

RESUM

Cap a una nova organització sanitària per a la promoció de la salut

(Resum dels apartats 1, 2, 3)

Avui, gràcies als estudis epidemiològics de metges, enginyers biomèdics, tècnics en Salut Pública, estadistes, etc., sabem que l'estat de nodriment, el tipus de vida i el grup social condicionen, més fortament que no pas l'herència genètica o l'origen racial, l'aparició d'uns certs tipus de malalties en els grups humans.

Si malalties 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 pot ésser tan sols concebuda com una forma de lluitar contra el dolor i la mort dels individus. Perquè des d'aquesta única perspectiva és ja veritat que la praxi mèdica actual, a causa del seu predominant enfocament curatiu i individual, és, a més d'un mitjà de lluitar contra la mort i allargar la vida, un reflex de la societat productiva i competitiva en què vivim.

Per tal de poder superar aquest repte teòric i social de la nostra pràctica, 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.

La promoció de la salut, en lloc de la lluita contra la malaltia, representa el tomb copernicà que caldrà donar, tant per a aplicar el cabal de potencialitats de transformació i millorament social que avui comporten els coneixements mèdics, com per a trobar una nova estructura organitzativa per a l'assistència sanitària que promogui el seu autèntic arrelament en les condicions de vida i en les relacions socials dels homes; *en definitiva, per a passar d'una concepció de l'assistència sanitària, presidida i dominada per la idea de la malaltia, a una organització basada en un ideal de salut.*

El Servei Nacional de la Salut (S.N.S.) representa per a nosaltres aquesta resposta. El S.N.S. és l'organització *integrada, ordenada i normativitzada* de totes les funcions sanitàries en un únic departament de l'administració pública. Aquestes funcions sanitàries són cinc:

- Educació sanitària de la població.
- Higiene pública i epidemiologia.
- Prevenció de la malaltia.
- Assistència curativa.
- Rehabilitació i reinserció social.

Aquestes funcions sanitàries hauran d'existir integrades en un conjunt entrelligat des de la base fins al cim de la piràmide sanitària, ordenades perquè cada nivell d'atenció compti amb el suport de la resta de l'organització, i normalitzades per tal que la qualitat d'aquestes sigui la mateixa, qualsevol que sigui el lloc on es realitzin. Es posarà tota l'organització sota un mateix objectiu: la promoció de la salut.

Un instrument fonamental d'aquest S.N.S. serà la planificació sanitària per a aconseguir la més equilibrada regionalització sanitària i situar els serveis a l'abast de tota la població, com més a prop millor d'on la gent viu i treballa. Caldrà organitzar el territori en Regions Sanitàries autònomes i que ofereixin tota l'assistència que necessita llur població. La Regió Sanitària està configurada per la suma d'unes àrees menors, les Àrees Sanitàries, amb una xarxa de centres coordinats i graduats. Aquestes àrees hauran de correspondre sempre a àmbits naturals d'una presència demogràfica i econòmica reconeguda.

L'Àrea Sanitària aplega un territori que no excedeix els 100.000 habitants, encara que puguin ésser menys en zones rurals. L'àrea ha d'oferir i organitzar els cinc serveis sanitaris en una escala graduada, integrant les U.A.B. (Unitats Assistencials Bàsiques) i l'hospital de l'àrea (Hospital General Bàsic). L'Àrea Sanitària queda així constituïda com una estructura bàsica que possibilita la defensa de la Salut amb serveis propers al ciutadà, amb professionals familiaritzats amb la població, amb possibilitats que la població de l'àrea pugui fiscalitzar el seu funcionament.

«L'hospital» és part de l'organització mèdica i social i té per missió de proporcionar a la població una assistència sanitària completa, tant curativa com preventiva, els serveis de la qual arribin fins a l'àmbit familiar. L'hospital és també un lloc de formació per al personal sanitari i d'investigació segons la clàssica definició de l'O.M.S. Una xarxa sanitària qualificada i omnicomprensiva resoldria la major part de la demanda assistencial, i l'hospital, com a element d'aquesta xarxa, podria dedicar-se solament i totalment a les seves tasques específiques, que són:

- Assistència sanitària completa del seu entorn pròxim.
- Participació en la direcció de l'Àrea Sanitària que presideix.
- Docència i investigació.

Es preveuen quatre tipus fonamentals d'hospitals: Hospital Regional, Hospital de Districte, Hospital General Bàsic i Hospital Local.

La gestió dels serveis sanitaris dels hospitals, de les U.A.B., de les Àrees Sanitàries, de les Regions Sanitàries, serà millor o pitjor segons el grau de democràcia en llur control. Es tracta de fomentar la convergència

comunitat-sanitaris 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. Proposem una triple via de representació:

a) L'administració pública, que és la responsable de la política sanitària general, i que hi aporta el personal tècnic qualificat.

b) La col·lectivitat local (municipis) i també les organitzacions sindicals, com a representants de la població activa.

c) Els mateixos professionals i personal sanitari que presten el servei.

