

Una anàlisi del pes específic de la població assalariada en relació a la població activa en cada un dels sectors, ens fa veure el fort procés de proletarització en tots i cada un dels sectors, fenomen que s'accelera des dels finals dels anys seixanta.

Quant als aspectes relacionats amb la distribució de la renda, l'evolució dels ingressos i salaris, la participació dels salaris en la renda regional mostra una tendència creixent. Partint del 1962, el procés que ha menat cap a una major participació no ha estat gradual, sinó que s'ha caracteritzat per algun salt i retrocés. Així, en els primers anys 1962-67, s'aconseguirà augmentar la participació del 39% al 44'8%; cosa que no sorprèn si tenim en compte el baix nivell salarial de què hom partia. Tanmateix, l'any 1969 presenta un retrocés important, en mostrar la població assalariada de l'esmentat any, un increment considerable. Aquest retrocés és degut a les mesures adoptades el 1967 en el marc de la mal denominada política de rendes tendents a una congelació dels salaris, que duraria fins el 1969. En 1971, els salaris aconseguiran recuperar el seu nivell tot situant-se lleugerament per sobre de la participació assolida en 1967. El salt més important de tot el període, però, no esdevindrà fins els anys setanta, en què els salaris aconseguiran, per primera vegada, assolir un increment de més de sis punts en la participació relativa en els ingressos del País. Tanmateix, la tendència creixent que nostres les taxes que comentem no han de fer-nos pensar que la participació de les rendes del treball en la renda valenciana se situen a uns nivells satisfactoris, doncs aquest increment en la participació ha anat acompanyat d'un increment percentual superior de la població assalariada.

La creixent participació dels salaris no ha estat idèntica ni ha adquirit la mateixa intensitat en cada un dels sectors. En termes absoluts els majors increments tenen lloc a la indústria i els serveis que, en el període 1962-73, multipliquen la massa salarial per quasi 8 en el primer cas i per quelcom més del 7 en el segon, sense que els salaris agrícoles arriben a multiplicar-se per 5.

	<u>Sal. Ind.</u>	<u>%S.Ind./S.T.</u>	<u>Sal. Agr.</u>	<u>%S.Agr./S.T.</u>	<u>Sal. Serv.</u>	<u>%S.Serv./S.T.</u>
1962	9.356'9	40'3	3.518'7	15'1	10.309'4	44'4
1964	16.067'9	46'3	4.933'0	14'2	13.655'9	39'4
1967	25.260'7	44'6	7.754'1	15'7	23.546'0	41'6
1969	33.445'1	46'5	8.510'9	11'8	29.836'4	41'5
1971	44.507'0	46'9	9.869'0	10'4	40.460'0	42'6
1973	78.365'9	44'4	16.783'0	10'1	74.771'0	45'3

La població laboral femenina.

L'any 1970, treballaven com a censades, prop de 225 mil dones. Aquesta xifra suposava el 20% de la població laboral del País Valencià i el 23% de les dones en edat de treballar (aquestes proporcions són per a l'Estat espanyol, el 19% i el 20%, respectivament). El col·lectiu laboral femení d'aquesta època es distribueix, per sectors, de la següent manera: el 50% treballa en el sector terciari; el 45% en l'industrial; i només el 5% en el camp. Les magnituds de la taula següent, clarifiquen les variacions de les proporcions en els darrers vint anys:

<u>SECTOR</u>	<u>1950</u>	<u>1960</u>	<u>1970</u>
Camp	13'9	16'8	4'5
Indústria	34'5	35'5	45'2
Serveis	51'6	47'6	50'3
Total	100'0	100'0	100'0

Total xifres

absolutes	108.864	173.062	222.533
-----------	---------	---------	---------

La taxa de feminitat segons les diferents branques que per afinitat subdivideixen els sectors econòmics (proporció de dones sobre el total de treballadors en cada branca) ens defineix, en gran part, el caràcter del treball femení.

En la indústria, la dona valenciana treballa en la branca tèxtil, cuir i confecció i en l'alimentació, begudes i tabacs (23'6% i 10'3% de tota la població laboral femenina, respectivament).

En el sector serveis, les dones s'ocupen de la venda al detall (12'7% de la població laboral femenina dels serveis en restaurants i hotels) i sobretot, prestant serveis personals i domèstics (12'9% de la població laboral femenina).

Un altre aspecte informatiu referit a la magnitud de l'increment —durant els anys cinquanta— de la població laboral femenina, pot detectar-se en comparar-lo amb el

creixement de la població laboral en conjunt. Mentre la població laboral augmentà en un 12%, la població laboral femenina ho feu en un 79'9%, al llarg de l'esmentat període.

Els costos del treball en les empreses valencianes no són reflectats exactament amb la simple consideració dels nivells salarials. En efecte, en algunes branques industrials típiques del País Valencià. (confecció, calçat, tèxtil, joguets, punt, marroquineria, etc.), l'acumulació capitalista s'ha basat, en bona part, en la utilització de quantitats importants de mà d'obra barata, mitjançant el treball domiciliari.

2.1 L'AGRICULTURA AL PAÍS VALENCIÀ

L'agricultura i el desenvolupament econòmic del País Valencià

El País Valencià ha estat tradicionalment qualificat de País bàsicament agrari. Aquest tret, però, ha deixat de tenir validesa als darrers anys. El pes específic de llur població laboral agrària ha minvat consideràblement respecte a la població laboral total, com ho palesen les dades segons les quals ha passat de representar el 40% de la població laboral total en 1960, a un 20% en 1970. L'evolució experimentada per la distribució de la població laboral per sectors productius, evidencia encara més aquesta idea; efectivament, la població laboral industrial ha passat de representar el 30% del total en 1960, a representar quasi el 43% en 1975.

A hores d'ara, el sector industrial i el de serveis ocupen més del 80% de la força de treball del País Valencià; és a dir, al voltant del milió de treballadors, mentre que al camp, la població laboral s'acosta --presumiblement-- al quart de milió, tot estimant que un nombre semblant de treballadors ha abandonat l'agricultura des del 1960. Pel que fa al valor de la producció neta que correspon a cadascuna de les branques de la producció, cal assenyalar que el pes relatiu del producte net agrari minva molt en els darrers anys, malgrat l'augment en termes absoluts. En 1962, representava el 28'4% del total, mentre que l'any 1973 l'esmentat percentatge quedà reduït a un 12'3% del producte net total.

Resta clar, doncs, que el ritme de creixement dels sectors industrial i de serveis, al País Valencià, ha estat molt més ràpid que no l'agrari. Tanmateix, aquest darrer sector ha subministrat una gran part de la força de treball i de capital necessaris per al procés d'industrialització que ha tingut lloc al País Valencià en els darrers 15 anys. Pel que fa al transvassament de població del sector agrari a la resta de sectors, aquest ha anat acompanyat d'un procés d'envelliment de la força de treball que ha romàs al camp, que ha fet que en 1972, només el 4'6% dels empresaris agrícoles tenien menys de 35 anys, mentre que, a l'altre extrem, el 31% en tenien més de 65.

Per altra banda, si analitzavem els recursos físics, econòmics i humans de què disposa l'agricultura a cadascuna de les comarques adonariem que el desenvolupament desigual i polaritzat, propi del creixement capitalista, ha tingut unes conseqüències clares

en la distribució i evolució d'aquests recursos.

En aquest sentit, podem parlar d'un procés de diferenciació estructural que es concentra en el litoral, en perjudici de les comarques de l'interior. Hom pot, doncs, parlar d'un desenvolupament del subdesenvolupament de l'interior i d'un deteriorament de les possibilitats agràries del litoral, per coincidència en aquestes comarques un fort creixement industrial i urbà.

A més d'aquesta diferenciació espacial, cal assenyalar la diferenciació social que s'està produint en el camperolat valencià, amb un procés --molt accentuat en els darrers anys-- de proletarització del petit i mitjà propietari agrícola. Efectivament, la dependència del sector agrari respecte dels altres sectors, tant pel que fa a la compra de maquinària, adobs, fitosanitaris, etc., com pel que fa al finançament de les transformacions agropecuàries i de les collites donada la degradació dels preus agraris respecte dels industrials, ha afavorit el gran capital industrial i financer, en perjudici del llaurador. Aquest, per a compensar, es veu obligat a proletaritzar-se (agricultura a temps parcial, contracte de producció, fer jornals per a altri, emigració temporal, etc.).

Així doncs, l'augment constant dels costos de producció i el feble augment dels preus al camp, explica el relatiu estancament dels nivells d'ingressos dels llauradors del País Valencià. Aquest estancament dels nivells d'ingressos dels llauradors del País Valencià afecta, primordialment, els jornalers i petits propietaris. Estadísticament comorovem que el benefici mig per explotació agrària al País Valencià tan sols s'ha incrementat entre 1960 i 1971 en un 15'2%, mentre que a l'Estat espanyol aquest increment representa un 121'7%. Pel que fa als salaris pagats als jornalers valencians, la situació és similar: entre 1964 i 1972, l'augment mig ha estat al voltant del 55% per al País Valencià, mentre que a l'Estat espanyol ha estat prop del 140%. I aquestes xifres no ens diuen res de l'estructur que, al camp valencià, és estructural i molt accentuat, i només pot ser compensat amb l'emigració i una creixent proletarització.

L'estructura de la producció agrària, ramadera i forestal.

En 1972, el 30% de la terra conreada ho era en zona de regadiu; si tenim en compte que la superfície productiva total se situa al voltant del milió d'hectàrees, vol dir que les hectà-

rees dedicades al regadiu superen les 330.000, pescentatge moltes vegades superior a la mitja de l'Estat espanyol. El pes de la fruita fresca i les hortalisses ha anat augmentant fins arribar al 75% del valor de la producció agrícola del País, mentre que la incidència dels cereals, la creïlla i l'arròs, ha anat minvant molt marcadament.

Pel seu costat, la producció ramadera representa aproximadament el 15% del valor de la producció final agrària del País Valencià (al voltant dels 5.000 milions de pessetes en 1970), mentre que la producció forestal sols significava l' 1,1% (300 milions de pessetes). Hom pot observar una tendència creixent en la producció ramadera, degut a la importància creixent de les explotacions ramaderes sense terra (pollastres, oves, porcs, conills, etc.) i al ramat de vaques. Malgrat tot, el País Valencià continua essent fortament deficitari pel que fa a la producció de carn i de la resta de derivats de la ramaderia.

L'aspecte a resaltar d'aquesta estructura productiva és el tarannà clarament exportador de la producció agrícola i més concretament, de les fruites fresques i de les hortalisses. Tanmateix, la no incorporació de l'Estat espanyol al Mercat Comú Europeu, la competència internacional i la manca d'una política adient de mercats, ha donat lloc, en els darrers anys, a una disminució de la capacitat exportadora d'alguns dels productes tradicionals valencians.

A aquestes notes sobre l'estructura de la producció agrària valenciana, cal afegir-ne d'altres, per tal de definir l'agricultura del País Valencià. Fonamentalment, fem referència a l'estructura de la propietat de la terra, que, com tothom sap, té repercussions molt fortes tant a nivell de producció com de comercialització.

L'any 1962, gairebé el 40% de les explotacions agràries tenien una extensió inferior a una hectàrea (12 fanecades); aproximadament el 80% eren inferiors a 5 Has (60 fanecades) i ocupaven al voltant del 15% del total de la superfície agrícola. Per altra banda, les explotacions superiors a 500 Has. representen el 0,2% del total de les explotacions, ocupant el 3% de la superfície total agrària. D'altra banda, les majors de 50 Has. representen el 2% i ocupen el 55% de la superfície. A

més, la petita propietat es torna molt parcel·lada, com la majoria de les explotacions de les zones muntanyoses. Pel que fa al règim de tenença, destaca la poca importància de l'arrendament i la parceria (al voltant del 3% de la superfície censada) comparant-ho amb la propietat directa de la terra (91%).

2.2 LA PRODUCCIÓ INDUSTRIAL

Amb major o menor èmfasi, podem afirmar que el creixement industrial del País Valencià, s'hi manifesta, amb tota la seua força, al llarg dels anys seixanta i primer trienni dels setanta. Aquest creixement no ha estat homogeni en el temps (amb diferències en el ritme d'expansió) ni en l'espai (concentrant en l'activitat industrial en determinades comarques que han accentuat així, amb altres factors, la tendència negativa de desequilibris territorials regionals en favor d'àrees geogràfiques concretes). El fort grau d'especialització comarcal en un determinat sector industrial, com a conseqüència de la implantació d'un nombre elevat de fàbriques petites i mitjanes, palesa que el procés industrialitzador s'ha produït amb el sorgiment d'un empresariat autòcton i local, procedent d'uns estaments pre-existents.

Algunes de les característiques més rellevants de la industrialització valenciana es podrien concretar en els següents punts:

- a) Establiments industrials de petita dimensió pel que fa al nombre de treballadors.

- b) Aquest tipus d'estructura empresarial propicia la configuració de certes actituds empresarials com ara: formació empresarial autodidacta, manca d'hàbits de treball en equip, direcció personalista de l'empresa, etc. Tot plegat, determina una figura d'empresari que se considera pràcticament irremplaçable, amb un gran afany de conèixer i controlar-ho tot, des del procés de producció fins a les vendes.

- c) Nivells d'autofinancament tradicionalment elevats tant en les inversions defix com de circulat. La falta d'una adequada planificació financera empresarial, amb la inexistència d'una política monetària adequada al finançament de la petita i mitjana empresa fa que la dependència respecte de les fonts de finançament alienes siga molt elevada. Aquest aspecte és particularment negatiu si tenim en compte que els centres de decisió de la banca estan fora del País i que la banca local té un pes relatiu ínfim.

- d) Una bona part dels sectors industrials es dediquen especialment a la producció de béns de consum caracteritzats per ser intensius en mà d'obra i enfrontar-se a una demanda fortament estacional.

e) Intenses relacions amb els mercats internacionals, tant pel que fa a la importació de les matèries primeres i mitjans de producció, com a la col·locació dels productes a l'estranger. Les exportacions en determinats sectors (calcer, joguets, rajoles vidriades, etc.) han jugat un important paper dinamitzador en la marxa d'aquests sectors en els darrers anys.

DINÀMICA SECTORIAL

La dinàmica del producte industrial, en termes comparatius, ha evolucionat de la següent forma (índex 1962=100):

<u>Anys</u>	<u>Estat espanyol</u>	<u>País Valencià</u>
1962	100	100
1964	142	151
1967	208	224
1969	260	300
1971	315	374
1973	473	590

Les dades referides al període 1968-72 ens permeten d'especificar una dotzena de sectors dinàmics d'acord amb l'import de la inversió en maquinària realitzada durant l'esmentat quinquenni. Aquests sectors són:

<u>Sectors</u>	<u>Inversió en maquinària nova (milers de pts.)</u>
Paviments i revestiments.	1.099.101
Articles de plàstic (llevades les joguines) . . .	572.660
Cuiros adobats	571.913
Envasaments	558.923
Complementària del tèxtil	490.658
Confecció i punt.	470.105
Derivats de fruites i llegums	445.070
Calçat.	442.940
Articles tèxtils per a casa	333.972
Xapes i taulers	237.522
Mobles	218.242
Fabricació de paper i cartó	211.179

Entre les causes explicatives del model de desenvolupament industrial, podem destacar dos grans àrees que denominarem d'ordre "intern" i "extern", respectivament.

Les raons d'ordre intern són: l'existència de mà d'obra altament especialitzada, resultat d'una base preexistent artesano-

400

ustrial, autofinançant clovent i crèdit a curt termini, efecte de difusió de la indústria més propera (el Principat de Catalunya en el cas del País Valencià), ampliació del mercat intern. Quant a les causes externes tenim la possibilitat de disposar d'una mà d'obra a costos relativament baixos, la possibilitat d'adoptar tecnologies estrangeres.

El desenvolupament de l'empresa mitjana i petita va unit fonamentalment a sectors productors de béns de consum. Aquest desenvolupament s'ha produït de forma espontània, és a dir, sense la intervenció d'empreses estatals (INI), sense subvencions estatals i sense l'ajut d'organismes autònoms regionals.

Per a tractar de solucionar alguns dels problemes existents i dur a cap una política industrial d'acord amb uns principis bàsics d'ordenació del territori, només es podrà escometre si hom compta amb un marc institucional adequat. Organismes amb unes competències d'actuació a nivell espacial suficients, que supliren positivament la insuficient administració central, l'absentisme i desconeixement dels problemes "in situ" de la qual originen un conjunt de decisions absurdes, si no políticament manipulades.

Un govern descentralitzat, amb una Generalitat pròxima a l'espai d'actuació, podria elaborar els projectes i aplicar normes eficientment, a partir d'una sèrie de coneixements "de primera mà"; a curtament temporalment la presa de decisions mitjançant la supressió de circuits innecessaris en el context d'un autogovern. La possibilitat d'emprendre una racional política econòmica regional, per part d'entitats coneixedores de l'àrea geogràfica assignada, milloraria els nivells d'eficiència tant econòmica com social dels ciutadans de cada un dels espais, i per tant del conjunt del País Valencià.

2.3 ESTRUCTURA TERRITORIAL

Una quantificació de la distribució espacial de la renda referida al 1971, permet de delimitar l'existència de tres nuclis que polaritzen geogràficament el creixement valencià. Al llarg de la costa, les comarques de la Plana Alta, l'Horta, la Ribera Alta, l'Alacantí i el Baix Vinalopó, que representen un 15'43% de la superfície total del País Valencià, concentren el 63'58% de la renda total, tot corresponent a la comarca de l'Horta (el 2'74% de la superfície) el 40% de la renda. A mateix temps, la comarca de l'Horta absorbeix el 38'7% de la inversió total realitzada en el període 1968-72.

Altres nuclis de concentració industrial són els següents:

- a) El de Castelló-Vila-real, amb un sector industrial preponderant configurat per les plantes de rajoles vidriades i llur indústria auxiliar.
- b) El d'Elx-Alacant, amb una forta concentració de la indústria del calçat en les seues diverses modalitats.
- c) Les comarques de l'Alcoià i la Vall d'Albaida, amb diversos municipis en què predominen les indústries tèxtils i de joguets

El conjunt dels nuclis ressenyats representen el 74'3 de les inversions (en nova maquinària) fetes en l'esmentat període de 1968-72.

Continuant amb aquest tractament espacial de la localització econòmica en el País Valencià, podriem esmentar la formació dels dos eixos industrials amb les trajectòries següents:

- A.- El principal s'extén de nord a sud, des de Vinaròs a Elx. Al llarg d'aquest eix industrial, i en una franja d'uns 10 kms. als dos costats de la carretera N-340, s'hi concentren el 90% de la indústria valenciana, segons dades referides a 1970. La construcció de l'autopista i l'escurçament en el temps respecte al nucli industrial de Barcelona, una de les concentracions econòmiques més importants de l'Estat espanyol, pot enfortir el creixement dels nuclis industrials que s'extenen al llarg de l'eix.
- B.- Un segon eix industrial seguint el curs del riu Vinalopó (Villena, Elda, Novelda, Elx, com a municipis més significatius) concentra al voltant del 12% de la indústria del País Valencià. Aquests dos eixos s'uneixen en el nucli

d'Elx-Alacant, formant la segona taca industrial valenciana.

Aquesta estructura bipolar del País Valencià caldria tenir-la en compte a l'hora de confeccionar qualsevol programa d'ordenació territorial, planificant una distribució de la població més uniforme que obvie, fins on siga possible, els costos socials de l'emigració i de les economies externes que, a partir d'un cert moment, comporten totes les grans metròpolis com a conseqüència dels problemes de la congestió.

En comparació amb altres països de l'Estat Espanyol, el País Valencià ha estat tradicionalment exportador. Els productes hortofrutícoles del camp valencià no sols constitueixen la part més important de les exportacions agràries sinó del conjunt de les exportacions.

Però des dels anys seixanta i paral·lelament a la reconversió de l'economia valenciana s'ha alterat profundament l'estructura exportadora. En aquest període ha tingut lloc un fort creixement exportador, caracteritzat pel major creixement observat en les exportacions industrials, que des de la seua ^{pràcticament nul·la} quasi-inexistència ha passat a ser les més importants del País Valencià. Així, les exportacions industrials s'han multiplicat per 8'5 en el període 1961-71 i per 2'55 en el període 1971-75.

Aquest creixement extraordinari de les exportacions industrials ha consolidat l'alt grau d'apertura a l'exterior de l'economia del País, fàcilment observable si tenim en compte que mentre el valor afegit brut del País Valencià en 1971 suposava el 8'87 % de l'Estat, el percentatge de les exportacions valencianes sobre les del total de l'Estat ascendia en 1972 al 15'67 % i en 1975 al 17'18 %.

L'evolució de les exportacions valencianes per grans capítols s'observa en el quadre nº 1 que recull les xifres classificades per seccions arancelàries (a excepció de dos capítols arancelaris, el de mobles i el de joguets, que hem explicitat) entre 1970 i 1975. Del quadre s'observa com junt al manteniment de les tradicionals exportacions agrícoles, van creixent les exportacions industrials que en el 1975 constitueixen el 54 % del total d'exportacions del País Valencià. Les principals grans línies exportadores les constitueixen els productes hortofrutícoles i el calcer, que junts constitueixen el 55'5 % del to-

tal exportador. Aquesta dada es suficientment eloqüent de l'alt grau de concentració de les exportacions valencianes. Aquestos dos conceptes que suposen més de la meitat de les exportacions suposen un fre important a qualsevol tendència a la diversificació de les exportacions, però al mateix temps el 45 % restant de les exportacions se les reparteixen amb xifres importants d'exportació una varietat de productes: rajoles i taulellets, mantes, paper i cartró, joguets, mobles, pells i cuirs, làmpares, tèxtils, etc..

Es pot observar que els sectors fortament exportadors són sectors amb baixa complexitat tècnica, baixa complexitat d'inputs, no existeixen economies d'escala que esponent a augmentar el tamany de les plantes. Es a dir, els sectors exportadors són sectors de petita i mitjana empresa, amb empresaris autòctons del País.

La força que han adquirit aquestos sectors té una explicació complexa poguent diferir d'uns sectors a d'altres. Normalment han actuat sobre petits núclis artesanals de béns de consum amb elevada elasticitat-rendament. El creixement econòmic dels anys seixanta va potenciar un mercat intern creixent d'aquests productes de consum que exigien una baixa inversió per treballador. L'existència d'un creixent mercat interior junt amb els baixos sous varen permetre el creixement d'estos sectors que fruïen d'una alta competitivitat en els seus preus amb l'exterior, de forma que les fires comercials elevaven continuament el volum de transaccions.

Però si el creixement exportador ha estat considerable, els problemes són importants i les perspectives futures obscures. Normalment són sectors transformadors que requereixen importar de l'exterior les matèries primes depenen en gran mesura de la importació d'inputs. No es controlen els circuits comercials que estan en mans dels agents importadors que actuen fortament concentrats al seu país d'origen, de forma que els preus dels productes queden més que triplicats als països de destí. Els mercats de destí estan molt concentrats en pocs països

normalment països europeus de la C.E.M. i Estats Units, països amb un nivell de vida més elevat i amb pràctiques prou proteccionistes, especialment el cas del calcer (el 56'4 % de les exportacions es dirigeixen a Estats Units).

El gran dinamisme mostrat per les petites i mitjanes empreses en la seua adaptació als mercats exteriors pot trovar en el futur serioses dificultats. Els béns de consum que exportar aniran trobant cada vegada més competència d'altres països, de països més subdesenvolupats, a mesura que els seus vagen pujant, per tractarse d'empreses amb una relació capital/treball molt reduïda. L'adaptació a aquesta creixent competència haurà de venir per la via de millorar els dissenys, diferenciar el producte i elevar cada vegada més la qualitat dels productes, lo qual comportarà majors inversions i la utilització de maquinaria més sofisticada.

I no sols seràn les dificultats de la petita i mitjana empresa les que en el futur puguen alterar l'estructura de les exportacions del País. En els darrers anys la ubicació de multinacionals al País Valencià està afectant seriosament a l'estructura productiva. Aquestes empreses, fruit d'un entorn institucional favorable, amb modernes tecnologies, no sols tindran una forta influència en el mercat interior de l'Estat Espanyol. Algunes d'estes empreses foranes ja estan tenint una forta incidència en les exportacions, com és el cas de l'I.B.M. (els resultats de la qual ja apareixen reflexats en les exportacions de 1.975) o de la Ford, que es troba obligada a exportar les 2/3 parts de la seua producció. Estem en el camí que durà a que les multinacionals tinguen un pes específic important en les exportacions com succeix actualment al Principat.

evolució de les exportacions del País Valencià entre 1.970 i 1.975 (milers de pts.)

	1970	1971	1972	1973	1974	1975	% VAR. 75/70
<u>ocions i partides avançadàries</u>							
g. coles							
no industrialitzades (I, II)	1.889.155	2.323.067	11.014.974	18.578.207	15.807.316	236.222.270	11,50
industrialitzades (III, IV)	2.404.871	2.750.038	2.054.883	3.442.274	4.077.154	1.931.105	105
minerals (V, XIII)	1.215.651	1.175.776	1.920.603	3.017.619	5.511.564	2.287.680	417
industrials	9.064.098	15.951.431	22.841.701	26.133.281	31.212.682	40.727.775	351
calçor i sobroçneria (XII)	4.915.796	3.111.325	11.881.125	11.987.345	15.122.788	18.465.920	275
posta i les seues manufactures (IX)	324.143	510.441	1.711.217	2.915.057	3.048.206	4.675.075	1.122
textils i " (XI)	772.803	1.240.404	1.651.737	2.031.849	3.500.355	4.300.124	457
metalls comuns i (XV)	724.870	1.134.267	1.348.913	1.663.873	1.730.919	2.461.835	239
pellis, cuirs i (VIII)	433.733	585.621	816.322	1.019.347	1.605.947	2.087.472	351
màquines i aparells, material elèctric (XVI) (1)	195.700	492.938	380.499	465.707	892.496	2.067.478	956
mobles (capítol 94 de la secció XX)	506.776	718.637	1.170.157	1.535.244	2.069.728	1.868.326	268
joquets (capítol 97 de la secció XX)	331.824	594.714	997.219	1.380.500	1.937.430	1.735.441	423
paper, les seues matèries primes i manufactures (X)	197.841	161.141	367.286	738.919	970.876	1.234.794	524
altres productes (VI, VII, XIV, XVII, XVIII, XIX, capítols 95, 96 i 98 de la secció XX i XXI)	600.556	2.127.101	2.482.246	2.694.720	3.257.737	2.045.470	240
O T A L	14.573.775	22.205.330	33.432.181	51.176.331	58.641.716	75.814.953	420

ent: la regió exporta: Alicante, Castellón, Valencia. Cambres Oficials de Comerç del País Valencià, 1.973 i 1.975.

1) El fort creixement d'aquesta partida -que fins el 1.975 no és important- té el seu origen en les exportacions de la factoria I.B.M., de manera que les partides 84,53 i 84,55 constitueixen en 1.975 el 50 % del total de la secció XVI de l'aranzel.

3.2 DEPENDÈNCIA EXTERIOR DE L'ECONOMIA DEL PAÍS VALENCIÀ

En el context de l'economia valenciana, la paraula dependència adquireix un sentit diferent del que serveix per tal de caracteritzar la situació de tota una sèrie de països del Tercer Món. A casa nostra cal entendre-la, més aviat, com a alienació del control de tot un conjunt de decisions econòmiques. En aquest sentit hauriem de contemplar diversos aspectes:

1. Les empreses multinacionals i multiregionals controlen amplis sectors de l'economia valenciana.

Els baixos nivells salarials i la bona situació geogràfica del País, al llarg de l'eix europeu mediterrani de desenvolupament, expliquen la localització d'empreses multinacionals que elaboren productes madurs, és a dir, que no requereixen d'un medi ambient industrial massa sofisticat. Aquestes empreses destaquen als següents camps:

<u>S E C T O R</u>	<u>E M P R E S A</u>
Producció d'acer	UNITED STATES STEEL (1)
Automòbils	FORD
Components electrònics	I. B. M.
Productes químics	SHELL (2)
	DU PONT DE NEMOURS (3)
Alimentació	MITSUBISHI (4)
Paper	DE SOTO CHEMICAL COATINGS (5)
Calçat	UNIROYAL
	GRUP MIGUEL HERNÁNDEZ (6)
Alumini	ALCAN (7)

-
- (1) A través d'Altos Hornos de Mediterráneo
 - (2) Prop. de Detergentes Orgánicos Sintéticos S.A.
 - (3) Prop. de Lacas y Pinturas S.A.
 - (4) 50% de La Joya S.A.
 - (5) A través d'Unixali S.A.
 - (6) Amb forta penetració de capital nordamericà
 - (7) A través d'ENDASA.

210

Aquesta llista, en absolut exhaustiva, és una mostra de la penetració de les empreses de capital estranger que ha començat a casa nostra. Cal pensar que bona part d'elles tenen plantaments exportadors. La I.M.M. va començar exportant l'any 1975, per valor de 1.128 milions de pessetes. Encara no hem arribat al pes que al Principat tenen les multinacionals dins de la dinàmica exportadora, però sembla que es posa en marxa el mateix mecanisme.

Pel que fa a allò que diem múltirregionals, la seua presència presenta característiques diferents que al Principat. Al País Valencià tan sols hi ha plantes de fabricació i no seus socials. Això és conseqüència de les característiques històriques dels desenvolupament industrial del País. La no consolidació d'una banca autòctona financeradora de la indústria, ha impedit que les branques més concentrades del capitalisme industrial sorgiren com a fruit de la iniciativa industrial valenciana. La difusió, en canvi, d'una indústria transformadora, productora de béns de consum duradors, constitueix un mercat interessant per a la indústria que produeix els inputs necessaris. La indústria química ilustra ben bé aquesta situació. Del total (1974) d'empreses químiques situades entre les 1.500 majors empreses de l'Estat espanyol, 85 tenen plantes al País Valencià, 2 de les quals tenen la seu social al País Valencià. Aquestes dues empreses pertanyen a multinacionals que les han adquirides (Shell i Du Pont de Nemours) recentment.

2. Les empreses valencianes dels sectors autòctons no controlen els seus canals de comercialització exterior.

Els empresaris valencians de sectors que han tingut un ràpid increment en llurs xifres de vendes exteriors, han estat acostumats a què vinguessen agents importadors a fer-se càrrec de la comercialització exterior de llurs productes. Al seu torn, aquests importadors es troben, als seus països, amb unes estructures comercials fortament concentrades que contrasten amb l'atomització industrial oferent del País Valencià.

Al cas de la indústria del calçar predomina el sistema de venda a un client únic. L'empresari tenia la seguretat de tenir la producció coberta, comprar al comptat i desentendre's de les despeses de la venda. A més, la fabricació no exigia d'aquesta manera massa capital circulant. A poc a poc, l'im-

portador pressionava sobre els preus arribant a assenyalar la taxa de guany i fixar la marca. El final de la història era normalment que l'empresa passava a ser propietat del capital nordamericà.

Les elevadíssimes taxes de guany que aquest sistema permet han induït molts fabricants de calçat dels països desenvolupats a deixar la indústria i esdevenir comerciants. Es a dir, una mena de reproducció del vell esquema del "treballa domicili" a nivell internacional, on les empreses valencianes de la Vall del Vinalopó treballen per encàrrec dels agents que financien la seua producció. Les tendències proteccionistes que d'un temps ençà han aparegut als Estats Units fan encara més perillosa la situació. La supervivència industrial d'algunes marques valencianes especialitzades en la sabata, fa necessària, si més no, una doble evolució:

- 1) cap a un millorament del disseny, on els competidors italians encara van molt per davant,
- 2) cap a l'organització d'agrupacions d'exportadors (ara mateix ben just comencen a consolidar-se'n algunes),

A un nivell més general, cal anar cap a la potenciació del sector de béns d'equip per a la indústria autòctona (maquinària tèxtil, per al calçat, etc.). En la hipòtesi d'un desplaçament de la producció dels béns de consum més tradicionals cap a països amb costos salarials menors, l'exportació de maquinària podria donar continuïtat al model de creixement industrial del País. Possiblement implicaria una desviació dels fluxes comercials cap a països més endarrerits que el nostre.

3. Dependència financera.

La major part dels crèdits industrials a mig i llarg termini cal demanar-los a institucions financeres que, en llurs decisions importants, depenen de centres situats a fora del País (bancs industrials privats, bancs de crèdit industrial). La Banca pot drenar estalvi sense cap control institucional valenciana. La compra de títols d'empreses privades de gran tamany o l'adquisició institucional de valors públics —a través del Borsí i de les Caixes d'Estalvi, respectivament— determinen uns fluxes d'eixida de l'estalvi del País, de gran importància.

Les restriccions de crèdit discriminen també en contra de la

petita i mitjana empresa no lligada al capital financer.

4. Dependència relacionada directament amb l'estructura institucional de l'Estat.

La planificació indicativa que de vegades s'ha posat en marxa a l'Estat espanyol ha tingut, entre altres, dues característiques:

- 1) Predomini total de criteris sectorials quant a l'assignació de recursos i fixament d'objectius. Instrumentació freqüent de les preferències oficials a través dels circuits privilegiats de crèdit, dirigits cap als sectors monopolistes i oligopolistes (siderúrgia, mineria de la hulla, construcció naval).
- 2) Inexistència d'unitats intermèdies amb competències pròpies al nivell de les regions i de les nacionalitats. Extrema centralització de les decisions afavorida pel caràcter sectorial de la quasi totalitat de les Comissions.

Altres aspectes d'aquest centralisme exacerbats han estat:

- 1) La insuficiència financera permanent de les hisendes locals.
- 2) La manca de control sobre l'estructuració de la xarxa viària que té el seu exemple més clar en el cas del traçat de l'autopista. Mentre les comarques interiors resten abandonades a un desplaçament progressiu en alguns casos, en altres (l'Alcoià) veuen frenades, per les dificultats de comunicació, les seues possibilitats de desenvolupament.
- 3) La desatenció als problemes peculiars de l'agricultura valenciana. En aquest sentit, la manca d'un pla d'ordenació cítrícola, quan des de fa anys disminueix constantment la rendibilitat de les explotacions, en contrast amb l'atenció continuada que han meregut alguns productes de l'àrea cerealista.

3.3 EL SECTOR FINANCER

Des de sempre, i encara avui, el sector financer del País Valencià es caracteritza per la manca quasi absoluta de control, per part d'entitats bancàries amb domicili social al País Valencià, de l'estalvi i la inversió capitat i realitzada respectivament, al conjunt del País.

En aquest sentit el volum de dipòsits i crèdits manejats per les següents entitats: Banc de València (d'àmbit regional), Banc d'Alacant, Banc de l'Exportació i Banc Alacantí de Comerç (tots tres d'àmbit local) i l'Industrial Promobanc (d'àmbit estatal), ben just controlen el 2% de la massa total dels dipòsits i crèdits del conjunt de l'Estat espanyol. En el cas de les Caixes d'Estalvi els esmentats percentatges cal situar-los pels volts del 10%. La taula que segueix és una quantificació dels conceptes anteriors segons dades al 31 de desembre de cada any:

Anys	Banca		Caixes d'Estalvi	
	Dipòsits	Crèdits	Dipòsits	Crèdits
1974	1'46 %	0'95 %	9'15 %	9'12 %
1975	1'58 %	0'96 %	9'21 %	9'01 %
1976	1'61 %	1'09 %	9'50 %	9'37 %

Aquesta informació palesa l'escàs paper que "potencialment" és capaç de jugar la denominada Banca Valenciana. La resta del capítol se centra en l'estudi dels següents aspectes:

- 1.- Ritme d'apertura i localització d'oficines bancàries.
- 2.- Pes específic de les quanties de dipòsits i crèdits del País Valencià en el conjunt de l'Estat espanyol.
- 3.- Actuació del crèdit oficial.

Aquests són els elements de referència inuispensables per a fer-nos una idea del paper que juga el sector financer en el conjunt de l'economia valenciana.

Localització de les oficines bancàries: evolució recent

Prenent com a referència la "legislació" dels factors més importants que han donat el ritme i forma de l'expansió de les oficines bancàries, cal distingir tres períodes diferenciats:

- A.- El de l'"statu quo" fins al 1962
- B.- Els set primers plans d'expansió bancària fins el 1971
- C.- Un període de major liberalització que abasta els dos darrers plans d'expansió (1972-73) i les mesures d'Agost de 1974 adoptades pel Ministre d'Hisenda Barrera d'Irimo.

La legislació vigent en els dos primers decennis de la postguerra de caràcter extremadament limitatiu impedia de fet el creixement de la banca mitjana i petita (l'única existent al País Valencià) que només podia accedir a la creació d'agències urbanes degut a les dificultats per a establir-se en noves poblacions. Aquesta normativa va determinar que les taxes d'increment dels nous establiments en el País Valencià fossen prou reduïdes durant aquests anys; podent ser molt bé aquella rígida legislació. (que durà 23 anys) una de les raons que van contribuir a acabar, pràcticament, amb la incipient "banca autòctona valenciana" que era majoritàriament de caràcter local, essent absorbida per la gran banca. Únicament en sobrevisqué el Banc de València, d'àmbit regional.

Amb el pla d'estabilització del 1959, la liquidació de l'autarquia i els intents d'elaborar una planificació indicativa es reflexen en el sector bancari mitjançant la Llei de Bases de l'Ordenació del Crèdit i la Banca de 14 d'abril del 1962. A l'any següent comencen a instrumentar-se els plans anuals d'expansió bancària amb efectes privatius de cara a l'expansió de la banca local i regional.

El ritme quant al nombre total d'oficines obertes al País Valencià durant els nou primers anys des que comencen a regir els plans d'expansió (1963) duplicà la taxa d'increment dels 18 anys anteriors. Quant a l'estructura locacional, la instal·lació d'oficines al País Valencià, confirmant un cop més la "lògica" capitalista, ha seguit en línies generals a les comarques que assolien en aquells anys un evident procés d'industrialització i creixement econòmic.

Quant a la darrera etapa de les esmentades la característica més notable de les quals, dins del contexte jurídic que fem servir és l'absoluta llibertat de cada entitat per a instal·lar-se en

funció dels "recursos propis" de cada banc; el nivell de concen-
tració en la creació d'oficines segueix accentuant-se. Continua-
havent-hi una forta correlació entre la ubicació d'oficines
rurals i l'estructura espacial definida pels dos "eixos" de cre-
ment econòmic als quals, en el cas de la industrialització, s'ha
esmentat en l'apartat referent a estructures territorials. L'in-
formació anterior ha de ser ampliada tenint en compte la influència
de les zones agràries al llarg dels anys quaranta, quant a la
possibilitat de captació del passiu: sobretot en aquelles con-
dicions en què predominaven les explotacions cítriques davant
una favorable conjuntura del moment.

En el cas concret i com a mostra del fort nivell de concen-
tració operat en les darreres dècades destaquem el cas de la ciu-
dad de València i municipis adjacents que configuren la comarca
de l'Horta. La concentració, a l'Horta, ha estat progressiva des
de 1940 en que suposava el 15'54 % total d'oficines instal·lades
tot el País Valencià, al 36'8 % en l'any 1974. En els esmenats
percentatges influí el nombre d'oficines obertes en València
que arribà a representar el 80'23 % del total de la comarca
de l'Horta a finals del 1963.

Evolució de dipòsits i crèdits en el conjunt de l'economia valenciana.

Tot i ser conscients del component conjuntural implícit en
la quantificació dels fluxes que configuren els nivells anuals
de dipòsits i crèdits, creiem que no pot ser obviada una referència
a aquests dos importants conceptes per resultar bàsics per a
l'estudi de la problemàtica del sector financer en qualsevol espai
econòmic.

La informació estadística en aquest camp resulta sumament
deficient pel que fa als crèdits atesa la reticència a fer públi-
ques aquestes xifres a un nivell de desagregació provincial
municipal com seria de desitjar; la justificació no és de tipus
tècnic sinó de contingut; per dir-ho clarament, polític: ja
s'observa palesament les diferències dins de l'Estat espanyol entre el
que es capta i el que s'inverteix a cada àrea geogràfica en favor
d'unes a costa de la descapitalització de les altres.

Les darreres dades disponibles (anys 1975 i 76) indiquen
que el volum dels dipòsits manejats per la banca privada establida
al País Valencià suposa pels volts del 8 % dels dipòsits

controlats per la banca privada a nivell d'Estat espanyol. Aquest mateix concepte referit a les Caixes d'Estalvi valencianes, com ja hem dit, representen al 31 de desembre del 1975 i 76, el 9'25 % i 9'50 % respectivament, sobre la totalitat de dipòsits existents per al conjunt de les Caixes d'Estalvi Confederades de l'Estat espanyol.

El paper de les Caixes d'Estalvi en el context del sistema financer del País Valencià haurà d'incrementar-se d'acord amb la recent normativa segons la qual podran concedir límits a les empreses per al descompte de paper; al mateix temps que veuran reduir-se paulatinament llurs coeficients d'inversió obligatòria en valors i crèdits especials (la qual cosa suposa un drenatge de fons a l'economia del País Valencià). Sobre la importància quantitativa assolida per les Caixes d'Estalvi en el conjunt de l'economia valenciana, només cal dir que la quantia dels recursos aliens suposava al voltant del 52 % de la massa total dels dipòsits bancaris totals "captats" en el País Valencià durant l'any 1974. Aquest nou marc legal possibilita tot un conjunt de circumstàncies favorables que, convenientment instrumentalitzades, poden millorar la penúria financera en què es mou una bona part de l'empresariat valencià.

