

# EL MANICOMI DE SALT, UN CENTRE D'HORROR

JOSEP CLARA

Departament d'Història i Història de l'Art. Universitat de Girona

## Resum

Dependent de la Diputació de Girona, l'Hospital Psiquiàtric de Salt té una història controvertida. El funcionament irregular ja va ser denunciat per Diego Ruiz en la primera dècada del segle XX. En temps del franquisme, l'estat d'abandonament i de degradació assolí la cota màxima. Només la denúncia pública d'uns metges i el ressò que obtingueren a la premsa foren capaços de corregir la línia caòtica del centre, plagat de mancances i deficiències estructurals, les quals revelaven un mal exemple d'actuació professional i institucional.

## Paraules clau

Hospital psiquiàtric, Salt, Diputació de Girona.

## Abstract

*Depending on the Girona Provincial Council, the psychiatric hospital in the town of Salt has a controversial history. Irregular running was already denounced by Diego Ruiz in the first decade of the twentieth century. During the Franco era, the state of abandonment and degradation reached its peak. Only the public denunciation of some doctors and the echo they obtained in the press were able to correct the chaotic line of the center, plagued with shortcomings and structural deficiencies, which revealed a bad example of professional and institutional action.*

## Key words

*Psychiatric Hospital, Salt, Girona Provincial Council.*

Els diccionaris defineixen el manicomi com un establiment dedicat a allotjar i a tractar de guarir els malalts mentals. Fundat el 1886, el Manicomi o Hospital Psiquiàtric de Salt va iniciar l'activitat uns anys després i ha rebut diverses denominacions al llarg del temps: Manicomi Provincial, Sanatori Martí i Julià, Sanatori Psiquiàtric...<sup>1</sup> La seva història és plena d'irregularitats, condicions de funcionament impròpies de la moderna assistència psiquiàtrica i horrors de primera magnitud.

<sup>1</sup> Per a una panoràmica sobre el centre, Rosa Maria GIL i Joan BOADAS. *El Psiquiàtric de Salt. Cent anys d'història*. Girona: Diputació de Girona, 1987. Cal corregir-hi els anys d'estada de Diego Ruiz.

Un dels directors que el centre va tenir en la primera etapa d'existència, fou un singular personatge andalús catalanitzat, que ocupà la plaça entre els anys 1909 i 1912, i que desenvolupà l'activitat professional de manera polèmica. Ell ja va denunciar la responsabilitat de la Diputació. Fou el cèlebre Diego Ruiz (Màlaga, 1881-Tolosa de Llenguadoc, 1959),<sup>2</sup> amic dels escriptors gironins de començament de segle XX: Bertrana, Rahola, Monsalvatge, Miquel de Palol, Tharrats... L'any 1925, Prudenci Bertrana va dedicar-li, justament, una novel·la psicològica en la qual el presenta com a protagonista principal. La vida i les actuacions de Ruiz, caricaturitzades com a Daniel Pérez, van servir a l'escriptor per traçar una visió d'un home excèntric que no trobava on arrelar-se, i que parlen també de les característiques del centre que va dirigir i del qual va ser acomiadat. Pinta l'establiment, no com "una casa de salut, sinó una casa de contagi, un formidable dipòsit d'irredents, un camp de concentració destinat als presoners d'una guerra interminable".<sup>3</sup> Els fets que relata havien passat uns anys abans, al voltant de 1909-1910. Llavors Ruiz va fer parlar a la premsa del "Manicomio del hambre".<sup>4</sup>

Salvador Vives Casajuana, que el 1916 va ser nomenat director de l'establiment, reafirmà la situació inadequada: "l'assistència dels malalts alienats es troba en un estat d'endarreriment que no pot continuar més i s'ha de lluitar perquè avanci fins al punt que l'assistència dels alienats sigui la que naturalment ha de ser".<sup>5</sup>

En anys posteriors va haver-hi millores. Tant la Mancomunitat com la Generalitat republicana hi esmerçaren diners, segurament menys dels que calien. El 1929, Carles Rahola indicava que havia estat "objecte d'importants millores, com la construcció de nous pavellons per als alienats. El pressupost d'enguany, per a atendre a les necessitats d'aquest manicomí, és de 317.693 pessetes. Els asilats, al començament d'any, eren 461: 242 dones i 219 homes".<sup>6</sup>

<sup>2</sup> Una biografia del personatge és la d'Enric JARDÍ. *Quatre escriptors marginats. Jaume Brossa, Diego Ruiz, Ernest Vendrell i Cristòfol de Domènech*. Barcelona: Curial, 1985, p. 79-126. La complementa Joaquim JUBERT GRUART. *Diego Ruiz, Prudenci Bertrana i La locura de Álvarez de Castro*. Girona: Fundació Valvi i Curbet Comunicació Gràfica, 2007, p. 15-119.

<sup>3</sup> Prudenci BERTRANA. *Jo! Memòries d'un metge filòsof*. Barcelona: Edicions 62 i la Caixa, 1978, p. 63. La primera edició és de 1925.

<sup>4</sup> *Diario de Gerona*, 14, 15 i 17 d'agost de 1909.

<sup>5</sup> Salvador VIVES CASAJUANA. *L'organització de l'assistència pública dels psicòpates a Catalunya*. Barcelona: Fundació Salvador Vives Casajuana, 1979, p. 62.

