

El Hospital General de Valencia

*Benjamín Narbona Arnau**

Académico de Número de la R. Acad. Med. C. Valenciana

Vamos a ocuparnos de nuestro Hospital, de sus relaciones y evolución en esos 500 años, no sin antes agradecer a todos ustedes su asistencia

Y paso a resaltar que, aparte repeticiones, considero positivo dos aspectos: la favorable posición valenciana ante los dementes y el desarrollo del Hospital siguiendo, por siglos, en línea botton up.

Aclaro que el botton up y el top-down, son los dos caminos opuestos: el ascendente desde abajo, y el del mando desde arriba.

Hace siglos los griegos tenían bien separada primero la relación entre solo dos personas (médico y enfermo) que llaman YATROS y en segundo lugar la de dos colectivos, que es la sanidad pública o YATRICÓN.

Posición ante los dementes: -subrayar que en los "pre" a estos 500 años, nuestra situación contra los ignoscents, folls y orats, era mínima. Basta recordar, con Ramajo, que el comportamiento centro-europeo se apoyaba en el negativo principio de que, si los locos son peligrosos, y además "inútiles que comen", lo mejor será eliminarles. Y Europa pensaba así, o casi así, incluso cerca del siglo XIX.

Y ante tal contraste, señalaremos que la historia del HGUV se remonta al 24 de Febrero de 1409 y se inicia tras las palabras del Padre Jofré en su eficaz sermón cuaresmal y que constan en el Libro Viejo de las Constituciones:

“En la present ciutat ni-ha molta obra pia e de gran caritat e sustentació, emperó una n’i manca, que es de gran necessitat , ço és un Hospital o Casa, on les pobres ignoscentes e furiosos foren acollits, car molts ignoscents van per aquesta ciutat... pasen grans desayres de fam, fret e injurries per tal, com por sa inocencia e furor, no saben guanyar ni manar ço que han mester per a sustentatio de llur vidaseria sancta cosa, e obra molt sancta que en la ciutat de Valencia fos feta una habitació u spital en que semblants folls e Ignoscents...no anassen per la ciutat, ni poguessen fer dany... ni els feren”.

Aquí no hay “restraint” (o encierro) para els Orats... en el siglo XV, pues como escribió A. Schmitz (1884): “No fue Pinel, sino los médicos de Valencia primeros en quitar las cadenas e instituir el tratamiento: ejercicio libre, ocupación, entrenamiento e higiene,”... y en 1410, empezó la recuperación por el trabajo: así las mujeres disponían de grandes partidas de lino para hilar (producen más de 100 m./año, aparte labores propias) y los hombres cultivaban huertas etc. ambos incluyendo fiestas bien “dotadas” incluso con viajes a las playas en verano.

Con esta postura, el pueblo valenciano, lejos de la negativa visión europea, fue capaz de “aceptar”, en una sola tarde (siglo XV), el giro que suponía para estos enfermos, las palabras del Padre Joffre, optando por una conducta caritativa-solidaria hacia sus “folls”, poner en marcha un Hospital, que les reciba y cuide como un impedido que necesita ayuda, incapaz de valerse por si mismo y no un loco a exterminar.

Sus palabras “llenan” a personas como L. Salom y a otros 10 asistentes, comerciantes, (B. Andreu, F. García, F. Barceló, J. Armenguer, P. Çaplana, J. Domínguez, H. Valença, S. Calbo, P. Pedrera y P.de Bonía) en su mayoría de la Corporación-Gremio de la seda, bien conocidos como “hombres buenos”, que, electos de por vida, redondean la gran empresa y dictan sus normas, apoyando en que los sucesores “serian siempre ciudadanos -o burgueses “creativos”, montan con rapidez una FUNDACIÓN LAICA, línea AUTÓNOMA, respecto a los poderes reales y de la Iglesia, solo manejada por ellos, por estos burgueses “creativos”, como les llamaba López Piñero y cuyo fin es hacer realidad inmediata el “Hospital dels Ignocents”.

“El juego” del botton – up empieza a funciona con aprobación del Consell de la Ciudad, que participa y su constitución, privilegio de FUNDACIÓN por el Rey Martin el Humano (1410), que el mismo año del sermón añadió 3.000 libras y la amortización de los terrenos, para “esta institución encargada de asistir y guardar a estos Ignocents posats de necessitat, no solamenmt corporal, per debilitat o falta de membres, mes encara mental o, folia... per defalliment del seny. Les acompanya una real carta para que estos privilegios se hagan públicos. Y no son comentarios “voluntariosos”, sino frases escritas por el Rey en 1410.