Actuació del crèdit oficial

Les desavantatjoses posicions de l'economia valenciana quant a la percepció de finançament provinent de les entitats oficials de crèdit cal enjudiciar-les amb el criteri bàsic seguit per la política econòmica de l'Estat espanyol. Davant de la dicotomia política sectorial versus política regional, l'actuació del govern s'ha decantat preferentment i quasi exclusiva dins del marc d'una política econòmica sectorial, abandonant (si no desconeixent) en la pràctica, l'òptica regional. Instruments de política monetària utilitzats pel govern tals com la declaració de "sector preferent" o les favorables (des del punt de vista financer) "accions concertades" entre empreses i administració, no han tingut cap tipus d'incidència per al conjunt de l'economia valenciana, atés el tipus d'estructura industrial i la reduïda dimensió dels establiments.

El percentatge de participació de l'economia valenciana respecte de la suma total del crèdit oficial a Banc de Crèdit Industrial concedits al 31 de desembre en aquests darrens anys es posa de manifest en la següent taula:

<u>Anys</u>	<u>Total crèdit ofic.</u>	<u>Banc Crèd. Ind.</u>
1967	3'66 %	3'8 %
1969	4'04 %	2'7 %
1971	7'13 %	2'1 %
1973	7'31 %	2'4 %
1975	8'20 %	10'2 %

El fort increment experimentat en la quantia facilitada mitjançant el Banc de Crèdit Industrial del darrer any fou destinat, majorment, al finançament de les grans plantes multinacionals com ara "Ford-Espanya" a la IV Planta, ubicades al País Valencià. Un element de referència indicatiu de la tradicional desatenció a la indústria valenciana, el tenim si comparem el pes específic del crèdit industrial arribat al País Valencià l'any 1972 (2'4 %) amb el nivell de producció i exportacions industrials del País Valencià, amb xifres del 10 % i 12 % respectivament, sobre el total de l'Estat espanyol per ambdós conceptes.

Avaluació final

Aquesta ràpida visió d'algunes de les principals magnituds que configura el marc actual del sector financer en el País Valencià ens portara enumerar un conjunt de reflexions que no són exhaustives, ni pretenen de ser-ho.

- A.- En la determinació de l'escàs paper que juga la Banca autòctona del País Valencià, ha estat decisiva la rígida reglamentació dels anys de postguerra en matèria d'apertura d'establiments, que reforça considerablement el "poder" dels més importants grups bancaris.
- B.- El compacte entramat entre la denominada oligarquia financera i els òrgans de poder en un Estat d'ideologia centralista com és l'Estat espanyol, ha determinat que els centres de decisió, en matèria d'inversió i política creditícia, estiguen fora de l'àrea geogràfica del País Valencià. Actuant en tot moment en base a criteris d'estricta eficàcia econòmica (Maximització de beneficis a curt termini) al marge de qualsevol consideració relativa a l'estructura territorial del País Valencià.
- C.- En relació amb el punt anterior, i aprofitant els avantatges d'unes economies externes com a conseqüència d'un polaritzat

creixement industrial desenvolupat al llarg, sobretot, de la segona meitat dels anys seixanta, ha hagut certes macroinversions en factories amb seu social i interessos aliens al País Valencià. L'intima relació entre aquests grans grups industrials i els canals de crèdit oficial ja ha estat tractada en aquest mateix capítol. D'altra banda, la situació de dependència d'una bona part de l'economia valenciana és una realitat palpable que rep un explícit tractament en un altre apartat.

D.- Diguem, finalment, que entre els veritablement perjudicats per aquesta falta de control de les entitats bancàries s'hi troben els propietaris de la petita i mitjana empresa. Atés que, a més de la discriminatòria política monetària instrumentada pel govern, la major part no han valorat l'operativitat d'una escassa gestió financera, endeutant-se a curt termini i descapitalitzant el negoci, detraent-ne (en moments de conjuntura favorable) recursos que o formen part d'un patrimoni personal o es destinen a negocis de caràcter especulatiu.

3.4 L'ACCIÓ DEL SECTOR PÚBLIC

El desequilibri entre el creixement econòmic protagonitzat pel capital privat i el "capital col·lectiu" que el sector públic hauria de posar a l'abast dels valencians, és evident.

Malgrat les deficiències d'informació estadística, darrerament hom ha fet alguns estudis per tal d'intentar quantificar, si més no de forma indicativa, el dèficit de capital públic.

Per exemple, per al període del III Pla de Desenvolupament (1972-1975), la inversió pública "per capita" realitzada en el País Valencià en tots els sectors respecte a la inversió pública de tot l'Estat suposa un 0'77%. Açò ens indica clarament que la inversió pública al País Valencià és sensiblement inferior a la mitja estatal.

Una altra mostra de les insuficiències del sector públic al País Valencià apareix en analitzar el saldo resultant entre els ingressos públics (pagaments del País Valencià al sector públic) i les despeses públiques realitzades al País Valencià (entrades per al País Valencià). Les estimacions realitzades palesen un volum de dèficit regular, per al País Valencià, que sobrepassa el 3'5% dels ingressos totals del País. Els quadres que segueixen presenten una adequada especificació d'aquests resultats:

ANYS	DÈFICIT PÚBLIC PER AL PAÍS VALENCIÀ, DEDUIDA LA SEURETAT SOCIAL (milions pts.)
1968	- 5.578
1969	- 6.137
1970	- 5.152
1971	- 7.102
1972	- 9.263
1973	- 9.122
1974	-12.033

QUADRE 2: TOTAL PAÍS VALENCIA

<u>ENTRADES</u>		<u>SORTIDES</u>		<u>SALDO</u>
	1972	1974	1972	1974
<u>PRESSUPOST</u>				
DESESES	28.924'8	37.233'4	10.039'9	17.000'5
			16.939'7	26.519'6
DESESES	24.880	44.532'4	7.061'7	9.098'1
			34.341'3	50.478'3
			21.020	35.079'1
				-5.418'5
				+3.260
				+ 9.453'3
<u>CRÈDIT</u>				
OFICIAL	1.021'8	3.696'1	2.471'1	1.532'86
			2.109'5	---
			188'4	906'06
			4.869'0	2.484'9
				-3.847
				- 1.211'2
<u>TOTAL ENTRADES:</u>	54.826'6	85.461'9	60.230'3	88.042
				-5.403'7
				- 2.530'8

Les dades d'inversió pública global exposades en els quadres anteriors són eloqüents i demostren, si més no indicativament, com és de limitada l'actuació del sector públic al País Valencià i la insuficiència d'infraestructura i equipament col·lectiu.

A mode d'exemple, és interessant de ressenyar alguns dels aspectes significatius del Ministeri d'Obres Públiques. Així doncs, en 1982 la inversió pública en carreteres, al País Valencià, suposà un 4'2% del total estatal i en ports un 6'8% percentatges clarament insuficients. La deficient actuació del Ministeri d'Obres Públiques, agreujada pel trassat de l'autopista ha contribuït a esmentuar problemes del tipus de: encaniment del sòl, congestió en les carreteres i accidents i destrucció de l'espai, etc.

A MODO DE CONCLUSIÓ

Del 1959 ençà, l'economia del País Valencià s'ha caracteritzat pel trencament definitiu del predomini agrari i per un creixement industrial espectacular, que neix dels nuclis fabrils-artesanals preexistents. El percentatge de població activa ocupada en el sector secundari passa del 31'8% en 1962 al 41'34% en 1973. Alguns trets característics del creixement valencià podrien ser:

- 1.- La forta especialització productiva existent a nivell comarcal deguda a l'origen artesanal de la indústria.
- 2.- Preponderància de sectors industrials intensius en mà d'obra i estructures empresarials de reduïdes dimensions. Això suposa que els models tècnics de tipus competitiu encara tinguen validesa explicativa per a bona part de la indústria valenciana.
- 3.- A partir de la segona meitat dels anys seixanta, el fort creixement exportador ha reproduït també en el camp industrial, la tradicional vinculació de l'economia valenciana als mercats exteriors. Els baixos nivells salarials han contribuït a què els articles manufacturats valencians disfrutassen d'importants avantatges comparatius en els mercats internacionals, atés que, en bona part, els productes industrials exportats es dirigien a països amb un grau de desenvolupament superior al nostre.
- 4.- Deficient estructura financera de les empreses valencianes i forta dependència del crèdit a curt termini. Hi ha influït la falta d'una Banca Mixta (industrial-comercial) autòctona.
- 5.- Escassa preocupació de les classes dominants de la societat valenciana per plantejaments que desbordassen el marc purament local. Forta dependència respecte a Madrid de les classes dominants i absència, en les elits polítiques del franquisme, d'un plantejament industrialista autòcton.
- 6.- Concentració en la franja litoral (amb alguna ex-

cepsió com ara Alcoi) de la població i de l'activitat econòmica. Deseconomies importants en nuclis com el de València i, en general, la comarca de l'Horta. L'auge turístic en zones com Benidorm-Alacant hi ha contribuït també.

7.- L'existència d'una xarxa industrial i urbana consolidada ha estimulat l'establiment d'empreses forànies, multinacionals importants algunes d'elles, amb tot el que suposa de pèrdua de control en decisions de gran importància per al futur valencià.

8.- Pèrdua de rendibilitat en l'explotació agrària més "típicament" característica de la prosperitat valenciana: la citrícola. Absència de plans d'ordenació agrària i creixent proletarització del camperolat.

SYMPOSIUM SOBRE PROBLEMÀTICA SOCIO-SANITÀRIA

01. Introducció
02. El Servei Nacional de Ia Salut
03. Elements bàsics per a una estructura sanitària del País Valencià.

INTRODUCCIÓ: pel Dr. López Merino.

La "Comisión de Sociomedicina" de la "Real Sociedad de Amigos del País" ha organitzat aquest petit simposium i en nom de la mateixa vaig a fer aquesta introducció que serveixca d'orientació o de posta en situació d'allò que significa per a nosaltres aquest simposium. La "Comisión de Sociomedicina" té més d'un any de vida, al llarg del qual ha procurat d'anar conjuntant una sèrie de grups de treball, dels quals ja funcionen set, i durant quasi un any s'ha dedicat a una estructuració, a una organització interna. Durant el mes passat va començar una etapa inicial pública per a anar explicant la sèrie d'adquisicions que es tenia; pel desembre se celebraren unes Jornades en què dictaren conferències els doctors Peris i Noguera sobre temes de Sociomedicina, les quals van assolir un cert eco perquè s'han publicat entrevistes amb el Dr. Micó, president de la "Comisión de Sociomedicina", entrevistes amb el dr. Cobomer, etc.

La premsa, el periòdic "Levante", ha suscitat una sèrie d'articles al voltant de problemes sociomèdics, de manera que ha començat, un poc a través de la nostra comissió, un cert grau d'inquietud i conscienciació sobre problemes socio sanitaris, la qual cosa és, en el fons, una de les directrius que ens hem proposat en aquesta "Comisión de Sociomedicina". Les raons de la marxa d'aquesta comissió obeixen a una sèrie de conceptes bàsics que no anem aquí a explicar detalladament, però que fonamentalment són conceptes que, des d'un punt de vista polític seran discutibles. Nogensmenys, des d'un punt de vista filosòfic és evident que els països han de tenir una autonomia. És quelcom que naix de la conscienciació dels països mateixos i, és clar, les nacions quan arriben a tenir consciència d'elles mateixes i a cert grau de maduresa, no sols han de veure, afectuosament aquestes idees d'autonomia més o menys regional, sinó que per a aquestes regions constitueix una necessitat absoluta el fet que l'autonomia existesca perquè tot el contrari és ocupació, és colonialisme, és un buidament de les cultures i de les estructures. Aleshores, des del punt de vista d'aquest fet de conscienciació de les regions i partint dels conceptes lògics d'autonomia i de la necessitat d'autonomia, és normal que cada país assumisca una sèrie de tasques en aquesta conscienciació progressiva, perquè són tasques necessàries.

Al nostre País Valencià, existeix des de fa alguns anys una espècie de "Renaixença" literària que ha tingut al seu transsumpte, en una ampliació cada vegada major de l'ús del nostre idioma, en una milloria en la seua qualitat, un escenari literari, una coordinació amb d'altres regions de llenguatge homogeni al nostre. Aquestes formes lingüístiques són en certa manera formes i, en certa manera expressió d'unes conviccions, d'uns pensaments, d'uns sentiments del poble; però són llenguatges buits si no tenen un fons cultural i de coneixements que els recolze.

Aleshores, des d'aquest punt de vista, hi ha hagut naturalment un profund interès pels estudis històrics o econòmics, però faltava el paral·lel interès pels estudis de tipus científic. Ja sabem que la ciència té uns vessants que són evidentment universals, però existeix un vessant, sobretot en la ciència aplicada que no és universal, sinó una aplicació particular. I els aspectes econòmics i sanitaris aplicats són, no cal dir-ho, fonamentals en relació amb el context i la circumstància. D'aquí la necessitat que els estudis sanitaris es vagen ampliant, prodigant, i d'aquí també la necessitat de donar-les un contingut cultural en aquest sentit paral·lel a l'avanç que ja ha tingut la progressiva expansió del nostre idioma. En aquest sentit, tenim la sort, i hem d'agrair als doctors Nolasc Acarín i Ferran Martínez Navarro, els dos conferenciants, que hagen vingut a parlar-nos de problemes en els quals ambdós són mestres.

En certa forma, tot dos participen de la mateixa idea i la mateixa trajectòria que nosaltres veníem dient; en aquest moment i en aquest simposium, crec que s'hi donen la coincidència d'aqueixes trajectòries - per una banda catalana, i per l'altra valenciana (en el Dr. Ferran) - que conflueixen amb les nostres pròpies idees. En realitat no estic parlant per tal de presentar-los, perquè ells són més coneguts que jo en tots aquests aspectes, sinó que estic, en nom de la comissió, conjuminant simplement les directrius. Diré tan sols que el dr. Nolasc Acarín és actualment Cap de Secció a la "Ciudad Sanitaria Francisco Franco" de Barcelona. També és director del recentment fundat GABS al Col·legi de Metges de Barcelona. És col·laborador habitual, com sabreu, de Telo-Exprés, en un capítol que té la sanitat com a tema. És coautor d'alguns llibres, entre ells "La Sanidad hoy" i "La salud, exigència popular". Participà, com també ho ha fet algun equip nostre, al Desè Congrés de Metges i Biòlegs en llengua Catalana, que es va celebrar a Perpinyà.

827

El Dr. Martínez Navarro, valencià, forma part del cos mèdic de sanitat nacional i fou durant algun temps, "Jefe Provincial de Sanidad" de Vitòria. Actualment és cap de la secció d'epidemiologia i informació sanitària de la "Subdirección General de Medicina preventiva y Sanidad ambiental" de la D.G.S. Ha treballat en amplis sectors epidemiològics, és a dir, és un epidemiòleg dels pocs a la seua alçada que s'han ocupat del nostre país, el País Valencià, que és el seu; Ambdós van a ensenyar-nos, en la nostra llengua, coses que ens interessen, bé del propi País Valencià, bé del Principat de Catalunya, sobretot en els aspectes sanitaris.

Dr. Nolasc Acarín

En primer lloc, hauria de donar les gràcies per haver-me convidat a venir a València. D'acord amb el programa que els amics del País Valencià, els amics de València, m'heu posat, jo parlaria sobre "El Servei Nacional de Salut com a alternativa democràtica per a la sanitat de Catalunya." Si bé estic plenament d'acord amb el títol, l'únic que hi matisaria és que els amics valencians em suposen una excessiva capacitat de síntesi per parlar de tot això en una petita estona. Vull dir que jo tractaré de referir-me als trets més bàsics, més generals, d'un tema així d'ampli. Per altra banda, cal que deixe clar també, ja des d'aquest moment, que a part dels grans elogis del Dr. López Merino, jo no sóc aquí més que un aficionat, un metge (ja fa uns quants anys que sóc metge) que faig política, que faig sanitat i que aleshores el que intento fer a partir d'ara, és aprendre dels qui, com el Dr. Martínez Navarro, són professionals de la mena que hem d'anar creant en aquest país.

En aquest sentit, jo crec que són ben certes les paraules del Dr. López Merino, quan deia que les idees d'autonomia - de democràcia en general - són buides, no són res, o poca cosa són, si els falta el contingut que dóna sentit a aquesta autonomia o a aquesta democràcia que tots volem, per altra banda.

En el camp de la sanitat ens falten molts treballs, ens manca, jo diria, molta base per poder inclús treballar; i deia alguna cosa així recentment a Barcelona, en un estudi que vaig presentar al Consorci d'Informació i Documentació a Catalunya, sobre les característiques hospitalàries del Principat. Recordo que deia que fent política és com aconseguiríem tenir la democràcia, tenir l'autonomia, però només fent política en aquests sentits no es bastiria un país. No es cons-

226

truiria un país, almenys com el volen construir, si no es tenia a l'abast les eines, els instruments estadístics, els plantejaments elaborats. En fi, desenvolupar una discussió àmplia entre tots els interessats. Si parlem de la sanitat, que és un dels problemes que interessen més el país, cal tenir entre tots elaborat el contingut que ha de tindre aquesta futura sanitat. D'aquesta manera l'autonomia i la democràcia tenen un contingut més real. Dit això, i per començar, el primer fet que s'ha de mencionar potser és, encara que sigui una mica repetir coses que tots sabem, el reconeixement del dret a la salut.

Penso, i suposo que vosaltres estareu tots d'acord, que el dret de la salut és per a tots els ciutadans, un dels drets inalienables d'un estat democràtic. Al nostre país, aquest dret no està recollit en els textos legals. Per més que això sigui un dret tan elemental, no és un dret que existeixi com a tal, encara. Qualsevol canvi democràtic (al nostre País ho confirma l'adveniment de la República o de la Generalitat de Catalunya) sol posar en marxa una sèrie de plans de transformació sanitària per tal de millorar la situació de les atencions sanitàries de la població. Ara bé, d'aleshores ençà la situació ha canviat molt; la República es va trobar al davant una sanitat fonamentalment plantejada a partir d'una benèfica, amb uns mínims rudiments del que encara aleshores es deia "policia sanitària higiènica. Quaranta o quasi cinquanta anys més tard (del 31 ençà) la situació en què ens trobarem en accedir a la democràcia és molt diversa a la del l'any 31. Ara hi ha una Seguretat Social important, amb uns fons, amb uns diners tan importants com els del pressupost general de l'estat, que no estan controlats per ningú, amb unes formes d'assistència totalment deteriorades, anàrquiques i sense cap orientació envers una política de salut i una total disbaixa general del país pel que fa referència a la protecció de la salut, a prevenir la malaltia.

El fet de la presència de la Seguretat Social crec que és molt important. Amb les seves cotitzacions obligades de tots els treballadors ha estat determinant en la conscienciació de la societat. Avui ja no es demana una assistència sinó que s'exigeixen uns serveis pels que hom paga a la fi de mes.; aquesta és una variant molt important entre el que pogué passar fa quaranta o cinquanta anys i els temps actuals. L'estat monopolista s'ha beneficiat, durant molts anys d'aquests diners; les cotitzacions socials, sigui la cotització obrera o l'empresarial, (tots vosaltres ja deveu conèixer que al transfons és el mateix, la cotització empresarial repercuteix en els costos del producte, per tant és una forma més de cotit-

zació del conjunt de la població), aquestes han produït un super-banc que és l'Institut Nacional de Previsió, els quals fons durant molts anys (vaja, fins l'actualitat) no han estat controlats per ningú. Aquests diners s'han utilitzat per a molt diferents coses. A vegades - i això és l'acusació que més freqüentment s'ha fet a l'I.N.P. - s'han utilitzat per a inversions no productives per a la indústria privada. Fent un exemple molt gràfic, és un negoci important fabricar i vendre electrodomèstics, però per a fer-ho es necessita planxa d'alumini. Produir planxa d'alumini no és rendable; alleshores l'Estat, a través de l'INI, produeix planxa d'alumini, finançat per l'INP i així, la indústria privada i els electrodomèstics paguen el seu negoci. Aquesta és l'acusació més freqüent que s'ha fet. Ara bé, si coneixeu el llibre de Joaquim Vergès "La seguretat Social", aparegut recentment, veureu que aquesta no és la partida més important. El problema jo diria que durant molts anys ha estat molt més discret. Hi havia fons importantíssims de milers de milions de pessetes en comptes corrents en banques privades. Tots sabeu el que vol dir per exemple tenir cinc-cents mil milions de pessetes a una banca privada. Doncs la classe obrera no s'ha queixat mai, dins les moltes reivindicacions en la llarga història de lluita que hi ha hagut a Espanya durant els darrers quaranta anys, en cap moment no recorde haver llegit res, sobre una reivindicació cara a no pagar les cotitzacions de la Seguretat Social. N'hi ha hagut múltiples, moltíssimes reivindicacions, cara a exigir uns serveis que eren insuficients o inexistents. Cara a no pagar la Seguretat Social mai no recorde que s'hagi plantejat. Hi ha hagut una acceptació que hom havia de pagar. Ara bé, el que sí que és arribar al límit, era pagar sense controlar el que es feia alleshores amb aquests diners. Aquests seria un problema més. Després hi hauria la pol·lució, la contaminació, etc. Però s'ha de ressaltar ja d'entrada el problema de la S.S. perquè em fa l'efecte -i després veurem potser més perquè- que és un dels condicionants fonamentals que ens influiran en marcar les línies del futur. Sí, perquè evidentment hi haurà un problema. I és què fem amb la S.S.? què fem amb l'I.N.P.? Per altra banda, en tant que hi és la font dels diners, Ferran Martínez Navarro i els seus companys que treballen amb l'epidemiologia possiblement farien més coses a nivell científic si tinguessin els diners de la S.S., als quals ells no tenen accés, per posar sols un exemple. Plantejar-se la transformació sanitària en Espanya sense partir de la base que la S.S. és un fet que no té sentit. És com si perquè les carreteres estan malament, per anar nosaltres al xalet aquell, ens féssim la nostra paral·lelament a la carretera de l'Estat.

Seria foll qui ho fes. Doncs és el mateix,

A partir d'aquí, i sense voler-me allargar més en aquest aspecte jo passaria doncs a fer-me unes preguntes. La primera pregunta seria veure perquè hem està malalt, perquè ens posem malalts, fins posem malalts, i els que d'aquí sigueu metges, sanitaris, si reflexioneu una mica doncs veurem que n'hi ha una sèrie de causes de malalties. I ara em refereixo a l'aspecte més clàssic de l'acceptació malaltia. Es pot tenir una malaltia infecciosa. Tots sabem que n'hi ha moltes que són erradicables, i que podrien estar erradicades i en Espanya encara no ho estan. Contraure o no una malaltia infecciosa sabem que en gran part depèn de l'estat defensiu propi de cada un dels organismes. Es poden tenir malalties traumàtiques -un dels problemes més importants a Espanya són precisament els accidents de treball i els accidents de tràfec. D'accidents de treball - i ara cito de memòria - tenim 3'7 vegades més que la mitja del Mercat Comú. És una de les fonts importants no solament d'absentisme laboral sinó de malaltia. No parlem ja dels accidents de tràfec que poden ser obviats en gran part i no ho són. Es pot parlar de les malalties degeneratives o d'origen tòxic en les quals intervé l'alcohol, intervé el tabac. Les malalties a conseqüència d'una deficient, o mal orientada, o insuficient alimentació. Els trastorns circulatoris, coronaris, vasculars en general deguts a l'stress, al medi ambient, a la deficiència del treball que es fa. I també podríem parlar de les malalties psíquiques en gran part provocades pel tipus de tensió en què es viu en una societat competitiva.; possiblement és un problema important també aquí al País Valencià. Suposo que aquest aspecte, a què em refereixo pot ser encara més greu a Catalunya on hi ha, segons els llocs, d'un cinquanta a un seixanta per cent de població recentment immigrada. Això penso el que vol dir. Sobre el fet que persones, les quals, elles mateixes o els seus pares, vivien en una societat rural, arcaica, pre-industrial, i que han passat a viure en una societat urbana (mal urbanitzada), competitiva, capitalista, de producció industrialitzada. Això és impossible d'assumir-ho en el temps d'una mitja generació. Tot deixat de la mà de Déu, com almenys està a Catalunya (aquí la situació la suposo semblant en aquest sector) doncs això és una font tremenda de trastorns i d'insuficiències. Evidentment cotes aquestes malalties podrien no ser-hi, es podria obviar, O sigui, preguntant-nos si CAL estar malalt. I potser no cal estar malalt. Potser no és una fi inexorable estar malalt.

Aleshores ens hauríem de plantejar a partir d'aquí - i seria una mica la conclusió d'aquesta reflexió - del medi en què es viu, la importància que té el treball, les relacions laborals que comporta aquest treball, la importància

es una paraula que tenen les formes de vida que es porten, com
a van determinant de l'estat de salut de cadascú, de cadascú a
nivell personal, i de cadascú a nivell col·lectiu.

Això planteja aleshores una opció ja.
Hom de mantindre aquestes possibilitats de malaltia? i aleshores
n'hem de tractar d'aconseguir uns medicaments, unes formes de
tractament que curin els trastorns que es produïxin? O no seria
miller portar, endavant un programa d'erradicació, de canvi, de
transformació, dels factors que produeixen aquestes malalties? Ja
és una primera opció. I encara que plantejada així, un tant de
forma col·loquial, crec que aquesta és l'opció que presideix el
conjunt de plantejaments que hem es fici sobre política sanità-
ria. No plantejar-s'ho així, semblaria una actitud un tant d'es-
truç, no voler plantejar-s'ho a fons. Les dues opcions -repeti-
xo- serien: "hom de continuar acceptant que hi hagi les malalties
que tenim i a més a més gastant-nos els diners que estem gas-
tant per aconseguir tractaments i medicines per combatre per cu-
rar aquests malalts", o millor, altra opció "la d'evitar aquestes
malalties". Ens podríem estendre aquí en base a això que ara de-
ia alguna cosa que es pot entendre per salut, i no em vull estan-
dre en tant que tots vosaltres concixeu el que va ser la discus-
sió sobre aquest tema en el Desè Congrés de Metges de Perpinyà
del setembre passat i seria una mica repetir. Sols per a concre-
tar-ho, diré que a mi em sembla perfectament acceptable, i veig
difícil que, des d'una perspectiva democràtica se'n pogués accep-
tar d'altra, la definició de salut elaborada en el desè congrés
en tant d'entendre-la no ja com a forma de curació sinó com a
forma de tindre unes constants físiques, biològiques, etc, que es-
tan dins dels paràmetres convencionalment establerts per a dir
que una persona en aquell moment no està malalta, sinó que el
terme salut implica un context molt més ampli, molt més dinàmic,
en el qual intervénen tots aquells factors biològics, psíquics
i socials, (en un aspecte personal) i econòmics i polítics (en un
aspecte col·lectiu) que poden influir en la forma de viure, en la
manera d'estar, en la manera de poder-se produir i realitzar in-
dividualment i socialment l'home. Dit això, aleshores jo plante-
jaria -encara que només sigui així, en una llista- el que són a
grans trets els grans temes de la sanitat al País. El País Va-
lencià i Catalunya tenen els mateixos problemes com també els
té Guadalajara. El que pot passar és que, a més a més al País Va-
lencià i a Catalunya en tinguem d'altres, malgrat que els més
estrictes ells també els tenen.

El primer problema de la sanitat al País és el centralisme de les decisions sanitàries complemen-

tat amb la dispersió organitzativa (desorganitzativa, he dit) i el burocratismes de tal organització. Per no repetir coses que ja sabeu, allò dels nous o dels ministeris que tenen a veure amb sanitat, els múltiples organismes en què es reparteixen la responsabilitat sanitària, etc.,. Altre problema important de la sanitat a Espanya és la S.S., L'INP. Abans ja l'he mencionat d'entrada. Recordar sols el caràcter de doble impost que és la S.S. que pàgala classe treballadora - en el sentit ampli de classe treballadora, o sigui tots els que estem assalariats - Altre tema important, altre dels problemes de la sanitat a Espanya i de cara a les perspectives de futur és un dels temes que també són força determinants és el problema de la farmàcia. Em refereixo a la farmàcia no en tant que oficina, sinó en tant que medicament, indústria farmacèutica. Sols recordar unes petites dades: l'any 69 teníem a Espanya dinou mil medicaments (19.000), dels quals dinou mil (segons un estudi fet aleshores i publicat pel Banc de Bilbao) en aquell moment es considerava que n'hi havia vuit mil innecessaris. De dinou mil, vuit mil.

En un recent estudi del darrer anys (penso que és del setanta-cis) de la càtedra de Farmacologia de la Universitat de Barcelona, la qual dirigeix el Dr. Laporta, aquest vuit-mil va ésser pujat a dotze mil, de medicament innecessaris (dic, que estan a la venda) dels quals la meitat eren perjudicials. Això és el que podríem dir cara al nombre de medicaments, però és que aquests medicaments valen uns diners. Doncs aquests diners, pel que es refereix a la S.S., s'emporten el cinquanta per cent de la despesa. O sigui el 50% de diners que la S.S. gasta en assistències sanitàries se'n va en medicaments. Però en medicaments que recepten fora dels hospitals, de les Residències de les Ciutats Sanitàries i dels hospitals amb contracte. Sí, dels que es recepten fora, o sigui que si algú pensés: "no és que ara amb la complexificació dels hospitals s'estan fent medicaments molt cars." No. És que aquests queden exclosos perquè aquests són comptabilitzats dins de les partides "hospitalización". El 50% d'aquests diners que es malgasten amb medicaments són en les despeses, amb la recepció que a diari van a buscar als metges d'ambulatori, de capçalera, pediatres, etc. És un tema important el de la farmàcia i no m'hi estenc més, en tant que si no és replantjada una política del país respecte al problema farmacèutic no hi ha manera de resoldre la sanitat.

Altre problema important seria el problema dels hospitals i de l'assistència externa que jo crec que són dos problemes complementaris. No cal parlar d'hospitals com si tot fos un problema d'hospitals. L'hospital (en singular) és un

toma més dins d'una programació sanitària i ni de bon tros és el més important. De tota manera ara no tinc a la mà les dades exactes del País Valencià (possiblement les conixerem millor vosaltres que jo). Però evidentment estem per sota dels cinc llits per mil habitants, amb totes les deficiències que això comporta. Però el que ho fa més greu, és la terrible deficiència de l'assistència externa. Vam fer un estudi ara fa un any sobre els malalts que també ingressats a la Ciutat Sanitària Francisco Franco de Barcelona. Aleshores, amb els serveis de medicina del Departament de Medicina Interna, vam veure que hi havia un 40 o 50 % que havien d'estar ingressats. O millor dit, que tal com haurien arribat a empitjarar, havien d'estar ingressats, o sigui que el seu ingrés aquell dia, o dos dies abans, era totalment justificat. Però que no haguessin hagut d'estar ingressats; malalts amb insuficiències respiratòries, que amb una deficiència respiratòria deguda a una deficient situació laboral durant molts anys, per fumar massa, perquè no s'havien curat la grip, per bronquitis de repetició, havien arribat a la seva insuficiència crònica. Però és que aquí no s'acaba. Què passava amb aquells malalts? Aquest malalt entrava a l'hospital per descompensació de la seva insuficiència crònica respiratòria. Se li compensava, se li donava l'alta i al cap de vint dies tornava a estar ingressat. Perquè la xarxa d'assistència externa no serveix per a res. És nul·la. Aleshores, què passa? què hem de fer? hem de començar a fer més hospitals? perquè pugui haver-hi més gent ingressada? El que havem de fer és resoldre-ho de manera que la gent no hagi d'ingressar en l'hospital. Aquest seria un aspecte de la qüestió. Mirem-ho ara respecte de la rendabilitat - i no em refereixo a la rendabilitat econòmica que ja no cal demostrar-la, ja es pot donar per suposada - una rendabilitat "humana" que és, penso jo, més important que l'econòmica. L'hospitalització és un stress molt important; no és gens freqüent, i de Barcelona ja en tenim alguna experiència, el suïcidi dels malalts que són amb cures intensives, en unitats de coronàries, sèrums, monitors, cables, i per la finestra de daltabaix. Això ha passat més d'una vegada. Però aquest és el cas espectacular. El cas més freqüent és el que pots no cridar tant l'atenció - i passa cada dia - del malalt, i sobretot la gent més gran, els vells, i els nens, que són els qui acusen més la dificultat d'una hospitalització. Jo no sé si haurem d'inventar la forma, per exemple, com en algunes països estan experimentant, d'hospitalitzar mare i non a la vegada, sobretot pel que es refereix als nens petits. No ho sé; però el que sí que sé, és que havem d'evitar l'hospitalització sempre que sigui possible. Això a partir d'ara es podria fer. Almenys no costa tants de diners com fer hospitals perquè qualsevol hi pugui ingressar.

Dic això perquè en tots vesatres predominava l'edat jove i a tots ens ha passat: condicionar que l'única forma d'assistència vàlida és l'assistència sanitària a l'hospital. Ens ha passat a tots, sobretot als que treballen en un hospital. I això no és cert. Ara, és comprensible que això passés, en tant que en una situació de gran misèria sanitària, hi ha uns oasis on s'hi treballa una mica més bé. Aleshores el primer reflex és dir: doncs tot hauria de ser com això. I evidentment, si hom hi reflexiona bé, es veu que no és així com ha d'èsser la reflexió. Vists els grans trets, hi ha molts més temes que hauríem de parlar, s'hauria de parlar del problema dels professionals, un tema important; el problema dels treballadors sanitaris en general, encara que potser és més agut el problema dels professionals, siguin infermeres, ATS, metges, etc. Els problemes que ja no són tant de l'assistència mèdica, com el que em referia jo abans, com les formes de viure, formes de treball, el medi ambient, la vivenda. Però és que aleshores ens estendríem potser massa en l'enumeració i reflexió sobre els grans temes de la sanitat a Espanya. Ara preferiria exposar-vos el que és (de forma breu, ho deixaré per ampliar després) la base d'una proposta d'alternativa sanitària, deixant per al col·loqui el que poden ésser els trets més tècnics o organitzatius, concrets. Si bé és cert que el dèficit sanitari és importantíssim, també és veritat, com us deia abans, que si sols es tracta o es tractés de reduir-lo, conservant l'actual esquema sanitari -sí, fer més hospitals, perquè hi ha més malalts a ingressar- (es fa un hospital, aquest hospital s'omple, doncs què vol dir? ha de fer un altre hospital, i així se n'han fet d'hospitals...) doncs si es tracta de millorar el sistema sense canviar-lo, aquest model de prestació sanitària, arribarem a uns costos absolutament desorbitats, que faran inabastables aconseguir, que el dret de la salut per a tothom sigui una realitat. O sigui, que aquesta no és una via, perquè econòmicament no és possible. En conseqüència, la supressió de l'actual dèficit sanitari sols pot venir canviant aquest model de prestació sanitària de manera que la despesa relativa sigui inferior i així anar cobrint el dèficit sanitari actual en tots els seus aspectes de prevenció, curació, rehabilitació, educació sanitària, etc, aspectes que abans no he mencionat., perquè els coneixeu tots. En base a això els que serien els principals punts per a engegar una transformació sanitària, una transformació radical, els podríem resumir de la següent manera: una disminució importantíssima de la despesa farmacèutica, amb control de preus i qualitat sobre ella. Sols pensant un moment veureu que tota aquesta llarga llista de medicaments que ens ofereix la indústria farmacèutica a Espanya, que la paguem amb aquest índirecte, ens obstaculitza tirant endavant. O sigui, tenir uns diners per a anar cap a uns

85

altres serveis d'adaptació ambiental, millera de condicions ambien-
tals, sanitat escolar, etc. Des de fa molts anys, la S.S. compra el
70% de les medicines que es venen a Espanya. Un comprador que com-
pra el 70% de la producció, no pot imposar una política farmacològi-
ca i una política de preus? És obvi que sí, que això pot xèer. Si això
no ha passat, no és més que per la connivència que hi ha entre la in-
dústria farmacèutica (químico-farmacèutica) i la SS amb el que és el
poder de decisió política de l'Estat. Aleshores ens toquem de forma
flagrant amb el que és -el que ha d'ésser el poder de selecció de-
mocràtica-. El primer punt ha de ser aquest: sotmetre a un control
 el que és la medicació en la indústria farmacèutica. En segon lloc,
 la reorganització de la medicina extra-hospitalària, de la SS. El
que podríem dir, l'elevació dels standards de qualitat dels serveis
ambulatoris de metges de capçalera, de pediatria, d'assistència a les
zones rurals, ~~xxxx~~ d'assistència extra-Seguretat Social, com és en a-
quest moment la medicina del treball, etc. En tercer lloc, s'ha d'a-
nar a una disminució dels costos relatius, hospitalaris, que tenim en
aquest moment; no potser que a la Ciutat Sanitària Vall de l'Hebrón,
el cost per malalt-dia ja estigui en les sis-mil pessetes. Ingressa
un malalt per fer-se una arteriografia i se li fa al cap de quinze
dies. "Doncs, miri, quinze per sis": això no pot ser de cap manera. Pe-
rò clar, abans d'eixos dies no s'ha fet perquè el tràmit aquell i
l'altre, l'aparell ha estat espatllat i no va arribar, perquè el mal-
alt s'ha posat... etc. Això com és resol? Posant un bon tècnic que
dirigeixi l'hospital, si és un problema de canviar la persona; doncs
jo crec que no. Jo crec que ha d'haver-hi un bon tècnic que dirigeixi
l'hospital, però tampoc no servirà de res. I sé que en aquest moment
hi ha gent a la SS amb ganas d'organitzar hospitals. Si no troba gent
de directors, per alguna cosa és, no? I aquí entre un punt molt impor-
tant. I és que solament es pot resoldre si el centre aquell està de-
mocràticament gestionat. No hi ha volta de full, no hi ha cap altra
solució. En tant no sigui el conjunt de personal, de treballadors
que treballen en aquell centre els qui controlen el funcionament
d'aquell centre, no es pot resoldre de cap manera. El quart punt se-
ria anar cap a la unificació de tot el que són els serveis assisten-
 cials i sanitaris al País. Unificar-les tots evitant duplicitats. No
solament evitant duplicitats organitzatives, sinó econòmiques. És molt
freqüent que un malalt que es visita pel seu metge de capçalera de
la SS, es visita per un metge d'una altra mútua i es visita tal vega-
da per un metge que és amic del senyor que viu al pis de dalt de ca-
sa seva. Cada metge li fa fer una radiografia, cada metge li fa fer u-
nes anàlisis (dirom entre parèntesi que tot això no serveix per a res,
perquè no cal fer-li ni una radiografia ni una anàlisi, sinó que el
que calia fer-li és una història clínica ben feta al començ) i de to-
ta manera això no val dir que ha fet una resposta tres vegades pel

mateix motiu, tant si correix com si no. Això cal acabar-ho. I només es pot acabar en tant hi hagi una garantida assistència, pròxima al malalt i que el malalt s'hi senti acollit per aquella assistència. A partir d'aquí es pot elaborar un programa de millora immediata del que podem entendre, sobre les condicions de salut general, les condicions de naxivitat, les causes de morbiditat al País, començant pel que són els centres de treball, gran lloc d'origen de les malalties; el que és tota la problemàtica traumàtica, d'accidents de tràfic, de treball que abans mencionava, dedicant especial atenció al que són grup concrets de la societat, el que són els nens, el que són les mares gestants, el que són els vells, el que són grups concrets de malalts, o sigui, els que són malalts respiratoris crònics, etc. Posant un exemple dels que tots vosaltres heu viscut, per als que sigueu sanitaris d'aquí, el problema de les angines; el problema de les angines és una malaltia que es cura molt fàcilment en un nen, però i que té molt poc de risc. Ara bé, avui continuen, havent-hi febres reumàtiques importants, cardiopaties reumàtiques, molts anys després d'haver-se descobert la penicilina. Per què? Doncs perquè aquest tractament, que és tan senzill, no s'aplica correctament. Això no vol dir que no es gastin no ja penicilina, sinó antibiòtics molt més cars. Se'n gasten, i en aquell malalt encara se'n gasten més.; però incorrectament aplicats, o tal vegada, no s'administren, o durant un temps insuficient, etc; Què consta, doncs, vetllar bé pel que és la salut dels infants? Els nens els tenim tots a una escola: no costa res mirar-los les gales. Això no necessita un gran pressupost, per tenir un equip sanitari que a València miri els colls dels nens, no ja una vegada a l'any, sinó cada dos mesos; això no és gaire car i evita moltes coses. Tot un programa immediat de millorament dels que poden ésser els nivells de salut i d'enfrontament de les causes de malaltia, erradicant totes aquelles malalties infeccioses que encara patim al nostre país. (això en Ferran Martínez Navarro crec que ho sap molt millor que jo) i que molts d'altres països ja no pateixen. A partir d'aquí es podrà plantejar d'anar cap a fases ulteriors. Això és el que podríem dir unes midos possibles; però em fa recordar la frase que diuen: "la política es el arte de lo posible" -em sembla una mica desafortunada, aquesta frase- però si s'ha d'acceptar, s'hauria d'afegir-hi que la política és l'art del possible en tant que hom vulgui fer possibles els objectius que hom vol aconseguir, i no utilitzar el possible com a excusa. En quin marc tot això, nosaltres, els qui hem treballat sobre aquest tema, en Ramon Espasa, la Carme Sanç, Vergès, veiem que la forma idènia d'organitzar tot allò, i d'anar cap a les seves fases ulteriors, és la proposta concreta que en dèiem el Servei Nacional de Salut. La proposta organitzativa, que possibilita que, a partir d'uns programes amb aquesta orientació, es doni cos a una organització en base a la prevenció i no a la curació, de control dels medicaments, de control

de despeses sanitàries inútils, etc. Aquests serien els grans temes d'alternativa que, havent convingut ja una mica més de mitja hora, jo deixaria aquí, per ampliar-ho al debat, ja que si en parlar de l'alternativa sanitària plantejarem que aquesta-com totes les alternatives- devem fer-la en un debat col·lectiu entre tots, en una discussió conjunta que faci fecundes les idees que entre tots elaborem. És lògic també que sigui ara i aquí a l'hora de discutir-ho: quan i com. Anar veient-ho entre tots, amb les preguntes que poguem fer i la discussió que poguem tindre- són altres aspectes que interessin en un plantejament com el que us he fet. I Res més.

