

# ENSENYAMENT DE LES CIÈNCIES DE LA SALUT I ORGANITZACIÓ DE L'ASSISTÈNCIA SANITÀRIA A CATALUNYA

Josep Laporte

President de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya.

## RESUM

*L'ensenyament de les Ciències de la Salut ha millorat considerablement a Catalunya durant els darrers anys. S'ha passat d'impartir tres titulacions (Medicina, Farmàcia i Infermeria), amb una disponibilitat de 2.884 places de primer curs, a oferir-ne set més (Veterinària, Odontologia, Podologia, Fisioteràpia, Terapèutica Ocupacional, Ciència i Tecnologia dels Aliments i graduat en Dietètica) que, en conjunt, incrementen l'oferta fins a 3.706 places, amb predomini de les de diplomatura. Gràcies a la selecció dels estudiants i a la millora dels ensenyaments pràctics, la qualitat de la docència també ha millorat, si bé en la majoria dels casos es considera que els plans d'estudis són susceptibles de noves modificacions que permetin aproximar més els ensenyaments a l'eventual acompliment dels objectius respectius de cada professió.*

*Pel que fa a l'organització de la xarxa assistencial, cal assenyalar que durant els darrers quinze anys se n'ha procedit a la reforma, cosa que ha conduït a l'anomenat "model català", el qual s'inspira en els principis següents:*

- 1. Estructurar una xarxa assistencial mixta, de provisió pública, que faciliti l'accessibilitat a l'assistència primària i a la xarxa hospitalària.*
- 2. Introduir als centres assistencials les estructures empresarials necessàries que n'assegurin el bon funcionament.*
- 3. Crear, per via legislativa, els organismes administratius necessaris per a això.*
- 4. Plasmar un model propi que s'adapti a l'estructura de la sanitat catalana, amb un sector privat important.*

*Tant els paràmetres sanitaris com el grau de satisfacció dels usuaris (un 88% de la població se'n declara satisfeta) permeten afirmar que el funcionament de la xarxa assistencial és bo, malgrat l'existència de problemes derivats, d'una banda, del finançament insuficient de la sanitat i, de l'altra, de les conseqüències econòmiques i bioètiques que ocasiona, a tots els països civilitzats, l'increment progressiu de les expectatives de vida.*

*No és pas una tasca fàcil resumir els canvis produïts en el terreny sanitari a Catalunya durant els darrers anys. Com es veurà tot seguit, el model educatiu no*

Ponència presentada al "I Encuentro de Academias de Medicina Europeas"

Organitzat per la Real Academia Nacional de Medicina de España i celebrat a Madrid el 20 de juny de 1996.

*difereix substancialment del vigent a la resta de l'Estat; en canvi, en els aspectes organitzatius de l'assistència, les peculiaritats de la xarxa ja existent i la mateixa idiosincràsia del país han conduït a l'establiment d'un model amb característiques distintives.*

## **1. Ensenyament de les Ciències de la Salut**

De la mateixa manera que en altres indrets, durant els darrers anys l'increment d'alumnes d'ensenyament superior a Catalunya ha estat espectacular. Així, d'un total de 120.000 alumnes l'any 1984 s'ha passat a més de 180.000 en l'actualitat; fa dotze anys, un 10,8% d'aquests alumnes (exactament 13.122) cursava estudis de Ciències de la Salut, proporció que ara ha baixat lleugerament (un 9,5%, és a dir, 17.167 alumnes).

El nombre de persones que opten a l'estudi d'una carrera de l'àrea sanitària també ha crescut sense parar: de 5.087 sol·licitants el 1985 (un 15,5% del total) s'ha passat a 7.761 (un 13,9%). D'altra banda, s'han produït canvis quantitatius: mentre que el 1985 eren majoria els sol·licitants d'estudis de llicenciatura (3.019 enfront dels 2.068 de diplomatura), el darrer curs les proporcions han variat (3.602 peticions d'estudis de cicle llarg i 4.159 de cicle curt). Paral·lelament, l'oferta de places de primer curs ha experimentat canvis importants: de només tres titulacions clàssiques (Medicina, Farmàcia i Infermeria) s'ha arribat a una desena amb la incorporació de les de Veterinària, Odontologia, Podolo-

gia, Fisioteràpia, Terapèutica Ocupacional, Ciència i Tecnologia dels Aliments i graduat en Dietètica. D'aquesta manera, s'ha passat d'una oferta global de 2.884 places de primer curs (1.931 de cicle llarg i 953 de cicle curt) l'any 1984 a un total de 3.706 places en l'actualitat. És important assenyalar que, dins d'un procés general de racionalització, s'ha produït un sensible descens de les places de primer curs de llicenciatura (només 1.583) i un increment notable de les de les diverses diplomatures (2.123 en total).

