



DIARI DE SESSIONS DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

Sèrie P - Número 43 / II Legislatura / Quart període

Dimarts, 22 d'octubre de 1985

Presidència
del Molt Honorable Sr. Miquel Coll
i Alentorn

Sessions Plenàries núms. 38 i 39 (primera reunió)

SUMARI

Sessió Plenària núm. 38

La sessió s'obre a les quatre de la tarda i dotze minuts.

Atès el caràcter de secreta d'aquesta, no se'n fa la transcripció.

Projecte de Pressupost del Parlament i del Síndic de Greuges per al 1986 (Punt primer de l'ordre del dia.)

El Ple aprova el Pressupost del Palament i del Síndic de Greuges per al 1986 (p. 1928).

Liquidació del Pressupost del Parlament corresponent al primer període de sessions (Punt segon i darrer de l'ordre del dia.)

El Ple aprova la Liquidació del Pressupost del Parlament corresponent al primer període de sessions de l'exercici de 1985 (p. 1928).

La sessió s'aixeca a un quart de cinc de la tarda i onze minuts.

Sessió Plenària núm. 39

La sessió s'obre a les cinc de la tarda i sis minuts.

Debat general sobre la sanitat a Catalunya (Punt primer de l'ordre del dia.)

Exposició : H. Sr. Conseller de Sanitat i Seguretat Social, la qual es descabdella en els punts següents :

Els grans problemes de la sanitat pública (p. 1940).

Les realitzacions i els projectes dels passats cinc anys (p. 1941).

El greu problema del finançament (p. 1948).

La delimitació competencial (p. 1951).

La sessió se suspèn a tres quarts de set de la tarda i catorze minuts.

SESSIÓ PLENÀRIA Núm. 38

La sessió s'obre a les quatre de la tarda i dotze minuts. Presideix el M. H. Sr. President del Parlament, acompanyat dels I. Srs. Vicepresidents Primer i Segon i de l'I. Sr. Secretari Primer, de la I. Sra. Secretària Tercera i de l'I. Sr. Secretari Quart. Assisteixen la Mesa l'Oficial Major i l'Oïdor de Comptes.

Al banc del Govern seu el M. H. Sr. President de la Generalitat, acompanyat de l'H. Sr. Conseller de Sanitat i Seguretat Social.

Ordre del dia

1. Projecte de Pressupost del Parlament i del Síndic de Greuges per al 1986.

2. Liquidació del Pressupost del Parlament corresponent al primer període de sessions.

**Projecte de Pressupost
del Parlament i del Síndic de Greuges**

El Ple del Parlament, després d'estudiar el Dictamen de la Comissió de Govern Interior relatiu al Pressupost del Parlament i del Síndic de Greuges per al 1986, adopta la resolució següent :

«1. S'aprova el Pressupost del Parlament de Catalunya (Servei 01 de la Secció 01) per al 1986 per un total de 1.236.887.920 amb el detall que figura en l'annex.

»2. S'aprova el Pressupost del Síndic de Greuges per al 1986 (Servei 02 de la Secció 01) per un total de 78.101.459

amb el detall que figura en l'annex.

»3. S'incorporaran al text articulat de la Llei de Pressupost de la Generalitat per al 1986 les Disposicions addicionals següents :

»Primera : La Comissió de Govern Interior del Parlament ha d'incorporar els romanents de crèdit de la secció 01 del pressupost del 1985 als mateixos capítols pressupostats del pressupost del 1986.

»Segona : Les dotacions pressupostàries de la secció 01 s'han de lliurar en ferm i periòdicament a nom del Parlament, a mesura que aquest ho demanarà.

»Tercera : La Comissió de Govern Interior pot acordar transferències de crèdit entre conceptes de la secció 01 sense limitacions, la qual cosa ha de fer avinent al Departament d'Economia i Finances.»

**Liquidació del Pressupost del Parlament
corresponent al primer període de sessions de l'exercici de
1985**

El Ple del Parlament debat la liquidació del Pressupost del Parlament corresponent al primer període de sessions de l'exercici 1985, que ha presentat la Comissió de Govern Interior del Parlament. Finalment, d'acord amb l'article 46.2.3.º del Reglament, pren l'acord següent :

«D'acord amb l'article 46.2.3.º del Reglament s'aprova la liquidació del Pressupost del Parlament de Catalunya corresponent al primer període de sessions de l'exercici de 1985, amb el detall que figura en l'annex.»

(La sessió s'aixeca a un quart de cinc de la tarda i onze minuts.)

ANNEX AL PRESSUPOST DEL PARLAMENT DE CATALUNYA I DEL
SÍNDIC DE GREUGES PER AL 1986

ESTAT DE DESPESES

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.

Any: 1986

Departament o Secció		Direcció General, Servei o Organisme		Número orgànic
Parlament de Catalunya		Parlament de Catalunya		01.01
APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA		
Econòmica	Funcional			Total per conceptes
		CAPÍTOL I - REMUNERACIONS DEL PERSONAL		
		Article 10 - Alts càrrecs		376.000.000
100		Retribucions bàsiques i altres remuneracions		
		100.01 Assignacions Diputats		376.000.000
		Article 12 - Funcionaris		200.964.091
120		Retribucions personals i del lloc de treball		
		120.01 Retribucions bàsiques		196.464.091
		120.02 Retribucions complementàries		4.500.000
		Article 13 - Personal laboral		4.000.000
131		Personal laboral temporal		
		131.01 Retribucions bàsiques		4.000.000
		Article 14 - Personal contractat en règim administratiu, eventual i d'altres		11.996.829
140		Personal contractat		
		140.01 Retribucions bàsiques		1.000.000
142		Personal eventual		
		142.01 Càrrecs de confiança		9.996.829
143		Altre personal		
		143.01 Retribucions bàsiques		1.000.000
		Article 15 - Incentius al rendiment i activitats extraordinàries		2.000
150		Incentius al rendiment		
		150.01 Productivitat		1.000

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA -Detall-P.1.

Any: 1986

Departament o Secció		Direcció General, Servei o Organisme		Número orgànic	
Parlament de Catalunya		Parlament de Catalunya		01.01	
APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA		Total per conceptes	Total per articles i capítols
Econòmica	Funcional				
151	Activitats extraordinàries				
	151.01 Gratificacions per serveis extraordinaris			1.000	
	Article 16 - Assegurances i prestacions socials				91.800.000
160	Quotes Socials				
	160.01 Quotes Seguretat Social del Personal			36.000.000	
	160.03 Muface			200.000	
	160.04 Mupal			4.200.000	
	160.05 Altres despeses de previsió			1.000.000	
	160.06 Quotes Seguretat Social dels Diputats			50.000.000	
161	Prestacions Socials			400.000	
	TOTAL CAPÍTOL I				684.762.920
	CAPÍTOL II - DESPESES DE BÉNS CORRENTS I DE SERVEIS				
	Article 20 - Lloguers				2.500.000
200	200.01 Lloguers fotocopiadores			2.000.000	
	200.02 Lloguer d'altres béns mobles			500.000	
	Article 21 - Conservació i reparació				12.200.000
210	210.01 Reparacions i conservació de l'edifici			3.000.000	
	210.02 Conservació i manteniment sistema informàtic			3.000.000	
	210.03 Conservació aire condicionat			1.600.000	
	210.04 Conservació parc mòbil			1.500.000	
	210.05 Conservació sistema alimentació elèctrica ininterrompuda			900.000	
	210.06 Reparació i conservació sistema seguretat			200.000	
	210.07 Conservació altre maquinària i equip			2.000.000	
	Article 22 - Material, subministraments i altres				97.390.000
220	220.01 Material ordinari d'oficina			6.000.000	
	220.02 Mobiliari i equip d'oficina			500.000	

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.

Any: 1986

Departament o Secció

Direcció General, Servei o Organisme

Número orgànic

Parlament de Catalunya

Parlament de Catalunya

01.01

APLICACIÓ

EXPLICACIÓ DE LA DESPESA

Total per
conceptesTotal per articles
i capítols

Econòmica Funcional

221	221.01 Subministrament d'aigua, llum, gas	9.000.000	
	221.02 Carburants	2.600.000	
	221.03 Vestuari	1.700.000	
	221.04 Material informàtic	1.000.000	
	221.05 Altres subministraments	1.500.000	
222	222.01 Comunicacions	8.000.000	
223	223.01 Transports	300.000	
224	224.01 Assegurances	300.000	
226	226.01 Protocol	8.650.000	
227	227.01 Neteja	23.000.000	
228	228.01 Estudis i treballs	100.000	
229	229.01 Subscripcions periòdiques	500.000	
	229.02 Publicacions obligatòries (BOPC i DS)	16.000.000	
	229.03 Publicacions voluntàries	100.000	
	229.04 Servei agències de notícies	1.500.000	
	229.05 Formació personal	1.250.000	
	229.06 Servei de Bar-Restaurant	4.000.000	
	229.07 Prestació servei informàtic	7.700.000	
	229.08 Altres prestacions i serveis	3.000.000	
	229.09 Conveni Hospital Clínic	690.000	
	Article 23 - Indemnitzacions		59.650.000
230	230.01 Dietes, locomoció i trasllats	950.000	
	230.01 Conveni RENFE	300.000	
	230.02 Conveni AVIACO	100.000	
231	231.01 Indemnitzacions	300.000	
	231.02 Indemnitzacions Diputats per l'exercici de la seva funció	58.000.000	
	Article 24 - Dotacions per a nous serveis		150.000

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.

Any: 1986

Departament o Secció		Direcció General, Servei o Organisme		Número orgànic	
Parlament de Catalunya		Parlament de Catalunya		01.01	
APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA		Total per conceptes	Total per articles i capítols
Econòmica	Funcional				
240		240.01 Serveis de nova creació		150.000	
		TOTAL CAPÍTOL II			171.890.000
		CAPÍTOL IV - TRANSFERÈNCIES CORRENTS			
		Article 48 - A Institucions sense finalitat de lucre			275.835.000
481		481.01 Assignació als Grups parlamentaris per despeses de secretaria		275.835.000	
		TOTAL CAPÍTOL IV			275.835.000
		CAPÍTOL VI - INVERSIONS REALS			
		Article 61 - Inversions en edificis i altres construccions			75.400.000
611		611.01 Obres de condicionament de l'edifici		75.400.000	
		Article 62 - Inversions en maquinària, instal·lacions i utillatge			7.500.000
621		621.01 Programa microfilmació arxius (segona fase)		2.000.000	
		622.01 Programa d'audiovisuals		500.000	
		623.01 Adquisició altre maquinària i equip		5.000.000	
		Article 64 - Inversions en mobiliari i estris			7.500.000
641		641.01 Adquisició de mobiliari		7.500.000	
		Article 65 - Inversions en equip de procés de dades			10.000.000
651		651.01 Ampliació sistema informàtic Biblioteca		4.000.000	
		652.01 Ampliació sistema informàtic altres serveis		6.000.000	
		Article 67 - Inversions en altre immobilitzat material			4.000.000
671		671.01 Adquisició de llibres		4.000.000	
		TOTAL CAPÍTOL VI			104.400.000

CAPÍTOL I	684.762.920
CAPÍTOL II	171.890.000
CAPÍTOL IV	275.835.000
CAPÍTOL VI	104.400.000
TOTAL	1.236.887.920

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.**Any: 1986**

Departament o Secció		Direcció General, Servei o Organisme		Número orgànic
Parlament de Catalunya		Síndic de Greuges		01.02
APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA		
Econòmica	Funcional		Total per conceptes	Total per articles i capítols
		CAPÍTOL I - REMUNERACIONS DEL PERSONAL		
		Article 10 - Alts càrrecs		18.177.396
100		100.01 Retribucions bàsiques	13.511.820	
		100.02 Retribucions complementàries	4.665.576	
		Article 13 - Personal laboral		217.648
131		131 Personal laboral transitori	217.648	
		Article 14 - Personal contractat en règim de dret administratiu, eventual i altres		30.802.235
140		Personal contractat		
		140.01 Retribucions bàsiques	13.219.006	
		140.02 Retribucions complementàries	180.000	
142		Personal eventual		
		142.01 Retribucions bàsiques	17.403.229	
		Article 15 - Incentius al rendiment i activitats extraordinàries		2.000
150		150.01 Productivitat	1.000	
151		151.01 Gratificacions per serveis extraordinaris	1.000	
		Article 16 - Assegurances i prestacions socials		15.222.080
160		160.01 Quotes Seguretat Social	15.137.080	

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.			Any: 1986	
Departament o Secció		Direcció General, Servei o Organisme	Número orgànic	
Parlament de Catalunya		Síndic de Greuges	01.02	
APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA	Total per conceptes	Total per articles i capítols
Econòmica	Funcional			
161		161.01 Complement familiar	60.000	
		161.02 Altres indemnitzacions	25.000	
		TOTAL CAPÍTOL I		64.421.359
		CAPÍTOL II - DESPESES DE BÉNS CORRENTS I DE SERVEIS		
		Article 20 - Lloguers		2.616.908
200		200.01 Lloguer de béns mobles	50.000	
201		201.01 Lloguers de béns immoble	2.566.908	
		Article 21 - Conservació i reparació		300.000
210		210.01 Despeses de manteniment de l'immobilitzat material	300.000	
		Article 22 - Material, subministraments i altres		7.382.192
220		220.01 Material d'oficina	1.450.000	
221		221.01 Subministraments de béns i serveis	1.423.192	
222		222.01 Comunicacions	1.000.000	
223		223.01 Transports	100.000	
224		224.01 Primes d'assegurances	75.500	
226		226.01 Atencions protocolàries i representatives	400.000	
227		227.01 Neteja	858.000	
228		228.01 Estudis i treballs tècnics	300.000	

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA-Detall-P.1.

Any: 1986

Departament o Secció

Parlament de Catalunya

Direcció General, Servei o Organisme

Síndic de Greuges

Número orgànic

01.02

APLICACIÓ		EXPLICACIÓ DE LA DESPESA	Total per conceptes	Total per articles i capítols
Econòmica	Funcional			
229		229.01 Despeses diverses	1.775.500	
		Article 23 - Indemnització per raó del servei		550.000
230		230.01 Dietes, locomoció i trasllats	500.000	
231		231.01 Altres indemnitzacions	50.000	
		TOTAL CAPÍTOL II		10.849.100
		CAPÍTOL VI - INVERSIONS REALS		
		Article 61 - Inversions en edificis i altres construccions		1.400.000
		Article 62 - Inversions en maquinària, Instal·lacions i utillatge		231.000
		Article 64 - Inversions en mobiliari i estris		800.000
		Article 65 - Inversions en equips per a procés de dades		400.000
		TOTAL CAPÍTOL VI		2.831.000
		CAPÍTOL I	64.421.359	
		CAPÍTOL II	10.849.100	
		CAPÍTOL VI	2.831.000	
		TOTAL	78.101.459	

PRESSUPOST DE LA GENERALITAT - Resum General per Capítols, Articles i Serveis - P.2

Any 1986

Departament o Secció		Parlament de Catalunya	Pressupost de Despeses (Pessetes)		Núm. org. : 01
Art.	Denominació / Serveis	Servei 01 Parlament	Servei 02 Sindic de Greuges	TOTAL	
A) OPERACIONS CORRENTS					
CAPÍTOL 1 - Remuneracions personal					
10	Alts càrrecs	376.000.000	18.177.396	394.177.396	
12	Funcionaris	200.964.091		200.964.091	
13	Personal laboral	4.000.000	217.648	4.217.648	
14	Pers. contrac. en règim				
	adm., event. i d'altres	11.996.829	30.802.235	42.799.064	
15	Incentius al rendiment i				
	activitats extraordinàries	2.000	2.000	4.000	
16	Assegur. i prest. socials	91.800.000	15.222.080	107.022.080	
TOTAL DEL CAPÍTOL 1		684.762.920	64.421.359	749.184.279	
CAPÍTOL 2 - Compra de béns corrents i de serveis					
20	Lloguers	2.500.000	2.616.908	5.116.908	
21	Conservació i reparació	12.200.000	300.000	12.500.000	
22	Material, submin. i altres	97.390.000	7.382.192	104.772.192	
23	Indemnit. per raó del servei	59.650.000	550.000	60.200.000	
24	Dotacions per a nous serveis	150.000		150.000	
TOTAL DEL CAPÍTOL 2		171.890.000	10.849.100	182.739.100	
CAPÍTOL 4 - Transferències corrents					
41	A l'Estat/A la Generalitat				
42	A organis. autòn. administ.				
43	A la Seguretat Social				
44	A org. autòn. comer. indus. o finan.				
45	A empreses públiq. i d'altres ens púb.				
46	A corporacions locals				
47	A empreses privades				
48	A famílies i inst. sense final. lucre	275.835.000		275.835.000	
TOTAL DEL CAPÍTOL 4		275.835.000		275.835.000	
TOTAL OPERACIONS CORRENTS		1.132.487.920	75.270.459	1.207.758.379	
B) OPERACIONS DE CAPITAL					
CAPÍTOL 6 - Inversions reals					
60	Terrenys i béns naturals	75.400.000	1.400.000	76.800.000	
61	Edificis i altres construccions				
62	Maquinària, instal·lacions i utillatge	7.500.000	231.000	7.731.000	
63	Material de transport				
64	Mobiliari i estris	7.500.000	800.000	8.300.000	
65	Equip de procés de dades	10.000.000	400.000	10.400.000	
66	Béns destinats a l'ús general				
67	Altres immobilitzat material	4.000.000		4.000.000	
68	Immobilitzat material				
TOTAL DEL CAPÍTOL 6		104.400.000	2.831.000	107.231.000	
TOTAL OPERACIONS DE CAPITAL		104.400.000	2.831.000	107.231.000	
RESUM					
OPERACIONS CORRENTS		1.132.487.920	75.270.459	1.207.758.379	
OPERACIONS DE CAPITAL		104.400.000	2.831.000	107.231.000	
		1.236.887.920	78.101.459	1.314.989.379	

