



Empresa, medicina i farmàcia en perspectiva històrica

- 3 de juny del 2017 a les 18,00 h
- Auditori del Palau de Gel d'Andorra a Canillo
- En col·laboració amb la Societat Catalana d'Història de la Medicina

Paloma Fernàndez i Pérez

Doctora en Història, catedràtica d'Història Econòmica i de Negocis a la facultat d'Economia i Empresa de la Universitat de Barcelona



▲ Currículum

Llicenciada en Geografia i Història per la Universitat de Barcelona (1987), Master of Arts in History (1989) i Ph.D. in History (1994) per la University of California at Berkeley dels Estats Units. Research Assistant i Teaching Assistant a la University of California at Berkeley (1993), i a ESADE (1994). Titular Interina de l'Escola Universitària de la Universitat de Barcelona (1994-2001) i Titular de Universitat de la Universitat de Barcelona (des de 2001).

Experta en història de famílies emprenedores i empreses familiars centenàries a Espanya i Amèrica Llatina. Coeditora de la revista britànica *Business History* (Taylor and Francis), i fundadora i coeditora de la revista de la Universitat de Barcelona *Journal of Evolutionary Studies in Business*. Fundadora i coordinadora del Network of Interdisciplinary Research in Family Firms.

Investigadora principal de diversos projectes públics i privats competitiu d'investigació sobre innovació, internacionalització i història empresarial.

Visiting Scholar de diverses universitats europees i americanes (York i Lancaster al Regne Unit, Universidad del Pacífico i Uniandes a Lima i Bogotà respectivament). Ha rebut diverses beques competitives (La Caixa/Indiana University, Fulbright/MEC, Mellon Write-Up Year Dissertation Fellowship), ajuts a la investigació (Fundació BBVA, Institut de l'Empresa Familiar), i distincions i premis (ICREA Acadèmia entre 2008-2013 i entre 2013-2018), Premi a la Investigació de l'Institut Argentino de la Empresa Familiar el 2016, primer Best Paper Competition Award de la European Business History Association el 2009.

Àrea de coneixement: Història i Institucions Econòmiques. Grup de Recerca: Economic History and Development (Industry, Business and Sustainability). Grup d'Innovació Docent en Història Econòmica, Política i Social.

Té publicacions rellevants en les principals revistes internacionals i llibres. Ha impartit conferències, ha participat en congressos i ha dirigit tesis, tesines i treballs de recerca.

La transició epidemiològica és un concepte que descriu pautes de canvi en la distribució d'edats de la població, la mortalitat, la fertilitat, l'esperança de vida i les causes de defunció (McKeown 2009). Un concepte molt semblant, el de la *transició sanitària o health transition*", s'ha definit com els canvis en condicions de la salut que han contribuït a un descens en mortalitat associat amb la transició demogràfica (Robles, García Benavides i Bernabeu 1996).

Demògrafs, economistes i historiadors de l'economia i de l'empresa han estudiat tradicionalment la influència del clima, la qualitat de la producció i distribució agropecuària, la diversitat i qualitat del menjar i la dieta de la població, les condicions de vida, els salaris i la renda, l'educació i alfabetització de les dones amb fills, entre d'altres factors, en l'anàlisi de la millora de les condicions que determinen la salut i la transició demogràfica que ha ampliat l'esperança de vida, primer, i la qualitat de la vida, a més a més, en el darrer segle i mig, un període en què s'ha triplicat la mitjana d'esperança de vida en molts països des de poc més de 30 anys a quasi 90, una velocitat considerable tenint present que l'*homo sapiens* té un milió i mig d'anys, en la majoria dels quals no es va passar dels mencionats 30 anys d'esperança mitjana de vida al néixer.

