

Ramon Espasa

Conseller de Sanitat
i Assistència Social
1977-1980:
el Mapa Sanitari
de Catalunya

Lluís Bohigas



Generalitat
de Catalunya

Ramon Espasa

Conseller de Sanitat
i Assistència Social
1977-1980:
el Mapa Sanitari
de Catalunya

Lluís Bohigas



Generalitat
de Catalunya

© del text
Lluís Bohigas i Santasusagna

© d'aquesta edició
Generalitat de Catalunya.
Departament de Salut

Coordinació editorial:
Gabinet de la Consellera.
Serveis editorials

Edició:
Barcelona, setembre de 2025.

DL B 17566-2025

Assessorament lingüístic:
Servei de Planificació Lingüística del Departament de Salut

Producció editorial:
Entitat Autònoma del Diari Oficial i de Publicacions

DOI: 10.62727/DSALUT/I4000



Els continguts d'aquesta obra estan subjectes a una llicència de
Reconeixement-No-Comercial-SenseObresDerivades 4.0 Internacional.
La llicència es pot consultar a la pàgina web de Creative Commons.

Sumari

Pròleg Olga Pané, Consellera de Salut	5
Pròleg Conseller Ramon Espasa	8
Introducció	12

Part 1. Renaixença sanitària

Capítol 1. Protagonistes	15
Capítol 2. Crítica de la medicina i de la sanitat pública	31
2.1. Crítica de la medicina	31
2.2. Crítica de la sanitat pública	37
Capítol 3. Propostes	46
3.1. Servei Nacional de Salut	46
3.2. El naixement dels centres de salut	54
3.3. Modernització dels hospitals	64
3.4. Planificació sanitària	73
3.5. Gestió hospitalària	78
3.6. Introducció de les disciplines socials: economia de la salut	82
3.7. Assistència pública o privada	90

Part II. Generalitat: Obra de govern

Capítol 4. La Conselleria i les transferències	103
Capítol 5. Promoció de la salut	117
Capítol 6. El Mapa Sanitari	131
Capítol 7. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau	156

Part III. Ramon Espasa parla

La promoció de la salut, objectiu primordial de la medicina i de l'organització sanitària	171
Taula rodona: "Formació del cirurgià: present i futur"	180
Pròleg a <i>La sanitat a Catalunya: el Mapa Sanitari</i>	186
Cronologia 1975-1980, uns anys clau per a la política i la sanitat	197
Documentació	202

PRÒLEG

OLGA PANÉ,

CONSELLERA DE SALUT

El llibre **Ramon Espasa, conseller de Sanitat i Assistència Social 1977-1980: el Mapa Sanitari de Catalunya** ens apropa a una època molt important per a la sanitat catalana. Després de la llarga nit de la dictadura, i en plena construcció de les institucions d'autogovern, la sanitat va tenir una participació significativa en la Generalitat provisional que va presidir el Molt Honorable Josep Tarradellas, i la persona que va fer efectiva l'empremta de la sanitat dins l'autogovern va ser Ramon Espasa.

Aquells eren anys molt difícils per fer canvis polítics i sobretot canvis per donar autonomia a Catalunya. Les persones que van assumir aquest repte van ser molt valentes, la dictadura i les seqüeles que va deixar eren encara molt vives. Un cirurgià de l'Hospital de Bellvitge proposat pel PSUC, Ramon Espasa, va ser l'encarregat de construir els fonaments d'una Conselleria de Sanitat i Assistència Social. Aquest era el nom que havia tingut la Conselleria en l'etapa republicana, però la sanitat havia canviat molt en aquells anys; llavors la sanitat pública estava en mans de la Seguretat Social burocràtica i centralitzada, i calia buscar nous camins. Aquests camins nous es van concretar en un objectiu i una visió: el Servei Nacional de Salut. Una fórmula diferent de la Seguretat Social i que havia de donar serveis sanitaris públics per a tothom.

El Dr. Espasa va estar dos anys en el càrrec, ha estat el conseller de Salut més jove des de la restauració de la democràcia i va deixar empremta, una via que van seguir els seus successors Josep Laporte i Xavier Trias. Tots tres havien coincidit en una època molt interessant, que l'autor del llibre ha batejat com a **Renaixença sanitària**, corresponent al final de la Dictadura i al començament de la Transició. Aquest llibre relata en bona part la transició democràtica de la sanitat i l'impuls que el Dr. Espasa, home polifacètic i actiu en molts àmbits, l'hi va donar.

Aquest llibre situa també el context en què es van produir les aportacions del Dr. Espasa i el gran consens que ell i els seus col·legues de diverses formacions polítiques van ser capaços de construir per modernitzar de manera definitiva la sanitat catalana i, de retruc, l'espanyola.

En aquella època es van produir fets tan significatius com el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de Perpinyà, el Congrés de Cultura Catalana, les eleccions democràtiques al Col·legi de Metges de Barcelona, la publicació de llibres, debats públics i articles de diari sobre la sanitat, etc. En aquestes

trobades i publicacions es criticava el funcionament sanitari de la Seguretat Social i es proposaven noves fórmules per gestionar la sanitat. Tots tres futurs consellers van participar-hi activament i Ramon Espasa en va ser un líder.

Moltes institucions van ser participar en la Renaixença sanitària: el llibre descriu les aportacions de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, del Col·legi de Metges de Barcelona, del Congrés de Cultura Catalana, d'ESADE, del Col·legi d'Economistes de Catalunya, etc. També els partits polítics, que eren incipients en aquella època, van participar en els debats sanitaris de la Renaixença sanitària. Vull fer una menció especial al PSUC, un partit amb una llarga trajectòria de lluita en la clandestinitat, que va prendre posició i va oferir un vehicle per a la participació de molts joves metges que volien uns serveis sanitaris diferents.

El subtítol del llibre destaca un dels assoliments del conseller Espasa, l'elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya. Aquest lema té per a mi dos significats, el més directe al·ludeix al llibre groc que es va publicar al començament de 1980 i que recollia una proposta de pla sanitari per a Catalunya i tots els treballs que s'havien elaborat per sostenir aquelles conclusions; era el resum d'una legislatura. Però crec que *mapa sanitari de Catalunya* té un altre significat, ja que era la primera vegada que podíem veure la publicació oficial d'un mapa de Catalunya amb els recursos sanitaris existents i els previstos; era la declaració d'una voluntat de ser i de voler fer. Era una tasca de planificació inèdita i tècnicament molt innovadora.

Aquest llibre completa una trilogia que ha escrit Lluís Bohigas sobre els primers consellers de la democràcia: Josep Laporte i Xavier Trias. En conjunt, descriuen una època d'uns vint anys que van des de 1975 fins a 1995 i que està marcada per les transferències dels serveis sanitaris de la Seguretat Social, la Llei de l'ICS i la Llei del Servei Català de la Salut. Tot plegat, és l'etapa fundacional de la sanitat catalana. Uns anys en què es posen les bases i es determinen les primeres polítiques sanitàries. Es tractava de construir un servei de salut que tingués en compte el passat dels serveis sanitaris propis de Catalunya amb les estructures de la Seguretat Social i amb la visió d'un futur basat en la solidaritat de la sanitat universal.

Vaig conèixer el Dr. Ramon Espasa bastant abans que ell em conegués a mi. És el que sol passar entre els deixebles i els mestres, o entre els líders i els seguidors. La meua entrada al PSUC l'any 1975 és en bona part provocada per l'admiració que persones com el Dr. Ramon Espasa van generar en estudiants de medicina de la meua generació. El seu discurs renovador, rupturista, la consideració dels factors socials en la determinació de l'estat de salut i de malaltia i la seva lluita contra les desiguals oportunitats dels ciutadans enfront de la salut eren per nosaltres inspiradors i revolucionaris. Només acabar medicina em vaig apuntar al curs del GAPS, on vaig entrar en contacte amb tota aquella generació de professionals, el Dr. Espasa entre ells, que ens obrien una dimensió de la medicina i de la salut pública que no havíem conegut en la nostra etapa universitària. Molts dels que després vam seguir

una carrera vinculada a la gestió, la salut pública i la planificació dels serveis estàvem en aquell curs, que era una crida a la transformació i la renovació, a la modernització i la democratització dels serveis públics.

He retrobat el Dr. Ramon Espasa en aquests darrers temps i a les seves qualitats hi afegeix ara la sòlida experiència política, la seva actitud col·laboradora i generosa, pròpies d'un home serè i savi.

Espero que aquest llibre serveixi per recordar un conseller, Ramon Espasa, el primer que vam tenir en l'etapa democràtica, i la seva tasca al capdavant de la conselleria. Espero també que sigui útil per recordar el munt de gent que va participar en els debats sanitaris i que es va engrescar amb la perspectiva de fer una sanitat catalana sòlida i diferent. I desitjo igualment que aquell consens tan extraordinari que van conformar els que ens han precedit per transformar i modernitzar un sistema de salut no sigui una anècdota i perduri en la nostra generació per poder protegir el pilar més preuat del nostre estat de benestar.

PRÒLEG

CONSELLER RAMON ESPASA

La dècada dels setanta s'obrí amb un fort increment de les lluites obreres i populars a Espanya i Catalunya. Aquesta dècada veurà la desaparició del Dictador, l'inici de la Transició i les primeres eleccions democràtiques (1977), que permetran, en una cursa vertiginosa, reinstaurar el Congrés dels Diputats; recuperar la Generalitat de Catalunya sota la presidència del M. H. Sr. Josep Tarradellas dirigint un govern d'unitat política (1977), i l'elaboració i la proclamació de la Constitució espanyola de 1978, plenament homologable dins la Unió Europea. L'esclat d'il·lusions, l'expressió i realització de tants sentits desitjos, fou emocionant. Es palpava en l'ambient: “tot es podia fer” i “calia, doncs, canviar-ho tot” eren els lemes del moment. Començava l'aventura de construir un nou futur de llibertat, solidaritat i fraternitat.

La societat catalana i espanyola es va fer immediatament present en l'escenari públic i polític: partits polítics, sindicats, associacions de veïns, estudiants, intel·lectuals i professionals, tothom es desvetllà amb una immensa il·lusió per obrir nous horitzons de propostes, de noves llibertats. El sentiment i la lluita per la recuperació nacional i pel dret a un futur autogovern de Catalunya vertebrava i donava sentit a l'amplíssima diversitat d'iniciatives i reivindicacions presents al carrer i en l'opinió pública. El país bullia d'esperança per un futur millor, feliç, fraternal i solidari.

En aquest irrepetible i estimulant *totum revolutum* de propostes i necessitats de canvi i transformació, entrà també en escena un grup ampli i divers que afectuosament podríem qualificar d'*iluminatisanitaris* que, des de posicions i cultures pròpies, va saber confluïr democràticament en un feliç resultat: elaborar i dissenyar un model sanitari que assegurés la igualació efectiva del dret a la salut per a tots, i pogués satisfer les necessitats sanitàries de tota la població.

Aquest feliç resultat serà la proposta d'un nou model sanitari, genuïnament català, molt influït per la cultura unitària de la Transició i nodrit per aportacions elaborades: a) al Congrés de Metges i Biòlegs de Perpinyà; b) a les resolucions finals de l'Àmbit d'Estructura Sanitària del Congrés de Cultura Catalana; c) pel consens dels principals partits polítics (CDC, PSC, PSUC) al voltant del model “SNS”. Es tractava d'una proposta que aquest darrer partit havia avançat i liderat en la societat i en les darreres eleccions al Col·legi de Metges de Barcelona a través de la candidatura en la qual participava. Finalment, però no per això menys important, cal també mencionar l'habilitat i la capacitat de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social del Govern de la Generalitat per plasmar en un model

de regionalització sanitària, el Mapa Sanitari de 1980, tota aquella filosofia al servei d'una atenció sanitària moderna, pública i universal. Aquella il·lusió i aquest objectiu eren aleshores compartits absolutament per tots els protagonistes de la gran mobilització social i sanitària a Catalunya.

Els redactors del Mapa Sanitari de 1980 es van inspirar en els models sanitaris de països capdavaners en el disseny dels moderns “estats del benestar” que començaven a destacar a Europa, com ara el Regne Unit, Suècia, Noruega i Dinamarca. Alhora, el model sanitari català tingué també una influència retardada, però no per això menys decisiva, en el model sanitari espanyol. De fet, la Ley General de Sanidad (LGS), aprovada el 1986 pel ministre Ernest Lluch, era bastant coincident amb el model que havíem plantejat des de la Generalitat. Cal recordar que la majoria dels ponents i redactors de l'LGS provenien de Catalunya i havien treballat en la redacció del Mapa Sanitari. Es pot doncs, afirmar amb satisfacció que la filosofia de l'LGS està en bona part inspirada en els plantejaments del Mapa Sanitari.

Avui dia aquest model ens equipara en bona part a països com el Regne Unit, països nòrdics i Austràlia. Cal no oblidar que el sistema sanitari espanyol obté uns bons resultats en les comparatives internacionals als quals estem poc acostumats. Efectivament, segons les dades de l'Institute for Health Metrics and Evaluation, relatives a la mortalitat innecessàriament prematura i sanitària o clínicament evitables, Espanya destaca al món. En el *Lancet* del 2019¹, ocupàvem la sisena posició mundial, per darrere de Suïssa, Suècia, Noruega, Austràlia i Finlàndia. Amb dades del 2019, publicades el 2022², passarem a la novena posició mundial, per darrere dels ja esmentats més Holanda, Canadà i Irlanda (també més petits que Espanya) i per davant d'Itàlia, França, Alemanya i els Estats Units d'Amèrica (EUA) (Vicente Ortún. Reial Acadèmia de Medicina. Discurs de recepció com a acadèmic corresponent. Barcelona 2024).

Avui, però, la vocació d'universalitat, la direcció i tutela dels interessos col·lectius (com la salut) des de l'autoritat pública no estan del tot ben vistos. En nom de l'eficiència, alguns postulen models basats tant en la competència dins del model com, per lògica extensió, la competència entre el sector públic i el sector privat. En aquest sentit, el recent llibre de Meneu, Ortún i Urbanos *La sanitat a la cruïlla post-COVID* resulta esclaridor. Aquests autors mostren com n'és de complexa i de vegades contradictòria la introducció de les diverses formes de competència. Proposen diverses estratègies de supervisió i control per part dels òrgans de direcció del sistema de salut, dels diversos models competitiu que es puguin establir, sempre al servei i en l'interès de la millora, eficàcia i solidaritat del sistema públic i universal de cobertura.

De fet, l'equitat en el que podríem anomenar *resultats en salut* per a la demanda assistida en els centres de salut públics i concertats està en línies generals aconseguida a tot el llarg i ample del sistema. Es tractaria, però, segons la meua opinió, de persistir en l'objectiu científic i democràtic d'assegurar que la vigilància i supervisió de la competència, per l'excel·lència i

¹ GBD 2015
Healthcare Access and Quality Collaborators. Healthcare Access and Quality Index based on mortality from causes amenable to personal health care in 195 countries and territories, 1990-2015: a novel analysis from the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet. 2017;390:231-66.

² GBD 2019
Healthcare Access and Quality Collaborators. Assessing performance of the Healthcare Access and Quality Index, overall and by select age groups, for 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet Glob Health. 2022;10:e1715-43.

l'eficiència entre els diferents actors sanitaris col·laboradors (hospitals privats, fundacions sanitàries i altres centres de salut), i el sector públic no es projecti sols sobre la gestió i producció de salut. En aquest sentit, crec que les noves eines digitals d'informació i vigilància pressupostària permetrien un control no limitador, però sí rigorós, de cada unitat o centre de salut, naturalment en nom de l'interès del sistema públic de salut.

La coordinació i la transparència es veurien molt millorades i ambdós pols (públic i privat) remarien en una mateixa direcció (l'interès general). De fet, aquest ideal de transparència hauria d'abraçar tota la col·laboració publicoprivada en el sistema sanitari. Dues raons bàsiques poden adduir-se: primera, la voluntat i la pràctica de compartir tots els avenços assistencials, científics, de gestió clínica i d'optimització de recursos ja existeix en tota la xarxa assistencial; segona, compartir les estratègies de gestió dels recursos econòmics també en milloraria indubtablement l'eficiència en salut, i elevaria la qualitat de la gestió financera de tots els centres sanitaris. Seria més cooperatiu, més transparent i més científic, com és d'esperar en el funcionament de tot el sistema de salut.

En definitiva, potser caldria pensar més en una competència per la igualtat i no tant en la competència per la diferència. A semblança del dret a la salut que a tots ens iguala, l'objectiu científic i salutífer hauria de ser, doncs, la competència per la igualtat i no per la diferència en tot el sistema de salut.

L'autor del llibre que presentem, Lluís Bohigas, ha fet del sector salut tant la seva ocupació professional com el camp de la seva reflexió teòrica. Va participar en el Primer Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya i fou membre fundador de la Comissió d'Economia de la Salut. De sempre, la seva producció teòrica s'ha orientat a explicar les interrelacions en el sector salut i l'avaluació econòmica de les activitats sanitàries. El seu meticulós treball ha produït aquest llibre, en què sota la suggestiva rúbrica de "la Renaixença sanitària" apareix un sistemàtic i clarificador relat dels esdeveniments i de l'ambient que permeteren, a Catalunya, l'eclosió de la proposta "SNS" als anys setanta. La minuciosa ordenació de fets i documents i la precisa selecció dels conceptes doctrinals que van configurar el repetit model "SNS" han tingut en Lluís Bohigas un cronista insuperable. Bohigas ressegueix brillantment tant les crítiques que es feien a la desastrosa atenció mèdica d'aquell moment, com les diverses propostes que van anar sorgint en diferents camps: nova organització en l'assistència primària, planificació i gestió sanitària, reformes hospitalàries, economia de la salut i el nou model d'organització sanitària, l'SNS.

Aquest llibre, el qual tinc l'honor de prologar, quedarà com una aportació històrica, clarificadora i sistemàtica de totes aquelles aportacions doctrinals, sanitàries i polítiques que van confluïr en la proposta de salut per a tothom i que foren recollides oficialment en el Decret del Departament de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de 7 de gener de 1980, pel qual s'aprova el Mapa Sanitari de Catalunya. L'esperit que despenia aquest Decret va

orientar des d'aquell moment les grans transformacions sanitàries que la Generalitat va impulsar a partir de 1980 amb el desplegament del Mapa Sanitari, inicialment dirigit pel conseller Josep Laporte i continuades pel conseller Xavier Trias. Així mateix, el Ministeri de Sanitat el va recollir a la Ley General de Sanidad firmada pel ministre Ernest Lluch. Ha estat un orgull per mi haver-hi participat.

Ramon Espasa

INTRODUCCIÓ

El Dr. Ramon Espasa va ser conseller de Sanitat i Assistència Social entre el 5 de desembre de 1977 i el 27 d'abril de 1980, amb el Govern de la Generalitat provisional presidit pel Molt Honorable Senyor Josep Tarradellas. Abans de ser conseller, havia liderat un moviment de renaixement del pensament sanitari català. La dictadura havia ofegat les iniciatives de reforma sanitària de la Generalitat Republicana, però en finalitzar la dictadura es va produir una explosió d'anàlisis, propostes i debats sobre la sanitat; denomino aquesta etapa la "Renaixença sanitària".

El llibre té tres parts. En la primera, "Renaixença sanitària", es revisen les accions i el pensament que es van generar a Catalunya en el període 1975-1980, que tenien per finalitat la millora del sistema sanitari. En la segona, "Obra de govern", s'analitzen les actuacions de la conselleria dirigida pel conseller Espasa en els anys 1977-1980. En la tercera, "Ramon Espasa parla", es reproduïxen tres escrits del Dr. Espasa d'aquella època, en què es pot copsar directament els seus missatges de reforma sanitària. El primer és la ponència que va presentar al Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana de 1976 a Perpinyà; el segon és una conferència sobre "Formació del cirurgià: present i futur" que va fer en unes Jornades de l'Associació Catalana de Cirurgia, i el tercer és el pròleg del Mapa Sanitari.

El llibre acaba amb una cronologia de les activitats polítiques i sanitàries durant el període 1975-1980 i amb un recull de la documentació emprada per escriure el llibre.

Agraeixo les revisions del manuscrit que van fer les Sres. Carme Sans i Manuela Ballestin; tanmateix, la responsabilitat del text final és meua.

Part I

Renaixença
sanitària

En els anys setanta del segle passat i fins a les eleccions a la Generalitat de Catalunya, l'any 1980, es va fer un debat públic sobre com havia de ser la sanitat a Catalunya.

Els participants en el debat criticaven el funcionament dels serveis sanitaris de la Seguretat Social i proposaven reformes sanitàries que anaven lligades a la recuperació de l'autonomia de Catalunya. El debat va consistir en ponències a congressos, articles de diari, debats públics i llibres, etc. Denomino aquest conjunt d'estudis, debats, propostes i d'altres com la "Renaixença sanitària", ja que després de la nit de la Dictadura es mostrava una intensa voluntat d'assolir un millor sistema de salut per als catalans.

En la Part 1 del llibre descriu els debats de la "Renaixença sanitària". En el primer capítol es relaten les institucions i persones que van participar en la Renaixença i les seves aportacions. En el segon capítol es fa la crítica de la medicina des de dos punts de vista: el primer és el Dr. Ramon Espasa, que critica la manca de perspectiva social i, per tant, la manca de perspectiva sobre l'origen de molts problemes sanitaris; el segon és del Dr. Jordi Gol, que critica que la medicina està orientada sobretot al control de la malaltia i s'oblida moltes vegades la salut. En el segon capítol es recullen les crítiques a l'organització de la sanitat pública, que era una barreja de beneficència, salut pública, lluites contra malalties, sanitat militar i seguretat social.

Però els participants en la Renaixença no van criticar només el que hi havia, sinó que van fer propostes de com havia de ser el model del futur. El tercer capítol està dedicat a descriure les propostes que es van fer en aquell període. La primera va ser la creació del Servei Nacional de Salut. També es va proposar una nova assistència primària, molt diferent de l'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social. Altres propostes van ser la transformació dels hospitals antics en hospitals moderns; la planificació sanitària com un instrument científic per tal d'ordenar els serveis sanitaris; la gestió hospitalària amb dues escoles diferents, la gestió empresarial i la gestió democràtica; la introducció d'una ciència social, l'economia, dins el sector sanitari, i el debat sobre la medicina privada i la pública.

Capítol 1

Protagonistes

Les dues institucions que van influir més en la “Renaixença sanitària” van ser l’Acadèmia de Ciències Mèdiques i el Col·legi de Metges de Barcelona. Altres institucions van tenir un paper destacat en un àmbit concret; ESADE va ser clau en el terreny de la formació en gestió hospitalària i el Col·legi d’Economistes Catalunya, en matèria d’economia de la salut. Una activitat interinstitucional amb força impacte en aquells anys va ser el Congrés de Cultura Catalana, que va tenir un àmbit dedicat a la sanitat. També s’organitzaren molts debats que van permetre posar sobre la taula temes clau per a la sanitat. Moltes idees es van publicar en llibres, generalment llibres de butxaca que permeteren una gran difusió. La premsa es va fer ressò del moviment sanitari i va publicar moltes opinions sobre la sanitat, tant de manera crítica com oferint propostes de reforma.

Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears

L’Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears és una institució mèdica cultural fundada a Barcelona l’any 1878. És una tribuna i lloc de reunió dels professionals de la medicina de Catalunya i les Balears amb la finalitat de fomentar l’estudi i el conreu de les ciències de la salut en tots els seus aspectes. L’Acadèmia de Ciències Mèdiques va ser una institució clau en la “Renaixença sanitària” de Catalunya.

En la dècada dels anys 1970 van presidir l’Acadèmia els doctors Josep Laporte (1970-1974), Josep Alsina i Bofill (1974-1978) i Oriol Casassas (1978-1982), que influïren molt en la participació activa de l’Acadèmia en l’elaboració de propostes sanitàries. El Dr. Jordi Gol va ser vocal de la Junta de Govern de l’Acadèmia de Ciències Mèdiques els anys 1973-1981, i president del Comitè d’Informació i Documentació Sanitàries des de 1979 fins a 1985, a més de membre del consell de redacció de la revista *Monografies mèdiques*.

Les activitats de l'Acadèmia que van ser més significatives per a la Renaixença sanitària són: a) el Cicle de conferències sobre la sanitat, b) el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, i c) les publicacions.

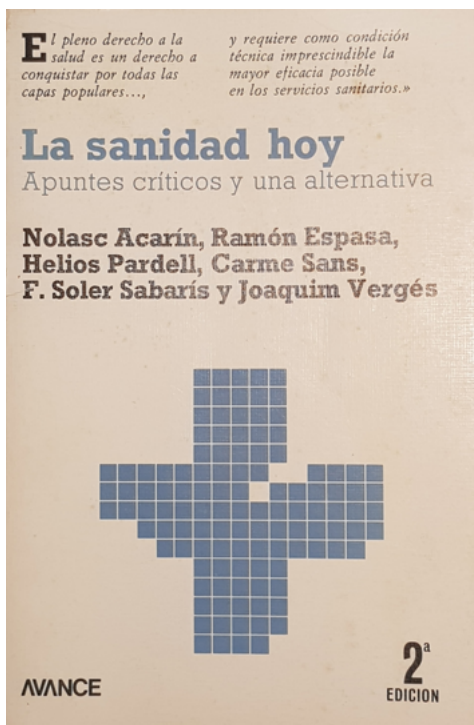
a) Cicle de conferències sobre la sanitat

L'any 1973, una associació de les que formaven l'Acadèmia, l'Associació de Joventut Mèdica, va organitzar un cicle de conferències sobre la problemàtica de la sanitat.

Les conferències se celebraven a les 22.30 h a la sala d'actes del Col·legi de Metges. La primera conferència va ser el dimarts 20 de març, a càrrec de l'economista Joaquim Vergés, que va parlar sobre aspectes econòmics de la Seguretat Social, el tema de la tesi que havia llegit feia poc. El divendres de la mateixa setmana el Dr. Felip Solé Sabarís va pronunciar una conferència sobre l'assistència sanitària de la Seguretat

Social. La setmana següent, el dimarts es van fer dues conferències: l'economista Carme Sans va parlar sobre les bases econòmiques de la sanitat i el Dr. Nolasac Acarín, sobre l'estructuració i regionalització sanitària a Catalunya"; divendres, el Dr. Hèlios Pardell va fer una conferència sobre les funcions de l'hospital en el marc de la regionalització sanitària, també fruit de la seva tesi doctoral. El dilluns 2 d'abril va cloure el cicle el Dr. Ramon Espasa, amb la conferència "Relacions socials i medicina, del risc individual davant la malaltia, al dret de la salut per a tothom".

El contingut de les conferències era, sens dubte trencador, amb un esperit crític poc habitual en l'època. Solé Sabarís i Vergés feien una anàlisi crítica de la Seguretat Social, i Sans i Acarín parlaven de la planificació i l'organització de la salut des del punt de vista econòmic i sanitari.



Recull del cicle de conferències sobre sanitat de l'any 1973

Ramon Espasa plantejava els aspectes socials de la malaltia i defensava el dret a la salut.

Les conferències van ser un èxit d'assistència tot i que se celebraven a la seu del Col·legi de Metges a la Via Laietana, a pocs metres de la comissaria de policia.

L'enfocament era innovador i les conferències es van publicar en un llibre, del qual es van fer almenys dues edicions: *La sanidad hoy*¹. El llibre va merèixer una glossa a tota plana per part de *La Vanguardia*, que va titular "Cataluña ofrece al país una alternativa sanitaria"².

b) X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana

L'Acadèmia havia organitzat al començament del segle xx uns congressos de metges i biòlegs de llengua catalana. El darrer s'havia organitzat a Perpinyà l'any 1936. Durant el franquisme tot això va estar prohibit, però, quan va morir el Dictador, l'Acadèmia va emprendre de nou l'organització del X Congrés, que se celebraria el setembre del 1976 a Perpinyà, tant per seguir la tradició com per evitar la censura. El president de l'Acadèmia, el Dr. Josep Alsina i Bofill, va presidir el Congrés. La conferència inaugural la va fer el Dr. Josep Trueta sobre el tema reflexió sobre els grans processos involutius de l'home d'avui. El darrer dia, el diumenge 26 de setembre de 1976, es va fer un homenatge al Dr. Ramon Turró.

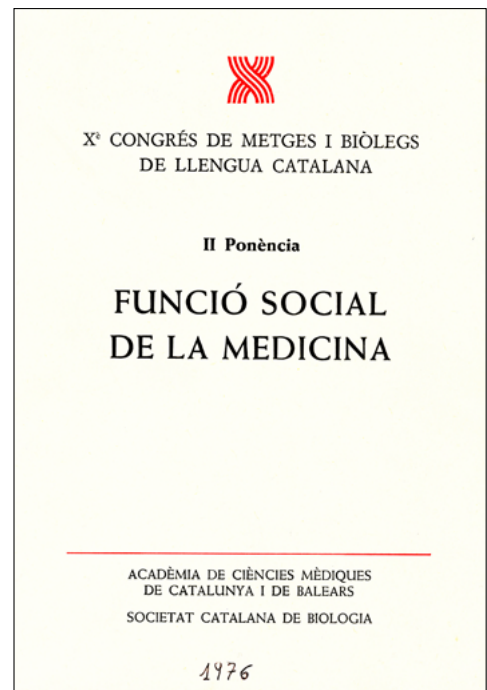
El Congrés es va organitzar en dues ponències: "Dinàmica de la infecció" i "Funció social de la medicina".

La primera ponència estava dedicada a les malalties infeccioses. En la segona ponència es presentarien els pensaments i les propostes de reforma de la sanitat catalana. La ponència estava organitzada en quatre taules³.

¹ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmia).

² Cataluña ofrece al país una alternativa sanitaria. *La Vanguardia Española*. 1976 set. 12.

³ Acadèmia de Ciències Mèdiques. *Funció social de la medicina*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques; 1976 (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).



Recull de les propostes sanitàries del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de llengua catalana. Any 1976

La primera taula, titulada “El pas de la medicina individual a la medicina col·lectiva”, era de caràcter històric i la va coordinar el Dr. Jacint Corbella. La segona taula, dedicada a “La salut”, va ser coordinada pel Dr. Jordi Gol. En les conclusions d'aquest grup es va elaborar una definició de salut que es presenta en l'apartat sobre el pensament sanitari. La tercera, “Epidemiologia social als Països Catalans”, la va presentar el Dr. Joan Ripoll. Finalment, la quarta, titulada “Perspectives de futur”, tenia els ponents més destacats. El primer ponent va ser el Dr. Ramon Espasa, seguit per una ponència del Dr. Nolasca Acarín i una altra de Miquel Roca Junyent. A continuació hi havia diverses ponències a càrrec del Dr. Jordi Gol, Dr. Francesc Abel, Dr. Josep Martí, Dr. Joan Clos, Dr. Joaquim Bonal, Carme Sans, Dr. Jacint Raventós i Josep Artigas.

c) Publicacions tècniques

L'Acadèmia va publicar dos llibres impulsats pel Dr. Jordi Gol per tal de donar eines als metges d'atenció primària en la seva tasca assistencial: *Índex farmacològic* (1980)⁴ i *Mitjans de diagnòstic en la medicina primària* (1984)⁵. Els dos manuals van ser molt importants per millorar la tasca de l'atenció primària.

⁴ Laporte JR, Arnau JM, Costa J, Magrinyà R, Morell F, Padrós J, Triquell LL. *Índex farmacològic*. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i Conselleria de Sanitat; 1980.

⁵ Canosa L, Costa J, Rodés J. *Mitjans de diagnòstic en la medicina primària*. Barcelona: Salvat; 1984.

El llibre *Índex farmacològic* el va elaborar un grup coordinat per Joan-Ramon Laporte (farmacòleg) i format per Josep M. Arnau (metge d'hospital), Joan Costa (metge rural), Ramon Magrinyà (farmacèutic), Ferran Morell (metge d'hospital), Joan Padrós (metge d'hospital comarcal) i Lluís Triquell (farmacèutic d'hospital). El llibre es va publicar amb el patrocini de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i la Conselleria de Sanitat, entre els consellers Espasa i Laporte.

Els doctors Lluís Canosa, Joan Costa i Joan Rodés van escriure el llibre *Mitjans de diagnòstic en la medicina primària*. El manual versa sobre el metge de primària, allò que ha de demanar a la ciència i la tecnologia modernes, però també tot allò que no els pot demanar.

Col·legi de Metges de Barcelona

L'any 1955 el president del Col·legi, el Dr. Arandes, va crear una "Secció hospitals", i en va encarregar la coordinació al pediatre Dr. Ignasi Aragó. Aquest va desplegar diverses activitats que van ser fonamentals en la modernització dels hospitals a Catalunya: va publicar la revista *Estudios sobre hospitales y beneficencia* i va organitzar jornades i congressos.

L'any 1976 es van celebrar les primeres eleccions democràtiques i l'Associació Democràtica de Metges (ADM) va crear una plataforma que guanyaria les eleccions: la Candidatura d'Unitat Progressista i Catalanista. La nova Junta va tenir com a president el Dr. Carles Pijoan i vicepresident, el Dr. Antoni Mirada. Formaven part de la Junta els doctors Ramon Trias Rubies, Ramon Espasa, Xavier Trias i Joaquim Ramis. Jordi Gol es va presentar com a candidat a vocal dels metges de la Seguretat Social, però no va sortir elegit i va entrar en la Junta del Col·legi en representació de l'Acadèmia.

El Col·legi de Metges va impulsar l'elaboració de les "Normes de deontologia", que tractaven la mort i la dignitat en morir. La Junta va decidir constituir una secció dedicada a l'estudi del sistema sanitari i a la formació, que es va denominar "Grup d'Assessorament i Promoció de la Salut" (GAPS) i en va nomenar director el Dr. Nolasac Acarín.

El GAPS va organitzar cursos de salut comunitària i va establir grups d'estudi que elaboraven informes sobre temes importants per a la sanitat catalana.

Cursos de salut comunitària

Dos cursos organitzats pel GAPS, Seminari Introducció als estudis de salut pública i I Curs de salut de la comunitat, van tenir molt impacte sobre el debat sanitari. A continuació, se'n reproduïx el contingut.

Seminari Introducció als estudis de salut pública (febrer-març 1977)

El seminari va consistir en conferències sobre diversos temes relacionats amb la salut pública.

Programa del seminari:

“La salut”, Jordi Gol; “L'estadística en la salut pública”, Enrique Quesada; “Importància de l'epidemiologia”, Ferran Martínez; “Economia i política sanitària”, Carme Sans; “Models d'organització sanitària”, Josep Artigas; “La planificació sanitària”, Ricardo Saiegh; “Funció de l'hospital”, Hèlios Pardell; “L'assistència externa”, Nolasac Acarín; “L'organització sanitària a Espanya i les alternatives”, Ramon Espasa; “La Seguretat Social espanyola”, Joaquim Vergés; “El medi ambient i la salut”, Ricardo Saiegh; “Salut mental”, Ramon Bassols;

“Els medicaments i la indústria farmacèutica”, Josep Laporte; “La sanitat al medi rural”, Joan Clos, Andreu Segura i Elisa Sécui; “Els recursos humans per a la salut”, Ricardo Saiegh, i “La participació de la comunitat en els programes de salut”, Raimon Bonal.

El contingut de les conferències es va publicar en un Monogràfic de la revista de l'Acadèmia, *Annals de Medicina*, el juliol de 1977.

I Curs de salut de la comunitat (novembre 1978-abril 1979)

L'any 1978 es va organitzar un Curs de salut de la comunitat i se'n va encarregar la direcció al professor Enrique Nájera i la coordinació, al Dr. Andreu Segura.



Recull del primer seminari sobre salut pública organitzat pel GAPS/Col·legi de Metges de Barcelona. Any 1977

Programa del curs i quadre docent:

Bloc 1: Les eines per a l'anàlisi sanitària: biblioteca, demografia, sociologia, economia, epidemiologia. Joan Clos, Enrique Nájera, Vicenç Meléndez, Domènec Tuguret, Jaume Bertranpetit, Andreu Segura, Jesús Marcos, Lluís Bohigas, Carlos Alberto González.

Bloc 2: Els principals problemes de salut de la comunitat: anàlisi de problemes, medi ambient, nutrició, treball, drogues. Enrique Nájera, Joaquim Enrech, Félix Pumarola, Pau Rodríguez, Jaume Clapés, Anna Pita, Manuel Baselga, Ricardo Saiegh, Jordi Camí, Francesc Freixa, Carlos González, Joan-Ramon Laporte, Joan Rodés, Santiago de Torres.

Bloc 3: Organització sanitària: organització dels serveis sanitaris i planificació; educació per a la salut i avaluació. Josep Artigas, Carlos-Alberto González, Hèlios Pardell, Josep Martí, Joan Josep Artells, Joan Clos.

Grups d'estudi

Per tal de donar opinions informades sobre temes d'importància sanitària, en aquell moment es van organitzar grups d'estudi sobre els temes següents que van produir diversos llibres o informes:

- Col·legi de Metges de Barcelona. L'Assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona. Barcelona: COMB; 1978.
- GAPS - Col·legi de Metges. Esquema para una propuesta de alternativa sanitaria en Ciudad Badia. Barcelona: GAPS - Col·legi de Metges; 1979.
- Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS), Col·legi de Metges de Barcelona. Informe avaluació dels dispensaris blancs. Barcelona: GAPS, Col·legi de Metges de Barcelona; 1979.
- Col·legi de Metges de Barcelona. El metge de capçalera: informe redactat per Jordi Gol et al.; pròleg d'Antoni Mirada. Número 1. Barcelona: Laia; 1979.

- Col·legi de Metges de Barcelona. Anàlisi orgànica i funcional de l'Insalud a Catalunya. Barcelona: Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS), Col·legi de Metges de Barcelona; 1980.
- Clos J, Sèculi E, Segura A, Espasa i Oliver R. L'Assistència sanitària a les comarques de Catalunya. Salut i sanitat, 2-3 [GAPS]. Barcelona: Laia; 1980.
- Sèculi E. et al. Estudi sociològic dels metges de Barcelona i província. Barcelona: Col·legi de Metges de Barcelona, Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS); 1980.
- Gol J, et al. El Centre de salut integrat, base d'un nou sistema sanitari. Informe redactat per encàrrec del Gabinet d'Assessorament i Promoció de la Salut (GAPS) del Col·legi de Metges de Barcelona; pròleg de Carles Pijoan de Beristain. Salut i sanitat, 5. Barcelona: Laia. Col·legi de Metges de Barcelona; 1981.
- Belenes R, et al. Estudi comparat dels sistemes de seguretat social, serveis nacionals de salut i exercici mèdic a la CEE i Espanya. Barcelona: CMB; 1981.
- Antó Boqué JM, Casanellas JM, Castejón J, et al. El medi ambient i la salut. Informe redactat per encàrrec del Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS), del Col·legi de Metges de Barcelona. Salut i sanitat, 4. Barcelona: Laia; 1981.
- GAPS, Col·legi de Metges de Barcelona. Salut i treball. Informes elaborats per grups d'estudi del GAPS. Barcelona: Col·legi Oficial de Metges de Barcelona i Província; 1981.
- Col·legi de Metges de Barcelona. Assaig sobre la vida i la mort. Barcelona: Teide; 1982. Recull del cicle de conferències sobre la vida i la mort celebrat el curs 1979-1980 i organitzat per la Junta del Col·legi de Metges de Barcelona amb la col·laboració del Gabinet d'Assessorament i Promoció de la Salut (GAPS).
- Rodríguez CA, et al. El risc laboral: seminari: Actualitzacions sobre la prevenció del risc laboral.

Barcelona: Laia; 1982. Organitzat pel Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS); pròleg del Dr. Joaquim Ramis Coris. Salut i sanitat, 6.

- Comitè d'Experts del GAPS, Col·legi de Metges de Barcelona. La responsabilitat de l'acte mèdic. Pròleg: Ramon Trias i Rubies. Salut i sanitat, 7. Barcelona: Laia; 1983.
- Grup d'Estudis del GAPS. El paper del metge en l'educació sanitària. Pròleg del Dr. Hèlios Pardell. Salut i sanitat, 8. Barcelona: Laia; 1985.
- Laporte JR, et al. Prescripció i ús dels medicaments: regulació de la prescripció i la recepta mèdica a Catalunya. Presentació del Dr. Hèlios Pardell i Alentà. Salut i sanitat, 9. Barcelona: Laia; 1986.

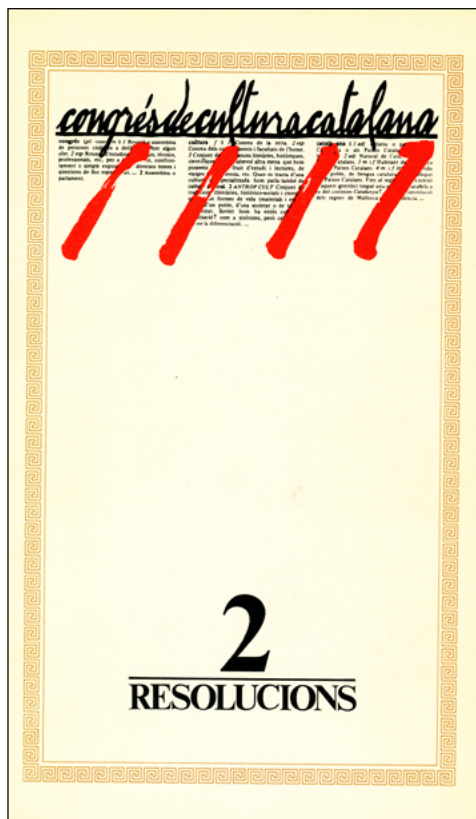
Congrés de Cultura Catalana

A començament de l'any 1975, el Col·legi d'Advocats de Barcelona va convocar el Congrés de Cultura Catalana (CCC), que va representar una mobilització popular de diferents sectors de la població catalana entre els anys 1975 i 1977. El Congrés va sorgir d'una reivindicació social i tenia com a objectius principals la normalització de la llengua catalana i la defensa dels drets de les persones i de la cultura catalana, aquesta última entesa com la cultura pròpia dels Països Catalans⁶.

El Congrés es va dedicar a analitzar l'estat de la cultura catalana en tots els seus àmbits. Va analitzar des de la llengua fins al dret, de l'agricultura a la indústria, des de les arts plàstiques fins a l'ordenació del territori; en total es van establir 25 àmbits culturals diferenciats i cadascun d'aquests va presentar el seu treball final en una població dels Països Catalans.

L'esdeveniment del Congrés de Cultura Catalana va marcar l'inici de la Transició als Països Catalans i va mobilitzar més de 12.000 persones, entre experts, acadèmics i ciutadans, al voltant del debat sobre com hauria de ser la societat catalana en la democràcia. Durant els dos anys que va durar el Congrés es va treballar per analitzar l'estat de la cultura catalana i per establir

⁶ Fuster J. *El Congrés de Cultura Catalana*. Barcelona: Laia; 1978.



Recull dels treballs de l'àmbit "Estructura sanitària".
Any 1977

un balanç de l'estat cultural dels Països Catalans, on des de cada àmbit es van redactar unes resolucions que incloïen aportacions amb projectes i iniciatives a curt i a mitjà termini, les quals havien de servir per als futurs governs dels Països Catalans: la Generalitat de Catalunya, la Generalitat Valenciana i el Govern de les Illes Balears.

La importància de la implicació i la participació de les entitats civils d'arreu del territori, així com l'adhesió de molts dels ajuntaments dels Països Catalans, van permetre el bon desenvolupament del Congrés, ja que moltes sessions de debats, reunions i els diferents actes del Congrés es van celebrar a molts pobles i ciutats d'arreu del territori.

L'acte de cloenda definitiva se celebrà el 27 de novembre de 1977 al Palau de Congressos i Exposicions de Barcelona, i va ser presidit pel M. H. Sr. President Tarradellas.

L'àmbit "Estructura sanitària" va ser coordinat pel Dr. Ramon Espasa i es van fer nombrosos treballs els anys 1976-1977.

Les conclusions d'aquest corresponents es van presentar a Terrassa l'abril del 1977⁷. Una de les comissions va compilar els documents estudiats i els treballs elaborats i els va publicar en el llibre *La sanitat als Països Catalans*⁸.

Les conclusions van tenir l'esquema següent:

1. Balanç de la realitat sanitària als Països Catalans
2. Finalitat del sistema sanitari, nocions fonamentals
3. Per un nou model sanitari

⁷ Congrés de Cultura Catalana, Àmbit d'Estructura Sanitària. Projecte de resolucions. Terrassa; 1977.

⁸ Gol J, et al. *La sanitat als Països Catalans*. Barcelona: Edicions 62; 1977.

Problemes més importants

- Atenció completa i estructuració territorial
- Coordinació de tota classe d'assistència
- Relació dels sectors públic i privat
- Reconversió dels recursos actuals, humans i físics
- Control de la indústria farmacèutica
- Finançament del sector sanitari
- Procediments de control democràtic de la gestió i l'avaluació
- Tria de prioritats i estratègia global

Elements per a les conclusions:

- Ple de reconeixement del dret a la salut
- Oferta sanitària homogènia i igual per a tota la població
- Oferta d'acord amb el concepte de salut
- Planificació

Escuela Superior de Administración de Empresas (ESADE)

ESADE és una institució acadèmica que té vincles estrets amb el món de l'empresa i és reconeguda per la qualitat de la seva educació, el seu abast internacional i un enfocament clar a favor del desenvolupament holístic de la persona. ESADE va ser fundada per la Companyia de Jesús l'any 1958 amb el compromís de generar un canvi positiu i significatiu en els negocis, l'emprenedoria i les persones.

ESADE va començar a impartir cursos de gestió hospitalària l'any 1973 gràcies a l'empenta de la Sra. Elvira Guilera. A Madrid s'havia creat l'any 1970 l'Escuela de Administración y Dirección Hospitalaria (EADH), que depenia del Ministerio de Gobernación i estava adscrita a l'Escuela Nacional de Sanidad. Les dues escoles de Madrid tenien per objectiu la formació dels funcionaris públics dedicats a la sanitat. La Sra. Elvira Guilera era professora a l'EADH i va aconseguir que se signés un acord entre l'EADH

i ESADE per impartir cursos a ESADE amb el segell de l'escola de Madrid.

A primers de 1973, el ministre de Governación, Garicano Goñi, va signar una ordre que autoritzava la col·laboració entre ESADE i l'escola de Madrid per impartir cursets de gestió hospitalària. Un d'aquests cursets va tenir lloc entre els mesos de maig i juny de 1973 i es denominava "Gestión hospitalaria: administración de recursos"; era un curs de 60 hores i el professorat el formaven Elvira Guilera, Esperança Martí, Joaquim Espriu, Vicente Ortún i Jaime Batalla. Els anys següents va continuar la col·laboració entre les dues escoles i al mateix temps ESADE va començar a organitzar cursos propis.

La Sra. Elvira Guilera també va ser clau perquè l'Escuela de Madrid organitzés un curs de supervisió d'infermeria, en col·laboració amb el Col·legi d'Infermeres de Barcelona, l'any 1972.

