

2. BASES ORGANITZATIVES PER A LA DEFENSA DE LA SALUT

NOLASC ACARÍN, metge
(Barcelona)

1. Salut i malaltia, problemes col·lectius.
2. Servei Nacional de Salut i funcions sanitàries.
3. La regionalització sanitària.
4. L'àrea sanitària.
5. L'hospital.
6. La gestió dels serveis: els Consells de Salut.

1. Salut i malaltia, problemes col·lectius

La salut i la malaltia fa molt de temps que han deixat de ser considerades fenòmens individuals que cal resoldre en un diàleg singular entre el malalt i el metge. També ha estat àmpliament reconegut que les malalties no responen únicament a alteracions biològiques sinó que, alhora, hi tenen un paper important causes i condicionaments socials.

Un reflex del reconeixement progressiu d'aquests fets és la història mateixa dels tipus d'organització sanitària adoptats pels Estats. Molt esquemàticament podem dir que, a Europa occidental, hi ha hagut fins ara tres nivells d'organització i d'integració sanitària.

El primer és anomenat «prevenció o policia sanitària». Consisteix bàsicament en la lluita contra les malalties transmissibles, mitjançant campanyes de vacunació i de control, i en el sanejament ambiental fonamentalment centrat en la higiene dels habitatges i de les aigües. Iniciat a la darrerïa del segle XIX, va consolidar-se a nivell organitzatiu en els corresponents departaments o ministeris d'higiene.

El segon nivell —estructurat damunt el primer, que continuarà ampliant-se i modernitzant-se autònomament— consisteix en una assistència sanitària «gratuïta» a determinats sectors de la població. Amb aquesta assistència l'Estat recull i encarrila les aspiracions representades per les mútues obreres en les quals el patronat podia veure un moviment i una acumulació de recursos que haurien pogut donar als obrers una força econòmica exces-

siva, i per tant, independència. El resultat, admirablement descrit en un treball d'Henri Hatzfeld («Du Paupérisme à la Sécurité Sociale»), han estat les poderosíssimes Seguretats Socials. Per l'origen (obrer i mutualístic) i per les finalitats (protecció, només contra certs riscos: accidents de treball, malalties de les edats i de les persones en edat productiva), no cobreixen ni totes les possibilitats de malaltia ni tota la població. El període històric d'aquesta forma d'organització el podem situar, als països europeus, aproximadament entre 1881 (Llei de Bismarck) i 1948 (National Health Service anglès).

El tercer nivell reflecteix la conjunció del reconeixement i de la promoció de determinats drets socials (a l'ensenyament, al treball i a la salut) amb l'aplicació d'unes receptes més o menys keynesianes a l'economia. L'assoliment d'aquest nivell, el Servei Nacional de la Salut, implica una tendència a cobrir sanitàriament tota la població i a integrar, homogeneïtzar i unificar tots els serveis sanitaris en un conjunt harmònic que inclou la medicina preventiva, la medicina de guariment, la medicina rehabilitadora, la higiene, l'epidemiologia i l'educació sanitària de la població. És la forma més desenvolupada que ha pres fins ara l'organització sanitària als països capitalistes. Representa un progrés considerable sobre la Seguretat Social, en dos plans, fonamentalment. En el pla econòmic, l'organització deixa d'ésser una mútua, amb distribució horitzontal de rendes, i es converteix en un equipament col·lectiu que és, alhora, un instrument de redistribució vertical de les rendes. 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.

Al nostre país no hem superat el segon nivell. És a dir, que «gaudim» d'una organització que depèn d'una Seguretat Social i que, per tant, no és integrada (múltiples dependències ministerials), no protegeix tota la població i no cobreix tots els riscos sanitaris (subnormals, mentals, crònics, etc.).

D'altra banda, són prou coneguts els greus dèficits en equipaments socials i col·lectius que ha generat dins l'Estat espanyol l'espectacular creixement econòmic iniciat els anys seixanta. A Catalunya aquests dèficits s'han fet sentir encara més, a causa del continuat baix nivell de les inversions en equipaments col·lectius a l'àrea del Principat, com han assenyalat els economistes J. Ros i Hombravella, A. Montserrat i E. Gasch.

La Sanitat, entesa com el manteniment i la promoció de la salut de la població, es converteix, cada dia més, en un dels equipaments col·lectius que ha de tenir coberts qualsevol societat que vulgui ser avançada i democràtica. Avui no sols és possible sinó imprescindible de poder oferir a tothom les mateixes oportunitats davant la malaltia, alhora que una millor qualitat de vida. L'assistència sanitària ha de buscar primordialment una localització i una distribució adequades dels establiments sanitaris que en posin la utilització a l'abast de tothom.

2. Servei Nacional de la Salut i funcions sanitàries

El Servei Nacional de la Salut (S.N.S.) 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 entrelligat des de la base fins al cim de la piràmide sanitària, que qualsevol servei i qualsevol activitat comporta les diverses funcions sanitàries (guarir una malaltia implica tant un tractament com educació sanitària i prevenció). Organització ordenada vol dir que cada nivell d'atenció compta amb el suport de la resta de l'organització, tota ella compromesa en un mateix objectiu: la defensa de la salut; graduant els serveis des dels més bàsics fins als especialitzats, sense solució de continuïtat. Serveis normalitzats significa que la qualitat d'aquests és la mateixa qualsevol que sigui el nivell de la prestació o el lloc on es realitzi: la mateixa qualitat en el centre d'una ciutat, en els barris perifèrics o en un poble rural; la mateixa qualitat en un centre de salut de barri que en un hospital que disposa d'una gran quantitat de serveis.

Dit això, revisarem somerament les cinc funcions sanitàries: educació sanitària de la població, higiene pública i epidemiologia, prevenció de la malaltia, assistència curativa, rehabilitació i reinserció social.

Són cinc bases dependents una de l'altra, cada una d'elles complementa les altres, i amb el desenrotllament coordinat de cada una d'elles pot assegurar-se una eficaç defensa de la salut. Requereixen uns serveis que ofereixin a la població atenció completa tant individual com col·lectiva, que el ciutadà hi sigui acollit i s'hi senti. Lluitar contra la malaltia implica en primer lloc defensar la salut de tots aquells agents nocius, siguin ambientals, siguin hàbits personals, siguin perills físics o psíquics, malalties o trastorns dependents de deficientes condicions de vida o treball.