Dr. Ferran Martínez Navarro

Jo crec que tots els qui en aquest moment esperen l'oportunitat d'haver de fer una crítica a la sanitat espanyola, el 95 o el 97% estaríem dient les mateixes paraules. Això és el que em passa a mi després del que ha dit Nolasc Acarín. I és que molts dels conceptes que ell ha dit vaig a repetir-los jo, probablement amb d'altres paraules.

Davant la perspectiva de pensar una alternativa concreta, per al País Valencià, que tindria per les seues característiques d'informació, una duració a curt termini, he pensat més en la possibilitat d'introduir un tipus d'anàlisi que ens portàs a una alternativa a llarg termini. És a dir, considero que el primer pas serà estructurar un model teòric de producció de malaltia i, per tant, un model teòric de sistema sanitari. Això és el que vaig a intentar de dir,

En primer lloc crec que és necessari estudiar l'actual sistema sanitari. En segon lloc estudiar el procés de producció de malaltia. En tercer lloc-i el deixariem obert- estudiar la possibilitat d'una alternativa sanitària coherent amb el model de producció de malaltia. Si no, no té sentit.

Una anàlisi de l'estructura sanitària de l'Estat espanyol ens permet d'identificar una sèrie d'elements característics ~~xxx~~ tals com una estructura centralitzada, una forta dispersió administrativa, una irresponsabilització de l'Estat en la higiene del medi, especialment sanejament bàsic, inspecció d'establiments públics, indústries, comerços, inspecció alimentària, un control de malalties infeccioses com a pràctica de medicina preventiva, una assistència mèdica rural i una dependència administrativa del Ministeri de la Governació. Igualment la finançació dels serveis sanitaris assignats és a càrrec de l'Estat. Una utilització dels serveis de sanitat estatal per a la recaptació d'impostos indirectes pel concepte de taxes. I pel que toca al personal sanitari, apareix estructurat en cosos administratius. L'existència d'un sistema de SS de tipus mutualista que ha creat una xarxa assistencial pròpia i frueix d'una auto-

nomia econòmica i de gestió. El manteniment d'estructures d'exercici liberal de tipus precapitalista. Aquesta estructura, que respon a una concepció antiga de la sanitat, basada en la responsabilització de l'Estat en aquelles situacions que sobrepassen l'àmbit individual tals com característiques del medi residencial, control d'epidèmies i beneficència, és actualment antiquada ja que els canvis observats en el patró epidemiològic, prevalència de malalties cardio-vasculars, neoplàsiques i en conjunt, malalties que de llarga durada, demanen una organització més operativa, especialment en els serveis assistencials. Per altra banda, l'alteració del medi residencial i la vigilància de la seua qualitat requereixen la introducció de noves tècniques. Ara bé, si des d'una perspectiva objectiva és necessari introduir una sèrie de nous elements, hem d'assenyalar que el manteniment de l'actual sistema sanitari i especialment del seu envelliment i la seua falta d'adequació és degut a la coherència - i dic co-he-rèn-ci-a - amb els interessos de les estructures de poder de l'Estat Espanyol. I també el paper que juguem els metges en ell és coherent amb aquestes interessos: 1er, perquè no precisa de reforma fiscal; en efecte, la recaptació d'impostos indirectes per la prestació de serveis és característic de tota l'administració espanyola. La sanitat no és una excepció. Segon: en no produir-se la reforma fiscal, no li és possible a l'Estat fer-se càrrec dels requeriments sanitaris actuals. Tercer: la dispersió d'iniciativa en diluir les responsabilitats entre els diversos ministeris - governació, indústria, obres públiques, treball - impedeix l'elaboració de polítiques globals i sectorials sanitàries, especialment en matèria de medi ambient. Quart: la creació del segur obligatori de malaltia, l'any 1942 que evolucionarà a la S.S. l'any 1963, dins d'un organisme para-estatal de caràcter autònom i, també el sistema mutualista que crea la seua xàrcia assistencial, és l'expressió de la política social del règim, basada en objectius assistencials a costa d'unes prestacions baixes per als Segurs Socials. Aquesta orientació, que és una clara usurpació de funcions sanitàries, ha provocat una distorsió en l'estructura sanitària de l'Estat espanyol. Com senyala l'Organització Mundial de la Salut, i la cite textualment en un informe que ha fet sobre els serveis sanitaris a Europa: "En la primera d'aquestes eventualitats (les altres dues són: per una banda, els països socialistes i Gran Bretanya on els serveis sanitaris estan nacionalitzats; per altra, França, on hi ha una coordinació legal entre Estat (Ministeri de Sanitat) i S.S) on la que Bèlgica, Espanya i Itàlia són exemples significatius, els organismes d'assegurança de malalties tenen una gran llibertat en la distribució de serveis a llurs afiliats. Tenen i administren hospitals i dispensaris, contracten metges i infermeres, creen laboratoris i una xàrcia de serveis assistencials independents de la xàrcia establerta pel ministeri de Sanitat, són establiments més nous

que els dependents de les col·laboracions públiques, són sovint més moderns i la Hierarquia Pública argumenta moltes vegades sobre l'existència d'aquests establiments per a rebre els crèdits destinats als hospitals públics, el que ens fa entrar en un cercle viciós. A mesura que el nombre dels afiliats i els recursos augmenten, aquest organisme es transforma en una veritable potència en el país, desenvolupa la seva política sanitària, que pot ser diferent de la del ministeri responsable, dificulta la planificació sanitària, fa a moltes pressions poc acceptables sobre els metges. Tot açò pot desembocar en un cert desordre i, si és més greu, en segregació i en una desigualtat davant de la malaltia, que són contràries a tota evolució social. La situació pot arribar a l'absurd quan progressivament, la quasi totalitat de la població està assegurada". Fins ací la cita de l'O.M.S.

El manteniment i potenciació de l'actual sistema de Seguretat Social és un objectiu del capitalisme espanyol, perquè és un sistema de redistribució de la renda; però el seu finançament no aconsegueix aquesta fi, i, per altra banda, ofereix una assistència mèdica que no paga l'Estat, ja que és pagada pels obrers. Hem d'assenyalar que -almenys així ho penso jo- no és competència de la SS l'organització de l'assistència mèdica. En aquest sentit d'estructura sanitària al servei del capital hem d'interpretar l'actual organització dels serveis mèdics d'empresa. El paper que hi juguen els metges i la resta de professions sanitàries és important ja que ells -e nosaltres- aportem la justificació ideològica que sustenta el sistema sanitari. En efecte, l'acceptació del mode de producció capitalista de la medicina privada encara que amb formes precapitalistes, que van deixant d'ésser-ho, el caràcter elitista de l'hospital, la utilització mítica de la tecnologia, el dogmatisme de la relació metge-malalt, l'orientació biologista de l'ensenyament de l'exercici i de la pràctica mèdica, la medicina preventiva com a nova panacea dins d'un sentit plenament econòmicista, i un llarg etcètera, formen el contingut ideològic de la medicina burgesa, que rebra per aquests serveis un tracte de favor expressat per l'estatus social del metge.

-Les condicions per a l'alternativa

Les característiques del sistema sanitari espanyol tal i com han estat exposades ens porta a dues conclusions lògiques: la primera és la "coherència" amb l'estructura de poder. La segona és la falta d'adequació a les necessitats derivades dels canvis de l'estructura econòmica. Per tant, la necessitat de l'alternativa és, cada vegada, més evident, així com la relació entre referent fiscal, canvi d'estructura i alternativa sanitària. Les condicions que ha de reunir aquesta, són: la sanitat és competència de l'estat, -en el cas nostre competència de la Generalitat-. Ha d'ésser científica, planificadora i au-

tònoma; autònoma a nivells operatius, a nivell de districte o comarca -poblacions de cent a des-cents mil habitants-. La gestió de la sanitat ha d'ésser feta amb la participació de la població. I l'estructura ha d'ésser oberta de manera que s'adapte a les exigències sanitàries i col·lectives. Ara bé, en dissenyar el sistema sanitari s'ha de partir d'una visió ecològica del procés d'emmalaltir. En efecte, l'estructura sanitària ha de suposar un sistema corrector de la infraestructura, de manera que pugui controlar la producció dels agents agressors i de les cadenes epidemiològiques, així com integrar l'individu malalt en la societat, perquè pugui fruitir absolutament de la vida. La malaltia és un procés caracteritzat per la resposta biològica de l'home a una agressió ambiental de tipus biològic, químic o psico-social. El procés de producció de les malalties, conegut com "cadena epidemiològica", és el resultat de la formació social, és a dir, de la realitat social històricament determinada en què l'estructura econòmica dels sistemes de producció és la responsable tant de la qualitat de la vida, com de la del medi ambient natural i residencial, el qual és alterat per la tecnologia utilitzada pel procés de treball. Aquesta tecnologia que depèn de la modernització del sistema productiu, modifica els agents agressors que estan a l'eco-sistema natural i humà, i crea nous agents agressors, però també modifica les cadenes epidemiològiques. Per tant, llur acció en la prevalència i la producció de la malaltia és determinant. L'estructura ideològica i jurídicopolítica és la responsable de les pautes culturals i aquestes també influeixen decisivament en les cadenes epidemiològiques. Hem de tenir en compte que l'aplicació de les tècniques en el procés de treball no és uniforme per al conjunt del sistema productiu, ja que depèn del seu grau de desenvolupament. El mateix podem senyalar pel que toca a la disposició de recursos econòmics així com a les pautes culturals. La conseqüència és una diferent exposició a factors de risc per grups socials tals com: dependència de les condicions naturals, malnutrició, agressió per productes utilitzats en el procés de treball i residus industrials agraris i humans. És a dir, la malaltia apareix condicionada històricament per la formació social, essent el malalt portador d'un missatge de la qualitat del mig ambient i el patró epidemiològic és un indicador de la formació social.

Els elements bàsics de l'alternativa.

Primer vaig a pintar el model de producció de malaltia, perquè sobre ell és sobre el que hem de centrar el model d'estructura sanitària. (Ho pinta) El que hem dit abans és transformació social, l'estructura econòmica, l'estructura ideològica i l'estructura jurídicopolítica. De l'estructura econòmica nosaltres tenim -que ens va a interessar des del punt de vista sanitari- la tecnologia utilitzada en el procés de treball, tecnologia que farà per una banda, produir

247

uns productes residuals agressors: la contaminació, ja siga del tipus que siga. Un sistema productiu agrari presentarà una patologia de tipus infecciosos fonamentalment i en la prevenció de les zoonosis va a jugar un paper important. Una tecnologia industrial molt desenvolupada pot presentar, un predomini o una incidència elevada de càncer, per exemple. Clar, aquesta tecnologia modifica el mig ambient natural, l'eco-sistema natural o el mig ambient humà, i modifica per tant, en modificar el mig ambient, les condicions de vida dels agents agressors naturals, fonamentalment biològics, perquè també n'hi ha agents agressors naturals que no són biològics. Aquesta alteració (alteració que pot ser potenciant-la o que pot ser inhibint-la) és evident que va a portar a un predomini de malalties infeccioses o, al contrari, a una disminució. Amb un exemple molt clar, si nosaltres tenim un poble que pren aigües d'un riu, en un punt del qual, aigües amunt, hi ha la desembocadura de les aigües residuals d'un altre poble, nosaltres tindrem en el segon poble una patologia de tipus d'infecció intestinal. Si enmig dels dos pobles nosaltres fem una indústria química, és evident que la patologia de tipus intestinal desapareixerà, perquè les bacteries intestinals no poden viure en un mig que ha canviat ecològicament -ha canviat la composició química, ha canviat el P H, han canviat una sèrie de característiques que fan que aquestes malalties desapareguen-. Pot desaparèixer la infecció tifoidea, però pot aparèixer un altre tipus de malaltia, que està íntimament relacionada amb els productes químics residuals d'aquella indústria. L'estructura sanitària continua essent dolenta. No per això -perquè haja baixat la tifoidea en aquella població- podem dir nosaltres que ha canviat el sistema i que tot és bo. Perquè hem de tenir present que la malaltia és un procés dialèctic. Està contínuament produint-se i sempre n'hi haurà una malaltia. Cada nova introducció que nosaltres fem per aquí (dibuix), ha de produir sempre noves malalties. El nivell de vida, expressat evidentment en les condicions de vida en el medi residencial, estarà creant també, estarà pesant en marxa una sèrie de cadenes epidemiològiques, unes derivades, naturalment de les males condicions, unes altres derivades de les bones condicions. Per exemple, posar el cristall probablement en produir així un ambient determinat en un grau d'humitat determinat pot afavorir la transmissió d'aquestes malalties de tipus víric, transmeses per l'aire evidentment, i amb això ja no fa falta continuar. La producció, quan és cultural, realment és tot un procés de desenvolupament de la població i així nosaltres hem d'utilitzar el concepte "cultural" en un sentit molt ampli, incloent-hi naturalment tota la superestructura sanitària. Totes les institucions sanitàries estan incloses aquí, i la utilització d'elles és per a la població evidentment, igual com els savis i els metges,

212

és a dir, d'ella mateixa. I després, la cadena epidemiològica, que seria la resultant de totes aquestes interaccions., seria la que produiria la malaltia. Després tornarem a veure per a senyalar els punts bàsics del sistema. És a partir de la comprensió del model de producció de malalties que hem elaborat, que nosaltres podem elaborar un model de sistema sanitari de concepció ecològica. És en aquest sentit que el nostre model difereix de les concepcions clàssiques. Els sistemes sanitaris actuals actuen conceptualment sobre el resultat final de les interaccions socials, és a dir, sobre la malaltia, actuen a aquest nivell creant-se tota una sèrie d'institucions i relacions entre elles que cristal·litzen en el concepte de regió hospitalària. S'assigna el paper de líder a l'hospital, de líder de l'acció sanitària, quan la seva funció en l'acció assistencial és petita; així mateix, la medicina preventiva apareix sectoritzada segons les característiques biològiques de l'home, és a dir, per riscos derivats de l'edat -higiene materno-infantil, higiene escolar, higiene de l'adult, higiene i cultura- i separada de les institucions curatives: Els dos elements que més han influït en els models epidemiològics -en el pas d'un model de tipus agrari a un model industrial- són les modificacions ambientals i el millorament de les condicions de vida. És a dir, les modificacions de l'estructura econòmica són els elements que han de definir l'estratègia sanitària per la sensibilitat que tenen les malalties als canvis produïts en ella.

D'aquesta manera nosaltres podem elaborar una estratègia sanitària centrada fonamentalment en tres escales: en l'escaló tecnologia, en l'escaló malaltia i l'escaló pautes culturals. Així, la necessitat de control ambiental, alterada per la tecnologia del sistema productiu exigeix els serveis d'higiene ambiental amb una estructura d'higiene comunal, d'higiene del treball i d'higiene d'alimentació i amb unes tasques perfectament definides que després les podríem parlar. L'assistència mèdica es contemplarà com una activitat única orientada al diagnòstic i tractament continuat del malalt, tant des d'una activitat preventiva, com curativa i rehabilitadora. Aquesta activitat té com a fi la reinserció social del malalt en les condicions més òptimes per a continuar la vida que li queda. Dues característiques són essencials en l'estructura assistencial: el caràcter integral de l'acció mèdica, és a dir, l'acció mèdica alhora preventiva, curativa i rehabilitadora, i la preponderància del servei assistencial bàsic. Els nivells d'actuació són: servei assistencial bàsic integrat per obstetra-ginecòleg, a temps parcials, pediatra, fins als catorze anys, metge general, odontòleg i infermeres. Les tasques a realitzar són medicina curativa, preventiva, atenció de malalts crònics, rehabilitació bàsica i execució de les instruccions emanades de la planificació

sanitària. Les "policlíniques" actuaran com a elements de diagnòstic i vigilància de malalts crònics, així com d'assistència curativa. Els hospitals tenen una funció eminentment de diagnòstic i tractament de situacions agudes o especials. L'actuació sobre les pautes culturals ve definida en dos camps: per una banda conèixer i interpretar perfectament quin és el concepte que té la població sobre la malaltia, i sobre la utilització de recursos sanitaris i, per una altra banda, informar, adequadament i partint sempre de les necessitats de la població, sobre la utilització dels recursos sanitaris i sobre pautes individuals per a evitar la transmissió i l'adquisició de certes malalties.

L'epidemiologia va a realitzar l'anàlisi dels factors que intervénen en la producció de la malaltia, és a dir, la recerca etiològica així com l'estudi de la distribució de la malaltia en la població i els factors que incideixen en la seua incidència i prevalència; aportarà informació necessària per a la planificació, execució i avaluació dels serveis sanitaris; per últim, ha d'ésser utilitzada també en tasques per a la recerca de la demanda de serveis assistencials. L'estructura d'aquests serveis de vigilància epidemiològica, avaluació de l'acció sanitària i recerca etiològica,

La planificació sanitària apareix integrada en la planificació global, en aquest cas seria de la Generalitat del País Valencià. Existeixen a més, laboratoris de salut pública que funcionaran, fonamentalment com a centres de referència, instituts de sanitat, encarregats de la recerca científica, i després hom ha de crear una estructura espacial de manera que facilite al màxim l'accés de tota la població als recursos sanitaris. L'estructura és a nivell local exclusivament assistencial i basada en l'assistència sanitària de base, i cobreix una població de dos-mil (2000) a cinc-mil habitants. A nivell comarcal les funcions són assistencials (policlínica i hospital), higiene ambiental, epidemiologia, educació sanitària i planificació de l'acció sanitària que és realitzada a aquest nivell. La població corresponent ha d'ésser de cent mil a dos cents cinquanta mil habitants. Nivell regional (a nivell de País Valencià), correspon una població d'un milió a milió i mig d'habitants, les tasques de coordinació, gestió i avaluació de l'acció sanitària (i la planificació de l'àmbit comarcal) així com la distribució de pressupostos sanitaris. Després el nivell central correspon a la Conselleria de Sanitat, la qual mantindrà relacions amb el ministeri de sanitat de l'Estat Espanyol.

COL·LOQUI

- Jo voldria afegir només dues qüestions molt concretes:

1ª) Una qüestió referida als professionals i és que s'ha de posar també en qüestió, o, dit d'altra manera, s'ha de veure, si açò de ser metge rural s'ha de fer tota la vida o es pot fer un temps i després no, o quant menys -evidentment això a decisió del protagonista, del metge rural- ha de tindre opció a canviar, i, al mateix temps, "al que no hi ha de tenir opció, sinó ja obligació, és que periòdicament tingui la possibilitat sense fer cap heroïsme, sense que això hagi de suposar un sacrifici d'heroïcitat com avui dia és, de passar una temporada en un centre de reciclatge.

2ª) L'altre aspecte és el referent a l'etapa de formació del metge, allò que habitualment coneixem com el "programa de residència". Jo no crec que allò de la residència s'hagi de fer només als hospitals. Hi ha una centres d'assistència externa rural. I així aconseguiríem de tenir uns professionals formats d'una manera més homogènia."

- Estem sempre en contacte amb la Direcció General de Sanitat i amb les "Jefaturas Provinciales" per a portar-ho tot al dia i a l'ordre: tota classe de vacunacions, tota classe d'inspeccions, des d'un pou fins a una discoteca, i nosaltres d'això hem d'estar informats i saber de què va. No a qualsevol metge rural li dius "Xa, posat ahí". Com a metge rural hui no vol anar ningú. Ara s'ha de fer un estudi sobre això perquè acudescuen a la medicina rural i perquè acudescuen el primer és fer entrar una obligació; eixa obligació consisteix a fer un període de treball professional al camp.

- Bé, ara pareix que Chordà volia parlar.

- Jo volia entrar en el tema del control democràtic de la transformació o de la reforma democràtica de què s'està parlant, perquè ha eixit diverses vegades aquesta paraula però jo no acabo de veure clar com entén cadascú la qüestió del control democràtic. Per altra part, voldria que s'aprofundís en l'aspecte qualitatiu de la reforma no solament en l'aspecte tecnocràtic o paregut que s'ha parlat, sinó que se centràs un poc la qüestió en si és possible una reforma sanitària sense abordar profundament les estructures socials, sense la participació de la població i sense una conscienciació del que significa la salut, del que significa la vida, i d'allò que significa el treball que és, en definitiva, l'origen de la cadena epidemiològica que diu Ferran.

- Bé. El tema del control democràtic crec que és tan fonamental que sense ell tota la resta no funciona. El plantejament que nosaltres fem -i repeteixo: quan dic nosaltres em refereixo a l'e-

quip que a Catalunya hem estat treballant en això fins ara: Ramon Espasa, Carme Gemp i Joaquín Vergés. Allò que ens plantejarem és que la forma de viabilitzar, de donar un cos a aquest control democràtic, és donant el poder de la gestió a uns òrgans i a una conjunció entre tres forces que, sembla són les que hi van a intervenir: per una banda la població, l'usuari, per altra banda, el treballador de la sanitat i per altra banda, els tècnics de l'organització sanitària corresponent. Aquest trípede és allò que, conformaria a diversos nivells, els òrgans de gestió democràtica, siguin els Consells de Salut Regional, els Consells de Salut Local o Consells de Gestió d'un hospital. Hi ha un aspecte important o alguns aspectes importants referents al tema, que serien: per una banda, que sense un control democràtic no ja del centre, sinó de la política sanitària que es porti a terme, no es durà a cap una política sanitària en defensa i promoció de la salut com la que des de la taula s'ha exposat avui, sinó que es portarà a terme una política sanitària que beneficiï per exemple les multinacionals farmacèutiques, o sigui, que els interessos de la majoria no privarien a l'hora de prendre les decisions que és l'important. Un altre aspecte de la qüestió és la capacitat que puguin tindre en el moment actual les forces democràtiques d'accedir al poder. Jo no sóc il·lusionari ni em penso tampoc pessimista, però el que sí és cert és que les forces populars estan lluny encara d'intervindre en el poder, per exemple, en el govern central de l'Estat. En canvi, el que sí és cert és que els poders més descentralitzats sí que els podem tindre més a l'abast. Aquesta és una argumentació a tenir en compte. Dit d'altra manera: com més descentralitzats estiguin els organismes de l'estat, sigui la sanitat, sigui l'ensenyament, sigui el que sigui, més prop estarem de la conquesta democràtica, o sigui, de poder intervenir. Per altra banda, i com a contrapartida complementària a açò que he dit, no podem oblidar el fet que el control democràtic exercit des de la proximitat és el control democràtic. El control democràtic fet i gestionat allà baix a Madrid, deixa de ser control democràtic, vull dir, és molt més susceptible de corrompre's., de burocratitzar-se, etc. Del problema de la imprescindible necessitat de democratització dels serveis de salut, sense els quals no hi ha alternativa viable, en podríem parlar molt més. Sobre l'altre aspecte, potser el doctor Ferran ens pot dir quelcom.

- Una cosa que m'ha cridat molt l'atenció és la proliferació d'alternatives sanitàries dels darrers temps. Aleshores jo em vaig preguntar -i a partir d'aquí em vaig posar a reflexionar-, quina alternativa, per qui i perquè. Perquè si l'alternativa ve a ser, efectivament, presentar una solució tecnocràtica com a alternativa per als problemes sanitaris, això no és alternativa: és una reforma sanitària.

tària. No hi hauria cap estructura que pesca en qüestió el fet o la manera de fer-se la medicina actualment. Si allò que jo busque és correlacionar o amplitezar les causes que justifiquen l'estructura sanitària actual, aleshores la primera pregunta serà si és o no és coherent amb el sistema, jo he parlat abans. No vaig a estendre'm ara. Però el que sí que està clar és que si jo necessite una estructura sanitària que responga a les necessitats creades per la població, aleshores jo, el que he de preguntar-me és: quina és la responsabilitat i de qui és la responsabilitat que una persona es transformi en malalt, o sia, es faci malalt. Si nosaltres acceptem com fa uns anys que la malaltia és conseqüència de la conducta individual, la responsabilitat és individual, per tant, tornem a allò d'abans. No fa falta una solució, no fa falta una alternativa, fa falta una solució tecnocràtica dels problemes concrets exclusivament. Si nosaltres acceptem que la malaltia apareix com a conseqüència d'una agressió produïda en el cos ciutadà i, és conseqüència d'una estructura sanitària, d'una formació social, aleshores és evident que serà eixa mateixa estructura i els elements que més beneficis en treguen d'aquesta situació, els qui deuen de pagar la sanitat. Per tant és necessària una reforma fiscal, i per tant és necessari que l'estat es faci càrrec absolutament de tota l'assistència mèdica i de tot el sistema sanitari. Ací està la diferència -que jo he parlat d'ella i ningú no m'ha preguntat res- que existeix entre un Servei Nacional de Salut i un sistema assistencial a càrrec de la Seguretat Social, situació que al parlar del Servei Nacional de Salut, del sistema integral sanitari, com vulguem, fem referència que no pot ni deu la Seguretat Social fer assistència mèdica perquè aquesta és competència única de l'estat. Jo insisteixo en eix punt. I si nosaltres no plantejàvem açò clarament, jo crec que estaríem una altra volta -i torno a dir-ho- en una solució tecnocràtica.

- Jo el que volia plantejar era que en el procés polític que estem vivint sembla que en un termini més o menys curt és més fàcil accedir a una sèrie de llibertats que, per exemple, a unes autonomies regionals. Llavors, sembla que en la vostra exposició plantejàveu l'organització de la salut i de l'assistència mèdico-psiquiàtrica, més que des d'un punt de vista regional, des d'un punt de vista de País Valencià o de Principat de Catalunya, és a dir, plantejant també la qüestió nacional. Aleshores, jo pregunto: ho feu perquè penseu que és convenient des d'uns plantejaments polítics o perquè penseu que plantejar la reforma simplement com a una descentralització, sense autonomies o mitjançant unes autonomies que poden ser qualitativament distintes(....)

- L'altra intervenció era sobre el mateix tema...

247

- És que clar, està parlant de nacionalitzar el servei nacional de salut i també sobre el control de despeses i la Banca, aleshores, hauríem de nacionalitzar la Banca...

- Bé. En la qüestió plantejada -i ara no voldria caure en confusions semèntiques- nacionalitzar què? La "nación española" o la nació catalana? Aleshores hi hauria vèries qüestions complementàries. Per una banda, quan es parla de conquerir la democràcia, jo crec que això passa precisament per profundes descentralitzacions a qualsevol nivell. Precisament en base que és la manera que el poble pugui exercitar aquesta democràcia, accedint de forma molt àmplia a moltes i petites i grans i a qualsevol nivell de les zones de decisió de tot el que és l'aparell de l'estat. Quant a la qüestió concreta del fet nacional dins d'Espanya, hi ha una sèrie de matisos importants en tant que la sanitat jo penso que és un dels serveis que ha de ser d'incumbència d'aquestes nacions sots-estats, i això no és només des d'un punt de vista econòmic, sinó també des d'un punt de vista és important. Jo no sé, no conec les xifres al País Valencià, a Catalunya l'any 72 -l'estudi que cito arribava fins el 1972- teníem una balança de pagaments de la Seguretat Social -l'any 1972- de tres milions de pessetes l'any, del revés, o sigui, que es marxaven. Això plantejaria el problema de la solidaritat dels pobles dins l'estat espanyol, però al problema aleshores se li ha de donar un altre plantejament. Jo, a la solució que m'apunto és a l'expressada per Tanames al llibret aquest d'"A-donde vas España". El planteig que fa -jo no sóc economista, però em sembla que aquella podria ser una via- és en base a un Institut de Reordenació dels diners(...) d'un cantó a l'altre de l'estat espanyol dins d'un fons de solidaritat intra-Espanya. Però plantejat de manera diversa. Si han d'anar diners a Càceres, doncs els diners que vagin a Càceres, sigui per a aconseguir que al cap de dos anys no sigui necessari que hi vagin, no perquè desapareixin, es volabilitzin. Quant a la qüestió de descentralització, la qüestió nacional, jo ho resumiria així: per una banda, l'autonomia ha d'implicar, entre moltes d'altres, que la sanitat sigui un afer de les nacions o regions, inclús, d'Espanya. Per altra banda, cal reconèixer que l'accés del poder democràtic del poble al major nombre de parcel·les de l'estat és una de les coses més directes d'aprofundir en el procés democràtic -a partir del dia que tindrem la democràcia, que encara no la tenim-. La conjunció d'aquests dos aspectes és allò que podria inspirar, que podria ser el planteig que abans exposava.

- Bo, per a mi, la qüestió es planteja en si l'estructura que nosaltres proposem és exclusiva per al País Valencià o és exclusiva per a Extremadura.

En el meu cas, jo he fet una descripció del nivell teòric. Ja he dit abans que jo necessitava construir-me un nivell teòric d'existència, un model teòric de nivells de producció de malalties. I aleshores aquest nivell teòric, naturalment per a aplicar-lo al País Valencià, hauria de conèixer l'estructura social, l'estructura econòmica, els sistemes productius, i hauria de conèixer una sèrie de coses. Però realment el problema per a mi se centraria immediatament en la qüestió de les nacionalitats a l'Estat Espanyol, vull dir, que per a mi una autonomia és necessària per a Extremadura, una autonomia és necessària per a Andalusia, una autonomia és necessària per a Castella la Vella i, en una primera fase, una autonomia és necessària per al País Valencià; ara bé, el problema està en diferenciar quin grau d'autonomia i evidentment jo crec que n'hi ha un primer pas per a les nacionalitats d'autonomia, i un segon pas de federació dins d'una república, o dins d'un govern o d'un Estat, espanyol, o bé, una monarquia. Ara, des del punt de vista sanitari, per exemple, jo coneix un model perquè he anat a estudiar-lo especialment des del punt de vista de vigilància epidemiològica que és el model txec, millor dit, el model eslovac. La república Txeco-eslovaca té dues repúbliques: la república txeca i la república eslovaca i les dues tenen llurs ministeris de sanitat, tenen les seues regions. Després tenen els seus districtes sanitaris que cobreixen una població de cent a dos-cents mil habitants. Des d'un punt de vista d'operativitat sanitària, l'eficàcia, d'uns serveis a un nivell de cent mil o dos-cents mil habitants, amb una dotació completa de recursos sanitaris, estructura del mig ambient, estructura assistencial és realment sorprenent. És realment operatiu. Els anglesos apliquen a llurs serveis sanitaris -amb una població similar- una planificació autònoma. És a dir, que una descentralització, descongestió, autonomia, etc, resulta fonamental i no sols a nivell País Valencià, sinó a nivell de la Ribera Alta.

- Qui vol parlar ara? Per favor, si és possible parlem fort, en veu alta.

- ...però crec que està connectat amb el tema anterior i per tant és una conseqüència de la democràcia, però la democràcia en un sentit global, ha d'incloure no sols una participació política, ans també una participació econòmica. A més a més, pense que cada home té dret a patir les malalties que viu.

- Jo també crec que cada home pot patir les malalties que li vinguen de gana...

- ...Sempre i quan no pose en perill o perjudiqui amb la seua actitud la vida dels altres, la salut dels altres. (...) Crec que la salut no té una dimensió individual solament sinó que té una missió individual, però també en té una altra de col·lectiva(..)

...la salut no existeix, aleshores també jo crec, evidentment des d'un punt de vista fabatista la salut no existeix, la gent es mor, clar està, però des d'aquest punt de vista no existeix l'educació, no existeix la cultura, evidentment no existeix, què és la cultura? què és la salut? què és l'educació? Allò que realment és una posició ideològica respecte a la salut, una posició ideològica respecte a la cultura, aleshores crec que nauríem d'enfocar el tema(...)

- Doncs això implica evidentment una democratització de la financiació, que com ja he llongat abans, no vol dir només reforma fiscal, sinó que fins i tot vol dir una descentralització d'aquesta financiació econòmica. Vull dir que dins d'una mateixa zona, dins d'una nacionalitat, dins del mateix País Valencià, doncs ha d'ésser un assumpte a negociar, si hi ha un hospital a Xàtiva i un altre una mica més enllà, si uns centres estan aquí i uns centres estan allà. Doncs els d'aquí i els d'allà han de negociar a veure què els paga i han de ser aquestes respectives comunitats també -evidentment amb poder, amb capacitat impositiva, amb capacitat de participar en el recapte impositiu del País, és clar, perquè si no tenen fons, aleshores no poden aportar i amb un (...) controlat democràticament els que han de buscar les formes de fer financiació (...) de moment. Si aquí, a més a més, hi han d'intervenir d'altres organismes de representativitat del país, com per exemple podrien ser els sindicats, en tant que representants de la classe assalariada que és la que amb el seu treball fa possible que el País pugui tenir una riquesa, això són elements que s'han de tenir molt en compte i són molt certs. En principi prefereixo que dediquem més temps a la qüestió de la socialització que em sembla més important. Ferran ha dit abans una cosa molt certa que és que la Seguretat Social no és cap via per a anar a una alternativa democràtica. Jo quasi diria que més aviat que democràtica, és una alternativa socialista als serveis de salut, de la protecció, de la promoció de la salut; això no cal demostrar-ho ja. El Servei Nacional de Salut, entès com jo l'he exposat abans i la socialització són unes zones que tenen a veure. Al meu entendre són elements complementaris. D'entrada he de dir que a mi el terme "socialització de la medicina" no m'agrada perquè crec que és un terme ambigu i que porta a la confusió. Si de cas s'hauria de parlar de socialització del sector sanitari, perquè el que se socialitzen són els mitjans de producció, són els equipaments, no és una funció. Aleshores el que passa és que sempre es diu "socialització de la medicina" i ens entemem, oi? però un matís que crec que val la pena d'aclarir, per més que jo utilitzi l'expressió "socialització de la medicina" per ser un "término al uso". El Servei Nacional de Salut crec que és la forma més progressiva dins d'un estat capitalista de plantejar-se la possibilitat de

tenir els mitjans de garantir aquesta defensa i promoció de la salut conquerits per la població i sota el control popular. Això al mateix temps és una eina perquè les forces populars es dirigeixin cap al poder més general de l'estat, cap al poder econòmic, cara a poder obtenir ulteriors transformacions. Potser estaria de més recordar la dita aquella que no sempre és la reivindicació més radical la més revolucionària sinó aquella que possibilita ulteriors fases. Aleshores, plantejat d'aquesta manera, el Servei Nacional de Salut és una eina, un instrument al servei de la població, evidentment la majoria de la població -repetixo- és la població assalariada, doncs és un instrument democràticament popular, evidentment al servei d'aquesta població assalariada pot incidir sobre noves formes, de manera que vagin conquerint noves formes d'intervenció dins l'estructura de l'estat. O sigui, que en tant que el treball dins de la indústria és un factor merbígen important, el Servei de Salut Nacional ha de ser una eina més per a lluitar contra un treball industrial alienant (és un exemple). Aleshores la socialització, què vol dir? Doncs vol dir, a més a més del Servei Nacional de Salut, a més d'açò, que aleshores es socialitzi el sector sanitari o la resta del sector sanitari, es socialitzi la indústria farmacèutica, fonamentalment vol dir indústria farmacèutica, indústria electro-mèdica, són les dues més importants. O sigui, la casa Meers i la casa Siemens, aleshores resulta que no ens topem amb qualsevol, sinó que ens topem amb la casa Siemens o la casa tal o qual. Això què vol dir? Doncs que en aquest moment, suposant que hi haguessin possibilitats polítiques, o sigui, que la correlació de forces fos suficient com per a anar a una socialització de la indústria farmacèutica, resulta que socialitzaríem naus d'envàs i ens quedaríem amb plantilles immenses de treballadors als quals pagar un sou per no fer res, perquè la matèria primera estaria ocupada. O sigui, que sense una capacitat i un poder polític molt més alt de les forces populars i especialment de la classe obrera, és molt difícil -jo diria que impossible- d'accedir a noves formes d'eixamplar el sector de la socialització de la medicina. Parlo molt breu, molt esquemàtic, pregunteu-me si em deixo qualsem al tinter. Aleshores, el dia que això serà possible, en tant que les forces populars tinguin la força política per a poder imposar aquestes transformacions, aleshores és qüestió d'ampliar evidentment, el problema de la farmàcia. Si a curt termini es pot resoldre amb una farmacopea única a tot el País amb productes controlats per un consell a l'efecte. Que no hi hagi "reforzantes de los nervios" que tots sabem que no reforcen i no es malgastin els diners en medicaments que no serveixen per a res. Que amb els preus no passi com passa ara al mercat i no vull mencionar noms, hi ha, entre altres, dos productes que l'un costa 30 pts i l'altre 250, amb la mateixa dosi-

257

ficació. Això vol dir la total connivència i esclavitud d'allò que ha estat el poder franquista i sotmet els seus òrgans sanitaris al servei dels més vils interessos de la indústria farmacèutica. Un primer pas és la farmacopea. La solució a llarg termini -ja ho sabem- és la socialització del sector farmacèutic. Ara, quan podem, oi? Quant als metges, aquest és un tema que s'ha de tractar amb cura per tal de no caure en la demagògia. Podria dir -vostè mateix s'ha donat ja la resposta- "si la societat és socialitzada ja no puc fer res". Açò vol dir que és un problema de qüestió de majoria i a Espanya només són quaranta tres mil metges, per sort o per desgràcia. Aleshores vol dir que la majoria com a metges no acudiran com a classe, però la sanitària és una classe molt més àmplia, que hi ha molts metges i molta altra gent. Aleshores de moment jo crec que tenen força poder polític. Ara bé, també es podrien mencionar coses -sense voler caure en la demagògia- com per exemple un estudi que s'està fent al Col·legi de Metges de Barcelona, Jo en vaig poder presenciar una petita entrevista sobre l'assistència mèdica en el medi rural de Catalunya, que entre altres coses fa unes enquestes obertes. Una d'aquestes era amb un metge, un terratinent, de la província de Girona -no diré quina comarca- un home que fa el seu treball al seu poble, està ben relacionat, l'home ha viatjat força a França, ha fet les seves experiències de resident fa anys a Montpeller i en aquest moment l'home envia els malalts "de pago" -em refereixo, tot açò, dins un context de medicina liberal- a Montpeller perquè per una colècistectomia li cobren a un malalt trenta, quaranta mil pessetes, i a Barcelona li'n cobren cent cinquanta, dues-cents mil. Seria fer demagògia començar a treure'n conseqüències, d'això. Però és una dada a tenir en compte. Aleshores, el planteig quin seria? En primer lloc -i això ja ho he dit abans- no es tracta d'un problema dels metges, com la política dels ferrocarrils no és problema dels ferroviaris, o no és tan sols una política dels metges. És un problema de la població. I per altra banda, jo crec que els metges han de replantejar-se el que és la seva funció. Això potser als recents llicenciats els hi és molt més fàcil. Per als qui ja fa alguns anys que som llicenciats pot no ésser-ho tant. De tota manera, i sense que jo hagi fet cap estudi sociològic, el que sí he observat és que hi ha un cert paral·lelisme -almenys a Catalunya és un fet demostrat- entre els metges de menys de quaranta anys -de trenta-set anys per avall els joves- i els de més de seixanta anys; seria molt interessant de veure com es produeix aquesta diferència, atès que a les zones més dures hi ha els metges de quaranta a seixanta anys. Ara bé, jo crec que els metges s'han de plantejar quina és la seva funció en una societat que és canviant, per més que s'hagi pensat durant 40 anys que açò no podia canviar mai. El problema de la salut

no és un problema alliat sinó que és problema on hi intervenen metges, professors, arquitectes, infermiers, etc, etc, i que resulta que el metge no és allò que ahir es pensava. Acceptar la realitat és un fet molt dolorós sovint, però és la realitat, i per tant, no ens en podem anar endarrera. Jo no conec cap metge que quan se li ha mort un malalt se suïcidí. Ho accepta, ho assumeix més o menys bé, però la mort existeix. Doncs els canvis també existeixen. Aleshores, què pot fer un metge? El metge, el que pot, és fer la seva funció. Ha de fer de metge, a més a més, en una sèrie de condicions que són precisament les que les joves generacions aprecien més clarament: el fet de poder dedicar-se a un treball complaent, satisfactori, comfortable, en el sentit noble de la paraula, sense l'angúnia, l'angúnia de veure si té prou clients, si arriba a final de mes. És un problema de reinvindicar sous, és un altre problema. Té els seus avantatges, el sistema. Açò tot depèn de l'alçada de la "raça" on un estigui, que és més o menys dolorós, però que es pot reconfortar, repeteixo. En els metges de més de seixanta anys jo he estat observant que són molt més favorables a aquestes transformacions en tant que veuen una possibilitat de tornar a una fase, jo diria inclús preartesanal o preindustrial, de la seva joventut, en la qual s'havien plantejat com fer de metges. I aquí posaré un exemple. Jo vaig veure a Cuba, en els centres d'assistència externa -les policlíniques, els centres de salut-, les històries clíniques, i no són com les d'aquí. Aquí no n'hi ha, però vull dir com allò habitual que es fa per aquí. "Fulano de tal" tal, número tal, família tal. aleshores dins de la mateixa història clínica, dins del mateix cartapassí, hi ha tota la gent junta allà, el qual és un planteig -i em refereixo no pas a política sanitària, sinó al camp estret de l'assistència mèdica- molt divers. I al metge d'ahir això li interessa molt més -com evidentment al jove- que no pas quan es tracta del senyor Tal, número tal, que és, fonamentalment un client que, en acabat la visita, paga. La diferència és aquesta; vull dir, jo no pretenc de resoldre el problema.