L'ensenyament de la **Medicina** a Catalunya no difereix substancialment del de la resta d'Espanya. En l'actualitat hi ha quatre facultats de Medicina, dues de les quals situades a l'àrea de Barcelona (Universitat de Barcelona i Universitat Autònoma de Barcelona), una a Lleida (Universitat de Lleida) i una altra a Reus (Universitat Rovira i Virgili). En total, aquestes facultats accepten uns 700 alumnes nous cada curs (aproximadament un 15% dels 4.600 que ingressen en el conjunt de l'Estat), quantitat considerablement inferior als més de 2.000 alumnes que durant uns anys es van veure obligades a matricular. Amb tot, tant des del punt de vista dels mitjans de què disposen com des de la perspectiva ocupacional dels eventual-

ment llicenciats, la xifra de 700 alumnes es continua considerant excessiva. En efecte, ja en l'actualitat hi ha un nombre considerable de metges amb dificultats per trobar un lloc de treball fix i, a més, resulta evident que la producció de llicenciats és molt superior a la creació de noves places en el sistema públic.

Malgrat això, les peticions per accedir als estudis de Medicina, tot i que han baixat una mica, continuen sent molt elevades, ja que pràcticament la meitat dels postulants no obté plaça. Sens dubte, la introducció dels *numerus clausus* ha millorat la qualitat de la docència, gràcies a la selecció dels alumnes i a un desajust més petit entre el seu nombre i els mitjans disponibles. En aquest sentit és important assenyalar que, en virtut dels convenis subscrits amb diversos centres hospitalaris, el conjunt de les facultats catalanes disposen d'uns 7.000 llits per a la docència. D'altra banda, grups d'estudiants fan pràctiques a les àrees bàsiques de salut, si bé en proporció encara insuficient.

A grans trets, es pot afirmar que l'ensenyament de la Medicina ha millorat força, en especial si es compara amb èpoques en què, malauradament, es podia sortir de la facultat amb el títol sota l'aixella i sense haver vist gairebé ni un sol malalt. L'exigència més gran en els aspectes pràctics i la introducció del rotatori obligatori han millorat substancialment la situació. D'altra banda, pel que fa a la formació de postgrau, és obvi que el sistema MIR garanteix una preparació que, com a mínim, ha

permès la consolidació d'una xarxa hospitalària a les comarques catalanes, fet que hagués resultat impensable sense disposar d'un nombre suficient d'especialistes ben formats.

Amb tot i això, segons l'opinió d'un bon nombre de professors i d'alumnes i, molt especialment, dels membres de l'Associació Catalana d'Estudis de Medicina (ACEM), la situació encara deixa molt a desitjar. Així, per exemple, es discuteixen els nous plans d'estudis introduïts molt recentment. En conjunt, es considera que les directius generals van ser un gran encert perquè van introduir conceptes bàsics d'una gran modernitat, com ara l'ampliació del concepte de salut, que comporta concedir la importància necessària als aspectes comunitaris i preventius, l'increment del pes específic de l'ensenyament pràctic –ja comentat– i l'aparició de l'optativitat. L'ACEM creu, però, que les facultats –si més no les catalanes–, com que estableixen els seus plans d'estudis respectius, no han aprofitat les oportunitats ofertes per la normativa general, ja que no han analitzat prou les exigències actuals de la professió mèdica i no han sabut definir els objectius institucionals previs a la formulació dels objectius educatius.

De fet, no hi ha grans diferències entre els plans d'estudis de les quatre facultats catalanes. El nombre total de crèdits requerits oscil·la entre 500 y 540. Només en dos casos s'han introduït matèries obligatòries d'universitat, mentre que el grau d'optativitat es jutja insuficient i es força uniforme.