ANNEX A LA LIQUIDACIÓ DEL PRESSUPOST DEL PARLAMENT DE CATALUNYA
CORRESPONENT AL PRIMER PERÍODE DE SESSIONS DEL 1985

Concepte	Explicació de la despesa	Crèdit inicial	Altes	Baixes	Crèdit definitiu	Compromès	Pagat	Pendent de pagament	Crèdit disponible
111	Assignacions Diputats	345.869.400	66.723.238	60.000.000	352.592.638	174.819.806	174.819.806		177.772.832
112	Retribucions bàsiques niv. 2 a 4	55.297.019			55.297.019	23.523.260	23.523.260		31.773.759
113	Retribucions bàsiques niv. 5 i 6	21.627.729			21.627.729	9.294.441	9.294.441		12.333.288
114	Retribucions bàsiques niv. 7 i 8	47.735.146			47.735.146	19.657.641	19.657.641		1.128.077.505
115	Retribucions bàsiques niv. 9 a 11	54.795.884			54.795.884	20.987.530	20.987.530		33.808.354
127	Complements i hores extraord.	3.500.000			3.500.000	1.476.249	1.476.249		2.023.751
141	Complement familiar	400.000			400.000	121.037	121.037		278.963
171	Càrrecs de confiança	8.813.987			8.813.987	3.181.560	3.181.560		5.632.427
173	Altres personal	1.000.000			1.000.000	818.960	818.960		181.040
181.1	Seguretat Social Diputats	45.000.000			45.000.000	20.661.637	20.661.637		24.338.363
181.2	Seguretat Social Funcionaris	36.000.000			36.000.000	16.068.213	16.068.213		19.931.787
182	Quotes de Munpal	1.800.000			1.800.000	1.052.489	1.052.489		747.511
183	Altres règims previsió social	1.000.000			1.000.000	802.868	802.868		197.132
TOTAL CAPÍTOL I		622.839.165	66.723.238	60.000.000	629.562.403	292.465.691	292.465.691		337.096.712
211	Despeses d'oficina	7.800.000			7.800.000	2.329.851	2.329.851		5.470.149
212	Subscripcions	500.000			500.000	322.865	322.865		177.135
222	Conservació i reparacions immob.	4.000.000			4.000.000	1.196.004	1.076.729	119.275	2.803.996
223	Neteja, calefacció, ventilació, enllumenat, aigua, assegurances i altres despeses d'immoble	39.000.000			39.000.000	24.849.141	14.291.645	10.557.496	14.150.859
231	Serveis prestats per RENFE	600.000			600.000	137.959	137.959		462.041
233	Carburants, assegurances i altres despeses de vehicles	3.000.000			3.000.000	1.894.176	1.496.153	398.023	1.105.824
234	Comunicacions	4.000.000	1.000.000		5.000.000	4.813.952	3.328.241	1.485.711	186.048
235	Altres serveis de transport	3.000.000	2.400.000		5.400.000	1.244.743	1.244.743		4.155.257
236	Serveis prestats per AVIACO	500.000			500.000	25.481	25.481		474.519
241	Dietes, locomoció i trasllats	3.500.000	750.000		4.250.000	1.414.342	1.414.342		2.835.658
242	Indemnització als Diputats per l'exercici de la seva funció	32.205.600	60.000.000		92.205.600	45.914.194	45.914.194		46.291.406
251	Estudis i dictàmens emesos per persones alienes al Parlament	100.000			100.000				100.000
252.1	Publicacions obligatòries	16.600.000			16.600.000	6.245.178	5.951.703	293.475	10.354.822
252.2	Publicacions voluntàries	100.000	2.194.642		2.294.642	40.000	40.000		2.254.642
252.3	Relacions Públiques, Protocol i Informació	7.800.000	1.434.175		9.234.175	2.455.585	2.455.585		6.778.590
253.1	Material específic Biblioteca	500.000			500.000	74.248	74.248		425.752
253.2	Enquadernació i restauració llib	1.000.000			1.000.000	146.695	146.695		853.305
254	Lloguer de fotocopiadores	2.500.000			2.500.000	110.670	110.670		2.389.330
255	Conveni Hospital Clínic	650.000	250.000		900.000	882.353	403.103	479.250	17.647
256	Despeses menors	100.000			100.000	3.525	3.525		96.475
257	Servei d'Informàtica	3.300.000	1.000.000		4.300.000	2.344.491	1.360.900	983.591	1.955.509
258	Vestuari	1.800.000			1.800.000	832.310	79.075	753.235	967.690
259	Servei Bar-Restaurant	3.000.000	1.000.000		4.000.000	3.700.000	1.849.998	1.850.002	300.000
261	Conservació maquinària i equip sistema informàtic	2.500.000	1.000.000		3.500.000	1.697.068	25.817	1.671.251	1.802.932
262	Conservació maquinària i equip instal·lació aire condicionat	1.300.000			1.300.000	1.272.472	1.272.472		27.528
263	Conservació i reparacions sistema de seguretat	500.000			500.000				500.000
264	Conservació maquinària i equip sistema alimentació elèctrica	700.000			700.000				700.000
265	Conservació i reparacions d'altre maquinària i equip	1.500.000			1.500.000	627.929	533.429	94.500	872.071
271	Mobiliari, equip d'oficina i altre material inventariable	3.000.000	3.433.137	3.150.000	3.283.137	548.287	548.287		2.734.850
281	Formació i perfeccionament del personal informàtic	750.000			750.000				750.000
282	Formació i perfeccionament d'altre personal	500.000			500.000	69.500	69.500		430.500
291	Despeses imprevistes	500.000			500.000	92.292	92.292		407.708
TOTAL CAPÍTOL II		146.805.600	74.461.954	3.150.000	218.117.554	105.285.311	86.599.502	18.685.809	112.832.243

Concepte	Explicació de la despesa	Crèdit inicial	Altes	Baixes	Crèdit definitiu	Compromès	Pagat	Pendent de pagament	Crèdit disponible
471	Assignacions grups parlamentaris	266.250.000	11.375.145		277.625.145	135.302.756	135.302.756		142.322.389
	TOTAL CAPÍTOL IV	266.250.000	11.375.145		277.625.145	135.302.756	135.302.756		142.322.389
611	Adquisició de mobles	9.500.000	5.000.000		14.500.000	12.836.845	9.971.555	2.865.290	1.663.155
612	Adquisició de màquines i equip d'enregistrament	6.700.000			6.700.000	504.737	438.779	65.958	6.195.263
613	Adquisició de vehicles	1.750.000			1.750.000	167.700		167.700	1.582.300
614	Ampliació sistema informàtic	7.000.000	1.000.000		8.000.000	2.083.623	705.705	1.377.918	5.916.377
615	Microfilmació arxius	500.000	1.000.000		1.500.000				1.500.000
617	Audiovisuals d'arxius	500.000	1.000.000		1.500.000				1.500.000
618	Adquisició altra maquinària	3.900.000			3.900.000	3.612.748	833.700	2.779.048	287.252
621	Obres condicionament edifici	109.000.000	13.358.867		122.358.867	88.110.526	13.253.471	74.857.055	34.248.341
622	Adquisició de llibres	4.000.000	6.152.203		10.152.203	1.664.431	1.664.431		8.487.772
	TOTAL CAPÍTOL VI	142.850.000	27.511.070		170.361.070	108.980.610	26.867.641	82.112.969	61.380.460
	TOTAL PRESSUPOST 1.985	1.178.744.765	180.071.407	63.150.000	1.295.666.172	642.034.368	541.235.590	100.798.778	653.631.804
	Pendent del Pressupost 1.984:								
	Capítol I	5.626.336			5.626.336	5.626.336	5.554.815	71.521	
	Capítol II	7.700.440			7.700.440	7.700.440	5.163.974	2.536.466	
	Capítol VI	114.061.500			114.061.500	114.061.500	46.323.195	67.738.305	
	Pendent del Pressupost 1983	1.222.643			1.222.643	1.222.643		1.222.643	
	Pendent del Pressupost 1982	158.774			158.774	158.774		158.774	
	Total pendent pressupostos ant.	128.769.693			128.769.693	128.769.693	57.041.984	71.727.709	
	Total	1.307.514.458	180.071.407	63.150.000	1.424.435.865	770.804.061	598.277.574	172.526.487	653.631.804

**ANNEX A LA LIQUIDACIÓ DEL PRESSUPOST DEL SÍNDIC DE GREUGES
CORRESPONENT AL PRIMER PERÍODE DE SESSIONS DEL 1985**

Concepte	Explicació de la despesa	Crèdit inicial	Altes	Baixes	Crèdit definitiu	Compromès	Pagat	Pendent de pagament	Crèdit disponible
111.01	Retribucions Síndic Greuges	5.548.906			5.548.906	2.774.451	2.774.451		2.774.455
111.02	Retribucions Adjunt al Síndic	4.103.304			4.103.304	2.051.641	2.051.641		2.051.663
111.03	Retribucions Secretari General	3.652.205			3.652.205	265.356	265.356		3.386.849
112	Retribucions Assessors d'Àrea	15.558.501			15.558.501	4.009.472	4.009.472		11.549.029
113	Retribucions Assessors Tècnics	4.068.343			4.068.343	152.595	152.595		3.915.748
114	Retribucions Administratius	9.948.537			9.948.537	2.740.905	2.740.905		7.207.632
115	Retribucions Uixers i Xofers	3.621.912			3.621.912	1.292.864	1.292.864		2.329.048
127	Retribucions complementàries	100.000	300.000		400.000	154.288	154.288		245.712
141	Complement familiar	40.000			40.000	16.375	16.375		23.625
171	Personal eventual	1.000.000	5.333.843	4.000.000	2.333.843	165.150	165.150		2.168.693
181	Assegurances Socials	3.500.000			3.500.000	2.352.409	2.352.409		1.147.591
	TOTAL CAPÍTOL I	51.141.708	5.633.843	4.000.000	52.775.551	15.975.506	15.975.506		36.800.045
211	Despeses d'oficina	1.000.000			1.000.000	379.855	379.855		620.145
212	Subscripcions	60.000	65.000		125.000	53.106	53.106		71.894
221	Lloguers	2.300.000			2.300.000	950.000	950.000		1.350.000
222	Conservac. i rep. immoble	100.000			100.000	74.273	74.273		25.727
223	Neteja, calefacció, assegurances i altres despeses d'immobles	1.300.000	200.000		1,500,000	1,131,827	676,827	455,000	368,173
233	Carburant i altres desp. vehicles	600.000			600.000	124.330	124.330		475.670
234	Comunicacions	1.000.000			1,000,000	462,939	462,939		537,061
235	Despeses de transport	600.000	283.912		883.912	45.510	45.510		838.402
241	Dietes, locomoció i trasllats	400.000	100.000		500.000	134.339	134.339		365.661
251	Estudis i dictàmens emesos per persones alienes	300.000			300.000				300.000

Concepte	Explicació de la despesa	Crèdit inicial	Altes	Baixes	Crèdit definitiu	Compromès	Pagat	Pendent de pagament	Crèdit disponible
252	Publicacions, relacions públiques i altres activitats	500.000			500.000				500.000
256	Despeses menors	50.000	275.000		325.000				325.000
257	Servei informàtic	500.000			500.000				500.000
258	Vestuari	75.000	47.021		122.021	30.225	30.225		91796
259	Biblioteca	1.000.000			1.000.000	234.320	74.320	160.000	765.680
261	Conservac. maquinaria i equip	200.000			200.000	13.072	13.072		186.928
271	Atencions dels serveis	150.000			150.000	98017	98017		51.983
291	Despeses imprevistes	100.000			100.000				100.000
TOTAL CAPÍTOL II		10.235.000	970933 0		11.205.933	3.731.813	3.116.813	615.000	7.474.120
611	Mobiliari	4.000.000	1.000.000		5.000.000	2.582.249	2.227.111	355.138	2.417.751
612	Maquinària i equip	600.000	729.240		1.329.240	256.700	256.700		1.072.540
613	Programa d'informatització	6.000.000	6.000.000		12.000.000				12.000.000
614	Centralita telefònica i Dex	2.500.000			2.500.000	729.500		729.500	1.770.500
TOTAL CAPÍTOL VI		13.100.000	7.729.240 0		20.829.240	3.568.449	2.483.811	1.084.638	17.260.791
TOTAL PRESSUPOST 1.985		74.476.708	14.334.016	4.000.000	84.810.724	23.275.768	21.576.130	1.699.638	61.534.956
Pendent Pressupost 1.984		4.275.091			4.275.091	4.275.091	4.052.730	222.361	
TOTAL		78.751.799	14.334.016	4.000.000	89.085.815	27.550.859	25.628.860	1.921.999	61.534.956

SESSIÓ PLENÀRIA Núm. 39

La sessió s'obre a les cinc de la tarda i sis minuts. Presideix el M. H. Sr. President del Parlament, acompanyat dels I. Srs. Vicepresidents Primer i Segon, de l'I. Sr. Secretari Primer, de la I. Sra. Secretària Tercera i de l'I. Sr. Secretari Quart. Assisteixen la Mesa l'Oficial Major i la Lletrada Sra. Folchi.

Al banc del Govern seu el M. H. Sr. President de la Generalitat, acompanyat dels H. Srs. Consellers de Governació, d'Economia i Finances, d'Ensenyament, de Cultura, de Sanitat i Seguretat Social, de Política Territorial i Obres Públiques, d'Indústria i Energia, i de Comerç, Consum i Turisme.

Ordre del dia

1. *Debat general sobre la sanitat a Catalunya.*
2. *Debat i votació del Dictamen de la Comissió de Justícia, Dret i Seguretat Ciutadana sobre el Projecte de Llei de Modificació de la Llei sobre Fundacions Privades, dels vots particulars i de les esmenes reservades per a defensar davant el Ple.*
3. *Debat i votació del Dictamen de la Comissió de Justícia, Dret i Seguretat Ciutadana sobre el Projecte de Llei de Creació del Col·legi Professional de Periodistes de Catalunya.*
4. *Interpellació al Consell Executiu sobre el compliment de la Llei de Normalització Lingüística a TV3.*
5. *Interpellació al Consell Executiu sobre l'ajustament de les actuacions i les manifestacions dels alts càrrecs a la normativa vigent.*
6. *Moció subsegüent a la interpellació al Consell Executiu sobre la Formació dels Futurs Professionals d'Infermeria.*
7. *Moció subsegüent a la interpellació al Consell Executiu sobre la Borsa de Barcelona.*
8. *Preguntes a respondre oralment davant el Ple.*

**Debat general
sobre la sanitat a Catalunya**

El Sr. PRESIDENT : Comença la sessió.

Aquesta Presidència té el gust d'anunciar que, d'acord amb l'article 128.4 del Reglament, ha estat adreçada la llista ordenada de les preguntes que s'han presentat per a respondre oralment en aquest Plé, i també el nom dels qui les han formulades. Així mateix, voldria fer-los avinent que la dita llista ha estat distribuïda a les Il·lustres senyores Diputades i als Il·lustres senyors Diputats, per la qual cosa prega que se l'eximeixi de la seva lectura.