Completa su “legalidad” el apoyo del Papa Benedicto XIII, con 4 bulas (1410), encaminadas a la fundación del Hospital, con el título de Inocentes, mas dos “Capillas” e indulgencias... Y además recuerda, al prelado y sucesores, que no deben inmiscuirse en su administración. (“mas botton up”)

Ya no hay “restraint” en ese siglo XV, e insistimos recordando que “no fue Pinel, sino los médicos de Valencia los primeros en quitar las cadenas e instituir el ejercicio libre, y empezar (1410) la recuperación por el trabajo: las mujeres con lino para hilar con estopa, y los hombres, huertas a cultivar...

Y el 24-Abril de 1482, el consejo se plantea la necesidad de un Hospital, y nombran una comisión encargada de un “proyecto”.

14 Marzo 1493 Los 10 administradores del hospital de Inocentes piden al rey les permita ampliar el hospital para enfermos que NO sean dementes...” concediéndoles permiso para la ampliación.

7-VI-1511 Propuesta definitiva: construir Hosp. General. El Consejo nombra compromisarios-mediadores entre partes interesadas y elaboraran capítulos para el nuevo centro.

30-IX-1512 D. Fernando pone bajo su tutela y “quidáctico” general, a los administradores, diputados, enfermos, pobres, etc. acogidos al Hospital General (A.R.V. Reg 315 fol 13 rº-14rº)

Desde aquí, insistiremos, comentando los problemas del sube y baja, del “botton-up” y el top-down, y...así, abrimos con HIPÓCRATES...cuya doctrina supuso y supone...una adecuada relación con el enfermo; las actuales “AMER Board de medicina. interna, la “ABIM fundation”, y la EFIM europea que suman y resumen los tres principios: ALTRUISMO ÉTICO, AUTONOMÍA Y JUSTICIA... y comentaremos su choque con la ya “incipiente MODA” de solapar-difuminar los límites entre el YATROS y el YATRICON, ya señalados entre dos personas: un hombre médico tratando a otro, enfermo, o entre 2 colectivos.

Y lo hacemos, porque hoy parece que molesta la independencia profesional médico-subjetiva... se introducen paneles objetivos y así se usa y abusa... mezclan esta SEPARACIÓN GRIEGA tan básica... como negativo es el objetivo del relativismo moral por “difuminar” la visita “subjetiva”, íntima, del enfermo con el público mundo higiénico-sanitario del YATRICON, al enfermo.

Creo que esta vía ascendente “animada” y libre supera su contraria vía descendente “TOP DOWN”, que acaba en la pseudo-asistencia de intercambiar cartilla por receta o pase, jugando al primer toque, a 2 minutos/enfermo, incluido pedir exploraciones para ver si con ellas "alguna es tiro casual, que mate la cebra” y así, el “compatible con” que nos de el diagnóstico.

LEGISLAR, sin saber, entender o asimilar, sin experiencia de la realidad, es abstracción muerta y añadir burocracia y técnicas “enfría”...todavía más. La medicina basada en evidencia debe ir apoyada en la afectividad de los sentimientos responsables, que ordenen el comportamiento de las personas.

No debemos, ni podemos ignorar, que “la inteligencia está al servicio de los sentimientos” (Plutchik) y sí admitir, con Bergson, que “toda creación procede de una emoción nueva”

Fue muy positivo, que esta transmisión “up”, en los primeros siglos y siguiera el largo y “duradero” camino por el esquema ascendente, tipo BOTTON UP, que hace mas fácil que nos cristalizaran aquí, en especial en Valencia, con tan fértiles y conocidas bases, como el citado “Afermament” árabe, esa fructífera enseñanza directa, fluida y humana de Maestro/ Discípulo.

En nuestro campo y por los años 30 del siglo XX, todavía este ascendente se considera mas positivo para “el buen” espíritu y función de las empresas“ y así decía Roosevelt en1932, hacer un “call for the building of plans that build from the bottom up and not for the top down” y, SPENGLER precisará, que el saber hacer, es mucho más que el cómo hacerlo: Porque NO es igual hacer un violín, que tocar el violín, ni construir barcos, que hacerles navegar; hacer mas obra, en un Hospital, no supone que funcionen mejor, con “buena ética” los yatros de dentro”.