Aquesta triple representació conflueix en l'òrgan màxim de gestió: els Consells de Salut.

Aquests Consells de Salut, a nivell local, de districte o regional, seran els òrgans que faran possible la gestió democràtica i conjunta usuari-sanitari.

Els trets genèrics que haurà de comportar el funcionament democràtic d'un Servei Nacional de la Salut són:

1. L'absoluta prioritat en la participació o gestió democràtica dels usuaris i tècnics a tots els nivells (Consell Nacional, Regional i Local de Salut). Sense una profunda participació democràtica de les més àmplies capes de la població, serà difícil d'emprendre totes aquelles modificacions en l'estructura i en les relacions socials que són causa de malaltia i de baixos nivells de salut. Serà difícil de promoure la salut de tots en lloc de curar les malalties dels pocs o molts que les pateixen.

2. El Servei Nacional de la Salut haurà de vetllar per la preeminència dels interessos públics —la salut de tots— sobre els interessos privats, reclamant de l'Administració de l'Estat els adequats recursos operatius i administratius.

3. El Servei Nacional de la Salut haurà d'ésser el senyal d'alerta de totes les incongruències socials que es tradueixen en dèficits de salut i malalties, alhora que l'instrument per a indicar i promoure les modificacions necessàries, atesa la salut de tots.

Som conscients que avui l'autonomia —com a reconeixement del dret a l'autodeterminació del poble català— és una exigència de qualsevol política sectorial responsable. En el camp concret de l'assistència sanitària, és evident que el marc nacional català es presenta com una unitat social que configura l'estructuració i les característiques d'un Servei Nacional de la Salut. Però el marc nacional no és tan sols una unitat administrativa; és també una unitat política. És la delimitació d'una realitat social amb un passat que la dibuixa, un present que la conforma i un futur que l'estimula, i que requereix un tractament específic. És a dir, un Servei Nacional de la Salut referit a l'àmbit nacional català comportarà una determinada *organització administrativa i descentralitzada*. Aquesta descentralització sanitària atendrà dos criteris fonamentals: l'estructuració territorial del S.N.S. amb criteris funcionals, i la participació en la gestió dels diferents estaments implicats.

En resum: Un Servei Nacional de la Salut per a una Catalunya autòmicament estructurada; per a una Catalunya políticament institucionalitzada. Un servei que en la seva extensió territorial haurà de descentralitzar-se, recolzant-se en les regions, comarques i districtes. I una gestió del Servei que, en apropar-se a l'assistència sanitària al malalt, obri la porta de la participació del ciutadà mitjançant les seves unitats naturals d'agrupació social.

Només la gestió autènticament democràtica podrà orientar la política sanitària del nostre país, cap a la satisfacció de les necessitats sanitàries de la comunitat, cap a la defensa de la Salut.

Acte mèdic i salut

(Resum dels apartats 4 i 5)

1. Considerem que tot el sistema mèdico-sanitari ha de tenir com a nucli l'acte mèdic. És per ell que hi ha metges. La Medicina ha nascut i s'ha desenvolupat realitzant i investigant actes mèdics.

2. Entenem per acte mèdic aquell procés que té per missió de planificar i resoldre un problema de salut individual. Inclou necessàriament quatre temps: 1) recollir objectivament informació, 2) interpretar-la, 3) establir mesures, i 4) comprovar llur acció.

3. Afirmem que fer responsable la Medicina de tota la lluita per la salut és una transferència incorrecta, parcial i pueril, per la mateixa natura de l'acte mèdic i del concepte de salut. En efecte:

3.1. Habitualment els problemes de salut ni comencen ni acaben en la persona usuària de l'acte mèdic: les causes i algunes de les conseqüències de la malaltia en queden fora. Aquests extrems, i també molts aspectes de la reinserció social del malalt, són de la competència d'experts no mèdics. El sistema sanitari ha de crear equips interdisciplinaris que tinguin accés a la informació que dimana de l'acte mèdic i que la utilitzin críticament. L'acte mèdic isolat del sistema sanitari no pot assolir una completa eficàcia científica i social.

3.2. El concepte de salut depassa allò que pot obtenir-se de la competència del fisiòleg, del patòleg i també del metge, tant en el seu aspecte de somatòleg com de psicòleg. És un concepte interdisciplinari i, en últim terme, ideològic. La formació sanitària, tant la dels professionals sanitaris com la de la població en general, ha d'incloure aquests aspectes, i no podrà considerar-se mai completa si no implica una participació activa en el debat general sobre el concepte de salut, sempre canviant i perfectible. Altrament, la Medicina té el risc d'esdevenir una activitat més alienadora que no pas saludable.

