor Ana Callis y el 5 de noviembre se nombra a Sor Concepción Escudero..., que la superó en tiempo.

La Comisión de Personal propone a esta Comisión Gestora (27-VI-36) la mejor jubilación posible para el Dr. Desfilis, médico numerario (Departamento de Neumología), afecto de un proceso tuberculoso, que no tenía a su ingreso. La Comisión Gestora acepta.

Ya en guerra civil, sube el Dr. J. Jimeno Sancho por cese del Dr. J. J. Barcía, como por el Dr. Ferrer Peris lo hace el Dr. Vicente Pallarés; mientras, aquí por jubilación, el Dr. López Romeu suple al Dr. J. Coloma y el Dr. L. Lafora al Dr. M. Desfilis.

Por otra parte, se solicita que los Dres. D. Eugenio López Trigo y D. Ramón Pascual, que están prestando servicios en el frente, se reintegren al Hospital.

Al término de la Guerra Civil, son depurados los Dres. José López Trigo y Antonio Damiá, más el practicante F. Andreu (22-XI-39). Se declaran sin efecto las movidas de escalas y ascienden los Dres. J. Moltó, J. Comín y J. J. Barcía a vacantes por jubilación (Dr.

Desfilis), por "separación" del cuerpo (Dr. López Trigo) y por 3 años de postergación (Dr. J. Berenguer). Pasan a numerarios los Dres. N. Benlloch y J. Campos Igual.

La Comisión de Gobernación (22-III-41) restablece la plantilla del Hospital, añade un Médico Jefe de Anatomía Patológica + Laboratorio y otro, de Bacteriología. Y como médicos de puerta, propone a la Comisión Gestora los Dres. Ferrer Peris, Lafora, Coloma, Jimeno, Fita, García Guijarro y R. Pascual (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 Dres. Damiá y Aguilar Filipo volvieran al servicio activo, en Tisiología del Hospital (Porta Coeli ya no dependía de la Diputación).

Siguen en el Hospital Provincial (1948) el Director Sr. Olcina, el Director Facultativo Dr. Barcía, y el Decano de la Beneficencia, Dr. López Trigo (D. José). También la Superiora, Sor Concepción Escudero, el Administrador Sr. Rafael Juan y el Inspector Contador Sr. J. Escobedo, Y la plantilla incluye a los Dres. Berenguer, Barcía, Rodríguez Fornos, Campos Igual, Pallarés, Benlloch, Comín, López Trigo, Bartual, S. Bayarri y son nuevos: Alcalá, Archer, R. Roda, Pérez Manglano, Lafora y Estellés.

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). Por unanimidad se elige al Dr. Jimeno Sancho. Un año después hay que lamentar las muertes del profesor de sala Dr. Luis Bartual (26-X), cuya plaza acumula el Dr. Sanchis Bayarri, y la del Dr. J. Archer, cuyo puesto encarga el Decano de la Facultad al Dr. F. Bonilla.

La Diputación aprobó (1957) el ascenso, a profesor jefe de sala, del Dr. A. Damiá, pese a la protesta de la Facultad (obtuvo plaza de médico residente - n° 1, en el sanatorio de Porta Coeli, cuando pertenecía a la Diputación).

El Dr. D. José T. López Trigo es nombrado Médico decano honorario del cuerpo médico de la Beneficencia, el año 1957 (se jubila por edad al año siguiente, el 29-XI-58).

En la sesión plenaria del 27-II-59 se contrata como practicantes a los Sres. J. Rueda y Bruno Mínguez. Además de D. Antonio Ma-

híques como vicario perpetuo y de los capellanes a J. L. Aguiló y S. Pallarés.

Al verificarse el traslado al nuevo edificio, con el Decano, Dr. D. Eugenio López Trigo, quedaban en el Hospital Provincial como jefes de servicio: J. J. Barcia Goyanes, J. Gimeno (tras el mencionado fallecimiento de D. Joaquín Berenguer), R. Rodríguez Roda (deputado el Dr. Pallarés), J. Fita (por jubilación del Dr. Nicasio Belloch), L. Lafora, V. Sanchis Bayarri, J. Deluc (jubilación del Dr. D. Jorge Comín), Campos Igual, V. Sánchez García (sucesor del fallecido J. Pallarés y que, asimismo, murió a los pocos años). Los catedráticos profesores D. Rafael Bartual y D. Francisco Bonilla (por fallecimiento del Dr. Archer) aún simultanean la dirección de sus servicios en ambos centros. Se imponía la... “reoblación” de personal.

## Salas Personal. Oposiciones públicas

### SALAS PERSONAL

XV-Constaban "en nómina" el Capellán, los Médicos, el Cirujano y un Notario. Depart.: Dementes, Borts (y leprosos Sant Llacer)

XVI-12 médicos salas y Salas de Febres  
Nafrats (heridos)  
Mal gálico o de siment

1643 Toda plaza médica se cubre por oposición

1817 Hermanas de la Caridad

1/2 XX Oposiciones libres

miniconvenio SOE

Convenio SOE

M.I.R.

Convenio F. de Medicina

a 550 años de su fundación

#### UNIDADES ENFERMERIA

AD = Ala derecha

MA = Martillos posteriores

3º MB (priv.)	AI - 3º (a y b)	3º MA (SOE)
2º MB (priv.)	AI - 2º (a y b)	2º MA (monjas)
1º MB (lab.?)	AI - 1º (a y b)	1º MA (monjas)

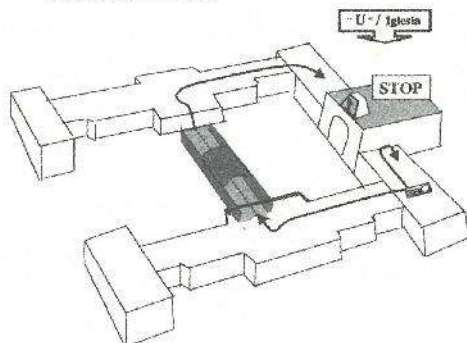
AI = Ala izquierda

a= Mujeres

b= Hombres

3º MB (priv.?)	AD- 3º (a y b)	3º MA (niños)
2º MB (becari)	AD- 2º (a y b)	2º MA (SOE)
1º MB (becarios)	AD- 1º (a y b)	1º MA (Infecc.)

MB = martillos anteriores



## DISTRIBUCIÓN DE CAMAS 1963

ALA DERECHA				CAMAS	CAMAS	TOTAL
				HOMBRES	MUJERES	
Primera planta	Salas	4	Respiratorio	16	16	32
	"	4	Neurología	16	16	32
	"	2	Dermatología	8	8	16
	"	2	Estomatología	8	8	16
Segunda planta	Salas	6	Medicina General A	24	24	48
	"	6	Cirugía General A	24	24	48
Tercera planta	Salas	3	Obstetricia		24	24
	"	2	Ginecología		16	16
	"	1	Clausura		8	8
	"	3	Pediatría	24		24
"	3	Especial (polio, dift., infec)	24		24	
ALA IZQUIERDA						
Primera planta	Salas	12	Traumatología	48	48	96
Segunda planta	Salas	6	Cirugía General B	24	24	48
	"	4	Cardiología	16	16	32
	"	2	Oftalmología	8	8	16
Tercera planta	Salas	4	Urología	16	16	32
	"	2	Otorrinolaringología	8	8	16
	"	6	Medicina General B	24	24	48

SALAS GENERALES 576 - HABITACIONES MARTILLOS 113 - INCLUSA (?) 55

TOTAL CAMAS: 744

DISTRIBUCIÓN 1971-72 (hombres/mujeres)  
(en algunos Servicios más cuartos de 2 camas)

Médica A 25/12 +14 infecc.	(52 total)	Trauma etc.	51/46	(99)
Médica B 24/26	(50)	Cir. B	34/32	(66)
Neumol. + Estomat. 14/26	(40)	Urología	8/16 + 26 mart.	(50)
Cardiol. 9/16 + 8 U. Coron.	(33)	Oftalm.	8/8 + 2 mart.	(20)
Pediatr. 20 neonat. +36+42	(98)	ORL	10/10	(20)
Dermat. 30/8	(38)	Cir. A+Neuroc.	24/26+ 28 mart	
			+ 32 cir inf.	(110)
Ginecología 51		Tocología	64	

TOTAL: 791 camas

ESTUDIO REDISTRIBUCIÓN CAMAS 31 DICIEMBRE 1985

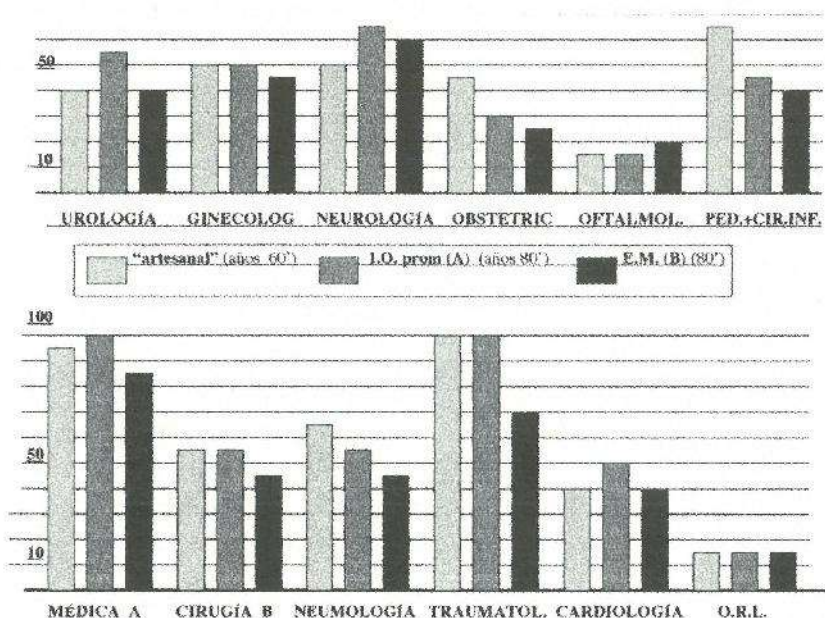
De datos estadísticos = ingresos, estancia media, índice ocupación y fórmula de Beigman  
 Hay dos caminos con índice ocupación (IO) promedio (A) o según estancia media (EM) (B)  
 Fórmula A: n° camas = N° camas x IO promedio / IO ideal (-85%)

" B: " " = EM ideal (EMi) x n° ingresos / n° días x IO ideal (85%)

Tener en cuenta: Unidad Oncológica, Médica, Hematología Clínica y UCI nuevos locales

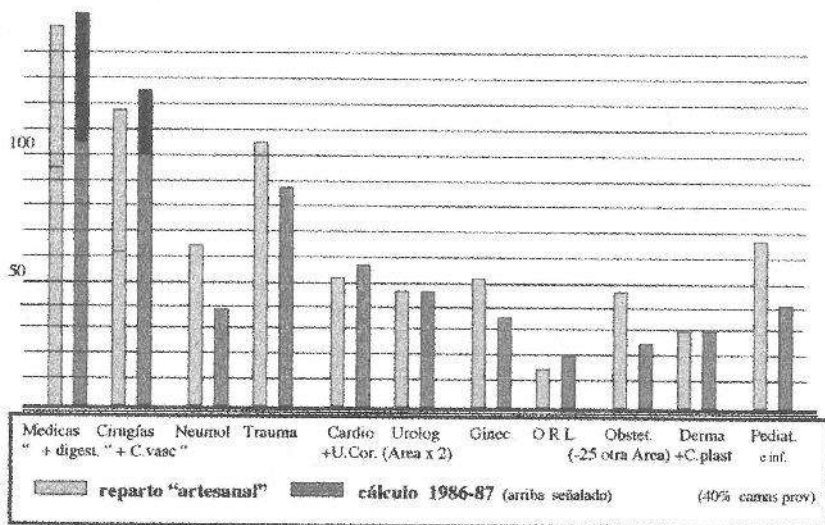
	N° cam.	I.O.	E.M.i.	"A" E.M.i.	"B" (r=real)	N° cam.	I.O.	E.M.i.	"A" E.M.i.	"B"			
CARDIOL.	42	101,88	15,20	50,34	12	57,09	CIR.A	42	74,47	15,97	54,27	11	59,82
CIR.B	54	86,05	15,43	54,67	11	41,38	DERM	30	77,07	18,44	27,20	11	19,54
ESTOM.	4	77,39	5,38	3,64	4	2,67	GINEC.	50	81,49	12,50	47,94	11	43,01
INFECC.	16	62,38	20,27	11,74	12	6,11	MED "A"	96	88,05	14,37	99,44	13	85,15
MED "B"	50	91,36	13,87	53,74	13	51,25	NEFRO.	8	102,47	11,28	9,64	10	7,9
NEONAT.	15	54,00	9,19	9,53	6	6,52	NEUMO	62	78,04	12,67	56,92	10	43,84
NEUROL.	48	119,70	15,79	67,61	15	63,29	OBSTET.	44	52,78	4,23	27,32	4	28,54
O.R.L.	14	89,71	6,26	14,78	6	15,66	OFTAL.	12	101,86	8,74	14,38	10	15,98
PED+CIR.	63	64,22	7,24	47,6	6	39,99	TRAUM.	98	85,26	17,40	98,3	12	68,31
U.CORON.	6	83,04	5,51	5,86	6	6,07	UROLOG.	40	119,27	14,07	56,13	11	41,34
REANIM.	13	85,98	11,58	13,15	6	7,43							
						TOTAL		836	83,84	12,14	824,99	9,5	646,18

PABELLÓN DCHO. 406 camas P. IZQ. 304 PEDIAT. 60 REANIM. 13 U. CORON. 6 TOTAL 789





## NUEVA REDISTRIBUCIÓN DE CAMAS 1986-87. GERENCIA SR. MOREU



Camas Hospital 100%, agudos somáticos, 0,52%, psiquiátricos, ocupación 85%, estancia media 10 días (promedio), Rotación 31, Psiquiátricos 10,33, Natalidad 10%, Población 0-14 25%, Hospital nivel II Área 300.000 habitantes:  $300.000 \times 100/1.000 / 31 = 967$  (como nivel II suma el I = 50% + 30% del II) luego  $0,8 \times 967 = 775$  camas por similares cálculos se añaden 14 psiquiátricas, 53 obstétricas, 70 pediátricas = 912 camas (por reorganización de áreas bajan Obstet. + Pediat. Y sube Urología = 797).

## "REPOBLACIÓN"

## A) Médicos

La puesta en marcha de un Hospital, en muchos aspectos semivivo, comenzó con la "reoblación", cubriendo vacantes. Se convocaron 7 jefaturas a oposición libre, ante tribunales, según normas establecidas, con representantes de la Facultad de Medicina, Colegio Médico y Beneficencia Provincial; había que desarrollar tres ejercicios: una memoria-proyecto sobre el Servicio a que se aspiraba, dos temas a suerte, de un programa de 100, por escrito y leídos luego en público y un ejercicio práctico. Los tramos teóricos tuvieron lugar en la impresionante Sala de Ciento de la Diputación de entonces, hoy Generalitat.

