

Pi i Molist va construir l'Institut Mental de la Santa Creu aprofitant ensenyaments que havia rebut dels centres francesos i d'altres països europeus.

Pi i Molist es va anticipar en molt, i aquesta fórmula general fou un element nou que va influir decisivament en l'arquitectura hospitalària ulterior. Tot aquest procés ha estat molt ben estudiat pel doctor Felip Cid.

Ara, però, l'establiment ha entrat en període de demolició. La meitat ja no hi és. En l'altra, hi ha 400 malalts. L'any vinent sorgirà una urbanització, segons sembla modèlica, BARCINOVA, però ¿on posarem els malalts mentals?

EL NIVELL CIENTÍFIC

Moltes i assenyades coses s'han dit i es diran en el curs d'aquestes conferències sobre la situació del metge fa cent anys i sobre el seu nivell científic, per això, ara només reproduïrem els textos de dues històries clíniques.

HISTÒRIA CLÍNICA PEDIÀTRICA - HOSPITAL DE LA SANTA CREU

Curso de 1862 a 1863:

Mes de diciembre.

Estado demostrativo del movimiento, marcha de las dolencias y necrología de los enfermos pertenecientes a la Clínica de la Infancia.

Día de entrada: 2 de diciembre. Día de la muerte: 9 de diciembre.

Edad: 2 días.

Sala: Lactancia.

Cama n.º 713.

Diagnóstico: Esclerema.

Nombre y apellidos del observador: Manuel Martín.

Este niño, parto de término, se presenta al segundo día de haber nacido a la enfermería, con la cara contraída, extremidades frías, cuerpo de color ictérico, piel y tejido celular subyacente, endurecido, articulaciones poco flexibles, dificultad de mamar, respiración frecuente y difícil, acompañada de un quejido agudo, vientre abultado, retiene todo el meconio. Prescripciones: Agua de azahar 15 gotas, Agua del Carmen 8 gotas. Fricciones generales de vino aromático. Abrigar con una piel de carnero.

Los días consecutivos aumenta el endurecimiento del tejido celular de las extremidades inferiores, conserva una temperatura muy baja, mama con dificultad, respiración anhelosa, pulso imperceptible, deposiciones escasas. Se continúa con las indicaciones antedichas hasta el 9 de diciembre que murió.

Autopsia. — En la autopsia verificada 16 horas después de la muerte pudo apreciarse la dureza de todo el tejido celular y el color icterico de la piel. El cerebro estaba blando y hidroémico.

Pulmón hiperemiado en la base y sin alteración de textura. Corazón de volumen natural y vacío, con egrosamiento del pericardio. El tronco de los grandes vasos llenos de sangre negruzca. Hígado aumentado de volumen. Bazo con congestión sanguínea. Riñones pálidos.

UN MODEL D'HISTÒRIA CLÍNICA PSIQUIÁTRICA - INSTITUT FRENOPÀTIC

Any 1863

Preguntas que deben contestar los interesados del enfermo y facultativos que le han asistido.

Nombre y apellidos del enfermo.

Edad, naturaleza y domicilio.

Estado.

Si tiene hijos.

Si alguno de sus antepasados fue afecto de alienación.

Posición social.

En qué día se presentaron los primeros indicios de la enfermedad.

Qué día se le tuvo que separar de la familia.

Si ha estado en algún otro manicomio y cuánto tiempo.

Qué fenómenos dieron a conocer la alienación mental.

Si es la primera vez se le observa.

¿Grita, destroza, hiere?

El enfermo come o rechaza la comida, y cuánto tiempo.

¿Tiene tendencia al suicidio?

Cuál es la causa que se cree haber producido la enfermedad.

¿El enfermo ha padecido alguna enfermedad maligna?

¿Padece alguna afección crónica?

¿Lleva algún fontículo, sedal cáustico, o vegigestorio abierto?

¿Se ha sujetado a algún tratamiento curativo?

¿Cuáles han sido las pasiones más dominantes del enfermo?