<sup>6</sup> Carles RAHOLA. *La ciutat de Girona*. Barcelona: Barcino, 1929, vol II, p. 76.

En 1933 es va construir un pavelló per a malalts crònics i tranquils, del qual es deia: “El nombre de 200 malaltes mentals que s’hi podran acollir, amb les degudes garanties per a un tractament eficaçment guaridor, diu prou bé la importància de l’edifici. Una altra dada eloqüent és l’import del pressupost de contracta, que és de 692.952,46 pessetes”. La memòria d’actuacions de la delegació de la Generalitat a Girona prosseguia: “la Comissaria ha realitzat un projecte de sanejament de tot el conjunt d’edificis que constitueixen l’antic Manicomi de Salt, per mitjà d’una xarxa de clavegueres que es conduiran a un emissari de la xarxa general que està construint l’Ajuntament de dita vila, després de passar per una estació depuradora”.<sup>7</sup>

A partir de 1939 va haver-hi actuacions per atendre els pacients. Això no obstant, en l’etapa final del franquisme, quan el nombre d’interns havia augmentat, la situació de degradació física, sanitària i professional arribà a límits insospitats.

#### UNA VISITA D’ESTUDIANTS

Carrer del doctor Castany, l’Encarnació Puig i la barrera del tren d’Olot, can Pere de les Flors... El camí i els voltants del Manicomi de Salt van ser uns dels indrets vinculats a la meua infància al Veïnat de Salt, perquè la mare m’hi duia sovint a prendre el sol i a voltes es parava a parlar amb l’Annetta, una de les internes que podia sortir unes hores de l’establiment. Mai, però, jo no havia traspassat la porta d’accés al recinte fins que, una tarda de sisè de batxillerat, ens hi va acompanyar el professor de filosofia.

En efecte, el dia 2 de desembre de 1965, quan estudiàvem a l’Institut del carrer de la Força, el professor Fermín de Urmeneta Cervera (Bais, Filipines, 1925-Barcelona, 2005) va organitzar una visita al Manicomi de Salt. Era una experiència que ell repetia cada any, com un element del programa de curs i que era ben diferent de les classes avorrides que impartia en sentit llibresc. Un autobús de la Teisa va traslladar-nos des de la plaça de la Independència fins a l’encreuament del carrer Major de Salt amb el dedicat al doctor Castany, i vam recórrer a peu els 700 metres que mancaven fins al Manicomi.

<sup>7</sup> *La Generalitat de Catalunya a les comarques gironines. Report de la Comissaria Delegada*. Girona: Casa d’Assistència i Ensenyament, 1933, p. 82.

La rebuda del grup va ser a càrrec dels metges Manuel González Marín i José Luis González López, i també del director del centre, Josep M. Pigem Serra, nascut a Vilobí d'Onyar l'any 1911. El darrer ens donà la benvinguda a la sessió clínica i ens desitjà que restéssim poc temps en aquell ambient, però ens va ensenyar una part del centre. Ens presentà el personal que hi residia, les al·lucinacions d'uns quants malalts i la manera de tractar-los.

A la sala de conferències va muntar-nos un espectacle horripilant, a base de diàlegs amb diversos malalts que ens explicaren els casos particulars de les seves al·lucinacions: un home que sentia converses que de nit el maltractaven, un altre que deia que era l'Esperit Sant, un altre que afirmava que els diaris parlaven d'ell perquè havia derrotat tennistes de renomada, i una dona que se sentia atacada per unes serps que se li entortolligaven al coll i volien escanyar-la.

A la darrera, davant de tots nosaltres, se li aplicà un electroxoc. Li posaren com una mena de tub a la boca perquè no es mossegués la llengua, i seguí la descàrrega elèctrica. La dona va fer un crit espaterrant en rebre-la, i tots poguérem observar la crisi convulsiva similar a les epilèptiques que aquella va provocar-li. La sensació de tristesa i d'amargor es barrejaren en els nostres caps impressionats, i ens deixà una imatge que mai més no podem oblidar de com es tractaven els malalts a l'establiment que havia de guarir-los. A la sortida passàrem per un pavelló on unes dones que esperaven el sopar ens van fer llogots.

Aleshores poc podíem esperar que el Manicomi de Salt sortiria als diaris com a mal exemple d'actuació professional i institucional. Nosaltres, evidentment, només vam veure una part de l'establiment, la que conduïa a la sala d'actes, la més presentable (?), i no podíem intuir la magnitud de l'horror, el tracte inhumà que s'amagava darrere d'un funcionament general ancorat en l'abandonament i unes pràctiques del passat més terrible.

#### EL PROBLEMA S'ESBOMBA

La descripció de Bertrana i del seu protagonista tornava a ser realitat. La notícia va sortir a la premsa de Barcelona, el febrer de 1974. Tres metges psiquiatres –Víctor Aparicio, Luis Cabrero i Lluís Isern– van fer una conferència, a la sala d'actes del Col·legi d'Aparelladors de Barcelona, *La asistencia psiquiátrica, un problema de todos*, en el decurs de la qual van donar a conèixer un estudi crític sobre la situació del Manicomi de Salt i les mancances que l'afectaven. El periodista Lluís Bassets, en donar compte de l'acte, va remar-

car: “Descubrir una institución anclada en el siglo XVIII, hoy, es siempre noticia, aunque acompañada de horror e indignación”.<sup>8</sup>

L'informe incloïa una comparació del nombre de personal en diversos centres de Catalunya:

	A	B	C	D	E	F
Director	1	1	1	1	1	1
Psiquiatres	10	8	11	28	4	0
Psicòlegs	1	0	4	6	3	0
Metges de guàrdia	-	5	-	5	-	4
Metges residents	11	-	6	0	6	0
Electroencefalogramistes	1	1	-	1	1	0
Assistents socials	8	3	3	9	2	0
ATS	14	-	10	6	4	1
Curadors	10	400*	73	80	10	90
Religioses	-	-	-	11	20	20
Interns	70	1200	420	596	380	860

A/Hospital Clínic (psiquiatria). B/ Sant Boi (homes). C/ I. Mental Santa Creu. D/ C.M. Santa Coloma. E/ C. Martorell. F/ H.P. Salt.