Són importants els serveis i equips destinats a curar la malaltia, però més importants encara són aquells altres serveis la comesa dels quals és evitar que es perdi o s'alteri la salut. Així, podem enunciar que l'objectiu fonamental d'uns serveis sanitaris és la defensa de la salut; en fracassar en aquesta meta, hem de curar o millorar el pacient.

L'EDUCACIÓ SANITÀRIA

Pilar fonamental dels serveis de salut, tracta de donar a la població la informació necessària sobre quins són els hàbits de vida més saludables, esclarir sobre els costums sans o insans, donar la formació necessària per al coneixement del conjunt psico-físic personal i de les influències externes; orientar sobre l'ús de medicaments i tòxics, i posant especial atenció a determinats grups socials: infants, adolescents, mares, vells, treballadors de la indústria, del camp, oficines, etc.

Tot això desenrotllat per personal especialitzat en educació sanitària

que podrà ésser reclutat entre els professionals sanitaris d'avui, partint d'una formació específica.

HIGIENE I EPIDEMIOLOGIA

Es refereix a la lluita contra les causes de les malalties, siguin agents infecciosos, tòxics, o deficients condicions de vida o/i treball. Enclou per tant tot el vast camp de la salubritat, medi ambient, control d'aliments i aigües, així com l'estudi de la incidència de les malalties (infeccioses o no) i l'aplicació dels mitjans necessaris per a exterminar-les.

La higiene i epidemiologia haurà d'ésser orientada partint de departaments o instituts especialitzats que dirigeixin l'activitat en cada àrea sanitària.

Aquests departaments han d'estar estretament vinculats a la xarxa assistencial i als centres hospitalaris, ja que d'aquesta xarxa i d'aquests centres és d'on procedeix el coneixement més autèntic de la realitat sanitària. No té cap esdevenidor de seguir concebant les activitats d'higiene com divorciades de la resta de les funcions sanitàries; en aquest cas són poca cosa més que l'aparell administratiu, com succeeix avui dia. Formant part de la xarxa assistencial des del senzill centre de salut de barri o poble, fins a l'hospital, és com els serveis d'higiene recobrarien eficàcia.

LA PREVENCIÓ DE LA MALALTIA

Té cura d'evitar que es contreguin malalties que són previsible. Actualment ja és possible de preveure els trastorns a què s'està exposat, en funció de l'edat, el sexe o la feina. A més de mesures educadores i d'higiene, cal establir funcions de vigilància i control personal que tractin d'evitar que sorgeixi la malaltia, i si aquesta ja existeix conèixer-la abans que no creï greus trastorns. D'aquesta manera el tractament pot ésser més eficaç. Aquest control s'ha de portar a cap primordialment en aquells grups humans homogenis: població escolar, vells, treballadors d'indústries, etc.

La «medicina escolar», la «medicina del treball» i la «higiene mental» són tres cossos específics que cal incloure dins la prevenció.

La medicina del treball ocupa un lloc destacat. Fins avui dia, la medicina laboral no ha estat sinó una secció demagògico-burocràtica de l'administració que (per si encara no n'hi havia prou) ha confiat a les pròpies empreses la contractació i remuneració dels professionals responsables d'ella. D'aquesta manera la major part de les vegades ha estat utilitzada, més com a inspecció al servei de l'empresa que com a fiscalitzadora de la possible nocivitat del treball.

La medicina del treball té funcions importants a realitzar, amb l'objectiu d'aconseguir eliminar la nocivitat i els sinistres laborals (actualment cinc vegades més alts que en la CEE). Des dels tòxics fins a les víctimes del treball, de les condicions del lloc de treball a les revisions especialit-

zades del personal, hi ha per omplir un ampli camp, fonamental en la defensa de la salut. Els professionals de la medicina del treball dependran d'instituts especialitzats, i es desvincularà les empreses de llur contractació i subvenció. Seran els Instituts de Medicina del Treball els que programaran i organitzaran la labor preventiva, d'acord amb les necessitats i objectius expressats per les organitzacions obreres, servint els treballadors i alhora estimulant-los en la vigilància per a la defensa de la salut.

La higiene mental mereix una consideració especial. En l'actual sanitat, l'assistència psiquiàtrica i psicològica és un dels sectors més abandonats i la prevenció de les malalties mentals és nul·la.

Les transformacions demogràfiques, econòmiques i socials de les últimes dècades han estat acompanyades de greus dificultats d'adaptació de les persones a noves formes de vida, ensems que aquesta vida es desenvolupa sovint amb distorsions econòmico-laborals i en marcs urbans degradats i poc acollidors. Pensem, per exemple, allò que suposa el canvi d'una societat agrària-rural-arcaica a una altra societat industrial-capitalista-urbana. Trastorns de tota mena amenacen la ment de la persona bo i creant dificultats per a la seva sana expansió, per a la seva felicitat. Evidentment no és terreny exclusiu de la higiene mental (en sentit estricte) la resolució d'una problemàtica tan greu; organització social, ordenació del territori, alliberació del conjunt opressor producció capitalista-societat tradicional influeixen d'una manera determinant en la salut mental.

La prevenció i el tractament dels trastorns mentals han d'ocupar un lloc destacat en els serveis de la salut. En les fàbriques i altres centres laborals han d'estudiar-se i reivindicar-se formes de treball que no siguin nocives per a la salut mental, com sol succeir amb els ritmes aclaparadors, treballs repetitius continuats, etc. En els barris han d'existir suficients possibilitats de distensió psíquica. I com aquests, podríem posar molts més exemples fins a arribar a les consultes i als tractaments psicològics, ja sia per a orientar problemes, ja sia per a resoldre conflictes d'àmbit personal, familiar: pares-fills-infants-escola, de manera que es doni informació i orientació i quan convingui, aconsellar un tractament, no tan sols si existeixen malalties mentals, sinó per damunt de tot quan aquestes encara no existeixen i poden ésser esquivades.

La higiene mental, en aquest sentit, significa la creació d'una xarxa d'assistència i consulta, que de les unitats d'assistència bàsica, o centres de salut, als hospitals, contingui un gran estol de centres especials oberts i tancats (escoles, tallers, residències, etc.). Alhora, els serveis d'higiene mental han d'informar el conjunt de la vida social i productiva: ordenació del territori, producció industrial, ensenyança, etc. (per exemple: en planificar una indústria els serveis d'higiene mental han d'ésser atesos en tot allò que es refereix a organització de treballs, ritmes productius, sous nocturns, etc.).