D'altra banda, resulta evident que, no tan sols a Catalunya sinó a tot Espanya, hi ha un gran interès pel tema de l'educació mèdica, en especial a partir del col·loqui que, ja fa més de vint-i-cinc anys, va tenir lloc a Toledo sota l'auspici de la Josiah Macy Jr. Foundation. Des d'aleshores, hi ha societats d'educació mèdica que s'ocupen amb regularitat d'aquest tema i discuteixen críticament tant la situació com els canvis que s'hi introdueixen. Així, A. Gual (actual president de la Societat Catalana d'Educació Mèdica) insisteix en el fet que, avui dia, l'ensenyament de la Medicina ha de fer tot el que pugui per facilitar al màxim l'aprenentatge de l'estudiant, per tal que aquest pugui donar una resposta adequada —és a dir, *competent*— a la demanda de la societat. En aquest mateix sentit, A. Oriol Bosch —el seu antecessor en el càrrec— afirma que aquesta competència ha de ser compatible amb la necessària reorganització dels serveis de salut al voltant de l'assistència primària.

Finalment, voldria assenyalar que, en un col·loqui publicat recentment per la nostra Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya sobre el Pla d'Estudis Orientat als Problemes (PEOP), es va discutir àmpliament la viabilitat de la implantació d'aquest nou model educatiu. En les conclusions —resumides pel professor Rozman— s'afirma que el PEOP constitueix una alternativa vàlida als models educatius clàssics, possiblement més adequat a un futur immediat que no pas el sistema actual. En tot cas, no sembla fàcil que el metge del segle XXI pugui renunciar als potents recursos informà-

tics que es posen a la seva disposició, no tan sols pel que fa a les fonts d'informació sinó també com a suport als actes de presa de decisions en la seva pràctica professional. Per això s'està estudiant la possibilitat de dur a terme una experiència pilot amb un grup d'estudiants de la Facultat de Medicina de la Universitat de Barcelona.

Per estudiar la carrera de **Farmàcia**, a Catalunya hi ha una sola facultat, pertanyent a la Universitat de Barcelona. L'oferta de places de primer curs s'ha anat reduint des d'unes 800 fins a les 500 actuals. La demanda es manté constant i supera discretament l'oferta. El criteri general és que hi ha, en el conjunt d'Espanya, un nombre excessiu d'estudiants de Farmàcia (uns 24.000 en total, és a dir, una tercera part de tots els que hi ha a la Unió Europea).

En conjunt, la qualitat de l'ensenyament ha millorat sensiblement, tant a causa de la reducció relativa del nombre d'alumnes com de les directius dels plans d'estudis que s'ajusten a la directiva 85/432/CEE, centrada en el medicament i a formar el farmacèutic com a professional de la salut. L'obligatorietat d'unes pràctiques tutelades també ha contribuït a aquesta millora. Tanmateix, l'opinió de determinats experts assenyalava que els plans d'estudis són massa prolixos i que s'hauria d'insistir més en l'adquisició d'habilitats i d'actituds. Totes les facultats de Farmàcia són sensibles a aquesta opinió i així ho van manifestar, al final del 1995, en l'anomenat "Document de Barcelona".

La integració d'Espanya en l'aleshores

anomenada Comunitat Econòmica Europea va condicionar la creació de la llicenciatura en **Odontologia**. A partir del curs 1986-1987 es va posar en marxa al campus de Bellvitge la facultat corresponent, pertanyent a la Universitat de Barcelona, que ofereix 114 places de primer curs per a una demanda quatre vegades superior. Aquest fet ha afavorit un cert debat entre els qui defensaven l'estomatologia com a especialitat mèdica i els que donaven suport a la nova llicenciatura. Val a dir que en un document recent de l'OMS (*Salut oral per al segle XXI*) es diu textualment: "En alguns països, després de molts anys de debat, l'ensenyament i l'aprenentatge tradicional dels estomatòlegs han estat reemplaçats per l'ensenyament i l'aprenentatge de l'odontologia. Irònicament, això ha passat en un temps i unes circumstàncies en què es fan intents per ampliar l'educació dels professionals de l'odontologia, per tal d'expandir-ne l'horitzó cap a la pràctica diària de la salut, per mitjà de la salut oral, tot preservant l'excel·lència tècnica de l'odontòleg."