\* Inclou els religiosos.

L'estudi va circular i tota la premsa de Catalunya es va fer ressò de la manca de professionals, les condicions higièniques, les goteres, les rates, les cadenes, l'actuació de les religioses i els metges, i de les deficiències estructurals del centre. Així mateix de la responsabilitat de la Diputació, que ho tolerava.<sup>9</sup>

### CONFIRMACIÓ DE L'INFORME

La notícia al diari va ser com una bomba que no va deixar indiferents les primeres autoritats. El governador civil de Girona, Victorino Anguera, va conèixer el contingut íntegre de l'informe dels metges del manicomí, perquè

<sup>8</sup> Lluís BASSETS. “Un psiquiátrico sin psiquiatras”. *Tele-eXpres*, 11 de febrer de 1974, p. 13.

<sup>9</sup> Ressò en altres mitjans: Joan RIBAS. “Un revelador informe sobre el Hospital Psiquiátrico de Salt. Ausencia de medios, sistemas arcaicos de asistencia, falta de personal especializado y necesidad de una profunda reforma”. *El Correo Catalán*, 14 de febrer de 1974, p. 2 del suplement “Especial 4. Girona-Costa Brava-el Maresme”.

**El hospital de Salt, una institució anclada en el passat**

# UN PSIQUIATRIC SIN PSIQUIATRAS

El pasado viernes, a última hora de la tarde, tres médicos psiquiatras, Víctor Aparicio, Luis Cabrero y Luis Isem, dieron una conferencia en el salón de actos del Colegio de Aparejadores de Barcelona bajo el título de «La asistencia psiquiátrica, un problema de todos». La sala estaba totalmente llena de público formado principalmente por psiquiatras y ATS de la especialidad.

La conferencia dio lugar a un coloquio final en el que se tocaron desde los problemas más concretos hasta los más generales de la asistencia psiquiátrica en general. Sin embargo, el contenido de la conferencia por sí sola fue la denuncia de la situación en que se encuentra el Hospital Psiquiátrico de Salt, junto a Gerona. Los conferenciantes han realizado al respecto un pequeño estudio que expusieron de forma sistemática ante el público.

El Hospital de Salt contó este pasado año con el mayor número de ingresos y de hospitalizados de su historia —720 y 860 respectivamente, en cifras aproximadas—. Estas cifras de crecimiento en cuanto a demanda hospitalaria no se corresponden con el personal dedicado a su asistencia. Puede decirse que dicha institución ha quedado anclada en el pasado, ya que sólo al hablar de cifras. En algún aspecto incluso ha empeorado. Así, el Psiquiátrico no tiene psiquiatras, no tiene psicólogos, especialistas en electroencefalografía, asistentes sociales, tiene un solo médico especialista para los casos somáticos con visita tres días a la semana, cuatro médicos de guardia, 20 religiosas —en 1960 había 25—, y 103 empleados cuidadores, limpietas, cocinera, etc.

Aparte, pues, de la inexistencia de asistencia psiquiátrica, muchas salas del hospital presentan un panorama de absoluto hacinamiento. Aunque la Diputación de Gerona tiene terreno disponible para seguir ampliando, por el momento los enfermos se amontonan en los pasillos convertidos en dormitorios; existe una sala que es comedor, pasillo, dormitorio y sala de televisión; en alguna sala hay tal aglomeración de camas que los enfermos se introducen en ellas por los pies, al no poder pasar por los lados. En cuanto a higiene, algunos sanitarios que dan a las salas desprenden desagradables olores, y en el pabellón geriátrico femenino están separados de la sala por una sencilla cortinilla; existen goteras y filtraciones de agua en algunas salas, así como madrigueras de ratas en el patio interior del hospital que están a la vista de los enfermos. La calefacción, introducida en los últimos años, tiene un horario limitado —de 7 a 11 y de 17 a 20— excepto en la casa del director del centro.

Sólo de un 15 a un 25 por ciento de los enfermos del pabellón de crónicos pueden salir del pabellón. Tanto los que salen como los que se quedan tumbados en el patio interior no hacen nada absolutamente en todo el día, si se exceptúa una auténtica minoría que trabaja en la sección de laborterapia o en alguna dependencia. Cuando existen trabajos son remunerados con cantidades ridículas —el carpintero percibe 125 pesetas mensuales—. Al no existir asistentes sociales, los enfermos con permiso para trabajar fuera, que ya son muy pocos, encuentran trabajos mal remunerados y sin seguros sociales ni estabilidad (25 pesetas a la hora, por ejemplo).