¿Ha padecido sífilis?

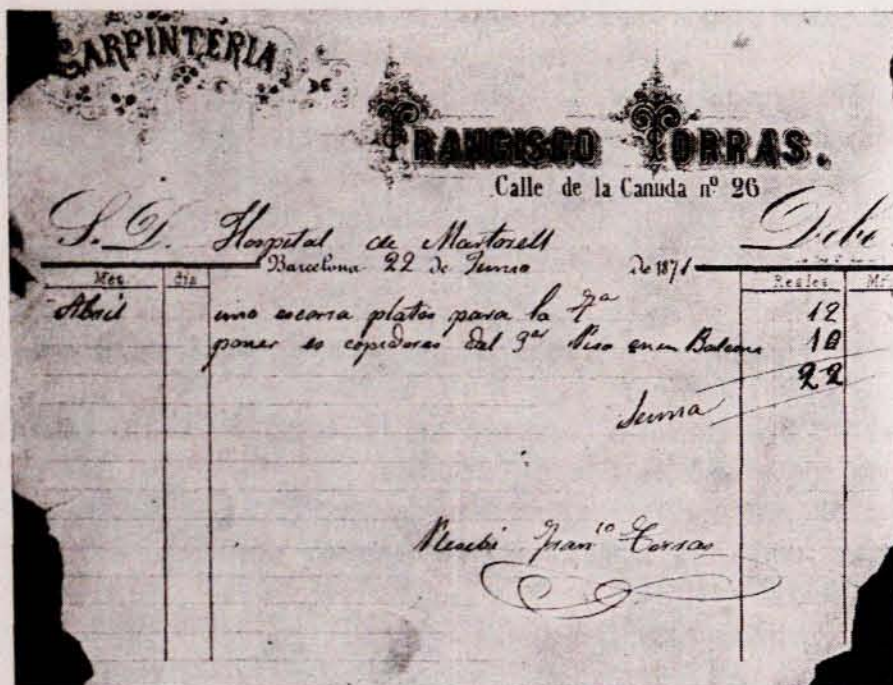


FIG. 9. — LA FACTURA DEL FUSTER. Hospital de Martorell. Factura de la Carpinteria de Francisco Torras. Calle Canuda, 26. 22 junio de 1871. Abril: uno escorra platos para la Hermana: 12 reales. poner escopideras del 3.º piso en un Balcon: 10 reales.

LES COMUNITATS RELIGIOSES EN ELS HOSPITALS

Les relacions entre les comunitats religioses d'acció hospitalària, i els hospitals que serveixen han passat per diverses situacions que, esquemàticament resumim:

Primera etapa. — HOSPITAL BENÈVOL TRADICIONAL

El Director: Solia ésser un metge amb escassa dedicació, sense cap qualificació professional hospitalària, amb limitada responsabilitat i limitada iniciativa personal.

L'Administrador: Un funcionari submís que portava una comptabilitat senzilla i benèvola. L'organització i l'administració dels béns era molt d'estar per casa.

La Mare Superiora: Tenia cura de les compres.

Contractava el personal de l'hospital. Decidia què calia fer en cada moment. Aquesta figura clau, màxima autoritat, no posseïa cap mena de títol professional hospitalari.

Segona etapa. — HOSPITAL EN PERÍODE DE TRANSICIÓ

L'activitat, el control, la direcció i el govern i la responsabilitat, es distribueixen en forma convencional entre:

El Director,
L'Administrador,
La Mare Superiora.

Tercera etapa. — L'HOSPITAL AL SERVEI DE LA COMUNITAT

El Director: Posseeix un diploma de Direcció i Gestió hospitalària, i té una responsabilitat legal concreta.

Treballa com a director, amb plena dedicació.

Està en constant relació i comunicació amb els altres Hospitals de la zona.

És la màxima autoritat de l'Hospital.

L'Administrador: Diplomant en Administració hospitalària.

Cap del Departament administratiu.

Cap d'Organització i Mètodes.