L'ensenyament de la **Veterinària** s'imparteix a la facultat situada al campus de Bellaterra de la Universitat Autònoma de Barcelona. La demanda és elevada; uns 600 aspirants solen disputar-se el nombre de places de primer curs, que en l'actualitat s'han reduït de 250 a 180 per tal de complir els requeriments de la UE. Cal indicar que és l'única facultat espanyola que ha instaurat un nou pla d'estudis, adaptat des del 1992 a la normativa 79/1027/CEE. Aquesta normativa, segons el parer de les autoritats acadèmi-

ques, té una desviació cap als aspectes clínics en detriment de la higiene alimentària i la producció animal, defecte que s'ha intentat obviar introduint una càrrega lectiva optativa que compensa aquestes insuficiències. A més, aquesta facultat se sotmet al sistema de valoració de la Comissió Europea de Formació Veterinària, amb l'objectiu de superar el programa de valoració corresponent.

Els estudis d'**Infermeria** són oferts per un total de quinze escoles, cinc de les quals són centres propis de diverses universitats i les altres deu són centres adscrits. La demanda va en augment: d'unes 2.000 sol·licituds l'any 1985 s'ha passat a més de 2.600 el darrer curs. L'oferta de places de primer curs ha passat de 950 a una mica més de 1.500 durant el mateix període. Els plans d'estudi, orientats a la formació d'un professional generalista, segueixen, en general, les directrius establertes sense una uniformitat total, a causa, en part, de la diversitat de les matèries optatives ofertes a cada centre. L'objectiu comú és formar professionals capaços d'actuar en atenció primària, hospitalària i sociosanitària, d'acord amb el Pla de Salut de Catalunya. Cal dir que l'Institut d'Estudis de la Salut (organisme que depèn del Departament de Sanitat) contribueix d'una manera significativa a marcar objectius i formular recomanacions pel que fa a la formació dels professionals sanitaris, i també a impartir cursos de reciclatge.

D'altra banda, els diplomats en Infermeria tenen accés a diversos estudis de postgrau i a l'especialització per al títol

de llevadora. Finalment, cal assenyalar que entre els objectius de futur dels professionals d'infermeria figura la pretensió d'aconseguir l'establiment d'una llicenciatura específica.

Actualment, a les universitats catalanes també es poden cursar altres diplomatures en l'àrea de les Ciències de la Salut. Així, hi ha tres escoles universitàries de **Fisioteràpia**, amb una oferta conjunta de gairebé 500 places de primer curs, una altra de **Podologia**, amb 60 places, i una altra de **Teràpia Ocupacional**, que disposa de 50 places.

Finalment, cal indicar que la Universitat de Barcelona ofereix un títol propi (és a dir, no homologat) de **Dietètica i Alimentació Humana**, equivalent a una diplomatura, amb 60 places, i que tres universitats (Barcelona, Autònoma i Lleida) han posat en marxa, conjuntament, els estudis de segon cicle de **Ciència i Tecnologia dels Aliments**, amb una oferta total de 150 places.

A grans trets, es pot afirmar, com a conclusió, que l'ensenyament de les Ciències de la Salut a Catalunya ha experimentat canvis molt positius durant els darrers deu o dotze anys, tant pel que fa a l'increment de centres i titulacions com a la qualitat docent. Sens dubte, aquest canvi és degut, en primer lloc, als esforços fets per la comunitat universitària, però també a la prioritat política que la Generalitat ha concedit a l'expansió universitària, amb l'aportació de recursos molt superiors als disponibles anteriorment.

Val a dir, però, que tant en els medis universitaris com en la mateixa Admi-

nistració s'és conscient de la necessitat de millorar encara més la situació. Per a això, segurament, és necessari incrementar encara més els aspectes pràctics de l'ensenyament i perfeccionar els plans d'estudis. Sobre aquest darrer punt, cal indicar que el ja esmentat Institut d'Estudis de la Salut, amb la col·laboració dels especialistes més prestigiosos del país, porta a terme, entre altres activitats, un seguit d'estudis en què es pretén definir les competències professionals de les diverses carreres del camp sanitari. El resultat d'aquests estudis constituirà, sens dubte, una bona base per a l'eventual modificació dels plans d'estudis respectius.