La prevenció de la malaltia va estretament lligada a l'assistència cura-

tiva, és la primera fase de la curació; per això és aconsellable que sigui realitzada pels mateixos professionals encarregats de l'assistència curativa. D'aquesta manera el professional amplia el seu coneixement de la malaltia a la fase preclínica, amb l'estudi i reflexió més genèrica sobre l'origen de la malaltia, la qual cosa indubtablement es traduirà en una millora de la qualitat assistencial.

ASSISTÈNCIA CURATIVA

Són les atencions sanitàries, estudis i tractaments mèdics dirigits al malalt per a curar el seu mal o, si això no és possible, millorar la seva situació. El servei s'ha de dur a terme tant en el domicili del pacient com en la consulta externa i en l'hospital.

S'ha de realitzar un nou model d'actuació mèdica, en el qual el professional disposi de temps i mitjans per a donar abast i estudiar el conjunt personal del pacient, tot responsabilitzant-se de la seva dolença, tant si el tracta ell directament com si necessita la col·laboració de l'especialista o de l'hospital. La moderna acció curativa no es limita a la suposada solució dels trastorns, solució que pot ésser o no possible, sinó que s'ha de posar una atenció especial al fet que, els professionals sanitaris, alhora que acullen el pacient oferint-li seguretat enfront de l'angoixa de la seva malaltia, l'ajudin també a adaptar-se a la nova situació real que la malaltia ha creat.

Actualment no és freqüent que això succeeixi; fins i tot en centres qualificats, sovint es fan exploracions i estudis sense la deguda preparació psico-física del pacient, que produeixen en aquest nous trastorns, a més d'un sens fi de distorsions psíquiques que en general no resolten res, i destorben el seu retorn a la normalitat, a la seva pròpia forma de vida normal.

REHABILITACIÓ I REINSERCIÓ SOCIAL

Són els tractaments i assistències que poden corregir precoçment deficiències o completar la curació quan després de la malaltia persisteixen conseqüències residuals que obstaculitzen la reincorporació del pacient a la vida social.

De vegades la recuperació no arriba a ésser completa; en aquest cas s'ha d'aconseguir igualment reintegrar el pacient a la societat. Actualment sol succeir que un invàlid jove quedi en la cuneta de la vida perquè les seves lesions permanents no li permetin de recuperar el seu antic lloc de treball en un mercat de lliure competició. En el futur no ha d'ésser així, de poc serveix ensinistrar a jugar a pilota aquells qui han de desplaçar-se en cotxe de rodes, si un cop acabat el joc tornen a l'artificiosa vida d'invàlid. Per a citar tan sols un exemple, pensem que molts dels qui necessiten cadira de rodes podrien treballar de telefonistes, en oficines, etc., de forma que la seva vida tornés a tenir les característiques comunes de la resta

de la societat. Tot això és un treball complex en el qual han de col·laborar diversos departaments de l'administració, la indústria, els serveis, a partir d'una consciència general de solidaritat que permeti que aquells qui sofreixen pèrdues o lesions parcials del seu cos (sovint a conseqüència d'accidents laborals) no quedin marginats.

Molts països tenen ja establert el percentatge de persones que patiran minusvalidació en els anys propers, percentatge que augmenta en millorar les tècniques mèdiques, de manera que avui en dia s'aconsegueix de fer sobreviure pacients que abans es morien, això a costa de certes deficiències futures. Així doncs, s'han d'establir normes que incloguin des de noves possibilitats de treball fins a ordenances sobre els habitatges, llocs d'esbarjo, espectacles, etc.

De tot això que hem dit es desprèn que els serveis de rehabilitació i reinserció social hauran de tenir una preeminència que avui no tenen. Actualment són atencions parcials i limitades a l'àmbit de grans ciutats, i encara amb una capacitat limitada.

En l'avenir, el Servei Nacional de la Salut haurà de promoure la creació d'aquests serveis en totes i cada una de les àrees sanitàries. Raó de més si tenim en compte que es tracta d'atencions que duren temps i que per tant no han de suposar el trasllat del pacient a una ciutat desconeguda, traient-lo del seu ambient, família, amics, quan precisament es tracta de reinserir-lo de la millor manera possible en el seu propi ambient.

3. La regionalització sanitària

L'objectiu fonamental serà el de situar serveis suficients a l'abast de tota la població, com més a prop millor d'on la gent viu i treballa. La moderna doctrina hospitalària considera pertorbador que l'assistència es fonamenti en centres poc nombrosos, excessivament grans i allunyats de l'usuari.

Cal organitzar el territori en Regions Sanitàries autònomes i que s'auto-abastin, és a dir que ofereixin tota l'assistència que necessita llur població. La Regió Sanitària és composta per unes àrees menors (Àrees Sanitàries), amb una xarxa de centres coordinats i graduats. És convenient que aquestes àrees corresponguin a àmbits naturals d'una presència demogràfica i econòmica reconeguda. D'acord amb l'experiència d'altres països, podem considerar que el Principat ha d'ésser dividit en quatre o cinc Regions Sanitàries, cadascuna de les quals atengui, si fa no fa, un milió d'habitants.

Entre les regles de la regionalització remarcarem:

- a) Igualtat de tots els ciutadans. La capacitat del servei sanitari ha d'ésser la mateixa per a tothom, visqui on visqui.
- b) Llibertat i rapidesa d'accés a l'hospital, és a dir que el fet de viure a la ciutat o al camp no ha de comportar desigualtats. És, doncs, evident la necessitat inajornable de crear els centres que ens manquen, a tot el territori.

- c) Graduació tècnica de tots els centres de la xarxa assistencial. De la mateixa manera que dins un hospital tots els serveis han d'estar coordinats, els hospitals d'una comarca i d'una regió estaran ordenats de forma escalonada i horitzontal alhora. No pot ésser que hi hagi centres independents els uns dels altres dins la mateixa xarxa.
- d) Complementarietat entre els serveis hospitalaris, evitant així repetició innecessària d'activitats i de despeses.
- e) Inclusió de tots els centres de la regió a la mateixa xarxa. Utilitzant racionalment les estructures i els hospitals ja existents i afegint-hi les instal·lacions noves que cada àrea necessiti. Caldrà també establir formes de coordinació i de col·laboració entre els centres públics i els privats de cada àrea sanitària.
- f) Continuitat en l'assistència. Els estats de salut, malaltia o invalidesa són etapes diferents del mateix procés biològic i social. És difícil, doncs, d'establir on acaba la prevenció i on comença l'acció curativa, i les atencions preventives, curatives i rehabilitadores no poden ésser organitzades aïlladament.
- g) Aprofitament de totes les instal·lacions per a la formació i la docència. Diu l'O.M.S.: «Tot l'lit d'hospital, es trobi on es trobi, ha de servir per a l'ensenyament i la formació».
- h) Dins l'àrea sanitària tots els serveis han d'estar integrats dins la mateixa xarxa. La direcció de l'àrea recaurà en l'hospital cap, i això no solament per a les tasques assistencials sinó pel que fa a les d'higiene, salubritat, etc.

