

Vol.14 (4) 2017

Revista de
**Cirurgia Ortopèdica
i Traumatologia**





Revista de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

DIRECTOR

Pere Torner

CAP DE REDACCIÓ

Xavier Pelfort

CONSELL DE REDACCIÓ

Joan Minguell

Ramona Garcia

Llorenç Mateo

Nayana Yoshi

Montserrat Monfort

Lluís Font

Lluís Puig

SECRETÀRIA DE REDACCIÓ

Esther Torres: e.torres@torrespardo.com

EDITA

Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia

Vol. (4) 2017

Reservats tots els drets. Cap part d'aquesta publicació pot ser reproduïda, emmagatzemada o transmesa en qualsevol forma ni per qualsevol procediment electrònic, mecànic, de fotocòpia de registre o d'altre tipus, sense el permís previ de la SCCOT.

Maquetació: Cristina Pérez

Continguts

MONOGRÀFIC PROF. FERNÁNDEZ SABATÉ

PRÒLEG.....	5
ANTECEDENTS.....	6
LA MALTEMPSADA	7
L'ESPECIALITZACIÓ.....	7
SANT JOAN DE DÉU	8
ASSOCIACIONISME	9
UNIVERSITAT AUTÒNOMA	12
SERVEI D'URGÈNCIES DEL CLÍNIC	13
EL S.O.E.	15
FORMES DE PRÀCTICA PROFESSIONAL	16
NOVA LEGISLACIÓ.....	17
CARLES SOLER I DURALL	18
JERARQUITZACIÓ	20
EL SISTEMA MIR	23
GREUGES ENTRE HOSPITALS	24
INTEGRACIÓ I CONCERTS	25
CULS DE SAC	26
L'ANY 1978	27
CURSOS SUPERIORS D'ESPECIALITZACIÓ	29
DESENCÍS	35
LLISTA D'ESPERA	44
EPÍLEG	48
NORMES EDITORIALS	49

MONOGRÀFIC PROF. FERNÁNDEZ SABATÉ

PRÒLEG.

L'amic Alfons Fernández Sabaté em demana un pròleg pel seu capítol de la Història de la COT a Catalunya i ho faig amb molt de gust encara que amb pocs mèrits. Ell adquirí la seva formació en l'especialitat en la càtedra del professor Piulachs i després es doctorà en el servei del professor Merle d'Aubigné de l'Hôpital Cochin de París, on fou també assistent diplomat. Dir Merle d'Aubigné (1900-1989) quan érem estudiants ens portava no sols als grans mestres de la cirurgia ortopèdica, sinó a una vida de disciplina, rigor i esforç a través dels terribles esdeveniments de dues guerres mundials en que aquesta especialitat, molt protagonitzada per Merle d'Aubigné, hi jugà un paper fonamental. L'autor es formà en aquest ambient, disciplina i virtuts.

En el seu escrit, que ha documentat exhaustivament, va molt més enllà de la cirurgia ortopèdica a Catalunya i es converteix en un historiador que ha viscut la història. 60 anys immers en tot el que fa referència a l'especialitat, a tots els nivells, l'administratiu, el tècnic, el quirúrgic, el docent... i ha hagut de superar també els desgavells de les diverses administracions sanitàries. Però com un autèntic historiador es retrotrau als orígens, 1539 amb la fundació de l'orde hospitalària de sant Joan de Déu i també en la memòria de tots el 1741 amb el llibre d'Andry.

Qui vulgui conèixer la història de l'INP ha de llegir aquest escrit però també coneixerà la història en general. Ens recorda el que ja ningú recorda, el B.O.E. de 7-7-44, d'Ordenació de la Facultat de Medicina, on apareix una digressió moral, que a part de les connotacions teològiques, concentra el seu valor en afirmar: el malalt sempre ha de ser considerat com un home sencer.

En tot l'escrit hi preval la sensibilitat. Si hagués de dir el que penso millor del que ha fet, és l'esforç de formació sobre centenars de MIR i amb ell potser milers de persones. A mi m'és especialment sensible aquest aspecte ja que des de l'Hospital General d'Astúries, amb el doctor Fernando Alonso Lej, introduïrem el sistema de formació d'especialistes tal i com es feia i havíem viscut als EEUU. En la pràctica tots els nostres residents, als quals proveïem d'uns certificats, meu i del tutor –responsable directe de la seva formació–, amb còpies certificades dels centenars d'actuacions mèdiques realitzades, esdevingueren directius de llurs especialitats a tot el país. Tot simple, 16 anys abans que s'introduís el sistema MIR oficialment. Al sistema MIR es deu la alta qualitat de la Medicina espanyola avui... N'Alfons ens ho explica.

No vull acabar sense adherir-me a la preocupació, que comparteixo amb ell, sobre la insensibilitat dels polítics, tots, que està posant en perill l'aconseguit amb tants anys d'esforç i en que es basa la pau i cohesió social que Espanya encara té.

Doctor Carles Soler i Durall.

ANTECEDENTS.

Des dels inicis de la pràctica quirúrgica en l'antigor la traumatologia apareix com una activitat quirúrgica i en restes arqueològiques gregues, com en vasos, ja s'hi troben dibuixos de curació de ferides. La guerra ha estat sempre una font productora de ferides, de luxacions i de fractures i els metges-cirurgians aprenien el tractament al costat d'un altre professional que li feia de mestre i més endavant en escoles com la de Salern a partir del segle IX. A l'edat mitja apareixen les primeres universitats i la de Montpeller, ciutat que depenia dels comtes de Barcelona, fou el destí dels catalans que podien pagar-s'ho; al 1300 fou fundat l'Estudi General de Lleida amb ensenyament de medicina. En el tractat d'Hipòcrates, que s'establí com llibre bàsic, ja hi trobem magnífics dibuixos sobre com reduir fractures i luxacions. Durant segles no evolucionà dintre de la cirurgia aquesta unitat pràctica entre les malalties i els traumatismes de les extremitats en general. Els primers avenços en el tractament de les ferides es deuen a Ambroise Paré (1509-1590), que en el setge de Perpinyà deixà d'emprar l'oli bullent en les ferides en un moment en que els mancava i ho substituï per una barreja de rovell d'ou, d'oli de rosat i de trementina; «els ferits tenien poc dolor i les ferides no presentaven ni inflamació ni tumor». Afirmà que d'ençà d'aquesta experiència mai més cremaria les ferides.

Pel que fa a l'ortopèdia cal esperar a Nicolas Andry que a l'any MDCCXLI publicà el seu tractat en dos volums sobre «L'Ortopèdia o Art de Prevenir i Corregir en els infants les deformitats del Cos, en conjunt amb medis a l'abast dels pares i de les mares & de totes les persones que tenen nens per educar» (traducció) (Fig. 1); era cirurgià del Reial Col·legi i degà de la Facultat de Medicina de París. Heus ací una data, 1741, que sí que marca el naixement d'una especialitat que sempre més conservarà la seva natura pròpia i diferenciada en els àmbits quirúrgics i progressivament en els universitaris on va néixer. El dibuix de l'arbre tort que hom vol redreçar mitjançant un pal i cordes lligades ha passat a ésser el símbol de la cirurgia ortopèdica mundial.

Al Reial Col·legi de Cirurgians de Barcelona el catedràtic i degà Francisco Salvà y Campillo (1751-1828) va acumular una esplèndida biblioteca amb totes les grans obres dels mestres d'ençà de Pau d'Egina fins les de Desault, Malgaigne, Delpech i Astley Cooper. Mathijsen (1805-1878) fou qui ideà i aplicà per primera vegada l'embenat de guix, substituint les pastes d'ou i calç i variants que l'havien precedit; a Rússia, i sense conèixer-se, Pirogoff (1810-1881) tingué la mateixa idea. Fou la màxima aportació innovadora de les darreries del segle XIX.

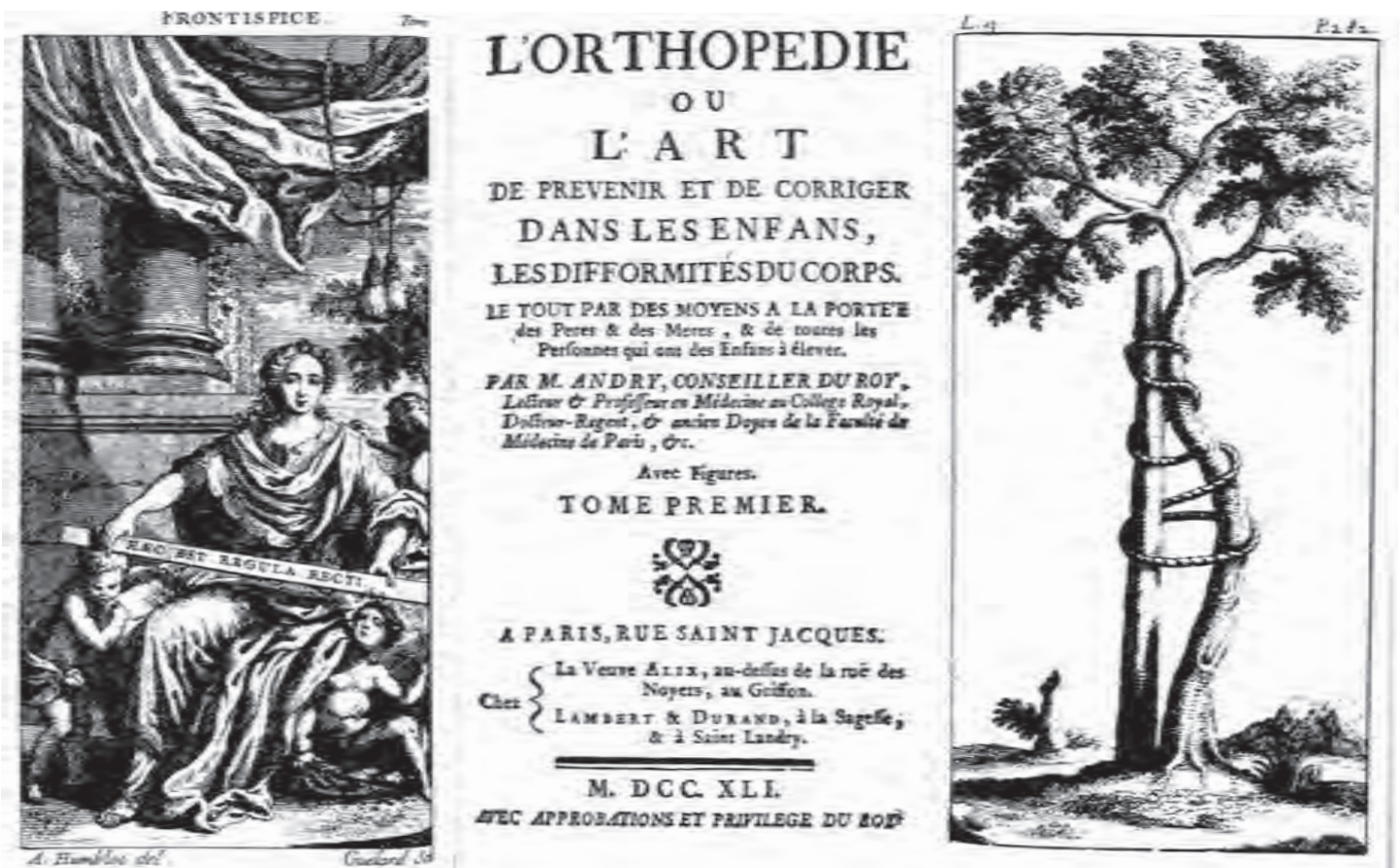


Figura 1. Llibre fundacional de Nicolás Andry (edició facsímil de la Societat Belga de COT).

LA MALTEMPSADA.

El 1714 ens ha restat com la data de l'esfondrament polític i cultural de Catalunya. El rei francès Lluís XIV derrota als austriacistes amb ajut de les decisions angleses i imposa una monarquia borbònica en la persona del seu net, que serà Felip V. El seu govern serà exclusivament el Real Consejo de Castilla i les lleis, idioma i cultura obligatoris foren castellans en l'administració, en la religió, en l'ensenyament. Per a fer-ho possible clausurà totes les universitats que eren les de Lleida, Barcelona, Girona, Tarragona, Vic, Solsona i Tortosa; la de Perpinyà ja fou clausurada per Richelieu després del tractat dels Pirineus, en el que Catalunya fou amputada en perdre el Rosselló fins mitja Cerdanya. No hi ha nació europea que hagi sofert un càstig semblant per tal de desnaturalitzar-la, silenciar-la i anul·lar-la. Per a compensar el rei Felip V va crear una nova universitat a Cervera, fidel als seus ordenaments i amb responsables filipistes.

Lògicament els ensenyaments sofriren un gran endarreriment i la projecció cultural catalana desaparegué. Però l'astúcia d'alguns intel·lectuals catalans hi trobà un remei quan aconseguiren la creació d'Acadèmies Reials com foren les de medicina, de ciències, de bones lletres, de matemàtiques i el Col·legi de Cirurgians, obra de Virgili i de Gimbernat fundat el 1760; cal afegir-hi després les escoles de la Llotja, creades per la Junta de Comerç. Aquestes institucions programaren els respectius ensenyaments atorgant títols que després foren reconeguts pel rectorat de Cervera. La Reial Acadèmia de Medicina fou obra de metges que començaren a reunir-se el 1754 però que no aconseguiren el reconeixement de llur acadèmia fins el 1770 perquè els membres del protomedicat castellà s'hi oposaven. La unió dels ensenyaments de medicina i de cirurgia a l'hospital de la Santa Creu i al seu amfiteatre annex confegiren una autèntica escola de medicina sense facultat ja que la universitat de Barcelona no existia des de feia mig segle. La unió amb l'Acadèmia de Farmàcia permeté d'organitzar una fusió anomenada Escola de les Ciències de Curar. Aquestes activitats docents i d'estudi ens expliquen el continu enriquiment de la biblioteca on no hi manquen els importants tractats dels metges i cirurgians del segle XIX que completaren la iniciada per Salvà i Campillo. Hi hem trobat una cinquantena d'obres dels grans mestres, la majoria francesos i alguns publicats ja amb traducció castellana atesa llur divulgació; són abundants els de cirurgia ortopèdica i de les extremitats, els de gimnàstica correctiva i d'aparells ortopèdics.

Calgué esperar al 1843 per a aconseguir la reobertura de la Universitat de Barcelona després de 130 anys de clausura com càstig inclòs en el Decret de Nova Planta. Les altres antigues universitats seguiren inexistents fins que amb la transició postfranquista fou reconeguda la Generalitat i rebé

les competències en ensenyament; foren restaurats els estudis a Lleida, a Girona, a Tarragona i Reus, a Vic i fou creada una segona universitat a Barcelona amb el nom d'Autònoma. A Perpinyà l'Estat francès també ha restaurat la universitat.

L'ESPECIALITZACIÓ.

El segle XX fou per a la medicina i la cirurgia una època de progrés, de domini en el coneixement i tractament de les malalties, i per tant de reconeixement de la personalitat d'algunes especialitzacions, des de finals del XIX i inicis del XX, que apareixien en l'ensenyament com foren la microbiologia, l'anatomia patològica, l'obstetrícia, la oftalmologia i la otorinolaringologia, coneguda popularment com «nas, gola i orella». Dintre de la medicina i de la cirurgia, enteses com sengles blocs de patologia mèdica i quirúrgica generals, començaren a destacar professionals que esmerçaren un interès especial per un determinat sistema o aparell. Aquests professionals crearen les respectives societats i l'òrgan de divulgació, la revista especialitzada. Si ens referim a la cirurgia ortopèdica i traumatològica, a la biblioteca de la Facultat de Medicina barcelonina hi trobem la *Chirurgia degli Organi di Movimento* (1918) a la que seguiren *Der Chirurgie und Orthopadie*, *The Journal of Bone and Joint Surgery*, *Revue d'Orthopédie et de Chirurgie l'Appareil Moteur*, *Acta Orthopaedica Scandinavica* i *Acta Orthopaedica Belgica*. L'presència des dels números inicials testimonia de l'estudi que hi dedicaren els nostres primers cultivadors de la cirurgia ortopèdica i traumatologia universitaris; inicialment s'agrupaven en la càtedra de cirurgia general, encara a l'antic hospital de la Santa Creu a inicis del segle XX. El nou Hospital Clínic amb facultat incorporada s'inaugurà el 1906 i el trasllat dels estudiants es feu en carros de transport tirats per cavalls en ple passeig de Gràcia; tot un esdeveniment ciutadà protagonitzat per aquells nois que encara es cofaven amb bombí. Seguiren els estudis en una facultat moderna i àmplia, amb gran biblioteca i envoltats d'un hospital que permetia donar espai propi a cada càtedra, la majoria amb seixanta llits, trenta en una sala per a homes i trenta més per a dones.

En aquells anys ja destacà un catedràtic de patologia quirúrgica que tenia fama d'hàbil cirurgià i d'estudiós, que sentí especial atracció pels problemes de l'aparell locomotor; era el professor Antonio Morales Pérez natural de Màlaga (Fig. 2). Havia guanyat la càtedra per oposició el 1876 a l'edat de vint-i-vuit anys, tenia experiència com cirurgià militar a Cuba i estava dotat d'uns bons coneixements anatòmics que proporcionaven seguretat a la seva tècnica operatòria; havia traduït els llibres de Malgaigne i de Tillaux. Fou pràctic i clínic alhora ja que revisava les seves històries quirúrgiques i amb aquest material produí abundants treballs que testimonien de la seva qualitat com professor i mestre



Figura 2. Prof. Antonio Morales (1848-1930).

universitari; un deixeble digué d'ell que «era un metge que sabia operar». Publicà el 1881 el seu *Tratado de Operatoria Quirúrgica* en dos volums on seguí la norma de donar resultats «estudiant la manera d'obtenir-los favorables, les dificultats i perills que ens fan nosa i les precaucions i remeis que els eviten i neutralitzen». Al 1913 publicà el *Tratamiento Mecanoterápico en los Accidentes de Trabajo* dedicat a millorar les seqüeles amb la recuperació funcional, mitjançant uns aparells de mobilització passiva i resistències progressives graduades i dissenyats per a cada articulació. En el pròleg defensa els drets dels obrers en les zones industrials desenvolupades com Catalunya i fa referència als conflictes entre patrons i obrers pel reconeixement i compensació de les lesions residuals dels accidentats; reclama una veritable justícia que sigui igual per a tots. Organitzà el seu Institut de Mecanoteràpia de Barcelona important els aparells fabricats a Wiesbaden i posant en pràctica per primera vegada entre nosaltres les idees del metge suec Zander, que ell va conèixer durant el viatge d'estudis que feu a Estocolm. L'afany de posar-se al dia el portà a Bèlgica on conegué la tècnica dels fixadors externs per als ossos de Lambotte i en un àlbum de radiografies de la seva Clínica quirúrgica podem veure-hi per primera vegada una fractura de tibia reduïda i immobilitzada amb un fixador extern. Aquestes referències que exposem com resum de la seva obra ens permeten de fer-lo conèixer com un pioner i introductor de la moderna traumatologia.

SANT JOAN DE DÉU.

L'orde hospitalària fundada en 1539 per Juan Cidade Duarte –conegut com Juan Ciudad–, granadí de naixement, creà Centres per a atendre nens i nenes malalts pobres amb lesions osteoarticulars bàsicament, i s'estengué generosament per la geografia espanyola i després per tot el món, mercès a una dedicació i lliurament missioner de llurs membres; l'Església el santificà. Les malalties més freqüents eren les desviacions articulars, el raquitisme, l'escròfula, la tuberculosi, els peus bots i la tuberculosi. A Barcelona s'instal·laren a Gràcia el 1867, després el 1908 a Les Corts de Sarrià en el gran hospital de la Diagonal i finalment el 1973 a Finestrelles on es convertí en moderníssim Hospital Infantil. Els hospitals de sant Joan de

Déu foren centres de naixement de la cirurgia ortopèdica i en grans ciutats espanyoles aparegueren especialistes de renom que han estat mestres de noves generacions. A Barcelona va destacar com el que més el cirurgià vigatà Ramon San Ricart (Fig. 3), que fou un dels metges de millor expedient acadèmic de la seva època, considerat també en els àmbits europeus. Va fer la carrera a la facultat de Barcelona entre els anys 1900 i 1907 i en acabar, degut a l'excel·lència de les seves qualificacions, fou inscrit en el Llibre d'Honor d'Alumnes Distingits de la Universitat, que hom pot consultar a l'arxiu històric. Fou alumne dels professors Morales i Cardenal i perfeccionà els coneixements en els més importants centres europeus de l'especialitat, acompanyat dels doctors Riba de Sanz i Ribó, que treballaven en el mateix hospital i en els centres dependents d'ell, el d'alta muntanya a La Culla de Manresa i en l'heliomarí de Calafell. També s'encarregava de la patologia osteoarticular dels malalts pobres de la Casa de Misericòrdia i visitava obrers lesionats de la Quinta de Salut L'Aliança. Exercí la docència amb plaça de professor per oposició en la càtedra de terapèutica del doctor Valentí Carulla; durant els anys 1916 i 1917 fou becat per la Junta de Ampliacion de Estudios per a anar-s'en als Estats Units, on treballà en centres de recerca i cirurgia experimental de Nova York. El material recollit i la pròpia recerca posterior li permeteren de fer la tesi doctoral sobre Cultiu de Teixits, presentada el 1925, autèntica peça científica pionera i molt avançada en el seu temps ja que encara faltaven unes dècades per a iniciar aquesta línia de recerca en el nostre país.

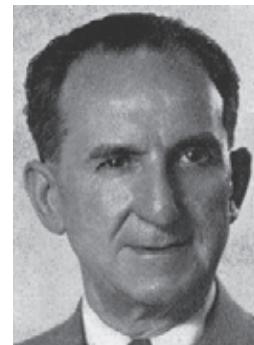


Figura 3. Dr. San Ricart (1882-1955).

Participà en la fundació de la Societat Internacional de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SICOT) a l'hotel Crillon de París el 1929, essent l'únic espanyol de l'equip de vint-i-vuit fundadors procedents dels països més avançats del món en la nostra especialitat, el qual posa de relleu la consideració que s'havia guanyat. El 1927 ja havia format part del grup fundador de la Societat Catalana de Cirurgia (SCC) amb els mestres Cardenal, Ribas i Ribas i també amb la participació dels seus col·laboradors de sant Joan de Déu els doctors Riba de Sanz i Ribó. El 1931 fou fundada la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SOCCOT)

on novament hi trobem l'impuls de Riba de Sanz, president, San Ricart, vicepresident, i Ribó, vicepresident segon; l'equip de sant Joan de Déu (Barcelona, Manresa i Calafell) porta la iniciativa. El 1935 els professors Joaquim Trias i Pujol (Universitat de Barcelona i Hospital Clínic) i Manuel Bastos Ansart (Universitat de Madrid i Hospital Militar de Carabanchel) funden amb els càrrecs respectius de president i vicepresident la Sociedad Española de Cirugía Ortopédica i Traumatología, i nomenen tresorer a San Ricart; no hi podia mancar.

A la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona en sessió de 30 de novembre de 1928 fou elegit nou acadèmic el doctor San Ricart; el seu discurs portà per títol «Empelts lliures de fàscia; estudis experimentals i clínics». Publicà nombrosos treballs sobre patologia osteoarticular i en el 75è aniversari de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques (1953) exposà el recorregut de la nostra especialitat fins arribar a les novetats vigents a meitat del segle XX, amb la capacitat de síntesi de qui ho ha viscut. Durant la guerra hagué de fugir perquè els metges de l'orde hospitalària estaven en el punt de mira dels revolucionaris de la FAI, que ja havien assassinat alguns frares. Fugí cap a San Sebastián, com els seus col·laboradors Riba i Ribó, i foren assimilats a la sanitat militar dels franquistes a l'hospital militar donostiarra. Acabada la guerra passà com altres el tribunal de depuració i es reincorporà a la seves tasques assistencials d'abans ja referides. La seva influència més notable en la organització hospitalària del nens malalts fou la introducció dels criteris d'aprofitament de l'aire vora el mar i del sol i ho vèiem en l'hospital de la Diagonal (Fig. 4) on cada pis estava retirat

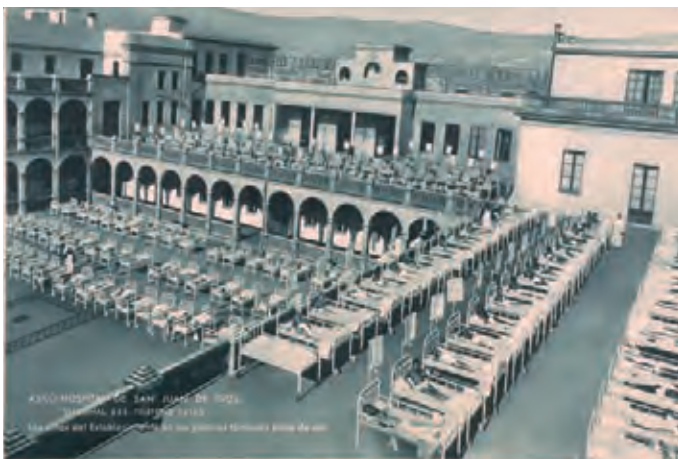


Figura 4. Terrasses de l'Hospital de Sant Joan de Déu.

respecte de l'inferior per tal de tenir terrasses on exposar els llits dels malalts al sol i amb pantalles de roba blanca per recollir i projectar millor la insolació; era la metòdica de l'Hospital Heliomari de Berck-Plage al Pas de Calais (França) (Fig. 5) iniciada pel doctor Calot; al centre de Calafell la intencionalitat millorava vora mar i a Manresa l'altura feia



Figura 5. Centre Helio-Mari de Berck Plage.

més intensa la irradiació solar. En altres hospitals de finalitat semblant hi trobem cirurgians ortopèdics que tractaven de idèntica manera la patologia fímica d'ossos i articulacions, com són els de Santander (Valdecilla), València (Malvarrosa) i Santurce (San Juan de Dios). Acabem aquesta breu exposició de l'àmplia biografia de San Ricart reconeixent que és l'autèntic gran mestre fundador de la cirurgia ortopèdica a tot Espanya i que en els centres de l'Orde Hospitalària nasqueren les primeres i més importants escoles de l'especialitat des de la segona dècada del segle XX.

L'ASSOCIACIONISME.

No tothom és capaç de solucionar o de pagar de la seva butxaca les despeses de les malalties i per tal de poder-ne assolir la responsabilitat dintre de la societat molts grups de ciutadans s'agrupaven segons oficis. L'associació de persones per a crear una economia conjunta i repartida, que proporcioni seguretat entre tots per a l'objectiu esmentat, ja apareix a l'edat mitja amb les «confraries», formades inicialment per membres d'oficis que havien de preveure la satisfacció de necessitats espirituals en l'hora de la mort; després s'ampliaren a necessitats materials i finalment es transformaren en «gremis». Els primers a aparèixer a Barcelona foren el de Sabaters i el de Pescadors. Fou als inicis del segle XIX que l'obrerisme volgué solucionar el problema de l'estalvi i d'una mínima i incipient previsió enfront de la malaltia i dels accidents i foren creades les anomenades Societats de Socors Mutus, que finalment es convertiren en Mutualitats, nom derivat de la idea fundacional. La primera del nostre país fou la Mútua de Teixidors de Barcelona, fundada el 1840, i com altres patí la persecució política d'algun govern que volia suprimir-les per motius ideològics contra l'obrerisme. Per a salvar-les es transformaren en Germandats i en «Montepios», de contingut tolerat pels governants que s'hi oposaven; sigui quin sigui el nom adoptat segons les circumstàncies, l'objectiu sempre era la defensa dels drets materials i l'ajut i el socors de llurs obrers afiliats.

