

INGRÉS D'ACADÈMICS NUMERARIS

EL LLEGAT SANITARI DEL CONSELLER JOSEP LAPORTE

BOHIGAS i SANTASUSAGNA, Lluís

El Dr. Josep Laporte va ser conseller de Sanitat i Seguretat Social els anys 1980-1988. Aquesta etapa és especialment important per a la sanitat catalana, perquè al començament d'aquell període es van produir els traspassos dels serveis sanitaris de la Seguretat Social a la Generalitat. Negociar, rebre els serveis i fer-los funcionar ja era tot un assoliment; tanmateix, el que es va fer, aleshores, va ser reformar-los tot introduint mesures sanitàries innovadores. Aquestes mesures innovadores no tan sols van resoldre alguns dels problemes més greus que tenien els serveis transferits sinó que s'han convertit en elements claus per entendre els nostres serveis sanitaris actuals per això el títol del meu discurs és: 'El llegat sanitari del conseller Laporte'.

L'INSTITUT CATALÀ DE LA SALUT

La primera Llei sanitària que va aprovar el Parlament de Catalunya va ser la que creava l'Institut Català de la Salut (ICS). L'ICS gestiona des de la seva creació els serveis sanitaris de la Seguretat social i, avui dia, és la primera institució sanitària de Catalunya i també l'empresa més gran en nombre de treballadors.

L'ICS és una característica pròpia del model sanitari de Catalunya, ja que a les altres comunitats autònomes és el Servei de Salut qui ho gestiona tot i no existeix la distinció entre l'ICS i Servei de Salut. El conseller Trias va assolir l'aprovació de la Llei del Servei Català de la Salut, que defineix el Servei com l'entitat que finança i ordena el sistema mentre que l'ICS és el principal proveïdor de serveis del CatSalut.

LA REFORMA DE L'ATENCIÓ PRIMÀRIA

El conseller Laporte qualificava l'atenció extra hospitalària com la pitjor part de la Seguretat Social. El canvi de model era una necessitat, però la tasca era ingent. En primer lloc, el Dr. Laporte va posar en funcionament quatre experiències pilot amb un nou model, van ser els Centres d'Atenció Primària (CAP): Ciutat Badia, La Mina, Canteres i Vila-Roja. En aquests centres es va començar a treballar amb un equip de metges, amb el MIR de família, i infermeres tots ells contractats a temps complet. Una altra eina molt important va ser l'encàrrec que va fer al Dr. Jordi Gol per elaborar una Història Clínica d'Atenció Primària.

La reforma de l'atenció primària es va aprovar l'any 1985 i es va començar a posar en marxa de forma voluntària l'any següent. El conseller Trias va introduir la possibilitat que una institució sanitària o social pogués gestionar l'atenció primària, també es va facilitar que els mateixos metges poguessin gestionar el seu CAP. Aquestes reformes han fet que dins el mateix model hi hagi diferents formes de gestió i això ha permès comparar la gestió i s'han fet diverses avaluacions.

Els ambulatoris de l'INSALUD no eren adequats per al nou model d'atenció primària, i la Generalitat va construir Centres d'Atenció Primària nous amb un nou enfocament funcional i una elevada qualitat arquitectònica.

El Dr. Laporte es queixava de l'ús i abús dels medicaments a l'atenció extrahospitalària. D'acord amb l'Acadèmia de Ciències Mèdiques, es va editar un "Índex farmacològic" que va repartir entre tots els metges. També va fer una prova pilot de posar un farmacèutic en atenció primària. Avui dia hi ha un equip de farmacèutics a l'atenció primària que contribueixen a millorar la prescripció.

L'Atenció Primària la devem en bona part a les reformes iniciades pel conseller Laporte i que han continuat els seus successors.

LES REFORMES ALS HOSPITALS

Es va transferir a la Generalitat dos tipus d'hospitals, els hospitals denominats "propis" de la Seguretat Social i els hospitals concertats.

Els hospitals "propis", continuen encara avui essent patrimoni de la Seguretat Social, i la Generalitat només en fa la gestió. Precisament, per millorar la gestió, es va fer una innovació que va ser posar al capdavant de cada hospital a gerents professionals.