Organitzacions i estructures sanitàries

L'assistència mèdico-sanitària ocupa un lloc estratègic en l'ample front de lluita per la salut col·lectiva. Perquè les estructures assistencials hi siguin adients, creiem que han de recentrar-se en llur nucli, i aconseguir:

4. Que l'acte mèdic tingui el màxim d'eficàcia en la precisió diagnòstica i en el tractament amb el mínim de cost, tant econòmic com en agressivitat.

5. Que l'acte mèdic no solament no bloqui, sinó que configuri en funció de la salut, i que ofereixi la informació escaient, tant a nivell individual (a l'usuari) com col·lectiu.

6. Que l'acte mèdic estigui situat al centre dels plans de docència i d'investigació.

Això implica per a les estructures sanitàries uns determinats objectius i unes determinades condicions:

A) *Assistència i investigació clínica*

7. Històricament, assistència i investigació clínica han estat a vegades en contradicció. Afirmem que encara que una actitud científica pugui anar —i sovint va— contra l'assistència, una actitud assistencial honesta no pot prescindir mai d'un criteri científic rigorós. L'actitud anticientífica no es pot admetre mai com a argument a favor d'una millor assistència.

8. En conseqüència:

- 1) El metge ha d'ésser competent científicament i tècnicament.
- 2) L'estructura sanitària ha de fornir els mitjans necessaris, cosa que implica sovint el treball en equip.
- 3) Les tasques assistencials (a) han d'estar regulades per protocols de treball sensats i en constant revisió, i (b) han d'ésser sotmeses permanentment a crítica.
- 4) L'usuari del sistema assistencial ha d'ésser reconegut com a persona i té dret que li siguin respectades la identitat, la dignitat, la intimitat, les conviccions, els sentiments i les limitacions. Després d'ésser informat correctament, i sense perjudicis per a tercers, té dret a ésser el protagonista de la seva salut, o sigui de la seva vida i de la seva mort.

B) *Investigació biològica*

9. Proposem una reordenació funcional de la Medicina clínica i de les Ciències que hem anomenat paraclíniques, de manera que cap d'elles no perdi llur pròpia identitat i, per tant, llur eficàcia.

10. Això comporta una col·laboració habitual entre experts de tots els camps amb dos objectius: 1) Revisió dels protocols de treball segons la fiabilitat de la informació aportada per cada tècnica, i 2) Crítica de les entitats patològiques des del punt de vista de les causes, història natural,

fisiopatologia i tractament. Aquesta crítica ha d'ésser confrontada amb les doctrines i les hipòtesis de la biologia general.

C) *Investigació psico-sociològica*

11. Proposem una investigació a fons de l'acte mèdic, a nivell de la seva incidència en la salut, de la seva qualitat científica i del seu aspecte relacional, incloent-hi la sociologia dels sanitaris i dels usuaris, i llurs respectives motivacions i gratificacions.

12. Proposem com a segon gran camp d'investigació tot el material que ofereix l'acte mèdic a què hem alludit en el punt 3.1.

D) *Docència*

13. La formació dels nous professionals sanitaris no pot oblidar mai: 1) la globalitat de l'home i el seu entorn humà i físic, i 2) la metodologia de la Medicina clínica: partir del fenomen per arribar a la doctrina.

14. La formació continuada exigeix: 1) informació actualitzada i assequible, i 2) verificació crítica, o sigui que l'activitat assistencial no es deslligui mai de la recerca.

E) *Gestió*

15. És indispensable que en la gestió del sistema sanitari es compleixin dues condicions que poden plantejar una dialèctica: 1) participació dels professionals assistencials, dels altres experts i de la població assistida, i 2) supressió del predomini de la burocràcia, del predomini de la ideologia de malaltia sobre la ideologia de salut i del predomini de les actituds de mercat, sobretot de mercat no informat.

Sociologia sanitària

16. Opinem que la causa més important de la ineficàcia sanitària, del consumisme i de l'estat d'infantilisme crònic que dominen amplis sectors de la població és la falsa i tràgica dialèctica entre, d'una banda, la por a la malaltia i a la mort, i de l'altra, la confiança desmesurada en el poder de la «brillant» i narcissista Medicina moderna.

17. En conseqüència: 1) Cal aconseguir que l'home del nostre temps recuperi les seves pròpies vida i mort. 2) Cal proclamar amb serietat les enormes limitacions de la Medicina.

A) *Redefinició de la figura del metge*

18. Per a obtenir de l'acte mèdic un acceptable rendiment en salut, el metge ha de quedar redefinit amb tres característiques fonamentals:

18.1. Com a investigador científic de les malalties i dels resultats de la seva acció damunt elles. 1) Per a l'usuari això vol dir un diagnòstic i un tractament correctes tenint en compte tot l'home i el seu medi. 2) Per

al sistema sanitari vol dir la verificació dels coneixements existents i la col·laboració en la investigació general.