El triomf de les reivindicacions obreres s'obtingué per primera vegada a Alemanya on el canceller Bismarck feu possible el 1881 una llei d'assegurança de malaltia, d'accidents, de vellesa i d'invalidesa. A Gran Bretanya calgué esperar al 1942 quan el ministre laborista Aneurin Bevan instaurà una seguretat social obligatòria. A Espanya l'Institut Nacional de Previsió fou creat el 1908, la Seguretat Social és del 1942 i l'obligatorietat d'assegurança de malaltia (SOE) del 1944, essent ministre del Treball el camarada José Antonio Giron de Velasco, membre fundador de Falange Española i impulsor de moltes mesures i obres socials.

A Catalunya l'associacionisme obrer hi tingué el bressol i fou pioner degut a les condicions que s'hi donaven: el desenvolupament industrial i la consciència obrera, mentre que en les zones agràries i latifundistes espanyoles hi mancaven tots dos elements. A Barcelona s'hi celebrà el 1er Congrés Obrer l'any 1870. La unió de persones per a aconseguir objectius econòmics comuns imprescindibles tingué dues manifestacions que sovint son difícils de distingir pels no lletrats en jurisprudència:

– La cooperativa és una unitat econòmica de producció, de comercialització o de consum que pertany als mateixos usuaris dels seus serveis; tots contribueixen per igual i en són propietaris a parts iguals. Nasqué a la Gran Bretanya, a Rochdale, i fou fruit de la iniciativa dels teixidors.

– La mutualitat és una associació voluntària per tal de fer front a obligacions laborals, a interessos i a riscos. Cal la contribució econòmica de cada associat en forma de quotes a parts iguals per a mantenir les despeses de l'entitat sense cap ànim de lucre. Si hi hagués lucre es tractaria d'una associació mercantil d'assegurança que proporciona guanys econòmics. A l'estat espanyol la regulació aparegué en la Llei d'Associacions de 1887. A l'any 1900 el ministre Dato publicà la llei que obligava als empresaris a responsabilitzar-se de la protecció dels treballadors en cas de malaltia professional o d'accident; així impulsà la formació de les mútues patronals asseguradores. Amb la publicació l'any 1932 del Decret-Llei d'Accidents del Treball la protecció dels treballadors fou obligatòria.

Les referències històriques han estat necessàries per a comprendre com en un país, industrialitzat i propens a l'associació entre ciutadans per a objectius comuns, arriben a formar-se entitats d'assistència mèdica que creen llocs de treball amb professionals adés generals adés especialitzats. Són un punt de partença imprescindible per al progrés d'una especialitat que com la traumatologia és present en totes les entitats, siguin germandats, siguin «mèdiques» (com nom popular) o bé mútues; dels socis en deien entre sí «aconductats» i pagaven una quantitat coneguda com «iguals». Ens referirem a les més antigues i importants de Catalunya, que en els temps actuals ja són centenàries

i que s'han acreditat servint a gremis importants –les patronals de la indústria i del comerç– o bé tenint com a zona de responsabilitat una comarca potent i centrades de manera especial en la capital d'aital comarca, on són un referent històric de la vida de la població i on la proximitat entre metges i malalts ha creat antics llaços d'amistat i de confiança que a la gran capital són més difícils d'establir.

Unes dates llunyanes que ens porten al naixement de les primeres societats cooperatives catalanes foren els anys 1842 amb la fundació de l'Associació General de Teixidors a Barcelona, l'any 1864 amb la Cooperativa Obrera de Mataró i l'any 1879, quan es constituí La Fraternitat de la Barceloneta. La importància d'aquest moviment d'arrel menestral es confirmà amb la celebració del Primer Congrés Català Cooperatiu a Barcelona el 1898 i l'aparició l'any següent de la Revista Cooperativa Catalana; un altre fruit fou la Unió de Montepios que a l'any 1927 es transformà en Federació de Mutualitats de Catalunya. De la mateixa època és la creació de la Cambra de Cooperatives Catalano-Balear.

La integració de l'assistència mèdica en una estructura d'aquest ordre la trobem per primera vegada a l'any 1904 quan els cambrers del bar Caneletes de les Rambles fundaren una societat anomenada l'Aliança (Fig. 6), que tenia una



Figura 6. Nova clínica l'Aliança (1917).

clínica a Sant Gervasi amb capacitat per a nou llits. La fórmula triomfà i s'hi adheriren altres cambrers i societats de manera que a l'any 1913 s'havien federat vuitanta-tres societats i una segona clínica ja tenia vint-i-cinc llits. Seguí creixent i arribà a ésser la més important de les espanyoles; l'any 1921 arribà a 50.000 socis, 283 entitats federades i una gran clínica s'inaugurà al carrer de Còrsega amb el nom de «Quinta». L'exemplaritat d'aquesta institució cridà l'atenció del govern i fou visitada i admirada per Alfons XII i el seu ministre Dato facilità una aportació econòmica del govern per valor de 75.000 pessetes, destinades a ampliació i acabament de la Quinta de Salut L'Aliança. L'expansió prosseguí i

s'implantà en altres comarques on obria una clínica pròpia: L'Aliança passa a ésser la gran mútua de Catalunya. El cos mèdic global era el més important i nombrós dels que es dedicaven al mutualisme i en conseqüència la pràctica de la traumatologia laboral hi era primordial: els equips quirúrgics feien assistència i la docència de nous cirurgians consistia en l'aprenentatge dels joves ajudants al costat dels caps de cada equip. És el prototip d'ensenyament que rebien els joves llicenciats que treballaven en clíniques d'aquest tipus i que tenien un quadre mèdic amb equips estables. Ho podien completar amb la lectura de revistes especialitzades i amb l'assistència a sessions clíniques de càtedres quirúrgiques.

Amb un criteri semblant a la fundació de l'Aliança l'any 1901 algunes persones properes al bisbat de Barcelona donaren una resposta positiva per a pal·liar les necessitats de les dones que treballaven, les quals encara no tenien reconeguts llurs drets. Fundaren un «montepio» que rebé el nom d'Institut de la Dona que Treballa. La seva imprescindible necessitat el feu créixer i el desenvolupament superà les possibilitats de manteniment, pel qual fou necessari cercar ajut econòmic, i la solució fou la seva absorció per la Caixa de Pensions per a la Vellesa i d'Estalvis l'any 1921, tot mantenint el nom original. Disposà d'una clínica quirúrgica moderna al carrer Escorial i d'una clínica maternal, que fou exemplar i quasi única, al bell centre de Barcelona. Els fills de mares treballadores que n'eren sòcies hi fórem atesos un dia o altre; molts hi nasqueren. L'equip quirúrgic i de traumatologia era conegut en els medis professionals per la seva important activitat i per la seva qualitat. Finalment aquesta activitat de previsió per a les dones obreres i menestrals, moltes esdevingudes mestresses de casa, ja no fou necessària perquè la Seguretat Social proporcionava l'assistència i els dirigents de la Caixa suspengueren la protecció de l'Institut com obra social pròpia, i desaparegué el 1983.

Algunes mútues de limitada implantació pertanyien a antics gremis i s'identificaven pel nom de l'ofici, com podia ésser dels pintors, dels flequers, dels vidriers, dels fideuers o dels hortolans tot recordant aquella antiga dels velers amb seu a Via Laietana. Tenim documentació de mútues catalanes on s'agrupaven empreses de diferents dedicacions i especialitats cobrint tot el país com la Mútua General; les que podien celebrar els 25 anys, els 50 anys i fins i tot els 75 anys d'existència obsequiaren als interessats amb monografies de llur història, mercès a les quals el passat ens ha romàs explicat i s'ha evitat l'oblit.

La Mútua General de Seguros fou constituïda l'any 1907 a Barcelona i agrupà molts industrials tèxtils i s'expandí per les conques dels Llobregat i Ter on estaven localitzades perquè necessitaven el curs de l'aigua com font d'energia; les restes de les «colònies» on es concentraven la fàbrica i la vivenda dels treballadors en són el testimoni ja mort. Aquesta

mútua s'obrí a l'assistència privada l'any 1923 i diversificà molt el mon industrial i comercial que cobria. La Llei del 1969 obligà a diferenciar ambdues activitats i a concentrar entitats amb fusions i amb absorcions i en conseqüència es dividí en Mútua General per a la secció privada i en Mútua Patronal d'Accidents del Treball núm. 10 amb el nom de Mútua Universal. Aquesta evolució ha estat general en el mutualisme espanyol i alguna absorció ha fet desaparèixer una mútua catalana a la panxa d'una central i amb la pèrdua del nom. S'ha reduït el nombre d'elles i les petites clíniques on treballaven han tancat. En conseqüència l'assistència es fa en centres més moderns i millors instal·lacions quirúrgiques.

La Mutualitat Catalana Mercantil i Industrial d'Accidents del Treball fou fundada l'any 1933; l'any 1943 hagué d'afegir al final del seu nom «...i de Previsió» per imperatius legals. L'any 1970 se li concedeix la qualificació de Mútua Patronal d'accidents del treball núm. 42 i l'any 1984 acabà la seva existència per absorció de MAPFRE (Mútua agro-pecuària, forestal i rural espanyola). Idèntica història ha viscut la Mútua Regional d'Accidents del Treball que ha estat absorbida i deslocalitzada per la mútua madrilenya UNIM. En conjunt el teixit mutualista català s'ha empobrit i els equips d'aquestes mútues d'accidents han acabat sota supervisió de serveis centralitzats molt llunyans.

Persisteix la Mútua Metal·lúrgica com entitat especialitzada en les indústries del que se n'ha dit «el ram del metall», incloent-hi una antiga tradició gremial de ferrers, de calderers i de manyans. La moderna clínica de la Diagonal i l'equip prestigiós de cirurgians en feren un punt de referència de la moderna traumatologia i de posada al dia dels coneixements. El servei de recuperació funcional destacà mercès a l'esforç del doctor Barberà, autèntic pioner i difusor d'aquesta especialitat, que organitzà amb el doctor Alzamora cursos de formació i sobre tot de tractament dels amputats, situació anatòmica d'especial dificultat i poc coneguda pels cirurgians després d'haver practicat l'exèresi a l'extremitat; convidat hi vaig poder afegir la meva experiència.

Finalment un exemple de grans mútues centrades en una ciutat com centre comarcal fou la Mútua Manresana, que cobria una zona fonamentalment minera fins els peus del Pedraforca i l'equip quirúrgic responsable assistia a víctimes d'esfondraments i moltes fractures de calcani, en el coneixement de les quals excel·lien. La solidesa professional del seus metges ha permès que es transformi en hospital general concertat amb la Seguretat Social. Semblant evolució han viscut la Mútua de Terrassa i la Mútua de Sabadell, que ha estat la matriu del consorci del Parc Taulí. Aquesta començà la seva activitat l'any 1885 amb el nom de Socors Sanitaris, l'any 1889 fou transformada en Dispensari amb servei mèdic del Comú i al 1897 fou assumida com cos mèdic municipal. Les necessitats creixents d'assistència a accidentats a mesura

que creixia en volum i en importància la indústria tèxtil, de manera semblant a Terrassa, portaren a la fundació de la Mútua Sabadellenca d'Accidents del Treball. L'any 1930 n'era director mèdic el doctor Emili Moragas (Fig. 7) que dedicà especial atenció als accidents esportius i se l'ha de reconèixer com el pare de la traumatologia de l'esport: fundà el 1930 la Mutualitat de Futbolistes de Catalunya i al seu entorn nasqué una promoció d'especialistes: reuní una estadística de 3500 casos de traumatismes esportius i en feu una ponència que havia de presentar a l'Olimpíada de Berlín de 1936 però l'inici de la guerra civil no li ho permeté; ens en queda la publicació finançada per la Generalitat de Catalunya d'aquells anys. Tota la traumatologia esportiva espanyola va naixent amb el missatge fundador del doctor Moragas.



Figura 7. Dr. Emili Moragas (1890-1948).

LA UNIVERSITAT AUTÒNOMA.

El primer Congrés Universitari Català tingué lloc a Barcelona l'any 1903 i el segon l'any 1918. El pensament sobre la funció de la universitat havia madurat i anà prenent un cert cos doctrinal, de manera que al cap dels quinze anys transcorreguts entre ambdós hom ja pogué redactar i aprovar un estatut d'autonomia universitària detallant amb precisió: el desenvolupament de l'ensenyament pràctic i la organització de seminaris, laboratoris, clíniques i tallers; el nomenament de professors agregats per elecció i dels ajudants per concurs-oposició; proves conjuntes enlloc d'exàmens per assignatures; limitació del nombre d'alumnes mitjançant exàmens d'ingrés; organització de les biblioteques; drets i deures dels estudiants; sistema de beques. Hom decidí que el català fos la llengua oficial d'aquesta universitat, respectant la competència del professor per a emprar el castellà.

Tot restà en projecte perquè la Corona decidí establir un sistema dictatorial —anomenat el Directori Militar

(1923)— que sota l'autoritat del rei tenia al general Primo de Rivera com comandament màxim. La universitat pagà les conseqüències de fets polítics que li haurien d'ésser aliens. La recuperació de l'Estatut de Catalunya l'any 1931 feu possible la represa d'aquells projectes d'autonomia universitària. El ministeri d'Instrucció Pública nomenà un Patronat en el que hi trobem per part de la nostra universitat els noms de Pompeu Fabra, August Pi i Sunyer, Antoni Trias i Joaquim Xirau; per part de la universitat central foren nomenats Americo Castro, Garcia Banús i Gregorio Marañón. A Madrid alguns intel·lectuals, entre ells Ortega y Gasset, preferien que hi hagués dues universitats, l'estatal i l'autònoma. El Patronat fou establert definitivament l'any 1933. Cada facultat aportà un representant dels alumnes i el de medicina fou Josep Massons Esplugues, que més endavant fou metge de guàrdia al Clínic, cirurgià a les brigades internacionals durant la guerra i autor en ple franquisme d'una història de la sanitat militar espanyola en tres volums que podem considerar com obra clàssica. La Sanitat Militar, amb els màxims caps presents, li reté homenatge l'any de la seva mort - a punt de fer cent anys- en un acte a la Reial Acadèmia de Medicina a Barcelona.

A la Facultat de Medicina la competència en l'aplicació de les reformes corresponia al seu Òrgan de Govern, presidit pel degà professor Joaquim Trias i Pujol (Fig. 8). Pel que fa a la patologia quirúrgica era anomenada general i cadascun dels tres catedràtics l'explicava durant tres anys a la promoció que li pertocava (Madrid i Barcelona tenien tres catedràtics i les altres facultats dos); aquells eren els germans Antoni i Joaquim Trias i Pujol i Josep Bartrina. La modificació consistí en el repartiment de la patologia entre les tres càtedres: Antoni Trias i Pujol explicava a «quirúrgica I» generalitats, crani, raquis i tòrax; l'any següent a «quirúrgica



Figura 8. Prof. Joaquim Trias i Pujol (1887-1964)

II» Joaquim Trias i Pujol s'ocupava de cara, coll, membres i pelvis; al tercer any a Josep Bartrina li pertocava dintre de la «quirúrgica III» l'aparell gènito-urinari i l'abdomen. En el conjunt del programa de llicenciatura els alumnes podien optar a assignatures de lliure elecció: urologia, fisiologia, terapèutica física, neurologia, malalties de la nutrició i tècnica quirúrgica; aquesta darrera estava a càrrec d'un cirurgià molt qualificat que era Joan Puig i Sureda. Finalment completaven l'ensenyament 51 cursos superiors i monogràfics a la facultat i als hospitals concertats per a la docència.

Hom considerà que la docència podia fer-se extensiva a alguns hospitals com el de Santa Creu i Sant Pau i el Sagrat Cor, on personalitats acreditades, que gaudien de prestigi professional i científic, estaven capacitades per portar-la a terme en col·laboració amb les càtedres; en el camp quirúrgic tenim l'exemple del doctor Corachan, nomenat professor, i del seu ajudant Josep Trueta. Per tal de no crear contraposició entre els catedràtics nomenats a Madrid després de l'oposició corresponent i els professors nomenats directament pel Patronat, hom emprà el terme de Professor Lliure pels equivalents als catedràtics i de Professor Ajudant equivalent als adjunts de càtedra per concurs.

El nou panorama docent oferí per primera vegada sis novetats que canviaren el panorama quirúrgic i la qualitat pràctica:

- apareixien en el programa quirúrgic de llicenciatura especialitats sota domini d'un catedràtic, el qual permetia que els joves cirurgians poguessin triar una determinada branca i adquirir-ne els coneixements, afavorit tot per la concentració dels seixanta llits de cada clínica a uns òrgans o sistemes determinats.

- els cursos monogràfics i superiors foren en aquell temps l'equivalent del que ara en diem formació de postgrau i formació continuada i els cirurgians que ja exercien una especialitat hi trobaren el redós acadèmic necessari per a actualitzar-la.

- la tesi doctoral obligava a uns cursos de doctorat que s'impartien a la Universitat Central (Madrid) i fent-los a la nostra facultat era possible preparar-la i llegir-la a Barcelona; podem parlar-ne com de la independència doctoral.

- als cursos organitzats per les càtedres hi eren convidades les celebritats de la medicina espanyola i els nostres professionals podien actualitzar els coneixements en presència dels professors puntals; el llistat és sorprenent i en el cas de la cirurgia ortopèdica i traumatologia hi trobem les màximes figures, totes amb amistat amb Joaquim Trias i Pujol, el qual pot explicar-nos que a partir d'aquestes reunions científiques a la seva càtedra nasqué la idea de crear la Societat Espanyola de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia l'any 1935 i ell en fou el primer president; la Catalana fou fundada el 1931, com hem dit en parlar de San Ricart.

- l'assistència a cursos de l'especialitat amb rigor universitari permeté de guanyar crèdits per a obtenir el diploma d'especialista i inscriure's com tal al corresponent col·legi de metges.

- els alumnes pogueren triar entre catedràtics o professors lliures per a determinades assignatures de la llicenciatura i foren com jutges de cada professor, de manera que la qualitat de la docència era reconeguda i influïa en l'elecció preferent d'un professor; els mals qualificats en l'elecció acabaren formant un grup oposat a la reforma aconseguida.

EL SERVEI D'URGÈNCIES DEL CLÍNIC.

A Barcelona els tres grans hospitals eren el Clínic, Santa Creu i Sant Pau i el Sagrat Cor. Es repartien les urgències alternant els dies, però l'horari de treball era matinal i a partir del vespre el metge de guàrdia no disposava dels elements complementaris per al diagnòstic, com eren la radiologia i el laboratori. Els germans Trias i Pujol es proposaren de donar una solució a aquest problema tan greu per a la ciutat i aconseguiren dotar-la d'un servei d'urgències ben estructurat, com els que havien conegut en els seus viatges d'estudi europeus. El degà Joaquim Trias ho instal·là a l'Hospital Clínic al tercer pis del bloc d'entrada pel carrer Provença i amb la distribució el dotà de sala de recepció i secretaria, de sala d'exploració, de sala guixos, de quiròfan, de raigs X i cabina fosca de revelat, i de laboratori permanent. A la sala d'hospitalització disposaven de llits per a instal·lar tracció contínua, de fèrules especials i altres elements per a posar en pràctica la traumatologia del professor de Viena, Lorenz Böhler amb qui Jimeno Vidal (Fig. 9) havia estat aprenent durant dos anys per indicació del professor Joaquim Trias i Pujol. Per a la traumatologia fou el nucli central del seu desenvolupament modern a tota



Figura 9. Prof. Jimeno Vidal (1906-1978).

la península i Jimeno Vidal traduï al castellà tots els llibres de l'escola vienesa; el tractat arribà a tercera edició i quatre gruixuts volums. Feu possible després que l'obra de Böhler fos ben coneguda a tots els països de sudamèrica fins Mèxic. Aquell servei representà el naixement de la traumatologia moderna del segle XX en el mon hispano-american. Jimeno Vidal fou el professor adjunt de Trias Pujol, responsable de docència, del dispensari de malalties osteo-articulars i metge de guàrdia del servei urgències. Durant la guerra organitzà l'hospital de sang proper al front i localitzat a Tarragona a La Savinosa; més endavant s'hagué de retirar cap al nord i reorganitzar-lo a Banyoles i en acabar la guerra s'exilià a Viena prop del mestre Böhler. L'ajudant de Jimeno fou Ignasi Ponsetí, celebritat mundial de la cirurgia ortopèdica que arribà a catedràtic a Iowa (USA): ambdós tenien graduació militar republicana obligatòriament, ja que els servia de protecció autoritària enfront dels milicians anarquistes i de la FAI. Malgrat això aquests volien assassinar Jimeno i en amagar-se mercès a ésser avisat per un pagès que havia curat agafaren la seva muller i la mataren d'un tret com revenja.

Els cossos de guàrdia pertanyien a tres seccions, a cirurgia, a medicina i a obstetrícia i cada secció estava constituïda per quatre equips formats per un cap d'equip, un ajudant i dos alumnes interns; en total dotze equips. Eren nomenats per concurs-oposició amb exercicis escrits sobre un tema del qüestionari publicat amb temps, un exercici oral durant quaranta minuts sobre un tema sortejat del qüestionari i un exercici pràctic decidit pel tribunal. Els equips de guàrdia tenien durada limitada a quatre anys i es renovaven en un nou concurs-oposició; coneixem les quartetes de cirurgians fins l'any 1967. Després l'especialització acabà amb aquest sistema, i sabem que més tard tots havien destacat professionalment mercès a la sòlida formació obtinguda en el servei d'urgències i havien ocupat càrrecs quirúrgics directius en entitats reconegudes. En acabar la guerra els equips foren renovats degut a acabament del període però no per motius polítics, com ha fet creure algun metge. Els responsables de l'organització de la sanitat militar de guerra s'hagueren de recolzar en l'activitat de tots aquests metges amb experiència de guàrdies per a treballar i dirigir equips quirúrgics al front. La docència oficial sí que rebé les conseqüències de les depuracions en cas de no ésser franquista i entre ells Joaquim Trias i Jimeno.

La creació de les places d'alumnes interns fou una novetat per a la docència i per a l'aprenentatge. S'hi arribava en els dos darrers anys de la carrera per concurs-oposició i durava un període de dos anys; els nous exàmens eren convocats pel mes d'octubre d'acord amb l'any acadèmic. Els interns havien de fer la guàrdia amb l'equip al que estaven assignats i ajudar a les activitats de la càtedra a la que pertanyien. El

nomenament era signat pel Rector de la Universitat després de l'informe favorable del deganat. Aquest sistema incloïa la residència de l'estudiant als locals preparats a la facultat o a l'hospital i disposava d'un menjador que fou punt de trobada amb funcions de local social improvisat. En conjunt es tractava d'un sistema d'internat semblant a l'existent en els hospitals francesos gràcies a la reforma napoleònica; després d'haver estat alumne intern per oposició al Clínic i d'haver obtingut el diploma d'assistent dels hospitals de París i de Lyon ho puc confirmar.

Acabada la guerra civil foren dictades noves normatives que eliminaven aquestes reformes docents de la Universitat Autònoma. Alguns notables catedràtics i professors s'hagueren d'exiliar i altres foren separats dels seus càrrecs amb permís de seguir residint al país. Foren suprimits els concerts docents fets amb altres hospitals que suava hem referit, les patologies mèdica i quirúrgica es tornaren a agrupar dintre del concepte de general i cada catedràtic explicà a una sola promoció cada tres anys. Així desaparegueren els serveis especialitzats de cadascuna de les tres càtedres i els hospitals associats a la universitat perderen la categoria que havien rebut del Patronat de la Universitat Autònoma.

Els dos germans Trias Pujol de n'anaren a l'exili i les càtedres restaren vacants. Pere Piulachs (Fig. 10) guanyà la càtedra de patologia quirúrgica de Santiago de Compostela l'any 1940, dos anys després obtingué per trasllat la de Saragossa i finalment el 1945 la de Barcelona. Amb la seva arribada reordenà la dispersa activitat quirúrgica del Clínic, ocupà la càtedra que havia estat d'Antoni Trias Pujol i regentà la de Joaquim Trias per a la que fou nomenat professor encarregat Roman Julià Bonet; en la tercera càtedra seguia present Josep Bartrina. Quan un catedràtic era a l'exili el motiu de convocària de la plaça era «per incompareixença» i Joaquim Trias no va comparèixer més però no fou convocada. Durant la guerra del Marroc Trias era capità cirurgià i en el setge del Biutz (29-VI-1916) vora Ceuta morí el comandant del destacament encerclat i fou



Figura 10. Prof. Pere Piulachs (1908-1976).

ferit de gravetat el capità Francisco Franco; l'habilitat de Trias en el camp de batalla li salvà la vida i podem creure que es creà un lligam d'agraïment permanent. Trias demanà la reintegració a la càtedra i se li atorgà el 1955, però després en el claustre de professors de medicina dues veus feixistes dissonants i ressentides el rebutjaren. Aquest procés em fou confirmat pel ministre d'Educació Nacional del moment, el senyor Ruiz Jiménez, que em rebé en el seu despatx privat a Madrid i em digué «queríamos recuperar personas valuosas que no nos fueran hostiles»; es pot comprovar en les actes de la reunió del claustre de professors arxivades a la secretaria de la Facultat.

Entre les tasques de Piulachs hem de destacar la conservació del cos de guàrdia amb nomenaments per concurs-oposició per a quatre anys i de les places d'alumne intern. Aquestes s'adjudicaven pel sistema d'examen abans referit i els nomenaments eren centralitats en el ministeri; el meu fou signat pel Director general d'Universitats, el professor Torcuato Fernández Miranda, que tant important paper va jugar en la transició dirigida per Adolfo Suárez. Dintre de la càtedra de Piulachs i de la que regentava Julià Bonet s'establí un sistema d'especialitats amb cirurgians encarregats de cirurgia vascular (Vidal i Barraquer), cirurgia plàstica (Mir i Mir), cirurgia ortopèdica (Cabot Boix), urologia (Bayona); la cirurgia abdominal i la toràcica restaven a càrrec de les màximes autoritats, els professors Piulachs i Julià Bonet. Cada càtedra tenia un professor adjunt que col·laborava en la docència de llicenciatura, però amb la característica que era rotatori per un any no prorrogable per decisió del catedràtic entre els responsables de les especialitats esmentades i segons l'any en que aquestes apareixien en el programa triennal. A l'arxiu històric de la Universitat he pogut comprovar que la plaça fixa que els donava la pertinença oficial a la docència era la de professor de classes pràctiques. Jo, en acabar la carrera vaig ésser destinat a sanitat militar de Sidi Ifni, zona en guerra entre espanyols i marroquins, i al cap de vora dos anys, quan vaig retornar, els professors Piulachs i Julià Bonet em nomenaren professor de classes pràctiques, equivalent a l'actual associat. En la càtedra seguia ajudant al doctor Cabot i ambdós teníem el mateix grau docent; ho he sabut amb la recerca de l'esmentat arxiu històric al cap de més de quaranta anys quan he escrit la història de la SECOT.

«SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD».

El Ministeri de Treball fou dirigit per José Antonio Girón de Velasco (1911-1995) (Fig. 11) durant setze anys d'ençà del seu nomenament el 1941, dos anys després d'acabada la guerra, fins el 1957. Fou un dels fundadors de Falange Española al costat de José Antonio Primo de Rivera, fill del general en cap del Directorio Militar; aquests més antics rebien el nom de «camisas viejas». La gran durada del seu pas



Figura 11. Camarada José Antonio Girón de Velasco.

pel Ministeri ens demostra que Franco li tenia gran confiança i a ell li conferí la responsabilitat d'ocupar-se de les qüestions socials del món obrer. A partir de 1942 començà a organitzar l'assegurança de malaltia i al cap de dos anys estigué a punt el Seguro Obligatorio de Enfermedad (SOE). A molts llocs del territori espanyol la carència d'hospitals era notable i les iniciatives mutualistes que apareixien a Catalunya eren comparativament molt escasses; molta gent camperola vivia en precarietat sanitària i Girón implantà un pla que va revolucionar el panorama amb la construcció d'hospitals. Per a les activitats del SOE creà una xarxa hospitalària amb un centre a cada capital de província i els donà el nom de Residencia Sanitaria de la Seguretat Social al qual s'afegia a manera de cognom el d'un jerarca històric del Movimiento o bé d'una Verge patrona de la ciutat.