Otros aspectos que agravan más la trágica situación del hospital es la existencia de algunos casos de encadenamiento a la cama. Es significativo el caso de un enfermo que lleva ocho años encadenado y al empezar a quitarle las cadenas pedía que se las pusieran pues si no no podía dormir. Existen casos en que, tras 18 años de internamiento sin tratamiento por haber encadenado un bosque, no se ha vuelto a revisar el expediente.

Todo esto no es más que un esbozo de lo que se habló el pasado viernes, una conferencia que, sin lugar a dudas, traerá cola. Descubrir una institución anclada en el siglo XVIII, hoy, es siempre noticia, aunque noticia acompañada de horror e indignación.

**Lluís BASSETS**

**TODA CATALUÑA**

Ressò a la premsa de Barcelona (Tele/eXpres) de la situació anòmala del Manicomi de Salt.

la policia va obrir un sobre de correus tramès al bisbe de Girona, dins del qual figurava el document. Teòricament no hi havia censura de correspondència, però es practicava selectivament quan la procedència d'una carta o el destinatari podia ser sospitós. La nota informativa deia: “Adjunto se remite fotocopia de escrito (anónimo) titulado Hospital Psiquiátrico de Salt (Gerona), en el que se exponen diversas deficiencias del local y personal del referido establecimiento, y cuyo informe ha sido enviado al Sr. Obispo de Gerona”.<sup>10</sup>

El 12 de febrer de 1974, Anguera —que havia pogut llegir el diari barceloní del dia abans— ordenà al cap provincial de Sanitat, Juan Carlos Acosta, que fes una visita d'inspecció al centre, acompanyat de Beltran Flórez, secretari regional de Coordinació Hospitalària, i li manifestà que en volia rebre el resultat immediatament.

L'informe d'Acosta i Beltran Flórez remarcà l'antiguitat i insuficiència de les instal·lacions, la insuficiència de la dotació econòmica malalt-dia, la ine-

<sup>10</sup> Arxiu Històric de Girona, fons del Govern Civil, capsa 3.186.

xistència a la pràctica d'una vertadera tasca assistencial, l'absència d'altres funcions que són considerades pròpies d'un hospital psiquiàtric. Entre altres afirmacions s'hi deia: *“el hospital continúa sufriendo de una estructura del siglo pasado, poco funcional y que indudablemente encarece los servicios... El Hospital psiquiátrico carece en realidad de Director médico... en la práctica la asistencia está en manos de las religiosas y del personal auxiliar... Por todo lo expuesto se deduce que el centro asistencial Psiquiátrico de Salt, que alberga unos 500 enfermos en la actualidad no reúne las condiciones requeridas por la moderna asistencia psiquiátrica, situándose muy por debajo del nivel asistencial de nuestra región”*.

D'altra banda, un escrit de més cent cinquanta gironins fou adreçat a les autoritats com a denúncia, crítica i necessitat de revertir la situació:<sup>11</sup>

*Nuestra queja, lógica al extremo, por no habernos sido informados hasta la fecha de la situación asistencial que allí se desarrollaba, la cual ha mantenido durante largo tiempo un “status” de asistencia muy lejos de lo que imaginábamos y muy lejos también de la asistencia psiquiátrica que se imparte en otros centros en Cataluña.*

*La necesidad y casi la urgencia de que la situación no continúe como hasta ahora. Asimismo consideramos que, si bien como señala la prensa, ya se han empezado a efectuar cambios (cuatro psiquiatras más, calefacción casi permanente, etc.), la reforma del hospital debe ser global, total y encaminada a mantener un nivel asistencial a la altura que requieren los nuevos avances en psiquiatría y donde el enfermo está considerado como persona humana con derechos y deberes.*

*La posibilidad, cada vez más grande, de que la Seguridad Social sufrague los gastos de internamientos. Es una desgracia para una familia de trabajadores, con sus seguros sociales, que quede “fuera de juego” cuando un miembro de la misma cae enfermo mental; enfermo que, por otra parte, sigue pagando su cuota. El presupuesto actual por enfermo y día de 74,30 pesetas, es a todas luces vergonzoso.*

*Criticamos duramente la actuación del médico director del centro que en ningún momento ha intentado enfrentarse a los problemas del mismo, y ni siquiera se ha dedicado a la asistencia diaria de los enfermos.*

*Todo ello nos lleva, para terminar, a considerar que en la reforma que se efectúa en el centro, es necesario contar con la participación de todo el personal.*

<sup>11</sup> *La Vanguardia Española*, 20 de març de 1974, p. 34.

Vista parcial del  
Manicomi de Salt  
(Ajuntament de Girona,  
CRDI, autor desconegut).



Al mateix temps, psiquiatres prestigiosos, com ara David Cooper, Gregory Kobon i Morton Shatzman, i personal sanitari de centres catalans i espanyols s'adreçaren també al president de la Diputació lamentant l'estat de degradació del centre de Salt i demanant-ne una reforma radical.