- Jo crec que hem parlat de l'economia, o de l'economia dins de la sanitat, dins de la medicina. L'economia dins de la sanitat, o siga, la financiació de la medicina, crec que l'havíem tocada abans o almenys n'havíem parlat un poc. Jo crec que pot actuar-se de dues maneres: bé considerant Espanya integral o considerant l'Espanya federal. Si es considera Espanya federal, cada regió té una idiosincràsia i té una forma de poder estalviar un capital determinat per a poder portar l'assistència mèdica. Però si Espanya és integral hi ha un càlcul que pagant els metges una quantitat, sobre allò que cobren, de trenta mil milions de pessetes més, s'estalvia la sanitat i la Seguretat Social, seixanta mil milions de pessetes anuals. Quan vulguem i tinguem temps -no vull cansar

el personal- farem una estadística, l'estudiarem i ho veurem ben clar, que a Espanya s'han estalviat seixanta-sis mil milions de pessetes anuals, sempre que els cotxes cobren trenta mil milions més que el que cobren actualment. Quan veldreu farem un recompte i ho explicarem. Res més.

- Jo crec que realment el contingut d'aquest simposium és interessantíssim i per supost inabordable. Aleshores, jo penso que ens podríem plantejar la possibilitat de deixar-ho estar ja així perquè els companys estan realment fatigats. Acabem de venir d'un de Barcelona i altre de Madrid i si amb les peticions que anem a rebre de les actes, etc, etc, sembla que és interessant, repetir-lo amb aquests mateixos temes o d'altres temes subsidiaris, pareguts, etc, d'unes nosaltres, la "Comisión de Sociomedicina" amb molt de gust, vist l'interès que la cosa ha despertat, pot repetir-lo en una data propera. Així que, si us sembla, clausurem en aquest moment el simposium.*

ELEMENTS PER A UN DEBENT SOBRE LA SANITAT ACTUAL

ELEMENTS PER A UN DEBAT

SOBRE LA SANITAT ACTUAL

Cèsar Sainz Bas

de la Comissió de Socio-Medicina
de la Reial Societat d'Amics del País

Quan s'intenta aclarir qualsevol problema de la Sanitat al País Valencià passa com en altres llocs de la pell de brau. Ens trobem amb un autèntic mosaic de realitats difícilment esbrinables per una mentalitat normal.

Som molts els qui pensen que les coses van mal i que caldria que anassen d'una altra manera. Però com que cadascú veu una part dels problemes sanitaris, resulta molt difícil arribar a una unificació de criteris de cara al futur.

Els problemes comencen des del mateix punt i hora, en què u es proposa una arrecplegada de dades. No n'hi ha, de dades. O el que és equivalent, no es poden conèixer per problemes de suspicàcies personals. O el que és quasi igual les dades estan tan disperses, que constitueixen un veritable laberint.

Naturalment sense dades no es pot conèixer la realitat. Però tothom sap que la Sanitat no rutlla.

La premsa diària, tan mediatitzada fins que, en dies endarrera, ha alçat les actes d'uns fets que no s'hon pogut amagar: l'epidèmia colèrica (encoberta amb els eufemismes de diarrees estivals per les autoritats sanitàries de l'època), "Lluen pura merda" (referida a la comarca del Camp del Túria), "Àtoms i energia nuclear sense control" (a la Vall de Cofrents), "l'Albufera contaminada" o "es rega amb aigua-caca" (l'Horta), "el problema de l'aigua a la IV Planta Siderúrgica" (Camp de Morvedre), "Benidorm sense aigua" (Marina Baixa), "el Segura s'assembla a un fèsser" (Baix Segura), "Tortiberia contaminada el Grau de Castelló (Plana Alta), el "saturnisme i les rajoles", etc.

Citem de memòria aquesta sèrie d'esdeveniments. Però estem ben segurs que en els afers sanitaris passa com amb els ratolins: que n'hi ha almenys una vintena amagats per cadascun que se'n veu.

El problema, doncs, consisteix de cara al futur en fer una aproximació a la veritat. Aquesta és la tasca fonamental que ha pres com a objectiu la Comissió de Socio-Medicina de la Reial Societat Econòmica d'Amics del País, que és l'organisme que ha coordinat els treballs del Congrés de Cultura Catalana al País Valencià.

Aquest grup dau poc més d'un any de funcionament, i com és natural es troba encara en la fase de constitució i de projectes. Pensem que açò és un defecte comú a la majoria de grups que s'han proposat una tasca semblant.

En qualsevol cas, cal fer l'estudi de la Sanitat a nivell de País Valencià. Ara per ara no basta amb veure la realitat d'una manera distant i boirosa, per a tot seguit fer declaracions ampulloses sobre la necessitat teòrica d'una alternativa sanitària.

Estem convençuts que aquestes declaracions teoritzants són benintencionades, però amb això no hi ha prou. Creem que ha passat el temps de les crítiques difuses, les quals poden ser tan benintencionades com es vulga, però que no aclareixen la situació actual.

2. CONGRÉS DE CULTURA CATALANA / PAÍS VALENCIÀ

Es parla molt als medis oficials de la reforma sanitària. I es venen massa a l'oposició sobre l'alternativa sanitària.

Al punt que han arribat les coses a la vista de la ineficàcia de la medicina, del fracàs sanitari a nivell estatal, de la disbarxa de despeses farmacèutiques, de la dispenació administrativa i de la dilució de les responsabilitats no creem que sigui molt factible una "reforma" sanitària.

No creem, ni de bon tros, que la política demagògica de les grans institucions hospitalàries represente cap solució al repte sanitari de la societat industrial. L'hospital està a la cua, és l'última anella en les cadenes epidemiològiques productores de malalties. La política hospitalària tendeix a tancar-se sobre ella mateixa, és impotent davant els problemes causals i no pot fer de cap de les maneres les tasques preventives que per altra part no li pertocuen estrictament.

En d'altres paraules, hi ha problemes als hospitals, és clar, però les veritables qüestions a resoldre són al camp, a la indústria, a les muntanyes, a les mines, a les escoles, etc.

Per altra banda estem també convençuts que les solucions no vindran, com mai no han vingut, del centre. Duem ja massa anys, segles, esperant que caigui una espècie de manà, que mai no acaba d'arribar.

No sabem com es veuen les coses des d'un despatx oficial madrileny, però pel que està a la vista de tothom una de dues: o no s'aclareixen o no tenen gens ni mica de ganes d'estudiar-ho. Malgrat la burocratització provincial i la quantitat de gent dedicada a la causa les solucions no arriben.

El desgavell no comença ni acaba tampoc en el món sanitari. Per casualitat hem tingut a les mans l'informe sobre "Ordenació del territori" del Congrés de Cultura Catalana al País Valencià i la seua lectura és per a posar drets els cabells: urbanitzacions, món turístic, contaminació,

destrucció sistemàtica de la naturalesa, desertització de comarques senceres, componen un quadre de desori difícilment superable.

De tota manera la Comissió de Socio-Medicina no ha volgut començar a bastir la casa per la teulada i prefereix de moment fer un estudi sobre la realitat sanitària del País Valencià.

Com que la problemàtica és molt ampla s'han constituït una sèrie de grups, que malden per aconseguir una aproximació polivalent al món de la Sanitat. Potser el programa que ens hem fet és massa ampli, ja que abasta desde l'ensenyament de la medicina i la medicina popular, al món més sofisticat dels hospitals.

Grups constituïts dins la Comissió de Socio-Medicina en la Real Societat d'Amics del País.

- A) Ensenyament de la Medicina
- B) Sanitat i Educació Sanitària Escolar
- C) Medicina Rural
- D) Congrés de Cultura Catalana
- E) Estudi de la Comarca de "Camp de Túria"
- F) Sanitat a les Comarques del País Valencià
- G) Medicina Ambulatoria en la Seguretat Social
- H) Estudi dels Hospitals. Funcionament intern
- I) Dotació hospitalària del País Valencià
- J) Folkmedicina

Cada grup té elaborat o en vies d'elaboració una sèrie d'enquestes que facen llum sobre la major part dels problemes plantejats.

Naturalment, a banda de les enquestes, hi ha la voluntat decidida d'interessar en la nostra tasca a tots aquells que estiguen interessats per la problemàtica

4. CONGRÉS DE CULTURA CATALANA / PAÍS VALENCIÀ

ca ja esmentada, com ho podem ser els mestres, els sociòlegs, les infermeres, els estudiants, etc.

La sanitat és al cap i a la fi un afer en el qual tothom està implicat. La solució només pot arribar en el moment en què tots tinguem una visió clara de la situació actual.

--S'han realitzat ja unes quantes conferències amb aquesta finalitat i s'han programat unes altres directament relacionades amb el Congrés de Cultura Catalana: una a les comarques del nord, una altra a les del sud i la tercera a les comarques centrals del País Valencià.

--Per correu s'han enviat per dues vegades enquestes de Medicina Rural als metges de la província de València a la qual han donat resposta fins ara 180. S'espera completar els resultats en els propers mesos.

--Les enquestes sobre ensenyament de la Medicina, comarca del "Camp de Túria", Medicina Rural i comarques del País Valencià estan ja estructurades.

--Les referents a Institucions hospitalàries estan en fase d'elaboració.

--S'ha dut a terme un curs d'Ensenyament Sanitari per a xiquets.

--Estan en fase inicial els contactes amb un grup de psicòlegs.

--Es fan reunions periòdiques (cada 15 dies com a mínim) de Socio-Medicina en la qual estan representats tots els hospitals de la ciutat de València (Provincial, Clínic, Sarjurjo, Psiquiàtric i la Fe) i també representants d'ambulatoris, metges lliures, metges rurals i estudiants de Medicina.

Malgrat no tenir a la disposició només que dades parcials hi ha una sèrie de conclusions que semblen necessàries.

Conclusions provisionals

A) La irracionalitat del sistema actual. .

No es poden gastar centenars de milions en la propaganda de begudes alcohòliques, mentre retenen les pessetes per als dispensaris de lluita antialcohòlica.

No s'han de promocionar les marques de tabac, tot sabent els perills del seu consum.

No es pot lluitar contra la contaminació de l'aire, si ensems s'incita al poble a comprar cotxes i calefactores i es toleren les indústries contaminants.

No es poden demanar miracles als Hospitals mentre no funcionen els serveis d'assistència elementals.

No rutilaran els hospitals regionals mentre no hi haja una xarxa d'hospitals comarcals.

La medicina assistencial no complirà el seu paper sense uns bons serveis de prevenció.

B) La necessitat absoluta de fer noves definicions sobre el concepte de salut, malaltia i sanitat.

A poc a poc s'ha obert camí el concepte científic de constel.lacions causals en qualsevol tipus de malaltia. Del reumatisme a la tuberculosi, i de l'arteriosclerosi a l'esquizofrènia, és avui cada vegada més clar que les malalties són el resultat de causes múltiples.

Paral.lelament la Sociologia ha contribuït a esbrinar les causes socials que influeixen en les formes d'emmalaltir.

És a dir, cada vegada és més difícil de fer definicions de salut, malaltia i sanitat fent abstracció del context social. O dit en d'altres paraules, probablement és impossible aconseguir la salut en una societat malalta físicament i psíquicament.

C) Cal arribar a conèixer tot el conjunt de causes que actuen en les causes ambientalmentes per tal d'oferir una alternativa adequada a la Sanitat actual. Oblidar les causes, deixar de costat la medicina preventiva, és una actitud suicida i totalment anticientífica.

D) Totes les consideracions anteriors ens duen d'una manera implacable a la conclusió final. Tots estem involucrats en el problema de la Sanitat: La salut és una qüestió que, tant si volem com si no, interessa a tothom.

Considerar la Sanitat com un problema teòricament aïllat de l'Urbanisme, dels Plans d'Industrialització, o de l'Ecologia, és un pur exercici, propi d'equilibristes mentals.

Creure que una bona política hospitalària és la panacea universal constitueix una ximpleria. L'hospital no fa més que arropar al capdavall les escombres d'una societat absurda. Amb prou feines podrà aconseguir el guariment dels malalts aguts, dels infecciosos i de la patologia malformativa o degenerativa.

El malalt crònic tornarà al mateix entorn que el cronifica. El boig seguirà foll en una societat irracional. El coronari seguirà "tressat". L'alcohòlic seguirà incitat a beure pels anuncis.

El conductor d'automòbil anirà a 180 per hora perquè té "un 10 cavalls rabiut". I si segueixen malalts o s'estaquen contra un arbre per a això està l'hospital, per a compondre-los i retornar-los al mateix món que els enganyà.

En resum, cal dur la medicina, la Sanitat al poble, que és al capdavall el destinatari dels nostres esforços i qui en darrer terme pot emetre un juí sobre els resultats. Cal posar la informació en coneixement del poble.

és més fàcil que una lectura un poc precipitada faça pensar en la fàcil demagògia de les paraules i del paper escrit. En realitat no és així. Nosaltres no volem arribar a conclusions pre-establertes. Prefiriríem viure en un món menys brut. Però les nostres bones intencions no poden evitar l'existència de tot un reguitzell de fets que tenim al davant: les rates passen tranquil·lament pels carrers en la nit valenciana; l'escorbut i el raquitisme són malalties corrents al País Valencià, malgrat el sol i l'abundància de taronges; ni els metges, ni els malalts estan contents de la medicina; la desembocadura del Riuja ha una pudor insuportable. I és clar, no pensem ni de lluny que la contaminació siga un accident comparable a les inundacions o a les pedregades.

Tot açò té unes causes concretes que cal que esbrinem entre tots, per tal de posar-hi remei, si és que podem.

Però hi ha més. Acaben de dir que no hem volgut fer demagògia i bona prova d'això serien les paraules pronunciades pel Dr. Mahler, director de l'OMS, al llarg del seu discurs d'Atenes en la XXVII^a Reunió del Comitè Regional per a Europa.

"L'expectativa de vida després d'apujar fins a un màxim, torna a disminuir ara".

"El problema de les malalties endemàniques ha cedit el seu lloc al de les malalties cròniques no transmissibles, físiques i mentals".

"La contaminació biològica del medi ambient ha donat pas a la contaminació física i química".

"Les drogues, incloent-hi el tabac i l'alcohol i els accidents de tràfic, maten avui més gent que totes les epidèmies juntes en els segles pretèrits".

"Per a millorar la salut no s'ha de tenir tan sols en compte els factors mèdics, sinó també els de caire polític i social, que influeixen en problemes

com els esmentats poc abans".

"El millorament de la salut... no és sinònim del desenvolupament de serveis cada vegada més complexos en les institucions sanitàries. La vàlvia d'aquests centres tan costosos pot posar-se molt en dubte, si es mesura per llurs efectes en el millorament de l'estat de salut de les poblacions".

"En l'evolució dels països, si- - guen els qui siguem els seus sistemes polítics i socials, arri- - ba un moment en el qual llurs problemes de salut s'assablen - d'una manera palesa, malgrat els diferents mitjans posats en - marxa per a abordar-los".

"Es dóna massa importància a l'ag- - sistència institucionalitzada per a casos aguts i espectaculars, i tot al contrari, poca atenció a l'assistència primària - de grans sectors de la població, i a l'assistència comunitària permanent dels malalts crònics i impeditos amb deficiències físiques i mentals".

"És molt oportuna per a Europa, - la prestació d'un grau acceptable d'assistència sanitària a - TOTS els membres de la societat, abans de pretendre que tothom - dispose d'assistència mèdica molt especialitzada".

"S'adonem de la tendència a uti- - litzar grups de salut, compostos de metges, infermeres i assis- - tents socials que presten llurs serveis sanitaris en el si de - la col·lectivitat. No hi ha dubte que calen investigacions so- - bre els components més apropiats de l'assistència primària de - salut en les societats mèdicament opulentes, incloent-hi els - mitjans de donar aquesta assistència al cost més raonable".

"Tota millora important del benes- - tar físic, mental i social dependrà en gran mesura de la volun- - tat individual i col·lectiva de mirar per si necessitem una a- - valuació a fons del relatiu fràctil dels criteris actuals sobre - educació sanitària".

"S'han descuidat molt els aspec--

tes preventius de l'assistència sanitària, en particular la vigilància del medi ambient i el canvi en les maneres de viure".

"Serveis tals com els d'assistència coronària intensiva, transplants cardíacs, cirurgia a cor obert i derivacions coronàries han superat en la seua proliferació a la demanda, perquè han esdevingut signes de prestigi institucional... No tan sols han aconseguït de fer concebre falses esperances, sinó que han desviat l'atenció dels actuals coneixements per a prevenir i combatre les malalties cardiovasculars en la comunitat. Han absorbit diners i personal que podrien haver estat dedicats a programes de lluita col·lectiva. Em refereixo a activitats com la d'induir a la gent a modificar els seus costums en el menjar i beure, que faga més exercici i que conega els factors de "stress" per a tractar d'estalviar-se'ls".

Totes les frases anteriors entre cometes són del director de l'OMS i no nostres. La cita ha estat llarga però saborosa. No cal dir que quan les llegírem per primera vegada ens vam sentir animats. Les nostres dades parcials, els nostres pensaments no eren pures elucubracions mentals.

Més encara, hi havia tot un seguit de coincidències que no podien ser casuals:

--La manca d'atenció al malalt mental.

--El fracàs o la inexistència d'una educació sanitària.

--La desconfiança envers les grans institucions hospitalàries.

--La importància dels serveis d'assistència sanitària bàsica.

--La persistència de problemes mèdics elementals com les avitaminosis en el món considerat desenvolupat.

--La coincidència de punts de vista sobre la contaminació en els països industrialitzats.

--l'acutem crítica davant els resultats de la gestió sanitària.

--la consideració de la salut com un problema social en el qual tots estem implicats.

Són aquestes consideracions les que ens mouen a convocar una sèrie d'opinions, la raó dels quals seria doble: una exposició de la problemàtica actual i un intent per a arribar a solucions viables.

Pensem que els metges, no som un estament aïllat del món en què vivim. Pensem que la nostra tasca no consisteix en guarir malalties i només en això. Creem que de cara al futur cal saber alguna cosa més que quatre receptes fàcils. Considerem que els plans sanitaris per al futur no es poden fer al marge de tots nosaltres.

En d'altres paraules, aquest aplec pretén anar més enllà del que suposa una reunió d'amics. Vol ser un debat públic i obert sobre el món sanitari i les seues possibles solucions.

ALGUNS ASPECTES DE LA MEDICINA POPULAR
AL PAÍS VALENCIA

ALGUNOS ASPECTOS DE LA MEDICINA
POPULAR AL PAÍS VALENCIA

Emili Balaguer Perigüell

Es ve insistint recentment en la importància dels estudis antropològics aplicats a la medicina. A banda de la situació de crisi plantejada en molts aspectes de la medicina contemporània i que és una de les principals motivacions d'aquestes inquietuds, no hem d'oblidar la transcendència de certes aportacions de l'Antropologia cultural pel que fa a conceptes tan fonamentals en la relació metge-malalt. En el primer cas s'ha pogut demostrar la relativitat del concepte de malaltia segons la cultura del grup social de què es tracte. En el segon, el problema sembla menys concret, per bé que a ningú no se li escapa la seua decisiva importància.

Quan hom parla d'educació o planificació, tots pensem immediatament en la correcció d'un programa que crearia en els individus i grups les normes de comportament més escaients segons la ciència mèdica actual; o en els recursos materials, tècnics i humans, indispensables per a un funcionament adequat de la sanitat. Tanmateix, ningú no pretén de tenir en compte una cosa tan elemental, tant en un cas com en un altre, com són les creences i les pràctiques del poble sobre la malaltia.

tia. El fet que un Congrés com el de Cultura Catalana, que pretén estudiar tota la realitat dels Països Catalans, sorgesquen aquestes consideracions sobre medicina popular amb altres estudis de l'àmbit sanitari i no en el component a l'etnografia o folklore es deu precisament a un plantejament bàsic, és a dir que la medicina ha d'integrar-se al conjunt d'elements que fan la realitat sanitària del nostre País.

Per desgràcia, els esforços més notables en l'anàlisi de la medicina popular al País Valencià, com el magnífic llibre de Francesc G. Seijo Alonso (1973), són més motivats per la curiositat intel·lectual que per un interès mèdico-sanitari. Així ens trobem amb una quantitat immensa de dades alhora que una escassa o nul·la estructuració. La meua experiència al llarg de sis anys en la direcció dels Seminaris de folkmedicina a la Càtedra d'Història de la Medicina de la Universitat de València, em permet una aproximació provisional a les característiques transculturals del concepte de malaltia en la folkmedicina del País Valencià.

Gene N. Levine (1962) en estudiar el comportament dels malalts davant el càncer, arribà a la conclusió que el perill que s'albira en una malaltia és un important factor en la seua resposta a ella i que la sensació depenia del nivell de coneixements. En el mateix sentit Lewis i Lopreato (1962) demostraren que quan els entrevistats (mares de xiquets malalts) posseïen poca coneixements sobre la malaltia de llurs fills, mostraven tendència a un comportament mèdic inercial, mitjançant actes que, des d'un punt de vista científic, eren inapropiats per a assolir els fins desitjats. Davant aquestes situacions es planteja com una necessitat inequívoca l'educació sanitària, però sense pensar que, com han demostrat Saunders (1954) i Zoborowski (1958), que les normes de resposta a la malaltia han estat apreses amb altres activitats i valors culturals, durant el procés de socialització. La folkmedicina forma part d'aqueixa cultura, d'aquí la necessitat d'estudiar-la per a comprendre les actituds del malalt. Per altra banda, els professionals de la sanitat actuem sobre la base d'un model cultural mèdic que no té cap relació amb les creences i les pràcti-

ques populars. Aquestes, parteixen d'un primer estrat primitiu, comú a totes les cultures i que és homologable a les formes prehistòriques de medicina empírico-experiencial. Amb això, s'hi troben altres elements secundaris procedents de les cultures amb què el poble ha conviscut. La incomunicació que s'estableix en moltes ocasions entre metge i malalt ve d'alguna manera determinada per les seues diferències culturals.

Els diferents elements que componen tant l'estrat primitiu com el secundari, s'hi troben íntimament integrats. Però com hem indicat ja anteriorment, com més primitiva és la creença i la pràctica més es defineix com a factor transcultural. Així per exemple, tant a Mascarell (Castelló), com al Baix Maestrat, la Foia de Bunyol o l'Illa de Tabarca (Alacant), un sector de la població continua considerant la malaltia tot allò que li impedeix de fer el seu treball. En una mostra de 53 persones entrevistades a Martorell, el 98 % respongueren en primer lloc en aquest sentit; el 99 % a l'Illa de Tabarca i en un tant per cent força elevat a d'altres localitats. Definir la malaltia per aquesta circumstància és homologable al concepte que, sobre ella, tenen els anomenats pobles primitius. Però ultra això, també són comunes les explicacions causals. El 26 % de la mostra a Mascarell atribuïen la malaltia al pecat o forces ocultes, alhora que s'establien relacions causa-efecte arbitràries en el cas de l'enfit o els refredaments. A Sant Vicent (Alacant), Racó d'Ademús, Moncada (València), Baix Maestrat, etc. un percentatge similar dels enquestats hi admittien factors sobrenaturals en la malaltia o poders màgics en el cas del "mal d'uli". Tanmateix no és comú ja a totes les comarques estudiades altres elements de l'estrat secundari com l'explicació humoral de la malaltia. Al Racó d'Ademús, és la base teòrica més important per a explicar gairebé tots els mals, de la mateixa manera que a la Foia de Bunyol. Més encara, en aquesta darrera localitat, els mateixos entrevistats que es declaren "ateus per tradició familiar", tenen una idea de la malaltia certament comparable al concepte comú al període clàssic: els esdeveniments succeeixen per "destí", en un context, però, on "destí" és idèntic a fatum i no a "providència divina".

A les altres zones analitzades la doctrina humoral queda reduïda generalment a les malalties de la sang, mentre que s'interpreten les alteracions de l'aparell digestiu prenent com a base principals de la doctrina humoral i de la teoria iatromecànica: constantment s'atribueix a l'estómac la funció de "coure els aliments" i "triturar els aliments". De la mateixa manera podem dir pel que fa al mode concret en què cada comarca s'hi integren aquestes doctrines.

Molt més espectaculars són les creences populars pel que fa a la fecundació i la seua patologia. La interpretació constantment més utilitzada en el folklore mèdic és l'aristotèlica. Al Racó d'Ademús, per exemple, l'hem trobada enunciatada gairebé en la seua forma més pura. A Montcada, però, conviuen la doctrina epigenètica amb l'annuncuista i certes interpretacions més actuals, sense tenir cap relació amb diferències de classe, però sí de coneixements. Els qui no tenien estudis o elementals sols, partien d'un concepte epigenetista purament aristotèlic: "l'home és més important, ell posa la força (microbi) i jo la sang". Però amb això estableixen diferències segons l'embrió siga d'un sexe o d'altre: "si és xiquet, està tot format amb unglotes i tot. Si és xiqueta és un pilotet de carn, sense ulls ni res..."; o d'altra manera, "el xiquet està molt xicotet en allò de l'home, i segons el nodreix la mare va creixent". Aculturats amb aquestes creences s'hi troben elements procedents de la medicina contemporània, sobretot en les persones de major nivell de coneixements. Així es diu de l'espermatozou que "són bestioles, com aquestes de les sèquies... de molts n'entra un a l'ou". Atra explicació en el mateix sentit: "al moment que el virus entra en contacte amb el de la dona, es fa la criatura".

En general, la influència de plantejaments astrològics és molt menys freqüent i llevat del cas de Lluçena (Castelló), on continua utilitzant-se el "Nou Lluinari Perpetu" (s. XVI) de Gerònia Cortés, per a preveure esdeveniments importants, no se'n troben en la folkmedicina del País Valencià referències importants a l'astrologia.

Les dades aportades, tot i que parcials i notòriament insuficients, plantegen en principi una sèrie de problemes.

Mentres el professional de la medicina interpreta sempre els signes i els símptomes en relació a la base dels seus coneixements entorn al mode d'acció de l'organisme humà; el malalt, els interpreta des dels seus supòsits populars. A sovint la comunicació entre metge i pacient parteix d'aquest fet i la consideració positiva del curandero per part del poble, es deu, en part, que el malalt es troba més comprés per ell que pel metge. Tot això, planteja, doncs, la necessitat d'un estudi adequat de la medicina popular com un aspecte més de la realitat sanitària del País. Tasca que pretenem dur a terme un dels grups de treball del País Valencià en el context del Congrés de Cultura Catalana.

AVANTPROJECTE DE LLEI DE BASES DE SANITAT

01. Introducció
02. Objectius del sistema integrat de salut
03. Condicions prèvies per a l'establiment del Servei Integrat de Salut
04. L'estructura espacial
05. Estructura funcional de la Conselleria de Sanitat
 - 05.1 Departament d'Higiene Ambiental
 - 05.2 Departament d'Atenció Mèdica
 - 05.3 Departament d'Epidemiologia
 - 05.4 Intituts de Salut Pública
 - 05.5 Departament d'Educació Sanitària
 - 05.6 Departament de Planificació Sanitària
 - 05.7 Departament de Control Farmacològic
 - 05.8 Personal Sanitari
 - 05.9 Organs Consultius de la Conselleria de Sanitat.

P R Ò L E G

Les característiques principals del present avantprojecte de Llei de Bases de Sanitat són:

1.- Els models sanitaris actuals actuen conceptualment sobre el resultat final de les interaccions socials, és dir sobre la malaltia, creant tota una sèrie d'institucions i relacions entre elles que cristal·litzen en el tecnocràtic concepte de la regió hospitalària, en la qual l'hospital s'assigna el paper de líder de l'acció sanitària. Al mateix temps, la medicina preventiva apareix sectoritzada segons les característiques biològiques de l'home, és a dir, pels riscos derivats de l'edat (higiene materno-infantil, escolar, de l'adult --incloent-hi la medicina del treball--, gerocultura) i separada de les institucions curatives.

La malaltia és un procés caracteritzat per la resposta biològica de l'home a una agressió ambiental de tipus biològic, físic, químic o psicosocial. El procés de producció de la malaltia, conegut com cadena epidemiològica és el resultat de la formació social, és a dir de la realitat social històricament determinada, en la qual l'estructura econòmica del sistema de producció és la responsable tant de la qualitat de la vida com la del medi ambient, natural i residencial, el qual és alterat per la tecnologia utilitzada en el procés en el procés de treball. Aquesta tecnologia que depèn del desenvolupament del sistema productiu modifica els agents agressors que estan a l'ecosistema natural i humà, així com crea nous agents agressors, però també modifica les cadenes epidemiològiques, per la qual cosa la seua acció en la incidència i en la prevalència de la malaltia és determinant. L'estructura jurídico-política i la ideològica, són responsables de les pautes culturals de les institucions i de la divisió social, les quals intervenen en la cadena epidemiològica

274

En no ésser l'aplicació de la tecnologia en el procés de treball uniforme per al conjunt del sistema productiu, així com tampoc la disposició dels recursos econòmics i les pautes culturals, es produeix una diferent exposició de les classes socials als factors de risc (dependència de les condicions naturals, malnutrició, agressió per productes residuals de la indústria, la agricultura i el medi residencial.

És a dir, la malaltia apareix condicionada històricament per la formació social, essent el malalt portador d'un missatge de qualitat del medi ambient i el patró epidemiològic de la col·lectivitat indicador de la formació social.

El model que nosaltres proposem és un sistema sanitari de concepció ecològica a partir del model de producció de malalties, en el qual l'administració sanitària siga un sistema corrector de la infraestructura de manera que pugui controlar la producció dels agents agressors i de les cadenes epidemiològiques, prestar atenció al malalt, així com integrar-lo en la societat, amb el fi que tinga una vida satisfactòria.

2.- L'exigència d'un Sistema Sanitari Integrat és derivada de la personalitat nacional del País Valencià dintre de les nacionalitats de l'Estat Espanyol (1). És sols per aquesta raó per la que es justifica una administració sanitària pròpia, no dependent de la de l'Estat Espanyol, sinó coordinada a ell.

3.- Per altra banda, les característiques del patró epidemiològic genera la demanda de serveis sanitaris, per la qual cosa és necessària l'existència d'una autarquia regional per a les diferents vegueries del País Valencià. En efecte, segons un Comitè d'Experts de l'OMS (Organització Mundial de la Salut. Inf. Tecn. - 1972, nº 499, pag. 9-10):

"És conegut que l'evolució de la situació sanitària d'un país provoca canvis radicals en l'estructura administrativa dels seus serveis sanitaris. En contrades poc desenvolupades i amb serveis escassos, en els quals les necessitats sanitàries primordials

(1) personalitat nacional que comparteix amb els altres quatre EPCC.

són la vigilància fonamental del medi i la lluita contra les epidèmies, un sistema central és el que més probablement conseguirà mesures ràpides i el millor aprofitament dels recursos disponibles. Amb freqüència no existeixen estructures intermèdies, i els serveis locals poden ésser tan rudimentaris que han de reforçar-se per equips mòbils. A mesura que es desenvolupa el sector, pot adquirir una administració més ampla i eficient per a formar, primer administracions locals i, després, intermèdies. És més, a mesura que canvien llurs necessitats sanitàries augmenta la possibilitat de contar amb serveis sanitaris personals. Una volta dominades les principals malalties contagioses, és possible suavitzar l'autoritat central i projectar un moviment descentralitzador. Aquesta descripció, potser simplificada en excés, ens mostra la complexitat de les relacions entre el desenvolupament socioeconòmic d'un país, la peculiaritat dels seus problemes sanitaris, i la pròpia facultat de descentralitzar els serveis de salut per la creació o enfortiment de les administracions intermèdies.

"Quan les malalties cròniques tenen una importància creixent es requereix una vigilància més sutil del medi, tipus diferents d'educació sanitària, i serveis més complexos. L'examen col·lectiu per identificar malalties. I la cirurgia avançada, exigeixen una administració intermèdia essent el volum òptim determinat per la prevalència patològica, els mitjans disponibles (hospitals especials, etc.) i la distribució dels especialistes entre els metges.

"La morbiditat general influeix també en la forma i complexitat dels serveis locals. Així, la continuïtat de l'assistència (característica dels sistemes en què els malalts son atesos llarg temps pel mateix metge) pot tenir més importància en aquells països en els que el principal problema sanitari siga les malalties cròniques, que en aquells on l'amença principal siguen malalties infeccioses a curt termini".

Hem volgut reproduir tota la cita, encara que llarga, per què pensem que examina tota la complexitat d'un problema tècnic

fortament delicat. D'acord amb açò és evident que la situació sanitària al País Valencià exigeix un grau important d'autarquia regional per a les vegueries ja que el seu patró epidemiològic és de transició entre un model rural i agrari a un model industrial i urbà amb predomini d'aquest darrer així com la seua dotació de recursos sanitaris personals i materials, l'estructura econòmica, les institucions, la xarxa de comunicacions, etc. permeten una gestió sanitària fortament descentralitzada i inclús autàrquica.

4.- L'Avantprojecte d'Estatut del País Valencià (Estatut d'Elx) reuneix els elements legals per a permetre i garantir la gestió autònoma de la Conselleria de Sanitat, pel que fa al marc de referència de l'Estat Espanyol.

En efecte, d'acord amb l'article 15 del títol 3^{er} que assenyala les competències de la Generalitat, la gestió sanitària autònoma és absolutament possible perquè una sèrie d'elements necessaris són contemplats com funcions de la Generalitat. Així tenim que el registre civil (punt 3 de l'art. 15) permet conèixer els fets vitals i per tant l'estadística dels fenòmens vitals. La planificació econòmica (punt 4 art. 15) possibilita la planificació sanitària. La legislació laboral i la seguretat social (punt 6 art. 15) facilita l'acció sobre les malalties i accidents de treball, així com l'acció social derivada de la malaltia; l'estructura administrativa i funcionarial la contempla el punt 9 de l'article 15 en parlar del Dret Administratiu del País Valencià. El sanejament, com infraestructura és contemplat al punt 10 de l'esmentat article; així com la lluita contra la contaminació ho és al punt 14; i l'ordenació territorial, l'urbanisme i l'habitatge al punt 15.

5.- Considerem que la Seguretat Social no és un element sanitari, sinó un sistema mutual de prestacions laborals. Per tant no ha de donar assistència mèdica. Per això no s'ha tractat en el present avantprojecte de llei de bases sanitàries.

6.- Considerar l'atenció mèdica com un acte únic integrat per

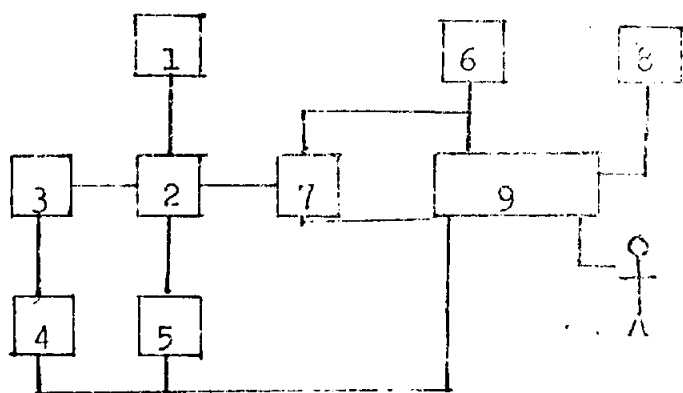
l'acció preventiva, curativa i rehabilitadora s'ha anat més enllà d'una simple formulació teòrica, ja que cerquem estructurar una única organització assistencial que integre tota l'activitat sanitària. És a dir, existeix una acció horitzontal basada en la prestació d'una assistència mèdica sol·licitada per la població i que podem identificar com la pràctica mèdica quotidiana tant general com especialitzada, i realitzada al domicili del malalt o als centres sanitaris (dispensari i hospital). Sobre aquesta tasca horitzontal incideix una vertical, que realitza programes sanitaris especials, planificats als nivells comarcals o del País Valencià. És evident que en suposar açò un augment del treball, els serveis assistencials han d'ésser adequadament dotats en personal i material.

6.- En tot moment el Sistema Sanitari ha de respondre a les necessitats reals de la població, tant objectives com subjectives. Per això els Consells Sanitaris participaran activament en la gestió sanitària. És necessari a tal fi, introduir com element d'avaluació, de la resposta del sistema a les necessitats de la població, el concepte de LLINDA DE PERCEPCIÓ DE LA MOLESTIA, és a dir un element d'informació molt sensible, incorporat al sistema de Vigilància Epidemiològica, que valore les molèsties objectives i subjectives de la població, que a més d'augmentar la demanda de serveis poden suposar el primer senyal d'una disminució de la salut de la col·lectivitat, així com de la qualitat de la vida. Del nivell de fixació de la llinda de percepció de la molèstia depén l'eficàcia del sistema sanitari, ja que introdueix un veritable control democràtic.

València, maig 1977

Joan Navarro

MODEL DE PRODUCCIÓ DE MALALTIES



1. Estructura econonòmica
2. Tecnologia aplicada al sistema productiu
3. Medi ambient
4. Agents agressors naturals
5. Agents agressors artificials
6. Estructura jurídic-política
7. Modus de vida
8. Estructura ideològica
9. Cadenes epidemiològiques
10. Home malalt

=====

A V A N T P R O J E C T E D E L A L L E I

D E B A S E S D E S A N I T A T

=====

1. INTRODUCCIÓ

La publicació de l'Avantprojecte d'Estatut del País Valencià i la seua difusió posterior ha fet necessari l'estructuració de totes aquelles Institucions que componen els aspectes funcionals de la Generalitat, i entre elles és evident que l'existència d'un SERVEI INTEGRAT DE SALUT és imprescindible.

Dos fets indiquen la seua necessitat:

- 1) el primer és derivat de l'esmentat Avantprojecte el qual en l'apartat 15, article 15, del Títol 3, assenyala que és competència de la Generalitat - l'organització de la Sanitat.
- 2) el segon fet apareix configurat pel mecanisme de producció de la malaltia, en la consideració que aquesta és la resposta biològica de l'individu a l'agressió externa resultant de la interacció - ambiental, la qual està determinada històricament.

És a dir, l'estructura sanitària deu permetre - l'aplicació de les ciències mèdiques, ambientals i socials, de manera que permeta, en la mesura - possible, controlar la producció de la malaltia i els seus efectes, tant individuals com col·lectius.

Per a la qual cosa, ha d'ésser una organització

850
7

oberta, de manera que possibilita la seua adaptació a les noves necessitats creades per la infraestructura.

En aquest sentit el desenvolupament dels apartats 1,2,3,4,5,6,10,14 i 15, de l'article 15 de l'Avantprojecte d'Estatut permet la gestió autònoma de les Institucions Sanitàries al País Valencià.

2.- OBJECTIUS DEL SISTEMA INTEGRAT DE SALUT

Els objectius finals a desenvolupar per aquest servei són:

- I) garantir el millor estat sanitari possible de col·lectivitat, per mig d'una política sanitària que possibilita la màxima eficàcia de les tècniques sanitàries dins d'una estructura econòmica concreta.
- II) garantir, a tots els individus, una assistència mèdica integrada --preventiva, curativa i i rehabilitadora-- gratuïta, finançada per la Generalitat. Aquesta assistència ha de ser continuada fins al restabliment físic, psíquic i social del malalt.
- III) Conseguir la participació activa de la població en la planificació, i decisió dels serveis sanitaris, condició imprescindible per a una gestió democràtica d'aquest.

3.- CONDICIONS PRÈVIES PER A L'ESTABLIMENT DEL SERVEI INTEGRAT DE SALUT.

Per a l'establiment d'aquest Servei és absolutament necessari que s'acomplisquen les següents condicions:

1. La Generalitat, per mig de la Conselleria de Sanitat, es responsabilitza de l'estat sanitari de

la col·lectivitat valenciana.