Aunque en sentido estricto las plazas eran de funcionario de Administración local (médico de la Beneficencia), 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. Alcalá) y Anestesia (Dr. Vento). La 7ª, Médica B, fue impugnada y ganada al año siguiente por el Dr. García Conde.

Seguían en activo 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 estas jefaturas, procedentes de Guillén de Castro, quedaron pronto vacantes por jubilación (Dres. Gimeno, Fita, Damiá y Lafora) o por renuncia de profesores de la Facultad (Dres. Bartual y Bonilla). Más tarde, la edad "cesaría" a los Dres. Deluc y R. Roda.

Opositaron, en iguales condiciones y ganaron las plazas vacantes de: Médica A (Dr. González Cruz), Cirugía A (Dr. Cano), Otorrino (Dr. Iranzo), Neumología (Dr. Damiá jr), Ginecología (Dr. V. Zaragoza), Tocología (Dr. Galbis, que ganó la cátedra y ocupó esta 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, parte por traslado desde el "viejo" y otros por oposición: muchos nuevos jefes de sala entraron sin colaboradores, especialmente en las plazas de nueva creación: Cardiología, Urología, Anatomía Patológica, Anestesia y más tarde Hematología.

a) Procedentes de Guillén de Castro, continuaron en las primeras jefaturas cubiertas los Dres. Olavarrieta y Cervera (Cirugía B), el Dr. Algarra (Cardiología), el Dr. Morera (Anatomía Patológica), los Dres. Prósper, Mora y Montesinos (Urología) (procedían de 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) (pido disculpas si me olvido de alguien).

b) Por oposiciones libres, se cubrieron las vacantes a nivel de adjuntos. Todavía no estaba en uso el contrato laboral, sólo cabía el administrativo y... hasta que se convocaba y ocupaba la plaza de funcionario; con máximo de un año. Celebradas bajo las mismas normas que 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, Anatomía Patológica y los Dres. Chuliá, Herrera y Medina a Médica B.

### B) *Gerencia*

Firmado el convenio con el S.O.E. (Instituto Nacional de Previsión), el 24 de septiembre de 1971, aparte de nombrar 64 médicos de guardia se creó el cargo de Gerente, que ocupa el Dr. Luis Espacio López, que lo había sido del Hospital Dr. Peset de la SS.

Tres años después se convocó un Concurso para una plaza de Médico Subgerente del Hospital Psiquiátrico Provincial. El Tribunal propone al Dr. Francisco Moliní Fernández, que es aceptado en el pleno de 26-VII-74. Un mes después por decreto 4222/26 (9-VIII-74), y a propuesta del Sr. Diputado Director y Comisión de Personal, sustituye al Dr. Espacio el mes de julio por vacaciones.

A poco de terminar éstas (2-XII-74), el Gerente Dr. Luis Espacio López dimitió por motivos de salud; es aceptada (con efectos del 17-XII) en el pleno del 20-XII-74, siendo ocupada la plaza vacante por el Dr. Francisco Moliní Fernández.

### C) *Hermanas de la Caridad*

La enfermería estaba en manos de las monjas, Hermanas de la Caridad, tras pactarse un convenio con esta Comunidad de Hijas de la Caridad, para que regentaran el centro a principios del XIX. El pacto es decisión conjunta del Sr. Arzobispo, D. Francisco Veremendo, con los miembros de la Junta de Gobierno del Hospital. Su recepción ocurre en la sala de juntas del Real y General Hospital de la

Ciudad de Valencia el 17-II-1817.<sup>1</sup> El contrato se firmaría más tarde, en 1822.

En 1966 se cumplieron los 150 años de su entrada en nuestro Hospital. Se celebró con una gran fiesta. Estaban en ese año dirigidas por la Superiora, Sor Benita; Sor Evarista seguía "mandando" en Quirófanos, Sor Segunda, desde siempre, en el Laboratorio, Sor Catalina en Privados, etc.

Las Hermanas iban disminuyendo en número, y desde las 89 que había a principios de los años 60, bajaron casi un tercio a mediados de la siguiente década y en 1988, 22 años después, sólo quedaban 14. Se ayudaban 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 de Hijas de la Caridad, que estima debían revisarse sus servicios, "recogiendo la problemática de nuestros días".

Con un Decreto de Presidencia (nº 478 de 28-II-74) se da 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 ... y en su virtud se traslada a Comisión de Personal y a la Asesoría Jurídica. El Sr. Diputado Director expone las condiciones en que se funciona realmente, más o menos evolucionadas, y que en esquema, dicen: 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 Dirección con antelación. Tendrán la categoría profesional de su titulación: ATS o auxiliar (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, 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 Excma. Diputación, firma el nuevo convenio por la corporación,

<sup>1</sup> Arch. Hosp. Contratos Convalecencia N. Montmayor, 27-VI-1817 y 21-III-1818 y Memorias anuales.

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:

Y dice (tras unos preliminares en que se hace constar el orgullo por el buen hacer de la Comunidad, evitando cualquier circunstancia que pudiera modificar tan excelente relación): "...nos vemos obligados a tomar una decisión por necesidad de adaptarse a la Ley General de Sanidad de 1986 y a la modernización necesaria planteada por el Sistema Nacional de Salud, además se está 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".

Así quedamos, a la espera de su respuesta, que fue positiva tras conocer los acuerdos, tal como se expresan en otra carta, la última, que 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 a 45.000 ptas (desde 18.300 que cobraban) 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) *Personal de enfermería*

El "trasplante" de personal no médico desde la vieja casa se comporta igual que el apuntado en otros campos; era muy limitado y también, con algunos casos, 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 curas quirúrgicas, en salas y policlínicas. Silvestre y Carbó cubrían la mayoría de las guardias de puerta. El control de infecciones que llevaron a cabo (J. González y Matías) a través del laboratorio fue altamente positiva, tanto como para que en unos años la cirugía de nuestro Hospital alcanzara las tasas mínimas de España.<sup>2</sup> Matías se formó en el manejo de la bomba para la circulación extracorpórea, en el Servicio de Cardiocirugía de 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 patente en un escrito de Ana Balaguer (encargada de estas estudiantes en el Hospital) (13-III-1972) en el que establece las vacaciones de las alumnas (que hacían turnos de mañana y tarde, más guardias de noche), especificando que, por las fiestas, no "harían" las noches de los días 18 y 19 de la Semana Fallera, ni las del Sábado Santo, Pascua y San Vicente.

Pero nos hacía falta formar ATS del Hospital... y se montó la Escuela de Enfermería en el año 1973, tras el convenio con la Seguridad Social; y a instancias de la Junta Técnico Facultativa, el gerente, Dr. Espacio, elabora un proyecto, que la Diputación aprueba (27-IV-73) y envía, reglamentariamente, al Decanato (Facultad de Medicina) y al Ministerio de Educación. Contiene las bases sociales, los aspectos económicos y becas, compatibilidad de trabajo y formación moral. Prevé incluso estancias en residencias femeninas para las que

<sup>2</sup> B. NARBONA, "La infección de la herida operatoria. Análisis reducción 75%", *Cir. Esp.* 1984; 38: 76-86.

no tengan su domicilio en la ciudad. Considera las importantes vertientes práctica y de especialización.

El Ministerio, el 30-V-73 pide-exige planos, material, nombramientos, títulos, etc., y se consigue crear oficialmente la Escuela Femenina de ATS (BOE 207 de 29-VIII-74), incluido su reglamento. La Comisión Hospitalaria de 27 de septiembre de 1974 queda enterada. Pero la apertura ya se hizo el 11-X-73.

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

La Junta Rectora se constituye definitivamente por este catedrático inspector, el diputado director, director de la Escuela (gerente), administrador del Hospital (interventor general 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. Los alumnos serán 100 en dos grupos, con tres cursos de 200 horas (60 de religión y moral y, aparte, formación política y física). Son profesores la mayor parte de los jefes y adjuntos del Hospital (16 más el gerente, el padre Ivancos y Sor Pilar Moreno). Las prácticas se realizarán de acuerdo con los jefes de servicio. El examen será con tribunal (un profesor designado por el Sr. Decano de la Facultad de Medicina, otro por la Escuela y un tercero por el Decano del Hospital).

Queda reforzada por un patronato (BOE 29-III-74) que constituye la Diputación. Las enseñanzas iban a cargo de médicos y ATS del Hospital. La antes apuntada dimisión del Sr. Gerente, Dr. L. Espacio, 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 general, con excepciones que lo confirman, como las del Servicio de Neurología-Neurocirugía, donde D. Juan José Barcia Goyanes las cuidaba desde hacía muchos lustros, y de los Archivos, con tarjetas (en muchos: alfabéticas, por enfermedades y por tratamientos, especialmente en los servicios quirúrgicos). También en los quirófanos se necesitaban instrumentistas y un mínimo para manejar los problemas de asepsia-antisepsia. Bastantes empezaron voluntariamente. La contratación de ATS para 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"; como es natural la nuestra solicitó este pase a Escuela Universitaria. El Dr. Irazzo, director de la Escuela de Enfermería, informó (29-V-77) que tras las gestiones llevadas a cabo en la Facultad de Medicina por los Dres. 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. El 21-IX-78 se la aceptó como "Universitaria de Enfermería" y desde noviembre tuvo subvención propia, por lo que se expresa nuestro agradecimiento a la Facultad de Medicina.

Sin embargo, el cambio oficial tarda 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 de julio de 1974 (BOE 29-VIII) y funcionando desde el curso 1973-74, llevaba 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 disolver 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° 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 ejercicio en el Hospital, solicitada por ella al cumplir los 63 años (Art. 27 del vigente convenio colectivo) y con efecto desde 31-VII-86.

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 Exma. Diputación". Proceder según lo dispuesto Art. 49, apart. b) y c) de la Ley 7/1985, de 2 de abril.



## UNIDADES DE ENFERMERÍA. JERARQUIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO

Se crearon unidades de enfermería, como también se iban estableciendo turnos, todo en la medida del personal disponible. Unidades administrativas de enfermería que suponían el conjunto jerarquizado de enfermeras, religiosas, auxiliares, estudiantes ATS, mozos-mozas... y comprenden las salas de enfermería, los pasillos y despachos, así como la documentación de los enfermos, su medicación, libros de indicaciones, farmacia, objetos, muebles; siendo centro de recepción de llamadas y conexión con el resto del Hospital.

Se enumeran las señalizaciones de cada una, y las misiones de los estamentos. Una vez más, la estructura manda y estas unidades serán los pisos de los martillos y las hemi-plantas de hombres y mujeres de las alas de la "U". En unos casos coincidían con los "límites" de un servicio médico y en otros comprendían más de uno.

Un especial y complejo trabajo de inventario, botiquín de urgencia, altas y bajas, ropa, normas de higiene y profilaxis, ayudar en la visita y recoger las peticiones a farmacia, anotar en la historia clínica y gráficas aplicaciones terapéuticas, preparación quirúrgica, comidas-dietas-ropa, colaborando con la religiosa responsable que controlaba la Unidad. También se hacía cargo de la orden de ingreso, para anotarla en el libro registro de la unidad y pasarla a la enfermera jefe. Siguen instrucciones para auxiliares, mozos y mozas. Visitas a enfermos, cambios de turnos, defunciones, etc.

La Junta Técnica intervino asimismo en los contratos de comida y de limpieza (fundamentalmente para evitar infecciones), en lograr "carros calientes", en confeccionar dietas tipificadas (colores, fecha, duplicados), diferentes menús, etc.

También hubo que "reestructurar las camas", ante el aumento de ocupación, que se espera, tras el convenio con SOE y mucho más cuando, sectorizadas Valencia y provincia, al Hospital Provincial le "tocaron" 300.000 cartillas. El número de ingresos se cuadruplicó, la proporción entre enfermos de beneficencia/SOE se invirtió y de 80/5 pasa a 14/78 y la estancia media de 24-21 a 11 días.

La cobertura de los gastos por ingresos subió al 76% (intervalo 1963 a 1979) aunque posteriormente bajaría, en la medida en que el SOE se aferraba más tiempo del conveniente al estipulado pago/cama, mientras el gasto real/cama subía por días. Y tanto más, cuando desde cada inicio de renovado convenio, la cantidad

cama/día estipulada estaba siempre por debajo del coste de sus centros "propios" e incluso del que costaba por cada día/cama a la Diputación.

Para la confección de los partes de altas y bajas, por las unidades de enfermería, fue preciso facilitar la distribución de camas ya que, según convenio, correspondían al SOE dos tercios de las 600 camas de las salas generales y se añadirían 100 para urgencias (ver "Convenios").

Se comienza a hablar de *unidades*, aparte de la Oncológica, ya en funcionamiento desde 1964, y se proyecta, aprovechando las ubicaciones y el estar incluidas en el esquema hospitalario, dos médicas y dos cirugías: una formada por Médica B, Cirugía B y Cardiología y otra con "las A" más Dermatología y Neumología. Aparte los Traumatismos viscerales y Cirugías, y la suma de Neurología y Neurocirugía, etc.

Referente a sanitarios, seguíamos, a principios de 1972, con una modesta plantilla de 85 plazas (funcionarios), con sólo 67 cubiertas, a los que habría que añadir 78 contratados y un eventual. Total de 146. Se estudia la mecánica de los contratos.

El pleno de 30-VIII-74 acepta la propuesta del tribunal que juzgó el concurso restringido para médico jefe del Servicio de Medicina General B nombrando en propiedad a D. Florencio Chuliá Ortí. Se reincorporan por finalizar el servicio militar los médicos becarios: Emilio Ferre, José Llombart Ais y Fco. Javier Rius Jordá. Son bajas por renuncia voluntaria los médicos becarios: Astorza, Martínez Raga, Aguar y Gallego y en octubre, Alonso y el médico interno Antonio Delgado.

#### CONFLICTO COLECTIVO Y... SUPRESIÓN DE HABITACIONES PARA PRIVADOS (X-77)

Tras una serie de alternativas, y casi dos años de calma, se plantea un conflicto colectivo, con el objeto de equiparar sueldos laborales con los estamentos de funcionarios y ampliar la plantilla.

Se inicia en 1975, con un convenio colectivo para equipararse ambos grupos: laborales y funcionarios (ayudantes sanitarios y auxiliares de enfermería). En el 76 sigue el problema pendiente, para que se amplíe a todo el personal contratado (150 médicos, 200 ATS y 260 auxiliares) y también, sobre la tal equiparación, se pide que sea inde-

finido (contrato laboral y *no* administrativo, lo que depende del Ministerio de Sanidad y no de la Administración local). Bastante después, la comisión mediadora llegaría a un acuerdo y la Diputación trasforma los contratos administrativos en laborales, pagando desde el I-75.