Cap de Compres i Conservació.

Disposa d'un Pla Comptable Hospitalari, amb mètodes uniformes i homologats, que són vàlids, igualment per als altres hospitals de la zona.

La Mare Superiora: És responsable de la comunitat religiosa.

S'ocupa fonamentalment del benestar del malalt, sigui quina sigui la seva creença.

Supervisora de la Pastoral Hospitalària.

Està en constant relació i mútua ajuda amb els altres hospitals de la comunitat.

Posseeix un Diploma Cultural Mitjà o Superior.

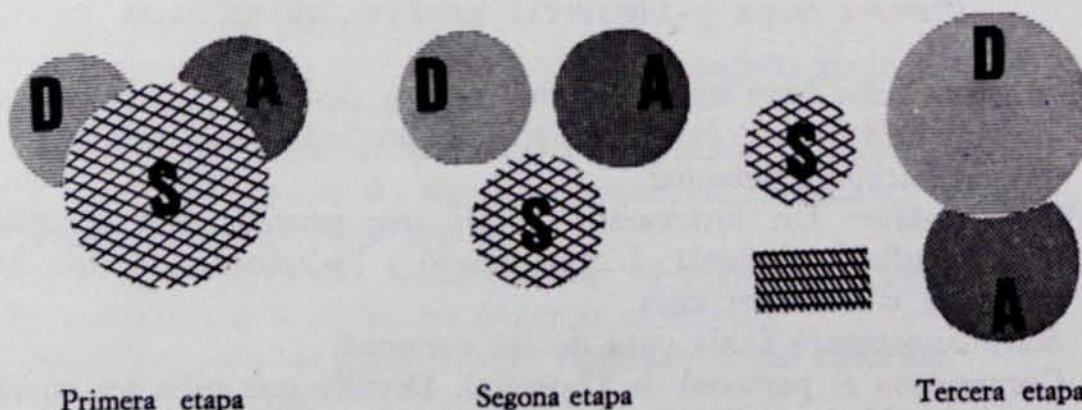


FIG. 10. — Importància relativa del director (D), de l'administrador (A) i de la superiora (S) a les tres etapes de l'evolució de l'hospital.

LES COMUNITATS RELIGIOSES: ESQUEMES TERRITORIALS

Així mateix, l'actitud de les comunitats religioses d'acció hospitalària i assistencial, evoluciona ràpidament en relació amb la seva zona d'influència.

En el moment actual, l'activitat peculiar, pròpia de cada congregació, s'ajusta millor a les necessitats de la població que ha de servir.

Primera etapa: Comunitats religioses independents

L'esquema representa diverses comunitats religioses.

Cada establiment hospitalari o assistencial es troba sota la direcció d'una Mare Superiora. Una Superiora Provincial controla i dirigeix la marxa dels establiments de l'orde en aquella zona. Per damunt d'ella, hi ha encara una autoritat jeràrquicament més elevada: la Mare Superiora General d'una regió, país o continent, i encara més amunt una Mare Superiora General.

La característica d'aquesta etapa és l'escassa o nul·la connexió entre les comunitats religioses d'ordres diferents, que actuen cadascuna independentment i insolidàriament. Fan servir els béns propis segons els criteris tradicionals de l'orde.

Segona etapa: El coneixement de la realitat condiciona l'acció

El coneixement de la realitat condiciona l'acció principalment en els aspectes següents:

1. *Adequació dels recursos a les necessitats*: El coneixement de la realitat obliga a economitjar recursos, a establir jerarquies i prioritats i a revisar, constantment, l'ús dels establiments, equips mèdics, personal, recursos econòmics, etc.

2. *Programa anual d'activitats*: L'activitat mèdico-social de les comunitats religioses d'acció hospitalària és un programa concret que cada any s'ajusta i es dona a conèixer. Segons els resultats obtinguts, l'any següent és modificat.