LA REGIONALITZACIÓ A CATALUNYA

Al Principat s'han succeït, al llarg d'aquest segle, quatre propostes de regionalització, i llur estudi seria un treball llarg; aquí crec que interessa de fer-ne almenys una breu referència.

El 1917 la Mancomunitat de Catalunya volgué realitzar un primer pla de racionalització i regionalització hospitalària; amb aquest objectiu, el president Prat de la Riba confià al doctor Jacint Reventós l'estudi d'una proposta organitzativa. La sobtada mort del president de la Mancomunitat deixà el projecte sense realitzar.

Més tard, el 1932, la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya elaborà i posà en marxa un pla de regionalització hospitalària, modèlic en el seu temps, que va ser desmantellat el 1939 amb el nou règim.

El 1969 la Diputació de Barcelona va encarregar un pla de regionalització hospitalària, que va ser realitzat per I. Aragó i J. M. Artigas. Aquesta proposta, primera elaboració seriosa en anys de mediocritat, venia limitada en no poder afrontar globalment la problemàtica sanitària, en haver d'ac-

ceptar com a punt de partida la situació política i la divisió administrativa existent, i per tot això no poder fer una proposta general de reconversió sanitària incloent la Seguretat Social. Malgrat tot, repeteixo, la capacitat i dedicació dels autors del projecte fan que aquest sigui un antecedent valuós, sense comparança possible amb la incapacitat oficial.

Darrerament, el 1975, l'equip format per N. Acarín, R. Espasa, C. Sans i J. Vergés, ofereix un nou pla-projecte de regionalització, basat en la necessària democratització, en el Servei Nacional de la Salut integrador de totes les funcions sanitàries, i basat també en el principi descentralitzador que faci realitat la proximitat dels serveis (i per tant també els hospitals) a la població allà on viu i treballa.

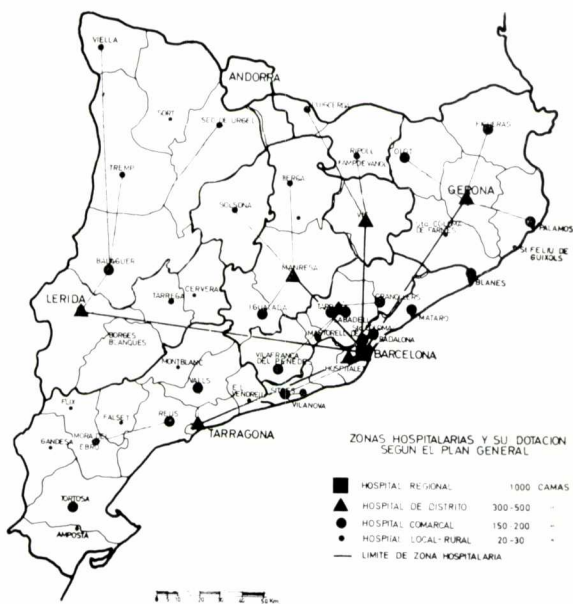
Tot seguit oferim la reproducció esquemàtica dels tres darrers plans.

4. L'àrea sanitària

El Servei Nacional de la Salut s'assenta sobre un esquema de regionalització sanitària; o sia, la delimitació del territori en regions autosuficients que agrupin una població de l'entorn d'un milió d'habitants. Les regions, al seu torn, són resultat de l'agrupació de diverses zones primàries que s'anomenen «àrees sanitàries». Es tracta d'organitzar el territori en zones o àrees que no excedeixen dels 100.000 habitants, encara que puguin tenir menys població en el cas de zones rurals. Els equipaments de l'àrea sanitària han de ser suficients per a atendre les necessitats de la població que hi viu, i han d'oferir els cinc serveis sanitaris en una escala graduada, des dels centres de salut (Unitats Assistencials Bàsiques) fins a l'hospital de l'àrea (Hospital General Bàsic). (Vegeu quadre.)

Les Unitats Assistencials Bàsiques representen l'avançada de la xarxa sanitària; la seva funció és la de protegir la salut en una zona petita a l'entorn de 5.000 - 10.000 habitants. L'assistència va a càrrec d'un equip professional format per metges de capçalera, pediatres, psicòlegs, odontòlegs, higienistes, educadors sanitaris, ATS i personal auxiliar, que treballen d'una manera integrada entre ells i alhora vinculats a l'Hospital General Bàsic, cap de l'Àrea Sanitària, amb possibilitat d'establir treball alternat Hospital-UAB. Les Unitats d'Assistència Bàsica han de disposar dels mitjans tècnics i diagnòstics més habituals (RX, anàlisis estàndard, ECG). Quant a l'assistència mèdica, en sentit estricte, l'esquema d'organització que presentem significa que el pacient pot ésser suficientment atès en unitats properes al seu domicili, per un equip professional proper i conegut, que ensem pot conèixer a bastament el medi de vida i de treball del pacient, el seu entorn i els seus problemes. Alhora es limita la utilització hospitalària als problemes de gran especialització o que necessitin ingrés clínic. Aquests equips de sector són també la base per a un coneixement, inspecció i control higiènic del barri en què estan situats, els seus centres de treball, les seves escoles, i pot dur a terme una funció preventiva eficaç.

Un precedent:
el pla de
regionalització
elaborat per
la Conselleria
de Salut Pública
i d'Assistència
Social de la
Generalitat.