En aquella època els desvalguts anaven a l'atenció hospitalària de la beneficència, a l'hospital provincial si n'hi havia o al Clínic de la ciutat universitària més propera. L'atenció hospitalària tenia un cert descrèdit i era com un signe de pobresa per al malalt. Els que disposaven d'una economia suficient podien accedir a una medicina privada i la classe mitjana a les instal·lacions d'alguna entitat d'associació. El Règim volia donar als obrers assegurats una sensació d'instal·lació modèlica, allunyada del concepte benèfic i paternalista, de tanta qualitat com les de la sanitat privada i per això inventà per als hospitals el nom de Residencia Sanitaria. Recordo que per a reforçar aquesta sensació de tracte especial dels «productors» (nom emprat pel Règim per a designar els obrers) i per a rebre'ls a la Residencia de la Vall d'Hebron, que duia el nom de Francisco Franco, en acabar de pujar les majestuosos escales fins als grans portals d'entrada hi havia, atenant als qui anaven arribant, un ordenança o bé com uixer de la institució, ben uniformat de color gris, amb coll rodó militar, botons argentats i gorra, semblant als de l'entrada d'un hotel de categoria. El seu treball el feien amb el màxim zel possible i d'aquí deu venir que en diguessin «zeladors»; procedien del mateix personal que segons

la destinació del dia podien fer de camillers o d'auxiliars sanitaris, variabilitat de lloc de treball que a vegades produïa dissensions entre ells.

El contracte dels metges del SOE era de tipus laboral i assalariat per a una activitat de dues hores de visita assignades en els consultoris i per als que havien d'operar s'hi afegia una sessió setmanal quirúrgica a la Residència amb reserva fixa de quiròfan. En tots els casos els professionals tenien assignada una quantitat de targetes d'assegurats, coneguda com «cupo». Les places es guanyaven per oposició centralitzada i cada cirurgià nomenava el seu ajudant, també assalariat de la Seguretat Social. L'estructura tenia forma piramidal amb una base ampla de metges de capçalera i cadascun d'ells havia d'enviar la petició de proves complementaries i de consulta a especialistes dintre de la seva piràmide. Els que tenien activitat quirúrgica decidien segons el propi criteri el tractament, sense dependre de superior ni de sessions clíniques, com si es tractés de medicina privada. Aquestes Residències no tenien servei de medicina interna i actuaven quasi exclusivament com centres quirúrgics; cada cirurgià fou, inicialment, responsable de les urgències del seu «cupo» de malalts. L'economia s'havia plantejat de manera que per la mateixa feina els honoraris mensuals eren semblants a tota l'estructura sanitària espanyola i la jerarquia de càrrecs dintre de cada equip també; és una equivalència entre funcionaris dependents d'un ministeri. Cadascú cercava altres fonts de treball per a guanyar-se una mesada suficient pel manteniment personal o familiar; el treball pagat pel SOE era una part de l'emolument final.

La formació dels metges de la Seguretat Social tenia el comprovant de les oposicions per a obtenir la plaça quan apareixia la convocatòria i per tant procedia dels estudis previs i de l'esforç personal. A la vida hospitalària de la Residència no hi havia activitat formativa privada i si hom celebrava alguna consulta o reunió era fruit de la iniciativa personal. De tota manera l'activitat quirúrgica era aprofitada per alguns metges joves que feien de segon ajudant voluntari amb permís del cap d'equip de qui eren coneguts. La Direcció de la Residència no posava obstacle a aquest desig d'aprenentatge i durant la meua època d'alumne intern i d'ajudant de pràctiques mai em va dir res en contra el director Dr. Garnacho (Fig. 12). Vaig dedicar els dissabtes a aquesta activitat durant uns quants anys, els matins en l'equip del professor Julià Bonet i els vespres en el del professor Cabot Boix. Una característica de l'organització de les Residències fou que no s'hi acceptaven grups d'estudiants en període de pràctiques pel simple motiu de que calia protegir els malalts, o «productors» assegurats, de tot intent de fer-los servir de material d'estudi o de recerca; per a això que vagin als hospitals clínics, la Residència era la clínica privada del mon obrer. L'esfera social del Règim i del Movimiento

tenia aquesta premissa i estava ens mans d'un falangista, el camarada Girón. Com que el color adoptat pel règim era el blau de la camisa de falangista, la creu vermella de sanitat derivada de l'escut de Suïssa s'emprà en forma però en color blau.



Figura 12. Dr. Germán Garnacho (1908-1973).

FORMES DE PRÀCTICA PROFESSIONAL.

Després de la guerra civil l'exercici de la medicina no canvià gaire per als «depurats sense causa», que pogueren seguir amb les responsabilitats que ja tenien d'abans i amb la clientela de sempre. Fou l'establiment de la Seguretat Social Obligatòria el fet que va oferir nous llocs de treball i diversificà el treball dels metges. Farem una exposició d'aquestes possibilitats per a millor comprendre la posició dels especialistes sobretot i les expectatives de disposar d'elements acadèmics per a seguir-se mantenint al dia, expressió clàssica de l'actual formació continuada.

A les ciutats universitàries on s'impartia medicina l'existència d'un hospital clínic obria un panorama favorable. Hi havia tantes clíniques com assignatures corresponents que necessitaven hospitalització i cadascuna tenia un cap rector que era el catedràtic secundat pel seu professor adjunt i un o dos joves professors de classes pràctiques. Depenien de la Universitat i per tant el nomenament procedia del ministeri d'Educació Nacional (nom de l'època) i d'ells rebien uns emoluments com de funcionari. En cada càtedra i en la seva clínica hi assistien altres metges amb la necessitat de seguir-se formant al costat del professor i col·laborant gratuïtament a l'activitat de dispensaris, laboratoris i quiròfans. Tots ajudaven a l'ensenyament dels alumnes de medicina, contents de participar en la docència, el qual els proporcionava la satisfacció de bellugar-se a un nivell professional superior al d'altres metges. Els professors que col·laboraven amb el catedràtic, que ho era per oposició, eren renovats periòdicament; només el catedràtic seguiria ensenyant fins la jubilació. Per tant cap dels assistents

voluntaris tenia estabilitat laboral i el catedràtic, en cas de desavinença, podia dir-li que l'endemà no tornés. La participació gratuïta en les tasques de l'hospital era compensada pel crèdit que guanyava el metge quan feia constar en les seves receptes i papers que era «metge de l'hospital...». Els horaris eren laxes amb el compromís dels dies de dispensari i de quiròfan i del pas de visita col·lectiu amb el catedràtic. En acabar cadascú se'n anava a seguir amb altres obligacions professionals privades, que familiarment en deien «feina al carrer».

En els pobles només hi havia els metges de capçalera, que treballaven en el seu consultori de manera privada com era habitual. L'assignació de malalts procedia de la plaça de metge municipal, d'una germandat asseguradora radicada a la comarca, de la seguretat social o del sistema d'«aconductats». La proximitat amb els malalts el transformava sovint en l'home confident i en autoritat local. Alguns tenien al seu costat un estudiant de medicina avançat o un metge jove que aprenia el que l'experiència clínica i la manca d'instruments i proves complementàries li permetien de transmetre en la visita de la patologia habitual.

Les societats d'assegurança de tipus diversos s'havien format amb equips que cobrien la medicina general, pediatria, parts i especialitats; moltes vegades estaven establertes en la capital d'una comarca i havien guanyat el prestigi que les feia element tradicional de la contrada. Els especialistes generalment hi visitaven un dia a la setmana i a vegades venien de Barcelona on hi tenien altres activitats o d'una capital comarcal important per la industrialització. Ja havíem parlat de les més característiques quan comentàvem l'associacionisme i les clíniques pròpies que tenien. Els metges eren assalariats i els quadres mèdics molt tancats, de manera que tan sols s'ampliaven quan traspassava un metge o es jubilava o creixia el nombre de pòlisses. Trobar-hi un lloc de treball era molt difícil per als joves ja que els concursos eren interns i solien amb tota llibertat concedir la plaça a un conegut o familiar de membre important entre els administradors i els metges. A les mútues d'accidents de treball el sistema de retribucions era semblant però en algunes els caps quirúrgics foren escollits entre els acreditats cirurgians que s'havien format en el servei d'urgències del Clínic, que fou una autèntica font de professionals de prestigi. Sovint els ajudants també tenien la mateixa procedència i la tolerància per a permetre la presència d'un ajudant voluntari ajudà a la formació d'aquests, semblantment als de la Seguretat Social.

Els grans hospitals no universitaris de les ciutats pertanyien a la beneficència pública, als ajuntaments, a les diputacions, a patronats o a l'obra social d'una caixa d'estalvis. Molts metges hi treballaven però tan sols els caps d'equips i els capçaleres estaven en nòmina amb retribucions al nivell de funcionaris de l'entitat que es consideraven

equivalents. Durant la Universitat Autònoma els hospitals de la Santa Creu i Sant Pau i del Sagrat Cor participaren de l'ensenyament universitari segons una fórmula concertada, que abans hem exposat. En tots els cassos podíem trobar-hi metges joves coneguts que assistien de manera voluntària per a millorar llur formació. En el futur aquests eren tinguts en compte, com persones conegudes, per a ocupar un lloc fix en l'entitat.

Finalment aparegué una nova possibilitat d'exercici professional que és la plaça per oposició a la Seguretat Social. Ja hem comentat la seva estructura, el mecanisme de treball i la prohibició d'utilitzar-la per a l'ensenyament dels estudiants. Fins que la jerarquització no s'introduí en l'organigrama d'aquests hospitals el sistema no varià i el gran volum d'activitat no pogué aprofitar-se amb criteris acadèmics.

NOVA LEGISLACIÓ.

Sabem com varen començar a perfilar-se les especialitats a començaments del segle XX i com es formaren les primeres societats nacionals i internacionals d'especialistes a mesura que llur activitat creixia i madurava.

Després de la guerra el ministeri d'Educació Nacional, del qual era titular José Ibáñez Martín publicà al BOE (7-7-44) un decret sobre Ordenació de la Facultat de Medicina. Comença amb un resum ideològic de la medicina espanyola emprant un llenguatge ampul·lós i retòric enlloc del llenguatge precís i administratiu del Butlletí; ens recorda els noms gloriosos de la medicina aràbiga-espanyola i del que anomena edat d'or al cim de la qual situa a Miquel Servet. Fa esment de les escoles de cirurgia i dels seus protagonistes Virgili, Gimbernat i Castelló; acaba amb els noms il·lustres del tombant entre els segles XIX i XX, que foren Letamendi i Cardenal, i del premi Nobel Ramón i Cajal. Ens estranya que s'oblidi en aquesta narració de l'existència de la medicina jueva a la península. Després d'aquest introït programa la nova ordenació dels estudis que substituirà la vigent d'ençà del decret-llei de 1886. Els estudis de llicenciatura en medicina tindran un període preclínic i un període clínic que acabarà amb un curs de pràctica clínica. Torna a fer una digressió, ara de tipus moral:

- el malalt sempre ha de ser considerat com un home sencer dotat de cos i d'ànima.
- el seu dolor és com el gresol on es depuren les virtuts morals.
- el rigor científic ha estat deformat per un laïcisme materialista, servidor d'imitacions estrangeres.
- l'error cartesià estimulava aquestes pèrdues dels camins de la veritat.
- la professió mèdica té un elevat valor religiós en la ruta de la Ciència com servei a Déu.

– la medicina és col·laboradora d'un incansable apostolat d'espiritualitat.

– el coneixement científic enllaçat amb els fonaments permanents del sentit catòlic de la vida, mòdul i norma de la millor activitat humana.

Així acaba aquest pròleg històric i moral de la primera ordenació dels estudis de medicina del període franquista. Disposa:

– definició i funcions de la facultat de medicina i en quines universitats s'imparteix, deu en total.

– a les facultats s'impartiran els estudis de llicenciatura i de doctorat i els corresponents als estudis d'especialitat.

– les facultats organitzaran Instituts i Escoles professionals i habilitaran als llicenciats per l'expedició del títol d'especialista.

– el grau de doctor serà necessari per a ascendir al magisteri universitari.

– els ensenyaments de doctorat tindran una escolaritat mínima de dos quadrimestres.

Més endavant precisa la constitució de cada curs amb les seves matèries i en arribar al quart curs especifica que la patologia i clínica quirúrgiques consistiran en conceptes generals i en malalties quirúrgiques dels membres, Traumatologia i Ortopèdia; especificat així. Al final hi haurà un setè curs de pràctica clínica en medicina, en cirurgia, en pediatria i en obstetrícia. Per a obtenir el grau de llicenciat l'alumne s'haurà de sotmetre a un examen amb exercicis escrit, oral i pràctic. Per a elaborar la tesi doctoral caldrà haver seguit quatre cursos monogràfics. Les Escoles Professionals prepararan per a poder obtenir el títol d'especialista entre dotze de possibles. Ens diu quantes càtedres tindrà la Facultat i per a la patologia mèdica i la quirúrgica n'hi haurà dues, llevat de Madrid i Barcelona que seguiran tenint-ne tres. La càtedra de terapèutica quirúrgica desapareix i si algun professor ha dit que fou depurat per motius polítics hem de pensar que possiblement es degué a aquesta eliminació de la matèria en el programa nou de llicenciatura. El conjunt del decret-llei té seixanta-vuit articles i acaba amb disposicions transitòries i finals: l'aplicació començarà amb el curs acadèmic 1944-45 i hom respectarà l'anterior pla d'estudis, del que se n'ha dit sempre un «pla vell». Finalment són derogades totes les disposicions anteriors que s'oposin al que s'ha decretat. Signat: Francisco Franco.

Es important conèixer aquest decret-llei perquè totes les evolucions posteriors de l'ensenyament i de l'especialització provenen d'ell. Al cap de cinc anys calia preveure les normes d'ensenyament pràctic per a implantar el nou setè curs i el mateix ministre Ibañez Martín publica l'ordre de 15-9-49 on apareixen dues normes :

– es deixa a criteri de cada facultat la organització i el control d'aquests cursos pràctics de les quatre matèries abans esmentades.

– quan les facultats no disposin de prou instal·lacions clíniques per a rebre tots en alumnes en pràctiques aquelles podran autoritzar-los per a fer-les en altres hospitals de l'Estat corresponents a altres Ministeris del Movimiento, provincials, locals o particulars, prèviament reconeguts per a tal funció per la mateixa Facultat amb autorització del rector de la Universitat.

Aquesta disposició és com un preludi del concepte de vinculació docent amb les facultats que al cap d'unes dècades s'arribarà a establir amb el nom de concertació universitària.

La legislació anà precisant aspectes de l'ensenyament fins ara referit:

– reglament sobre ensenyament, títol i exercici de les especialitats mèdiques (BOE.20-1-58).

– llistat d'especialitats reconegudes, en total 30, que es poden cursar a les càtedres o a les Escoles professionals acreditades (BOE.1-4-58), de manera obligatòria, i la carrera de medicina passa a tenir set anys de llicenciatura i tres d'especialització, deu en total.

– nomenament de tres catedràtics per a cada Comissió Assessora de l'Especialitat (BOE.26-7-58).

– l'ordre per a regular com s'ha d'obtenir el títol d'una especialitat després de tres anys d'estudi obligatoris; es pot concedir un títol de segona especialitat afí a la primera, per exemple cirurgia general i traumatologia i ortopèdia o una altra especialitat quirúrgica (BOE. 17-11-62).

L'administració estatal s'ha anat acostant lentament a unes modificacions del criteri simplement assistencial de les seves estructures i és apta per uns nous criteris que foren introduïts en la organització hospitalària espanyola per un metge que ha desencadenat i marcat el canvi; n'exposarem el seu propi relat, fruit de la conversa mantinguda.

CARLES SOLER I DURALL.

Quan durant la carrera cursàrem l'assignatura de microbiologia, la part d'higiene ens l'explicava el professor associat Carles Soler i Durall (a la càtedra del professor Covalada) (Fig. 13) que havia nascut a Barcelona el 1928. Les seves longevitat, claredat mental i amabilitat han permès que jo rebés d'ell mateix les informacions que seguiran. El seu pare Carles Soler i Dopff fou director de l'Hospital d'Infecciosos i professor d'higiene i sanitat durant la universitat autònoma, però després de la guerra fou perseguit, va tenir judici per tribunal militar i en fou alliberat al cap de dos mesos; se l'acusà de tenir amistat amb el doctor Emili Mira, psiquiatra i director dels serveis republicans. Com represàlia fou apartat dels càrrecs oficials i de la docència i al cap de vuit anys pogué llegir el seu discurs de recepció a la Reial Acadèmia de Medicina.

El nostre personatge, el fill, durant els anys 1953 i 1956 treballà també a l'Hospital d'Infecciosos en el laboratori de



Figura 13. Prof. Carles Soler i Durall (n. 1929),

parasitologia i l'any 1956 decidí de marxar cap als USA per a formar-se en salut pública a la universitat de Yale; al cap de tres anys obtenia el mestratge i el doctorat en Public Health i Hospital Administration. L'any 1958 va rebre la visita del senyor José López Muñiz, advocat de l'Estat, president de la Diputació d'Astúries i encarregat d'organitzar un nou hospital general. La titulació americana de Soler i Durall el feia conseller adient per a l'obra que tenia entre mans i així fou com durant un parell d'anys s'anà estructurant el nou hospital segons les seves aportacions. Quan s'inaugurà l'Hospital General d'Astúries Soler i Durall en fou nomenat Gerent, càrrec que exercí durant set anys; va establir-hi tres departaments: a) administratiu, b) medicina i especialitats, c) infermeria i assumptes socials; va crear-hi una escola d'infermeria i d'assistents socials i aconseguí que les monges Germanes de la Caritat estudiessin infermeria. Quan els serveis estigueren ben estructurats i les especialitats reconegudes, posà en pràctica un nou sistema de docència per a postgraduats segons el model nord-americà de l'internat i de la residència durant un període de tres anys, equivalent a la durada oficial de l'especialització. Aquesta s'aprenia de forma programada, amb tutoria dintre de cada servei i amb responsabilitats progressives.

La nova fórmula feu impacte en el món hospitalari per la innovació que posava en pràctica i perquè el nou model contrastava amb la rigidesa de l'universitari muntat sobre el canemàs inamovible de les càtedres. Entre els encuriosits per la novetat acadèmica hi trobem dos eminents metges madrilenys, el catedràtic de medicina interna Segovia de Arana (Fig. 14) i el cirurgià professor Figuera Aymerich de la càtedra quirúrgica del professor Martín Lagos. Visitaren l'Hospital General d'Astúries, s'informaren de l'organització amb tot l'assessorament del gerent Soler i Durall. Aquesta trobada fou el veritable inici d'uns canvis en la planificació hospitalària de la Seguretat Social que progressivament arraconaren la restant organització dels hospitals espanyols.



Figura 14. Prof. Segovia de Arana (1919-2016).

Aquests observadors i consultors madrilenys traslladaren les seves descobertes a un inspector de la Seguretat Social que tenia poder polític sobre l'organització de les Residències Sanitàries del SOE, temps després d'acabada l'etapa del camarada Girón de Velasco en el Ministeri del Treball : el doctor Martínez Estrada (Fig. 15), director a l'Institut Nacional de Previsió. Nasqué un triplet que decidí posar en pràctica la fórmula de Soler i Durall i com si fos una prova o model bastiren la Clínica Puerta de Hierro amb un organigrama jerarquitzat.



Figura 15. Dr. Martínez Estrada (1920-1984).

JERARQUITZACIÓ.

La Clínica Puerta de Hierro (Fig. 16), inaugurada el 1964, contà amb la col·laboració d'acreditats professionals de la medicina que foren curosament seleccionats pels components del grup fundacional i que acceptaren de participar i fer funcionar el nou model que en relació al clàssic es diferenciava bàsicament en:

- treball matinal des de les vuit hores del matí fins les tres de la vesprada almenys.
- pagament amb nòmina mensual per a tots els metges contractats.
- cobertura laboral com personal estatutari.
- independència de les especialitats quirúrgiques respecte de la cirurgia general, que des de llavors es reservà quasi sempre la cirurgia abdominal com un servei més entre altres.
- possibilitat de defensar els drets laborals a magistratura.
- ensenyar la medicina o l'especialitat als joves col·laboradors del sistema d'interns i residents a partir d'una selecció per entrevista amb els caps mèdics directius; el MIR de la Seguretat Social neix aquí.
- dependència d'una jerarquia formada per caps de departament, caps de servei, caps clínics, metges adjunts, residents i interns, que es coordinen de forma piramidal i en equips.
- la distribució dels serveis resta englobada en tres departaments; medicina, cirurgia i serveis complementaris, com laboratoris, transfusions, farmàcia, radiologia, radioteràpia, medicina nuclear.



Figura 16. Clínica Puerta de Hierro. Madrid.

Tota aquesta organització sembla lògica al cap de mig segle de la seva implantació però en aquell moment podem dir que fou rupturista en relació a la clàssica dels hospitals on solament uns pocs càrrecs tenien titular i on la resta de metges feien acte de presència voluntària per a ajudar, assistir malalts i formar-se i posar-se al dia, sense un lligam horari tan rígid i controlat com el nou. A la Seguretat Social des de l'Institut Nacional de Previsió hom decidí d'ampliar

l'experiència favorable de la Clínica Puerta de Hierro a altres Residències Sanitàries i la primera escollida fou La Paz a Madrid l'any 1965. L'estructura dels equips independents que operaven i que tenien presència a hores fixes en els Ambulatoris era un obstacle inicialment insalvable puix que, si no es volien jerarquitzar, calia respectar-los els drets de plaça guanyada per oposició. La solució adoptada fou la de crear centres nous annexes a la Residència i foren els de Rehabilitació i Traumatologia i els Maternals i Infants, fins llavors inexistents. Els metges calia contractar-los de bell nou i per respecte s'oferí als de contracte antic per si volien de bona voluntat jerarquitzar-se, però pocs ho aprofitaren ja que significava per a llurs activitat i economia, estructurades de manera diferent des de feia temps una pèrdua de llibertat horària i econòmica. També s'organitzà en la Residència un servei d'urgències quirúrgic, molt necessari per a cobrir amb garantia l'assistència durant les 24 hores del dia, necessitat que els equips de «cupo» complien amb dificultats i escassa coordinació. La rehabilitació constà al davant de la Traumatologia en el nom del nou centre perquè per al Ministeri de Treball representava una propaganda amb el concepte de reintegració dels treballadors lesionats amb la màxima recuperació possible de la forma física prèvia a l'accident. Quan cal es pot invertir la seqüència cronològica real: primer accident i després tractament traumatològic i finalment rehabilitació; els interessos polítics poden fer meravelles en el camp de les decisions administratives: se'n digueren C.R.T., acrònim de Centre de Rehabilitació i Traumatologia, coneguts popularment entre els seus metges con un «cerrete». Per a l'Hospital Infantil i per a la Maternitat no hi hagué cap canvi onomàstic i reberen el nom clàssic universitari.

L'any següent seguiren amb idèntic criteri les ampliacions de les Residències Sanitàries de Barcelona (Francisco Franco) (Fig. 17 a i b), de València (La Fe) i de Sevilla (Virgen del Rocío), segons el model de La Paz; per als arquitectes de l'INP el model també s'anà reproduint a cada ciutat i la seva visió amb blocs de tonalitats blanques i blaves de les façanes és notablement repetida. A Barcelona el 15 de juliol de 1966 s'inaugurà el centre de Traumatologia i Rehabilitació, (Fig. 18) que fou el primer hospital jerarquitzat de Catalunya; el general Francisco Franco presidí oficialment l'acte i per a hospitalitzar malalts que omplissin almenys una planta hi foren traslladats els accidentats en tractament de la Clínica d'Accidents del Treball que les mutualitats laborals de la Seguretat Social tenien al passeig de la Bonanova, on fins llavors eren atesos. Se li presentaren alguns malalts que ell saludà amb l'afecte que les condicions polítiques de l'acte imposaven i prèviament el ministre s'havia informat de la història clínica amb l'ajut del director doctor Sales Vázquez i del cap de departament quirúrgic el doctor Collado Herrero. Els que ens iniciàvem en la nova situació ho visquérem amb l'esperança



Figura 17 a. Residencia Sanitaria de la Seguridad Social Francisco Franco. Barcelona.

Figura 17 b. Centro de Rehabilitación y Traumatología. Barcelona.



Figura 18. Inauguració del CRT de Barcelona 15-VII.1966.

Esq. a dreta: D. Portal, Dr. Collado, Gral. Francisco Franco, Dr. Sales Vázquez. que començava per a la nostra vida professional un futur amb més expectatives d'estabilitat, de millora i de progrés.

A totes les esmentades Residències la suma agrupada de nous centres especialitzats donà naixement a una nova denominació del conjunt que passà a dir-se de forma ampul·losa Ciutat Sanitària. A França una evolució semblant dels antics hospitals els dividí en simples Hospitals i en Centres Hospitalaris que agrupaven «pavellons» diversos especialitzats. Per a posar en marxa els nous centres calia

entusiasmar a metges ben qualificats i fou difícil perquè la nova forma de vida hospitalària des del matí fins l'hora baixa –com abans hem referit– feia perdre llibertat per a l'exercici privat i possiblement tenia una compensació econòmica insuficient. Entre els organitzadors constava el professor Palacios Carvajal, cap del departament de traumatologia de la Ciudad Sanitaria La Paz de Madrid; en xerrades a casa seva ha tingut l'amabilitat de comentar-me alguns records d'aquestes dificultats per a nomenar dirigents mèdics. El criteri primer fou oferir-ho a metges dels equips ja existents a la Residència però els buits per omplir eren nombrosos; amb enginy i esforç s'aconseguí situar professionals qualificats amb nomenament directe i a partir de valoració de currículum i entrevista personal. Més endavant seguiren jerarquitzant Residències Sanitàries i pel que fa a Catalunya assumiren la direcció de la traumatologia i cirurgia ortopèdica a Lleida (llavors Residència General Moscardó) el doctor Biosca, a Tarragona (Hospital Joan XXIII) el doctor Sampera, alumne de Santos Palazzi, i a Girona (llavors Residència Álvarez de Castro) el doctor Soler Fisas, alumne de Piulachs.

Com que la meua experiència arrencà en el Centre de Rehabilitació i Traumatologia que celebra les noces d'or, esdeveniment molt important de la organització hospitalària a Catalunya, en podré explicar la constitució. Lamentablement no se li ha concedit el fast que es mereixia, atesa la seva situació en el punt d'arrencada de les modificacions posteriors del sistema, com si fos un fenomen que arrossega el que té pel davant; ho comentarem posteriorment. El que succeí és com un paradigma del que es repetí en altres Ciutats Sanitàries espanyoles. En el nostre Centre s'hi crearen sota la Direcció dos grans departaments, traumatologia i rehabilitació. La Direcció correspongué al doctor Sales Vázquez, cap de neurologia de la clínica de patologia mèdica del professor Pedro i Pons; havia organitzat un dispensari especial per a poliomièlítics, que en aquells temps havien passat una fase epidèmica, abans d'aparèixer la vacuna Salk. Era necessari proporcionar-los fèrules de guix correctores sota cura diària familiar i jo, alumne intern de la càtedra de Piulachs II, n'era l'encarregat; hi va néixer una confiança del doctor Sales Vázquez envers la meua col·laboració que persistí quan vaig ésser nomenat més endavant professor de classes pràctiques de la càtedra II, regentada pel professor Julià Bonet. El doctor Sales Vázquez va creure en la necessitat de qualificar els metges en rehabilitació i organitzà cursos d'ensenyament que acabaven amb lliurament del corresponent diploma universitari de l'especialitat; molts traumatòlegs en fórem alumnes per a completar la nostra formació en aparell locomotor. Aquest doble currículum de neurologia i rehabilitació justifica que els jerarques de l'INP el nomenessin director del Centre. La direcció es complementava amb un secretari general, el

doctor Bartolomé Fernández de Gorostiza, un administrador general, un secretari i un cap de personal. Podríem dir que Bartolomé fou l'home de Martínez Estrada a Barcelona i la seva formació quedà reflectida en l'extens treball sobre «La relació metge-malalt i l'assistència sanitària a la Seguretat Social», publicat per la Reial Acadèmia de Medicina en els seus Annals (vol.XLV-núm.189 del 1965).