El primer punt de l'ordre del dia és el debat general sobre la sanitat a Catalunya. Comença el debat amb la intervenció de l'Honorable senyor Conseller de Sanitat. L'Honorable senyor Conseller té la paraula.

El Sr. CONSELLER DE SANITAT I SEGURETAT SOCIAL (Josep Laporte) : Molt Honorable senyor President, Il·lustres senyores Diputades i senyors Diputats, la sanitat és notícia des de fa temps, i no em refereixo, en fer aquesta constatació, als èxits de tot ordre que tan sovint surten a les capçaleres dels diaris, i que són deguts, fonamentalment, a la preparació i als esforços dels nostres professionals i de molts centres

sanitaris públics o privats, sinó a les continuades manifestacions relatives als greus problemes, certs, però de vegades tergiversats, que afecten la sanitat pública i, molt concretament, el Departament que m'honoro a dirigir.

Per això, he de començar afirmant la meua satisfacció pel fet que aquest Parlament, tal com li correspon, sigui el marc on seran discutits, i espero que aclarits, tots aquests problemes. I per això em proposo, abusant de la seva benevolència, fer una exposició detallada de tota la problemàtica de la sanitat a Catalunya, i ho faré tot dividint aquesta exposició en cinc grans apartats. Parlarem primer dels grans problemes de la sanitat pública; després, de les realitzacions i els projectes dels passats cinc anys; el tercer punt serà el greu problema del finançament; parlarem després de la delimitació competencial, encara de vegades incerta, i, finalment, de les perspectives de futur.

Aquesta anàlisi ens pot donar, penso, una visió global del tema, tot i que resultarà impossible, és clar, parlar de totes i cadascuna de les accions que s'han emprès, o de tots i cadascun dels problemes existents. No voldria, però, deixar d'esmentar que ha de quedar ben entès que el denominador comú que ha informat les nostres accions o els nostres projectes ha estat el programa sanitari, aprovat per la coalició que avui governa Catalunya. Abans d'entrar en aquesta anàlisi, he d'afirmar, amb plena satisfacció, que a Catalunya el nivell mitjà de la salut és excel·lent. Els indicadors sanitaris ens demostren que ens podem comparar amb qualsevol dels països capdavaners. Disposem, altrament, d'un bon dispositiu assistencial públic, amb aspectes evidentment perfeccionables, que, en conjunt, compleix. I sé que bona part del mèrit no es deu al sistema en si, que pateix encara de defectes estructurals importants, sinó a la dedicació i a l'encert dels excel·lents professionals sanitaris amb què compta, i als quals jo vull retre, des d'aquí, testimoni de comprensió envers els seus problemes i agraïment per la tasca que duen a terme.

Passem, doncs, al primer tema : els grans problemes de la sanitat pública a Catalunya. No hi ha dubte, en primer lloc, que per planificar i gestionar adequadament la sanitat cal un bon sistema d'informació, capaç de facilitar, amb rapidesa i exactitud, els indicadors sanitaris i totes les dades imprescindibles per prendre decisions. Aquesta eina bàsica era pràcticament inexistente abans de l'any 1980, i és per això que va haver d'iniciar-se aquest camí, del qual queda encara un bon tram per recórrer. La informació insuficient i poc fiable planteja un dels problemes que qualsevol estil de política sanitària considera prioritari de resoldre, però que, inexplicablement, havia estat, fins aleshores, molt relegat. Fins i tot, les dades sobre mortalitat i morbiditat que recollia l'Estat eren incompletes, tardanes i poc fiables. Tampoc no hi havia, és clar, una bona informació sobre els indicadors sanitaris, sobre els equipaments, sobre l'estat dels equipaments, sobre la despesa sanitària real o sobre els diversos índexs econòmics del camp de la sanitat.

El mapa sanitari del 1980, elaborat pel Govern de la Generalitat provisional, com a inventari bàsic de recursos, va ser el primer pas, o la primera aproximació cap a un coneixement de la realitat. Hi ha també aspectes de la informació que havien estat igualment descuidats : em refereixo, sobretot, a l'exigència de facilitar a la població els coneixements necessaris per tal d'arribar al nivell d'educació sanitària, element capital perquè la població entengui les bases científiques i la necessitat

dels programes de salut pública. D'altra banda, la necessitat d'incidir sobre els comportaments poc saludables —la prevenció primària—, a l'objecte d'eliminar els factors de risc de diverses malalties, ens porta a considerar globalment l'escassa atenció preventiva i de promoció de la salut que patia i pateix encara el sistema sanitari. Aquest és un mal general de tots els països, que no per això hem de deixar d'esmenar.

La despesa sanitària és gairebé exclusivament assistencial, tot i que és ben sabut que són molt més rendibles els recursos aplicats a la prevenció que a l'assistència, però com que aquest rendiment és a més llarg termini, generalment es tendeix a gastar en necessitats urgents i imperioses, que són sempre de tipus assistencial. Ha estat ben escassa, doncs, l'aplicació pràctica de l'anomenada «segona revolució epidemiològica», basada en l'estratègia capaç de combatre la patologia predominant avui dia i constituïda, fonamentalment, per les malalties cròniques i degeneratives.

Un altre dels greus problemes de la sanitat pública a Catalunya ha estat, com a la resta de l'Estat, evidentment, la manca total de coordinació entre les diverses xarxes sanitàries. Cadascuna d'elles havia nascut de necessitats i d'iniciatives diferenciades, en èpoques diverses i en la respectiva estructuració s'havia prescindit gairebé sempre de la consideració dels recursos o de l'ordenació ja prèviament existent. Al costat dels professionals i dels centres de la Seguretat Social hi ha els sanitaris locals, els equipaments procedents de l'Administración Institucional de la Sanidad, i molts d'altres que pertanyen a diverses administracions públiques o semipúbliques. No tan sols havien estat, totes aquestes xarxes, dissenyades aïlladament, sinó que en la seva mateixa actuació quotidiana hi ha hagut sempre una manifesta ignorància mútua, que no ha contribuït gens al funcionament global ni al necessari aprofitament dels recursos disponibles, que sempre són pocs.

Pel que fa al darrer punt d'aquest primer gran apartat, es tracta d'una temàtica substancial, que fa referència als defectes estructurals de l'assistència sanitària de la Seguretat Social a Catalunya; en altres paraules, dels defectes que patia la xarxa de l'Instituto Nacional de la Salud, INSALUD. Que ningú pugui entendre, en aquestes paraules, que no valoro al seu nivell la importància que va tenir en el seu moment la creació del Seguro Obligatorio de Enfermedad, en especial per l'ampliació a gran escala dels recursos de personal i de centres assistencials, i pel fet de posar a l'abast popular, de les capes, diria, més baixes de la població, una assistència sanitària de la qual estava, en bona part, mancat el ciutadà mitjà. Però tot això es va fer d'una manera irregular, i amb uns defectes capitals, entre els quals hi ha, en primer lloc, el de la centralització total de la presa de decisions, i l'absència prèvia d'una planificació racional, que han estat ben diagnosticades i analitzades, aquestes tares, per diversos experts, i que, pel que fa a Catalunya, han comportat, no hi ha dubte, una total insuficiència de partides assignades, traduïda a la pràctica en uns dèficits absoluts i relatius d'equipaments sanitaris propis de la Seguretat Social. Sense oblidar, a més a més, per la seva importància, la pèssima distribució territorial de les inversions que es van fer, que han deixat moltes comarques absolutament desguarnides al costat d'altres amb una acumulació irracional d'instal·lacions.

Va predominar també la tendència, avui ja passada de moda,

de la construcció d'enormes centres hospitalaris. Aquesta ha estat una de les altres desgràcies constants del sistema. Aquests gegants han vist multiplicats els problemes de gestió i conservació inherents a la seva complexa estructura, i les auditories realitzades per nosaltres, pel Departament, quan ens foren transferits l'any 81, han demostrat el lamentable estat en què es trobaven molts d'ells. No era adequat, tampoc, el disseny de les ampliacions que es van fer, i encara s'estan realitzant, als hospitals de Lleida i de Girona, que centralitzaven l'assistència en les capitals i hipotecaven el seu apropament de l'assistència a les diverses comarques.

Un altre punt ben controvertit del sistema de la Seguretat Social ha estat —no cal dir-ho— la mala concepció de la xarxa de l'assistència primària, defecte capital; veritable punt negre en diversos aspectes, provocat per una manca de coneixement i de comprensió de la problemàtica i per l'absència d'una normativa apropiada per regir aquesta assistència.

No hi ha hagut estímul ni control per als professionals, la prevenció era absolutament oblidada en aquesta xarxa i deslligada de l'assistència, els hospitals no han estat coordinats entre si ni amb primer nivell assistencial. Tot això, immersit, a més a més, en una constant migradesa en les inversions. Aquests són, doncs, els grans problemes i passem ara a puntualitzar breument i a comentar què s'ha fer per superar tots aquests grans reptes que tenim davant nostre de la sanitat a Catalunya.

Vaig a explicar, doncs, el conjunt d'accions empreses pel Departament de Sanitat i Seguretat Social aquests darrers cinc anys, i ho faré mitjançant l'explicació d'alguns exemples i dels aspectes que consideri més importants.

En primer lloc, seguint el mateix ordre, en el camp de la informació s'han produït millores decisives en el coneixement de la morbiditat i de la mortalitat. En el primer cas, el de la morbiditat, o sigui, de les malalties, s'ha dissenyat i posat en pràctica un nou sistema de declaració i recollida de dades, un sistema que és capaç de facilitar més dades, més completes, més fiables, més ràpides i que constitueix, sens dubte, una millor aproximació al coneixement de la realitat; no coneixem encara la realitat completa, però ens hi apropem molt més.

En el segon cas, pel que fa a la mortalitat, a través de la col·laboració amb l'Instituto Nacional de Estadística i amb l'Ajuntament de Barcelona ha estat possible la recopilació i l'anàlisi en volum ja publicat de les dades del registre de mortalitat de tot Catalunya corresponent al 1983. I tenim, en premsa, les dades corresponents a l'any 1984, que espero que puguin veure la llum abans d'acabar aquest any.

Diré que a la resta de l'Estat espanyol el darrer volum aparegut, publicat per l'INE —Instituto Nacional de Estadística— correspon al 1979. Està en marxa, a més a més, a casa nostra, el registre i la informatització de les dades corresponents a les vacunacions, a les revisions escolars, als índexs de contaminació atmosfèrica, als registres d'aliments i al moviment hospitalari, entre d'altres.

S'ha procedit, al llarg de dotze mesos —i amb la volgutíssima col·laboració dels metges implicats—, a fer una enquesta assistencial que ens aporta uns indicadors molt importants a l'àrea del programa ALTEBRAT, o sigui les tres comarques: Priorat, Ribera d'Ebre i Terra Alta.

El programa CRONICAC, amb seu a Manresa, fet a més,

sota el patrocini de l'OMS està també començant a aplicar una important enquesta de salut que versa, sobretot, sobre la incidència en les malalties cròniques, que serà duta a terme en aquestes tres comarques centrals de Catalunya, per primera vegada, evidentment, a tot l'Estat.

En el terreny de la recollida de dades i la seva aplicació immediata al procés planificador, l'exemple més destacat és, però, el desplegament del mapa sanitari, que va iniciar els seus treballs l'any 82 i va ser finalitzat a començaments de l'any 84. El Consell Executiu el va aprovar i després el document va ser entrat en aquest Parlament el mes de febrer d'aquell any. El desplegament del mapa sanitari constitueix un model de planificació flexible que recull, millorat i posat al dia, l'inventari de recursos del document al qual abans m'he referit: el mapa sanitari de l'any 1980. És a més, el desplegament, un instrument valuós que especifica uns objectius sanitaris concrets i planteja una planificació estratègica a deu anys vista, fins al 1993, partint de determinades hipòtesis evolutives. L'aplicació dels plans continguts en aquest document està pensada per dur-se a terme de manera progressiva a través de plans operatius d'una durada de tres anys, més endavant ja en tornarem a parlar, d'això.

No voldria tampoc deixar passar l'ocasió per descriure una actuació remarcable en planificació paral·lela a aquesta: la realització del mapa de serveis socials, completat també a començaments de l'any 1984, i que ho dic amb molt d'orgull, constitueix la primera anàlisi aprofundida del sector, del sector de serveis socials, en tot l'Estat. No em correspon ara entrar en aquest tema, el debat serà exclusivament sobre sanitat, però jo espero que en d'altres ocasions —i potser en el curs de la discussió del Projecte de Llei de Serveis Socials— tindrem ocasió d'entrar en aquest capítol tan important de l'assistència.

Com a accions remarcables amb referència als aspectes, no de la recollida, sinó de la difusió de la informació, voldria esmentar que s'han establert canals per vehicular-la als professionals sanitaris i al públic. S'edita amb periodicitat el *Butlletí Epidemiològic de Catalunya*, ja començat durant l'etapa anterior, que és tramès a tots els sanitaris locals i a totes les institucions sanitàries del país. Amb periodicitat variable s'editen també tres butlletins més que donen noves sobre tres programes diferents en curs. Altrament, moltes publicacions agrupades en sèries temàtiques com els *Quaderns de salut* els *Informes i Dictàmens*, els *Instruments de Prospecció*, etcètera, són una bona mostra de la inquietud informativa i formativa del Departament, gran part de la qual es realitza a través de l'Institut d'Estudis de la Salut.

Pel que fa al camp de la promoció de la salut i de la prevenció de les malalties, em permeto afirmar rotundament que mai no s'hi han fet tants esforços, ni a Catalunya, ni a la resta d'Espanya. Som ben conscients, a més a més, que cal anar progressivament a la integració de la promoció de la salut i la promoció de la malaltia amb l'assistència, i així ho prova, entre altres coses, el Decret recent de reestructuració del Departament, que inclou dintre la Direcció General d'Ordenació i Planificació Sanitària el Servei de Promoció de la Salut i que, al nivell territorial, crea unes delegacions que assumeixen la direcció de les funcions assistencials i de les de salut pública.

D'altres disposicions palesen també aquest principi integrador com és, per exemple, el Decret de reforma de l'Assistència

Primària, del qual tindrà ocasió d'ocupar-me més endavant.

L'extremat interès del Departament en educació sanitària, com a instrument primordial per a la prevenció de malalties, queda també manifest en una sèrie de campanyes empreses. Un dels programes també iniciat abans, el d'educació sanitària a l'escola i fet en estreta col·laboració amb el Departament d'Ensenyament, primer mitjançant un programa pilot a cinquanta centres, i després aplicat progressivament a tots els centres d'EGB de Catalunya. Ara, en els moments actuals, ja es dona aquest programa a cent vuitanta centres diferents, és una de les accions, aquesta, que considero que donarà, a la llarga, resultats més satisfactoris, cal prosseguir —no hi ha dubte— aquest pla i també el de protecció materno-infantil, que engloba els aspectes de promoció i protecció de la salut de la mare i del nen. Aquesta protecció comença, evidentment, amb la informació adequada perquè l'embaràs pugui ser un fet assumit i desitjat, i per això el Departament ha editat un manual de planificació familiar. Continua amb l'acció de fer arribar a tots els pares dels nounats que ho sol·liciten un llibre d'educació sanitària, els consells de puericultura dels quals s'han repartits, en els moments actuals, més de vuitanta mil exemplars, i amb la tramesa també d'un carnet de salut, que és un document de salut individual per ús del personal sanitari que tingui cura del nen i de la família. D'aquesta fitxa, d'aquest document, se n'han repartit en els moments actuals més de 270.000.

Una de les accions sanitàries més eficaces per a la prevenció de les malalties transmissibles continua essent —no hi ha dubte— la vacunació. En aquest aspecte ha estat establert un calendari de vacunacions —ja en l'època anterior— que té com a objectiu l'augment de la protecció de la població i, concretament, entre d'altres, la desaparició de la diftèria, del tètan i de la poliomelitis, i la reducció, al mínim, dels casos de tosferina, rubèola, protiditis i xarampió, amb la intenció de prosseguir, tant aviat com puguem, a la eradicació total d'aquest darrer, del xarampió, fet que ja han aconseguit alguns dels països més avançats del món.

