

## DESENVOLUPAMENT HISTORIC DELS HOSPITALS CATALANS

*Jacint Reventós i Conti*

*Jordi Cais i Fontanella*

Fins als inicis de la Baixa Edat Mitjana, les institucions que impartien assistència socio-mèdica no rebien el nom d'hospitals, si bé funcionaven com a tals. Tampoc el nom d'hospital ha tingut sempre un significat unívoc.

És probable que el primer centre en què es van donar cures mèdiques a Catalunya fos el temple d'Esculapi a Empúries. En els tractaments dels temples d'Esculapi, es barrejava una medicina primitiva amb alguna maniobra tècnica, i la màgia, la religió, oracles, sacrificis, i purificacions. Naturalment, amb el temps, tot això es convertiria en mites i dogmes.

Els mites i dogmes provoquen amb el temps reaccions de signe contrari, i aquest seria el cas d'Hipòcrates; un personatge sorgit del culte Asculapià (S.V a.c). L' Hipocratismes tractaria d'orientar els coneixements terapèutics amb el sentit comú i l'observança de la natura humana. És probable que les primeres institucions hipocràtiques hospitalàries en el nostre país fossin les termes romanes. Com per exemple les de Caldes de Montbui i Caldes de Malavella.

El sentit cristià de la caritat tindria enorme influència en tota l' Edat Mitjana. Donaria lloc a terapèutiques "caritatives". Es podria doncs dir de major eficiència social. La seva pràctica es produiria en gran part en els Monestirs, que també eren els indrets on es concentraven els coneixements. Montecassino arribaria a ésser una mena de Mayo Clínic, i Montserrat i Cuixà, de la mateixa ordre benedictina, és de suposar que serien semblants. En ells s'acollien malalts als que s'administraven remeis; alguns d'origen clàssic-hipocràtic o Galènic-Helenístic, barrejats amb d'altres d'experimentals, casolans, o de sentit comú.

Durant segles, a l'Europa Occidental, va existir gairebé un monopoli mèdic-terapèutic per banda dels religiosos. Aquest es potenciarà en haver-se tornat molt difícil adquirir l'art de la medicina o de la cirurgia en escoles mèdiques normalitzades. Aquesta era la situació en la més aviat bàrbara Europa Occidental de l'Imperi Carolingi, del Reialme Franc, i per tant també de Catalunya. A més les fallides terapèutiques comportaven càstigs terribles, àdhuc corporals, pels que exercien la Medicina i la Cirurgia.

Les úniques escoles de medicina que mereixien el nom es trobaven en terres islàmiques, on s'havia recollit una bona part de la tradició hipocràtico-helenística. Malauradament no s'hi admetien estudiosos cristians. A més dels mahometans solament hi podien concórrer els jueus. Metges jueus, ben formats, n'existien a l'Europa Occidental; encara que el seu accés estava vedat al poble normal. A ells només podien recórrer reis, nobles i potentats. Els àrabs arribaren a posseir uns hospitals que tindrien bastant en comú amb els nostres actuals, integrant-se en ells la Docència, la Salut Pública i la promoció de la Salut. N'existien a Bagdad, a Córdoba, a Granada i a Pèrsia. A Catalunya, un hospital amb "tecnologia àrab" podria ser els Banys Àrabs de Girona. Encara que estaven construïts sota imperi cristià, poseien molta tecnologia àrab; en aquells moments ben superior a la cristiana.

La reacció contra el monopoli guaridor dels religiosos es produiria a partir dels segles IX i X. Seria laica, i beuria, com era d'esperar, de fonts Galènico-Helenístiques. Galé fou un metge helenístic que va viure al segle II d.C. Exerciria especial influència en les Escoles Mèdiques de Salern (S.IX), de Bolonia, Montpeller, Paris (S.XII i XIII), i en les nostres de Barcelona i Lleida (S.XIV). Les escoles mèdiques d'influència galènica tindrien més aviat poca relació amb els hospitals-asils medievals, quedant la docència mèdica molt fora d'ells fins ben entrat el segle XVIII.

La tradició mèdica Galènico-Hipocràtica cauria també al cap d'un temps en un dogmatisme mèdico-teològic-filosòfic, que l'apartaria de la realitat assistencial, i de les necessitats terapèutiques de la seva època. Descomptant els hospitals àrabs, les escoles medievals tindrien ben poca relació amb els establiments sanitaris. La ciència mèdica també pot anar-se convertint en mite i dogma, allunyant-se de la realitat social. Per desgràcia succeeix en algunes ocasions en les nostres altament tecnificades institucions hospitalàries.