Per al departament de Rehabilitació el càrrec fou per al doctor Plaja Massip que ja estava dirigint el de l'Hospital General d'Astúries i que demanà el trasllat; l'ajudaven els doctors Balagué Vives, Carabias i García Alsina, entre altres, el doctor García Besada per a aparell respiratori, el doctor Torres de Gassó per a logopèdia i el doctor Rovira per als problemes urològics dels lesionats medul·lars. El departament de traumatologia fou adjudicat al doctor Collado Herrero (Fig. 19), que tenia «cupo» quirúrgic a la Residència i que decidí jerarquitzar-se; hagué de tenir cura d'una especialitat que superava el nom del centre. Ho solucionà creant un equip de traumatologia amb un cap clínic, el doctor Marquès Gassol, i dos adjunts, Ramon Soler i Fernández Sabaté, i un equip de cirurgia ortopèdica amb un cap clínic, el doctor Madrigal Escuder (alumne de Santos Palazzi), i dos adjunts, Palazzi Coll i Anglès García. Al cap d'un parell d'anys el doctor Madrigal suggerí que per a l'atenció de la patologia de l'aparell locomotor seria convenient tenir en el Centre un equip de reumatologia, el qual s'acceptà i fou nomenat el doctor Roig Escofet.



Figura 19. Prof. Fernando Collado Herrero (1915-2004).

El Centre absorbí l'activitat de la Clínica d'Accidents del Treball, que havia dirigit el doctor García Tornel, i s'hi incorporaren els seus dos equips amb el règim laboral que ja tenien, diferent del nostre. Els caps eren els doctors Portal i Otero, amb els ajudants Orduña, Busquets, González López y Mateo; aquests darrers acabaren jerarquitzats i els caps seguiren igual fins la seva jubilació. L'equip d'Accidents del Treball desaparegué i la tasca fou assumida pels equips de guàrdia. La traumatologia al servei d'urgències plantejà

nous reptes en arribar de manera creixent politraumatitzats amb lesions cranials i visceral; era necessari solucionar els problemes en la mateixa guàrdia i no exposar-se a una atenció diferida en estat agreujat o irreversible. Foren contractats dos cirurgians dits generals per als problemes toràcics i abdominals, els doctors Sarró Palau i Vila Brichs, ambdós procedents de l'escola del professor Piulachs. Calia un neurocirurgià i fou designat el doctor Lafuente, amb independència del servei de neurocirurgia del doctor Ley, no sense tensions jeràrquiques.

Al Centre fou organitzat un servei de cremats a càrrec dels especialistes en cirurgia plàstica sota la direcció del doctor Planas Guasch, que comptà amb bons ajudants, entre ells els doctors González Mestre i Crisol, però quan el cap de servei deixà la plaça i se n'anà, passà a ocupar-la el doctor Bañuelos. També la nefrologia i la diàlisi hi tingueren cabuda en la distribució d'espais i per això hi treballaren els doctors Piera, Codina, Ferrer, Olmos i Carreras. Els laboratoris s'hi encabiren i foren dirigits pels doctors Ortiz (anatomia patològica), Arcalís (microbiologia) i Fornells (bioquímica); la transfusió fou situada a la Residència General i dirigida per la doctora Monasterio; el Centre tingué servei de radiodiagnòstic propi permanent amb els doctors Cordón i Martínez. Hem de recordar que disposàvem a la primera planta d'una aula on cada dia es feia en arribar a les vuit del matí una breu sessió de presentació dels cassos d'urgències i la tasca pendent i dels controls radiogràfics de les intervencions del dia abans, seguint el model de Merle d'Aubigné a l'hospital Cochin de París. Setmanalment hi celebraven la sessió clínica completa i un altre dia la docència dels residents segons temari establert. Aquesta aula també gaudeix del privilegi d'haver estat el local inaugural i continuat de l'ensenyament segons el nou sistema MIR durant uns primers anys, fins que s'amplià a altres hospitals i les reunions passaren a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques.

Per a completar una Ciutat Sanitària era obligatori que tingués un servei de medicina interna amb els seus especialistes, situació inexistent fins llavors perquè les Residències havien estat concebudes com centres quirúrgics. A Barcelona s'aplicà una fórmula inèdita: el catedràtic professor Pedro i Pons es jubilà i li oferiren de passar a la Ciutat Sanitària per tal d'organitzar el servei. Ho acceptà i s'hi instal·là amb bona part dels seus col·laboradors de l'Hospital Clínic i així nasqué un nou servei sense precedents, que ha continuat la trajectòria d'una escola antiga i clàssica. De manera semblant el catedràtic de Ginecologia, professor Usandizaga passà del Clínic a la Ciutat Sanitària per a dirigir el nou hospital Maternal. El professor Pedro i Pons reconegué l'antiga col·laboració del doctor Sales Vázquez en el servei de neurologia de l'Hospital Clínic i li respectà la direcció de l'especialitat, que fou ubicada en el CRT que ell governava.

L'Hospital Infantil fou dirigit des de la seva inauguració pel professor Ballabriga, molt preparat de forma científica i pràctica, que havia batallat per a aconseguir càtedra. Fora de la universitat assolí un prestigi notable i formà una escola de pediatres, envejable des de l'òptica dels catedràtics d'universitat amb qui havia competit; les possibilitats econòmiques del Ministeri del Treball superaren les del Ministeri d'Educació Nacional i la xarxa hospitalària del primer superà de lluny les possibilitats de les facultats de medicina amb els seus Hospitals Clínics sense renovar.

La cirurgia dita general a les residències sanitàries era responsabilitat dels cirurgians de «cupo» que visitaven en el dispensari i que operaven un dia a la setmana. A partir d'aquesta organització era difícil de crear un servei jerarquitzat i s'hagué de fer de forma progressiva a partir d'un nucli central dirigit pel nou cap de departament, plaça que fou assumida pel doctor Diaz Gascón, que decidí jerarquitzar-se; ja era cap de servei a l'Hospital Militar de Vallcarca puix que pertanyia a la Sanitat Militar. Les urgències tindrien una atenció permanent creant un servei amb quatre equips dirigits pels doctors Bonnin, Capdevila, Curto i Olsina. S'havia assegurat la darrera baula d'aquesta complexa cadena de modificacions per a arribar a una jerarquització que permetés de disposar d'una Ciutat Sanitària amb serveis complets.

EL SISTEMA M.I.R.

La legislació del Ministeri del Treball ha anat regulant, perfeccionant i precisant el sistema de formació de metges interns i residents a les seves institucions sanitàries amb multitud de publicacions en el B.O.E. d'ençà de l'enunciat inicial: «obrir a promocions de metges l'experiència en Institucions Sanitàries de la S.S. després de l'èxit obtingut a la Clínica Puerta de Hierro i a la Ciutat sanitària La Paz» (BOE 28-3-66). Al final del mateix any apareix la ordenació de la funció MIR i el seu programa per a dos anys d'intern i tres anys de resident, concretant a més un pla específic per als centres de Rehabilitació i Traumatologia, per als Hospitals Infantils i per a les Clíniques Maternals, que eren de creació recent amb jerarquització. Explica com s'ha de fer la selecció dels candidats per a cada Institució a càrrec de la Comissió d'Admissió, que cal crear. (BOE 17-11-66).

En el BOE del 29-8-69 per primera vegada es concreten les places adjudicades a cada hospital i distribuïdes segons especialitats; de moment només als hospitals jerarquitzats fins ara esmentats, el Puerta de Hierro i els de Madrid, Barcelona, València i Sevilla. A Barcelona ens en tocarem quaranta per a tota la Ciutat Sanitària i d'elles 14 foren per a Traumatologia i 10 per a Rehabilitació. El 3-9-69 foren publicades en el BOE les adaptacions de la Seguretat Social a la nova realitat hospitalària i la constitució de la Comissió

d'Admissió. Fins ara la legislació referida procedeix del Ministeri del Treball.

La formació MIR es pogué ampliar a centres hospitalaris que guanyessin l'acreditació docent segons el BOE de 28-7-71. Aquest butlletí diu que l'admissió de candidats serà regulada per la Comissió d'Educació Mèdica (nova denominació) formada a cada hospital acreditat, que haurà de vetllar per a que els joves metges es preparin per a realitzar la tesi doctoral i podrà concedir permisos per a que els MIR al final d'etapa puguin completar la formació en centres nacionals o estrangers. En el seu article 14 apareix una novetat: convocatòria general sota control de la Comissió Central de l'INP i forma de constitució dels seus membres. Determina la proporció de MIR en cada Institució: 1 per cada 4 llits de l'hospital. Aquesta normativa té la signatura de la Direcció General de la Seguretat Social. En el BOE 16-12-74 es precisen els canvis en les retribucions dels metges interns i residents i en el de 7-10-76 la nova forma de procedir en la selecció dels MIR: convocatòria nacional única, concurs únic, valoració del curriculum i examen tipus test obligatori i igual per a tothom. La constitució de la Comissió Central serà la següent: 1 cap dels Serveis d'Inspecció de la S.S., 1 director de Ciutat Sanitària, 2 caps de Departament, 1 cap de Servei, 2 consultors del Col·legi de Metges i 2 delegats dels MIR. Fins aquí tot depèn encara del Ministeri del Treball.

Amb l'adveniment de la Transició i del nomenament de nou Govern democràtic apareix el Departament de Salut, presidit per Sánchez de León, que serà el primer ministre de sanitat de la nova època. Publica en el BOE del 9-12-77 les actualitzacions necessàries del sistema MIR al cap de deu anys d'implantació. Insisteix en la preparació dels residents per a fer-los capaços d'elaborar la tesi doctoral, el qual suposa que els responsables d'aquesta tasca ja han de ser doctors, del contrari no poden preparar a ningú per al que ells no han assolit; correspon al cap de servei i al tutor. La Comissió Central de Docència millora amb la participació de dos representants dels degans de les Facultats de Medicina; la Universitat és present en el control de la via MIR per primera vegada. S'ha de programar un examen per als candidats en el que el barem de mèrits arriba al 25% i l'examen nacional amb respostes múltiples al 75% en el total de la qualificació. En el futur la Comissió Nacional de les especialitats (via MIR) es coordinarà amb el Ministeri d'Educació i Ciència; un pas més en la participació de la Universitat. Hom hi recorda que la plaça de MIR és incompatible amb qualsevol altre càrrec, és a dir, demana dedicació exclusiva.

En el BOE del 28-8-78 apareix un decret-llei procedent del Ministeri de la Presidència i signat per Juan Carles, Rei, com correspon a una normativa de màxim rang. La formació MIR passa a ésser un tercer cicle de formació universitària, equivalent als estudis necessaris per tal

d'obtenir el títol d'especialista, i a partir d'ara sota control conjunt dels ministeris d'Educació i Ciència i de Sanitat i Seguretat Social i del Consell General de Col·legis de Metges; progressivament apareix un control sanitari més divers però coordinat. Les especialitats mèdiques reconegudes són 51 i s'adjunta el llistat. Les formes d'accedir al títol d'especialista que es reconeixen com vàlides són: el sistema MIR, les escoles professionals acreditades oficialment, les càtedres especialitzades i els estudis a l'estranger que reuneixin les condicions d'equivalència per a la seva convalidació. Es crea el Consell Nacional d'Especialitats Mèdiques i en precisa la constitució i les funcions.

Sembla que encara no s'havien enunciat prou bé i definitivament les normatives vàlides i que les mancances calia precisar-les i corregir-les. Això justifica el nou Reial Decret del BOE de 27-11-81 emès per Presidència de Govern i signat per Joan Carles, Rei. El desig dels hospitals universitaris per a participar en la docència de les especialitats per la via MIR establerta a la Seguretat Social i dels de Seguretat Social per a participar en l'ensenyament universitari obliga a definir quines institucions sanitàries tenen rang universitari, a uniformar el model hospitalari i a concretar els tipus de conveni, paraula que apareix per primera vegada com expressió de la participació d'hospitals clínics en l'assistència i d'hospitals de la SS en la docència; neix un entramat mutu que s'anirà perfeccionant. Els objectius generals i comuns seran docents, assistencials i de recerca, i el control correspondrà a una Comissió Interministerial amb capacitat per a regular i composta de cinc membres del Ministeri d'Educació i Ciència i de cinc més de Treball, de Sanitat i de Seguretat Social; el control universitari s'equilibra amb el dels ministeris del govern fins ara detentors d'una quasi exclusiva per motius fundacionals del SOE i de l'INP. Els punts de cooperació final són:

a) Acords assistencials de la Seguretat Social amb hospitals universitaris del ministeri d'Educació i Ciència i acords docents dels hospitals d'Educació i Ciència amb els de la Seguretat Social

b) Acords per a considerar com Institucions Sanitàries de rang universitari aquelles que puguin ésser utilitzades per a la docència del pregrau amb acreditació docent.

c) Acord per a l'ensenyament de les especialitats mèdiques i per a organitzar cursos d'educació continuada.

d) Acord per a crear escoles d'infermeria i uniformar ensenyaments i títols.

GREUGES ENTRE HOSPITALS.

En les darreres disposicions dels ministeris aparegudes en el BOE es vol solucionar la problemàtica que a poc a poc s'anà creant entre hospitals, deguda a la renovació funcional que aportà la jerarquització, al gran desenvolupament de la xarxa sanitària de la Seguretat Social, a la seva capacitat

econòmica per a modernitzar-se i a l'experiència de l'ensenyament MIR, força envejat en els hospitals que no el podien instaurar. La manca de recursos econòmics del Ministeri d'Educació i Ciència per a programar un pla de renovació dels hospitals clínics de les facultats de medicina agreujà el desequilibri que s'havia produït i fou la brasa que va encendre les reivindicacions mèdiques demanant una solució i una equiparació dintre d'una xarxa hospitalària estatal del sector públic. N'exposaré aquelles que l'observació i la pròpia vivència em permeté detectar:

– Els centres de la Seguretat Social jerarquitzats s'havien anat enriquint amb l'arribada contínua de malalts procedents del «cupos» quirúrgics de cirurgians que renunciaven a operar a la Residència General i ho transferien als equips jerarquitzats.

– Aquesta gran abundància de patologia donava lloc en contrapartida a un empobriment de la patologia dels hospitals clínics, municipals i provincials que rebien malalts de la beneficència pública i gent desemparada i sense protecció sanitària. Era necessari entrar en la distribució global dels malalts de l'assegurança estatal.

– L'abundància de patologia i la riquesa humana dels equips constituïts a les Ciutats Sanitàries permetia fer una recerca clínica amb series de casos importants i els caps tenien la col·laboració d'equips joves desitjosos de participar en l'elaboració de les publicacions.

– Als hospitals clínics les possibilitats de progrés eren dins de la carrera universitària i els que volien prosseguir en aquest camí havien d'estudiar molt per a preparar les oposicions i enriquir el currículum. L'estructura feia possible que alguns es tanquessin en sales d'estudi i biblioteques per obtenir el que se'n deia «impact factor»; les tasques assistencials no angoixaven i fins i tot podien aturar-se parcialment. Podia donar-se el cas de guanyar oposicions només amb els coneixements teòrics i memoriosos de la medicina, com qui sap fil per randa els texts de la legislació. Però no està garantida la qualitat professional davant d'un malalt o la capacitat de resolució tècnica d'una intervenció quirúrgica en dificultats.

– A les Ciutats Sanitàries la vida assistencial no es podia interrompre i l'assistència s'havia d'equilibrar amb l'estudi i la recerca. Per això els seus metges tenien una experiència clínica i quirúrgica molt sòlida, arribant a la situació clàssica de la medicina francesa on ningú podia ascendir a agregat sense haver estat abans i des del començament de la vida hospitalària un bon extern, un bon intern i un notable cap de clínica, amb el bagatge d'anys de fer guàrdies i d'enfrontar-se amb les urgències, que són el cavall de batalla de la formació professional. S'havia aconseguit tenir metges amb equilibri entre assistència i formació professional i científica.

– La Seguretat Social havia de consolidar en tots els hospitals renovats i jerarquitzats l'assistència d'especialistes d'acord amb el nomenclàtor de les especialitats reconegudes oficialment per l'estat i referides en el BOE.

Les clàssiques que a la universitat tenien càtedra específica, com otorrinolaringologia, oftalmologia, obstetrícia, per exemple, no tenien problemes de presència. Altrament succeïa amb les especialitats incloses en els conceptes universitaris de patologia quirúrgica general i patologia mèdica general, que s'articulaven de manera diferent en una assistència als hospitals clínics garantida molt sovint per professionals assistents voluntaris, com suara ja hem comentat. La habitual rigidesa d'una càtedra no permetia la seva expansió i creixement científic independent, restant a vegades com apèndix de l'internista general i del cirurgià general.

– En una Ciutat Sanitària la independència d'una especialitat, sia mèdica o sia quirúrgica, tenia la plenitud amb el seu cap de servei i els seus caps clínics i metges adjunts, i a més els que l'estudiaven per la via MIR completaven amb la seva presència i l'obligació de la docència la compaginació entre els que sabien molt i els que n'aprenien, entre docents i discents. En els hospitals clínics els especialistes sentien que la renovació de la Seguretat Social s'els havia avançat i que era necessària una transformació organitzativa per a recuperar un nivell semblant al dels col·legues de la SS.

– La Seguretat Social tenia una xarxa hospitalària tan nombrosa com províncies tenia l'administració estatal, i en una gran capital podien haver inaugurat un segon hospital segons les necessitats assistencials. En conseqüència les possibilitats d'ascens professional amb oposicions a una plaça de nivell superior eren molt més freqüents que en el mon universitari on es produïen de tant en tant.

– El treball als hospitals jerarquitzats era estable, rebia uns honoraris establerts i era regit per un estatut del personal, que en cas de dissensions podia recórrer a la justícia. Als hospitals universitaris les places fixes sols pertanyien als docents numeraris i els altres metges voluntaris podien ésser expulsats o cessats sense dret a reclamació, ja que no hi havia contracte laboral.

– Els caps de servei jerarquitzats de la Seguretat Social treballaven amb pressupostos tancats i pactats amb la Direcció durant la distribució de recursos; durant l'any calia ajustar la despesa del servei als recursos assignats i una nova tècnica que comportava més despesa s'havia de discutir amb Direcció abans de poder-la implantar. En canvi hem viscut situacions en que aquesta innovació tècnica era realitzada en hospitals clínics o provincials a càrrec del pressupost general, de manera que cada any s'afegia un endeutament que al cap del temps era conegut perquè les juntes directives de les institucions clamaven per a que el salvavides de l'economia estatal eixugués el deute acumulat.

– Les places jerarquitzades dels hospitals de la Seguretat Social eren incompatibles amb una plaça d'ambulatori de tarda perquè no es podien tenir dos llocs de treball en una mateixa empresa. Sí que hi tenien accés els metges d'altres institucions. Valgui com exemple un cas real: un metge adjunt de la SS és contractat com a cap clínic en un hospital municipal i passa a cobrar uns honoraris una mica més alts i les guàrdies se li paguen apart i a més guanya una plaça d'ambulatori del SOE, cosa possible puix que es tracta de dues empreses diferents i que les places eren compatibles; com resultat s'assegurà uns honoraris mensuals que quasi doblaven els que rebia a la Ciutat Sanitària. És una situació injusta però era legal. Qui feia l'orni?

Tot el que he referit en aquest capítol sobre el treball hospitalari són «pàgines viscudes», com diria en Folch i Torres en el Patufet, i cap d'elles surt en un BOE. Però hem de reconèixer que l'evolució administrativa anà corregint aquestes desigualtats que no passaven desapercebudes als governants dels ministeris corresponents; la resposta normalitzadora s'anà publicant en BOE posteriors.

INTEGRACIÓ I CONCERTS.

El camí triat per l'INP i acordat amb els rectors d'universitat i degans de medicina portava a la integració dels hospitals universitaris i dels provincials renovats dintre de la xarxa hospitalària estatal, que així s'ampliava i que comportava una igualtat en la distribució de l'atenció dels assegurats en tots els hospital integrats. La normalització de la patologia repartida era un objectiu ja acceptat des d'ara però la integració requeria un canvi estructural dels nous hospitals que no procedien del SOE. Havien d'oferir la mateixa cartera de serveis que oferia la Seguretat Social en les seves institucions: totes les especialitats oficialment reconegudes. Les normatives de l'any 1984 ho regularen.

En els hospitals universitaris fou fàcil per a aquelles que ja eren càtedres però no per a la medicina interna i la cirurgia general, que s'hagueren de redistribuir després de l'organització dels corresponents serveis especialitzats. Les càtedres deixaren de ser tan generals com deia el nom i la coordinació de les especialitats quirúrgiques i mèdiques es feu de manera semblant a la que havia introduït Soler i Durall a Astúries i que l'INP anomenà cap de departament quirúrgic i cap de departament mèdic. Les universitats de Madrid i de Barcelona tenien tres càtedres de mèdica i tres de quirúrgica i les restants universitats espanyoles només dues de cada. A Barcelona una càtedra quirúrgica es transformà en càtedra d'anestèsia i en restaren dues: el repartiment dels serveis d'especialitats es feu per acord intern entre els catedràtics.

La baula annexa d'aquesta cadena de reformes consistí en la contractació laboral dels metges dintre de l'empresa

que era l'hospital. Finalment es guanyaven llocs de treball estables, remunerats i amb drets laborals, com desitjaven i reclamava el Comité de Delegats Mèdics des de feia temps per a equiparar-se amb els metges dels hospitals de la Seguretat Social. A l'Hospital Clínic la transformació fou dirigida pels catedràtics Cristobal Pera, de quirúrgica, i Ciril Rozman, de mèdica. La integració dels Hospitals Clínic a l'Institut Nacional de la Salut apareix per primera vegada regulada a partir de l'ordre del BOE del 13-9-85 on es precisa que el personal podrà integrar-se en el règim estatutari de la Seguretat Social, si aquesta és la voluntat, o bé seguir segons el contracte que ja tenia. L'any següent és publicada la Llei en el BOE del 25-4-86, signada Joan Carles, Rei, per a aplicar a l'harmonització progressiva de la integració hospitalària que s'ha d'adaptar als traspassos autonòmics de les responsabilitats de la gestió sanitària. La llei consta de cent-quatre articles referits als títols següents:

– I, del sistema de salut; II, de les competències de les administracions públiques; III- de l'estructura dels sistema de sanitat pública, on hom parla de la «xarxa integrada dels hospitals del sector públic», de l'obligatòria gratuïtat en cas de conveni, de l'extensió de les àrees de salut i de l'objectiu d'obtenir un sistema sanitari coherent, harmònic i solidari; IV, de les activitats sanitàries privades; V, dels productes farmacèutics; VI, de la docència i la recerca on explica les condicions de la vinculació docent entre places assistencials de la Seguretat Social i el Cos de professors d'Universitat, és a dir, un concert interministerial. Els concursos seran resolts per la Comissió regulada pel Govern i constituïda per cinc membres: President i Vocal nomenats per la Universitat entre Professors numeraris del seu cos, un vocal pel Consell d'Universitats i dos vocals per la Institució; tot en equilibri entre els Ministeris d'Educació i Ciència i de Sanitat i Consum.

Com tota legislació ha de tenir en compte situacions concretes que s'han de respectar i prèvies que han perdut vigència. Per això la llei acaba amb una sèrie de disposicions addicionals, transitòries, derogatòries i finals. Abans de que transcorregués un any ja apareix un Reial Decret al BOE del 28-6-86 per a exposar les bases generals del règim de concerts entre les Universitats i les Institucions Sanitàries i els procediments per a adjudicar la docència en el Cos de Professors d'Universitat a facultatius especialistes de la Institució de l'INP. Sembla que finalment s'ha equilibrat la situació de greuges a partir del moment en que els Hospitals Universitaris entren a la xarxa sanitària única estatal i que els Hospitals de la Seguretat Social s'incorporen a la docència universitària; la legislació laboral permet que tots els metges tinguin drets idèntics i protecció legal. Les competències d'aquestes integracions mitjançant concerts depenen a parts iguals dels Ministeris d'Educació i Ciència i de Sanitat

i Consum. Per això la legislació no apareix al BOE a nom de cap d'ambdós sinó a nom de la Presidència de Govern.

CULS DE SAC.

L'abundant legislació sobre l'ensenyament per la via MIR, compartida amb les Escoles Professionals i les Escoles Universitàries, malgrat les facilitats, no ha estat aprofitada per metges que des de feia temps estaven vinculats a llocs de treball de la nostra especialitat de C.O.T. Des de l'any 1984 la legislació recordava que la via MIR seria la única per a la obtenció del títol d'especialista i en conseqüència deixaren de funcionar Escoles d'hospitals no universitaris però acreditades des de feia molts anys com eren la de Valdecilla i la de Santa Creu i Sant Pau a càrrec del doctor Vilardell; la de l'Hospital Provincial de Madrid, fundada pel doctor Sanchis Olmos i continuada pel professor Vaquero González, tingué un gran prestigi pel rigor del seu ensenyament i per la seva continuïtat des de l'any 1950; la de l'Hospital de Basurto a Bilbao, dirigida pel doctor Salaverri. Aquests grans centres s'adaptaren a la jerarquització i a la via MIR. El temps passà i alguns professionals s'adormiren en la tolerància i en les repetides disposicions transitòries, fins que s'els digué que prou, que calia obtenir el diploma d'especialista d'acord amb les disposicions legals. Es tracta dels anomenats Metges Especialistes sense Títol Oficial, familiarment coneguts amb l'acrònim de Mestos.

Al BOE del 5-8-94 és publicat el Reial Decret que reconeix els drets d'especialistes formats i que treballaven com tal abans del Reial Decret del 1-2-84. Podran demanar al Ministeri d'Educació i Ciència la verificació de llurs expedients que seran regulats juntament amb el Ministeri de Sanitat i Consum. El BOE del 14-12-94 explica com s'han de presentar les sol·licituds. El Ministeri de Presidència comunica en l'ordre del BOE del 22-6-95 com s'han de regular les comissions de docència i els sistemes d'avaluació per a concedir els títols d'especialista: tindran 14 vocals amb representació dels tutors (5), dels MIR (5), de la Comunitat Autònoma (1), del coordinador de medicina familiar (1), de la comissió clínica i d'investigació (1) i del personal administratiu de l'hospital i recorda la necessitat d'organitzar la formació mèdica continuada i de constituir els Comitès d'Avaluació tant periòdica com final dels qui optin al títol. La funció dels tutors és considerada imprescindible i en precisa les funcions.

Sempre resta algun punt per aclarir o per solucionar i és el cas de les Comissions Ministerials de l'Especialitat que han de decidir si els títols de metges procedents de països membres de la Comunitat Europea tenen equivalència amb els espanyols i per tant s'han d'homologar. En el BOE del 22-12-95 apareix un llistat dels noms de cada especialitat en 18 idiomes, país per país; en total 37 especialitats reconegudes de forma comunitària. S'ha d'analitzar la durada de cada

especialitat i comprovar que equival a l'espanyola; per a la C.O.T. és per quasi tots de cinc anys. La meua participació durant sis anys en aquesta comissió em permeté de comprovar que es descobreixen diferències mínimes entre països; quan es tracta de candidats sudamericans de parla castellana poden trobar-se més diferències. Si manca algun any de formació s'havia de complir en un hospital acreditat espanyol un període complementari equivalent al doble dels anys que manquen.