2. Per a tal fi, ha de procedir a dotar, d'acord amb el sistema tributari, les consignacions del Servei Sanitari, assenyalant les aportacions de les entitats locals, comarcals, regionals i de la Generalitat.
3. Ha de dotar al Servei sanitari de tot l'aparell legislatiu necessari per al perfecte exercici de la seua funció, assenyalant les obligacions, competències, poder i limitacions de l'Administració Sanitària.
4. La Generalitat ha de procedir a una planificació territorial de manera que queden delimitades les diverses Entitats Territorials i llur competències, les quals han d'ésser les mateixes per a tota l'Administració.
5. La coexistència de formes d'exercici privat, en un marc de Serveis Sanitaris prestats per la Generalitat exigeix:

I) una legislació especial per a controlar les condicions de la seua realització, de manera que es puga garantir a la població la qualitat òptima del servei.

II) l'exclusió de l'Administració Sanitària d'aquells professionals que estimen exercir privatament.

4.- L'ESTRUCTURA ESPACIAL

És absolutament necessari que la distribució espacial de la Conselleria de Sanitat siga la mateixa que la de la resta de l'Administració, però creiem que per les característiques especials de l'acció sanitària aquesta ha de presen-

222
5

tar els següents nivells i funcions:

- I) nivell bàsic: correspon al nivell executiu del sistema assistencial. Presta atenció mèdica integrada bàsica a una població de 2.000 a 5.000 habitants..
- II) nivell comarcal: correspon al nivell operatiu del sistema sanitari integral. És a dir, realitza funcions completes d'higiene ambiental, epidemiologia atenció mèdica integrada (policlínica i hospital), educació sanitària i planificació, gestió i execució de l'acció sanitària. La població coberta per aquests serveis és de 100.000 a 250.000 habitants. És, doncs, el nivell òptim de la Medicina Comunitària.
- III) nivell regional o de Vegueria:⁽¹⁾ les funcions principals a realitzar són les coordinació, avaluació de l'acció i de la planificació sanitària. Igualment es crearan en aquest nivell els serveis hospitalaris, sanitaris i laboratoris d'acció regional. - (La població coberta per la Vegueria sanitària ha d'ésser de 1.000.000 a 1.500.000 d'habitants.
- IV) Conselleria de Sanitat: És l'organisme màxim del sistema sanitari de la Generalitat. Les seues funcions són les de planificar, gestionar, coordinar, decidir, i avaluar l'acció sanitària integral al País Valencià. Dependent directament d'ella es troben l'Institut de Sanitat, que realitza funcions de recerca, assessorament, anàlisi i informació en matèria de Salut Pública. Igualment la Conselleria

(1) Establert a cadascuna de les cinc vegueries del País: Alacant, Alcoi, Gandia, València i Castelló.

continuarà tot tipus de realització amb el Ministeri de Sanitat de l'Estat Espanyol.

- V) les característiques demogràfiques de les distintes contrades seran tingudes en compte. És a dir en tot moment els serveis sanitaris han de respondre a les característiques urbanes i rurals del País valencià.

5.- ESTRUCTURA FUNCIONAL DE LA CONSSELLERIA DE SANITAT

En raó a les necessitats i exigències de la col·lectivitat i de la medicina comunitària, l'estructura funcional serà la següent:

5.1. DEPARTAMENT D'HIGIENE AMBIENTAL.

L'alteració del medi natural produïda per l'activitat humana en el procés de treball i en la configuració física del medi residencial crea un ecosistema humà específic, productor de malalties i que afecta als membres de la col·lectivitat dependent del grau d'exposició, el qual és resultant de la formació social.

Les funcions d'aquest departament estaran dirigides a garantir la salut humana evitant l'agressió ambiental per mig de:

- I) Vigilància de la qualitat del medi (aigua, aire, aliments i sol).
- II) Control, supressió i reducció dels agents contaminants.
- III) Establir les normes de qualitat del medi, a partir de la determinació de les corbes dosi-resposta de l'exposició humana.

L'estructura funcional del Departament serà:

5.1.1. Servei d'Higiene Comunal.

Tots els problemes referents a la qualitat del medi residencial tant urbà com rural, són competència - d'aquest servei. Les funcions que realitza són:

- I) Vigilància, control i normativa sobre la qualitat de les aigües, aire i sol.
- II) Vigilància, control i normativa de les condicions de salubritat del medi residencial i ordenació espacial (urbanisme i habitatge).
- III) Vigilància, control i normativa dels establiments d'ús públic.
- IV) Vigilància, control i normativa de l'evacuació i tractament de residus sòlids, i líquids d'origen urbà i rural.
- V) Vigilància, control i normativa dels vectors i roedors.

Totes les funcions de vigilància, control i normatives corresponen a la Conselleria de Sanitat. Les obres d'infraestructura i les despeses de manteniment dels serveis comunals corresponen als Ents Territorials; els quals són responsables de l'obligat compliment de les disposicions sanitàries.

5.1.2. Servei d'Higiene del Treball.

Les condicions higièniques dels llocs de producció, l'emissió d'efluents contaminants, les condicions en què el treballador realitza el seu treball i l'adaptació dels mitjans de producció a la fisiologia humana, són les funcions fonamentals a realitzar per aconseguir controlar, suprimir o reduir l'emissió -

d'effluents contaminants, així com prevenir els accidents i les malalties professionals.

Les tasques a realitzar són les de vigilància, control i normativa de les condicions de treball (ambient intern, higiene, etc). Aquestes normes seran tant de caràcter general, és a dir, per a totes les activitats, com específiques d'aquelles activitats d'alt risc

Són també competència d'aquest servei l'assistència mèdica d'urgència dels accidents de treball, i el control de la salut del treballador per a evitar les malalties professionals i del treball.

Ha de garantir-se la participació dels obrers en els Comitès de Seguretat de les empreses, tant per representació directa com per la derivada dels Sindicats.

5.1.3. Servei d'Higiene de l'Alimentació.

El control sanitari dels aliments és d'una gran importància per al control de la salut de la comunitat, a conseqüència del seu paper en la producció de les malalties no sols transmissibles, sinó també cròniques. Les funcions del Servei seran:

I) Vigilància, control i normativa de les condicions biològiques que han de reunir els aliments.

II) Vigilància, control i normativa de les condicions químiques i físiques que han de reunir els aliments

III) Vigilància, control i normativa que han de reunir tots els elements que intervenen en la cadena de comercialització dels aliments.

IV) Vigilància, control i normativa que ha de reunir

la manipulació dels aliments.

- V) Vigilància, control i normativa de les persones que manipulen els aliments, especialment dirigides a la separació temporal o definitiva de les persones que siguin portadores de gèrmens patògens

5.2. DEPARTAMENT D'ATENCIÓ MÈDICA

L'atenció mèdica es contempla com una activitat única orientada al diagnòstic i tractament continuat de la malaltia, tant des d'una activitat preventiva com com curativa i rehabilitadora. La seua finalitat és de proporcionar al malalt el màxim goig de la vida tenint en compte la seua limitació social.

Aquest sentit integrat de l'acció mèdica, junt a la dificultat que hi ha per a separar l'acció preventiva de la curativa i rehabilitadora, fa que només existeixca una xarxa assistencial que ha de realitzar les tres activitats mèdiques utilitzant els mateixos recursos personals i materials.

La xarxa assistencial, ja hem assenyalat la seua estructura espacial en l'apartat 4, realitzarà les següents tasques:

5.2.1. Servei Assistencial Bàsic:

I) el seu àmbit és de nivell bàsic.

II) la dotació és la següent:

-equip materno-infantil, prestarà assistència mèdica integrada en els aspectes obstetrics i pediàtrics. La dotació personal és d'un metge obstetra i un metge pediatra. Les tasques a realit-

car són: preventiva, curativa i de planificació familiar, en el camp de l'obstetricia. El pediatra atindrà a tota la població de menys de 14 anys i prestarà assistència preventiva (immunitzacions, correcció de malformacions, etc), curativa i rehabilitadora bàsica.

Medicina general, atindrà a totes les persones de més de 15 anys. Prestarà assistència preventiva (immunitzacions, correcció de malformacions, diagnòstic precoç de malalties), curativa, vigilància de malalts crònics i rehabilitació bàsica.

odontologia: prestarà assistència en tres serveis assistencials bàsics. La seua funció és preventiva, curativa i correctora.

infermeria: les tasques a realitzar per les infermeres són: atenció domiciliària dels malalts, vigilància de malalts crònics, atenció dispensariària, accions preventives (immunitzacions, control sanitari de la família i l'escola, educació sanitària), administració sanitària.

5.2.2. Servei assistencial comarcal

- I) el seu àmbit és el de nivell comarcal.
- II) prestaran una atenció mèdica de tipus secundari centrada en el dispensari i en l'hospital comarcal. L'atenció mèdica especialitzada a realitzar ho serà integrada, és a dir preventiva, curativa i rehabilitadora (aquesta absolutament especialitzada). El pes de l'atenció mèdica ha de descansar sobre els serveis bàsics i dispensarials.

5.2.3. Servei assistencial regional

I) el seu àmbit d'acció és la Valgueria.

II) prestarà una atenció mèdica integrada de tipus general, de especialitzada, i d'alta especialització. Així mateix es disposarà de laboratoris especialitzats.

5.2.4. Servei d'Administració Sanitària.

Aquest servei coordinarà i esterà encarregat de la gestió científica de tota la xarxa assistencial, per a la qual cosa utilitzarà les tècniques de gestió més adequades (anàlisi cost-benefici, recerca operativa, etc).

El nivell operatiu d'aquest servei és el comarcal, i el de coordinació el regional. La planificació de recursos (econòmics, personal i material), es farà a nivell comarcal i central.

5.3. DEPARTAMENT D'EPIDEMIOLOGIA

L'anàlisi dels factors que intervenen en la producció de la malaltia, és a dir la recerca epidemiològica; l'estudi de la distribució de la malaltia en la població i de les circumstàncies que la influeixen; i l'aportació de la informació necessària per a la planificació, execució i avaluació dels serveis sanitaris, són els objectius universalment acceptats dels serveis epidemiològics. A ells podem afegir igualment la recerca de la demanda dels serveis assistencials.

Les característiques pròpies del treball epidemiològic fan que la seua ubicació física es trobe integrada amb els serveis assistencials però no la seua dependència administrativa.

Els serveis de què consta aquest Departament són:

5.3.1. Servei d'Epidemiologia Bàsica.

El seu àmbit d'actuació és comarcal.

Les tasques a realitzar són:

- I) Col·lecció, tractament i remissió, de tota la informació referent a les malalties de notificació obligatòria, a nivell regional.
- II) Control de casos de malaltia de notificació obligatòria (despistatge clínic, enquesta i control epidemiològic del cas i dels seus contactes).
- III) Estudi dels brots epidèmics i actuació en cas d'emergència.
- IV) Planificació i execució de totes les enquestes epidemiològiques comarcals, estudis d'avaluació de les tècniques terapèutiques.
- V) Execució de les enquestes epidemiològiques planificades als nivells regional i central (dintre del marc de la Vigilància epidemiològica, de la Planificació sanitària, o de programes especials de recerca tant de l'Institut de Sanitat, com d'altres institucions).
- VI) Vigilància epidemiològica i anàlisi epi-

demològic i control.

5.3.2. Servei de Vigilància Epidemiològica.

L'àmbit d'actuació és regional i control. La seua funció fonamental és establir un sistema d'informació que analitza la dinàmica de la morbiditat i la mortalitat, i la seua correlació amb els factors ambientals.

Les tasques a realitzar són:

I) Creació del sistema d'informació de la Vigilància Epidemiològica. Tota la informació arreu agada és la que proporciona la notificació obligatòria de malalties; les enquestes de morbiditat i serològiques; les xarxes de Vigilància de la qualitat del medi; els laboratoris microbiològics, els quals donaran informació sobre tipus de gèrmens, antibiogrames, etc; i fàrmaco-vigilància, és a dir, control dels efectes nocius dels fàrmacs.

II) Col·lecció, tractament, anàlisi i publicació de tota la informació col·leccionada per Servei de Vigilància Epidemiològica.

III) Establir els Indiadors Epidemiològics adequats per a:
-avaluar l'eficàcia de la planificació sanitària, així com la dels serveis sanitaris

5.4. INSTITUCIÓ DE SALUT PÚBLICA

Constitueix la institució dependent de l'Administració Sanitària encarregada de la recerca científica en matèria sanitària, és per tant la institució que donarà el suport científic i tècnic a l'Administració Sanitària. Les tasques a realitzar són:

I) Informació sanitària, especialment en:

- microbiologia i immunologia.
- ciències mèdiques (medicina interna, cirurgia i farmacologia).
- alimentació i nutrició
- higiene del nou naixement
- recerca operativa, planificació sanitària.
- Epidemiologia
- Administració i Economia Sanitària

III) Assessorament científic a l'Administració sanitària.

IV) Ensenyament en matèria sanitària per mitjà de l'Escola de Salut Pública, que depèn d'aquest organisme.

V) Laboratoris Centrals de Referència.

Les característiques administratives que ha de reunir són:

- autarquia administrativa que li assegure independència i imparcialitat referent a l'Administració Sanitària.
- pressupost, recursos econòmics, materials i personals adequats.
- la seua organització interna, dotació de

292

servici a la personal ha de deixar im-
pliment les disciplines tradicionals de
la salut pública.

5.5. DEPARTAMENT D'ACCIÓ SANITÀRIA

- I) L'acció educativa està dirigida es especialment a aconseguir la participació de la població - en la planificació i gestió de l'acció sanitària, de manera que aquesta responga a les necessitats reals de la població.
- II) Conseguir l'òptima utilització dels recursos sanitaris.
- III) Modificar certs comportaments individuals - que influeixen en l'aparició de certes malalties (infeccioses, toxicomanies, etc.)
- IV) Per a la realització d'aquestes tasques es disposarà al nivell comarcal i personal especialitzat en les tècniques educatives de camp. A cadascuna de les cinc vegueries existirà un Centre Regional d'Acció Sanitària, encarregat de planificar i executar els programes educatius.

5.6. DEPARTAMENT DE PLANIFICACIÓ SANITÀRIA.

Aquest servei, que pertany al Departament de Planificació General de la Generalitat del País Valencià, està integrat a la Conselleria de Sanitat d'una manera operativa, amb la finalitat de poder disposar de tots els elements necessaris per a la seua tasca.

Als diferents nivells d'actuació són:

I) Nivell de la Generalitat, realització de tota l'acció sanitària per al País Valencià emmarcada dintre la planificació global. Igualment aprovarà i coordinarà els plans parcials elaborats per les diverses comarques.

II) nivell regional, llur funció és la coordinació i avaluació dels plans comarcals, així com assignar els recursos econòmics. Igualment dirigirà la realització dels programes planificats a nivell del País, a realitzar pel nivell comarcal.

III) Nivell comarcal, realitzarà la planificació sanitària a la comarca, dintre del pla comarcal global. Les seues competències estan referides a: recursos materials, personals, de serveis, control de malalties i programes sanitaris.

5.7. DEPARTAMENT DE CONTROL FARMACOLÒGIC

És absolutament necessari establir un control dels productes farmacològics que són utilitzats pels serveis sanitaris. Es controlarà les següents qüestions:

- I) qualitat del producte farmacològic
- II) control de preus
- III) Assaig. de la toxicitat
- IV) Farmacovigilància, és a dir, la vigilància epidemiològica de les reaccions no esperades dels medicaments. Aquesta tasca està emmarcada dintre la Vigilància epidemiològica.

5.3. PERSONAL SANITARI.

Les característiques del personal sanitari de l'Administració Sanitària està en relació a la totalitat de les tasques a desenvolupar, per això no sols estarà limitada a les professions sanitàries clàssiques, és a dir que als metges - farmacèutics, veterinaris, personal d'infermeria personal tècnic i auxiliar sanitari, advocats administratius, etc. hem d'afegir a economistes sociòlegs, demògrafs, enginyers i arquitectes sanitaris, urbanistes, etc.

La formació dels professionals sanitaris corresponen a l'Escola de Salut Pública, establint-se el programa d'estudi per una Comissió Mixta constituïda per la Universitat, l'Administració Sanitària, i l'Institut de Salut Pública.

És absolutament necessari la promul·lació d'una llei sobre formació i promoció dels recursos humans en el camp de la Salut.

5.9. PLANS DE ACTIÓ DE LA SANITARIA DE BARRIS

La participació de la població en la gestió, planificació i avaluació de l'acció sanitària és imprescindible per al correcte funcionament de l'estructura sanitària, per tant es constituïran Consells Sanitaris als diversos escalons del sistema sanitari des dels barris al nivell del País Valencià.

La composició dels Consells Sanitaris serà: representants de l'Administració Sanitària, de l'Institut de Salut Pública, de la Universitat, dels partits polítics, dels sindicats, i dels veïns. La constitució, competències i responsabilitats seran regulades d'acord als conceptes més amplis d'autogestió de l'Administració Pública.

La representació als Consells Sanitaris ha d'ésser àmplia de manera que llur representativitat siga adequada. S'ha de pensar que la població, en general, aporta als Consells els criteris d'allò que considera que repercuteix amb una disminució de la qualitat de la vida. Totes aquestes denúncies són les que han d'ésser conegudes i estudiades pels serveis tècnics, de manera que s'adopten les mesures adequades per a llur correcció.

La competència dels Consells són: informar sobre la qualitat de la vida (deteriorització del medi, malalties, assistència mèdica, etc.) intervenir en el procés de la planificació, la gestió i l'avaluació de l'acció sanitària; participar en la presa de decisió sobre les matèries sanitàries i diversos assumptes més.

PRIMER CURS D'EDUCACIÓ SANITÀRIA PER A NIQUETS

- 01. El cos: estructura i funcionament
 - 01.1 Estructura mecànica
 - 01.2 Estructures de manteniment
 - 01.3 Estructures de coordinació
 - 01.4 Estructures de reproducció
- 02. La infecció i la immunitat
 - 02.1 Conceptes bàsics
 - 02.2 L'agressió: els micròbis
 - 02.3 Els mecanismes de defensa
 - 02.4 L'equilibri immunitari col·lectiu
- 03. La ment: estructura i funcionament
 - 03.1 El funcionament de la ment
 - 03.2 El contingut de la ment
 - 03.3 Relacions de la ment amb l'entorn
- 04. L'alimentació i la salut
 - 04.1 Conceptes bàsics
 - 04.2 L'alimentació equilibrada
 - 04.3 Els errors habituals en l'alimentació
 - 04.4 Possibles alteracions en relació amb errors d'alimentació
- 05. Higiene: normes i hàbits
 - 05.1 Higiene individual
 - 05.2 Higiene social

- 06. La sexualitat
 - 06.1 Els elements del sexe
 - 06.2 Funcionament de la sexualitat
 - 06.3 Control de la reproducció
 - 06.4 Errors habituals
- 07. L'embarç i el part
 - 07.1 El procés de l'ou
 - 07.2 El procés de la mare
 - 07.3 El procés del part
 - 07.4 Mesures d'higiene i precaució durant l'embarç
- 08. Els símptomes més freqüents: valoració i actuació
 - 08.1 Tipus de símptomes
 - 08.2 Errors freqüents
- 09. Subnormalitat i deficiències
 - 09.1 L'aspecte mèdic
 - 09.2 L'aspecte social
- 10. Les toxicomanies: l'alcohol, el tabac i les drogues
 - 10.1 L'alcohol
 - 10.2 El tabac
 - 10.3 Les drogues
- 11. La farmaciola: els principals medicaments i materials
 - 11.1 Medicaments de la farmaciola
 - 11.2 Materials de cura de la farmaciola
- 12. Primers auxilis
 - 12.1 La situació general a qualsevol accident o imprevist
 - 12.2 Les situacions d'urgència
 - 12.3 Les situacions d'imminència
- 13. Els serveis sanitaris
 - 13.1 El punt de partença
 - 13.2 L'evolució històrica

13.3 La situació actual

13.4 Nota de la sanitat a l'Espanya franquista.

- la Comissió de Sociologia de la Societat Econòmica d'Iniciativa del País,
- la catedra de Pedagogia de la Universitat de València,
- i l'impresió per a la correspondència i la impremta que les

patrocina aquest:

1^{er} CURS D'INICIACIÓ SANITÀRIA PER A NENES

dirigit a la infància.

Ha estat realitzat per en José Tras (pediatra)
 amb la col·laboració de na Maria Castelló (pediatra)
 i na Concepció Navarro

-- València 1^{er} trimestre 1977 --

I N T R O D U C C I Ó

Ens agradaria tant a les persones saber com fun
cionem que als qui ho coneixen una mica els hi atribuïm
poders màgics: els metges, les infermeres, els psicòlegs
els educadors...

Intentarem exposar en aquest primer volum els -
coneixements principals sobre el funcionament d'aquesta
maquinària nostra. Veureu que és prou bonica, quasi bé -
màgica...

EL COS: ESTRUCTURA I FUNCIONAMENT

DEFINICIÓ: És el component de la persona en succeïxen tots els fènomena objectius (materiales) i en s'elaboren els subjectius.

És la màquina humana, el funcionament de la qual n'hi dona vida.

IDEA GENERAL: És una estructura funcionant i evolutiva

Una : pot estudiar per parts, però estan interrelacionades formant un conjunt unitari. Cada part funciona dependent del conjunt unitari. Cada part funciona dependent del conjunt. Si s'espatlla alguna acaba espatllant se el conjunt.

Estructura: el funcionament del cos és un conjunt organitzat de funcions concretes, que són desenvolupades per les diverses parts o "aparalls" (digestiu, respiratori, nerviós,..) A l'estudi de les parts se'n diu Anatomia.

Funcionant: en això es diferencia el cos (viu, funcionant) del cadàver (mort, sense funcionar). A l'estudi de les funcions se'n diu Fisiologia.

Evolutiva: igual que una màquina, primer es fabrica (en la matriu de la mare), comença a funcionar (partatge, infància), després d'un temps de bon funcionament (joventut i maduresa) comença a tenir reparacions (vellesa) i acaba per deixar de funcionar (mort). Igual que una màquina l'evolució pot millorar si les cures de fabricació i manteniment són bones però el final sempre arriba i el considerem normal.

DESCRIPCIÓ:

1. Estructura mecànica
2. Manteniment
3. Coordinació

- 4. Reproducció (l'entèsion en el tema "sexualitat")
- 5. Metabolisme

1. ESQUEMA ANATÒMIC

APARAT LLOSCOR

anatomia: constituït per ossos, articulacions i músculs.

Els ossos són les peces rígides del bastiment. Estan constituïts, amb el formigó armat, per unes fibres empotrades dins una massa compacta de sals càlciques. Per dins els ossos estan plens de cèl.lules que fabriquen les cèl.lules de la sang.

Les articulacions: són les juntes que permeten el joc o moviment entre els ossos, moviment que pot ser més o menys ampli.

Estan constituïdes per fibres més o menys elàstiques i flexibles.

Els músculs: (la carn) són peces que, fixades pels extrems en ossos diferents, en contraure's provoquen els moviments. Estan constituïts per fibres contràctiles, que es contrauen quan reben l'ordre corresponent del sistema nerviós.

FUNCIÓ: el moviment voluntari

FISIOLOGIA: per la seva funció en el moviment podem agrupar els ossos, articulacions i músculs en grups anomenats unitats motrius o funcionals.

1. L'eix estàtic o de suport: constituït fonamentalment per la columna vertebral, que és bastant rígida; i també, quan estem de peus, a més de la columna, pels músculs abdominals i les extremitats inferiors.

És el punt de suport general en els moviments.

2. Les unitats cinètiques o cinètiques: són les que, prou-
nent l'eix amb el punt fix determinen els moviments del
cos, Exemples:

- Del coll (cervical): moviments del cap
- De la respiració (respiratoris): moviments pulmo-
nars (inspiració i espiració).
- De les extremitats: superiors i inferiors

PATOLOGIA: L'aparell locomotor funcionarà malament quan hi
hagin problemes:

- D'ossos: fractures, deformitat: que reduïxen els
moviments (ex: artrosi o deformitats que reduï--
xen els moviments (ex: artrosi o deformitat per -
desgastament, descalcificació...
- D'articulacions: luxacions, distensions de lliga-
ments, rigideses, dolors reumàtics...
- De músculs: ruptures musculars, abscessos...
- D'unitats motrius: tortícolis, peus plans...

2. ESTRUCTURES DE MANTENIMENT

PELL

ANATOMIA: Està constituïda per dues capes: la superficial -
(epidermis) i la profunda (la dermis).

FUNCIÓ: protegeix el cos dels cops, de canvis de temperatu-
ra i d'infeccions.

FISIOLOGIA:-protegeix dels cops per la seva duresa i flexi-
bilitat, i per la seva elasticitat (amorteix com si fos -
un coixí).

-protegeix de la temperatura per la capa de greix
aïllant, per la suor, i per la regulació circulatoria -
(quan fa fred es torna pàl.lida per falta de sang i així -
no perd calor, quan fa calor es torna vermella per molta

204
sang i així per el color).

-protegir d'infeccions: constitueix una barreira mecànica que els microbis difícilment travessen.

PATOLOGIA: ferides (talls), contusions (colps), èczema, etc.

APARELL DIGESTIU

ANATOMIA: està constituït per

-Un tub de conducció de l'aliment, o tub digestiu, on podem distingir les següents parts o fases:

1. Ingestió i trituració (boca-dents, faringe de faringe i esòfag que està darrere el cor)

2. Elaboració (=digestió) i absorció (estómac i budell, prim i gros que estan a l'abdomen)

3. Eliminació: sigma i recte, i anus que ocupen la pelvis

--Glàndules: segreguen i eliminen al tub digestiu les substàncies i ferments que descomponen l'aliment (el digereixen). Glàndules salivals.

El fetge: la bilis, que ajuda a digerir els greixos.

El pàncreas: suc que digereixen tot l'aliment

Glàndules de la paret del tub (àcid clorhídric i suc intestinal) que digereixen tot l'aliment.

--Peritoneu: és un tapís que recobreix el tub digestiu i el fetge, fixant-los a les parets de la cavitat abdominal.

FUNCIO: S'encarrega del subministre de material nutritiu (=digerit) al cos, que s'absorbeix pel tub i es filtra a la sang. Els residus no absorbits s'eliminen (femta)

Mentalment s'associa a conflictes externs i a indecisió, en persones que reprimeixen molt la seva agressivitat i que se senten culpables.

FUNCIÓ: El caril·lor l'afirma a la boca en tuitura i hi comença a batre els fragments de la saliva; a través de la faringe i l'esofoag arriba a l'estómac, on l'aliment s'està col·locant una hora o dues hores a l'acció dels àcids i fersments, batrejant-se tot pel moviment ondulants de les parets de l'estómac. Lentament passa al budell. on ven eliminant-se tota els suc i fersments (suc intestinal, biliar i suc pancreàtic), a la mesura que l'aliment és digerit; filtren-se a través de la parot del budell, a la sang. La part no absorbida, junt a una immensa quantitat de microbis que sempre viuen al budell, és eliminada per l'anus (ferta)

PATOLOGIA: Com que no està cobert de pell és fàcilment infectable (diarrea, gastritis, apendicitis).

La trituració fallarà si falten dents, o estan cariatats, o mal ordenats.

La digestió fallarà si es formen poca sucs (digestions pesades, hepatitis) o si se'n formen massa (úlceres d'estómac).

Si falla l'absorció hi haurà desnutrició, anèmia i diarrea.

Si l'eliminació és massa lenta (o el tub és massa llarg) hi haurà restrenyement. Si és massa ràpida - diarrea.

El peritoncu pot infamar-se en casos de perforacions o d'operacions, provocant paràlisi intestinal, mal de panxa, febre, etc.

Per problemes psíquics poden produir-se úlceres d'estómac, mals de panxa, còlon espàstic.

APARELL RESPIRATORI

ANATOMIA: Un tub de conducció d'aire, amb els següents

trams:

1. Nas i boca, faringe i laringe (fins aquí a més de la conducció d'aire s'hi forma la veu i el so).

2. Tràquea i bronquis (són les ramificacions de la tràquea)

-Els pulmons, que constitueixen una immensa membrana d'intercanvi de gasos entre l'aire i la sang. Ocupen el tòrax.

-La pleura: és un tapís que recobreix els pulmons i els fixa a les parets de la cavitat toràcica.

FUNCIÓ: S'encarrega de dues funcions:

1. recanvi de gasos (agafa l'oxigen de l'aire i el porta a la sang, i n'elimina els restes gasosos a l'aire)

2. La fonació

FISIOLOGIA: En moure's la caixa toràcica (s'infla en aixecar-se les costelles i abaixar-se el diafragma), la pleura que hi està adherida arrossega en el seu moviment els pulmons que s'inflen (com una nau), i xuclen o aspiren l'aire de fora (=inspiració). Després, en desinflar-se la caixa toràcica, els pulmons es premen i en sarten l'aire cap a fora (=expiració).

Quant a la fonació, actua com un instrument de vent, que en passar per les cordes vocals de la laringe crea un so, que després es modula a la boca.

Mentalment s'associa a l'estat emotiu (relax, tensió, sospir...)

PATOLOGIA: Funcionará malament quan hi hagin problemes:

-De movilització del tòrax (embassaments pleurals pneumotòrax)

-Pulmonars: en la pulmonia part dels pulmons no ventila, i llavors la part sana respira més ràpid per compensar.

-Bronquials: En la bronquitis i l'asma, com que en cada inspiració i expiració passa poc aire, es respira -

més ràpid.

-Laringitis: quan s'inflamen les cordes vocals (per infecció o per irritació) no produeixen veu i després l'afonia.

-Com que no està recobert de pell s'infecta el nas, o la faringe, o la laringe, o els bronquis.

APARELL CIRCULATORI

ANATOMIA: És un circuit tancat de cavitats per on circula la sang.

El cor: actua com una bomba que aspira la sang de les venes i la impulsa cap a les artèries. Està entre els dos pulmons.

Els vasos sanguinis: són els tubs per on va la sang, per la seva forma i funció distingim tres tipus: artèries, capil.lars i venes.

FUNCIÓ: a través de la sang transporta totes les substàncies per l'organisme. Ex: l'oxigen: el recull dels pulmons, i dins dels hematies, el transporta a tot el cos.

l'aliment: el recull dels budells, i a través del plasma (que és el líquid de la sang) el transporta a tot l'organisme.

les hormones: les recull de les glàndules endocrines i a través del plasma les transporta.

els residus ("la fenta de les cel.lules"): els recull de tot l'organisme i els transporta al pulmó (on s'eliminen els gasosos) i al ronyó (on s'eliminen els sòlids i els líquids)

FUNCIONAMENT: -La part dreta del cor aspira la sang de les venes del cos i la impulsa cap als pulmons, a través de les artèries pulmonars.

-La part esquerra del cor aspira la sang de les venes dels pulmons i la impulsa cap al cos, a través -

-Les artèries distribueixen el sang del cor als capil.lars de tot l'organisme.

-Els capil.lars són uns dels finíssims (com cabells) que estan distribuïts per tot l'organisme. És en ells on es realitzen tots els recepcis de la sang, amb l'aire (en els pulmons), amb l'aliment (als budells), amb l'orina (al ronyó), amb les cèl.lules de tot l'organisme.

-Les venes recullen la sang dels capil.lars i la tornen al cor.

PATOLOGIA: -Si el cor no impulsa suficientment (insuficiència cardíaca) tots els recepcis es fan malament (arriba poca oxigen, s'absorbeixen lentament els aliments, es fa poca orina...)

-Si totes les artèries s'obren o es tanquen massa: tensió arterial baixa o alta.

-Si alguna artèria es tanca massa, per allí passarà poca sang i l'òrgan corresponent patirà, deixant de funcionar o inclús morirà (Ex: l'infart de miocardi, -rampes a les cames dels arterioescleròtics...)

-Si els capil.lars s'obren o es tanquen massa: col.lapse.

-Si les venes s'aflixen o es donen: varices

-Si algun dels vasos es trenca i la sang no es coagula immediatament: Hemorràgies.

-Si la sang es coagula dins dels vasos: trombo sis i embòlies,

APARELL URINARI

ANATOMIA: Els ronyons: són els dos òrgans on es filtren els residus de la sang, destilant-se l'orina.

Vies urinàries: els urèters, la bufeta i la uretra.

FUNCIÓ: eliminar residus líquids de l'organisme i elaborar substàncies, com el bicarbonat.

FISIOLÒGIA: Els nefrons recullen els residus, fent part l'orina, que a través dels canals arriba a la bufeta on s'acumula, i de tant en tant es buida a través de la uretra.

PAATOLOGIA: Si el ronyó falla (insuficiència renal) s'intoxica el cos. Si s'obstrueixen les vies urinàries (ex. per pedres): còlex còlic.

3. ESTRUCTURES DE COORDINACIÓ

SISTEMA NERVIÓS

ANATOMIA: --Nervis receptors:

De l'exterior: visual: l'ull i la retina que es continua amb el nervi òptic

auditiu: l'orella i el laberint, d'on surt el nervi auditiu i estàtic.

olfatiu: del nas surten filets nerviosos que es reuneixen en un feix: el nervi olfatori.

Gustatiu: de la llengua surten filets nerviosos que formen el nervi gustatori.

Tàctils, tèrmics i dolorosos: filets nerviosos de la pell, que reunint se formen els nervis sensistius.

De l'interior: ~~els~~ ens connecten - el còs amb les sensacions.

Físics: filets nerviosos dels músculs i de les artèries (controlen la tensió arterial, la tensió muscular)

Químics: filets nervio-

cos de les parts arbòniques (contenen la substància d'origen, de 10%, de sucre...)

Aquesta filata nerviosa es desenvolupa formant els nervis vegetatius

--Centres nerviosos (són les terminals d'informació i les generadores d'ordres)

.Cervell: amb l'escorça (part conscient): hi ha zones que s'encarreguen de la part motora la sensitiva, sensorial, afectiva, llenguatge, decisions conducta, intel·lecte...

Nuclis nerviosos (part inconscient): modulen les ordres conscients.

(tant l'escorça com els nuclis són autònics paquets de cèl·lules nervioses, i entre elles es connecten per fibres, com fils elèctrics).

.Cerebel: centre de la coordinació motora.

.Bulb raquídi: centres de control de funcions vitals (respiració, circulació...)

.Formació reticular: xarxa nerviosa que actua com a filtre amplificador (o depressor) de les informacions cap el cervell, o viceversa, del cervell cap els nervis efectors.

Mèdula espinal: conté els centres vegetatius i les vies nervioses (reunió de les fibres de connexió entre cèl·lules nervioses)

--Nervis emissors: motors: des de la mèdula als músculs (envien les ordres)

secretors: des de la mèdula a les glàndules (envien les ordres)

FISIOLÒGIC: Rep informació de l'entorn exterior (el món) i de l'interior (el propi cos, inclouent les visceres psíquiques) És la part sensitiva i sensorial.

Recull, organitza i organitza la informació, emetent ordres sobre la informació rebuda. Són els centres nerviosos.

Rep les ordres i les transmet a la part corresponent. És la part motora i secretora.

FISIOLOGIA: Cada cèl.lula nerviosa té dos extrems: un receptor i un emissor. Així cada cèl.lula rep informació de moltes altres i emet ordres a moltes altres, establint-se doncs, una xarxa de connexions o circuits.

Els nervis receptors són només informadors. Els emissors només executors.

Els centres nerviosos són les xarxes de circuits interconnectats, el conjunt dels quals treballa la informació rebuda, la codifica (a nivell conscient o inconscient) i emet les ordres, conseqüents amb la informació i amb el codi d'actuació.

El codi d'actuació és diferent en cada persona, i es va formant i autoregulant a través dels anys a partir de les informacions que rep constantment.

PATOLOGIA: pot fallar la informació: ceguera, sordesa, vèrtig, anestèsia, etc.

Poden fallar els centres nerviosos: rebent informació o emetent ordres de forma anormal: arterioesclerosi, paràlisi cerebral (poden afectar qualsevol àrea), paràlisi bulbal (parada respiratòria o cardíaca), paràlisi medular (paraplègics), epilèpsia.

Poden fallar els nervis emissors, provocant també paràlisi (ex: en accidents).

En la meningitis pot afectar-se qualsevol part del cervell o cerebel o mèdula.

SISTEMA ENDOCRIN

ANATOMIA: És constituït per algunes glàndules separades entre si, però que actuen de forma semblant i, a vegades, coordinada:

Hipòfisi, tiroide, paratiroides, suprarenals, gònades i pàncreas.

FUNCIÓ: regula, a través de les hormones que fabriquen, processos complexos del propi cos, per exemple:

-la hipòfisi: accelera el creixement i augmenta la tensió arterial.

-la tiroide: accelera el consum global de substàncies a les cèl.lules.

-les suprarenals: reduïxen de forma global la formació de substàncies per les cèl.lules, reduïxen les inflamacions, adapten el cos en situacions d'emergència (accidents, malalties...)

-les gònades o glàndules sexuals: regulen la pubertat i els caràcters sexuals; en la dona regulen el cicle ovulatori.

-el pàncreas: augmenta el consum de sucre per les cèl.lules.

FISIOLOGIA: És poc coneguda. Actuen a través de les substàncies que produeixen i que eliminen a la sang: - les hormones.

La hipòfisi estimula la tiroide, la suprarenal i les gònades.

Segons la informació que reben a través de la sang (per la concentració de determinades substàncies) - produeixen més o menys hormona, creant-se, doncs un circuit d'autoregulació cos-sang-glàndula.

PATOLOGIA: segons augmenti la producció normal d'hormones o bé disminueixi:

-Hipòfisi: gegantismes i nanismes

-Tiroide: el collet

Gònades: problemes del cicle menstrual, augment o dis-

minuació dels caràcters normals.

Exemples: diàbetes.

4. ~~ESTRUCTURA DE L'ORGANISME~~

(les estudiarem en el capítol dedicat a la sexualitat).

5. ~~METABOLISME~~

Tot el descrit fins ara són les estructures del cos, que serveixen per a mantenir a les cèl.lules, que són l'entitat viva i productiva, en perfecte funcionament.

Ara estudiarem aquest funcionament o metabolisme de les cèl.lules, que és, per tant, el conjunt de reaccions físiques i químiques que fan les cèl.lules que estan sanes i actives.

És en aquest conjunt de reaccions químiques que anomenem vida.

Distingirem tres fases en el procés metabòlic:

1. El subministre
2. L'elaboració
3. L'eliminació

EL SUBMINISTRAMENT

És el procés necessari perquè una substància arribi a una cèl.lula. Requereix aquests 4 passos:

1. L'aportació des de fora: aliments (materials) i oxigen (combustible)
des de dins: hormones (reguladors)
2. La pre-elaboració dels aliments: és la digestió
3. El transport: l'oxigen (pulmons) i l'aliment digerit (budells) són transportats per la sang i, a través dels vasos capil.lars, a les cèl.lules.
4. Captació cel.lular: a través de la membrana cel.lular les substàncies entren dins la cèl.lula.

REPRODUCCIÓ CEL·LULAR

Semblaentant que es destrueixen un edifici que ens regulem i amb els materials necessaris (aigua, oxigen, aliment) en tornem a construir un altre al nostre gust, així mateix fa la cèl·lula.

Distingirem dues fases:

1. La destructiva o catabòlica
2. La constructiva o anabòlica

1ª fase: les substàncies (l'aliment) són destruïdes fins als seus components (àtoms o petites molècules, necessitant-se per això l'oxigen (com combustible) i els enzims i vitamines (com a activadors del procés).

De la destrucció se n'obté l'energia i el material per construir les substàncies pròpies.

2ª fase: a partir del material obtingut i de l'energia després es construeixen les substàncies pròpies de cada cèl·lula. Podem distingir dos tipus de substàncies pròpies de les cèl·lules:

- Substàncies de manteniment: per mantenir-se viva continually forma substàncies de la membrana, del nucli, els enzims, els materials de reserva; ja que tots són constantment utilitzats i gastats.

- Substàncies específiques, pròpies de la funció de cada tipus de cèl·lula:

P. exem: Cèl·lules endocrines: hormona

Globuls blancs o leucòcits: anticòsols

Cèl·lules del fetge: albúmina, substàncies coagulants, enzims específics.

Cèl·lules nervioses o neurones: transmissors nerviosos.

Cèl·lules de l'estómac: àcid clorhídric i succ digestius.

Cèl·lules bronquials: substàncies mucoses.

ELIMINACIÓ

Les substàncies no aprofitables s'acumulen i es van eliminant a la sang, i després en diverses vies:

- . Pels pulmons: s'elimina els gasos
- . Pel fetge: una part es filtra cap a la bilis, i una altra es neutralitza al fetge
- . Pel ronyó: elimina una altra part cap a l'orina.

LA INFECCIÓ I LA IMMUNITAT

1. CONCEPTES BÀSICS

La infecció: és la colonització del cos per microbis que li fan mal (invasió microbiana)

L'esterilitat: és l'absència absoluta de microbis (absència microbiana)

La contaminació: és l'estat habitual del cos, és a dir, és el contacte amb microbis, però sense que ens facin mal (coexistència microbiana). Aquesta coexistència suposa un equilibri entre les forces agressores microbianes i les forces de defenses corporals. Cal recordar que aquestes forces estan en una lluita constant i que l'equilibri resultant és variable. N'hi diem infecció o malaltia quan perdem i salut quan guanyem. Ara analitzarem cada una d'aquestes forces.