## 2. Organització de l'assistència sanitària

La situació sanitària a Catalunya a l'inici de la dècada dels vuitanta era molt acceptable des del punt de vista del nivell de salut i, pel que fa als aspectes organitzatius —llevat de diferències notòries en l'aspecte assistencial, que després detallarem—, presentava, al meu entendre, defectes notables, igual que a la resta de l'Estat. Entre aquests defectes eren especialment evidents la manca d'una informació sanitària suficient i fiable, el desenvolupament escàs de les mesures preventives i els defectes estructurals i funcionals de la xarxa assistencial pública. Des d'aquesta perspectiva, el Departament de Sanitat i Seguretat Social va iniciar l'adopció d'un seguit de mesures encaminades a posar remei a aquests problemes.

Per tal d'aconseguir una millor **informació** es va procurar, en primer lloc, controlar les estadístiques demogràfiques i posar-les al dia, assegurar i perfeccionar la recollida de dades sobre morbiditat i, més endavant, fer enquestes de salut en determinades parts del territori i després (l'any 1994), utilitzant una àmplia mostra de 15.000 individus, en el conjunt del territori. Al seu torn, els recursos sanitaris –tant els ja existents com els considerats necessaris– van ser catalogats en el primer Mapa Sanitari (1980), en el seu ulterior desenvolupament (Desplegament del Mapa Sanitari, 1983), en el Pla de Reestructuració Sanitària (1985) i en el Pla de Salut (1993). Les nombroses publicacions dutes a terme sobre aquests aspectes constitueixen una font excel·lent d'informació sobre l'evolució i l'estat actual de la sanitat a Catalunya.

En l'àmbit de la **salut pública**, també s'ha dut a terme una extensa tasca, en alguns casos pionera en el conjunt de l'Estat. S'ha insistit, com és lògic, en el sanejament ambiental i en el control alimentari i, en un terreny estrictament mèdic, s'han realitzat actuacions molt diverses. Així, s'han establert programes com ara els de vacunacions, planificació familiar, protecció maternoinfantil, salut bucodental, prevenció de les discapacitats, alimentació i nutrició, hipertensió arterial, diabetis *mellitus*, activitat física, prevenció del tabaquisme, malalties de transmissió sexual, etc. S'ha insistit especialment en l'educació sanitària de la població i s'ha intentat sensibilitzar-la en l'adopció d'hàbitats saludables. Per tal

d'aconseguir una eficàcia més gran en aquestes actuacions, a partir del 1994 s'ha incorporat la prevenció a la pràctica assistencial, de manera que les actuacions repetides han estat integrades en les àrees bàsique de salut.

Evidentment, els canvis més importants han tingut lloc en l'**estructura i el funcionament de la xarxa assistencial**. La implantació, al seu dia, del **Seguro Obligatorio de Enfermedad** va ser certament molt important. Però tant en la seva estructura inicial com en la del posterior Instuto Nacional de la Salud (INSALUD) eren evidents grans defectes, com ara la centralització total de les decisions i l'absència d'una planificació racional. Aquests defectes resultaven especialment notables a Catalunya, on la inversió havia estat absolutament insuficient i, d'altra banda, pèssimament planificada des del punt de vista territorial. De fet, només un 35% dels llits destinats a l'atenció pública eren aleshores propietat de l'INSALUD, mentre que el 65% restant pertanyia a fundacions, mutualitats o altres entitats públiques (municipals o provincials) o privades; la proporció de llits de l'INSALUD era només de 0,7 per mil habitants a Catalunya, molt inferior a la de 2 llits per mil habitants de què disposava en el conjunt de l'Estat.

La reforma de la xarxa assistencial de Catalunya, inspirada en els criteris marcats per l'OMS, ha estat duta a terme, d'una manera progressiva, durant els darrers quinze anys i constitueix el contingut del que s'ha anomenat "model català". Els seus principis es poden resumir de la manera següent:

1. Estructurar una xarxa assistencial mixta, de provisió pública, prou oberta i dispersa perquè facilités, en tot cas, l'accessibilitat de l'usuari.

2. En conseqüència, completar i potenciar els centres d'assistència primària i estendre la xarxa hospitalària per totes les comarques.

3. Procedir a introduir als centres les estructures empresarials imprescindibles per assegurar-ne el bon funcionament.

4. Crear, per via legislativa, els organismes administratius que permetessin dur a terme aquests projectes.

5. Plasmar un model propi que s'adaptés a l'estructura de la sanitat catalana, amb un sector privat important, procurant respectar, en la mesura del possible, els drets adquirits pels professionals.