Pero el apaciguador laudo de la Delegación de Trabajo es recurrido días después por el presidente, que, en reuniones posteriores, afirma que las mejoras salariales desde I-75 son acuerdo del pleno de la Diputación (II-76) y que no hay tal recurso, sólo consulta a la Dirección General de Administración Local.

Sea como fuere e independientemente del aspecto laboral y económico, se convocan sucesivas asambleas que barajan dos originales propuestas: seguir igual y esperar la respuesta o abrir las salas generales no dotadas, cubriendo la falta de personal con el de privados, que desaparecerían o cerrarían. Naturalmente, gana la votación "el cierre" de privados por 141 a 103 votos (las camas de "distinguidos o privados" constaban, en el Hospital General, desde 1790). No deja de ser una curiosa derivación de un conflicto colectivo montado sobre sueldos y equiparaciones.

El Órgano de Gobierno (21-XI-77) acepta la decisión de la asamblea y se clausuran las camas de privados. Tiene valor que las defendiera el primer diputado socialista, Sr. Soria, con la lógica de obtener ingresos para el centro y por el hecho de que, "sin cobrar horas extra", los jefes de servicio y médicos en general, que tenían enfermos ingresados en estas camas, pasaran visita sábados y domingos, incluyendo una "vuelta por las salas".

Quedaron sólo algunas para patronato y conciertos con los Ayuntamientos. El cierre quedó bajo la supervisión de un comité de vigilancia (!) y la promesa de que ya "se volverían a abrir" cuando hubiera personal suficiente. Nunca se dio tal "circunstancia".

#### LA ETERNA VISCOSIDAD BUROCRÁTICA

Aparte esta demagógica decisión, las Asambleas no logran sus fines equiparadores debido a la lentitud de la Administración local. Se decide plantear este doble conflicto (equiparación a funcionarios de los contratados y adecuar la plantilla, ampliada en 168 trabajadores), que rueda desde 1975, en una reunión con parlamentarios, siendo portavoces Narbona y Linares, además de África y Pilar Pérez por el jura-

do de empresa. Los parlamentarios serían: Sres. E. Bono (PC), Sánchez Ayuso (PS) y Pin Arboleda (UCD). Objetivos: lograr que la Administración local, en Madrid, apruebe la citada ampliación de plantilla, avanzar en el posible y deseado Órgano de Gestión y la "funcionarización".

Se cumplen las visitas al Ministerio de Sanidad (con los parlamentarios) para completar la información, a más de conocer cómo anda el repetido "posible" pase del Hospital a dicho Ministerio y sobre las posibilidad de dar vida a un Órgano de Gestión: tema para el que el subsecretario, Dr. Palacios Carvajal, recomienda estudiar el del Hospital Provincial de Madrid.

Pero en la visita realizada a la Administración local, se comprueba que, a pesar de que parecía aceptada por la Diputación, la solicitud de la tal ampliación de 168 plazas todavía no les ha llegado desde nuestro Gobierno provincial. Sí confirman que este problema de la equiparación es del Ministerio del Interior.

Siguiendo estas líneas problemáticas y a través de disparatados aumentos anuales de sueldos, en relación 1/10 según el nivel estatutario, se llegará con los años a una situación inversa, en la que los funcionarios piden la equiparación con los laborales —lo que conseguirían el 25-IX-87, diez años después.

La lentitud viscosa de los trámites es cada vez más acentuada. Ya el 10-III-75, un oficio del Diputado Director del Hospital (nº 439) razona el "lento mecanismo administrativo de la Corporación, especialmente en la adquisición de material y otros gastos ... que hacen pensar y desear la constitución de un Órgano de Gestión con autonomía suficiente para agilizar los trámites burocráticos ...". Es un "enfermo crónico", como señala la revista *Doctor*.<sup>3</sup>

Y tras formular tal pregunta y considerar una más que probable contestación afirmativa, se extiende en el continuado abandono de este centro, con prestigio en Valencia y cinco siglos de historia, en la "modorra oficial" y constante insensibilidad de sus organismos responsables, mientras el Hospital se mantiene gracias al sacrificio personal del cuerpo técnico, que incluso colabora con material propio. En un informe del Cuerpo Médico de 1969, ya se señalaba a la Diputación sus obligaciones para con el buen funcionamiento de un Hospital como este Provincial, que tiene que administrar, desde que

<sup>3</sup> *Doctor*, enero del 1977.

en 1878, y por Decreto, se suprimieron la Juntas Provinciales de Beneficencia que, en Valencia, lo hacía con el Hospital General. Así pasó nuestro centro a depender de la Diputación y desde esa fecha se llamará Hospital Provincial, y seguirá necesitando una mínima estructuración para llegar a una cierta eficacia y rentabilidad. La incorporación sí tomó las cartas... pero fue claramente incapaz de usarlas adecuadamente.

Otra reunión extra (14-XI-77), esta vez del Órgano de Gobierno con el jurado de empresa y representantes de la Comunidad Valenciana. Acudieron el Sr. Emèrit Bono por el PC, el Sr. Sánchez Ayuso por el PS y el Sr. Pin Arboleda por UCD (en el intermedio fue requerido el Sr. Emèrit Bono y tuvo que ausentarse). Las personas designadas como portavoces hicieron una exposición clara de la problemática actual y anterior del Hospital y su visita a los ministerios. Se acordó:

1º Acelerar las 168 plazas que tiene que aprobar la Administración local (aún no había llegado la propuesta).

2º Tratar en la Diputación del Órgano de Gestión.

3º La equiparación de los contratados a los funcionarios.

...Y continuar los contactos entre nuestros representantes y los parlamentarios, para lo cual la secretaría cuenta con los datos necesarios.

#### GESTIONES DE PERSONAL Y CONTRATACIONES (2-XII-77)

Se confirma como Jefe del Servicio de Urología al Dr. Julio Zaragoza (vacante por fallecimiento del Dr. D. Felipe Alcalá), mientras el Dr. González Fontana se mantiene en Cirugía Plástica, adscrito a Dermatología, hasta que se cree un servicio de esa especialidad.

Se contrata un médico, para docencia, en el Servicio de Radiología y se hacen propuestas para ocupar plazas de adjuntos de Oftalmología y Neumología, con informes favorables del jefe del servicio y jurado de empresa. Se acuerda pasar a la gerencia dichas propuestas.

En el Órgano de Gobierno de 12-I-78, el Dr. Amorrortu propone que en el baremo de la Junta Técnico Facultativa del año 1973 se cambie el punto donde dice "por cada año de trabajo en el HP. 0,5 puntos" bajándolo a 0,3, lo que se acepta. Luego se ajusta la comi-

sión de baremación con: el Sr. Decano, el Sr. Gerente, tres jefes de servicio (de la misma o similar especialidad), tres jefes clínicos, tres médicos adjuntos y tres MIR.

Se contratan (27-I-78) dos médicos para Traumatología y uno para Hematología, propuestos en una sesión anterior. Hay otra propuesta de dos médicos para Cirugías A y B, dos más para Trauma y uno para Cardiología. Que son atendidas en menos de un mes (16-II-78). Algo va cambiando en la Administración.

Se decide concurso libre para los dos médicos ayudantes de Traumatología (razones de "urgencia") y para uno de Hematología (título de especialista y baremo).

#### CUESTIONES DE MÁS O MENOS TRÁMITE

La secretaria lee el punto que, en la última acta del jurado de empresa, decide que las plazas de adjuntía y supervisores sean consideradas como promoción de personal, previa instancia de la jefatura de enfermería. De momento, se considera que no es el mejor camino para elevar la calidad de la asistencia.

Ante el retraso para "entrar" en el sistema MIR, el Dr. Narbona (VI-78) da lectura a un estudio para llevar a cabo unas "oposiciones a MIR de este Centro", lo que se aprueba, acordando que en el tribunal, aparte de los Sres. Diputado y Gerente, estén los Dres. Narbona y Amorrortu y el Sr. Bartolomé Bosch, secretario de la corporación. Falta aún el representante de la Facultad de Medicina, lo que el Dr. Aliaga se compromete a "impulsar".

El Dr. Borja expone que el Dr. Marco Ahuir, médico de la Plaza de Toros, solicita que el banco de sangre de este centro suministre sangre a esa enfermería, los días que se requiera. Hay acuerdo afirmativo.

Se repite la reclamación, por los porteros, de tener días festivos, tema aún sin resolver. Hay, también, una carta del Dr. Chuliá, no contestada en reuniones anteriores.

El 10-VII-78 se constituye la comisión de valoración y baremo, para jefes clínicos. Se eligieron representantes para la Mesa de Hospitales del Colegio Médico, los Dres. Molina y, por estamentos, González Cruz, García Vilanova, Llorca y Sabater.

## MÉDICOS DE LAS CASAS

Continúa el estudio sobre la situación de los “médicos de las Casas” (aquellos que por y para resolver situaciones conflictivas durante el traslado al Nuevo Hospital, fueron enviados a “las Casas”, o sea a la Beneficencia, la Misericordia, etc.). El Sr. Decano informa que ha tratado con estos “médicos de las Casas” y que les ha pedido comuniquen por escrito el pretendido “regreso” a la “Casa Gran”. El Dr. Bosch lo considera un problema laboral, pero el Sr. Molina, diputado delegado, dice que en su aspecto técnico-administrativo compete a este Órgano de Gobierno. Aunque, no obstante, lo consultará.

Por fin, el reiterado y citado acuerdo de la Junta Técnico Facultativa y del Órgano de Gobierno sobre los “médicos de las Casas”, para que se reintegren a sus puestos en el Hospital, es refrendado por el decreto 1082.

El 13-VII-78 fallece el profesor Dr. D. Julián Celma, jefe del servicio de Rayos X. Se acuerda dar el pésame de esta Junta a la familia.

En septiembre, se nombra a Julián Celma Marín jefe del Servicio de Rayos X (7-IX-78).

## ASOCIACIÓN NACIONAL DE MÉDICOS DE HOSPITALES PROVINCIALES, GENERALES Y PSIQUIÁTRICOS

Dado que el 25-X-78 se eligen representantes del Centro para esta Asociación, es lógico, hasta obligado, que aquí se aclare algo sobre ella.

Aunque esta Asociación ya existía, precisamente el Dr. D. José López Trigo fue uno de los últimos presidentes, sucedido por el Dr. D. Juan Sala de Pablo, del Hospital de Soria, adquirió mayor trascendencia cuando se creó el Ministerio de Sanidad, cuando las camas de estos hospitales, aún el mayor “paquete” de España (superaba, en esa época, a las de la SS), “se perdieron” por el camino, desde la plaza de España, donde estaba la Dirección General de Sanidad, a la calle Diego de León, en la que se instaló ese primer Ministerio de Sanidad.

La elección para representar a nuestro Hospital en dicha Asociación de Médicos de Hospitales recayó en los Dres. Narbona, Trullenque y Llorca.

Posteriormente el Dr. Narbona fue elegido Presidente nacional de esta Asociación en asamblea-votación nacional, que tuvo lugar ya en la sede de la Asociación (en el Edificio de Previsión Sanitaria, Consejo General de Colegios Médicos, en Madrid, calle de Villanueva 11). Sus numerosas visitas a diferentes ministerios, por este problema y otras importantes reivindicaciones, fortaleció esta Asociación, particularmente durante la Transición.

El mismo Dr. Narbona informa, por estas fechas, de la entrevista, en Madrid, con el Subsecretario del Ministerio de Salud, Dr. Palacios Carvajal, al que se exponen los problemas de este bloque de camas, que parecen haber quedado "descolgadas". Para poder contribuir a su resolución, le propone como miembro de la Junta Central de Coordinación Hospitalaria, recientemente creada. Por lo menos, estarían representadas.

También informa que en esa entrevista con el Subsecretario de Salud se insistió en que, aparte la autogestión y el desglose del SOE, importa mucho, a efectos económicos, la catalogación-acreditación de cada hospital.

La Asociación llevó durante años una vida activa a través de múltiples asambleas y varias jornadas, en Madrid, con participación internacional. Por otra parte, el secretario de esta Asociación, Dr. Montero (Hospital de Orense), sería poco después Conselleiro de Sanidad en Galicia.

#### SIGUE EL "BALANCEO" ECONÓMICO FUNCIONARIO/LABORAL Y COMIENZAN LAS "PETICIONES INVERSAS" Y LOS CONFLICTOS DE "DOBLE ENTRADA"

Ahora son los funcionarios los que empiezan a pedir la equiparación económica con los laborales. Es la consecuencia de la anómalo-demagógica distribución de los aumentos anuales de sueldo. Para determinados estamentos, más numerosos o más en "línea política", suben hasta más del 20%; los funcionarios, especialmente, los niveles profesionales más altos, casi quedan en el 0% (cero). Lo cual está, más o menos, relacionado con la clasificación laboral, que es complicada y hasta confusa.

Con motivo de un anuncio puesto por la gerencia, en el que se pedía el *curriculum vitae* para informar a la Delegación del Ministerio



de Trabajo, en relación con la clasificación del personal, el Dr. XXX en una carta a gerencia y JTF, aclara lo siguiente:

Según la Ordenanza Laboral vigente (25-XI-76) "serán clasificados en grupos que se relacionan, solo en atención a las *funciones* que efectúan" (Cap. III, Sección 1ª, Art. 7º), único criterio válido y nunca clasificar por *curriculum*. Se "colocan", sean cuantos sean, en la categoría correspondiente a su función.

Aparte, el Art. 20 dice: "se deben clasificar en el plazo de 3 meses" y además, el Art. 3 se refiere a todos los trabajadores que no tengan la condición de funcionario. Si se clasifica a todos como jefes clínicos se está incumpliendo la Ordenanza. Es necesario clasificar según funciones. No se puede negar un nivel basándose en un proyecto de plantilla, si está ejerciendo las funciones correspondientes.

Así pido el nivel de Jefe Clínico por mi jefatura de Equipo Quirúrgico de Urgencia desde 1976... debo ser encuadrado en tal nivel.

La presión laboral, más "simpática" que la del área funcionarial, va aumentando el desequilibrio en contra de estos últimos. Es una trama de caminos múltiples y efectividad cero... o casi.

Otra discusión por estas fechas (octubre del 78), dentro de esta "amigable" relación, es la de si deben hacer guardia todos. Se plantea, cuando no está nada claro, que los funcionarios puedan cobrar el "extra" que supone el pago de tales guardias (ver más adelante el decreto del 1-II-82).

Lo que sí está, aunque no siempre se acepta, es que los MIR deben librar tras la guardia.

En el orden funcional subrayamos el acuerdo, para algunos discutible, según el cual el jefe de servicio es responsable del personal médico y ATS adscrito al mismo, así como del orden y disciplina en ese Servicio. Puede y debe controlar las faltas horarias. También conceder discrecionalmente permisos, que comunicará a la Dirección.

Acabando el 78 (19-XII-78), este Órgano de Gobierno se pregunta por qué, en dos años, la Dirección General de Administración local y la Diputación, o a la inversa, no han tenido tiempo de considerar la plantilla ideal de este Centro, por lo que aconseja, al menos, un crédito puente para mejorarla.