Concretamente, el matiz ascendente caritativo e independiente mantuvo una trato positivo por siglos, contando que las interferencias descendentes fueron relativamente discretas hasta fines del XIX, cuando la dependencia Hospitalaria pasa a las beneficencias provinciales y luego a las diputaciones, y en el SIGLO XX, ya son CONVULSIONES del TOP DOWN sobre el BOTTOM UP:

Solo en nuestra Comunidad hay actualmente mas de 25 Directores y Sub-directores Generales, por las 3 provincias, como critica nuestra presidenta del Colegio Médicos, la Dra. Rosa Fuster, sobran cargos de oropel y representación.

Estos efectos negativos abocaron al hombre masa de Ortega en “Rebelión” 1930, el hombre que no reconoce instancia superior e impone la mediocridad como norma, se siente autosatisfecho, no reflexiona demasiado, ha degradado los valores, que pone en entredicho REIVINDICA TODOS LOS DERECHOS Y ELUDE TODO OBLIGACIÓN, solo exige.

Y si como ya ocurre, se rompe el triángulo: deberes, saberes y poder y cae el primero, desequilibra a los otros (saber y poder) que arrastran a la línea “producción-beneficio”, mas al puro comercio.

Y es grave y caro pues, como dice Zaragoza, de las cuatro formas de curar en la medicina del XXI, tres de ellas, la administración de fármacos, la terapéutica física y la quirúrgica o instrumental dominaran el ambiente técnico-objetivo, restringiendo la cuarta, el DEBER-PAPEL DEL PROPIO ENFERMO, EN SU CURACIÓN, necesario desde el intercambio de palabras en el primer diálogo, hasta la plena colaboración activa, incluso tras agresiones cruentas, sumando confianza a la recuperación feliz.

Guardar este sentido del DEBER para consigo mismo, su YO PERSONAL, en esta relación afectiva interpersonal, YATROS, es algo mucho mas positivo y rentable para él, que reclamar y exigir el DERECHO A LA SALUD como YO COLECTIVO.

Entramos en el camino del RELATIVISMO, con el YO SOCIAL. Einstein, padre de la teoría llamada de la relatividad, estuvo siempre contra ese relativismo moral, que tiende a la dictadura, anula la sensibilidad y el sentimiento, incluso a la naturaleza, donde, se quiera o no, están el enfermo, la vida y la muerte.

Legislar, sin experiencia de “esa realidad” es, repetimos abstracción muerta. Añadir burocracia y técnicas “enfría” aún más. Como dice H. Duran: “cuando más medios existen, mas aumenta la distancia médico-enfermo” y “entorpece este acto interpersonal intimo, y directo”, más si es cruento.

Y ese, ya TOP-DOWN conduce al “Aprobado” para todos, al “igualitarismo educativo”, es una ofensiva contra valores morales; molesta la independencia ética del profesional prefiere "sus modelos" el "uno indiferenciado de la sociedad pragmática", El relativismo entorpece la vitalidad intelectual y moral.

Churchill también dijo una vez: “en época difíciles o de crisis, cada uno debe hacer aquello que sabe hacer y no otra cosa”, y aquí pocos se dedican a lo que saben hacer, la mayoría se “mete” en actividades ajenas más o menos rentables. Y las soluciones no vienen de proyectos ajenos al fin “supremo” del Hospital: que sus médicos atiendan lo mejor posible a sus enfermos.

Y Laín Entralgo, aun añade: no entremos en la beatería progresista fruto de inmadurez “que tiende a poner palabras donde faltan las ideas”, así prolifera la propaganda en los medios de comunicación Es la superficialidad virtual, relativa.

Como subrayó Nietzsche “deja de buscar el por qué, pues ya se siente a gusto en el cómo”

Especialmente positivo fue para la vertiente quirúrgica, y así, se reunieron los cirujanos en un gremio, que D. Jaime I reconoció como tal, en 1283. Y que siglo y medio más tarde, 1433, en Morella, fue proclamando Colegio de Cirugía por Alfonso V el Benigno, y en 3 décadas (1462), Escuela de Cirugía del municipio de Valencia.