Ja han passat 5 anys del recordatori fet als Mestros de que cal obtenir el diploma. Com si fos el final d'un oblit apareix en el BOE del 24-9-99 una nota del Ministeri de Presidència anunciant que serà convocat un examen especial per a acabar amb l'existència dels Mestros. Caldrà superar una prova teòrica i pràctica i s'avaluarà l'activitat professional i formativa dels aspirants; serà controlat conjuntament pels Ministeris de Sanitat i Consum i d'Educació i Ciència, com és habitual d'ençà de l'adveniment de la reforma estatal democràtica. Resten lluny els temps de domini exclusiu del Ministeri del Treball sobre la sanitat pública. Amb aquests exàmens desapareix la bossa residual de metges sense títol.

Com si fos una tornada reapareixen aclariments als temes ja legislats més d'una vegada i al profà se li fa feixuc d'escatir entre el que és nou, el que és repetitiu i el que és derogat. El BOE del 21-11-03 publica una Llei d'Ordenació de les Professions Sanitàries aprovada a les Corts Generals per a adaptar la legislació espanyola a la Comunitària. Concreta els temes següents: exercici professional, formació general, formació especialitzada, formació continuada, desenvolupament professional i el seu reconeixement, exercici privat de les professions sanitàries i participació dels professionals en comissions.

No tot s'ha aclarit i en el fons del sac encara descobrim que els responsables de l'administració han descobert algunes deficiències en el funcionament de les estructures sanitàries. El Cap d'Estat, Joan Carles Rei, signa una Llei orgànica que apareix al BOE del 12-4-07 que modifica l'anterior legislació i exposa aquestes modificacions que s'han de fer en el que deia el text anterior, especificant cadascun dels 95 articles que constituïen la llei que hom actualitza; se li afegeixen 35 disposicions entre transitòries, addicionals i finals. El més interessant per als metges docents és la normativa sobre la vinculació de les places assistencials de la institució sanitària amb places docents del cos de professors d'universitat.

Com a punt i final per a acabar d'omplir el sac el BOE publica un Reial decret del Ministeri de la Presidència del 8-2-08 en el que es determinen i classifiquen les especialitats en Ciències de la Salut i es desenvolupen determinats aspectes del sistema de formació sanitària especialitzada. Però no podem assegurar-nos de la seva validesa permanent perquè al cap de dos anys apareix el que en diuen «Text Consolidat»,

nova publicació al BOE del 6-8-10, on s'actualitzen en 31 articles, subdividits en multitud d'apartats, punts anteriorment legislats i ara parcialment modificats per a donar-los equivalència amb el que disposa l'Espai Europeu d'Ensenyament Superior. Sembla que ja són definitius i que el que segueix ha d'ésser consultat per a conèixer-ne el concepte, la funció i la responsabilitat:

- definició i acreditació de les unitats docents.
- òrgans docents de caràcter col·legiat i comissions de docència.
- tutories, avaluacions, supervisions, llibre del resident, comitès, rotacions.
- avaluació final, control de qualitat docent de les unitats.
- estades formatives d'estrangers, canvis excepcionals d'especialitat.

La «disposició addicional cinquena» reconeix la validesa de les formacions d'especialistes en les Escoles de Sanitat Militar dels tres exèrcits del Ministeri de Defensa que tenen hospitals acreditats.

La «disposició addicional» vuitena aporta el llistat de les possibles equivalències entre metges especialistes per a evitar errors de denominació o sinonímia dels noms de les especialitats.

La «disposició transitòria» tercera es refereix als títols d'especialista obtinguts en altres països; la cinquena exposa la normativa aplicable a les proves d'accés segons la convocatòria anual i selectiva, en la que s'inclouen places per a metges, farmacèutics, químics, biòlegs, bioquímics, psicòlegs i radiofísics hospitalaris. Segueixen quinze «disposicions derogatòries» de disposicions anteriors.

A l'annex final hi ha la relació d'especialitats reconegudes en Ciències de la Salut, en total 40. Ací acaba aquesta recerca legislativa sobre la docència MIR i l'ensenyament de les especialitats en centres jerarquitats, amb el dubte sobre la seva perdurabilitat, atesa la reiteració de les modificacions i dels aclariments ministerials. Un hom es pregunta si és possible entre els ministres espanyols d'elaborar una legislació amb la previsió de llarga durada i poder dir. «Llarga vida a la Llei».

L'ANY 1978.

No podem fer una explicació històrica de la nostra especialitat sense referir-nos a dues figures d'especialistes en COT que jugaren un importantíssim paper des de la universitat l'un i des de la sanitat ministerial l'altre: els professors Gomar Guarner (Fig. 20) a València i Palacios Carvajal a Madrid (Fig. 21), amb mútua convergència vers un exercici i una docència de l'especialitat, equilibrades en la xarxa pública tant docent com assistencial.

El professor Gomar Guarner (1918-2006) era valencià de La Pobla del Duc i desenvolupà una carrera universitària i vocacional des de jove. A la facultat fou deixeble del professor



Figura 20. Prof. Francisco Gomar Guarner (1918-2006).



Figura 21. Prof. José de Palacios Carvajal (n. 1928).

Martín Lagos, que després es traslladà a la Universitat de Madrid (1945) i el nou catedràtic fou Lafuente Chaos, que més endavant també es traslladaria a Madrid; finalment la càtedra s'estabilitzà amb el professor Gascó. A la Universitat començà de professor de classes pràctiques i seguí de professor adjunt als 28 anys; després de tres oposicions arribà a guanyar càtedra de «quirúrgica» a Sevilla, quan tenia 36 anys. La mort del professor Gascó li permeté d'obtenir per trasllat la càtedra de València l'any 1958 i a partir de llavors es produí un fet molt important en la cirurgia ortopèdica i traumatologia: arribà a un acord amb l'altre catedràtic de cirurgia, el professor Carbonell Antolí i es repartiren la patologia quirúrgica de manera que Gomar dedicà la càtedra

a l'aparell locomotor i Carbonell a la cirurgia visceral. Aquesta solució repeteix la que el professor Joaquim Trias i Pujol establí durant la Universitat Autònoma de Barcelona, però ara es tractava d'un acord intern entre ambdós catedràtics. No fou fins l'any 1978 que el Ministeri declarà permanent l'adscripció de la càtedra a la nostra especialitat i així fou nomenat el primer catedràtic numerari de cirurgia ortopèdica i traumatologia.

La tasca de Gomar per a enaltir amb personalitat pròpia l'especialitat dintre de la universitat s'amplià a partir de 1975 amb la creació de la Universitat de Murcia sota tutela de la de València. Aconseguí que es dotés amb una plaça de professor per a COT i se li donà el nom de professor agregat, de nova creació i copiat de la universitat francesa; la guanyà Navarro Quilis. Aquesta nova dotació es repetí a Salamanca amb Ferrández Portal, a Valladolid amb Sánchez Martín, a Saragossa amb Seral Iñigo, a Canaries (La Laguna) amb López Alonso i a Extremadura amb Munuera Martínez. Al cap d'uns anys aquesta qualificació d'agregat, que no es corresponia amb les places oficials de la universitat espanyola, obligà a normalitzar la denominació i foren transformats en catedràtics en la mateixa destinació; Navarro Quilis es traslladà a la Universitat Autònoma de Barcelona i Ferrández Portal i Munuera a les de Madrid.

A l'octubre de 1982 foren convocades places de nova creació per a professors de COT amb el nom, acceptat pel ministeri, de Professor Titular, que podia conviure amb el de Catedràtic de patologia quirúrgica general sense que semblés una divisió definitiva del contingut global de la càtedra, malgrat que les noves especialitats reconegudes com matèria docent pròpia serien independents, però coordinades pel catedràtic com Cap de Departament de Cirurgia. Al BOE del 22-1-85 aparegué la resolució del concurs del ministeri d'Educació i Ciència i foren nomenats per a les universitats nou professors numeraris amb grau de Titular: entre ells Collado, Viladot i Esteve de Miguel per a la Universitat Autònoma de Barcelona i Fernández Sabaté per a la Universitat de Barcelona, Unitat Docent de Bellvitge, i amb posterioritat ho fou Ramon Soler per a la Universitat de Barcelona, Unitat Docent del Clínic; a Madrid ho foren Vaquero González, Carreño i Vallejo i a Múrcia Clavel Sainz. A partir de llavors ja tenim en les universitats barcelonines un catedràtic i cinc titulars. El que després ha succeït en noves universitats con Lleida i Reus- Tarragona ha ampliat la dotació. L'any 2002, segons l'estudi de Ferrández Portal hi havia a les universitats espanyoles per a la COT 11 catedràtics i 45 professors titulars. Aquest mateix catedràtic junt amb el professor Munuera proposaren al Ministeri que la COT fos reconeguda com Àrea de Coneixement independent i el Consell d'Universitats ho acceptà (BOE 24-5-2205). L'ombra del professor Gomar és allargada.

A Madrid el professor Palacios Carvajal aconseguí influència en el desenvolupament de l'especialitat mercès al càrrec polític en el Ministeri de Sanitat, de nova creació amb el Govern del president Adolfo Suárez. El nostre professor i antic president de la SECOT nasqué a Madrid l'any 1928 i a la mateixa ciutat estudià fins acabar la llicenciatura de medicina l'any 1952. Des de València i per trasllat de càtedra arribà el professor Martín Lagos l'any 1945 i una de les primeres tasques fou ajudar a reconstruir l'Hospital Clínic destruït per la guerra; mentre la docència es recuperà a l'antic hospital de San Carlos a Atocha i amb ell fou alumne intern el jove Palacios Carvajal fins que es llicencià. Passà a ésser metge intern de la càtedra, hi cursà l'especialitat a la seva escola universitària i l'any 1957 guanyà per oposició la plaça de Professor Adjunt, que ocupà durant deu anys; Martín Lagos el nomenà Director de l'Escola Professional de cirurgia ortopèdica i traumatologia. Un cop instal·lats definitivament en el reconstruït Clínic de Madrid el catedràtic decidí especialitzar alguns col·laboradors i ho distribuï així: Figuera Aymerich pulmó i cor, Estades Ventura aparell digestiu, Bravo Zabalgoitia neurocirurgia i Palacios Carvajal traumatologia i cirurgia ortopèdica. Neix una altra experiència d'especialització per voluntat del catedràtic amb independència de les altres càtedres de cirurgia de la universitat madrilenya.

Quan el Cap d'Inspecció de l'INP doctor Martínez Estrada decidí amb Segovia de Arana impulsar un nou hospital jerarquitzat, seguint les indicacions de Soler i Durall, comptà amb l'organització quirúrgica de la clínica universitària de Martín Lagos i fitxà a Figuera Aymerich i a Bravo per a la Clínica de la Concepció i a Palacios Carvajal per a la Ciutat Sanitària La Paz; fou com un buidament de la càtedra. Per a ajudar al catedràtic Palacios Carvajal va seguir participant en la docència i en la direcció de l'Escola de l'Especialitat, i simultàniament el seu coneixement dels traumatòlegs espanyols fou aprofitat per Martínez Estrada per a escollir els millors i oferir-los la plaça de cap de servei jerarquitzat; ja hem dit que a vegades era difícil que ho acceptessin entre els cirurgians de «cupó» del SOE dintre de la mateixa ciutat i llavors calia cercar-ne un d'una altra procedència.

Durant la dictadura franquista les qüestions de la Seguretat Social eren dirigides des del Ministeri del Treball on Girón de Velasco havia organitzat el SOE. En formar-se el primer govern democràtic amb Adolfo Suárez hom creà el Ministeri de Sanitat i el primer ministre fou Sánchez de León, el qual nomenà com subsecretari al professor Palacios Carvajal; era l'any 1978. Des de llavors les normatives aparegudes al BOE ja no procedeixen del Ministeri del Treball i comencen a ésser conjuntes entre Seguretat Social i Universitats, i per equilibrar-ne l'autoria apareixen com procedents de la Presidència de Govern. Darrere de les ordenacions sobre especialització, sobre docència Mir i

sobre concerts hi ha l'actuació discreta de Palacios Carvajal, amb un peu a la sanitat pública i l'altre a la universitat. La seva obra és difícil d'igualar en la transformació de l'organització hospitalària de la COT.

Es obligatori recordar i referir-se a la tasca docent del professor Palacios Carvajal a la Ciutat Sanitària La Paz amb la finalitat de fer arribar l'ensenyament i la posada al dia als caps clínics i caps de servei; així tingueren accés a uns cursos molt qualificats de formació continuada. Organitzà els Fines de Semana Traumatológicos, que gaudiren d'una assistència massiva de cirurgians amb responsabilitats de comandament en els hospitals de la xarxa pública i jerarquitzada de la Seguretat Social. Omplí un buit no previst en cap de les ordenacions i legislacions publicades en el BOE, on simplement s'hi aconsella la necessitat d'una bona formació. Posà en contacte a la elit de la cirurgia ortopèdica i traumatologia espanyola amb les figures més destacades del moment i hi foren convidats els grans cirurgians dels hospitals europeus, on realment nasqué i s'innovà la nostra especialitat. Els «fines de semana» foren el fòrum de trobada on es creà amistat i major coneixement entre els responsables de l'especialitat en els hospitals espanyols.

CURSOS SUPERIORS D'ESPECIALITZACIÓ.

La responsabilitat docent des del moment de rebre els candidats escollits per a les places inicials de metges interns ens obligà al CRT de Barcelona a preparar el programa per als tres anys inicials de formació teòrica. Es repartí en tres cicles, un per curs acadèmic: 1er. Generalitats, 2on Traumatologia i 3er Cirurgia ortopèdica. Cada nova promoció seguiria el cicle de l'any d'arribada i així funcionaria la roda. Com model se m'acudí el del professor Merle d'Aubigné al pavelló Ollier de l'hospital Cochin de París dedicat exclusivament a Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia amb dos-cents llits. El departament de COT dirigit pel doctor Collado disposava per primera vegada a Barcelona d'una concentració de cent llits per a l'especialitat i per a responsabilitzar-se d'una formació pràctica intensa, fins llavors inexistent. Com que encara no teníem temari o programa per als MIR ho adaptàrem a una forma de sessions clíniques setmanals amb temes i conferencians ben seleccionats, que ho podien preparar amb temps. D'acord amb el director doctor Sales Vázquez i esperonats pel secretari doctor Bartolomé Fernández de Gorostiza, que volia demostrar la validesa de la confiança que li havia donat el doctor Martínez Estrada, vaig elaborar uns programes de conferències setmanals distribuïdes per trimestres (Fig. 22). Fui elegit per a aquesta tasca perquè havia estat professor de classes pràctiques de la càtedra del professor Piulachs i la còpia conservada n'és testimoni.

Aquest model de docència teòrica no fou interromput i quan aní a Bellvitge com a cap clínic al servei del professor

CIUDAD SANITARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL
"FRANCISCO FRANCO"
CENTRO DE REHABILITACION Y TRAUMATOLOGIA
BARCELONA

PROGRAMA DE SESIONES CLINICAS

1er. TRIMESTRE DEL AÑO ACADEMICO 1.967-68

Las sesiones tendrán lugar los sábados en el aula del Centro y darán comienzo a las 10'30 horas de la mañana.

- 7-X-67 "EL TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LOS QUEMADOS Y SU REGULACION HUMORAL".
Dres. J. PLANAS, L. REVERT y S. LA FUENTE.
- 14-X-67 "ORIENTACIONES TERAPEUTICAS ACTUALES EN LA PARALISIS CEREBRAL".
Dr. F. CRUZ HERNANDEZ
"COMPLICACIONES UROLOGICAS DE LOS TRAUMATISMOS PELVIS"
Dr. J. ROVIRA ROSELL
- 21-X-67 "LOS TRAUMATISMOS CERRADOS DEL ABDOMEN"
Prof. P. PIULACHS
- 28-X-67 "LA PREPARACION PREANESTESICA"
Dra. C. GODET
"TUMOR DE CELULAS GIGANTES"
Dr. R. ORTIZ CAMPOS
- 4-XI-67 "HISTORIA CLINICA EN REHABILITACION Y CIRUGIA DEL APARATO LOCOMOTOR"
Dres. R. SALES VAZQUEZ y L. PORTAL
- 11-XI-67 "ATELECTASIA POSTOPERATORIA"
Dr. L. CARRERAS
"URGENCIAS OTORRINOLARINGOLOGICAS"
Dr. J.Mª TORRES DE GASSO
- 18-XI-67 "RADIOLOGIA DE LA CERVICOCARTROSIS"
Dr. J.Mª VILASECA SABATER
- 25-XI-67 "RECUPERACION FUNCIONAL DEL HOMBRO"
Dr. F. BALAGUE
"SEROLOGIA DEL REUMATISMO"
Dr. L. ARCALIS
- 2-XII-67 "LESIONES NERVIOSAS Y TENDINOSAS DE LA MANO"
Dres. J. MADRIGAL, F. ANGLAS y S. PALAZZI COLL
- 9-XII-67 "RECUPERACION FUNCIONAL DEL CODO"
Dr. F. BALAGUE
"DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE LAS PEQUEÑAS LESIONES DEL HOMBRO"
Dr. F. MARTINEZ GONZALEZ
- 16-XII-67 "PROBLEMAS DE PSICOLOGIA EN LA REHABILITACION DE LOS TRAUMATICOS"
Prof. M. SIGUAN
- 23-XII-67 "LA RECUPERACION FUNCIONAL DE LA MANO"
Dr. F. BALAGUE
"SEROLOGIA DE LA LUES"
Dr. F. FERNANDEZ PEREZ

EL DIRECTOR DEL CENTRO

Dr. R. Sales Vázquez

EL SECRETARIO DE ACTIVIDADES CIENTIFICAS

Dr. A. Fernández Sabaté

Figura 22. Programa MIR CRT.

Cabot Boix també fou acceptat i es feia els dissabtes, que encara eren laborals pel matí; més endavant foren lliures i s'implantà el que en deien la «setmana anglesa», que obligà a redistribuir les activitats

L'any 1982 vaig rebre el nomenament de cap de servei de l'Hospital de Bellvitge després d'oposicions celebrades segons la legislació a la sala d'actes de l'INP a Madrid. Constaven de curriculum avaluat pel tribunal, d'exposició de la memòria i d'examen teòric amb cinc preguntes, que després calia llegir públicament; aquest rigor era semblant al de les oposicions universitàries. En aquell any ja s'havia legislat sobre el model de formació dels MIR i sobre els temaris de docència. Organitzar les conferències a cada hospital docent fou un treball difícil ja que calia trobar sovint especialistes en determinats temes i l'elecció queia en la mateixa persona. Vaig pensar que també aquí podia aplicar-se el model del professor Merle d'Aubigné (Fig. 23) consistent a preparar un programa conjunt per als hospitals docents de París, consensuat pels diversos professors caps de servei i de forma preferent desenvolupat per ells mateixos, de manera que els interns i els caps clínics el dilluns al vespre acabaven coneixent i familiaritzant-se amb personalitats, els «patrons» segons costum francès, que no haurien tingut tan a prop.



Figura 23. Prof. Robert Merle d'Aubigné (1900-1989).

Ens reunírem els caps de servei d'hospitals docents que tenien programa MIR amb la idea d'organitzar un curs en comú semblant al model abans comentat (Fig. 24). Hi havia residents a Vall d'Hebron, a Bellvitge, al Clínic, a Sant Pau i a Terrassa a l'any 80 i no tinguérem cap obstacle per acceptar la proposta. Els respectius caps eren: Collado i Madrigal (2 serveis), Fernández Sabaté, Ramon Soler (havia conegut l'experiència a l'hospital Cochin), Roig Boronat (alumne de Trueta a Oxford) i Guitart (alumne de Piulachs); des dels primers dies ens assistiren gustosament els caps de servei

de COT de l'Hospital Infantil de Vall d'Hebron el doctor González Ferré i de Sant Joan de Déu el doctor Minguella, fet important perquè els organitzadors pertanyíem a hospitals d'adults. El programa es posà en marxa el mateix any i el local de convergència, casa de tots, fou lògicament l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i el dia triat el dijous un parell d'hores abans de començar la sessió de la Societat Catalana de COT; els alumnes MIR podien assistir després a la reunió de presentació de casos dels membres de la Societat i completar l'aprenentatge. Vaig aconseguir que un laboratori ens imprimís el programa i que el distribuís en els diferents hospitals per a que l'activitat fos coneguda per tots els metges interessats.

Els diferents presidents de la Societat Catalana de COT (jo ho era al 1983-85) acceptaren les responsabilitats de facilitar aquesta organització docent i d'acord amb els caps de servei hi anàrem introduint les modificacions necessàries per a tenir-les ben actualitzades i adaptades a les normatives de la Comissió Central de l'Especialitat. Des de fa anys la majoria de Presidents són a la vegada caps de servei amb acreditació docent i per tant doblement responsables d'aquesta organització per als propis MIR i els de molts hospitals catalans. Els MIR de Girona, de Lleida i de Tarragona sempre han fet l'esforç lloable de desplaçar-se i venir a Barcelona els dijous, llevat, evidentment, dels que estan de guàrdia. L'Acadèmia lliura al final del cicle un diploma acreditatiu d'haver seguit els ensenyaments del programa docent. Al cap de més de trenta-cinc anys el sistema segueix ben viu i actualitzat.

No n'hi havia prou portant a terme aquest encàrrec docent sobre la formació MIR de manera conjunta ja que la legislació hem vist que es modificava o perfeccionava i calia adaptar-se i la millor manera era ésser-hi dins formant part de comissions, decisòries per a ajudar al bé comú de la sanitat pública. Durant la meua etapa de President de la SECOT vaig pertànyer durant set anys a la Comissió Central de Docència de COT al Ministeri de Sanitat, el qual permet un millor coneixement de la qualitat docent i dels esdeveniments de l'ensenyament de l'especialitat i posar-la al dia; el mateix podem dir de la pertinença al Consell Català d'Especialitats en Ciències de la Salut i a la Comissió Central de Prestacions Ortopèdiques. Em nomenaren membre del Comitè d'Experts en Control de Qualitat dels Centres Assistencials en representació del Col·legi Oficial Metges per tal d'elaborar un llarg informe oficial; també de la Comissió Tècnica de l'Àrea Quirúrgica i de la Comissió d'Estudi de la Infecció Quirúrgica del Ministeri de Sanitat. De les coneixences sobre el funcionament de l'administració i dels agraïments per col·laborar-hi s'en beneficien els MIR del Servei ja que algunes portes s'obren més fàcilment i els objectius s'albiren amb més claredat. En conclusió és bo barrejar-se amb els



II CURSO DE CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA PARA MEDICOS RESIDENTES AÑO 1983



Organizado por los Hospitales con Programa
de Docencia

I.º ciclo: GENERALIDADES

ENERO	11. Anatomía y fisiología del sistema nervioso periférico. <i>Dr. S. Rofes.</i> 18. E.M.G. <i>Dr. L. Montserrat.</i> 25. Clasificación y etiología de las lesiones nerviosas periféricas. <i>Dr. S. Palazzi Coll.</i>
FEBRERO	1. Diagnóstico de las lesiones del S.N.P. <i>Dr. G. Ramírez.</i> 8. Tratamiento de las lesiones del S.N.P. <i>Dr. S. Palazzi Coll.</i> 15. Anatomía y fisiología del tendón. <i>Dr. J. J. Medrigal.</i> 22. Lesiones tendinosas: cicatrización. <i>Dr. J. J. Medrigal.</i>
MARZO	1. Síndromes compartimentales. <i>Dr. R. Ramón Soler.</i> 8. Diagnóstico diferencial de las monoartritis crónicas. <i>Dr. D. Roig Escofet.</i> 15. Bases inmunológicas de la artritis reumatoide. <i>Dr. D. Roig Escofet.</i> 22. Artritis por microcristales. <i>Dr. J. Valverde.</i>
ABRIL	5. Artropatías neurógenas. <i>Dr. J. Roca.</i> 12. Artropatía hemofílica. <i>Dr. F. Marqués Gassol.</i> 19. Limitaciones de la movilidad articular. <i>Dr. J. J. Medrigal.</i> 26. Patogenia de la artrosis. <i>Dr. J. J. Medrigal.</i>
MAYO	3. Diagnóstico de la preartrosis. <i>Dr. A. Vilalta.</i> 10. Fisiopatología del tejido óseo. <i>Dr. A. Fernández Sabaté.</i> 17. La circulación en el hueso. <i>Dr. A. Fernández Sabaté.</i> 24. Infecciones osteoarticulares primarias. <i>Dr. J. Alonso Ros.</i> 31. Infecciones postquirúrgicas. <i>Dr. J. Embodas.</i>
JUNIO	7. Actualidad de la tuberculosis osteoarticular. <i>Dr. J. L. Roig Boronat.</i> 14. Semiología en C.O.T. <i>Dr. R. Ramón Soler.</i>
SEPTIEMBRE	20. Traumatismos abdominales. <i>Dr. M. Serró Palau.</i> 27. Traumatismos torácicos. <i>Dr. J. Sánchez Lloret.</i>
OCTUBRE	4. Traumatismos craneales. <i>Dr. F. Isamat.</i> 11. Shock traumático. <i>Dr. J. Mas Marfany.</i> 18. Politraumatizados. <i>Dr. F. Colledo.</i> 25. Embolismo graso. <i>Dr. R. Balius.</i>
NOVIEMBRE	8. Enfermedad tromboembólica. <i>Dr. F. Martínez Brotons.</i> 15. Miopatías. <i>Dr. J. A. Martínez Matos.</i> 22. Fisiología del metabolismo P. Ca. <i>Dr. E. Vilardell.</i> 29. Osteopatías endocrinas. <i>Dr. E. Vilardell.</i>
DICIEMBRE	6. Bases genéticas de las osteopatías. <i>Dr. J. Prats.</i> 13. Osteopatías renales. <i>Dr. A. Alier.</i> 20. Tumores óseos. <i>Dr. A. Alier.</i>

Las lecciones tienen lugar en la Academia de Ciencias Médicas, P.º Bonanova, 47, los martes a las 20 horas.

INFORMACION: Srta. Olga Mestre. - A. C. M. Secretaría. - Teléf. 211 43 00

1a

que fan bullir l'olla i remenen les cireres per a que els teus en treguin el profit alíquota.

La formació mitjançant el programa MIR abans referit a l'ACM es pot enriquir amb els cursos de formació de postgrau que organitzi cada Servei. El professor Cabot ho acredità amb els de genoll, dels quals en fou pioner ja que els havia començat a l'any 1969 essent cirurgià de «cupo» a la Residència i els dirigí cada any fins a la V^a edició el 1978; la mort precoç abans de la jubilació ho va interrompre però es varen reprendre al 1983 amb l'esforç dels doctors Marín i Cabot Dalmau fins arribar a la XIII edició. Els metges del Servei especialistes en determinats aspectes de la nostra patologia organitzaren, amb la col·laboració dels MIR cursos sobre patologia de l'anca (Coscujuela), cirurgia sèptica (Cabo), patologia de l'espatlla (Armengol), osteotaxis i biomecànica (Fernández Fairen), patologia del raquis (Roca Burniol), nervis perifèrics (Orduña), bioenginyeria (Morales de Cano); els d'anca tingueren VII edicions i els de cirurgia sèptica VIII edicions. En alguna ocasió el curs molt específic s'encarregà a un professional bon amic que acceptà de venir a Bellvitge per impartir-lo, com és el cas dels guixos funcionals a càrrec del doctor Fernández Esteve de València i de Biomecànica del professor Paul Blaimont de la Universitat de Brusel·les. El conjunt de l'aportació del servei de COT de Bellvitge en cursos ascendeix a 51 entre els anys 1982 i 2005.