3. *Mètodes uniformes de comptabilitat, administració i gestió*: El sou d'un auxiliar tècnic, el preu del dia d'un servei assistencial, el càlcul de les amortitzacions, els fonaments tècnics per a establir convenis amb les entitats d'assegurança, són exemples d'altres tantes qüestions que no es poden deixar al lliure arbitri de cada comunitat, sinó que han d'ésser objecte d'un constant procés d'unificació i normalització.

4. *El contracte de treball*: L'eficàcia de qualsevol activitat s'incrementa quan els qui hi prenen part coneixen perfectament els seus drets i els seus deures. No hi pot haver una activitat assistencial qualificada si no hi ha un contracte entre les parts interessades: Hospitals, clíniques, asils, dispensaris i comunitats religioses, religioses, etc.

5. *Selecció, preparació i ensinistrament del personal*: Aquest apartat fa referència a l'homologació de títols, obtenció de nivells d'especialitat, especialització tècnica, etc.

6. *Especialització i cooperació*: Quan alguns membres de les comunitats religioses han arribat a assolir uns determinats nivells de qualificacions professionals i tècniques, el pas següent és de posar-se a la disposició de les necessitats d'altres comunitats, precisament d'ordres diferents. Així, una monja experta en dietètica, o en quiròfans, o en compres, no solament treballa en el seu hospital sinó que està a la disposició d'altres centres assistencials on hi ha comunitats religioses que no disposen d'una persona capacitada en aquella especialitat.



FIG. 11. — CONTRIBUTIONS I IMPOSTOS. Un exemple. L'Hospital de Martorell pagava l'any 1870 la quantitat d'UNA PESSETA amb QUARANTA NOU CENTIMS de Contribució Territorial, com a entitat de Beneficència.

Tercera etapa: Suburbis i Tercer Món

Dins aquesta línia evolutiva que col·loca com a objectiu central una ajuda al proïsme, més immediata i eficaç, hi ha llocs en què l'acció hospitalària i mèdico-social se centra en nuclis urbans o suburbials. Suburbis interiors, zones en situació catastròfica, centres sanitaris de veïnatge, etc.

L'ajuda al necessitat té lloc per equips on participen membres de diverses comunitats religioses, seglars, etc. Tenen l'avantatge de permetre un major desenvolupament de la personalitat, capacitat i responsabilitat, dels qui hi treballen. Conserven una excel·lent però diversa relació amb les comunitats a què pertanyen, i adopten, segons els països, modalitats diferents.

COMENTARIS

I arribo ja a la segona part del comunicat d'avui: ¿Quins ensenyaments es poden treure del que s'ha esdevingut durant els darrers cent anys?

Primer comentari

Quan l'any 1967 vaig publicar «Els Hospitals a Catalunya», deia en el pròleg:

«Aquest llibre és una drecera.»

«Jo podria disposar d'una muntanya de documents, fotografies, estadístiques, plànols, històries i projectes per a concretar en una obra extensa: Els Hospitals a Catalunya. Dos volums.»

«Però, interessa fer-ho? Jo crec que no, o almenys, encara no.»

«He preferit fer un llibre senzill que pogués sortir aviat que no emprendre la redacció d'un tractat per a publicar al cap de dos anys.»

El primer comentari del que hem dit fins ara podria ser: —Crec que val la pena, és oportú perquè tenim ja mostres d'un clima d'interès, emprendre una *Història Evolutiva dels Nostres Hospitals*, d'una manera semblant —almenys en la intenció—, del llibre totjust publicat per un equip d'historiadors competents sobre l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (3).

Segon comentari

Cal refermar el pas de l'Hospital Autònom a l'Hospital dins una xarxa regionalitzada.

Com és ja sabut, la Conselleria de Sanitat de la Generalitat de Catalunya va establir la primera regionalització sanitària del país (1931-1933), que fou una de les primeres a Europa (4).

Després, l'any passat, per encàrrec del President de la Diputació de Barcelona, senyor Josep Maria de Muller i d'Abadal, es va redactar el Pla General de Regionalització hospitalària de Catalunya i Balears (5).