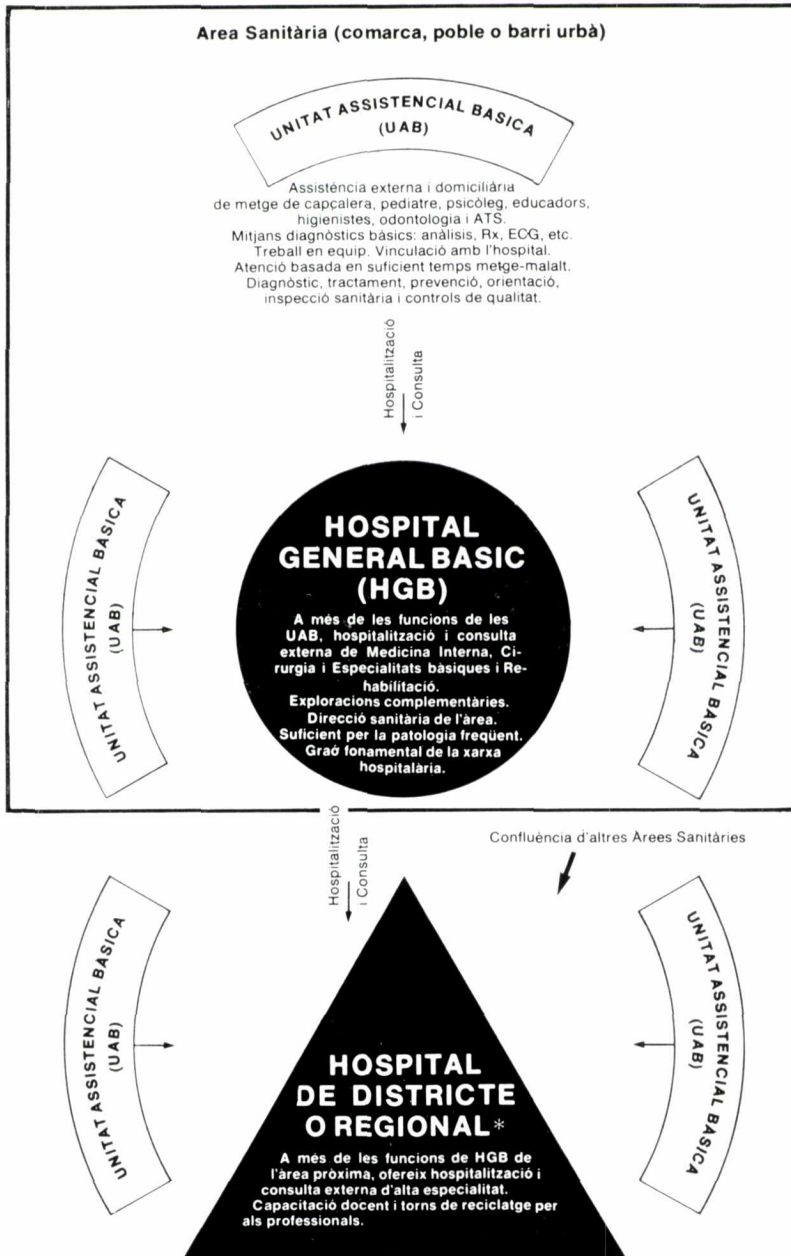
Pla de la Diputació 1969
I. Aragó, J. M. Artigas



Pla-proposta 1975
Acarín-Espasa-Sans-Vergés

REGIONALITZACIÓ SANITÀRIA

GRADACIÓ ASSISTENCIAL



* Les diferències entre l'Hospital de Districte i l'Hospital Regional venen de:

1) més gran capacitat d'especialització d'aquest darrer, en patologia no urgent

2) Mentre l'Hospital de Districte dirigeix el districte, l'Hospital Regional és el cap de tota la regió i n'elabora la política sanitària

En el medi rural les UAB poden atendre un poble, part d'un poble, o un conjunt de petits nuclis de població i, amb els medis de transports moderns (consultoris ambulants), l'organització integrada de serveis pot arribar als llocs més allunyats, bo i mantenint sempre la connexió operativa amb el conjunt de la xarxa sanitària, amb l'hospital cap de l'àrea. S'acaba així l'aïllament i soledat del professional, tan nefast, ensems que s'ofereix a la població rural una protecció sanitària de la mateixa qualitat que la que s'ofereix a la població urbana.

D'aquesta manera desapareix el buit entre la ciutat i el camp, entre el domicili i l'hospital. El ciutadà està i se sent protegit onsevulla que sigui. No oblidem les possibilitats que ofereix la informàtica, per tal com fa possible la unitat d'arxiu i de comunicació en tots els centres d'una regió, i posa a l'abast del pacient i del professional la documentació desitjada, en el lloc i en el moment necessaris.

Les Unitats d'Assistència Bàsica conflueixen totes elles en l'Hospital General Bàsic, que és el cap de l'Àrea Sanitària. Es tracta d'un Hospital general que compta amb 300 a 500 llits, que assegura totes les funcions sanitàries i totes les especialitats d'actuació freqüent (per ex., cardiologia).

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 de tots els serveis sanitaris.

No és aventurat de pensar que una malla a partir d'Unitats com la proposada pugui assegurar una assistència suficient, fins i tot amb una oferta de llits hospitalaris poc més gran que no pas l'actual.

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 suficientment els seus serveis, els seus defectes i la seva rendibilitat, i que pugui per tant col·laborar-hi i fiscalitzar-ne l'actuació. Es crea un nou model d'atencions, d'assistència, de serveis, en el qual la comprensió recíproca ve a substituir les actuals distàncies protocolàries i elitistes.

5. L'hospital

Cal recordar la definició de l'O.M.S.: «L'hospital és part de l'organització mèdica i social, i té per missió proporcionar a la població una assistència sanitària completa, tant curativa com preventiva, els serveis de la qual arriben fins a l'àmbit familiar. L'hospital és també lloc de formació per al personal sanitari i d'investigació».

Durant molts anys el mot «Hospital» era referit a aquells centres assistencials que acollien malalts pobres en règim de beneficència. Alguns professionals hi dedicaven honoríficament part de llur treball, tot desglossant aquesta activitat d'aquella altra privada que els donava la base econòmica.

El caràcter de «medicina benèfica» qualificava tant les formes de treball com el tipus paternalista de l'assistència.

Les iniciatives hagudes en temps de la Generalitat (cap a reconvertir el paper de l'hospital i crear una xarxa regionalitzada) varen ser estroncades a la fi de la guerra.

Més tard, la S. S. va tractar d'introduir una nova modalitat: les «Residències». El punt de partida era que el treballador tenia dret al mateix tipus d'assistència que es rebia en una clínica privada. Era certament una opció demagògica; allò que importava era de copiar les formes de l'assistència privada per tal de donar la impressió a l'assegurat que es feia amb ell allò mateix que podia fer-se a un ric, sense aturar-se a pensar que les formes de treball i assistència en les clíniques potser no eren les millors, ni plantejar-se tampoc una política general de defensa de la salut a tots els nivells i amb totes les funcions. Es tractava tan sols de donar l'aparença d'unes formes.