A aquest efecte, la primera mesura adoptada va consistir en la creació –per la Llei 12/83 del Parlament de Catalunya– d'una mena d'INSALUD català, l'Institut Català de la Salut (ICS), responsable alhora de la prestació assistencial als centres propis i del finançament de la compra –mitjançant l'acció concertada– dels serveis necessaris per atendre el conjunt de la població protegida. Ràpidament es va procedir a la incorporació de gerents professionals en l'àmbit hospitalari i extrahospitalari, i també en el govern de les vuit regions sanitàries en què fou dividit el territori. Com a segona mesura es van introduir les tècniques clàssiques de gestió, com ara el pressupost per objectius i anàlisis de resultats, la comptabilitat general i

analítica i nous sistemes d'informació i facturació, entre d'altres. En tercer lloc es va modificar l'estructura de direcció dels centres hospitalaris, amb la qual cosa aquesta nova cultura col·lectiva a favor de l'“empresarització” es va transformar en una realitat.

D'altra banda, quan es van posar en marxa nous centres hospitalaris construïts per la Generalitat, en comptes de dotar-los de personal estatutari, se'n va encarregar la gestió a entitats sanitàries externes, amb la qual cosa es va consolidar el model de **cessió de gestió** hospitalària. També en el curs de la reforma de la xarxa d'atenció primària, es procedeix en alguns casos a cedir-ne la gestió a mútues, consorcis i empreses de gestió sanitària i, com a experiència pilot, s'està tendint a l'autogestió d'alguns equips d'atenció primària en què els mateixos professionals seran els accionistes de l'empresa que es constitueixi en cada cas.

Una altra fórmula aplicada amb un èxit notable ha estat la constitució de **consorcis de gestió**. Gràcies a aquest sistema, que comporta un mínim interencionisme de l'Administració sanitària, s'han renovat o s'han creat centres en col·laboració amb fundacions, ajuntaments, la Creu Roja, consells comarcals i caixes d'estalvi. Actualment ja funcionen nou entitats consorciades que gestionen centres hospitalaris o unitats de diagnòstic.

Un altre instrument valuós, utilitzat per gestionar serveis amb personal de la mateixa Administració, ha estat l'**empresa pública**. S'ha procedit a modernit-



zar i "empresaritzar" l'organització i l'estructura de determinats serveis, que continuen sent de propietat pública però es regeixen per mecanismes més semblants als del mercat. En aquest moment es disposa de nou empreses públiques dedicades a tasques molt diverses.

La reforma de l'estructura administrativa de l'assistència sanitària pública catalana ha culminat amb la promulgació de la Llei 15/1990 d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), conduent a la creació del Servei Català de la Salut (SCS). Aquesta llei desenvolupa la **Ley General de Sanidad** d'acord amb les característiques pròpies de la sanitat catalana. El SCS ha adoptat la fórmula jurídica d'ens públic de caràcter institucional, subjecte al dret privat i al règim laboral; d'aquesta manera s'arriba a la separació efectiva de les funcions de finançament del sistema sanitari de les de provisió de serveis, que són subministrats per contractes establerts tant amb els centres pertanyents a l'ICS com amb els de qualsevol altra titularitat.

D'acord amb la LOSC, s'ha elaborat el ja esmentat Pla de Salut de Catalunya (1993-1995), que és l'instrument de planificació i l'element clau per establir les prioritats d'actuació en l'àmbit sanitari, sempre encaminades a millorar la salut i la qualitat de vida dels ciutadans.

El desenvolupament de la LOSC ha conduït a la divisió del territori en vuit regions sanitàries subdividides, al seu entorn, en 55 sectors sanitaris i 338 àrees bàsiques de salut en què es desenvolupa l'**assistència primària**. Tal

com hem indicat, la millora de la xarxa d'assistència primària era una de les necessitats bàsiques i, per això, a partir del moment de la transferència es va emprendre un seguit de mesures (introducció de la història clínica, millores en els serveis d'anàlisi i de radiodiagnòstic, construcció de 120 centres d'assistència primària nous, importants subvencions per a l'adequació de dispensaris municipals). A més, es van dur a terme experiències pilot que van portar a la generalització d'un nou model, basat en la introducció d'una dedicació horària més gran dels professionals que treballen en equip i s'ocupen tant de les mesures preventives com de l'assistència i la rehabilitació. Aquest canvi de model ha trobat, certament, dificultats, tant pel cost elevat que té com per la necessitat de respectar els drets adquirits dels metges que no han considerat oportú modificar la seva dedicació. La previsió inicial era de completar-lo en deu anys i, quan s'ha completat aquest termini, només s'ha pogut aplicar en un 60% aproximadament.