Col·legi d'Economistes de Catalunya

El Col·legi va néixer l'any 1970 com a Col·legi d'Economistes de Barcelona i es va transformar l'any 1978 en Col·legi d'Economistes de Catalunya sota la presidència de Francesc Raventós. L'any 1979, el Col·legi va organitzar el Primer Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya, en què es va presentar la ponència titulada "El paper de l'economista en els serveis sanitaris i socials"⁹. Després del Congrés, es va crear una Comissió d'Economia de la Salut, que va organitzar un congrés específic sobre economia de la salut l'any 1980.

⁹ Ponència 6. *El paper de l'economista als serveis sanitaris i socials. A: 1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya. Barcelona; 1979.*

Debats públics

En aquesta època s'organitzaren una munió de debats públics sobre temes sanitaris. Se'n presenten tres a títol d'exemple, en els quals va participar el Dr. Ramon Espasa.

Debat Amics de la Medicina

L'associació Amics de la Medicina va organitzar un seminari amb quatre sessions, en una de les quals vaig participar personalment. La cloenda final va ser notícia de *La Vanguardia*¹⁰. Federico Bravo Morate, exdirector general de Sanidad, va moderar la taula en la qual van participar Ramon Espasa, Elvira Guilera, Jesús de Miguel, Francisco Candel i Josep Espriu. La notícia de *La Vanguardia* deia així:

¹⁰ Clausura del Simposio sobre el futuro de la sanidad en Cataluña. *La Vanguardia Española*. 1977 abr. 10.

El señor Bravo Morate expresó su propia opinión acerca Sanidad. Propone un modelo ideal de sanidad integrada, que actualmente empieza a experimentarse en un plan piloto, concretamente en Talavera de la Reina. Finalmente señaló la necesidad de que una vez elegido el plan sanitario conveniente, la decisión política lo lleve a cabo. En su opinión, el problema es de estrategia. A continuación, habló Elvira Guilera, quien como participante en la gestión del Hospital de San Pablo, presentó una opción sanitaria basada en el buen entendimiento del concepto salud, definida, según el Congreso de Médicos y Biólogos de Perpignan, como una forma de vida solidaria, autónoma y alegre. El papel de los hospitales debe ser analizado desde la perspectiva de servicio a la salud. Deben ser, por tanto, uno de los dispositivos de la salud y utilizarlos sólo cuando es indispensable y conseguir que el enfermo se reinserte en la sociedad cuanto antes. Los políticos deben tener todo esto en consideración y contemplar que toda la sociedad debe tener acceso a la salud.

Por su parte, el doctor Espasa defendió que la cuestión de la salud es eminentemente política y, de cara a la integración de los servicios, hay que llegar a un único sistema sanitario que, en el marco de nuestro país, sería el Servicio Nacional de Salud. Esta organización fue entendida por el ponente como un servicio público más que como una socialización. Es la transformación de un sistema privado en público. Las palabras del escritor Francisco Candel ofrecieron la nota más humana de todos los planteamientos. Comenzó

diciedo que le gustaría vivir en un país que asegurase su salud. Comentó de forma anecdótica la existencia de antiguos dispensarios dependientes de una parroquia que ofrecían más garantías sanitarias a los enfermos que los seguros de enfermedad. Hoy todavía algunos gitanos, guardias y escritores pobres se visitan en estos dispensarios. El doctor Espriu tomó la palabra y quiso, en definitiva, defender libertades. Manifestó también que la sanidad tiene un grave peligro en la política. Todos los partidos deben coincidir en una sanidad porque ésta debe responder a las necesidades que mayoritariamente decidamos entre todos.

El sociólogo Jesús de Miguel cerró con su intervención la exposición de la mesa redonda y quiso llamar la atención sobre la cuestión de las ideologías. Añadió que cuando hay un sentimiento de angustia, se buscan soluciones míticas, como el proyectado Ministerio de Sanidad o el Servicio Nacional de Salud.

Debat Institut Catòlic d'Estudis Socials de Barcelona (ICESB)

¹¹ *La Seguridad Social, una entidad que reclama profunda renovación. La Vanguardia Española, 1977 jul. 20.*

L'ICESB va organitzar una taula rodona sobre el futur de la Seguretat Social que va ser notícia de *La Vanguardia*¹¹. Hi van participar Carles Pijoan, president del Col·legi de Metges de Barcelona; Ramon Espasa, Nolasac Acarín, Felip Solé Sabarís i representants de Comissions Obreres i la CNT.

Debats Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau va organitzar diversos debats sobre temes sanitaris; per exemple, en va organitzar un el 22 de juny de 1976 amb el títol "Sanidad pública y Colegios profesionales". Hi van intervenir Joan Duran, vocal de la Junta del Col·legi de Farmacèutics; Ramon Espasa, del Col·legi de Metges; Carolina Menéndez, vocal del Col·legi d'ATS; José Seculi, president del Col·legi de Veterinaris, i hi va moderador Joaquim Bonal, cap del Servei de Farmàcia.

Prensa

Tele/eXpres

El diari *Tele/eXpres* tenia una columna setmanal sobre sanitat, en què escrivia Nolasco Acarín, Ramon Espasa i Joaquim Vergés. Aquests, junt amb el periodista Campo Vidal, van publicar el llibre *La salud, exigencia popular*¹², basat en aquestes columnes.

¹² Acarín N, Espasa R, Vergés J, Campo M. *La salud, exigencia popular*. Barcelona: Laia; 1976.

La Vanguardia Española

La Vanguardia va informar en moltes ocasions sobre sanitat, però destaca especialment un debat que va organitzar amb motiu de la publicació del Real Decreto que dividia l'Institut Nacional de Previsión en tres organismes: Instituto Nacional de la Salud, Instituto Nacional de Servicios Sociales i Instituto Nacional de Seguridad Social. *La Vanguardia* en va demanar l'opinió als partits polítics i va publicar quatre articles: "Complementariedad o Servicio público", de Ramon Espasa (Comité Central PSUC); "Democratización y máxima eficacia", de Salvador Casas (Sectorial de Sanitat de CDC); "Medidas reformadoras del sistema", de la Secretaria Ejecutiva Sanidad UCD, i "Un concepto y modelo sanitario", de Felip Solé Sabarís (PSC-PSOE).^{13 14}

¹³ El futuro de la Sanidad y la Seguridad Social (I). *La Vanguardia Española*. 1978 nov. 21.

Llibres

En aquesta època es van publicar llibres sobre propostes sanitàries. Cal destacar-ne dos que es van publicar l'any 1977 abans de les primeres eleccions democràtiques i que feien propostes sobre la reforma sanitària: *Servei Nacional de Salut i Salut, sanitat i societat*.

¹⁴ El futuro de la Sanidad y la Seguridad Social (II). *La Vanguardia Española*. 1978 nov. 23.

Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. *Servei Nacional de Salut*. Barcelona: Laia; 1977.

Aquest llibre presentava en bona mesura les propostes de política sanitària del PSUC i va rebre un premi a Sevilla, i *La Vanguardia* en va donar la notícia següent¹⁵:

¹⁵ Sevilla: El doctor Ramon Espasa recogió el premio "Pedrote Guinea". *La Vanguardia Española*. 1978 abr. 28.

Sevilla: El doctor Ramon Espasa recogió el premio “Pedrote Guinea” por un libro sobre la Sanidad. El doctor en medicina Ramon Espasa, miembro del Partido Socialista Unificado de Cataluña y consejero de Sanidad de la Generalitat de Cataluña, ha recogido, en Sevilla, el premio científico “Pedrote Guinea” por su libro *Servicio Nacional de Salud, una alternativa democr tica*.

Diversos autors. *Salut, sanitat i societat*.
Barcelona: Alternativa; 1977.

Aquest llibre tenia com a subtítol *Una resposta socialista a l'actual situació sanitat ria* i era una col lecci  de 14 articles que tractaven molts temes sanitaris; el pròleg el va signar el professor González Casanova.

“Cap a un nou concepte de salut”, Jordi Gol; “Situació sanitat ria actual”, Josep Artigas; “Educació per a la salut”, J. Jubert; “El cost de la sanitat”, Lluís Bohigas; “Filosofia per a la reforma sanitat ria: l'SNS”, Jacint Reventós i Josep Artigas; “Les resistències a qualsevol reforma sanitat ria”, Raim n Bonal; “La sanitat a les comarques”, Xavier Balanz  i Josep M. Teniente; “Alternativa socialista de la sanitat rural catalana”, Felip Sol ; “La medicina i la higiene escolar”, Ramon Casares i Francina Roca; “Medicina del treball”, Manuel Baselga; “Salut mental”, Ramon Vidal i Josep Coromines; “L'ensenyament de les ciències sanitat ries”, Josep Laporte; “L'estructura farmacèutica”, Joaquim Bonal, Pedro C novas, Juan Duran i Ramon Gisbert, i “Passos per a la reforma sanitat ria”, Jacint Reventós, Josep Artigas i Josep M. Brunet.

Capítol 2

Crítica de la medicina i de la sanitat pública

Els participants en la “Renaixença sanitària” van criticar la medicina que es practicava i el funcionament del servei sanitari públic. Però no es van limitar a criticar, sinó que van fer propostes constructives de com creien que havia de ser un sistema sanitari adequat a les necessitats dels catalans. En aquest capítol s'exposen, en primer lloc, les crítiques a la medicina i, en segon lloc, la crítica al sistema sanitari públic.

2.1. Crítica de la medicina

Una actitud molt lloable per part dels metges que participaren en la “Renaixença sanitària” va ser criticar la medicina tant en els seus fonaments teòrics com en la forma com es practicava. Dues persones verbalitzaren aquesta crítica, els doctors Ramon Espasa i Jordi Gol. La crítica del Dr. Espasa es dirigeix a l'enfocament biològic de la medicina moderna, que oblidava els aspectes socials de la malaltia. La crítica del Dr. Gol és que la medicina s'havia oblidat que l'objectiu era la salut i només persegueix curar malalties sense pensar en el malalt. En aquest apartat revisaré dues aproximacions i apuntaré a les conseqüències que van tenir. En el cas de la crítica social del Dr. Espasa, es va fomentar l'entrada de les ciències socials en el terreny de la medicina i la defensa del Servei Nacional de Salut. En el cas del Dr. Gol, es va fomentar la reforma de l'atenció primària per tal que el metge general –el metge de persones, tal com li agradava dir al Dr. Gol– tingués una visió àmplia de la persona i no només de la malaltia que patia. Les dues crítiques són molt actuals.

Funció social de la medicina

En el segle XIX, la sanitat pública havia fet un esforç exitós de lluita contra les epidèmies sobre la base de la higiene pública: aigües de beure, excretes, control del menjar, etc. Aquestes accions havien servit per a controlar les malalties infeccioses d'acord amb el control del medi ambient. El pensament sanitari del Dr. Espasa convidava a examinar les malalties del segle XX i a veure com moltes d'aquestes tenien també un component social que la medicina individual no podia controlar.

El document en què es desplega aquesta aproximació és un article del Dr. Ramon Espasa que es publica en el llibre *Sanidad hoy*¹. Aquest article és la transcripció d'una conferència que havia pronunciat el Dr. Espasa en un cicle de conferències a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques l'any 1973. Aquí es resumeix l'article del Dr. Espasa en l'idioma del llibre, que és el castellà.

¹ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmica).

a. Origen social de les malalties

Les malalties, segons el Dr. Espasa, tenen un origen a la vegada biològic i social: “Se ha reconocido ampliamente que las enfermedades no responden puramente a alteraciones biológicas, sino que en su desencadenamiento las causas sociales juegan, asimismo, un papel importante”. Les dues causes, biològiques i socials, estan fortament entrelligades: “...La constatación que lo biológico y lo social no coinciden meramente sino que se condicionan mutuamente”.

En les malalties infeccioses, el Dr. Espasa escriu que hi ha una preponderància del factor social: “La comprensión de las enfermedades infecciosas y su manifestación más espectacular, las epidemias, se hará más inteligible, así como la preponderancia del factor social sobre el biológico en este tipo de enfermedades”. El Dr. Espasa posa com a exemple el paludisme a la ciutat de València, que es mantenia pel cultiu d'arròs, i el creixement de la tuberculosi degut a les condicions insalubres de la industrialització.

b. Les malalties són més greus per a la classe social més modesta

No només les malalties tenen causes socials, sinó que la mateixa malaltia té diferent impacte segons la classe social: “Otro aspecto no menos elocuente y ya clásico de la relación sociedad-medicina es la desigual situación de los hombres frente a la muerte y las enfermedades, según el área geográfica, la época histórica y la clase social en que les ha correspondido vivir”. El Dr. Espasa cita un estudi en el qual es mostra que la mateixa malaltia incideix sobre totes les classes socials, però els efectes són més greus en les classes socials més modestes: “Esto sugiere que la diferencia entre los índices de mortalidad, según clase social, se debe más a diferencias de gravedad en las enfermedades que no a diferencias en la incidencia”.

c. Per prevenir les malalties actuals cal incidir en l'economia

Les malalties més prevalents actualment estan molt relacionades amb aspectes de l'economia que, si no es modifiquen, no es podran controlar: “Para prevenir realmente las afecciones pulmonares, los accidentes de circulación, los infartos, las enfermedades dependientes de la polución, el alcoholismo, las neurosis por sobreesfuerzo, etc., habría que montar un nuevo plan de vida que entraría en contradicción con los intereses de industrias tan potentes como las del automóvil, petróleo, tabaco o vino, por citar sólo algunas”.

d. La medicina ha de canviar el seu enfocament

Amb l'evidència anterior, el Dr. Espasa proposava que la ciència mèdica canviés el seu enfocament: “Las enfermedades no deben considerarse como procesos únicamente biológicos”. I a partir d'aquesta consideració proposava que la medicina incorporés les ciències socials: “Es pues urgente que la medicina incorpore en su discurso teórico no tan sólo las ciencias físico-naturales como hasta ahora, sino que integre cada vez más en su marco a las ciencias sociales”. “Urge plantearse un cambio epistemológico en el seno de la medicina. Cambio que nacerá, en primer lugar, de relacionar dialécticamente los conocimientos sociales con los biológicos”.

e. La medicina privada no és la solució

La medicina privada és individual i no aporta solucions, “los alegatos en pro de la defensa, continuidad y futuro de la medicina liberal resultan trasnochados pero instructivos”. “La medicina liberal persiste en ignorar lo que constituye la prolongación necesaria del cuerpo, es decir, la sociedad y las condiciones materiales de vida”.

f. El canvi en la medicina ha de venir acompanyat d'un canvi en l'organització de la sanitat

El canvi que ha de fer la medicina, per ser útil en l'actualitat, requereix, per una banda, canviar el marc conceptual i també una estructura sanitària diferent: “Para llevar a término este cambio radical, la medicina necesita en primer lugar, además del perfeccionamiento constante de su método científico-natural, la incorporación dialéctica de las ciencias sociales. En segundo lugar, una estructura organizativa específica, estructurada en un servicio sanitario único, público y gratuito. En tercer lugar, una práctica y estructura científica que la acerque al máximo al conjunto de las relaciones sociales”.

La medicina actual és un reflex de la situació social: “La praxis de la medicina actual es luchar contra la muerte y alargar la vida, reflejo de una sociedad productiva y competitiva”.

La medicina orientada a la malaltia

En el X Congrés de Metges i Biòlegs de Perpinyà hi hagué una taula dedicada a la salut, coordinada pel Dr. Jordi Gol². En els anys setanta del segle passat tenia molt predicament l'Organització Mundial de la Salut, que va influir força en el pensament sanitari català. L'OMS havia aprovat l'any 1946 una definició de salut que era força coneguda i apreciada perquè volia ser una definició positiva de la salut. La definició de salut de l'OMS deia: “Salut és l'estat de benestar físic, mental i social complets i no només l'absència de malaltia i minusvàlua”. L'any de la celebració del Congrés de Perpinyà feia trenta anys de l'aprovació de la definició per part de l'Assemblea de l'OMS.

² Acadèmia de Ciències Mèdiques. *Funció social de la medicina*. Barcelona; 1976. (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).

La definició de la salut de l'OMS va ser molt criticada en el Congrés de Perpinyà. La primera crítica va ser qualificar la salut com a benestar. Gol va dir que “en nom del benestar s’han fet tantes coses horribles que per a nosaltres el benestar és més sovint una trampa, un parany, que no pas un objectiu”.

I afegeix que “el benestar s’obté amb vi i s’obté amb cocaïna, però la salut no s’obté ni amb vi ni amb cocaïna”. La segona crítica va ser que l'OMS deia que la salut passava per l'absència de malaltia, però això no era cert. Gol va dir: “És clar que hi ha una salut en absència de malaltia, però quan la malaltia es dona, una part del contingut de la malaltia és saludable”. La febre és el principal component visible d’una malaltia, però “la febre pot ser un element guaridor, que ajuda el malalt a alliberar-se de la causa infecciosa del seu mal”. Així doncs, “els elements de la malaltia que serveixen per alliberar el malalt de la causa que l’ha emmalaltit, que lluiten contra la limitació, són saludables”.

La tercera crítica era entorn el concepte de salut com un estat, ja que segons Gol, “la vida no és un estat, la vida és un procés, i el procés de la vida humana no té tot el sentit si no s’examina en funció de les seves causes llunyanes i dels seus resultats futurs”.

El Dr. Gol critica que el sistema sanitari està orientat a la malaltia i no a la salut: “El que es proposa el nostre sistema sanitari, i el que nosaltres com a sanitaris ens proposem habitualment, és un objectiu negatiu: treure la malaltia, no pas produir salut; tots plegats tenim la intuïció que salut equival a no tenir malalties i pensem que si les traiem obtindrem automàticament la cosa bona que és la salut”. Gol posa com a exemple de les conseqüències d’aquesta orientació la mort de Franco: “Aquella mort és un exemple de com el sistema sanitari pot buidar de poder i de protagonisme fins i tot el més poderós, de com pot manipular-lo per fer-ne un simple objecte i un senyal del propi poder: el sistema sanitari és feble contra la malaltia, però és fort contra l’home”.

Per capgirar el sistema sanitari els ponents de Perpinyà van justificar l’estudi de la salut: “Per veure quina és la funció social de la medicina i quina és la finalitat d’un sistema sanitari, calia plantejar-se, primer de tot, què és la salut i proposar-se la salut com a objectiu”.

A l'hora de definir què és la salut, la ciència no és suficient. Segons Gol, la ciència pot fabricar un model d'organisme humà sense malalties, “però aquest organisme humà sa no és un fi en ell mateix, sinó que el fi és el seu propietari, el jo, la persona, i ha de funcionar en benefici d'ella”. I afegeix: “El concepte de salut és, doncs, depenent d'una concepció de l'home que no és mai purament científica, que necessàriament té trets que són ideològics”. No són els metges sols els que han de definir la salut, “la salut és un afer no estrictament científic sinó també ideològic i, per tant, un afer personal i un afer col·lectiu, i no només un afer de professionals”.

La definició de salut de Perpinyà va considerar que la salut no era un estat, sinó una manera de viure. Gol deia: “La vida humana en qualsevol moment presenta un determinat grau de salut. Es pot estar malalt d'una manera sana o d'una manera insana: s'estarà malalt d'una manera sana quan l'organisme actuï al màxim en el combat contra la causa que l'ha emmalaltit”. Aquesta manera de viure, segons els ponents de Perpinyà, quedava definida per tres paràmetres: a) autonomia, b) solidaritat i c) joia. Per a Gol, “una manera de viure sana quan és autònoma, hom té el mínim possible de limitacions, i és el màxim possible amo d'ell mateix i capaç per escollir, per a triar lliurement”. Respecte a la solidaritat, Gol va dir que “no és pensable que la realització de ningú sigui possible sense la col·laboració dels altres”. Finalment, respecte a la joia, Gol va dir que “cal, perquè hi hagi salut, que la relació del jo amb ell mateix, amb la seva realitat interior i amb el seu entorn humà i no humà, sigui positiva”. “Aquesta relació positiva, a Perpinyà, nosaltres, la vam qualificar de joiosa”. La definició de salut de Perpinyà va ser: “Aquella manera de viure que és autònoma, que és solidària i que és joiosa”.

L'aspiració de Jordi Gol i dels seus col·legues de Perpinyà era que aquesta definició servís per orientar el sistema sanitari, la medicina i la feina del metge. Deia Gol que “el sistema sanitari ha de fomentar l'autonomia del ciutadà i, quan diem *autonomia*, volem dir no-dependència, i si en lloc de dependre del sistema sanitari passem a dependre del metge, aleshores traiem una malaltia, però posem una altra limitació que pot ser igualment insana”. I afegeix que “es tracta de girar al revés les prioritats de la mateixa assistència sanitària.

Ara tenim a dalt de tot, al cim del poder, l'especialista". "La nova noció de salut postula una qualitat excel·lent en el primer grau d'assistència, vull dir l'assistència primària".

2.2. Crítica de la sanitat pública

Les crítiques al sistema sanitari públic tal com estava organitzat van ser àmplies i profundes. En aquest apartat es repassa breument com estava organitzada la sanitat pública i les crítiques que van aportar els participants en la Renaixença.

Salut pública

La Dirección General de Sanidad depenia del Ministerio de Gobernación i tenia assignades una sèrie de competències en diverses lleis i normatives sobre salut pública.

Per exercir aquestes competències, el Ministerio nomenava un cap de sanitat en cada província i un equip no gaire nombrós. En l'àmbit central, la Dirección General tenia experts i tècnics que feien tasques per tot el país. A cada poble hi havia un metge d'"Asistencia Pública Domiciliaria" que, juntament amb el farmacèutic i el veterinari, feien les tasques locals de salut pública. En el cas de Barcelona, l'Ajuntament disposava d'un Institut de Salut Pública municipal.

Es criticava aquest sistema pel seu funcionament burocràtic, la manca de recursos i l'aïllament que el mantenia a distància i impedia el diàleg amb la tasca assistencial.

Beneficència pública

L'activitat assistencial pública més important fins a l'any 1942, amb la creació del Seguro Obligatorio de Enfermedad, era la beneficència, que s'havia posat en marxa el segle XIX amb la Ley de beneficencia de 1849 i el seu Reglamento de 1852. La responsabilitat de l'atenció de beneficència pública va recaure

sobre les províncies, creades l'any 1833. L'Estat no va aportar recursos per finançar la beneficència i les diputacions van haver d'espavilar-se soles.

Molt anteriorment a la beneficència pública hi havia una beneficència privada i, sobretot, la beneficència religiosa en petits hospitals de caràcter local que es finançaven amb el patrimoni religiós, provinent de donacions o deixes de particulars. La desamortització havia expropiat aquest patrimoni i havia deixat els petits hospitals sense rendes per mantenir-se, i la conseqüència havia estat la desaparició massiva de petits hospitals.

Les lleis de beneficència van classificar els establiments assistencials supervivents a les desamortitzacions en públics o particulars i, segons la Llei de beneficència, quan un hospital de beneficència pública tancava les portes, els seus béns s'havien de revertir en un altre centre. Aquesta clàusula va permetre a les províncies apropiarse dels béns dels petits hospitals locals per tal de tenir finançament per construir un hospital provincial de beneficència, situat a la ciutat capital de província. Els hospitals com el de la Santa Creu de Barcelona van ser classificats com a públics i provincials, que deixava en mans de les entitats provincials el futur de la institució. Els administradors de l'Hospital de la Santa Creu van querellar-se contra aquesta classificació i després de més de catorze anys de reclamacions, l'any 1874, la Molt Il·lustre Administració (MIA) aconseguia que l'hospital fos considerat de beneficència particular. El mateix succeí a Vic, Manresa, Mataró i altres hospitals catalans, que van aconseguir ser classificats de beneficència particular i així van poder subsistir.

La Diputació de Barcelona no tenia hospital provincial de beneficència i l'Hospital Clínic, propietat del Ministerio de Educación, patia un dèficit crònic. Per decret de la Jefatura del Estado de 1952, es va determinar que la Diputació participaria en el repartiment del dèficit de l'Hospital Clínic i aquest es va classificar com a provincial i, per tant, de beneficència. La Diputació donava subvencions als hospitals de beneficència particular de les diferents poblacions per contribuir a la seva tasca. Les diputacions de Girona i Lleida tenien hospitals

provincials, els de Santa Caterina i Santa Maria, i la Diputació de Tarragona tenia conveni amb l'Hospital de la Santa Tecla.

Aquest sistema estava en declivi, era una herència del passat i calia substituir-lo per una sanitat pública de qualitat per a tothom.

Lluites contra malalties

L'Estat s'havia dedicat durant el segle xx a atendre els malalts d'algunes malalties específiques. La terminologia era militar i es va batejar aquestes campanyes com a "luchas". A diferència de les campanyes de prevenció, vacunes, etc., les "luchas" oferien atenció sanitària als malalts afectats per una malaltia específica: la més famosa va ser la tuberculosi.

La tuberculosi era una malaltia molt greu al segle xx i es va convertir en objectiu de la sanitat pública. La Mancomunitat de Catalunya va construir un dispensari antituberculós, que va continuar funcionant amb la República. L'any 1939, el dispensari va ser expropiat pel Patronato Nacional Antituberculoso creat a Burgos durant la Guerra Civil. Aquest Patronato va construir a Terrassa un sanatori antituberculós l'any 1952 i diversos sanatoris antituberculosos a la geografia espanyola. Amb el desenvolupament d'un tractament farmacològic específic per a la tuberculosi, que no feia necessària l'hospitalització, va començar el declivi dels sanatoris: alguns es van transformar, però d'altres van tancar. L'any 1958 el Patronato va ampliar la seva activitat també a las Enfermedades del Tórax.

A imatge de la lluita antituberculosa, se'n van crear d'altres com l'antireumàtica o l'antivenèria. La Lluita antireumàtica va crear un hospital al port de Barcelona, dins un edifici dedicat a la sanitat exterior.

L'Administración Institucional de la Sanidad Nacional (AISNA) es va crear com a organisme autònom l'any 1972 per agrupar la gestió de tots els centres sanitaris de les "lluïtes". L'AISNA va desaparèixer l'any 1987, després del traspàs dels seus centres a les comunitats autònomes. Aquesta va ser la manera d'acabar amb una relíquia del passat.

Sanitat militar

Els tres exèrcits disposaven de la seva estructura sanitària pròpia, i l'exèrcit de terra era el que tenia una sanitat més desenvolupada, amb un hospital central a Madrid. A Barcelona hi havia un hospital militar, que no es va transferir fins als temps del conseller Trias. Malgrat que la Ley General de Sanidad preveia la transferència de tots els centres públics a les comunitats autònomes, la Generalitat va haver d'indemnitzar l'Exèrcit.

Hospitals universitaris

Els hospitals universitaris depenien del Ministerio de Educación i tenien per objectiu la formació de metges. A Catalunya, el Ministerio disposava d'un sol hospital universitari, l'Hospital Clínic de Barcelona, inaugurat l'any 1904 i que des de 1952, com ja s'ha explicat, va ser considerat, a més, de beneficència provincial.

Funcionaris públics

L'assistència sanitària dels funcionaris públics estava organitzada segons la Ley de Mutualidades de 1941. Les mutualitats eren corporacions de dret públic que no formaven part de l'Administració de l'Estat. Hi havia diverses mutualitats, incloses dins el mateix ministeri; per exemple, al Ministeri d'Educació hi havia una mutualitat diferent per als professors de primària, d'institut, escoles tècniques i universitat.

L'any 1975 es va aprovar una llei que creava una mútua per als militars, que es va denominar Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) i una mútua per als funcionaris civils, Mutua de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE). Tres anys més tard, els jutges es van separar dels altres funcionaris mitjançant un Real Decreto de 1978 que va crear la mútua de jutges, denominada MUGEJU. Aquestes mútues permetien als seus afiliats escollir entre l'assistència privada o la pública i la majoria escollia la privada. Aquestes mútues continuen en l'actualitat.

Seguretat Social

L'any 1971 la població coberta per la Seguretat Social era de 25,7 milions de persones, de les quals un 30% eren treballadors o titulars, un 10% pensionistes i el 60% beneficiaris: els familiars que vivien amb els titulars. El capítol Assistència sanitària que comprenia l'assistència mèdica i la farmàcia va representar el 28,5% del total, per sota de la despesa en pensions. Hi havia diverses entitats gestores que donaven assistència sanitària, l'Instituto Nacional de Previsión (INP) n'era la més gran, i donava assistència sanitària als treballadors i beneficiaris, però l'assistència sanitària dels pensionistes depenia de les mutualitats laborals, i els accidents de treball i malalties laborals, de les mútues patronals; els treballadors del mar, de l'Institut Social de la Marina, etc.

Joaquim Vergés havia escrit la seva tesi doctoral sobre els comptes de la Seguretat Social i en el capítol del llibre *La sanidad hoy*¹ analitzava la despesa de l'INP de 1971, que estava repartida entre assistència sanitària –que representava un 49%– i la prestació farmacèutica –que representava un 51% de la despesa sanitària de l'INP–. Per a Vergés, “esta proporción 51/49% es una estridente desproporción que ilustra y confirma la sobre medicación característica de la actual asistencia sanitaria de la Seguridad Social”. L'assistència sanitària de la Seguretat Social es repartia en despeses de personal, que representaven el 43%, la resta de despeses de funcionament, un altre 43%, i un 14% que es dedicava a concerts, la major part amb hospitals.

Felip Solé Sabarís, en la seva conferència de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, inclosa també en el llibre *La sanidad hoy*², resumia la crítica als serveis de la Seguretat Social d'aquesta manera: “La masificación en la asistencia ambulatoria (40 visitas por hora), la falta de acreditación de los servicios y de la asistencia sanitaria ha hecho que la asistencia sanitaria haya sido motejada de asistencia mala y barata”.

Analitzem, a continuació, l'assistència sanitària de la Seguretat Social en dos apartats: assistència extrahospitalària i als hospitals.

Assistència extrahospitalària

L'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social era la part més criticada de l'assistència sanitària i no satisfia ni els usuaris ni els metges.

A les ciutats hi havia ambulatoris on visitaven els metges generals i els especialistes. També hi havia serveis de radiologia i laboratori, però només els especialistes podien demanar aquestes proves. Als pobles hi havia 'consultoris', on visitava el metge general. En molts pobles el metge visitava a casa seva amb un horari específic per a pacients de la Seguretat Social. Molts metges cobraven conductes per ampliar l'horari d'atenció i fer domicilis.

Els metges treballaven teòricament en consultori 2,5 hores al dia, però s'havia fet alguna enquesta als ambulatoris i el metge no hi era més enllà de 45 minuts. Hi havia especialistes, com els tocòlegs, que no hi anaven i passaven les visites a la llevadora. Molts metges tenien un metge substituït que pagaven de la seva butxaca.

Una crítica sistemàtica de l'atenció extrahospitalària de la Seguretat Social la trobem en el llibre *La sanitat als Països Catalans*³:

³ Gol J, et al.
La sanitat als Països Catalans. Barcelona: Edicions 62; 1977.

"L'assistència ambulatoria de la Seguretat Social palesa unes deficiències tan greus que, de vegades, pot considerar-se com a iatrogènica. Els factors més importants implicats són, entre d'altres:

- a) Baixa qualitat tècnica dels equipaments i del treball dels professionals.
- b) Dedicació reduïda que impedeix aconseguir un bon grau de diagnòstic, sovint substituït per una medicació inadequada o innecessària.
- c) Infrautilització del metge de capçalera, que massa vegades es limita a classificar arbitràriament i precipitadament el malalt. És prou il·lustratiu, com per exemple, que no li sigui permès d'ordenar la pràctica d'una radiografia.

- d) Enfrontament entre el metge i el malalt segons l'actitud de recel mutu que genera un sistema greument despersonalitzador.
- e) Manca de coordinació dels serveis; amb la impossibilitat de formar equips entre sanitaris del mateix camp d'activitats o de camps complementaris. La conseqüència és una degradació acrítica de l'assistència i una pèrdua de temps: desplaçaments excessius dels usuaris.
- f) Rigidesa burocràtica excessiva.
- g) La baixa qualitat dels serveis ambulatoris significa un augment subsidiari de la clientela privada dels mateixos metges.
- h) Manca de funcionalitat dels serveis d'urgències.

En resum, l'assistència ambulatoria és la més deficient de totes les practicades per la Seguretat Social”.

Hospitals

A finals dels anys quaranta, la Seguretat Social va elaborar un pla per construir un hospital a cada capital de província; així de fet duplicava les instal·lacions de les diputacions, però per diferenciar-se de la beneficència va denominar aquests hospitals 'residències'. A Catalunya es va inaugurar la primera a Barcelona l'any 1955, la Residència Francisco Franco. A continuació, es van construir les de Lleida i Girona, més tard la de Tarragona. Amb la reforma de la Seguretat Social de 1966 es va ampliar molt el nombre de beneficiaris i es va decidir ampliar la Francisco Franco i construir-ne algunes fora de la capital. Així va néixer l'Hospital Príncipes de España a Bellvitge, l'any 1972, i la Residència Virgen de la Cinta a Tortosa, l'any 1976. Després van començar les obres de tres residències més a Badalona, Terrassa i Vic. Aquestes residències estaven en obres quan es van traspassar a la Generalitat.

Les crítiques a les residències eren àmplies, ja que la ubicació a les capitals de província feien que els malalts haguessin de traslladar-

se a vegades a centenars de quilòmetres de casa seva per ser hospitalitzats. La magnitud de les residències, especialment la de Barcelona, feia que fossin centres molt massificats i burocratitzats, amb una atenció poc personalitzada. El llibre *La salud, exigencia popular*⁴ relata la situació a la Ciudad Sanitaria Francisco Franco vista des de dins:

⁴ Acarín N, Espasa R, Vergés J, Campo M. *La salud, exigencia popular*. Barcelona: Laia; 1976.

Los problemas localizados podrían agruparse fundamentalmente, aparte del permanente déficit de camas, en torno a dos temas: por un lado, las deficiencias en los laboratorios o, en general, en los denominados Servicios auxiliares; por otra parte, las que hacen referencia a urgencias. En bacteriología no existen Servicios de urgencia partir de las nueve de la noche, ni tampoco los días festivos. Otra historia son los servicios de rayos X. En un hospital en que se sabe positivamente que faltan camas, lo que provoca graves problemas, sobre todo en las urgencias, se da la circunstancia de que existe un Servicio que prolonga sin razón la estancia de algunos enfermos. Así, la falta de agilidad provocada por falta de personal y falta de especialización en el servicio de rayos X, hace que las radiografías de riñón tarden, en ocasiones, hasta quince días y los estudios digestivos, hasta diez.

Algunos días lo que sucede en los servicios de urgencia de la residencia es verdaderamente difícil de narrar. Dado que los servicios de urgencias en los ambulatorios o no existen o resuelven pocos casos que vayan más allá de las recetas, en Urgencias se acumulan tal cantidad de enfermos, sin apenas control previo, que todas las instalaciones resultan, en ocasiones, insuficientes. A veces las colas se hacen angustiosas: hay enfermos por el pasillo en camillas, y en las salas de espera los familiares protestan.

Psiquiatria

La Seguretat Social no oferia la prestació d'assistència psiquiàtrica. Les diputacions proporcionaven assistència de psiquiatria, però només de beneficència. L'atenció psiquiàtrica amb internament

dels malalts es limitava a grans institucions, els anomenats 'manicomis'. S'havia començat la desinstitucionalització, però encara era molt incipient i variable segons la diputació. No hi havia cap relació assistencial entre la psiquiatria i la medicina somàtica.

La situació general de la sanitat pública espanyola era complicada i complexa, provinent de diverses iniciatives que havien tingut lloc en temps diferents per atendre situacions diverses. La salut pública estava molt mancada de recursos. L'assistència sanitària estava dividida en diferents col·lectius –pobres, treballadors, funcionaris o militars– o bé malalties –tuberculosi, venèries, reuma, etc.–. Per arreglar aquest desgavell, els participants de la Renaixença van proposar una solució més racional: el Servei Nacional de Salut.

Capítol 3

Propostes

En aquest capítol es recullen les principals propostes que van fer les institucions i les persones que van participar en la “Renaixença sanitària” amb l’objectiu de reformar la sanitat pública. No he volgut ser exhaustiu, sinó que he recollit les que em semblen més importants. Per cada proposta he identificat els actes o documents en els quals es presenta i s’elabora i, al final, he indicat el futur que va tenir. Sempre que m’ha estat possible he reproduït els textos o les paraules dels protagonistes.

He identificat set propostes clau, que són:

1. Servei Nacional de Salut
2. El naixement dels centres de salut
3. Modernització dels hospitals
4. Planificació sanitària
5. Gestió hospitalària
6. Economia de la salut
7. Medicina pública i privada

3.1. Servei Nacional de Salut

La proposta més destacada de la “Renaixença sanitària” va ser la creació del Servei Nacional de Salut (SNS). Aquesta proposta representava un canvi radical en la manera d’organitzar la sanitat pública. En comptes dels serveis sanitaris de la Seguretat Social dedicats als treballadors, la beneficència per als pobres, etc., es proposava un servei públic universal: el Servei Nacional de Salut. La proposta va tenir futur i es va convertir en realitat amb la Llei General de Sanitat (LGS) que van aprovar les Corts l’any 1986.

La proposta del Servei Nacional de Salut apareix l'any 1973 en les conferències de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i quatre anys després es converteix en el programa polític sanitari dels partits catalans majoritaris (PSC, PSUC i CDC) en les primeres eleccions democràtiques del 1977. És impressionant veure com una idea, la del Servei Nacional de Salut, totalment innovadora que apareix en unes conferències es convertirà en la proposta política sanitària majoritària. En les eleccions de 1982, el Servei Nacional de Salut estarà en el programa polític del partit guanyador, el PSOE, i l'any 1986 es convertirà en la Llei General de Sanitat del ministre Ernest Lluch.

Aquest capítol descriu com es construeix el model del Servei Nacional de Salut i com es converteix en la base conceptual de la Llei General de Sanitat.

La construcció del model

L'any 1973, l'Acadèmia de Ciències Mèdiques va organitzar unes conferències sobre el futur de la sanitat, que s'han descrit en el capítol 1. En dues conferències, les dels Dr. Espasa i Dr. Acarín, es proposa específicament el canvi del model de Seguretat Social pel Servei Nacional de Salut¹.

El Dr. Ramon Espasa va elaborar la seva conferència titulada "Relaciones sociales y medicina" partint de la crítica a la medicina tradicional, que es basa en fets biològics sense tenir en compte els aspectes socials de la malaltia. La solució podria venir per un canvi d'enfocament de la medicina que tingués en compte no només les ciències biològiques, sinó també les ciències socials, i també per un canvi en el model de prestació de la medicina. Aquest model seria un "Servei Nacional de Salut". Reprodueixo el resum de la conferència que articula aquests conceptes: "En resumen: para llevar a término este cambio radical, la medicina necesita en primer lugar, además del perfeccionamiento constante de su método científico-natural, la incorporación dialéctica de las ciencias sociales. En segundo lugar, una estructura organizativa específica, estructurada en un servicio sanitario único, público y gratuito. En tercer lugar,

¹ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmia).

una práctica y estructura científica que la acerque al máximo al conjunto de las relaciones sociales y pueda así expresar y realizar las grandes potencialidades de acción sanitaria que encierra hoy la ciencia médica”.

La conferència del Dr. Nolasco Acarín titulada “Bases para la regionalización sanitaria” és una proposta de reforma sanitària. Els serveis sanitaris que hi ha no són bons i cal substituir-los per unes altres estructures, que constituïran el Servei Nacional de Salut. L'SNS apareix des del començament de la conferència i ho diu així: “Al iniciar la charla conviene establecer como base de la que partimos el reconocimiento del derecho a la salud para todos los ciudadanos cómo único móvil a tener en cuenta. Crear los instrumentos que hagan realidad este derecho a la salud debe ser uno de los fundamentales objetivos de la sociedad democrática. La sanidad del país no puede continuar como hasta ahora insuficiente y fragmentada en distintos servicios incompletos cada uno de ellos. La organización de la sanidad debe darse sobre la base de un Servicio Nacional de Salud (SNS) único, público y gratuito para todos los ciudadanos”. En la resta de la conferència, Acarín descriu les funcions sanitàries del Servei Nacional de Salut: educació sanitària, higiene i epidemiologia, la prevenció de la malaltia, assistència curativa, i rehabilitació i reinserció social.

En la taula 4 “Perspectives de futur” del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de la segona ponència del Congrés trobem tres ponències que proposen el Servei Nacional de Salut. La primera és del Dr. Espasa i es titula “La promoció de la salut, objectiu primordial de la medicina i de l'organització sanitària”; la segona és del Dr. Acarín i es titula “Bases organitzatives per a la defensa de la salut”, i la tercera és dels doctors Jacint Reventós, Josep Artigas i Josep Brunet i es titula “Passos de la reforma sanitària”².

La ponència del Dr. Espasa preconitza l'adopció de la promoció de la salut per part del sistema sanitari, i per fer-la efectiva requerirà un canvi en la forma de fer medicina i un nou tipus d'organització sanitària. El Dr. Espasa ho diu

² Acadèmia de Ciències Mèdiques. *Funció social de la medicina*. Barcelona; 1976. (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).

així: “La promoció de la salut, en lloc de la lluita contra la malaltia representa el gir copernicà que caldrà donar”, i això s’haurà de fer mitjançant una organització apropiada: “La base organitzativa d’aquesta completa promoció i defensa de la salut haurà de ser un Servei Nacional de la Salut”. Els dos grans objectius del Servei Nacional de Salut seran: “1. Superar els actuals desnivells en l’accés a l’assistència sanitària. 2. Posar dempeus un eficaç dispositiu que faci front de forma coherent a les malalties avui més freqüents”. Finalment, resumeix la seva proposta en uns punts bàsics del Servei Nacional de Salut: “1. Absoluta primacia en la participació o gestió democràtica dels usuaris i tècnics sanitaris. 2. L’SNS haurà de ser un senyal d’alerta de totes les incongruències socials que es tradueixen en dèficits de salut. 3. L’SNS haurà de vetllar per la preeminència dels interessos públics”.

La ponència del Dr. Acarín analitza l’evolució històrica dels sistemes públics de salut. El primer nivell va ser la “prevenció o policia sanitària”. El segon nivell és l’assistència sanitària gratuïta per a determinats grups de la població, en primer lloc als pobres i després, mitjançant la Seguretat Social, als treballadors. Finalment, el tercer nivell és el Servei Nacional de Salut, que en el pla sanitari “ofereix la possibilitat d’una política sanitària general que cobreix tots els riscos sanitaris de tota la població, sense impedir, però, iniciatives privades”. El Servei Nacional de Salut (SNS) és “l’organització integrada, ordenada i normalitzada de totes les funcions i activitats sanitàries en un únic departament de l’administració pública”. Integrada significa “que totes les funcions sanitàries han d’existir en un conjunt entrellaçat des de la base fins al cim de la piràmide sanitària”. Organització ordenada vol dir “que cada nivell d’atenció compta amb el suport de la resta de l’organització”. Serveis normalitzats significa “que la seva qualitat és la mateixa, qualsevol que sigui el nivell de prestació o el lloc on es realitza”. Les cinc funcions sanitàries de l’SNS són: 1. Educació sanitària de la població, 2. Higiene pública i epidemiologia, 3. Prevenció de la malaltia, 4. Assistència curativa i 5. Rehabilitació i reinserció social. El Dr. Acarín descriu, a continuació, cadascuna d’aquestes funcions.

La ponència del Dr. Jacint Reventós, Josep Artigas i Josep Brunet proposa una “ruptura sanitària” en paral·lel a la “ruptura democràtica” que es propugnava per al país en aquell moment. L’etapa de ruptura seria el primer pas de la reforma sanitària i, a continuació, hi hauria dos passos més que serien: etapa d’arrelament de la democràcia i etapa de camí del socialisme. La primera mesura seria l’Estatut d’autonomia de Catalunya i la creació d’una Conselleria de Sanitat. A continuació hi hauria els traspassos dels diners i els serveis sanitaris de la Seguretat Social, i la creació del Servei Nacional de Salut. La proposta indica que serà un SNS per a Catalunya que “cobreixi l’assistència sanitària de tothom que viu i treballa a Catalunya”.

L’any 1977 és un any clau per a la difusió de la proposta del Servei Nacional de Salut. El GAPS del Col·legi de Metges organitza un Seminari d’Introducció a la Salut Pública i el Dr. Espasa fa una conferència sobre l’“Organització sanitària a Espanya i les alternatives”. El Dr. Espasa planteja una evolució històrica dels sistemes sanitaris similar a la que havia presentat el Dr. Acarín a Perpinyà. A continuació, descriu el caos sanitari a l’Estat espanyol i proposa com a possible sortida el model SNS.

El mateix any 1977, es publiquen dos llibres que proposen la reforma sanitària a partir de la transformació del sistema cap a un Servei Nacional de Salut. Un es titula *Servei Nacional de Salut* i en són autors Nolasac Acarín, Ramon Espasa, Carme Sans i Joaquim Vergés³. El discurs sobre el Servei Nacional de Salut és molt similar a les intervencions anteriors dels Dr. Espasa i Dr. Acarín. En l’altre llibre, *Salut, sanitat i societat*, s’hi troben dos capítols en què es proposa el Servei Nacional de Salut⁴. El primer està signat per Jacint Reventós i Josep Artigas i es titula “Filosofia per a la reforma sanitària; el Servei Nacional de Salut” i el segon, signat per Jacint Reventós, Josep Artigas i Josep M. Brunet, titulat “Passos per a la reforma sanitària”, és la reproducció de la ponència presentada pels tres autors en el Congrés de Metges i Biòlegs. La ponència de Reventós i Artigas proposa la creació d’un Servei Nacional de Salut segons el fet que la reforma sanitària ha d’assolir tres postulats fonamentals:

³ Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. *Servei Nacional de Salut*. Barcelona: Laia; 1977.

⁴ Diversos autors. *Salut, sanitat i societat*. Barcelona: Alternativa; 1977.



J.Pujol, J.Solé Tura, J.Raventós. Debat pre-electoral sobre el futur de la sanitat al Col·legi de Metges de Barcelona, 1976

“1. Ha de ser eficaç en la contribució al manteniment de la salut de la comunitat, 2. Ha de ser acceptable i acceptada per la majoria de la població, i 3. Ha de ser econòmicament possible”.

Un fet polític fonamental de l'any 1977 són les primeres eleccions generals democràtiques a Espanya i, en un míting al Col·legi de Metges, on els partits presenten el seu programa sanitari amb assistència dels partits que seran majoritaris a Catalunya (PSC, PSUC i CDC) i dels seus líders –Joan Reventós, Jordi Solé Tura i Jordi Pujol–, tots tres es van manifestar a favor del Servei Nacional de Salut⁵.

A començaments de 1978 se celebren les 1es Jornades Sanitàries del PSUC, en aquell moment el partit més organitzat en el terreny sanitari i amb una filosofia sanitària de canvi més clara. La Comissió de Sanitat del PSUC fa una declaració programàtica en què concreta la seva alternativa sanitària:

⁵ Tele/eXpres. CDC, PSC(C) y PSUC propugnan un Servicio Nacional de Salud. Tele/eXpres. 1976 oct. 8.