2. L'AGRESSIÓ: ELS MICROBIS

Habitualment estan al nostre entorn i quan entren són destruïts per les barreres defensives. Si entren en gran quantitat o et troben amb les barreres gastades, les travessen i penetren al cos infectant-nos i fent-nos mal amb les toxines.

Tipus de microbis: principalment són tres: virus, bacteries i fongs.

1. ELS VIRUS: acostumen a entrar pel nas, per la boca o pels ulls, sent responsables de la majoria de catarros, diarrees i infeccions d'ulls, sobretot en nens.

Provoquen també malalties greus com són: la pòlio, encefalitis, hepatitis... I la majoria d'erupcions infantils, com el xarampió, la ro

ca, la varicela, etc. Són molt contagioses (recordem la grip, el mocs) i no hi ha cap medicament que ens pugui ajudar ells. Els antibiòtics no els hi fan ningú.

2. LES BACTERIES: -Poden entrar per qualsevol lloc, i també - preferentment per on no estiguem recobert de pell

-Provoquen quasi totes les malalties infeccioses restants, Distinguem per la seva gravetat les meningitis, les pulmonars i les infeccions del ronyó. També la tuberculosi i les venèries (sífilis i blenorègia). La tifoides.

-Generalment formen pus (ex. abscessos). Els antibiòtics acostumen a matar-les ràpidament.

3. ELS FONGS: -acostumen a quedar-se en la pell formant-hi les tinyes i els peus d'atleta.

-També, en els nens, provoquen el muguet a la boca.

-Fan molta picor i tarden molt a desaparèixer.

-Són molt contagioses i es transmeten en piscines, dutxes...

-Hi ha medicaments que els curen, però lentament (en setmanes).

(dels cues i dels polls en parlarem en el tema "síntomes").

3. ELS MECANISMES DE DEFENSA

Intenten evitar l'entrada de l'agressor, i si penetra intenten destruir-lo. No actuen tots alhora, sinó un després de l'altre, en el cas que l'anterior no hagi estat suficient.

1. Barreres d'entrada: intenten evitar l'accés del microbi

-La pell: és una barrera mecànica que els micròbis no solen travessar.

-Les mucoses (són els recobriments que no tenen pell):

fabriquen unes substàncies que destrueixen

- els microbis:
- .ulls: l'ull
- .boen: saliva
- .nas-faringo-laringo-bronquis: nas
- .tub digestiu: tracte intestinal
- .orella: oïra

-La barreira amigdal·lar (amígdales i vegetacions): són paquets de cèl·lules defensives, que com torres de defensa, protegeixen l'entrada a l'aparell respiratori i digestiu.

(Patologia: fallenen aquestes barreres, en el cas de la pell: a les ferides, i en el cas de la barreira amigdal·lar, quan l'extirpín).

2. Els mecanismes defensius: intenten destruir el microbi quan ha travessat les barreres. Primer veurem les "armes" i després l'organització.

-Les armes

.Substàncies: (igual que els antibiòtics i encorralen els microbis).

-Anticòssos: encorralen i frenen els microbis (són produïts pels pels leucòcits). Cada anticòss només actua sobre un tipus de microbi, el "seu enemic específic".

-Complement: rebenta els microbis, quan ja estan tocats pels anticòssos.

.Cèl·lules: 3 tipus de leucòcits: uns mengen i digereixen els microbis, destruint-los (fagocitosi).

A vegades moren intoxicats pels microbis que han destruït: així es forma el pus (si no moren formen els exudats). Uns altres fabriquen anticòssos. I I uns altres, els del·tadors, es dediquen a "prendre'n fibra".

-L'organització. Dintre de la immunitat podem distingir dos

sistema de

.El sistema d'informació: una leucòcita (cèl.lula monòria) sempre que fa el "prendre fitxa" del microbi que arriba, i posar sobre avís i estimular als leucòcits del sistema de producció d'anticossos.

.El sistema de producció: els leucòcits fabriquen anticossos que inhibeixen i maten els microbis, i que acceleren la fagocitosi.

Si és la primera vegada que es posen en contacte amb aquell microbi posen en marxa la fabricació i en fabriquen pocs, ja que encara no s'ha posat en contacte amb les cèl.lules monòria estimuladores.

Si ja no és la primera vegada, en rebre ~~XX~~
~~XX~~ l'avis i estimul de la cèl.lula monòria, el leucòcit es reproduceix i comença a fabricar quantitats enormes de anticòs.

(les vacunes són, precisament, parts no tòxiques de microbi, que en contacte amb l'organisme provoquen el "fitxatge" del microbi corresponent. Quan l'organisme es posa en contacte realment amb aquell microbi, ja estarà estimulat i el destruirà immediatament).

La lluita. Primer actuen les defenses locals (inflamació), si no són suficients es posen en marxa les regionals (ganglis), i si no són suficients es posa en marxa tota l'organització. (anticossos i leucòcits de la sang la resta del cos)

.Local (inflamació: Quan un microbi arriba a algun lloc les seves toxines provoquen un augment local d'aflux sanguini, que es nota per la inflor, la vermellor, la calor i el dolor: A això se'n diu: inflamació. En arribar-hi més sang també hi arriben més

320
anticòps, complement i leucòcits, i generalment són suficients per cercar i fulminar els microbis. Si malgrat la influència queden encara microbis vius, són conduïts al gangli corresponent.

La càrrega és la capacitat d'inflamar-se en presència d'una substància tòxica.

.Regional (gangli): Els ganglis són autèntics petits o "batallons" de leucòcits, on una quantitat es dediquen a "prendre'n filtre" dels microbis components i els altres els omplen ("els banyen") d'anticòps, amb la qual cosa queden greument frenats. Si, malgrat tot, els microbis aconseguixen travessar aquest filtre, passen a la sang.

La reacció gangliosa es nota per un augment de grandària del gangli, que a vegades es torna dolorós (P. ex: és evident en casos d'angines).

.General: -A la sang els microbis banyats d'anticòps són fulminats pel complement o destruïts per uns altres leucòcits.

Els que no tenen anticòps continuen lliures fins que són destruïts per un leucòcit que se'ls menja, o fins que contacten amb un anticòp, que els frena. Si no passa cap de les dues coses, el microbi es reproduïx i s'estén a tot el cos, generalitzant-se la infecció (sepsis o septicèmia) i font-se ferta en un lloc concret (P. ex: al pulmó: pulmonia, a les meninges: meningitis, etc.)

4. L'EQUILIBRI IMMUNITARI COLLECTIU

El joc de forces microbi-defenses podem millorar-lo al nostre favor, disminuint el risc d'infecció de dues formes:

1. Disminuint l'agressió: lluitant contra els microbis allà on són:

---Al nostre cos (pell, pèl, dents, mans, anus):
amb la higiene corporal, rentant-nos i rentant

la mala que venia.

--Als aliments (aigua, llegum, verdures, fruita, carn, etc.): mesures higiènicoculinaris de control, residus (Serveis Sanitaris) i personal.

--Al medi ambient: afavorint socialment l'equilibri ecològic del camp, la ciutat, els transports, la venda, els locals comercials, mercats, indústries (serveis sanitaris especialitzats).

--En cas de malaltia: a través d'un diagnòstic correcte establint el tractament adequat del malalt, i si cal, prenent les mesures d'aïllament necessàries.

2. Aumentant els mecanismes de defensa:

--Amb una alimentació correcta i suficient, i amb el repòs necessari, que permeti al cos un bon rendiment en les seves funcions, en aquest cas, immunitàries.

--Amb vacunacions col·lectives correctes, que augmentin el nivell immunitari de tota la població.

INTRODUCCIÓ

Així com el cos és visible directament, es pot tocar i agarrar, la ment només pot ser coneguda a través de l'observació de les reaccions a través del temps. L'observació ens ensenya amb les persones, a més del cos, material i visible, tenen també una ment, immaterial i invisible, però existent, que va creixent juntament amb el cos, formant un conjunt inseparable que anomenem persona.

Com que és difícil estudiar-la i conèixer-la, a través de la Història se n'ha donat moltes visions o concepcions, - diferents entre si, i a vegades oposades. Abans, per exemple, es creia que la persona constava de parts independents entre si: se n'hi deien cos i ànima, quan s'ajuntaven hi havia la vida, quan es separaven desapareixia la vida, hi havia la mort. Actualment es creu que mentre vivim són inseparables, i que per tant així cal estudiar-les. La ment, doncs, és un component de la persona, i no pot separar-se del cos igual que no podem separar el cervell o el fetge. A l'estudi de la ment o psique se'n diu Psicologia. Els psicòlegs no es dediquen a dividir la gent en dos grups: els bons i els dolents, sinó que es dediquen a estudiar - EL FUNCIONAMENT mental o psíquic de les persones, intentant ajudar-les en el que poden.

EL FUNCIONAMENT DE LA MENT

-FUNCIONAMENT ELEMENTAL O INICIAL

1. Des que el nen neix, el seu cos funciona i, per tant, gasta i necessita recuperar el que perd, alimentar-se. A cada necessitat objectiva, material (alimentar-se en aquest cas) correspon una sensació o desig subjectiu, mental (fan en aquest cas).

2. Que la necessitat, la fam, presenta una exigència comu-
nal (p. ex.: plorar de dolor) i una acció (p. ex.: xuclar
el que tingui a la boca). Aquesta acció produeix un efecte:

--Si satisfà la necessitat (p. ex: el non xucla el
pit de la mare i hi surt llet, satisfent-se la fam
el xiquet obté un plaer o satisfacció, que grava a
la ment: així comença l'experiència-memòria-consci-
entament positivus, és a dir, de coses útils. L'acció
facció és en la ment constitueix el coneixement
de la part conscient. La pròxima vegada que el xi-
quet tingui fam repetirà l'acció que sap que sap
que el satisfà, buscarà el pit per xuclar-hi. La
successiva repetició d'aquestes experiències posi-
tives, útils, reforça el coneixement conscient.

--Si no satisfà la necessitat (p. ex: el non xucla
un bergansí i no li satisfà la fam) el xiquet obté
una frustració o insatisfacció, que també grava a
la ment: així comença l'experiència-memòria-consci-
xement negativus, és a dir, de coses inútils. La
frustració pot provocar al xiquet que faci:

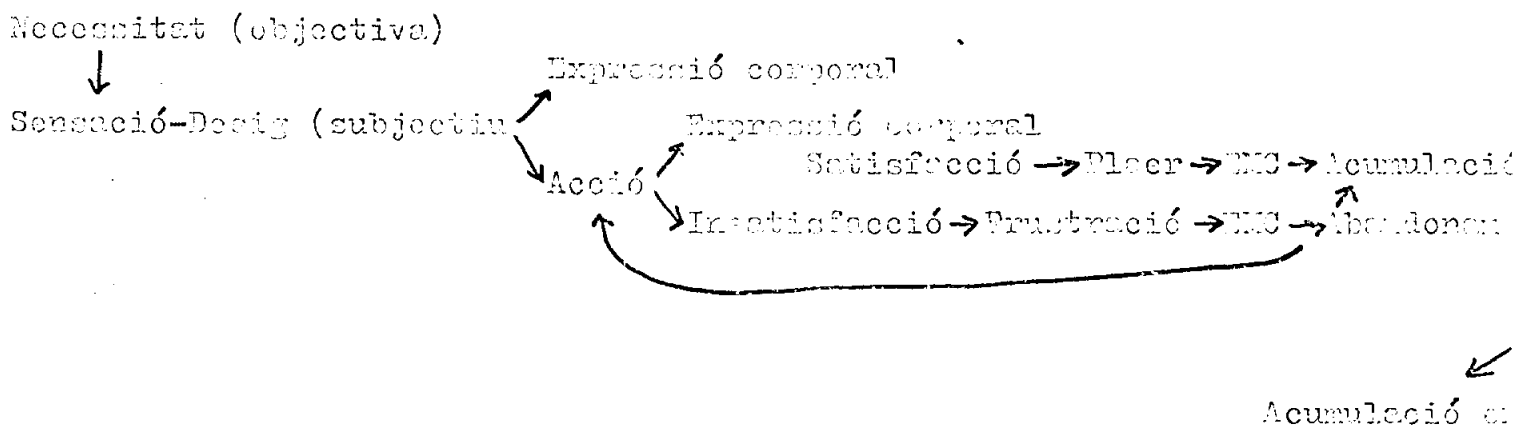
1. aprendre la inutilitat d'aquella acció.
2. Una altra acció, diferent, intentant de sa-
tisfer la necessitat, que persisteix.
- 3, Enfadar-se i no intentar ja satisfer la ne-
cessitat. Com que la necessitat persisteix
i la conducta és inútil, si la fa intenta-
rà defensar-se de l'absurd (=autoconvèncer
se) i amagar de la seva consciència aques-
ta acció inútil.

Pot, p, ex: oblidar-se (repressió) que ha
fet allò, o donar-li una falsa raó (justi-
ficació) intentant veure que no ha fet res
absurd. P. ex: dir que ja no té fam, o que
no li agrada la llet.

O atribuir la seva inutilitat als altres,

evadint la seva responsabilitat (projecció p. ex: fer creure que els altres no han entès la seva acció, que no han volgut satisfer-lo, "escórrer l'embalum fent-se el màrtir").

(L'acumulació d'EMC constitueix el component de la part inconscient, del conjunt d'experiències no acumulades en el conscient, i que per tant no poden influir-hi a través de la consciència, perquè s'escapen d'ella).



FUNCIONAMENT COMPLET O ESTRUCTURAL (MADURACIÓ)

1. El coneixement de què hem parlat se'n diu "d'assaig-error" o "d'estímul-resposta", és a dir, davant d'una situació o necessitat igual que una anterior sap quina és l'acció correcta o satisfactòria i quina no ho és, però davant una diferent no ho sap.

A mesura que es van acumulant experiències concretes, a mesura que es va acumulant aquest coneixement, el xiquet va aprenent, primer les petites diferències d'acció i resposta davant situacions diferents, i per fi acaba deduint la relació causa-efecte; és a dir acaba sabent el per què d'una acció se'n deriva una resposta. El xiquet acaba sabent que cal riure quan li donen el menjar, i no quan li donen una fusta, p. ex; descobreix la relació causa-efecte, entre menjar i somriure: menja aliment, perquè sap que així se li'n va la fusta. Sap, entén, ja no és la pura memòria; ja és pròpiament coneixement.

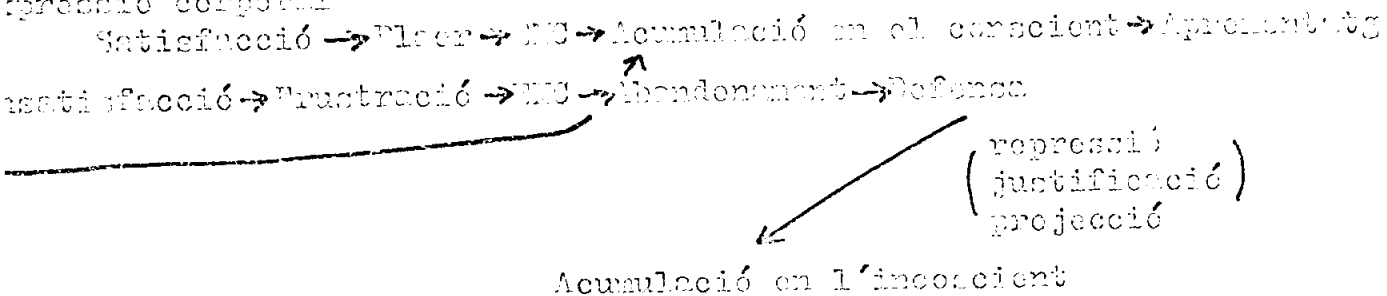
2. L'arribada del coneixent ent causa-efecte és un gran -

eva responsabilitat (projecció
reure que els altres no han en
acció, que no han volgut satis
órrer l'embolam fent-se el càr

uen el començament de la part
experiències no acumulades en
t no podem influir-hi a través
(escapen d'ella).

5 corporal

repressió corporal

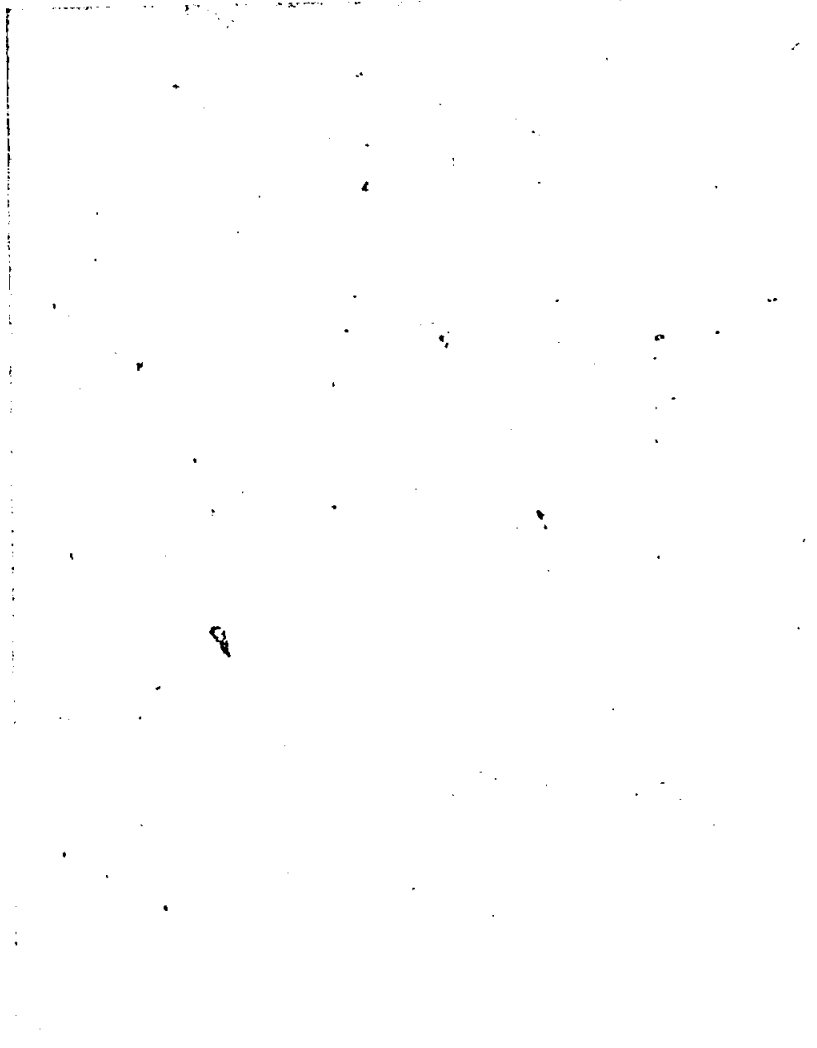


INSTRUMENTAL (MADURACIÓ)

em parlat se'n diu "d'assaig-
ta", és dir. davant d'una si-
que una anterior sap quina és
lòria i quina no ho és, però
sap.

ant experiències concretes, a -
aquest coneixement, el xiquet
tites diferències d'acció i -
diferents, i per fi acaba de-
cto; és a dir acaba sabent el
eriva una resposta. El xiquet
quan li donen el menjar, i -
, p. ex; descobren la felació
i fan: menja aliment, perquè
fan. Sap, entón, Ja no és la
ment coneixement.

ent causa-efecte és un gran -



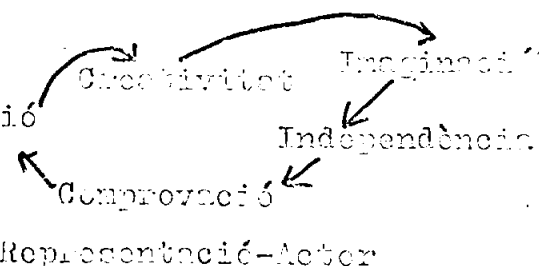
pas per conèixer o conèixer-se a si mateix. És un treballar el seu coneixement a una altra cosa nova. És el pèn de la ciutadania activa, així que pot renovar-lo. El xiquet ja intenta fer coses, i així ho té interès. A partir del seu coneixement per experimentar i descobrir nous coneixements. Aleshores a descobrir les causes dels efectes que provenen. Aquí el xiquet comença a sentir-se capaç de fer coses noves, no només de repetir les anteriors. Menten, doncs, la creativitat i, a més de l'ella, la imaginació.

3. Comença veu que transfereix coses, comença a imaginar altres possibilitats, comença, per tant, a fer-se independent de la realitat concreta i pot traslladar-se a la realitat imaginada, a la fantasia, on troba un gust especial, ja que acaba de descobrir-ho, li resulta tot un món nou, que pot fabricar. Entre l'experimentació i la imaginació el xiquet ha adquirit, ja, les dues principals forts del coneixement. Per comprovar l'autenticitat d'una idea que ell crea o ha imaginat la experimenta i veu si és certa o falsa.

4. Entre la imaginació, l'experimentació i la comprovació, el xiquet fa un ràpid avenç en el coneixement. Poc a poc va representant en la seva ment el món que viu, -adquirint mentalment l'estructura que veu fora: va convertint-se, sense saber-ho, en un actor més de la trama que viu. Si viu violència, havent après relacions violentes, les representarà: serà un xiquet violent, jugarà a fer mal, a matar... Esdevé una expressió clara del seu entorn (familiar, social...), de l'educació que ha rebut.

Estímul-resposta

Causa-efecte → Intenció → Experimentació



EL CONTINGUT DE LA MENT - EL CONTINGUT DE LA MENT - CONTINGUT DE LA MENT.

Davant d'una frustració el niçuet aprèn que els seus es-
 neïments són falsos, incorpòr-los com a necessària o-
 na revisió, i després una reestructuració. Cal aprendre
 de nou, però estova equivocet. Quan el niçuet aprèn que
 cal reestructurar-se comença a viure en ell l'autoseng-
 ciència: se n'adona que també ell és un altre element -
 del món. Poc a poc va descobrint que ell és un ele-
 ment imobert de la seva vida, el protagonista: va pag-
 sant de fer d'actor o ser-ne l'autor. Aprèn que hi ha -
 una realitat objectiva sobre la qual ell viu. Finalment
 aprèn, que així com la realitat (el món, l'entorn) el -
 modifica, l'obliga a adaptar-s'hi, també ell modifica
 la realitat. La realitat és descoberta com un joc amb -
 unes regles, i ell s'autodescobreix com el jugador. -
 Quan es socialitza descobrirà que el joc el vincen ve-
 molts, i ell n'és un més: un element d'un conjunt. Poc
 a poc anirà descobrint, que a més d'objectes hi ha sub-
 jectes, i que la seva relació amb els altres (subjec-
 tes) també es un joc amb unes regles, les regles soci-
als, més o menys estables.

EL CONTINGUT DE LA MENT

Els continguts mentals, derivats de les seves necessi-
 tats, són d'incorporació progressiva. No es van arunte-
 gent, com per capes o estrats, sinó que a mesura que -
 es van incorporant van influint i sent influïts pels -
 anteriors. L'entrada d'un nou aspecte en la ment no su-
 posa una suma (un conjunt d'elements més), sinó que -
 provoca la reestructuració de tota la ment, donant-hi
 sabuda a l'arribat de nou.

En cada moment predomina un o altre aspecte de la ment
 F. ex: hi ha moments més afectius que intel.lectuals,
 moments més artístics que afectius...

Esportar-se i fer front a les necessitats contingents que es
milan a la vida:

. Necessitats bàsiques: Igual que els animals: alimentació, evocar eló, transportar (en rússor).

. Afectivitat: necessitat de sentir-se estimat i gratificat (primera neces)

. Comunicació: necessitat de sentir-se recíprocament estimat i estimant, establir l'ligam de dos extrems (19^o i 20^o any)

. Autoafirmació: dues etapes: 1a: "fase del no": nega -
allò de tot als altres (20^o any)

2a: "fase de l'Èdip": S'identifica i afirma allò que fa seu (el pare del sexe oposat), hi comporta com fa el pare del mateix sexe, - amb qui seba per identificar-se (dels 3 als 5 anys).

. Sociabilitat: una vegada afirmat ell mateix, comença a necessitar dels altres, establint-hi relacions, i aprenent a viure en grup (molt rudimentari) (dels 4 als 6 anys).

. Sensibilitat-Imaginació-Creativitat: juga a comprovar els seus "invents" juga a crear un món fantàstic, i finalment juga a fer coses que li agraden.

Ètica-Política: Des que viu en grup va aprenent el que cal fer i el que no, i el pot aconseguir i el que no.

. Amistat-Amor: necessita compartir parts de la seua vida amb altres persones, amb les qui la convivència resulta gratificant, per comparació o adquisició de l'altre.

. Intel·ligència: és la capacitat d'obtenir el que un necessita. La seva adquisició és progressiva.

. Cultura: és l'adquisició de coneixements i possibilitats que el món ens proporciona en cada moment.

INFLUÈNCIA DE L'ENTORN EN EL COMPORTAMENT

El text que l'entorn és l'entorn de les, d'estímul i respostes, resulta un condicionament extern del contingut i funcionament mental de les persones. De ben llit que el riquet és un actor de l'evolució de vida. Segons l'obra que s'hi representa, així actuarà ell.

Segons la plasticitat d'estímul i de situacions que visqui se'n derivaran les respostes mental, és a dir que tot s'aprèn de l'entorn, i en ell s'hi verifica, segons l'entorn sigui, així serà el contingut mental de la gent que hi visqui. P. ex: si de petits veiem que la gent ens ens saluden aprendrem a saludar, si veiem que la gent té relacions de violència, aprendrem a tenir relacions violentes; si veiem que la gent té relacions de violència, aprendrem a tenir relacions violentes; si veiem que la gent llegeix, aprendrem que s'ha de llegir. etc.

Segons la modificabilitat de l'entorn així serà la nostra actitud: si res no es pot modificar no serem estímuls - per fer-ho i acabarem sent pura receptors; si qualsem es pot canviar, aprendrem a canviar coses: no serem pura receptors, sinó també emissors, creadors.

PAATOLOGIA HABITUAL DE LA MENT

Distingirem entre patologia orgànica i psíquica:

--Orgànica: deguda a una lesió cerebral. P. ex: un accident que lesioni les parts del cervell que s'encarreguen del llenguatge, o de la memòria, o de la visió, o del moviment, o de la conducta, impossibilitarà per seguir una vida normal en aquests aspectes.

Una lesió que afecti les parts del cervell que s'encarreguen de la intel.ligència.

--Psíquica:

.Inapetència: deguda a un intent de dramatitzar la relació amb la mare, font de protagonista.

- .Anansi i presoner (miedo i desconfiança inconscient): combatent a l'exterior, suposa una proximitat amb el pare.
- .Forçosa mutisme (certs de terror tot dormint): són com ella en els moments patits.
- .Hiperactivitat (no estar-se mai quiet, tocant-ho tot): pot indicar un problema cerebral mínim, o una inadaptació a l'ordre establert, generalment per una incapacitat d'autocontrol.
- .Mals de prova: freqüentment després de les proves de fer-se notar al grup en estè, i no saber-ho aconseguir per altres mitjans.
- .Fòbies: el nen adquireix por o es creu obligat a fer certes coses de forma regular: P. ex: rentar-se les mans 30 o 40 vegades al dia.
- .Històries: el niquet interpreta papers de protagonista (màrtir o dominador), intentant reclamar l'atenció del grup, ja que se sent ignorat i necessita sentir-se escoltat.

EL ALIMENTARI I EL METABOLISME

TIPI D'INICI

Distingirem tres aspectes que convergiran en l'alimentació:

--La qüestió fisiològica: la nutrició: els aliments contenen substàncies nutritives, és a dir, les substàncies que el cos necessita per al seu desenvolupament en correcte funcionament. Recordem quan parlàvem del metabolisme, que deien que les cèl.lules capten substàncies arribades a través de la sang són els nutrients que travessen el tub digestiu i passen a la sang. Els aliments són els vehicles dels nutrients.

--La ingestió: per assolir una correcta digestió és precís mastegar bé els aliments, i mantenir durant l'estada de menjar una actitud de tranquil·litat (que afavoreix una adequada producció de sucs digestius).

--La qüestió psíquica: a la necessitat objectiva d'alimentar se correspon la sensació subjectiva de fam i d'apetència (el gust). S'associa, per tant, el plaer a l'alimentació, a través del bon gust dels aliments, i de la satisfacció de la fam.

--La qüestió socio-cultural: L'hora de menjar, en què tothom pretén estar a gust, sol provocar una bona relació humana, en què es comparteix les preocupacions i satisfaccions del dia. El fet de l'alimentació resulta vincle de sociabilització, de comunicació.

CONCEPTES BÀSICS

1. La calorica: és la unitat d'energia-treball. Aquesta energia-treball, que requereix el cos per mantenir-se i per funcionar, està continguda en els nutrients, és a dir, el cos la obté quan utilitza els nutrients) ens donen energia, ens

denen calories.

2. La nutrició: són substàncies contingudes en els aliments que el cos utilitza. Suposen l'aportació de material per al metabolisme (recordem que l'energia és l'aportació combustible)

(recorrem el cicle del metabolisme): Tipus de nutrients:

--hidrats de carboni (HC):

NOMS: També anomenats sucres, fècules i glúcids.

FUNCIÓ: Són substàncies que proporcionen energia ràpidament, és a dir, l'energia de funcionament habitual del cos: energia muscular, p. ex:

PROPORCIÓ: el 50 % de les calories totals diàries són rebudes a través d'HC d'HC.

FAM: la seva concentració a la sang determina el grau de fam de les persones.

Una vegada estan cobertes les necessitats corporals d'HC, l'excés s'acumula en forma de greix (els HC es transformen en greix) i per tant engreixen, ja que el greix abulta més que l'HC del que prové.

--Greixos (GR):

NOMS: També anomenats greuges i lípids.

FUNCIÓ: Són substàncies que proporcionen gran energia però no de forma ràpida, sinó de reserva, de dipòsit (en un moment donat el cos no pot utilitzar greixos - perquè li deman energia, p. ex: muscular.

PROPORCIÓ: El 40 % de les calories totals diàries són rebudes a través de GR.

FAM: Obren la fam, per afarten ràpidament (ex: salses El seu excés, lògicament, engreixa.

Constitueixen gran part del cervell i els "coixins" de protecció del cos (greix de sota la pell) i dels òrgans.

- Proteïna (P): És el nucli que controla i dirigeix el metabolisme. És necessària per a la síntesi de proteïnes i per a la regulació de la funció dels enzims. És necessària per a la síntesi de la major part dels hormones i de les vitamines. És necessària per a la síntesi de la major part dels neurotransmissors i de les hormones. És necessària per a la síntesi de la major part dels anticòs i de les enzymes. És necessària per a la síntesi de la major part dels factors de creixement i de les hormones. És necessària per a la síntesi de la major part dels neurotransmissors i de les hormones. És necessària per a la síntesi de la major part dels anticòs i de les enzymes. És necessària per a la síntesi de la major part dels factors de creixement i de les hormones.
- PROTEÏNA: Controla i dirigeix el metabolisme i la regulació del cos, alhora que proporciona l'estructura del nucli (director) i energia (activadors) de les cèl·lules. Són, per tant, molt necessàries en èpoques de creixement i malaltia.
- PROTEÏNA: Representen un 10 % de les calories diàries, no són, per tant, substàncies d'interès energètic, sinó funcional-estructural.
- PAN: ni afecten, ni engreixen.
- PROTEÏNA: Presenta, sobretot, en el cervell i músculs.

--Minerals: La majoria de substàncies minerals (o inorgàniques) són necessàries al cos, no havent-hi problemes per la seva abundància en tots els aliments. Destacarem tres minerals, per la seva vital importància i per ser els que més freqüentment escassegen en l'alimentació.

--Calci: és vital per a la bona formació d'ossos i dents. No falta en cap dieta, però sí que pot faltar la seva utilització per manca de l'activador corresponent: la vitamina D.

--Fòsfor: és vital, també, pels ossos i dents, i a més pel cervell.

--Ferro: és bàsic pel manteniment de la sang (el dèficit origina anèmies) i els músculs.

--Vitamines: Són substàncies que necessiten les cèl·lules per utilitzar els nutrients. N'hi ha varies, i cadascuna és abundant en certs tipus d'aliments. Per això és tant important que la dieta sigui variada. És tal que el seu excés obri la fam ("vitamines - pel nen que no té gana" = "consolador per a la ma-

re"), i és cert que el seu excés pot portar malaltia, sobretot eczema i acné.

A: És especialment necessària pel manteniment de la integritat de la pell i les mucoses, i veu a la vit. B₆. Abundant en els aliments de origen grec (cullera, menta, etc, aus, cítrics).

B: És un conjunt de substàncies necessàries especialment per al funcionament del sistema nerviós i la sang. El seu excés (p. ex: vit. B₆) no augmenta el nivell intel·lectual en les persones normals, ni provoca sobreesforç, p. ex: emans. Són abundants en els aliments d'origen animal (carne, fetge, peix).

C: És necessària per a totes les cèl·lules del cos. Sembla que augmenta la resistència de la pell i les mucoses a les infeccions (p. ex: constipats). És molt abundant en els cítrics.

D: És la substància que permet al cos la utilització del calci. El seu defecte provoca el raquitisme. El seu excés no fa sortir les dents, ni ajuda a caminar, i en canvi, pot provocar problemes d'ossos i dels ronyons.

El cos té gran quantitat de vitamina D inactiva a la pell, i l'exposició al sol automàticament l'activa. Per això és tan important que tothom "vegi" el sol, sobretot en èpoques de creixement ossi, com és la lactància i la infància.

Important: així com la manca de vitamines pot ser deguda a la dieta, l'excés no ho és mai, perquè el cos elimina l'excés de vitamines que li arriben amb l'alimentació.

- Aigua: És necessària per a tot. Totes les funcions de les cèl·lules poden fer-se quan tenen suficient aigua. Quan ens falta aigua ens ve la set. Quan se'n perd massa (p. ex: vòmits o diarrees, o febre

o encara les aportació (i cal) del brom i del iode, però amb deshidratació.

3. Els fibrares

Són les substàncies de la cel·lulosa que mengem habitualment, i que contenen els minerals. A més dels nutrients contenen residus, sobretot de cel·lulosa, que en no ser absorbits pel bàlbul, constitueixen la fibra. A part de nutrients, doncs, el menjar prou resídu, ja que, sinó, el poc volum de la fibra ens provocarà el restrenyiment. Veiem el contingut nutritiu dels principals aliments:

--Els vegetals: Són la principal font de residus no digeribles (cel·lulosa)

.Fruita i verdures: contenen HC, calci i ferro (els cítrics a més, gran quantitat de vitamines A i C), i vitamina B.

.Les llegums: Contenen HC i PR, ferro i fòsfor, i vitamines B.

.Fruits secs: Contenen GR, ferro i fòsfor.

.Ensalades (lletuga, tomaca, ceba, carlota): molt calci i vitamina C, i la carlota moltíssima vitamina A.

--Els animals: la carn, el peix i el fetge: contenen moltes PR, ferro, fòsfor i vitamina B. El greix: és el greix. Els ous, a més d'allò dit, contenen també greix (sobretot: colesterol).

--La llet: és un aliment complet, per això els nans poden viure només prenent llet de la mare. Conté quantitats suficients i equilibrades (és a dir, ni defecte ni predomini excessiu de cap dels components) de HC, GR, PR, calci, fòsfor i vitamines A i B. (la llet de vaca, i per tant totes les llets en pols, contenen poc ferro i vitamina D).

.El formatge conté, de la llet, sobretot GR, PR i calci.

--El pa, l'arròs i la pasta de sops: contenen sobretot HC (per això afarten).

1. EL DIETARI SIBERIANE (1970-1971)

--Econòmicament el procediment alimentari es dividia-lo en cinc parts iguals:

1. Vegetals (fruita, verdura, llegums i fruita seca).
2. Animals (carn, peix, fetge, ou)
3. Llet i derivats (forns secs, iogurt)
4. Saccarats (pa, arròs, pasta de sopa)
5. Condiments (sal, sucre, oli, mantega de llet, i de porc, altres espècies).

--La confecció habitual de l'alimentació siberiana és la més correcta per a la salut, i per això la majoria de la població està sana. Biren que es dividia-se en 3 o 4 àpats: esmorzar, dinar, berenar i sopar.

.L'esmorzar i el berenar, fonamentalment energètics, per aconseguir fent feina, a base de llet, fruita, dolços, melmelades
Es a dir: HC.

.El dinar i el sopar: energètics ~~(HC) i reconstructors~~, i reconstructors, generalment consten de:

.Primer plat, energètic (HC): verdura, llegums, creïlles, - pasta de sopa.

.Segon plat, reconstructor i saciant (PR i GR): carn, peix, ou, fetge, salses.

.Ensalada, plena de residus de cel.lulosa: lletuga, tomaca, ceba, carlota.

.Postres, saciant i vitaminat: fruits

ELS ERRORS HABITUALS EN L'ALIMENTACIÓ

Els agruparem en tres grups:

1. Derivats de problemes mèdics molt generalitzats:

• Confondre qualitat amb quantitat: degut al paper de nutrients que la societat encara assigna a les mares, aquestes creuen obligació seva omplir molt l'estómac dels nens, reproduint-se així ja des de petits l'hàbit de menjar molt,

burecrat en l'afavorir-se un plaer. Típic de països endarre-
rits. La conferència l'admetent el concepte, realitzat, amb
l'alimentació successiva, abusiva.

.Menjar per cancel·lar-se: és freqüent l'associació de colètat
amb fons, llevens, quan actuen erronies, sols, depurats, ens
posen a menjar, HC que trenca la fam, engreixen, però no co-
breixen les necessitats.

2, Derivats de la deferència política-econòmica i cultural-
del país:

. Valorar més el preu que la qualitat típic del consumisme
Considerar els aliments cars com bons, i els barats com ro-
ïns. D'aquí se'n deriven dos errors molt freqüents:

--Preparar per als nens una alimentació diferent (millor =
més cara): la qual no sol alimentar millor el niquet, i sí
fer-lo sentir-se diferent, qualcom separat de la resta de la
família.

--Rebutjar tontament aliments barats creient que són poc nu-
tritius: pollastre, bou, cavall, foie-gras, verdura, fruita
mortadella, congelats...

.Necessitats creades per la publicitat: solen afectar més a
la gent amb menys diners (que generalment és també la més
indefensa a la publicitat, per manca d'una correcta educa-
ció). Es gasten molts diners en productes superflus com be-
gudes artificials, dolços d'encant, pols, papas, etc., resta-
llant el pressupost alimentari dels aliments realment nutri-
tius.

.Confondre obesitat amb salut: és típic de post-guerra, de
post-penúria. Ja des de menuts anem creixent obesos, "macos"
Es fa de l'obesitat un sinònim de salut, de felicitat, quan
ja sabem que els obesos viuen menys anys i pitjor. En reali-
tat els HC solen ser els aliments més barats.

.Aprimar-se ràpidament: és freqüent en niques acomplexades
d'obesos lluitar "feroçment" contra els centímetres", i el
cos acostumat a un règim alimentari determinat i a una quan-

títol de l'obra "Energia i salut per als pobres, i davant la
pèrdua humana i el greix del cos.

Per aconseguir una "bona figura" es perd la salut.

--Derivats i fins mala informació:

.Obriures de fam: és molt freqüent en nenes que, després
d'enfrontar-se amb els seus fills, demanen al metge un "o-
brider de fam" creient que les vitamines aconseguiran el
que ella no ha pogut aconseguir. Rementablement molts met-
ges se presten al joc, actuant de còmplices de la comèdia.
Llevat de casos excepcionals com a conèixer que les vitami-
nes, al menys, no fan mal.

.Obriures de la memòria: és freqüent que estudiants preocu-
pats pels seus exàmens prenen vitamines, per poder estudiar
més o per censurar-se menys, creient que els medicaments acon-
seguiran allò que ell era impossible.

.Caminadors i dentadors: és freqüent en nenes que pateixen
perquè els seus nens no caminen o no els hi surten les dents
que confien en el "calci" creient que ajuda a dentar o a ca-
minar.

.En general qualsevol greença que la medicació (generalment
se n'hi diuen reforçants) pot aconseguir miracles que solen
dependre d'una normal alimentació (reforçar la sang, refor-
çar el creixement, reforçar l'estudiant...)

POSSIBLES ALTERACIONS EN RELACIÓ AMB ERRORES D'ALIMENTACIÓ

--Obesitat: Fonamentalment deguda a una ingestió de HC que
el cos no gasta en el treball que fa, l'excés d'HC es trans-
forma en GR. Cal un augment de la despesa (esport, exerci-
ci muscular) i una reducció dels HC, augmentant la propor-
ció del PR.

--Desnutrició: és molt freqüent en nens, per poca o mala
alimentació. Generalment és deguda a un excés d'HC que treu
la fam i impedeix l'ingrés de suficients PR.

--Raquitisme: per manca de sol i vitamina D (recordem que -

de llet de vaca i les lletes de cabra (A. Chaitkin en mi-
tino 2). No es tracta de nous primes, sinó flonjes, grossos
i flonjes.

--Anòmia: molt freqüent, i deguda a una manca de ferro, que
és curada en la llet de vaca.