Les línies generals de la xarxa hospitalària són com els fils grui-

xuts d'un canemàs, sobre el qual s'ha de teixir la roba i el dibuix. Necessita fonamentalment tres coses:

1. Que tots els hospitals es regeixin per la mateixa Doctrina Hospitalària Ortodoxa Internacional.
2. Que la seva activitat es fonamenti en una Mancomunitat de recursos i d'esforços.
3. *Que el Consell Regional d'Hospitals —com a agent del Departament Ministerial a qui correspongui la sanitat del país, i d'acord amb els Consells Provincials d'Hospitals— sigui el responsable de l'organització, coordinació, provisió i supervisió de les activitats i serveis de la Xarxa Regionalitzada d'Hospitals* (vegeu P. Gen. Reg. Hospital. Revista «Estudios sobre Hospitales, núms. 41, 42, 1970).

Tercer comentari

Ens manca una Escola Regional d'Organització i Administració Hospitalària.

La cinquena Regió Hospitalària, comprèn Catalunya i Balears, i disposa d'uns 30.000 llits. L'activitat dels centres assistencials on radiquen aquests llits és quantiosa i es pot xifrar en uns 11.000.000 de dies d'estada l'any. Si donem un valor mitjà al dia d'estada, 300-500 pessetes, el volum dinerari que mobilitza la nostra regió es pot centrar entre 3.300 i 5.500 milions de pessetes l'any.

Però quan s'analitzen les partides comptables que constitueixen les despeses, aquest gran volum dinerari, es troba que tenen valors variables segons el lloc o la institució d'on procedeixen.

— Hi ha infermeres que cobren 2.500 pessetes al mes, i altres 15.000 amb catorze pagues l'any.

— Hi ha metges que treballen a l'hospital sense cobrar res i altres reben, amb contracte o sense, sifres de 30.000 a 60.000 pessetes. Dit en altres paraules: els administradors dels nostres centres no han rebut una doctrina comptable-hospitalària-ortodoxa, i això no ha estat possible perquè no hi ha cap escola a l'abast, ja que, fins ara, l'Escola Oficial de la Direcció General de Sanitat, a Madrid, ha preparat gent en grups reduïts, i en forma limitada.

Necessitem una escola que pugui preparar, cada any, 100 persones en tots els nivells de l'organització hospitalària, i aquesta escola, ha d'estar en condicions d'atorgar les qualificacions que calgui als homes encarregats de fer funcionar degudament una xarxa regionalitzada d'hospitals.

Quart comentari

RECURSOS ECONÒMICS

Els diners perduts

Hi hagué un Reial Decret del 14 de març de 1899, referit, segons els comentaris de la FOEBE, a «la desamortización de la propiedad de las fundaciones benéficas, que aunque revistía visos legalistas constituyó a la larga un inicuo y despiadado despojo» (6).

Aquell decret ordenava convertir el capital permanent de les Fundacions Benèfiques en Títols de Deut Pública Interior al 4 %, que representa el 50 % del capital de les fundacions. Encara una segona llei, del 2 d'agost de 1899: «El Ministerio de Hacienda Villaverde estableció el impuesto del 20 % sobre el interés, y, aunque prometió entonces que se rebajaría en el futuro, ya que era el tiepo más alto de gravamen que se conocía, ello no ha ocurrido hasta la fecha.» FOEBE, 1966.

Cal saber també, i això ho hem pogut comprovar en alguns hospitals de Catalunya, que abans d'aquesta llei de 1899, hi havia ja uns valors d'Estat (la «Renta Consolidada de España», al 3 %) que en el seu dia, es va transformar en la «Deuda Perpetua Interior», etc.

És a dir, hi ha hospitals, que des de fa 120 anys tenen uns papers que, si tot va bé, donen un 3 % o un 4 % anual.