Evolución, repito, tipo BOTTON UP (ascendente) que algunos proyectos descendentes o TOP DOWN retrasan su admisión. Como por ejemplo: cuando en 1245 se propuso para Valencia el nivel de Universidad, casi simultáneo al de Montpellier, (1289), pero por una bula de Inocencio IV con cierto aires ordenancistas propios de la “vía descendente” y opuestos al “afermament”; tal “nivel universitario”, se paró aquí mas de 2 siglos.

Y recuerdo casi como un buen ejemplo negativo, una caricatura DEL NO SABER, en el año 1984, me refiero a la propuesta del entonces nuestro diputado director, cuando pretendía: turnos rotatorios para TODO EL PERSONAL DEL CENTRO y así “curar”: el absentismo laboral, eliminar horas extra...se ahorraban 30 enfermeros y otros tantos auxiliares... con lo que sería factible montar mas servicios y un ¡reparto equitativo! del dinero, igual para el trabajo de noche que el de día, se acabarían las guardias médicas y se “ahorrarían los favores” a familiares-amigos no hace falta seguir pero sí reproducir la respuesta (10-II-84) de la Junta técnico-facultativa, que aún existía: “La idea del Sr XXX causa profundo malestar y disconformidad total, pues se piensa que deterioraría la calidad asistencial, nos oponemos de forma rotunda” y logramos que no se hiciera.

Olvidando esta caricatura, pasamos a la vertiente útil: La reducción de ingresos y de las estancias intra-hospitalarias (Cristobal Zaragoza)

Aunque son positivas las reestructuraciones del edificio e instalaciones, quizás convenga insistir en que apenas mitigan los riesgos del llamado hospitalismo, así hace unos pocos siglos, por faltas de higiene, el José II de Viena, 2000 camas y el Hotel Dieu de Paris 1500, fueron ejemplos, al “lograr” mortalidades del 80%.

Consta, cada vez más, que a “la medicina” no la mejora el CONTINENTE, por grande y “bien televisado” que sea, más bien lo contrario, ni tampoco se logra “cubriendo” ese GRAN Hospital con la “cortina difusa, emblema-actual” de la sanidad pública o yatricon, como la llamaban los griegos, cuya importancia nadie discute, pero que, esencial y desgraciadamente se logra, difuminando la acción del personal,

arrasando el yatro, cuya propia y básica función se centra en su profesionalidad; y a ese fin, el Centro debe facilitar el oportuno nivel de intimidad subjetiva con el paciente, camino hacia la “emotion laden” de Freud, el más efectivo y barato medicamento que existe, dentro de esa confianza-yatro.

Otros importantes hechos que anotamos en estas fechas, serían las “obras propacientes” que, a fines del XX, “convirtieron” las salas de 8 camas, en habitaciones de dos, lo cual, pese al complejo acceso por mareantes pasillos, suponía una clara mejoría, al reducir la masificación de los enfermos ingresados y también obligó a bajar el número de camas, un 25% del total (200 menos)

Hemos de recordar e insistir que un Centro hospitalario no equivale, en gestión, a una empresa de servicios,” basada esencialmente en: economía-productividad-rentabilidad”, pues el eje asistencial, repetimos insistiendo, se centra en ese paciente, en su confianza, en la elección, que ofrece el mayor ahorro posible con la “terapéutica-placebo”, capaz de curar gratuitamente, o casi, al 90% de los que llenan las consultas y que solo son dolientes porque si no es así, si falta esa confianza, el gasto se multiplica por DOCE y hablamos-como se apuntó, de los fundamentales estudios del Prof. Tucket.

HAY CAMINOS CONVERGENTES, que van hacia el “mini-hospitalismo”. Con menos estancia “DENTRO” del edificio.

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

CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

En nuestro Hospital se inauguró, oficialmente, esta Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) (Dr. Cristóbal Zaragoza), en mayo de 1988, en pocos meses funcionó como una de las Unidades positivas que más le han hecho evolucionar, en sentido favorable. Asume buena parte de las intervenciones quirúrgicas y es “responsable” del aumento total de estas actividad, bajando la estancia media a casi la mitad: de 10,5 días (1990) a 6 días (2008); mas un nivel de infecciones menor del 1%.