Els hospitals concertats tenien molts problemes perquè l'INSALUD pagava unes tarifes molt baixes. Degut a això eren molt deficitaris i estaven molt endeutats. El sistema de tarifació es va canviar dràsticament respecte al model INSALUD i se'l va concebre com una eina de política sanitària. Es va classificar els hospitals en tres nivells: el comarcal, el de referència i el regional, i les tarifes es van adaptar a cada nivell. Les tarifes de l'INSALUD a penes cobrien els costos de funcionament i els hospitals es descapitalitzaven. Les noves tarifes de la Generalitat volien estimular el manteniment i les inversions dels hospitals, mitjançant plans específics.

El conseller volia millorar la qualitat de l'assistència dels hospitals i ho va fer mitjançant un programa d'acreditació. El programa l'havia preparat un comitè d'experts abans del traspàs—que vaig tenir l'honor de presidir—. Els hospitals que no es van acreditar van perdre el concert.

L'empremta farmacològica del Dr. Laporte es va fer notar i va aconseguir duplicar el nombre d'hospitals amb servei de farmàcia durant el seu mandat que van passar de 35 a 70.

Es va planificar que la base del sistema hospitalari serien els hospitals comarcals que són el servei més proper a la població de Catalunya i no les residències de la Seguretat Social que estaven a les capitals de província. Molts d'aquests hospitals eren

municipals o de fundacions i tenien dèficits importants. Es va elaborar un model bàsic d'hospital comarcal i es van establir programes de subvencions per ajudar a millorar. La Generalitat va construir dos hospitals comarcals: un a Mora d'Ebre i un altre a la Vall d'Aran.

L'objectiu del conseller era que les diferències entre hospitals "propis" de la Seguretat Social i concertats fossin només per la diferent situació patrimonial, però no assistencial de manera que els pacients tinguessin la mateixa atenció sanitària. Per això es va establir la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). Tots els hospitals de la Xarxa havien d'estar acreditats i, per tant, oferien un servei sanitari de qualitat. Un objectiu fonamental de la Xarxa era la col·laboració institucional entre centres diversos i per a concretar aquesta col·laboració sanitària es van planificar una sèrie de programes col·laboratius. A continuació comentaré molt breument els programes de: donació de sang, trasplantaments i emergències mèdiques.

El conseller va crear un programa per a fomentar la donació de sang. A Catalunya, la donació de sang estava per sota de les necessitats. El programa va coordinar l'actuació dels bancs de sang i va fer campanyes per a fomentar la donació. El resultat va ser un èxit. Aquell programa va evolucionar i créixer i es va transformar en l'actual Banc de Sang i Teixits.

Els trasplantaments de ronyó que es feien l'any 1980 eren pocs i el conseller va crear un programa per estimular el nombre de trasplantaments. El Programa va implantar normes de qualitat, dotacions econòmiques i coordinació entre hospitals. Gràcies al programa es va aconseguir passar de 62 trasplantaments de ronyó l'any 1980 a 253 l'any 1987. Un any clau va ser el 1984, quan es va fer el primer trasplantament de cor a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau i el primer de fetge a l'Hospital de Bellvitge. El programa es va ampliar a tots els trasplantaments i amb el temps es va transformar en l'Organització Catalana de Trasplantament (OCATT), que ha obtingut taxes molt elevades d'èxit.

Els hospitals comarcals estaven a la base del sistema, però calia donar-los-hi suport de manera que aquests poguessin transferir ràpidament i de forma adequada als pacients més complexos cap als hospitals universitaris. Per assolir això es va crear el Programa de coordinació d'Emergències Mèdiques que va coordinar els trasllats urgents des dels hospitals comarcals cap als universitaris, amb una UCI mòbil o un helicòpter. Aquest servei va anar creixent, va incorporar el trasllat de malalts de carrer i es va convertir en l'empresa pública Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM).