El volum d'aquestes inversions de «Diner Empaperat» és realment quantiós. Tot i que no hem tingut temps d'establir-ne una llista completa, sí que hem vist que:

Sabadell té	6.500.000 ptes. en «Diner empaperat»
Hospital S. C.:	4.270.000 ptes.
Martorell	3.500.000 ptes.
Hospital de Tárrega:	517.000 ptes.
Terrassa:	500.000 ptes.
Hospital de Vic:	387.000 ptes.
Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona:	205.000 ptes.
Moià:	160.000 ptes.
Hospital de Sant Jaume de Cardona	122.000 ptes.
Hospital de Sant Jaume i Santa Magdalena	18.800 ptes.

Els diners de rendabilitat social

Els metges catalans sabem perfectament les qualitats que es manifesten en les Obres Sanitàries de les Caixes d'Estalvis a Catalunya. Penseu en l'extraordinària significació que van tenir l'Institut de la Dona que Treballa, els Dispensaris Blancs, el Sanatori de Torrebonica, i, en els nostres dies, la Clínica Quirúrgica Sant Jordi, la Policlínica de l'Hospital de Nostra Dona de l'Esperança, la Clínica Infantil del Nen Jesús, el Centre d'Auxologia i Medicina Preventiva, entre altres. L'ajuda intel·ligent i estimulante de les nostres Caixes d'Estalvis ha permès en els darrers anys tres estudis de sociologia mèdica de qualitat única en el país:

— «El Pla General de Regionalització Hospitalària», finançat per la Caixa d'Estalvis de la Diputació.

— «L'Estudi de Dinàmica i Perspectives del Vallès», promogut per la Caixa d'Estalvis de Sabadell.

— «L'Obra Social de les Caixes d'Estalvis», treball realitzat per ISPA per encàrrec del «Fons per a la Investigació Econòmica i Social de la Confederació Espanyola de Caixes d'Estalvis».

Vist en forma panoràmica, la qualitat assistencial i tècnica de les Obres Sanitàries de les nostres Caixes d'Estalvis, no solament prosseguirà aquest camí ascendent, sinó que, versemblantment, cada any ho faran millor, i com a bons administradors de l'estalvi del poble, arribaran aviat a establir:

— Pla Comptable Hospitalari Normalitzat.

— Estadística Hospitalària Regional Integrada.

— Control de la Gestió Quotidiana dels Centres Assistencials.

— Capacitació del seu personal en les tasques d'economia sanitària i previsió.

Fet i fet, aquest programa és el que ha d'enseyar una Escola Regional d'Administració Hospitalària.

Fóra possible que elles la patrocinessin?

El Diner Nou

No és fàcil d'explicar com es podria trobar un Diner Nou per a finançar els nostres hospitals, però sí que he de dir que, sense una fórmula de finançament regional nova —similar a la que feren servir els EE. UU., per exemple— no hi ha manera de promoure la renovació que es necessita.

Cinquè Comentari

Si sempre Catalunya ha estat amatent a les circumstàncies d'Europa, ara que ens hi trobem a la porta, cal pensar en el Mercat Sanitari d'Europa com una realitat a curt terme.

I, per això, també cal preguntar-nos:

¿Què podem fer nosaltres, per a nosaltres mateixos, demà a les nou del matí?

BIBLIOGRAFIA

1. De las antiguas Facultades de Medicina al Hospital Clínico de Barcelona. Prof. Agustín Pedro i Pons, Medicina y Historia, núms. I-II, 1964.
2. El Contrato de trabajo entre una Comunidad Religiosa y el Hospital. Revista Estudios sobre Hospitales n.º 46.
3. L'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Editorial Gustau Gili.
4. La Integració Hospitalària i Sanitària. I. Aragó, Ariel, 1969.
5. Pla General de Regionalització Hospitalària de Catalunya i Balears. Revista Estudios sobre Hospitales núms. 41-42, 1970.
6. Los Hospitales Españoles ante el III Plan de Desarrollo. Ponència de l'Associació per al Desenvolupament Hospitalari de Barcelona. Febrer, 1972.