--Restrenyiment: per manca de motilitat, i també per fèrtilitat
de la femella i per "manca de temps". Cal augmentar la quantitat
de vegetals i records-se'n el dia d'excursió.

--Flatulències: encara més popularment gases. Són degudes a
un excés de pols de llaguna i col·li-flor. Més que medicació
es recel per l'alimentació.

--Gastritis: molt freqüent l'elestèrica, i la deguda a la
mala mastiació i excés de tensió en els menjars ("nervis a
l'estómac"). Més que la medicació cal treure la causa que
l'ha produïda.

--Càries: produïdes per la persistència d'ús a la boca duse-
rant molt de temps degut a acabar els menjars amb dolços, o
menjar caramels, o per mala higiene dental.

INTRODUCCIÓ

L'home, l'ésser més intel·ligent que hi ha sobre la Terra, ha adquirit sobre ella un poder de dominació. Fins ara veia la Terra, com un món hostil, un enemic. En l'home vivia la Natura era arrasada, eliminada. Natura i civilització eren termes antagònics.

Dins el nucli "de civilització", els pobles i ciutats, han oblidat que necessiten la Terra per viure, confonent el progrés amb l'artificialització, i ara ens trobem en una formiguera que poden tornar-se inhabitable i ofegar-nos. Sentim la necessitat de fugir-ne.

Ara que els humans ja som molts i la dependència de la Terra és evident, comencem a veure que la solució consisteix en no arrasar el planeta, la Natura, sinó en mantenir-lo, cuidar-lo, utilitzar-lo al nostre favor. Cal, doncs, un canvi d'actitud de l'oposició a la col·laboració.

Com que per ara encara vivim en aquests nuclis caldrà aprendre a fer-ho de manera que no ens lesionin, tot exigint que els nous pobles i ciutats es facin de forma més intel·ligent, atenent els interessos dels pobladors. Mentrestant cal neguem el que podem fer, individual i socialment, per mantenir-nos vius i sans, i això és el que anomenem Higiene.

La higiene és, doncs, el conjunt d'hàbits i accions dirigit a millorar el nivell de salut (física, mental i social) de la població. Segons l'àmbit d'actuació distingirem una Higiene individual i una Higiene social.

HIGIENE INDIVIDUAL (la que fa cada individu)EN RELACIÓ A LA PRÒPIA PERSONA

--Higiene del cos: recordant l'estructura del cos veurem el

que fa l'eficàcia al seu manteniment.

La pell i el cabell: el poder lubrificat de la pell, i la cel que deixa la suor en evaporar-se, constitueixen una capa adheriva en queden recoberts els microbis que ens envolton. Això és més important en el cas de les mans i dels peus, i dels orificis naturals:

Els microbis recoberts en les mans són transportats, amb elles, sobretot als ulls i la boca, podent provocar-hi infeccions (conjuntivitis i infeccions intestinals). Per això és tan important rentar-se-les abans de menjar.

Els peus, tanmateix dins les sabates, eliminen menys suor, produint-se hi l'humitat, que afavoreix el creixement microbià, sobretot dels fongs (recorden el peu d'atleta).

Els orificis, sobretot el nas, les orelles, el melic i els genitals (vagina sobretot) impedeixen el pas dels microbis, però no els maten, amb la qual cosa poden infectar-los localment.

Cal, doncs, evitar l'estancament microbià i de les secrecions, i és per això que cal rentar-se diàriament. L'aigua dilueix i mou, i els detergents eliminen el greix. La duxa diària és el més ràpid i eficaç, puix l'aigua es renova constantment i es distribueix per tot arreu.

Les ungles: dipòsits segurs i mòbils de microbis. Cal netejar-les i evitar-hi el dipòsit de material (tallar-les arran).

Les dents: Evitar la fermentació dels HC, que afavoreix la colonització dels microbis responsables de la càries. per això cal evitar d'acabar els menjars amb aliments HC (dolços sobretot) i els caramels. I després dels menjars rentar-se les dents.

Aparell digestiu: alimentació variada i suficient, de nutrients i residus

Acostumar-se a evacuar diàriament, o almenys intentar-ho

l'etge: evitar la seva destrucció per l'abús de begudes alcohòliques.

Aparell Respiratori: --Mantenir sempre el nas desobstruït,

i respirar-hi (l'aire s'hi filtra, deixant-hi partícules de pols i fum, i s'hi respira).

--Evitar tòxics del tub respiratori: fonamentalment el tabac. Provoquen irritació crònica respiratòria i càncer pulmonar.

--Accentuar-se a sentir la respiració, la qual cosa sembla proporcionar una gran capacitat d'autocontrol (en: ioga).

.Sistema immunològic: veurem-se segons indicació mèdica.

.Sistema nerviós i locomotor.

--Pel SNC és aconsellable l'adaptació als canvis climàtics

--Pel SNC calen períodes de repòs, motor (jocs) i social (silenci i foscor). S'aconsellen 3 hores diàries de repòs.

--Pel sistema locomotor i SN motor calen els exercicis de força (esports "violents") i de precisió.

--Higiene de la ment: a més de disposar d'una estona suficient per al repòs i el lleure, s'aconsella l'autocontrol conscient del cos. La primera fase, d'autoconeixement, convenient ja en la infància, suposa exercicis de visió del cos, de tacte, de memorització de les diferents parts, a través del record anatòmic i del record de sensacions (tensió-relax, de concentració-dispersió, localització-generalització, connexió-desconnexió...)

--Higiene del vestit: la roba interior, en contacte amb la pell, i per tant fàcilment engrassable, cal enviar-la amb freqüència. És important utilitzar ~~///~~ vestits amples que no apretin el cos. Que proporcionen calor suficient, però no excessiu.

--Higiene de la vivenda: Procurar una neteja suficient que elimini pols (mínim setmanal) i una ventilació suficient que elimini fums i mals olores (diària, evidentment). Evitar humitats, que provoquen escatarraments i dolors reumàtics.

Un mobiliari còmode, no deformant.

Procureu condicions generals de suficient (= agradable) temperatura, il·luminació (es recomana llum blava per als llocs de treball continuat, p. ex: escriptoris), coloració.

EN RELACIÓ ALS ALTRES

--Evitar contagis: quan estem malalts (infeccions respiratòries, sobretot) evitar d'escopir a terra, tossir a la cara dels altres... No difondre el microbi als llocs públics, p. ex: el lloc de treball (tant antirendable resulta l'absentisme com el contagi dels companys de feina)

--Evitar agressions: personals o a través de cotxes o armes. Recordem que el cotxe és una arma més mortífera al nostre país que no els microbis.

SEGONS L'EDAT DELS INDIVIDUS

--Abans de néixer (dona embarassada):

.Una alimentació adequada, amb un litre més de llet diari.

.Activitat normal, no esgotadora.

.Evitar alcohol, tabac, medicacions incontrolades, contactes amb Raig X, contactes amb xiquets amb erupcions.

.Control mèdic correcte i periòdic (cada 1 o 2 mesos), amb exercicis de preparació per al part (Sanitat)

--Durant el primer any

.Alimentació adequada.

.Bany diari còdi i tranquil, com un joc. Fins i tot amb febre.

.Temperatures amb poques variacions brusques (vestit ample no excessiu)

.Control mèdic amb les vacunacions corresponents (= mensual)

.Estimulació progressiva, segons les possibilitats del moment. (Atenció, puix és l'edat dels accidents domèstics: electrocució, caigudes al buit, cremades, intoxicacions).

--Durant la infància (10 - 12 anys)

•Hàbits higiènics des de menuts: dutxa diària, cura d'unes, rentats dentals, evacuació diària, evitar tòxics (tabac, alcohol, drogues), progressiva responsabilització de la pròpia higiene i de la cura d'objectes d'ús personal (roba, llibre, joguets, llibres...). Educació sanitària adequada.

•Exercici d'autoconeixement i autocontrol.

•Distribució equilibrada del treball, repòs, lleure.

•Jocs manuals i organitzatius, esports de força i de precisió.

•Socibilització familiar-escolar i social: potenciant (i respectant) la pròpia capacitat d'iniciativa, creativitat i organització. Acceptant la personalitat del xiquet amb les seves manques.

•Controls pediàtrics anuals, dentals i ortopèdics periòdics i correctes (P. ex: escolars).

--En l'adolescència

•Acceptació i promoció (sense intromissió) de l'elaboració psíquica i social.

--La joventut i la maduresa

•Mantenir la neteja personal diària, i la pràctica de l'autocontrol, i activitats creatives i esportives.

•Mantenir tots els hàbits higiènics apresos.

•Control mèdic anual sistemàtic o xequieg (P. ex: el lloc de l'cina).

--La vellesa

•Activitat persistent segons les possibilitats (sense canvis bruscs que comporten la sensació d'inutilitat i de rebuig social, amb la temença d'una pròxima mort o invalidesa).

•Acceptació (per ell i pels altres) de la vellesa, amb els aspectes positius i negatius.

•Evitar la solitud

•Control mèdic periòdic (mínim anual).

VEGETARIAN SOCIAL (la que fa el conjunt social) no confondre amb l'apèndix dels hospitals i institucions mèdiques, sinó fonamentalment en el fa la vida quotidiana de la població

DELS LLUGARS

--Construccions: a més d'una distribució racional, segons interessos de la població:

Habitatge: construcció i conservació correctes:

.Alçada (no superior a l'amplada del carrer), espai habitable (mínim de 14 m² per habitant).

.Ventilació (cada habitació), calefacció (central i regulable), mecanismes anti-electrocució (desconnectadors - automàtics).

.Llum (orientació al sud), soroll (lluny de fàbriques i gran vies), olors (lluny de dipòsits de fem).

.Correcte subministre de gas i aigua, i eliminació de fum i aigües residuals (prohibits els pous negres o fosses - sèptiques), evitant humitats.

.Seguretats en baranes, ascensors, mecanismes anti-incendi.

Locals col·lectius: a més d'allò que s'ha dit per als habitatges particulars:

.Genèrics: suficients WC, cistides d'emergència i controls periòdics.

.Específics: Escola o guarderia: zones de lleure, mínim de m³ per persona, mobiliari adequat no deformant.

.Fàbriques o comerç: Eliminació de residus contaminants (estacions depuradores) sorolls o llums esgotadors, mínim de m³ per persona, mobiliari adequat.

.Serveis públics (escolars, sanitaris, culturals, jubilats): suficients.

--Terrenys urbans no edificats:

.Carrers i voreres:

.Distribució (separant nuclis residencials de vies - de comunicació)

- .Pavimentació, canalització i manteniment adequats.
- .Neteja periòdica i eliminació dels animals transmissors de malalties (rates, insectes i microbis, alimentats en els llots i runts de fem).
- .Eliminació de fums i gasos tòxics
- .Cobertura de llum (electricitat amb mecanismes de seguretat).

.Espais verds i zones esportives: suficients i repartits per la població.

--L'atmosfera:

- .Elements físics: sorolls, irradiacions (Rn i radioactivitat)
- .Elements químics: fums (carbó), gasos tòxics (benzéna, combustibles, indústries químiques), residus líquids i sòlids (domèstics i industrials) que perillosament contaminen els rius i els camps.
- .Elements biològics: microbis, insectes. Vegetals ("pulmons verds")

DELS PRODUCTES DE CONSUM

Fonamentalment aliments, medicaments, aigua i vehicles

DELS FENÒMENS COL·LECTIUS

--Treball: higiene del personal (mobiliari, local, tensió de feina, horari)

.higiene del material (substàncies tòxiques i cancerígenes, combustibles i explosius, fums, residus irritants, màquines traumatitzants, altures)

.Control de malalties professionals: silicosi, càncers concrets, malalties de la sang, reumatisme, irritació crònica respiratòria i digestiva, deformitats pel treball, trastorns visuals, auditius i psíquics.

--Circulació: Distribució, mitjans de transport (fàbrica--

ció sagrat, eliminació de tòxics), Conducció (capacitat,
alcohol, envoltament).

INTRODUCCIÓ

L'espècie humana es reproduïx de forma sexual. Això vol dir que hi ha dos sexes, amb diferències anatòmiques, - funcionals, psíquiques, socials i educacionals, i fins i tot polítiques. Com a éssers humans transmetem informació dels aspectes anatòmo-funcionals, psíquics i socials, de- - vant els aspectes educacionals, morals i polítics per - als qui ho coneixen més profundament.

El fet del sexe té una repercussió a nivell personal i so- - cial:

--A nivell personal: suposa que la reproducció necessita d'una relació entre dues persones de diferent sexe. A--- - questa relació proporciona un plaer, un gust. I el com- - partiment d'aquest plaer porta a una comunicació.

D'aquests tres aspectes fonamentals de la sexualitat, re- - producció, plaer i comunicació, lamentablement només - se'ns ha volgut parlar de l'aspecte reproductor, rebai- - xant-nos a una categoria inferior a la dels conills.

--A nivell social: l'economia, i dins d'ella tots hi si- - som continguts ("productors", "consumidors") necessita - un control de la reproducció. Com que qui reproduïx és la - dona, s'ha controlat l'activitat sexual de la dona - per part de l'home, sorgint el sistema de repressió mas- - clista, on el mascle ha imposat un sistema moral, jurí- - dic, educacional, etc. Aquest sistema porta a una separa- - ció real dels dos sexes, un dominador i l'altre dominat, - arribant-se a una situació degenerada en el plaer i la co- - municació han estat substituïts per la neurosi i la incomu- - nicació: el sexe es converteix (= el convertim) en un - problema.

Caldrà, doncs, treure el val misteriós al sexe, desproble- - matitzant-lo, normalitzant-lo.

ELS MEMBRES DEL SEXE

El cos de l'home: elements que el diferencien del de la dona

--Genitals: VARONIA: de l'embrocuir penja una bagga (-
 (l'escrot) que conté els dos testicles (als testicles -
 formen espermis que poden sortir fora, i testosterona -
 que elimia a la sang). De cada testicle surt un tub -
 (conduït deferent) que desemboca a la uretra, després
 de recollir les bufetes serinals i de travessar la pròstata. La uretra de l'home és diferent a la de la dona ,
 puix la seva part final està enfundada pel penis, òrgan
 de forma cilíndrica, tot de vasos sanguinis, que sobre--
 surt del cos de 10 a 20 cm. segons com estigui. La part
 final del penis és de forma punxaguda triangular (glans)
 i està cobert per un plec de la pell que es diu prepuç
 (problemes: criptorquidia, hèrnies, adenoma de pròstata, -
 adherències, tel o brida, fimosi).

FISIOLOGIA: des funcions principals:

--Erecció: el penis, en l'estimulació sexual, s'infla -
 de sang, tornant-se d'una grandària triple, més dur i rí -
 gid, aixecant-se.

--L'ejaculació: si continua l'estimulació sexual es pro -
 dueixen dos fets simultanis:

1. els espermis són dutx pel deferent a la uretra.
2. les bufetes i la pròstata buiden a la uretra les seves secrecions, que constitueixen l'aliment - dels espermis fora del testicle.

La mescla d'espermis i secrecions (= semen) surt pe la uretra a l'exterior en forma de glops.

(problemes: impotència, ejaculació precoç, esterilitat).

--Caràcters sexuals secundaris: deguts a l'acció de la tes
tosterona sobre el cos.

.Pèl de la barba i bigot, i resta del cos

.Cara: més angular

.Coll: l'hou del coll, la veu més greu per cordes vo--
 cals més gruixudes.

.Pit: sense mama.

.Muscles: més voluminosos.

.Greix: present sobretot al tòrax (tòrax atlètic, trian- gular).

.Cintura: utilitzar cobertes l'escapellor, de més en- vergadura.

--El cos de la dona:

Genitals: UÀTER: dins la pelvis (baix ventre) hi ha els dos ovaris, de grandària amèlta, i un a cada costat de la matriu (els ovaris formen els òvuls, que s'elim- nda a les trompes, i els estrògens que s'eliminen a la sang). Quan l'òvul surt de l'ovari és recollit per un tub (la trompa) a través del qual arriba a la matriu, que és com una bossa, de la grandària del piny, amb u- nes enormes parets musculars i una mínima cavitat en- tre elles. La part inferior de la matriu (el coll), en forma de morro, desemboca a la vagina, que és un tub -- més ample que desemboca a l'exterior per sota de la u- retra.

Davant la uretra hi ha el clítoris, com un petit pinyo net encastat d'on surten els llavis menors. Aquesta ve- na es diu valva i està rodejada d'una pleca de pell o llavis majors. Davant els llavis majors hi ha l'anomenat mont de Venus cobert per una mota de pèl.

A l'entrada de la vagina hi ha un tel, l'himen o verge que sol trencar-se en ser penetrat per primera vegada (desfloració)

(problemes: malposició de la matriu, tumors, fluxis)

FISIOLÒGIA: el cicle ovulatori o menstrual:

1ª fase --Quan s'acaba un cicle (= començament de la - regla) la hipòfisi estimula l'ovari, que forma un "fol- licle", quist o paquet de cel.lules que envolta l'òvul. El fol.licle produeix estrògens, frenant-se l'estimula- ció.

Ovulació: la hipòfisi provoca el trencament del fol.li- cle, que explota produint un tallet a la paret de l'ova- ri, per on surt l'òvul cap a la trompa.

510

Hi ha un petit augment de temps estura (1/2 grau). El fol·licle, esclota i cessa òvul, torna a enquistar-se i es diu "cos grec".

2a fase --El cos grec, al·lès d'estrògens, fa progesterona, per una nova estimulació hipofisària, que progressivament va disminuint.

Menstruació: si no hi ha hagut implantació de l'òvul fecundat a la matriu, la inactivitat progesterònica i el creixent del cos grec provoca l'arrancament del tàxic que neobreix per dins la matriu, que va eliminant-se, junt amb l'òvul i la sang vessada en l'arrancament, per la vagina.

(problemes: dismenorrees, cicles anormals).

--Caràcters sexuals secundaris: deguts a l'acció sobre el cos dels estrògens i la progesterona.

.Pèl: més escàs, excepte al cap (cabell).

.Cara: més roma, sense angulacions.

.Coll: sense nou, veu més aguda per cordes vocals més primes.

.Pit: amb la mama.

.Muscles: més petits

.Greix: passa sobretot a la pelvis i zona lumbar (les corbes).

.Cintures: utilitza sobretot la pelviana, de més envergadura.

EL FUNCIONAMENT DE LA SEXUALITAT

PERSONAL I PSICOSCÈNICA

--La resposta sexual: és el conjunt de reaccions psicosomàtiques que ens passen durant l'acció sexual. Pràcticament no varia sigui la sigui l'acció sexual (auto, homo, o heterosexual).

Podem distingir-hi una sèrie de fases successives:

.Excitació progressiva: correspon al joc corporal inicial tàctil, tèrmic, visual, auditiu. Aquest joc, diferent de

da vegada, l'aproximació cada parella (l'un de l'altre) per la pròpia experiència de plaer, tendresa, excitació. No és un joc rígid, ni té uns sols amb normes pre-establertes, però cada parella és un joc diferent en cada moment. Les senes més erògenes i les postures més gustoses s'aprenen per experiència, i els llibres i publicacions ajudaran mentre descobrirem noves possibilitats mai que les limitin o quèbrulin.

En aquesta fase alternen excitació i relax, amb predomini de l'últim.

Excitació mantinguda: segueix progressivament a l'anterior fase, a mesura que va predominant l'excitació o contracció sobre el relax. La respiració es manté profunda, ràpida i sorollosa, amb aspiració forçada. Comença a sentir-se intens calor i es suu abundantment. L'home es manté en erexió intensa. La dona comença a segregar molt fluix vaginal ("ejaculació femenina"). Tots dos van tornant-se rígids, espàstics. Sol seguir-se de la intracció del penis a la vagina, amb dansa, dels dos, d'entrada i sortida.

L'orgasme: és el moment culminant de màxima excitació i desbloquejament efectiu. És breu.

--Masculí: correspon a l'ejaculació i es segueix un període de relax mantingut, en què l'home és refractari a una nova estimulació: el penis s'afluixa i es retrau.

--Femení: és molt més variable que el de l'home, però sol associar-se a l'estimulació del clítoris, del pit o a la dansa de la penetració vaginal. És més llarg que el de l'home i ve seguit de relax però no de refractarietat: la dona continua sent estimulable poden arribar fàcilment a un nou orgasme si l'exciten. Pot, tenir, per tant, variis orgasmes seguits. La vagina es contrau estrenyent el penis, i segrega abundant fluix. La progressiva adaptació i coneixement dels dos mem---

bros proporciona un plaer i gust cada vegada més gran a cada un dels dos

(problemes: frigiditat, vaginitis, dispareunia, sífilis, - blenorràgia).

--TIPIUS d'activitat sexual: l'èdicament parlant no n'hi ha cap patològic, ja que tots tenen la mateixa resposta sexual, i cap d'ells produeix malalties o incapacitats, que en tot cas serien degudes a altres causes responsables. Només podem parlar d'activitat sexual plena o frustrant, emmalaltidora o no. La frustrant la considerarem anormal per les malalties PSICOSOMÀTIQUES QUE PRODUÏX, i les purament psiquiàtriques d'inadaptació personal. Segons les persones que entren en l'acció sexual distingirem:

.Autosexualitat: masturbació. És molt freqüent en els dos sexes, sobretot abans d'obtenir relacions en altres. Consisteixen en maniobres similars al coit, amb estimulació - del penis, o de la vagina i/o clíteris i vulva. Pot fer-s'ho la persona sola o mitjançant objectes anomenats conseg-ladors, que són reproduccions (generalment en plàstic) dels genitals o del cos sencer. Sols proporciona gust, mai comu-nicació ni reproducció. La "pecaminització" causa dissocia-ció entre plaer corporal i patiment psíquic, amb la conseqüent frustració i neurosi. Creiem ineficax i nociva la re-pressió de la masturbació en el nen.

.Homosexualitat: relació entre dos components del mateix - sexe. Menys freqüent que les altres dues, i molt més "pec-aminitzada" i ridiculitzada socialment. La dona per igual - en els dos sexes. Consisteix en un joc similar al coit o a la masturbació amb estimulació de tot el cos. No proporci-ona reproducció, sols gust i comunicació. El càstig social de l'homosexualitat produeix, semblantment que en la mastur-bació, però a una escala molt més intensa (repressió fami-liar i social), frustració i neurosi. La neurosi no és con-seqüència ni causa de la "deviació" (?) homosexual, sinó

decide a la repressió o la repressió social. És una funció hormonal, muscular i nerviosa de l'homosexualitat i de la de l'heterosexual. Pot considerar-se normala qui s'ajusti en les normes morals socials imperants en matèria de sexe, però no podrà adquirir rangs d'ordre mèdic: cap malaltia ni deficit hormonal o sexual produeix homosexualitat, ni l'homosexualitat produeix cap malaltia ni deficit hormonal o sexual.

Heterosexualitat: relació entre components de sexe diferent. És la més freqüent al nostre País. Mèdicament no hi ha cap norma sobre postures o maneres, i per tant no podem parlar d'anormalitats. El coït, o penetració, no és l'única possibilitat d'acció sexual. Cal recordar que durant la menstruació pot tenir-se activitat sexual, sense por de malalties. Durant el l'embaràs (excepte en cas d'avort) pot tenir relacions sexuals en postures que no estrenguen la matriu i fetus contra terra. Els vells solen tenir activitat sexual regular, encara que més lenta, per la flexibilitat i adaptabilitat neurovegetatives disminuïdes.

Bisexualitat:

És poc freqüent al nostre País. Pot ser simultànea (monogàmia a tres o a més, de diferent sexe) o successiva (homosexualitat i heterosexualitat en un mateix individu). A més de reproducció, gust i comunicació, produeix una socialització de l'experiència sexual. És tan reprimida com l'homosexualitat.

PSICOSOCIAL-CULTURAL

--Història dels rols sexuals: L'economia privada de la família perilla si venen nous nivells, per la qual cosa cal recloure la portadora (= dona) i disminuir l'activitat sexual. La reclusió de la dona a casa, o domesticació, l'ha conduïda a tenir unes funcions, una educació i una mentalitat domèstiques, sorgint la mística de la feminitat (ordre, netedat, nutrició i culinària, decoració, detallisme. I per sublimació: fidelitat-virginitat, espiritualisme. I per repressió: passivitat, conformisme)

La manca d'economia pròpia: "que l'home / su trabajo", de contactes socials, comporta una socialització i qualificació de la dona i una subcultura "femenina" (revistes per a dones, de fulletó, fetenovelles, "de societat", que ajuda a l'acceptació de "gèbia deurada", i "regalada". Sexualment s'educa a la dona per a la passivitat, per ser dominada i dirigida, "arreglada" (= colgada = d'un altre) per trobar un "arreglador" que la compra, la dona es transforma, en dens-objete, seguint les normes publicitàries del mercat huà, i per tant de l'esclavatge.

L'home, que no corre perill fora de casa, es converteix en domestica (masclista) i en productor (home); la qual cosa el condueix a unes funcions, educació i mentalitat de treball i dominació, o sigui, d'exploatació, de propietari, sorgint la mística i crítica de la masculinitat (laboriositat, dominació, abstracció, violència-força-competència, materialisme).

Els contactes socials el porten a la poliitració i a la dominació cultural. Sexualment s'educa a l'home per a l'activitat, la direcció, el "gall", sense remarcar excessivament la fidelitat o "virginitat".

Rols sexuals, per tant: Mascle: actiu, dominant, amo i polític.

Femella: Passiva, dominada, esclava, domestica, domestica.

Aquest acoplament de rols es trenca quan cada un interpreta el seu de forma diferent, entrant-se en la crisi actual.

--Situació actual: Com l'economia no té sentit, si la dona (soltera) rendeix igual que l'home pot incorporar-se al treball. Com que parteix d'una situació de subcultura i de menys rendibilitat (menstruació) s'encarrega, per ara, sobretot de treballs considerats auxiliars i no creatius (carril de dominació laboral masculina mantinguda). El treball extra-domèstic comporta una socialització, poliitració i independència econòmica, que canvia també el rol sexual, i per tant, dels rols familiars: crisi dels rols fa

Milions; i per tant, inestabilitat i experimentació de noves situacions.

L'aparició dels anticonceptius fa desordenar la necessitat econòmica de la no reacció sexual, amb un augment generalitzat de l'activitat sexual i una crisi de la moral sexual clàssica.

CONVENIÈNCIES DE LA PRÀCTICA SEXUAL

ELS ANTICONCEPTIUS

--Barrièrics: evitar l'arribada fisiològica dels espermis a l'òvul:

.Vasectomia i lligadura de trompes: freqüent en països sobresaturats (Índia)

--Hormonals: .Clàssics: Ogino o abstinència periòdica: basat en la fisiologia del cicle menstrual. És molt insegur.

Coitus interruptus: insegur i neuròtic, sobretot de la dona.

.Mecànics: condó, diafragma, caputó, I.U.D. bastant segurs (o'3 de falles).

Hormonals: "La pastilla", són molt segures (o'1 de falles). Requereix control mèdic i descanys cada 2 anys. (no injeccions, ni pastilles mensuals)

No poden prendre-se-les les dones amb afectacions hepàtiques, o hipertensió o varices.

Proveuen tromboembòlies (menys que els embarassos evitats)

AVORT

--300.000 anuals a Espanya (200.000 il·legals, amb freqüent complicacions, a vegades mortals).

--Disminueixen quan augmenta l'ús d'anticonceptius.

ERRORS MARIETALS (solen ser deguts a atribuir al cos (biologia) qüestions que són ambientals, culturals, morals, etc.)

1. DEL UOC: Grandària dels testicles i "grau de masculinitat". Grandària del penis. Fimosis.

Grandària de les mames i "grau de feminitat",

Fertilitat, plaer o lectòria.

No himen = no virginitat (i viceversa). Himen i sang.

Gravació del sexe ("molt home", "molt dona").

2. DE L'ACTIVITAT SEXUAL:

Zones erògenes espontànies, fixes i invariables

Zones prohibides "perquè fa mal", posicions prohibides "perquè no són naturals".

Juntar els orgànemes .on a condició "síno' que non" i d'entrada

Abstinència sexual durant la menstruació o l'embaràs. No dutnar-se, no rentar-se el pèl, no prendre galets quan la regla.

Fora de l'heterosexualitat tot és patològic, anormal, deformat, hormonal.

La menopàusia és el declinar sexual

La masturbació provoca impotència, tuberculosi, esterilitat, fa mal al cor, provoca fills malformats, prematurs enans, prostitució:

"ara me n'acabo d'enterar de que fins ara ho he fet sempre malament, Mare de Déu!"

3. PATOLOGIA

Sífilis per relació extramatrimonial

la pastilla i el càncer, I.H.D. i càncer.

Prendre la pastilla el dia que es té activitat sexual

Fluix i esterilitat.

Els nens que es masturben són perversos.

L'EMBARAÇ I EL PART

INTRODUCCIÓ

- Tres conceptes bàsics:

- La fecundació: és la formació d'un ou, per fusió d'un òvul amb un espermatozou, i succeeix així: En el moment de l'ovulació la trompa recull l'òvul que li escup l'ovari. Durant 2 ó 3 dies aquest òvul anirà baixant per la trompa cap a la matriu: si en aquest trajecte troba un espermatozou capaç de penetrar-lo (primer l'espermatozou perfora la paret de l'òvul, i després hi penetra tot ell) es formen les dues cèl.lules, formant-se així l'ou, del qual segueix baixant cap a la matriu on s'hi adhereix a la paret. A la formació de l'ou n'hi diem fecundació, i requereix, naturalment, l'ejaculació de semen a la vagina, des d'on els espermatozous pujaran per la matriu cap a les trompes.
- L'embaraç: és el procés de germinació i maduració de l'ou a la matriu de la mare, on creix i s'alimenta. Dins de l'ou va formant-se el xiquet. Aquest procés durà normalment 10 llunes, és a dir 40 setmanes (aproximadament 9 mesos i una setmana).
- El part: Es el procés de sortida de l'ou fora de la matriu: primer surt el xiquet i després la resta de l'ou.

- Una implicació pràctica: Com que l'embaraç és la fase de "construcció" d'una persona és importantíssim d'evitar problemes o riscos que puguin afectar-la. Per tant, cal estar informat i anar-se controlant periòdicament l'embaraçada en serveis sanitaris adequats.

1. EL PROCÉS DE L'OU

ANATOMIA.- L'ou, quan arriba a la matriu, s'adhereix a les parets (a això se'n diu anidació). A través d'elles li arriba l'aliment. A mida que l'ou creix van diferenciant-se 4 parts:

1. Les parets de l'ou o bossa de les aigües: són la closca de l'ou i formen el líquid amniòtic (o "aigües") que omple la cavitat de l'ou on s'està formant el xiquet, que per tant hi està submergit, com un peix. Aquest líquid, un litre aproximadament, es recanvia varies vegades cada dia.
2. La placenta: és un òrgan de les parets de l'ou, de forma rodona i aixafada, adherit a la matriu com una esponja plena de sang, que actúa de membrana de contacte i intercanvi entre la sang de la mare i la del xiquet. La sang de la mare arriba, a través de la matriu, a un costat de la membrana placentària. La sang del xiquet arriba a través del cordó umbilical, a l'altre costat. Les dues sangs no contacten mai, doncs estan separades per la membrana placentària. (només es posaran en contacte si la placenta es trenca per algun punt).

La placenta, apart d'això, estimula la producció de grans quantitats de progesterona que permetran la continuació de l'embarç, anul·lant les contraccions uterines, les ovulacions i les menstruacions.

3. El cordó umbilical: és un feix de tres vasos sanguinis (2 artèries i una vena) que, sortint del melic del xiquet arriben a la placenta. Per uns vasos la sang del fetus va a la placenta i pels altres torna de la placenta al fetus.

4. El xiquet: Ja hem dit que està nedant al centre de l'ou, i que contacta a través del cordó umbilical i la placenta amb les parets de l'ou. En la seva maduració podem distingir-hi dos aspectes: creixement o pur augment de tamany, degut a l'augment del número de cèl.lules; i desenvolupament o organització, degut a l'estructuració del conjunt de les cèl.lules, per diferenciació progressiva de les funcions segons grups de cèl.lules o òrgans (ex.: cor, ronyons, cervell...). Creixement i desenvolupament no són paral·lels: el primer trimestre es caracteritza per un gran desenvolupament i un petit creixement, els últims sis mesos, en canvi, el creixement és molt gran i el desenvolupament menys acusat. Degut a aquesta diferència distingim dos períodes en el procés de maduració del xiquet dins l'ou:

- Primer trimestre o fase d'embrió: immediatament que es forma l'ou comença a dividir-se, multiplicant-se progressivament el número de cèl.lules. Al començament aquesta multiplicació encara és desorganitzada, constituint-se un paquet o grapat de cèl.lules, que com ja hem dit anida a la paret de la matriu. Però de seguida comença el desenvolupament o diferenciació, començant-se a formar l'embrió cap el dia 15 de la fecundació, és a dir, quan correspondria la menstruació ("primera falta"). Durant tot el primer trimestre, embrionari, de desenvolupament, van formant-se els esboços de tots els sistemes orgànics (nerviós, digestiu, locomotor, etc.). Creix poc però s'organitza molt, formant-se així com una miniatura de nen, amb totes les parts esboçades i que comencen a funcionar: és ja el fetus. Qualsevol lesió produïda fins ara podrà haver causat greus deformitats, doncs afecta els esquemes inicials. A més, l'embrió és extraordinàriament susceptible a qualsevol lesió.

- Segon i tercer trimestres o fase de fetus: ara el creixement serà òl·lò predominant. Els esboços-miniatura van creixent de tamany i madurant, posant-se en funcionament i convertint-se progressivament en els òrgans i aparells del xiquet. Aquest creixement se'l nota la mare, que a partir del tercer mes comença a notar-se la panxa abultada.

En aquesta fase, fetal, de creixement, és molt important l'aport suficient de nutrients i oxigen al fetus.

FISIOLOGIA.- El procés maduratiu de l'ou: la maduració de l'ou està dirigida, "projectada", pel codi genètic de l'ou, que és la unió dels codis genètics de l'òvul matern i l'espermatozou patern. Però la realització d'aquest projecte, la construcció, tindrà la qualitat que li permetin els materials de que disposi, i quedarà afectada per totes les alteracions que hi hagin.

- **Metabolisme fetal:** Les substàncies d'aport (nutrients, oxigen i anticossos) hi vénen, ja elaborades, de la sang materna, i a través de la placenta passen a la sang fetal. Després de ser utilitzades, els residus (CO_2 , residus metabòlics) s'eliminen, també a través de la placenta, a la sang materna.
- **Cor:** Els batecs del cor poden detectar-se amb aparells d'ultrasons ja des del 2^{on} mes, i ténen una freqüència aproximada del doble que l'adult.
- **Pulmó:** La respiració, intercanvi d' O_2 i CO_2 , ja hem vist que es fa a través de la placenta. Els pulmons, plens

de líquid amniòtic, no respiren, però cap el final de l'embarç comencen a fer "sospirs" periòdics.

- Aparell digestiu: La nutrició és realitza a través de la placenta. El fetus no menja, però sí xucla líquid amniòtic que passa als budells, on hi constitueix, junt amb la bilis procedent del fetge, el MECONI, femta de color verd-negre. El meconi és defecat pel fetus si es queda sense oxigen o pateix per qualsevol altre motiu, amb el qual el líquid amniòtic es tanyirà de meconi si el fetus pateix.
- Nervios i locomotor: des del final del 3^{er} mes el fetus es mou de forma perceptible per la mare, alternant-se períodes de repòs i de moviment. A mida que avança l'embarç aquests moviments són cada vegada més coordinats.
- Genitals: Cap el final del 2^{on} mes els genitals, que fins ara eren indefinits, comencen a diferenciar-se en masculins o femenins, segons o indiqui el codi genètic de l'ou.

PATOLOGIA.- Diferenciarem dos tipus d'afectacions:

1. Les degudes al propi ou, o malalties genètiques ("projecc te" o "diseñy" defectuós): són degudes a l'alteració del codi genètic de l'ou, és a dir defecte dels cromossomes de l'òvul o de l'espermatozou, que produïran un xiquet defectuós: malformat o malfuncionant. Ex.: mongolisme, malalties metabòliques. Els cromossomes de les cèl.lules sexuals del xiquet també contenen el defecte genètic. Si el xiquet es reproduïx transmetrà el defecte a la seva descendència: per això se'n diuen malalties hereditàries.

2. Les degudes a agressors externs, o malalties congònites no genètiques: Afecten el xiquet, però no els seus cromosomes: per tant l'afecten a ell però no a la seva descendència.

Segons el tipus d'agressors distingirem:

A.- Agressors de tipus físic: les radiacions, emeses -- pels Raigs X o pels cossos radiactius (explosions -- nuclears, fugues de centrals nuclears) poden deformar greument l'embrió, tot el primer trimestre, i -- pitjor com més recent sigui la fecundació.

- . Els cops i traumatismes també poden afectar el xiquet.

B.- Agressors de tipus químic: el tabac, l'alcohol i -- els estupefacients, poden provocar disminució de -- pès al recent nascut, manca d'immunitat i tòxic-de--pendència. S'aconsella a la gestant, doncs, abste--nir-se de fumar (això no es mai impossible, si es -- vol) i de beure alcohol.

- . Cap medicament deu ser prés sense indicació mèdi--ca, doncs, són molts els fàrmacs que poden lesio--nar el xiquet.

C.- Agressors de tipus biològic:

- . La desnutrició materna provoca desnutrició fetal, sobretot si la mare no "alimenta" el xiquet du--rant l'embarç, és a dir, si no pren l'aliment -- adequat i suficient per nodrir el fetus.
- . Infeccions maternes poden infectar l'embrió o fe--tus (contagi a través de la placenta). General--ment les infeccions són molt més greus en el fe--tus (que no té quasi immunitat) que no pas en la mare. Ex: rubeola o rosa, sífilis, toxoplasmosis.

- Diabetis materna: provoca una especial fragilitat -- del xiquet durant els primers dies de vida després -- del part, malgrat que és molt freqüent que els xi---quets neixin molt voluminosos, ("gegants amb els peus de fang").
- Qualsevol malaltia de la mare que provoqui un mal -- intercanvi de sangs a la placenta. Ex: anèmies, ma---lalties que trastornin la respiració o la circulació, intoxicacions. Totes elles trastornaran les funcions placentàries (nutrició, respiració, eliminació de re--sidus) i per tant el xiquet.

2. EL PROCÉS DE LA MARE

ANATOMIA: El creixement de l'ou dilata enormement el tamany -- de la matriu ("panxa de l'embarçada"), que apretarà per davant a la bufeta de l'orina (la qual, per tant, estarà plena ja amb petites quantitats d'orina: l'em--barçada necessita orinar amb més freqüència que l'--habitual), i la matriu també apretarà per darrera el recte (impedint que la femta s'hi acumuli, i per ---tant impedint la sensació de ganes de defecar: l'em--barçada sol anar restreta). La matriu també apreta les venes que drenen la sang de les cames, amb el -- que aquesta sang queda restringuda excessivament, --eixamplant-se les venes, i formant-se varius a les --cames. (Tot això dit fins ara és, per tant, normal -- en una embarçada, dintre de certs límits).

L'augment de pes de l'embarçada es calcula apro--ximadament en 1 Kg. mensual.

FISIOLOGIA: Remarquem un fet molt important, que generalment s'oblida: l'embarç no és una malaltia, sinó un procés normal (tant normal com pugui ser, p. ex.: la digestió) i al qual està adaptat el còs de la dona.

Apart del creixement de la matriu hi ha dues variacions importants en el còs de la dona embarçada:

1. La placenta i l'ovari produeixen gran quantitat de progesterona, que, apart de frenar l'ovulació i la menstruació, produeix un relax o fluixetat a la majoria dels músculs: Ex. als músculs que mouen els budells (restrenyiment), als que mouen l'estómac (vòmits), als que mouen els urèters i la bufeta (retard de conducció de l'orina cap a la bufeta, amb facilitat per les infeccions urinàries), als que mantenen la consistència de les venes (varius).
2. Les necessitats nutritives augmenten, doncs cal alimentar la mare i el fetus, sobretot a partir del quart mes, en que comença el període de creixement. Apart de la ingestió habitual, la mare tindrà de prendre diàriament un litre més de llet ("el biberó del fetus"). Es recomana una alimentació amb predomini de proteïnes i hidrats de carbó.

PATOLOGIA:

- Referida al cos:

1. Malalties del procés de l'embarç.
 - . Vòmits excessius, deguts a problemes d'excés hormonal.
 - . Hipertensió, albuminúria (pèrdua d'albúmina per l'orina) o inflors: requereixen assistència mèdica correcta.
2. Malalties freqüents durant l'embarç.
 - . Còlics hepàtics i renals.
 - . Infeccions urinàries.