Arran de l'allau de crítiques i de vacil·lacions, arribà finalment la reacció de la Diputació. El primer pas per a la normalització del centre fou la creació de quatre places de metges psiquiatres.<sup>12</sup>

## FINAL

El Manicomi de Salt, tot i que era als afores de la vila, enmig de camps, donà una imatge peculiar del poble. Uns saltencs ho reflectiren irònicament en definir l'indret; Salt com a centre de bojós, però alhora desatesos i maltractats: "Qui sigui boig que el tenquin a 'Salt, melic de l'esquizofrènia creadora'. Menú: Esmorzar: prepsiquiatria; dinar: apsiquiatría; sopar: pseudo-psiquiatría; diumenges i dies de festa: antipsiquiatría. Per a reclamacions adreceu-vos a la Diputación Provincial".<sup>13</sup>

Mentre que els informes de 1974 atribuïen una gran responsabilitat de l'estat del Manicomi al director de l'establiment, un llibre editat per la mateixa Diputació, responsable del centre, documenta que Pigem ja havia escrit un informe l'any 1958 en què demanava canvis en les instal·lacions i denunciava

<sup>12</sup> J. SUREDA PRAT, "Primer paso hacia la normalización sanitaria del Hospital Psiquiátrico de Salt", *Los Sitios*, 7 de març de 1974, p. 14.

<sup>13</sup> "Apunts per a un diccionari de la vila", *Presència*, 329 (27 de juliol de 1974), p. 18.

la situació dels malalts. Hi parlava de la “*penosa realidad del denominado departamento de enfermas crónicas agitadas*”, d'un pati amb “*un penetrante olor a vacas nos da cuenta enseguida que los alientos de los animales irracionales y los de los seres con razón perturbada se confunden en el mismo espacio vital*”, i repetia també les paraules de Diego Ruiz. Tanmateix, els autors del llibre afirmen que “les seves demandes no tenien l'efecte esperat i l'emprenedor doctor anà caient en el sopor de la decepció, s'interessà cada vegada més per les investigacions científiques i defugia els projectes que tan entusiàsticament havia defensat”.<sup>14</sup>

Caldria matisar les afirmacions anteriors, perquè Josep M. Pigem el 1969 va signar un article en què lloava l'actuació institucional i deia coses com aquestes: “*las ampliaciones que se han efectuado recientemente en dos de los pabellones llamados 'de observación', con su arquitectura, distribución y profusión de luz, satisfacen plenamente las condiciones de un grato ambiente residencial*”; “*entre los nuevos servicios inaugurados últimamente hay que hacer especial referencia a la Iglesia y a la cocina [...] La nueva cocina permite atender racionalmente las necesidades crecientes del aumento progresivo del número de enfermos*”; “*Consciente de su importancia, la Diputación Provincial que en 1957 destinaba 40.000 pesetas anuales para medicamentos, ha pasado a destinar 720.000 en 1965 y años sucesivos y 756.000 en 1969*”...<sup>15</sup>

Evidentment, la denúncia de 1974 va destapar les anomalies, i tant el director com la Diputació eren responsables dels defectes gravíssims que afectaven el Manicomi. Per això calgué prendre mesures urgents, a fi que l'escàndol no fos més gran. Entre les decisions del moment, la separació del director va ser necessària. Les providències que seguiren a cura d'un nou equip de metges foren reformistes; la idea d'eliminar el centre com a casa de dement, com s'efectuà a Itàlia, en el cas de Trieste, no era contemplada de cap manera.

#### APÈNDIX DOCUMENTAL

*Informe sobre l'Hospital Psiquiàtric de Salt, gener de 1974, extractat.*

A finales de 1973, los médicos de guardia del hospital psiquiátrico de Salt tuvieron una serie de reuniones con el director de este centro. En ellas se plantearon las dificultades que estos médicos encontraban en su trabajo dada la situación caótica del centro. El hacinamiento en que se hallan los enfermos, las condiciones higiénicas

<sup>14</sup> Rosa M. GIL i Joan BOADAS, op. cit., p. 145-146.

<sup>15</sup> José M. PIGEM, “Hospital Siquiátrico de Salt”, *Revista de Gerona*, 49 (quart trimestre 1969), p. 12-22.

absolutamente deplorables, la carencia de un mínimo nivel asistencial, tanto en lo que hace referencia a personal como a medios, etc., hacen que este establecimiento parezca más una penitenciaría que una institución terapéutica.

En la tercera de dichas reuniones con el director, los médicos de guardia plantearon la imposibilidad de movilizar esta situación si no se implicaba a la Diputación de Gerona, responsable de la institución. Poco después del compromiso verbal del director en hacer las gestiones necesarias para establecer contacto con la Diputación, tomó brusca y contradictoriamente las siguientes medidas:

- No renovación del primer contrato médico anual que debía prorrogarse.
- Amenaza de tomar la misma medida con los otros tres médicos de guardia.
- Negativa a continuar las reuniones colectivas entre él y los médicos de guardia.
- Negativa a exponer, junto con los médicos de guardia, la situación del centro a la Diputación.

Estas medidas, ya de por sí graves, representan una congelación indefinida de todo intento de mejorar las condiciones de vida y asistencia de los enfermos.

[...]