En els darrers cinc anys, en aquest sentit, s'han administrat gratuïtament a la població 2.868.500 dosis de vacunes. El programa d'exàmens de salut escolar, desplegat en col·laboració amb els ajuntaments, a través dels serveis sanitaris locals, ha efectuat prop de 900.000 revisions en cinc anys. I ha contribuït a fer conèixer l'estat de salut de la població al nostre país. Dintre d'aquest programa ha estat efectuat darrerament un «cribatge» tuberculós important, és a dir, una anàlisi per veure si hi ha infecció tuberculosa als alumnes del primer curs d'EGB, que ens ha donat un resultat d'un 2,5% de resultats positius. Els recordo, entre parèntesis, que infecció no vol dir, específicament, malaltia, però és un indicador que també val la pena de saber.

La càries dental, problema de salut de prevalença més elevada al nostre país i en molts d'altres, ha estat atacada en una campanya ben per davant de les actuacions en altres llocs, centrada en el glopeig periòdic de solucions fluorades pels nens de les escoles. I, en el moment actual, 221.000 escolars ha estat o són sotmesos a aquest programa, que aquest any ha ampliat el seu camp d'acció a d'altres cursos de l'Ensenyament General Bàsic.

Un tema molt important és, evidentment, la prevenció de la

subnormalitat. Hem dut a terme i hem ampliat un pla de «cribatge» metabòlic neonatal de dues malalties: la fenilcetonúria i l'hipotiroïdisme, que arriba ara a totes les clíniques maternals de Catalunya i que me n'orgulleixo també de dir que en darrer any ha aconseguit ja una cobertura del 92% de la població, dels nounats. Gràcies a aquest pla han pogut ésser tractats preventivament molts infants, un bon nombre d'infants, a efectes d'aquestes malalties.

Els accidents infantils, que causen dos-cents morts anuals a Catalunya són també un problema important. S'han fet unes campanyes il·lustratives sobre aquest tema, s'ha editat un manual il·lustrador, dedicat als pares i als ensenyants més que no pas als nens i, en aquest sentit, no hi ha dubte que cal continuar encara fent més coses.

L'addicció a les drogues, siguin aquestes socialment acceptades o no, ha adquirit —com saben les senyores i els senyors Diputats— una magnitud i unes característiques que fan que l'abordatge de la prevenció i de l'assistència hagi de ser considerat com una de les primeres prioritats sanitàries. En aquest sentit han estat empreses nombroses mesures d'educació sanitària, emmarcades en dues campanyes d'informació i sensibilització. La primera, contra el tabaquisme, va contribuir molt positivament a crear un estat d'opinió desfavorable al tabac i a posar en evidència que consitueix un greu factor de risc per a la nostra salut. No em puc estar de dir, senyores i senyors Diputats, que lamento profundament que aquest estat d'opinió no hagi arribat encara en aquest Parlament, una institució que hauria de donar exemple a tota la societat catalana respecte a la salut dels seus membres, fumadors i no fumadors, tot proscriuint la pràctica de fumar a l'interior d'aquest hemicicle. *(Rialles.)*

Pel que fa a la segona de les campanyes esmentades, que anava adreçada a informar i a orientar els pares sobre la droaodependència en general, i a propiciar la creació d'una personalitat sana i lliure d'hàbits nocius en els joves, va tenir una bona acceptació com ho proven el gran ressò ciutadà i els milers de cartes rebudes. I hagué també algunes crítiques per part de formacions polítiques lligades a un partit que ara, des del Govern central, dos anys després, ha endegat una campanya amb una sèrie de plantejaments ben similars, per no dir idèntics, als utilitzats aleshores per nosaltres.

En el terreny de l'assistència als malalts drogadependents han estat creats tres centres propis en tractament i s'han establert convenis d'ajut amb diversos ajuntaments, entre ells el de Barcelona, amb les diputacions i s'han concedit subvencions a nombroses institucions de rehabilitació que no tenen afany de lucre. El conjunt de mesures sanitàries encaminades a pal·liar la problemàtica de la drogadependència va ser recollit, com tots vostès saben prou bé, en una llei que aquest Parlament va aprovar el passat mes de juliol, llei realment avançada, que ha de servir per potenciar els nostres —i els de tots— ja considerables esforços en aquest terreny.

Seguint aquesta resumida explicació sobre les consecucions de la promoció de la salut i de la prevenció de la malaltia, vull referir-me també al programa de lluita contra les malalties de transmissió sexual, a la reorganització i modernització dels antics dispensaris de dermatologia i higiene social, a l'establiment de sistemes de detecció de contactes per tal de tallar la cadena de transmissió, i a l'addició de molt abundant material

d'educació sanitària en forma de cartells i fullets.

Darrerament, la cèlebre SIDA, la síndrome d'immunodeficiència adquirida, ha introduït un nou motiu d'atenció i de neguit en aquest àmbit, i el Departament de Sanitat i Seguretat Social, a través d'una Comissió específica ha dut a terme les accions preventives considerades oportunes.

Les accions de prevenció de les malalties cròniques són extraordinàriament importants per tractar de disminuir la morbiditat, associada sovint a la invalidesa i a la dependència, i la mortalitat de l'edat mitjana de la vida. El programa CRONICAT, aplicat a tres comarques, el programa MONICAT, programa internacional, aplicat a cinc comarques catalanes, compten amb l'assessorament de l'Organització Mundial de la Salut i són pensats com a estratègies per recollir una valuosa informació sobre les causes principals d'aquestes malalties cròniques, sobre els anomenats factors de risc, i han de servir, naturalment, per decidir quines són les mesures de prevenció a aplicar després en tot el territori català.

La recentment creada Direcció General de Salut Pública, que recull i amplia funcions de l'antiga Direcció General de Promoció de la Salut, és l'encarregada de la vigilància epidemiològica, el control de la higiene alimentària i de la vigilància permanent de l'entorn. Per a la primera de les funcions esmentades, es disposa d'unitats d'intervenció en cas de brots epidemiològics.

Pel que fa a la higiene alimentària, les accions que es duen a terme per al control dels aliments es fan majoritàriament mitjançant campanyes específiques que investiguen la qualitat dels productes. En els darrers cinc anys s'han dut a terme 56 campanyes d'aquestes específiques, s'han practicat gairebé 40.000 inspeccions en establiments, s'han practicat més de 68.000 determinacions, i voldria dir, per acabar aquest capítol, que en aquest terreny és molt especialment important, al meu entendre, els cursets que s'han dut a terme, i que s'hi duen encara, per a la formació dels anomenats manipuladors d'aliments, als quals, un cop són formats, se'ls dona un carnet, una credencial, i ja en portem donades més de 90.000 en aquests moments.

També el Registre sanitari d'indústries i de productes, creat també amb anterioritat, ha seguit la seva marxa, i va ser elevat al rang de llei per la Llei de la Higiene i el Control Alimentaris, aprovada pel Parlament de Catalunya el 29 de juny del 83. Aquesta Llei va ser recorreguda, en diversos dels seus articles, pel Govern central davant del Tribunal Constitucional, com els senyors i les senyores Diputades saben. És més, alguns blocs de registres d'aliments efectuats per la Generalitat van ser també recorreguts i suspesos precautòriament per l'esmentat Tribunal. Fa ben poc temps que el Tribunal Constitucional ha emès una sentència per a aquest cas, una sentència que reconeix les competències de la Generalitat. Una sentència ben clara, que, al meu entendre, hauria de fer modificar alguns dels plantejaments que hi ha al Projecte de Llei General de Sanitat que es discutirà la setmana que ve al Congreso de los Diputados.

També tenim en marxa, en col·laboració amb el Departament d'Agricultura, Ramaderia i Pesca, un pla de reforma dels serveis veterinaris i escorxadors, molt important, del tot necessari, per tal de posar tot aquest dispositiu en conconrdança amb els que seran ben aviat els nostres competidors, agermanats

amb motiu de la propera entrada d'Espanya a la Comunitat Econòmica Europea. També en l'àmbit del sanejament ambiental, per tal de prevenir i detectar alteracions de l'entorn, s'han fet moltes coses. Les passo molt per sobre. Moltes xarxes de vigilància de les aigües, de l'atmosfera, dels residus, de les radiacions ionitzants, han estat establertes pel Departament. Com a exemple, podríem dir que han estat efectuades 19.000 inspeccions en els darrers cinc anys, obtingudes 80.000 mostres i fetes centenars de milers de determinacions de laboratori.

Voldria, com a últim punt, en aquest capítol de la prevenció i la promoció esmentar una millora important. Els laboratoris de salut pública de serveis territorials traspassats han estat especialment remodelats i augmentats en el seu material i en la seva capacitat analítica, perquè cal, naturalment, comptar amb instruments i aparells moderns que serveixin de suport a aquesta tasca de control que he esmentat abans. Però, a més a més d'això, m'és plaent de comentar que són ara en fase de construcció tres nous laboratoris de salut pública que completaran la xarxa de laboratoris a Catalunya: un situat a Tortosa, l'altre a Manresa i l'altre a la Seu d'Urgell. Amb aquests tres, amb els quatre dels serveis territorials existents i un, en projecte, de central a Barcelona, la xarxa quedarà perfectament equipada.

Passem al punt següent. Què s'ha fet en el camp de la manca de coordinació de les xarxes sanitàries, que constitueix un dels problemes que ja hem dit més greus? Els senyors i les senyores Diputades ho saben prou bé i per això hi passaré una mica per sobre. Vostès saben que, com a primícia, m'atreiria a dir al nivell de tot l'Estat, aquest Parlament va tenir l'encert, al meu entendre, d'aprovar, durant l'anterior legislatura, la Llei d'Administració Institucional de la Sanitat, l'Assistència i els Serveis Socials de Catalunya, amb l'objectiu de refondre els serveis procedents dels traspassos de les diverses entitats. Aquesta Llei va ser promulgada el 14 de juliol del 83, i va comportar la creació de l'Institut Català de la Salut, paral·lelament a l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, però amb aquest Institut Català de la Salut —l'ICS, que en diem, amb aquesta mania dels acrònims— s'aconseguia la integració de tots els serveis sanitaris públics de Catalunya dependents de la Generalitat. Diversos decrets i ordres han anat desplegant successivament els principis inspiradors d'aquesta Llei, que, encara ha de ser ulteriorment acabada de desplegar, encara és en curs. Em refereixo, entre altres coses, per exemple, a la divisió sanitària definitiva de Catalunya, que està supeditada, abans que res, al marc definitiu de la divisió territorial general que ha de dictar aquest Parlament al seu dia.

Què hem fet, finalment, en el camp —en el tema de realitzacions— de la millora progressiva de l'assistència? Els objectius perseguits durant aquesta etapa són definits a l'Ordre de 26 de setembre del 83, de Desplegament del Mapa Sanitari de Catalunya. I són tres. El primer: facilitar l'accessibilitat física dels pacients als serveis sanitaris. Segon: donar prioritat a l'assistència primària. Tercer: fomentar que tot pacient pugui assolir el servei sanitari adequat a la seva malaltia, o a la prevenció, i que sigui d'una qualitat acceptable amb el mínim cost possible.

De fet, aquests objectius estan d'acord amb els proposats per l'Organització Mundial de la Salut de la regió europea. No és

pas, doncs, que ens els haguem inventats ni que siguin discutits per ningú. Ja eren esmentats en la comunicació que el Consell Executiu va fer a la Mesa d'aquest Parlament i que establia els criteris bàsics que havien de seguir les propostes del desplegament del mapa sanitari. Aquests criteris són tretze, i els lleixo molt ràpidament: donar prioritat a l'assistència primària, apropar l'assistència a l'usuari, cobrir buits assistencials, donar prioritat a les comarques que pateixen una depressió econòmico-social, coordinar els equipaments sanitaris amb la política territorial de la Generalitat, garantir un mínim de qualitat assistencial, controlar els costos de funcionament, promoure la integració dels diferents nivells d'assistència, incloure la prevenció i la rehabilitació —tema també molt important, que no m'hi havia referit— dins l'assistència, promoure la utilització dels recursos sanitaris apropiats tot evitant el mal ús dels equipaments sofisticats —més tard hi tornaren—, promoure la utilització tecnològica apropiada, qualificar funcionalment els equipaments assistencials i, finalment, promoure avaluacions funcionals i garantir la seva *ratio cost/benefici*.

Les propostes són, doncs, plantejades dins el marc global de reconeixement del dret constitucional a la protecció de la salut, i també d'assumpció progressiva d'un concepte ampli de salut, tot tenint sempre en compte les recomanacions de la Conferència d'Alma-Ata, assumides posteriorment, com he dit, per l'Organització Mundial de la Salut. Així, en una publicació molt recent, aquesta entitat reitera que les medicines secundària i terciària s'han desenvolupat massa i no han permès la creació d'un sistema sanitari harmònic i ben coordinat. Ja hem constatat que fins fa ben poc ni a Catalunya ni a la resta de l'Estat això no s'havia fet. Convertir un sistema sanitari basat en un hospitalocentrisme desequilibrat i amb un sistema assistencial primari burocratitzat i insuficient en un veritable sistema de salut integral i integrat, ben coordinat, és una tasca realment difícil, que requereix temps i molts esforços, i la col·laboració, no cal dir-ho, de tot el personal implicat, i fins i tot m'atreiria a dir de la col·laboració de l'usuari que, per haver assumit bé o malament, rutinàriament, el funcionament del sistema antic, amb tots els seus vicis i defectes, de vegades no comprèn la necessitat ni els avantatges del nou model assistencial. I, d'això, si ho volen, demà en podem donar exemples.

Malgrat les dificultats, el Consell Executiu ja va fixar durant l'anterior legislatura que la millora de l'atenció primària era l'objectiu prioritari en el terreny de l'assistència sanitària. L'any 1982 es va iniciar una experiència pilot a Ciutat Badia, que, en vista dels excel·lents resultats, ha estat empresa en altres centres d'assistència primària —la Mina, Canteres, Vilaroja... En poques paraules, aquesta experiència consisteix en l'establiment del treball en equip, en l'augment de la dedicació del personal sanitari i en la integració de la promoció de la salut i de la prevenció. Així, la mitjana de temps per consulta en aquests centres d'assistència primària pilots se situa als voltants dels deu minuts, és a dir, unes quatre vegades més d'allò que era habitual abans de fer aquest procés que en diem de jerarquizació. El total de la població que va a aquests centres compta amb una història clínica actualitzada, amb serveis d'odontologia reparadora, i els nens, fins als 14 anys, poden rebre-hi assistència pediàtrica.

Aquest nou model d'assistència primària, juntament amb experiències dutes a terme en altres centres, ha servit de base

per a la preparació del Decret de reforma de l'assistència primària al qual ja m'he referit abans, i que va ser aprovat pel Consell Executiu el 21 de març passat. Aquest Decret, en aquest moment, és en fase de desplegament a través de les corresponents ordres i del procés de zonificació de tot el territori de Catalunya en unes tres-centes àrees bàsiques de salut. Aquest projecte ha estat fet per una part amb l'Ajuntament de Barcelona i amb els ajuntaments de les poblacions de més de 25.000 habitants, amb perfecta col·laboració amb aquestes institucions, i, per als altres ajuntaments, ha estat sotmès durant un mes i mig a informació pública, i estem resumint ara, repassant, totes les alegacions rebudes. Cada àrea bàsica de salut, com vostès segurament saben, ha de disposar d'un centre d'assistència primària, que, d'acord amb el Decret esmentat, reproduirà els avenços qualitatius que ha portat el model estudiat a través de les experiències pilot a què m'he referit.

La modificació de les condicions de treball dels professionals sanitaris involucrats s'ha de fer, òbviament, mitjançant l'aplicació de compensacions econòmiques i en un marc de voluntarietat d'acceptació d'aquestes mesures. Al llarg de l'any 86 està previst que vint-i-cinc centres d'assistència primària entrin a funcionar d'acord amb aquesta nova modalitat.

No obstant això, i de manera paral·lela, l'ICS, l'Institut Català de la Salut, ha emprès l'aplicació d'un ambiciós pla de millora de l'assistència primària, tot introduint modificacions substancials i completant la insuficient xarxa d'equipaments ja existents. Resumim a continuació les accions fetes paral·lelament en aquest tema.

Hi ha un pla de noves construccions i de rehabilitació d'antics centres que, de moment, abasta ja un total de 99 centres d'assistència primària. 18 s'han fet nous, ja estan inaugurats, 9 amb les obres de construcció acabades i en fase d'equipament, 7 en procés de construcció, 4 en fase d'adjudicació d'obres, i deu en fase d'elaboració del projecte. A més a més, s'han remodelat totalment 6 CAP i s'han fet diverses obres de millora de les condicions d'habitabilitat en altres 35 centres.