- . Varius i hemorroides.
 - . Càries.
3. Hemorragies vaginals: són indicació de visita urgent al tocològ, ja que poden ser el primer símptoma d'una amenaça d'abort.
4. La dona malalta quan està embarçada
- Tota dona que tingui una malaltia de llarga duració (és a dir, crònica) necessita un estricte control durant l'embarç per el perill que pot correr ella, o el xiquet, o bé per l'estrict control que requereix de la medicació. P. ex, les dones que tinguin diabetis, asma, tuberculosi, sífilis, anèmia, tumors, malalties del cor, dels ronyons o del fetge.
- Referida a l'àmbit psico-social:
- . Problemes de l'embarçada: els derivats de la sensació d' inestètica, o bé de la sensació de culpabilitat en els casos que la societat encara margina (mares solteres). La falsa "incapacitació" de la dona per a tasques no desitjades, aprofitant-se de la seva situació "romàntica". La frustració, quan l'embarç no era desitjat per la mare, acompanyada de sensació del ridícul. La por a la subnormalitat del xiquet.
 - . Problemes de la parella: els derivats de la insolidaritat de l'home durant el procés de l'embarç, els derivats de la mal entesa abstinència sexual.
 - . Problemes dels altres germans: la frustració i desconfiança produïdes per males respostes a les seves preguntes, davant la curiositat per la panxa de la mare. Els derivats de la incapacitat dels pares a respondre bé a la situació de gelos

3. EL PROCÉS DEL PART

És el procés de sortida de l'ou fora de la matriu, una vegada el fetus ha arribat a la seva maduresa, és a dir, al cap de nou mesos i una setmana (aproximadament) des de la última regla.

Es consideren madurs els embarços des de 8 mesos i 3 setmanes, fins als 9 mesos i 3 setmanes. Fora d'aquests límits el xiquet sortirà immadur (s'anomenen: prematurs) si surt abans, o envellit (s'anomenen: postmadurs) si surt després. Abans dels 5 mesos de l'embarç, si surt el xiquet per qualsevol causa, la seva gran immaduresa l'impedeix viure: a aquest "part" s'anomena abort.

- Arribat el temps de parir la mare sol sentir els anomenats "avisos" del part; consistents en una inestabilitat psíquica accentuada, nerviosisme, calor, sofocació a la cara i petites contraccions uterines.

- Anirà a l'Hospital al començament del part és a dir en el moment en que li passin un d'aquests dos fets:

- . O bé, sense adonar-se'n, se li trenca la bossa d'aigües: de repant es nota mullada com si s'hagués orinat al damunt. Desseguida començaran les contraccions del part.
- . O bé comença directament a sentir les contraccions del part, doloroses i periòdiques.

- El part ja ha començat. Se succeïran tres períodes:

Al període de dilatació, el coll de la matriu, (part baixa de la matriu que, com un anell rígid, la separa de la vagina) primer es torra, s'estova desapareix i després es dilata l'orifici fins un diàmetre d'uns 10-11 centímetres. Aquest procés s'obté a base de contraccions uterines regulars,

7.11

cada vegada més freqüents i llargues. Cada 10 minuts vé una no va contracció, intensa, dolorosa. Les contraccions no mouen en cara el fetus, només obren el coll o porta de sortida de la ma triu.

- Quan s'arriba ja a la màxima dilatació comença el perí de expulsiu. Les contraccions, més intenses, més doloroses, comencen a empenyer el xiquet cap enfora, cap a la vagina. La -- part del xiquet que, habitualment, surt en primer lloc és el -- cap, i després la resta del còs. Però, a vegades, primer surten les nalgues amb els peus arronsats. (si el xiquet no pot sor-- tir per la vagina, per qualsevol causa, cal trèure'l per cesà-- rea, que és una operació en que es fa un tall a la matriu a -- través de la panxa, i es treu el xiquet). Immediatament que el xiquet ha sortit cal pinçar el cordó umbilical prop del xiquet.

- Als 10 o 20 minuts que el xiquet ha sortit, la matriu torna a contraure's per arrencar la placenta, amb la resta del cordó umbilical i la bossa de les aigües. A aquest període se'n diu de deslliurament. L'arrencament de la placenta provoca -- una petita hemorràgia de la paret uterina.

- Per fi, i una vegada han sortit les últimes parts de l'ou, s'arriba a la darrera fase del part: la fase de globus -- uterí, en la qual la matriu torna a contraure's tota ella, que dant les parets dures i tenses, i reduïnt-se el volum quasibé a l'habitual. En aquest moment la hemorràgia del deslliurament -- s'acaba. La matriu quedarà ja en aquest estat de contracció.

NOTA: Si bé es cert que les contraccions del part són dolor-- ses, cal saber que el dolor pot reduir-se si es practica la -- gimnàstica prenatal, doncs a través d'una conscienciació i par-- ticipació activa en l'exercici del part, s'aconsegueix un mi--

7.12

llor equilibri nerviós en aquell moment, aprenent-se la postura correcta, i una coordinació contraccions-respiració que fa cilita una millor oxigenació i una eficàcia més gran de les - contraccions, amb el que es pot escurçar la duració del 'part'. A més, cal recordar que en moltes ocasions la por als mítics "dolors de part" atemoritza a la mare, que, histeritzada, pateix molt més cada contracció, rendint així tribut a una civilització "masclista" que redueix la importància de la seva vida a aquests moments "heroics".

4. MESURES D'HIGIENE I PRECAUCIO DURANT L'EMBARAÇ

Tal com hem vist és una fase de gran importància doncs s'està creant, construint, un nou xiquet. Cal en aquestes circustàncies extremar la correcció de les mesures higièniques, - doncs de nosaltres depèn en part la salut del xiquet que ve.

1. Neteja personal: cal una dutxa diària d'aigua tèbia, evi-- tant els banys sobretot als últims mesos, doncs l'aigua -- pot infectar, a través de la vagina l'ou, i per tant el xiquet. Cal intensificar el rentat de la vulva. Els mugrons cal cal rentar-los diàriament a partir del sisè mes, doncs, la secreció del calostre pot agrietar-los, dificultant-se la lactància.
- . Gran atenció requereix duran l'embaraç la higiene de la boca, aconsellant-se rentats dentals després de tots els menjars, junt a revisions odontològiques (recordem la gran -- freqüència de caries a les embarçades).
2. Vestit: Cal que sigui ample, sense comprimir la matriu ni el pit. S'aconsella l'ús d'una faixa que aguantí el ventre

i subjecti la pelvis. Però està totalment contraindicat -- l'ús de corsés.

3. Alimentació i evacuació: Abundants vegetals (que resulten laxants) i augment de la proporció de proteïnes (carn, peix, etc.). Recordem que cal afegir, sobretot la segona meitat de l'embarç, el "biberó del fetus" (un litre de llet diària). Respecte a l'evacuació intestinal cal intentar-la cada dia, encara que no en sentim la necessitat. Si hi ha malgrat tot, restrenyiment caldrà combatre'l mitjançant l'ús de laxants.
4. Treball: Cal continuar amb l'activitat normal, sense fer excessos. Es important reposar adequadament, però no treballar menys, excepte en casos d'impossibilitat.
5. Repós: No estar masses estones dempeus (doncs és faciliten les varius, i les inflors de cames), evitant aglomeracions de gent. Cal evitar l'estança a habitacions poc ventilades. S'aconsella domir de 8 a 10 hores diàries, en habitació ben ventilada, i en llit dur (així s'eviten deformitats vertebrals). I cap a la segona meitat de l'embarç, reposar després dels menjars.
6. Activitat sexual: Cal evitar-les els dies corresponents a les tres primeres faltes, i durant tot l'últim mes. Sempre procurant que la matriu (situada al baix ventre) no quedi apretada. I, naturalment, quan el metge ho contraindiqui, caldrà evitar-les.
7. Lleure: En quant als esports en general, suprimits. També cal abstenir-se dels banys a la platja o piscines que no estiguin estrictament netes. Respecte als viatges: evitar-los en els dies corresponents a les tres primeres faltes.

Evitar, també, els viatges en avió el primer trimestre i l'últim mes. I, en general, procurar poques sotracades durant els desplaçaments.

Es be el costum d'un passatge diari d'una hora de duració.

8. Tòxics: El tabac queda prohibit, (si la mare no vol deixar de fumar cal que sàpiga que més de 8 ó 9 cigarretes diàries són altament perilloses per al fetus). L'alcohol cal suprimir-lo, o bé reduir-lo al mínim.
9. Cures sanitàries: Apart de la ja comentada gimnàstica prenatal, que cal generalitzar com a pràctica habitual en tota embarçada, els controls mèdics aconsellats arreu són els següents:
 - 1^{er}: En el moment que la dona sap que està embarçada. Revisió general.
 - 2^o : Al segon mes. Cal: completar la història, amb els antecedents.
 - . Comprovar l'alimentació, donant els suplementes vitamínics si calen.
 - . Palpar la matriu.
 - . Prendre la pressió arterial.
 - . Anàlisi de sang (Grup i Rh) i d'orina.
 - 3^{er} : al 3^o mes. Cal: control de pes, alimentació.
 - . comprovar si el fetus està viu (auscultació del cor).
 - . palpar la matriu i medir la pelvis.
 - . càlcul de la data del part.
 - . pressió arterial i anàlisi d'orina.
 - 4^{rt}: al 6^e mes. Cal: revisió general.
 - . pes, pressió, anàlisi de sang i orina.

- 5^è: al 7^è mes. Cal: Revisió general.
 - . pès i alimentació.
 - . pressió arterial i anàlisi d'orina
 - . preparació del pit.
- 6^è: al 8^è mes: Cal: . pès, pressió i orina.
 - . revisió general.
 - . comprovació de la situació i presentació fetal.
- 7^è: a la data del part, o bé als primers símptomes del part.

I quan tots aquests controls s'acompleixin a nivell de tota la població podrem dir que les anormalitats de l'embarç i el part són les inevitables. Mentres això no passi podem creure que són els dèficits sanitaris els que produeixen l'alt índex de morts, malalties i accidents a la mare i al fill

VALORACIÓ I ACTUACIÓINTRODUCCIÓ

Quan un cotxe està bé tots els ressorts funcionen, no fa sorolls rars, el rendiment és bo, etc. Quan fa coses rares sorollets, etc. el portem al mecànic per veure que li troba i que ens el repari. A vegades, sense notar-hi res, en una revisió hi troben una avaria que no sabíem. Quan sabem una mica de mecànica ja sabem davant d'una anomalia què hem de fer, o si podem o no podem esperar temps en anar al mecànic. No som mecànics, sinó bons conductors.

Així mateix passa amb nosaltres. Quan estem sans tot va bé. Quan ens trobem rare (malalts) anem al metge. A vegades en una revisió ens troben una malaltia que no sabíem. Però si sabem una mica de salut, sabem com arreglar un problema i si podem o no tardar en anar al metge. No som metges, sinó "pacients" bons.

Cal, doncs, tenir uns mínims coneixements sobre les malalties, com es manifesten i què cal fer, i alhora acostmar nos a fer una revisió periòdica, per tal de veure com estem i evitar malalties que després ens poden fer mal.

-Les manifestacions de les malalties

.Els símptomes: són les manifestacions concretes d'un trastorn. Poden ser només subjectius, sensacions, ex: mal de cap; o objectius, visibles, ex: un bony. A vegades es tractarà de símptomes psíquics (excitació, p. ex) o bé somàtics, referits al cos (ex: mal de panxa), indicant l'origen del trastorn.

.L'aspecte: és la impressió general de l'estat de salut, que ens mostra una persona. És tant important com els símptomes, i sol correspondre al nivell de gravetat o afectació en un moment determinat.

-Les causes de les malalties: encara en desconecim moltes.

.Orgàniques: degudes a una lesió o desequilibri corporal.

Ex: infeccions (microbis), insuficiències (per sobre càrrega o per impotència d'un òrgan), deformitats, mal funcionament, etc. A una part del cos, la qual cosa acaba repercutint en el conjunt.

.Psíquiques: degudes a un desequilibri mental, ex: per sobrecàrrega d'activitat ("surmenage"), per inadaptació a l'ambient o a un mateix (dèficit de defenses). - Solen disminuir l'eficàcia mental o rendiment global.

.Psicosomàtiques: a través del Sistema Neurovegetatiu, connectat per un cantó al cervell (psiquisme) i per l'altre al cos, els desequilibris psíquics influeixen al cos i viceversa. Ex: un estat d'agressivitat reprimida pot produir una nafra d'estómac, un "surmenage" mantingut pot produir una hipertensió arterial.

.Socials o ambientals: pel mal funcionament del grup on es viu que condueix a molts dels seus membres a adquirir malalties. Si, per exemple, la societat no elimina els focus de contaminació o infecció, molts dels seus membres cauran malalts. Si els hàbits de vida condueixen a un "surmenage", o agressivitat, o frustració, molts dels seus membres tindran problemes psíquics, hi haurà delinqüència (traumatismes) - alcoholisme, drogadicció. Si la població no està informada dels hàbits higièrics necessaris, caurà en perills innecessaris, posant-se malalt amb més freqüència.

(segons s'apliquin en cada moment a una societat els coneixements sanitaris de què disposa o no s'apliquin, dividirem les causes de malalties en EVITABLES I NO EVITABLES).

-El tractament: és el conjunt de mesures que posem per curar una malaltia: alimentació, medicació, exercicis, conductes especials...

8.3.

Sempre s'intenta atacar la causa per combatre-la (cal, per tant, sempre, un diagnòstic). Si no es pot atacar la causa s'intenta alleujar els símptomes (la qual cosa no suposa la curació)

TIPUS DE SÍMPTOMES (segons la urgència els dividirem en tres apartats)

A. URGENTS = CAL ANAR A UN SERVEI D'URGÈNCIES; SENSE PERDRE TEMPS.

1. Aparició súbita de: aspecte greu (possible començament d'una malaltia important)
 - mala visió (possible urgència ocular)
2. Somnolència anormal: possible intoxicació o afectació cerebral.
3. Erucció de taques morades: possible infecció fulminant.
4. Trastorns de coordinació en caminar: possible intoxicació o afectació cerebral.
5. Pèrdua de força en qualsevol part: cal descartar paràlisi.
6. Convulsió o pèrdua de coneixement: cal descartar afectació cerebral.
7. Ofec (≠ sorolls de pit) o cianosi: possible asma, afectació pulmonar o cardíaca.
8. Hemorràgia gran o que no es para: (color negre en el digestiu i roig a la resta) cal evitar el dessagnament
9. Immobilitat o molt dolor després d'un colp: afectació òssia o articular.
10. Accidents (tràfic, cremades, tòxics o caustics, beguts o als ulls): no intentar solucions casolanes.

8.4.

B. URGÈNCIA A VALORAR SEGONS LA INTENSITAT I L'ASPECTE = DESPRÉS DE VEURE'N L'EVOLUCIÓ (HORES-DIA) VISITA AL METGE.

- Ull vermell: si no s'altera la visió, i no cedeix amb unes hores, anireu tranquil·lament al metge. Sol tractar-se de petites infeccions.
- Supuració d'orelles: després d'anar tranquil·lament al metge, una vegada acabada la malaltia, convé un control de l'Otorrino per descartar seqüeles o curació incompleta, amb sordera posterior.
- Ronquera que no cedeix: anar al metge tranquil·lament.
- Vòmits no biliosos: començar donant una dieta fraccionada i tova (poca quantitat, més vegades, que no calgui mastegar), esperant així un dia (segons la intensitat). Moltes vegades desapareixen o milloraran. Biliosos: si no són habituals i continuen malgrat la dieta, no esperar gaire en anar al metge.
- Diarrea: (= femta poc consistent ≠ més d'una vegada al dia començar donant una dieta astringent (8-12 hores només aigua llimonada. 24-48 hores: puré de plàtan i poma, ioghourt sense sucre. 24-48 hores: arròs bollit, carn o peix, bollit o a la planxa) Si amb aquesta dieta no millora, segons la intensitat i l'aspecte, anar al metge.
- Dificultats en orinar: (picor, dolor, impossibilitat): segons l'evolució anar al dia següent al metge.
- Febre: (+ 37 a la pell, + 37'5 a mucoses). No confondre intensitat amb gravetat. Prendre antitèrmics (els nens, a més, despullar-los i embolcallar-los amb una tovallola abeurada d'aigua tèbia, o bé banyar-los amb aigua tèbia. Mai no tapar-los!) Segons l'aspecte anar al metge urgentment o a l'altre dia.

8.5.

- Dolors:

- . De cap: segons la intensitat, aspecte i evolució anar al metge. No medicar-se! veure si amb relaxació se'n va.
- . De coll: a l'empassar: mai no és urgent.
- . De pit : segons la intensitat, duració i aspecte anar al metge, urgentment o no.
- . De panxa: segons la intensitat, duració i aspecte anar al metge.
- . D'articulacions: no és urgent, excepte si s'associa amb inflamació (vermellor, calor, inflor i imobilitat).

- Icterícia i erupcions febrils: avisar el metge a casa. Cal aïllament d'entrada.

C. NO URGENTS = TRACTAR SENSE MEDICAR, VISITA MÈDICA QUAN ES PUGUI

- Generals: .Inapetència i insomni: per sobrefeina o inadaptació, generalment.
.Mareig fàcil: persones predispostes, a vegades amb la pressió baixa.
- De pell: erupcions, petites ferides i cremades, èczemes : no tapar, ni posar-s'hi pomades, excepte en cas que el metge, una vegada diagnosticat ho recepte.
- De l'aparell locomotor: peus plans, d'oltes petits, petites deformacions.
- Estrabisme: en els nens no tardar gaires setmanes en visitar-se, en adults no tardar ni dies.
- Constipats: si es passen sense febre: mesures d'higiene personal (mocar-se)
- Digestiu: càries, digestions pesades, restrenyement (= deposició difícil = quelcom dolorosa ≠ -

8.6.

deposicions escasses): cal cuinar-ho amb dieta (recordem: no hidrats de Carboni al final dels menjars, vegetals abundants).

- Cucs: cal tractar-se tota la família.
- Hèrnies i fimosi: sense cap pressa. Cal operar si persisteixen

ERRORS FREQUENTS

.Respecte de les malalties

- .Nervis = no malalties (= no tractament)
- .Raresa o dubtes del metge = gravetat
- . Qualitat o bon diagnòstic = anàlisi i/o radiografies o radioscòpies.
- .Confondre gravetat amb tractament rigorós, i per tant: no gravetat = tractament no rigorós.
- .Síntomes semblants o coneguts = mateix diagnòstic = - mateix tractament.

.Respecte del tractament

- .Automedicació = autocuració
- .Antibiòtics autoreceptats o receptats per l'auxiliar de farmàcia, presos a go-go.
- .Si hi ha febre, injecció. Del contrari, no.
- .Medicaments forts i fluixos, punxats millor que beguts o presos per la boca, cars millor que barats.
- .Al·lèrgia a les punxades, als antibiòtics, a tot.
- .Moltes angines. amigdalectomia.
- .Febre = arropar-se més.
- .Quan se'n van els símptomes = curació = deixar tractament
- .Vacunes? per què si està sa!

INTRODUCCIÓ-Conceptes bàsics:

.Subnormalitat: és la capacitat, física o mental, inferior a la normal. És un concepte relatiu, de comparació amb el que es considera com a normal. Així com un xiquet amb menys memòria que un altre necessitarà més temps per memoritzar una cosa, o un menys musculós necessitarà més entrenament que un altre que ho és més per aconseguir córrer igual, així mateix un xiquet amb capacitat física o mental inferior a la normal, necessitarà més esforç que un altre per assolir el mateix resultat. A vegades l'esforç necessari serà tan gran que el xiquet no podrà aconseguir-ho. Així com un xiquet normal augmenta les seves capacitats si va a l'escola, així mateix passa amb el subnormal: si no va a l'escola queda lamentablement inutilitzat.

Sol anomenar-se "Subnormal" al disminuït mental, i "invàlid" al disminuït físic.

.Amplitud: Pot afectar a totes les facetes, ser global: "retràs", o només afectar-ne unes quantes, ser parcial: cec, coix, sord, mut, incapacitat per a la lectura o per a la numeració, etc.

.Intensitat: Així com un xiquet normal pot tenir més capacitat per als treballs manuals o per a la pintura que per les matemàtiques, el subnormal també té més capacitat per unes coses que per altres. Malgrat tot solen dividir-se els subnormals mentals en tres graus: lleugers (amb una educació adequada podran fer la seva vida normalment: treballar, casar-se, etc.) mitjans (amb una educació adequada alguns podran fer sols les necessitats bà

9.2.

siques com menjar, evacuar...). Respecte dels incapacitats físics, a grans trets, podem diferenciar: irrecuperables (actualment no es coneix tractament eficaç, ex: cecs, alguns tipus de sords o muts e paralítics), mitjanament recuperables amb una rehabilitació adequada, i totalment recuperables.

-Situació actual

Actualment ja no se'ls amaga tant com abans, i xolen eixir de casa. L'avenç sanitari ha fet que no morin tant com abans, poden viure més nens i durant més temps. Però la societat, dominada pels principis de productivitat econòmica, continua rebutjant-los com una escòria social, improductiva i menys plaent que la resta. Aquest rebuig es demostra activament i, sobretot, passivament, no fent res per aconseguir l'educació que requereixen i la integració social que mereixen. Actualment són les famílies afectades les que pressionen per normalitzar la situació.

L'ASPECTE MÈDIC

LES CAUSES

Només algunes ens són conegudes i poden actuar-hi prevenint les. En cap cas és admissible, com a causa, el càstig de Déu (pobre...!) o l'actuació culpable dels pares.

Segons actuïn abans, en o després del neixement distingirem:

-Abans del neixement:

.Genètiques: El còdi genètic de les cèl.lules sexuals dels pares s'altera, amb la qual cosa l'embrió i el nen que se'n deriven resulten alterats.

Ex: el mongolisme, deformacions congènites greus o no. Les úniques causes conegudes d'alteració genètica són les radiacions (Rx, nuclears) i certes substàncies tòxiques (recor-

9.3.

dem la Thalidomida, el tòxic de Seveso). Les dones de més de 35 anys tenen amb més freqüència que les altres fills mongòlics, no se sap perquè.

.No genètiques: actuen sobre l'embrió: Rx, irradiacions nuclears (Hiroshima, Nagasaki), tòxics (Seveso, Vietnam, Thalidomida), medicacions no controlades, infeccions (rubèola, toxoplasmosi, sífilis), malalties de la mare, problemes del grup sanguini (Rh).

.Mixtes (relativament rares): Xiquets amb alteracions metabòliques, que només tindran problemes mentals si mengen determinades substàncies, freqüents en l'alimentació.

-En el neixement: si durant el part el xiquet pateix per falta d'oxigen (parts excessivament llargs o ràpids, nus del cordó umbilical, etc.) l'asfixia cerebral pot ocasionar-li una lesió més o menys important, amb afectació més o menys gran de la intel·ligència, paràlisi, etc: és l'anomenada paràlisi cerebral.

-Després del neixement: afectacions cerebrals degudes a infeccions (meningitis, Encefalitis), accidents, tumors, hemorràgies, intoxicacions, o problemes greus d'educació (xiquets abandonats per la mare, o educats en centres inadequats).

ELS SÍMPTOMES

No sempre es noten en el moment de nèixer (deformitats evidents, alguns es noten en la primera revisió del pediatra (deformacions internes: malalties del cor, del cervell, etc). A vegades, la primera manifestació és al cap d'un temps (convulsions, hidrocefàlia, retràs mental més o menys evident, -

trastorns de la motilitat, o dels sentits, vista, oïda, parla, etc.)

EL DIAGNÒSTIC PRECOÇ

Com més aviat pugui començar-se el tractament més possibilitats hi haurà de recuperació del xiquet. I per això es necessita un diagnòstic precoç.

-Mètodes bioquímics: amb anàlisis practicats en el moment de néixer pot descartar-se un cert nombre de malalties que afectarien el xiquet. Si es troba cap anomalia i és recuperable, es començarà a actuar-hi immediatament, evitant-se així la progressió de la malaltia.

-Controls mèdics preventius: uns controls pediàtrics adequats posen sobre la pista d'anomalies sensorials, motores o psíquiques, evitant retrassos en l'inici del tractament, que li treuen eficàcia.

EL PRONÒSTIC MÈDIC

Depèn de tres factors igualment importants:

1. La malaltia causal: fixa els límits màxims de recuperació: hi ha malalties pregressives i irrecuperables, i d'altres que no ho són.
2. El diagnòstic precoç: evita la pèrdua de temps en iniciar el tractament.
3. El tractament correcte i precoç: obté, en cada cas, el màxim de possibilitats del xiquet.

EL TRACTAMENT

Inclou sempre tres vessants:

1. Tractament mèdic-quirúrgic: poques vegades serà el més important: dietes especials (ex: malalties metabòliques), medicacions (anticonvulsives en epilèptics, relaxants en les rigideses, tòpics cerebrals en alguns casos).

9.5.

2. Psicopedagògic: rehabilitacions especials de les funcions dificultades per la malaltia (ex: el moviment, la lectura, l'audició, el llenguatge, etc.) i educació especial utilitzant al màxim totes les capacitats del xiquet. A vegades l'educació especial caldrà donar-la en centres especialitzats (ex: endarrerits profunds, paralítics cerebrals, cecs, etc.) i a vegades no (ex: endarrerits lleugers)

3. Social: pretén la sociabilització màxima possible dels xiquets afectats. Malauradament la societat els rebutja i això dificulta enormement el pronòstic del xiquets.

LA PREVENCIÓ

Suposa el conjunt d'accions dirigides a evitar les malalties causants de subnormalitat o deficiències. Per a això cal un sistema de control de les embarassades correcte, una assistència de part correcta i uns sistemes de requeig metabòlic al recén nascut. I evidentment uns controls pediàtrico-preventius adequats.

L'ASPECTE SOCIAL

L'actitut de la gent davant el nen deficient és molt diferent que l'adoptada respecte d'altres persones. Poques vegades es mostra una comprensió i acceptació de la realitat del xiquet. Veure diferents tipus de postures:

A LA FAMILIA

-Envers el xiquet:

- .Abandó: el xiquet resuta una càrrega per a la família que intenta "col.locar-lo" on sigui: Hospital...
- .Rebuig, més o menys conscient: el nen és dolent, un autèntic malvat.
- ."Reparació" o sublimació: el complex de culpabilitat -

9.6.

dels pares fa que vulguin reparar la culpa desviant-se pel xiquet, encara que sigui a costa dels altres germans: "viuen per al xiquet" amb la qual cosa necessiten trobar-lo millor del que realment és: "el meu xiquet és menys mongòlic que els altres", "fa més coses que els altres, ho entenen tot", "més bo que els altres fills".

- .Sobreprotecció: limiten al nen perquè faci només el que els pares volen d'ell, negant el xiquet només n'accepten la imatge que d'ell en tenen feta.
- .Acceptació real: coneixent objectivament les possibilitats del xic l'ajuden a desenvolupar-se segons les seves possibilitats.

-Entre els pares:

- .Mútua culpabilització de les branques familiars paterna i materna: "es tiren mútuament el mort", produint-se enfrontaments, ja que tenen complex d'inferioritat o culpabilitat.
- .Rebuig sexual per por a un altre fill semblant arribant-se a situacions de gran tensió familiar, separacions, etc.
- .Problemes psicològics greus entre els pares (depressions, obsessions, etc) per l'esgotament, desmoralització o idealització de la situació del xiquet. Això contribueix enormement el rebuig social del xiquet i la família.

-Entre els germans

- .Rebuig per l'estranyament: no l'acceptem com a germà, veient-lo com un petit monstre amb el que es juga, o ni això, que és rebutjat per l'excessiva dedicació dels pares a ell, en detriment dels altres.
- .Competència: si és el germà gran, els petits l'emulen, demos-

9.7.

trant-li la seva incapacitat.

.Ajuda positiva i responsable: és un equilibri difícil de trobar.

A L'ESCOLA

Sol ser rebutjat per les escoles normals i no hi cap a cap escola especial, ja que són insuficients. Els pares no poden pagar escoles especials de tipus privat, que solen ser caríssimes.

Si aconseguix entrar a cap escola normal els xiquets difícilment l'accepten com a companys o amic, marginant-lo.

A LA SOCIETAT

-Els metges

.Rebuig més o menys conscient: "es treuen el mort de sobre" per poc agradable, poc brillant i, generalment, pares molt xerraires.

.Explotació econòmica aprofitant-se de l'angoixa dels pares.

.Ajuda comprensiva, amb suport psíquic cap a la conscienciació del problema.

.Eutanàsia activa o passiva.

-Els amics i veïns: l'aprensió provoca freqüentment pèrdues d'amics, que els resulta desagradable la situació. A vegades contribueixen a crear el sentit de culpabilitat. A vegades ajuden.

-Les institucions especials: solen ser insuficients i de caràcter benèfic-religiós, més que mèdics.

INTRODUCCIÓ:

De les substàncies tòxiques per a l'organisme n'hi ha algunes que estan prohibides, (són les anomenades drogues) i unes altres que estan fomentades, com el tabac i l'alcohol.

No es tracta que unes siguin menys tòxiques que les altres sinó que d'uncs els capitalistes en treuen diners, i els altres els hi molesten perquè treuen productivitat a la població. És curiós com, a mesura que es demostra la no reducció de productivitat i la no-reducció de l'acatament a l'ordre establert les drogues van sent acceptades (ex: la marihuana). Es fomenta, per tant, que ens intoxiquem, mentre això beneficiï als capitalistes. La intoxicació repetida provoca freqüentment a l'intoxicat la necessitat de seguir-se intoxicant, és a dir, li provoca una toxicomania.

Toxicomania és, doncs, el desig invencible, que se sent com a necessitat, de seguir consumint el tòxic, augmentant-se progressivament la quantitat necessària, sentint-se progressivament lligat als efectes del seu consum ("el plaer de fumar, o de beure, o de prendre droga"), creient que la intoxicació proporciona alliberament o alleugerament de les frustracions. (Allegar les penes")

En realitat les toxicomanies solen interpretar-se com una expressió més de patologia social, és a dir, com a símptomes de les formes anormals de viure una societat, de les quals la nostra n'és un bon exemple. És el consumisme aplicat als tòxics.

L'ALCOHOL-ASPECTE ECONÒMIC

A Espanya hi ha 184 empreses productores de begudes alcohòliques, amb 2000 marques. A la TV surten 4000 spots propagandístics cada any, la qual cosa suposa unes despeses de 2300 milions de pessetes.

10.2

El 4 % dels diners s'utilitzen en alcohol (= el 13 % dels diners gastats en alimentació), com si en sobressin.

A part dels diners gastats en el tractament dels alcohòlics (que no és pas massa al nostre país), la pèrdua social va augmentant degut a la pèrdua de producció per alcoholisme.

-ASPECTE SOCIOLOGIC

Espanya és el 4^{rt} país en consum d'alcohol. Malgrat ser dels principals productors mundials continua important-ne de l'estranger.

2 milions d'alcohòlics a Espanya
(500.000 dones)

8000 morts anuals
(el doble que per accidents de tràfic)

La beguda d'alcohol està, ja, institucionalitzada, no és una excepció, sinó la norma, quasi d'"educació" (sortir amb amics de copes).

-Factors personals: Com a predisponents personals cap a l'alcoholisme es coneixen, a part de deficiències mentals i immadures afectives (gent infantilitzada), els problemes mentals del tipus neurosi, psicosi, i els problemes de tipus social, com són l'atur, el mal allotjament, la sensació d'immodificabilitat de l'ambient.

-Factors socials: En l'àmbit capitalista, de societat progressivament artificialitzada i antinatural, l'alcohol i altres productes superflus serveixen per intentar fer-nos creure que a través d'ells trobarem la felicitat perduda en la deshumanització. Consumisme en definitiva. Se'ns parla de les virtuts de l'alcohol. se'n fa propaganda, etc.

D'aquesta manera veiem com la societat consumista fa beure (ja que en treu diners del consum de l'alcohol) i després encorrala o margina als que beuen, si disminueixen la seva producti

vitat. Fa negoci antoxicant-nos, però no ens vol si estem intoxicats.

-ASPECTE MÈDIC

Entenem com alcohòlica la persona que adonant-se dels trastorns que li provoca l'alcohol, és incapaç de deixar-lo. És la toxicomania alcohòlica.

.Tipus d'intoxicació alcohòlica:

-Aguda: és la coneguda borratxera o trompa o bufa, etc: - hi ha tres graus progressius: l'eufòria (paràlisi de la crosta cerebral, intoxicada per l'alcohol) la fase maníaca (perillosa per la inhibició dels instints brutals, a vegades) i el coma. Si la quantitat d'alcohol begut és encara superior, pot arribar-se després del coma profund, a la mort.

-Crònica: és la deguda a la beguda diària de com a mínim 3/4 de litre de vi de 10°. No té perquè cursar amb borratxeres.

.Tipus d'alcohols: (el grau significa el % d'alcohol pur)

- 45°: Conyac, Whisky, ginebra, vodka, rom i anís.

- 25-50°: licors (aromàtics)

• Moscatell i vermouths: 15-20°. Vins: 10-15°. Cervesa:

4-8°

.L'aprenentatge: Un 75 % d'alcohòlics comencen per influències ambientals (amics, família, etc) Només la tercera part comencen per problemes individuals (depressions, solitud, atur, etc.)

El començament de la impregnació crònica sol ser cap els 17-18 anys, i les baves cap els 25-30 anys. L'aprenentatge inicial és, de petits, a la família, on s'aprén el costum de beure, sobretot en les festes (relació = plaer = alcohol).

Formenten l'alcoholització la propaganda comercial i l'educació que associa l'alcohol a animació, força, virilitat.

.Conseqüències de l'alcohol: A part de la toxicomania, que es considera com una malaltia, ja que sol invalidar a la persona, l'alcohol és principiament responsable de càncers digestius

(esòfag i estómac), llagues d'estómac, cirrosi hepàtica, malalties cardíques, impregnacions cerebrals (polineuritis, psicosis deliris).

Els alcohòlics emmalalteixen més freqüentment, i tenen més mortalitat que la resta de la població (infeccions, accidents de circulació (50 %), accidents de treball (20 %), crims.

El 50 % de la delinqüència infantil prové de famílies alcohòliques.

Manifestacions de l'alcoholisme: canvis de caràcter amb irritabilitat i enrabament fàcil, altibaixos d'humor, suspícies, manies persecutòries (sobretot en les dones). Tot això provoca absentisme i canvis freqüents de feina, inestabilitat econòmica, inestabilitat familiar, delinqüència.

Tractament: no és només, ni principiament mèdic, sinó polític i social. Es basa en l'educació sanitària. legislació restrictiva, penalització dels danys provocats per l'alcohòlic. I, fonamentalment, d'una política econòmica que impedeixi el negoci sobre la intoxicació col·lectiva.

(els alcohòmetres detecten 0,80 grams per litre, equivalent a dos gots de vi.

EL TABAC

-ASPECTE ECONÒMIC

L'Estat espanyol guanya anualment 50.000 milions de pesetes amb el negoci del tabac.

-ASPECTE SOCIOLÒGIC

A Espanya fumen el 70 % dels homes i el 10 % de les dones. Comencen a fumar cap els 13 anys, assimilant-se al fumar i el beure a fer-se "adults" i "responsables". ("ci ja fuma"). Es comença per curiositat o per imitació dels importants (herois de TV, pare amics...), i després de superar una fase normal, de desagradabilitat en fumar, la necessitat psicològica de sentir-se "gran" supera

10.5

el fàstic, i el mareig i el vèrtig, etc.

-ASPECTE MÈDIC

El tabaquisme és la toxicomania del tabac. Així com una xemeneia crema per terra i contamina per dalt, així la cigarreta crema per davant i contamina per darrera, intoxicant directament els pulmons, sent molt eficaç.

Toxicitat:

La nicotina produeix una reducció de l'arribada de sang al cervell, el cor i la placenta. El gas de combustió de la cigarreta impedeix el funcionament d'un 20 % de la sang (anèmia funcional)

Altres gasos de combustió són dels cancerígens més eficaços.

Conseqüències:

Tot l'anteriorment dit provoca un augment de la infectivitat dels bronquis. Més freqüència de càncers (faringi, lingual laringi i pulmonar), d'infarts, de prematurs. Es considera que cada cigarreta és un quart d'hora menys de vida.

El fumador, a més, sol tenir mals de cap, vertigen, tremors, pèrdues de memòria, es cansa fàcilment al mínim exercici.

Tractament

Canvi de política econòmica. Prohibició de la publicitat, posar als paquets de tabac un rètol amb la seva perillositat, prohibició de fumar als locals públics.

LES DROGUES

Al nostre país va augmentant el seu consum, sobretot en sectors joves, però encara no constitueix un problema del calibre que l'alcoholisme o el tabaquisme.

Recordar que solen produir efectes alucinògens, més o menys

10.5

forts, i que alguns provoquen malalties mentals irreversibles.

LA FARMACIOLA: ELS PRINCIPALS
MEDICAMENTS I MATERIAL.

INTRODUCCIÓ:

Es important que a cada casa hi hagi un lloc destinat a tenir-hi tot el necessari en cas d'accident o malaltia: una farmaciola.

1. Com que la farmaciola conté substàncies (els medicaments) que poden intoxicar si no es prenen quan cal, convé, sobre tot si hi han xiquets a la casa de tenir-lo tancat amb clau, i fora de l'abast dels xiquets. La majoria d'intoxicacions infantils ténen per responsable una farmaciola sense aquest requisit.
2. Perque sigui útil i manejable cal que només contingui allò imprescindible. L'acumulació dels restes de medicaments utilitzats en anteriors ocasions, apart de carregar inútilment la farmaciola, condueix a utilitzar medicaments, i per tant, no serveixen.
3. La farmaciola no és "una farmacia pels de casa", és a dir, un substitut de la visita mèdica, de la recepta; sinó tan sols el lloc on es ténen les coses que s'utilitzen abans d'anar a cal metge. L'automedicació fa més mal que bé, per què suposa medicar sense saber el que es medica, pot silenciar-se el símptoma i seguir la malaltia que el provoca, o bé fer-se directament mal amb el medicament.

MEDICAMENTS DE LA FARMACIOLA

- ELS QUE CAL TENIR:

1. Antitèrmics: no curen, però baixen la febre.

2. Antigripals: (sense antibiòtics) la grip no la curen, però fan que es passi més còmodament.
3. Coliris antisèptics o sedants: d'ús únic, perquè es passen desseguida.
4. Sèrum fisiològic: serveix per fer-se rentats de nas en cas de constipats.
5. Medicaments pel mal d'estómac (No bicarbonat!): no curen la causa, però treuen la molestia.
6. Contra els mareigs de viatge: cal prendre-se'ls un rato abans de marxar.
7. Antiinflamatoris: redueixen la inflamació en cas de cops.
8. Pomades per a ferides: cal guardar-les tancades, i no caducades.

- ELS QUE CAL NO TENIR:

Tots els demés.

Cal no tenir, excepte en cas d'indicació del metge:

Antitusígens, hipnòtics, calmants, analgèsics i antibiòtics. El seu ús indiscriminat és responsable de unes quantes morts i males evolucions de malalties, degut a l'automedicació, que no cura però pot emascarar els símptomes, retrancant el diagnòstic.

MATERIALS DE CURA DE LA FARMACIOLA

1. Cotó: serveix per empapar d'antisèptic i netejar una zona de pell bruta prop d'una ferida. !però no la mateixa ferida! !No utilitzar-lo mai com a apòsit!
2. Gasa: serveix per curar ferides o cremades i per fer apòsits.

3. Bena: serveix per tapar i apretar una zona de pell contusio-
nada.
4. Esparadrap: adhesiu. Cal no regatejar-lo en quantitat. No -
adherir-lo mai en zones de joc (flexió o extensió), doncs -
s'aixeca.
5. Firites: interessants en cassos de petites ferides supura--
des, roces...
6. Alcohol: serveix per netejar la zona que rodeja una ferida.
(aigua oxigenada: mateixa utilització. però cal mantenir-la
tancada i fora de l'exposició de la llum)
7. Mercromina: antisèptic per ferides, rascades, etc.
8. Termòmetre: cal conservar-lo per sota dels 36º, evitant-se
així confusions a l'hora d'utilitzar-lo.
9. Pinces i tisores: cal flamejar-les amb alcohol abans de fer-
-les servir cada vegada..! No agafar el cotó o les gasses
amb les mans, sinó amb pinces!.

PRIMERS AUXILIS

INTRODUCCIÓ

En diem accident o imprevist a qualsevol situació inesperada capaç de fer-nos mal.

L'objectiu dels primers auxilis, davant aquestes situacions, és de solucionar els problemes imminents i oferir en les millors condicions possibles l'accidentat a un centre d'urgència, en el mínim temps possible

No cal, per tant, curar l'accidentat sinó fer possible que el curin els metges. I per això és imprescindible no fer-li encara més mal que el que li hagi pogut fer l'accident.

Començarem per veure la situació que crea en els "espectadors" la visió de l'accident, i després el que cal fer-hi.

LA SITUACIÓ GENERAL A QUALSEVOL ACCIDENT O IMPREVIST

- La situació afectiva i emotiva: "els nervis".

- Personal: quedem frustrats, per la lluita que s'estableix dins nostre entre l'evidència de la urgència - ("cal fer-hi quelcom") i la inhibició personal per la inexperiència, el descobriment, la "por a les declaracions judicials", etc.

Segons guanyi en nosaltres, un factor o l'altre adoptarem una actitud positiva (d'ajuda a l'accidentat dintre de les nostres possibilitats) o negativa (de fugida, o d'evasió, com són el xerrar pels descosits, cridar, plorar, agitar-se, etc)...