En la misma sesión, se eligieron los dos médicos programados para integrarse en la Junta Hospitalaria de la Diputación. Y se nombra una secretaria para la Unidad Oncológica.

## SUSTITUCIONES Y NUEVAS CONTRATACIONES

En la reunión del Órgano de Gobierno el 2-II-79, se muestra que hay que transigir, aunque sea parcialmente, hasta en las sustituciones. En esta línea el Sr. Gerente tiene que remitir a la Presidencia de la Diputación una nota, en la que le indica, que a la vista del RD 115/1979, de 25 de enero, ha reunido esta sesión extra en la que se decide, conscientes de la repercusión económica que tendrían las sustituciones al 100%, que sólo se soliciten el 37,89% para el estamento ATS y el 39,86% para el estamento auxiliares, del total de jornadas con ausencias. Son los mínimos para evitar una catástrofe asistencial. El Órgano de Gobierno ruega, una vez más, solución rápida, de lo contrario nos veríamos obligados al cierre parcial de salas, para disponer del personal de las mismas. Con todo, ya se están haciendo sentir situaciones de conflicto asistencial-laboral. Y ya no cabe volver al "recurso demagógico" de cerrar las camas de privados.

III-79. Se encarga al Dr. Torralba el Servicio de Odontología. Y se aprueba la Comisión de valoración en abril del 79.

El Sr. Gerente comunica (V-81) haber recibido un escrito, de la Comisión de Salud Pública, sobre contratación de Jefe de los Servicios Psiquiátricos y proponen al Dr. Sempere Leonarte. Pasa a la Junta Técnico Facultativa para su resolución, que fue positiva y en consecuencia, lo es para dirigir el Servicio de Psiquiatría el Dr. Sempere.

Se contratan, además, un fotógrafo, dos camareros, un jefe de almacén y dos auxiliares administrativos.

Y con nombramientos provisionales, para el periodo vacacional: un jefe de taller y mantenimiento, J. Gómez, otro para servicios especiales, Sr. Fornés y uno de seguridad, T. Aparicio.

2-X-81. Junta Técnico Facultativa. Se jubila nuestro decano el Dr. D. Eugenio López Trigo, "responsable de que este Hospital exista".

El Sr. Bernardino Jiménez expone la necesidad de iniciar trámites para proveer las vacantes de Jefes de Servicio de Traumatología y Psiquiatría, así como las de Adjuntos, en Maternidad y Traumatología.

Se nombra la Comisión de valoración para residentes de Pediatría. La forman: el Dr. Álvarez, por Jefes de Servicio, el Dr. Trullén por la Comisión de Docencia, el Dr. Tacons, por Jefes Clínicos, el Dr. Elorza, por Médicos Adjuntos y el Sr. Xerdá por Médicos Residentes.

Se pide informe a la Junta Técnico Facultativa para proveer plaza de Médico Documentalista.

## LIMPIEZA

El Órgano de Gobierno encargó a Carmen Soler, en 1978, la mejora e informe completo, sobre limpieza y fregado, ficheros, archivos, turnos de trabajo (10 limpiadoras más en 1980, sumando 154), 14 retenes, materiales no tóxicos, control bacteriológico mensual, control de plagas, locales para cambio de ropa, limpieza desde la iglesia hasta cocinas (más contratación de 4 pinches y 1 ayudante)... objetivos alcanzados a lo largo de tres años, por lo que se la felicita.

## CONTROL HORARIO, PROBLEMAS EN URGENCIAS, CONSULTAS EXTERNAS, ALTAS

Sobre el control horario se decide que sea "flexible pero vigilado". Se reitera el horario semanal de 42 horas, aunque se estudie bajarlo a 40 horas. Sí se considera como horario común las 40 horas semanales.

El comité de empresa no permite el propuesto cambio horario en el turno de tarde: en vez de 15 a 22 horas, pasar a 14-21, lo cual tenía como objetivo dar más tiempo en la preparación de las camas para los ingresos, a la par que facilitaba las altas. Tampoco hay solución para las visitas indiscriminadas, que dificultan muchas actividades en las salas.

Se recibe nota de la Junta Técnico Facultativa contestando una protesta en prensa de ocho médicos por supuestas arbitrariedades del baremo. Se contesta que el mencionado baremo ha pasado, aparte de por la citada Junta, por dos asambleas. La nota se envía al Colegio Médico (mesa de hospitales) y prensa.

En la Junta Técnico Facultativa del 16-X-81, presidida por el Dr. Cano, se da vía al concurso libre para ocupar la jefatura de Traumatología y a concurso restringido para la de Psiquiatría. Se solicita la creación de un Servicio de Medicina Preventiva. Se preparan los presupuestos para 1982.

Dos circulares de gerencia:

La 1ª circular (30-X-81) se refiere a "urgencias" y "consultas externas". Cuando se trata de "curas" en o de Urgencias y han de seguir un tratamiento ambulatorio, se deben enviar, con la epicrisis correspondiente, a su ambulatorio (ver "Organigrama").

Y en otro orden de cosas, precisa que las *altas* son actos médicos que deben ser completados y firmados por el médico que figure en su ficha y en ellas constará nombre y apellidos legibles.

También, se recordó a los Servicios la circular de 4-X-77 en la que "rogaba de las órdenes oportunas a los responsables de su Servicio para que el Laboratorio de urgencia se use *sólo* para aquellos casos, hospitalizados o de policlínica, que puedan ser considerados como tales" (ver "Organigrama").

La 2ª circular es del 5-XI-81 y se refiere al desconcierto en funciones y responsabilidad del personal relacionado con Quirófanos y, en consecuencia, recuerda que: el paciente es el sujeto pasivo, objeto y fin de las actividades del resto del personal, el estamento médico es el que lleva a cabo la intervención, cuya indicación estableció y ha precisado, a priori, la técnica que, en principio, se propone realizar (ver "Organigrama").

En la inmediata sesión del Órgano de Gobierno de 27-XI-81 se estableció el programa para celebrar las bodas de oro en el Servicio de Neuropsiquiatría-Neurocirugía del Prof. J. J. Barcia Goyanes.

#### REMUNERACIONES A LOS FUNCIONARIOS

El Real Decreto 211/82, de 1 de febrero, precisa que el funcionario ha de atenerse, en materia remunerativa, a las normas generales del Estado. Aunque la Diputación podría decidir (?). Además, en este régimen no se contemplan gratificaciones para formación profesional, ni extras y el pago de las guardias puede incluirse o, mejor, excluirse como tal extra. Ya se apuntó al hablar de equiparaciones.

Se observa que casi en la medida que el déficit de las instalaciones

va mejorando, se hace más problemática la situación de los funcionarios, los responsables de que exista este Hospital.

Antes de finalizar este primer trimestre del 82 (12-III-82), hay que ocuparse de nuestra mísera remuneración distinguida "por abajo y por baja" de entre todas las de este país y con preocupante lejanía de las de nuestros vecinos europeos. Se acude a la rutina de una nueva Comisión sobre emolumentos del personal técnico superior. Dres. Álvarez, Narbona, González Cruz, G. Vilanova y Sempere.

Por si no basta este permanente maltrato, en la Junta Técnico Facultativa del 1-IV-82, presidida por el Dr. Cano, hay que elevar protesta al Órgano o Consejo de Gestión (?) porque el procedimiento para la provisión de plazas no encaja en la normativa vigente y puede lesionar intereses de médicos funcionarios que trabajan en este centro.

Se designan los miembros de la Comisión de valoración para las plazas de urgencia (presidente de esta JTF, un jefe de servicio, un jefe clínico y un adjunto). Se comunica que la paga de las sustituciones de médicos es de 126.626 ptas. y la de ATS 94.179 ptas.

#### MANUAL DE FUNCIONES Y ENFERMERÍA

Se presenta en Junta Técnico Facultativa (14-V-82) el Manual de Funciones, Capítulo de Enfermería, con enmienda a la totalidad y quejas del Sr. Campos, por la absoluta falta de colaboración y suma de dificultades. Al fin consiguen elaborar un borrador, según el cual hay un jefe de Enfermería, asistido por una "Junta Técnica de Enfermería". De la jefatura, dependerían cuatro adjuntas de área y de éstas, las supervisoras. El Órgano de Gobierno muestra su rechazo a lo de "Junta Técnica de Enfermería" y propone la de "Junta de Enfermería".

En línea de Enfermería, interviene el Sr. Corbalán, por el problema del manejo de material radioactivo por parte de auxiliares en Radiología. Según el Manual de Funciones, son las ATS las que deben manejarlos. Pero el representante de ATS no está de acuerdo (que lo manejen en Rayos X) y presentará documentación aclaratoria.

## ASISTENTES VOLUNTARIOS

El Ministerio de Sanidad (Consejo Nacional de Especialidades de 17-VI-82) recomienda reducir el número de asistentes voluntarios, en tanto no pueden optar al título de especialista más que a través de la Convocatoria Nacional MIR. El número de especialistas a corto, medio y largo plazo la estudian las Comisiones Nacionales de Especialidades. Por supuesto, compete a la Comisión Local de Docencia la utilización del excedente docente de los Servicios pero, en cualquier caso, sin sobrepasar la capacidad acreditada y salvaguardando los derechos discentes de los Residentes.

## RADIATIVIDAD EN EL LABORATORIO

Se expone (X-82) que el personal para estas técnicas médicas con radiactividad, como las de radioinmunoensayo (Decreto 21-VII-72 y ley 1580 27-IV-75), debe completar su posición y su número. El Dr. Olivares y Lis, ATS con diploma, operadores en medios con radiactividad, han solicitado por carta la ayuda económica, sin haber obtenido respuesta. También, la Técnica Farmacéutica ELISA para estudio de hormonas tiroideas. Peticiones justificadas por necesidades de los servicios de Medicina General, Gine-Obstetricia, Esterilidad, Nefrología, etc., que la requieren Radioinmunoensayo.

Hace falta médico o titulado superior en esta última técnica, con licencia nuclear, que conozca las medidas necesarias de seguridad.

## SIGUE: DETERIORO ECONÓMICO DE LOS FUNCIONARIOS

Los jefes de servicio componentes de la Comisión de docencia cesan (30-IX-82) en su actividad por nula retribución y hasta que se les pague al nivel de otros centros, para las mismas actividades. Esperan haya respuesta rápida, puesto que ya ha pasado tiempo más que suficiente para informes, comisiones, juntas, etc. La docencia MIR se retribuye, en los centros de la SS, a 20.000 ptas./mes, *aquí nada* (siguen las firmas de, prácticamente, todos).

También se firma un escrito señalando que mientras la media de sueldos en España entre 1977-1981 subió un 1,89%, el nuestro se

quedó en 1,05, y para mayor desfase el "coste de mantenerse al día" en ese mismo lustro simplemente se duplicó. Por este motivo, aumenta la inquietud por el régimen retributivo de los jefes y subjefes de servicio del Hospital General...

A las 11 horas del día 7-X-82, se reúnen en el salón Calixto III de la Excm. Diputación los señores que se indican (diputados Margareto, Naval y Arnal, con los jefes Cano, Álvarez, Narbona, Celma, Chuliá, y funcionarios M. Ángel Serra, Molini, Barnardino y Gregori).

El Dr. Cano, presidente de la Junta Técnico Facultativa, expone los diferentes sistemas retributivos, según régimen laboral o funcional. Al aplicar el convenio hay mejoras para los laborales que no alcanzan a los funcionarios. La diferencia es máxima para los jefes de servicio. El Dr. Narbona insiste en esta diferencia, que incide precisamente sobre el estamento de mayor dedicación al centro en detrimento de sus intereses particulares y del colectivo; expone cifras sobre la evolución de las retribuciones, que suponen pérdida de más del 50% desde 1977 a hoy. El Dr. Álvarez plantea el agravio comparativo de las nóminas y pregunta si es cierta esa desigualdad, a lo que se contesta afirmativamente.

El Sr. Margareto sintetiza lo expuesto diciendo que hay una diferencia retributiva motivada tanto por la distinta normativa reguladora, como por las mayores deducciones que tienen los funcionarios. Estima no debe producirse y que la Diputación procurará evitarla con los medios que la legalidad le permita. El Sr. Serra añade que la ley no permite mas retribución al contratado que al funcionario para igual puesto (!). El Sr. Naval insiste en la misma dirección, dado que se "castiga" la actividad de los jefes de servicio, fundamental para el buen funcionamiento del Hospital. Se concluye en exponer al Sr. Presidente de la corporación la buena voluntad en resolver el problema.

Pocos días después, 19-X-82, insisten los funcionarios:

1º Deterioro entre una subida general del 1,89% y casi la mitad (1,05%) para nosotros.

2º Con 4 trienios deberían cobrar en 1981: 2.240.000 ptas., por lo que la diferencia se acerca al millón.

3º La actualización (1981) supondría 70.000 ptas./mes. Se evitarán más diferencias entre laboral y funcionario.

Y aun así no se olvida empujar la marcha del centro para seguir con la falta de personal. A fines del 82 no es de recibo que por la no-

che sólo haya un ATS en la Unidad Coronaria. También se repite la cifra en la sección de Hemodinámica.

Ante el poco éxito de todo el tiempo gastado, se envía nueva protesta de la Junta Técnico Facultativa por la situación económica.

Se subraya que hay una "programada reducción salarial" de los médicos, en especial de los médicos de servicio, que hasta es objeto de comentarios humorísticos por otros estamentos.

En consecuencia, y por encargo de la Junta Técnico Facultativa, se constituye una comisión para redactar un escrito, careciendo de respuesta.

Al fin se logra una reunión con el presidente de la Diputación, que nos recrimina haber llegado a estos extremos (!) y promete inmediata reparación.

Varias semanas después, y tras enviar los resúmenes adjuntos, se nos recibe por la Comisión de personal a cuyo presidente "aún no le había llegado ningún escrito en forma".

Trascurre casi un mes (3-XI-82) y volvemos a subrayar:

A) La "retenida" decisión de "cesar la Comisión de Docencia", por no perjudicar el concierto (26-X-82).

B) "Gritamos" el progresivo deterioro por la absorción oficial-legal de la llamada "gratificación" por SS (desde el semiconcierto de los años 60) y rigurosa y sistemática aplicación de los mínimos en aumentos anuales.

C) Que hace casi un año, a fines del 81, se envió un documento, arriba señalado, que no mereció respuesta.

Siguen dos reuniones con el Diputado Director, más la que tuvimos con la Comisión de Salud y el 7-X-82 con el Sr. Presidente en la que (ya se dijo) fuimos recriminados por llegar a este extremo, prometiendo una "inmediata cuantificación" más otra reunión, a propuesta del Diputado Director, con los diputados Ruiz Mendoza, Olmos, Fondo... y la Comisión de Personal dice no haber recibido ningún escrito en forma.