El programa de docència dels MIR acordarem reforçar-lo amb cursos semblants d'altres hospitals, algun d'ells clàssic com foren els de patologia del peu del professor Viladot a l'Hospital de Sant Rafael, els de tumors del professor Majó a l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, de l'AO del doctor Orozco Delclos i de Cirurgia Ortopèdica Infantil del doctor Minguella a l'Hospital de Sant Joan de Déu. L'acord implicava que els MIR que hi assistien tindrien matriculació gratuïta i que a canvi el curs concret era considerat en els programes d'educació dels MIR. Alguns cursos per a visitants estrangers també ajudaren a la formació dels residents.

Encara que els hospitals docents rebien metges del programa MIR des de quasi la seva inauguració, calia demanar el reconeixement d'hospital docent i després de la unitat docent d'especialitat per a que la seva tasca fos oficialment reconeguda pel Ministeri. El professor Cabot ho havia demanat l'any 1973 amb l'informe pertinent i el programa de tres anys teòrics, però malgrat les disposicions ministerials publicades al BOE l'administració trigava molt de temps a respondre. Jo ho vaig tornar a demanar amb nous informes al cap de sis anys i arribà la resposta confirmativa a l'agost de 1986. Aquestes dificultats administratives palesen que una cosa és la claredat dels articles del BOE i una altra l'activitat de tantes i variades comissions que s'arriben a crear. Per fer el nostre programa de l'especialitat el professor Cabot s'informà d'altres programes de professors europeus

coneguts d'ell que gentilmente l'ajudaren, com em consta en la correspondència que conservo: Pietrogrande (Milano), Palacios (C.S. La Paz), Vaquero (Hospital Provincial de Madrid), Merle d'Aubigné, Hospital Cochin, París), Sentí Montagut (Madrid, President de la SECOT). Fou un notable esforç per a fer un programa a nivell europeu. Palacios Carvajal contribuí molt en la formació dels nostres especialistes organitzant els «Fins de Setmana» del seu hospital, en els quals convidava als més grans mestres europeus.

La darrera baula d'aquesta cadena docent ja estava programada oficialment per l'administració central: s'havia d'ajudar i estimular el metge resident en fase ja avançada de la seva formació per tal que fes la tesi doctoral. Es tracta d'una feina afegida a la docència i que exigeix l'ajut del cap de servei, professor numerari universitari, com director i del tutor com guia personal al costat de l'alumne. S'en dedueix una condició que a vegades passa per alt a la nostra administració: han de ser doctors per a dirigir una tesi doctoral. La preparació de la tesi obligava a seguir prèviament i durant dos anys acadèmics una sèrie de cursos per a guanyar un total de 32 crèdits; cada any un dels cursos s'havia de seguir en una universitat diferent d'aquella on s'havia matriculat el doctorand i a Barcelona poguérem recórrer a l'Autònoma. La distribució de crèdits fou la següent, amb coneixement del catedràtic professor Pera:

- primer curs: principis bàsics en COT (4 cr), cirurgia d'anca (3 cr), cirurgia sèptica (3 cr), cirurgia del peu (prof. Viladot UAB, 2 cr) i treball de recerca (4 cr).

- segon curs: principis bàsics en COT infantil (doctor Minguella, sant Joan de Déu, 4 cr), cirurgia del genoll (3cr), cirurgia dels nervis perifèrics (3 cr), cirurgia de l'espasticitat (prof Nardi UAB 2 cr) i treball de recerca (4cr).

Aquest programa es complí fidelment durant els biennis 1990-91 fins el 1999-2000, quan canvià la normativa del doctorat i no es consideraren necessaris. Amb tota aquesta programació els metges joves pogueren preparar i llegir la tesi fins a un total de 15 doctorats entre el centenar de residents que ens confiaren la seva formació. No tothom arribava a fer l'esforç de preparar-la, que exigia certes privacions i sacrificis, però no oblidem que el grau de doctorat és un crèdit fonamental de cara a la possible promoció dels metges d'hospital. Alguns antics MIR guanyaren plaça al mateix hospital, després continuaren la formació en el Servei i s'anaren promocionant; setze metges arribaren a ésser nomenats caps de servei dintre de l'àmplia xarxa hospitalària que també inclou els hospitals comarcals.

És palès que sempre donarem importància a la formació en cirurgia ortopèdica i traumatologia infantil, ja que el curs del doctor Minguella anava acompanyat també d'una obligatòria rotació del resident pel corresponent servei de l'Hospital de Sant Joan de Déu; a la Ciutat Sanitària de Vall

d'Hebrón era més fàcil ja que l'Hospital Infantil en formava part. Quan es va projectar la Residència per a Bellvitge la idea a l'INP fou que es completés amb un CRT, un hospital infantil i una maternitat, de manera que al final hauríem tingut una Ciutat Sanitària. S'havien construït les rampes d'accés a aquests centres i a Madrid vaig poder consultar els plans de quiròfans del CRT (en conservo còpia) en ocasió d'un viatge programat pel nostre Director, el doctor Capdevila, per tal d'informar-nos i conèixer millor el projecte. Fou l'època de les transferències de la Sanitat a la Generalitat i els plans canviaren de rumb ja que enfront de la Residència teníem el nou Hospital Oncològic que s'havia construït per iniciativa de l'associació per a la lluita contra el càncer, presidida per la Sra. Elvira Guilera; tenien greus problemes econòmics i sembla ser, «vox populi», que s'eixugaren els deutes amb el pressupost de la no nata ciutat sanitària. A Bellvitge la Residència restà com Hospital General i l'Hospital Infantil de Sant Joan de Déu fou considerat el propi de la nostra àrea del Baix Llobregat.

Coneixedor del funcionament de la Comissió Central de Docència i de la Comissió pròpia per a COT, s'acordà amb el doctor Minguella que podríem sumar els llits dels respectius serveis de COT i demanar un tercer MIR assignat al meu servei, però amb la condició que fos en comú entre ambdós i que sempre rotaria per Sant Joan de Déu com servei propi. Calia posar d'acord les direccions i gerències dels dos hospitals, fet que sortosament s'aconseguí sense dificultats. Al juny de 1990 se li explicà al professor Munuera, per si podia donar-nos un cop de mà en la seva tramitació i al maig de l'any següent s'ens confirmà l'increment d'una plaça més de resident. Aconseguírem que la formació dels nostres residents arribés a un grau superior de qualitat i que el servei infantil de COT de Sant Joan de Déu formés part del circuit de docència de la via MIR.

De l'activitat de recerca, bàsicament clínica, dependrà que els MIR puguin ésser coautors de publicacions o copartíeps de comunicacions, manera recomanable de formar-se un curriculum. En les meves publicacions, que arribaren fins a 264 en jubilar-me, quasi sempre hi participaven metges del servei i residents, i així el treball en comú passava a formar part dels mèrits acadèmics de futurs candidats. L'esforç dels metges d'un servei per a preparar comunicacions, lliçons i conferències ha de comptar amb l'ajut dels joves residents per a que en puguin aprendre l'elaboració, la selecció de les imatges i l'ordenació de l'exposició, sense oblidar que la presentació de casos a càrrec dels MIR en sessions internes del Servei ha de permetre el perfeccionament de la dicció, l'enriquiment del vocabulari i el control de les pauses, tant incorrecte en molts que malmeten l'esforç d'un bon treball per culpa d'una comunicació deficient. Vaig preparar un diccionari d'errors de vocabulari (Questions de Lèxic, 148

entrades) per a la SOCCOT per tal de corregir el problema. En les meves sis-centes intervencions orals en reunions, cursos i congressos vaig procurar que haguessin estat útils en aquest sentit. És un principi d'actuació que Ramon y Cajal aconsellava en les seves «Normas y consejos para la investigación científica», que fou un clàssic en la formació dels metges joves i que malauradament pocs arriben ja a conèixer: obres mestres que s'obliden i que el temps s'endu. «Sic transiit gloria mundi», des dels romans.

La responsabilitat del cap de servei és fonamental en aquest mecanisme de progrés científic que sempre ha d'acompanyar la formació pràctica (habilitats quirúrgiques) i la teòrica (estudi dels texts més destacables de l'especialitat). L'estudiant d'una especialitat no pot fer omisió d'aquesta clàssica font de coneixements que formen els llibres més importants de l'especialitat escollida, que, com deia el professor Marañón, ens han d'acompanyar al llarg de la vida a la tauleta de nit. La habitual formació de l'actualitat mitjançant les notes de l'ordenador proporciona coneixements parcials i dispersos que cal integrar dintre de l'arbre del coneixement general de l'especialitat, com fulles de les seves branques.

Entre les contínues legislacions del BOE que permeten perfeccionar les estructures sanitàries assistencials i docents per una part i les actuacions concretes dels membres d'un servei —són dades biogràfiques personals— respecte als MIR per una altra part, hi ha d'haver el control de la Comissió corresponent. El Ministeri ho avaluà una vegada amb l'enquesta d'octubre de 1991 i que jo sàpiga no s'ha repetit; ¿cóm es pot mantenir un control centralitzat amb l'anàlisi de les enquestes de tots els milers de residents dels hospitals espanyols? Tot ha seguit en mans de la bona voluntat de les Comissions autonòmiques o de la Comissió del propi hospital.

L'entesa entre Sanitat i Universitat ha portat a transformar en hospital de facultat de medicina alguna Ciutat Sanitària amb la signatura del concert interministerial preceptiu. Apareix llavors una nova activitat compartida entre els metges i els alumnes de medicina: cal programar-los les pràctiques de cada assignatura clínica en el corresponent servei de l'especialitat o matèria del programa. En la Unitat Docent de Bellvitge teníem 80 alumnes en cada curs; per a la patologia quirúrgica de l'aparell locomotor (2.000 alumnes en 25 anys) l'explicació de la matèria durava tot el curs i feien vuit mesos de rotacions en el servei. Per a les pràctiques férem grups de deu alumnes cada mes, que eren distribuïts entre els diversos equips quirúrgics per a assistir a consultoris, al pas de visita d'hospitalitzats i a les operacions com segon ajudant; a més s'els invitava a estar presents en les guàrdies. Aquí els MIR han jugat un paper molt important ja que han col·laborat en la formació dels alumnes i els han

conduit i ajudat en l'aprenentatge. És l'ocasió per a que en alguns pugui néixer una vocació docent que en hospitals no universitaris seria més difícil de descobrir i d'encarrilar.

DESENCÍS.

Són cinquanta els anys transcorreguts treballant dintre del nou sistema d'hospitals jerarquitats i docents per a especialitzar-se, introduït en la sanitat espanyola per Carles Soler i Durall. El que hauria hagut d'ésser una celebració molt destacada en el nostre sistema hospitalari, almenys en el català, ara passa quasi desapercebut. Ha estat a l'arxiu del meu curriculum amb el nomenament de metge adjunt del Centre de Rehabilitació i Traumatologia de la Ciutat Sanitària de la Seguretat Social «Francisco Franco» on hom certifica la data inaugural del 15 de juliol de 1966; ho signà el Delegat general de l'INP doctor José Martínez Estrada al cap de tres anys (1-5-69) de treballar sense contracte oficial. L'evolució i perfeccionament de les noves Ciutats Sanitàries ha estat l'obra de tots els professionals que ens hi hem esmerçat amb il·lusió i amb esforç al llarg de mig segle. Malauradament el pas dels anys ha significat el traspàs de la majoria dels pioners i per als que sobrevivim resta la responsabilitat de transmetre el passat si encara en podem tenir memòria, és a dir, si som capaços de fer-ne història. L'actual modisme periodístic i polític de la «memòria històrica» no és altra cosa que un pleonasma, al meu entendre.

Les moltes legislacions de l'administració ministerial que he comentat en aquest relat no han tingut altra objectiu que reconèixer imperfeccions passades i millorar el present de cada moment fins arribar als temps actuals, quan la meva observació dels esdeveniments i les situacions personals viscudes em fan reconèixer les desviacions d'un model inicialment correcte per influència de malentesos i de polítics. Comentaré les que sense esforç de recerca són més notables i sentides per molts companys que les han fet paleses i criticat.

a) En la primitiva distribució de responsabilitats mèdiques, dintre de l'organigrama que podríem dir fundacional, existia el càrrec de Cap de Departament, bàsicament el mèdic i el quirúrgic. Pel que fa als serveis quirúrgics l'elecció requeia en el Cap de Servei de Cirurgia General (i Digestiva) perquè hom considerava que tenia coneixements més globals de tota la cirurgia; era una herència conceptual dels professors de patologia quirúrgica general. Res a dir fins ara ja que la seva tasca era la de controlar la qualitat dels Serveis, de resoldre les necessitats de cadascun i d'equilibrar-ne els recursos. Per a portar a terme aquesta responsabilitat era imprescindible tenir equanimitat i finalment resultà que les conductes no foren guiades per aquesta virtut del comportament. Més d'un Cap de Departament ho aprofità per a millorar les dotacions del propi servei, creant un desequilibri funcional

en el Departament, i imposar decisions no consensuades amb els companys Caps de Servei quan hi havia un debat a la Junta Facultativa.

Els Caps de Departament també presidien a les grans capitals amb Ciutat Sanitària els tribunals de les oposicions o dels concursos a places de rang superior i a vegades alguns imposaren el seu poder en els nomenaments, com sabem que succeïa en algunes oposicions a càtedra; els comportaments s'assemblaven. Es evident que en conseqüència aquest poder creà malestar entre les jerarquies superiors de la medicina a les institucions sanitàries de la Seguretat Social.

En algun hospital un Cap de Servei amb poder polític transformà el seu Servei en Departament, mitjançant la transformació de subespecialitats en unitats considerades com Servei, i així el conjunt de nous serveis, a partir de les unitats que eren en mans dels cap clínics, es promocionaren i justificaren la constitució d'un Departament nou, independent del quirúrgic general. Aparegueren el que en podríem dir «supercaps de servei» amb capacitat decisòria en comissions, en juntes i en tribunals en comparació amb els col·legues de la mateixa especialitat que només seguien essent simples caps de servei. Evitem donar noms, que els més vells recordem, per a no ofendre ningú ni espolsar draps bruts.

El resultat final d'aquest desori fou la desaparició de les places de Cap de Departament en l'organigrama i per tant en les convocatòries, però la funció no havia desaparegut. Llavors l'administració de la Seguretat Social a través de gerents i directors creà el càrrec de coordinador de cirurgia i de quiròfans o de serveis mèdics (podem trobar altres noms) per mantenir activa la funció sense l'antic nom, que derivava del concepte de Divisió Mèdica i Divisió Quirúrgica dels grans hospitals del mon. Sempre pensava que el càrrec fundacional hauria estat ideal per a un cap de servei que renunciés a la direcció del propi servei o que acceptés una jubilació als seixanta-cinc anys per dedicar-s'hi; llavors ens jubilàvem als setanta anys.

b) La distribució de llits entre especialitats i la proporció entre l'assistència ambulatoria als consultoris de l'hospital o amb ingrés hospitalari, sempre fou conflictiva: la majoria demanaven més llits i la capacitat de l'hospital no es podia engrandir. El més gran problema l'ha tingut en tota la xarxa hospitalària la cirurgia ortopèdica i l traumatologia, ja que el conjunt de la seva activitat als quiròfans és tant voluminosa com la suma de les altres especialitats de la patologia quirúrgica; així es pot comprovar en les estadístiques d'hospitals que són de mutualitats i que tenen activitat no sotmesa a cap element jeràrquic ni polític, sinó simplement en funció de la pressió assistencial. Quan es fundaren les Ciutats Sanitàries ja ho sabien els planificadors de l'INP i per això separaren la COT en centres especials amb major

dotació de llits per a assumir la demanda dels malalts i tenir al mateix costat la Rehabilitació hospitalitzada. En els Hospitals Generals, procedents de la transformació de les Residències Sanitàries calia tenir en compte aquestes necessitats perquè en cas contrari apareixia un fenomen assistencial que s'acabà transformant en polític: les llistes d'espera. Als anys noranta la del nostre Servei arribà a tres mil malalts, xifra astronòmica que escandalitzà i que em va obligar a redactar un extens i meticulós informe que arribà a la butxaca del president de la Generalitat amb coneixement del Conseller de Sanitat (vegi's Informe sobre llistes d'espera al final del text). D'ençà d'aquell fet s'inicià un enfrontament amb els càrrecs directius que perdurà fins la jubilació. Per a ampliar les possibilitats assistencials s'oferiren la jornada partida, la prolongació de la jornada de treball, possibilitats de treballar pel vespre obrint quiròfans (tancaven a les 15 hores) i compensacions salarials anomenades «trams», que a molts hospitals espanyols rebien el nom de «peonadas», paraula despectiva atribuïda a un treball mèdic; en agraïment no se'm concedí mai l'opció de fer-ho.

L'administració hospitalària tingué la idea de calmar els ànims dels malalts que reclamaven instal·lant una bústia de «suggeriments i reclamacions» i les cartes, que es multiplicaren, havien de tenir una resposta del Cap de Servei. És evident que calia un mínim coneixement de la història clínica per tal d'evitar que passés per alt un cas que no es podia demorar i que necessitava operació el més aviat possible. Es creà una nova tasca i complir-la era inassequible pel seu volum ja que no podíem dir amb claredat que es tractava de dèficit de recursos. Finalment la Direcció redactà una carta amb resposta «tipus» que el Cap de Servei havia de signar; en tinc un exemplar arxivat. El text fou consultat a la comissió deontològica del Col·legi de Metges, que aconsellà no signar-ne cap. Un nou enfrontament i ressentiment amb la Direcció.

c) En alguns Serveis amb càrrec docent la qualitat universitària del Cap augmentava les responsabilitats que calia assumir col·laborant en la docència a l'Escola d'Infermeria o en la de Podologia –com és el cas de la Unitat de Bellvitge– o bé participant en Comissions oficials; entre tots ho havíem de fer tot i era imprescindible aportar-hi el nostre gra de sorra encara que representés un sobreesforç. Però s'acreditaven en qualitat els hospitals que aportaven membres a les dites comissions i dels coneixements adquirits se'n beneficiaven els membres del Servei i els seus residents. En mi recaigué el nomenament de membre de diverses comissions: Consell Nacional d'Especialitats, Consell Català de Ciències de la Salut, Prestacions Ortopèdiques, Control de Qualitat de Centres Assistencials, Control Tècnic de l'Àrea Quirúrgica i Estudi de la Infecció Quirúrgica. Pel seu compte la direcció de l'hospital podia organitzar també comissions

con la de consultes externes, la de motivació, la d'hospital tranquil, la de gestió malalts, la de llistes d'espera i cursos de gestió per als comandaments (metges, infermeria i zeladors tots junts) a càrrec de professionals que havien assessorat empreses privades per a millorar-ne el rendiment, com fou el de conceptes d'excel·lència «Adelante con la calidad». Malgrat aquestes valoracions les coses no anaven tant bé ja que la participació en les comissions a nivell nacional o autonòmic obligava a desplaçaments, a vegades a Madrid, i no sempre els elements dirigents de l'hospital ho acceptaven de bon grat, encara que sempre es comunicava prèviament per a obtenir el permís. El cas més representatiu d'aquesta actitud fou una assistència a la comissió del Ministeri de Sanitat sobre Estudi de la Infecció Quirúrgica (jo havia estat escollit membre per haver-ne introduït el tractament) com deia la convocatòria: em fou retornada per la direcció amb la resposta simple de «no autoritzat» i en conservo el document; hi vaig anar malgrat tot. Més enfrontaments amb la cúpula administrativa.

d) Un dels problemes que ha ocasionat més conflictivitat als hospitals entre les direccions i els metges ha estat segurament la qualitat dels càrrecs directius. No tenim una escola de direcció ni un MIR amb aquesta especialitat, tan lloable i necessària com les altres, i llavors ha succeït que les direccions s'han concedit moltes vegades a metges que han arribat als hospitals per la via MIR i que han decidit no exercir la seva especialitat, sigui laboratori o anestèsia, sigui cirurgia o internista, posem per cas. A poc a poc s'han anat «entrenant» dintre del mateix hospital com coordinadors o controladors a consultoris, a quiròfans, a urgències, als arxius, per exemple. Les escoles de gestió empresarial tenen cursos dedicats a la sanitat i allí acostumen a matricular-se i obtenir un diploma. Res a dir fins ara, però la conseqüència n'és una altra: que els companys senten poca apreciació quan són manats des de dalt per un altre company que ells consideraven menys capacitat per al camí MIR que havien triat. Altrament s'esdevé quan la direcció recau en una persona amb autoritat acadèmica i assistencial que els metges han de respectar pel seu prestigi, com era el cas inicial del mateix Soler Durall, del doctor Sales Vázquez al CRT o bé d'algun Cap de Servei que havia assumit aquesta responsabilitat. Des de la cúpula de l'ICS n'haurien d'estar convençuts per tal d'evitar la manca de prestigi directiu. Però el problema no s'acaba aquí quan en aquesta cúpula hi trobem personatges aliens a la sanitat pública, que arriben a ocupar el despatx per designació política però no per formació i prestigi administratiu en un sector que han de conèixer. D'ells depèn el nomenament dels gerents i hem viscut casos en que aquest càrrec ha recaigut en persones totalment ignorants de la sanitat pública, com han estat els provinents de l'empresa industrial, de la TV, de la inspecció amb escassa formació, fins i tot un capità de

la marina mercant. L'estructura administrativa i assistencial dels hospitals és força piramidal i és imprescindible la vàlua de qui n'ocupa el cim perquè tota l'estructura que el segueix mantingui el nivell de qualitat personal i respecti els superiors.

e) La qualificació acadèmica en els hospitals amb concert docent de nivell universitari i en general en els que reben metges de la via MIR (=tercer cicle) per a l'especialització, passa a vegades desapercibuda i alguns membres, tan administratius com assistencials, arriben a ocupar un càrrec sense tenir el curriculum exigible per a les funcions que han de desenvolupar. Dues situacions ho fan palès: les preparacions de tesi doctoral i els concursos per a promoció de places de metge. En el primer cas trobem caps de servei i tutors que no tenen el doctorat i que per tant no poden dirigir projectes de tesis, i parlo d'hospitals que formen part de la docència MIR i que els candidats trien després de l'examen confiats en la qualitat dels qui els rebran. L'altra situació es dona quan se celebren exàmens i concursos descentralitzats, és a dir, no en l'INP, sinó en la conselleria autonòmica o al mateix hospital: algun membre tan d'hospital com de càrrec administratiu o d'origen polític no és Doctor; els directors acostumen a formar part de tribunals d'hospital i no s'ha tingut en compte que en el cas de no ésser Doctor no en poden formar part. Als responsables dels convenis docents per part de la Universitat els ha passat per alt el control corresponent. És evident que en els hospitals universitaris adscrits a la xarxa pública això no s'esdevé gracies a la tradició acadèmica i al grau dels seus membres, que els són propis. Si escatim les causes i les resultants d'aquesta diversitat de control arribem a la conclusió que de manera subreptícia conviuen dos nivells de rigor acadèmic en els tribunals.

f) Les lleis que han regulat els concerts entre hospitals de la xarxa pública que són propietat de l'INP amb la Universitat i els concerts entre la Facultat de Medicina i hospitals de l'INP, no han tingut la reciprocitat en algun cas. Si un catedràtic guanya plaça docent en un d'aquests hospitals concertats de l'INP que assumeix la Facultat, els ministeris corresponents li han de garantir que és a la vegada Cap de Servei per a utilitzar-ho per a la seva funció docent. S'ha donat el cas d'un nomenament de catedràtic quirúrgic que es troba que el servei corresponent ja tenia el seu Cap de Servei; pot donar classes, dirigir estudis i tesis però no té comandament de llits ni de quiròfans. Gran incongruència interministerial no prevista o no controlada. És possible que una plaça de professor numerari no s'hauria de convocar si no existeix la disponibilitat de la dotació assistencial.

g) La selecció dels candidats per a MIR es fa en examen centralitzat i, d'acord amb les notes obtingudes, trien el centre i l'especialitat desitjada. Segons el número d'ordre de les notes només els primers poden triar ambdues opcions i

a mida que les places es van ocupant els candidats han de conformar-se amb la resta de les possibilitats, que no són la de la seva vocació o decisió inicial. El llicenciats que no poden optar a plaça per qualificació insuficient poden repetir examen l'any següent però els que no treuen plaça de manera definitiva han anat creant una bossa de llicenciats sense especialitat i per tant sense projecte professional en el país. Resulta que per part de les autoritats de la Seguretat Social i de la Xarxa Hospitalària espanyola no es reconeix que sigui un problema de la seva incumbència, i els simples llicenciats hauran de cercar en el mercat de treball lliure o en l'emigració la seva solució laboral. En algun cas la marxa a l'estranger permet fer l'especialització en el país receptor i més endavant demanar l'equivalència del títol a la Comissió Central de l'Especialitat, i aconseguir la convalidació que els permetrà de retornar a casa i exercir. Una breu reflexió sobre el problema descobreix fàcilment que la causa n'és l'excessiva quantitat de llicenciats que surten de les Facultats, cada vegada més nombroses, superior a la capacitat d'absorció per part de la medicina pública, que cobreix la totalitat de la població. Només l'aplicació del «numerus clausus» ben estudiat i calculat segons les necessitats de cada moment podria ésser una solució justa. Els especialistes de via MIR sense lloc de treball són contractats per a tasques escadusseres i temporals a baix preu; ¡mai dotze anys de carrera s'havien pagat a preu tan baix com ara! La Seguretat Social espanyola ha mantingut salaris més baixos que altres països europeus, fins i tot que Portugal, on marxaven especialistes dels hospitals propers a l'estat veí. Quan començarem a treballar jerarquitats als anys seixanta el valor adquisitiu dels salaris professionals era més alt que l'actual; es reduí a finals dels anys setanta en l'aplicació de l'«augment lineal».

h) Després de l'examen MIR s'inicia la tria d'hospital i els alumnes ens arriben en funció de la confiança i de l'esperança depositada en nosaltres; la qualitat i prestigi de cada Servei són definitoris en l'elecció. Alguns arriben de lluny en la geografia espanyola; benvinguts! No entenc el que descobrí en una reunió de la Comissió: que alguns centres que rebien MIR podien triar ells el candidat i no aquest el centre. Em sembla un despropòsit i una injustícia que en un concert entre assistència i docència un hospital tingui aquesta prerrogativa i desconec les justificacions que hom pugui adduir. Crec que és exigible una rectificació de l'anomalia per un criteri de justícia. A propòsit d'aquest fet val la pena comentar que algunes institucions privades tenen en llur activitat assistencial la presència de professionals que són Cap de Servei en la xarxa pública i/o Professor en la docència universitària. Tenen permís per a exercir lliurement per la tarda en consultoris privats o de clíniques però no és acceptable que aquestes institucions es valguin de llurs presència i graduació entre els metges que hi tenen

consultes per a voler-se acreditar i atribuir-se qualitat docent i, si aquesta és acceptada, que vulguin tenir dret a MIR en una institució que no és Hospital General. S'ha donat el cas d'algun metge que ha tingut pel matí responsabilitat sobre els MIR de la xarxa pública i al vespre sobre els del centre privat. La condició d'hospital universitari que després s'atribueixen aquests centres els dona prestigi en la medicina privada que fou el seu objectiu fundacional. Per més inri sabem que els malalts privats no poden ésser objecte de pràctiques per part dels residents. En el cas català la Conselleria hauria de vigilar que la denominació de «català» per a guanyar prestigi i clientela en una institució privada no sigui permesa, ja que solament les pròpies, com l'ICS, l'INCASOL, l'ICO, l'INCAVI per exemple, poden emprar-lo.