El **sector sanitari** integra diverses àrees bàsiques de salut i s'ocupa d'un conjunt de població que oscil·la entre 50.000 i 250.000 usuaris. Cada un d'aquests sectors sanitaris té els seus hospitals de referència, en coordinació amb els quals presta l'assistència a escala d'especialitats.

De l'estat i de les peculiaritats de la **xarxa hospitalària**, ja n'hem parlat anteriorment. D'una manera immediata es va procedir a sotmetre tots els centres a un procés d'acreditació que va

comportar l'eliminació d'uns 40 establiments que, fins aleshores, s'ocupaven de malalts molt greus i que van passar a integrar-se a una nova xarxa assistencial de malalts crònics. Així mateix, es va procedir a la simplificació del procés de concertació, que de 21 categories diferents va passar a un model nou que només en preveia 3. A més de fer grans millores als anomenats centres propis, es van completar les instal·lacions i es van posar en marxa altres de no acabats, al mateix temps que s'iniciava una important política de subvencions per a hospitals de titularitat diversa. Així, l'any 1985 es va posar en pràctica el ja esmentat Pla de Reordenació Hospitalària (PRH), que concedeix una gran importància als hospitals comarcals i que ha contribuït a establir un equilibri territorial correcte des del punt de vista sanitari. Actualment, la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) comprèn 72 centres (dels quals només una dotzena són de titularitat de l'ICS) amb una capacitat de 15.915 llits: 3.916 llits corresponen a hospitals generals bàsics (comarcals), 7.436 corresponen a hospitals de referència (de districte) i 4.563 a hospitals d'alta tecnologia (regionals).

Paral·lelament a aquestes reformes de la xarxa assistencial, es duen a terme diversos programes encaminats a corregir, en la mesura del possible, dèficits territorials o sectorials. Entre els **programes territorials** cal esmentar el programa ALTEBRAT, destinat a acabar amb l'absència de tota mena d'equipament sanitari en un conjunt de tres co-

marques, i el programa ALPIR, que s'ocupa de l'ordenació assistencial d'una zona pirinenca.

Amb els **programes sectorials**, molt nombrosos, es pretén donar resposta a problemes concrets. Ens limitarem a enumerar els més importants. Amb el programa Vida als Anys s'intenta solucionar els problemes inherents a l'increment constant de població de la tercera edat. Els programes de cures pal·liatives i d'atenció oncològica es dirigeixen a millorar l'atenció dels malalts neoplàstics. També s'han fet grans progressos gràcies als programes de donació i transfusió de sang i d'atenció a la insuficiència renal, que subsidiàriament ha donat origen al programa de transplantaments d'òrgans, en què la sanitat catalana ha estat pionera. Així mateix cal esmentar els programes de drogodependències, el de lluita contra les malalties de transmissió sexual i el d'atenció i prevenció de la SIDA, que forçosament ha requerit una aportació de recursos molt important. El programa d'atenció psiquiàtrica i salut mental s'ha iniciat en rebre les competències de tres de les quatre diputacions catalanes, amb l'aprovació del Pla de Salut Mental (1994).

Cal destacar, d'altra banda, que a Catalunya la sanitat pública coexisteix amb un **sector privat** que continua tenint una importància considerable. En efecte, un 21,4% de la població catalana té subscripta una pòlissa de protecció sanitària amb alguna de les 23 mutualitats o de les 49 entitats mercantils existents. A grans trets, aquesta doble

afiliació ha tingut tendència al descens fins el 1995, any en què, per primera vegada, el percentatge ha augmentat molt lleugerament. Aquestes entitats mouen una quantitat de diners que s'acosta als 70.000 milions de pessetes anuals. Aquest fet s'explica, en part, per l'antiga tradició de la societat catalana de cobrir els riscos sanitaris des de molt abans de la implantació de la Seguretat Social. Però també hi contribueix la voluntat d'aconseguir una atenció millor pel que fa a les prestacions de tipus hotel·ler. Així mateix subsisteix l'activitat professional lliure que es desenvolupa en consultoris privats i en establiments sanitaris que, de vegades, tenen contractats determinats serveis per la sanitat pública.