Se opta por un nuevo escrito, adjuntando sucesivos resúmenes, aunque no sabemos qué hay que hacer para que esté *¡en forma!*

Resúmenes adjuntos:

Los médicos de este HG se ven obligados a expresar a esa Corporación su profundo disgusto por el injustificado desprecio con que son tratados.

Se quiera o no, la responsabilidad hospitalaria en el tratamiento



del enfermo es del médico y el Centro será tan eficaz como lo sean éstos. Y éstos son incapaces de serlo en tanto en cuanto se sientan despreciados y humillados.

En términos reales el médico "vale" menos que cualquier otro empleado de la casa. Su nómina es depreciada sistemáticamente, subiendo lo mínimo posible, siempre por debajo del real del nivel de vida. Si se resta de ella lo que ha de gastar para mantener y continuar su formación, equivalente a sostener la calidad asistencial, aún queda más degradada su "valía" económica.

Y esto es tanto más hiriente, si tenemos en cuenta que los logros positivos en este centro (convenio SS, sectorización, Escuela de Medicina, etc.) se han conseguido exclusivamente por *iniciativas y aportación de los médicos*:

Así, este Hospital está catalogado en el Grupo 7º/nivel II. Lo que sólo ha encontrado en la corporación la más completa indiferencia. Es injusta la correspondencia al mínimo del mínimo. Este año, en lugar del 8%, el aumento es sólo del 7%.

A los médicos de este Hospital les repugna adoptar cualquier medida de fuerza... y conocen bien su efectividad cuando ha sido adoptada por otros estamentos. Es humillante y vejatorio que abusando de este freno ético, se nos aboque a situaciones económicas insostenibles, aplicándonos criterios que serían cómicos si no fuesen dramáticos.

La degradación económica, erosiona ya el necesario sentido de responsabilidad y superación profesional. Esa Corporación no ha considerado a los médicos merecedores de que se les aplique el incremento de productividad, que sí se ha dado a otros estamentos. Ateniéndonos a esta postura, el crecimiento de la asistencia científica y técnica de este Centro acabará en *cero* y ello será responsabilidad *exclusiva* de esa Corporación que desde 1878 administra este Hospital.

ANEXO I. Los médicos son responsables únicos de que este Hospital exista; recordemos:

1961-62, se intenta que desaparezca el Hospital Provincial y que la Diputación pague al Clínico la beneficencia. Los médicos lograron que este Hospital se "abriera".

Los médicos inician gestiones con la SS y para "facilitar" se operan semi-gratuitamente enfermos asegurados. Años después se elabora un primer y pobre concierto, que al fin se consigue ampliar bajo condiciones que modernizan el Centro como se expuso más arriba. Y se colabora para lograr la sectorización de Valencia, hecho único en España.

Los médicos, a sus expensas, ya es costumbre, se integran en 1972 como observadores en los *seminarios de hospitales* precursores de los MIR y pese a la negativa inicial de la Diputación pudimos acabar dentro del programa nacional de docencia MIR.

Los médicos, trabajando gratis, logran que este Hospital contribuyera al rotatorio de Prácticas de la F. de Medicina y de ahí pasamos, los médicos, a negociar un primer Concierto docente, que hemos vuelto a transformar-mejorar los médicos, es el que el Sr. Presidente acaba de firmar con la Universidad.

Los médicos pidieron y gestionaron la Escuela ATS, luego DUE, que ha funcionado *sin subvenciones* hasta hace poco, que se constituyó el Patronato.

La presencia de médicos de este Centro en varias Comisiones de Especialidades e incluso en la Central, ha permitido la *acreditación* de casi todos los Servicios y del Centro, con traducciones económicas positivas para la Diputación.

Los médicos propusieron un anteproyecto de Nuevo Edificio para Agudos que hubiera reducido muchos de los gastos de mantenimiento actuales, lógicos en un edificio desfasado.

Los médicos desde hace 6-7 años están empujando a la Diputación para que pida a la Junta Central de Coordinación Hospitalaria, en la que hay un miembro de esta Casa, cantidades que se lleva toda España... como es habitual, sin éxito.

ANEXO II. En 1981 se nos quita la gratificación por asistencia a la SS que los médicos iniciamos, sostuvimos, concertamos y ampliamos.

A cambio, "en un exceso de gratitud" la Diputación nos compensa con tales aumentos, que llegan casi a *cero* para Jefes Servicio, en 1981.

En 1982 no se nos da ni el mínimo 8% y tampoco "la productividad", como la hay para los otros estamentos (cuando en 1980 este Centro superó, en productividad asistencial, a la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid, "ejemplo nacional", en un 30%, así como al H. Clínic de Barcelona).

Los raquíticos aumentos de estos tres últimos años suponen *un retroceso de nuestra capacidad adquisitiva del 33%*.

Además: *no percibimos gratificación alguna por docencia M.I.R.* En los Centros de la SS se paga por esta labor entre 20.000 ptas. al mes (compete al Centro, no al Estado).

## NEFROLOGÍA

Mientras se espera respuesta el Dr. Pérez García, Jefe de la Sección de Nefrología y Hemodiálisis, creada en 1982, necesita para afrontar el año (1983) dos adjuntos más y poder así cumplir un mínimo de dos turnos de diálisis diarios, para los que ya cuenta con ATS y auxiliares, autorizadas por la jefatura de Enfermería. Tanto más cuanto que el convenio con el INSALUD supone cubrir guardias de Nefrología y el Plan Nacional contempla un jefe de servicio, un jefe clínico y 4-5 adjuntos. De momento se acuerda que esta sección debe pasar a Servicio.

## PLANTILLA

Se expone por el Jefe de Personal la "Plantilla 83" hecha a medida del presupuesto (3<sup>er</sup> punto del informe de Gerencia de 29-IV-83). El Dr. Sempere observa que no se contemplan ATS, ni auxiliares para Psiquiatría y se le contesta que está pendiente de saber si hay traslados desde otros centros psiquiátricos. Sigue el temario sobre reestructuración, presupuesto, tasas privados (?).

## AYUDA LEGAL

Dadas las circunstancias los jefes de servicio firmaron un contrato con los letrados Sres. Benet y Coscollá (16-V-83) para que actúen como consultores-asesores y en su caso como representantes de los mismos, en los diferentes problemas administrativos o colaterales que surjan en relación con actividades estatutarias en el Hospital General (2-IX-83).

## MÁS SOBRE EL CONTINUO-CONTINUADO PROBLEMA ENTRE FUNCIONARIOS Y LABORALES

Entre el Director Médico, Gerente, Vicepresidente J.T. Facultativa, Jefe de Personal y el Oficial Mayor de la Diputación, redactan (13-IX-83) una "regulación" de la función pública en el Hospital General, "cuadrando el círculo" que representan los dos colectivos

legales: funcionarios y laborales, buscando la máxima equiparación posible. Porque las oposiciones de entrada para unos y la libre designación de los otros, más la necesidad de mantener las dos plantillas, crean graves problemas. Se intenta sistematizar el acceso, así como la promoción o ascenso de los médicos funcionarios de la Beneficencia y la de los laborales, por convenios con la SS y ambos trabajando indistintamente.

La normativa, inspirada en principios de mérito y capacidad, busca la promoción por caminos objetivos (reduciendo al máximo la "libre designación", la libre adscripción-remoción, la promoción interna y la movilidad funcional) y con respeto a la jerarquía normativa. Sistematización del acceso a la función pública para ambas líneas, a través de un concurso-oposición homologado, con igual exigencia. Establecer un "examen de grado" para revalidar el nivel de suficiencia de los contratados por libre designación (!). Sistematiza, además, sobre el esquema jerarquizado: jefe de servicio, jefe de sección, médico adjunto (BOE 1-III-82, orden 4878).

Aparte de acreditar la especialidad, será necesario el grado de doctor para optar a una jefatura. Entrar por a) la categoría inferior de adjunto y a niveles superiores desde éste, por "examen de grado" (convocatoria anual), o b) directamente, por concurso-oposición.

Las jefaturas vacantes se cubrirán por concurso restringido de méritos, entre funcionarios de carrera y médicos contratados laborales fijos, de nivel inmediato inferior, siendo necesario el grado de doctor para jefatura de servicio. Igual tribunal por el que entró. Programa: Bloque 1 con 5 temas de legislación, 10 temas de Medicina General, 10 de Cirugía General, 10 de Higiene; bloque 2, 30 temas en cada especialidad. Un solo ejercicio teórico-escrito con 4 horas para dos temas (bloques 1 y 2), con lectura y defensa oral y pública.

Ingreso en la función pública. Fase de oposición: 2 ejercicios teóricos y 1 práctico. El primero escribir en 4 horas sobre dos temas a suerte de los bloques 1 y 2 respectivamente (bloques: 1: 10 temas, derecho y medicina legal; 2: 60 temas en tres partes); el segundo, oral con dos temas en hora y media, al azar, del bloque 3 (bloque 3: programa especial de 60 temas, propuestos por el Jefe Servicio y con el visto bueno de la Junta Técnica Facultativa). Habría un tercer ejercicio práctico. Aparte de la fase de concurso.

Tribunal: Presidente de la corporación o persona en quien dele-

gue; Secretario, el de la corporación, sin voto; Vocales: un representante de la Facultad de Medicina, un Jefe de Servicio de la especialidad, designado por el Presidente del Órgano Especial de Gestión, un representante de la especialidad elegido por el Colegio de Médicos y otro Médico Funcionario, designado por el Presidente de ese Órgano Especial de Gestión (total, 4 vocales).

Por Real Decreto (211/82, de 1 de febrero) se establecen los niveles administrativos: los jefes de servicio siguen con esa designación y nivel 25 (que sube a nivel 26, si es Jefe de Departamento), los Subjefes de Servicio pasan a Jefatura de Sección y nivel 24, los Médicos adjuntos funcionarios a Jefatura de Sección (nivel 24), también, los Jefes Clínicos van como Jefatura de Sección (a su nivel 24), los Médicos adjuntos a las adjuntías.

#### Y SIGUE LA LETANÍA, TAN REITERADA COMO IGNORADA

No tenemos plus de peligrosidad (el personal que prepara al enfermo para radium lo cobra, el médico que lo aplica, no).

No hay fondos para compensar gastos de desplazamiento, numerosos y que suponen más de 30.000 ptas./año (¡sólo es formación continuada!).

No se conciben ayudas para nuestra formación, para esa actualización que jurídicamente se nos exige y que supone un cambio completo de conocimientos cada 5 años. Puede evaluarse en más de 250.000 ptas./año (libros, revistas, cuotas, congresos, cursos, etc.) sin contar las pérdidas por ausencias y el pago de sustitutos. Cobra menos el que enseña que el que recibe la enseñanza (MIR).

No se toma en consideración que ponencias, congresos, publicaciones, etc., producción de los médicos, se aporta para mantener el nivel acreditativo del centro, sustentando la economía positiva del concierto; que sí permite la generosidad con otros estamentos. Lo que nos parece muy bien, aunque no tanto que se nos regatee a los que justificamos esa acreditación.

En 1982 el aumento es del 9%, que sin productividad queda en menos del 8%. Examinando las nóminas es de sólo 6,8% para los jefes de servicio y 7,11% para los subjefes.

El Dr. Cano, en representación de los jefes de servicio, ya expuso (30-IX-82) y reiteró que el deterioro se debe al largo desfase que se

genera cuando, durante un lustro (1977 a 1981) no se nos aplica el aumento salarial medio del 1,89%, y nos quedamos con sólo un 1,05%. Con números crudos: nuestro salario de este año debería ser de 2.740.000 ptas. y no llega a dos millones, con un déficit de casi un millón de pesetas/año. Normalizar, se ha repetido, sería un aumento de 70.000 ptas. mensual.

Y como consuelo y por si hacían falta más "agresiones", la "burocracia" o "administración" responde así, a un escrito del Sr. Diputado Director relacionado con los muchos noes antes citados:

A) Que la gratificación por asistencia sanitaria (que procede del primer "miniconvenio" con la SS), que fue reconocida al funcionario y percibida asimismo por el laboral, en concepto de equiparación (aquí sí), quedará absorbida por la gratificación complementaria general (1981). Sólo se percibirá la diferencia en más, considerando la totalidad como gratificación absorbible (en este 1982, sólo quedan restos).

B) Respecto al incremento de productividad, en la regulación de funcionarios (RD 211, 1-II-82) se establece la completa equiparación entre funcionarios de Administración local y del Estado y no hay más retribuciones que el incentivo anualmente normalizado. La Diputación tiene copia (aunque nunca nos lo comunicó).

C) En cuanto a la gratificación MIR, tendría que hacerse una *propuesta en forma* (?) a la Diputación y buscar su homologación con lo que perciben los similares docentes de la SS.

D) No hay extras en el régimen funcional, sino un fondo regular al que se deben hacer propuestas en firme, que, por supuesto, no son exclusivas de los médicos, sino a todos los profesionales del centro. Y sujetos a la disponibilidad económica.

Y así se demuestra nuestra "mansedumbre", porque seguimos atendiendo a esta "administración".

Por fin, en el pleno de la corporación de fecha 29-XII-82, se reconsideran las retribuciones, especialmente las complementarias de los jefes de servicio y acceden a subir el complemento de destino a 23.882 ptas./mes desde el 1-I-82 (en 1981 era de 15.762). Para el presente ejercicio son 2.184.000 ptas./año (representa 1/5 de lo que las matemáticas señalaban como compensación mínima y sin cobrar atrasos).

El 30-XII-82 se nos informa que INSALUD recomienda-insiste en que se eliminen los "asistentes voluntarios". Se crea el Servicio de Formación de Personal.

## NOMBRAMIENTOS Y SOLICITUDES

En la sesión de la Junta Técnico-Facultativa de 27-X-83, la Dra. Amparo Juan solicita la plaza vacante (por renuncia del Prof. Llobart Bosch) del Servicio de Anatomía Patológica.

El Dr. Chuliá también pide que los alumnos internos por oposición tengan derecho a plaza de médico asistente. Se le contesta que es problema MIR-especialidad.

Se mantienen las pruebas para aspirantes a jefatura de servicio: baremo, prueba pública, demostrar la experiencia en esa especialidad y la práctica. Se normaliza la selección de las becas-ayudas.

*Enfermería.* Tres reuniones en marzo se resumen en el apoyo a Dirección sobre el problema de la dirección autónoma de la enfermería. La Junta Técnico Facultativa nunca ha participado en los nombramientos de enfermería. Se propone continúe asistiendo a esta Junta la Directora de Enfermería.