Coberta del llibre "Servei Nacional de Salut". Any 1977

"L'opció que propugna el PSUC suposa la creació d'un nou model sanitari superador de la situació anterior, nou model que denominem Servei Nacional de Salut"⁶.

A finals de 1978 s'aprova la Constitució i s'hi regula el dret a la protecció de la salut. Respecte al model sanitari, la Constitució determina que el responsable de la legislació bàsica sanitària serà l'Estat i, per tant, el responsable de construir o no el Servei Nacional de Salut.

L'any 1982 es produeix la victòria electoral del PSOE, que porta en el seu programa electoral la creació del Servei Nacional de Salut. El model sanitari es debatrà en la discussió de la Llei General de Sanitat del ministre Ernest Lluch que les Cortes aprovaran l'any 1986.

⁶ PSUC, Comissió de Sanitat del Comitè Central. Primeres Jornades de Sanitat del PSUC: ponències i comunicats. Barcelona: PSUC; 1978.

Per què el Servei Nacional de Salut?

Els arguments que es fan servir per justificar la necessitat del Servei Nacional de Salut són variats al llarg de l'època d'estudi. El primer argument que fa servir el Dr. Espasa en la Conferència de l'Acadèmia és el canvi en l'enfocament de la medicina. Les causes de la malaltia són cada vegada més socials i estan implícites dins el model econòmic; per això cal incloure les ciències socials dins la medicina. Però per incidir en la societat a fi d'eliminar els problemes socials que incideixen en la malaltia cal buscar una nova estructura de la sanitat: l'SNS. El Dr. Acarín fonamenta la necessitat del Servei Nacional de Salut en el dret a la salut, i per fer-lo efectiu per a tots és necessària una estructura administrativa específica.

En el Congrés de Perpinyà, el Dr. Espasa posa com a objectiu de la sanitat la promoció de la salut, i per assolir-la cal que l'Estat

es comprometi a cercar les causes de les malalties, cosa que exigeix una base organitzativa apropiada: l'SNS. En el mateix Congrés de Perpinyà, el Dr. Acarín fa servir l'argument evolutiu dels sistemes sanitaris públics. En primer lloc, van fer de policia sanitària per tal de garantir la higiene; en segon lloc, va aparèixer la sanitat gratuïta per a alguns col·lectius, primer els pobres i més tard els treballadors; la tercera fase per a les societats avançades era l'SNS, que oferia la sanitat gratuïta i universal.

Què és el Servei Nacional de Salut?

El Dr. Acarín defineix l'SNS com “l'organització integrada, ordenada i normalitzada de totes les funcions i activitats sanitàries en un únic departament de l'Administració pública”.

Les funcions de l'SNS segons el Dr. Acarín són: 1. Educació sanitària de la població, 2. Higiene pública i epidemiologia, 3. Prevenció de la malaltia, 4. Assistència curativa i 5. Rehabilitació i reinserció social.

El Dr. Espasa, en la conferència del GAPS, es pregunta: “Què vol dir el Servei Nacional de Salut?”⁷ i ho contesta assenyalant els objectius: “Fonamentalment els objectius genèrics són dos. D'una banda, a través d'aquesta proposta s'intenta superar qualsevol classe de desnivell en l'assistència sanitària, però no sols en l'assistència sanitària sinó, i el que és més important encara, en la promoció de la salut”. Per aconseguir aquesta anivellació en la promoció de la salut cal “tenir capacitat de propiciar una incidència real en àrees tan aparentment separades de l'assistència mèdica i sanitària com l'urbanisme, l'organització del treball, els transports, el lleure, la vida social en general, o poder incidir per transformar les condicions de vida i feina”.

⁷ Espasa R.
*L'organització
sanitària a Espanya
i les alternatives.*
Annals de Medicina.
1977 jul.; Monogràfic.

La Llei General de Sanitat

L'article 43 de la Constitució reconeix el dret a la protecció de la salut. La fórmula que s'adoptarà per fer operativa la protecció de la salut la determinarà l'Estat, que té competència exclusiva

en sanitat exterior, bases i coordinació general sanitària, legislació sobre productes farmacèutics (article 149.1.16 de la Constitució).

L'Estatut d'autonomia de Catalunya, aprovat el 25 d'octubre de 1979, en l'article 17 diu que “correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior”.

Des de l'aprovació de la Constitució a finals de 1978 fins a les eleccions de 1982 no hi ha governs forts, però en aquestes eleccions el PSOE assoleix majoria absoluta i en el programa hi figurava la creació del Servei Nacional de Salut. En aquests anys els polítics catalans del PSC i el PSUC han fet la tasca de convèncer els partits espanyols corresponents (PSOE i PCE) de les bondats del Servei Nacional de Salut. La feina no ha estat fàcil, perquè, tal com recorda el Dr. Espasa, els dirigents del PCE havien viscut a l'exili a França i estaven convençuts dels avantatges del model francès basat en la Seguretat Social.

La victòria del PSOE l'any 1982 obre la possibilitat de fer una reforma sanitària i el nomenament d'Ernest Lluch com a ministre de Sanitat possibilita la incorporació de diversos catalans en el Ministeri que coneixien i estaven d'acord amb la fórmula de l'SNS.

La Llei General de Sanitat no va crear un Servei Nacional de Salut complet i perfecte, però és indubtable que amb totes les seves ambigüitats i insuficiències, l'ideal SNS va configurar a tot Espanya un model de vocació integral i universal amb finançament públic que s'ha fet realitat amb la culminació de la delimitació de les fonts de finançament de la Seguretat Social i el seu sistema de pensions.

3.2. El naixement dels centres de salut

La Seguretat Social oferia la prestació “assistència extrahospitalaria”, amb metges de capçalera a qui donava un ‘cupo’ d'assegurats i els seus beneficiaris, que normalment eren treballadors o pensionistes i les seves famílies. Les visites al metge es feien en un ambulatori a raó aproximadament d'un minut per visita. El metge de capçalera receptava un medicament o donava una baixa laboral com a



Dr. Acarin (1er a l'esquerra) i Dr. Gol (segon a la dreta) en el sopar en homenatge al Dr. Espasa, que acabava de ser nomenat conseller de sanitat, 1978 (foto J. Ramis)

resultat de la visita. Com que el metge de capçalera no estava autoritzat a fer radiografies i analítiques, en molts casos derivava el malalt a l'especialista. Aquesta estructura i el seu mal funcionament suposava un greu problema per als participants en la reflexió sobre com havia de ser la sanitat del futur. Tots eren defensors de la sanitat pública, i l'assistència extrahospitalària era sanitat pública, però el seu funcionament era injuriat tant pels ciutadans com pels mateixos metges. Com podia posar-se com a exemple de sanitat pública una cosa que funcionava tan malament? Els primers escrits d'aquella època es dediquen principalment a planificar la xarxa hospitalària i parlen molt poc de l'atenció fora de l'hospital. Això canvia amb les aportacions del Dr. Jordi Gol en el marc del Grup d'Assessorament i Promoció de la Salut (GAPS) del Col·legi de Metges, on s'elabora el model de l'assistència primària.

L'assistència primària no apareix en el Congrés de Perpinyà, ni tampoc en el Congrés de Cultura Catalana; en canvi, el Dr. Jordi Gol, en una conferència que fa al GAPS a principis del 1977 sobre

el nou concepte de salut de Perpinyà, acaba tot dient que aquest nou concepte de salut ha de servir per capgirar l'assistència sanitària i posar el metge de capçalera al davant en comptes de l'especialista.

En els primers documents del període es parla de les unitats assistencials bàsiques, que fan les funcions de l'assistència primària, però no s'utilitza aquest nom. Les unitats assistencials bàsiques es consideren una extensió de l'hospital i és l'hospital que dirigeix tota l'atenció sanitària. "Les unitats assistencials bàsiques conflueixen totes a l'hospital general bàsic, que és capçalera de l'Àrea Sanitària. Dirigeix l'Àrea de forma ordenada i és el nexe d'unió amb la resta de la xarxa regional. L'hospital assumeix així la seva veritable funció de director sanitari i d'integrador de totes les funcions i serveis sanitaris"¹ (pàg. 79).

¹ Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. *Servei Nacional de Salut*. Barcelona: Laia; 1977

² GAPS. *El metge de capçalera en un nou sistema sanitari*. Barcelona: Laia; 1979.

³ GAPS. *El centre de salut integrat, base d'un nou sistema sanitari*. Barcelona: Laia; 1981.

La idea de canviar les funcions del metge de capçalera es concreta en un grup d'estudi del GAPS que presideix Jordi Gol l'any 1978, i que es publicarà en un llibre titulat *El metge de capçalera en un nou sistema sanitari* l'any 1979². Aquest grup d'estudi té continuïtat amb un altre del GAPS titulat *El centre de salut integrat, base d'un nou sistema sanitari*, també presidit per Jordi Gol i que es publica l'any 1981³. Els dos llibres constitueixen un compendi de reflexions sobre què havia de ser l'assistència primària a Catalunya, tot tenint en compte, i això és molt determinant, que no es podia construir res partint de zero, sinó que calia reformar l'estructura sanitària de la Seguretat Social.

L'Informe del GAPS *El metge de capçalera en un nou sistema sanitari* s'elabora durant l'any 1978 i és el primer que es publica per l'Editorial Laia. El grup d'estudi està presidit per Jordi Gol i està format per Gonçal Foz –que fa de secretari–, Josep Jaén, Jesús Marcos, Ramón Casares, Jesús Moll, Antoni Subias, Rosa Suñol i Josep Maria Teniente. Tots són metges, excepte Jesús Marcos, que era sociòleg. L'Informe va ser revisat per un llarg nombre de consultors.

L'Informe del GAPS *El Centre de Salut integrat, base d'un nou sistema sanitari* s'elabora durant l'any 1980 i és el cinquè que publica l'Editorial Laia, l'any 1981. El grup d'estudi està

presidit per Jordi Gol i està format per Jesús Marcos –que fa de secretari–, Josep Corominas, Nolasc Acarín, Xavier Aguilar, Ramon Bacardí, Lluís Bohigas, Joan Clos, Jordi Desola, Enric Domènec, Carlos Alberto González, Jordi Haster, Josep Jaén, Francina Roca, Carme Solé i Josep Maria Teniente. Del comitè anterior repeteixen Jordi Gol, Jesús Marcos, Josep Jaén i Josep Maria Teniente. Entre els que s'hi incorporen hi ha molta varietat professional. Són metges Josep Corominas, Nolasc Acarín, Ramon Bacardí, Joan Clos, Carlos Alberto González, Jordi Desola i Enric Domènec; Xavier Aguilar és arquitecte; Lluís Bohigas és economista; Jordi Haster, odontòleg; Francina Roca, assistenta social, i Carme Solé, infermera. Hi van cooperar una llarga llista de consultors.

A continuació s'exposen les principals idees de com havia de ser l'assistència primària en el futur partint dels dos documents del GAPS. El conjunt d'idees s'agrupen en cinc apartats: 1. Definició d'assistència primària, 2. Principis bàsics de l'assistència primària, 3. Definició de centre de salut, 4. Funcions assistencials del centre de salut i 5. Altres funcions: prevenció, educació sanitària, recerca i docència. Les cites estan entre cometes i es refereixen a qualsevol dels dos informes, i quan parlo de grup de treball em refereixo als dos que tenen molts participants en comú i la mateixa orientació i direcció que aporta el Dr. Jordi Gol.

1. Definició d'assistència primària

L'assistència primària es defineix com “el primer esglaó d'una piràmide on hi ha també l'assistència secundària (hospital) i l'assistència terciària (superespecialitats)”. “L'assistència primària es converteix en el nexa bàsic i privilegiat entre les funcions de promoció-prevenció i les funcions assistencials, secundàries i terciàries; **en el punt de suport i nucli central del sistema de salut**”. Es donen alguns arguments per justificar el paper fonamental de l'assistència primària en un sistema de salut. El primer és que el “90% de la demanda pot ser i ha de ser resolta en aquest nivell sense necessitat d'ingrés a l'hospital”. Això s'assoleix per quatre vies convergents. La primera és tot evitant que el malalt vagi a l'hospital quan no necessita aquesta atenció.

La segona és la garantia d'una assistència posthospitalària que faci innecessària la prolongació de l'estada a l'hospital. La tercera és evitar que el malalt sigui separat del seu entorn social i familiar. Finalment, es podrien atendre a l'atenció primària moltes de les urgències que anaven a l'hospital. El segon argument per justificar el paper central de l'assistència primària és que permet que les funcions de salut pública, acció preventiva i educació sanitària estiguin a l'aguait directe de les necessitats de la població. La situació de l'assistència primària facilita un primer contacte de la població amb el sistema, permet una coordinació i assignació racional de recursos, i afavoreix que el sistema de salut estigui en contacte directe amb la comunitat.

2. Principis bàsics de l'assistència primària

El primer principi bàsic és que l'assistència primària ha de ser “una assistència integral, personalitzada i permanent a l'individu i a la comunitat”. Integral significa no atendre només la malaltia, sinó també la salut i, per tant, oferir assistència, prevenció, promoció de la salut i educació sanitària. També ha de tenir una perspectiva psicosomàtica. Aquest nivell ha d'incloure tots els serveis mèdics que no requereixin la utilització de tècniques especialitzades. Aquesta assistència ha d'anar acompanyada de docència i recerca. Personalitzada vol dir no burocràtica i que “l'usuari sigui i se senti atès i assistit sobre la base d'una responsabilització i d'una relació personal directa”. L'assistència permanent ha de ser en dos sentits: primer, disponibilitat constant dia i nit i, segon, atenció continuada durant el temps que es requereixi assistència.

El segon principi bàsic és que es creï un equip de salut entre els metges i altres professionals i que el lloc de treball sigui el centre de salut.

El tercer principi és la coordinació amb els altres nivells assistencials. Respecte a aquesta coordinació, l'Informe descriu dos eixos: d'una banda, els serveis de salut pública i, de l'altra, l'hospital. En els dos casos hi ha d'haver transmissió acurada d'informació entre l'assistència primària i els altres elements, però

en el cas de l'hospital cal fer la tasca de “selecció-orientació de la demanda cap als serveis hospitalaris”.

El quart principi bàsic és que l'assistència primària requereix un equip de salut format per metges i altres professionals sanitaris que treballaran conjuntament en un centre de salut. És necessària la coordinació dins del centre de salut per tal que el pacient rebi una atenció sanitària global i no serveis compartimentats.

El cinquè principi bàsic és la coordinació entre el centre de salut i els hospitals per tal que l'atenció tingui continuïtat i no es comenci de nou cada vegada que el malalt va a l'hospital. Aquesta coordinació no vol dir la supeditació del centre de salut a l'hospital, ja que són dues institucions independents, sinó que han de treballar conjuntament. També és necessària la coordinació del centre de salut amb els serveis de salut pública.

El darrer principi bàsic és que el centre de salut ha d'estar integrat en la comunitat que serveix i ha d'estar controlat pels usuaris. La integració del centre de salut en la comunitat li permetrà conèixer millor les seves problemàtiques i atendre millor els usuaris. L'Informe no pressuposa cap sistema de control específic.

3. Definició de centre de salut

La definició de centre de salut i, per tant, l'objectiu bàsic de l'assistència primària, es concreta en: “El centre de salut ha de ser l'organisme que es fa, professionalment i institucionalment, responsable directe de l'atenció a la salut de la població compresa en una àrea determinada”. Per portar a efecte aquesta responsabilitat, “l'atenció per prestar en el centre de salut ha de ser integral i integrada”. Integral es refereix a tots els aspectes biològics, psicològics i socials del pacient, i integrada perquè el sistema sanitari ha d'actuar com un sol servei sobre la base de l'assistència primària. “El centre de salut ha de ser la institució que fa real i operant el dret a la salut per a tothom”.

En el moment que s'escriu l'Informe del GAPS ja s'ha aprovat la Constitució, que en l'article 43 explicita el dret a la salut, però no s'ha concretat com es faria efectiu. Un objectiu bàsic del centre de salut és “implicar eficaçment les persones i la comunitat, mitjançant una participació activa i responsable, en els seus propis problemes de salut-malaltia”. Per donar suport a aquest objectiu, l'Informe cita certs apartats de la Declaració d'Alma-Ata de l'Organització Mundial de la Salut.

4. Funcions assistencials del centre de salut

La funció assistencial bàsica del centre de salut és la medicina de capçalera. El metge de capçalera ha de tenir una dedicació a temps complet, però no es precisa en l'Informe si la contractació ha de ser laboral o funcional, ni quina ha de ser la modalitat de remuneració. Al llarg de la seva jornada laboral ha de fer visites correctes amb temps suficient, ha de fer atenció d'urgències i ha de poder estudiar les històries clíniques, discutir el treball d'equip, etc. L'Informe no hi dedica gaire espai, però defineix un metge de capçalera totalment diferent del que exercia de metge general a la Seguretat Social. L'Informe repassa el paper dels altres metges que han de treballar al centre de salut i, en primer lloc, del pediatre. En altres sistemes de salut, el pediatre és una especialista, mentre que la Seguretat Social tenia pediatres per atendre els menors de set anys. Aquí es nota una concessió del model teòric respecte a la realitat dels serveis sanitaris de la Seguretat Social, i admet que hi hagi pediatres, i que l'edat es pugui augmentar, però sense concretar. Un altre especialista que tenia accés directe als pacients de la Seguretat Social era el tocoginecòleg, i en aquest cas se'n planteja la continuïtat sense gaire discussió.

A més, una especialitat, l'odontologia –la Seguretat Social només n'oferia les extraccions– entra de ple dret al centre de salut i s'estima necessari incorporar la tasca preventiva, especialment dins el marc dels programes escolars.

La salut mental era un tema complex. La Seguretat Social no donava aquest tipus prestació, i les diputacions oferien

assistència psiquiàtrica només per als pobres en el marc de la beneficència. Les diputacions gestionaven grans 'manicomis' i algunes havien fet diverses reformes per tancar llits i donar serveis a la comunitat. El problema es plantejava si es coordinava la xarxa de salut mental amb els centres de salut, o bé es tancava la xarxa de salut mental i se n'integraven els serveis dins el centre de salut. L'Informe explicita que el grup d'estudi està dividit respecte d'aquest tema i veu els avantatges i inconvenients de cada solució. Al final, l'Informe no es decideix per cap solució.

La Seguretat Social oferia una sèrie d'especialistes als ambulatoris, amb la problemàtica que no estaven coordinats amb cap hospital. L'Informe no concreta el futur d'aquests especialistes i deixa obert que alguns s'incloguin dins el centre de salut, mentre que d'altres poden incorporar-se a l'hospital.

Un tema important de reforma respecte a la Seguretat Social era la funció de la infermeria. La infermera de la Seguretat Social estava sota la direcció del metge i feia principalment tasques administratives: receptes, comunicats, p-10, etc. Les funcions de la nova infermeria serien les següents: assistencial, docent, investigadora i planificadora. Les propostes pretenien impulsar la professionalització de la infermeria i desenvolupaven la funció assistencial en tres apartats: seguiment del malalt, atencions generals (com la higiene) i atenció psicològica. L'Informe reconeix que alguns metges poden no entendre el nou paper de la infermera.

L'atenció social era una nova atenció del centre de salut i l'Informe l'orienta en dos aspectes: d'una banda, ha de ser el professional que atengui les necessitats socials del malalt i, de l'altra, és el pont entre el centre de salut i la comunitat. En el segon aspecte s'indica que ha d'estudiar la situació social de l'àrea del centre de salut i també que ha de participar en la comunitat, com ara grups, associacions, etc., amb la finalitat de promocionar la salut.

De quina manera s'ha de donar l'assistència sanitària? Aquest tema es desplega en relació amb els serveis que presta la Seguretat Social. Per una banda, hi ha la visita al centre de salut;

per l'altra, hi ha la visita al domicili i, finalment, l'atenció urgent. L'Informe defensa l'atenció domiciliària com un servei important. En aquella època, el metge procurava estalviar-se l'atenció domiciliària, tot i ser un servei de la Seguretat Social. La qüestió més complicada era l'atenció d'urgències, que a les ciutats la Seguretat Social resolvia tot contractant un metge d'urgències i, a Barcelona, amb un servei d'urgències amb cotxes propis. Era una de les grans reclamacions de la sanitat rural, que havia d'assumir l'atenció durant els 365 dies de l'any. L'Informe és de l'opinió que les urgències les ha d'organitzar l'equip del centre de salut, però no proposa cap fórmula i refusa crear serveis d'urgències a part de l'equip assistencial.

Finalment, l'Informe proposa que hi hagi serveis auxiliars de radiologia, laboratori i fisioteràpia a disposició dels metges de capçalera.

El grup estableix que hi ha dues maneres d'exercir la pràctica mèdica de capçalera. La primera és la pràctica individual, que ja es fa en la Seguretat Social i també en la pràctica privada. La segona és la pràctica de grup. En aquest cas l'equip de salut que es fa càrrec del pacient i, per tant, és una tasca col·lectiva. L'Informe s'inclina per aquesta segona pràctica, que és la gran innovació de l'assistència primària, però dins aquesta pràctica hi ha dues opcions: la primera és que el pacient sigui la responsabilitat individual d'un metge i la segona és que el pacient sigui una responsabilitat col·lectiva de l'equip de salut. L'Informe valora cadascuna d'aquestes dues possibilitats i s'inclina per la primera.

Respecte a la lliure elecció del metge per part del malalt, el grup veu dos avantatges en aquest fet. El primer és que crea una relació de confiança entre el metge i el malalt, i el segon és que serveix de control de qualitat, ja que si el malalt no està content amb la tasca del metge que ha triat, el pot canviar. L'Informe valora que aquestes dues funcions es poden assolir amb un bon funcionament de l'equip de salut i, per tant, no les considera necessàries. Es mostra partidari de deixar que el malalt pugui escollir metge dins l'equip de salut per tal de no trencar la relació entre l'equip i la comunitat assignada.

5. Altres funcions del centre de salut: prevenció, educació sanitària, recerca i docència

La prevenció és un terreny molt ampli que el grup explora per determinar aquelles activitats que són pròpies del centre de salut i quines són pròpies d'altres institucions o serveis de l'administració. Es classifiquen les activitats de prevenció en activitats de prevenció relacionades amb les persones i d'altres relacionades amb el medi ambient. Entre les primeres destaquen les vacunacions i entre les segones, per exemple, el tractament de les aigües. Les activitats de prevenció dedicades a les persones són pròpies del centre de salut, especialment les vacunacions i els programes de salut. Els programes –i l'Informe cita el programa de la dona o el de l'infant– comprenen generalment activitats preventives i algunes de terapèutiques. L'Informe troba aquests programes molt apropiats per al centre de salut perquè es dirigeixen a un grup específic de persones o bé a un col·lectiu d'edat en un període determinat de la vida. Es proposa fer més programes d'aquest estil per a la gent gran.

La majoria d'activitats preventives del medi ambient requereixen una formació específica i unes tècniques determinades que no estan a l'abast del centre de salut. Aquest pot detectar un increment de malalties que responen a un problema de medi ambient, com per exemple les diarrees, que detecten problemes amb el subministrament d'aigua, i informar-ne les autoritats adequades. L'Informe apunta que podrien quedar al centre de salut les activitats de salut pública que encara feien els metges i farmacèutics de salut pública i les delegacions territorials de salut pública. Un tema específic és la salut laboral i la medicina d'empresa, en què el centre de salut pot tenir un paper.

El capítol dedicat a l'educació sanitària insisteix que la primera i bàsica educació és la que es fa durant la visita mèdica. L'objectiu de l'educació sanitària no és transmetre coneixements mèdics al pacient, sinó ajudar-lo a ser actiu i participar en el tractament de la seva malaltia. Els professionals sanitaris no estan entrenats per aquesta tasca i, en canvi, és un aspecte important de la seva feina. Les activitats clàssiques d'educació sanitària, les conferències

i campanyes només són efectives si es dediquen a problemes concrets que afectin la comunitat.

Es proposa que el centre de salut faci activitats d'informació, de recerca i docència, coses que no es feien ni de lluny als centres sanitaris de la Seguretat Social, on no es feien ni històries clíniques. El grup insisteix molt en la necessitat d'informació sobre la salut de la població. Respecte a les malalties de declaració obligatòria, insisteix que en cal fer un seguiment, però que cal conèixer totes les malalties i no només aquelles de les quals cal informar. També insisteix en el fet que cal compartir informació sanitària entre els diferents centres de salut, perquè moltes vegades les persones viuen en el territori d'un centre, però treballen en el territori d'un altre. La informació és necessària per investigar, i investigar és necessari en una institució sanitària, i proposa fer enquestes de salut per contrastar hipòtesis. Finalment, el centre de salut ha de participar en la formació dels professionals sanitaris que hi treballaran.

3.3. Modernització dels hospitals

A finals dels anys seixanta i al llarg dels setanta del segle passat, es va produir un procés de reflexió i discussió sobre com havien de ser els hospitals moderns. A més, es va produir un procés de modernització dels hospitals catalans. Modernitzar-se en el sentit de transformar un hospital tradicional en un centre on es practicava la millor medicina.

A continuació, es descriuen els eixos del pensament hospitalari de la Renaixença i, tot seguit, els processos de modernització, primer dels grans hospitals i després dels hospitals comarcals.

El pensament sanitari sobre els hospitals

Una figura clau en el pensament sanitari de la renovació hospitalària va ser el pediatre Dr. Ignasi Aragó, un personatge polifacètic que va fer molt per difondre les noves teories sobre

els hospitals. Ignasi Aragó va ser el responsable de la Secció d'Hospitals del Col·legi de Metges de Barcelona des de 1955, i des d'aquesta institució va dirigir molts esforços a millorar la xarxa hospitalària. En el llibre *Els hospitals a Catalunya*, el Dr. Aragó diu el següent: "Els usuaris de l'hospital hi van perquè saben que és un centre coordinador de recursos i activitats, no només un centre amb llits. El valor de l'hospital d'avui dia és dinàmic, no pas estàtic"¹.

¹ Aragó I. *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona; 1967.

Josep Barceló, en el llibre *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya 1849-1980*, assenyala els quatre eixos de l'activitat del Dr. Aragó². En primer lloc, l'assoliment d'un cens dels hospitals catalans; el segon fou la publicació de la revista *Estudios sobre hospitales y beneficencia*; el tercer eix va ser l'organització de jornades i congressos, i el darrer va ser la creació d'una associació d'hospitals, que després d'uns quants intents va quallar en l'Asociación para el Desarrollo Hospitalario. Aquestes activitats van permetre estudiar i difondre la teoria de la renovació hospitalària amb la finalitat de convertir els hospitals en els centres de la pràctica mèdica. L'any 1963, el Dr. Aragó, junt amb altres metges, arquitectes, advocats i economistes, entre d'altres, va crear el Centro Técnico de Estudios Hospitalarios (CTEH). El CTEH va fer l'any 1965 un estudi sobre les necessitats hospitalàries de la ciutat de Sabadell, l'any 1967 va continuar amb l'estudi de l'Hospitalet del Llobregat i l'any 1970, el de Vic.

² Barceló J, Comelles JM. *L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya 1849-1980*. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut; 2020.

L'any 1969, la Diputació de Barcelona va encarregar a Ignasi Aragó, Carles Soler Durall i d'altres l'elaboració del Plan general de regionalización hospitalaria de la 5a región hospitalaria española. En aquest estudi es van concretar les línies bàsiques de la regionalització hospitalària.

³ Pardell H. *Estudio de la dotación hospitalaria española [tesi doctoral]*. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona; 1973.

Un altre expert sobre la temàtica hospitalària va ser el Dr. Hèlios Pardell, que va llegir la seva tesi doctoral sobre l'estructura hospitalària a Espanya l'any 1973³. El Dr. Pardell va pronunciar una de les conferències de l'Acadèmia, titulada "Funciones del hospital en el marco de una regionalización hospitalaria"⁴. El Dr. Pardell situa l'hospital dins una xarxa sanitària i diu que cal "definir claramente el papel del hospital

⁴ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmica).

en el seno del programa sanitario, porque aunque representa, sin duda, el papel más importante dentro del mismo, por sí solo ni agota ni resume toda la gama de actividades e iniciativas sanitarias”. El Dr. Pardell es pregunta què és un hospital i presenta algunes definicions de diversos organismes; per ell l'hospital modern és on es fa la medicina i, per tant, cal distingir-lo d'altres institucions que en el món clàssic també podien portar el nom d'hospital: asils d'ancians, centres de convallescència, centres termals o cases de beneficència. Els hospitals no han de ser tots igual, sinó que tenen funcions diferents segons la zona d'influència: a) hospitals regionals, b) hospitals de districte o província i c) hospitals comarcals. També diu que hi havia una categoria més petita, l'hospital rural, però que està en vies d'extinció. L'hospital comarcal està situat en la capçalera d'una comarca i disposa de 120-200 llits per atendre una població entre 30.000 i 60.000 habitants. L'hospital disposa dels serveis de medicina, cirurgia, maternitat i pediatria, i té consultes externes on, a més dels anteriors, visitaran especialistes d'estomatologia, ORL, oftalmologia, etc. Aquests especialistes poden visitar alguns dies a la setmana. Les funcions de l'hospital han de ser assistència, docència i recerca.

El pensament sanitari sobre els hospitals culmina amb les propostes del Mapa Sanitari, que defineix l'hospital així: “L'hospital és un recurs de l'àrea de salut, que resol les necessitats d'internament i adequa la seva consulta d'acord i amb coordinació amb els centres d'assistència primària de l'àrea”. El paper de l'hospital dins el Mapa Sanitari s'analitza en el capítol 6 de la segona part.

⁵ Departament de Sanitat. *La Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública: història d'una diversitat*. Barcelona: 1993.

⁶ Asenjo MA. *Una reforma hospitalaria radical y consensuada*. Barcelona: Médica UB; 2017.

⁷ Bohigas L. *La modernització de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1965-1980)*. Gimbernat. 2020;73:153-167.

La modernització dels grans hospitals

En aquest apartat he estudiat com es va produir la modernització en quatre grans hospitals de Barcelona: l'Hospital de la Vall d'Hebron⁵, l'Hospital Clínic⁶, l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau⁷ i l'Hospital del Mar⁵. Cada hospital tenia la seva pròpia història que els feia peculiars, però en aquesta època van fer una sèrie de transformacions que els va canviar i els va fer més similars; les transformacions els van

portar a ser hospitals moderns. Aquestes transformacions estan resumides en els quatre apartats que es detallen a continuació:

- Canvis en el personal mèdic
- Canvis en el personal d'infermeria
- Canvis en l'organització dels serveis
- Canvis estructurals

La història de cada hospital era molt diversa. El més antic era l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (HSCSP), creat l'any 1401 per la fusió de diversos hospitals més antics que pertanyien a l'església i al Consell de Cent i denominat aleshores Hospital de la Santa Creu. Era un hospital dedicat a la beneficència, gestionat per una administració paritària entre Església i Ajuntament, i nodrit amb les deixes dels barcelonins, que eren en diners o en béns que generaven ingressos a l'hospital. Era considerat privat en la classificació del Ministerio de Gobernación. L'Hospital Clínic va néixer l'any 1904 com a hospital de la Facultat de Medicina i, per tant, regit per la universitat i els catedràtics i alimentat amb fons de l'Estat. Però aquests no eren suficients i l'any 1952 es va decretar que la Diputació, que no tenia hospital propi de beneficència, hi contribuiria econòmicament i, a canvi, aquest Hospital atendria la beneficència provincial. L'Hospital de la Vall d'Hebron va néixer l'any 1955 amb el nom de Residencia Francisco Franco. Era un hospital obert i quirúrgic construït per la Seguretat Social i dedicat a atendre els beneficiaris d'aquesta. L'Hospital del Mar s'havia construït l'any 1930 i era propietat de l'Ajuntament de Barcelona, i estava dedicat a les malalties infeccioses.

Canvis en el personal mèdic

El nombre de metges contractats per a cada hospital era petit, però, en canvi, hi havia molts metges que treballaven sense cobrar amb l'objectiu d'adquirir expertesa que després podrien fer servir en les seves consultes particulars. El cas paradigmàtic era el de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau: en ser un hospital de beneficència, el metge feia la seva part de benefactor, tot treballant sense cobrar. El mateix succeïa

a l'Hospital Clínic. La raó era que els alumnes treballaven gratuïtament per aprendre dels mestres. La vaga dels metges assistents o col·laboradors de l'Hospital Clínic de l'any 1968 va aconseguir que fossin contractats laboralment per quatre hores i un petit sou de 10.000 pessetes al mes. El cas de l'Hospital de la Vall d'Hebron era diferent. Des que es va fundar l'any 1955 era un hospital obert on operaven els cirurgians de "cupo" que visitaven als ambulatoris. L'hospital tenia només cobertura de guàrdies. Tots els hospitals van contractar més metges.

Una reforma clau per millorar en quantitat i qualitat els equips mèdics dels hospitals va ser la introducció del programa MIR l'any 1976. L'any 1968, l'Hospital de Sant Pau havia iniciat un pla de formació experimental junt amb altres hospitals.

Canvis en el personal d'infermeria

El canvi radical següent va ser substituir les monges per infermeres. Als quatre hospitals, a més d'infermeres titulades, hi havia ordes religiosos femenins que feien també funcions d'infermeria i, en molts casos, portaven la intendència del centre (cuina, compres, neteja). Per fer el canvi es va requerir el nomenament d'una cap d'infermeria. La més coneguda va ser la Sra. Adela Simón, nomenada cap d'infermeria de l'HSCSP l'any 1966. Uns anys més tard, una altra infermera de l'HSCSP va ser nomenada cap d'infermeria de l'Hospital Clínic, la Sra. Pilar Masgrau. Els hospitals de la Santa Creu i Sant Pau i el Clínic tenien escoles d'infermeria des dels anys cinquanta. En el cas de l'Hospital de la Vall d'Hebron es va crear una escola d'infermeria l'any 1966 i en el cas de l'Hospital del Mar, l'any 1977.

A l'Hospital de Sant Pau, la Sra. Adela Simón, a més de ser cap d'infermeria, era cap d'estudis de l'escola, i d'aquesta manera l'escola va participar en la reforma de la infermeria de l'Hospital. La modernització en el cas de la infermeria va consistir en la incorporació de més infermeres professionals. Les escoles van ajudar a tenir el personal preparat i a l'estructuració d'aquesta funció amb una cap d'infermeria, unes supervisores, unes normes de funcionament, etc.

Canvis en l'organització dels serveis

A la vegada que s'augmentava el nombre de metges també s'estructuraven les especialitats mèdiques. El procés va ser especialment laboriós a l'Hospital Clínic, ja que l'Hospital estava organitzat en 16 càtedres de la Facultat de Medicina, i cada càtedra era com un petit hospital que tenia de tot. El procés de modernització va consistir a definir 43 serveis per especialitats mèdiques.

L'Hospital de la Vall d'Hebron era un hospital quirúrgic obert i va construir un Servei de Cirurgia orgànic a partir de la contractació del Dr. Angel Diez Cascón l'any 1970, que era cirurgià de l'Hospital Militar de Barcelona. El Dr. Diez Cascón va contractar metges adjunts a plena jornada a l'hospital, entre d'altres, el Dr. Ramon Espasa. L'Hospital no tenia serveis de medicina i va contractar com a cap de Departament de Medicina un catedràtic emèrit de la Facultat de Medicina, el Dr. Agustí Pedro i Pons, l'any 1968, que va incorporar les diverses especialitats mèdiques. Es van fer noves inversions amb la construcció de l'Hospital Maternal (1966), que arribaria a atendre uns 80 parts diaris durant l'esclat del *baby-boom*. També es va construir l'Hospital Infantil (1966) i l'Hospital de Traumatologia i Rehabilitació (1967), que es va especialitzar en les lesions de medul·la i la paràlisi cerebral provocades per l'increment dels accidents laborals i de trànsit. Es va canviar el nom de l'hospital de "Residencia" a "Ciudad Sanitaria".

Els hospitals van reforçar els serveis centralitzats en diferents àrees. Els serveis diagnòstics, Laboratoris i Radiologia es van centralitzar o reforçar, en el cas que existissin. En alguns casos com a Sant Pau, hi havia uns serveis centrals, però alguns serveis disposaven de petits laboratoris o bé algun aparell de Rx. La centralització va permetre reforçar molt el nivell diagnòstic tant dels metges que hi treballaven com dels tècnics. Una centralització similar es va fomentar en el Servei de Farmàcia i també als quiròfans.

Uns nous serveis van ser les unitats de cures intensives; l'Hospital del Mar va ser el primer a crear-ne una l'any 1970. Abans, l'Hospital de Sant Pau havia creat una Unitat Coronària l'any



1966 Hospital Clínic. Urgències de Cirurgia. Metges de guàrdia sopant

1969, i després l'UCI l'any 1974. Aquestes unitats permetien oferir assistència de molt nivell 24/365.

El Servei d'Urgències va ajudar a modernitzar els hospitals, perquè permetia l'accés de la població a l'hospital de manera directa tots els dies de l'any, i l'hospital s'havia d'organitzar de forma continuada. L'Hospital Clínic disposava d'un Servei d'Urgències als anys cinquanta, quan el Dr. Espasa era estudiant de medicina. L'Hospital de Sant Pau va obrir un Servei d'Urgències l'any 1967, que va permetre contractar metges a dedicació plena sense passar pel filtre dels caps de servei. L'Hospital de la Vall d'Hebron va inaugurar el Servei d'Urgències l'any 1969.

Canvis estructurals

A començament dels anys seixanta la docència mèdica estava concentrada a l'Hospital Clínic, que tenia la Facultat de Medicina. La creació, l'any 1968, de la Universitat Autònoma, precisament

als pavellons de l'Hospital de Sant Pau, i la posterior adhesió com a unitats docents de l'Hospital de la Vall d'Hebron, l'any 1971, i de l'Hospital del Mar, l'any 1973, va permetre als quatre hospitals convertir-se en universitaris.

L'Hospital de la Vall d'Hebron es va beneficiar de l'increment d'ingressos econòmics de la Seguretat Social a partir de la Llei de 1966, que va estendre la cobertura a una gran part de la població. Aquest increment pressupostari va facilitar molt la modernització. Els altres tres hospitals van recórrer a convenis amb la Seguretat Social, que es van signar, en el cas de l'Hospital de Sant Pau, l'any 1972, i en el cas del Clínic, el 1973.

Aquestes reformes van ser possibles amb el vistiplau dels òrgans rectors de les quatre institucions, però van tenir un lideratge específic. En el cas de l'Hospital de Sant Pau la clau va ser el nomenament com a director general l'any 1966 del Dr. Carles Soler Durall. En el cas de l'Hospital Clínic la persona clau va ser el Dr. Miguel Angel Asenjo, que va ser nomenat director tècnic l'any 1972.

L'any 1975, els hospitals concertats amb la Seguretat Social van constituir una associació denominada Unió Catalano-Balear d'Hospitals. El lideratge va ser assumit per la Sra. Esperança Martí, que aleshores era gerent de la Fundació Puigvert i secretària de la Molt Il·lustre Administració de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Esperança Martí va ser la secretària de la Unió, mentre que el president va ser el germà Solà, de l'Orde de Sant Joan de Déu, i director de l'Hospital de Sant Joan de Déu. La demarcació de Catalunya i Balears corresponia a la regió 5a de la Llei d'hospitals.

Modernització dels hospitals comarcals

La modernització dels grans hospitals comarcals es va fer uns anys més tard que la dels grans hospitals de Barcelona.

L'Hospital de Granollers va ser un pioner en la modernització⁵. L'Hospital de Granollers era un hospital benèfic construït al llarg dels segles gràcies als benefactors locals, és a dir, unes credencials similars a les de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. El govern de l'Hospital estava presidit per l'alcalde i hi havia representants

de l'Església i prohoms de la ciutat. Aquests eren administradors i no propietaris de la fundació, i d'aquesta manera no podien dedicar el patrimoni de l'Hospital a altres funcions que no fossin les sanitàries. La modernització es va iniciar l'any 1970, tal com ens descriu el llibre sobre la XHUP del Departament de Sanitat⁵: "L'any 1970 s'incorpora al centre la figura d'un director general. S'estableix un comitè de direcció en tres àrees: la mèdica, la medicoadministrativa, portades per metges a temps complet, i l'àrea administrativa. L'any 1971 s'inaugura un nou pavelló, amb les primeres tres plantes (140 llits). Aquell mes de desembre se signa el conveni amb l'Instituto Nacional de Previsión per a l'assistència als afiliats a la Seguretat Social. Els anys següents entren en funcionament nous serveis, com el laboratori, la farmàcia o els nous equipaments de radiologia. És a partir de 1973 que comença el procés de jerarquització de l'equip professional".

La majoria d'hospitals comarcals es van modernitzar uns anys més tard que el de Granollers, tot aprofitant una sèrie de circumstàncies polítiques i sanitàries. L'any 1979, hi hagué les primeres eleccions municipals i els nous alcaldes van donar molta empenta als hospitals que eren de la seva propietat o bé on l'Ajuntament estava representat. Fins i tot van crear una associació d'hospitals i ajuntaments denominada Consorci Hospitalari de Catalunya. El Mapa Sanitari de 1980 va proposar una planificació sanitària en què les ciutats capçaleres de comarca tenien un centre hospitalari. La transferència dels serveis sanitaris de la Seguretat social que es va produir l'any 1981 va permetre fer efectius els canvis. La Generalitat va adoptar algunes polítiques per donar suport als hospitals comarcals: en primer lloc, es van refer les normes de concertació de la Seguretat Social, de manera que es van adaptar als criteris del Mapa Sanitari, i, en segon lloc, es va crear un programa d'acreditació d'hospitals. Els hospitals que volien un concert s'havien d'acreditar i, per tant, demostrar un mínim nivell de qualitat. L'any 1985 es va definir la xarxa d'hospitals que formarien part de l'assistència pública, la Xarxa d'Hospitals d'Utilització Pública (XHUP). La modernització dels hospitals comarcals va requerir molts recursos de què no disposaven ni els hospitals ni els ajuntaments i que van ser aportats per la Generalitat.

Un aspecte clau per a la modernització dels hospitals comarcals va ser la font de finançament. El finançament tradicional d'aquests centres era a través de les deixes dels ciutadans, les quals eren en efectiu per atendre les despeses corrents, o bé en béns, dels quals l'hospital treia unes rendes. Els hospitals comarcals rebien una subvenció de la Diputació per atendre els malalts de beneficència i en alguns casos tenien assignat el rendiment d'algun impost o taxa municipal. Aquestes fonts de finançament es van substituir per concerts amb la Seguretat Social, en què a canvi d'un preu per estada atenia els beneficiaris d'aquest sistema.

La modernització dels hospitals comarcals es va fer en els anys següents a la transferència dels serveis sanitaris de la Seguretat Social, és a dir, en la dècada dels anys vuitanta i principis dels noranta. Les característiques van ser similars a les estudiades per als grans hospitals, és a dir, professionalització de l'estament mèdic i el d'infermeria, creació de serveis centrals i professionalització de la gestió del centre. Tots els hospitals comarcals van obrir serveis d'urgències que els van permetre atendre la població cada dia de l'any. Aquesta obertura feia que anessin a l'hospital comarcal malalts greus, per a qui el centre no estava preparat. Aquests malalts greus calia traslladar-los ràpidament als hospitals regionals. Això va ser possible mitjançant un programa que va posar en marxa la Generalitat l'any 1985 i que després de diferents canvis de nom, es coneix avui dia com el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM). Actualment, el SEM pot atendre malalts al carrer o al domicili, però en l'origen estava dedicat exclusivament al trasllat entre hospitals comarcals i regionals.

3.4. Planificació sanitària

La planificació sanitària era un instrument vital per al Servei Nacional de Salut. En el llibre *Servei Nacional de Salut*¹ es defineix així: "La planificació sanitària és el mecanisme pel qual poden establir-se prioritats en funció de criteris científics". I afegeix que "al mateix temps també permet incrementar l'eficàcia dels recursos, en homes i en material, sempre escassos, enfront d'unes necessitats il·limitades".

¹ Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. *Servei Nacional de Salut*. Barcelona: Laia; 1977.

La planificació hospitalària a Catalunya va molt lligada al Dr. Ignasi Aragó, que es va dedicar a estudiar la planificació dels hospitals. El Dr. Aragó, des de la vocalia d'hospitals del Col·legi de Metges de Barcelona, va començar a editar la revista *Estudios sobre hospitales*, que publicava articles sobre com havia de ser l'hospital modern. L'any 1967, el Dr. Aragó, en el seu llibre *Els hospitals a Catalunya*², exposava les seves idees sobre la planificació hospitalària. Aragó escriu el següent: "L'hospital autònom, independent, és una fórmula a extingir. La regionalització hospitalària divideix el país en zones homogènies i crea un sistema jeràrquic coordinat que enllaça i relaciona uns hospitals amb els altres". "No era possible que cada hospital ho fes tot, sinó que era millor que uns hospitals accomplissin determinades formes d'assistència i d'altres n'assumissin de més complexes. És el concepte de jerarquia entre els diferents hospitals d'una xarxa assistencial".

² Aragó I. *Els hospitals a Catalunya*. Barcelona; 1967.

El Dr. Aragó propugnava dues idees bàsiques: la regionalització i la jerarquització. Cada hospital havia de tenir una àrea de referència, que és la població que serà atesa per aquest hospital, i els seus recursos han de ser proporcionals a la població atesa. Els hospitals no han de ser iguals, sinó que hi haurà uns hospitals més senzills ubicats prop de la població, on es podran atendre la majoria de les malalties més freqüents, i també hi haurà hospitals més complexos, on estaran les superespecialitats, i on aniran els pacients amb problemes de salut més complicats. Mentre que els hospitals senzills seran petits i propers, els complexos seran més grans i estaran ubicats en localitats de capitalitat.

Les idees del Dr. Aragó són elaborades pel Dr. Nolasac Acarín en una de les conferències a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques l'any 1973, que es titulava "Bases para la regionalización sanitaria" i que es publicarà en el llibre *La sanidad hoy*³. En aquest llibre, hi ha una proposta de regionalització sanitària que signen el Dr. Nolasac Acarín i Dr. Ramon Espasa, en què feien una divisió de Catalunya en cinc regions sanitàries. Cada regió disposava d'un hospital regional de què depenien una sèrie d'hospitals de districte i generals-bàsics.

³ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmia).

Les regions sanitàries proposades per Acarín i Espasa són:

Regió	Habitants	Hospital regional
Barcelona ciutat	1.800.000	Barcelona
Badalona-Girona	950.000	Badalona
Vallès-Manresa-Vic	1.000.000	Terrassa-Sabadell
Baix Llobregat-Penedès	800.000	L'Hospitalet
Tarragona-Lleida	800.000	Tarragona

En el llibre *Servei Nacional de Salut*, els mateixos autors divideixen algunes regions en districtes sanitaris, que tindrà un hospital de districte en cada capçalera. Els districtes sanitaris són:

- Regió Maresme-Girona, districtes: Girona, Badalona-Maresme
- Regió Vallès-Manresa-Vic, districtes: Terrassa-Sabadell, Manresa, Vic
- Regió Tarragona-Lleida, districtes: Lleida, Tarragona-Reus, Tortosa

Les regions de Barcelona ciutat i del Baix Llobregat-Penedès no es divideixen. En total, hi ha 10 districtes dels quals dos corresponen a regions.