i) La preparació d'una tesi doctoral ha format part de les meves reflexions i de la meva funció docent i quasi al final d'aquestes consideracions podem conèixer-ne alguns condicionants o obstacles: Primer de tot que el Cap o el Tutor no siguin Doctors; segon que en un tribunal algun membre no sigui doctor; tercer que la durada de la llicenciatura i de l'especialització és d'onze anys, amb l'interludi de l'any o més de preparació de l'examen MIR; quart que durant aquest període el resident es casi o s'aparelli, amb les responsabilitats que comporten els crèdits, el pis i l'adaptació mútua de dos professionals amb treball. Són un cúmulo de dificultats que fan entendre que pocs arribin a sacrificar-se per a preparar i llegir la Tesi. En aconsellar a algun resident desanimat que fes l'esforç he rebut una resposta esfereïdora: ¡pel que serveix! En resulta una davallada en la qualitat acadèmica dels nostres professionals que jo considero molt preocupant i que els que diuen que tenim la millor sanitat pública no tenen en compte.

j) La xarxa pública d'hospitals té ciutats sanitàries, hospitals generals i hospitals comarcals, i entre tots es reparteixen l'assistència d'acord amb el nivell tècnic de les corresponents instal·lacions; la dita «cartera de serveis» s'hi adapta, però en canvi no hi ha entre ells prou comunicació a nivell de l'ascens jeràrquic del personal mèdic. Les places de cap de servei dels hospitals comarcals haurien de seleccionar-se en concursos que consideressin la preparació dels caps clínics dels hospitals de primer nivell i les de cap de servei d'hospital general o de ciutat sanitària al seu torn haurien de premiar l'experiència dels que han estat caps de servei en un hospital comarcal. La preparació en els grans hospitals seria la porta d'accés als màxims comandaments en centres comarcals i n'incrementaria la qualitat. L'avaluació favorable d'aquests caps de servei comarcals degut a la seva experiència podria garantir l'ascens a un nivell superior i estimularia els metges dels grans centres a progressar en aquesta via i a acceptar d'anar-hi. Actualment es fa difícil que els metges de plantilla d'un hospital de primer nivell

vulguin dirigir un servei en un de segon nivell i per això si la consideració fos favorable en el currículum hospitalari per ascendir ho faria més possible. La no existència d'aquesta carrera hospitalària, que pot semblar pròpia de funcionaris, ens ha portat globalment a una xarxa pública hospitalària amb nomenaments preferentment endogàmics.

k) Les decisions polítiques han arribat a influir negativament en la implantació de nous estudis universitaris en una Ciutat Sanitària que tingui Facultat de Medicina; a Bellvitge en tenim experiència. És una segona Unitat Docent per a medicina i especialitats mèdiques de la Universitat de Barcelona i s'hi concentren medicina, infermeria, odontologia i podologia. La disponibilitat de serveis especialitzats i amb estructura jeràrquica permet d'admetre els estudiants amb possibilitats de fer-hi un ensenyament pràctic ben qualificat. Se m'encarregà de formar part de la comissió de tres membres que havia d'elaborar un projecte per als estudis de fisioteràpia, i s'aconseguí reeixir després d'una programació molt laboriosa. Fou presentat al Ministeri d'Educació i Ciència, fou aprovat i aparegué al BOE 24-8-1996 i més tard la decisió política no permeté que a la Unitat Docent de Bellvitge es completessin els ensenyaments en Ciències de la Salut amb aquesta nova Escola, que tan lligada està a la cirurgia ortopèdica i traumatologia. La decisió política la situà en dos Hospitals comarcals sense tradició docent però acontentant les autoritats d'ambdues ciutats que així podien considerar-se universitàries; em pregunto si la dispersió universitària ha d'entrar en un joc d'intercanvi de favors i de beneficis polítics. Tampoc l'Escola de Tècnics Ortopèdics pogué implantar-se a Bellvitge, però en aquest cas degut a una decisió ministerial que considerà que aquests estudis formessin part de la Formació Professional i no pas d'una Diplomatura, que en canvi sí que fou avaluada positivament per a la podologia.

l) S'ha anat creant una dependència anòmala entre hospitals de la xarxa pública en el cas de tenir funció docent dependent de la Universitat. Si una facultat de nova creació recorre a la utilització d'una ciutat sanitària o d'un centre ben dotat que pertany a la Seguretat Social hi situa les càtedres i, si més endavant hi afegeix més hospitals a la dotació docent, els caps de servei d'aquests nous hospitals docents tindran una acreditació de professor titular, ja que depenen del catedràtic situat en el primer hospital. Es crea així una dependència jeràrquica i a vegades feudal entre hospitals, un poder no previst en mans d'uns docents sobre altres. A França no succeeix perquè el concert segons el patró conegut com «hospitalo-universitari» incorpora grans hospitals i els transforma en facultat de medicina, proveint places de professors amb la màxima autonomia dintre del seu centre, en igualtat de jerarquia entre hospitals docents i sense supeditació entre ells. En tribunals s'ha viscut com

element de poder aquesta situació, cosa que no passa entre les dues unitats docents de la Facultat de Medicina de Barcelona on existeix un respecte en igualtat en les decisions o projecció de cada unitat i en l'entesa entre professors i degans.

m) Ha evolucionat molt el sistema de nomenament de màxims responsables del servei jerarquitzats de la Seguretat Social. Inicialment foren directament nomenats pels serveis centrals de l'INP per a posar en marxa la nova estructura, i ja he dit que sovint amb dificultats per a trobar professionals qualificats que acceptessin la jerarquització. La renovació quan es produïren les primeres vacants es feu per concurs centralitzat a l'INP mitjançant valoració de l'expedient, exposició del projecte i examen de preguntes sortejades i de lectura pública final. El tribunal era constituït per personalitats de l'especialitat amb alt nivell acadèmic i per representació de la Seguretat Social al més alt nivell. En la nostra especialitat de COT les primeres places de professor universitari no foren vinculades sinó fruit de concurs al Ministeri d'Educació i amb nomenament especial al BOE. En els últims temps, amb vinculació entre cap de servei i professor universitari, han arribat a ésser fruit d'una decisió interna de l'hospital generada amb poder de la gerència i la direcció. És notable la degradació del rigor acadèmic que hem assolit amb el sistema que diem «traspasat» a la responsabilitat autonòmica. Sic transiit gloria mundi. De manera semblant a com es designa un cap també se'l pot cessar amb la simple decisió interna dels jerarques administratius de l'hospital. Aquests, descontents amb la meua gestió i la meua conducta, decidiren jubilar-me al 65 anys i se'm notificà amb la simple carta del cap de personal i després de direcció. Prèviament havien intentat que un altre professional acreditat vingués en funcions de coordinador però tres que foren consultats no ho acceptaren i m'ho comunicaren. Finalment ho acceptà un metge del servei. Dels tribunals que havien jutjat tantes places en el començament de la jerarquització fins els traspasos, ni rastre; una decadència més. En el meu cas aturà la prejubilació la Conselleria de Sanitat.

n) Uns greus exemples de la manca de sintonia entre gestors i directores i caps de servei els he viscut de molt a prop malauradament. Es tracta de quatre especialistes ben formats a les escoles espanyoles, siguin càtedres o siguin escoles professionals, que un cop acabada la seva rigorosa especialització decidiren de continuar-la en grans universitats americanes. Al cap d'un parell d'anys tornaren i guanyaren per concurs a l'INP una plaça de cap de servei. No trigaren a adonar-se que la relació entre administradors i administrats a nivell mèdic no era com la que havien conegut i viscut en els hospitals universitaris americans i nasqueren tensions entre ambdós blocs, que anaren agreujant-se fins arribar a graus de malestar i d'incompatibilitat que feren impossible

la convivència. La visió de la proporcionalitat horària entre les principals tasques de l'activitat d'un professional en un hospital de màxim nivell era la relativa a l'assistència, la docència i la recerca; els factors que impedièren aquesta proporcionalitat eren les llistes d'espera, els «plans de xoc» que obligaven a operar quasi exclusivament tres o quatre patologies seleccionades per l'administració, la cobertura de les guàrdies amb personal limitat, la contínua petició d'informes i d'estadístiques per part de direcció i de gestió. Aquests darrers impediments eren l'obstacle que trobaren per a dur a terme les tasques essencials abans referides. En els quatre casos els caps de servei renunciaren al càrrec i cercaren altres dedicacions fora de l'hospital; un retornà als USA on treballà al seu gust i plaer (Fig. 25).



Figura 25. La pressió administrativa crea un ofec del cap de Servei entre tanta documentació gestada durant un any i sense interès per a ésser arxivada.

o) Aquesta visió de les dificultats que tenen els caps de servei per a contentar l'administració i per a poder portar a terme una tasca gratificant d'assistència, de docència i de recerca és viscuda pels metges del servei i sobretot pels caps clínics, que són els qui podrien optar en el futur a una plaça de cap de servei. En casos repetits alguns especialistes qualificats han refusat un càrrec de cap per a no enfrontar-se amb els problemes referits; prefereixen seguir fent la seva tasca assistencial que els dóna satisfacció enlloc d'haver-se d'enfrontar amb gestions administratives gens atractives i sovint de difícil compliment.

p) La creació de les ciutats sanitàries jerarquitzades i la posterior jerarquització de residències sanitàries provincials ha permès de crear una xarxa hospitalària capacitada per a la docència de tercer grau que és el sistema de metge intern i resident, el MIR. Rebre aquests metges en formació suma dos nivells de professionals, els docents i els discents. Ambdós estan obligats a una formació continuada, els primers segons les personals necessitats i afinitats dintre de

la COT i els segons en funció de la programació establerta pel servei seguint normes de la comissió central de l'especialitat. Sempre és necessari disposar dels elements d'estudi bàsics, que són els llibres de referència de la patologia de cada servei, els d'anatomia i de vies d'abordatge i els de subespecialitats dintre de l'especialitat; cal afegir-hi una revista espanyola i un parell d'estrangeres almenys. A qui li cal assegurar aquest material és a la institució, que ha de reservar el pressupost per l'adquisició i per a mantenir les subscripcions; aquest material fa necessària l'existència d'una sala d'estudi, la biblioteca, i de la persona que en té cura, bibliotecari/a. Al CRT de Vall d'Hebron es tingueren en compte aquestes necessitats i al cap de mig segle el fons bibliogràfic segueix a càrrec de la responsable corresponent; els ordinadors representen la modernització dels recursos per a l'estudi.

q) La reflexió sobre aquest tema ens porta dubtar de si tots els hospitals docents disposen d'aquesta biblioteca imprescindible i les vivències acumulades durant anys ens han permès de descobrir que no és així i que alguns hospitals tenen carències per a l'estudi que són greus. Abans de la jerarquització cada metge comprava llibres i revistes i formava una biblioteca particular; després de la jerarquització aquesta s'ha d'oferir de forma col·lectiva. Els hospitals universitaris tenen la biblioteca de la facultat, sovint annexa a l'aulari corresponent, amb una dotació segons els criteris acadèmics i amb personal especialitzat. Però els hospitals no universitaris no tenen aquesta garantia i correspon a la inspecció de la seguretat social el control de la correcta dotació en cada hospital de la xarxa pública que rebí docència per la via MIR. En el meu hospital de Bellvitge la creació d'una facultat de medicina –la segona de la Universitat de Barcelona– ha permès disposar d'una biblioteca amplíssima i molt ben dotada, però que arribà uns quinze anys després de la inauguració de l'hospital. Les meves obligacions com cap de servei i com professor titular de COT m'obligaren a crear una biblioteca particular que finalment ha estat dipositada en la biblioteca de la facultat per acord amb el rector de la nostra universitat; la dotació supera una mica el miler de volums, inscrits en una pàgina web especial de la UB, que garanteixen als metges residents la consulta dels més importants tractats de la nostra especialitat.

r) El problema de la dotació de fons bibliogràfic propi de l'hospital va lligat al de la possibilitat de l'estudi individual. Tot metge especialitzat i qualificat pel seu treball en un centre d'alt nivell i de responsabilitat docent ha de mantenir una formació posada al dia, un esforç que s'ha de sumar a l'assistencial, al docent i a la recerca, almenys clínica. Parlant familiarment em pregunto, i d'on surten les hores? En la majoria de casos del despatx de casa on cadascun ha estudiat sempre; però ara es tracta d'estudiar per un mateix i també per exigències de «l'empresa» on un hom treballa,

que és hospital de la xarxa pública. Són hores nostres de profit personal revertides al lloc de treball hospitalari. La pregunta que sempre ha estat en l'ànim de molts i no s'ha plantejat en debat és si en la distribució del temps hospitalari s'ha de reservar un temps d'estudi imprescindible.

s) Hem parlat repetidament de la distribució del temps d'un professional en un hospital jerarquitzat. En el nostre cas es tracta de cirurgians ben formats que poden donar el màxim rendiment en funció de les hores de quiròfan disponibles, però que han d'equilibrar amb el pas de visita als hospitalitzats i amb l'assistència als consultoris on es coneixen els casos nous i on es proposa una solució quirúrgica ben informada. L'equilibri de la programació ha de tenir en compte el dia de guàrdia de l'equip, que l'endemà lliurarà després del control dels malalts ingressats; en total resten quatre dies de la setmana entre dilluns i divendres, més el de lliurament l'endemà de la guàrdia. Aquest programa permetia destinar dos dies a quiròfan, un a consultoris i un a la guàrdia. Però arribà l'ordre de traspasar la consulta dels ambulatoris als metges de l'hospital de referència i aquests hi havien d'anar obligatòriament. Per a complir-ho la programació restà així: un dia de consulta a l'hospital, un dia de quiròfan, un dia de guàrdia, l'endemà lliurament, un dia de consulta a l'ambulatori. Així es donava satisfacció a les propostes de l'administració per a eliminar els metges especialistes dels ambulatoris. La greu conclusió que imposa una pregunta és: tanta formació d'un especialista quirúrgic per a poder en la seva maduresa operar un sol dia a la setmana? Solucions n'hi ha per a no caure en aquest absurd però la meua missió és solament la de referir els fets viscuts.

t) Resta finalment una qüestió que solament es pot referir a partir de l'experiència personal de cadascú ja que no hi ha reclamacions sobre ella: el BOE 28-7-71 responsabilitza la Comissió d'Educació Mèdica de cada hospital acreditat per a controlar la selecció dels candidats a la plaça MIR, per a estimular la preparació de tesi doctoral i per a jutjar la concessió de permisos al residents en fase final (R.5) per a completar la formació en centres nacionals o estrangers. L'esforç d'anar-se'n a una altra ciutat representa disposar d'una economia personal per al propi manteniment i allotjament. Per a superar aquest obstacle, apart del familiar, cadascú s'ha d'espavilar per a aconseguir una beca d'estudis o una aportació per part del centre receptor. L'INP només es compromet, segons el referit BOE, a donar el permís per a absentar-se del lloc de treball i conservar la plaça durant l'estada d'estudis. Com han funcionat aquesta necessitat de perfeccionament en un centre d'alt nivell i l'altra necessitat de suport econòmic per a viure-hi solament la podem explicar amb exemples personals.

Quan jo pertanyia a la càtedra del professor Piulachs com professor ajudant li vaig plantejar la possibilitat de fer

una estada de tres mesos en el servei del professor Merle d'Aubigné a París; hi estigué d'acord i amb una certificació de cadascun vaig aconseguir la beca del govern francès i la conservació de la plaça universitària. El descobriment de les possibilitats d'aprenentatge en un servei especialitzat de dos cants lllits i d'un professor - en direm el «patró» com a França- amable, generós i conscient de la seva funció em va fer pensar que era el lloc ideal per a adquirir una formació definitiva i preparar la tesi doctoral. En tornar a la càtedra ho vaig proposar al professor Piulachs, que hi estigué d'acord i per segona vegada la carta de recomanació d'ambdós feu possible que se'm concedís la beca francesa per al curs sencer a la universitat parisenca. Al cap d'un any vaig redactar la tesi a Barcelona i finalment la vaig presentar a la nostra facultat. En conclusió els viatges d'estudi d'un professor universitari eren fruit d'un acord entre tres: el candidat, el nostre catedràtic i el professor receptor. Suposo que el meu cas és quasi idèntic al d'altres especialistes universitaris que han completat la seva formació en centres d'elit a l'estranger.

Les possibilitats d'uns estudis semblants per a un metge jerarquitzat jove dependent de l'INP no són les mateixes. Una paraula clau del BOE ens porta al problema: concessió de permisos. Per consell del patró Merle d'Aubigné vaig fer una estada d'un curs acadèmic a Lyon amb el professor Albert Trillat, que havia creat una escola de cirurgia del genoll. L'INP em concedí el permís i amb el meu salari de metge adjunt pagaren un substitut que fou un R.5 acabat de formar, però el meu manteniment fou possible per la nova concessió d'una tercera beca francesa i per l'adjudicació gratuïta d'una habitació a l'internat i dels menjars a la sala dels interns. Així vaig aconseguir el diploma d'Assistent dels Hospitals de Lyon anàleg al dels Hospitals de París de tres anys abans. El meu exemple l'he vist ratificat amb l'experiència posterior d'altres metges de l'Hospital de Bellvitge que seguiren estudis de llarga durada, a USA en tres casos i més breus a França en quatre casos; obtingueren permís amb reserva de plaça però cap ajut econòmic de manera que s'ho pagaren amb els estalvis del sou d'adjunt. Dels residents no puc parlar-ne perquè no podien permetre's un projecte semblant sense suport de beques i perquè la majoria en arribar a l'any d'R.5 preveïen un futur a la recerca abans de res d'un lloc de treball estable.

Un cap de servei ha d'estar ben informat de les novetats i arribar a dominar les tècniques recents, una forma de cobrir les exigències d'una docència actualitzada i tècnicament ben apresada. Per a omplir aquests requisits no n'hi ha prou amb la lectura dels llibres i dels volums de les revistes, que ens descobreixen els darrers avenços; cal visitar les clíniques on s'han produït per a arribar a entendre- ho en profunditat i en el cas dels cirurgians per a dominar la tècnica aprenent-la al

quiròfan al costat del mestre innovador. Així m'ho va fer veure el patró Merle d'Aubigné, que em va suggerir sempre on calia anar, almenys durant un període d'un mes, i seguint els seus savis consells vaig ésser acceptat: a Montpeller professor Vidal, a Ginebra professor Taillard i a Londres professor Nissen, ocupant plaça d'invitat francès; assabentats de les meves escasses possibilitats financeres i pel prestigi del patró que em recomanava em varen proporcionar allotjament i manutenció gratuïts. Amb beques italianes vaig poder fer estades semblants a Bolònia amb el professor Zanoli (Istituto Rizzoli) i a Florència amb el professor Scaglietti. Vaig completar els coneixements amb dos cursos a Berna i un a Davos amb el professor Muller (beques A.O.) i amb el curs de biomecànica del prof. Blaimont a Bruseles sense cap beca ni ajut. Com vaig aconseguir els permisos de l'INP per a tants estudis a l'estranger? Malgrat que sempre eren necessaris per a acreditar la meua formació com especialista d'un centre de l'INP les dificultats eren grans i la solució fou, per a no haver d'entrar en discussions i difícils justificacions amb l'administració, destinar- hi el període del mes de vacances en anys alterns per respecte amb les obligacions familiars. No vull incrementar els greuges amb els permisos curts per a cursos i congressos breus, que són habituals per a tots els metges jerarquitzats; les beques de les cases comercials que proporcionen els materials elegits en concurs són la ajuda imprescindible per als professionals i de retop fan possible el finançament dels congressos en facilitar les inscripcions necessàries per als becats. La conclusió és que la concessió de permisos consta en el BOE i el com fer- ho s'ho ha de manegar cadascú com pugui.

És una rara estratègia de la Seguretat Social per a afavorir la formació dels seus professionals. Tots els beneficis dels estudis en centres d'alt nivell i innovadors han revertit, en tots els casos que he comentat i conegut, en la millora de la qualitat professional dels metges en el seu hospital de la xarxa pública. Per a fer sortir els colors a l'administració hospitalària puc referir una trista experiència que vaig sofrir quan un gerent em preguntà per què tenia tant delit quirúrgic i anava tant sovint a quiròfan quan la meua missió fonamental era la gestió del servei i no pas l'activitat assistencial. Qualsevol de nosaltres es pot preguntar: per a arribar fins aquest punt ens és necessària tanta formació i tant d'esforç docent?

Vivim en una distorsió conceptual permanent de la vida hospitalària i de la seva regulació. Tenim la millor sanitat, exclamen els polítics responsables; quina part en tenen els metges amb el seu esforç personal? Tothom pot entendre que per a mi aquest sigui un gran desencís, potser dels més importants entre els que he referit.

u) Podem postil·lar l'anterior comentari amb una experiència viscuda en la Comissió Nacional de l'especialitat

en el ministeri de Salut ; és un record oportú per a reblar-lo. El criteri que el cap de servei ha d'ésser gestor i no pas cirurgia acreditat en la consulta i excel·lent mestre amb el bisturí a la mà, o bé cirurgia acreditat que ja no ha d'operar, no procedeix de la meua personal vivència amb un gerent determinat, sinó que es tracta d'un criteri compartit per mant gestors, com es demostrà quan rebérem un temari de preguntes per a un examen de cap, procedent d'una institució jerarquitzada i pertanyent a una autonomia que havia rebut les transferències de la sanitat. La totalitat de les preguntes corresponia a qüestions de gestió del servei, de gestió de les llistes d'espera, d'organització de les consultes externes, de distribució de guàrdies, de creació de comissions, de relacions interdepartamentals, de connexió amb els ambulatoris i altres temes d'aquesta mena. ¡Cap pregunta sobre patologia de l'aparell locomotor ni sobre indicacions ni tècniques quirúrgiques! Mai havia presenciada una sensació d'estranyesa i d'astorament com la que va provocar en els assistents a la comissió. No calia qüestionar sobre la formació assistencial ni docent ni tampoc sobre les possibilitats de recerca.

v) Quan es va crear la Seguretat Social amb una xarxa de residències el Ministeri de Treball en mans del camarada falangista José Antonio Giron de Velasco hom decidí quin havia d'ésser el símbol o escut dels hospitals (Fig. 26 a i b). La selecció recaigué en una creu com la de la Creu Roja però amb el fet diferencial que el seu color era blau ja que eren blaves les camises dels falangistes; era el color triat pel Movimiento. Aquest escut ha persistit en les bates dels hospitals catalans de la SS, però s'hi ha afegit un gest diferencial: el travessar del costat dret es subdivideix en quatre barres com la senyera. Rara adaptació entre falangisme i sanitat catalana actual. Els que tan malden per eliminar la simbologia franquista segueixen admetent, sense conèixer-ho, que portem aquest escut a la bata en els hospitals. Des de la fundació del SOE la Cruz Azul fou la condecoració lliurada a professionals que havien destacat pels seus serveis a la sanitat pública.

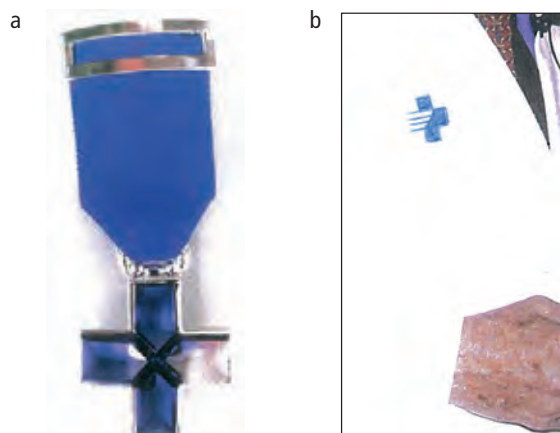


Figura 26a. Medalla Azul de la Seguridad Social atorgada al Prof. F. Collado.
Figura 26b. Escut de l'Institut Català de la Salut imprès en els uniformes mèdics.

LLISTA D'ESPERA

El servei de COT de l'Hospital de Bellvitge és, junt amb el de Vall d'Hebron, el de més responsabilitat assistencial de l'ICS perquè actua en el doble nivell de fer l'assistència dels malalts de la pròpia àrea i la dels que procedeixen de Tarragona i de Lleida, que ha de cobrir com a hospital de màxim nivell. Això ha representat que la meua responsabilitat ha estat la de crear uns equips de cirurgians capaços de poder assistir als malalts de la zona de Costa Ponent i de poder solucionar els casos greus que venen de la resta de Catalunya i a vegades d'altres llocs d'Espanya. Aquests equips tenien ja una identitat quan el Prof. Cabot Boix va morir i sols m'ha calgut estimular-los, facilitar-los els viatges d'estudi i insistir en la necessitat de comunicar els coneixements propis en cursos i en congressos. Crec que tenim equips de sobreespecialitat de vàlua reconeguda a Espanya i a Europa. Actualment disposem d'alta capacitat humana i tècnica en cirurgia de genoll, d'anca, de columna, de microcirurgia, de tumors, d'extremitat superior i de cirurgia sèptica.

Per a no interrompre l'activitat i la capacitat d'aquests equips és necessari que s'estructurin per parelles de cirurgians tot cercant entre ells un equilibri entre un veterà i un més novell, de manera que l'edat i l'experiència creïn una relació d'autoritat natural entre ambdós. Ja que en els nostres hospitals la promoció és ben minsa la resultant és l'envelliment dels metges a casa pròpia i solament podem mantenir un nivell de convivència acceptable amb aquesta solució que, d'altra banda existeix arreu del món, ja que la cirurgia ja fou exercida de sempre amb el concepte d'equip quirúrgic, i el mínim són dues persones. La continuïtat dels equips ha proporcionat destresa i experiència acumulada en determinades patologies difícils i n'ha resultat un efecte doble:

- l'acreditació i el prestigi de certs cirurgians que atrau clientela cap al nostre hospital, creguda que solament ells podran solucionar el problema.
- l'acreditació i el prestigi científic d'aquests cirurgians que els mena a ésser convidats en congressos i a organitzar els propis convidant a altres especialistes insignes que poden ensenyar-nos els avenços que han aportat.

Aquesta exposició no s'ha d'interpretar com una complaença personal sinó com una explicació d'un doble fet:

- El prestigi és una de les causes que ens fa arribar a consultes externes molts malalts de la resta de Catalunya i d'Espanya i també de la pròpia conurbació barcelonina i que passen a engruixir la llista d'espera.
- La marxa d'especialistes ben formats i prestigiosos cap a altres hospitals amb llocs de comandament i en l'actualitat deu caps de servei han estat formats en el servei de COT de Bellvitge.

L'increment de la llista d'espera amb casos difícils sols es pot solucionar amb medis que no estan al meu abast com

PETICIÓ D'INFORME LLISTA D'ESPERA



PARLAMENT DE CATALUNYA

DIPUTAT

SECRETARI DEL PARLAMENT

Dr. Alfons Fernández Sabater

Cap del Servei de Traumatologia de l'Hospital de Bellvitge

Benvolgut doctor,

Com a diputat del Parlament de Catalunya, forma part de la meva feina atendre els ciutadans de la meva comarca. Aquests dies m'ha arribat el cas d'una veïna de l'Hospitalet que porta 14 mesos de baixa per una problema dels genolls i que està pendent de ser operada a l'Hospital de Bellvitge. És per aquest motiu que m'he permès la llibertat d'adreçar-me a vostè, només per demanar-vos que vulgueu informar-me de la situació exacta d'aquesta pacient a fi de poder preveure el temps que encara li resta per ser intervinguda (tenint en compte que només li queden 4 mesos de baixa per deixar de dependre econòmicament de l'empresa i passar a la Seguretat Social). Us agrairia sincerament que em poguéssiu fer arribar aquesta informació.

