

REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

DESPESES SANITARIAS  
i  
ASSIGNACIO DE RECURSOS

DISCURS

llegit per l'Acadèmic Electe

Excm. Sr. Dr. RAMON TRIAS i FARGAS

a l'acte de la recepció

el dia 18 de desembre del 1983

DISCURS

de resposta de l'Acadèmic Numerari

Excm. Sr. Dr. JOSEP LAPORTE i SALAS

BARCELONA

1983







DESPESA SANITARIA  
i  
ASSIGNACIO DE RECURSOS



REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE BARCELONA

DESPESA SANITARIA  
i  
ASSIGNACIO DE RECURSOS

DISCURS

llegit per l'Acadèmic Electe

Excm. Sr. Dr. RAMON TRIAS i FARGAS

a l'acte de la recepció

el dia 18 de desembre del 1983

DISCURS

de resposta de l'Acadèmic Numerari

Excm. Sr. Dr. JOSEP LAPORTE i SALAS

BARCELONA  
1983

Dipòsit legal: B. 39.914 - 1983

Indústria Gràfica Ferrer Coll, S. A. - Passatge Solsona, s/n. - Barcelona-14



## DESPESA SANITÀRIA I ASSIGNACIÓ DE RECURSOS

### I

Sembla que em correspon ocupar el lloc número 24 d'aquesta Acadèmia.

És un motiu més d'agraïment a tots vostres per dos raons:

És el mateix lloc que va ocupar en el seu temps el meu oncle MIQUEL FARGAS i RAYHAT i això m'omple d'aquella emoció i seguretat addicionals que sempre dóna la continuïtat històrica i biològica.

Però també és el lloc que tan dignament va ocupar el Dr. LLORENS GARCÍA i TORNEL. És una persona molt admirada per mi, doncs havent-ne tingut l'oportunitat no fou mai un home ni sectari, ni autoritari. Com diu un seu biògraf representava la bondat innata, l'odi al sectarisme i el respecte a la neutralitat de pensament del metge que sap, comprèn i respecta totes les idees i totes les persones. Fou un científic distingit però sobretot una figura humana generosa, comprensiva i culta. Va posar el seu saber al servei de la collectivitat dedicant-lo sobretot als humils i desvalguts. No abandonà mai la pràctica hospitalària però sempre i en els moments de post-guerra especialment, fou un pacificador. Sobretot fou un home sincer al que la meua família té molts motius d'estar agraïda. Substituir-lo m'és impossible, però sí que puc dir que l'honor que avui em fa l'Acadèmia es veu amplificat per l'encara més immerescut d'ocupar el seu lloc.

### II

He de dir amb sinceritat que la meua contribució a l'economia de la Salut es redueix a haver pogut enviar en moments inicials persones inte-

ressades i competents a seguir estudis a l'estranger. Potser el més destacat ha estat el meu amic el professor JOAN JOSEP ARTELLS que considero avui com una primera autoritat en la matèria. M'ha ajudat a reunir material per aquestes notes. També és cert que a través d'un servei d'estudis bancaris vaig poder fer venir professors estrangers i endegar debats que foren unes primeres passes a Catalunya i Espanya. I això és tot.

Per això tal com us diré més endavant, crec que sóc aquí entre vosaltres, més per les meves vinculacions històriques a l'Acadèmia que per mèrits científics específicament relacionats amb les seves tasques.

De totes maneres em sembla que unes quantes consideracions generals poden orientar els senyors Acadèmics sobre les vies de comunicació existents entre l'Economia, la Salut i la Sanitat.

## **1. Els orígens i la situació de l'Economia de la Salut**

El fet és que els antecedents del que avui dia es coneix com a Economia de la Salut es troben en un personatge excepcional metge, estadístic i economista: Sir WILLIAM PETTI qui en el segle XVII va emprar una aproximació nítidament econòmica per establir els costos i els beneficis relacionats amb les seves propostes de Salut Pública, per avaluar les conseqüències de l'erradicació de determinades epidèmies. Malgrat això, no ha estat fins fa uns quinze anys que l'anàlisi econòmic s'ha començat a aplicar sistemàticament com a bagatge analític, descriptiu i de predicció als diversos problemes d'assignació de recursos de l'àmbit sanitari i dels Serveis Socials. El ritme d'aplicació de les tècniques econòmiques s'ha caracteritzat per cadències molt distintes, situant-se Espanya a la cua dels països pioners —Estats Units, Regne Unit, França, Holanda i els Països Escandinaus—. Malgrat tot s'ha de manifestar que en el context espanyol ha estat Catalunya des d'on s'ha introduït i s'ha aplicat amb més determinació l'economia de la Salut, especialment en l'àmbit de l'Administració Pública. Així ho testimonien les publicacions precursors del Servei d'Estudis del Banc Urquijo, la recerca efectuada a Anglaterra per economistes catalans i la iniciativa del grup d'economistes de la Salut del Col·legi d'Economistes que varen promoure en 1980 les Primeres Jornades d'Economia de la Salut a Barcelona i que recentment han reïxit a convocar els capdavanters més destacats europeus en els debats de les Primeres Jornades d'Economia dels Serveis Socials. En totes aquestes tasques vaig tenir la satisfacció d'intervenir-hi poc o molt.

## **2. Creixement de la despesa sanitària**

En termes econòmics els sistemes sanitaris del món occidental són més similars del que sembla. La despesa total en sanitat i seguretat social ha crescut ràpidament a tots els països en els darrers vint anys i en alguns —per exemple Holanda, Estats Units— s'està gastant actualment a l'entorn del 10 % del Producte Nacional Brut. A Espanya no arribem al 5 %.

Aquesta expansió de la despesa sanitària ha forçat la discussió del control de costos sanitaris i més recentment el plantejament seriós per part de l'O.C.D.E. de la crisi de l'estat benefactor com a conseqüència dels desajustos entre el creixement econòmic —ralentit i fins i tot estancat com a conseqüència de la crisi econòmica de la dècada dels setanta— i el creixement de les despeses en política social. Massa sovint aquesta discussió s'ha dut d'esquenes a un coneixement suficient de la naturalesa del mercat sanitari i els mecanismes d'assignació de recursos al sí del sistema sanitari i en particular només recentment s'està prestant atenció a la potencial capacitat monopolística dels metges i a la manca d'evidència sobre els efectes positius tangibles damunt del nivell col·lectiu de salut dels programes sanitaris, especialment els més sofisticats i més cars. D'altra banda, el sector sanitari és, a la majoria dels països industrialitzats un dels sectors productius més importants. Per terme mig aquest sector dona ocupació a un 4 % de la població activa. Un estudi comparatiu entre els principals països industrialitzats indica que d'un promig de cada 10.000 persones ocupades, 150 treballen en el sector sanitari —15 metges, 27 infermeres, 4 dentistes, 5 farmacèutics i a l'entorn de 100 auxiliars—. Tant l'estoc de metges com el d'infermeres s'han vist incrementats en els darrers trenta anys representant-ne l'increment corresponent als anys seixanta, el 16 %.