18.2. Com a informador: 1) A l'usuari, del significat de la situació sanitària on es troba, i de les possibilitats de modificació existents. 2) Al sistema sanitari, de les observacions tant d'interès científic com de càrrega crítica per a la societat i per al mateix sistema sanitari.

18.3. Com a pedagog, que ajudi l'usuari: 1) A establir una relació positiva amb el seu estat de salut-malaltia, 2) A reduir el màxim possible la situació de dependència amb el metge, i 3) A prendre cura d'ell mateix. Entenem que aquestes tres actituds formen part de la salut personal de l'usuari.

B) *El «status» de l'usuari*

19. L'usuari té dret a la bona qualitat de l'acte mèdic, sempre que sigui necessari i en igualtat d'oportunitats. Per tant, que es compleixin els punts que l'afecten, en concret els 2, 3, 4, 5, 8, 15, 17 i 18. En aquest sentit fem també nostres les resolucions referents a la informació i a la mort que va adoptar el 26 de gener d'enguany a Estrasburg la Comissió de Salut i Afers Socials del Consell d'Europa, i que inclou una de les nostres aportacions a la ponència.

20. Finalment, l'usuari té dret a no ésser víctima de deformació ni de manipulació publicitària, i ha de tenir accés a una suficient cultura sanitària, fruit d'una correcta formació i informació escolars i postescolars. Només així podrà participar eficaçment en la gestió sanitària i en el debat i en la lluita per la salut personal i col·lectiva.

Aportacions a l'organització i funcions del Servei de la Salut

Educació sanitària, Sanitat escolar, Salut mental, Sanitat laboral, Sanitat rural i Organització farmacèutica.

(Resum i conclusions dels apartats 6, 7, 8, 9, 10 i 11.)

Ens proposem ací de concretar més les bases organitzatives i les funcions del Servei Nacional de la Salut proposat.

Som conscients que seria inútil per a la salut de tenir una sanitat correctament muntada dins una societat que continués essent patològica; per això creiem prioritari, per a la defensa de la salut, d'aconseguir unes estructures socials, polítiques i econòmiques més justes i més igualitàries. Però també és veritat que demanant i construint una estructura sanitària que promocióni la salut col·lectiva obrim un procés dialèctic que ens ajudarà també a arribar a aquesta societat més justa i més humana.

Dins aquest Servei de la Salut unificat caldrà que existeixin, com a Centres Rectors, diferents Departaments Generals per a cada funció sanitària a cobrir. El responsable directe de l'oferta sanitària ha d'ésser l'hos-

pital, que a més serà el coordinador d'aquestes diferents funcions sanitàries en cada zona geogràfica d'influència.

Cada Departament General tindrà, a més, els Centres específics necessaris per a cobrir les seves funcions (Centres de subnormals i psiquiàtrics per a la Salut Mental, minusvàlids i paraplàtics per a Rehabilitació, etc.).

Però creiem que un gran tant per cent de les funcions sanitàries podran portar-se a terme sense necessitat d'arribar als hospitals de zona i molt menys a grans hospitals superespecialitzats o centres específics. Aquest alt tant per cent de funcions podran ésser cobertes per les Unitats Sanitàries Bàsiques (Unitats d'assistència o Centres de salut) vinculades i coordinades per l'hospital. Unitats Sanitàries Bàsiques que podran ésser, on les circumstàncies ho aconsellin, específiques per a les diferents etapes de la vida de la persona; d'aquesta manera, cobrint la sanitat materno-infantil, la sanitat escolar, la sanitat laboral i la sanitat geriàtrica, estarem portant la sanitat bàsica a tota la població.

A continuació aportem unes propostes mínimes sobre algunes d'aquestes funcions sanitàries, i som conscients que falta elaborar alternatives a altres funcions sanitàries tan importants com és ara la sanitat materno-infantil, la sanitat geriàtrica i la rehabilitació i reinserció social; però, essent les propostes ací exposades només l'inici d'un procés de discussió més ampli sobre el futur de la sanitat, creiem que aquests temes podran ésser elaborats i enriquits suficientment.

Conclusions de l'apartat sobre medicina rural

1. La manca d'atenció de la problemàtica general del camp, tant referida als aspectes del desenvolupament polític com als de l'econòmic, són un condicionament previ que impedeix qualsevol millora sectorial sanitària.

Per tant, la solució dels problemes sanitaris al camp, passen per un canvi previ, tant a nivell econòmic com polític en general.

2. En el sector sanitari rural concret, cal crear una estructura pública que ofereixi al camp una atenció sanitària en igualtat de condicions amb la resta de la població que viu en zones urbanes o semiurbanes. El fet de viure i treballar al camp no ha d'augmentar el risc sanitari.