La complexificació i tecnificació d'alguns mitjans diagnòstics i terapèutics, que exigeixen importants despeses econòmiques i requereixen personal qualificat, amb dedicació suficient, trenquen aquella aparent tranquil·litat hospitalària. Els professionals que reclamen noves formes de treball i vinculació a l'hospital precipiten les transformacions. Amb més o menys dificultats, els hospitals es modernitzen, s'inicia el treball organitzat en equips i la qualitat de l'assistència millora.

Recordem que al nostre país teníem molt pocs hospitals (menys de 5 llits per 1.000 habitants, incloent-hi centres públics i privats) i, el que és pitjor, no teníem xarxa assistencial. Ensenys la S. S. ha produït importants vicis en l'assistència de metges de capçalera i especialistes, en reduir sovint la consulta a un acte administratiu de distribució de volants i receptes.

Ens trobem doncs amb una evidència: als hospitals (insuficients, massa plens i plens de dificultats) es fa un treball d'una qualitat molt superior al de la xarxa assistencial de la S. S.

Aquesta aparent disjuntiva és l'origen que molts pensin que en el futur cal concentrar tota l'assistència en l'hospital i que solament aquest pot garantir un treball qualificat.

Pensem que això no és cert i que l'Hospital té importants funcions a fer juntament amb els altres centres i serveis sanitaris, però sols com a part de l'organització assistencial. En qualsevol hospital del país hi ha avui malalts internats que no hi haurien d'ésser, si suficients serveis sanitaris garantissin la salut a la població; p. e., a l'hivern els malalts amb insuficiència respiratòria aguda representen una important contingència, quan aquests pacients han arribat sovint a llur patologia crònica per deficient higiene i prevenció des de molts anys enrera, i si de l'estabilitat crònica han passat a la descompensació aguda és degut a les deficient atencions i controls que el malalt rep estant a casa seva.

Una xarxa sanitària qualificada i omnicomprensiva resoldria la major

part de la demanda assistencial, i l'Hospital com a element de la xarxa podria dedicar-se solament i totalment a la seva específica tasca, que ara tractarem de definir.

Podem resumir les funcions de l'Hospital en tres punts:

1. Assistència sanitària completa en el seu entorn pròxim, on l'Hospital exerceix com a centre de salut complet i no sols per a l'hospitalització de malalts. Això vol dir que l'hospital assumeix totes les funcions sanitàries i la responsabilitat de totes les atencions en la zona pròxima a l'hospital.

2. Direcció de l'àrea sanitària que presideix, on l'hospital és el nus que entrelliga totes les Unitats d'Assistència Bàsica. Significa que dirigeix la sanitat en l'àrea de la qual és el centre de confluència i reflexió, i alhora dóna hospitalització als malalts que li són adreçats. Veiem que l'allotjament passa a ser sols una funció més, i no l'exclusiva com avui succeeix.

L'hospital dóna també, en règim de consulta externa, l'assistència mèdica especialitzada a l'abast de tota l'àrea.

3. Docència i investigació. La docència sanitària ha d'ésser una de les funcions de tot hospital. Fins ara l'ensenyament mèdic sols s'imparteix en els hospitals universitaris, els quals són en general centres especialitzats, i poc vinculats a la realitat sòcio-biològica circumdant, i la seva especialització en petits camps de la patologia fa que no pugui donar formació en els aspectes més bàsics i necessaris de l'activitat sanitària, que va des de les funcions higièniques, educadores i preventives fins al metge de capçalera o de família amb el suficient bagatge epidemiològic bio-psico-social. La docència repartida entre tots els hospitals fa possible també que la quantitat d'alumnes sigui suficientment petita per a confondre's en el conjunt del servei sanitari, fent possible una docència més completa i integral. En parlar de l'hospital s'ha de mencionar un tema que sovint produeix confusió: l'hospitalització.

Ja hem dit en començar que l'hospital no és l'únic element dels serveis de salut, sinó tan sols un d'entre altres, i que en la complexa organització per a la defensa de la salut, l'hospital té moltes altres funcions a més de l'estrictament hospitalitzadora de malalts. Aquí podem afegir que l'acció de tractar un malalt no passa forçosament pel seu ingrés en un hospital, sinó que això pot ésser necessari o no, i que en el futur s'ha d'anar cap a assolir que aquesta hospitalització sigui cada dia menys necessària, tot posant els tractaments a l'abast del règim extern, a partir d'una xarxa d'atencions com la planejada en anteriors capítols. És cert que la reducció als límits més estrictes possibles de l'hospitalització comporta una important reducció de la despesa econòmica, però més important encara és el benefici que el malalt en treu, i aquest és l'element que volem fer constatar.

Pensem que l'hospitalització comporta una sèrie de trastorns per al malalt, vinculats fonamentalment a dos fets: d'una part al desarrelament, que suposa, del seu medi habitual (família, barri, amics), que sovint desencadena en el malalt tendències a la nostàlgia i a la depressió, quan preci-

sament en moments de malaltia és quan més necessita les ganes de curar-se per a suportar amb èxit tractaments a vegades complicats; i d'una altra part, ensems que desarrelat, el malalt es troba immers en un món nou, sovint poc personalitzat, on hi ha dos estaments fortament jerarquitzats: terapeutes i tractats, i aquests darrers estan a les ordres i decisions dels primers, la qual cosa fa que els pacients fàcilment entrin en passivitat respecte a llur malaltia perquè ho esperen tot del terapeuta.

Aquest conjunt d'actituds (nostàlgia, depressió, passivitat, etc.) són factors que dificulten el procés de curació sobretot quan s'allarguen excessivament.

Si a grans trets (que caldria desenvolupar més) aquest és el procés de les vivències que sofreix el malalt hospitalitzat, en alguns d'ells té encara més transcendència. Els nens, sobretot els petits, tenen grans dificultats per a comprendre la necessitat d'un internament, que, separant-los de la mare, els inclou en un món desconegut, asèptic, estrany, i contra el qual lluiten i ploren sense èxit, de manera que no els queda altre remei sinó conformar-s'hi passivament.

Modernament han estat prou estudiats per molts autors, així com per l'O.M.S., els trastorns del nen hospitalitzat (sovint sorgeixen dificultats que persisteixen en sortir de l'hospital).

S'haurien d'estudiar formes d'hospitalització per a infants que combinessin les necessitats d'asèpsia hospitalària amb el manteniment de les relacions familiars.