En aquest context d'una utilització sense precedents de contingents cada cop majors de recursos de la col·lectivitat en consum sanitari sembla que la preocupació per una major economia i eficiència en l'ús d'aquests recursos sigui no tan sols desitjable si no possible.

## **3. Economia i procés de decisió**

El fet de referir-me a l'eficiència com a criteri bàsic en les decisions sobre com emprar recursos destinats a millorar la salut individual i col·lectiva no és casual. Els economistes considerem aquest concepte com

una categoria bàsica en la nostra manera d'analitzar els fenòmens socials i ens hi referim com a criteri per orientar eleccions racionals. Ens sembla eficient aquella decisió que es decanta per l'opció que alhora és més valorada per la societat i que al mateix temps exigeix el menor sacrifici de recursos. En altres paraules, l'alternativa més eficient exhibeix els beneficis més alts i els costos més baixos. I és damunt d'aquesta base la que l'Economia elabora un conjunt de pautes per a la presa de decisions.

Una decisió que qualsevol societat ha de prendre consisteix en escollir quina proporció dels seus recursos haurà d'emprar en el consum i la inversió sanitària. Cal matisar però, que aquesta elecció no sempre es refereix a quant cal despendre en salut, sinó que es refereix a quant despendre en serveis sanitaris i en atenció mèdica. L'observació ens mena a constatar que la gent no sembla estar disposada a pagar qualsevol preu per la seva salut. El conegut tòpic que la salut no té preu és poca cosa més que un lloc comú, ja que només cal adonar-se'n com refusem sacrificar-nos per deixar de fumar, beure i menjar en excés, emprar cinturons de seguretat, sotmetre'ns a hàbits higiènics i en definitiva adoptar pautes de comportament profilàctiques. El consum de serveis mèdics i el seu finançament, serveixen en bona manera com a substituïts d'altres activitats saludables en elles mateixes i gran part dels costos procedents per negligir aquestes activitats individuals són de fet suportats per la comunitat mitjançant contribucions, impostos i preus creixents. Una altra decisió individual i col·lectiva és, obviament, quant despendre en la salut per ella mateixa. Però tot i éssent lògicament una de les eleccions aparentment més clares, el fet és que l'orientació contemporània dels nostres sistemes sanitaris i dels nostres mecanismes de finançament, condueix a resoldre a la pràctica aquesta elecció en termes de demanar i proveir més serveis mèdics quan l'increment d'aquests serveis és només una alternativa i certament la més cara en l'objectiu de millorar el nivell de salut col·lectiva.

De tota manera per a determinar la dimensió de l'esforç econòmic destinat a Sanitat cal resoldre una elecció lògicament anterior com sigui qui hagi de prendre les decisions de despesa en consum sanitari: han de ser els mateixos consumidors o ha de ser el govern? Aquesta és una altra decisió bàsica, la resolució de la qual determinarà tant el tamany i el ritme de creixement del sector sanitari com quins valors predominaran en l'orientació del sistema sanitari. Són els consumidors qui decidiran quina part dels seus ingressos dedicaran a les seves necessitats sanitàries o ho farà el govern per compte de la població? Per als economistes el mecanisme que garanteix l'exercici de la decisió individual —per tant l'ex-

pressió de les preferències de cadascú— és el mecanisme de mercat. Els qui s'oposen a que sigui aquest instrument qui vinculitzi la decisió individual i reguli l'assignació de recursos en l'àmbit sanitari alleguen que l'atenció mèdica és un bé especial al que no pot aplicar-se el mateix mecanisme regulador de l'economia en general, perquè en primer lloc, els individus potser no posseïxen prou coneixements sobre les seves necessitats, en segon lloc perquè probablement alguns individus no desprendran en sanitat tant com altres —més interessats en la seva salut— creuen que caldria que despenguessin i finalment, perquè els consumidors d'atenció sanitària no disposen de la informació adequada per escollir entre els distints possibles suministradors. Sota aquestes circumstàncies, els que argumenten la inadequació del mercat proposen la seva substitució per altres mecanismes de decisió —per exemple, agències governamentals i decisions administratives—, per bé que difícilment pot trobar-se en les seves propostes alguna referència explícita als criteris pels quals s'han de jutjar els mèrits d'aquestes formes d'intervenció pel que fa a la satisfacció de les necessitats individuals i a l'eficiència en l'assignació de recursos. Els partidaris de garantir l'exercici de l'elecció individual per la seva banda, reconeixen alguna de les limitacions del mercat, especialment la capacitat del consumidor per escollir en les condicions òptimes.

Si ens fixem en com opera en realitat qualsevol sistema sanitari, podem adonar-nos que, de fet, ni la quantitat ni la naturalesa dels serveis sanitaris que s'ofereixen són determinats del tot ni pels propis consumidors, ni per preferències alienes a les seves, imposades administrativament.

Tot plegat ens indica que el mercat sanitari presenta unes característiques diferencials força originals. D'una banda la demanda individual apareix distorsionada tant per manca d'informació adequada com per una tendència a l'excés o al defecte en la formulació de la mateixa. Pel altra banda, el demandant efectiu que és en definitiva el metge —que prén decisions de consum sanitari per compte i en benefici del seu pacient— i que serveix, en principi la informació adequada per efectuar les eleccions més pertinents per a la salut d'aquell, es troba objectivament deslligat de consideracions econòmiques sobre el cost de les seves eleccions. Aquesta distorsió obviament vulnera la majoria dels principis damunt dels quals recolza el funcionament del mercat com a mecanisme bàsic d'assignació òptima de recursos. En primer lloc crec que una de les contribucions més notables de l'Economia al camp de la Sanitat ha consistit en la profunda revisió que dels seus instruments s'han fet els economistes per tal d'adaptar-los i en molts casos inventar-ne de nous per tal de descriure la peculiar

naturalitat del sector. Per exemple, si la teoria convencional del comportament del consumidor i del productor no serveix ben bé per descriure i establir prediccions acceptables sobre el comportament dels agents sanitaris, no per això s'ha deixat de considerar que en qualsevol cas en el camp sanitari es prenen decisions i que aquestes tenen innegables conseqüències econòmiques. En lloc, doncs, de tractar de comprimir la realitat dins d'uns motllos conceptuals inadequats, l'economista ha centrat la seva atenció en les característiques de la decisió en l'àmbit sanitari i ha tractat d'analitzar-la fent un ús creatiu dels seus instruments. Això ha estat ben palès pel que fa per exemple a la planificació dels sistemes sanitaris. En la planificació sanitària, l'anàlisi econòmic ha identificat i ha proposat respostes útils a tres qüestions bàsiques:

1. Quina és la situació de partença que s'està fent com conseqüència de les decisions presents?
2. Què podria fer-se alternativament per tal d'obtenir un nou conjunt d'objectius i prioritats?
3. Què és aconsellable de fer des d'una perspectiva econòmica?