3. Aquesta estructura ha de permetre al professional un exercici en condicions de dignitat professional adequada, i en igualtat de condicions amb els seus col·legues de les zones urbanes.

4. La població, com a usuari del servei sanitari, ha d'exercir el seu dret al control de la gestió i de l'administració dels serveis sanitaris, juntament amb els altres serveis (urbanisme, educació, etc.).

5. Una alternativa on la manca de professionals a les zones més aïllades, pot ésser la promoció i educació de professionals sanitaris *no* metges, sorgits de la mateixa població, i que col·laborin amb el metge en l'atenció de la població al seu càrrec.

Conclusions sobre medicina del treball i sanitat laboral

1. Tenint en compte l'elevada taxa d'accidents de treball, i de malalties professionals i del treball, es fa necessària la creació dels mecanismes de prevenció i seguretat que, tot millorant la qualitat de vida, facin viable la creació dels centres assistencials o unitats d'assistència bàsica, impedit-ne el col·lapsament. Cap xarxa sanitària no podria fer front a la situació caòtica fins a assolir l'eficàcia del sistema preventiu.

2. La Medicina del Treball i la Sanitat Laboral no poden quedar reduïdes als grans enunciats de la política sanitària ni a sistemes de reglamentació més o menys perfeccionats: es tracta d'una qüestió que pertany a la relació entre els treballadors i la patronal. Tota millora de les condicions d'higiene i de seguretat en el treball incideix damunt els costos i és una conquesta protagonitzada pels mateixos afectats. Correspon, per tant, als òrgans sindicals d'avançar en aquest camí elaborant l'informe obrer, fruit de les reivindicacions sanitàries més urgents dels treballadors.

3. Als tècnics de la sanitat, tant metges com no metges, els correspon l'assessorament sobre fisiopatologia de la malaltia, nocivitat ambiental i perillositat dels diversos llocs de treball, tot proporcionant així un element imprescindible per a cristallitzar l'informe científic que haurà de constituir la política sanitària laboral del Servei Nacional de Salut, ensems que la base per a una correcta política sindical.

4. Aquestes funcions han d'ésser assumides pels centres contra la nocivitat i la perillositat industrial, els quals, independentment de llur inclusió en les U.A.B., hauran de mantenir una estreta relació amb els òrgans sindicals, i aquests amb els de caràcter patronal, per tal de concretar les millores que caldrà dur a terme en cada moment.

Conclusions sobre el punt de vista de la salut mental

1. Creació d'un Servei Nacional de la Salut i, dins aquest, d'un Consell Nacional d'Higiene i Salut Mental, element imprescindible per a superar l'actual fragmentació i dispersió de l'assistència psiquiàtrica.

2. Els Consells de Salut Mental hauran d'ésser estructurats mitjançant la participació dels diversos estaments tècnics (psicòlegs, psiquiatres, educadors, treballadors socials, etc.) que treballen en aquesta camp, i també dels usuaris a través de llurs representants (sindicats, associacions, municipis democràtics, etc.).

3. Creació d'una xarxa assistencial que correspongui a les peculiars necessitats de l'assistència psiquiàtrica, que requereix, al costat de l'existència d'Institucions diversificades, la *continuïtat* de la relació terapèutica.

4. Presència de dispositius psiquiàtrics a nivells de les U.A.B. i de l'H.G.B. amb què els problemes psíquics podrien ésser integrats en la resta de la medicina.

5. Adequació i actualització de la inadient i obsoleta legislació psiquiàtrica, i planificació del finançament de l'assistència.

6. L'organització de la Higiene i Salut Mental, tenint com a objectius bàsics els aspectes preventius i de promoció de la Salut Mental per a tothom, ha d'atendre les necessitats bàsiques de la collectivitat amb especial dedicació a les circumstàncies més crítiques (primers estadis evolutius, organització escolar, condicions de treball, habitatge, tercera edat, presons, etc.).

7. Necessitat d'educació de la comunitat enfront dels trastorns psicològics, amb vista a propiciar unes actituds més idònies i convenients.

8. Formació psicològica del mestre i del sanitari.

Els coneixements psicològics han d'informar l'ensenyament de les professions que incideixen damunt la salut mental.

Conclusions sobre sanitat escolar

1. La finalitat d'una correcta sanitat escolar serà de cobrir totes les funcions sanitàries integrades en el servei nacional de salut en l'àrea de la població escolaritzada.

2. Donant una correcta sanitat escolar, promocionem la salut a tota la població infantil.

3. El responsable i coordinador de la sanitat escolar és l'Hospital de la zona o, més específicament, les unitats sanitàries bàsiques dedicades a aquesta tasca.