Els científics més preocupats pel passat de les nostres societats recents, des de la història contemporània més precisament, han volgut entendre les raons socials i institucionals que van fer que la humanitat comencés a viure més i millor a partir dels anys clau de l'anomenada *revolució terapèutica*, que va tenir lloc des de mitjan i final del segle XIX i primer terç del XX. Per als historiadors de la societat europea d'aquella època, la salut va millorar per l'emergència i la transformació moderna de les tradicionals institucions caritatives i de beneficència que hi havia a Europa des de l'edat mitjana, tant les públiques com les privades. Les institucions públiques van rebre la influència de personatges educats en les modernes facultats de medicina i farmàcia imbuïdes d'idees higienistes que preconitzaven la neteja i la separació d'individus malalts respecte als sans, així com mesures preventives de contagis a gran escala que s'anaven provant a les grans ciutats industrialitzades com Marsella, Liverpool, Londres o Berlín. D'altra banda, les institucions privades religioses i laïques van rebre l'impacte de les noves idees sorgides del paternalisme obrer i humanista del Vaticà, amb l'encíclica *Rerum novarum*, que preconitzaven la germanor entre patrons i obrers, i la millora de les condicions de vida dels treballadors per part dels fabricants i empresaris de finals del segle XIX i principis del XX. El moviment del catolicisme social va ser en aquest sentit un moviment internacional que va impactar en totes les regions amb implantació de bisbats seguidors d'idees vaticanes, que van transformar la caritat i la beneficència, de ser un deure individual a ser un deure col·lectiu. El historiadors de la ciència, la tècnica, i la medicina i la farmàcia, en revistes com ara *Gimbernat* i en plataformes com el web del Museu d'Història de la Medicina, a casa nostra, han demostrat amb contundència d'evidències documentals la ràpida coincidència en l'aparició d'innovacions que prevenien les infeccions, i les curaven, i el desenvolupament d'innovacions que permetien millorar la diagnòstic i la terapèutica de moltes malalties tradicionals i de noves aparegudes amb la industrialització i el món modern, com ara el càncer, una malaltia que segons els discursos d'ingrés a les diverses societats de medicina i farmàcia de l'època de la revolució terapèutica, a Barcelona, augmentava de manera preocupant en la primera dècada del segle XX. La coincidència entre final del segle XIX i les primeres dues dècades i mitja del segle XX de

noves vacunes contra malalties infeccioses, el microscopi, nous protocols en cirurgia, nova organització de la praxi mèdica per especialitats, els raig X i la radioteràpia, nous materials i productes per anàlisi clínica i activitat hospitalària, va propiciar l'interès per estudiar medicina i farmàcia per desenvolupar activitat professional, bàsicament privada fins als anys 50 a tot el món. A partir del 1950 moltes innovacions aparegudes en hospitals de guerra i època de guerra com nous antisèptics, penicil·lines, el fraccionament de les proteïnes de plasma humà, i pràctiques hospitalàries i quirúrgiques, i nous fàrmacs, en època de creixement de natalitat i bonança econòmica, i pau, facilitarien l'expansió dels negocis privats i públics farmacèutics, mèdics i hospitalaris fins als anys 80. Van ser anys de *convergència* en la capacitat de diversos països del món a accedir a serveis i productes de salut que milloraven l'esperança i la qualitat de vida.

A partir d'aquests anys, nous descobriments de la biologia molecular i la genètica, i processos paral·lels de crisi i concentració oligopòlics a les indústries de la salut farmacèutiques i hospitalàries i d'assegurances van transformar les grans empreses de la salut, i van canviar la seva relació amb els governs reguladors, i amb els consumidors de productes i serveis de la salut, cosa que va crear grans desigualtats al món, de nou, en l'accés a nous productes i serveis que milloraven la qualitat de la vida de la població més vella (Chandler 2005, Cramer 2015).