El Dr. Acarín en el Congrés de Perpinyà⁴ presentarà els avantatges següents de la regionalització: 1) igualtat de tots els ciutadans, 2) llibertat i rapidesa en l'accés a l'hospital, 3) graduació tècnica de tots els centres de la xarxa assistencial, 4) complementarietat entre els serveis hospitalaris, 5) inclusió de tots els centres de la regió a la mateixa xarxa, 6) continuïtat en l'assistència, 7) aprofitament de tots els centres per a la docència i 8) dins l'àrea sanitària, tots els centres han d'estar integrats dins la mateixa xarxa.

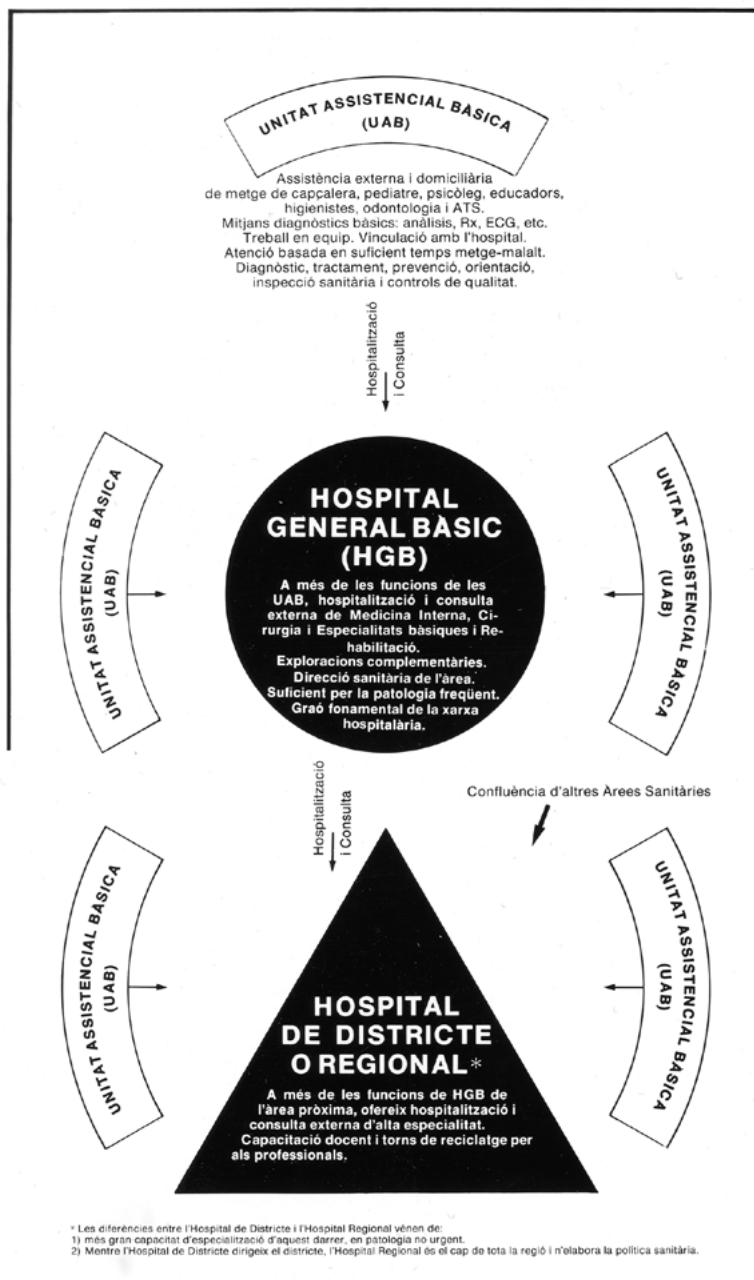
⁴ Acadèmia de Ciències Mèdiques. *Funció social de la medicina*. Barcelona; 1976. (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).

El Dr. Acarín farà una aportació fonamental a la planificació sanitària, el concepte d'“àrea sanitària”, que inclourà no només els hospitals sinó també l'assistència primària, i que serà la base per a una planificació global. El Dr. Acarín defineix l'àrea sanitària així⁴:

REGIONALITZACIÓ SANITÀRIA

GRADACIÓ ASSISTENCIAL

Àrea Sanitària (comarca, poble o barri urbà)



Proposta de gradació assistencial. Esquema elaborat pel Dr. Acarin, 1975

L'àrea sanitària queda així constituïda com a estructura bàsica que possibilita la defensa de la salut, amb serveis propers al ciutadà, amb professionals familiaritzats amb la població, amb mitjans tècnics suficients. Tot plegat fa possible també que la població de l'àrea conegui prou els seus serveis, els seus defectes i la seva rendibilitat, i que pugui, per tant, col·laborar i fiscalitzar-ne l'actuació. Es crea un nou model d'atencions, d'assistència i de serveis, en el qual la comprensió recíproca ve a substituir les actuals distàncies protocol·làries i elitistes. Els equipaments de l'àrea sanitària han de ser suficients per atendre les necessitats de la població que hi viu, i han d'oferir els cinc serveis sanitaris en una escala graduada, des del centre de salut fins a l'hospital d'àrea.

En el Mapa Sanitari⁵ que va elaborar el conseller Espasa l'any 1980, l'àrea sanitària es converteix en l'eix bàsic del Mapa. L'àrea sanitària, que més endavant es bateja com a "àrea de salut", no es limita a ser un instrument de planificació, sinó que també serà la base de la gestió sanitària, que agruparà sota una direcció única tots els serveis sanitaris públics; el Dr. Espasa ho diu així en el Pròleg del Mapa Sanitari: "El programa sanitari de l'àrea de salut, en la perspectiva d'un model integrat, normalitzat i continuat de serveis sanitaris, ha de cobrir els diferents camps de l'activitat sanitària: a) Vigilància i control del medi ambient; b) Assistència primària; b) Assistència hospitalària i d'especialitats i d) Informació sanitària". La descripció detallada del Mapa Sanitari es presenta en el capítol 6 dins l'apartat "Obra de govern".

El concepte d'àrea de salut arribarà a la Llei General de Sanitat⁶ que, en l'article 56, considerat bàsic, diu: "1. Las comunidades autónomas delimitarán y constituirán en su territorio demarcaciones denominadas Áreas de Salud, debiendo tener en cuenta a tal efecto los principios básicos que en esta Ley se establecen, para organizar un sistema sanitario coordinado e integral. 2. Las áreas de salud son las estructuras fundamentales del sistema sanitario, responsabilizadas de la gestión unitaria de los centros y establecimientos del Servicio de Salud de la comunidad autónoma en su demarcación territorial y de las prestaciones y programas sanitarios".

⁵ Departament de Sanitat i Assistència Social. *La sanitat a Catalunya: anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social. Mapa Sanitari*. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.

⁶ Gobierno de España. *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. 1986.

El Mapa Sanitari constitueix la base de la planificació sanitària a Catalunya durant els següents anys. Després de les transferències de la Seguretat Social a Catalunya, el conseller Laporte va elaborar el desplegament del Mapa Sanitari, que seria la base de la reforma de l'atenció primària i la creació de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública. L'any 1990, la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya introduirà una nova forma de planificar, el Pla de salut.

3.5. Gestió hospitalària

Un tema que es va debatre en la “Renaixença sanitària” va ser la manera de gestionar els hospitals. Es van debatre dos models diferents: l'un propugnava l'aplicació de les tècniques modernes de gestió empresarial als hospitals; l'altre proposava la participació dels treballadors de l'hospital en la gestió. Denomino el primer model “gestió empresarial” i el segon, “gestió democràtica”. A continuació, presento els dos models i l'aplicació que se'n va fer a l'Hospital de Sant Pau.

Gestió empresarial

El model que denomino “gestió empresarial” afirmava que l'hospital era una empresa i s'havia de gestionar com una empresa. Aquesta escola va néixer arran de la modernització de l'Hospital de Sant Pau sota el guiatge del Dr. Carles Soler Durall, nomenat director general de l'Hospital l'any 1966. Durant els cinc anys que el Dr. Soler Durall va dirigir l'hospital, es van contractar metges i infermeres, es va construir un Servei d'Urgències, una Unitat Coronària, etc. (aquest tema està descrit en el capítol de modernització hospitalària). Del director general depenien dues direccions: Direcció Administrativa i Direcció Medicoadministrativa. La responsable d'aquesta segona Direcció era la Sra. Elvira Guilera i d'ella depenien el Servei de Farmàcia, la cap d'infermeria, els arxius d'històries clíniques, etc. Quan el Dr. Soler Durall dimiteix a finals de 1971, canvia l'organigrama i s'hi posa al capdavant la figura d'un gerent no mèdic, i al costat un director mèdic. Es nomena gerent la Sra. Elvira Guilera i director mèdic, el Dr. Joan Nolla, cap de Servei de Medicina Interna.

El gerent, a semblança del mateix càrrec en l'empresa privada, és el símbol del model empresarial, però cal formar-lo. D'això s'encarrega ESADE (Escola Superior d'Administració d'Empreses), on la Sra. Elvira Guilera és professora i organitza cursos de gestió hospitalària. Entre els mesos de maig i juny de 1973 s'imparteix el primer curs *Gestión hospitalaria: administración de recursos*, un curs de 60 hores, amb els professors següents: Elvira Guilera, Esperança Martí, Joaquim Espriu, Vicente Ortún i Jaime Batalla.

L'any 1974 es van fer dos seminaris titulats "*Gestión hospitalaria: administración de recursos*", com en la primera edició, i "*El hospital como empresa*". L'any 1975 es repetiran els dos seminaris i s'hi afegeix un tercer sobre administració de personal. L'any 1976, el Ministerio de Gobernación acorda que un curs que es feia a l'Escuela de Administración y Dirección Hospitalaria de Madrid es farà a ESADE, és el IV curso para intendentes i administradores de hospitales. El títol ja indica la vocació funcional del curs, però la Sra. Guilera va canviar el programa: hi inclou professorat d'ESADE i li dona una visió empresarial. En aquest curs vaig participar personalment com a docent. L'any 1977 s'organitza un seminario técnico sobre economía hospitalaria, amb E. Guilera, V. Ortún, E. Martí i C. Gascó.

L'any 1979 es va celebrar a Barcelona el IV Congreso de Hospitales organitzat per l'Asociación Española de Administradores de Hospitales, que presidia la Sra. Elvira Guilera, junt amb l'Asociación para el Desarrollo Hospitalario, presidida pel Dr. Ignasi Aragó, i l'Asociación Española de Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria, presidida pel Sr. Antoni Bonnin. La inauguració va ser a càrrec del conseller Espasa.

El tema del Congreso era l'hospital de 100 a 300 llits. El títol era clarament una declaració de diversitat respecte a la Seguretat Social, constructora d'hospitals de milers de llits. En el Congreso es presentaren temes molt importants per a la gestió hospitalària, com els següents: òrgans de govern, E. Guilera, V. Ortún; organització mèdica, Ricardo Gutiérrez, Joan Clos; direcció d'infermeria, Carolina Menéndez, i control de gestió i control pressupostari, Esperança Martí. Jo vaig presentar una ponència amb el títol "*Control de calidad en el hospital*". Hi hagué una taula

sobre la formació dels directius hospitalaris amb José Luis Medina, de l'Escuela de Gerencia Hospitalaria; Elvira Guilera, d'ESADE, i Miguel Angel Asenjo, del Programa de doctorado en gestión hospitalaria de la Universidad de Barcelona.

Gestió democràtica

La gestió democràtica era defensada per les forces polítiques d'esquerra i formava part de la via cap al socialisme en voga en aquella època. La formació política que tenia més clar aquest model era el PSUC, que en les I Jornades sobre Sanitat celebrades l'11 i el 12 de febrer de 1978 van presentar una ponència amb el títol “La gestión democrática de los servicios y centros sanitarios”¹. La ponència estava signada per E. Barnola, M. Gallofré, A. Martínez, Ll. Padró i Ll. Sotorres.

¹ Partit Socialista Unificat de Catalunya (PSUC). Primeres Jornades de Sanitat del PSUC: ponències i comunicats. Barcelona: PSUC, Comissió de Sanitat del Comitè Central; 1978.

La ponència no defineix la gestió democràtica, però diu de forma significativa que la seva forma més desenvolupada és l'autogestió. La ponència criticava el funcionament dels centres de la Seguretat Social que “tenían el funcionamiento típico de un ministerio. La gestión es de hecho estatal y con el centralismo propio de estos casos”. La proposta del partit era substituir això per un Servei Nacional de Salut, amb una política sanitària única per a tot el país i la màxima descentralització. Es tractava que els centres hospitalaris tinguessin uns consells d'administració formats per representants a parts iguals de tres estaments: l'administració propietària del centre, els treballadors de l'hospital i els usuaris. El Consell d'Administració seria el màxim organisme decisor del centre. Aquesta gestió s'hauria de fer dins el marc de la planificació democràtica en la qual participarien els consells de salut municipals. La planificació democràtica delimitaria el paper de l'hospital dins el sistema de salut.

La participació del personal seria molt útil, perquè el personal coneixia millor que ningú l'hospital i la participació motivaria els treballadors. No es veia conflicte entre estar a l'òrgan de govern i a la vegada fer les reivindicacions sindicals, ja que “creemos que la defensa de los legítimos derechos de los trabajadores no debe ser incompatible con la participación efectiva en los órganos de administración y dirección”.

La participació dels usuaris era més complicada i s'apunta que siguin les associacions de veïns els organismes que exerceixin aquesta representació, però deixa el tema per al debat.

El Ministeri de Sanitat va promoure un Reial decret, aprovat el mateix any 1978, pocs mesos després de les jornades del PSUC, en què dictava normes sobre l'organització i el govern dels hospitals de la Seguretat Social i establia la creació de Juntes de Govern². La Junta de Govern estaria formada pel gerent, el director mèdic, el cap de personal i l'administrador. A més, hi hauria 10 representants del personal de l'hospital, 3 representants dels col·legis professionals de metges, farmacèutics i ajudants tècnics sanitaris (infermeres), 2 representants de la "comunitat on estigui situat l'hospital" (aquí *comunitat* es refereix a l'ajuntament i la diputació) i 2 representants de l'administració pública. El president de la Junta de Govern seria el gerent.

² Gobierno de España. Real Decreto 2082/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueban las normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios. BOE. 1978 sept. 1;(209).

La coincidència entre les propostes del PSUC i el Reial decret de la UCD és curiosa.

El Reial decret creava la figura del gerent i el director mèdic. Les "residencias" de la Seguretat Social estaven fins aleshores dirigides per un director, generalment un metge de l'hospital afecte al Règim o bé un inspector de la Seguretat Social, i un administrador. Sobre aquest Decret vaig escriure un article titulat "¿Cómo organiza el Ministerio los hospitales?"³. Per molta Junta de Govern que hi hagués, si els hospitals no tenien cap autonomia de gestió i el Ministeri en continuava ordenant el funcionament, els canvis en l'efectivitat havien de ser escassos.

³ Bohigas L. ¿Cómo organiza el Ministerio los hospitales? Hospital-80. 1978 ene.-mar.

El model democràtic es va materialitzar en la reforma de la Junta de Govern de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, que es va pactar precisament el mes de juliol de l'any 1978. La reforma s'explica en el capítol de l'Hospital de Sant Pau. A la presentació de la Junta de Govern a l'Hospital el 18 d'octubre de 1978 hi va assistir el conseller Espasa, que va fer el discurs de cloenda i on va exposar els avantatges de la nova Junta de Govern, tal com recull el butlletí intern de l'Hospital⁴:

⁴ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Butlletí intern. 1980 gen; (41).

Els hospitals no són una empresa

El Dr. Espasa va voler tocar el tema de si l'hospital és o no una empresa, declarant que no ho és, encara que per necessitats d'organització tingui un funcionament empresarial, que és diferent. L'hospital és, ve a dir, una comunitat de treballadors professionals que tenen un objectiu de salut per aconseguir. Ha d'haver-hi un acord de corresponsabilització, a la vegada que s'ha de democratitzar la vida de l'hospital, i això també vol dir que el poder de les decisions que es vagin prenent és més ferm, perquè respon a un plantejament democràtic. De la mateixa manera, la Junta de Govern és *sobirana perquè té una composició democràtica i d'ella depèn la línia executiva: gerència, direccions mèdica, d'infermeria i administrativa.*

Ha d'haver-hi una bona interacció entre la línia de decisions i la representativa, perquè d'ací vindrà l'èxit del funcionament de l'hospital.

A continuació, el conseller Espasa es va referir a la composició de la Junta de Govern, amb representants dels usuaris, de l'autoritat sanitària de Catalunya, i dels treballadors del centre, que en un futur s'hauria de preveure que fossin a parts iguals. Va acabar fent indicació dels principals objectius que es persegueixen:

- Democratització de les estructures i transparència de la gestió, ambdós aspectes garantits per la composició de la Junta.
- Dinàmica necessària de corresponsabilització.
- Obertura d'un nou discurs polític, entre les necessitats hospitalàries i els recursos que la societat pugui oferir.

3.6. Introducció de les disciplines socials: economia de la salut

El Dr. Ramon Espasa, en la seva conferència a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de l'any 1973, proposava la introducció de les ciències socials en el terreny de la medicina. L'objectiu

era oferir una perspectiva social, i no només biològica, a les causes i els tractaments de les malalties. Experts de diferents ciències socials es van incorporar al pensament sanitari, per exemple sociòlegs (Jesús de Miguel), advocats (Josep Artigas), antropòlegs, etc. Ara bé, potser la ciència social que va integrar-se més ràpidament en el camp de la medicina va ser l'economia, que durant aquesta època va desplegar una especialitat específica, l'economia de la salut.

L'economia i la salut

Els primers passos de l'economia en el pensament mèdic de la transició es donaren a les conferències de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de 1973. Carme Sans va donar una conferència titulada “Economia y política sanitaria”, en la qual exposava com l'economia podia ser útil a la política sanitària¹. En la publicació de la conferència, Carme Sans va incloure 21 cites a la seva ponència; va ser l'única conferenciant que va incloure cites bibliogràfiques. Aquest detall ens dona una pista del que estava passant: Carme Sans estava explorant diverses publicacions i autors estrangers per esbrinar quin camí estava prenent l'economia en la seva entrada en el terreny de la medicina; per això les cites eren de publicacions internacionals. En la mateixa ronda de conferències, hi hagué un altre ponent economista, Joaquim Vergés, que va donar una conferència titulada “La Seguridad Social española y sus implicaciones socioeconómicas”². Joaquim Vergés havia llegit la seva tesi doctoral sobre els comptes de la Seguretat Social i va presentar l'anàlisi de l'activitat sanitària de la Seguretat Social.

L'any 1976 es va celebrar el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana a Perpinyà i Carme Sans va presentar-hi l'única ponència econòmica, que va tenir per títol “Estudis i propostes sobre despesa sanitària”³. Aquesta conferència es va publicar en el llibre del Congrés i, amb algunes modificacions, l'any 1977 fou capítol del llibre *Servei Nacional de Salut*⁴.

L'any 1977 hi va haver moltes activitats d'economia de la salut. En un llibre amb propostes de reforma sanitària anomenat *Salut, sanitat i societat* (Editorial Alternativa, Barcelona, 1977), vaig publicar un article titulat “El cost de la salut”⁵. Aquest mateix

¹ Sans C. *Economía y política sanitaria*. A: Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J, editors. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975.

² Vergés J. *La Seguridad Social española y sus implicaciones socioeconómicas*. A: Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J, editors. *La sanidad hoy*. Barcelona: Avance; 1975.

³ Sans C. *Estudis i propostes sobre despesa sanitària*. A: Acadèmia de Ciències Mèdiques. *Funció social de la medicina*. Barcelona; 1976. (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).

⁴ Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. *Servei Nacional de Salut*. Barcelona: Laia; 1977.

⁵ Bohigas L. *El cost de la salut*. A: Diversos autors, editors. *Salut, sanitat i societat*. Barcelona: Alternativa; 1977.

any, el GAPS va organitzar el “Seminari Introducció als Estudis de Salut Pública”, en què Carme Sans i jo vam fer una sessió sobre economia i política sanitària, que es va publicar en una edició monogràfica de la revista de l'Acadèmia *Annals de Medicina*, amb el títol “L'economia i la salut”⁶.

⁶ Bohigas L, Sans C. *L'economia i la salut. Annals de medicina. 1977 jul.; Monogràfic.*

En el Congrés de Cultura Catalana de 1977, vam participar de nou Carme Sans i jo mateix juntament amb un altre economista, Ramon Gispert, que havia fet la seva tesi doctoral sobre el sector farmacèutic.

L'any 1979 va ser l'any de donar visibilitat a l'economia de la salut dins el marc d'una activitat que va tenir molt ressò, el Primer Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya, organitzat pel Col·legi d'Economistes de Catalunya⁷.

⁷ Ponència 6. *El paper de l'economista als serveis sanitaris i socials. A: 1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya; 1979; Barcelona.*

Es poden distingir tres fases en el període sota estudi: la primera era exploratòria, es buscava enfocar els temes econòmics de la sanitat; en la segona, es va fer una crítica econòmica de l'assistència sanitària de la Seguretat Social, i en la tercera, en el 1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya, es van definir els grans eixos de l'economia de la salut.

Els primers passos

En la primera fase la clau va ser delimitar el sector de la salut, i quines activitats sanitàries s'incloïen dins la descripció econòmica del sector. Carme Sans va trobar dues fonts: la primera, en els estudis francesos sobre la metodologia de la comptabilitat nacional, en què es definien amb precisió quines despeses s'incloïen per conformar el sector sanitari; i la segona, els estudis comparatius que va iniciar l'OMS sota el guiatge de l'economista anglès Brian Abel Smith, i que tenien per finalitat comparar els sistemes sanitaris de diversos països desenvolupats. D'aquestes dades comparatives sorgeixen les primeres aproximacions a la definició del sector i apareixen ja les primeres dades d'interès. Per poder comparar la despesa sanitària de diferents països, s'utilitza l'indicador de despesa sanitària com a percentatge del producte interior brut d'un

país. Les dades són dels anys seixanta del segle passat i avui dia semblen ridícules; per exemple, els EUA gastaven el 5,5% del seu PIB en salut, mentre que avui gasten tres vegades més, però aleshores van impactar molt: el volum econòmic del sector sanitari era considerable. Es va poder comprovar també el creixement ràpid d'aquestes dades i es va començar a fer hipòtesis d'on podia arribar el pes de la sanitat dins l'economia.

Una altra aportació de l'anàlisi econòmica comparada entre països va permetre visualitzar els diferents sistemes sanitaris segons quina era la font de finançament més important. Els sistemes públics de salut (Regne Unit, Escandinàvia) es finançaven majoritàriament per impostos, mentre que els sistemes basats en la Seguretat Social (França, Alemanya) es basaven en les cotitzacions de treballadors i empresaris. Els Estats Units es basaven molt en les aportacions privades a través de companyies asseguradores.

Un altre ensenyament d'aquestes primeres comparacions internacionals va ser relacionar el nivell de salut d'un país amb el seu desenvolupament econòmic. Carme Sans indica que en aquell moment, els països desenvolupats presenten esperances de vida superiors als 70 anys, mentre que els països subdesenvolupats no superaven gaire els 30 anys. Malgrat aquesta regla general, hi havia excepcions, com per exemple Cuba, que tenia una esperança de vida superior a països del seu nivell de renda per càpita, o bé els EUA, que la tenien inferior a països europeus amb menys renda per càpita.

Quina pot ser la utilitat de la ciència econòmica en el món sanitari? Aquesta és la pregunta clau d'aquesta època. Sans i Bohigas van plantejar dos possibles objectius; primer, per al conjunt de l'economia calia decidir quants diners s'havien de dedicar a la sanitat, i, segon, dins el sector sanitari, com es distribuïen els recursos entre els diferents serveis sanitaris per tal "d'assolir la màxima eficàcia dels serveis sanitaris". Es proposaven tres nivells de decisió: gestió, programa i política sanitària. Pel que fa a la gestió, es postulava com a exemple el càlcul de la mida òptima d'un hospital, que no podia ser tan gran com ho eren les residències de la Seguretat Social. Quant al programa, hi havia una

certa atracció vers el programa francès per reduir la mortalitat perinatal, que va fixar una reducció d'aquesta i va planificar una sèrie de mesures per reduir-la. Finalment, en l'àmbit de la política sanitària, calia fer planificació sanitària, però la planificació que es feia a Espanya en els plans de desenvolupament no era gaire encoratjadora i, en paraules de Carme Sans, “en el III Plan de desarrollo los capítulos dedicados a sanidad y asistencia social son unas cuantas páginas de buenas palabras”.

Estudi de la despesa sanitària de la Seguretat Social i la seva reforma

La segona fase va consistir a analitzar la despesa sanitària de la Seguretat Social i proposar-ne reformes.

Joaquim Vergés, en la seva tesi doctoral, havia estudiat la despesa sanitària de la Seguretat Social. Les dades eren completament antagòniques respecte a les d'altres països desenvolupats; per exemple, la despesa en medicaments de la Seguretat social era en aquella època superior a la despesa en assistència mèdica –concretament, el 51% de la despesa sanitària de la Seguretat social es gastava en medicaments, mentre que la despesa en assistència mèdica era del 49%—. Una altra dada curiosa és que la Seguretat Social en conjunt tenia uns grans superàvits, que s'expliquen per la joventut dels treballadors que cotitzaven i els pocs pensionistes que aleshores hi havia. Aquests superàvits s'utilitzaven en part per construir els grans hospitals del ‘seguro’, i també per finançar les inversions econòmiques del règim franquista, en concret l'Institut Nacional d'Indústria (INI).

Les dades econòmiques sobre la sanitat catalana eren pràcticament inexistents. Carme Sans va trobar-ne una que seria molt important per copsar la diferència de la sanitat de Catalunya respecte a la d'Espanya. Sans va estudiar les despeses de les llars de l'Institut Nacional de Estadística de l'any 1974 i va comprovar que el percentatge de la despesa familiar dedicada a la sanitat a Catalunya (3,2%) era superior a Espanya (2,64%), i ho va comentar així: “Al ser tan enorme el déficit de la SS en Catalunya, los catalanes solucionan el problema por la vía privada”.

En el Congrés de Perpinyà, Carme Sans va presentar una ponència titulada “Estudi i propostes sobre la despesa sanitària”, en la qual analitzava el creixement de la despesa sanitària espanyola des de dos punts de vista. En primer lloc, per què creixia tant ràpidament i a la vegada hi havia un “buit sanitari”, és a dir, una sèrie de funcions sanitàries i persones sense cobrir, i, en segon lloc, com es podria millorar l'eficàcia d'aquesta despesa. Les causes del creixement de la despesa eren: a) la indústria farmacèutica, b) l'absència de medicina preventiva, c) un alt nombre d'accidents de treball i malalties laborals, d) la diversitat d'òrgans de decisió en matèria sanitària, e) els beneficis de les empreses privades sanitàries i f) la gestió de la Seguretat Social. Sans proposava set mesures per millorar l'eficiència: 1. Disminució de la despesa farmacèutica, 2. Reorganització de la medicina extrahospitalària, 3. Reducció del cost relatiu hospitalari de la Seguretat Social, 4. Unicitat en el govern sanitari, 5. Millora de la salut pública, 6. Disminució d'accidents de treball i 7. Millora dels estàndards de la sanitat pública. Finalment, proposava finançar la sanitat amb impostos i construir el Servei Nacional de Salut.

1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya

El Col·legi d'Economistes de Catalunya va organitzar el 1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya l'any 1979. El Congrés volia ser una reflexió col·lectiva sobre el futur de l'economia catalana en un nou sistema polític democràtic i el paper dels economistes en aquest futur. Em vaig posar en contacte amb el Col·legi i els vaig proposar fer una ponència sobre el paper que podíem tenir els economistes en el món sanitari. El Col·legi ho va acceptar i ens posàrem a treballar en el que va ser la 6a ponència del Congrés, “El paper de l'economista als serveis sanitaris i socials”. Allà ens vam trobar tots els economistes que treballàvem o teníem contacte amb el sector sanitari: JJ. Artells, Ll. Bohigas, I. Casals, S. Casas, J.C. Costas, R. Gisbert, S. Marimón, G. Masfurroll, V. Ortún, C. Sans, Ll. Sotorres, I. Torrent, R. Valero; coordinador: Ll. Bohigas.

La ponència va consistir en 10 comunicacions i unes conclusions. Aquestes comunicacions van assenyalar les bases

del desenvolupament de l'economia de la salut a casa nostra. Les tres comunicacions bàsiques van ser les de Carme Sans, "L'economia del sistema sanitari espanyol"; Joan Josep Artells, "Anàlisi econòmica i salut, una perspectiva", i Vicenç Ortún, "Economia política sanitària". Podríem fer un paral·lelisme entre les tres comunicacions i la ciència econòmica. La comunicació de Carme Sans correspondria a l'estructura econòmica, que fa servir les dades econòmiques per descriure l'estructura del sistema sanitari. La comunicació de J.J. Artells correspondria a la teoria econòmica, en què es feien servir instruments econòmics per entendre el funcionament del sector sanitari. Finalment, la comunicació de Vicenç Ortún correspondria a la política econòmica, en què es dissenyen estratègies per reformar el sistema sanitari.

La comunicació de Carme Sans és la primera descripció econòmica que trobem del sistema sanitari espanyol, i utilitza dades de la Seguretat Social, comptabilitat pública, etc., cosa que li permet fer un diagnòstic de la situació sanitària a Espanya: "Necessitat de l'anàlisi econòmica i de voluntat política per afrontar correctament el problema de com modificar l'actual assignació de recursos en el camp sanitari, és a dir, de com abordar els problemes de disminuir la despesa farmacèutica, posar l'accent en una correcta assistència extrahospitalària, i en la promoció de la salut, potenciar el sector públic en detriment de l'ànim de lucre del sector privat, descentralitzar l'actual centre de decisió en matèria sanitària com és el Ministeri de Sanitat i SS, controlar democràticament tota una nova estructura descentralitzada, canviar la ideologia d'hospital centrisme que es difon als estudis de medicina, etc."

Joan Josep Artells, que havia fet un màster en Economia Pública al Regne Unit i s'havia posat en contacte amb l'escola de York de Health Economics, aportava el bagatge teòric que fonamentava l'economia de la salut. "L'anàlisi econòmica aplicada a la sanitat i als serveis socials coneix dues importants direccions: d'una banda, l'estudi, la descripció i la predicció del comportament del mercat com a mecanisme d'assignació de recursos sanitaris i, d'altra banda, l'ús de l'avaluació econòmica –fonamentada en els criteris d'eficiència paretiana–

en la racionalització dels processos de decisió, el disseny de polítiques sanitàries i, en general, el plantejament intrasectorial i intersectorial del sector públic”. Jj. Artells també va presentar una comunicació sobre el programa del curs que havia donat en economia de la salut en el I Curs de salut de la comunitat organitzat pel GAPS.

Vicenç Ortún començava la seva comunicació tot dient:

“Als problemes de salut intentem aplicar remeis de sistema sanitari quan el sistema sanitari no és l’únic factor –ni tan sols el més important– que afecta la salut d’una població”. Després, examinava els factors socials que determinen el nivell de salut i distingia entre “economia sanitària pura” i “economia política sanitària”, en paral·lel al que passava en la ciència econòmica, en què hi havia la tradicional “economia política” d’Smith, Ricardo i Marx, enfront de l’economia pura del neoclassicisme. Vicenç Ortún va presentar una altra comunicació amb el programa d’un curs sobre economia política sanitària.

A més de les comunicacions esmentades, es van presentar una sèrie de comunicacions sobre temes sectorials. Gabriel Masfurroll va presentar una comunicació sobre la posició de l’economista a l’hospital. La feina als hospitals ha estat una de les ocupacions més habituals dels economistes en el sector sanitari. Llorenç Sotorres i Salvador Casas van presentar comunicacions sobre la participació dels economistes en la planificació sanitària. La comunicació de Sotorres es titulava “La gestió dels serveis sanitaris” i la de Casas, “Estudi de l’àrea d’influència d’un hospital”. Jo vaig presentar la comunicació “Avaluació de programes de salut pública”. Ramon Gisbert havia fet la seva tesi sobre el sector farmacèutic i va presentar una comunicació titulada “Un cas concret d’economia sanitària: els productes sanitaris”. Ignasi Torrent va presentar una comunicació sobre les bases per a l’aplicació de polítiques sanitàries per la tercera edat.

El 1r Congrés d’Economia i Economistes de Catalunya va representar la presentació en societat de l’economia de la salut i va obrir les portes del Col·legi, que es va convertir en la institució que va donar suport al creixement de l’economia de la salut al nostre país.

Els passos següents

Després del Congrés, el Col·legi d'Economistes, presidit per Francesc Raventós, ens va convidar a formar una Comissió d'Economia de la Salut, que va servir per reunir els economistes interessats en el tema i va permetre organitzar cursos i congressos. La Comissió va celebrar l'any 2019 el seu 40è aniversari, i és una de les comissions més antigues del Col·legi. L'any 1980, un any després de la constitució de la Comissió, es va organitzar el 1r Congrés d'Economia de la Salut, que continua organitzant-se cada any fins a l'actualitat⁸.

⁸ 1r Congrés d'Economia de la Salut. Barcelona: Col·legi d'Economistes de Catalunya; 1981.

En aquest període no es van presentar dades econòmiques sobre la sanitat a Catalunya perquè eren inexistents. El Departament de Sanitat de la Generalitat va cobrir aquest dèficit i va elaborar, amb dades de 1981, l'anàlisi de l'estructura econòmica de la sanitat catalana⁹.

⁹ Departament de Sanitat i Seguretat Social. La despesa sanitària a Catalunya, 1981. Barcelona; 1986.

3.7. Assistència pública o privada

El Dr. Ramon Espasa, en la seva conferència titulada "Relaciones sociales y medicina" a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de 1973, plantejava les limitacions de la medicina privada. El nucli de la medicina privada era la relació metge-malalt, relació d'igualtat regulada només per la llei de l'oferta i la demanda. Aquesta relació no és igual, diu Espasa, entre un professional i un malalt que pateix una malaltia. Tampoc és igual la situació econòmica dels malalts, fet que porta a una medicina per a rics i una altra per a pobres. El metge privat no pot mantenir-se al dia dels progressos de la medicina i el seu coneixement es torna aviat obsolet. Però el problema principal de la sanitat privada és que no té en compte els problemes socials de la malaltia i, per tant, no aportarà les solucions que es requereixen.

¹ Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. La sanidad hoy. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmica).

² Cataluña ofrece al país una alternativa sanitaria. La Vanguardia Española. 1976 set. 12.

Les conferències de 1973 es van publicar en el llibre *La sanidad hoy* l'any 1975¹ i *La Vanguardia* li dedicà un gran reportatge el mes de setembre de 1976, amb el titular "Catalunya ofrece al país una alternativa sanitaria"². El reportatge estava signat per

Ferran Monegal, i ocupava gairebé una pàgina amb un mapa i un esquema, així com amb una conclusió molt positiva:

En definitiva, la planificación sanitaria es una necesidad que no admite componendas. La alternativa presentada por este grupo de médicos y economistas nos parece acaso el proyecto más lúcido y coherente con que contamos hoy. La creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), generoso y gratuito, que cubra real y verdaderamente a todo ciudadano, no es otra cosa que aplicar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, y que las democracias occidentales, a las que queremos aproximarnos, ya vienen arbitrando desde hace tiempo. Por otro lado, la propuesta para un plan de regionalización sanitaria en Cataluña podría ser el módulo inicial sobre el que basar los restantes proyectos para el espectro regional del país. Iniciativas como ésta no pueden permanecer olvidadas. Ferran MONEGAL

Monegal fa algunes preguntes a Ramon Espasa, que presenta amb el nom d'“Ideario de uno de los autores”. Una de les preguntes és sobre la medicina privada, i la resposta d'Espasa és la següent:

El Servicio Nacional de la Salud, alternativa que propugnamos, aspira a ser un sistema efectivo mediante el cual la población quede perfectamente cubierta y no se tengan que recurrir a otros medios. Si es así, la medicina privada se irá, paulatinamente, extinguiendo. Y si no se ha extinguido es porque la Seguridad Social no ha funcionado como debiera.

En aquell moment, Ramon Espasa era membre de la Junta Democràtica del Col·legi de Metges de Barcelona. El president del Col·legi, Carles Pijoan, va enviar una nota a *La Vanguardia* per presentar l'opinió de la Junta del Col·legi³. Pijoan fa una lloança de Ramon Espasa:

Mi vinculación con Ramón Espasa me ha permitido realizar la profundidad y rectitud de su espíritu y su dedicación completa, no sólo a la medicina, en tanto que doctrina

³ El presidente del Colegio de Médicos puntualiza el reportaje “La alternativa sanitaria catalana”. *La Vanguardia Española*. 1976 set. 21.

científica, sino a la sanidad, como tema que sobrepasa a los médicos y alcanza a economistas, urbanistas, arquitectos, ingenieros y a la población en general. Las opiniones de Espasa deben ser escuchadas y tenidas en cuenta.

La continuació presenta la posició discrepant de la Junta del Col·legi:

Deseo declarar que, no obstante, no representan de una manera total la filosofía de la Junta del Colegio de Médicos de Barcelona. En un aspecto especialmente importante, yo, también como a título personal y no como presidente de la Junta, discrepo de él: es en el aspecto de la medicina privada. Creo que ésta tiene aún un papel muy amplio donde desenvolverse y creo también que su muerte, anunciada casi como cierta por Espasa, es una posibilidad vista desde un punto esencialmente pesimista. Es evidente que la medicina privada, si pretende subsistir, debe adaptarse a la situación social moderna y a los avances técnicos de las últimas décadas, que han transformado al antiguo médico de familia en un personaje anacrónico. De esto a creer que toda la medicina debe ser socializada hay una gran diferencia. Es posible que Ramón Espasa tenga razón y que no sólo los médicos, sino también los pacientes y sus familiares, deseen en un futuro no lejano este tipo de medicina, pero creo que, de momento, un amplio sector del estamento médico y un gran sector de la población, quizá más entre los que ya peinamos canas, prefiere la persistencia de un tipo de medicina en la que la relación personal, humana, de enfermo-médico, se conserve en su más prístina pureza y con las injerencias burocráticas mínimas e imprescindibles.

⁴ Reventós J. Jordi
*Gol, metge per a una
societat de persones.*
Barcelona: Edicions
62; 1991.

El Dr. Jordi Gol⁴ tenia una visió diferent d'Espasa respecte de la sanitat privada i també de la pública. El seu biògraf, J. Reventós, planteja la dualitat en el pensament de Jordi Gol:

La via individualista podia caure massa fàcilment en una concepció mercantilista i alhora buscar solucions que per massa particularistes tinguessin una

mínima influència sobre el bé general. Les solucions col·lectivistes podien caure massa fàcilment en el parany de la tecnocratització i la seva cosina germana, la burocratització. Ambdues solucions es consideraven sovint massa pretensiosament les millors intèrprets del bé general. Ell (el Dr. Gol) tractava d'aconseguir la síntesi entre una medicina humanista, que per massa liberal ja aleshores es veia que podia desembocar en una medicina comercial, i una medicina col·lectivista, que ell ja intuïa que es podria convertir en massa tecnocràtica i burocratitzada, i a més a més molt més cara. Cap de les dues tenia com a objectiu primer el veritable interès del malalt.

En el Congrés de Cultura Catalana, l'any 1977, el coordinador de l'àmbit d'estructura sanitària, Ramon Espasa, fa la síntesi entre les dues posicions⁵:

En aquest sentit, la lliure iniciativa no es considera viable com a inspiradora global del model sanitari, ja que no garanteix l'homogeneïtat i igualtat en la producció d'atencions sanitàries. De tota manera, l'autonomia personal –defensada en la definició de salut de l'àmbit– porta a reconèixer que de forma subsidiària i emmarcades en el projecte final, determinades formes que es reclamen de la lliure iniciativa en la pràctica sanitària han de tenir cabuda en el si de la societat mentre no es realitzin plenament els principis configuradors del model proposat. A la vegada, la completa realització d'aquests principis serà la condició natural i espontània, mai imposada, de l'obsolescència i desaparició d'aquestes formes d'assistència.

⁵ Congrés de Cultura Catalana. Àmbit d'Estructura Sanitària, Projecte de resolucions. Terrassa: Congrés de Cultura Catalana; 1977.

La sanitat pública farà transformacions importants durant la dècada dels anys vuitanta, amb la transferència del serveis sanitaris de la Seguretat Social a les comunitats autònomes, la Llei General de Sanitat de 1986 i la universalització de l'assistència sanitària. Mentrestant, la sanitat privada estava fent canvis importants durant la dècada dels setanta, que s'analitzen en l'apartat següent.

Les transformacions de la sanitat privada

La sanitat privada catalana estava marcada per l'impuls que havia tingut durant el segle xx el mutualisme. Molt abans de la creació del Seguro Obligatorio de Enfermedad per la Llei de 1942, els empresaris catalans havien construït mútues per a la protecció sanitària dels treballadors. Moltes localitats industrials com Sabadell, Terrassa, Manresa o Igualada tenien la seva pròpia mútua, però la més exitosa havia estat la Quinta de Salud l'Aliança, fundada a primers de segle xx pel gremi de cambrers. La Quinta cobria una població de mig milió d'habitants i disposava d'una xarxa d'hospitals pròpia. El perill per a la Quinta i per a les mútues era el creixement de la Seguretat Social, sobretot a partir de la Llei de 1962, que estenia la cobertura a tots els treballadors.

La Presidència de l'Aliança va convidar l'any 1978 el conseller Espasa a visitar la seu central per exposar-li els seus plans de futur. *La Vanguardia* va fer un ampli reportatge de la visita, que titula "El futuro de la Quinta de Salud la Alianza"⁶, i destacava en un dels apartats les peticions de la Junta al conseller Espasa, reproduïdes tot seguit:

⁶ *La Vanguardia Española*, 25/7/78 *El futuro de Quinta de Salud la Alianza*

Hecha la exposición, el presidente pidió al conseller de Sanitat que, haciéndose eco de la voluntad de 450 000 mutualistas, se constituyera en su defensor para que a la mutualidad le sea otorgada la libertad de elección de un sistema propio de prestaciones sanitarias de la Seguridad Social que libere a los asociados del doble pago de cuotas; que la parte de la prima asistencial de la SS de los afiliados a los dos sistemas sea confiada a la administración de la Quinta de Salud la Alianza, por una utilización democrática y eficaz de los recursos de los propios afiliados, y la iniciación inmediata de conversaciones para la regulación de esta transferencia y adaptación del sistema a las nuevas posibilidades que ofrece esta situación.

La petició era clara: es tractava d'evitar la doble cotització, en base al fet que el treballador pogués escollir quina institució li donés l'assistència, bé la Seguretat Social o bé l'Aliança.

El conseller Espasa va manifestar que quan es fessin efectius els traspassos es podria estudiar la proposta. La Tresoreria de la Seguretat Social no es va traspasar a la Generalitat i la política general va ser l'obligatorietat de la filiació a la Seguretat Social. Pocs anys després, la Quinta de Salut l'Aliança, després de perdre molts socis, va acabar desapareixent. Curiosament en aquella època es va crear la MUFACE, una mútua per als funcionaris de l'Estat. Aquesta Mútua és independent de la Seguretat Social i els funcionaris poden escollir ser atesos per la sanitat pública o la privada, i l'Estat finança la privada.

Hi havia més transformacions en aquests anys a la sanitat privada.

L'Assistència Sanitària Col·legial, fundada l'any 1957 per Josep Espriu, va decidir incorporar un hospital a la seva oferta assistencial i l'any 1974 va crear SCIAS, una societat cooperativa, per construir un hospital. SCIAS va comprar l'any 1978 l'Hotel Hilton i el va transformar en un centre hospitalari. Aquesta transformació la va portar a ser una de les entitats d'assegurança sanitària més important de Catalunya.

L'any 1978, l'Ajuntament de Sant Cugat va concedir la llicència d'obres per a la construcció de l'Hospital General de Catalunya, un hospital de propietat privada. Amb el temps, l'Hospital ha passat a ser propietat de l'empresa Quirón, que disposa de diversos hospitals privats.

la salut es molt mes que l'absència de malaltia



ambit d'estructura sanitaria
22 de maig · terrassa

congrés de cultura catalana
1111

Cartell CCC, 1977, 44x62 cm, col·lecció particular. Definició adoptada per l'àmbit d'estructura sanitària



Cartell CCC, 1977, 44x62 cm, col·lecció particular. Mapa de la divisió sanitària de la Generalitat republicana



Cartell Exposició Fundació Joan Miró, 1976, 45,5x69 cm, col·lecció particular. Exemple de l'activisme de la societat civil catalana a favor de les llibertats



Cartell GAPS, Col·legi de Metges de Barcelona, 1976, 39x61 cm, col·lecció particular. Funcions sanitàries d'un Servei Nacional de Salut

Part II

Generalitat:
Obra de govern

En aquesta segona part, es descriu l'obra de govern del conseller Espasa des del mes de desembre de 1977 fins al mes de març de 1980. En el capítol 4, es descriu la construcció de la Conselleria, les transferències dels serveis sanitaris i les primeres actuacions. Algunes actuacions es descriuen amb detall en els capítols següents. En el capítol 5, la tasca feta en promoció de la salut, que va ser la transferència més important que va rebre en aquesta època la Generalitat. En el capítol 6, l'elaboració del Mapa Sanitari, probablement l'actuació amb més impacte dins el món sanitari. Finalment, en el capítol 7, l'actuació a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Capítol 4

La Conselleria i les transferències

El 5 de desembre de 1977, el Molt Honorable President Tarradellas va crear el Consell Executiu de la Generalitat provisional amb dotze conselleries¹, cinc eren polítiques i set tenien cartera:

1. Governació.
2. Economia i Finances.
3. Ensenyament i Cultura.
4. Sanitat i Assistència Social.
5. Política Territorial i Obres Públiques.
6. Agricultura i Ramaderia.
7. Treball.

El president Tarradellas va nomenar els cinc consellers polítics en representació dels partits polítics i els consellers amb cartera. El president va nomenar el Dr. Ramon Espasa conseller de Sanitat i Assistència Social.

La Generalitat provisional no tenia cap competència i, per tant, tampoc hi havia estructura ni recursos per a la sanitat. La feina del conseller Espasa va ser construir la Conselleria i cercar les transferències dels serveis sanitaris de l'Estat. En l'organització de la Conselleria, el conseller Espasa va buscar reproduir l'esperit unitari del govern Tarradellas amb el nomenament de professionals amb sensibilitats polítiques molt diverses.