4. Caldrà aprofitar la medicina preventiva a l'escola per tal d'obtenir les dades de morbiditat d'aquesta etapa de la vida.

5. Caldrà aprofitar l'estructura educativa per tal d'oferir el màxim d'educació sanitària a la població.

6. El control i la gestió de la sanitat a les escoles serà a les mans dels pares, mestres i tècnics sanitaris.

Conclusions sobre organització farmacèutica

1. *Es indispensable un canvi d'orientació en la formació de l'estudiant de Farmàcia i un programa de reciclatge per als postgraduats.*

L'estudiant de Farmàcia haurà d'ésser orientat des de la universitat cap a l'aplicació clínica dels seus coneixements, i creiem que la millor manera d'aconseguir-ho és creant Facultats de Ciències de la salut on estudiïn junts tots els professionals sanitaris. Els hospitals hauran d'intervenir d'una manera activa en la formació dels futurs farmacèutics.

Igualment creiem absolutament indispensable l'establiment d'uns programes de reciclatge de caràcter obligatori per a tots els professionals sanitaris; i no solament de posada al dia, sinó situant el professional en els plantejaments d'avantguarda i de problemàtica de futur.

2. Integració del farmacèutic dins el S.N.S. i aproximació de l'exercici de la Farmàcia al de la Medicina.

El S.N.S. proposat com a l'instrument idoni per a assolir un nivell sanitari just i digne, haurà de comptar amb la inclusió de l'estructura farmacèutica. Si dins la xarxa assistencial han d'existir hospitals regionals, comarcals, locals i centres de salut o U.A.B., en cadascuna d'aquestes estructures haurà d'intervenir el farmacèutic.

Canviant el sistema retributiu del farmacèutic, aquest serà més lliure per a exercir com a veritable professional de la sanitat puix que, si és assalariat del S.N.S., els seus beneficis no estaran relacionats amb el nombre de vendes i la democratització del S.N.S. haurà de garantir a la comunitat la qualitat del servei farmacèutic.

També, puix que la Farmàcia ha d'ésser una professió subsidiària de la Medicina, creiem que no és possible que el farmacèutic sigui un professional útil ni que el metge pugui gaudir de la col·laboració estreta que la Farmàcia li ha de donar, si es mantenen les distàncies actualment existents.

3. Organitzar un sistema d'informació de medicaments i intervenir en l'educació sanitària de la població.

La indústria farmacèutica, amb les seves estructures comercials, fa arribar informació al metge basada fonamentalment en criteris de marketing; ben sovint aquesta és l'única informació farmacològica del metge. És, per tant, necessària una informació imparcial, i creiem que l'organització farmacèutica dins un S.N.S. ha d'acomplir aquesta missió.

Així mateix la pressió comercial es fa sentir en el públic en general, fet que comporta un consum irracional de medicaments. L'organització farmacèutica haurà de col·laborar en l'educació sanitària en aquest camp, advertint al consumidor els perills dels medicaments, llur correcta utilització i les precaucions que cal tenir en compte.

4. Major control i racionalització de la indústria farmacèutica.

Caldrà reduir el nombre d'especialitats farmacèutiques, tot limitant-lo a les necessàries per a una assistència correcta; per tant, el S.N.S. haurà de crear les estructures convenients o transformar les que ja existeixen en útils, per a assolir aquest objectiu i que la indústria farmacèutica no es limiti a ésser una forma d'enriquir-se a costa de la sanitat, sinó que sigui un instrument més per a millorar la salut de la comunitat.

Creiem que una mesura útil per a la racionalització de la terapèutica farmacològica seria la utilització dels noms genèrics en les prescripcions mèdiques.

5. Reducció del nombre d'oficines de Farmàcia i potenciació de la intervenció del farmacèutic en les institucions hospitalàries.

Si el servei farmacèutic s'integra com a part del S.N.S., això portarà com a conseqüència una reducció del nombre de farmàcies, especialment a la ciutat, adequant aquest nombre a les necessitats sanitàries de la po-

blació, ja que hi haurà d'haver un servei de farmàcia a cada centre de salut i a cada hospital.

La intervenció del farmacèutic dintre l'hospital no pot limitar-se a la dispensació dels medicaments necessaris, sinó que haurà de portar a terme la informació farmacològica, l'activitat d'allò que hem anomenat Farmàcia Clínica i una intervenció directa en els programes educatius que l'hospital porti a terme. Caldrà també millorar la formació farmacològica clínica del metge.

Despesa sanitària i passos de la reforma

(Resum dels apartats 12 i 13)

El quadre sanitari de Catalunya es pot resumir en els següents i principals punts: nocivitat en les condicions de treball; dèficits especialment greus en l'assistència sanitària rural; deteriorament de la «salut urbana»; falta de solució als problemes dels vells; falta d'informació sanitària; desigualtats en l'assistència mèdica; nombre insuficient de llits hospitalaris; una S.S. que a causa de la seva gestió burocràtica i corrompuda dona una assistència sanitària deficient; etc.