No es tracta ara d'entrar en el detall de la metodologia adequada per a l'assignació de recursos a les necessitats sanitàries. Hem vist que aquestes són creixents, hem vist també que no està clar que el mercat pugui operar amb plena eficàcia en el camp sanitari. L'alternativa que és la planificació no es pot aplicar sense qualificacions. Però cal dir que es planifica sempre que és vol preveure el futur i els economistes han preparat eines i instruments d'anàlisi per cobrir tres etapes que no són més que seqüències lògiques del pensament organitzat.

Molt sintèticament podem dir que un cop reconeguts els recursos emprats i, sobretot, identificats l'assignació dels mateixos per problemes determinats com poden ésser les categories de pacients, formes d'atenció sanitària o qualsevol altres, podran revisar si l'escala de preferència és la que ens convé. Es planteja a partir d'aquí la necessitat d'efectuar eleccions entre programes o línies d'activitat en relació a uns objectius de política sanitària. L'economia suministra una sèrie d'indicadors adequats. Ha estat precisament aquesta línia d'investigació en ordre a dissenyar indicadors de la mesura de l'efectivitat de programes sanitaris un dels camps més fèrtils de col·laboració entre economistes i metges i altres especialistes.

En resum, el procediment bàsic de l'avaluació econòmica consisteix en dues fases. En primer lloc la identificació i valoració econòmica de tots els costos associats a la implementació d'un programa; és a dir, l'ús o el sacrifici de recursos tals com: serveis sanitaris, serveis socials i càrregues suportades pel pacient i la seva família. I en segon lloc, la identificació, quantificació i valoració dels beneficis que puguin imputar-se al programa objecte d'avaluació: reducció de dies de malaltia, reduccions en la pèrdua d'ingressos, estalvi en la utilització de recursos sanitaris, reducció del patiment i les molèsties, etc. Finalment, tant els costos com els beneficis cal que siguin comparats i per això convé homogeneitzar-los en termes d'una unitat de valoració comú com és la unitat monetària. Però en arribar ací es plantegen els grans problemes i les grans avantatges de la metodologia econòmica: com valorar i atorgar un preu monetari a dimensions tan escàpoles com una vida salvada o la disminució del dolor? Certament aquesta és una dificultat molt considerable a la que no sempre s'hi pot donar resposta. També és de difícil esbrinar fins a quin punt els preus del mercat de treball dels metges o dels fàrmacs representen l'autèntic cos d'oportunitat. Però ací el raonament dels economistes consisteix en evitar el rodeig i no escamotejar el fet que independentment dels problemes de quantificació monetària totes les dimensions favorables o negatives associades als efectes d'un programa són de fet objecte de valoració implícita. I la tasca de l'economista es concentra en desvetllar i fer explícites aquestes valoracions posant en joc els instruments disponibles per identificar les fonts de valoració: el mercat, la societat, els grups professionals que prenen decisions.

En altres paraules, l'avaluació econòmica permet presentar de forma coherent, ordenada i sistemàtica, conjunts d'informació per facilitar la presa de decisions. No presenta —com erròniament es creu— la decisió final. Però el que contribueix a fer és a delimitar de tal manera l'esfera de l'elecció que en qualsevol cas l'agent responsable de la decisió —polític, planificador, metge, etc.— es veu obligat a fer explícites i transparents les seves pròpies prioritats i valoracions tant si coincideixen com si no amb les de l'analista econòmic.

Donada la general grisor i la cortina de fum que sovint plana damunt de tantes decisions que afecten aspectes dramàticament importants en el camp sanitari, com sigui la vida humana i la innecessària dilapidació de recursos, em sembla força enraonat considerar l'aportació econòmica com a útil, encara que només sigui com un element d'integració —i no necessàriament l'únic— de tantes dimensions disperses com són els elements epidemiològics, clínics, etnològics, sociològics, administratius i fi-

nancers que componen la densa varietat d'elements que cal retenir, analitzar, sospesar i valorar en la presa de decisions amb conseqüències sanitàries.

Fins aquí no hem resolt res. Caldrien conferències especialitzades per arribar a resultats operatius. Recomano que es facin. De moment en tinc prou si he convençut a l'estament mèdic aquí representat que l'economia pot ésser útil a la salut humana que és l'objectiu suprem del metge. Tampoc em puc allargar massa perquè ara vull canviar de to i de tema per dir-vos algunes coses que sento íntima necessitat de comunicar.

### III

Abans d'acabar em sento obligat a fer algunes consideracions personals i familiars que els senyors Acadèmics trobarien a faltar donades les especials circumstàncies del meu cas. Normalment no tindria sentit que em posés ara a parlar de gent de la meva família. Però és que si no he comptat malament, deu parents molt pròxims m'han precedit en l'honor de pertanyer a la Reial Acadèmia de Medicina. Jo no soc metge. I encara que els Estatuts de la casa permeten, i les exigències del temps que vivim àdhuc potser aconsellen que gent al marge de la disciplina hipocràtica participin en les tasques acadèmiques, crec que si les meves relacions de família, i la generosa consideració que d'elles han fet tots vostès no fossin les que són, no estaria avui fent aquest parlament.

Tinc la certesa que si un d'aquests familiars, encara en plena activitat, mestre del pudor i de la modèstia, no s'hagués proposat honorar en mi unes persones que ell respectava com a mestres i que aquestes estimaven com s'estima un deixeble predilecte i a un fill fidel, jo no estaria ara entre vosaltres. No cal dir que faig referència al vostre, anava a dir nostre President, Dr. MOISÉS BROGGI. Abans que res, vull expressar-li el meu agraïment per la generositat de la seva iniciativa i deixar constància de la meva admiració per la característica destresa de la seva mà, que amb la mateixa eficàcia que condueix el bisturí ha orientat unes votacions que m'han honorat molt íntimament, i que han permès la meva presència aquí. A tots vostès que m'han vist amb bons ulls gràcies de debó.

D'altra banda em sembla que es pot parlar amb profit, o sigui, més enllà dels sentiments, d'aquests familiars acadèmics, morts i vius, perquè les seves vides tenen uns trets comuns que em sembla que defineixen prou bé l'home de ciència català.