La Conselleria es denominava de Sanitat i Assistència Social, que era el nom que havia tingut en la Generalitat republicana, i incloïa dues branques competencials, la sanitària i la de serveis socials. Les dues primeres direccions generals que va tenir la Conselleria van ser la Direcció General d'Assistència Sanitària i la Direcció

¹ Generalitat de Catalunya. Decret de 5 de desembre de 1977, de nomenament dels consellers. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 5 des. 1977; (1)

² Generalitat de Catalunya. Ordre de 26 de setembre de 1978, de nomenament de Josep Artigas com a director general d'Assistència Sanitària i Agustí de Semir, director general de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 2 oct. 1978;(7).

³ Generalitat de Catalunya. Decret de 5 de juny de 1978, de nomenament de Pere Comas com a secretari general tècnic. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 15 juny 1978;(4).

⁴ La Generalitat y su relación con las Diputaciones. *Mundo Diario*. 26 ag. 1978.

⁵ Generalitat de Catalunya. Decret de 26 d'agost de 1978, de cessament de Pere Comas, secretari general tècnic. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 26 set. 1978;(6).

⁶ Generalitat de Catalunya. Decret de 21 maig de 1979, de nomenament de Jaume Galofré com a secretari general tècnic del Departament de Sanitat i Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 16 juny 1979;(23).

General de Serveis Socials. El 26 de setembre de 1978 es va nomenar el Sr. Josep Artigas director d'Assistència Sanitària i el Sr. Agustí de Semir, director de Serveis Socials².

La principal tasca de la Generalitat del període 1977-1980 va ser la construcció d'una estructura orgànica amb competències i recursos humans i econòmics. Per a cada conselleria es va nomenar un secretari general tècnic. El de sanitat es va nomenar el 5 de maig del 1978 i va ser el Sr. Pere Comas³. Però la publicació d'un article del Sr. Comas⁴ va comportar que fos cessat de manera fulminant pel president Tarradellas el 26 d'agost del mateix 1978⁵. En l'article es defensava raonadament la possibilitat d'integració de les quatre diputacions catalanes en l'estructura de la Generalitat. El nou secretari general tècnic va ser Jaume Galofré, nomenat el 21 de maig de 1979⁶.

La Conselleria va crear per Decret de 9 d'octubre del 1978 el Consell Assessor, amb la finalitat de ser un "òrgan superior, consultiu i assessor en matèria de sanitat i assistència social"⁷.

Les transferències

La negociació de les transferències sanitàries de l'Estat era primordial per a l'inici de l'activitat de la Conselleria. Això va coincidir en el temps, precisament el mateix any 1977, amb la creació del Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. El Ministeri va incorporar la Direcció General de Sanitat del Ministeri de Governació, que estava dedicada fonamentalment a la salut pública i la Seguretat Social del Ministeri de Treball. Eren dos mons totalment diferents i, de fet, va costar molt encaixar-los. La Direcció General de Sanitat estava dedicada al control i la inspecció d'una àmplia gamma de normatives sobre el medi ambient i la salut pública. Per fer-ho tenia una xarxa provincial de "Jefaturas de Sanidad" amb un equip de tècnics. Sobre el terreny hi havia un personal tècnic: metges titulars, farmacèutics i veterinaris, que depenien dels ajuntaments.

La Seguretat Social era gestionada per l'Instituto Nacional de Previsión (INP), que tenia un pressupost gairebé equivalent

al de l'Estat, amb les seves pròpies fonts d'ingressos, les cotitzacions dels treballadors i els empresaris. A finals de l'any 1978, un any després de la creació del Ministeri de Sanitat, es va dividir l'INP en tres instituts: l'Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), l'Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO) i l'Instituto Nacional de Seguridad Social (INSS). L'INSALUD, per gestionar els serveis sanitaris; l'INSERSO, per gestionar els serveis socials, i l'INSS, per gestionar les pensions i també la Tresoreria, que seria única per a tot el sistema i ingressaria les cotitzacions.

A més, el Ministeri gestionava una sèrie de centres sanitaris hereus de l'època de les "luchas" contra la tuberculosi, les malalties venèries, etc. Aquests centres es van agrupar en una entitat autònoma que es va denominar Administración de la Sanidad Nacional (AISNA). D'altra banda, es va agrupar la gestió d'un seguit de centres socials en l'Instituto Nacional de Asistencia Social (INAS).

La situació ministerial era molt complexa en un període de molts canvis. Els primers esforços de la Generalitat es van dirigir a la transferència dels serveis sanitaris de la Seguretat Social. El mes de febrer de 1978, la Generalitat va aprovar els criteris polítics per establir un Fons Català de la Seguretat Social. El conseller Espasa, en informar sobre els acords del Consell Executiu, indica que l'objectiu era que "las cotizaciones de la Seguridad Social que dimanen de Cataluña deben quedarse y administrarse en Cataluña"⁸. Un mes després, el conseller va anunciar que es discutiria una ponència sobre l'assistència sanitària de la Seguretat Social, que inclouria les mutualitats laborals, l'Institut Social de la Marina, etc. La transferència de la Seguretat Social no es va assolir fins a l'època del conseller Laporte.



*Dr. Espasa i president Tarradellas, s'Agaró, 1978.
Recordant els decrets de s'Agaró de 1937*

⁷ Generalitat de Catalunya. Decret de 9 d'octubre de 1978, de creació del Consell Assessor de Sanitat. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 1 nov. 1978;(8).

⁸ Las cotizaciones catalanas a la Seguridad Social las administrará la Generalitat. *La Vanguardia Española*. 1 febr. 1978.

⁹ *La Seguridad Social en el marco de la Generalitat. La Vanguardia Española. 15 març 1978.*

¹⁰ *Espasa R. La paralización de las transferencias es incomprensible. La Vanguardia Española. 30 maig 1979*

¹¹ *Gobierno de España. Real decreto 2210/1979, de 7 de setembre, sobre transferències de l'Administració de l'Estat a la Generalitat de Catalunya en matèria d'agricultura, cultura, sanitat i treball. Butlletí Oficial de l'Estat (BOE). 21 set. 1979.*

Es va arribar a l'acord sobre la transferència dels serveis territorials de l'antiga Dirección General de Sanidad⁹. El 30 de maig de 1979, el conseller Espasa parlava a *La Vanguardia* del retard en les transferències, que s'havien pactat en la Comissió Mixta el mes d'octubre de 1978 i que havia aprovat el Consell de Ministres el mes de febrer de 1979, però que no s'havien publicat encara en el BOE¹⁰. La transferència, que es va fer a finals de l'any 1979, va consistir en els serveis que gestionava l'antiga Dirección General de Sanidad, que eren fonamentalment de salut pública. Es van transferir les competències d'inspecció i sanció en una sèrie d'àmbits i el personal de les quatre direccions provincials. Malgrat que moltes tasques estaven centralitzades, no es va transferir res dels serveis centrals del Ministeri.

El 7 de setembre de 1979, l'Estat va transferir a la Generalitat un paquet de traspassos en matèries d'agricultura, cultura, sanitat i treball¹¹. Per la seva transcendència històrica reproduïxo, a continuació, el text del real decret que va transferir a la Generalitat el paquet de sanitat.

Article quinzè. – U. Correspon a la Generalitat de Catalunya, en el marc de la planificació general sanitària de l'Estat, i dins del seu àmbit d'actuació territorial, l'organització, programació, direcció, resolució, control, vigilància, tutela, així com la sanció i intervenció en les activitats i serveis de competència de l'administració sanitària de l'Estat, relacionades a l'article següent d'aquest Real Decret.

Dos. Així mateix la Generalitat exercirà, en les matèries transferides, les funcions de la inspecció tècnica de sanitat sens perjudici de les actuacions que portin a terme els òrgans de l'Administració de l'Estat a efectes de coordinació i supervisió.

Tres. El règim previst en els apartats anteriors no produirà, en cap cas, duplictat d'actuacions entre els òrgans de l'Administració de l'Estat i els de la Generalitat de Catalunya.

Quatre. En aquestes matèries correspondran a la Generalitat, a més a més, les funcions d'estudi, recopilació de dades i informació i establirà el procediment adequat per a la

seva comunicació obligatòria, sistemàtica i normalitzada a l'Administració de l'Estat, d'acord amb la normativa d'aquest, a fi de garantir el compliment de les finalitats i objectius comuns d'aquest i d'obtenir un sistema sanitari coherent, harmònic i solidari.

Article setzè. – U. Es transfereixen a la Generalitat les següents funcions i competències quant a l'acció pública sanitària:

a) *El control sanitari de les aigües de begudes, aigües residuals, residus sòlids, contaminació atmosfèrica, vivenda i urbanisme, locals i edificis de convivència pública o col·lectiva i, en general del medi ambient en que es desenvolupa la vida humana. La Generalitat desenvoluparà, també, les activitats sanitàries relacionades amb els establiments i indústries molestes, insalubres, nocives o perilloses.*

b) *El control de la publicitat mèdico-sanitària a que [sic] es refereix el Reial Decret dos mil vuit cents vint-i-set/mil nou cents setanta set [sic] de sis d'octubre i disposicions que el desenvolupen o modifiquen.*

c) *Les competències que, en relació amb la policia sanitària mortuòria, atribueix el Decret dos-mil dos-cents seixanta-tres/mil nou-cents setanta-quatre, de vint de juliol, i disposicions complementàries, als òrgans de l'Administració de l'Estat.*

Per assegurar la necessària coordinació amb les altres entitats i òrgans competents en els supòsits de trasllats de cadàvers el recorregut dels quals sobrepassi el territori de la Generalitat, aquesta haurà de complir, en els seus propis termes, les exigències de comunicació previstes a l'article vint-i-nou i a l'apartat d) de l'article trenta-sis de l'esmentada disposició.

d) *L'estudi, vigilància i anàlisi epidemiològics dels processos que incideixen positivament i negativament en la salut humana, quedant obligada la Generalitat a comunicar al Ministeri de Sanitat i Seguretat Social les dades estadístiques*

obtingudes, així com totes les situacions epidèmiques que puguin detectar-se.

e) Els programes sanitaris tendents a la protecció i promoció de la salut, tals com els d'higiene maternal, infantil, escolar, industrial, laboral, esportiva, així com les accions sanitàries permanents en matèria de malalties transmissibles i no transmissibles, antroponozoonosi i educació sanitària.

f) El desenvolupament de programes de formació en matèria de salut pública coordinadament amb l'Administració de l'Estat, en la forma en què reglamentàriament s'estableixi. No obstant això, els Ministeris d'Educació, Universitats i Investigacions i el de Sanitat i Seguretat Social conservaran les competències que la vigent legislació els atorga a l'objecte de mantenir l'homologació de programes i titulacions.

g) *L'atorgament de l'autorització oportuna per a la creació, construcció, modificació, adaptació o supressió de Centres, serveis i establiments sanitaris, de qualsevol classe i naturalesa, inclosos els balnearis i les Entitats de l'Assegurança Lliure d'Assistència Medicofarmacèutica.*

Queden exceptuades de la transferència les autoritzacions que es refereixen als laboratoris i Centres o establiments d'elaboració de drogues, productes estupefaents, psicotròpics o similars, especialitats farmacèutiques i les seves matèries primeres i material instrumental mèdic, terapèutic o correctiu.

h) El control sanitari de la producció, emmagatzematge, transport, manipulació i venda d'aliments, begudes i productes relacionats directament o indirectament amb l'alimentació humana, quan aquestes activitats es desenvolupin a Catalunya.

Dos. En l'exercici de les funcions contingudes en el número anterior, *s'entendrà que els criteris tècnics d'aplicació seran els continguts en les instruccions que, amb caràcter general, dicti el ministeri de Sanitat*

i Seguretat Social o que resultin de l'aplicació de tractats internacionals ratificats per l'Estat espanyol i publicats d'acord amb allò que es preveu en l'article primer del Codi civil.

Article dissetè. – U Passaran a dependre de la Generalitat les Comissions provincials de Publicitat Mèdico-sanitària existents en el seu territori

Dos. S'integrarà un representant de l'Administració Sanitària de la Generalitat en cada una de les Comissions provincials següents existents en el territori d'aquella.

Dos. U. Comissió provincial per a l'elaboració de l'avantprojecte de *mapa sanitari*, d'acord amb el que es prescriu a l'article primer coma dos coma b, del Reial decret dos mil dos-cents vint-i-u/mil nou-cents setanta-vuit, de vint-i-cinc d'agost.

Dos. Dos. Comissió Delegada de Sanitat, Seguretat Social i Assumptes Socials

Tres. Quan el Ple, subcomissions, comitès o ponències de treball de la Comissió Central de Sanejament i de la Comissió Central de Coordinació Hospitalària celebrin sessions sobre supòsits i qüestions de les seves competències, originades o desenvolupades exclusivament en territoris de la Generalitat, s'incorporarà a les dites sessions un representant d'aquesta.

Article divuitè. – Es recullen en l'annex III del present Reial decret les disposicions legals afectades per la transferència.

L'article quinze del Decret de transferències és un recordatori per activa i per passiva que qui mana és l'Estat i que la Generalitat ha de treballar d'acord amb les directrius de l'Estat i ha d'informar de tot el que faci a l'Estat. Per part de l'Estat, hi havia molta por de perdre el control. L'article setzè descriu les transferències i l'article dissetè adjudica a la Generalitat el funcionament d'unes comissions provincials que ja existien. La més significativa és la referent a l'elaboració del Mapa Sanitari.

Organigrama

El Decret del president Tarradellas que assignava els traspassos de sanitat a la Conselleria de Sanitat i Assistència Social porta data del 15 d'octubre de 1979¹², i aquell mateix mes es va publicar l'organigrama de la Conselleria per tal d'organitzar la gestió de les competències i, a continuació, es van produir una cadena de nomenaments.

L'organigrama del Departament de Sanitat i Assistència Social es va aprovar per un decret de 22 d'octubre de 1979 que es va publicar el 16 de novembre del mateix any¹³. L'organigrama establia que la Conselleria tindria tres pilars i cadascun d'aquests tindria una direcció general. A les dues direccions generals que ja existien, Assistència Sanitària i Serveis Socials, s'hi afegia una tercera, que es denominava Direcció General de Promoció de la Salut. Aquesta tercera Direcció General és la que va assumir la major part de les transferències rebudes per part del Ministeri de Sanitat i que corresponien a salut pública. L'estructura de la Direcció General de Promoció de la Salut tenia tres serveis: sanejament ambiental, higiene alimentària i promoció de la salut. D'aquesta Direcció dependrien també els serveis territorials, un per a cada província¹⁴.

Els nomenaments es van fer a continuació:

- Director general de Promoció de la Salut, Joaquim Enrech¹⁵
- Cap del Servei de Promoció de la Salut, Lluís Salleras
- Cap del Servei d'Higiene Alimentària, Pere Mercader
- Cap del Servei de Sanejament Ambiental, Josep Manuel González
- Cap de Servei dels Serveis Territorials a Barcelona, Felix Pumarola
- Cap de Servei dels Serveis Territorials a Tarragona, Alfred Bardají
- Cap de Servei dels Serveis Territorials a Lleida, Esteve Lamote de Grignon
- Cap de Servei dels Serveis Territorials a Girona (vacant)

¹² Generalitat de Catalunya. Decret de 15 d'octubre de 1979, assignant competències de sanitat traspassades a la Generalitat de Catalunya.

¹³ Generalitat de Catalunya. Decret de 22 d'octubre de 1979, pel qual el Departament de Sanitat i Assistència Social és dotat de la seva estructura bàsica. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 16 nov. 1979;(34).

¹⁴ Generalitat de Catalunya. Decret de 3 desembre de 1979, pel qual s'estructuren els serveis territorials de promoció de la salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 24 des. 1979;(37).

¹⁵ Generalitat de Catalunya. Decret de 29 d'octubre de 1979, de nomenament de Joaquim Enrech com a director general de Promoció de la Salut.

Les competències de sanitat transferides es van assignar al nou organigrama tot seguint l'estructura de l'article 16 del Decret de transferències:

- a) El control sanitari del medi ambient, que delimita en el medi ambient on es desenvolupa la vida humana: aigües de beguda, residuals, residus sòlids, contaminació atmosfèrica, vivenda i urbanisme, es va assignar al Servei de Sanejament Ambiental.
- b) La competència de controlar la publicitat en matèria sanitària es va desplegar al Decret de 17 de desembre de 1979, que es comentarà més endavant.
- c) Es referia a la policia sanitària mortuòria.
- d) Els estudis epidemiològics es van assignar a una secció específica del Gabinet Tècnic anomenada Epidemiologia i Informació Sanitària.
- e) Els programes de promoció de la salut es van encarregar al Servei de Promoció de la Salut.
- f) Es facultava la Generalitat per a la formació en matèria de salut pública. Per desplegar aquesta competència es va crear l'Institut d'Estudis de la Salut, que es descriu més endavant.
- g) La competència d'autorització per a la creació, modificació, adaptació o tancament de centres sanitaris (en quedaven exceptuats els laboratoris farmacèutics) es va organitzar en dos apartats: per una banda, l'autorització d'oficines de farmàcia, i, per l'altra, tota mena de centres sanitaris. Les oficines de farmàcia es van delegar als col·legis provincials de farmacèutics, i les autoritzacions de la resta de centres es van adjudicar a la Direcció General d'Assistència Sanitària.
- h) El control sanitari dels aliments es va adjudicar al Servei d'Higiene Alimentària.

Actuacions de la Conselleria

En aquest apartat es detallen les actuacions més significatives de la Conselleria, però es dediquen capítols específics a les actuacions de promoció de la salut, Mapa Sanitari i Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

La Conselleria va poder fer escasses actuacions, perquè entre el Decret de transferències i la celebració de les primeres eleccions al Parlament de Catalunya després de la Guerra Civil, el 20 de març de 1980, a penes passen cinc mesos.

Autorització de centres sanitaris

La competència d'autorització de centres sanitaris es va assignar a la Direcció General d'Assistència Sanitària, que elaborava el Mapa Sanitari. L'objectiu era que les autoritzacions fossin coherents amb les necessitats detectades en el Mapa. El Mapa Sanitari es descriu en un altre capítol.

Un tipus especial de centre sanitari, les oficines de farmàcia, va rebre un tractament específic. Mitjançant el Decret de 28 de novembre de 1979 es va delegar l'exercici de la competència



*Dr. Espasa, president Tarradellas i senyora, i els directius de la Clínica d'Amposta.
1ª pedra ampliació Clínica. 1978*

d'autorització per a la construcció, modificació, adaptació o supressió de les oficines de farmàcia en els col·legis provincials de farmacèutics¹⁶.

Hospitals comarcals

En un article titulat “Asistencia pública y hospitales comarcales” publicat el mes de febrer de 1979 a *La Vanguardia*¹⁷, el conseller Espasa parlava sobre els hospitals que hi havia en molts pobles de Catalunya que, tot i tenir la qualificació d'hospitals privats, eren en canvi fundacions benefico-privades o bé mutualitats sense finalitat lucrativa, i proposava democratitzar-los i vincular-los a la sanitat pública. Alguns d'aquests centres estaven concertats per la Seguretat Social a fi que els malalts no haguessin d'anar a les residències.

L'edició de *La Vanguardia* de 29 de juny de 1979 informava que les tarifes vigents dels concerts de la Seguretat Social amb els hospitals comarcals eren les mateixes de l'any anterior i que el dèficit econòmic dels hospitals era aclaparador¹⁸. El conseller Espasa es va reunir amb els hospitals amb vinculació municipal i va acordar fer de mediador amb la Seguretat Social. Aquesta mediació va fructificar i es va assolir un increment de les tarifes del concert en un 10%¹⁹, malgrat que de totes maneres l'aplicació de l'acord va ser desigual. Una altra reunió dels hospitals amb la Conselleria el mes de febrer de 1980 informava que alguns hospitals sí que havien rebut l'increment de tarifes mentre que d'altres, no²⁰.

Estudis i dictàmens

El conseller Espasa va encarregar una sèrie d'estudis i dictàmens sobre temes d'especial interès per a la sanitat catalana, que la Conselleria va publicar²¹. Els temes prioritaris van ser:

1. Assistència primària

L'Estudi es va encarregar al Dr. Joaquim Ramis, secretari de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears, i al Dr. Nolasco Acarín, director del Gabinet d'Assessorament

¹⁶ Generalitat de Catalunya. Decret de 28 novembre de 1979 autoritzant el conseller de Sanitat i Assistència Social a delegar la competència d'autorització per a la creació, construcció, modificació, adaptació o supressió d'oficines de farmàcia als col·legis oficials de farmacèutics. DOGC. 31 des. 1979;(38).

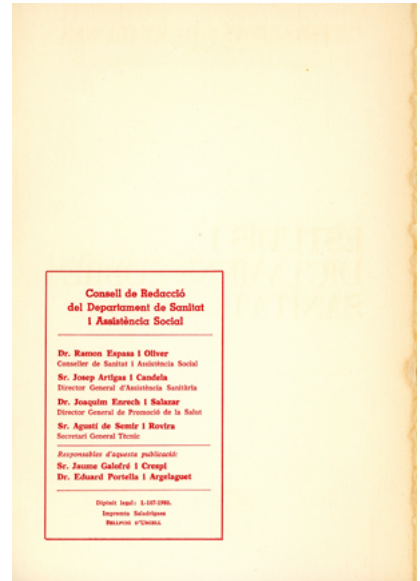
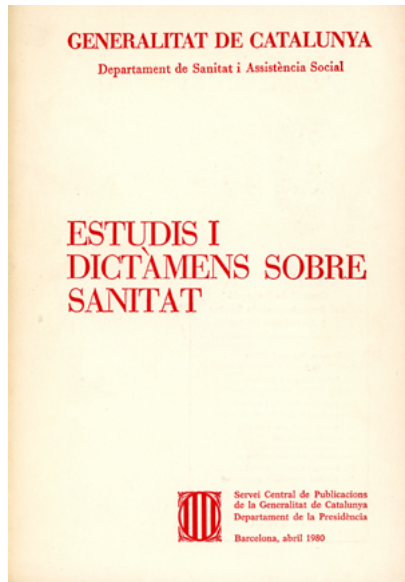
¹⁷ Espasa R. Asistencia pública y hospitales comarcales. *La Vanguardia Española*. 15 febr. 1979.

¹⁸ La Generalitat mediadora con la Seguridad Social, Los hospitales comarcales deben actualizar sus conciertos. *La Vanguardia Española*. 29 juny 1979.

¹⁹ Aumento de los conciertos Seguridad Social-hospitales. *La Vanguardia Española*. 14 nov. 1979.

²⁰ Reclamación de los hospitales a la Seguridad Social. *La Vanguardia Española*. 28 febr. 1980.

²¹ Departament de Sanitat i Assistència Social. Estudis i dictàmens sobre Sanitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.



*Coberta i contracoberta del llibre que recull els estudis encarregats per la Conselleria.
Anys 1977 – 1980*

i Promoció de la Salut. L'Estudi va analitzar la situació de l'atenció primària i va fer propostes sobre les atencions que s'han de considerar incloses en el primer nivell assistencial i sobre la forma com s'articula aquest nivell amb l'assistència prestada als hospitals.

2. Salut mental i assistència psiquiàtrica

Es va encarregar als doctors Ramon Bassols, Manuel Beltran i Josep M. Coromines. L'Estudi analitza la situació de la salut mental a Catalunya i presenta solucions que contemplen una línia d'assistència continuada al malalt mental.

3. Prescripció, dispensació i ús de medicaments a Catalunya

Encarregat als doctors Joan Ramon Laporte i Joaquim Bonal.

4. Informació i documentació sanitària

Estudi-dictamen encarregat als doctors Jordi Gol, Joan Clos i Esteve Lamote de Grignon.

Serveis socials

A primers de novembre de 1978 es va crear el Servei d'Assistència Social²² i es va nomenar la Sra. Pilar Malla cap del Servei d'Assistència Social²³. Oriol Domingo, periodista de *La Vanguardia*, va escriure la notícia en el diari de 9 de novembre i la va titular “La Generalitat impulsarà una ampla política social”²⁴.

El Decret de creació del Servei d'Assistència Social tenia els objectius següents:

- Aplicar la política de la Direcció General d'Assistència Social i la coordinació de totes les activitats a fi que fos possible executar la integració així com una acció conjunta i coherent.
- Portar a terme un estudi dels serveis socials existents a Catalunya.
- Posar en marxa programes de treball dirigits a disminuïts físics i sensorials, a disminuïts psíquics i a la tercera edat.
- Recopilar les estadístiques disponibles sobre totes les qüestions referents al treball social. L'activitat estadística tindrà un vessant de control de treball social fet i de les necessitats i demandes de la població a fi de facilitar constantment l'adequació del treball a les necessitats.

²² Generalitat de Catalunya. Decret de 2 novembre de 1978, de creació del Servei d'Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 16 nov. 1978;(9).

²³ Generalitat de Catalunya. Ordre 3 de novembre de 1978, nomenant la senyora Pilar Malla cap de servei d'Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 10 gen. 1979;(12).

²⁴ La Generalitat impulsarà una ampla política social. *La Vanguardia Española*. 9 oct. 1978.

Publicitat medicosanitària

L'Estat va traspasar a la Generalitat la competència de control i vigilància de la publicitat medicosanitària. L'Estat desenvolupava aquesta funció mitjançant unes comissions provincials que atorgaven un visat sanitari als autors d'un projecte de publicitat. La Generalitat va aprovar el Decret de 17 de desembre de 1979, en el qual va organitzar la gestió d'aquesta competència²⁵. En aquest Decret determinava que tots els centres sanitaris havien de demanar un visat previ a una campanya publicitària. A continuació prohibia als mitjans de comunicació acceptar qualsevol campanya que no tingués el visat previ. A cada província es constituïa una Comissió Territorial de Publicitat

²⁵ Generalitat de Catalunya. Decret de 17 de desembre de 1979, regulant l'exercici de les competències traspassades a la Generalitat en matèria de publicitat medicosanitària. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 24 gen. 1989;(40).

Medicosanitària i la gestió de tot el procediment s'encarregava al Servei de Promoció de la Salut.

Butlletí Epidemiològic de Catalunya

La Secció d'Epidemiologia i Informació Sanitària va publicar cada quatre setmanes el *Butlletí Epidemiològic de Catalunya* (BEC), el qual presentava les dades de les malalties de declaració obligatòria, així com qüestions sanitàries d'interès.

Institut d'Estudis de la Salut

La competència de formació en salut pública estava limitada a seguir els programes establerts per l'Estat, però permetia ampliar la formació amb titulacions no oficials. Per exercir aquesta competència es va crear l'Institut d'Estudis de la Salut pel Decret de 25 de febrer de 1980²⁶. L'Institut es va crear com a "organisme autònom del Departament de Sanitat i Assistència Social, amb personalitat jurídica pròpia i amb plena capacitat de contractar i obligar-se". Les funcions d'aquest organisme serien: "a) Portar a terme programes de recerca i estudi sobre la salut; b) Dur a terme l'especialització, reciclatge i perfeccionament de tècnics i professionals al servei de l'Administració sanitària, i c) Assessorar la Generalitat de Catalunya en aquelles matèries que li siguin consultades. L'Institut es regiria per una Junta de Govern i un director.

²⁶ Generalitat de Catalunya. Decret de 25 de febrer de 1980, de creació de l'Institut d'Estudis de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 5 març 1980;(48).

El disseny de l'Institut era molt més ambiciós que la simple impartició dels certificats que es feien en el període anterior. L'Institut es va posar en marxa en temps del conseller Laporte i va exercir una important activitat en formació sanitària i en recerca. El seu estatus jurídic va ser confirmat amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya de 1990.

Capítol 5

Promoció de la salut

El mes d'octubre de 1979 es va concretar l'organigrama de la Conselleria i es van assignar les responsabilitats sobre les competències transferides de l'Estat, la majoria d'aquestes, a la recentment creada Direcció General de Promoció de la Salut i als seus tres serveis: Sanejament Ambiental, Higiene Alimentària¹ i Promoció de la Salut. El conseller Espasa va nomenar cap de Servei de Promoció de la Salut el Dr. Lluís Salleras, que exercia una tasca en aquest àmbit a l'Ajuntament de Barcelona. El Dr. Salleras seria el responsable de Promoció de la Salut a la Generalitat durant els següents 25 anys. Els nomenaments van buscar integrar professionals que eren funcionaris de salut pública.

¹ Generalitat de Catalunya. Ordre de 19 de febrer de 1980, sobre control sanitari de la indústria i productes alimentaris. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 5 març 1980;(48).

Els programes de promoció de la salut

Un aspecte crucial de la promoció de la salut eren les vacunes, i el conseller Espasa hi va intervenir a principis de 1980. Una de les vacunes que s'aplicaven des de feia alguns anys era la vacuna antivariolosa, però com que havia tingut èxit, ja no hi havia casos de verola. El 7 de gener de 1980, el conseller va signar una ordre que deia: "Mentre subsisteixi l'actual situació d'absència de casos de verola, queda en suspens l'obligatorietat de la vacuna de la verola"².

² Generalitat de Catalunya. Ordre de 7 de gener de 1980, suspentent l'obligatorietat de la vacunació antivariolosa. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 21 febr. 1980;(44).

Un mes després, el director general de Promoció de la Salut Pública, el Dr. Joaquim Enrech, va signar una resolució amb un nou calendari vacunal³. Era la primera normativa d'envergadura que aprovava la Generalitat en matèria sanitària. Tots els infants de Catalunya serien vacunats d'acord amb unes vacunes i en unes edats regulades per la Generalitat.

³ Generalitat de Catalunya. Resolució de 8 de febrer de 1980, aprovant el calendari de vacunacions. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 29 febr. 1980;(47).

Es reproduïx a continuació el calendari vacunal aprovat l'any 1980.

Edat	Vacunes						
	DTP	Td	TV	DT	POT	Tub	Rub
3 mesos	x				x		
5 mesos	x				x		
7 mesos	x				x		
12 mesos			x				
18 mesos	x				x		
4-6 anys				x			
6 anys						x	
11 anys nenes							x
14-16 anys i cada 10 anys		x					

Vacunes:

- DTP (difterà, tètanus, catarro)
- Td (tètanus toxoide, diftèric tipus adult)
- TV triple vírica (xarampió, rubèola, parotiditis)
- DT (difterà, tètanus)
- POT (poliomièlitis oral trivalent)
- Tub (prova tuberculina)
- Rub (rubèola)

Una altra regulació significativa de l'àmbit de promoció de la salut va ser l'aprovació del Programa de salut escolar. Aquesta regulació es va fer mitjançant un decret signat el 17 de març de 1980 que aprovava el Programa d'exàmens de salut escolar⁴. Aquesta normativa obligava les escoles i els pares dels infants escolaritzats a participar en una revisió mèdica dels nens en els cursos de primer, cinquè i vuitè d'educació general bàsica. Les revisions s'havien de fer d'acord amb uns paràmetres que establia la Generalitat i els resultats s'havien de documentar tal com establia el decret en els annexos.

⁴ Generalitat de Catalunya. Ordre de 17 de març de 1980, d'aprovació i aplicació del Programa de salut escolar. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 16 abr. 1980;(56).

La tercera normativa significativa que va aprovar la Conselleria va ser el Carnet de salut infantil, mitjançant un decret de 17 de març de 1980⁵. El Carnet era un document que s'entregava als pares o les persones que tenien la custòdia de l'infant des del moment del seu naixement. En el document es feien constar dades clíniques sobre l'infant, de manera que qualsevol pediatre que atengués el nen disposaria d'aquestes dades de manera directa. El decret indicava que la millor opció seria que s'entregués el carnet en l'acte d'inscripció en el Registre civil, però aquesta gestió l'havien de fer funcionaris que no pertanyien a la Generalitat. En temps del conseller Laporte es va aconseguir que alguns registres provincials es fessin càrrec d'aquesta tasca.

⁵ Generalitat de Catalunya. Ordre de 17 de març de 1980, d'aprovació i distribució del Carnet de salut infantil. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 16 abr. 1980;(56).

Programa d'higiene maternal i infantil

Les tres actuacions anteriors van ser molt significatives en el terreny de la promoció de la salut. Es van aprovar al final de la legislatura del conseller Espasa i es van iniciar amb el conseller Laporte, que va succeir el Dr. Espasa. Però el Programa de promoció de la salut que va tenir més visibilitat va ser un programa de planificació familiar. Una ordre del conseller aprovava el Programa d'higiene maternal i infantil, que era precisament el nom de la competència traspasada, i afegia "informació sobre planificació familiar"⁶. L'ordre especificava que la gestió de la campanya la faria la Secció d'Inspecció i Programació de Serveis, que estava al càrrec de la Dra. Elvira Méndez. L'ordre indicava que la distribució del material de la campanya es faria a través dels ajuntaments, centres sanitaris públics i altres entitats o organitzacions que vulguin col·laborar en caràcter voluntari".

⁶ Generalitat de Catalunya. Ordre de 21 de març de 1980, d'aprovació del Programa d'higiene maternal i infantil i d'informació sobre planificació familiar i encarregant a la Direcció General de Promoció de la Salut la seva difusió. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 9 abr. 1980; (55).

La campanya va començar immediatament el 21 de març de 1980, un dia després de les primeres eleccions autonòmiques, i es van fer públics els cartells que informaven sobre la planificació familiar. La campanya es va anomenar "Cap embaràs no desitjat". Sara Fajula, en el seu llibre sobre planificació familiar⁷, descriu la campanya:

⁷ Fajula S. *El dret a la planificació familiar a Barcelona, 1971-1985*. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de Ciències de la Salut, Col·legi de Metges de Barcelona; 2021.

Els objectius principals de la campanya van ser conscienciar la població sobre la problemàtica del control de natalitat i difondre una educació sanitària sense tabús, explicant els mètodes anticonceptius disponibles i els seus efectes.

Es van imprimir 65.000 exemplars de tres models de pòsters: un va ser un pitet d'infant amb les paraules "Busco mare que em desitgi, entre 20 i 35 anys, de bona salut (... i amb dos germans en tindria prou)"; l'altre pòster portava "L'amor és cec, però tu cal que hi vegis clar. No renunciïs a la teva llibertat com a dona" amb una fotografia d'una dona amb els ulls embenats; i un tercer que deia "Anticonceptius: per evitar situacions compromeses", en aquest últim es mostraven tres mètodes anticonceptius per a les dones: la pastilla, el dispositiu (DIU) i el diafragma, cada un amb la fotografia corresponent. Al costat hi havia tres mètodes per als homes. També es van publicar prop de 50.000 exemplars de díptics informatius en català i castellà.

Per últim, una altra de les tasques de la campanya va ser la divulgació sanitària i per això es van imprimir 100.000 guies informatives en català i 50.000 en castellà. La guia era un manual d'educació sexual i reproductiva, amb el títol: "La manca d'informació és la mare de molts fills no desitjats".

El material es va idear des del punt de vista de les dones feministes de partits d'esquerra. Van participar directament en la creació les dones del Secretariat de la Comissió Nacional del PSUC i el disseny gràfic es va encarregar a Jaume Bach i Pilar Villuendas, dissenyadors gràfics.

⁸ Planificación familiar, El bloqueo de la campaña informativa es provisional. La Vanguardia Española. 29 març 1980.

La campanya i, especialment, els pòsters amb condons no van semblar gens bé al president Tarradellas, que la va aturar a finals del mes de març. El 29 de març *La Vanguardia Española* informava que la campanya s'havia bloquejat de forma provisional per part del president Tarradellas⁸:

Planificación familiar, El bloqueo de la campaña informativa es provisional

La Dra. Elvira Méndez señala que es competencia a ejercer por la Conselleria de Sanitat

El Consell Executiu de la Generalitat abordará en su reunión del próximo miércoles la campaña informativa sobre planificación familiar, iniciada por la Conselleria de Sanitat i Assistència Social y posteriormente paralizada por orden del president Josep Tarradellas.

Dada la ausencia del conseller Ramón Espasa, quien hoy sábado regresará de Lisboa, el president Tarradellas ordenó al secretario general técnico de la Conselleria de Sanitat, a través del director general de Asistencia Sanitaria, que suspendiese la mencionada campaña iniciada el pasado lunes.

El día 1 d'abril la coordinadora feminista, alguns partits polítics i sindicats es van manifestar davant del Palau de la Generalitat protestant per l'aturada de la campanya i recordant que els mètodes anticonceptius estaven legalitzats.

La reacció dels contraris a la campanya es va concretar en un editorial de *La Vanguardia Española* del día 2 d'abril, que reproduceixo complet a continuació⁹.

⁹ Editorial. *Una maniobra o una frivolidad. La Vanguardia Española. 2 abr. 1980.*

Una maniobra o una frivolidad

La noticia de que la Generalitat iba a comenzar una campaña orientadora sobre planificación familiar motivó la llegada de docenas de cartas de protesta a nuestra Redacción en el brevísimo plazo de veinticuatro horas. Este alud de cartas de los lectores amainó cuando se supo que el presidente Tarradellas había suspendido la campaña. Estas cartas son reflejo de un estado de opinión y abarca a un amplio sector de la sociedad. El tema es muy delicado e incide en la conciencia de las personas. Por ello no se puede tratar con la ligereza que ha demostrado la Conselleria de Sanidad y más teniendo en cuenta que

dicha Conselleria corresponde a un partido fuertemente ideologizado, como es el PSUC, cuya doctrina sobre la cuestión no es compartida por la mayoría de la población. El resultado de las últimas elecciones es revelador en este sentido.

Al anunciar la suspensión de la campaña, en la que no se había ahorrado ningún argumento al alcance de las mentes más sencillas, alguno ciertamente exagerado y que produce escalofríos, se dijo que el Consell, en su reunión de hoy, trataría el asunto. La excusa, digamos administrativa, que se utilizó para frenar la apología poco meditada de la planificación familiar, era que el Consell no había intervenido.

Nosotros creemos que este tema va más allá del acuerdo del Consell Executiu de la Generalitat. En todos los países ha sido y es, cuando aún no se ha resuelto en sentido adverso o favorable, una cuestión de Estado. Esto significa que previamente los partidos políticos que son opción de poder incluyen en su programa su posición al respecto, para que los electores sepan, al votar, qué les espera. O sea que, al margen de los problemas de conciencia que un tema tan difícil presenta, hay una preparación y una decisión política que va madurando lentamente. Largas discusiones, profundos debates y hasta consultas populares exclusivas ayudan a delinear la decisión final.

Aquí no ha ocurrido nada de eso. Los comunistas, por su cuenta y riesgo, han lanzado la campaña. Y es curioso que lo hicieran cuando las elecciones al Parlament demostraban que la tendencia del país iba por otros derroteros. ¿Había alguna jugada política escondida? Con esto no excluimos la posibilidad de que un día se adopte la planificación familiar, pero en todo caso el proceso será largo, meditado y complicado. No es problema de cuatro carteles más a menos audaces, sino del equilibrio consciente y responsable de todo.

El conseller Espasa recorda aquests fets⁷: “Em trobava fora, era a Portugal, vaig haver de tornar de seguida, anar-lo a veure al despatx

(el president Tarradellas). Vam estar discutint molt i finalment l'acord va ser que es retiraven els cartells del preservatiu, però la campanya continuava. Tanmateix, la campanya havia fet el seu impacte. I potser el que no vam fer va ser editar més cartells”.

La Vanguardia Española va reaccionar amb un altre editorial publicat el 16 d'abril¹⁰.

¹⁰ Editorial. *La Conselleria de Sanitat no tenía derecho. La Vanguardia Española. 17 abr. 1980.*

La Conselleria de Sanitat no tenía derecho

Tal y como decíamos ayer, la Conselleria de Sanitat i Assistència Social ha comenzado la entrega de carteles y folletos propagandísticos y divulgadores de anticonceptivos y de la limitación de nacimientos. El reparto del material se hace a través de los ayuntamientos y va destinado a centros educativos y hospitalarios. Es decir, de la escuela al dispensario, Cataluña quedará sometida a una atmósfera de planificación familiar.

El día 2 del corriente mes de abril, en un comentario editorial titulado Una maniobra o una frivolidad, expresábamos nuestro estupor y afirmábamos que la planificación demográfica es un problema de Estado y que sólo se puede aplicar por las instituciones después de un debate profundo en el que participe la sociedad entera. Una Conselleria, y mucho menos de una Generalitat provisional, no tiene derecho a tomar una decisión de este tipo.

Nos reafirmamos, palabra por palabra, en lo que entonces escribimos. Y decimos más. Es sorprendente que esta campaña comience cuando Cataluña acaba de elegir su Parlament, que en todo caso tiene que ser el origen del debate público. A no ser que la campaña se haya puesto en marcha ahora, con turbias complicidades, para burlar uno de los imperativos democráticos de la Institución parlamentaria, que es la representación de la voluntad popular. Porque, ¿a quién ha consultado la Conselleria de Sanitat i Assistència Social?

En el comentario editorial aludido decíamos que no nos oponíamos a la planificación familiar, si la reflexión completa y responsable y el bien de la sociedad la aconsejaban. Pero nos opondremos siempre a la ligereza o a la doble intención. El tema es delicado y nos permitimos recordar un libro que causó gran impresión en los años de la República: *Catalunya, poble decadent*, de Josep A. Vandellós. Hay que tener en cuenta muchos factores para decidir, además de los morales, que siempre han de merecer respeto. Ya sabemos que el tema no es nuevo y, desde Malthus a hoy, se ha escrito y discutido ampliamente sobre el mismo. Por cierto, que las teorías de Malthus eran capitalismo químicamente puro y por ello sorprende más que la iniciativa haya partido de una Conselleria regida por comunistas. Como es tremendamente capitalista el ‘a baby and a car’ (un hijo y un coche). Pero, en fin, esto es secundario ante el hecho de la decisión en sí, como podría ser secundario el mal gusto de algunos carteles realizados con algo que, si calificábamos de realismo socialista, añadiríamos que abominablemente ‘pompier’ y absolutamente desagradable.

El dia següent, 17 d'abril, el Dr. Laporte –que era diputat per CiU al Parlament– va anar a Lleida a donar una conferència sobre medicaments i allà el va entrevistar *La Vanguardia Española*¹¹:

¹¹ Es necesario potenciar la salud pública. *La Vanguardia Española*. 17 abr. 1980.

Es necesario potenciar la salud pública

El doctor Josep Laporte i Salas visitó Lérida al objeto de pronunciar una conferencia, organizada por la Juventud Médica de Lérida, con el título de “El peligro de los fármacos”.

El doctor Laporte elogia la labor realizada por el conseller de Sanitat: “Creo que el conseller Espasa ha realizado una labor remarcable. El Mapa Sanitario es un instrumento de trabajo que será muy útil sea quien sea el conseller de Sanitat”. Así se expresaba en Lérida el doctor Josep Laporte, firme candidato a la Conselleria de Sanitat,

aunque rechazó hablar del tema. “Sólo sé lo que dicen los periódicos”, se excusó.

Preguntamos al doctor Laporte acerca de su opinión sobre la campaña de planificación familiar emprendida por la Conselleria de Sanitat, toda vez que ha levantado también en Lérida una fuerte polémica entre partidarios y detractores. “Estoy de acuerdo con toda clase de información que se dé y sea útil para la salud pública. Entiendo que la información sobre ese tema era necesaria. No sé si yo hubiera hecho la campaña igual, aunque es posible que no. Pero en principio y en el fondo, *sí* es necesaria la información sobre ese tema”, declaró el doctor Laporte. El Dr. Santiago Dexeus va participar en el debat mitjançant una opinió publicada a *La Vanguardia Española* del día 22 d'abril¹²:

¹² Dexeus S. *La anticoncepción, de nuevo a debate. La Vanguardia Española. 22 abr. 1980.*

Libres opiniones, la anticoncepción, de nuevo a debate

Parece realmente anacrónico, el que el tema anticonceptivo siga suscitando en nuestro país enconados debates.

A raíz de una campaña orientadora sobre planificación familiar, que la Generalitat iba a comenzar, las redacciones de los diarios recibieron un auténtico alud de apasionadas cartas, unas a favor, otras en contra, pero generalmente todas con un denominador común, el apasionamiento.

No habiendo intervenido directamente en la Campaña de planificación familiar, pero habiéndome dedicado durante muchos años al tema de la anticoncepción, me considero en posición suficientemente ecuánime para opinar sobre aquélla.

Debemos recordar, en primer lugar, que el número de nacimientos se presenta estabilizado, en España, desde 1960. Si la población total crece, ello es debido a que desciende la mortalidad infantil y se prolonga la vida.

Teniendo en cuenta que en España existía un famoso artículo, el 415 del Código penal, que prohibía la anticoncepción y que dicho artículo fue anulado muy recientemente, se llega a la fácil conclusión de que, a pesar de la prohibición estatal, durante años, el pueblo español ha practicado la anticoncepción.

Evidentemente, al no existir reconocimiento oficial para la contracepción, esta se realizaba muy primitivamente, sin apenas acceso a los métodos científicos de común utilización en los países vecinos, sistemas que eran exclusivos de las clases sociales con medios económicos suficientes. Sin embargo, ya en época franquista, la píldora fue ampliamente comercializada, gracias a la pirueta legal de ser introducida como 'regulador del ciclo'. La situación era tan hipócrita que, con la democracia, el famoso artículo fue abolido sin apenas discusiones y se dio luz verde a la anticoncepción.

Sin embargo, han pasado meses, años ya, y ningún programa estatal coherente se ha ofrecido al pueblo español. Puede considerarse lógico que los organismos 'autonómicos' se sintieran obligados a ofrecer alternativas válidas al impasse oficial... Dentro de esta vía, podríamos incluir la campaña anticonceptiva de nuestra Generalitat, el exitoso curso que sobre Salud Escolar (incluyendo anticoncepción) organizó la Diputación de Valencia, o el curso formativo para ATS, estudiantes de medicina o personal no técnico dirigido por el Servicio de Ginecología del Hospital Provincial de Valencia. Al analizar la campaña en nuestro Principado, basándome en los pocos datos que he podido obtener, es posible que el mensaje fuera excesivamente contundente, que fuera incluso precipitado, pero estoy convencido de que a los organizadores de la campaña tan solo les ha llevado el afán de ofrecer una información sanitaria de utilidad pública.

Recordemos que la España franquista, firmó, junto con otros muchos países representados en Bucarest, una declaración en la que se explicitaba el 'derecho humano'

a tener el número de hijos que se deseen, declaración actualmente recogida por la ONU. Si la contracepción no se considera un derecho humano, es querer estar ciegos a situaciones que diariamente se plantean. La carestía de vida, la dificultad de vivienda, el costo de todas las necesidades indispensables, educación, transporte, etc.

¿Acaso es deseable el que las familias se hacinen en pisos diminutos?

¿Quizás desconocen quienes critican duramente la contracepción que, entre los jóvenes de 13 y 19 años estudiantes de Barcelona, el 32 por ciento practican relaciones sexuales?

¿Acaso el hijo nacido de una pareja de subnormales será bien acogido en nuestra sociedad actual?

Comprendo perfectamente y respeto a aquellas personas que por su confesión religiosa no acepten determinados métodos, pero no olviden quienes basándose en determinada confesión arremeten contra los métodos anticonceptivos que vivimos, aunque muchos no quieran enterarse, en un país pluralista, y el respeto de las propias ideas exige la misma actitud con la de los otros.