Aquest «buit sanitari» pesa fonamentalment sobre els treballadors i la petita burgesia, i és el resultat del desenvolupament de l'estructura sanitària en la més pura anarquia, sense cap tipus de planificació per a satisfer les necessitats de la població, adequant-se a les pressions de grups industrials o de grups de poder. El resultat ha estat una oferta sanitària insuficient, desequilibrada i molt cara.

Té una especial importància el sistema d'assegurances que el franquisme ha anat concedint als treballadors i que es va concretar primer en el S.O.E. i després en la S.S. La S.S. funciona en l'actualitat com una immensa mútua on la població protegida, a canvi d'unes quotes, rep unes determinades prestacions sanitàries. Si per diferents circumstàncies no es paguen les quotes, tampoc no es té dret a rebre cap dels serveis de la S.S. És a dir, les prestacions sanitàries de la S.S. no responen a un dret social de tots els ciutadans. Aquest dret és representat per una organització sanitària radicalment diferent, que es concreta en el *Servei Nacional de la Salut*, finançat fonamentalment pels pressupostos públics i que té com a objectiu de donar uns serveis iguals per a tota la població.

En la nostra situació, el pas gradual d'una assistència sanitària que forma part d'un sistema de Seguretat Social a un Servei Nacional de la Salut, requereix una sèrie de reformes profundes.

Una *etapa inicial de ruptura sanitària* —que pressuposa unes reformes polítiques de ruptura democràtica i la formació d'un govern provisional— consistiria a fer una sèrie de transformacions que en resum es poden concretar en els punts següents:

1) Creació d'una Conselleria de Sanitat i Assistència Social dins el marc de l'Estatut d'Autonomia, i constitució dins ella del Servei Nacional de la Salut.

2) Traspàs de les instal·lacions, quotes i estructures de l'I.N.P., del Ministeri de la Governació i d'altres organismes paraoficials, a aquesta Conselleria. Serà reclamada la part alíquota dels fons invertits o en comptes corrents del patrimoni de l'I.N.P. que han estat sufragats pels treballadors catalans. La contribució de Catalunya a l'Estat espanyol serà negociada pel Govern Provisional.

3) Creació, dins la Conselleria, d'un organisme nacional de planificació d'on sortirien les directrius generals i l'elaboració d'un Pla de Regionalització Sanitària. Creació de Consells de Salut a nivell regional i local —amb gestió democràtica a tots els nivells, basada en el tríode usuaris, treballadors de la sanitat i tècnics—, per a les activitats executives, operatives, de finançament de determinades despeses i de planificació.

4) Assentar les bases per a les futures relacions entre el nou sector públic i la medicina privada (assegurances lliures i medicina de gabinet). El sector públic tindrà com a objectiu d'arribar a donar, en una segona etapa, una assistència sanitària a nivell màxim, gratuïta, en règim de classe única i per a tots els ciutadans.

5) Reorganització de la Farmàcia. Control de les especialitats farmacèutiques.

6) La racionalització del sector sanitari portarà a establir la jornada laboral completa (40 hores setmanals) per a tot el personal sanitari del sector públic. S'afavorirà el pas a la dedicació exclusiva.

7) Revisió de les actuals cotitzacions de la S.S. de manera que llur distribució sigui més justa (eliminació de les bases tarifades de cotització).

8) L'augment de les despeses d'inversió es cobriria amb la liquidació de les inversions en valors i d'altres tipus que té en l'actualitat la S.S.

9) Demanar préstecs a llarg termini al sector creditici oficial i Caixaes d'Estalvis. També caldria estudiar un augment de les subvencions públiques fins arribar a un 20-30 % del pressupost sanitari.

10) Elaboració d'un programa immediat de millorament del nivell de salut, incidint en les condicions de nocivitat i les causes de morbiditat (condicions higièniques, assistència geriàtrica, malalts crònics, mentals, subnormals, invàlids).

11) Establiment d'un programa d'educació sanitària a tots els nivells.

En una *segona etapa* —que pressuposa un aprofundiment en la democràcia i la realització d'una reforma fiscal progressiva i descentralitzada— els passos que caldrà donar podrien ésser, en resum:

1) Aprofundiment de tot el programa iniciat en la primera etapa. La posada en marxa del Pla de Regionalització comportarà l'homologació de personal i d'instal·lacions, la creació d'una xarxa assistencial bàsica (seran afavorits els metges que s'integrin en aquesta estructura) i la graduació tècnica dels altres centres sanitaris, construcció de nous centres

sanitaris, integració de tots els tipus de servei sanitari (medicina, higiene, salubritat...), el control de qualitat, etc.