Un altre punt: la potenciació i reestructuració dels serveis d'anàlisis clíniques i de radiologia, que ha aconseguit l'automatització de 24 dels 33 laboratoris existents. La dotació de mòduls d'extracció, per evitar els desplaçaments de l'usuari, a tots els centres d'assistència primària de Barcelona ciutat, a tots, i a 102 més de la resta de Catalunya. No n'hi havia cap abans, de mòdul d'extracció.

Han estat també posats en marxa o millorats substancialment serveis de radiologia, i ara, en el conjunt del sistema, el 80% de les plaques radiogràfiques són informades pels especialistes, pels radiòlegs, quan fa cinc anys no se n'informava pràcticament cap. Des d'un punt de vista pràctic, senyores i senyors Diputats, els puc assegurar que això és un fet petit, si ho volen, però d'una gran transcendència.

També la introducció de programes especials, que fan referència a vacunacions a tots els CAP de Barcelona ciutat i a 16, de moment, de la resta de Catalunya; es fa un control de malalties cròniques amb programes especials, com diabetis, hipertensió i d'altres, a 32 centres d'assistència primària; orientació i planificació familiar a 14 centres, i altres diversos programes d'educació sanitària, d'atenció materno-infantil, etcètera.

L'aplicació de mesures desburocratitzadores, que estalvia els diversos tràmits per a l'obtenció de volants per rebre assis-

tència hospitalària, per ser sotmesos a exploracions complementàries o de rehabilitació, s'ha fet a l'àrea de Barcelona, que l'ha aplicada amb intensitat, aquesta simplificació, i es calcula que proporciona ja anualment als ciutadans de la ciutat, valgui la redundància, als ciutadans de Barcelona, un estalvi de 800.000 passos, de 800.000 gestions, previs a l'obtenció de l'ordre d'assistència, del cèlebre P10.

La informatització, per tal d'introduir un canvi profund en els mitjans tècnics, proporcionar un coneixement real sobre l'activitat assistencial, es converteix, d'aquesta manera, en una eina útil de gestió. A finals d'aquest any —i aquest és un altre tema que crec que és molt important— estaran informatitzats, entre altres controls, els d'incapacitat laboral transitòria —les cèlebres baixes—, els trasllats, les ordres d'hospitalització, el conjunt de la despesa farmacèutica, a totes les inspeccions mèdiques de Barcelona. Aquesta és una labor d'aquelles que no es veuen, però que és molt important i molt eficaç a l'hora de la realitat.

La implantació de la història clínica a través del disseny d'un nou prototipus, estudiat acuradament per una comissió especial, que es troba ja a la disposició de tots els metges. Les xifres d'organització d'aquesta valuosa eina —no es pot comprendre, lògicament parlant, que un metge visiti uns malalts sense tenir un historial clínic; doncs, això és el que passava normalment en la immensa majoria dels casos— no és un fet que s'hagi introduït a tot arreu, malauradament, però a les diferents àrees la utilització d'aquesta història clínica, que és naturalment de moment voluntària, la freqüència d'aquesta utilització varia entre un 6% i un 43%, i va estenent-se d'una manera progressiva; estem en una fase d'introducció progressiva d'aquest nou element. L'aportació d'elements de consulta als professionals sanitaris, la formació continuada, molt important. Entre ells, hi destaquen l'índex farmacològic —del qual se n'han fet ja dues edicions— i un volum sobre mitjans de diagnòstic en la medicina primària, que han estat facilitats gratuïtament a tots els metges del sistema.

Per acabar aquesta referència a l'assistència primària, voldria esmentar les nombroses subvencions concedides a ajuntaments per a la construcció de consultoris i per a l'establiment d'acords de concertació en trenta-tres centres en localitats o àrees on l'ICS no disposava d'instal·lacions pròpies. Com saben segurament les senyores i els senyors Diputats, això ho fem amb ajuntaments de poblacions petites, de menys de 5.000 habitants, que és allà on, en general, el sistema de la Seguretat Social no hi té equipaments propis.

En conjunt, i per resumir el que ha estat descrit, és evident que l'usuari disposa de més i de millors instal·lacions; ha vist reduïts substancialment molts tràmits i facilitada la realització d'anàlisis i de proves radiològiques. Té a la seva disposició diversos programes preventius i assistencials, i és atès per professionals, en conjunt, amb més dedicació. En aquest sentit, una dada que ens orienta clarament sobre la millora d'aquesta qualitat d'assistència és la que ens proporciona la diferència en el temps que dedicava cada metge de medicina general —de medicina general, no especialistes— als seus pacients. L'any 81, la mitjana de temps dedicada a Catalunya era de 2,7 minuts per visita, i en l'actualitat ja hem aconseguit que el 70% dels metges dediquin més de 6 minuts a cadascuna de les visites de medicina general.

Passant a l'àmbit de l'assistència hospitalària, ja hem vist que les tendències modernes de la sanitat expressen la necessitat de la coordinació de l'hospital amb la resta del sistema. Caldria que l'hospital passés part del seu protagonisme —científic, fins i tot— a l'assistència primària, que es convertís en un suport de la primera línia assistencial, abandonant el seu actual paper de centre del sistema. El centre de gravetat del sistema assistencial hauria d'anar passant progressivament de l'hospital al centre d'assistència primària. És evident, doncs, que les coses haurien de canviar molt i, en tot cas, és bo que ho facin d'una manera progressiva i pausada per passar de la situació actual a un model com el proposat. Un determinant fonamental de la política a seguir és, no cal dir-ho, la consideració de les necessitats i de la demanda de la població i, en el seu defecte, la màxima informació disponible sobre la utilització. Aquest ha estat el criteri del desplegament del mapa sanitari.

Amb la freqüentació total estabilitzada actualment a uns cent ingressos anuals per mil habitants; va creixent progressivament, però oscil·la al voltant dels 600.000 ingressos hospitalaris en el conjunt de Catalunya. Cent per mil.

El nombre de llits necessaris per atendre aquesta demanda assistencial dependrà evidentment del que en direm la productivitat del sistema. En aquest sentit, es pot millorar encara l'estada mitjana, que és actualment aproximadament d'uns onze dies, i es podria passar entre nou i deu, i l'índex d'ocupació, que és ara del 76% i que podria arribar a ser del 80 o del 85%, amb una mica d'esforç per part de tothom.

Cal també tenir en compte que la proporció d'ingressos de malalts de la Seguretat Social és sorprenentment baixa, relativament baixa. Només el 67% d'ingressos als hospitals de Catalunya l'any 84 eren de la Seguretat Social, quan, en canvi, hi ha aproximadament entre un 93 i un 95% —això és molt difícil d'aclarir exactament— de la població per protegir. És d'esperar que la utilització del sistema, la gent que acut a l'hospital a través de la Seguretat Social més aviat tingui tendència a augmentar.

Cal remarcar també que la situació hospitalària a Catalunya és molt peculiar en comparació amb la de la resta de l'Estat. La taxa de llits de la Seguretat Social per a tot l'Estat —tot l'Estat, Catalunya inclosa— és d'1,56 llits per mil habitants, mentre que a Catalunya és només de 0,82; pràcticament la meitat. La construcció d'hospitals propis per part del sistema ha estat, doncs, a Catalunya de l'ordre de la meitat dels fets a la resta. Per això entre nosaltres és tan important l'acció concertada, que és simplement complementària fora d'aquí. En canvi, a Catalunya, l'any 82 només una tercera part dels 450.000 ingressos coberts per la Seguretat Social es va fer en centres propis. Aquí més aviat la xarxa pròpia complementa la concertada; per absorbir els 300.000 ingressos concertats, caldrien 10.000 llits més en el sistema propi, la construcció dels quals costaria ara uns 100.000 milions de pessetes. Afortunadament, a diferència de la resta de l'Estat, a Catalunya hi ha una important xarxa de centres hospitalaris, alguns d'ells fundats fa molts anys o fins i tot fa segles, que en la seva major part són públics o bé pertanyen a fundacions diverses o a entitats sense ànim de lucre.

Quan es produïren els traspassos, la situació dels centres hospitalaris catalans estava molt degradada. A partir de 1977-78, l'INSALUD havia restringit encara més les seves inversions, malgrat que seguint la seva errònia i, m'atreviria a dir, nefasta

política, projectava i construïa centres massa grans o n'ampliava d'altres de manera ben poc justificada. Les auditories realitzades per nosaltres als centres propis traspassats demostraren l'existència de defectes realment molt greus. De fet, alguns dels centres era poc justificat que seguissin oberts.

Les repercussions de les incipients dificultats econòmiques foren tant o més greus en els hospitals concertats. L'any 81 treballaven en gran part amb unes tarifes per sota dels costos, i tenien considerables dèficits acumulats. Hi havia una situació general de descapitalització, i atès que els controls de qualitat no existien en la pràctica, l'assistència prestada en alguns d'ells era d'un nivell molt baix.

En aquestes circumstàncies, el Departament va establir un pla que perseguia assolir els objectius següents: ordenació sanitària, sectorial i territorial; millora de la qualitat; homologació dels centres, i simplificació administrativa —em refereixo sempre als hospitals.

L'ordenació sanitària ha seguit dues vessants: la sectorial i la territorial.

L'ordenació sectorial ha representat que determinades especialitats o serveis s'han atribuït a uns centres ben concrets. Aquest és el cas, per exemple —com vostès saben—, dels transplantaments, del tractament d'una insuficiència renal, dels problemes de l'alta tecnologia i dels bancs de sang —que n'hi ha cinc ara a tot Catalunya.

L'ordenació territorial s'ha produït a través del suport als hospitals comarcals. Aquest suport ha estat tant en ajudes per a inversions, com en concerts per a les despeses corrents. La millora de la qualitat s'ha perseguit en tres fronts diferents: el programa de laboratoris, els drets del malalt, i l'acreditació. Una conseqüència de l'ordre d'acreditació ha estat interrompre els concerts que l'INSALUD havia signat amb clíniques que no assolien un mínim de condicions sanitàries. L'homologació dels hospitals s'assoleix en la creació de la xarxa hospitalària d'utilització pública, que té l'objectiu que els beneficiaris de la Seguretat Social tinguin exactament el mateix tipus de tractament, amb independència del centre on siguin atesos.

La simplificació administrativa, finalment, es va assolir a través d'ordenar els hospitals en quatre nivells assistencials, canviant l'antiga classificació de l'INSALUD, que era de vint-i-una categories diferents. Existeix consens que les anteriors mesures són positives per al sector hospitalari català. El problema clau del sector és la diferència entre els ingressos i les despeses, que ha portat a la crisi econòmica actual, de la qual més endavant parlarem amb més profunditat.

Considero significatiu ara parlar breument de la política de subvencions a centres hospitalaris duta a terme pel Departament.

Ja l'any 83 es van distribuir entre set centres hospitalaris 100 milions de pessetes, provinents del Fons de Compensació Interterritorial. L'any 84, aquesta quantitat ha augmentat a 573 milions, que es van repartir entre 32 centres hospitalaris. En analitzar quins són els hospitals que han rebut les esmentades subvencions, hom pot comprovar que, d'acord amb la política del Departament de potenciar els hospitals comarcals i d'aquesta manera apropar l'assistència als beneficiaris, han estat aquests centres comarcals els que han estat més beneficiats a l'hora de rebre els diners disponibles. Les partides més importants, per exemple, han anat destinades als hospitals de Pala-

mós, al municipal de Badalona, al de Valls, al de Vilafranca del Penedès i la Salut, de Sabadell. Un conjunt de 145 milions ha estat destinat a hospitals que apliquen programes especials del Departament. Com a exemple d'aquests hospitals subvencionats, puc esmentar l'Hospital Clínic, l'Hospital del Mar i l'Hospital de l'Esperança, aquests dos, com saben, de l'Ajuntament de Barcelona.

Tal com he dit abans, en la situació de Catalunya, és del tot convenient comptar amb els hospitals concertats com una part permanent de la xarxa d'atenció als afiliats de la Seguretat Social i no com un complement circumstancial, com ho pot ser en altres llocs, en altres indrets.

Es per això que els hospitals gestionats per l'ICS i els concertats formen una xarxa hospitalària d'utilització pública, creada per decret del 15 de juliol d'aquest any. L'objectiu és l'assoliment d'una ordenació hospitalària que permeti una adequada homogeneïtat de les prestacions assistencials, així com la utilització òptima dels recursos disponibles humans i materials. En aquest moment, la xarxa està formada per un conjunt de 15.854 llits, dels quals el 27% pertanyen a la Seguretat Social; el 22%, a fundacions; el 19%, a mútues; el 9%, a diputacions; el 7%, als ajuntaments; un altre 7%, a l'església; un 4%, a la Creu Roja; i el 4% restant, a d'altres centres privats. Ho repeteixo, només el 4% restant a centres privats.

A la vista d'aquestes xifres, es fa avinent que la nostra despesa en concertació ha de ser proporcionalment elevada, però com a mostra del fet que això no ens impedeix d'exercir-hi un control adequat, voldria afegir donar-los unes xifres molt significatives de comparació entre els increments experimentats globalment en les despeses de concertació de l'INSALUD i de l'Institut Català de la Salut, considerant com a índex 100 per a l'any 81, i d'acord amb els comptes de liquidació de l'Institut Nacional de la Salut.

Els 100 de l'INSALUD de l'any 81 passen a 124 de l'any 82 i els de l'ICS passen a 116. I l'any següent, el 83, l'INSALUD passa a 147 i l'ICS a 128. A partir de l'any 83, com vostès saben, l'ICS té unes tarifes de concertació congelades i l'INSALUD, no cal dir-ho, ha tingut tendència a congelar totalment i fins i tot a descendir en la seva xifra utilitzada per a concerts. La política hospitalària ha pivotat en els darrers quatre anys en els darrers punts que voldria deixar ben clars: la millora del nivell assistencial; en especial — hi insisteixo — dels hospitals comarcals; la construcció o adequació d'hospitals en comarques desproveïdes; l'afavoriment de la reconversió d'alguns hospitals cap a centres de malalts crònics i la conservació i millora dels centres propis de la Seguretat Social.

Alguns dels hospitals terciaris — o sigui, dels més complicats, dels més sofisticats, que se'n diu ara — han mostrat progressos ben notoris en aquest període, en matèria d'alta tecnologia. No obstant aquesta imatge, a tots ens consten les dificultats econòmiques en què molts d'ells i d'altres, d'altres nivells, es troben. Els centres propis no disposen ni de suficients inversions de reposició i els concertats veuen les seves tarifes sense possibilitat d'actualització. Aquesta forçosa conjugació de tarifes dels concerts a partir de 1983 ha conduït un bon nombre de centres a una situació econòmica fins i tot crítica. Els déficits s'han tornat a acumular i es tradueixen, sovint, en greus dificultats de tresoreria. Faré especial referència a aquest problema i a les seves causes més endavant.

Permetin-me que acabi ara l'apartat d'actuacions del Departament fent referència als programes especials que anomenem així: d'una banda, els territorials, adreçats, com ja he dit, a les comarques especialment desproveïdes, i, per altra banda, els programes sectorials que s'ocupen de problemes sanitaris greus, gairebé sempre, i específics.

El primer programa territorial que es va establir va ser l'anomenat ALTEBRAT, a què ja m'he referit abans, que tenia com a objectiu establir uns serveis sanitaris que fossin adjunts a la població, i servir també com a base d'experimentació de noves fórmules de planificació i organització sanitàries que poguessin ser útils a la resta de Catalunya. M'és plaent, en aquest sentit, reconèixer l'ajut que ens ha prestat l'Organització Mundial de la Salut, Oficina Europea, i especialment el seu destacat dirigent el doctor Hannu Vuori, que diverses vegades ha vingut a veure com funcionaven els nostres programes territorials experimentals.

Cap de les tres comarques no disposava — les tres comarques del programa ALTEBRAT — de cap tipus d'equipament ni hospitalari ni d'assistència primària. Vam fer primer un recull de dades; s'ha fet un document anomenat « Estudi sanitari », es va procedir a la confecció d'unes propostes de planificació, i es va decidir al final, fets tots aquests estudis, la construcció d'un hospital d'un centenar de llits i de sis centres d'assistència primària ubicats a Batea, Falset, Flix, Gandesa, Móra d'Ebre i Móra la Nova.

A part d'això, s'han fet moltes altres coses. S'ha implantat el programa d'atenció primària amb diversos subprogrames, nou de diferents — em refereixo sempre a la zona de l'ALTEBRAT —: atenció primària de la salut, salut escolar, vacunacions, protecció de la càries, etcètera. Aquest programa ha contribuït de manera molt satisfactòria a millorar la salut dels ciutadans de l'àrea.