Todavía se oyen argumentos, tales como la anticoncepción favorecerá el libertinaje... Por favor, seamos un poco menos apasionados y seamos sinceros ante el análisis de nuestra sociedad actual; de lo contrario pasaremos a la historia como la generación de los ciegos. El libertinaje o la promiscuidad sexual no viene por el uso de los anticonceptivos. Ha sido sobradamente demostrado que, entre los jóvenes promiscuos, la utilización de anticonceptivos es bajísima.

La contracepción tan sólo evita los hijos no deseados, dando al acto sexual la espontaneidad que necesita para la completa gratificación de los *partenaires*. Suprimir la contracepción no va a mejorar nuestros valores morales concretamente sexuales, tan sólo provocaría angustias a

un notable número de ciudadanos que por fin ha visto un camino tranquilizador en su vida, generalmente conyugal.

Por último, en numerosas ocasiones centros dedicados a la contracepción se enmascaran con el aséptico título de Planificación familiar. A mí me parece erróneo, puesto que nadie es capaz de planificar la familia de otro, y si este otro no sabe cuál es el número de hijos que puede alimentar y educar, es mejor que no los tenga hasta que decida por sí mismo.

Y ya finalmente, refiriéndonos de nuevo a la campaña de la Generalitat, tan sólo quisiera advertir que un principio general básico en todas las programaciones es la de constituir primero las infraestructuras y estructuras capaces de absorber la demanda asistencial, antes que crear la necesidad sanitaria. Quizás sea éste un punto criticable de la campaña que se va a difundir.

Dr. Santiago DEXEUS

El conseller Espasa resumeix així l'efecte de la campanya⁷: “No hi havia centres de planificació, la legislació hi era contrària. La campanya va ser una pedrada a la consciència de la gent i una certa espurna de llibertat, i de dir: mira, es pot parlar d'això! Els condons poden estar penjats en una paret i les dones poden dir tranquil·lament que volen tenir els fills que de veritat volen!”.



Cartell de la Campanya de planificació familiar, 1980, 48x68 cm, DHub i mhcat

**L'amor és cec,
però tu cal que hi vegis clar.**



**No renunciïs a la teva
llibertat com a dona**

CAP EMBARÀS NO DESITJAT

GENERALITAT DE CATALUNYA  Departament de Sanitat i Assistència Social

**SOL·LICITA LA
GUIA INFORMATIVA SOBRE
MÈTODES
ANTICONCEPTIUS**

© 1980 Ramon Espasa. Jordi Soler. Foto: M. Vicens. Fotografies: J. Ferrer. DISENY: S. A. S. S. S. 1980

Cartell de la Campanya de planificació familiar, 1980, 48x68 cm, DHub i mhcat

Capítol 6

El Mapa Sanitari

El president de la Generalitat va encarregar al conseller de Sanitat i Assistència Social l'elaboració d'un mapa sanitari de Catalunya que inclogués un balanç de la situació sanitària en aquell moment i un projecte de territorialització dels serveis sanitaris.

L'elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya és l'actuació més significativa de l'època del conseller Espasa. El Mapa es va aprovar en un decret del president Tarradellas de 7 de gener de 1980.

A més de la publicació en el *Diari Oficial de la Generalitat*, es va publicar un llibre que va servir a molts professionals sanitaris d'aquella època per conèixer la realitat sanitària de Catalunya.



El Reial decret 2021/1978, de 25 d'agost, del Govern de la UCD

L'antecedent del Mapa Sanitari de Catalunya és un reial decret aprovat el mes d'agost del 1978 al palau de Marivent: “Real decreto 2021/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional”¹. A més del Rei, va signar el decret el ministre de Sanitat i Seguretat Social, Enrique Sánchez de León (primer ministre de Sanitat de la UCD). El Ministeri s'havia creat l'any anterior i agrupava la salut pública i la seguretat social, és a dir, l'antiga Dirección General de Sanidad del Ministerio de Gobernación i l'Instituto Nacional de Previsión (INP).

¹ Gobierno de España. Real decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa sanitario del territorio nacional. Boletín Oficial del Estado (BOE). 21 set. 1978;(226).

L'exposició de motius del Reial decret diu: “A fin de instrumentar y racionalizar todos los recursos de la comunidad capaces de atender a la protección de la salud, se precisa la configuración de una estructura territorial que, iniciándose en la Unidad Sanitaria Local, lleva a la tipificación de las regiones sanitarias, estructuradas como núcleos autosuficientes en la gestión de los medios asistenciales y en el desarrollo de los programas sanitarios y docentes, sin necesidad de abandonar su propio marco geográfico”.

El llenguatge de l'exposició de motius es críptic. Personalment, el nom de Mapa Sanitari em recordava un precedent francès, la “carte sanitaire”, establerta per la llei hospitalària del 31 de desembre de 1970. La “carte sanitaire” consistia en la divisió de l'espai geogràfic francès en 256 sectors sanitaris. La “carte” establia unes normes màximes de nombre de llits hospitalaris i un nombre màxim d'aparells d'alta tecnologia, per exemple escàners. L'objectiu era que davant la proposta d'un hospital d'ampliar llits o comprar nous equipaments, l'autoritat sanitària prenia les decisions d'aprovació o rebuig d'acord amb la situació del sector. Si el sector no havia arribat al màxim de llits hospitalaris o d'escàners, la proposta s'aprovaria; en cas contrari, es rebutjaria. El Reial decret, però, no deia res del nombre de llits necessaris, ni dels escàners que feien falta, només parlava de la divisió territorial.

El Decret del Mapa no va tenir efectes pràctics, però en canvi va facilitar, mitjançant un acord entre la Generalitat i el Ministeri de Sanitat, que la Generalitat pogués fer el Mapa per a tot Catalunya, i no per a cada província, com preveia el Reial decret, i això va obrir el camí per elaborar el Mapa Sanitari de Catalunya.

A continuació es revisen els antecedents de la planificació i la regionalització hospitalària a Catalunya, que van oferir una base per a l'elaboració del Mapa Sanitari.

Criteris d'ordenació territorial i hospitalària de la sanitat republicana

L'any 1917, la Mancomunitat de Catalunya havia encarregat al Dr. Jacint Reventós i Bordoy fer una regionalització hospitalària. L'encàrrec es va fer, però no es va arribar a publicar.

Amb la instauració de la Generalitat de Catalunya, l'any 1931, es va iniciar el procés d'estructurar la sanitat a Catalunya. La *Gaceta de Madrid* del 22 de maig de 1931 publicava un Decret de la Presidència de la República que, en l'article 1r, deia: "Se autoriza a la Generalidad de Cataluña para que realice los estudios conducentes al establecimiento de un plan de estructuración de los servicios sanitarios en sus diversos aspectos, exclusión hecha de todos aquellos que afecten, o pudieran afectar, a la Sanidad exterior para las provincias de Barcelona, Gerona, Lérida y Tarragona". Només feia 20 dies que s'havia proclamat la República.

El conseller de Sanitat i Beneficència, el Sr. Manuel Carrasco i Formiguera, va encarregar, l'any 1931, al Sindicat de Metges de Catalunya fer l'estudi i les propostes sectorials per a tota la sanitat catalana, incloent-hi projectes referents a la Seguretat Social. El Parlament de Catalunya va aprovar la Llei de bases per a l'organització dels Serveis de Sanitat i Assistència Social a Catalunya, Llei del 30 de març del 1934, en què per primera vegada es regulaven els serveis sanitaris mínims i es fixaven criteris per a l'ordenació territorial de la sanitat i dels hospitals. La Generalitat establia 5 hospitals terciaris situats a Lleida,

Tarragona, Barcelona, Girona i Manresa. D'aquests hospitals en depenien 24 hospitals comarcals. Aquest constitueix el primer estudi d'ordenació sanitària d'acord amb les modernes teories de gradació dels serveis assistencials. Encara que no va arribar a implantar-se, aquest Pla constitueix un precedent notable en l'organització territorial dels serveis sanitaris.

Altres treballs d'ordenació hospitalària (1969-1975)

La població a Catalunya havia augmentat molt entre els anys trenta i els setanta del segle xx i la concentració a l'àrea metropolitana de Barcelona havia crescut. Es van fer nous estudis per adequar l'ordenació hospitalària a la nova realitat.

L'any 1969, per encàrrec de la Diputació de Barcelona, es va elaborar un pla de regionalització hospitalària de la 5a regió hospitalària espanyola (Catalunya i Balears). Aquesta regió s'havia establert en la Llei d'hospitals del 1962, però no tenia cap efecte operatiu. L'hospital regional se situava a Barcelona, del qual depenien 7 hospitals de districte: Tarragona, Lleida, Girona, Manresa, Vic, Mancomunitat del Vallès i l'Hospitalet. Vinculats a aquests hospitals de districte hi havia 21 hospitals comarcals.

L'any 1975, el futur conseller Ramon Espasa i el futur director del GAPS Nolasac Acarín publicaven una proposta de regionalització hospitalària de Catalunya. En aquesta, el territori català s'organitzava en 5 regions hospitalàries amb 10 districtes. El gran creixement de les comarques del voltant de Barcelona explica que en aquestes es concentrassin 4 dels 5 hospitals regionals: Badalona, Barcelona, l'Hospitalet i Sabadell-Terrassa.

Una darrera aportació la constitueix l'estudi de regionalització hospitalària realitzat per Iberhospitalia sobre la 5a regió hospitalària espanyola. Es dividia el Principat en 5 subregions que convergien vers Barcelona ciutat i abastien tot el territori, i 14 districtes hospitalaris. Aquesta proposta presentava una similitud amb el pla de la Diputació de 1969 pel que fa a la concentració hospitalària a Barcelona ciutat, on conflueixen les 5 subregions proposades.

Tots els estudis esmentats aportaven, sota diferents perspectives, elements per a la racionalització en l'ordenació dels serveis sanitaris. Tots centraven l'interès en la jerarquització dels serveis hospitalaris i per aquest motiu s'anomenaven plans de regionalització hospitalària.

El Mapa Sanitari de la Generalitat

El Mapa Sanitari s'inicià amb el Decret de 15 de gener de 1979², que n'encarregava l'elaboració al conseller de Sanitat i Assistència Social, i s'acabà amb l'aprovació, per part del Consell Executiu de la Generalitat, del Decret de 7 de gener del 1980, que aprovava el Mapa Sanitari de Catalunya i la seva publicació³. A continuació es va publicar un llibre titulat *La sanitat a Catalunya: anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*⁴, que reproduïx el Decret i incorpora una sèrie de mapes.

El conseller de sanitat Ramon Espasa, en el pròleg del llibre del Mapa Sanitari, *La sanitat a Catalunya*, explica que en la proposta de territorialització dels equipaments sanitaris a Catalunya s'intenta aportar, a més, els elements bàsics de reflexió per a un nou model sanitari que permeti millorar i, fonamentalment, igualar els nivells de salut de tots els ciutadans, contribuint així a fer una mica més real el dret a la salut per a tothom. Per aconseguir aquests objectius, els principis inspiradors de l'ordenació territorial han estat: l'aproximació dels serveis sanitaris a tota la població i la integració de totes les funcions sanitàries (vigilància, assistència i informació); és a dir, la recerca d'un marc territorial que permeti dur a terme un model integrat i holístic dels serveis sanitaris, i que, finalment, es concreta en el concepte d'«àrea sanitària». El Dr. Espasa també assenyala que tot el treball per elaborar el Mapa Sanitari es va fer en el curt període d'11 mesos de l'any 1979. I la llarga llista d'agraïments que figura en el pròleg permet intuir el gran interès que va suscitar aquest treball en tots els estaments sanitaris: Corporació Metropolitana, ajuntaments, tots els col·legis de metges,

² Generalitat de Catalunya. Decret de 15 de gener de 1979, facultant el conseller de Sanitat i Assistència Social per prendre decisions per a l'elaboració d'un Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 1 febr. 1979;(14).

³ Generalitat de Catalunya. Decret de 7 de gener de 1980, pel qual s'aprova el Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 7 de març 1989 ;(49).

⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Assistència Social. *La sanitat a Catalunya: anàlisi i propostes*. Mapa Sanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.



Visita del geògraf Pau Vila a les oficines del Mapa Sanitari, 1979. A l'esquerra el Dr. Acarín i a la dreta el Sr. Artigas

farmacèutics, veterinaris i ATS, el Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS), els catedràtics de geografia Lluís Casassas i Enric Lluch i, fins i tot, l'encoratjament de Pau Vila, artífex de la divisió territorial de l'any 1932. El pròleg del conseller Espasa s'ha reproduït en la 3a part d'aquest llibre ("Ramon Espasa parla").

L'elaboració del Mapa la coordina el director general d'Assistència Sanitària, Josep Artigas, i hi participa tota la Conselleria i també molts tècnics externs. El Dr. Espasa menciona en els agraïments Hèlios Pardell, Nolasac Acarín, Ignasi Aragó, Miguel Angel Asenjo, Josep M. Carreras, Mercè Casas, Miguel Angel Palumbo i Roberto Polo. Igualment, tots els professionals del Departament de Sanitat, encapçalats pel jurista Jordi Goixens, l'economista Vicenç Ortún i l'epidemiòleg Andreu Segura.

El llibre *La sanitat a Catalunya*, que publica el Mapa Sanitari, conté 4 capítols, 4 annexos i 6 mapes.

Contingut:

Capítol 1. Marc general: geografia, demografia, transports, divisions administratives (57 pàgines)

Capítol 2. Situació sanitària actual (83 pàgines)

Capítol 3. Propostes d'ordenació sanitària (40 pàgines)

Capítol 4. Propostes d'ordenació territorial (80 pàgines)

El primer capítol descriu el marc geogràfic de Catalunya, els mitjans de transport i les divisions administratives. Destaca la situació demogràfica de Catalunya, que exposa molt clarament les dificultats per organitzar la sanitat territorialment en una població molt condensada a la ciutat de Barcelona i àrea metropolitana i molt dispersa a l'interior. Pel seu interès històric es reproduïx a l'annex d'aquest capítol la síntesi demogràfica del Mapa.

El segon capítol analitza l'estat de salut dels catalans i, després de manifestar la gran insuficiència de dades, es dedica a estudiar la mortalitat i les malalties de declaració obligatòria. Per estudiar la situació del medi ambient, els autors del Mapa elaboren un qüestionari que envien als ajuntaments. La resposta és molt variada i en el Mapa s'estudia la situació dels elements següents: a) abastiment d'aigües potables, b) aigües residuals i c) residus sòlids domèstics. A continuació, s'analitzen les dades sobre els recursos sanitaris físics i humans. Els recursos físics són hospitals, instal·lacions per a assistència extrahospitalària, oficines de farmàcia i ambulàncies. Les dades es refereixen al nombre de recursos, per exemple els llits dels hospitals, però no a l'activitat dels hospitals que aleshores no es coneixia. Els recursos humans estudiats són metges, farmacèutics, veterinaris, professionals de grau mitjà i altres professionals sanitaris. Per finalitzar el capítol es fa un recull de les normes jurídiques sanitàries, es fan algunes consideracions sobre la relació entre l'economia i la salut i es presenten dades sobre la despesa sanitària a Espanya. No hi havia dades de Catalunya en aquella època.

El tercer capítol presenta les propostes d'ordenació sanitària i aquí es defineix el model sanitari que es proposa per a Catalunya.



23.12.1979 Finalització del Mapa Sanitari. Brindant amb tots els membres de l'equip



23.12.1979 Finalització del Mapa Sanitari. Comentant els mapes

Propostes d'ordenació sanitària:

- Marc econòmic de la proposta
- Àrea de salut i sectorització
- Assistència primària
- Assistència hospitalària
- Nivells de complexitat

- Actuacions sobre el medi ambient
- Recursos humans
- Instrumentació juridicoadministrativa
- Línies generals d'estructura i organització

He reproduït més avall les propostes més innovadores del capítol 3.

En aquest capítol s'analitza com calia fer l'aprovació del Mapa Sanitari. El Reial decret 2221/1978 deia que l'aprovació corresponia al Ministeri de Sanitat, però l'Estatut de Catalunya recentment aprovat deia que “correspon a la Generalitat de Catalunya el desenvolupament legislatiu i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat en matèria de sanitat interior”. La conclusió del capítol era que el Mapa no era una legislació bàsica sinó una disposició reglamentària i que, per tant, corresponia a la Generalitat aprovar-lo, com així es va fer per Decret del president Tarradellas³.

El quart capítol presenta la divisió territorial. Es divideix Catalunya en 12 àrees de salut i en cadascuna de les 12 àrees es revisen els equipaments sanitaris que hi ha i es proposen reformes, millores o noves inversions.

Influència del Mapa Sanitari en la política sanitària catalana i espanyola

El Mapa Sanitari elaborat pel conseller Espasa va influir molt en les dues legislatures del conseller Laporte. En planificació sanitària, el conseller Laporte va fer el desplegament del Mapa Sanitari en el qual es van concretar les propostes del Mapa. La normativa de concerts del conseller Laporte es va basar en els nivells hospitalaris del Mapa, i es van deixar de banda els 21 nivells de tarifes que feia servir l'INSALUD. Quan es van contractar gerents per gestionar els serveis sanitaris de l'INSALUD transferit es van dissenyar àrees de gestió que gestionaven tant els serveis hospitalaris com els d'atenció primària.

La filosofia del Mapa va influir sobre la Llei General de Sanitat de 1986. En concret, el capítol III de la Llei està dedicat a les àrees de salut, articles 56 a 69. En l'article 56 legisla que les CA hauran de dividir el seu territori en àrees de salut i dins d'aquestes s'hauran de gestionar els serveis primaris i hospitalaris. Com a regla general, indica que s'han de fer àrees de 200.000-250.000 habitants. La direcció de les àrees inclourà la participació de les corporacions locals en almenys un 40% dels representants. En els articles 56 a 60 es defineix la direcció de les àrees, que tindran els òrgans següents: un consell de salut, un consell de direcció i un gerent. En l'article 61 es legisla la integració de la informació clínica dels pacients. En els articles 62-64 es defineix la reforma de l'atenció primària: zona bàsica de salut i centre de salut. Els articles 65-68 es dediquen a la reforma dels hospitals. Finalment, l'article 69 indica que els serveis sanitaris han de tenir autonomia i control democràtic de la gestió i una direcció participativa per objectius. També indica la necessitat de l'avaluació de la qualitat.

L'article 65 es va considerar llei bàsica, mentre que els altres, com que incidien en la capacitat organitzativa i aquesta era una competència de les CA, es van considerar llei de referència.

A Catalunya, la Llei General de Sanitat es va aplicar mitjançant la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya aprovada l'any 1990, en època del conseller Trias, i allà es va dibuixar un Servei Català de la Salut, que es dividia en àrees de salut, i es va establir la participació de les autoritats locals en els òrgans de govern.

Annex

Es reproduïeixen a continuació sis temes del Mapa sanitari que em semblen especialment representatius i innovadors:

1. Pròleg del Molt Honorable President de la Generalitat Josep Tarradellas
2. Demografia de Catalunya
3. L'àrea de salut

4. Propostes d'ordenació sanitària d'assistència primària, assistència hospitalària i actuacions sobre el medi ambient

5. Línies generals d'estructura i organització

6. Marc econòmic de la proposta

El primer annex recull el pròleg del llibre, escrit pel president Tarradellas, que ressalta la importància del Mapa Sanitari dins la política de la Generalitat provisional. El segon annex reproduïx l'anàlisi demogràfica de Catalunya, que ens va permetre a molts situar i entendre els grans reptes demogràfics del país. El tercer annex reproduïx el capítol en què es defineix el concepte d'àrea de salut, que va ser totalment innovador, i després va ser reproduït per la Llei General de Sanitat de 1986. La descentralització de la gestió sanitària en àrees de salut es va consolidar quan es va aprovar el Servei Català de la Salut en època del conseller Trias. L'annex 4 reproduïx les propostes d'ordenació de l'assistència primària i hospitalària que es van inspirar en el treball i la reflexió que s'havia fet a Catalunya durant la "Renaixença sanitària"; de fet, van ser la culminació d'aquella reflexió i van influir molt en la planificació posterior. L'annex 5 recull les propostes del Mapa respecte a l'estructura i organització del sistema sanitari. Finalment, en l'annex 6 es destaquen els aspectes econòmics de la sanitat que es van tenir en compte per primera vegada en un pla sanitari. Són totes aportacions cabdals en l'evolució de la sanitat moderna.

He reproduït el text del Mapa en lletra rodona i al final hi he afegit alguns comentaris en lletra cursiva.

1. Pròleg del president Tarradellas

Constitueix per a mi una gran satisfacció presentar com a realitat aconseguida el Mapa Sanitari de Catalunya.

Considero que és una de les realitzacions més notables que ha portat a terme la Generalitat en aquest període de temps durant el qual he tingut l'honor de presidir-la, i estic segur que mereixerà l'elogi i l'aprovació de tots aquells que vulguin

estudiar el pensament i els anhels que hi bateguen. El Mapa Sanitari de Catalunya ofereix una visió succinta, serena i de rigor, fonamentada en la realitat sanitària que tenim, i un projecte d'organització racional i ponderat dels futurs serveis de salut a casa nostra.

L'obra és sens dubte modificable i completable, però és evident que representa un exemple de treball seriós, fet amb un alt esperit de responsabilitat i amb una noble ambició de portar-lo endavant. Aquestes característiques el converteixen en un punt de partida i de referència imprescindible en l'endegament de la futura estructuració sanitària del nostre país. En efecte, en aquesta l'investigador trobarà les dades més útils que li calguin, dins l'ordenament lògic que les fa significatives.

El Consell Executiu de la Generalitat de Catalunya que naixerà una vegada constituït el Parlament català hi trobarà també les línies mestres d'una acció sanitària per realitzar, car tothom podrà llegir-hi i estudiar-hi a fons les causes més importants que expliquen la situació sanitària actual i les seves deficiències, però també hi trobarà motius de fundar l'esperança que Catalunya pot arribar a aconseguir uns serveis, en l'ordre de la salut, que siguin d'alta qualitat i eficàcia.

Per tot això és per a mi un motiu de profunda satisfacció poder presentar aquest important treball. Però al mateix temps em plau expressar la meua més cordial felicitació a l'Honorable Conseller de Sanitat i Assistència Social, senyor Ramon Espasa i Oliver. A ell devem, per la seva intel·ligència i fidelitat a portar a cap aquest Mapa Sanitari, que l'hagi pogut realitzaren un període de temps ben curt, si tenim en compte els treballs i les investigacions que ha calgut fer.

També voldria expressar el meu reconeixement als tècnics del Departament que regeix l'Honorable Conseller Ramon Espasa, per l'entusiasme i la serietat amb què han realitzat la tasca encomanada per ell, i a la col·laboració de les diputacions de Catalunya, de tots els ajuntaments de casa nostra i dels col·legis professionals. Aquesta col·laboració ha estat també valuosa, ja que ha permès de confeccionar en poc temps aquest Mapa

Sanitari de Catalunya que quedarà com una fita esplendorosa per al futur del nostre país.

A tots els organismes, com també a les delegacions territorials del Ministeri de Sanitat a Catalunya i a tots aquells que hi han intervingut també amb la seva tasca, sota la direcció de l'Honorable Conseller de Sanitat i Assistència Social, expresso la meva fervorosa felicitació i gratitud per una obra que directament o indirectament és i serà sense cap dubte de gran utilitat en la reconstrucció del nostre poble, i per fer possible que les nostres nobles i generoses ambicions siguin ben aviat realitat.

Josep Tarradellas

President de la Generalitat de Catalunya, març del 1980

2. Demografia

Catalunya ha tingut en el període 1950-1975 un creixement demogràfic molt intens, passant dels 3.200.000 habitants de l'any 1950 als 5.600.000 de l'any 1975. D'aquesta forma, la població catalana ha passat de representar l'11,6% del total espanyol de l'any 1950 al 16% de l'actualitat. El motor d'aquesta forta expansió demogràfica ha estat el fenomen migratori, bàsicament, per l'arribada d'elevats contingents immigratoris procedents de les regions rurals del sud de la península Ibèrica. L'acció del fet migratori ha incidit de dues formes diferents sobre la població catalana: a) directament, incrementant (de manera immediata) les xifres absolutes de la població resident a Catalunya, i b) indirectament, ja que la població immigrada és més "jove" que l'autòctona i prové de terres amb taxes de natalitat molt superiors a les catalanes, i ha provocat un fort increment dels nivells catalans de natalitat. En conseqüència, a mitjà i llarg termini, ha elevat substancialment el nivell de creixement vegetatiu, que cada vegada tindrà més participació dins de l'augment global de la població catalana. En la taula de la pàgina següent s'observa aquesta participació.

S'observa que, mentre en la dècada dels anys cinquanta el creixement total de la població catalana va ser del 21%

(7% vegetatiu i 14% migratori), els anys seixanta, amb un creixement total molt superior, que arriba al 30%, la participació dels dos factors tendeix a igualar-se (12% vegetatiu i 18% migratori). Finalment, els anys setanta, en només un quinquenni, el creixement vegetatiu ja passa a ser superior al migratori (6% enfront d'un 4,5%). Aquesta tendència és d'esperar que es confirmi en la segona meitat de la dècada actual pel relatiu manteniment del nivell de creixement vegetatiu i la caiguda de la immigració a causa de la crisi econòmica.

	1951-1960	1961-70	1971-75
Creixement vegetatiu	215.660	476.308	308.393
%	6,7	12,1	6
Creixement migratori	469.806	720.480	232.165
%	14,5	18,4	4,5
Creixement total	685.466	1.196.788	540.558
%	21,2	30,5	10,5

Creixement demogràfic en el període 1950-1975 a Catalunya

Tanmateix, aquesta expansió de la demografia catalana no ha estat homogènia, sinó que s'ha centrat en uns pocs focus que afecten només indirectament un segon grup de comarques que han conegut un lleuger desenvolupament, mentre un tercer conjunt de terres catalanes quedava marginat i totalment deprimit.

Dins del primer cas, caracteritzat per l'arribada de forts contingents immigratoris, elevades taxes de creixement demogràfic, rejueniment de la població, fort increment de la natalitat, caiguda de la mortalitat global, gairebé desaparició de la població ocupada a l'agricultura i accentuat augment de l'ocupació en els altres sectors econòmics, s'han de situar les cinc comarques de la Regió I i la major part de la Regió III (excepte l'Alt Penedès i l'Alt Camp, que més aviat s'escauriu dins del grup II) (mapa 2).

Les comarques demogràficament intermèdies presenten bàsicament les mateixes característiques de les anteriors, però més atenuades. Entre aquestes es poden considerar

la totalitat de la Regió II (tanmateix, el Gironès i l'Empordà tenen característiques més pròximes a les comarques del primer grup), la Regió VII (excepte el Solsonès i potser també el Berguedà com a àrees més deprimides), la Regió VI (amb dubtes per al Ripollès) i comarques aïllades com el Segrià, el Baix Camp i la Vall d'Aran, a més a més de l'Alt Penedès i l'Alt Camp, ja esmentats.

Finalment, les comarques deprimides ocupen la quasi totalitat de la meitat occidental de Catalunya i es caracteritzen per un continu despoblament, progressiu envelliment de la població, natalitat mínima, mortalitat global elevada i ocupació preferent a l'agricultura. Dins d'aquest conjunt de comarques, les més deprimides de totes se situarien en un ampli corredor prelitoral que aniria des de la Terra Alta fins a la Segarra, passant pel Priorat, les Garrigues i la Conca de Barberà. En situació només lleugerament menys desfavorable hi hauria la Regió IX (amb l'única excepció de la Vall d'Aran). Les altres comarques, com el Baix Ebre, el Montsià, l'Urgell, el Solsonès, etc., ja esmentades, serien les comarques menys regressives dins d'aquest tercer grup.

Resulta interessant analitzar l'evolució demogràfica de Catalunya del segle xx per posar el creixement del Mapa en context.

Població catalana

1900	2.000.000
1950	3.240.000
1975	5.663.000
2000	6.283.000
2019	7.566.000

Es pot veure que el creixement que analitza el Mapa entre l'any 1950 i 1975 va ser impressionant, gairebé es va doblar la població catalana. Els darrers 25 anys del segle xx, es va moderar molt el creixement i es va superar lleugerament els 6 milions. En la primera part del segle xxi es repeteix un altre increment important degut també a la immigració, però aquesta vegada provinent d'altres països.

3. Àrea de salut

L'àrea de salut es defineix per la identificació de l'àmbit físic que inclou un determinat contingent demogràfic, que presenta trets d'homogeneïtat en la seva anàlisi sanitària. L'àrea de salut serà la unitat de gestió i programació d'Administració sanitària de Catalunya, que es delimita tenint en compte els factors històrics, demogràfics, geogràfics, climatològics, socials, econòmics, laborals, culturals, etc., que, per tenir trets comuns dins l'àrea, condicionen la morbiditat i són origen de problemes sanitaris i ambientals similars. Per tant, l'àrea de salut serà el marc d'anàlisi, detecció de necessitats, d'elaboració de propostes i d'aplicació de programes de salut. L'àrea de salut serà la unitat de gestió fonamental per a l'organització dels serveis de salut, i dispositiu perifèric de l'Administració sanitària de Catalunya.

El contingent demogràfic de les àrees serà variable, perquè cal tenir en compte la dispersió en el medi rural, on contingents semblants a una gran ciutat suposarien un territori excessivament extens. La pretensió d'aconseguir un contingent demogràfic suficient no ha de portar a excedir-se en l'espai territorial que conforma una àrea.

L'àrea de salut oferirà als seus habitants el conjunt de serveis sanitaris i sociosanitaris fonamentals, de forma integrada, normalitzada i graduada.

- Vigilància i control del medi ambient, que comporta l'existència dels dispositius d'inspecció i control del Laboratori de salut.
- Assistència primària, que es refereix al conjunt d'atencions sanitàries i socials que tenen com a objectiu oferir el primer nivell d'assistència a la població, prop d'on viu el ciutadà. Aquesta assistència inclourà el conjunt d'actuacions preventives referides a les persones, i desenvoluparà els programes de prevenció i d'atenció específica als grups humans de més risc: infants, dones gestants, gent gran, treballadors, marginats socials.
- Assistència hospitalària i d'especialitats, tant en forma d'internament com de consulta externa, i amb el suport dels

necessaris serveis complementaris. D'acord amb la gradació assistencial, l'hospitalització de més alta complexitat pot no existir en totes les àrees, en el qual cas la petita contingència de pacients que la necessiti utilitzarà la d'una altra àrea pròxima.

- Informació sanitària, que permeti el coneixement i seguiment continuat de l'estat de salut de l'àrea i l'anàlisi dels resultats obtinguts pels serveis de salut.

La dotació personal i material de cada equipament i servei vindrà determinada per les necessitats i el nombre de població assistida. Així mateix, cada àrea haurà de disposar del nombre i la qualitat d'equipaments requerit per les seves necessitats. A curt termini s'hauran de racionalitzar i coordinar els actuals serveis sanitaris, aprofitant i millorant la qualitat assistencial dels equipaments ja existents, mitjançant la integració de l'oferta actual en els serveis de salut de Catalunya.

La qualitat de les prestacions sociosanitàries serà semblant en totes les comarques; per tant, s'establiran nivells mínims iguals per a totes les àrees. L'ordenació sanitària i el pla d'implantació sociosanitària seran instruments per a l'homogeneïtzació de l'oferta assistencial, i per a la democratització en l'accés als serveis de salut.

L'ordenació sanitària, en tant que marc d'una divisió administrativa per a aquests serveis, haurà de coincidir amb la divisió territorial definitiva del territori català. I també, òbviament amb les divisions que des dels diferents sectors es vagin establint (indústria, ensenyament, etc.). Les diferents necessitats de cada sector conduiran, de vegades, a diversos mòduls d'ordenació del territori, que caldrà resoldre sobre la base d'una divisió única que sempre pugui ser reproduïda per agregació o divisió de les diferents ordenacions sectorials.

L'àrea de salut és la innovació més important del Mapa Sanitari. No se'n parlava en el Reial decret de la UCD, i tampoc apareix en els antecedents de regionalització sanitària, que només proposaven una jerarquització hospitalària. L'àrea de salut que defineix el Mapa és una entitat territorial gairebé autosuficient

quant a serveis sanitaris, que ofereix als seus habitants la major part dels serveis necessaris, excepte les atencions en hospitals regionals. A la vegada que és una divisió territorial per a la planificació sanitària, també es proposa que sigui la unitat de gestió dels serveis sanitaris. El Mapa proposa una divisió territorial de Catalunya en 12 àrees de salut.

4. Propostes d'ordenació de serveis

Atenció primària

L'assistència primària és el conjunt d'atencions sanitàries i socials que tenen com a objectiu oferir el primer nivell d'assistència a la població, prop d'on viu el ciutadà. És doncs el marc en què es dona el primer i permanent contacte de tot ciutadà amb el sistema sanitari. Condició indispensable és la proximitat d'aquest servei a la població.

L'assistència primària ha de cobrir les funcions de promoció de la salut i prevenció de la malaltia, alhora que les atencions dirigides a guarir i rehabilitar el malalt.

Les tasques d'educació sanitària s'han d'exercir en aquest primer nivell perquè siguin eficaces. Amb aquest fi hauran d'establir-se les formes que permetin un suport i orientació dels professionals d'assistència primària en aquestes tasques.

La prevenció de la malaltia, en aquells aspectes dirigits a l'individu (vacunacions, en prevenció primària; seguiment de la població, per a la prevenció secundària), ha de ser exercida també a través de l'assistència primària. Té un paper determinant en la detecció dels problemes del medi ambient (contaminació d'aigües, etc.) amb influència sobre la salut.

L'equipament base de l'assistència primària serà el centre de salut. El centre de salut és el suport físic per al desenvolupament de les atencions esmentades. Aquest centre agrupa un conjunt de població que pot oscil·lar entre 4.000 habitants en un medi rural dispers, fins a 25.000 habitants en un medi urbà continu.

Hospitals

L'assistència primària és el punt de contacte de l'usuari amb el sistema sanitari a través del qual accedeix al conjunt de serveis. L'assistència hospitalària és l'altre gran pilar del sistema sanitari, que, en estreta coordinació amb l'assistència primària, haurà de resoldre el conjunt de problemes assistencials.

L'assistència hospitalària no és doncs una peça autònoma en el conjunt dels serveis de salut, sinó que constitueix un graó d'un conjunt integral.

L'atenció hospitalària ha d'incloure tant l'internament com l'assistència ambulatoria.

L'OMS defineix l'hospital com 'un element de l'organització sanitària i social, la funció del qual consisteix a assegurar a la població una assistència mèdica completa, curativa i preventiva, i els serveis del qual irradien fins a la cèl·lula familiar considerada en el seu propi context, i és també un centre d'ensenyament mèdic i d'investigacions biosocials'.

L'hospital serà, per tant, un recurs més de l'àrea de salut, que resoldrà les necessitats d'internament i adequarà la seva consulta d'acord i amb coordinació amb els centres d'assistència primària de l'àrea.

Considerem que l'hospital no és tan sols un centre d'internament, sinó que l'atenció ambulatoria a través d'unes consultes externes adequades i de les visites en els mateixos centres de salut del seu àmbit és una funció primordial d'aquesta institució. Alhora, tota aquesta activitat ha de ser suport per a la docència de professionals sanitaris i de recerca en el terreny de la salut.

S'han definit tres diferents nivells de complexitat denominats 1,2 i 3. Tots aquests amb 5 troncs bàsics comuns, sobre els quals es desenvoluparan les diferents especialitats que abastaran àmbits de població creixent. L'hospital de nivell 1 mantindrà les 5 especialitats bàsiques: medicina, cirurgia, obstetrícia, pediatria i psiquiatria.

Actuacions sobre el medi ambient

Les funcions per desenvolupar des del punt de vista sanitari han abastat dues grans àrees d'actuació. La primera es refereix a la vigilància o a la inspecció de les fonts de contaminació.

La segona inclou totes aquelles activitats de correcció que calgui instaurar per assegurar la preservació de la salut de la població.

Tanmateix, es troba a faltar un plantejament global del control del medi ambient que possibiliti la prevenció primària de les conseqüències nocives del desenvolupament econòmic. Aquest plantejament hauria de fer-se de manera interdepartamental i pluridisciplinàriament, tenint en compte tots els factors que hi intervenen. És a dir, que la pedra de toc del control del medi no és la inspecció de les activitats en funcionament –d'altra banda, imprescindible– ni la millora mitjançant mecanismes de correcció dels trastorns detectats –igualmente necessària–, sinó, sobretot, la utilització d'un seguit de normes estrictes i rigoroses, però realistes, que condicionin la instal·lació de les activitats amb repercussions sobre el medi, de tal manera que ja des d'un principi els riscos de contaminació es redueixin al mínim. El Govern de la Generalitat, doncs, haurà d'elaborar per a tot Catalunya una política de preservació i de promoció del medi que conjugui les exigències de cadascuna de les àrees afectades (treball, indústria, agricultura, ordenació del territori i sanitat) per tal d'establir un marc únic d'actuació, només a partir del qual serà possible d'evitar la interferència d'interessos entre diferents sectors. Una vegada decidida la política d'actuacions, els òrgans de cada Departament hauran d'esdevenir-ne els executors.

5. Línies generals d'estructura i organització

Nivell operatiu. Àrea de salut

Les direccions de salut i els consells de salut de les àrees seran els mecanismes operatius per assegurar la planificació i prestació dels serveis sanitaris integrals a cadascuna de les 12 àrees en què es dividirà Catalunya.

La direcció de salut comptarà amb un director de salut, expert, nomenat pel Departament de Sanitat i Assistència Social, prèvia consulta amb el consell de salut de l'àrea.

La planificació general elaborada pel Departament de Sanitat i Assistència Social serà el marc que orientarà l'actuació sanitària de les àrees. El director de salut és responsable davant el Departament de Sanitat i Assistència Social de la gestió, prestació, planificació i avaluació dels serveis en cada àrea sanitària i ha de vetllar perquè tota l'actuació operativa dins l'àrea sanitària quedi emmarcada dins les orientacions generals del Departament.

El consell de salut de l'àrea serà l'organisme consultiu i de suport de la gestió del director de Salut. El consell de salut intentarà també aconseguir la integració de les diverses opinions i posicions que puguin tenir els representants de l'Administració sanitària, els representants dels usuaris i els representants dels professionals sanitaris. S'articularen les formes adients per assegurar l'adequada representativitat dels usuaris de tot el territori que cobreixi l'àrea de salut, així com dels diversos sectors de treballadors i professionals sanitaris. Les competències genèriques del consell de salut seran:

- El control i la vigilància de la prestació dels serveis.
- La detecció de necessitats i insuficiències sanitàries i elaboració de propostes programàtiques per aconseguir la seva superació.
- La relació amb les autoritats de l'àrea o participació per delegació de membres en l'equip de gestió de la direcció de salut.

Al costat d'aquests dos organismes complementaris, la direcció de salut i el consell de salut, caldrà organitzar la participació i l'assessorament dels diversos sectors professionals perquè la seva opinió pugui ser adequadament integrada en les tasques de gestió i direcció de l'àrea.

El Departament de Sanitat i Assistència Social, un cop aprovat el pressupost general anual de la Generalitat pel Parlament de Catalunya, procedeix, d'acord amb les previsions i resolucions que prèviament s'haguessin adoptat, i en el marc del pressupost

global de despesa sanitària, a l'assignació de recursos a cada àrea sanitària per tal d'assegurar l'adequada provisió de serveis en totes les àrees sanitàries.

Nivell central

El Departament de Sanitat i Assistència Social serà el responsable davant el Consell Executiu i el Parlament de Catalunya dels serveis sanitaris de Catalunya. Sota la direcció i tutela del Departament de Sanitat i Assistència Social s'organitzarà un Consell Nacional de la Salut i un Servei Tècnic Central.

El Consell Nacional de la Salut serà l'organisme consultiu i d'assessorament al conseller de Sanitat i Assistència Social per tal de conformar les grans línies de la planificació i gestió sanitària a Catalunya. El Consell ha de servir per aconseguir que la prestació dels serveis sanitaris es doni des d'una perspectiva d'integració, amb la màxima participació dels representants de tots els sectors interessats i en un marc de recursos limitat.

Així mateix, en l'establiment de les línies programàtiques generals, el Consell ha de comptar amb les propostes de planificació i programació que hauran elevat els directors i consells de salut de les diferents àrees sanitàries per aconseguir un conjunt harmònic i operatiu dins dels criteris abans expressats. Caldrà també preveure, igual com es contempla en l'àmbit d'àrea, la creació de les comissions consultives específiques de professionals i d'àmbit nacional que es considerin necessàries.

6. Marc econòmic de la proposta

No es pot fer una proposta d'ordenació sanitària sense tenir-ne en compte el marc econòmic, polític i social [...]. Durant l'elaboració d'aquesta proposta, tres consideracions econòmiques han estat estrella polar de la nostra reflexió: a) l'eficiència econòmica, b) el grau d'equitat en la distribució dels recursos sanitaris i c) el finançament.

A) Eficiència econòmica

[...] Aquest augment de productivitat en el camp sanitari pensa aconseguir-se a dos nivells: primer i fonamental, mitjançant la millora en l'eficiència sanitària global; segon, a través d'una gestió més correcta de les unitats que componen el sistema sanitari.

Entre les mesures adreçades a millorar l'eficiència global, ací contingudes, podem esmentar:

- a) Contrapesar les tendències a l'hospitalocentrisme en benefici de les actuacions preventives i de l'assistència primària.
- b) Racionalitzar l'oferta sanitària tot evitant la duplicitat de serveis, la qual cosa no requereix un canvi en la dependència patrimonial dels centres, però sí un control indirecte sobre aquests.
- c) Implementar un model de gestió que permeti una millor adaptació a les necessitats sanitàries.
- d) Exercir el control de gestió de tot el sistema per l'epidemiologia avaluativa, disciplina en què millor es donen la mà l'economia i la sanitat.

Quant a les mesures destinades a millorar l'eficiència microeconòmica, les necessitats fonamentals són establir un diagnòstic encertat dels problemes que mereixen la màxima prioritat (camp en què torna a ajudar la gestió participada) i aplicar el sentit comú, lliure d'interessos creats, propi d'una gestió operativa moderna. El processament electrònic de dades, la investigació operativa o el pressupost per programes, a tall d'exemples, no són fites *per se*, sinó eines que cal utilitzar quan sigui oportú. No ignorem les dificultats que la gestió de centres troba, actualment, en el camp sanitari (definició d'objectius, mesura de resultats, etc.).

Moltes d'aquestes dificultats, no obstant això, quedaran molt pal·liades quan es millori l'eficiència sanitària global i els centres actuïn com el que han de ser, dispositius del sistema sanitari, i les que romanen són perfectament atacables sempre que no es perdi de vista la formació dels recursos humans adients.

És molt important destacar que dona molt pocs resultats cercar la racionalitat en una part quan impera la irracionalitat en el conjunt; moltes de les variables explicatives del funcionament correcte d'un hospital, per exemple, són externes al mateix hospital.

B) Grau d'equitat en la distribució dels recursos sanitaris

Les actuals disparitats segons classes socials, zones geogràfiques i entre medis urbans i rurals cal que tendeixin a desaparèixer. Per això, és necessari que la distribució dels recursos sanitaris abandoni la pauta històrica –puix consolida la desigualtat, atès que l'oferta determina la demanda (important llei de Say sanitària no destruïda pel keynesianisme)– i es faci en funció de la necessitat sanitària. Cal insistir en la distribució entre necessitat sanitària (determinada per la composició per edats, sexe de la població de cada àrea i la seva mortalitat i morbiditat) i demanda sanitària. Aquesta proposta s'adreça a la satisfacció equitativa de les necessitats sanitàries (es tracta de millorar les mitjanes dels indicadors sanitaris així com de reduir la seva desviació estàndard) i no a la demanda, atès que aquesta expressa només una part de la necessitat sanitària: aquella que té una expressió solvent. Vist que l'objectiu últim, quant al vessant distributiu que considerem, fora aconseguir la igualtat en els nivells de salut dels individus (fent abstracció de les influències degudes a l'herència biològica), no se'ns escapa que el tema queda fora de la influència del sistema sanitari “stricto sensu”; però acceptant que el factor explicatiu més important d'una distribució equitativa del nivell de salut és una distribució equitativa del nivell de renda, la proposta que ací presentem assolirà el seu objectiu distributiu en la mesura que s'avanci en el grau de conversió del sistema sanitari en un servei públic, i sempre que aquest avenç es financi mitjançant una fiscalitat progressiva. [...]

C) Finançament

Aquest tema s'escapoleix una mica de l'àmbit de les nostres propostes, atès que el règim de la Seguretat Social és, constitucionalment, competència exclusiva de l'Estat. [...] L'origen dels recursos esmentats en qualsevol cas ha de venir, cada vegada més, d'un sistema fiscal modern i progressiu del qual –per comparació amb altres països europeus– estem encara molt allunyats. Aquesta serà l'única manera vàlida de fer efectiu el dret a la salut que la Constitució reconeix a tots els ciutadans.

Capítol 7

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

¹ Bohigas
Santassusagna L.
La modernització
de l'Hospital de
la Santa Creu i
Sant Pau (1965-
1980). Gimbernat
(Barcelona).
2020;73:153-167.

La situació de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau era molt complicada l'any 1977. Feia deu anys, el Dr. Carles Soler Durall havia començat la modernització de l'Hospital¹, que tenia per objectiu transformar un hospital de beneficència en un hospital modern. Per fer-ho havia contractat personal sanitari i auxiliar i havia fet reformes i inversions per tal de poder oferir una medicina moderna i de qualitat. La modernització s'havia



Entrada principal de l'Hospital de Sant Pau (Foto Quim Roser / Departament de Cultura GENCAT)

finançat amb el patrimoni de l'Hospital i aquest havia minvat considerablement. L'any 1972 es va assolir un concert amb la Seguretat Social que aportava fons econòmics al centre. El concert tenia unes tarifes per sota dels costos i això va crear importants dèficits a l'Hospital que cada vegada costava més cobrir amb el patrimoni.

L'Hospital estava governat per la Molt Il·lustre Administració, un òrgan de govern establert en la fundació de l'Hospital l'any 1401 i que consistia en dos representants de l'Ajuntament de Barcelona i dos de l'Església. Ni l'Ajuntament ni l'Església tenien responsabilitats econòmiques en el centre, que es finançava amb deixes i donatius dels barcelonins. En el segle XIX i després de la Llei estatal de beneficència, se l'havia classificat com a centre de beneficència pública. Això era molt perillós perquè segons la legislació, l'Estat podia quedar-se'n amb el patrimoni per exercir les seves competències de beneficència. L'Hospital, que aleshores es denominava de la Santa Creu, i altres hospitals catalans van litigar per poder transformar-se en centres de beneficència particular i així protegir-se jurídicament.

L'any 1978, un any crucial per a l'Hospital

L'any 1977, en constituir-se la Generalitat provisional, la MIA es va adreçar al president Tarradellas per cercar la col·laboració de la Generalitat. Tant el president com el conseller Espasa van veure amb bons ulls aquesta aproximació i es van establir converses per tal de contribuir a una redefinició de l'Hospital.