No s'ha d'oblidar que el conjunt de la sanitat catalana té una àmplia projecció extraterritorial. Barcelona exerceix, des d'aquest punt de vista, una funció evident de capitalitat sanitària. Una bona prova en són els nombrosos malalts d'altres comunitats autònomes atesos en centres sanitaris del SCS, i la quantitat considerable de pacients estrangers –especialment hispanoamericans i dels països àrabs– que passen per la consulta de diversos centres sanitaris de la Ciutat Comtal.

**En resum** es pot afirmar que la situació sanitària de Catalunya és bona, tal com ho demostren no tan sols els paràmetres sanitaris (mortalitat infantil inferior al 7 per mil, expectativa de vida en néixer propera als 80 anys), sinó també l'opinió que els usuaris tenen de la sanitat pública: un 88% de la pobla-

ció enqüestada l'any passat es declara satisfeta o molt satisfeta de les prestacions del sistema sanitari.

Aquestes afirmacions no signifiquen que no hi hagi problemes, de vegades considerables. Anteriorment ja m'he referit al retard en l'aplicació del nou model d'assistència primària. D'altra banda, malgrat els esforços ja fets –que han permès, per exemple, la realització de 10.000 intervencions fora del sistema durant l'any 1995–, hi ha llistes d'espera en determinades especialitats que, llevat de casos excepcionals, no són superiors a un any. Des d'un punt de vista estrictament sanitari, sembla evident que no resultarà possible assolir tots els objectius formulats per l'OMS per a la regió europea d'aquí a l'any 2000. Així, les campanyes contra el tabac han proporcionat resultats insuficients (continua amb l'hàbit més del 30% de la població) i, en general, la lluita contra les drogues –que ha millorat sensiblement en l'aspecte assistencial– continua sent poc eficaç en l'àmbit de la prevenció. També cal indicar, per exemple, el problema de la SIDA, que, amb resultats que deixen molt a desitjar, comporta l'assignació de partides pressupostàries cada vegada més grans que, evidentment, no poden ser dedicades a altres necessitats no menys importants.

És clar que el problema del **finançament** suficient de la sanitat és un dels més preocupants. Per comparació a altres països, la despesa sanitària total (és a dir, pública i privada) a Espanya és relativament modesta; segons les darreres xifres publicades, el 1991 va ser un

6,7% del PIB , mentre que en el conjunt de països de l'OCDE era un 7,9%. Si bé és cert que una inversió més gran en despesa sanitària no pressuposa forçosament l'obtenció d'un nivell de salut més elevat, no hi ha dubte que ens trobem netament per sota de la mitjana comunitària.

D'altra banda, és ben sabut que la despesa sanitària real sempre resulta considerablement superior a la pressupostada per a cada any. El repartiment del pressupost inicial entre les diverses comunitats autònomes i, especialment, la determinació de la desviació i la transferència del suplement corresponent a cada comunitat han estat objecte de discussions constans que, si més no, comporten retards greus en la liquidació final. A més, en el cas de Catalunya –a causa del paper de capitalitat ja esmentat que exerceix Barcelona– s'està discutint encara la quantia de les compensacions econòmiques que li corresponen d'acord amb la **Ley General de Sanidad**.

Sens dubte, en el conjunt de l'Estat és urgent adoptar decisions sobre el sistema de finançament de la sanitat, la

millora de l'eficiència, la contenció de la despesa, les prestacions que ofereix el sistema, l'eventual participació dels usuaris, la incentivació dels professionals, etc.

Amb tot i això, resulta evident que la despesa sanitària –component essencial de les prestacions de l'anomenat Estat del Benestar– no pot créixer indefinidament. Els mateixos progressos de la sanitat contribueixen a agreujar el problema financer. Les expectatives de vida s'allarguen cada vegada més, cosa que comporta l'increment del nombre i de la proporció de persones que, a causa de les seves malalties cròniques –i, molt sovint, de la seva discapacitat més o menys important–, requereixen una assistència continuada i sovint molt costosa. I, d'altra banda, tot això té com a conseqüència el plantejament de problemes bioètics d'una gran transcendència. No és aquest el moment ni el lloc de discutir qüestions tan greus, que podrien conduir la sanitat a "morir d'èxit", però m'ha semblat oportú esmentar-les ja que, sens dubte, han de ser considerades a l'hora de plantejar-se el futur de l'Estat del Benestar.