En la totalidad del Hospital, suben un 30% los INGRESOS urgentes (memoria Hospital) y apenas un 10% los programados, (cirugía mayor ambulatoria), pese a casi triplicarse las operaciones programadas (las 8.000-9.000 operaciones, en los cinco primeros años de estas dos décadas, a las 23.000 realizadas en los cinco más

recientes). Subrayamos que, por esta línea, la estancia media baja casi a la mitad (10,3 a 6,3 días), con similar ocupación

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

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

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

Empiezan con el integrado personal médico y de enfermería del CHGUV, para mejorar la relación con el Centro y mediante Contratos de Refuerzo, tanto en atención-ayuda primaria, como en

continuada. Obviamente con teléfono, asistencia responsable, familiar o no, mínima higiene y suficiente aceptación. En general se suele pedir esta “hospitalización” como una “mejoría”.

En 1992, ya hay un 90% de enfermos que prefiere no ingresar.

HOSPITAL DE DÍA

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

Sumando: CORTA ESTANCIA + “CORTA INCISION” + HOSPITAL A DOMICILIO + HOSPITAL de DÍA casi el 50% de los actos quirúrgicos se cumplen

sin ingresar, o con alta precoz, el descenso de “hospitalizaciones” conduce a esa estancia media rebajada en un 50%, desde los clásicos 10 días.

En 2008 el nº enfermos en HOSPITALIZACIÓN DOMICILIO fue de 1887. Y resueltos por el HOSPITAL de DIA llega a 15.623

(Son datos no “vividos”)

CORTA INCISIÓN + VIA ENDOSCÓPICA O “NATURAL”

Además, en nuestra Comunidad es de referencia la “Microcirugía Endoscópica Trans-anal” (Dr. Roig), que se ocupa de tumores benignos y malignos T0 y T1, asequibles por el ano; podemos añadir el uso de esta cirugía endoscopia para tratar a más de un 1/3 de los de recto y la mitad de los del colon. Con un estudio positivo multicéntrico de tumores colo-rectales T2, asociada a la quimio-radioterapia, se puede afirmar que esta colo-proctología “asequible”, abarca hoy casi la mitad de los procesos quirúrgicos.

Si en este terreno de vía endoscópica, añadimos la esófago-gástrica, la intestinal, la hepática, las esplenectomías, etc., se puede afirmar que una mayoría de las enfermedades del digestivo son asequibles a esta “corta incisión”.

O las NOTES, vías NATURALES que colaborará eficazmente a disminuir los días del paciente “dentro” del Centro.

ESPECIALIZACIÓN y SUPER ESPECIALIZACIÓN Unidades Funcionales Multidisciplinares (UFM)

Los médicos se especializan (“sin perder el norte”), aunque luego haya que recurrir a estas UFM. En nuestro Santo Hospital han actuado y actúan estas unidades: por ejemplo, en patología mamaria, (Dr. Fuster y “sucesores”) sumando la cirugía plástica, con las oncología, anatomía patológica, las “imágenes” que ayudan y la rehabilitación del “equipo” que se acredita en la europea de calidad (E F Q M) y en 2008 logra la gestión de calidad ISO 900, como Unidad Funcional de MAMA; igual para el Servicio de Oncología Médica, para el estudio-tratamiento de la Obesidad Mórbida (endocrino, neumología, rehabilitación, psicología y cirugía plástica), para la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, la patología del Suelo Pélvico, el Instituto Cardiovascular colocando, por vías mini- invasivas, válvulas cardíacas etc. etc.

Desde 1999, hay UNIDADES (preservicios) de: Infecciosas (Dr. Ortega) Oncológica (Dr. Camps), Rehabilitación (Dr. G. Ferrer), Reproducción (Dr. Díaz), Dolor. Algunas ya han sido catalogadas como Servicio: Cirugía Vascular (Dr. Todolí). La “Organización por procesos centra el interés”.

La ley Valenciana de Salud es del 4-XII-87.

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

En Marzo 2001, se añade la Fundación Comunidad, Mas el Consorcio-Convenio Consellería-Diputación (1-I-02).

En 2007 la Fundació Reial i General con objetivo de recordar y difundir el primitivo legado del Santo Hospital (1409-1512)

Y el 17 Marzo 2008 quedó suscrito el Convenio de Colaboración entre la Universidad de Valencia y el Consorcio Hospital Gral. Universitario, se integra como Sede Universitaria. Se define, por y para ser un “modelo altamente participativo de médicos.