El nom d'hospital apareixeria més o menys al segle XII, i el seu concepte en aquell moment no tenia gaire a veure amb el present. Tenia un significat d'acolliment, de beneficència o bondat molt relacionat amb el concepte cristià de la caritat. Els establiments que comencen a portar el nom d'hospital tenen molt d'asil, servint per solventar sobretot problemes socials, uns problemes dels que les famílies i la societat no volien, o no podien fer-se'n càrrec.

La problemàtica mèdico-social se centrava aleshores en les vuit pestilències, de les quals set eren infecto-contagioses i una corresponia a les malalties mentals. Els hospitals-asils acolliren també, més endavant, a pelegrins, malalts vells i crònics, tolits, criatures abandonades, etc. Aquesta és la filosofia que seguien els anomenats hospitals en aquells temps, tant a Barcelona com a medis rurals. Es localitzarien en els indrets que gaudien de major prosperitat socio-econòmica, es a dir, on els problemes socials es feien contrastadament més palesos.

A Catalunya sembla ser que seria l'Hospital de la Sta. Creu de Barcelona (inaugurat en 1.401), on es combinarien, fins un cert grau, la medicina galènica amb la filosofia asilar. Probablement per això se'l va anomenar Hospital General. També fou el primer hospital català on hi entraria una docència normalitzada; primer en Cirurgia amb el Real Colegio de Cirujanos (1760), i després en Medicina, en desaparèixer la Facultat de Medicina de Cervera (1843). El 1907 el nou Hospital Clínic del carrer Casanova de Barcelona acollirà la Facultat de Medicina; degut a que van existir dificultats perquè es possessin d'acord la MIA (Molt Il·lustre Administratiu) de l' Hospital de la Santa Creu amb els poders fàctics de la Facultat a l'hora d'anomenar catedràtics i caps de servei. La docència de la medicina s'extendria després a d'altres hospitals amb l'aparició de les Universitats Autònomes de 1933 i 1968.

Tant l'Hospital Clínic, com el tradicional de la Sta. Creu i el St. Pau, com d'altres centres construïts a principis del XX, anirien perdent gradualment llur caràcter asilar, alhora que es tecnificaven. La majoria dels hospitals bastits al llarg del S.XVI, XVII, XVIII, i àdhuc el XIX, tindrien un caràcter essencialment asilar. Alguns es tecnificarien progressivament, d'altres s'integrarien en una mena de xarxa de serveis socials i sòcio-sanitaris, i altres desapareixerien.

La Revolució Industrial tindria especial efecte sobre els hospitals accelerant llur procés de tecnificació. Aquestes influències es podrien concretar en les següents causes:

a) Canviant les condicions del treball, que esdevindria més col·lectiu i menys individualista. La Medicina es faria més plural, virant progressivament cap a Sanitat. Això significa que entren en el nucli del sistema altres professions sanitàries a més dels metges.

b) En posar a l'abast de l'assistència mèdica nous productes industrials més accessibles i de major qualitat. La Cirurgia i la Medicina avançarien extraordinàriament amb noves tecnologies diagnòstiques i terapèutiques. La medicina es tornarà més clínica que especulativa. En resum, més eficaç.

c) La Revolució Industrial generaria una societat civil més vigorosa, àmplia i travada, que realitzaria inversions hospitalàries en el sectors Benèfic-privat i Privat. En aquest fet positiu no hi prendria part únicament l'alta burgesia, sinó que també hi participarien la petita burgesia, i àdhuc la classe treballadora més conscient i il·lustrada. Un exemple il·lustratiu podria ésser l'origen de la Quinta de Salut l'Aliança.

d) Desenvoluparia la consciència nacional catalana, que comportaria el desig d'una major participació en la gestió i planificació dels hospitals i la sanitat del

nostre país, per tal d'amotllar-lo al nostre propi tarannà. Es conseguiria en gran part mitjançant instàncies político-territorials més pròpiament catalanes com la Generalitat, els municipis, les comarques, i fins i tot les Diputacions, (Mancomunitat o Diputacions Provincials).