L'INSALUD havia traspasat a la Generalitat dues residències a mig construir, a Vic i a Terrassa sense diners per posar-los en marxa. Tant a Vic com a Terrassa hi havia hospitals concertats que quedarien obsolets quan s'obrissin els nous. El conseller va aconseguir pactar amb els hospitals existents una fórmula que, aleshores, era totalment innovadora en el camp sanitari: el Consorci. Mitjançant un Consorci de la Generalitat amb l'Hospital de Vic i un altre amb l'Hospital de Terrassa es va incorporar l'equip humà i tècnic dels dos hospitals per obrir i gestionar els nous centres.

La Universitat Autònoma de Barcelona havia començat a construir un Hospital Universitari a Sabadell, que estava a mitges quan el Dr. Laporte fou conseller. La situació hospitalària a Sabadell era molt complexa. Hi havia sis hospitals molt petits que pertanyien a diferents institucions, però cap hospital era prou gran per tenir un nivell assistencial d'acord amb les necessitats de la ciutat; es requeria una racionalització dels recursos hospitalaris. El Dr. Laporte va buscar una solució pactada i acceptada per totes les parts i que aconseguís per a Sabadell el nivell hospitalari que necessitava. La solució va ser crear un consorci amb la participació de totes les entitats, que van posar en comú cadascuna els seus recursos assistencials i econòmics. Amb aquesta solució es va poder fer una reordenació hospitalària a Sabadell que va permetre obrir l'Hospital del Parc Taulí i tancar o reconvertir els altres hospitals.

La fórmula del consorci ha tingut molt èxit i s'ha emprat en diferents ocasions per ajuntar els esforços de diverses institucions.

PROBLEMES DE SALUT

A la dècada dels anys vuitanta del segle passat van aparèixer tres grans problemes de salut, que el Dr. Laporte va haver d'afrontar: primer, la intoxicació per oli de colza desnaturalitzat, segon, les drogues i tercer, la Síndrome d'Immunodeficiència Adquirida (SIDA).

La intoxicació per oli de colza desnaturalitzat va mostrar les febleses del sistema de control alimentari. El conseller Laporte va respondre amb una llei: la Llei d'higiene i control alimentaris. La llei establí un registre d'indústries alimentàries i també de productes alimentaris i uns sistemes d'inspecció i control. Posteriorment, l'any 2002 la Generalitat va crear l'Agència Catalana de Seguretat Alimentària per a continuar i ampliar la tasca feta en aquest tema.

El problema de l'addicció a les drogues era creixent en aquella dècada i el Parlament va aprovar, a instàncies del conseller, la Llei de prevenció i assistència en matèria de substàncies que poden generar dependència. Aquesta llei tractava no tan sols les drogues il·legals (cànnabis, heroïna, etc.), sinó també les drogues legals (alcohol i tabac). La llei regulava de manera integrada les mesures de control, l'educació sanitària, l'atenció urgent, la desintoxicació, la deshabituació i la rehabilitació o reinserció de les persones afectades per les dependències. La llei definia la dependència com una malaltia comuna. La llei insistia de manera prioritària en les mesures educatives i d'informació. Avui en dia, és la Comissió Interdepartamental sobre Drogues que continua les activitats iniciades llavors.

La malaltia de la SIDA va tenir un gran impacte mediàtic als anys vuitanta del segle passat. El conseller va crear el Programa de la SIDA que va treballar en tres àmbits: prevenció de la propagació de la infecció, assistència adequada als malalts i la promoció de la salut. Actualment, el Programa de la SIDA continua encara actiu.

LES MALALTIES DE LA NOSTRE SOCIETAT: EL TABAC, LA HIPERTENSIÓ, LA DIABETIS I EL CÀNCER.

Respecte al tabac, el Consell Executiu va aprovar un decret, signat també pels consellers d'Ensenyament i de Política Territorial, que prohibia fumar en àmbits sanitaris, educatius i de transport públic. El conseller va iniciar les primeres campanyes contra el tabac.

El conseller va constituir un Consell Assessor per a la hipertensió i un altre de la diabetis que van proposar mesures per millorar aquesta atenció. L'atenció primària ha assumit moltes d'aquestes activitats de promoció de la salut.

El càncer va ser una altra preocupació del conseller. La situació oncològica a Catalunya era deficitària i les llistes d'espera eren molt importants. La Asociación Española contra el Cáncer construïa un hospital oncològic a Bellvitge. El Dr. Laporte va pactar amb l'Associació la cessió de l'hospital a la Generalitat. Avui dia, és la base de l'Institut Català d'Oncologia.