### 1. Estructura del hospital y condiciones de vida de los pabellones.

El hospital está dividido en cinco pabellones, a saber:

a) Dos pabellones llamados de observación, uno para mujeres y otro para hombres. Construidos en 1925 y ampliados en 1969 con 20 camas, en habitaciones de dos camas, sala de visitas, despacho, comedor y servicios higiénicos. En cada uno de estos pabellones se albergan permanentemente unos 120 enfermos en una situación de absoluto hacinamiento (ejemplos: [a] algún que otro pasillo se le han incorporado camas y se ha convertido así, “de la mañana a la noche”, en dormitorio, las camas están tan apiñadas, en algunos sitios, que no caben mesillas de noche, etc.). A estos pabellones se incorporan, diaria y directamente, los nuevos ingresos, excepto los judiciales, que pasan directamente a los pabellones de crónicos (la media diaria de ingresos en 1973 ha sobrepasado los enfermos/día, en consecuencia hay días en que se reciben hasta 6 u 8 ingresos). En esta situación, los nuevos ingresos de enfermos agudos son tratados con cóctel medicamentoso y, si esto no es suficiente para tranquilizarles, se les encadena a la cama o, en ocasiones, se traslada la cama al cuarto de bañeras. Estos dos pabellones son denominados abiertos.

b) Pabellón de crónicos (hombres): posee 249 camas, viviendo unos 245 enfermos, de los que salen fuera del pabellón de un 15 a un 25 %. Los restantes enfermos permanecen todo el día o tumbados o dando vueltas a un patio interior, siendo vigilados por 7 cuidadores.

En 1972 se realizó una ampliación de 40 camas, en habitaciones de 4 camas, donde habitan los enfermos que se consideran “tranquilos”. Las restantes salas tienen como características el hacinamiento de los enfermos, escasez de mesillas y armarios, wáteres que dan a las salas desprendiendo un olor muy desagradable, etc. Como muestra que sintetiza estas deficiencias, existe una sala que es comedor, pasillo, dormitorio y sala de televisión.

Hay una sala, denominada de fugitivos, donde habitan ciertos judiciales y los más agitados, y donde habitualmente 2 o 3 enfermos permanecen atados con una cadena, en la muñeca, a la cama. Uno de estos enfermos lleva en esta situación más de 8 años, siendo tal su acostumbramiento que cuando últimamente se le quitaba, ciertos días, la cadena para que paseara por el patio interior, al acostarse pedía que se atase, pues si no no dormiría.

Existen además dos comedores nuevos, para unas 150 personas, tres televisiones, una sala de visitas y un cuarto de exploración sin apenas material.

c) Pabellón de crónicas (mujeres): tiene 297 camas y 10 celdas de castigo "clásicas". Estas últimas han sido ocupadas por sendas enfermas hasta mayo de 1973, en que algunos de los médicos de guardia, desobedeciendo al director, decidieron que dichas enfermas se reincorporaran al pabellón, excepto en un caso en que las resistencias han sido suficientes como para que la enferma permanezca todavía en la actualidad en una de estas celdas, atada con una corta correa a la cama.

Las condiciones higiénicas, y de vida en general, son absolutamente lamentables; los pasillos convertidos con el tiempo en "dormitorios", las goteras y filtraciones de agua en las paredes son datos que dan una mínima idea del absoluto abandono, masificación y hacinamiento en que estas 200 enfermas viven. El hacinamiento es compartido con las ratas que, sobre todo al caer la noche, salen de las madrigueras, cuyas bocas están a la vista de todos, en diversos puntos del patio interior. A propósito de las ratas, una monja cuenta que en años pasados una enferma se las comía y que ahora la misma enferma las alimenta con comida que sobra.

d) Pabellón geriátrico (mujeres): Construido en 1935, es el único que arquitectónicamente es algo racional. Consta de tres pisos y un sótano en el que se encuentra el salón de actos y una ampliación, realizada este último año de 20 camas. La capacidad total del pabellón es de unas 170 plazas, ocupadas generalmente por ancianas, exceptuando algunas jóvenes que allí viven para colaborar en las tareas de limpieza. Un inconveniente que presentan las salas es que sus wáteres dan directamente a las mismas, teniendo como única separación una simple cortina.

De la descripción anterior se desprende fácilmente que uno de los principales problemas de los pabellones es el hacinamiento; así, en los últimos 28 años, el número de internados ha crecido en 300, mientras que las nuevas salas en número de cuatro sólo han representado un aumento de 100 camas. La solución para los otros 200 internados se ha buscado introduciendo más camas en las antiguas salas y convirtiendo algunos pasillos en dormitorios.

Una mejora de estos últimos años ha sido, sin duda, la de instalar calefacción. No obstante, su régimen de funcionamiento es algo especial: sólo funciona entre las 7 y 11, y las 17 y 20, exceptuando la casa del director, donde funciona todo el día.

Además de los pabellones existen otras dependencias, a saber: cocina, bar, farmacia, iglesia, casas de la comunidad religiosa, cura, médicos de guardia y del director. En esta última se encuentran tres consultorios y la secretaría.

## 2. Condiciones generales de vida a nivel de la institución global.

Las condiciones, de una forma general, son las de tipo manicomial. Podemos pasar rápidamente revista para mostrar los aspectos particulares de algunas.

En el momento del ingreso, el enfermo pasa a residir a una de las salas del pabellón de observación y deposita todos sus enseres y documentos en manos de la hermana del pabellón.

Diariamente se levantan entre las seis y media y las siete. Los enfermos del pabellón de crónicos/as, después de hacer la limpieza y de desayunar, pasan al patio interior, donde pasarán el día dando vueltas o tumbados en el suelo, y tan solo de un 15 a un 25% podrá salir fuera del pabellón. Los de los pabellones de observación son los/las que pueden salir a los jardines del hospital y, al igual que los otros, pasan el día sin apenas hacer nada, exceptuando una minoría que trabaja en la sección de laborterapia o en alguna dependencia del hospital. Las únicas actividades en las que participan conjuntamente todos los internos son las tres comidas diarias (8,5-12,5-6,5), que se anuncian con un toque de sirena parecido a los de las fábricas.