Al llarg de la costa catalana i de les conques industrials aparegueren una sèrie d'institucions hospitalàries, encara força asilars, eivides de la generositat i fidelitat a la terra de persones que haurien fet fortuna amb el comerç o la indústria. Sovint aquestes iniciatives comptarien amb la corresponent col.laboració del batlle o fins i tot del capellà locals.

Representarien sovint un precedent de la magnífica realitat actual dels Hospitals Comarcals, impulsats per l'esforç comú de la Generalitat, dels municipis, les comarques, i el sector Benèfic-privat. La regionalització-comarcaltzació hospitalària, s'ha fet plausible tant aviat com l'Administració Catalana major (la Generalitat) ha disposat d'un poder polític suficient per normalitzar i gestionar descentralitzadament una xarxa hospitalària de titularitat plural que estigués al servei de les necessitats sòcio-assistencials del país. Els hospitals comarcals esdevenen particularment interessants en aconseguir combinar la tecnologia de l'hospital modern, amb la possibilitat d'acolliment de problemes mèdico-socials. Tot plegat, a més, a un preu raonable. Seria convenient, per aconseguir la màxima eficiència social, no desviar-se excessivament en cap dels dos sentits. Els hospitals comarcals han ajudat també a homogenitzar paulatinament l'oferta de serveis socio-sanitaris en el territori català. Els hospitals Benèfic-privats medievals i del segle XIX podrien ésser considerats, fins a cert punt, com precedent dels actuals Consorcis.

L'homogenització del territori suposa un augment de l'oferta, i per tant del consum. Això duria a que els hospitals comarcals en el seu conjunt incrementessin el cost global de la sanitat. Però també han millorat la satisfacció de la població.

Precedents dels Consorcis podrien trobar-se també en la constitució de l'Hospital de la Santa Creu en el segle XIV per l'acord de col.laboració entre el Consell de Cent i el Cabildo. Com igualment en la Llei de Carta Sanitària de Barcelona de 1934, entre el Conseller de Sanitat de la Generalitat Josep Dencàs, i l'Ajuntament de Barcelona. La figura del Consorci ha ajudat a racionalitzar i coordinar la política hospitalària de país.

Durant el Franquisme es produiria el fet cabdal del finançament col·lectiu de la Sanitat, i per tant dels hospitals. A Catalunya ja havien existit alguns precedents en aquest sentit a les darreries del segle XIX i principis del segle XX per part de la societat civil. El seu exemple més pregon és l'Aliança, sense oblidar tampoc d'altres mutualitats, mútues i companyies d'assegurances, així com el complex cooperatiu del Dr. Espriu. L'impuls més definitiu vindria, no

obstant, a través de la Seguretat Social, pel seu caràcter compulsiu i extès a tots els treballadors. El finançament col·lectiu de la sanitat trencaria el binomi existent fins aleshores, entre l'assistència mèdica benèfica i assistència mèdica privada. Per la mateixa via, s'arribaria a la reivindicació del Dret a la Salut i de la universalització de l'assistència mèdico-sanitària, en altres paraules: el Servei Nacional de Salut. Aquest formaria una part essencial de l'Estat del Benestar.

El concepte de Servei Nacional de Salut, surgiria a Catalunya el 1975 per l'impuls de Nolasc Acarin i Ramon Espasa, i representaria un avenç social i ètic notable. El seu significat no seria unívoc, i dintre d'ell es poden considerar unes variants:

a) Un molt centralista i estatista, com fou l'INP, i els serveis sanitaris dels països amb socialisme real.

b) Un encara que molt estatista, amb algunes diferenciacions territorials, com el britànic. Seria el preconitzat per Espasa i Acarin, i molts dels que fórem els seus "companys de viatge".

c) El de tipus escandinau, que admet la participació en major o menor grau en la de la xarxa hospitalària d'utilització pública dels hospitals de l'Administració Local i sector Benèfic-Privat, que no perden la titularitat de llurs institucions, el que els permet una gestió bastant autònoma. És el model aplicat per l'actual Generalitat, amb els consellers Laporte i Trias.

d) El model escandinau manté encara el règim de "caixa única" estatal. No és el cas del "model carolingi", anomenat així per nosaltres en ser l'usual a França, Alemanya, Bèlgica, Holanda, etc. Existeixen Caixes públiques regionalitzades, professionals-non profit, i inclús privades, que cobreixen el risc de malaltia i l'assistència hospitalària. Les prestacions poden ser molt amples, gairebé superposades a un Servei Nacional de Salut molt complert. Un model semblant pot sorgir de la reforma Clinton als Estats Units. Té l'inconvenient de ser un sistema molt car, i que no tots els països se'l poden pagar.