Nosaltres vàrem anar a parar a Amèrica l'any 39 perquè ANTONI TRIAS i PRIOL no va tenir més remei que marxar. Després de donar voltes per Suïssa, per Amèrica del Sud i del Nord, em semblà que havia de tornar a casa. Havíem estat ben rebuts a tot-arreu però la vida de desarrelat m'angoixava. El meu pare amb el que tenia la sort de poder parlar amb naturalitat de les coses més íntimes, em dibuixà l'alternativa que totes les famílies de refugiats s'havien plantejat: terra o llibertat. Semblava que els catalans no poguessin gaudir d'ambdues coses al mateix temps. Prop de l'anarquia primer, i encara més a prop de l'opressió després, el meu pare i el meu sogre i el meu oncle abandonaven Catalunya per assegurar la llibertat. Jo la donava per feta la llibertat, sortint de l'adolescència més enllà dels Pirineus, i volia tornar als paratges ancestrals. Era inevitable que el retorn ens fes reflexionar sobre aquestes persones. Catedràtics a les facultats, ben instal·lats en la seva professió, amb molts interessos legítims garantits només mantenint-se al marge de la política i, en tot cas, sabent triar el bàndol dels poderosos, el que per altra banda els corresponia socialment, res s'hauria perdut només que l'honor. Però no. No es vàren voler desentendre del drama del país, triaren el cantó dels febles i hagueren de fugir fora de casa. Primera lliçó: els interessos, ni tan sols els interessos científics passen per davant dels ideals. La preparació intel·lectual, està al servei de la societat. Tot s'ha de sacrificar, a un moment ni que sigui, de conducta ètica a aquesta norma de conducta. Tot quedà endarrerat. Cap a Amèrica, lluny de Catalunya, sense més patrimoni que la vida. Som gent conservadora la nostra família, molt sovint perquè sabem que és més fàcil destruir que crear. Però quan convé, sabem jugar fort.

Recordo que el meu oncle JOAQUIM es planyia que potser l'avi FARGAS els faria retret a ell i al meu pare, un dia no sabia a on, de no haver consolidat la seva clínica, perduda amb tot el seu contingut científic i professional en el que FARGAS anomenaria potser entusiasme polític del seu gendre i del seu germà. No és cert. La història de la meva família només en els pocs anys enrera que l'he poguda seguir és un procés recurrent sempre igual. Treball, perfeccionisme professional, sacrifici de les posicions assolides amb esforç a les exigències de l'ètica, tal com ells l'entenien, i torna a començar.

Si no m'erro, la nostra relació directa amb l'Acadèmia de Medicina comença el 5 de juliol de 1894, dia en que el catedràtic d'Obstretícia i Ginecologia, MIQUEL ARCÀNGEL FARGAS i ROCA, pare de la meva mare, era admès en el cenacle, no tant per ocupar el lloc que ningú haguès deixat vacant, com per anar a l'ampliació del nombre de membres que s'acabava d'acordar.

No tindria massa sentit que jo intentés jutjar la significació Mèdica del meu avi. La meva ignorància en aquesta matèria és gairebé perfecta.

Em fa l'efecte de totes maneres que la segona meitat del segle passat fou una època de grans inquietuts de la medicina que en cinquanta anys passa d'un primitivisme que sorprèn a posar les bases de la medicina moderna que avui dia ha arribat a nivell aleshores impensables. La Facultat de Medicina crec que tenia el centre de les seves reduïdíssimes activitats en l'edifici en que estem ara situats. Prop de la casa de convalescència i de l'Hospital de la Santa Creu. Cal advertir però, que la idea d'Hospital de l'època era més de refugi d'última instància per malalts pobres de solemnitat i pràcticament sense remei, que de centre d'ensenyament i d'investigació. La Facultat de Medicina era pràcticament inexistent en termes moderns.

LETAMENDI, professor de FARGAS, Catedràtic d'Anatomia, Acadèmic de la Reial, pintor, contradictor de l'evolucionisme i filòsof d'inclinació naturista, a falta de coneixements comprovats empíricament podia imposar unes normes versificades molt explicatives de la simplista situació terapèutica de l'època:

Vida honesta y arreglada,  
hacer muy pocos remedios  
y poner siempre los medios  
de no alterarse por nada.  
La comida moderada  
ejercicio y diversión  
no tener nunca aprensión,  
salir al campo algún rato  
poco encierro, mucho trato  
y continua ocupación.

LANDSTEING no havia encara fet possibles les transfusions sanguínees; la ginecologia moderna no començava fins l'any 1880; CLAUDE BERNARD tot just posava en joc la metodologia que havia de portar a la fisiologia científica; fins més tard encara, no s'afiança la lluita contra les bacteries capitanejada per PASTEUR; l'assèpsia que estableix LISTER no arriba a Catalunya fins a finals de segle de la mà de CARDENAL. L'ús dels raigs X i els microscopis incipient o simplement desconegut. Tot estava per fer. Tanmateix 80 anys després equivalents a segles d'avenç científic, les màximes de LETAMENDI semblen bastant vigents.

Bé, no divaguem, el fet és que la curiositat intel·lectual hi era, el desig de superació imperava arreu, el ritme accelerat de progrés no tenia aturador. Fita significativa d'aquesta renovació la marca l'ingrés al claustre de la Facultat de Medicina de Barcelona l'any 1887 de SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL. Molts metges catalans protagonitzaven el nou ambient i entre ells el Dr. MIQUEL FARGAS estava en els primers rengles.

I no solament en el camp mèdic. Culturament la Reinaxença i després el modernisme juguen un paper cabdal en el resurgiment de Catalunya.

Socialment i econòmica, Barcelona trenca les muralles que la mantenen enclaustrada i l'any 1888 amb l'Exposició de Rius i Taulet la ciutat es posa, sinó al nivell, sí en la línia de les grans capitals europees. En l'àmbit de l'Exposició Universal, se celebra el Congrés de Ciències Mèdiques en el que FARGAS juga un paper científic important.

D'aquesta etapa en surt una ferma amistat de FARGAS amb el Dr. ROBERT, Catedràtic i orador extraordinari format en el teatre amateur. Aquesta amistat portaria conseqüències polítiques.

A tots els esperits il·lustrats de l'època, sobretot a Catalunya, s'els fa evident que les estructures de l'Estat espanyol queden tràgicament endarrerides i pesen com una llosa sobre el cos social. La catàstrofe del 98 ja no permet més dubtes. Neix el catalanisme modern.

La conseqüència era clara. Assolida la competència tècnica, FARGAS no es podia desentendre de la política que ho condicionava tot. He dit que apareix el catalanisme polític del qual no vaig a fer la història. Només destacaré que aquest va representar entre altres coses un pas molt gran en la línia de modernitzar Espanya. D'una banda DOMÈNECH i MUNTANER i sobretot PRAT DE LA RIBA nat a Castellterçol com FARGAS, al tombar el segle, entren en tractes per la seva mediació amb el col·lega de FARGAS, el Dr. ROBERT i juntament amb altres prohoms funden la Lliga Regionalista. No hem de donar masses detalls més. FARGAS defensa l'autonomia universitària al Senat, s'incorpora a l'Institut d'Estudis Catalans, assoleix la Presidència d'aquesta Acadèmia, presideix el Primer Congrés de Metges de llengua catalana... Totes iniciatives de caràcter col·lectiu d'interès català a les que FARGAS aporta el seu prestigi d'introduïdor de la cirurgia ginecològica. Superació tècnica i científica personal al servei de la causa del seu poble.