També entre els vells és greu el problema en tant que senten alhora l'hipotètic abandó dels parents i amics i la possible proximitat de la mort. En els malalts no curables i en els que van a morir a l'hospital, el problema de la separació dels parents és viscut també d'una manera especialment enfonsadora, el pacient es tanca en si mateix i deixa de participar en la possible acció terapèutica.

Els problemes esmentats ens porten a parlar d'un altre aspecte: l'hospital ha d'ésser un centre integrat a l'igual que l'home, que és una integració psico-física; no podem oblidar qualsevulla dels dos aspectes, per tal com aleshores els tractaments no són reeixits. Així mateix defensem l'hospital general enfront d'aquells especialitzats, i no solament perquè amb el greu dèficit assistencial del nostre país els centres especialitzats serien un luxe, sinó també perquè pensem que la funció mèdica és més fecunda (i per tant rendible) quan és conjunció de tot el ventall sanitari. Això no exclou que existeixin instituts d'investigació especialitzats en una determinada etiologia, però els hospitals han de tenir un aspecte clínic-social com més complet millor. Així pensem que són erronis els hospitals concebuts per a tractar un sol grup de malalties (grup del qual també hauríem de discutir els límits) com és ara, per exemple, els anomenats «hospitals del càncer», on per una banda caldria discutir si l'element d'unió vàlid és l'etiologia d'una malaltia (p. e. càncer en el cervell i càncer cutani) o el seu compor-

tament clínic-biològic (malaltia neurològica i malaltia dermatològica). Si el factor diferencial és l'etiològic, l'assistència tindrà en compte fonamentalment aquells mitjans diagnòstics i terapèutics especialitzats en l'origen i les transformacions físiques d'aquella dolença. En canvi si es considera més important el fet malaltia, les atencions aniran primordialment dirigides a resoldre o millorar la situació del pacient que, a més del trastorn físic, causa de la seva dolença, planteja, sens dubte, un ample conjunt de trastorns secundaris tant psíquics com somàtics, que configuren la seva malaltia en un sentit més total.

D'altra banda els problemes de l'hospitalització en un hospital d'aquest tipus s'agreuën, sobretot si es tracta d'una malaltia (com el càncer) amb les actuals connotacions de gravetat i dificultat curativa.

Altres formes d'hospitals haurien de ser impulsades, com és ara els *hospitals de dia i hospitals de nit*, on els pacients acudeixen per ser sotmesos a tractaments i/o exploracions una part del dia, sense desvinculació total amb la seva vida quotidiana. Sovint per al control i tractament de malalts crònics (pneumòpates, nefròpates, etc.) aquestes formes són les més útils; també en psiquiatria són utilitzades les formes d'hospitalització oberta, lligada alhora amb centres protegits per la vigilància psicològica com és ara tallers i escoles especials.

Les doctrines actuals distingeixen quatre tipus d'hospitals d'acord amb la capacitat tècnica i el lloc dins la graduació regional. Tots són hospitals generals.

Hospital Regional: És el centre sanitari regional, posseeix totes les especialitats i superespecialitats i serveix la població d'un milió d'habitants. A més, té la funció, primordial, de centre rector de la Regió; així n'establirà la política sanitària i supervisarà les activitats dels altres centres.

Hospital de Districte: Sense les superespecialitats pròpies de l'Hospital Regional, té com a primordial funció la de dirigir el Districte Sanitari, que és part d'una regió, descarregant de feina l'Hospital Regional i, ensems, acostant al malalt cures més complexes que les que ofereix l'Hospital General Bàsic.

Hospital General Bàsic: Constitueix la unitat sanitària fonamental a la comarca o a l'àrea urbana. Als Països Catalans l'àrea sanitària serà la comarca, llevat de les zones de Barcelona i de la ciutat de València, on les àrees sanitàries seràn més petites, amb tendència a delimitar-hi espais d'uns cent mil habitants. L'Hospital General Bàsic ha de dirigir i coordinar tots els serveis de l'àrea, vinculant l'assistència hospitalària amb l'extrahospitalària i, alhora, amb l'hospital cap de Districte o de Regió. Oferirà tota l'assistència, llevat de les especialitats no urgents i d'utilització poc freqüent.

Hospital Local: Per als territoris amb una població no gaire gran però allunyats del centre de districte. Té una funció subsidiària en relació amb l'hospital general més proper i es limita a actuacions no especialitzades o urgents.

Cal també, d'altra banda, establir els mòduls de llits per als diversos tipus d'hospital. Si, amb tota reserva i per a trobar-hi una orientació indicativa, utilitzem l'experiència d'altres països, trobem que el 10 % dels llits han d'ésser per a un centre del tipus Hospital Regional i el 90 % per als Hospitals Generals Bàsics. A partir d'aquest esquema s'introduiran les possibles necessitats en hospitals intermedis o locals, que modificaran, en la mesura que calgui, els percentatges assenyalats en la distribució dels llits.

D'altra banda, quants llits ha de tenir un hospital?

De tot el que hem exposat fins ara ja queda clar que no és vàlida per a nosaltres la política, seguida per l'INP, de crear uns hospitals poc nombrosos, immensos, caòtics i indirigibles («ciudades sanitarias») per atendre grans extensions del territori. Al contrari, si omplim el teixit de la xarxa amb hospitals generals de comarca o de barri, no cal que l'hospital cap de Regió sigui mastodòntic.

A títol d'orientació podem donar la xifra de 400-600 llits com la més idònia, car així l'hospital:

1. Té un moviment econòmic rendible, com a servei.
2. No perd agilitat la relació entre la part clínica i la d'exploracions, la qual cosa beneficia els professionals i els pacients i, d'altra banda, disminueix els costos.
3. El pacient no s'hi ofega dins un món desconegut.
4. El recíproc coneixement entre el personal fa possible de dirigir el centre.
5. Com a centre sanitari de l'àrea pot ser conegut i estimat per la població, que hi veurà una garantia de la seva salut, i no sols un lloc per a la fatal fi de la malaltia.

6. La gestió dels serveis: els Consells de Salut

És un aspecte fonamental que no podem deslligar del conjunt planificador. Els hospitals, i en general tots els serveis a la població, serviran millor o pitjor els usuaris segons el grau de democràcia en llur gestió. La democràcia és una garantia d'eficiència.