La privatització no és més que una descentralització econòmica, tant en assistència hospitalària com en assegurança. Qualsevol descentralització satisfà més al ciutadà mitjà. Però aquest ha de saber que la privatització-descentralització resulta sempre més cara. El centralisme burocràtic és un gran dissuasiu del consum, doncs dificulta l'oferta.

La Llei General de Sanitat d'Ernest Lluch (1986) adjudicaria la gestió hospitalària (no el finançament) a les Comunitats Autònomes. A més consagraria de forma definitiva l'entrada dels hospitals de l'Administració Local a la xarxa d'utilització i finançament públics; que amb els hospitals "propis" de la Seguretat Social, i els d'antiga titularitat estatal traspassats a la Generalitat,

configurarien el Sector Públic. El sector Benèfic-Privat i Privat també pot ser utilitzat, si bé de manera temporal i renovable.

Amb la LLOSC (Llei d'ordenació sanitària de Catalunya, 1990) permet a Catalunya l'entrada definitiva del sector Benèfic-Privat en la XHUPS (xarxa hospitalària d'utilització pública), que formaria part del Servei Català de la Salut. Això permetria a la Generalitat una gestió i planificació hospitalàries més àmplies i homogènies. No seria totalment del gust dels sectors hospitalaris Benèfic-Privats concertats més liberals.

El finançament col·lectiu donaria peu a una expansió extraordinària del conjunt hospitalari, que rebria una quantitat de diners a la que no estava acostumat. I això tant en el sector "propi" de la Seguretat Social, com en el concertat. Permetria no solament construir i renovar instal·lacions, sinó oferir a professionals i treballadors unes condicions laborals i de promoció professional i científica com mai pogueren somniar. La sanitat i els hospitals semblaven trobar-se en una expansió sense sostre i sense fi.

Tot plegat provocaria una progressiva "hospitalitis", amb una assistència cada cop més eficaç, tecnificada, deshumanitzada, alhora que cara. L'hospital es convertiria en el centre del dispositiu sanitari. Tractant de controlar aquest espiral es fomentaria l'Assistència Primària, la qual en masses ocasions no faria res més que reproduir el model científic-hospitalari.

Les crisis econòmiques retornarien els hospitals a l'amarga realitat. El finançament públic no podria seguir suportant el dispositiu sanitari-hospitalari propiciat per l'Estat de Benestar, que també havia entrat en crisi. També es posaria en dubte la possibilitat de seguir mantenint la sacralització dogmàtica de la ciència i de la tècnica.

És segur que èticament s'ha de procurar mantenir l'Estat del Benestar. El que ja no és tant segur és que l'Estat ho pugui continuar fent sol. Com en temps preterits, s'haurà de tornar a recórrer a la Societat Civil. Entretant, i precisament per l'Estat del Benestar, la societat civil s'ha anat transformant en més àmplia i homogènia. Molta més gent participa avui en dia en les grans decisions. Serà doncs necessària una major *corresponsabilització de tota la població* respecte l'avenir del sistema sanitari i els seus hospitals. També caldria major generositat i dedicació humana per part dels professionals i dels treballadors de l'església d'Esculapi respecte a la ciutadania laica. Cal dir que en participar aquesta més i més en establir les prioritats. Tampoc s'ha de desconèixer que no es pot tenir tot i de seguida. Ni tampoc estar a cobert de tot, i ser indemnitzat per tot. S'hauran de prendre majors responsabilitats personals en les decisions terapèutiques, i àdhuc tractar-se personalment en malalties banals.

La Generalitat del President Pujol ha gaudit de suficient permanença i estabilitat sòcio-política com per establir una legislació i normativa hospitalàries importants, i amb característiques essencialment catalanes i modernes. Tot s'ha fet, a més, dins del marc constitucional-legislatiu espanyol tenint en compte la Constitució, l'Estatut i la Llei General de Sanitat. Malgrat això, la sanitat i la xarxa hospitalària ha pres un tarannà català innegable.

Per primera vegada en la nostra història, podem dir que posem una política hospitalària autònoma, nacional i moderna. És el que a la resta d'Espanya s'anomena el "model català".