El meu pare ANTONI TRIAS i PUJOL ingresà a la Universitat pel camí de la càtedra de Clínica Quirúrgica de la Facultat de Medicina de Salamanca. Però destacant el que avui m'interessa destacar, apart de la seva tasca científico-mèdica projecta i organitza amb gran entusiasme i eficàcia l'Escola d'Enfermeres de la Generalitat de Catalunya. Però sobretot

dedicà les seves màximes il·lusions a la Universitat Autònoma de Barcelona que molts de vosaltres recordareu amb satisfacció i orgull perquè a través seu Catalunya va donar un tomb de modernitat i progrés a l'Ensenyament universitari a Catalunya i a tota Espanya. És característic que el seu catalanisme es volia expressar no sols a través de la nostra especificitat lingüística i històrica, sinó a través de la manera de fer catalana. La manera d'ensenyament catalana a la Universitat no es traduïa solament respectant la llengua catalana. Es feia sobretot dedicant moltes hores a l'ensenyament; ferint de mort l'antiquat sistema d'oposicions com a fórmula de recluta de professors; extenent la presència de laboratoris, pràctiques i contactes amb la vida real des de la Universitat. Aquesta deixava d'ésser un museu més o menys mort, basat en els exercicis memorístics per passar a ésser un centre viu, de caràcter crític, basat en l'exercici del pensament científic per part de professors i alumnes. Els resultats foren excel·lents. Les promocions de l'època ho han testificat abastament. Tots sabien que amb aquestes activitats ANTONI TRIAS despertava la irritació de les classes conservadores i posava en perill la rendibilitat crematística de la seva vida professional. S'havia oposat a Primo de Rivera en defensa d'Unamuno, s'oposava de nou a l'autoritarisme centralista representat ara per Franco, fomentant el catalanisme autonòmic. El resultat ja l'he dit: ho va perdre tot i cap a Amèrica. A l'estranger l'haurien honorat pel que havia fet i a Espanya el bandejaven. Tot això ja se sabia. Penseu que quan el bienni negre, ja va anar a la presó amb el Patronat de l'Autònoma. Però ni per un moment no va dubtar.

Per cert, que els voldria llegir el troç d'una carta que el meu pare va dirigir al Ministre d'Educació arrel del seu empresonament el 6 d'octubre de 1934 acusat de dur la Universitat de Barcelona als excessos del catalanisme. A mi m'admira la serenitat amb que un home de la posició social del meu pare jutja el seu empresonament.

«Es cierto —li diu ANTONI TRIAS al Ministre— que yo sabía todo cuanto hizo usted para conseguir nuestra libertad, quizá no con detalles, pero imaginaba lo que es usted capaz de hacer en el terreno de la amistad. Pero no sé si me juzgará usted un monstruo de ingratitud si le digo que en los días en que yo estaba con mis compañeros preso en el "Uruguay", no era nuestra libertad lo que más interesaba. Yo no sé si las personas allegadas a mí se hicieron eco de mis deseos de que no se hiciera nada para libertarnos. Me temo que no fue así, ya que los que quedan fuera, en estos casos, lo toman por lo trágico, y no ven más problema que el de sacar al íntimo de la cárcel sin com-

prender que a veces ésta significa la verdadera liberación y un inapreciable reposo. Y así era nuestra situación. Envueltos en una campaña de calumnias de las que no podíamos defendernos, ya que la censura era (y aún es) inexorable con nosotros. Viendo tambalearse toda la obra universitaria realizada sin poder evitar su caída, ¿qué mejor podíamos desear que una cárcel, única manera de hacer comprender a los miopes, el motivo de nuestro silencio y de nuestra forzada pasividad? En medio de los indescriptibles dolores sufridos desde el 6 de octubre (no los había aún padecido en mi vida de tal calibre), la notificación de nuestra detención y procesamiento fue un rayo de luz en las tinieblas. En efecto, sabíamos que nuestros enemigos universitarios por un lado y la C.E.D.A. por otro, atenuarían ya su obra de destrucción universitaria, creyendo que habían hecho algo importante llevándonos a la cárcel. Y nosotros, por nuestra parte, no he de decirle con qué gusto y con qué orgullo nos prestábamos a actuar de pararrayos del edificio construido por nosotros mismos. Sabíamos, también, que con la cárcel se conseguía remover sentimientos populares que, si bien podrían llegar a situaciones lamentables, en cambio conducían a que por primera vez el pueblo se interesara por la Universidad. Era tal la tradición de ver en la Universidad un centro burocrático, donde sólo se expendían títulos oficiales, que todo el mundo contempló nuestro afán reformador con la misma fría indiferencia con que contemplaría las reformas emprendidas en el edificio de un Gobierno Civil o en un cuartel de carabineros. Bien pocos eran los que comprendieron nuestra intención y valoraron lo que podía ser nuestra obra.

»Por lamentable que sea la contemplación de tanta simplicidad, hay que reconocer que el solo hecho de nuestro encarcelamiento borró en un momento el recelo con que habíamos sido vistos hasta entonces. Y el pueblo empezó a adivinar que nuestros esfuerzos podían haber tenido un interés para él. Y así ha sido. Todos los días leemos ahora en los periódicos de aquí, ditirambos muchas veces exagerados a nuestra obra y se habla ya de la Universidad como de una necesidad apremiante y como de una cosa propia. ¿Quién obró el milagro? Pues únicamente nuestro encarcelamiento; y por si fuera poco la censura continúa cometiendo diariamente la cierta y específica torpeza de condenar artículos y noticias que tratan de la Universidad, con lo cual es ya muy difícil que se apague en mucho tiempo el fuego sagrado. Comprenderá ahora por qué la cárcel era para nosotros la solución de dificultades gravísimas.»

A mi em sembla que es dóna per bona la presó per tal de salvar la Universitat. Crec que és una bona lliçó de conducta ètica i de responsabilitat social.

Amb una història molt semblant el seu germà JOAQUIM, catedràtic també de cirurgia, va patir per les mateixes causes un mateix destí. A vegades tot això em fa pensar si al nostre país les posicions egoistes, el desentendre dels interessos generals no és el més prudent i el més rendible. Però en tot cas jo estic content que a la meva família no es pensi mai així.