Es interesante la postura de que los ATS no dependen del estamento médico:

El Secretario del Colegio ATS-DUE y el representante de tal Colegio en la Junta de Gobierno de este Hospital, Francisco García Castilla, leen un "Escrito para modificar el Departamento Enfermería" (2-IX-83): "para asegurar y responsabilizarse de su función de curar a los enfermos, coordinada a todos los niveles con otros departamentos del Hospital, ha de contar con suficiente autonomía administrativa, técnica, docente y de investigación. No puede depender de otro estamento profesional que tiene unas funciones diferentes", ya que tienen funciones propias, delegadas de otros profesionales y compartidas con dos categorías, enfermeros/as y auxiliares. Hace falta un Departamento de Enfermería y relación "horizontal" con otros Departamentos y así una "línea más clara y rápida de gestión para cumplir sus fines". Nuevos conceptos: "deja de ser exclusivamente técnica para ocuparse de los cuidados al enfermo y no a la enfermedad". "Los Sanitarios podrán englobarse dentro de la Jefatura de Enfermería previa preparación especial".

Se notifica al Dr. Cano (Presidente de la JTF) para su estudio antes del día 20-X-83 y enviar al Órgano de Gobierno (sesión extra 21-X).

D. Alfredo Elías Mondejo es nombrado por el pleno de la Diputación de 20-XI-83 primer Director de Enfermería, "función técnica con un gran contenido político". "Mayor autonomía, al no de-

pender del estamento médico y situarse al mismo nivel, con nuevos poderes decisorios". "Había mucha responsabilidad y poca autoridad".

*Director médico.* 25-III-85. Se nombra un equipo de transición en la cúpula. El Dr. Álvarez, director médico, explica por qué la Dra. Granados no sigue, pese al apoyo de esta Junta Técnico Facultativa a ella y al Dr. Díaz.

#### SIGUE SUELDOS Y BAREMOS

Permanece en el aire la eterna pregunta de ¿cuándo suben los sueldos? Continúa el lío entre retribuciones de funcionarios y laborales. Se considera la supernegativa fórmula de: menos \$ y más normas.

Se pide otro baremo para jefes de servicio y en el plazo de 10 días (es ya un tic el pedirlos).

La Junta Técnico Facultativa de 27-VI-85 aporta los baremos solicitados (parece ya había otros desde su reunión extra del IV-85). El Dr. Ezequiel (Farmacia) pide haya diferencias entre publicaciones nacionales y extranjeras. Se aduce la consecuencia de que, cada vez más, los "nacionales" eluden publicar en España, para ir a revistas inglesas. Se aprueba, tras varias enmiendas.

#### 1986. EL SR. MOREU: PROYECTOS Y... EL MANUAL DE FUNCIONES (= MÁS PERSONAL A LA "ADMINISTROCRACIA")

Junta Técnico Facultativa (8-IV-86). Como el Sr. Moreu no podrá asistir a esta JTF convocada, envía una carta (3-IV-86) con "Proyectos de gran importancia para la Organización asistencial" que dicen así (todas *a favor* del médico y "contando con sus positivos sentimientos"):

1. Reestructuración y creación de Servicios.
2. Reestructuración del número de camas asignadas a los servicios.
3. Reorganización de las Urgencias y de la sistemática de las guardias.
4. Revisión del carácter vitalicio de las nuevas plazas de Jefes de



Servicio y Sección a crear, así como nueva sistemática de cobertura de plazas.

5. Propuesta de separación de las vías de servicio técnico de las administrativas.

6. Control de rendimientos.

Esencialmente: cambiar todo sin contar con nadie.

Y aparecen en el Manual de Funciones *ocho* encargados de grupo: Jefe de Servicio, Administrador, Jefatura de Enfermería, Supervisora de limpieza, Encargado de personal subalterno, Jefe de mantenimiento, Jefe de cocina, Encargado del lavadero y la plancha. Se especifican sus funciones en el área de personal y sus facultades.

Más y más normas, muchas modificando o "formalizando" las ya existentes: pruebas de ingreso, planes de formación, cambios de puesto, horas extra, turnos de vacaciones, permisos reglamentarios, autorizaciones de salida, comunicar hechos susceptibles de sanción, reclamaciones, solicitudes de excedencia, proponer sustitutos según normas de la Comisión Paritaria, consultar dudas (hay 11 modelos: "DP-1 a DP-11").

Oficio del Jefe de Mantenimiento cuadrando los mecanismos burocráticos: cualquier petición de reparación deberá realizarse a este servicio, con *vale* de peticiones. "En ningún caso podrá Vd. dirigirse directamente a ningún servicio técnico, ajeno a este de mantenimiento" (ver "Organigrama").

Para entrar en el parking (1986) hace falta la tarjeta de autorización y el DNI (en los años 60 había puestos fijos, lo que permitía un cierto control de asistencia, sin "cuellos de botella"). Se suprimió por "poco democrático".

#### CONSECUENCIA DE REGLAMENTOS, MANUALES, ETC.

El cuadro que sigue traduce en cifras negativas el fruto de la creciente marea de intervenciones, reglamentos, manuales, oficios, controles, "humanización"... Los descensos están en relación con los números de los años 1978-79 expuestos antes y repetidos más abajo (en la comparación con La Paz de Madrid y el Clínico de Barcelona).

## TRAS "FUERTE" GERENCIA (1986)

H.G.15.198 (1978-79)	Visitas	161.300 = -13%	(1985 = 8.564 = -44%)
	Ingresos	21.462 = -6,5%	
	Promedio estancia	12 ---	
	Nº intervenciones	6.724 = -56%	
	Nº empleados	1.862 = +32%	

## COMPARACIÓN CON LA PAZ Y EL CLÍNICO DE BARCELONA (1978-79)

	H. Prov. Valencia (850 camas)	La Paz (resid. gral. 900 c.)	Clínico Barcelona (1.000 c.)
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

Introducción, a más de la "antigüedad", de criterios esenciales para pasar los adjuntos del nivel A (5 años) al B o C (10 y 15 años de adjunto A).

## PARÁMETROS

*Asistencial:* Cuantitativos = Nº consultas externas o interconsultas. Nº intervenciones, Nº exploraciones, Nº camas asignadas/ingresos, disponibilidad.

Cualitativos: Nivel historias clínicas, reclamaciones recibidas, reingresos y altas voluntarias, asistencia y puntualidad, nivel de complejidad asumible.

*Docencia:* Participación en la de pre-grado (a nivel médico o de enfermería), en docencia MIR, y en programas de post-grado.

*Investigación:* nº de comunicaciones, publicaciones, memorias de investigación.

Por contraste, sí pudo ser positivo, aunque no llegó a funcionar, el inicio de una "carrera profesional" todavía poco conocida.

## MACRO-PREVISIONES

Actividad		Plantilla		Cta. explotación	
Nº camas	792	Médicos	235	Ingresos	4.056
Estancias	252.000	MIR	52	Gastos	5.997
Consultas	150.000	ATS	475	Resultado	1.941
Urgencias	90.000	Aux.	475	Amortizac.	250
UBAS	342.000	Otros	150	Inversiones	100
		S. Generales	384		
		Total	1.771	IPC	2.175

*Comisión de acreditación*, que es probable tenga ya mucho trabajo en la primera fase, a fines del 87. Estará formada por el Director Médico, Subdirector de D + I, Subdirector de Política de Calidad, Jefe del Servicio afectado, Representante del Cuerpo Facultativo y Director de Relaciones Laborales como Secretario.

Un ejemplo de los medios para "motivación-incentivación" es la "broma" de Cirugía B (no fue el único), premiada por cumplir objetivos, con más de un millón de ptas. Pero a repartir con enfermería (cuyas unidades no coinciden con el Servicio) y *para invertir en instalaciones del mismo Servicio*.

## SISTEMÁTICA COBERTURA DE PLAZAS

Credenciales = 2 Jefe Servicio, 2 Jefes Sección, 2 Adjuntos

Comité de Selección, Secretario: Director Relaciones Laborales

<i>Adjunto</i>	<i>Jefe Sección</i>	<i>Jefe Servicio</i>
Presid. Director Médico Voc. J. Servicio interesado	Presid. Director General Voc. Dir. Médico J. Servicio interesado	Presid. Diputado Delegado Voc. 2 miembros desig. Diputación Dir. General y Dir Médico
Rte. Comité Credenciales Un Adjunto elegido por Adj.	Rte. Comité Credenciales Un Jefe Sección elegido por Jefes de Sección	Rte. Comité Credenciales Un Jefe Servicio elegido por J. Serv. Un representante Facultad Med.

## REQUISITOS

Título Especialidad Currículum + méritos	Título Especialidad Currículum + méritos Organización Sección Entrevista Comité Selección	Título Especialidad ¿Dr.? Currículum + méritos Organización Servicio Entrevista Comité Selección
---	--	---

## SISTEMÁTICA COBERTURA DE PLAZAS (2)

## CONVOCATORIA

Libre	Restringida	Libre
-------	-------------	-------

## TIPO DE CONTRATO

Laboral indefinido o temporal	Nombramiento sujeto a evaluación cada 3 años. A los 9, consolida el salario. Se hace por resultados: eficiencia = actividad/coste, eficacia = calidad, D + I, evaluación del servicio, capacidad de gestión
-------------------------------	---

No entramos en detalles sobre la reestructuración de las Urgencias en la que disminuyen 7 médicos (los 2 de Unidad Coronaria, 1 de Reanimación, de Pediatría, de Cirugía, 2 de Análisis + Hematología), reduciéndose de 31 a 24. Las urgencias de Neurocirugía irán a La Fe y las de Nefrología, al Clínico.

## DIMISIONES, DESIGNACIONES Y MÁS REESTRUCTURACIONES (ver también "Organigrama")

En la reunión del 18-II-87, el Sr. Moreu notifica la dimisión del Dr. David Vivas (1ª dimisión) e indica que los asuntos administrativos vayan al Sr. Salvador Lilao y los técnicos, especialmente los problemas de los desplazados, a la Dra. Victoria Rius, que mantiene su responsabilidad en la Coordinación de Urgencias.

Unos meses (26-V-87) y el Sr. Moreu da cuenta de otra dimisión (2ª dimisión) para el próximo 8 de junio, la de D. José Manuel Rodríguez, director de relaciones laborales. Sus actividades se suman a la misma Dirección General.

El 12-V-87 son presentados los miembros designados: Decano, Dr. Cano; del Área Médica, el Dr. Velasco; el Dr. Álvarez de la Materno-Infantil y Chiveli de los MIR.

- Resultados de las Comisiones: Historias clínicas: de 1.255 revisadas = 514 bajo mínimos.
- ” Mortalidad = apenas se presentan 1/3 de las hojas de fallecimiento.  
13 autopsias = 28%.
- ” Tejidos (como infecciones) = falta computerizar la información.
- ” Farmacia, media de 10 peticiones/día fuera de guía y sin justificar.

Se crea el Comité de Credenciales, que elige la Junta Técnico Facultativa entre el personal médico del Hospital (con un suplente por estamento) y para el mismo periodo que la Junta Técnico Facultativa que lo elige. Estará constituido por 2 Jefes de Servicio, 2 Jefes de Sección y 3 Adjuntos, siendo sus funciones las de: valorar los méritos de los candidatos, según el baremo establecido y la parte técnica de las memorias presentadas por los mismos. Si lo considera oportuno, podrá solicitar de la JTF el nombramiento de asesores. Sus actuaciones serán justificadas, por escrito, ante la JTF y ante el tribunal.

Se decidirá el 26-V-87. De momento, la convocatoria de Jefes de Servicio esta impugnada.

Informe sobre Jefaturas de Neurología, Neurocirugía y Traumatología antes del mes de octubre. Luego las de Cirugía Plástica, Oncología, Cirugía Vascular y Rehabilitación. También, reunir las dos Cirugías en una, así como los Servicios de Ginecología y Tocología.

En el B.O. de la Provincia (1-IV-87) se convoca con carácter laboral fijo: las plazas-jefatura de los Servicios de Anatomía Patológica, Anestesia, Cardiología, Medicina Interna y Nefrología. Sigue la cómoda tendencia a librarse de los funcionarios y cargos vitalicios.

Modificaciones estructurales y funcionales: unificación de las dos cirugías. A partir de octubre se producirá la unificación de las dos Cirugías, A y B, en el “Servicio de Cirugía General y Digestiva” (aprovechando la jubilación del Jefe de la Cirugía A Dr. Cano). El esquema sería:

Jefe de Servicio: Dr. Narbona	}	Sección de Cirugía General = Dr. García Vilanova (incluye Mama, Cara-Cuello, Endocrino y General) Secciones Aparato Digestivo I = Dr. Molina, II = Dr. Olavarrieta y III = Dr. Trullenque Sección de Cirugía Torácica = Dr. Elarre
----------------------------------	---	--

Se integran en la Sección de Cirugía General los Dres. Fuster, Grau, García Moncó e Iborra; en Digestivo I: los Dres. Rodríguez y Canet; en Digestivo II: los Dres. Villalba, Raúl y Sergio y C. Zaragoza, en Digestivo III: los Dres. G. Romero, Puchades, Llorca, Vázquez, Precioso, Dapena, Fabra, Silvestre y en la Sección de Cirugía Torácica el Dr. Fernández (Antonio Cantó).

Cirugía Vascular se mantiene como sección (Dr. Peña, con los Dres. Todolí y Sanía), hasta que se convoque como jefatura a fines del 87.

La Cirugía Pediátrica continuaría a caballo entre Pediatría y Cirugía y sigue el Dr. Monsalve.

El "nuevo" Servicio de Cirugía constará de 110 camas, 75-80 para cirugía programada, 4 quirófanos, 5 días/semana, con posibilidades para unas 50 intervenciones programadas semanalmente, más 3-4 urgencias/día, con una estancia media de 11 días. Sesión clínica conjunta todos los lunes. Coordinador del "ala derecha" el Dr. García Vilanova (aunque se haya unificado la Cirugía, se mantienen aún los espacios actuales en ambas alas del Hospital).

El gerente, Sr. Moreu, da las gracias al Dr. Cano por las facilidades de todo tipo que ha ofrecido para llevar a cabo esta reorganización.

#### CÁLCULO ADMINISTRATIVO-ASISTENCIAL

Se distribuye un largo formulario para el "cálculo" de: ingresos, estancias, 1ª visita y sucesivas, interconsultas, etc., el número de intervenciones, de guardias, etc.

Lo más interesante estaba en la programación porcentual de horas a emplear en cada actividad, señalando según nivel:

a) para el Jefe de Servicio, sólo un 30% de su tiempo a la asistencia, 50% a dirección y 20% a D + I,

b) para el Jefe Clínico 60, 20 y 20% y

c) para el Adjunto 80, 0 y 20% etc.

Más asistencia al menos formado.

Además y curiosamente, el Director de Humanización pretende que el Jefe de Servicio emplee casi la mitad de su tiempo “confraternizando” con la gente de su Servicio (!).

Cuando desde Max Weber quedó muy claro que de todas las *autoritas*, la más respetada es la carismática, y resultando evidente que, con estos “tiempos”, el Jefe de un Servicio quirúrgico prácticamente no entra en el quirófano, ¿de dónde va a surgir su autoridad carismática? ¿O es eso lo que se pretende, anular liderazgos?