Hem d'assenyalar els perills que comporta la direcció centralitzada, sense control, amb les conegudes caigudes al burocratisme i a l'esclerosi. Es tracta de construir una xarxa sanitària àgil, que a cada esglaó pugui i sàpiga resoldre amb rapidesa i eficàcia els problemes que sorgeixin. Alhora el caràcter de servei públic que té la funció sanitària, comporta la necessitat d'establir un compromís entre els qui dispensen el servei i els objectius que la societat li atribueix.

Quan en començar dèiem: salut i malaltia, problemes col·lectius, assenàvem ja les bases d'aquesta cogestió dels serveis sanitaris. No es tracta solament de confluïr en el control administratiu d'un hospital, això n'és una conseqüència; es tracta fonamentalment de la confluència sanitari-

comunitat en la definició de les necessitats, en l'orientació del servei i de les seves prioritats, en la discussió conjunta dels continguts de la salut i la defensa d'aquesta en cada lloc i temps concret.

En els vincles d'aquesta tasca conjunta es basa una gran part de l'èxit i de la fecunditat que puguin donar els diferents serveis de salut. Així l'educació sanitària pot ser quelcom més que consells tècnics que el sanitari dona a la població, i convertir-se en un procés d'informació i aportació recíproca, on el ciutadà rep unes informacions que pot contrastar amb la seva vida diària, i el sanitari obté uns coneixements del medi on treballa i ensems pot refer aspectes del seu saber una vegada confrontats i discutits amb la població.

S'esdevé d'una forma semblant amb les altres funcions sanitàries. Per posar sols un exemple, pensem com pot escometre's una eficaç lluita de sanejament laboral sense la participació protagonista dels treballadors d'una fàbrica al costat dels sanitaris, on aquests han d'investigar les possibles nocivitats del treball i alhora els operaris de la fàbrica han de rebre els mitjans tècnics i teòrics per a defensar la salut personalment i col·lectivament.

La intervenció del ciutadà al costat del sanitari fa possible també que es promogui una doble i recíproca responsabilització i confiança, tot establint la via per a resoldre molts dels actuals problemes com és ara el del consumisme mèdic innecesari o les resistències del professional a carregar-se ell tot sol els problemes (sovint no mèdics) que plantegi un malalt.

S'estableix un nexa de confiança concitadà-servei sanitari, que amb una dimensió moderna i progressiva substitueix l'antic vincle malalt-metge. Sense que això vulgui dir mai que aquest vincle personal desaparegui, ans al contrari que quedi enfortit, alhora que limitat a la seva funció, en un context més racional.

Un altre aspecte que, en part, també hauria de considerar-se quan parlem de cogestió sanitari-usuari, és el que es refereix als «drets del malalt». Dificilment l'usuari quan està malalt pot dedicar-se, amb suficient capacitat en uns casos i amb suficient llibertat en d'altres, a supervisar i fiscalitzar les informacions i tractaments que rep, com en general la qualitat de l'assistència. Podem dir que el malalt, com a tal, reuneix difícilment condicions per a intervenir en el control i gestió d'un centre. En canvi l'usuari, com a ciutadà, sí que pot tenir tots els elements de judici i reflexió, i intervenir per a fiscalitzar l'orientació i la qualitat del servei, establint una real participació comunitària.

Així enteses les coses, constatem una triple font de poder. En primer lloc, l'Organisme de l'administració pública, responsable de la política sanitària general i que hi aporta el personal tècnic qualificat. En segon lloc, la collectivitat local (municipi) com a representant directe dels usuaris (evidentment dins un context general democràtic), i també les organitza-

cions sindicals com a representació específica de la població activa que, amb el seu treball, produeix la riquesa necessària per a mantenir el servei. En tercer lloc, els professionals i el personal sanitari que presten el servei. Aquest tercer element és el que pot assegurar més bé un funcionament que racionalitzi esforços, millori la qualitat i augmenti l'eficàcia del servei. Cal tenir en compte que un servei del poble i per al poble no pot basar-se mai en els mètodes autoritaris propis d'una empresa lucrativa.

Cal introduir aquí una altra consideració. Les col·lectivitats locals (municipis, comarques...) com a representants del ciutadà podran exercir el seu poder de gestió amb eficàcia i plena garantia, en tant que tinguin participació econòmica en el finançament dels serveis. És a dir, les col·lectivitats locals han de finançar part de les despeses dels serveis del seu àmbit. Té això implicacions fiscals, per tal com suposa la capacitat impositiva o de participació en la recapta impositiva per part d'aquestes entitats locals. No ens estenem aquí en els aspectes econòmics, perquè es farà en un altre capítol, però sí que hem de deixar clar aquest pressupòsit.

No es tracta, doncs, de concessions ni de formalismes pseudo-democràtics. Es tracta de materialitzar a cada esglaó de l'edifici sanitari l'aportació econòmica de la comunitat als seus serveis, i el dret d'aquesta a intervenir per vetllar la rendibilitat humana i sanitària de la seva inversió.

Aquesta inversió econòmica, i per tant gestora, de les entitats locals fa també possible d'evitar despeses innecessàries o sanitàriament inútils, perquè (suposant sempre una normalitat democràtica) en les comunitats bàsiques (municipi i comarca) les finances poden estar molt més a l'abast de la fiscalització popular, que no pas quan se centralitzen.

L'Organisme públic responsable del S.N.S. finança conjuntament amb les col·lectivitats locals els serveis, i els treballadors de la sanitat hi aporten llur treball. Són les tres arrels que poden formar els òrgans de gestió del S.N.S. amb el nom de Consells de Salut.

Els Consells de Salut, són doncs l'òrgan que fa possible la gestió democràtica i conjunta usuari-sanitari. Aquesta gestió democràtica ha d'intervenir a dos nivells: en primer lloc al nivell territorial, on en cada àrea i en cada regió sanitària, així com en el conjunt nacional dels serveis de salut, uns consells de salut són els que assumeixen la capacitat de direcció i de gestió del conjunt de serveis i centres de llur àmbit, i n'elaboren la política sanitària. El segon nivell són els centres hospitalaris o de serveis externs, on també òrgans semblants són els responsables de la direcció i del control.

El control sobre qualsevol servei serà més democràtic a mesura que sigui exercit més a prop de la prestació. És a dir, que allò que succeeix a l'hospital d'una comarca és més ben conegut a la comarca mateixa que no en una capital allunyada; és, doncs, en aquella comarca on el tàndem usuari-sanitari ha de fiscalitzar. Centralitzades, les funcions de control sucumbeixen davant el paper de les oficines.