En este vivir cotidiano existen diversos aspectos que hacen más rígida la vida de los internados. Se da el hecho de estar prohibidas las relaciones de acercamiento entre hombres y mujeres; podemos citar que las enfermas del pabellón de observación no deben pasar de un límite concreto cercano al pabellón de los crónicos, asimismo pocas enfermas se atreven a ir al campo de fútbol a presenciar los partidos entre enfermos. Otra de las facetas de este control rígido es la que se refiere a una serie de criterios que, teniendo como centro de transmisión la comunidad religiosa, se extiende en la memoria manicomial como una especie de reglamento interior, cuya finalidad no sería otra que la perpetuación de la imagen típica del internado; las enfermas no pueden fumar, ni vestir a su gusto, ni llevar pantalones. Referente a esto último, citaremos una anécdota significativa donde una monja, y ante la sugerencia de un médico de guardia de que una enferma podía ponerse pantalones si así lo quería, le respondió tajantemente: “eso es cosa nuestra, lo suyo es recetar pastillas”. Tanto en ésta como en otras ocasiones, los médicos de guardia han pedido al director su apoyo y nunca lo encontraron.

El control rígido y absoluto se extiende también al campo de la correspondencia; los internados deben entregar las cartas abiertas a la hermana del pabellón, que las echará o no al correo según su criterio, asimismo todas las cartas que se reciben sufren el control de la hermana del pabellón. Últimamente, y a instancias de los médicos de guardia, en dos pabellones las cartas que se reciben pasan directamente a los interesados.

[...]

A continuación describimos los tipos de trabajo que desarrollan una minoría de internados:

- Trabajo para el mantenimiento de la infraestructura hospitalaria: Ciertos enfermos realizan trabajos como si fueran empleadas (carpintería, jardinería, limpieza de los paseos, ayudante de electricista, etc.), en algunos casos no perciben sueldo alguno y en otros cantidades ridículas, como por ejemplo las 125 pesetas mensuales que recibe el carpintero o las 86 pesetas mensuales que recibe cada miembro del grupo de limpieza de los paseos.

- Trabajo fuera del hospital: Este tipo de trabajo el director, en un artículo que publicó en la revista *Gerona* [sic, per *Revista de Gerona*] nº 49, dijo que equivalía al "night hospital" de los anglosajones, ya que los enfermos dormían en el hospital y trabajaban durante el día fuera. Respecto de la realidad de este "night hospital", hay que señalar que entre las 480 mujeres sólo una trabaja fuera del hospital. Este tipo de trabajo, en su mayoría, está mal pagado y sin ninguna clase de seguros sociales. Dada la carencia de asistentes sociales, son los propios enfermos los que han buscado los trabajos para sacar dinero que costee sus gastos personales. Nos importa señalar aquí algunos de los sueldos que estos enfermos perciben. Así, por descargar camiones de bañeras, varios enfermos cobraban 25 pesetas/hora, otro por un trabajo de 4 horas al día, recibía en la feria de Salt, 1.300 pesetas mes.

### 3. Tratamientos médicos

a) Todo enfermo que ingresa es recibido por el médico de guardia, que realiza una pequeña recogida de datos en forma de historia clínica. A continuación, si el internamiento no es por orden judicial o gubernativa, pasa a un pabellón de observación. En el momento de llegar al pabellón, se le instala en una cama y se le pone un tratamiento medicamentoso.

Normalmente, la sala en la que ingresa consta de unas 30-40 camas y, por ello, si el enfermo molesta o se encuentra agitado, es encadenado o trasladado con su cama a la sala de bañeras. Las encargadas de administrar los medicamentos prescritos por el médico son las monjas, que en ocasiones han llegado a modificar cualitativa y cuantitativamente dicha prescripción. Cuando la fase aguda ha remitido, el enfermo podrá levantarse o integrarse en la vida del pabellón. Al no haber ningún psiquiatra, los enfermos no tendrán ningún control psiquiátrico.

El destino de los internados tiene dos vertientes: una salida siempre y cuando la familia lo solicite, y otra su cronificación en el centro.

Aunque el tratamiento medicamentoso es casi el único que se realiza en la institución, es fácil de notar que, a finales de cada mes, faltan diversos medicamentos de uso corriente en psiquiatría y en medicina general. Este último detalle es uno más del nivel de desatención en el que está sumergida esta institución. En esta misma línea encontramos que, en los pabellones de crónicos, no recibían medicación alguna.

b) Electroshock. Este tipo de terapia se utiliza dos días por semana. Hace unos meses se utilizaba de forma mayoritaria, practicándose unos 40 a la semana. Últimamente se utiliza raramente y, en las últimas semanas, sólo se han dado dos por orden del director.

c) Abscesos de fijación. Se han utilizado, durante los últimos meses, en una o dos ocasiones, como método punitivo y por orden del director.

d) Laborterapia. Esta sección la dirige una comisión formada por el director, superiora, administrador y como presidente el diputado de beneficencia. En la práctica, la sección está bajo las órdenes de la hermana del pabellón correspondiente. Los trabajos que incluye son diversos (empaquetar botones, empaquetar cordones, confeccionar alfombras de lana, etc.). No todos los trabajos son continuos, sino que algunos se hacen de forma esporádica.