Malamentament, les construccions han tingut una continuïtat irregular: les obres de l'hospital de Móra d'Ebre han estat aturades un any i mig, quan l'estructura ja estava alçada, per causes únicament imputables a l'empresa adjudicatària; ara, després de nombroses gestions, hem aconseguit que les obres es desbloquegin i hagin estat repeses.

Dos centres d'assistència primària, el de Móra d'Ebre i el de Gandesa, estan pràcticament acabats, i cal iniciar ara la fase del seu equipament. Dos més, el de Flix i el de Batea, estan en fase avançada de construcció. El de Móra la Nova, ja s'ha adjudicat el concurs per tal de construir-lo, i el de Falset es troba en fase d'acabament del projecte, ara que ja, finalment, l'Ajuntament ens ha cedit un solar adequat per aixecar-lo.

Un altre programa avançat és el de la Vall d'Aran, creat el desembre del 1981 per respondre a les dificultats derivades de l'aïllament d'aquesta comarca catalana. És un programa de característiques comunes al de l'ALTEBRAT, però no hi insisteixo massa — però el seu eix ha estat la construcció d'un hospital, centre d'assistència primària i centre de serveis socials, l'Hospital de la Vall d'Aran i en l'establiment d'una coordinació entre els professionals sanitaris de la Vall.

Es van aplicar, també, diverses millores assistencials: no hi havia pediatria i n'hi ha; per fer-se les anàlisis, els malalts havien d'anar a Lleida i ara, ja des de fa més d'un any, se'ls fa allà mateix; però, evidentment, la millora substancial ha existit a partir del moment en què el Molt Honorable President

de la Generalitat va inaugurar, el passat dia 30 d'agost, aquest centre que eis dic, hospital Val d'Aran, que forma un conjunt arquitectònic modèlic per les seves característiques de funcionalitat, i amb una contribució nombrosa de personal sanitari, i que no hi ha dubte que és capaç d'oferir tota mena de serveis, no solament a la població de la Vall d'Aran, sinó també a la de comarques veïnes i als nombrosos visitants que hi ha en aquelles contrades.

Tenim la intenció —i així està ja dictat a través d'un decret— d'estendre el programa Val d'Aran a totes les comarques de l'Alt Pirineu, i això constitueix el que anomenem el programa ALPIR, de recent creació, i que s'anirà estenent, successivament, d'acord, naturalment, amb les possibilitats, a les comarques del Pallars Jussà, del Pallars Sobirà, de l'Alt Urgell, de la Cerdanya i del Solsonès.

Breument, passo a descriure els trets bàsics dels programes no territorials, sinó sectorials, que són —parlaré només de quatre— el de la insuficiència renal, el de la donació i la transfusió de sang, el de malalts crònics i el de transport d'emergències mèdiques.

El programa d'atenció de la insuficiència renal crònica s'ocupa dels afectats d'aquesta greu malaltia, que no és massa freqüent, però que té, com saben les senyores i els senyors Diputats, greus conseqüències. Els malalts han de rebre necessàriament una terapèutica substitutiva per tal de sobreviure i, a més a més, el preu d'aquesta terapèutica substitutiva és molt elevat.

Fa pocs anys, els malalts tractats eren relativament escassos —eren 637 l'any 77—, però aquesta xifra ha pujat enormement: l'any 82 ha arribat a 1.925, el 83 a 2.267 i l'any passat gairebé a 2.500 —2.491 malalts sotmesos a tractament continuat de diàlisi. Aquest creixement, la necessitat d'ordenar el sector i l'increment de la despesa generada han portat a la creació d'aquest programa específic.

El programa compta entre els seus objectius amb la coordinació dels centres de nefrologia i la promoció del trasplantament i la diàlisi domiciliària. L'èxit del programa, pel que fa als trasplantaments, és clar: l'any 80 se'n van fer 62; l'any 81, 108; l'any 82, 134; l'any 83, 175, i l'any passat, 261. Aquesta xifra correspon a una taxa de 43 trasplantaments per milió d'habitants, i ens col·loca molt per davant de la resta de l'Estat i al nivell dels primers països del món. El nostre objectiu es xifra a arribar als 300 trasplantaments anuals, però, lamentablement, haig de dir que aquest any no assolirem aquesta xifra perquè ja fa bastants mesos que es troba una dificultat creixent en la donació d'òrgans, i aquest és un límit que, naturalment, no podem ultrapassar, i que enfosqueix el panorama optimista d'aquests darrers anys. Caldrà insistir en la conscienciació dels ciutadans, i així estem intentant de fer-ho.

El programa de donació i transfusió sanguínia té com a objectiu, no cal dir-ho, la promoció de la donació no retribuïda i l'ordenació del sector de recollida i tractament de la sang. S'ha fet un estudi dels recursos existents, s'ha demostrat una manca de coordinació de les estructures hemoteràpiques, i s'ha establert una sectorització de la recaptació sobre la base de les estructures més importants i s'han definit els nivells funcionals.

Les diverses campanyes realitzades s'han traduït en un augment significatiu de la donació. D'un índex del 17,8% l'any 81, successivament —m'estalvio les xifres d'entremig—, s'ha arribat a 21,8 per mil donacions l'any passat, xifra significativa-

ment més elevada, però encara insuficient. Tots plegats hauríem de fer l'esforç de fer una crida a la generositat de tots els ciutadans de Catalunya perquè donin sang —no diré amb més freqüència, perquè els qui en donen, ja la donen amb freqüència, però perquè molts que no en donen, en donin—, perquè en aquest sentit haig de significar que estem per sota de les xifres dels nostres països veïns.

El programa d'atenció al malalt crònic serveix de complement al programa de prevenció i control d'aquestes malalties i s'ocupa de la planificació de l'assistència, tot tenint en compte els aspectes sanitaris i socials. No m'hi entretindré; només vull remarcar el fet que aquest és un dels grans reptes de la nostra societat actual. No hi ha dubte que l'envelliment de la població és cada vegada més marcat, i que, per tant, serà cada dia un nombre més gran de ciutadans, de gent gran, de més de seixanta-cinc anys o de més de vuitanta o vuitanta-cinc anys, que sol·licitaran assistència sanitària, perquè, si entenem com a definició de la salut aquella de Perpinyà, que és una manera de ser, una manera de viure que sigui autònoma, solidària i joiosa, a la vellesa no hi ha autonomia encara que hi hagi solidaritat, i rares vegades hi ha joia. I cada vegada hi haurà més vells, més gent necessitada d'atenció.

Molt breument, em refereixo —per acabar aquest llarg capítol— al sistema de coordinació d'urgències mèdiques, que és la més recent de les realitzacions sectorials i que s'ha fet en coordinació amb la Direcció General d'Extinció i Salvaments del Departament de Governació de la Generalitat. Té per missió transportar en condicions òptimes al centre hospitalari d'elecció els malalts greus, i també serveix per al transport d'òrgans per a trasplantaments i per servir de suport organitzatiu per a la mobilització i la coordinació de recursos en cas de catàstrofes; disposa de dos helicòpters, si són necessaris, i diverses unitats d'ambulàncies mòbils, i en els primers sis mesos d'actuació s'ha superat ja el nombre de 500 operacions de trasllats i d'assistència.

Senyores i senyors Diputats, malgrat les greus insuficiències econòmiques que immediatament comentarem, em sembla indiscutible, per tot el que acabo d'exposar, que en el terreny de l'ordenació i el perfeccionament de la sanitat pública catalana, han estat fetes passes molt importants durant els darrers cinc anys. Disposem d'elements de planificació més que suficients, i d'una valuosa base humana i instrumental amb la qual som capaços d'assolir resultats positius en tot allò que encara és millorable en alguns sectors, com hem vist.

Ja han estat aconseguits progressos importants que han cridat l'atenció aquí i fora d'aquí. Les innumbrables visites i consultes dutes a terme pels responsables sanitaris d'altres administracions, atrets per les nostres realitzacions o projectes, en són un bon testimoni i ens estimulen a prosseguir el camí ja iniciat i recorregut només en part.

Passem ara a parlar del greu problema del finançament. Aquest és, certament, el problema clau de la sanitat catalana. No hi ha cap dubte, al meu entendre, que el finançament, pel que fa a l'assistència sanitària de la Seguretat Social, és cada vegada més insuficient en relació amb les necessitats; necessitats creixents, que són el fruit del constant increment de la població protegida que, òbviament, quan té problemes de salut, requereix l'oportuna resposta del sistema assistencial.

La despesa sanitària, difícil de comprimir sempre, creix se-

gurament de manera desmesurada en molts països, tant en xifres absolutes com en valors relatius. Al Regne Unit, per exemple, l'any 82 es va situar als voltants del 6% del producte interior brut —unes 54.000 pessetes per habitant i any—; a França, és del 8 o el 9% —75.000 pessetes, aproximadament—; a la República Federal d'Alemanya arriba gairebé al 10% —unes 115.000 pessetes—, i als Estats Units, bé que ara ja més comprimida —però no rebaixada— del que vaig a dir, ha ultrapassat ja el 10% i és superior a 200.000 pessetes —a 200.000 pessetes— per habitant i any : més del 10% del producte interior brut.

Tothom està d'acord a afirmar que cal contenir aquests costos, sobretot si es té en compte que, a partir de determinats nivells, l'increment de la despesa sanitària no comporta necessàriament una millora del nivell de salut de la població. Però als països on la despesa és relativament baixa, com succeeix a tot l'Estat, i també a Catalunya, en què la despesa sanitària total amb prou feines arriba al 5% del producte interior brut —que són, aproximadament, unes 30.000 pessetes per habitant i any—, no es pot millorar la sanitat amb una política que tingui per guia exclusiva un criteri d'estalvi rigorós.

La despesa global del sistema assistencial sanitari de la Seguretat Social a tot Espanya va anar creixent progressivament des del 2,37% del producte interior brut el 1972 fins a arribar al 3,83% l'any 82. D'aleshores ençà, senyores i senyors Diputats, aquesta proporció ha anat descendint : 3,70, el 83; 3,50, el 84; 3,40, actualment. No crec que sigui precisament un èxit digne de ser anunciat a la premsa, com s'ha fet, que la despesa sanitària per persona protegida baixi, en pessetes constants, de 28.692, l'any 82 —28.692, l'any 82—, a 25.339, l'any 84.

Però això és la realitat, per estrany que sembli que un govern socialista apliqui uns criteris d'aquest estil. El Ministre de Sanitat mateix, en unes declaracions recents, ha reconegut que el pressupost d'INSALUD era allò que ell en diu «el residu del residu», és a dir, allò que restava dels pressupostos de la Seguretat Social, un cop deduïdes les pensions.

Primera constatació, doncs : en el conjunt de l'Estat espanyol la despesa sanitària pública, que mai no ha estat gaire gran, és ara cada cop més retallada i insuficient.

Passem ara a considerar quina part del pressupost global d'INSALUD ha estat esmerçat a Catalunya : tot i que la informació de què es disposa no és del tot fiable, a causa de les dificultats de periodificació, i d'acord amb les dades de l'INSALUD, la seva despesa a Catalunya els anys anteriors a la transferència significa els següents percentatges : el 77, el 16,8; el 78, el 15,5; el 79, el 16,9; el 80, el 16, el 81 —gestionat en gran part per INSALUD central, any de la transferència—, el 17,1... La mitjana d'aquests anys és el 16,5%.

Pel que fa a partir de la transferència, els percentatges han estat : el 82, el 16,2; el 83, el 15,7; el 84, el 15,3 —xifra, aquesta darrera, provisional, perquè no està tancat, el 84.

De totes aquestes xifres els prego que retinguin les següents observacions : abans de la transferència la despesa mitjana era del 16,5%; l'any de la transferència va ser del 17,1%; després de la transferència la despesa relativa no ha crescut, ans al contrari, s'ha mantingut per sota de la mitjana; els ingressos rebuts, després de llarguíssimes negociacions, són inferiors proporcionalment als que es reberen abans de les transferències; la diferència negativa més forta es dona a partir de l'any

1984, any en què, precisament per l'obligació d'incorporació del col·lectiu de treballadors autònoms, la despesa va pujar.

M'agradaria que quedés clar, altrament, i de manera definitiva, que la transferència no es va pactar a la baixa, com ho proven les actes de la Comissió Mixta. En efecte, atesa la complexitat de la transferència hom va convenir que es revisaria la idoneïtat dels crèdits transferits. Però, l'INSALUD, en principi, ho estimava necessari per a Catalunya l'any 81 i que, si calia, es modificaria el seu import; això figura en les actes de la Comissió Mixta.

Malgrat això, la Comissió Mixta no va arribar a un acord sobre la revisió de l'annex pressupostari, perquè l'estudi que va fer un equip d'interventors del mateix INSALUD a Catalunya, l'ICS —encara no era l'ICS, però en fi, l'INSALUD transferit—, per tal de calcular el cost real de l'any 81, no va ser acceptat aleshores pel Govern, que era —ho recordo— un govern d'UCD.

De tota manera, em plau de reconèixer que, en canvi, a la tardor del 83 el nou Govern Socialista va acceptar unes xifres de liquidació del 81 equivalents al pagament del cost efectiu de l'any del traspàs, tot i que l'esmentat acord el Ministeri de Sanitat no va voler que figurés tot el cost del 81, sinó solament la petita part de l'any transferida ja i gestionada per la Generalitat.

La Comissió de Transferències, ja en època d'UCD, tractà també de trobar una fórmula financera definitiva que evités la discussió anual sobre el pressupost. En aquells moments, hom va acordar la realització d'una enquesta per tal d'esbrinar el nombre de beneficiaris. L'enquesta fou realitzada per l'ICS l'any 1982. Durant el Govern d'UCD no se'ns va informar del resultat d'aquest estudi; fou durant els primers mesos del govern socialista que se'ns comunicà els resultats de l'enquesta, que donava a Catalunya el 17,87%, el 17,87% de beneficiaris. L'esmentat percentatge, però, no fou acceptat com a criteri de repartiment, per una sèrie de circumstàncies, pels nous responsables i, en canvi, s'acceptà buscar una fórmula definitiva partint del cost efectiu —que, en el nostre cas, era del 17,1%, tal com he dit— amb l'aplicació d'un període transitori d'uns deu anys i basada, finalment, en el nombre de beneficiaris.

La resta de comunitats autònomes afectades pel traspàs de l'INSALUD acceptaren també, en principi, aquesta fórmula, i això va portar a fer un nou estudi sobre els beneficiaris.

Paral·lelament, havia estat discutit el pressupost corresponent a Catalunya per al 83. Per part d'INSALUD es féu una assignació inicial, per al 83, de 93.000 milions de pessetes, que més tard fou elevat a 113.500 milions, que corresponien a un percentatge de beneficiaris —i perdonin per les xifres i com resulta d'enfargador aquest tros— de, només, el 14,3%, segons estimacions de l'INSALUD i del Ministerio de Sanitat i Consumo.

Finalment, en una entrevista entre el President del Govern i el President de la Generalitat es pactà, a la tardor del 83, el tancament del 81 i del 82 i l'establiment, a partir del 83, d'un percentatge provisional del 15,81%, equivalent al de la població total, mentre no es coneguessin els beneficiaris, ni s'anés a una fórmula definitiva en el corresponent període transitori.

També s'acordà que si al tancament de l'exercici no es coneixien encara —i de conformitat d'ambdues parts— els beneficiaris, els crèdits de la Generalitat serien incrementats en la mateixa proporció que significués el tancament del pressupost

de l'INSALUD en relació amb el seu pressupost inicial.

La realització d'una nova enquesta, destinada a aclarir definitivament el nombre de beneficiaris de cada comunitat autònoma, es prolongà més del compte i acabà donant uns resultats inicials que, tal com ja vaig tenir ocasió de manifestar en una altra intervenció davant d'aquesta Cambra, tampoc no permeten d'atribuir-li cap mena de fiabilitat.

En virtut de l'acord de novembre del 83 —al qual m'he referit abans—, el nou pressupost inicial per a l'ICS d'aquell any, fou, en lloc del 113.000, 125.758 milions, que es convertiren al final en 133.178 milions, un cop aplicat proporcionalment el suplement de crèdit per desviació de la despesa en un 5,9% de l'INSALUD.