No seria just si no diguès quelcom del meu sogre JOSEP TRUETA que em sembla que exemplifica aquesta dignitat ciutadana que he anat dibuixant. En aquest cas menys que en els altres no cal que expliqui gaire la vida i miracles del personatge. Són massa importants i massa coneguts a casa nostra i a l'estranger perquè calgui repetir-ho. Èxits internacionals màxims; amor a la terra sense defallença. Voldria destacar un escrit seu que em sembla significatiu perquè aclareix dos punts interessants des del punt de vista d'un metge catalanista que mai no afluixa la seva fe en Catalunya. Jo m'adono que aquesta retahila de familiars importants pot donar una sensació de complaença elitista en els èxits científics i humans d'una estirp que comença a ésser llarga. No és així: nosaltres creiem en la feina ben feta de cada un, segons les seves possibilitats i això és tot. L'admiració per la pròpia família pot donar un pas més i degenerar en una punta de satisfacció personal excessiva que cal evitar sigui com sigui. Es justifica l'orgull que tots tenim d'ésser catalans i d'haver contribuït a la personalitat del nostre poble. Això sí! Però Catalunya l'hem feta entre molts i diversos i això ha de quedar clar.

Diu TRUETA en la seva autobiografia el següent:

«Als qui no n'estiguin assabentats, els pot ser profitós de saber que l'individu humà es forma per l'addició de dues menes d'elements: l'un, que es troba a la base de la nostra natura, és constituït pels gens, l'estructura íntima dels quals ens és cada vegada més ben coneguda. Ells ens transmeten els trets dels nostres pares allotjats en els cromosomes. Cal, però, saber que la línia ancestral es pot rompre per fenomen anomenat mutació. El color de la nostra pell, dels ulls i dels cabells, la talla i la configuració esquelètica, i fins les facetes del nostre caràcter, ens han estat portats en els cromosomes. Per llur aspecte podem determinar amb molta aproximació d'on provenen un escandinau o un sicilià; però ens serà difícil de plaçar la terra d'origen d'un francès del Nord, d'un suís, d'un alemany o d'un anglès, i fins sovint d'un italià de Milà. El creuament genètic és el que explica certes

característiques dels pobles, si bé, per acabar-les de produir, cal que hi intervingui l'altre factor al qual m'he referit més amunt. Aquest element ens prové del món exterior i actua des del moment de la nostra concepció, car el desenvolupament de l'embrió humà depèn del que filtra la placenta de la sang de la mare. Quan neix, el nou nat per primera vegada s'exposa a la llum, la calor, la humitat i el soroll del món que el rodeja: un embolcall que no el deixarà fins al final del seu pas per la terra. L'activitat física, el nodriment i, ben aviat, el mimetisme de l'educació, emmotllaran l'individu.

»I soterraran molts dels elements que ha hereditat; bona part d'allò que s'anomena el missatge genètic. Per aquest mecanisme els pobles nòmades —generalment per raons de tipus alimentari— es desplacen de lloc i després d'assentats algun temps en terres millors, acaben comportant-se com el poble del lloc ocupat. Aquesta influència del món exterior sobre la persona humana constitueix el que coneixem com a fenotipus, que a la fi predomina damunt del genotipus en caracteritzar els pobles.

»És sabut que en els gens s'acumulen les experiències vitals, i per aquest motiu resultarà més ric en el que podem considerar "coneixements previs" —en altres paraules, en els instints— com més variada sigui la constitució genètica; naturalment em refereixo a organismes de qualitat vital semblant. És una monstruositat científica creure que la "puresa de la sang" es manté per l'eliminació dels creuaments, quan sabem que la veritat és la contrària. Fa més de cent anys que el savi zoòleg anglès Thomas Huxley escriví que en diversos animals domesticats, com el gos i el cavall, la manca de creuaments no sols debilita la raça sinó que fa els animals menys intel·ligents. És sabut que els cavalls de cursa anglesos de "pura raça", calguè que fossin beneficiats amb handicappers, perquè no guanyaven cap cursa: fins que foren creuats amb cavalls àrabs. Així mateix els gossos de circ més capaços d'aprendre són els que, en anglès, en diuen mongrels, o sigui mestissos o pataners. És segur que això mateix esdevé en l'home: raó per la qual cal considerar una barrabasada científica pretendre millorar un grup humà preservant-lo de barrejar-se amb altres grups.»

Dit d'una altra manera, afegeixo jo que la immigració ha enriquit la personalitat dels catalans; que com més nacionalistes, amb més bons ulls hem de veure els que venen de fora. El poble català el farem, l'hem de fer, entre tots. És el fenòmen que socialment Vicenç Vives anomenava Cata-

lunya bressol de pobles. Catalunya l'hem feta entre tots. Els de casa i els de fora. És de justícia però, sobretot, és el que ens convé biològicament. Lliçó decisiva en sembla.

Abans d'acabar aquesta referència potser massa llarga a la meva gent, voldria dedicar un afectuós record als meus oncles acadèmics que ja no són d'aquest món: MANUEL SALVAT i MIQUEL FARGAS RAYMAT. Dels meus cosins MOISÉS BROGGI, RAMON TRIAS RUBIES i JOAN TORRAS TRIAS i més darrament el meu germà polític, GUILLEM MAYORAL HERRERO, no cal que en digui més, perquè gràcies a Déu estan ben vius i les seves obres parlen i parlaran per ells molt millor que ho pugui fer jo.

I això és tot el que els volia dir. Els agraiexo sincerament l'oportunitat que em donen de seguir des d'aquesta Acadèmia les petges d'aquests familiars, que com l'exemple de tots vostès, és una càtedra de ciència mèdica, de responsabilitat social, de conducta ètica i d'amor a Catalunya.



DISCURS

de contestació de l'Acadèmic Numerari

Excm. Sr. Dr. JOSEP LAPORTE i SALAS



Excellentíssim Senyor President,  
Molt Illustres Acadèmics,  
Senyores, Senyors:

Considero que és un gran honor per a mi tenir l'oportunitat de respondre al discurs de recepció que acabem d'escoltar i per això voldria iniciar aquestes paraules agraint a la institució i especialment a vós, senyor President, el fet d'haver-me'n encarregat. Tots podeu endevinar fàcilment quins són els motius de la meva satisfacció: l'amistat que m'uneix al recipiendari, la seva personalitat humana, professional i acadèmica, i la importància singular del tema que ens ha exposat en són els més precminents.