En aquests grans processos poc se sap i poc s'ha fet per entendre de manera agregada, amb perspectiva d'història econòmica i empresarial, l'evolució de les empreses i empresaris de la salut des del segle XIX fins als nostres dies. És cert que mirant a internet i fent exercicis bibliomètrics per paraules clau es troben milions de referències a estudis sobre certes malalties, sobre històries d'hospitals, biografies de metges i farmacèutics, històries d'institucions locals o internacionals de salut. Però és complicat trobar estudis agregats que estudiïn, per exemple, al llarg del darrer segle i mig l'evolució i els canvis de les empreses i empresaris de la salut en un país o en un continent. O els models sanitaris que al llarg d'un segle i mig han coexistit, i els seus canvis, i la seva adaptació o inadaptació a contextos socioeconòmics i reguladors canviants. Poca gent ha estudiat si el context de transició sociosanitària i hospitalària que van experimentar economies en desenvolupament com l'espanyola i la japonesa ho eren a final del segle XIX podria donar pistes útils per planificar la transició dels sistemes de salut en economies en desenvolupament actuals. Per què no? La corrupció, el caos, el solapament de competències públiques i privades, la coexistència de diferents preus dels serveis, la utilització de serveis públics per empresaris privats de la salut que hi havia fa un segle a casa nostra són el pa de cada dia en països en desenvolupament. Les infeccions causants de milers de malalts i morts a la Barcelona de 1918 són infeccions que avui dia causen milers de malalts i morts a països sud-americans, africans i asiàtics, tot i que a la Barcelona de 1918 i en aquests països hi ha col·lectius mèdics i de malalts que tenen perfecta informació i accés a vacunes i sistemes de prevenció i curació d'aquestes malalties. L'accés a la salut desigual, incert, elitista, de la Barcelona de fa un segle s'assembla a l'accés de molts col·lectius desfavorits d'economies que no estan desenvolupades o no tenen una organització sanitària adequada.

Els hospitals grans, centralitzats en grans edificis en altura, només existien al Japó i als Estats Units abans de la nostra Guerra Civil. A la resta del món els hospitals càotics, horitzontals, fragmentats, que provocaven moltes despeses de manteniment que es menjaven el que caldria

haver destinat als malalts, van anar reformant-se o desapareixent amb el gran moviment d'inversió pública en salut que hi va haver a tot el món des del 1940 en endavant. La iniciativa pública va ajudar a democratitzar l'accés als serveis i als productes sanitaris i farmacèutics de la població al món. La creació de sistemes tributaris moderns en una època de creixement de l'activitat industrial i dels serveis al món va crear uns recursos públics sense precedents en una època de creixent regulació pública de l'activitat farmacèutica, mèdica i de la indústria de l'equipament clínic i hospitalari, així com de la indústria de les assegurances de la salut. Tots els jugadors van acceptar en general les noves regles reguladores perquè tots en resultaven beneficiats. Les regles van deixar de ser acceptables i acceptades després dels anys 80, a mesura que el context de guanys per a tothom va canviar. La crisi industrial va reduir la capacitat de pagar impostos de molts treballadors i empreses, i malgrat que la globalització va crear la il·lusió que els anys de bonança econòmica seguirien, el fet és que al món desenvolupat occidental havia arribat el sostre de productivitat i de paradigma de creixement econòmic, fins a esclatar, la primera dècada del segle XXI, la crisi financera, que ha descobert que molts actius i capital s'havien destinat a l'especulació i al dividend ràpid, i s'havien allunyat de les inversions de llarg termini. Estem entrant, de nou, com fa un segle, almenys al món desenvolupat on ens trobem, en una època de creixent desigualtat econòmica i de desigualtat en l'accés de la població a la prevenció i el tractament de malalties. Com fa un segle, les administracions públiques van reduint el seu poder regulador i controlador, i els recursos que destinen a prevenir i tractar malalts. Com fa un segle, empreses i empresaris del sector salut, mèdic, farmacèutic, hospitalari i d'assegurances de la vida i la salut, es troben amb incentius contradictoris per invertir i desenvolupar activitat. La demanda dels hospitals públics, com fa un segle, significa per als empresaris de la salut cobrar tard i malament i per tant anar reduint inversions en instal·lacions productives i ocupació, un problema que deixa herències llargues difícils de revertir. La demanda privada de clíniques, laboratoris i actors consumidors o productors del sector salut és fragmentada i condicionada pels preus del mercat *lliure* de tecnologies i productes de la salut, que és car per les novetats i barat pels genèrics ja coneguts. També està condicionada per normatives sobre preus i terminis de pagament de les administracions públiques, que suposen sovint una sensació de captura a petits empresaris i un incentiu a la sortida a l'exterior (desviant inversions alternatives a l'interior) per a les grans empreses.

Conèixer què passava a casa nostra fa un segle, just fa un segle, quan hi havia una situació òbviament diferent en el detall però en superfície amb elements temptadorament semblants a alguns elements superficials de l'actualitat, podria donar elements de reflexió sobre què podria passar a casa nostra si s'accentuen les tendències actuals a la desintegració de sistemes públics de salut, desigualtat en l'accés a la salut i caiguda de la inversió de llarg termini en innovació i ocupació en les indústries i serveis de la salut.