La vida econòmica de l'Hospital l'any 1978 pivotava al voltant de dos esdeveniments crucials: per una banda, la negociació del conveni col·lectiu que fixava el volum de despesa i, per l'altra, la negociació amb la Seguretat Social que establia el volum d'ingressos. Les dues negociacions van ser particularment difícils l'any 1978 i en les dues hi va participar de manera decisiva la Generalitat i, particularment, el conseller Espasa.

La negociació del conveni col·lectiu es va produir el mes d'abril del 1978 i el context era molt complex. Per una banda, els

Pactes de la Moncloa impedién una renovació automàtica del conveni col·lectiu i, per altra banda, hi hauria les primeres eleccions sindicals el mes de març. En aquestes eleccions va triomfar CCOO, que va guanyar 11 delegats, els altres 11 van ser independents, la major part, metges de l'Hospital. La negociació del conveni va ser molt complicada i l'Hospital es va posar en vaga. El conseller Espasa va fer de mitjancer i el dia 22 d'abril del 1978 es va signar el conveni col·lectiu. L'autoritat moral de la Generalitat havia fet raonar les dues bandes.

Més complicat va ser el conveni amb la Seguretat Social, en el qual la Conselleria es va implicar molt amb reunions tant a Madrid com a Barcelona, però que no es va signar fins al 22 de desembre de 1978.

Les dificultats amb la Seguretat Social no van ser només la discussió del concert, sinó que la Seguretat Social va castigar severament l'Hospital. El càstig va consistir a retenir el pagament de 70 milions de pessetes i desviar malalts a altres hospitals. Els motius eren, per a la Seguretat Social, que l'Hospital no complia el concert vigent. Un dels punts fonamentals del desacord era que els pacients que finançava la Seguretat Social havien de portar un document expedit per l'inspector del seu domicili d'origen (que es denominava P-10), que podia ser d'una altra població de Catalunya o de fora, per tal de ser admesos a l'hospital. L'inspector, que la Seguretat Social va ubicar físicament a l'hospital, va aplicar aquesta regla de forma estricta i l'Hospital va trobar-se amb llits buits i, per tant, sense poder facturar estades. *La Vanguardia* titula la notícia "La postura del INP repercute económicamente en el H.S. Pablo"². Degut a això es van endarrerir les nòmines al personal de setembre i desembre de 1978. El personal es va manifestar pel centre de Barcelona i davant la seu de l'Instituto Nacional de Previsión, a la cruïlla Balmes-Gran Via. Per fer possible el pagament de la nòmina, la Caixa va fer un préstec de 100 milions de pessetes a l'Hospital avalats pel mateix president Tarradellas.

² La postura del INP repercute económicamente en el H. S. Pablo. *La Vanguardia Española*. 27 ag. 1978.

La nova Junta de Govern

L'aportació més important a la governança de l'Hospital la va fer el conseller Espasa, tot incorporant la Generalitat en el govern de l'Hospital. Això es va assolir mitjançant un pacte entre la Generalitat, l'Ajuntament de Barcelona i l'Església, que es va signar el 31 de juliol de 1978 i que es va publicar en el *Diari Oficial de la Generalitat* de 16 de setembre de 1978³ i que, per la seva transcendència, reprodueixo a continuació:

A la ciutat de Barcelona, el dia trenta-u de juliol de mil nou-cents setanta-vuit, reunits al Palau de la Generalitat el president de la Generalitat l'Honorable Sr. Josep Tarradellas; el cardenal arquebisbe de Barcelona, Rev. Sr. Narcís Jubany i Arnau; l'alcalde de Barcelona, Excm. Sr. Josep Socias i Humbert, i la MIA de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, comptant amb l'assessorament del conseller de Sanitat i Assistència Social, el Sr. Ramon Espasa i Oliver, i ateses les següents consideracions:

Atès que des de l'acord de l'any 1401 tot el pes de la direcció i administració suprema de l'Hospital ha recaigut exclusivament sobre els quatre components de la Molt Illustre Administració.

Atès que la variació de les circumstàncies polítiques, socials i econòmiques d'aleshores ençà ha estat molt considerable així com l'augment de la complexitat de la gestió econòmica, tècnica i específicament hospitalària, i que aquestes raons recomanen que la direcció i administració siguin compartides amb altres persones que representin més amplament els ciutadans en llur qualitat de beneficiaris dels serveis que presta i ha de prestar l'Hospital i el mateix personal de tot ordre que porta la tasca hospitalària, per tal que un coneixement més directe i més complet de les necessitats, dels serveis i del funcionament de l'Hospital la capaciti per regir-lo amb el màxim d'encert en bé dels assistits i de la població en general.

³ Generalitat de Catalunya. Resolució de la Presidència de la Generalitat de 2 d'agost de 1978, que publica els acords de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 26 set. 1978.

Atès que la Generalitat de Catalunya és representativa dels ciutadans de Catalunya i ho serà cada vegada més a mesura que la seva implantació i l'amplitud de les seves funcions i poders vagin creixent, com s'espera, creiem indubtable que la seva intervenció en l'administració de l'Hospital és absolutament necessària i que cal que hi assumeixi una doble representació: la de la *pròpia* Generalitat com a òrgan de govern de Catalunya i la de tot el poble català.

Atès, però, que un canvi radical en l'òrgan suprem de direcció de l'Hospital podria suposar en aquests moments un trastorn considerable i possibles perjudicis per al personal i per als assistits, la qual cosa recomana una certa prudència i provisionalitat en les modificacions que cal implantar, sense perjudici de revisar-los, segons exigeixi l'experiència, i d'anar en un termini breu a la reorganització definitiva d'aquest òrgan i de l'estructura general de l'Hospital.

ACORDEN

Primer.- La constitució d'una Junta de Govern de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau a la qual la MIA delega totes les facultats necessàries per realitzar els objectius que s'expressen tot seguit.

Segon.- Aquesta Junta és l'*òrgan de govern, gestió, organització i administració* de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Tercer.- En conseqüència, ha de determinar les polítiques sanitàries bàsiques per al desplegament de la tasca confiada a l'Hospital. Ha de vetllar per la salvaguarda de la finalitat benèfica fundacional de les altres característiques que han estat en la intenció dels qui han configurat l'Hospital en la seva història, tot adequant aquest compromís a les formes pròpies de la societat d'avui.

Quart.- Ha de conèixer, controlar i avaluar els aspectes econòmics, estadístics i d'assistència de l'Hospital.

Cinquè.- Aquesta Junta de Govern queda constituïda de la manera següent:

- a) President, que serà nomenat pel president de la Generalitat de Catalunya.
- b) Dos vicepresidents, nomenats respectivament per l'Ajuntament i per l'Església.
- c) Tres membres designats per la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya.
- d) Tres membres designats per l'alcalde i l'Ajuntament, dos dels quals seran els corresponents a la MIA.
- e) Els dos membres de la MIA nomenats per l'arquebisbe i el Capítol Catedralici.
- f) Tres membres en representació dels treballadors i professionals de l'Hospital representants: un del cos facultatiu, un altre del cos d'infermeria i auxiliar, i l'*últim del personal administratiu i de serveis generals*.
- g) Un secretari tècnic nomenat per la presidència de la Generalitat, amb veu i sense vot.
- h) El gerent amb veu i sense vot.
- i) Els directors de les divisions de l'Hospital, amb veu i sense vot, quan els temes per tractar ho requereixin a judici del president de la Junta, o així ho demanin, com a mínim, cinc dels membres de la Junta.

La revocació i substitució dels membres de la Junta correspon a aquells que els hagin elegit o designat.

Sisè.- El funcionament de la Junta s'ha de regir per les normes que s'assenyalen a continuació.

- a) S'ha de celebrar una sessió ordinària cada setmana, el dia que s'acordi.

- b) Les altres sessions extraordinàries que calguin les ha de convocar el president, per decisió pròpia o a petició d'una tercera part dels membres.
 - c) Per prendre acords s'ha de trobar present, com a mínim, la majoria dels membres, llevat el cas d'aquells acords que exigeixin un nombre de vots superior.
 - d) Hi haurà acord sempre que votin a favor d'una proposta més de la meitat dels membres presents. Per excepció, l'aprovació del pla d'inversions anual, l'acomiadament de personal, la celebració i resolució de contractes de serveis o subministrament d'una durada superior a un semestre i l'aprovació i modificació de reglaments generals interiors de l'Hospital han d'exigir la conformitat de les dues terceres parts dels membres de la Junta.
 - e) L'execució dels acords de la Junta correspon normalment al gerent, excepte en el cas que s'hagués designat una altra persona o comissió.
 - f) El president ha de dirigir els debats i ordenar les votacions. Si no hi fos present, el substitueix el vicepresident representant de l'Ajuntament i, en la seva absència, el vicepresident representant de l'Església.
 - g) El secretari ha de cursar les convocatòries amb l'ordre del dia, els temes del qual són els únics que poden ser objecte de debat i acord, excepte quan en votació prèvia es decideixi altrament, atesa la urgència de l'assumpte. També ha d'aixecar acta de cada sessió, la qual serà aprovada al començament de la reunió següent, i a continuació l'han de signar el president i el secretari; l'execució dels acords, però, no ha d'esperar l'aprovació de l'acta, sense perjudici de les rectificacions que, si s'esqueia, calgués fer-hi.
- Setè.- El president de la Generalitat ha de constituir la Junta de Govern de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en el termini de 15 dies a comptar de la data de publicació d'aquests acords en el *Diari Oficial de la Generalitat*.

Així mateix, tant la Generalitat de Catalunya com el cardenal arquebisbe amb el Capítol de la Catedral de l'arxidiòcesi de Barcelona i l'alcalde amb l'Ajuntament de Barcelona es comprometen a elaborar en el terme d'un any un nou pacte que pugui substituir, tot adequant-lo a les realitats i necessitats actuals, el pacte fundacional d'aquest Hospital, ara configurat com una Fundació de Beneficència Particular, per convertir-lo en una Fundació Pública de Servei. I en senyal de plena conformitat dels acords i pactes que conté, signen el present document a la plaça i data que l'encapçalen,

Josep Tarradellas, president de la Generalitat de Catalunya

Narcís Jubany, cardenal arquebisbe de Barcelona

Josep Maria Socias, alcalde de Barcelona

Josep Capmany, Joan Maria Cascante, Josep Maria Dot,
Joan Angelot, membres de la Molt Il·lustre Administració

L'acord consistia a crear una Junta de Govern en la qual la MIA delegava la gestió de l'Hospital, no del patrimoni, que estava formada pels membres de la MIA, als quals s'afegia la Generalitat, que ostentaria la presidència. Per altra banda, s'hi incorporaven tres representants del personal de l'Hospital i un representant de les associacions de veïns, inclòs com a representant de l'Ajuntament. Les tres institucions es comprometien a transformar en el termini d'un any l'Hospital en una Fundació Pública de Servei.

La nova Junta de Govern va estar formada per:

President: Joan Gomis

Vicepresident 1. Alfons Cánovas (nomenat per l'Ajuntament)

Vicepresident 2. Joan Ros Petit (nomenat per l'Església)

Vocals: Josep Artigas, Hèlios Pardell, Santiago Marimón (nomenats per la Conselleria de Sanitat)

Josep M. Dot, Joan Angelet, Amadeu Petitbó (nomenats per l'Ajuntament)

Joan M. Cascante, Josep Capmany (nomenats per l'Església)

Personal de l'Hospital (elegits pels treballadors)

- Administrativa Urgències: Montse Colominas
- Tècnica Laboratori Hematologia: Maite Mitjavila
- Metge Cap Unitat Cures Intensives: Àlvar Net

Secretari tècnic: Joan Agut

Gerent de l'Hospital: J. A. Moreno Ruiz

La Junta de Govern es va presentar al personal de l'Hospital el 18 d'octubre del 1978. El president de la Junta, Joan Gomis, director de l'ONG Justícia i Pau, va demanar la col·laboració de tot el personal de l'Hospital. El conseller Espasa va fer la cloenda de l'acte, que es va glossar en el Butlletí de l'Hospital i que, per la seva importància política, reproduceixo a continuació (no el discurs en si, sinó la glossa que en va fer el Butlletí)⁴.

⁴ Butlletí de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 1978 oct.-nov.;(33).

Ramon Espasa

S'obre una nova dinàmica a l'Hospital

El conseller Espasa va començar el parlament expressant l'interès que havia tingut d'assistir en aquest acte i de presentar-se davant el personal. Va dir que amb la creació de la nova Junta s'obre una nova dinàmica a l'Hospital. Referint-se al tema de la sanitat, va fer al·lusió al fet que hem de veure el paper que jugaran els hospitals i quin model sanitari volem tenir.

Els hospitals finançats amb diners públics han de ser públics

El conseller va continuar dient que la tendència pública dels hospitals és clara, perquè tot el que es finança amb diners públics ha de ser *públic*, i aquest és el raonament pel qual es vol transformar l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau en una Fundació Pública de Serveis. Va assenyalar que, malgrat que tenim una herència de grans hospitals públics a Catalunya, els nous hospitals que es vagin creant dins la xarxa pública hauran de ser petits i tots ells amb dedicació a la docència.

Els hospitals no són una empresa

El Dr. Espasa va voler tocar el tema de si l'hospital és o no una empresa, declarant que no ho és, encara que per necessitats d'organització tingui un funcionament empresarial, que és diferent. Ve a dir que l'hospital és una comunitat de treballadors professionals que tenen un objectiu de salut per aconseguir. Ha d'haver-hi un acord de corresponsabilització, a la vegada que s'ha de democratitzar la vida de l'hospital, i això també vol dir que el poder de les decisions que es vagin prenent és més ferm, perquè respon a un plantejament democràtic. De la mateixa manera, la Junta de Govern és sobirana perquè té una composició democràtica i d'aquesta depèn la línia executiva: la gerència i les direccions mèdica, d'infermeria i administrativa.

Ha d'haver-hi una bona interacció entre la línia de decisions i la representativa, perquè d'ací vindrà l'èxit del funcionament de l'hospital.

EL MÉS IMPORTANT: DEMOCRATITZACIÓ,
TRANSPARÈNCIA DE LA GESTIÓ,
CORRESPONSABILITZACIÓ I NOU DISCURS POLÍTIC

A continuació, el conseller Espasa es va referir a la composició de la Junta de Govern, amb representants dels usuaris, de l'autoritat sanitària de Catalunya, i dels treballadors del centre, que en el futur s'hauria de preveure que fossin a parts iguals.

Va acabar fent indicació dels principals objectius que es persegueixen:

- Democratització de les estructures i transparència de la gestió, ambdós aspectes garantits per la composició de la Junta.
- Dinàmica de corresponsabilització necessària.
- Obertura d'un nou discurs polític entre les necessitats hospitalàries i els recursos que la societat pugui oferir.

Seguidament, el conseller de Sanitat va donar per acabada la sessió.

La negociació del concert amb l'INP

La Junta de Govern es va implicar molt, junt amb la Conselleria, en la negociació del concert de la Seguretat Social i al final es va aconseguir la signatura del concert 1978 a final d'any. Josep Artigas, director general d'Assistència Sanitària i membre de la Junta de Govern, ho va explicar en el butlletí intern de l'hospital⁵:

⁵ Butlletí de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. 1978 des.:(34).

El concert amb la Seguretat Social

Ara fa gairebé dos mesos i després de negociacions difícils es va arribar a un acord entre els representants de l'Institut Nacional de Previsió. Segons les darreres informacions, només petits detalls administratius fan que no s'hagi fet la signatura del document que consagri l'acord entre l'INP i la Junta de Govern de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (és possible que ja estigui signat quan surti aquest butlletí).

El nou acord reconeix l'alt nivell científic i tècnic assolit per l'Hospital i l'identifica al mateix nivell que les ciutats sanitàries de la Seguretat Social. Aquest reconeixement és el punt de partida per centrar totes les negociacions.

Per altra banda i simultàniament amb l'acord, es va fer un desbloqueig total de l'arribada de malalts cap a l'Hospital de Sant Pau, que al mes de juliol havia quedat aturada. Amb això s'ha establert una nova dinàmica que esperem que facilitarà la situació i bona marxa de l'Hospital.

El concert nou amb la Seguretat Social té unes característiques que fan més fàcil i assequible el càlcul econòmic i la prestació dels serveis. Fixa un preu únic per estada-dia, que correspon aproximadament al cost mitjà de les ciutats sanitàries de la Seguretat Social amb un increment d'un 15%.

Amb uns càlculs elementals, el nou concert suposa una millora econòmica en relació amb la situació anterior. Reconeix també la importància de la visita ambulatoria

i distingeix d'una manera que sembla clara i senzilla la primera de la segona visita.

A més a més, hi ha un tractament especial per a tot el que fa referència a la cirurgia cardíaca i respecta certs casos que valia la pena mantenir. Amb aquest concert s'inicia un nou camí que, per una banda, estableix mecanismes de control i inspecció i, per l'altra, atribueix una responsabilitat plena a l'Hospital en l'administració dels recursos. Ara per ara no es pot canviar el sistema dels P-10 i s'ha considerat el més adequat en aquest moment. Esperem que dins d'una nova normativa futura dels concerts es recorri a altres criteris en benefici de la simplificació de tràmits administratius i en favor de la millor assistència al pacient.

Per aconseguir una millor aplicació del concert hospital/INP i facilitar les relacions hospital/INP, s'ha constituït una comissió mixta entre l'Hospital i l'indicat Institut.

Les negociacions han sigut difícils i els inconvenients, greus. Això no ha limitat el nostre desig de defensar aquest Hospital com un més dins el conjunt sanitari de Catalunya. Som conscients que aquests moments són difícils, però tenim l'esperança d'arribar aviat a una solució satisfactòria per a tothom. Tals acords amb l'INP només són el començament d'una tasca de redreçament de l'Hospital.

Josep Artigas (Junta de Govern) 12-XII-78
(El conveni es va signar el 22 del XII del 1978)

Canvis en la direcció i renovació del pacte

L'any 1979 va començar amb la dimissió de pràcticament tot l'equip directiu. Va dimitir el gerent, José Antonio Moreno, i el director mèdic, Joan Nolla. Es va substituir el gerent, en qualitat de delegat de la Junta, el Sr. Santiago Marimón, i el director mèdic, el Dr. Miquel Rutllant.



Dr. Espasa i Dr. Laporte. Inauguració del pavelló Ave Maria com a seu de la Conselleria de Sanitat, 1983

Al mes de febrer hi hagué una altra vaga per la discussió del conveni col·lectiu i el mes d'abril se celebraren eleccions municipals i el nou alcalde democràtic va ser Narcís Serra.

En arribar el mes de juliol, no hi havia cap acord sobre com havia de ser el futur de l'Hospital i la Junta de Govern va deixar de reunir-se i el Sr. Joan Gomis, president de la Junta, va dimitir. La governança de l'hospital va quedar en suspens fins a final d'any, quan es va pactar un nou acord entre les tres institucions: Generalitat, Ajuntament i Església. Aquest acord deia que la Junta de Govern

continuava, però desapareixia la transformació en Fundació Pública i no es donaven terminis d'execució. El personal de l'Hospital no va estar gaire content amb aquest acord i va plegar de la Junta de Govern.

El mes de març de l'any 1980 hi hauria les primeres eleccions autonòmiques, CiU va formar govern i el nou conseller de Sanitat va ser el Dr. Josep Laporte. El Sr. Santiago Marimón va dimitir de les funcions de gerent el mes d'abril i es va obrir una nova etapa.

L'estructuració de la governança de l'Hospital es va assolir en temps del conseller Xavier Trias, en base al fet que la Generalitat va aportar patrimoni en forma del nou hospital i la gestió es delegava a una Fundació de gestió presidida per la Generalitat. El nou hospital es va inaugurar l'any 2009.

Part III

Ramon Espasa parla



Conseller Espasa. Any 1978

En aquesta part es recullen tres escrits del Dr. Espasa. El primer és la ponència que va presentar al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana; el segon és la conferència “Formació del cirurgià: present i futur”, i el tercer és el pròleg del llibre del Mapa Sanitari.

La promoció de la salut, objectiu primordial de la medicina i de l'organització sanitària

Ponència de Ramon Espasa al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, Perpignan 1976

Dels grecs ençà, dues actituds fonamentals han polaritzat les preocupacions i les inquietuds dels metges tant per entendre com per combatre les malalties. Els mateixos grecs ja les diferenciaren i les simbolitzaren en dues divinitats menors: Higiea i Panacea.

Higiea representava totes les potencialitats benèfiques de la influència del medi ambient en la prevenció i el manteniment de la salut. Panacea, en canvi, coneixedora de les drogues, simbolitzava la creença que les malalties poden ser guarides mitjançant la utilització enginyosa de substàncies derivades de les plantes o de la terra.

Aquestes dues actituds bàsiques, la prevenció mitjançant la modificació del medi ambient i la curació mitjançant la utilització de drogues i tècniques especials, han estat i són dos aspectes complementaris i inseparables de l'activitat mèdica. Al llarg dels segles i a causa dels desiguals coneixements que sobre aquestes dues àrees del saber han tingut els metges, ha senyorejat, ha predominat, tant una manera com l'altra d'entendre i, per tant, de combatre les malalties.

No resulta exagerat d'afirmar que fins molt recentment ha predominat quasi totalment en medicina la visió curativa i individual d'entendre els malalts i les malalties. És a dir, aquella actitud que els grecs simbolitzaven en Panacea. El progrés dels científics per arribar a construir una praxi realment científica i sortir dels àmbits de la màgia i de la fe s'ha dirigit fonamentalment a conèixer la 'màquina humana'. Fou necessari aïllar l'home, el cos humà, del seu context, les condicions materials i socials de

la vida, per fer-lo més comprensible i assimilable. Aquesta actitud de dissecció i fixació científica i experimental de l'objecte d'estudi –l'home malalt i la malaltia– ha resultat enormement profitosa, però portava com a conseqüència ineludible la preponderància d'aquella visió enfront de les malalties que els grecs encarnen en la deessa Panacea.

Un brevíssim resum de la història de la medicina permetrà veure com primer va aparèixer l'anatomia, l'estudi de l'estructura del cos humà, després vingué l'anàlisi de les formes anatomopatològiques que prenen les malalties i la morfologia començà a classificar les malalties. Finalment, i íntimament imbricat amb l'etapa anterior, aparegué el coneixement del funcionament normal i patològic del cos humà, és a dir, la fisiologia i la fisiopatologia.

A partir del 1935, el descobriment de les sulfamides per Domagk dona pas a la irrupció d'un potent i real arsenal terapèutic com no s'havia conegut fins aleshores. Apareixeran els més diversos fàrmacs i els antibiòtics. La validesa d'una visió individualitzada i resolutive d'apropar-se als problemes de les malalties tant pel que fa a llur estudi i comprensió com pel que fa a llur curació quedava des d'ara científicament confirmada.

En canvi, la consideració de la interrelació de l'home amb el medi i les conseqüències terapèutiques o patològiques que aquesta relació comportava va ser pràcticament oblidada fins al final del segle XVIII. De tota manera, importants excepcions, sempre aïllades i sense representar una real i continuada línia de treball, han existit. Una de les més importants, com ha assenyalat Farrington, és sens dubte l'obra de Bernardino Ramazzini, *De les malalties ocupacionals*, publicada el 1713. Aquest autor, impressionat per les condicions de treball dels netejadors de comunes de la ciutat de Mòdena, on ell vivia, inicià una formidable enquesta per descobrir i descriure les malalties que més freqüentment afectaven els artesans del seu temps, segons llur ofici. Estudià més de 75 oficis, i indicà en cada cas quines eren les malalties més freqüents i –fins on podia arribar amb els seus limitats coneixements– quines eren les possibles causes.

Un altre pioner en aquest terreny fou J. P. Frank amb el tractat *System einer vollständigen medizinischen Polizei*, començat a

publicar el 1779 i generalment considerat com el pare de la medicina preventiva. Una de les seves nombroses conferències i ponències, p. e., portava el significatiu títol de “La misèria del poble: mare de totes les malalties”.

Al Regne Unit, l'obra del pioner periodista i enquestador sanitari Chadwik representa un paper similar a la de J. P. Frank en el continent europeu. En el seu *Informe sobre l'estat sanitari de la població obrera del 1842* comprengué plenament la relació existent entre els habitatges poc salubres i l'augment de les malalties. Concloïa advertint el govern de la conveniència de construir cases en bones condicions higièniques per als obrers, a fi d'evitar la prolongació i difusió de les malalties.

A la segona meitat del segle XIX, la consolidació del concepte de microorganisme, que recollia des de les inicials aportacions de Leeuwenhoek i Spallanzani fins als definitius i inqüestionables experiments de Pasteur i Koch, tancà definitivament la polèmica sobre l'existència dels microorganismes i sobre la pretesa generació espontània de la matèria viva.

Sobre aquestes bases pogué aparèixer, ja científicament assentada, tota una nova actitud en medicina, la prevenció de les malalties a través del control del medi ambient, és a dir, la higiene de les aigües, dels habitatges, dels llocs de treball, etc., al marge dels progressos que representaren també la vacunació primer i l'antibioteràpia després.

En definitiva, el que interessa de remarcar és la potencialitat i fecunditat d'aquesta nova visió de l'activitat mèdica, la prevenció de la malaltia gràcies al coneixement dels elements multifactorials (biològics, socials, etc.) que en determinen l'aparició i el curs. En aquest sentit, la medicina preventiva actual ha superat ja àmpliament l'àrea d'on va sorgir, és a dir, el control i la prevenció de les malalties infeccioses i transmissibles. Avui, gràcies als estudis epidemiològics de metges, enginyers biomèdics, tècnics en salut pública, estadístics, etc., sabem que l'estat de nutrició, el tipus de vida i el grup social condicionen (més fortament que no pas l'herència genètica o l'origen racial) l'aparició de certs tipus de malalties en els grups humans. Siguin d'origen africà, indoamericà o europeu, sigui quin sigui la complexitat de llurs mescles

racials, les poblacions humanes suporten en general les malalties característiques de l'àrea geogràfica i del grup social en què han nascut i viuen. Mèdicament parlant, l'home és més un producte del seu medi que no pas de la seva herència genètica.

Un aspecte ja clàssic de les relacions entre societat i malalties és la desigual situació dels homes enfront de la mort i les malalties segons l'àrea geogràfica, l'època històrica i la classe social a què pertanyen. A França, Sully i Lederman han demostrat que l'esperança de vida és de 72 a 74 anys per a les professions lliberals, de 63 a 65 per als obrers i de 58 a 65 per als miners. A Londres, Douglas i Blomfield (*Children under Fever*, 1958) demostraren l'existència d'una desigual gravetat per a una mateixa malaltia segons la classe social a què pertanyen els infants que pateixen la dita malaltia. Varen veure que l'augment de morbiditat per a infeccions específiques com és ara el xarampió, la parotiditis, la pulmonia, etc. en les classes socials menys afavorides era petit respecte a la mateixa morbiditat en les classes altes. En canvi, sí que hi havia una gran diferència en la mortalitat que produïen aquestes malalties segons la classe social de referència. Aquests resultats suggereixen que la diferència entre els índexs de mortalitat segons la classe social és degut més a diferències en la gravetat de les malalties que no pas a diferències en la incidència d'aquestes. L'explicació d'aquest fenomen rauria en el fet que els infants de les llars pobres són més vulnerables per a unes mateixes infeccions, perquè estan subalimentats, viuen d'una forma més precària i la malaltia cursa en ells d'una manera més greu.

Hollingshead i Redlich (*Social Class and Mental Illness*, 1958) demostren també, a partir de les dades recollides a New Haven, que el nombre de malalties mentals psicòtiques i en particular les esquizofrènies és molt més elevat en les capes socials baixes. Dedueixen que és l'estructura de classe la principal determinant del nombre i la naturalesa de les malalties mentals. Finalment, també resulta socialment determinant que avui, en plena segona revolució industrial, les malalties més freqüents siguin els traumatismes (accidents de treball i accidents de circulació) i les neurosis. Malalties que no responen a un origen biològic, sinó que presenten un origen clarament antropogen; que no

representen un tret casual de l'organització de la nostra societat industrial i competitiva, sinó que tradueixen prou fidelment els caràcters deshumanitzadors d'aquesta formació social.

Si malaltia i salut, doncs, són sobredeterminades per la societat on es donen, sense oblidar, però, la base biològica que indubtablement tenen, és evident que la medicina no ha de ser concebuda sols com una forma de lluitar contra el dolor i la mort dels individus. Menys encara podrà definir-se com la restauradora de les possibilitats de supervivència dels homes, en funció d'una norma o d'un ideal de salut abstracte i intemporal.

Caldria remarcar que a més d'acceptar-ne el concepte biològic i científic, sempre que es pugui, s'ha de considerar també la interrelació dels aspectes socials de les malalties. Es tracta de reconèixer clarament que, a diferència dels conceptes de virus, inflamació, col·lagenosi o càncer, conceptes purament biològics, el concepte de *malaltia* té un contingut qualitatiu i valoratiu. Contingut que s'ha de buscar tant a dins (en l'aspecte biològic) com a fora de la malaltia (en les relacions socials). Així es podrà entendre, sense recórrer a la fàcil al·lusió a l'actual caòtica societat, per què s'utilitzen els poderosos coneixements biològics d'avui simplement per curar o millor pal·liar les pneumoconiosis, i en absolut per prevenir-les; per què els metges donen tranquil·litzants per a les neurosis en lloc d'ajudar el malalt a suprimir-ne la causa; per què recreen balsàmics i quimioteràpics respiratoris, en lloc de recomanar-los que respirin aire no pol·luït. La pol·lució atmosfèrica és exhaustivament estudiada en els efectes patògens que produeix en l'individu, però mai no és realment combatuda plantejant-ne l'eliminació completa. Es multipliquen les unitats de coronàries i els centres traumatològics a fi de recuperar el màxim nombre de malalts, i, en canvi, no s'és capaç de plantejar un tipus de vida que produeixi menys infarts i menys accidents de circulació. L'alcoholisme, l'excessiu consum de tabac, les malalties de la civilització (neurosis, estrès, fatiga industrial, etc.) no seran realment previngudes fins que no es canviïn molts dels postulats de la nostra societat productiva i competitiva. Per prevenir realment les afeccions pulmonars esmentades, els accidents de circulació, els infarts, l'alcoholisme, les neurosis per sobreexforç, etc., s'hauria de muntar un nou

pla de vida que entraria en contradicció amb els interessos d'indústries tan importants com les de l'automòbil, el petroli, el tabac i el vi, per mencionar-ne sols algunes. Òbviament, això representaria disminuir la competitivitat que caracteritza la nostra societat i és impensable sota les lleis de l'actual economia del benefici. La medicina queda, per tant, reduïda a curar, o millor dit pal·liar, les malalties que s'inscriuen en el marc de la nostra societat, però respectant sempre les regles del joc, actuant sempre individualment i sense plantejar actituds terapèutiques que posin en qüestió el funcionament del sistema, com molt encertadament apunta J. Cl. Poyack.

Des d'aquesta perspectiva, es pot comprendre que la praxi mèdica actual, a causa del seu enfocament predominant curatiu, comporta, a més de ser un mitjà de lluita contra la mort i per allargar la vida, que el discurs teòric de la medicina sigui un reflex de la societat productiva i competitiva en què vivim. Per superar aquestes deficiències conceptuals i reals cal plantejar-se un nou concepte de medicina, de malaltia i de salut, que inclogui i superi aquelles dues actituds mèdiques bàsiques o genèriques (actitud curativa, actitud preventiva) que hem apuntat. Sense entrar ara en l'anàlisi dels conceptes i coneixements positius que informen cada una d'aquestes actituds o concepcions en medicina, la forma d'enfocar els problemes és la que pel seu exclusivisme o dogmatisme pot arribar a invalidar els pressupòsits científics, i per tant pretesament neutrals, dels defensors (metges, sociòlegs, polítics) d'una forma o altra d'entendre l'activitat mèdica.

Per superar aquest repte teòric i social en la nostra actual pràctica mèdica, s'hauria de reconèixer que l'estructura assistencial actual no respon adequadament ni al nivell de desenvolupament de la nostra societat ni al de les diferents ciències o branques bàsiques de l'activitat mèdica.

Ens cal urgentment incorporar les ciències socials al discurs teòric i pràctic de la medicina, i alhora trobar una nova estructura organitzativa per a l'assistència sanitària que en promogui l'autèntic arrelament en les condicions de vida i en les relacions socials dels homes.

La promoció de la salut, en lloc de la lluita contra la malaltia, representa el gir copernicà que caldrà donar, tant per conciliar aquelles dues i genèriques actituds que apuntàvem –opció curativa, opció preventiva– com per aplicar el cabal de potencialitats de transformació i millorament social que avui comporten els coneixements mèdics.

La base organitzativa d'aquesta completa promoció i defensa de la salut haurà de ser un Servei Nacional de la Salut. Aquesta és una organització integrada, ordenada i normalitzada sota una sola direcció de les cinc bàsiques activitats sanitàries –prevenció, guariment, rehabilitació, higiene i epidemiologia, educació sanitària– de la població imprescindibles per aconseguir avui una eficaç defensa enfront de les malalties i un real millorament del nivell de salut en la societat.

Els dos grans objectius que hauria d'assolir un Servei Nacional de Salut són:

1. Superar els actuals desnivells en l'accés a l'assistència sanitària, tant entre les diferents classes i capes socials, com els purament geogràfics. Oferir realment igualtat d'oportunitats enfront de la malaltia i de la mort a tothom. En una paraula, ajudar a fer realitat un dret social avui reivindicat per les més àmplies capes de la població, el dret o la salut igual per a tothom.
2. Posar dempeus un eficaç dispositiu que, coordinant la medicina preventiva, la higiene i l'educació sanitària de la població amb l'assistència curativa, faci front de manera coherent a les malalties avui més freqüents.

Els èxits de la higiene pública en la prevenció de les malalties infeccioses parasitàries no ens serveixen ara per combatre les noves malalties del nostre temps, com les malalties cardiovasculars, degeneratives i els traumatismes (accidents de treball, accidents de circulació), que, com hem dit més amunt, tenen una causa preferentment social. Aquestes malalties sols podran ser dominades completament quan des de la nostra activitat sanitària siguem capaços de propiciar les modificacions i els canvis necessaris del medi natural i social que facilitin o comportin llur desaparició. Avui és evident la relació entre

nivell de salut i condicions econòmicosocials i ambientals. És per això que la política de les opcions productives, del desenvolupament de l'agricultura o la política dels transports i l'urbanisme influeixen directament en les condicions sanitàries de la població. Per això hauran de ser orientades, no sols basant-nos en les exigències del profit i del rendiment, sinó també pensant en la necessitat d'eleva a través d'aquestes la salut de la població. Per tant, la participació democràtica en aquestes opcions i en la mateixa gestió dels serveis sanitaris és, a més d'una exigència intrínseca als objectius de promoció de la salut, una activitat inseparable. La necessitat fins i tot de canviar el marc polític del país i de conquistar i eixamplar les bases de la democràcia a tota la vida del país és alhora una premissa i una conseqüència de la instauració i el funcionament d'un Servei Nacional de Salut.

Podríem resumir en uns punts genèrics els requisits més amplis que ha de comportar un Servei Nacional de Salut:

1. L'absoluta primacia en la participació o gestió democràtica dels usuaris i tècnics sanitaris a tots els nivells (Consell Nacional de Salut, Consell Regional de Salut, Consell Local de Salut). Sense una profunda participació democràtica, especialment dels sectors més interessats, això és, les més àmplies capes de població, serà difícil d'emprendre o de fer emprendre totes aquelles modificacions en l'estructura i en les relacions socials que, com hem vist, són causa de malaltia i de baixos nivells de salut. Són tan importants els interessos econòmics i polítics que una dinàmica sanitària d'aquest tipus, sens dubte, tocarà aquests aspectes. Sense l'impuls i el suport democràtic de la majoria de la població es farà difícil avançar en tantes i tantes reformes sanitàries imprescindibles, si volem realment passar a l'ofensiva i promocionar la salut de tots, en lloc de sols curar les malalties dels pocs o molts que les pateixen.
2. El Servei Nacional de Salut ha de ser el senyal d'alerta de totes les incongruències socials que es tradueixen en dèficits de salut i malalties, alhora que l'instrument per indicar i promoure les modificacions necessàries per atendre la salut de tothom.

3. El Servei Nacional de Salut ha de vetllar per la preeminència dels interessos públics –la salut de tothom– sobre els interessos privats –la salut de pocs individus–, tot reclamant de l'Administració de l'Estat els recursos operatius i administratius adequats.

Taula rodona: “Formació del cirurgià: present i futur”

Cinquantenari de la Societat Catalana de Cirurgia (1927-1977)

Barcelona, 18 d'octubre de 1977,
Col·legi de Metges de Barcelona

Ramon Espasa

La característica més general que permetria qualificar el model sanitari espanyol és el seu caràcter híbrid. Híbrid perquè el model espanyol ha aconseguit, amb espectacular tenacitat, recollir sols els aspectes negatius dels models sanitaris d'altres països.

Per una banda, s'ha construït un sistema que volia ser planificat (la SS ha creat, ha dissenyat i ha localitzat els seus centres sanitaris seguint uns criteris prèviament elaborats) però que sols es mostrava a través d'un dels seus perills: el burocratisme. Ara bé, 'la planificació' de la SS ha portat de bracet dos altres grans defectes:

- a) La massificació i consegüentment la deshumanització de l'assistència mèdica (tots coneixem els mastodòntics ambulatoris i les ingovernables i fredes residències de la SS).
- b) L'absoluta impossibilitat d'elecció de metges.

Per altra banda, el model liberal –lliure o privat– d'exercir la professió era i és omnipresent en el país, i simultaniejat per quasi tots els metges.

El caràcter lliure de l'exercici –independentment de la seva bondat en l'abordatge de cada cas individual– comporta indefectiblement la desigual concentració de professionals i centres sanitaris en les zones de rendes econòmiques més altes (desequilibri ciutat-camp o barri residencial-suburbi), en actuar sols en l'àmbit individual

i curatiu (deixa de banda la prevenció i fins fa molt poc la rehabilitació). Aquesta suposada i universal llibertat en l'elecció és il·lusòria, perquè sols tria metge qui pot pagar-s'ho.

En resum, tenim la suma de tots els aspectes negatius d'ambdós models: la rigidesa, per no dir impossibilitat d'elecció de metge, el burocratisme, la massificació, la manca de confiança. Alhora, patim una absència de planificació, o millor dit, una planificació (de la SS) que ha reforçat els desequilibris típics del model liberal: grans residències i ambulatoris sols a les ciutats, atenció als aspectes curatius ignorant la prevenció i promoció de la salut.

Els trets fonamentals del nostre model sanitari són, al meu entendre:

1r. La insuficiència de recursos assistencials i sanitaris.

2n. L'absència d'una adequada defensa i promoció de la salut, de la higiene ambiental, de prevenció de riscos laborals, inexistència d'educació sanitària.

3r. Una despesa sanitària molt elevada en farmàcia juntament amb una absència de control de comptes de la SS, etc.

4t. La manca de planificació i avaluació i, per tant, desorganització en el funcionament del sistema sanitari.

En aquest marc degradat i caòtic, quines podrien ser les línies de superació per canviar les coses? I en quina mesura aquests canvis afecten els hospitals i, més concretament, cenyint-nos al tema d'avui, la formació dels postgraduats en cirurgia?

Enumerarem ara les línies de millora més importants:

1a. Avui és plenament acceptada i reclamada (OMS, informes tècnics núm. 547, 566) l'estreta interdependència entre les escoles de medicina i les necessitats sanitàries d'un país, així com la planificació sanitària de l'esmentat país.

2a. La base o el perfil epidemiològic de cada país és el que en definitiva ha de guiar l'elaboració dels plans d'estudi. I si el perfil epidemiològic avui es considera fonamental per determinar els

plans d'estudi de les facultats —sempre genèrics, segons el grau de coneixements i la universalitat d'aquests—, encara ho és més a l'hora de delimitar els programes de formació dels postgraduats. Per tant, els tipus de cirurgians que ens fan falta han de dependre tant de la planificació sanitària i hospitalària de què ens dotem en el futur com de les malalties més freqüents en la nostra àrea d'actuació.

3a. La necessària modificació del quadre mèdic del país ha de venir a través dels adequats estímuls (científics, professionals i també econòmics) per adaptar-lo a les necessitats sanitàries reals. Això pot i ha de comportar el bloqueig de les especialitats més concorregudes i la reorientació professional.

4a. El cirurgià és un postgraduat que sols es pot formar i que sols ha d'actuar en el marc hospitalari. Per tant, dedicarem una certa atenció a la xarxa hospitalària tot recordant, però, que la xarxa hospitalària és sols una part de la planificació sanitària i potser no la més important.

Donada l'estructura demogràfica catalana, del tipus semiurbà com l'europea, podem preveure tres tipus fonamentals d'hospitals: l'hospital general, l'hospital de districte i l'hospital regional. Pot quedar, per tant, descartat el petit hospital local.

Parlar d'hospitals i de la seva importància sense caure, però, en l'hospitalocentrisme és de vital importància avui. Un sistema sanitari basat predominantment en la medicina hospitalària acaba en el fracàs econòmic, científic i social. Les atencions que presta l'hospital, també, han de ser globals (prevenció, curació, nivell biològic psicològic), integrades (funcionar com una sola unitat) i continuades (prolongació natural en el medi extrahospitalari).

Tipus d'hospitals que proposem: l'hospital regional és la capçalera d'una regió hospitalària. Hauria de tenir al voltant dels 1.000 llits com a màxim i incloure les especialitats més complexes, costoses i de menys incidència sanitària, no ho oblidem, com són per exemple: oncologia, trasplantament, neurocirurgia i cirurgia cardíaca, les unitats de recerca, etc. Població coberta d'entre 1.000.000 i 1.500.000 habitants.

L'hospital de districte disposarà de totes les especialitats excepte aquelles especialment assenyalades per a l'hospital regional, és a dir: ORL, oftalmologia, ginecologia, cardiologia, traumatologia, cirurgia general i digestiva, urologia, medicina interna, així com radiologia i laboratori. Nombre òptim de llits 400-600. Població coberta 200.000-500.000 habitants.

L'hospital general (comarcal en zona rural i de barri en zona urbana) ha de disposar fonamentalment de medicina interna, cirurgia general, traumatologia, obstetrícia, pediatria, radiologia i laboratori. Nombre òptim de llits d'entre 150 i 300. Població coberta d'entre 30.000 i 60.000 habitants.

Òbviament, un hospital regional o de districte és a la vegada hospital general per a la petita zona urbana que l'envolta. Fora d'això, compleix les seves tasques especialitzades de districte o regió.

De les funcions bàsiques de l'hospital (assistència, docència, recerca) ens interessa ara ressaltar la docència per l'estreta relació que té amb el tema que ens ocupa.

Donada una xarxa hospitalària normalitzada com la que proposem i donats uns requisits de qualitat per determinar (Comissió d'Accreditació Hospitalària), pensem que tots els hospitals públics haurien de fer docència –almenys de postgraduats–, és a dir, comptar amb plans de formació de residents.

En aquest sentit cal fer les precisions següents:

1a. Els tipus i el nombre de cirurgians per formar van lligats als previsibles i futurs llocs de treball i, per tant, als hospitals de què disposem i disposarem.

2a. Ha estat acord de la taula –i els meus companys ho detallaran més– proposar un període de residència de 5 anys en cirurgia. D'aquests, 2 anys serien comuns i 3 per a cada especialitat, inclosa la general i digestiva.

3a. Pel que fa a l'actual piràmide jeràrquica (residents, adjunts, c. Clínic, c. Servei), també pensa la taula que hauria de simplificar-se en el sentit genèric de cirurgia en formació, cirurgia responsable, cirurgia cap o coordinador.

Amb aquest pressupòsit podríem dir que la residència comuna (els dos primers anys) es podria i s'hauria de fer en tots tres tipus d'hospitals proposats. En canvi, els tres anys d'especialització caldria reservar-los als hospitals de districte i regió.

4a. Caldria exigir (i remunerar adequadament) una plena exclusiva dedicació durant el període de residència. Tot i acceptat el caràcter laboral de tota prestació de serveis, els residents haurien d'assumir plenament que es tracta d'un període de formació que, mitjançant unes proves evidentment dotades de totes les garanties d'imparcialitat, desembocarà en una nova categoria professional, el cirurgià responsable. Vol dir això que caldria que els nostres residents, sense renunciar al caràcter laboral del seu contracte, sabessin també veure que la residència és un període vital en la seva formació i que com a tal ha de superar necessàriament la rígida legislació laboral –pensada i elaborada amb uns paràmetres no sanitaris–. És a dir, cal fer les guàrdies, els torns de visita i els serveis extraordinaris que facin falta per a la bona marxa de l'hospital o servei i també evidentment per millorar la seva formació. Per descomptat, tot plegat discutit, elaborat i acceptat per ambdues parts: personal docent (*staff*) i personal discent (residents).

5a. Caldria pensar també en la necessitat que tot el que aquí hem proposat i proposarem sigui coherent amb el model sanitari que volem, o el que finalment el país tindrà.

En aquesta línia i per acabar, sols podré apuntar els trets fonamentals d'aquesta coherència que permetria que tot allò dit més amunt no es converteixi en unes mesures arbitristes i tecnocràtiques sense cap incidència en la realitat.

Tota la planificació, la normalització de la xarxa hospitalària, els estudis sobre el nombre de metges òptim per al país, el nombre de cirurgians i la localització idònia dels centres sanitaris són dades que de bell antuvi ens semblen objectius desitjables per pura racionalitat, per amor a la nostra professió de metges. Però succeeix correntment que els metges som incapaços de ser coherents en aquest terreny.

En efecte, el que en el regne de la teoria podia ser adequat és mirat com un atemptat contra la llibertat personal de cadascú, quan hom es troba davant dels problemes reals com són: selectivitat en medicina, tria del lloc de treball, accés a una categoria professional superior, etc. Aleshores ressuscitem la més descarnada individualitat i en nom d'aquesta i d'una abstracta llibertat, neguen tota possibilitat de planificació, ja que contradiu les nostres concretes i momentànies aspiracions. No ens adonem que si acceptem i demanem la selectivitat, la planificació hospitalària o la seguretat en els llocs de treball no podem a continuació esperar que en aquest nou context de relacions professionals i socials siguin totalment vàlids els vells postulats de la medicina liberal, és a dir, lliure elecció, lliure tria del lloc de treball, lliure prestació de serveis o declinació d'aquests.

Vol dir això que planificació i ordenació sanitàries estan en conflicte amb la llibertat dels malalts i dels metges? Aquesta és, al meu entendre, una fal·làcia profundament estesa entre els metges i que sols beneficia els qui s'aprofiten de l'actual i confús estat de les coses. Encara que no és senzill, jo crec fermament que es poden articular sistemes que garanteixin —evidentment en un nou pla i sota unes noves condicions— la planificació sanitària i hospitalària i la possibilitat —repeteixo, no absoluta— de triar per part dels metges. Evidentment aquesta nova llibertat, al meu entendre molt més solidària i responsable, anirà lligada a una nova eficiència i servei dels professionals de la salut envers tota la població. Anirà lligada a la vegada a una forma no sols més justa, sinó també, i això és molt important, més científica d'exercir la professió, d'exercir la cirurgia.