2) Aprofundiment en els programes de millorament del nivell de salut i en la realització dels programes d'educació sanitària, ja iniciats en la primera etapa.

3) Aprofundiment de les formes de gestió democràtica.

4) A mesura que avanci la reforma fiscal, supressió gradual de les cotitzacions pel finançament a través dels pressupostos públics.

5) D'acord amb la Conselleria d'Educació, fer un nou plantejament de «curriculum» de les Ciències Sanitàries, crear una Escola de postgraduats de Sanitat Pública i Gestió Hospitalària, plantejar la integració total de la docència dins la xarxa assistencial pública, fins a ésser completa, sempre dins el nivell assistencial corresponent. Reestructuració dels títols i escoles de postgraduats i establiment de programes de formació continuada.

6) La superació de l'actual dèficit sanitari només pot ésser aconseguida canviant el model de prestació sanitària, de manera que la despesa relativa sigui inferior. Contribueixen fonamentalment a aquest canvi tant la regularització de la despesa farmacèutica com la reorganització de la medicina extrahospitalària: l'estructura sanitària haurà de girar al voltant d'una medicina preventiva i de primer nivell assistencial d'alta qualitat, mentre que l'hospital esdevindrà una part altament especialitzada i qualificada dins el conjunt sanitari i exercirà la verificació crítica.

7) Reestructuració de la indústria farmacèutica.

8) Control de les baixes de malaltia i evitació dels circuits administratius defectuosos. Impulsar la lluita contra els accidents de treball, incint en les condicions de treball.

9) S'establiran programes d'investigació mèdica i sanitària que seran subvencionats i controlats per un organisme central català.

10) Introducció de la Informàtica.

És evident que la transformació de l'actual caos sanitari en un *Servei Nacional de la Salut* implica una transformació radical, per tal com suposaria una organització sanitària *unificada* —tant en el sentit d'incloure tots els aspectes sanitaris com en el de fer desaparèixer les duplicitats de servei—, amb una *base territorial* —regionalització sanitària—, on es *posa l'accent damunt la medicina preventiva i damunt la medicina de primer nivell*, amb un *finançament a través dels pressupostos públics* una vegada realitzada la reforma fiscal, i amb una *gestió democràtica i molt descentralitzada*.

Una vegada aconseguit aquest Servei Nacional de la Salut —que només es pot donar plenament en una societat socialment més justa i democràtica—, la pràctica assistencial privada haurà quedat reduïda a un petit percentatge. Els metges seran remunerats directament pel S.N.S. En ésser

planificada tota la Sanitat i integrada amb l'ensenyament de les diverses disciplines sanitàries, es donarà la plena ocupació sanitària. Dins aquesta societat democràtica avançada tant econòmicament com políticament, és molt possible que es redefineixi el concepte de salut i d'assistència mèdica. I s'haurà assolit l'objectiu de cobrir el «buit sanitari» actual i de donar una assistència sanitària en igualtat de condicions per a tota la població.

DECLARACIÓ

Els participants en el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, reunits en assemblea després de les sessions de treball, hem acordat de fer la següent declaració:

CONSIDEREM un dret inalienable per a tots els ciutadans dels Països Catalans l'ús de la nostra llengua a tots els nivells d'ensenyament i de relació, tant en els àmbits privats com en els oficials.

SENTIM com una necessitat inajornable impulsar i propiciar per tots els mitjans el procés de presa de consciència nacional dels ciutadans dels Països Catalans, tot i mantenint una plena solidaritat amb els pobles veïns.

Com a ciutadans dels Països Catalans RECLAMEM una urgent substitució de les estructures sanitàries actuals per unes altres, pensades i planificades a nivell dels Països Catalans, que realment estiguin al servei del poble i respecte a les quals el poble tingui autència opció d'elaboració i de gestió.

Perquè ens sembla més pròxima que cap altra a la realitat psico-sociològica dels Països Catalans, PROPOSEM la següent definició de salut: *la salut de l'home és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa.*

CONSIDEREM INEXCUSABLE que qualsevol programa de lluita per la salut que en un futur sigui elaborat en els Països Catalans s'adapti en els seus detalls a les exigències derivades del conjunt conceptual que inclou la definició que acabem de proposar.

Convençuts que la tasca de dotar el poble dels Països Catalans d'unes estructures sanitàries dignes i segons justícia trobarà greus dificultats i és d'una enorme complexitat, SUGGERIM que aquest X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana assumeixi la responsabilitat de fer una invitació i una crida a la col·laboració, col·laboració que, donada la identitat d'objectius, proposem que sigui realitzada a través d'una integració al marc del Congrés de Cultura Catalana. Els equips són oberts a tots els ciutadans dels Països Catalans que, conscients de la deplorable situació actual, senten el noble desig de contribuir al redreçament del nostre poble.