PROGRAMES ESPECÍFICS PER A NENS I GENT GRAN

En els vuit anys del conseller Laporte es van distribuir quatre milions de vacunes i es va assolir una cobertura vacunal de la població infantil gairebé total. Es va distribuir a tots els nadons de Catalunya del carnet de salut infantil que servia per a la vigilància periòdica de la salut del nen i per al control de les vacunes. Es va posar en marxa el programa d'exàmens de salut escolar que consistia en reconeixements mèdics a tots els escolars de Catalunya. Es va elaborar conjuntament amb el Departament d'Ensenyament, un programa, educació per a la salut a l'escola. La càries dental era la malaltia més freqüent a la població infantil i es va establir un programa de prevenció de la càries mitjançant el glopeig periòdic de solucions fluorades a les escoles. Totes les activitats de promoció de la salut estan avui dia dirigides per l'Agència de Salut Pública de Catalunya i estan integrades dins les activitats de l'atenció primària.

El Dr. Laporte estava molt preocupat pel progressiu envelliment de la població catalana que augmentava els problemes sanitaris i socials, i que estava mal atesa en els hospitals dedicats als malalts aguts. Es va crear el Programa "Vida als Anys", tot aprofitant que tant la Sanitat com els Serveis Socials depenien de la Conselleria del Dr. Laporte. El Programa va posar en marxa una xarxa de serveis socio-sanitaris, que ha anat creixent amb el temps. Aquesta és una prestació pròpia de Catalunya.

PROGRAMES TERRITORIALS

Dues zones de Catalunya tenien molt mal accés als serveis sanitaris, una a Tarragona: les comarques de la Terra Alta, la Ribera d'Ebre i el Priorat sense cap equipament sanitari i dues centrals nuclears a Ascó. La segona era el Pirineu: les comarques de la Vall d'Aran, els dos Pallars, l'Alta Ribagorça, l'Urgell i la Cerdanya.

El conseller va posar en marxa dos programes territorials per millorar les condicions sanitàries d'aquestes comarques; els programes contemplaven tant l'atenció hospitalària comarcal com l'atenció primària, la promoció de la salut i els serveis socials. El programa de Tarragona es va denominar ALTEBRAT, que és un acrònim de les tres comarques (Terra Alta, Ribera d'Ebre i el Priorat) i el del Pirineu ALPIR, que va començar amb un Programa a la Vall d'Aran. Vaig ser director dels dos programes i vaig tenir l'oportunitat de conèixer de prop la situació sanitària d'aquelles terres. La Generalitat va construir un Hospital comarcal a Mora d'Ebre i un altre a Vielha a més de CAPs i centres socials.

El Pla ALPIR va continuar després del conseller Laporte. Es va construir un hospital a Tremp i es van millorar els serveis de l'Hospital de la Seu. El cas més interessant és el de la Cerdanya on es va construir un hospital transfronterer que atén pacients de la Cerdanya sense diferenciar si tenen el passaport francès o espanyol.

LA PLANIFICACIÓ SANITÀRIA

Una de les crítiques més importants del conseller Laporte al sistema sanitari de la Seguretat

Social era que no estava planificat per atendre les necessitats de la població. De fet, la Seguretat Social no coneixia la població que havia d'atendre; només sabia el nombre de cartilles, però desco-neixia el nombre de beneficiaris de cada cartilla. El conseller va establir una estructura de planificació dins l'organigrama de la Conselleria, primer un servei i després una Subdirecció General —en els dos casos vaig ser jo el responsable—. El Dr. Laporte va aprofitar el Mapa Sanitari del seu antecessor, el conseller Espasa, i el va convertir en l'eix de la seva planificació que va denominar: “Desplegament del Mapa Sanitari”. El Desplegament es va elaborar durant la primera legislatura i els plans es van implementar a continuació.

A més de la planificació es va fomentar l'avaluació sanitària amb la creació del Programa d'Alta Tecnologia, per avaluar les tecnologies sanitàries. Aquest programa va anar creixent i amb el temps es va transformar en l'actual Agència de Qualitat Sanitària, AQUAS.