Pròleg a *La sanitat a Catalunya: el Mapa Sanitari*

¹ Generalitat de Catalunya. Decret de 15 de gener de 1979, pel qual s'estableix el Mapa Sanitari. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC)*. 1979.

Tan bon punt vaig rebre l'encàrrec d'elaborar el Mapa Sanitari de Catalunya per part del Consell Executiu de la Generalitat¹, ens vam plantejar quin havia de ser l'abast i el nivell exacte del treball que anàvem a emprendre. Es tractava de mostrar un balanç, al més exhaustiu possible, de la situació sanitària a Catalunya, sense caure, però, en el necessari detall i prolixitat dels estudis sectorials per tal de no perdre aquell sentit de panoràmica general que permet fornir elements per a les decisions polítiques. Igualment, les propostes havien de ser flexibles i genèriques per facilitar l'operativitat de la seva aplicació al llarg del temps, donat que calia també evitar la falsa imatge d'unes propostes acabades i realitzables d'avui per a demà. Encara més, calia accentuar el seu caràcter de propostes obertes i modificables en funció dels nous paràmetres que el desenvolupament polític, social i econòmic de Catalunya pogués introduir.

Tractàvem, en definitiva, i el futur aclarirà fins on ho hem aconseguit, de definir aquelles coordenades bàsiques que permetessin emmarcar el progrés de l'assistència sanitària i la promoció de millors nivells de salut per a tothom a Catalunya. En aquest camp, quasi tot resta encara per fer. Les idees i els programes de les distintes forces polítiques i dels experts poden diferir pel que fa al ritme, les opcions i les prioritats. Però si, com creiem, l'objectiu d'un nivell de salut igual per a tothom, i situat tan amunt com el desplegament de la nostra societat ho permet, és un objectiu desitjat per tothom, les propostes que avui presentem hauran de servir de carreus per construir el model sanitari del futur.

A mesura que avançàvem en el coneixement de les dades bàsiques de la situació sanitària se'ns feia més evident la necessitat d'un capgirament total en la concepció i el funcionament dels serveis sanitaris per al futur. Els mateixos

dèficits que ens anaven apareixent assenyalaven, bé que imprecisament, no sols els mancaments de l'actual ordenació sanitària, sinó els canvis que caldria introduir-hi si no volíem veure'ls reproduïts i ampliat en cas de plantejar-nos simplement la implementació de l'actual sistema. Per això vam considerar la necessitat de superar la simple, encara que no pas poc important, proposta de territorialització dels equipaments sanitaris. La mateixa tria dels equipaments que calia territorialitzar (hospitals o centres de salut), la forma com calia abordar-ho (centralitzadament o descentralitzadament) i l'accent que volíem donar-li (èmfasi en la prevenció en lloc de la curació) ja portava el germen d'una concepció d'uns serveis sanitaris globals i integrats, decantats més cap a la salut que no pas cap a la malaltia. En aquest context, la necessitat d'una reflexió més àmplia que prolongués i donés ple sentit a la proposta de territorialització dels equipaments sanitaris va fer-nos veure la necessitat d'explicitar aquesta concepció global.

El Consell Executiu m'havia demanat un balanç i una proposta de territorialització dels equipaments sanitaris a Catalunya. L'encàrrec el complíem sotmetent a l'aprovació del mateix Consell Executiu el Decret de 7 gener de 1980, que es va publicar en el *Diari Oficial de la Generalitat* el mes de febrer de 1980. El llibre que avui presentem intenta aportar, a més, els elements bàsics de reflexió per aconseguir un nou model sanitari que permeti millorar i, fonamentalment, igualar els nivells de salut de tota la ciutadania de Catalunya. Voldríem haver contribuït amb tot el nostre esforç a fer una mica més real el dret a la salut per a tothom.

Si s'examinen, des d'aquesta perspectiva, les condicions i els nivells de salut d'una població determinada, apareix tot seguit un fet importantíssim. Els nivells de salut dels individus s'expliquen més per raons generals, extrasanitàries, que no pas per raons biològiques o atribuïbles al sistema sanitari imperant. Les diferències en la morbiditat i en la mortalitat de les diferents capes socials o entre les àrees urbanes i rurals revelen clarament les insuficiències d'una anàlisi estrictament sanitària. Com ha demostrat J.N. Morris², la mortalitat per professions és, prenent com a índex 100, per als homes entre 20 i 64 anys, la següent:

² Morris J.N. *Uses of Epidemiology*. Edinburgh; E. and S. Livingstone; 1964.

Ensenyants	66
Pagesos	70
Metges	90
Obrers sector calçat	140
Guàrdies nocturns	163
Obrers sector construcció	173

³ Le Riche WH, Milner J. *Epidemiology as Medical Ecology*. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1979.

Així mateix, W.H. Le Riche, J. Milner³ han demostrat com, pel que fa a la mortalitat infantil, els minaires presenten un índex molt alt, els obrers del tèxtil un índex intermedi i els administratius un índex baix. És important remarcar que al Regne Unit, on s'ha fet aquest estudi, els minaires tenen sous més alts que els obrers del tèxtil i que els empleats administratius.

Si el primer exemple mostra ben clarament com s'esfumen, des d'un vessant sanitari, les preteses igualacions entre classes i capes socials, en examinar el fenomen clau que influeix en la vida dels homes, la seva feina, el segon exemple serveix per recordar que les anàlisis estrictament economicistes no donen tampoc totes les claus per comprendre els diferents nivells de salut entre els individus.

⁴ Morris JN. *Uses of Epidemiology*. Edinburgh; E. and S. Livingstone; 1964. Op. cit.

⁵ Susser MW, Watson W. *Medicina y sociología*. Madrid: Editorial Atlante; 1967.

Un altre fenomen, cada cop més evident, és l'aplanament de les corbes que marquen el descens de la taxa de mortalitat en els països industrials avançats, com han demostrat, entre molts d'altres, IN Morris⁴, Susser i Watson⁵. Efectivament, després d'una etapa espectacular en la reducció de les taxes de la mortalitat, que cal situar entre els tombants de segle i els anys seixanta aproximadament, està apareixent aquesta nova etapa marcada tant per l'aparició de noves causes fonamentals de mort (afeccions cardiovasculars i càncer) com per l'estancament en la reducció dels índexs totals i relatius de mortalitat. En un primer moment es va intentar explicar aquest fenomen presentant les noves causes de mort (malalties cardiovasculars, càncer, malalties respiratòries, etc.) com d'origen purament biològic o endogen. Els accidents de tota mena que també han contribuït a la inflexió de les esmentades corbes no obeeixen òbviament a causes biològiques. De tota manera, estudis epidemiològics ulteriors

han fet aparèixer, fins i tot per a aquestes preteses malalties endògenes, com a causes complementàries factors com fumar, els tipus de treball (asbest i càncer de pulmó), la contaminació aèria i hídrica, etc., és a dir, factors derivats de l'estructura i el comportament socials.

És ja una dada epidemiològica clàssica que els càncers són més freqüents a les zones industrials que no pas a les zones rurals. Berlinguer⁶ aporta les estadístiques de mortalitat tumoral per al 1976 a Itàlia⁷ i constata com la incidència de tumors és el doble al nord respecte al sud del país. Igualment, l'augment de la taxa d'infarts en un grup de població específic (japonesos-americans) en la mesura que augmenta la seva adopció de formes de vida occidentals ha estat demostrat per M. G. Marmot i S. L. Syme⁸.

De fet, el vertiginós augment de la tecnologia industrial i l'estructura social que hem bastit han projectat els problemes de l'ecologia i de la sanitat al bell mig de la problemàtica actual i futura, pel que fa a la salubritat en la qual ha de descabdellar-se la vida humana. Si volem continuar millorant i augmentant-ne la duració, aquesta és una reflexió fonamental.

És a dir, en els països industrials avançats, el progrés en la tecnologia i la sofisticació de les ciències mèdiques no han millorat darrerament les expectatives de vida de la població. Encara que sempre pot quedar la incògnita, difícil de contestar, de si almenys aquest progrés ha servit per "viure millor les malalties" és evident que l'explosió de la despesa sanitària que aquest progrés ha determinat ens obliga a ser molt exigents a l'hora de valorar-la i analitzar-la.

La despesa sanitària té unes característiques molt especials. En primer lloc, és el metge i, fonamentalment, el metge general, el que determina la conversió de la demanda sanitària expressada pels malalts reals o suposats en despesa sanitària, en utilització dels serveis sanitaris (internament en hospitals, consum de productes farmacèutics, exploracions especialitzades, etc.). Està abundantment demostrat que el nombre de visites i de prestacions farmacèutiques augmenta per a una mateixa població si augmenta el nombre de metges. Igualment, el nombre de visites trameses als especialistes augmenta quan augmenta

⁶ Berlinguer G. *Una riforma per la salute*. Bari: De Donato Editore: 1979.

⁷ Censis. *XII Rapporto sulla situazione del paese, predisposto dal Censis col patrocinio del Cuel*. Roma: Censis; 1978.

⁸ Marmot MG, Syme SL. *Acculturation and coronary heart disease in Japanese-Americans*. *American Journal of Epidemiology*, 1976 Sep;(3).

el nombre dels ambulatoris d'especialistes. També és un fet comprovat que l'augment d'estades per cap a l'hospital creix amb la creació de nous llits hospitalaris. En segon lloc, són encara molt poc coneguts els resultats d'estudiar les correlacions entre determinats hàbits terapèutics i la despesa que representen (per exemple, l'internament hospitalari per una determinada malaltia) i els seus resultats en termes de salut, tot i que Cochrane⁹ i molts altres epidemiòlegs han assenyalat ja el camí que cal seguir. Un exemple colpidor és el que aporta Mather¹⁰: per a dos grups homogenis de 220 persones entre 35 i 69 anys tractades respectivament a domicili o a l'hospital, el tant per cent de morts en els primers 330 dies després de l'infart ha estat del 20% i del 26%, respectivament. Un altre exemple colpidor és el presentat per G. S. Perrot¹¹: analitza el nombre d'operacions practicades a dos grups homogenis de 1.000 persones en funció de la forma de relació entre professionals i pacients (pagament individual per acte mèdic, pràctica en equip jerarquitzat) dins el model sanitari. Els resultats, reflectits en el gràfic següent, inviten òbviament a la reflexió.

⁹ Cochrane AL. *Effectiveness and efficiency: Random reflections on health services*. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.

¹⁰ Mather HG, Morgan DC, et al. *Myocardial infarction: comparison between home and hospital care patients*, British Medical Journal. 1976;925.

¹¹ Perrot GS. *The Federal Employees Health Benefit Program: Enrolment and Utilization of Health Services 1961-1968*. Washington (DC): Health Services and Mental Health Administration, US Department of Health, Education and Welfare; 1971:19.

¹² Berlinguer G. *Una riforma per la salute*. Bari: De Donato Editore; 1979. Op. cit.

Per tot això apareix cada cop més en primer terme la necessitat de verificar tant l'eficàcia sanitària com l'eficiència econòmica dels sistemes sanitaris. Perquè, com demostra l'evolució de la despesa sanitària en diferents països industrials avançats, aquesta no ha deixat d'augmentar, i en alguns casos de manera quasi exponencial. El cas potser més espectacular és el de l'RFA, que ha quadruplicat la seva despesa sanitària en un decenni (1969- 1979).

En gran part aquesta despesa creix perquè és incontrolada i, fonamentalment, incontrolable. No es tracta ara d'entrar en discussions abstractes sobre si cal reduir o augmentar la despesa sanitària en relació amb el producte interior brut, sinó de trobar aquells mecanismes que permetin prendre decisions fonamentades tendents a assegurar que tot augment en la despesa sanitària significarà un augment de l'eficiència dels serveis sanitaris, i que aquesta es traduirà en millors nivells de salut per a la població.

Si es vol aconseguir aquest difícil objectiu cal, com assenyalava I. F. Talamanca¹², dissenyar un model sanitari en el qual, a grans trets:

- a) L'objecte de la tutela ha de passar del malalt aïllat al ciutadà integrat en la comunitat.
- b) La intervenció sanitària fins ara deguda a la demanda del malalt amb simptomatologia evident ha de girar-se cap al ciutadà que reclama salut, o ha de partir del mateix sanitari cap a la comunitat.
- c) L'objectiu sanitari que era fonamentalment el diagnòstic i la cura cal transformar-lo en la seguretat que representa la prevenció primària, el diagnòstic precoç, la curació i la rehabilitació.
- d) La prestació i localització dels serveis fins ara radicats essencialment en els hospitals i ambulatoris ha de dirigir-se cap al lloc de treball i de residència.
- e) De l'actuació individual del metge cal passar al grup de sanitaris que treballen individualment o en equip.
- f) La gestió dels serveis fins ara sols en mans dels sanitaris i dels funcionaris ha de ser compartida amb els representants de la població.
- g) L'avaluació dels serveis sanitaris orientada a mesurar el nombre de persones ateses (no pas les guarides) cal reconduir-la cap a la mesura dels nivells de salut de la població.

Aquests trets o principis generals poden semblar tenyits d'un cert utopisme, però el seu no reconeixement ha portat fins ara al progressiu distanciament entre eficàcia sanitària i cost econòmic dels serveis, com alguns dels exemples aportats (forçosament esquemàtics) tendeixen a apuntar.

Tot plegat fa que avui les alternatives per aconseguir un nou model sanitari s'hagin convertit de difícils d'imaginar i de fer en difícils d'evitar. Els problemes de la salut i de les malalties han irromput amb força en el camp de la política, i és evident que la solució que s'hi doni ha de formar part dels canvis que cal introduir en la nostra societat per fer-la cada cop més justa i solidària. Com es deia en la conclusió 5a. del Congrés de Cultura Catalana: "Tota organització sanitària està condicionada

a una política sanitària i aquesta, a la política general del país. La sanitat, doncs, és primer un problema polític i social i després un problema tècnic. Un canvi sanitari radical pressuposa, doncs, un canvi profund en els terrenys polític, econòmic i social.”¹³

¹³ *Resoluciones del Congreso de Cultura Catalana. Vol. 2. Barcelona: Editors diversos; 1978.*

El nou model sanitari ha de buscar, fonamentalment, el reequilibri en l'oferta i prestació dels serveis, tant en l'àmbit territorial com entre les diverses capes socials o col·lectivitats de riscos més elevats. Igualment, ha de cercar la millor correlació entre costos i eficiència sanitària, posant en mans dels individus i de la col·lectivitat la possibilitat de decidir i de responsabilitzar-se del seu estat de salut. En aquest mateix sentit, s'orientava la Conferència Internacional d'Alma-Ata¹⁴ sobre l'assistència primària promoguda per l'OMS i l'UNICEF i de la qual, per la seva importància, em permeto citar extensament els paràgrafs següents:

¹⁴ *Organització Mundial de la Salut (OMS). Atención Primaria de Salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978.*

“La Conferència va reiterar que els governs estan obligats a tenir compte la salut dels seus pobles, la qual obligació només pot complir-se mitjançant l'adopció de mesures sanitàries i socials adequades i equitativament distribuïdes. L'atenció primària de salut, com a part del sistema nacional d'assistència sanitària completa, representa un gran avenç cap a l'assoliment dels objectius sanitaris i socials fonamentals. Cada país ha d'interpretar i adaptar aspectes determinats i concrets de l'atenció primària de salut en funció del seu propi context social, polític i de desenvolupament. Totes les persones tenen el dret i el deure de participar individualment i col·lectivament en la planificació i organització de la seva assistència sanitària.”

“La Conferència va assenyalar la necessitat d'una distribució equilibrada de tots els recursos disponibles i, particularment, dels recursos públics, de manera que es presti una atenció convenient als grups de població més deprimits en matèria d'atenció primària de salut i desenvolupament en general. Les polítiques nacionals de desenvolupament en matèria de salut han de fer accessible a tothom, amb caràcter prioritari, l'atenció primària de salut com a part integrant d'un sistema complet d'assistència sanitària, tenint en compte les característiques geogràfiques, socials, culturals, polítiques, econòmiques i d'altres del país del qual es tracti.”

El paper dels diversos professionals sanitaris i de les ciències de la salut enteses en un sentit ampli serà també d'una gran importància a l'hora de definir els criteris de prioritat pels quals el sistema sanitari ha de tendir a l'eficàcia operativa, en termes de salut, i a la justícia distributiva i compensadora, en termes d'assistència, per tal de promoure i defensar la salut individual i col·lectiva com un dret, un bé i una responsabilitat social.

Per acomplir tots aquests objectius caldrà una organització sanitària que cobreixi i planifiqui totes les funcions sanitàries: prevenció, curació i rehabilitació o reinserció social d'una manera integrada i continuada. En aquest sentit, i a partir de l'anàlisi dels recursos sanitaris actuals de Catalunya, s'ha elaborat la proposta d'ordenació territorial dels serveis sanitaris a Catalunya. Els principis inspiradors d'aquesta ordenació territorial han estat:

- L'aproximació dels serveis sanitaris a tota la població de Catalunya perseguint una distribució homogènia en tot el territori.
- La descentralització, per tant, dels serveis sanitaris, que ha d'anar paral·lela a la descentralització en la gestió i el control d'aquests serveis.
- La integració de totes les funcions i els serveis sanitaris, per tant, la recerca d'un marc territorial que permeti de dur a terme un model integrat de serveis sanitaris.

Tenint presents els principis exposats, la proposta s'ha fonamentat en el reconeixement d'un nivell únic, l'àrea sanitària, entre els municipis i el Departament de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat. Aquestes àrees sanitàries es configuren per a un territori i conjunt de població amb unes característiques demogràfiques, de poblament, geogràfiques, sanitàries i econòmiques similars que determinen una problemàtica sanitària homogènia i que configuren el marc d'aplicació d'un programa sanitari.

El programa sanitari de l'àrea de salut, en la perspectiva d'un model integrat, normalitzat i continuat, ha de cobrir tots els diferents camps de l'activitat sanitària:

a) Vigilància i control del medi ambient, que comporta l'existència dels dispositius d'inspecció i control, i del Laboratori de salut.

b) Assistència primària, que es refereix al conjunt d'atencions sanitàries i socials que tenen com a objectiu oferir el primer nivell d'assistència a la població, prop d'on viu el ciutadà.

Aquesta assistència inclou el conjunt d'actuacions preventives referides a les persones, tot desplegant els programes de prevenció i d'atenció específica als grups humans de més risc: infants, dones gestants, gent gran, treballadors, marginats socials.

c) Assistència hospitalària i d'especialitats, tant en forma d'internament com de consulta externa, i amb la col·laboració dels serveis complementaris indispensables.

D'acord amb la gradació assistencial, l'hospitalització de més alta complexitat pot no existir en totes les àrees, i en aquest cas la petita contingència de pacients que la necessiti utilitzarà la d'una altra àrea pròxima.

d) Informació sanitària, que permeti el coneixement i el control continuat de l'estat de salut de l'àrea, i l'anàlisi dels resultats obtinguts pels serveis de salut.

Finalment, però no per això menys important, cal explicar un dels aspectes fonamentals de la proposta, la divisió en àrees sanitàries del territori de Catalunya. Es tractava d'identificar uns territoris homogenis amb una problemàtica sanitària comuna i que fossin alhora la unitat d'actuació sanitària (planificadora, operativa i avaluadora). L'objectiu fonamental era cercar el reequilibri sanitari de Catalunya, fent que l'oferta sanitària fos tan igual i equilibrada com fos possible dins i entre cadascuna de les àrees, tal com queda explicat i reflectit en el text i en els mapes.

El que m'interessa remarcar, però, és la dificultat amb què ens encaràvem, atès que l'actual divisió administrativa –les províncies– no és vàlida. Naturalment, vam partir de la divisió comarcal del 37, però érem i som molt conscients del fet que aquesta divisió ha sofert importants desajustaments per causa del vertiginós i desordenat creixement i de la concentració demogràfica dels darrers 40 anys.

A més, la inexistència d'una nova i definitiva divisió administrativa de Catalunya sancionada pel Parlament era una dificultat suplementària.

Així, la dificultat inicial, és a dir, l'absència d'una adequada divisió administrativa de Catalunya, se'ns va convertir en l'esperó per tal d'avançar de tota manera en la proposta d'una divisió territorial, que avui presentem, molt conscients que aquesta s'ha de revisar a la llum de la divisió política i administrativa que finalment adopti la Generalitat. En efecte, en tots els països on l'organització sanitària està regionalitzada, les divisions sanitàries són sempre múltiples o subdivisions de les divisions administratives.

Tot amb tot, i conscients del risc que assumíem, hem avançat una proposta de divisió territorial elaborada amb criteris estrictament tècnics: la més equilibrada prestació d'uns serveis, els sanitaris. Els principis generals que hem seguit en la proposta són els següents:

1. Reduir al màxim el nombre de nivells administratius.
2. Ajustar fins on fos possible aquests nivells administratius a les regions o unitats naturals i culturals derivades del procés històric i de les peculiaritats físiques, geogràfiques, demogràfiques i sanitàries.
3. Cercar un marc operatiu per a la presència i participació dels afectats pel servei, evitant, però, tant l'excessiu particularisme com la gestió i direcció allunyada i burocratitzada del mateix servei.
4. Reconèixer la inexistència d'una divisió única, polivalent i perfecta que doni la solució ideal a tots els problemes de cada sector (sanitari, educatiu, de comunicacions viàries, agricultura, activitat productiva, etc.), sense entrar en contradicció parcial amb les altres.
5. Necessitar arrencar i avançar a partir de la divisió del 37, la qual, recordem-ho, tant el seu propi inspirador, Pau Vila, com reconeguts i actuals estudiosos del tema com els professors Lluís Casassas i Enric Lluch, creuen superada en molts aspectes.

Aquest projecte, necessàriament revisable en funció de la definitiva divisió administrativa que en moment oportú estableixi el Parlament de Catalunya, podrà de tota manera ajudar poc o molt (el temps i els debats que promogui ho diran) a la presa de les decisions politicoadministratives que portaran a la confecció del definitiu mapa politicoadministratiu de Catalunya.

Per acabar, cal assenyalar també la possibilitat i potser la necessitat que, en la progressiva aplicació d'aquesta proposta, sigui necessari unir funcionalment àrees sanitàries veïnes per raons d'eficàcia i de coordinació administrativa o per raons d'economia pressupostària, tant genèrica com de recursos humans. Aquesta unió, funcional o definitiva, també caldrà potser establir-la per tal d'adequar la divisió sanitària a possibles divisions territorials d'àmbit superior a les que aquí proposem.

CRONOLOGIA 1975-1980, UNS ANYS CLAU PER A LA POLÍTICA I LA SANITAT

1975

L'any 1975 és l'any que va morir, el 20 de novembre, el dictador Franco. Va morir després d'un calvari sanitari en què es va fer tot el medicament possible, és a dir, un acarnissament. Des del punt de vista sanitari, aquell any hi va haver molta activitat dins els cercles del poder. Hi havia protestes populars i els serveis sanitaris de la Seguretat Social es van veure en dificultats. Front d'això, la mateixa Seguretat Social va elaborar un llibre blanc que van fer els tecnòcrates del sistema. Per altra banda, el Consell de Ministres va crear una Comissió Interdepartamental sobre Sanitat. En aquell moment, el Ministeri de Treball era responsable de l'Instituto Nacional de Previsión i, per tant, de tot el sistema de la Seguretat Social, tant de les pensions com de la sanitat, però altres ministeris tenien responsabilitats sanitàries. Educació controlava els hospitals clínics, els ministeris militars controlaven la sanitat militar, Governació controlava el sistema de salut pública, Justícia la sanitat de presons, etc. La Comissió creada pel Consell de Ministres volia posar-hi ordre. No cal dir que cap d'aquests informes i propostes no va servir per a res. El país tenia altres prioritats.

Aquell any es van publicar en un llibre, *La sanidad hoy*, unes conferències que s'havien donat dins l'associació de joves metges de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques l'any 1973. Els ponents eren Nolasac Acarín, Ramon Espasa, Hèlios Pardell, Carme Sans, Felip Solé i Sabarís i Joaquim Vergés. Acarín era neuròleg de l'Hospital de la Vall d'Hebron (aleshores es deia Residencia Francisco Franco). Espasa era cirurgià de l'Hospital de Bellvitge (Residencia Príncipes de España). Pardell era cardiòleg. Carme Sans era economista. Solé Sabarís era metge i Joaquim Vergés era economista. El grup tenia futur; Espasa va arribar dos anys després a ser el conseller de Sanitat de la Generalitat provisional amb el president Tarradellas. Solé Sabarís va ser quatre anys després regidor de Sanitat de l'Ajuntament de Barcelona amb l'alcalde Serra. Del llibre se'n van fer dues edicions.

1976

L'any 1976 va tenir molt moviment polític, el Dictador ho havia deixat tot 'bien atado', però les coses començaven a moure's i els partits polítics començaven a fer-se visibles. El 18 de novembre es va aprovar la Ley de la Reforma Política.

En la sanitat catalana també hi hagué moguda. A Catalunya hi havia una institució sanitària amb tradició en formació mèdica continuada que va emprendre el camí de reformar el pensament sanitari català: va ser l'Acadèmia de Ciències Mèdiques. A la tardor va organitzar a Perpinyà el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Durant la Dictadura, aquests congressos van estar prohibits, i el darrer que s'havia fet va ser l'any 1936 a Perpinyà; el retorn era simbòlic. El Congrés tenia dues ponències, la primera sobre temes biològics i la segona es titulava "La funció social de la medicina". La ponència es va organitzar en quatre parts. La primera era històrica i es titulava "El pas de la medicina individual a la medicina col·lectiva" i va estar coordinada pel Dr. Jacint Corbella. La segona tenia per títol "La salut" i estava coordinada pel Dr. Jordi Gol. La tercera es titulava "Epidemiologia social als Països Catalans" i va estar presentada pel Dr. Joan Ripoll. Finalment, la quarta es titulava "Perspectives de futur" i aquí hi havia els ponents estrella. El primer ponent va ser Ramon Espasa, seguit per una ponència de Nolasc Acarín i una última de Miquel Roca. Alguns noms els havíem trobat a les conferències de l'Acadèmia de l'any 1973; d'altres tindrien molt protagonisme en la sanitat catalana dels pròxims anys.

Però el Congrés no va ser l'única cosa que va passar l'any 1976; n'hi hagué una altra de molt significativa. Hi hauria les primeres eleccions democràtiques al Col·legi de Metges de Barcelona. Es va presentar una candidatura democràtica que va guanyar, encapçalada pel Dr. Carles Pijoan i amb membres com Ramon Trias Rubies, Ramon Espasa, Xavier Trias i Joaquim Ramis.

La sanitat i, especialment, els problemes de la població amb els serveis sanitaris de la Seguretat Social eren molt vius aquells anys. Un diari, *Tele/eXpres*, se'n va fer ressò i tenia una columna setmanal sobre temes sanitaris en la qual van escriure Ramon Espasa, Nolasc Acarín i Joaquim Vergés. Aquests, juntament amb el periodista Campo Vidal, van signar un llibre que es va publicar aquell any 1976, *La salud, exigencia popular*.

1977

La política espanyola i la sanitat estatal van estar molt agitadaes aquell any 1977. Es van fer eleccions generals democràtiques el 15 de juny. Durant la campanya electoral hi hagué una taula rodona dels partits polítics sobre el futur de la sanitat en el Col·legi de Metges de Barcelona. Els tres primers partits van estar representats pels seus líders: Joan Raventós (PSC), Jordi Pujol (CDC) i Jordi Solé Tura (PSUC). Les propostes eren unànimes en la consecució del Servei Nacional de Salut.

Les eleccions les va guanyar la UCD i el nou govern va crear un Ministeri de Sanitat i Seguretat Social, per primera vegada des de la República. L'Instituto Nacional de Previsión es va dividir en diferents instituts. En el cas de la sanitat, es va crear l'Instituto Nacional de la Salud (INSALUD), que va existir durant 25 anys fins que va transferir tots els serveis a les comunitats autònomes.

El govern de la UCD d'Adolfo Suárez va anul·lar el Decret de Franco que anul·lava la Generalitat i va crear la Generalitat provisional. Josep Tarradellas va tornar de l'exili el 23 d'octubre i va presidir-la. A finals d'any es va formar el Govern de concentració amb el president Tarradellas, i el Dr. Ramon Espasa va ser nomenat conseller de Sanitat i Assistència Social.

El pensament sanitari català va tenir també molta activitat. El protagonisme va ser del Congrés de Cultura Catalana (CCC), que va crear un àmbit d'estructura sanitària i en va donar la coordinació al Dr. Ramon Espasa. El CCC s'havia iniciat després del Congrés de Perpinyà i va heretar els temes i debats i en va fer una síntesi, que es va presentar el mes d'abril. Els treballs de l'àmbit sanitari del CCC es van recollir en un llibre de quatre volums. La Comissió de documentació va recopilar tota la literatura sobre organització sanitària en el llibre *La sanitat als Països Catalans*, que van signar Jordi Gol, Jesús de Miguel, Jacint Reventós, Andreu Segura i Felip Solé Sabarís.

Una de les accions de la nova Junta del Col·legi de Metges de Barcelona va ser crear un Gabinet d'Assessoria i Promoció de la Salut (GAPS), i en va donar la direcció a Nolasco Acarín, que va ser molt operatiu per fer formació i grups de debat sobre qüestions sanitàries. El mateix 1977 va organitzar un curs d'introducció a la salut pública. Les conferències d'aquest curs es van publicar en un

número monogràfic de la revista de l'Acadèmia, *Annals de Medicina*.

El tema sanitari era popular i es van organitzar diversos debats; jo vaig participar en un d'organitzat per una associació denominada Amics de la Medicina. El debat es va encetar el mes de març del 1977 i hi vam participar Felix Pumarola, Nolasac Acarín, Jesús de Miguel, Elvira Guilera, Francesc Candel, Josep Espriu, Federico Bravo Morate i jo mateix. *La Vanguardia Española* ens va dedicar mitja pàgina.

Aquest any 1977, les eleccions espanyoles van legalitzar i fer públics els partits polítics i aleshores es van començar a definir postures i actituds. Es va publicar un llibre sobre sanitat titulat *Servei Nacional de Salut*, signat per Acarín, Espasa, Sans i Vergés, alguns d'aquests autors vinculats al PSUC. També es va publicar un altre llibre titulat *Salut, sanitat i societat*, signat per una varietat d'autors. Hi havia els més propers al PSC, Jacint Raventós, Josep Artigas, Josep Maria Brunet, i d'altres menys vinculats políticament, com érem Jordi Gol, Josep Laporte i jo mateix.

1978

El PSUC era el partit més organitzat des del punt de vista sanitari, amb un equip de gent molt notable i qualificada. Els dies 11 i 12 de febrer d'aquest any va celebrar les Jornades de Salut, amb una participació professional molt nombrosa en què hi hauria ponències sobre un ventall molt ampli de temes sanitaris. Ramon Espasa era el secretari de Sanitat del PSUC.

El Govern central va publicar el Reial decret 2221/1978 per elaborar un mapa sanitari provincial. El conseller Espasa va aconseguir que la competència fos atribuïda a la Generalitat, a fi d'elaborar un Mapa Sanitari per a tot Catalunya, tal com va reglamentar el Decret de 15 de gener de 1979.

L'any 1978 es van dur a terme els treballs de la Comissió Constitucional, que va elaborar la nova Constitució, aprovada en referèndum el 6 de desembre. En la Constitució hi va figurar l'article 43, que establia el dret a la salut.

El GAPS va organitzar el Curs de salut de la comunitat. Entre els professors i els alumnes hi van passar la majoria dels actors de la sanitat catalana dels propers anys.

El GAPS va organitzar grups d'experts per analitzar determinades temàtiques que després publicava. Aquest any 1978 va publicar un treball sobre l'assistència extrahospitalària de la Seguretat Social a la ciutat de Barcelona.

L'any 1979 va tenir molta efervescència política; hi hauria eleccions generals l'1 de març i municipals el 3 d'abril, i el 25 d'octubre vam votar en referèndum l'Estatut de Catalunya.

1979

El GAPS va estar molt actiu pel que fa a informes i en va publicar tres: Esquema para una propuesta de alternativa sanitaria en Ciudad Badía, Informe d'avaluació dels dispensaris blancs i *El metge de capçalera*. Aquest últim va estar coordinat per Jordi Gol i el va publicar l'Editorial Laia.

El conseller Espasa va aconseguir el traspàs dels serveis sanitaris de salut pública a Catalunya a finals d'any.

El Consell Executiu celebrat el 7 de gener va aprovar el Mapa Sanitari de Catalunya. Aquest llibre resumia bona part de la filosofia sanitària elaborada durant els anys anteriors.

1980

El 20 de març del 1980 hi va haver les primeres eleccions a la Generalitat i Jordi Pujol va ser elegit president. El nou conseller de sanitat va ser Josep Laporte.

El GAPS va publicar tres informes: Anàlisi orgànica i funcional de l'INSALUD a Catalunya, L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya i Estudi sociològic dels metges de Barcelona i província.

El mes de desembre es va celebrar el Primer Congrés d'Economia de la Salut.

DOCUMENTACIÓ

Llibres

Aragó I. Els hospitals a Catalunya. Barcelona; 1967.

Acarín N, Espasa R, Pardell H, Sans C, Solé Sabarís F, Vergés J. La sanidad hoy. Barcelona: Avance; 1975. (Conferències Acadèmia).

Acarín N, Espasa R, Vergés J, Campo M. La salud, exigencia popular. Barcelona: Laia; 1976.

Acadèmia de Ciències Mèdiques. Funció social de la medicina. Barcelona; 1976. (II Ponència del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana).

Gol J, et al. La sanitat als Països Catalans. Barcelona: Edicions 62; 1977.

Acarín N, Espasa R, Sans C, Vergés J. Servei Nacional de Salut. Barcelona: Laia; 1977.

Diversos autors. Salut, sanitat i societat. Barcelona: Alternativa; 1977.

Congrés de Cultura Catalana. Àmbit d'Estructura Sanitària, Projecte de resolucions. Terrassa: Congrés de Cultura Catalana; 1977.

Congrés de Cultura Catalana. Manifest de la cultura catalana. Barcelona: Congrés de Cultura Catalana; 1977.

Espasa R. Pròleg a: Què passa amb la sanitat? Barcelona: Edicions 62; 1978.

PSUC, Comissió de Sanitat del Comitè Central. Primeres Jornades de Sanitat del PSUC: ponències i comunicats. Barcelona: PSUC; 1978.

Fuster J. El Congrés de Cultura Catalana. Barcelona: Laia; 1978.

Altimiras J, Bonal J, Cánovas i Gispert R. El medicamento y su entorno. Barcelona: Laia; 1978.

Gol J, et al. El metge de capçalera. Barcelona: Laia; 1979.

Ponència 6. El paper de l'economista als serveis sanitaris i socials. A: 1r Congrés d'Economia i Economistes de Catalunya. Barcelona; 1979.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. Memòria-Balanç any 1978 primer trimestre 1979. Barcelona: Departament de Sanitat i Assistència Social; 1979.

Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Assistència Social. La sanitat a Catalunya: anàlisi i propostes. Mapa Sanitari. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.

Clos J, Segura A, i Séculi E. L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya. Barcelona: Laia; 1980. (Pròleg Ramon Espasa)

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. Memòria-Balanç de l'actuació del Departament de Sanitat i Assistència Social, 5 desembre 1977-20 de març 1980. Barcelona: Departament de Sanitat i Assistència Social; 1980.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Assistència Social. Estudis i Dictàmens sobre Sanitat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1980.

Laporte JR, Arnau JM, Costa J, Magrinyà R, Morell F, Padrós J, Triquell Ll. Índex farmacològic. Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques i Conselleria de Sanitat; 1980.

Canosa L, Costa J, Rodés J. Mitjans de diagnòstic en la medicina primària. Barcelona: Salvat; 1984.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. La despesa sanitària a Catalunya, 1981. Barcelona; 1986.

Espasa R. La utopia quotidiana. Barcelona: Nous Horitzons; 1989.

Reventós J. Jordi Gol, metge per a una societat de persones. Barcelona: Edicions 62; 1991.

Reventós J, Garcia A, Piqué C. Història de la medicina catalana sota el franquisme. Barcelona: Hacer; 1991.

Asenjo MA. Una reforma hospitalaria radical y consensuada. Barcelona: Médica UB; 2017.

Barceló J, Comelles JM. L'evolució del dispositiu hospitalari a Catalunya 1849-1980. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de les Ciències de la Salut; 2020.

Fajula S. El dret a la planificació familiar a Barcelona 1971-1985. Manresa: Publicacions de l'Arxiu Històric de Ciències de la Salut, Col·legi de Metges de Barcelona; 2021.

Associació Amics i Alumnes de l'Hospital de Sant Pau. Hospital de Sant Pau: història i vivències 1965-2009. Barcelona: Associació Amics i Alumnes de l'Hospital de Sant Pau; 2022.

Articles

Annals de Medicina. Monogràfic. 1977 jul.

Bohigas L. ¿Cómo organiza el Ministerio los hospitales? *Hospital-80*. 1978 ene.-mar.

Barceló J. Genealogía de la reforma hospitalaria en España: la gestación de una nueva cultura hospitalocéntrica de la sanidad. *Dynamis* [Internet]. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.30827/dynamis.v41i1.2245>

Bohigas Santasusagna L. La modernització de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (1965-1980). *Gimbernat* (Barcelona). 2020;73:153-167.

Normativa

Estatal

Gobierno de España. Orden de 8 de febrero de 1973, por la que se autoriza a ESADE de Barcelona, en colaboración con la Escuela

de Dirección y Administración Hospitalaria, la celebración de cursillos en relación con la dirección y administración hospitalaria. *BOE*. 1973 feb. 8;(41).

Gobierno de España. Real decreto 3151/1977, de 7 de noviembre, por el que se reestructura la Escuela de Dirección y Administración Hospitalaria, que pasará a denominarse Escuela de Gerencia Hospitalaria. *BOE*. 1977 nov. 7;(286).

Gobierno de España. Real decreto 2082/1978, de 25 de agosto, por el que se aprueban las normas provisionales de gobierno y administración de los servicios hospitalarios y las garantías de los usuarios. *BOE*. 1978 sept. 1;(209).

Gobierno de España. Real decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa sanitario del territorio nacional. *BOE*. 1978 sept. 21;(226).

Gobierno de España. Real decreto 2210/1979, de 7 de septiembre, sobre transferencia de competencias de la Administración del Estado a la Generalitat de Catalunya en materia de agricultura, cultura, sanidad y trabajo. *BOE*. 1979 sept. 7.

Gobierno de España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. *BOE*. 1986 abr. 25.

Decrets

Generalitat de Catalunya. Decret de 5 de desembre de 1977, de nomenament dels consellers. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 5 des. 1977;(1).

Generalitat de Catalunya. Decret de 5 de juny de 1978, de nomenament de Pere Comas com a secretari general tècnic. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 15 juny 1978;(4).

Generalitat de Catalunya. Decret de 26 d'agost de 1978, de cessament de Pere Comas, secretari general tècnic. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 26 set. 1978;(6).

Generalitat de Catalunya. Decret de 9 d'octubre de 1978, de creació del Consell Assessor de Sanitat. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1 nov. 1978;(8).

Generalitat de Catalunya. Decret de 2 novembre de 1978, de creació del Servei d'Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 16 nov. 1978;(9).

Generalitat de Catalunya. Decret de 15 de gener de 1979, facultant el conseller de Sanitat i Assistència Social per prendre decisions per a l'elaboració d'un Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1979 febr. 1;(14).

Generalitat de Catalunya. Decret de 21 maig de 1979, de nomenament de Jaume Galofré com a secretari general tècnic del Departament de Sanitat i Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 16 juny 1979;(23).

Gobierno de España. Reial decret 2210/1979, de 7 de setembre, sobre transferències de l'Administració de l'Estat a la Generalitat de Catalunya en matèria d'agricultura, cultura, sanitat i treball. *Butlletí Oficial de l'Estat* (BOE). 21 set. 1979.

Generalitat de Catalunya. Decret de 15 d'octubre de 1979, assignant competències de sanitat traspassades a la Generalitat de Catalunya.

Generalitat de Catalunya. Decret de 22 d'octubre de 1979, pel qual el Departament de Sanitat i Assistència Social és dotat de la seva estructura bàsica. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 16 nov. 1979;(34).

Generalitat de Catalunya. Decret de 29 d'octubre de 1979, nomenant Joaquim Enrech director general de Promoció de la Salut.

Generalitat de Catalunya. Decret de 28 novembre de 1979, autoritzant el conseller de Sanitat i Assistència Social a delegar la competència d'autorització per a la creació, construcció, modificació, adaptació o supressió d'oficines de farmàcia als Col·legis Oficials de Farmacèutics. *DOGC*. 31 des. 1979;(38).

Generalitat de Catalunya. Decret de 3 desembre de 1979, pel qual s'estructuren els serveis territorials de promoció de la salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 24 des. 1979;(37).

Generalitat de Catalunya. Decret de 17 de desembre de 1979, regulant l'exercici de les competències traspassades a la Generalitat en matèria de publicitat medicosanitària. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 24 gen. 1989;(40).

Generalitat de Catalunya. Decret de 7 de gener de 1980, pel qual s'aprova el Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 7 març 1980;(49).

Generalitat de Catalunya. Decret de 25 de febrer de 1980, de creació de l'Institut d'Estudis de la Salut. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 5 març 1980;(48).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 17 de març de 1980, d'aprovació i aplicació del Programa de Salut Escolar. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 16 abr. 1980;(56).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 17 de març de 1980, d'aprovació i distribució del Carnet de Salut Infantil. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 16 abr. 1980;(56).

Ordres

Generalitat de Catalunya. Ordre de 26 de setembre de 1978, nomenant Josep Artigas director general d'Assistència Sanitària i Agustí de Semir, director general de Serveis Socials. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 2 oct. 1978;(7).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 3 de novembre de 1978, nomenant la senyora Pilar Malla cap del Servei d'Assistència Social. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 10 gen. 1979;(12).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 16 de gener de 1979, nomenant membres del Comitè de Direcció de l'estudi de

l'avantprojecte del Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1979 feb.1;(14).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 16 de gener de 1979, delegant en el senyor Josep Artigas la direcció de l'estudi de l'avantprojecte del Mapa Sanitari de Catalunya. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1979 feb.1;(14).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 17 de juliol de 1979, donant publicitat al conveni entre l'Ajuntament de Barcelona i el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social per a l'elaboració d'un estudi. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1979 jul. 17.

Generalitat de Catalunya. Ordre de 12 de novembre de 1979, nomenant Felix Pumarola cap de serveis dels Serveis Territorials de Promoció de la Salut a Barcelona. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1979 des. 1;(35).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 28 desembre de 1979, delegant als Col·legis Oficials de Farmacèutics l'atorgament d'autoritzacions d'obertura d'oficines de farmàcia. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 1980 gen. 21;(39).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 7 de gener de 1980, suspent l'obligatorietat de la vacunació antivariolosa. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 21 febr. 1980;(44).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 19 de febrer de 1980, sobre control sanitari de la indústria i productes alimentaris. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 5 març 1980;(48).

Generalitat de Catalunya. Ordre de 21 de març de 1980, d'aprovació del Programa d'higiene maternal i infantil d'informació sobre planificació familiar, i encarregant a la Direcció General de Promoció de la Salut la seva difusió. *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya* (DOGC). 9 abr. 1980;(55).

Resolucions

Generalitat de Catalunya. Resolució de la Presidència de la Generalitat de 2 d'agost de 1978 que publica els acords de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). 26 set. 1978.

Generalitat de Catalunya. Resolució de 8 de febrer de 1980 aprovant el calendari de vacunacions. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya (DOGC). 29 febr. 1980;(47).

Hemeroteca

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Butlletí interior. 1978 oct.-nov.:(33).

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Butlletí interior. 1978 des.:(34).

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Butlletí interior. 1980 gen.:(41).

Tele/eXpres. CDC, PSC(C) y PSUC propugnan un Servicio Nacional de Salud. *Tele/eXpres*. 8 oct. 1976.

Cataluña ofrece al país una alternativa sanitaria. *La Vanguardia Española*. 12 set. 1976.

El presidente del Colegio de Médicos puntualiza el reportaje "La alternativa sanitaria catalana". *La Vanguardia Española*. 21 set. 1976.

Clausura del Simposio sobre el futuro de la sanidad en Cataluña. *La Vanguardia Española*. 10 abr. 1977.

La Seguridad Social, una entidad que reclama profunda renovación. *La Vanguardia Española*, 20 jul.1977.

Las cotizaciones catalanas a la Seguridad Social las administrará la Generalitat. *La Vanguardia Española*. 1 febr. 1978.

La Seguridad Social en el marco de la Generalitat. *La Vanguardia Española*. 15 març 1978.

Sevilla: El doctor Ramon Espasa recogió el premio "Pedrote Guinea". *La Vanguardia Española*. 28 abr. 1978.

El futuro de Quinta de Salud la Alianza. *La Vanguardia Española*. 25 jul. 1978.

La Generalitat y su relación con las Diputaciones. *Mundo Diario*. 26 ag. 1978.

La postura del INP repercute económicamente en el H. S. Pablo. *La Vanguardia Española*. 27 ag. 1978.

La Generalitat impulsará una amplia política social. *La Vanguardia Española*. 9 oct. 1978.

El futuro de la Sanidad y la Seguridad Social (I). *La Vanguardia Española*. 21 nov. 1978.

El futuro de la Sanidad y la Seguridad Social (II). *La Vanguardia Española*. 23 nov. 1978.

Espasa R. Asistencia pública y hospitales comarcales. *La Vanguardia Española*. 15 febr. 1979.

Espasa R. La paralización de las transferencias es incomprensible. *La Vanguardia Española*. 30 maig 1979.

La Generalitat mediadora con la Seguridad Social, Los hospitales comarcales deben actualitzar sus conciertos. *La Vanguardia Española*. 29 juny 1979.

Aumento de los conciertos Seguridad Social-hospitales. *La Vanguardia Española*. 14 nov. 1979.

Reclamación de los hospitales a la Seguridad Social. *La Vanguardia Española*. 28 febr. 1980.

Planificación familiar, El bloqueo de la campaña informativa es provisional. *La Vanguardia Española*. 29 març 1980.

Editorial. Una maniobra o una frivolidad. *La Vanguardia Española*. 2 abr. 1980.

"Ha comenzado la campaña de planificación familiar". *La Vanguardia Española*. 18 abr. 1980.

Editorial. La Conselleria de Sanitat no tenía derecho.
La Vanguardia Española. 17 abr. 1980.

Es necesario potenciar la salud pública. *La Vanguardia Española*.
17 abr. 1980.

Dexeus S. La anticoncepción, de nuevo a debate. *La Vanguardia Española*. 22 abr. 1980.

“Després de la llarga nit de la dictadura, i en plena construcció de les institucions d'autogovern, la sanitat va tenir una participació significativa en la Generalitat provisional que va presidir el Molt Honorable Josep Tarradellas, i la persona que va fer efectiva l'empremta de la sanitat dins l'autogovern va ser Ramon Espasa”

Consellera Olga Pané