El porcentaje de internados que participa en esta sección es muy bajo, llegándose a límites, como en el pabellón de crónicos, que de un total de 200 internados sólo participan 5 o 6. Un 50% del dinero que se produce en esta sección pasa a un fondo común, para luego utilizarlo en ciertas actividades (excursiones, fiesta del hospital, etc.), y el otro 50% revierte a los pabellones. Su distribución es diferente en hombres y mujeres; en los pabellones de hombres pasa directamente a manos de éstos, mientras que en los de mujeres lo administrará la hermana del pabellón. Las cantidades recibidas al mes por los hombres oscilan entre las 200 y 300 pesetas, estas cifras son indicativas de la ausencia de un aliciente económico.

Es lógico pensar que en el estado deficitario de la sección incida la ausencia absoluta de monitores que estimulen a los enfermos.

### *El personal*

	1945	1955	1960	1965	1970	1972	1973
Ingresos	160?	252	326	494	602	661	734
Hospitalizados	555	651	737	781	853	856	860?
Cuidadores, administrativos, cocinero	?	?	?	?	108	98	109
Religiosas	?	?	25	?	23	?	20
Director	1	1	1	1	1	1	1
Psiquiatras	1	1	1	1	0	0	0
Médicos especialistas	0	1	1	1	1	1	1
Médicos de guardia	0	0	2	2	4	4	4
ATS	0	1	1	1	1	1	1
Administrador	1	1	1	1	1	1	1
Asistentes sociales	0	0	0	0	0	0	0
Psicólogos	0	0	0	0	0	0	0
Electroencefalogramistas	0	0	0	0	0	0	0
Monitores	0	0	0	0	0	0	0

La simple visión del cuadro anterior nos muestra no sólo la escasez e incluso la inexistencia total de personal en algunos apartados, sino una real regresión. Por una parte, una disminución numérica en términos absolutos, como en el caso de psiquiatras y monjas, y por otra, una disminución relativa en los otros apartados al considerar el aumento progresivo de ingresos y de internados totales.

Pasamos revista a cada estamento.

1. Personal auxiliar. Su número total es de 109, de los que noventa trabajan en los pabellones, siendo el resto los administrativos, personal de cocina, etc. Este personal no posee formación psiquiátrica y, en ningún momento, se ha intentado, de forma oficial o extraoficial, facilitársela.

Sus funciones son las de vigilar a los enfermos, además en los pabellones de mujeres las cuidadoras realizan funciones de limpieza. En el pabellón están bajo las órdenes de las monjas. Sus condiciones laborales son jornada de 8 horas durante seis días a la

semana, con un sueldo aproximado de 7.500 pesetas/mes y seguros sociales. Tienen derecho a un día de descanso semanal, que no siempre coincide con el domingo.

2. Religiosas. Sus funciones son diversas: doce están al cargo de los pabellones y las otras ocho se encargan de diversas funciones (ropero, farmacia, telefonista, etc.). Las encargadas de pabellón cumplen funciones de ATS (de las veinte, alrededor de cinco tienen el título de ATS y el resto ha realizado los cursillos de la Cruz Roja).

Sus condiciones laborales son jornada de 8 horas durante toda la semana, sin seguros sociales y con una gratificación de mil pesetas/mes. Asimismo tienen pagada la manutención, vivienda y vestido.

Fácilmente, se puede comprobar que el personal religioso resulta muy económico y eficiente a la administración.

3. ATS. Hay una que viene diariamente, trabajando en la secretaría del centro.

4. Médico especialista. Hay uno y viene tres días a la semana, llevando el control de los enfermos somáticos.

5. Médicos de guardia. Su trabajo consiste en realizar una guardia de 24 horas cada cuatro días, en la que asisten los ingresos, dan las altas y atienden cualquier urgencia que se produzca en los pabellones.

Sus condiciones laborales son 11.000 pesetas/mes, más manutención, vivienda y seguros sociales. Su contrato es renovable cada año. Sin que exista ninguna disposición al respecto, el director les ha indicado que su estancia en el centro debe durar dos o tres años como máximo.

Existe como costumbre que, durante los dos días en que viene el médico director, alguno de los médicos de guardia lo ayude en su consulta privada, sin percibir ningún sueldo por ello.

Aunque están en periodo de especialización, no reciben ningún tipo de docencia.

Es necesario decir que de los 25 médicos de guardia que han pasado por el hospital en los últimos catorce años, un 40% permaneció menos de un año en el centro, lo cual da idea de la falta de continuidad que ha habido en la labor médica. Además es anecdótico que, desde que vino el primer médico de guardia en 1959 hasta el año 1972, ninguno de los médicos había sido catalán, siendo el hijo del director quien rompió la tradición.

6. Personal voluntario. Incluye un médico sin contrato, que viene algunas mañanas y pasará a ocupar la primera plaza de médico de guardia vacante.

7. Director. Es titular por oposición y psiquiatra. Lleva en el cargo 16 años. Su residencia habitual está en Barcelona, donde posee una consulta privada, desplazándose los jueves y sábados a Gerona. En estos dos días realiza distintas actividades; un día a la semana da una vuelta por los pabellones saludando a los enfermos y preocupándose por el estado de los judiciales y gubernativos. Esta visita dura alrededor de una hora. El resto del tiempo lo ocupa en realizar la consulta ambulatoria del hospital, que es parcialmente privada.

[...]

Además de estos aspectos debemos señalar la negativa del director a desarrollar una docencia mínima y su reiterada actitud de no pedir a la Diputación un equipo de psiquiatras.