El conseller va impulsar l'Institut d'Estudis de la Salut (IES), i en va encarregar la direcció al Dr. Albert Oriol. Allà es va treballar la formació dels professionals sanitaris per adequar-la a les noves necessitats.

A més de Planificar, el conseller Laporte va inaugurar 34 CAPs i 8 hospitals: l'Hospital Germans Trias de Badalona, el de Vic, el de Sabadell, el de Viladecans, el Duran i Reynals, el de Vielha, el de Mora d'Ebre i el de Palamós.

CONCLUSIONS

El conseller Laporte va transformar el sistema sanitari de la Seguretat Social que estava dissenyat per atendre als treballadors econòmicament febles, orientat a l'atenció curativa, a la malaltia aguda i on els hospitals eren torres d'ivori, en un Sistema Sanitari Públic. Un Sistema on l'atenció primària donaria una assistència de qualitat i faria promoció de la salut, els hospitals millorarien l'eficiència amb una bona gestió i treballarien per assolir un bon nivell de qualitat. Un sistema on els hospitals estarien més a prop dels pacients i on els

hospitals treballarien conjuntament sense importar si eren propietat de la Seguretat Social o d'una fundació.

—Va tenir èxit la Reforma? Un criteri d'èxit és estudiar el que ha passat després—. Les innovacions han continuat o es van abandonar? Tal com he intentat mostrar en el meu Discurs la continuïtat s'ha produït en molts temes: ICS, reforma de l'atenció primària, gestió dels hospitals, millora de la qualitat, trasplantaments, Sistema d'Emergències Mèdiques, atenció sociosanitària, Banc de Sang i Teixits, AQUAS, etc.

—Van ser apreciades aquestes reformes per la població d'aquella època?— No tenim enquestes, però podem analitzar alguns indicadors. Ja sé que és difícil avaluar qualsevol política sanitària per la quantitat de factors que influeixen, però si em permeteu us exposaré alguns indicadors que em fan pensar que la resposta de la població va ser positiva.

A Catalunya tenim una tradició de doble cobertura, és a dir, una persona està coberta per la Seguretat Social i a la vegada compra una assegurança privada, i segons els casos fa servir un camí o l'altre. Tenim una estimació de la doble cobertura que hi havia l'any 1981, l'any abans de les transferències. En aquell moment la doble cobertura era d'un 30% de la població catalana. A començament dels anys 90, la doble cobertura havia baixat al 20%. És el nivell més baix de tota la sèrie. Un altre indicador complementari és el nombre d'assegurats de la Mútua més gran de Catalunya durant els anys estudiats, la Quinta de Salut l'Aliança. La Quinta tenia l'any 1980 mig milió d'afiliats i en va perdre 300.000 durant l'època del conseller Laporte. Finalment, hi ha un tercer indicador que va en la mateixa línia dels anteriors, es tracta del finançament de les hospitalitzacions de Catalunya. L'any 1981, la Seguretat Social va pagar el 65% del total de les hospitalitzacions, mentre que el darrer any del conseller Laporte, aquesta xifra s'havia incrementat al 71% de les hospitalitzacions. L'anàlisi conjunta dels tres indicadors ens indica, crec jo, que la població

catalana va apreciar les reformes i va utilitzar més els serveis sanitaris públics.

L'empremta del conseller Laporte és present en nombrosos aspectes dels serveis sanitaris actuals. Ell va rebre les transferències en unes circumstàncies molt difícils, però va entomar la situació, va fer funcionar els centres traspassats i va iniciar importants reformes que van fructificar i moltes formen part del nostre sistema de salut. Crec haver demostrat que el llegat sanitari del Conseller Laporte es

ben viu avui en dia en els nostres serveis sanitaris públics.

Per acabar vull recordar unes paraules que va dir el Conseller Laporte en aquesta mateixa sala ara fa 34 anys: "Hi ha motius de pes per a pensar que la qualitat de vida dels ciutadans de Catalunya prosseguirà el seu camí ascendent i que la sanitat hi continuarà contribuint de manera decisiva. Hi ha motius per mirar amb confiança el nostre futur col·lectiu".