Atentament,

Palau del Parlament, 7 de març de 2000

són l'increment de l'activitat quirúrgica ja sigui en horaris ja sigui en espais. La cirurgia de tarda que permet operar casos no complexos, de curta estada i no costosos no és una solució per als malalts que arriben especialment a un hospital de màxim nivell perquè en un d'inferior no poden ésser atesos. Pel que fa als metges que marxen per a ocupar llocs de superior responsabilitat –adjunts a cap de secció i caps de secció a caps de servei– llur absència quasi no s'ha fet sentir perquè en estar organitzats per parelles l'ajudant agafa el comandament amb un de més novell i l'entitat de l'equip especialitzat continua a idèntic nivell tot formant un nou especialista incorporat. Aquesta estructura ha estat copiada per més d'un hospital i en d'altres de caire actualitzat ja fa anys que és l'habitual. Malgrat tot, la direcció i la gerència de l'hospital posen en dubte la seva validesa, ja que segons els aires generals que bufen més s'estimarien cirurgians tot terreny que solucionen la problemàtica habitual. És impossible d'aconseguir un mestratge en la nostra especialitat sense aquest sistema i és impossible de tenir hospitals de màxim nivell sense equips sobreespecialitzats.

A Europa la sobreespecialització ha donat lloc a la creació de societats científiques de cirurgia de genoll, del raquis, de l'espatlla, de la mà, de l'anca, dels tumors, dels nervis perifèrics, etc.

S'està esbombant el nivell de trasplantaments assolit a Catalunya que traspasa el nivell mig europeu i això amb recursos sanitaris ben inferiors als països econòmicament més potents que nosaltres, i en canvi moltes altres activitats quirúrgiques d'elevat nivell són poc conegudes o bé no disposen dels recursos necessaris per a prosperar. Els cirurgians de grans hospitals recelen d'aquest panorama perquè ha creat dos tipus de cirurgians dins la vida hospitalària, els que participen de programes especials amb els seus avantatges científics i econòmics a final de mes i els que no hi tenen accés i que forçosament necessiten l'exercici privat per la tarda per tal d'arrodonir els ingressos. I puc assegurar, que els millors científicament i humana no es concentren forçosament en el primer grup selecte de programes especials. Va dir un anterior gerent del nostre hospital que la dedicació hospitalària podia ésser una virtut dels que han triat aquest camí, però que també podria ésser el reducte del funcionari metge que no ha sapigut trobar altre camí o que no té més capacitat que la de seguir un horari i assegurar sense més una mesada. Actualment, la capacitat dels grans hospitals per a mantenir en dedicació professionals altament qualificats és escassa.

Durant uns anys se'ns va mantenir la il·lusió amb el programa Bellvitge 2000 de l'anterior gerent. Les avantatges ofertes podien incloure el trasllat d'alguns serveis quirúrgics a l'hospital Duran i Reynals i deixar lliures a l'hospital de Bellvitge espais per als serveis que estessin més mancats.

Sense entrar en detalls de quins serien traslladats existia la possibilitat d'obtenir l'espai necessari al bloc quirúrgic actual, però tot fou un foc d'encenalls. Ara vivim amb el projecte del nou edifici que potser serà per al 2005 si els pressupostos no minven. Pel que a mi fa, ja jubilat, no hi tindrè responsabilitats ni em solucionarà res. Les llistes d'espera necessiten llits i quiròfans i aquest edifici nou no ofereix la solució. I aprofito l'avinentesa per a suggerir que un hospital més a l'àrea (potser a Sant Joan Despí, com reclamen) sí que fora una solució més efectiva per a l'atenció dels malalts de les llargues llistes d'espera d'una gran zona poc dotada de recursos hospitalaris.

La llista d'espera i el desencís dels professionals ens ha portat a aquest punt de l'exposició. El professional se sent motivat pel seu treball en termes generals i crec que el nivell de la consciència mèdica encara és elevat; en el futur, en un món funcionaritzat i informatitzat i modelat per criteris de rendibilitat i producció horària, no sé què s'esdevindrà. La única manera de motivar un cirurgià d'alt nivell és de permetre-li que pugui exercir l'ofici, que és alhora ciència i art. La satisfacció en l'ofici salva moltes situacions en tota mena de treball i en la cirurgia encara més. Deia un director mèdic amb encert que els cirurgians estaven contents amb tal que els deixessin passar el temps operant. Jo puc dir que durant la sessió clínica diària tinc sempre problemes per a aconseguir-los ja que llur demanda de quiròfan per a operar és superior a la disponibilitat que tinc. La direcció es desespera quan descobreix que alguns cirurgians tenen algun matí sense consultori ni quiròfan i es pregunta què fan, i aquests cirurgians, que són els més qualificats i madurs, demanen quiròfan per a tractar malalts que esperen i no se'ls pot donar. Com se surt d'aquest entrellat? Sols sé com s'hi ha arribat: els més veterans han tingut excedència de fer guàrdies per edat o per malaltia i a canvi del dia de guàrdia i de l'endemà que lliuraven no se'ls ha pogut adjudicar quiròfan.

Amb possibilitats humanes en el sentit quirúrgic els metges del nostre servei de COT han anat veient com de manera terrible la llista d'espera anava incrementant-se sense poder-hi fer res, amb gran sensació d'impotència. Ja fa temps que aquest desastre era previsible. I dic desastre perquè tenir més de tres mil persones esperant operar-se és un acúmulo de sofriment humà impensable i de pèrdues d'hores de treball ruïnós. Com s'hi ha arribat?

Ja fa uns quinze anys, amb motiu de la visita del Conseller Laporte a un alt col·laborador del seu departament, que jo havia operat, vaig poder fer-li saber que la llista d'espera arribava a 800 malalts, i el gerent, que ens acompanyava, va dir que no seria tant, potser per a llevar-li importància a la xifra. Però a poc a poc la xifra s'anava incrementant i amb dades documentades a la mà puc assegurar que al gener de

1990 era de 1034 malalts, la més alta de l'hospital, seguida de ORL amb 435 malalts, Cirurgia general amb 362 malalts, Oftalmologia amb 300 malalts i Cirurgia plàstica amb 260 malalts. Resulta cert que aquest fet és estadísticament conegut des de fa 10 anys i que ve a representar un terç del total del llistat el que correspon a COT, essent, llavors aquest total de 3260 malalts. He recuperat noves dades corresponents als últims tres anys:

- al desembre de 1996 teníem en llista 1.745 malalts
- al cap d'un any acabem el 1.997 amb 2.167 malalts
- a finals de 1998 passem a 2.567 malalts

– acabem el 1999 amb més de 3.000 malalts i la llista ens va assolir a l'octubre amb 3.020 malalts; el total de llista d'espera és en aquest moment de 9.044 i ens mantenim en el terç del total.

Acabem amb una xifra impensable que políticament és com una bomba de rellotgeria sota el taulell de la conselleria. Abans dèiem a Direcció que la nostra llista d'espera tan llarga era un problema greu per a l'hospital de Bellvitge i ara ens responen que la Direcció no n'és responsable perquè la llista d'espera és de l'ICS. A mi i als que amb mi treballen el subterfugi o el traspàs de responsabilitat no ens soluciona res i tinc la sensació de que algun gestor pot pensar que és com un gra que ja reventarà i que llavors, quan peti per algun costat, ja hi posaran algun pagat com a remei. I creix a un ritme d'uns 500 malalts cada any!

Crec que el Servei Català de la Salut paga una quantitat determinada per cada primera o segona visita. A quin preu surt el llarg camí de visites a l'Ambulatori i després a l'Hospital per a finalment saber que no es podrà operar fins al cap d'uns quants anys? I si les visites són font de finançament per al Centre o Institució que les fa però finalment no pot donar assistència per col·lapse, llavors què pensem d'aquesta despesa?

El nostre índex d'ocupació voreja el 120%, que vol dir que tenim ingressats per a COT més malalts que no llits assignats; tenim una estada mitjana de l'11%, com la de l'hospital globalment; l'índex d'ocupació de quiròfans és del 75,1% i el global de l'hospital del 76,7%; l'ocupació de quiròfan de tarda és del 66,3% i el general del 68,2%. Aquestes xifres demostren que l'activitat es manté a nivell dels promitjos de l'hospital. Caldria revisar les pautes de cirurgia de tarda degut al baix rendiment però crec que és similar al d'altres hospitals espanyols, on per desgràcia aquesta activitat es coneix amb el nom despectiu de "peonadas". Si rendim proporcionalment a altres serveis i tenim més alta ocupació que cap altre, d'on ve la gran acumulació de llista d'espera?

Consultes externes és el gran embut (en termes casolans) o bé el desproporcionat embassament (en termes hidrogràfics). L'allau de malalts que arriben supera els pactes de primeres visites establerts amb el servei i actualment una primera

visita ja té una demora d'un any. Però es tracta de falses primeres visites ja que els malalts arriben amb una petició de l'ambulatori on han estat prèviament visitats, explorats (amb RX, TAC, RMN), diagnosticats i informats fins a concloure que la solució és quirúrgica. Després d'un llarg temps d'espera arriben a consultes externes de Bellvitge on se'ls comunica quin tipus de tractament quirúrgic necessiten i a seguit ells demanen quan trigaran a avisar-los per operar-se i immediatament s'inicia l'enfrontament que genera la mala notícia de la llarga demora. Els nostres cirurgians en reben la primera andanada, que serà l'inici d'un llarg recorregut de protestes, de cartes de reclamació, de recerca d'influències i de recomanacions i de pressions sobre els metges i sobre les secretàries sia personalment sia per telèfon. Les reclamacions escrites m'arriben a partir de la bústia de reclamacions existent i moltes vegades tenen relació cronològica immediata la notícia del temps d'espera i l'oferiment de la bústia de reclamacions. En darrer terme sóc jo qui haig de donar resposta i la veritat és que no en tinc o bé que si en tinc una és l'exposició de la realitat, cosa que no sembla adient a més alt nivell. Per tant vivim amb una dura realitat amagada, sortint per la tangent com podem i redactant consols pietosos.

Els malalts voldrien trobar solució en d'altres hospitals però és impossible perquè les reclamacions es generen per patologies d'alt nivell: pròtesis d'anca o de genoll, instrumentacions de columna vertebral, lesions nervioses, patologia de l'espatlla o de la mà. En qüestions més fàcils i econòmicament suportables n'hi ha que recorren a la medicina privada. La patologia tumoral no té espera perquè o bé ingressa per urgències o bé per l'hospital oncològic de la CSUB. El límit pressupostari per als implants l'haig de distribuir de manera que a final d'any no el superi i les partides més importants corresponen a pròtesis de genoll i d'anca i a implants de columna vertebral. Els dos equips que implanten pròtesis de genoll poden operar uns 40 malalts cadascun i, atès que han acumulat entre ambdós uns 500 malalts, per a tal patologia el càlcul dona un temps d'espera de 6 anys per als que ara arriben al consultori. L'equip de cirurgia del raquis en data de l'11 d'abril d'enguany té 533 malalts i el seu llistat s'incrementa en una progressió de 19 cada mes (calculat entre 11-XI-99 i 11-IV-00); ha operat 70 malalts durant el primer trimestre del 2000, però només 22 procedien de la llista d'espera ja que els altres 48 corresponen a casos d'urgència, a traumatismes greus vertebrals, a tumors i a malalts traslladats d'altres centres. El cap de l'equip em comunica que amb el ritme actual i en l'hipotètic cas de no augmentar la llista d'espera es necessitarien més de 6 anys per a poder operar tots els malalts.

Al nostre hospital no s'haurien de rebre més primeres visites de COT i els nous consultants s'haurien de canalitzar

cap a altres hospitals, però resulta impossible perquè tots tenen llista d'espera i el que aconseguiríem seria distribuir entre tots la llista però no disminuir-ne la quantitat total. Quan alguns hospitals concertats de la XUHPS no tenen més recursos per a implantar pròtesis deriven cap als centres de l'ICS els malalts, encara que es tracti de casos que no necessitin un hospital de màxim nivell per a una patologia que no estés al seu abast. Els nostres consultoris estan atapeïts i són petits, però malgrat les condicions dolentes l'estadística dels dos últims anys ens dona una activitat de primeres visites que és el 12,5% de tot l'hospital i un 14,7% de les segones visites (COT: 1.997 primeres 2.956 i segones 14.282; per CSUB: primeres 47.530 i segones 206.953). A aquesta activitat hem d'afegir-hi les consultes externes a ambulatoris de l'àrea on hi tenim destinats cinc cirurgians que atenen al cap de l'any 11.685 malalts amb una mitjana de 43,5 visites al dia, mentre que el servei de cirurgia general disposa de sis cirurgians per a atendre a un sol ambulatori 1.859 malalts a l'any amb una mitjana de 13 visites al dia (estadístiques de l'ICS, Direcció d'Atenció Primària, L'Hospitalet).

Quan el nou equip directiu va agafar les regnes de L'Hospitalet farà cosa d'uns cinc anys vaig fer un informe de 19 folis del qual no en vaig rebre resposta. En ell ja advertia d'aquest problema i vaig recordar-los que s'havia acceptat amb l'anterior director que tindríem quatre quiròfans diaris a partir d'una d'aquestes solucions: transformar un avantquiròfan en quiròfan; obtingut del global de l'hospital; donar a cada equip una tarda setmanal (amb compensació econòmica convinguda); o bé trobar un mètode d'allargar la jornada quirúrgica de cada equip un dia setmanal. Han passat cinc anys i encara no ho hem solucionat i en canvi se'ns ha parlat de que necessitem assegurar per al futur uns fluxes de malalts que siguin «la nostra clientela». Ben segur que qui ha fet aquesta absurda proposta en el nostre medi no ha pogut viure encara la realitat diària que ens porta a una clientela de més de 3.000 malalts en espera. Temo que se'ns infiltra en l'organització hospitalària gent que no toca de peus a terra. Ja n'hi ha prou amb aquesta tesaurososi (malaltia d'acumulació) quirúrgica. En el dit informe de fa cinc anys ja deia que «les primeres visites són molt superiors a la quantitat de malalts que podem operar i la llista global creix contínuament amb allargament del temps d'espera fins l'operació». I afegia que "en alguns equips el programa operatori s'està confeccionant amb els malalts més greus, els més recomanats o els més insistents a reclamar". I enfront d'una llista d'espera que possiblement ja era la més llarga d'un servei quirúrgic de l'ICS jo preguntava si «quan hom parla tant de programes especials... no se'n podria fer un per aquests malalts que no poden tenir més opcions ja que l'economia llur (escassa a la nostra àrea) no els permet de pagar-se una assegurança privada; molts són treballadors actius que fan llargues baixes per problemes

que podrien solucionar-se amb poc cost material i amb curta estada hospitalària». I per part dels cirurgians de COT podem oferir el treball de quatre membres altament qualificats en la seva personal dedicació sobreespecialitzada, és a dir, sense increment de personal operador. L'hospital ens hauria de proporcionar uns medis equitatius per a tots els malalts en llista d'espera i en el nostre cas s'haurien d'acostar al 30% de recursos per al 30% de malalts del total de la llista d'espera de Bellvitge que corresponen a COT.

El nostre servei de COT té importants responsabilitats docents a més de les assistencials que han estat motiu de la meua informació. Tenim 80 alumnes de cinquè curs de medicina, ensenyem a un total de 15 MIR i donem formació de postgrau en cursos d'uns 150 a 200 assistents. Tenim organitzat el cicle bianual de doctorat des de fa 10 anys i els nostres residents acaben la seva formació amb els crèdits guanyats per a poder preparar la tesi doctoral; he tingut l'honor de dirigir-ne una dotzena i set més estan en període avançat. Els nostres cursos de cirurgia del genoll, d'anca, del raquis i d'infeccions osteoarticulars es fan des de fa anys i tenen prestigi guanyat arreu d'Espanya. Aquestes activitats ens donen ànim i satisfacció i ens compensen del desèncis amb que es viu la dura tasca assistencial. En el meu cas la responsabilitat assistencial i la tasca docent són fruit d'un esforç personal en opcions obertes a Madrid i amb nomenament al BOE quan a Bellvitge la Unitat Docent no tenia professors universitaris amb títol propi. Soc membre de la Societat Catalana de Biologia (Institut d'Estudis Catalans), de les Societats Catalana, Espanyola, Francesa i Internacional de COT, fundador de la Societat Europea d'Infeccions Osteoarticulars, Membre d'honor de la junta de la Societat Francesa de COT i Membre d'Honor de la Societat Asturiana de COT, Delegat de la Societat Espanyola de COT en la Comissió d'infecció quirúrgica del Ministeri de Sanitat, membre de la comissió central de l'especialitat de COT en el Ministeri d'Educació i membre de la comissió d'especialitats per a la COT a l'Institut d'Estudis de la Salut. Els nomenaments són el fruit d'una consideració envers la meua persona i responc prenent-me seriosament les tasques que se'm demanen. En canvi a l'hospital la tècnica actual consisteix a passar de llarg del cap de servei, a no tenir en compte les seves suggerències i a entrevistar-se amb els seus cirurgians fent un curtcircuit de les responsabilitats pròpies d'un cap de servei. Mai fins ara no s'havia aplicat a l'hospital una tàctica directiva semblant. Es confirma que la manca de diàleg, el subterfugi i la manca de consideració de les jerarquies acadèmiques i hospitalàries són un nou estil directiu. Existeix a tot Espanya la impressió que amb els nous criteris gerencials els caps de servei de BOE sobren o bé que són un destorb per als criteris empresarials. El temps ho dirà però possiblement seran reinventats amb un nom nou quan

s'hagi de reconstruir la desfeta que s'ha posat en marxa. De moment ja ho noto per la descapitalització intel·lectual que he vist a l'hospital, però aquesta terminologia resulta estranya al món de la gestió. A mi no, a mi m'esvera!

Lluitar per una Catalunya recuperada i socialment justa fou l'anhel viscut ja fa anys i es va posar el missatge a l'abast de tot aquell que s'hi volgués engrescar i comprometre utilitzant el símbol del pal de pallar. Aquelles arrels les he servades fidelment i la meua decisió fou la de dedicar-me a la cirurgia ortopèdica i traumatològica després d'una llarga estada per cinc països europeus, encara que majoritàriament francòfona. L'acció sols era possible des d'un lloc de comandament i calia guanyar-se'l a Madrid. Sortosament ho vaig aconseguir i m'he dedicat a la medicina pública i a l'ensenyament de l'especialitat des de la Universitat de Barcelona, tenint l'honor

d'haver estat el primer professor nomenat per a l'especialitat fa 15 anys. Actualment l'ensenyament supera en capacitat de decisió i en satisfacció a l'assistència. Tanmateix el malalt segueix essent l'element primer de la nostra raó d'ésser, sia com a ciutadà i proïsme sofrent sia com a Crist present. No m'amago de la convicció personal que mantinc des d'anys enllà quan uns quants ens vàrem comprometre a fer país amb els medis a l'abast. En la mesura que ho hagi aconseguit seran els altres qui em podran jutjar. A mi sols em pertoca de seguir pressionant per a que el meu entorn immediat del qual tinc la responsabilitat millori i la llarga muralla dels 3.000 malalts s'hauria d'enderrocar.

M'he fet massa llarg en l'exposició però m'hi he esplaiat per tal de fer-vos entendre el fenomen i el medi en el qual es produeix. Voldria haver-ho aconseguit.



Prof. Emèrit U.B.

EPÍLEG.

Acabo aquí aquestes digressions sobre els canvis que s'introduïren en l'estructura dels hospitals espanyols copiant l'encert del doctor Soler Durall que importà el model dels Estats Units, que l'aplicà a Astúries, després els responsables de la Seguretat Social l'experimentaren a la Clínica Puerta de Hierro, dos anys després crearen les principals Ciutats Sanitàries i acabà ordenant tota la xarxa hospitalària pública, inclosos els hospitals universitaris i els provincials. Aquesta meravellosa transformació permeté, als que fórem contractats en els inicis i als que vingueren després, el desenvolupament d'una carrera professional innovadora i satisfactòria i a alguns que restéssim en el país enlloc d'haver d'emigrar a la recerca d'una millor possibilitat; la acabàvem de tenir a casa nostra. Ja fa mig segle, i hauria de representar unes veritables noces d'or. Puc assegurar que l'alta qualitat del funcionament es mantingué durant unes tres dècades però després s'ha anat deteriorant i les conseqüències viscudes les he referit fins al darrer moment en que, després de grans esforços i dedicació, se m'acomia sense rigor en prova d'agraïment. Les meves portes d'entrada foren presentacions del currículum amb validació notarial i nomenaments del Ministeri d'Educació, del Ministeri del Treball, del Ministeri de Sanitat i finalment del Ministeri d'Educació; la porta de sortida fou una nota del cap de personal de l'hospital i una de signada per una direcció sense grau acadèmic per a jutjar-ho. Vulgui el futur que les possibilitats de redreçament, que sempre existeixen si unes ments lúcides intervenen, es facin realitat. Ofereixo aquestes reflexions a tots els companys amb qui he conviscut en l'aventura hospitalària i els en dono gràcies. Com comiat podem parafrasejar el poeta Espriu dient si serà llarg d'esperar un nou alçament de llum en la tenebra.

Permeteu finalment que faci una recomanació als joves llicenciats que han obtingut plaça en el concurs MIR: En triar l'especialitat i l'hospital desitjat procureu comprovar que el cap de servei que us ha d'acollir, formar i guiar en els propers cinc anys tingui el doctorat. Entre tots ajudareu al redreçament.

Totes les referències històriques i acadèmiques són avalades per les còpies de la documentació corresponent, que han estat agrupades i ordenades per temes i cronologia en una ADDENDA de 117 pàgines.

NORMES EDITORIALS

La Revista de Cirurgia d'Ortopèdica i Traumatologia és l'òrgan d'expressió científica de la Societat Catalana de Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia (SCCOT). Aquesta publica articles relacionats amb l'especialitat, en els seus aspectes bàsics, tècnics i patològics.

La Revista d'Ortopèdica i Traumatologia no es responsabilitza de les opinions i criteris dels autors.

CATEGÒRIES DE PUBLICACIÓ

Originals

Treballs inèdits sobre qualsevol camp (clínic o experimentals) en relació amb la Cirurgia Ortopèdica i Traumatologia. Els originals deuran estructurar-se en: introducció, material i mètode, resultats, discussió i bibliografia. Tindran una extensió màxima de 20 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures (amb les seves llegendes corresponents). No deuran sobrepassar les 20-30 cites bibliogràfiques.

Notes clíniques

Exposició d'experiències o estudis clínics, noves tècniques, assajos terapèutics o casos clínics d'interès. Deuran estructurar-se en: introducció, cas clínic, resultats, discussió i bibliografia. No s'admetran avaluació notes clíniques amb més de 10 folis (a doble espai, lletra Arial 12).

Temes d'actualització

Els treballs de revisió o actualització seran encarregats exclusivament pel Comitè de Redacció de la Revista. Tindran una extensió màxima de 25 folis (a doble espai, lletra Arial 12) i s'admetran fins a 6 taules i 6 figures. No deuran sobrepassar les 40-50 cites bibliogràfiques.

Notícies de la Societat

Reportatges de beques de la SCCOT

Cartes al director

ORGANITZACIÓ DEL MANUSCRIT

S'enviaran els articles en suport informàtic en format "word" per correu electrònic a la Secretaria de la SCCOT.

S'evitaran les abreviatures, exceptuant les unitats de mesura, en el títol i en el resum. El nom complet al que substitueix l'abreviatura deu precedir l'ocupació d'aquesta, almenys que sigui una unitat de mesura estàndard. Les unitats de mesura s'expressaran preferentment en el Sistema Internacional (SI). Les unitats químiques, físiques, biològiques i clíniques deuran ser sempre definides estrictament.

Pàgina del títol

Deurà contenir: 1.- Títol de treball. 2.- Inicial del nom i primer cognom. 3.- Nom del departament/s o institució/ns als quals s'atribueix/en el treball. 4.- Inicial del nom i primer cognom, adreça, telèfon, fax i e-mail de l'autor responsable al que es deurà dirigir la correspondència. 5.- La/es font/s de finançament en forma de beques, equip, medicació o tots ells.

Resum i Paraules Clau

No deurà sobrepassar les 250 paraules en els originals i 150 en les notes clíniques.

Introducció

Serà concisa, excloent records històrics, i deurà indicar amb claretat l'objectiu del treball.

Material i Mètode

Explicant el disseny de l'estudi, els criteris de valoració de les proves diagnòstiques i l'adreça temporal (retrospectiu o prospectiu). S'esmentarà el procediment de selecció dels pacients, els criteris d'entrada, el nombre dels pacients que comencen i acaben l'estudi. Si és un treball experimental s'indicarà el nombre i tipus d'animals utilitzats.

Resultats

Farà constar els resultats més rellevants i significatius de l'estudi així com la seva valoració estadística.

Discussió

Deuen explicar-se, no repetir-se, els resultats obtinguts i la seva fiabilitat i correlacionar-se amb els d'altres autors. Es contrastaran amb tècniques diferents utilitzades per altres autors per al que es recomana una revisió bibliogràfica adequada. Deu ressaltar-se la transcendència clínica de l'estudi i la

seva projecció futura. Les conclusions, en cas de presentar-se, seran escasses en nombre i concises. S'evitarà qualsevol tipus de conclusió que no es desprendrà clarament dels resultats obtinguts.

Conclusions

S'esmentaran les quals sustenten directament en les dades, juntament amb la seva aplicabilitat clínica. Caldrà atorgar la mateixa èmfasi a les troballes positives i negatives amb similar interès científic.

Taules

Serán numerades consecutivament emprant nombres aràbics (Taula). Totes les taules estaran citades en el text. Cada taula anirà en un full separat i escrit a doble espai. Deuen ser, en tant que sigui possible, explicatives. No es faran servir línies horitzontals, ni verticals. Al peu de la taula s'explicaran totes les abreviatures utilitzades. Es deuen identificar les mesures estadístiques de variació així com la desviació estàndard de la mitjana.

Figures

Tots els gràfics, dibuixos i fotografies es consideren figures i han de ser numerades amb números aràbics consecutivament segons l'ordre d'aparició en el text amb la paraula (Fig). En el cas de que una figura estigui composta per més d'una imatge, s'identificaran en el text amb el número i una lletra minúscula (per exemple: fig. 1a, fig. 1b). Només s'acceptaran figures en suport informàtic. Els formats han de ser bmp, jpg o tiff, amb un mínim de 300 punts per polsada amb una mida mínima de 8 cm. És molt important que les còpies fotogràfiques siguin d'alta qualitat per poder obtenir bones reproduccions. Si es reproduïxen fotografies o dades de pacients cal evitar que puguin ser identificats.

Bibliografia

Apareixerà en un full a part, al final del manuscrit, abans de les taules i figures. S'inclouran únicament aquelles cites que es considerin importants i hagin estat llegides pels autors. Totes les referències deuen estar citades en el text.

Les referències es numeraran de forma consecutiva a l'ordre d'aparició en el text. Les referències s'identificaran en el text, taules i llegendes mitjançant nombres aràbics en superíndex. Pel text de les referències se seguiran les normes de Vancouver.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia declina qualsevol responsabilitat sobre possibles conflictes derivats de l'autoria dels treballs que es publiquen en la Revista.

La Revista d'Ortopèdia i Traumatologia es reserva el dret de realitzar canvis o introduir modificacions en el manuscrit en nom d'una major comprensió del mateix, sense que d'això es derivi cap canvi del seu contingut.

Just abans de la publicació d'un article s'enviarà una prova a l'autor responsable de la correspondència. Aquesta prova es revisarà curosament i es marcaran els possibles errors, retornant-la corregida a la redacció de la Revista en el termini de 48 hores. El Comitè de Redacció es reserva el dret d'admetre o no les correccions efectuades per l'autor en la prova d'impressió.

POLÍTICA EDITORIAL

Els judicis i opinions expressats en els articles i comunicacions publicades en la Revista d'Ortopèdia i Traumatologia són de l'autor o autors i no necessàriament del Comitè de Redacció.