RAMON TRIAS i FARGAS és una personalitat prou coneguda i per això no caldrà que m'entretengui massa en recordar-vos la seva executòria. Altrament les seves múltiples connexions familiars amb aquesta Acadèmia —que ell mateix ha glossat amb tant d'encert— contribueixen a fer ben precís el seu perfil humà i professional per gairebé tots els que, a partir d'ara, serem els seus col·legues. Tot atenent-me a la tradició, no puc, però, deixar de recordar els trets més significatius de la seva biografia. Nascut a Barcelona fa justament seixanta anys, es veié obligat a seguir el camí de l'exili, junt amb la seva família, en acabar la nostra guerra civil. Gran part de la seva joventut transcorregué, per això, a diversos països americans: estudià Dret a Colòmbia i se'n doctorà a la Universitat Nacional de Bogotà i, més tard, obtingué el grau de Master en Economics a la Universitat de Xicago. Retornà a la pàtria l'any 1950 per tal d'emprendre entre nosaltres la seva vida professional i acadèmica. El 1962 guanyà per oposició la Càtedra d'Economia Política i Hisenda Pública de la Facultat de Dret de la Universitat de València. Poc després fou encarregat de la direcció del Servei d'Estudis d'una important entitat bancària a Catalunya. En aquest lloc, entre moltes d'altres activitats, mostrà un interès especial pels inexplorats temes de Política i Benestar Social i en particular per l'Economia de la Salut. Aquest conreu pioner de l'Economia de la Salut donà lloc a la primera publicació espanyola sobre l'estructura dels

serveis de Prevenció de la Deficiència Mental. Sense exagerar podem afirmar que així s'inicià l'expansió a Catalunya d'una disciplina tan important. L'any 1964 esdevingué professor numerari de la Facultat de Ciències Econòmiques de la Universitat de Barcelona de la que, més endavant, ha estat i és encara —bé que en excedència— Catedràtic d'Hisenda Pública. La seva preocupació per la política l'ha portat, com és ben sabut, a ocupar diversos i importants càrrecs tant a l'administració autonòmica com a la central. Només faré esment d'un d'aquests càrrecs: la Presidència de la Comissió de Minusvàlids a les Corts Generals de l'Estat des d'on tingué l'oportunitat de promoure l'aprovació de la Llei d'Integració Social dels Minusvàlids.

\* \* \*

Entenc que avui la Reial Acadèmia ha de sentir-se doblement orgullosa, atès que no solament s'enriqueix amb un nou i valuós membre numerari sinó que —tal com deia en començar aquest parlament— s'enceta en aquest recinte la discussió d'un tema que té una importància cabdal pel futur de la Medicina: l'economia de la salut. Com tots hem tingut ocasió de comprovar, el recipiendari n'ha sabut fer una consideració que m'atreveixo a qualificar de magistral en el sentit primigeni del mot. En forma breu, precisa i clara TRIAS i FARGAS ens ha plantejat un problema que no solament és transcendental pel futur de la Sanitat sinó que té una gran complexitat i resulta especialment difícil pels no iniciats en Ciències Econòmiques. Per això, per la importància del tema, però també per la manera com l'ha sabut exposar, m'és molt plaent de felicitar-lo.

Entre els molts comentaris que el discurs que hem escoltat pot motivar em limitaré a reflexionar sobre un parell de qüestions: el creixement imparable de la despesa sanitària i l'enorme responsabilitat que comporta qualsevol presa de decisions en aquest terreny. Fa un parell d'anys, amb motiu de la recepció d'un altre il·lustre acadèmic, ja vaig tenir ocasió de referir-me al primer punt. D'aleshores ençà les dades que s'han anat fent públiques demostren que la tendència segueix igual: no solament creixen les quantitats dedicades a la despesa sanitària sinó que és cada cop més gran la quota del producte interior brut destinada a atendre les exigències del sector. Les dades corresponents a l'any 1980 assenyalen que, per exemple, el Regne Unit hi va esmerçar el 5,9 % del PIB, Itàlia el 6,4 %, Canadà el 7,4 %, Suècia el 9,2%, la República Federal Alemanya el 9,4 %, mentre que els Estats Units ja han ultrapassat actualment

el 10 %. Fixeu-vos que, per terme mitjà, això representa que tots els ciutadans d'aquests països han de treballar de quatre a cinc setmanes cada any només per a subvenir les despeses sanitàries.

Pel que fa al nostre país sembla que, proporcionalment, encara no gastem tant. Ja ho remarca TRIAS en el seu discurs i jo mateix ja assenyalava que la despesa estimada pel conjunt de l'Estat l'any 1980 era de 750.000 milions de pessetes. Tinc ara dades més recents i més fiables relatives a Catalunya: l'any 1981, segons una recopilació feta per la Secretaria General del Departament de Sanitat i Seguretat Social, la despesa sanitària ha estat de 173.606 milions de pessetes, valor que ve a representar un 5,1 % del nostre producte interior brut.

Es obvi que la simple consideració d'aquestes xifres invita a la reflexió. Fins a quin punt són justificades despeses d'aquest ordre? I encara més discutible resulta gastar tant en sanitat si relacionem la magnitud de la despesa amb l'estat de salut de la població. De fet, tots els especialistes estan d'acord en afirmar que, en els països del món occidental, ja hem entrat en aquest sector, en la zona dels rendiments decreixents: ja no hi ha correlació entre despesa sanitària i salut, ni en l'estudi de sèries temporals d'un mateix país ni en els treballs de comparació internacional en un moment donat. De fet els Estats Units i Alemanya tenen pitjors indicadors sanitaris que el Regne Unit tot i que la despesa *per càpita* en aquest darrer país sigui només de l'ordre del 60 % de la dels dos primers.

En Sanitat els rendiments creixents encara són considerats possibles de vegades en el terreny de la prevenció activa —les vacunacions, la protecció de la mare i de l'infant, per exemple— bé que també en aquest cas els factors socials són tan o més importants que els estrictament mèdics. Així, fins i tot la pràctica sistemàtica de l'ecografia obstètrica o el cribratge del possible càncer uterí pel mètode de Papanicolaou tenen rendiments globals dubtosos, mentre les campanyes contra l'hàbit de fumar proporcionen resultats indubtablement positius. Un treball americà molt recent arribà a la conclusió que en el transcurs de quinze anys, gràcies a les campanyes antitabac, s'han evitat als Estats Units més de dues-centes mil morts prematures que representen nogensmenys que quatre milions sis-cents mil anys de vida estalviats! Altrament sembla fora de tot dubte que el notable descens experimentat durant els darrers vint anys, als Estats Units, de la mortalitat coronària i cerebrovascular és associada, a més que al descens del consum del tabac, a canvis en el tipus d'alimentació —amb el subsegüent descens de les xifres mitjanes de la colesterolèmia— i també a l'ús d'un tractament antihipertensiu més eficaç. La reducció dels factors de risc és, evidentment, per ara un dels procediments més rendi-

bles tant des del punt de vista sanitari com des d'una òptica estrictament econòmica.

Un factor que ve a complicar notablement, des del punt de vista econòmic, l'eventual contenció —o fins i tot, reducció— de la despesa sanitària és la important proporció que la massa salarial té en el conjunt d'aquesta despesa. TRIAS també en parla en el seu discurs i assenyala que per terme mitjà, la sanitat dona ocupació a un 4 % de la població activa. En determinats països, com a França, s'arriba fins i tot al 6 % i per això MAINONI D'INTIGNANO i STEPHAN en un magnífic estudi recent significativament intitulat «Hippocrate et les technocrates» s'arriben a preguntar si el sistema sanitari és fet per a distribuir assistència o bé per a crear llocs de treball.