Para Denning, padre de la llamada tercera revolución industrial, el liderazgo y la organización adaptada por y para el mismo trabajo son los motores básicos (Apple Computer, Lewi Strauss, Cyprus, Dickinson... adoptan esta autoorganización, que es creatividad, motivación, calidad-élite, etc.). Son los sentimientos los impulsores y no la dirección por objetivos “motivadores”.

#### NORMATIVA DEL NUEVO SISTEMA DE CONTROL HORARIO (25-VI-87)

A partir del 1 de julio:

1° Todo el personal del Hospital está obligado a registrar sus horas de entrada y salida.

2° Deberá hacerse no sólo al principio y final de la jornada, sino en cualquier momento que se ausente y regrese con permiso.

3° Para ello hay relojes electrónicos en: entrada de administración general, hall de los pabellones izquierdo y derecho (personal médico), talleres-servicios generales y pabellón materno-infantil.

4° Se puede fichar en cualquiera de ellos.

5° Cada trabajador tendrá su tarjeta (las entrega la Dirección de Relaciones Laborales).

6° Corresponde al trabajador conservar la tarjeta.

7° El personal de turnos rodados dispondrá de horario flexible. Obligatorio entre 8.30 y 14.30 (o 14.30 y 21.30). Intervalos de 30 minutos, también los sábados. El número límite de horas compensadas será 15 y la máxima diaria de 3 h.

8° El personal de sustituciones utilizará los relojes de fichas de ambos pabellones y materno-infantil.

9º Los puestos de trabajo que, por especial dedicación, no puedan adaptarse, acreditarán a fin de mes, con restricción de obligada estancia de 9 a 13 horas.

10º Prohibido fichar por otra persona. Será falta grave para ambos.

Los médicos jefes de servicio y subjefes gozarán de horario flexible; los jefes de sección previo acuerdo con la dirección médica. Incluso colectivamente servicios o secciones. También pueden pactarse sábados verdes (media hora/día más).

Para que las sesiones clínicas de primera hora no retrasen la actividad asistencial, se puede estudiar la posibilidad de compensar 2 horas 30 minutos de los sábados, por 30 minutos menos de cada día.

Nada para formación personal-colectiva, lo que llevará a calidad = 0 Reclamaciones (VII-1987). Aumentan las reclamaciones en información, organización y hostelería. Las asistenciales son: 14% en el 1º trimestre y 13% en el 2º trimestre.

#### SE ACABA LA PACIENCIA

La situación se hace difícil de aguantar y al fin, se acuerda enviar la siguiente carta a la Presidencia de la Diputación:

Sr. Presidente de la Exma. Diputación de Valencia:

Con profunda preocupación, los Jefes de Servicio del Hospital General de Valencia quieren manifestar a V E el deterioro progresivo que observan en el mismo, junto a una creciente sensación de desánimo, desaliento y falta de motivación en el estamento médico, que sin duda no puede reportar nada bueno a la marcha de la Institución.

En este sentido, consideramos que gran parte de la responsabilidad de esta situación recae en la política hospitalaria (gestión, a nuestro juicio, equivocada) de esta Corporación.

Son muchos los aspectos que podíamos invocar aquí. Así, la falta de consenso en temas importantes, la desconexión entre Dirección Médica y Jefes de Servicio, el criterio estrictamente pseudo-economicista de la Dirección General y la deficiente dotación presupuestaria para renovación de técnicas y aparatage, así como otros muchos temas que quizá serían motivo de un amplio cambio de impresiones. Todas estas razones, nos hacen temer que este



Hospital pueda perder definitivamente el tren que le lleve a constituirse en un Centro con calidad y proyección de futuro lo que, sin duda, es el deseo de todos nosotros. La primera muestra de todo ello es el desfase económico reconocido hace pocos días en la prensa por el Director General.

Por todo ello, hemos entendido necesario dirigirnos a V. E., como máximos responsables científicos en el quehacer diario del Hospital, para hacerle llegar nuestra inquietud ante el rumbo que adquiere, lamentablemente, este Hospital.

Valencia 1 de Julio de 1987 (sigue la firma de dieciocho Jefes de Servicio).

## CONTESTACIÓN

Como consecuencia, cinco días después, los Jefes de Servicio reciben la siguiente carta del Sr. Moreu:

Estimado amigo: A través de la llamada que he recibido esta tarde de un periodista, que me pedía opinión sobre la carta que el colectivo de Jefes de Servicio ha dirigido al Presidente de la Diputación y de la cual se ha enviado copia a los medios de Comunicación (?), he tenido conocimiento de la existencia de tal escrito.

Sin entrar a valorar el contenido del mismo, pues creo que no vale la pena, me parece intolerable dicha dinámica y absolutamente incalificable, que no se me haya enviado copia de la misma y tenga que enterarme por un procedimiento tan atípico.

Cualquiera tiene opción a expresar su opinión por los caminos que crea oportunos, ¡faltaría más!, pero pienso que personas "responsables" a alto nivel (!) en una organización, deberían tener más claro su sentido de pertenencia a la misma y más cuando siempre han sido escuchadas y atendidas.

De verdad lo lamento, no por mí, ni mucho menos, sino por Vds. y más, por el Hospital.

Supongo recordarán la famosa frase: ¡no es eso, no es eso...!

Valencia 6 de julio de 1987

Cordialmente

FRANCESC MOREU OROBITG, Director General

Dimite el Sr. Moreu el 17-VII-87 (3ª dimisión en el año) (Carta a los Jefes de Servicio).

Querido amigo/a:

En Enero del 86 me dirigía a Vd. para presentarme y explicarle ilusionadamente mis proyectos al llegar al Hospital.

Hoy, apenas 18 meses más tarde, me permito nuevamente mostrarle para decirle adiós.

Ha sido un periodo corto, pero intenso y lleno de experiencias, tanto en el terreno profesional como en el personal, inolvidables.

Quisiera agradecerle su colaboración durante este tiempo y testimoniarle que, al irme, me gustaría poder seguir contando con su amistad, como Vd. puede estar seguro de contar con la mía.

Le decía hola con ilusión, le digo adiós con tristeza. Pero no dude que siempre será para mí un orgullo, el haber contribuido en cierta manera a tratar de mejorar, aunque sólo sea un poquito, el Hospital General de Valencia, que por su historia y vocación de servicio a los ciudadanos, merece ser el Hospital de todos los valencianos.

Valencia 17 de Julio de 1987

Cordialmente  
FRANCESC MOREU OROBITG

El día 13 de julio de 1987, se reparte un comunicado del Sr. Diputado Director, D. Leonardo Margareto, que dice así:

Con motivo de la dimisión, a petición propia, de D. Francesc Moreu Orobitg, como Director General del Hospital General, y mientras se procede con la máxima urgencia a la cobertura de dicha plaza, ocupará en funciones la Dirección General del Centro, el Director Médico del mismo, Dr. D. José Antonio Díaz García-Donato.

La dimisión del Sr. Moreu sería efectiva a partir del 1 de agosto.

Dado el firme propósito de dar continuidad al trabajo realizado durante el último periodo, por el Sr. Moreu y su equipo de dirección, éste continuará vinculado a la institución con carácter consultor, sin vinculación contractual alguna.

## MÁS DIMISIONES Y ALGÚN NOMBRAMIENTO

El 15 de septiembre de 1987 se presenta el nuevo Diputado Director Sr. Juan Ballester Pérez y el Director Médico, José Moreno Cánoves.

16-XI-87: Dimisión del Dr. José Moreno por motivos personales (4ª dimisión del año) y se nombra para esa dirección médica al Dr. D. Vicente Álvarez Ángel.

26-XI-87: Reestructuraciones en comisiones, dirección médica, servicios, etc. (ver "Organigrama").

X-88: Junta Técnica Facultativa monográfica sobre la *exclusividad*. Se considera un elemento perturbador, más o menos equivale a la frase: "yo, haciendo lo mismo cobro menos". Pagar más a unos médicos sin obtener nada más a cambio. Si acaso a los que voluntariamente se apuntan a trabajar por la tarde. Realmente, se subraya, es pagar esta exclusiva sólo para que no trabaje fuera, siendo, además, el único estamento hospitalario sin libertad para usar su tiempo libre. No se acepta.

## 1989: CAMBIOS DE NOMBRE, BAREMOS, "MATRÍCULAS".... Y RIADA

Tras reestructurarla por enésima vez, el 25-I-89 se renueva la Junta Técnico Facultativa, que ya se llama Junta Técnica *Asistencial*, siguiendo el largo y creciente progreso del menosprecio a los médicos.

Hay nuevo baremo (7-II-89) para jefes de sección, en el que no cuenta el idioma (?). La puntuación es: Catedrático o Jefe de Departamento o Servicio: 8 puntos, Jefe de Sección: 7, Médico Adjunto: 6 y Máximo por trabajos científicos, 10 puntos. Sigue la nivelación descendente ("¿conviene a los mediocres?").

Se expone para identificación de los servicios-secciones siglas de 3 letras: "CAR" 020 GRA = Cirugía General; CEG = Cirugía Esófago-Gástrica; CPB = Cirugía de Cara-Cuello-Partes Blandas; CGI y CGII = Cirugías = 040 etc.

Y se recrea el Comité de Credenciales (19-IV-89) formado por 2 jefes de servicio + 2 jefes clínicos + 3 adjuntos, para: valorar los méritos y la memoria desde el punto de vista técnico. Plan de calidad.

En la de 7-VII-89 se manifiestan protestas por el escaso presu-

puesto para instalaciones, máquinas, etc. y mínimo para reparaciones (30 millones). Lo mismo repetido hasta la saciedad.

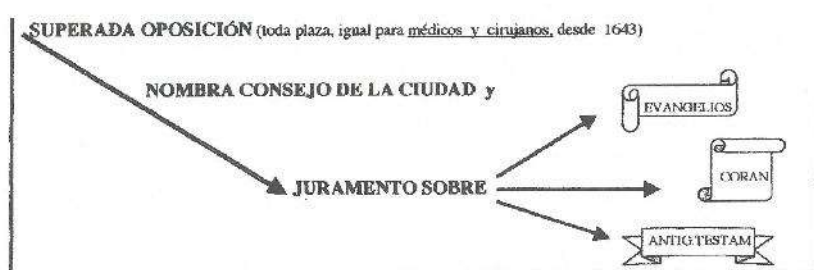
Y al final de este año (29-IX-89), la Junta Técnico Asistencial se ve en la triste necesidad de evaluar los daños de la última riada, una más, que superan los 190 millones. En el archivo pasivo se han perdido muchas historias clínicas, como ya es habitual en las riadas por su persistente-equivocada ubicación de la mencionada acequia (y también gran parte de la biblioteca donada por el Dr. D. Eugenio López Trigo).

## Pre-organigrama

SE REUNIERON EN EL DE INNOCENTS, PARA IR A HOSPITAL GENERAL, LOS HOSPITALES DE:

Sant Vicent (1238? quizás antes), Sant Llatcer (queda en el camí de Morvedre -leprosos), Santa Llúcia o de La Reina (1311), En Caplers (testamento de Bernat Desclapers ) (primero laico y con médico visitador), dels Beguins (1334) (Guillén Catalá), Sant Antoni camí de Morvedre (1333) y Santa Maria de la Seu para sacerdotes pobres (1379). A fines del XIV, Francesc Conill y Pere Bou erigen los de En Conill y En Bou. Más dos en el siglo XV: En Guíot y En Sorell (fundados por Francesc Guíot y Tomás Sorell) (R. Pertegás, 1927).

LOS MÉDICOS:



**CIRUJANO MAYOR      PLENA DEDICACIÓN**  
 "no puga tenir botiga parada en la presente ciutat de Valencia"  
**Y..... TRATAMIENTO AMBULATORIO**  
**+ CORTA ESTANCIA**  
 "per a curar los plagats que de fora del Espital"  
 "excussaria el gasto que hui te l'Espital pels detenguts en els llits"

**1707 empiezan los Reales Decretos, las órdenes "centrales";**  
**"anular el poder municipal para proveer Cátedras"**

En lo que sigue, queda recalcado el gran sentido práctico de este corredor mediterráneo. Frente a la escolástica aristotélica "de arriba", aquí no hay prevención alguna a la acción manual. Tampoco hay dogmas: "Es lícito actuar racionalmente, usando la casuística como perspectiva empírica" (Avicena, 980).

Aunque al comienzo del siglo XV había varios Hospitales en Valencia,<sup>1 y 2</sup> alguno anterior a Jaime (1238), el mas conocido, al menos por ser precedente directo del actual y aún de los actuales, fue el Hospital de Folls, Orats e Ignocents, que se materializaría tras la predicación del Padre Jofre en la Semana Santa de 1409.<sup>3</sup>

En esquema y como se expone en el Capítulo de "Antecedentes", se constituyó, de inmediato, una Junta de "hombres buenos" (Diputados) dirigidos por Lorenzo Salom... que concibe y promueve con la misma diligencia, la construcción del "Hospital dels Ignocents" que se edificaría junto a la muralla (Calle de Guillen de Castro), cerca de la Porta de Torrent (9-V-1409). Así, como la Cofradía de Innocents, su "brazo económico". Es importante reiterar el *carácter laico* y la línea *autonómica* que lograron y establecieron, así como el mandato por el que, en su Junta, no cabrían eclesiásticos, caballeros, juristas o notarios.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> R.I. BURNS, *Reino de Valencia, siglo XIII*, Valencia, Del Senia al Segura, 1982, pp. 528-558.

<sup>2</sup> Ver Addenda al final del capítulo.

<sup>3</sup> *Hospital Real y General de Valencia*. Ed. Claritas, 1948.

<sup>4</sup> GARCÍA BALLESTER, 1976, p. 27.

Obtienen la aprobación de su Constitución por el rey D. Martín (15-III y 30-X-1410), por el Consejo de la Ciudad, más el apoyo de cuatro bulas de Benedicto XIII (26-II al 4-III-1410).

Inicialmente parece se construyen dos pabellones, para hombres y mujeres, salas de "orats y orades" y más tarde (1410) la de niños "borts", a más de la iglesia, la sala de juntas y un despacho para el mayordomo (uno de los diez diputados, por año), de quien dependerá el personal "en nómina": el capellán, los médicos, el cirujano y un notario.

Pasadas unas décadas, hacia finales del xv (1482), se inicia el proceso de reunir en este "Hospital dels Innocents, Folls i Orats" la decena de hospitales-hospicios dispersos por la ciudad. En 1493 Fernando el Católico da permiso para ampliar la Casa a otros enfermos crónicos, aparte de locos e inocentes. Sigue un largo proceso que entra en recta final cuando en 1512 la comisión establece su sentencia arbitral, creando una administración de cuatro, un órgano Colegiado Superior, formado por dos regidores municipales, un canónigo y uno de los 10 diputados. Junta *semi-secularizada y autónoma* con su mayordomo-gerente, que es uno de los diez vigente en los siglos xvi y xvii. Obtiene la cédula real de Fernando VII el 30-X-1512 y la bula de León X el 11-VII-1514. Así se reúnen casi todos los hospitales de Valencia en un Santo Hospital u Hospital General, en 1515 (ver "Antecedentes").