Des de l'època preindustrial fins al final del segle XIX i principis del segle XX, a l'Europa occidental la provisió de serveis de salut era fragmentada, ineficient i amb regulacions de diferents èpoques i institucions que sovint se solapaven i es contradien. Les autoritats consideraven els problemes de salut un tema vinculat a l'ordre social, i no com la base del progrés i el benestar social. Els preocupava que hi hagués aldarulls o epidèmies que afectessin els benestants causats per pobres i immigrants forans desconeguts i incontrolables, i per tant l'òptica pública era controlar

per evitar problemes d'ordre social que alteressin la pau. Que hi hagués informes d'enginyers sobre les desigualtats en l'esperança de vida dins d'un barri, i fins i tot dins d'un edifici del mateix barri, lligades a la renda disponible dels seus habitants tant els feia. A Manchester, a Berlín o a Barcelona s'assumia com un fet la pobresa i que els pobres haguessin de morir, i el problema més aviat era apartar aquestes persones de la via pública per no molestar o contaminar la resta. Recorda molt, malauradament, declaracions i arguments d'alguns republicans nord-americans que estan proliferant a les xarxes socials aquests dies per donar suport a l'atac a l'*Obamacare* del president Donald Trump: els pobres malalts són responsables tant de la seva pobresa com de la seva malaltia, i l'estat i la resta de ciutadans amb els seus impostos no han de resoldre el que aquests individus han causat amb la seva conducta i estil de vida. Exactament és el que pensaven moltes administracions públiques abans del segle XIX. Atès que els països de tradició catòlica tenien una tradició antiga d'assistència benèfica als pobres, les administracions públiques en aquestes regions del món, com la nostra, assumien que havia de ser la caritat cristiana dels individus o les institucions religioses les que prenguessin la iniciativa, i la despesa, per atendre els malalts pobres que omplien els establiments d'auxili, els pobres sense recursos ni família que els cuidés en època de malaltia.

La industrialització va alterar tant l'oferta com la demanda de serveis i productes del món de la salut. I ho va fer en les regions que abans es van industrialitzar, i més tard en les regions que van romandre amb més pes de l'activitat primària agropecuària i pesquera. Quant a la demanda, la concentració de fàbriques va estimular la immigració. I la immigració significava més malalties infeccioses, i malalts. L'augment de beneficis industrials i l'expansió de la massa salarial obrera, d'altra banda, significaven un augment del capital disponible per pagar productes i serveis. És a dir, un estimul als empresaris professionals de la salut. En el món preindustrial hi havia pocs cirurgians, pocs metges, moltes comadrones, molts practicants de tradicions mil·lenàries de medicines naturals, molt instint i poc ordre i normativa. En el món industrial i urbà la demanda per part de la classe mitjana de metges, productes farmacèutics o anàlisis clíniques estimularia una cadena d'esdeveniments importantíssima que no ha estat sempre ben analitzada.

Primer, l'expansió del nombre de metges i farmacèutics col·legiats autoritzats per unes normes comunes a practicar la medicina i l'activitat farmacèutica i clínica.

Segon, i a causa de la inexistència d'una infraestructura pública de salut, un gran potencial per al desenvolupament d'un sistema privat de salut compost precisament per metges i farmacèutics col·legiats capaços d'obrir negocis propis de manera individual o en associació amb col·legues o *business angels* locals. Als Estats Units, Anglaterra, França, Alemanya, Itàlia i en ciutats grans industrials o de serveis burocràtics d'Espanya com ara Barcelona o Madrid, entre final del segle XIX i l'inici de la dècada de 1930 van obrir, en aquest context, centenars de consultes particulars i clíniques i laboratoris privats, per atendre una demanda en expansió d'una clientela amb poder de compra en expansió i per servir uns nous coneixements innovadors que van coincidir en el temps en aquests anys que ja hem mencionat abans. Anàlisis clíniques, vacunes, tractaments ortopèdics, clíniques ginecològiques, clíniques traumatològiques, oftalmòlegs van obrir com bolets en els nous districtes residencials de les expansives ciutats industrialitzades del món occidental. Sense quasi regulació, destinades a un nínxol de mercat diferent dels pobres de l'assistència pública o privada religiosa: el mercat dels assalariats obrers i els burgesos. En un

diari de Nova York i en l'ABC de 1905 s'anunciava que una radiografia costava unes 5 pessetes, que equivalia al salari setmanal d'un obrer a l'Espanya de l'època. La salut de qualitat, els millors mitjans de diagnòstic eren accessibles als obrers, no per caritat, sinó pel dret que donava la capacitat de pagar salut de qualitat. Va ser la gran revolució de principi del segle xx.