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

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

Ahora veremos la Gestión Sanitaria Compartida, anunciada hace unos días por el Conseller de Sanidad y que va a reducir-adelgazar la estructura directiva dando más protagonismo al personal clínico.

Aparte los CENTROS ESPECIALIDADES de Juan Llorens, o los CSI de Xirivella y de Alaquás. Mas la organización y relación con otros Centros hospitalarios (Denia, Manises) desde los que se remiten a nuestro Centro, H. G. U. V., los pacientes de ciertas especialidades como Cardiocirugía, Neurocirugía, Torácica, Plástica, etc. de las que carecen.

En los últimos 10 años, con menos camas, mas quirófanos y discreta subida de médicos y enfermeros, se triplican las operaciones programadas con anestesia general (y aún más, las con anestesia local), suben un 10% los ingresos de pacientes mientras baja la estancia media en casi un 50%. Los ingresos por urgencias se mantienen.

Evolución a la que no pueden ser ajenas estas Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía endoscópica, Hospital a domicilio, o Hospital de día etc.

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

Como consta en la memoria del 2000 y según el Sr. Gerente, esta evolución positiva ya se ajusta. porque el esfuerzo colectivo ha conseguido que los planes de Modernización y Calidad vayan dado sus frutos

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

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

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

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

Igualmente lo hace el Dr. Martínez de León (Prof. Titular y Dir. Inst. Cardiovascular del Centro) que también subraya cómo la presencia de alumnos no es nueva, pues, a mas de participar en prácticas de 6º curso, ya colaboró en la docencia integral de alumnos por los años 70. Es una descentralización, no desmembración, que coordina asimismo programas de intercambio con universidades europeas (Erasmus), amplia movilidad y contando con Europa.

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

Añadimos con el Dr. Zaragoza que este Santo Hospital, Real y General, Provincial, General Universitario, actual Consorcio, ha estado siempre integrado en docencia e investigación con la Universidad de Valencia y es la primitiva cuna de la Medicina, hace mas de cinco siglos (29). Continuó con alumnos de 6º curso de Medicina y escuela Universitaria de Enfermería, integrando los cursos clínicos de Medicina desde 1975, hasta que “se desvanecen” a fines de los años 80.

El Dr. J. Vicente Roig, testigo personal de los inicios, en tanto fue alumno de la docencia médica en este hospital a mediados de los años 70' y actualmente es Jefe de Servicio en el mismo Centro, desde septiembre del 2005.

Define y defiende que las sub-especialidades deben ser adoptadas, sin perder el norte de su formación como cirujano general. Así en colo-proctología que reúne casi la mitad de procesos de cirugía general con predominio neoplásico, existe un buen grupo multidisciplinario que forman oncólogos, radiólogos radioterapeutas, anatomopatólogos etc. para aprobar protocolos y apoyar valoraciones. Cada uno gestiona en forma eficiente su actividad, cumpliendo los objetivos de calidad todo con atención digna y trato agradable.

Con los Drs. Dávila, Fuster, etc. la Cirugía general une sub-especialidades: esófago-gástrica, tratamiento de la obesidad mórbida, de la pared abdominal, hepato-bilio-pancreática, de la mama, endocrina etc. Aspirando a curar en menos tiempo y con las mínimas complicaciones.

Aunque hace años que las estadísticas oficiales ofrecen una mayoría de ciudadanos satisfechos por la atención recibida (30), hay que tener presente que con la ausencia de elección-cambio de médico, el “preguntado” no olvida que tendrá que volver a “su“

médico y como tampoco se fía que se mantenga “anónima” su contestación, no se atreven a decir nada “malo” sobre “la atención recibida”. Quizás sea más fiable o real en CMA (31).

En general, domina una gran tendencia legisladora, con muy poca a evaluar su cumplimiento y resultados; es un paternalismo de agencia, ignorando al usuario que no oye ni conoce y que tampoco usa sus deberes.

Se observa una evidente politización de la salud o sanidad (J. Aguirre, OMC), con obsesión de control en el que juega-ayuda mucho el mundo digital, buen engranaje de la “Administocracia” a ese fin al paso que contribuye a rebajar la credibilidad socio-personal del médico