Los médicos pasan visita dos veces al día y sus órdenes: curas, remedios, etc. se cumplen por el cirujano y el boticario. Un bachiller hace de médico de guardia. En las salas actúan los "serviciales". Un vicario, con un sacristán, están a cargo del cuidado espiritual.

Con el fin de mejorar la economía, el Papa León X (1514) incluye en una bula (la misma de fundación del Hospital General) la creación de una cofradía constituida por 1.000 socios hombres y otros tantos mujeres, que ingresarán pagando nueve sueldos y seguirán con una cuota de tres por año. A más de donativos, herencias, fundaciones, etc. (los notarios preguntan a quién va a hacer testamento, si deja algo para el Santo Hospital).

Hacia finales del xvi (1585), se añaden los decretos de Felipe II para fomentar estas y otras aportaciones, como las de las que aportan corridas de toros o "jonecs", teatro-comedias, circo, títeres, trinquete, peleas de gallos... Todavía el "centro" ayudaba a la "periferia".

En el Hospital manda el mayordomo y el "clavari major". Hay,

aparte de la habitual separación de hombres y mujeres y de las primeras salas de “orats” y “borts”, las nuevas de “febres”, “nafrats” y “mal gálico”, que pasará al nuevo e incompleto crucero, “quadra de mal de siment” (el primer crucero era el “quadra de febres”), a finales del siglo XVI (1588, hasta 1603) y el XVII. Se mantiene el esquema de organigrama y normas establecidos un siglo antes, desde la sentencia arbitral de 1515.

Por esas fechas (1582), son doce los “médicos de número”, nombrados “per els Jurats” bajo los criterios de: bondad, capacidad y aptitud.

Quizá sea oportuno recordar y repetir (“Antecedentes”) que, ya en 1329, las Cortes valencianas, con Alfonso el Benigno, establecen en nuestros *Furs* la “venia practicandi”, norma básica, reguladora del ejercicio profesional, que exige título universitario y un examen que en el Reino de Valencia, sin duda por la citada influencia árabe-judía de “abajo”, se hacía ante un tribunal formado por dos médicos y dos cirujanos, e igual para médicos y cirujanos.

Superados estos requisitos, son nombrados públicamente por el Consejo de la Ciudad y dentro de la atmósfera de pragmatismo y permisividad, completan la norma, con el juramento ante el Justicia, que se hacía, según la religión: con la mano derecha sobre los Evangelios, los cristianos, cara a la Meca y sobre el Corán, los árabes y ante el Antiguo Testamento los judíos.

Hacia mediados del XVII (1643) se accede ya a todas las plazas, mediante *oposición pública* y con el tribunal citado o similar y bajo el dominante pensamiento pragmático se llega a exigir (sobre todo al cirujano mayor) una “plena dedicación”: “no puga tenir botiga parada en la presente ciutat de Valencia sino es la que tindra per a servici del Espital, dins de aquell”; y a fomentar los tratamientos ambulatorios y la corta estancia, “per a curar los plagats que de fora del Espital podrien venir a curarse”, “ab lo cual se escussaria el gasto que hui te l’Espital ... pels detenguts en els llits”.

\* \* \*

Con el siglo XVIII, concretamente en 1707, empiezan los Reales Decretos, las órdenes “centrales”, aunque en este inicio todavía con cierta ambivalencia, con vertiente positiva y así, sobre la negativa de “anular el poder municipal para proveer Cátedras”, suma una favorable: “a ningún estudiante se le matricule, ni le den fe de Curso en



4º año, sin que, durante la mitad de él, haya practicado en la enfermería del Santo Hospital General, asistiendo mañana y tarde a la visita, con los médicos de la casa”.

Aún patente el apego a la realidad, se exige un mínimo de “25 anatomías” en el teatro anatómico de esta ciudad, en el Santo Hospital (desde Todos Santos a Semana Santa). El Clavario del Hospital castigará, con dos libras valencianas, por cada anatomía menos de esas 25. Según Piquer, ya desde Madrid, la anatomía se enseña, en Valencia, mejor que en ninguna parte.

Siguen separadas las salas de Medicina y de Cirugía, así como mujeres y hombres. En 1790 se establecieron las llamadas “camas de distinguidos” o privadas.

El Hospital anduvo bien por esta línea, semisecular y autónoma, durante varios siglos, ya no tanto en el XVIII, con su tropiezo, “crónico”, al final de ese siglo, concretamente cuando, en 1785, Carlos III nombra al Rector del Hospital y parte de una Junta bien diferente, formada por un Hermano Mayor que designa el Rey, un canónico, un regidor del Ayuntamiento, cuatro eclesiásticos, cuatro nobles y cuatro sujetos de reconocida “caridad y probidad”. Muy lejos de lo establecido en 1409.

En el paso del siglo XVIII al XIX se firma un primer acuerdo con la Facultad de Medicina (que inicia una serie “progresiva”), por el que los enfermos “que se allanen” para la enseñanza pasarían a constituir la “Clínica de la Facultad”. Se “contratan” 20 camas para docencia, que llevará el catedrático. Todavía, los alumnos hacen-cumplen las prácticas pasando visita con los médicos de la Casa. Hay tres cursos de prácticas.

Una década... y ante las protestas de los médicos del Hospital, el Rector Blasco tiene que consensuar la cifra de 12 pacientes por sexo, para estas prácticas.

Aparecen normativas para admisión y control de los enfermos que, desde hace tiempo, entran “sin nada” (de su ropa)... que se les devuelve, cuando se van de alta.

Los ingresos económicos del Hospital siguen en auge. Sólo en unos veinte años, durante el cambio de siglo (1795-1815), el *Diario de Valencia*<sup>5</sup> publica la venta-subasta de bienes del centro (donati-

<sup>5</sup> *Diario de Valencia*, Anuncios “Hosp. General”: donaciones, ventas, subastas, etc., años 1795-1815.

vos), del orden de un centenar de casas (56 aisladas y 16 dice de "varias" a la vez), tierras de labor, fundaciones, aparte de lo que percibe por subastas en o de las corridas de toros, comedias, etc., etc.

Pese a todo, a mediados del XIX y de los citados "convenios", se produce una crisis económica y se decide nombrar (1848) una Junta provisional "especial" y dependiente del municipio, que, con total acierto, resuelve en dos años y a plena satisfacción.

También por estas fechas se renueva el Reglamento, quedando los médicos de número en siete (!) y constan 5 practicantes. Se había firmado ya un contrato con las Hijas de la Caridad (1817-22).

Como ya se anotó, en 1878, y formando parte de esta centralización, desaparecen por decreto las Juntas Provinciales de Beneficencia, entre ellas la de Valencia, que administraba el Hospital, por lo que nuestro centro pasará a depender de la Diputación y se llamará Hospital Provincial.

La Dirección del Hospital Provincial será ejercida por un Diputado Director y el Cuerpo Médico de la Beneficencia Provincial elegirá su Decano. Ayudan a la dirección un Secretario contador y un Administrador.

El Cuerpo Médico vuelve a *once médicos, de número* (aún no hay especialidades) y 15 practicantes (6 de 1ª, 6 de 2ª y 3 de la botica). Se crea una plantilla transitoria para Anatomía Patológica, Laboratorios (serología y bacteriología) y Rayos X.

Se pasa visita mañana y tarde (a las 7 y 17 horas), con el practicante, que anota las prescripciones en dos cuadernos, según días pares o impares y la hermana de la Caridad, que hace algo similar para las comidas. El facultativo de guardia, cuando acaba las labores en el establecimiento, va a consultas externas, acompañado del practicante-aparatista.

El Reglamento de 1881 en su Art. 5º, relacionado con la Facultad, ratifica que los catedráticos escogerán enfermos para prácticas, que se reúnen en la sección llamada Clínicas de la Facultad.

Una Comisaría controla los ingresos (que de siempre se han valorado por aspecto, ropa, etc.) y les da un número de cama.

El Reglamento de 1897 mantiene los *once médicos de número, más tres agregados* (que llegan por concurso, a propuesta de la Real Academia de Medicina y designados por la Diputación, hay preferencia para alumnos internos y practicantes) y dos supernumerarios.

Se especifica una reunión mensual de médicos, se señala la labor de inspección y se pide un cuadro mensual de estadística, más la historia clínica al día y en "cada Marzo" una memoria anual. Pueden dar docencia y se inician las especialidades.

\* \* \*

Ya en el último tercio del siglo es bien patente la necesidad de reunir los locales docentes, dispersos por el Hospital, en un "edificio-Facultad". Incluso a fines del mismo, se empieza a insinuar la necesidad de un Hospital Clínico (1889) (ver "Edificios").

Realmente se hace difícil convivir, ya que los "saltos" centralistas van a más. Y en esa línea, comienza el siglo XX, con los Reales Decretos de 1901-02, que suponen "una *real incautación*", en tanto "se han de aprovechar los Hospitales Provinciales para la docencia y sus jefaturas se irán *ocupando por Catedráticos*" (ver "Pre-convenios"). Se les razona, con toda claridad, que este Provincial no es tal, más que de nombre, que la Diputación *sólo lo administra*, como consecuencia de haberlo "recibido", al anularse, en línea centralista, las Juntas Provinciales de Beneficencia, pero no sirvió de nada.

Se añaden dos nuevos pabellones, para prevención y vacunaciones, al trasladarse los "orats" a la calle de Jesús. Se nombran Jefes de Servicio de Rayos X y Laboratorios; y se crea el Servicio de Otorrinolaringología. Se cubren plazas por oposición... pero la vida en la corporación se hace difícil.

"La Caridad oficial reduce la privada-pública" y así, ni la Diputación puede con los gastos, ni la Facultad con su dispersión. El Estado ayuda a ésta, con 50.000 ptas. para clínicas, de las que 11.000 serán para el Hospital, incluso especificando qué aporta, en material, una y otro.

Por el Convenio de 1915, ocho salas pasan a la Facultad y en otro posterior, en 1931, suben a 29 las salas de Facultad (511 camas, más de la mitad).

La construcción del edificio de Facultad, en el medio solar de baños (ver "Pre-convenios") no basta, el problema es la absorción de camas y jefaturas.

Y en 1941 un nuevo Decreto que sólo es más... en la misma línea confiscatoria, es la incautación del Hospital. El problema no encontrará solución hasta que "cada uno se traslade a su Hospital".

## ADDENDA

Aparte los datos de Burns, del siglo XIII, también podemos referirnos a una docena de hospitales de los que tres, Sant Guillén (Fernando Guillem Escrivá en 1252), Sant Joan de Jerusalem y Santa María de Roncesvalls desaparecen en el Trescientos.<sup>6</sup>

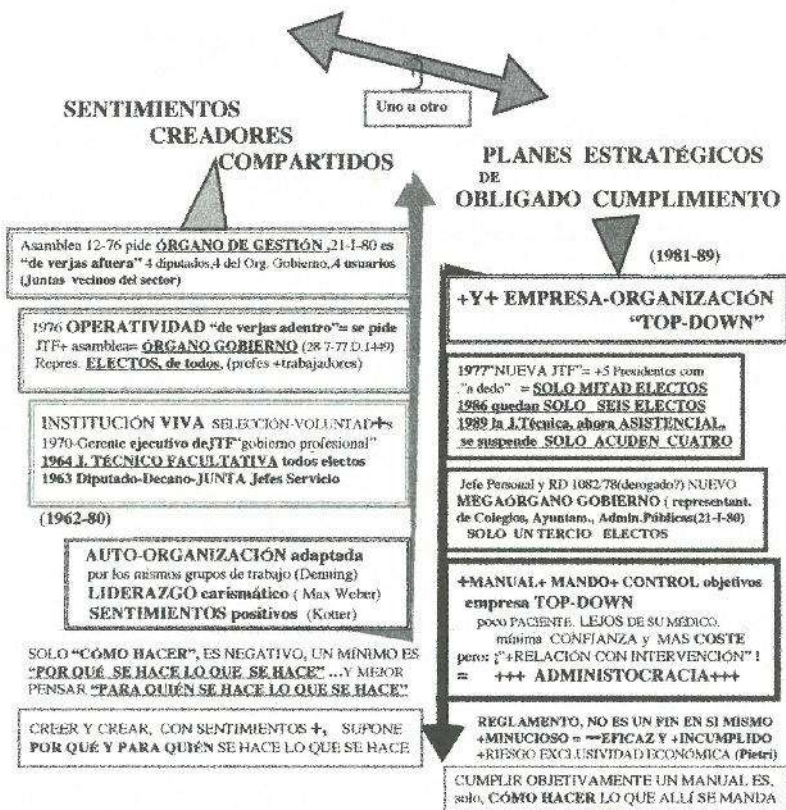
En el XIII, Jaime I fundó el de Sant Vicent (1238) (parece hay datos en Archivos de la Catedral, con donaciones de camas, anteriores a esas fechas), el de Sant Llatcer para leprosos en el camí de Morvedre. A comienzos del XIV (1310) la reina Constanza deja el de Santa Llúcia o de La Reina, un año después (1311), aparece el de Santa María o En Clapers (estamento de Bernat Desclapers) que podría ser el primer hospital laico y con médico visitador. Igual procede Guillén Catalá con el dels Beguins (1334) que deja bajo tutela municipal (Rubio y Rodrigo, 1992, 193-202) (en 1383, Pere de Conca recupera el de Santa Llúcia, que llevaban los franciscanos y estaba en ruina y lo pone bajo patrocinio municipal). Se pueden añadir el de Sant Antoni, orden hospitalaria de este nombre en el Camí de Morvedre (1333), para los de "foc infernal" (o ergotismo) y el de la Cofradía de Santa María de la Seu para sacerdotes pobres (1379) (hay confusión con el de En Bou).

En el tiempo de Arnau de Vilanova y Ramon Llull, a fines del XIV, Francesc Conill y Pere Bou erigen los suyos de En Conill y En Bou. Y en el XV aparecen otros dos: Francesc Guiot (En Guiot) y Tomás Sorell (En Sorell).<sup>7</sup>

<sup>6</sup> R.I. BURNS (1965), pp. 139-148.

<sup>7</sup> RODRIGO PERTEGÁS, Libro Real Cofradía, 1927, pp. 5-6.

# Organigrama



## CONSECUENCIAS, EN UNA DÉCADA (1978 A 1987)

El N° visitas queda en 161 300 =  $\searrow$  13%      Los ingresos bajan  $\searrow$  6.5%

El N° de intervenciones desde 15198 a 6724  $\searrow$  de un 56%

El N° de empleados sube a 1 862  $\nearrow$  un 62 % (desde 1967)

**EFICACIA == CALIDAD ASISTENCIAL == ÉTICA PROFESIONAL**