Totes aquestes consideracions —i moltes d'altres que se'n podrien fer— menen a la necessitat d'introduir el concepte d'eficiència en el camp de la Sanitat tal com molt bé argumenta TRIAS. Concepte que, com ell mateix assenyala, es veu complicat per les peculiaritats del «mercat» sanitari. De fet en aquest cas no és el consumidor qui pren les decisions sinó que moltes vegades són els propis sectors productius i els agents professionals els que les determinen. Si a tot això hi afegim que, en general, qui paga és un tercer —l'administració pública— hom comprèn fàcilment les dificultats que comporta qualsevol intent de racionalització, en termes econòmics, del sistema sanitari.

Per tal d'intentar aquesta racionalització existeixen, com és ben sabut, diversos tipus de models sanitaris que varien segons les condicions socioeconòmiques i l'orientació política de cada país. D'una manera força esquemàtica poden ésser considerats dos models sanitaris diferents, cadascun dels quals té els seus inconvenients. El que en podríem dir model liberal reglamentat condueix en general a un creixement més ràpid de la despesa, a una possible desigualtat d'accès a l'assistència i a una progressiva medicalització de les atencions socials no pròpiament sanitàries. Contràriament, el model planificat i integrat —amb totes les seves variants— tot i que sol aconseguir una major contenció de la despesa i, teòricament, tendeix a igualar les possibilitats d'accès, comporta els inconvenients derivats de la centralització i la burocratització, del possible malbaratament, de les inevitables llistes d'espera i de la contradicció que representa la planificació a mig o llarg termini amb l'establiment d'un pressupost anual.

El model sanitari imperant a casa nostra no s'adapta exactament a cap dels dos grans tipus esquematitzats. I, desgraciadament, comporta defectes de l'un i de l'altre. Tots estarem d'acord en considerar que cal-

dria adoptar un sistema que combinés l'equitat amb l'eficiència, amb el que fos possible contenir la despesa dintre uns termes acceptables tot evitant l'encarcament propi de les planificacions a ultrança. Més difícil seria segurament arribar a un acord sobre la manera d'aconseguir aquest objectiu. Per això, tot i que les decisions finals sobre la reforma sanitària pertoquin en definitiva a les Corts Generals, crec que cal observar amb molta atenció els eventuais models alternatius —una possible «tercera via» sanitària— que s'estan experimentant o han estat proposats en diversos països (les «Health Maintenance Organizations» als Estats Units, el sistema israelita de gestió - iniciativa, alguna experiència francesa) i que, de tota manera són basats en un canvi en les estructures de finançament del sistema. A casa nostra seria desitjable, en tot cas, que junt amb la racionalització i millora de la xarxa sanitària s'aprofités la rica tradició que representen les entitats mutualístiques existents.

De tota manera, sigui quin sigui el model sanitari vigent, sempre caldrà que algú prengui greus decisions sobre el problema de la distribució dels recursos disponibles que, ineluctablement, sempre seran limitats. Ara, el recipiendari mateix reconeix que no és l'economista qui ha de prendre la decisió final, atesa la impossibilitat de valorar monetàriament un dolor més o menys intens o persistent o, pitjor encara, d'establir el preu de la vida humana. Òbviament la dimensió ètica escapa a la valoració econòmica i altrament, tal com ha estat dit, hi ha qui té la tendència a confondre l'economia que és la ciència de l'optimització amb les economies que són el llenguatge del comptable. Perquè, en definitiva, caldrà establir un límit de despesa per a intentar salvar una vida humana? I en tots i cadascun dels casos aquest límit serà idèntic? Podríem plantejar molts casos concrets. Fins a quin punt, en termes estrictament econòmics, és rendible un transplantament de cor? Tots els malalts amb insuficiència renal terminal han d'entrar en programa de diàlisi? Als Estats Units hom calcula que l'any passat hi havia 65.000 malalts sotmesos a aquest tractament, proporció semblant a la que tenim a Catalunya on el tractament de 1.848 dialitzats ha representat, l'any 1982, una despesa de 6.000 milions de pessetes. Bé que ens sembli no solament natural i lògica aquesta actitud de facilitar tractament a tot aquell que el necessiti i que ens repugni plantejar la possibilitat de fer una selecció prèvia, no podem oblidar que al Regne Unit, per exemple, només un 18 % de les unitats renals que hi ha establertes accepten malalts de més de 55 anys.

Volguem o no volguem, tots plegats haurem d'assumir el problema de la contenció dels costos sanitaris. I què és una autèntica contenció de costos? Segons GINZBERG és simplement això: una reducció del flux

de recursos reals en el sistema d'assistència sanitària sense una disminució de la producció útil que pugui afectar adversament la satisfacció dels pacients o del seu estat de salut. Per això caldria, sota el guiatge professional, eliminar l'ús de tècniques o procediments de valor dubtós, restringir noves despeses derivades de l'ús de tecnologies encara no prou estudiades, adoptar l'ús de sistemes d'incentius que afavoreixin la reducció o l'eliminació de serveis cars subutilitzats i duplicatius, potenciar les accions menys costoses si cal en detriment de les que ho són molt més (per exemple, reforçar l'assistència primària i l'assistència a domicili tot contrarrestant l'excessiu hospitalocentrisme) i molt especialment encoratjar la gent a jugar un paper més actiu en la protecció de la seva pròpia salut i en la utilització assenyada del sistema sanitari.

Per això, per tal d'ajudar a aquesta presa de decisions cal que institucions com aquesta Reial Acadèmia no solament siguin conscients del problema sinó que el discuteixin amb seriositat i amb profunditat. Als Estats Units hom ha proposat la creació d'un organisme nacional multidisciplinari per a fer un estudi prospectiu sobre una possible contenció de costos i fins i tot sobre la greu qüestió del racionament de la salut o de la vida. Entenc, senyor President, senyors Acadèmics, que la nostra institució és un fòrum molt adequat per a examinar un problema com aquest. Entre els seus membres hi ha la suficient multidisciplinarietat i sobrat bon sentit per a arribar a conclusions importants que sens dubte serien útils pels que hagin de prendre les decisions. I per això em sembla tan encertada la incorporació d'un economista que contribuirà, no en tinc cap dubte, a optimitzar els plantejaments que es puguin proposar. És per això, senyor President, que en iniciar aquestes paraules afirmava que l'ingrés a la Reial Acadèmia del professor RAMON TRIAS i FARGAS permetria la discussió d'un tema d'importància cabdal. I per això us prego que li imposeu la medalla que simbolitza el seu ingrés en aquesta corporació.

Moltes gràcies, senyor President.