Ja hem tingut ocasió d'explicar repetidament la lamentable història de la liquidació definitiva que, després de moltes vicissituds i d'un inexplicable regateig, no tingué lloc fins al passat mes de juny. Calgué, finalment, un requeriment formal del Consell Executiu per aconseguir que es produís la tramesa del saldo, que era de 3.940 milions de pessetes, un any i mig després de contreta la despesa.

Quines han estat les conseqüències d'aquest insuficient finançament fins a finals de l'any 1983? Els fons corresponents a l'exercici determinat sempre s'han rebut, en part, com acabem de veure —he posat un exemple—, durant l'exercici següent o subsegüent, un cop ja tancat l'exercici. Així, succeí també pel pacte de novembre del 83, quan se'ns reconegueren 5.500 milions de pessetes, corresponents a despeses contretes per l'INSALUD del 81, 5.500 milions de pessetes abans de la transferència i pagades per la Generalitat. Això, fa que el dèficit o superàvit d'un exercici aïllat no tingui massa sentit i que el tema s'hagi de contemplar més globalment pel conjunt d'exercicis tancats —81, 82 i 83; les obligacions contretes per la Generalitat, en conjunt, s'eleva a 288.768 milions, i els ingressos reconeguts procedents de la Seguretat Social a 281.103 milions. A aquesta última xifra s'haurien d'afegir 3.940 milions —aquells que ja hem dit—, no rebuts fins a l'estiu del 85, però en concepte de tancament del 83.

Per tant, en conjunt, el dèficit comptable dels tres exercicis esmentats s'eleva a 3.725 milions de pessetes.

Pel que fa al 84, les obligacions contretes foren de 149.911 milions de pessetes, i els ingressos fins ara reconeguts s'eleva a 138.156 milions de pessetes. És a dir, hi ha un dèficit provisional d'11.755 milions de pessetes. Aquest desajustament es deu —com ja hem comentat— a la manca d'acord entre la Generalitat i el Govern central respecte del que li correspon a Catalunya; un punt clau del desacord és que l'Administració central no admet l'increment del cost efectiu, associat a la incorporació dels autònoms de l'any 84.

La situació actual de les negociacions és la següent : l'Administració central ofereix 6.800 milions de pessetes més per tancar l'any 84, 6.800, però amb unes restriccions en l'autonomia de gestió que implicarien renegociar el decret de transferències, pel que sembla, equiparant-lo al decret de transferències de l'INSALUD a la Junta d'Andalusia.

Per al 1985 s'ofereixen solament 3.800 milions de pessetes més sobre la quantitat inicial de 151.000 milions de pessetes, i la pèrdua per la Generalitat del dret al complement de crèdit corresponent al percentatge que l'INSALUD ens pugui passar en el moment del tancament de l'exercici en relació amb el

pressupost inicial. És a dir, se'ns proposa no solament una quantitat insuficient, sinó també un pacte discriminatori, ja que mentre l'INSALUD pot liquidar el seu pressupost per sobre dels crèdits inicials, la Generalitat hauria d'acceptar un crèdit inicial totalment tancat. Aquesta sorprenent discriminació és, de fet, la mateixa que preveu el Projecte de Llei de Sanitat i el Decret de Transferències a la Junta d'Andalusia.

Tal com he dit abans, un dels principals punts de desacord consisteix en la no-acceptació, per part de l'Administració central, de les repercussions produïdes per l'entrada en el sistema dels nous col·lectius, com és el cas dels treballadors autònoms a partir de 1984.

Hi ha també d'altres desacords que serien més fàcils de salvar : la participació en els costos del servei central de l'INSALUD, que no se'ns reconeix; la liquidació entre comunitats autònomes amb l'INSALUD de les despeses originades, que són molt quantioses, per l'assistència de transeünts i d'estrangers, i lligada, en bona part, amb el tema de capitalitat que, des del punt de vista sanitari, exerceix Barcelona.

De fet, només l'entrada dels autònoms —uns 300.000— hauria d'haver significat un increment pressupostari d'uns 18.000 milions de pessetes, calculats segons el cost real mitjà per cartilla, estimat pel Ministeri de Treball i Seguretat Social, i emprat, per exemple, ara en el conveni que hem signat amb la MUNPAL, que afecta l'INSALUD, la RASSSA —o sigui, l'ICS andalus— i l'ICS, que ens dona per a cada nova cartilla que entra d'aquest col·lectiu de la MUNPAL, a dependre del sistema de la Seguretat Social, més de 60.000 pessetes cada any i per cartilla —repeteix—, que és el que nosaltres demanem. En això ja ho tenim : ho demanem en el cas dels autònoms.

Aquest acord, signat no fa gaire, justifica encara més la raó de les nostres reclamacions. Ara, sí, finalment, que l'entrada d'un nou col·lectiu ens és pagada amb una contraprestació econòmica més propera al seu cost real.

En resum, doncs, després de la transferència no s'ha incrementat relativament la despesa, sinó que s'ha reduït; no se'ns vol incrementar el crèdit per a l'entrada al sistema de nous col·lectius, que han fet passar el nostre percentatge de treballadors protegits, senyores i senyors Diputats, del 17,5, que era l'any 83, al 18,2, que és l'any 84, i després, un cop entrats aquests col·lectius; se'ns ofereix, a més, un pacte discriminatori per les condicions que se'ns volen imposar.

Segona constatació, doncs : no és assignada a Catalunya —al meu entendre— una part del ja escarrassit pressupost de l'INSALUD que sigui proporcional al nombre d'assegurats, ni equivalent a la despesa realitzada històricament aquí, per aquesta entitat gestora, abans de les transferències.

Repetidament ha estat afirmat per certs sectors que les dificultats de finançament de l'assistència sanitària a Catalunya eren degudes, de manera fonamental o exclusiva, a l'excessiu increment de la despesa, produït després dels traspassos, en contraposició a la política de contenció de costos dut a terme per l'INSALUD —cada dia ens ho sentim, això. Aquests arguments no s'aguanten si hom té present el que he explicat abans : que l'any de la transferència el cost efectiu fou del 17,1% i que, en cap dels anys següents, s'ha arribat a aquest percentatge.

Altrament, si hom calcula per cartilla els diners rebuts per la Seguretat Social s'obtenen les xifres següents : pessetes per

cartilla en pressupostos liquidats per l'INSALUD i assignades a Catalunya, en pessetes corrents : Espanya, l'any 81, Espanya, 41.083. Catalunya, 39.190. L'any 82, respectivament, 48.515, i 44.805. L'any 83, respectivament, 55.675, i 50.269. L'any 84, 54.087, i 45.566. L'any 85, 58.434 i 49.921. I, si això ho comptem en pessetes constants, senyores i senyors Diputats, els estalviaré tota la sèrie, però els diré que mentre l'any 81, amb pessetes de l'any 81, Espanya, en el conjunt d'Espanya, hi havia per cartilla 41.083 pessetes i a Catalunya 39.190 —que són les mateixes que he dit, perquè són pessetes de l'any 81, i, per tant, són iguals les corrents que les constants, traduït això a pessetes de l'any 85, Espanya ha passat de 41.000 a 36.521, i Catalunya ha passat de 39.190 a 31.200. Hom observa la baixa real del pressupost, a partir del 83, especialment per a Catalunya.

Se'ns ha acusat, en especial, d'haver gastat massa en acció concertada; res més fals si recordem les sèries de despesa relativa en concerts d'INSALUD i de l'ICS entre el 81 i el 83, que ja hem dit. El nostre increment de la despesa ha estat, en canvi, més marcat que el de l'INSALUD, en assistència primària; aquí sí que hem gastat més que ells.

Tercera i darrera constatació, doncs, pel que fa al finançament, l'afirmació que alguns també fan : que l'ICS ha dut a terme una política d'expansió indiscriminada de la despesa no té cap base real; queda, doncs, fora de dubte que el més greu i principal problema, font de molts d'altres, és l'ofegament econòmic, generat per l'insuficient finançament.

Entre d'altres efectes negatius, la manca d'acord sobre el tancament del 84 ha impedit, tal com ja hem indicat, l'actualització de les tarifes dels concerts, actualització que hauria estat possible si se'ns haguessin reconegut els increments de crèdit associats a l'entrada dels treballadors autònoms, i amb escreix, si se'ns haguessin respectat abans els percentatges de participació que ens corresponen en els pressupostos de l'INSALUD.

De tota manera, confesso que veig difícil arribar a un acord satisfactori, a la vista de la situació de l'INSALUD i de la Seguretat Social en general, sobretot si no es modifica l'actitud de l'Administració central. Tots vostès saben la situació d'ofec econòmic que, en bona part per aquesta causa, pateixen bastants hospitals, i la voluntat del Consell Executiu de paliar, almenys, la situació com ho ha fet altres vegades, si la solució no pot ser definitiva. Situació que també és dolenta per a alguns proveïdors, no en aquest cas per la congelació dels preus, sinó per les dificultats de tresoreria nostres, derivades del gran retard a rebre els saldos dels exercicis passats. Recordem que en el cas de l'any 83 no ens fou liquidat fins transcorreguts divuit mesos, i que, pel que fa al 84, ja portem, per ara, deu mesos d'espera. Per tal d'afrontar aquesta greu situació, el Consell Executiu va aprovar, en l'última sessió, un projecte de llei, presentat ja a aquest Parlament, que, si s'aprova per aquesta Cambra, com espero, permetrà destinar a l'ICS algunes partides aconseguides amb molt de sacrifici, de diversos departaments de la Generalitat. De tota manera, aquest esforç suplementari, que representa la incorporació d'uns 3.500 milions de pessetes a l'ICS, bé que permetrà, espero, que tots els centres acreditats puguin complir els seus compromisos ineludibles fins a final d'any, no resoldrà, ni de bon tros, la greu situació financera de la sanitat catalana.

En el moment actual recordem, en resum, que al dèficit co-

mptable ja tancat dels tres primers anys, 3.725 milions, s'hi poden sumar els que restin de les diferències existents ara, pel que fa al 84, 11.755 milions, separen la despesa contra, segons pressupost d'aquest Parlament, i els crèdits fins ara rebuts de la Seguretat Social. I, a l'any en curs, uns 12.000 milions de pessetes de diferència. A això caldria sumar, encara, la part dels dèficits acumulats pels hospitals concertats de titularitat diversa, a causa, en part, d'endarreriments que ja vénen de lluny, i, en part, a la no-actualització de tarifes, dèficit que podrem quantificar quan hagin estat processades les enquestes ja complementades, a les quals em referiré després.

La situació, evidentment, continua essent molt greu, senyores i senyors Diputats. La solució només pot venir d'una voluntat de totes les parts implicades, que ja ha estat palesada a bastament pel Govern de la Generalitat, i que haurà de ser-ho també pel Govern de l'Estat. Que ningú no dubti que farem tot el que calgui, amb el més gran esforç i receptivitat, per aconseguir-ho, però tampoc que ningú no dubti que continuarem maldant perquè ens arribi el finançament que en justícia ens correspongui, ni una pesseta de més, però tampoc ni un ral de menys.

Passem ara a l'altre capítol, que era el de la delimitació competencial. La clara delimitació de les competències de la Generalitat és l'altra gran assignatura pendent que té el Govern central en la sanitat catalana. De fet, no coneixem encara amb prou precisió què podrà decidir en el futur, no ja el Consell Executiu, sinó aquest Parlament, en matèria de sanitat. I, pel que fa a Seguretat Social, no oblidem que hi ha encara pendents traspàsos tan importants com la de l'INSS, Instituto Nacional de la Seguridad Social, la Tresoreria, la Gerència d'Informàtica o l'Instituto Social de la Marina.

En relació amb aquest darrer bloc pendent, voldria informar que el passat dia 3 d'octubre, en una reunió de la ponència tinguda en el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Secretario General Técnico d'aquest organisme va manifestar, després d'una interrupció de les converses de més de dos anys, que necessitava encara un mes per acabar de decidir si podia o no emprendre negociacions formals per tal de discutir el traspàs. Hi havia diversos membres de la Comissió Mixta, de diversos Grups polítics, que ho poden testimoniar. Vull recordar que, en el curs de l'any 82, ja s'estava d'acord a preparar un esborrany de decret, que contemplava la transferència dels serveis de l'Instituto Nacional de la Seguridad Social a Catalunya.

Però del que volia parlar ara no és dels traspàsos pendents, sinó de les competències en sanitat, ja transferides de manera gairebé total, tot deixant al marge els problemes relatius a la Seguretat Social o als serveis socials. De fet, ja en el període pre-estatutari, l'octubre del 79, es va produir un traspàs important de competències i de serveis en el terreny de la salut pública. Les imperfeccions formals que aleshores tenia aquest traspàs foren corregides l'octubre del 82 per un decret, que adaptava la normativa a l'Estatut vigent i completava la transferència, i, després, per un altre, l'any 84. Altrament, com saben les senyores i els senyors Diputats, la resta de serveis sanitaris han estat transferits per dos decrets, un del 80, que transfereix sobretot la « Administració institucional de la sanidad » i diverses unitats administratives, i el del 81, de transferència de l'INSALUD. D'aleshores ençà, els conflictes competencials per temes puntuals han sovintejat, a causa, sobretot, d'unes inter-

pretacions discrepants del bloc constitucional o dels textos dels decrets de transferències. De passada, només, recordaré el contenciós relatiu a la instrumentació de les transferències de crèdits a la Seguretat Social o el conflicte de competències sobre actuacions en matèria d'higiene alimentària. Sens dubte, les disposicions més preocupants van ser els reials decrets sobre registre d'aliments i sobre coordinació i planificació sanitària, de desembre del 81. Aquests decrets comportaven la reasumpció per part de l'Administració central de competències corresponents no solament a la Generalitat sinó a d'altres comunitats autònomes. No és estrany que en una reunió de tots els consellers de sanitat celebrada a Tenerife, de totes les comunitats autònomes, se sollicités la derogació d'aquests decrets, que van ser batejats com la «LOAPA sanitària», i que, fins i tot, diversos Grups parlamentaris presentessin al Congrés diverses proposicions no de llei demanant-ne la derogació. La primera que va arribar al final va ser votada sense cap vot en contra, però, de fet, ni el Govern d'UCD ni el subsegüent del PSOE, en contra de les promeses fetes públicament per un portaveu de l'aleshores principal partit de l'oposició, van derogar els decrets, que, finalment, foren suspesos per insuficiència de rang pel Tribunal Constitucional, el maig de 1983.

No obstant això, el mateix contenciós es va reproduir poc després, quan, tal com ja he dit, el Govern de l'Estat va presentar un recurs d'inconstitucionalitat sobre la Llei de la Higiene i el Control Alimentaris. Aquest recurs anava dirigit a aconseguir l'anul·lació del registre d'aliments, que funciona, amb gran satisfacció per part dels usuaris, a Catalunya des de l'època de la Generalitat pre-estatutària. No hi ha dubte, pel que fa a aquest recurs, que la línia funcional antiautonòmica del Ministeri continua imposant els seus criteris per sobre de les afirmacions suposadament autonomistes de la línia política. Tant per l'Administració central com per l'autonòmica han estat interposats, després, nombrosos requeriments en el mateix àmbit competencial. Finalment, com ja he dit també, el Tribunal Constitucional ha dictat dues sentències decisives sobre aquesta matèria. D'acord amb el seu contingut, la Generalitat reté totes les competències discutides pel que fa al registre d'aliments, i tots els fabricants i productors de Catalunya han d'utilitzar aquesta via per aconseguir les autoritzacions corresponents. La Llei, doncs, aprovada per aquest Parlament, va recuperar tota la seva vigència.

Aquest fet, segurament massa poc comentat —i, això, en tot cas, és culpa meua, fins ara—, és, al meu entendre, de la màxima importància, no ja per la Llei en si, sinó com a possible indicador de cara a possibles nous conflictes de competències, que, evidentment, jo no desitjo. Jo voldria que ni l'Administració central ni nosaltres haguéssim de recórrer a aquesta alta instància que és el Tribunal Constitucional.

Però si que haig d'acabar aquest capítol dient que, a mi, em neguiteja profundament l'actual text del projecte de la Ley General de Sanidad. Per un cantó, la Constitució determina, en el seu article 149.16, que l'Estat ha de fixar les bases de la sanitat, i, per altra banda, l'Estatut, en el seu article 17, precisa que compet a la Generalitat el desplegament i l'execució de la legislació bàsica de l'Estat. O sigui, l'Estat fixa les bases i les comunitats autònomes les despleguen. L'encaix legislatiu és precís i correcte, i, per a nosaltres, no dona lloc, de cap manera, a la lamentable situació actual que es proposa en el Projecte de Ley

General de Sanidad, que la setmana vinent es comença a debatre en el Ple del Congrés dels Diputats.

En ella es considera que el desplegament de la Ley General és una base o reserva a favor del Govern central, buidant, per tant, de competències aquest Parlament. He de confessar que les repetides manifestacions del senyor Ministre de Sanitat sobre aquesta qüestió i l'afirmació que desitjava, en aquest sentit, una mena de pacte institucional, m'havien fet esperar que en la redacció del Projecte la línia política s'hauria imposat a la línia funcional centralista. Per desgràcia no ha estat així. Les negociacions institucionals, llargues i reiteratives, han introduït molt escasses modificacions en el text inicial, i alguns acords de principi assolits no s'han vist després reflectits ni en el text definitiu ni en esmenes ulteriors del mateix partit del Govern, ni en l'eventual acceptació d'esmenes de l'oposició en els tràmits de Ponència o de Comissió. L'esperança és l'últim que hom perd. Em pregunto, amb tota la bona fe: potser en el Ple del Congrés, o bé ulteriorment en el Senat, hi seran introduïdes modificacions substancials, al text actual? No ho sé. Però si no és així, la Llei, discutida i atacada per forces polítiques ben diferents entre elles i per col·lectius de tota mena, resultarà, des del punt de vista competencial, una llei centralitzadora, que retallarà molt substancialment les nostres competències. I, en aquest aspecte, senyores i senyors Diputats, hi ha una gran coincidència de criteris, fins i tot amb grups o personalitats que no sempre es presenten com a autonomistes.

Jo ja he dit —i ho repeteixo aquí, solemnement— que si el text actual de la Ley General de Sanidad és aprovat tal com està redactat ara, aquest Parlament no tindrà l'oportunitat de discutir novament, com a matèria que li és pròpia, el tema sanitari. Si, tal com es preveu, l'autoritat competent per decidir els pressupostos i la seva distribució i els plans d'acció torna a ser única i centralitzada per a tot l'Estat, aleshores poques coses hi tindrem a dir. La darrera esperança, en tot cas, seria el Tribunal Constitucional que, afortunadament, com he relatat, ha dictat no fa gaire unes sentències importants, clares i, per a mi, esperançadores.

Les perspectives de futur. I amb això acabo, que ja és hora, diran, no? El sistema sanitari català es troba ara en un tombant decisiu cara al seu futur. De la solució dels dos grans problemes comentats amb cert detall, el finançament i la delimitació competencial, depèn aquest avenir. En la hipòtesi optimista, sense retallada competencial —tant de bo!—, i amb un finançament mai exuberant però sí raonable, podem contemplar un panorama esperançador. Voldria insistir encara en un fet: si de la despesa real de l'INSALUD se'ns hagués assignat allò que en estricta justícia ens pertoca, no existirien ara problemes de desfasament pressupostari, i encara haguéssim pogut completar determinades realitzacions. Per això, perquè ens assisteix la raó, mantinc l'esperança, encara, d'arribar a un acord que ens permeti superar la situació actual.

Reconec també, en tot cas, senyores i senyors Diputats, ateses les decreixents consignacions pressupostàries en el terreny de la sanitat, que serà difícil arribar a un nivell de finançament amplament suficient. Caldria, en tot cas, prosseguir el camí de la contenció de costos, és a dir, reduir el flux de recursos reals, sense una disminució de la producció útil, que pugui afectar adversament la satisfacció dels pacients o bé el seu estat de salut. Ja he dit abans, però, que la compressió de la despesa

sanitària és una tasca difícil, i que sempre comporta riscos molt importants. En primer lloc, en considerar l'evolució de la despesa a mitjà i a llarg termini, cal tenir en compte la possible variació de les cinc hipòtesis a partir de les quals ha estat estimada la demanda sanitària, en un horitzó de deu anys a casa nostra, tal com ho fa el desplegament del mapa sanitari. En primer lloc, no sembla que el volum de la població catalana tingui gaire tendència a augmentar; hem arribat, pràcticament, per sort o per desgràcia —jo diria que més aviat per desgràcia—, al creixement zero. En segon lloc, sí que hi haurà, en canvi, ja ho he dit, una sensible modificació de l'estructura de la població, i aquest progressiu envelliment encarrirà, sens dubte, de manera molt significativa, el cost del sistema assistencial. En tercer lloc, pel que fa als recursos disponibles, ja veiem que tenen tendència, més aviat, a disminuir.

La quarta hipòtesi fa referència a la demanda sanitària, la proporció de persones que tenim dret a la utilització del sistema públic, a recórrer a altres vies assistencials —metge privat, mútues, etcètera—, té tendència a disminuir, i això, òbviament, comporta o comportarà un creixement notable de la demanda a l'ICS. Finalment, el Proyecto de Ley General de Sanidad preveu l'extensió de la protecció a nous col·lectius, sense que sigui gens clar el sistema de finançament.

Totes aquestes consideracions, doncs, condueixen a fer creure que ineluctablement la demanda assistencial tindrà tendència a créixer més aviat a Catalunya durant els propers anys.

La contenció de costos no és pas, doncs, una tasca senzilla. Altrament, cal tenir en compte també la rendibilitat dels diferents capítols de la despesa en el moment de decidir per on fas córrer la tisora. Sembla fora de dubte, al meu entendre, que no es pot considerar la hipòtesi de restringir la despesa en el sector de la salut pública o en les mesures individuals de promoció de la salut o de prevenció de la malaltia; al contrari, tot allò que sigui invertir en aquesta direcció representarà, a la llarga, un estalvi social i personal: menys malalts, i, per tant, menys costos assistencials.

Tampoc no podem pensar a estalviar diners en l'assistència primària —ja n'hem parlat molt—; no ja perquè així ho diguin les grans autoritats internacionals, ni perquè el ciutadà exigeixi i mereixi un tracte millor del que rep ara moltes vegades, sinó també perquè no hi ha dubte que una elavació de l'assistència primària ha de conduir a disminuir la pressió assistencial que pateixen molts dels nostres hospitals. Un bon primer graó assistencial fa de filtre i evita, no cal dir-ho, una excessiva demanda a l'últim graó; per això, la inversió en assistència sanitària primària és també molt positiva a mig i a llarg terminis.

Les mesures de reordenació del sector, que han de conduir a una optimització dels recursos, cal dirigir-les, per tant, cap a nivells més elevats, que són, no hi ha dubte, els més costosos. En aquest sentit, cal aclarir tot allò que no s'hauria de fer o que no voldríem haver de fer. Per exemple, permetre o fomentar un tancament de determinats centres molt costosos sense ponderar adequadament la seva utilitat real. En molts casos, una mesura així representaria un descens de la qualitat del servei públic. Tampoc no seria desitjable incrementar les traves burocràtiques per tal de dificultar l'accés al sistema; això podria representar certament un estalvi, però comportaria l'allargament de cues i l'extensió de les llistes d'espera, ja prou dilatades en ocasions. Tampoc no s'hauria de contemplar, òbviament, la re-

ducció dels recursos destinats a determinats programes, certament molt costosos, però d'importància vital per a certs grups de pacients molt concrets: insuficiència renal crònica, hemofília, oncologia, etcètera.

Cal, per tant, establir unes prioritats, tot considerant la quantitat, la qualitat i els costos de funcionament dels equips hospitalaris actuals, en primer lloc, i les reals disponibilitats pressupostàries, per un altre cantó. Aquests han estat, de fet, els principis inspiradors del desplegament del mapa sanitari, que, entre altres coses, diu: «El gran pes dels centres de tercer nivell encareix molt l'assistència hospitalària a Catalunya, ja que són els hospitals més cars, a causa de la seva sofisticació tècnica. Més de la meitat de la despesa hospitalària de la Seguretat Social es gasta en hospitals de tercer nivell. L'actual accés de llits de nivell tres té com a conseqüència l'encariment de l'assistència.» El document esmentat també fa èmfasi en la mala distribució comarcal dels llits hospitalaris, en l'excés d'equips a l'àrea de Barcelona i en la necessitat d'invertir aquestes tendències i d'aconseguir que els pacients siguin atesos tan a prop com sigui possible de la seva residència.

El desplegament constata també que molts dels hospitals de nivell tres atenen patologia banal, i recomana, finalment, que no siguin construïts hospitals de més de sis-cents llits i que els que en tinguin més siguin reduïts progressivament a aquesta proporció.

També l'OMS recomana, en una publicació molt recent, que sigui controlada l'expansió del sector hospitalari, tot promovent l'ús apropiat de la tecnologia sanitària de comunicació i assegurant l'assignació de recursos, d'acord amb les necessitats.

Senyores i senyors Diputats, la intenció del Departament de Sanitat i Seguretat Social era i és la d'aplicar uns principis racionalitzadors a la xarxa hospitalària catalana, encara que no s'haguessin presentat els greus problemes de finançament ja comentats. Aquestes frases que he llegit són fetes abans que existissin aquests greus problemes. De fet, la introducció dels criteris d'acreditació ha conduït al tancament de determinats centres, i alguns d'ells han passat el tractament de crònics. La xarxa hospitalària d'utilització pública, contemplada en el desplegament, ha estat sancionada, com he dit, per un Decret molt més recent. Aquest Decret imposa als hospitals que s'integrin a la xarxa unes condicions que han de permetre millorar els sistemes d'informació i de control. La realització d'una enquesta que estem fent ara, que permetrà de conèixer amb detall els problemes estructurals i de funcionament de tots els hospitals de la xarxa, és una passa encaminada a disposar d'un coneixement més aprofundit de la situació. Quan disposem de totes aquestes dades i sapiguem exactament les disponibilitats pressupostàries per als anys immediats, caldrà decidir si, tal com teníem previst, n'hi haurà prou amb prendre mesures racionalitzadores en el termini inicialment fixat, és a dir, fins al 1993, amb aquest horitzó, amb aquest panorama, o bé si haurem de procedir a establir un pla de reconversió, que, evidentment, caldrà discutir, aprovar i dur a terme amb el coneixement d'aquest Parlament i amb la col·laboració dels sectors implicats i de les institucions interessades. No cal dir que l'eventual aplicació pràctica d'un projecte d'aquesta envergadura requerirà que sigui recolzat legalment i econòmicament per l'Administració central, en tots aquells aspectes que no siguin

d'estricta competència de la Generalitat.

Òbviament, l'objectiu final d'aquest pla serà aconseguir que el funcionament del sistema hospitalari a Catalunya sigui possible a uns costos globals de manteniment sensiblement més baixos, tot conservant —i en certa manera perfeccionant— la seva eficàcia.

Aquest és, certament, un repte difícil, que requerirà molts esforços i sacrificis, un cert període de temps i unes inversions considerables que, de tota manera, a la llarga, resultarien rendibles. L'alternativa, malauradament, seria permetre que, d'una manera espontània, els centres amb més mala situació anessin fent una reconversió salvatge, amb molts costos econòmico-socials i amb possibles repercussions perniciosos sobre les prestacions globals del sistema sanitari.

Altrament, la realització del pla de reconversió hospitalària no ha d'impedir, ans al contrari, que es vagin complint els objectius exposats amb detall en el desplegament del mapa. Tal com hem recordat abans, aquest document constitueix un pla estratègic que s'ha dut a terme a través de plans operatius triennals, que caldrà adaptar a les disponibilitats pressupostàries.

Indubtablement, la sanitat catalana pot atendre els trenta-vuit grans objectius que s'ha fixat l'oficina europea de l'Organització Mundial de la Salut per aconseguir allò que en diuen «la salut per a tothom l'any 2000». Tal com postula aquesta institució, per aconseguir aquesta fita cal que alguns d'aquests objectius siguin assolits l'any 1990. Catalunya ho pot fer perfectament; de fet, alguns d'aquests objectius ja ho han estat, d'assolits, a casa nostra: tenim una expectativa de vida en néixer superior als setanta-cinc anys; unes mortalitats materno-infantils inferiors als límits proposats; s'han aconseguit grans progressos en l'eradicació de la poliomelitis, la diftèria i el tètanus; tenim, a més, en marxa una sèrie de programes específics que ens han de permetre assolir-ne d'altres ben aviat. I cal continuar treballant, tal com he indicat repetidament, en els tres grans terrenys ja escollits com a prioritaris fa temps: l'assistència primària, la lluita contra la droga i l'atenció als malalts crònics i als ancians impossibilitats o desvalguts.

Senyores i senyors Diputats, vull acabar aquesta meua intervenció fent una breu recapitulació dels punts que caracteritzen tant la situació present com les perspectives evolutives de la sanitat catalana.

Primer, l'estat de salut dels ciutadans de Catalunya assoleix, en conjunt, els millors nivells, i és perfectament equiparable als dels països més avançats.

Segon, la política sanitària del Consell Executiu dona una gran importància a la promoció de la salut, perquè és indiscutible que la salut d'un país millora més mitjançant l'educació sanitària, l'adquisició generalitzada d'uns hàbits sans de vida i la reducció de riscos, ja sigui individuals, ja col·lectius, que no pas a través de l'expansió del sistema assistencial. Aquesta línia sanitària, que és la que avui dia segueixen els països avançats del món occidental, és la que ha seguit i continuarà desplegant el nostre Departament.

Tercer, les principals insuficiències del sistema assistencial rau en la xarxa d'atenció primària, que en la seva estructura actual resulta poc satisfactòria per a l'usuari i també per al professional de la sanitat. Altrament, aquestes insuficiències repercuten sobre la xarxa hospitalària, que rep una demanda d'assistència superior a la que hauria d'arribar. Per això cal

prosseguir amb fermesa el camí iniciat de la reforma de l'assistència primària, tot aportant-hi el màxim possible de recursos.

Quart, la xarxa assistencial hospitalària, que en conjunt presta un servei ben notable, és, en canvi, molt desequilibrada, tant des del punt de vista territorial com des del punt de vista de la seva complexitat. Al costat de comarques desproveïdes d'equipaments, hi ha d'altres punts on hi ha un excessiu nombre de llits, especialment dels nivells més sofisticats. Cal anar a una racionalització o reconversió de la xarxa hospitalària que, tot millorant-ne la distribució geogràfica, comporti una optimització de la despesa en aquest sector. Calen, però, un cert temps i un determinat finançament per poder dur a terme aquesta reestructuració d'una manera ordenada.

Cinquè, cal, doncs, un finançament suficient per a la sanitat catalana, que permeti el seu funcionament adequat i també la seva optimització. El nostre sistema sanitari ha de continuar millorant, com he dit; no podem detenir-nos en una sanitat que encara, de vegades, és incòmoda i, en alguns casos, insuficient. La sanitat ha d'estar al nivell de la societat. Solidàriament, però sense discriminacions, cal establir amb urgència un marc financer adequat. La manca de solucions justes i raonables a aquest problema fonamental repercutiria molt ràpidament i molt greument sobre el conjunt del sistema assistencial, primer, i sobre l'estat de salut de la població, poc després.

Sisè, el desplegament sanitari autonòmic català requereix també unes vies lliures per a la seva evolució, sense encotillaments normatius, amb prou feines descentralitzadors. Dins el marc constitucional i estatutari Catalunya ha de poder desplegar totes les seves possibilitats legislatives, organitzatives, tècniques, de participació, de coordinació, de recerca, sense cap mena d'imposició restrictiva. Amb un finançament correcte i sense traves «loapitzadores», la sanitat catalana té al davant seu unes bones perspectives. La sanitat és el servei públic més usat i que més significa per a tots els ciutadans; per això hem de realitzar tots els esforços possibles perquè no s'interrompi la seva progressiva millora. I no cal dir, senyores i senyors Diputats, que compto que tots els Grups d'aquesta Cambra estaran disposats a donar el seu suport a les mesures oportunes per aconseguir aquest futur que tots desitgem.

Moltes gràcies, senyor President; moltes gràcies, senyores i senyors Diputats per la seva atenció.

El Sr. PRESIDENT: Moltes gràcies, Honorable Conseller. Caldrà ara suspendre la sessió per reprendre-la demà a dos quarts de deu del matí.

Se suspèn la sessió

(Són tres quarts de set de la tarda i catorze minuts.)

Nota de Rectificació

L'H. Sr. Conseller de Sanitat i Seguretat Social fa constar que al *Diari de Sessions*, sèrie P, número 43, corresponent a les Sessions Plenàries núms. 38 i 39.1, del dia 22 d'octubre de 1985, pàgina 1950, segona columna, tercer paràgraf,

on va dir: «*exerceix Barcelona*»

volia dir: «*exerceix Catalunya*»