Fins aleshores metges i farmacèutics feien voluntàriament atenció a institucions privades religioses i públiques per a pobres amb poca o nul·la remuneració de les autoritats públiques (Hernández Iglesias 1876), i acostumaven a atendre a la casa particular de malalts que podien pagar la visita i els medicaments i tractaments. De fet, encara aquesta pràctica es conserva en molts països, i a casa nostra més rarament entre coneguts de l'entorn del metge, com a herència d'aquell costum tan antic. Aquesta pràctica era factible mentre es dedicués a un cercle reduït de potencials malalts. Però amb la industrialització el cercle de potencials malalts a tractar es va disparar i va requerir de nous espais, més empleats, noves instal·lacions, nous protocols. Nous negocis.

El web del Museu d'Història de la Medicina i del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona contenen documents preciosos, com el relatiu a clíniques de Barcelona al primer terç del segle xx, un document preciós, i únic a Europa diria jo, sobre les clíniques privades que es van traslladar del Raval a l'Eixample i les que es van crear de nou als nous barris més saludables allunyats del Raval durant les primeres dècades del segle xx. Aquelles noves clíniques i aquells nous laboratoris i farmàcies eren, de fet, un testimoni proper d'una tendència general que es va donar al mateix temps al Nova York ple d'immigrants de la mateixa època, al gran Kyoto, a Berlín i a París o Lió d'abans la Segona Guerra Mundial. Els empresaris metges o farmacèutics pioners a establir les seves clíniques i laboratoris als nous barris per la classe mitjana que va aparèixer amb la indústria i els serveis per la indústria van ser els que van consolidar nom, marca, i reputació. Aquells que van aconseguir que els fills estiguessin amb ells i seguissin el negoci van establir autèntiques dinasties que, malgrat els conflictes bèl·lics dels anys 30, serien recordades com ho van ser a Barcelona els germans Trias i els Corachan, i algunes d'aquelles dinasties fins i tot han perdurat fins als nostres dies a casa nostra com els Grifols (www.comb.com).

A partir dels anys 40 i sobretot del 50, amb l'increment del pes del sector públic sanitari, i sobretot amb l'expansió de l'obligatorietat de les assegurances de salut, públiques o privades, a tot el món desenvolupat, en coincidència a més a més del creixement demogràfic provocat pels efectes d'una natalitat elevada i una mortalitat en descens, van fer que empreses i empresaris de la salut augmentessin i fossin més diversificats en estructura, dimensions i objectius. Es va disparar el nombre de metges, farmacèutics, i infermeres, als sistemes de salut públics i privats, com es desprèn dels quadres inferiors amb dades de l'OCDE.

D'una banda, en països com Espanya l'estat va destinar importants partides pressupostàries per fer grans hospitals públics en grans ciutats capital de província, cosa que va fer que molts llicenciats en medicina poguessin o volguessin triar la pràctica de la medicina pública en lloc de la privada.

Metges per 1.000 habitants, 1960-2013

		1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
Metges en actiu	França	..	..	..	..	..	..	3.1
	Alemanya	..	..	..	..	3.26	3.73	4.05
	Itàlia	..	..	..	..	..	..	3.9
	Japó	1.03	1.09	1.27	1.65	1.93	2.21	..
	Espanya	..	..	1.84	2.05	3.16	3.76	3.81
	Regne Unit	0.85	0.94	1.32	1.62	1.96	2.7	2.77
	Estats Units	..	..	..	..	2.29	2.43	2.56
Metges actius professionals	França	..	..	..	3.02	3.26	3.27	3.33
	Alemanya	..	2.08	2.82	3.76	3.58	4.08	4.43
	Itàlia	..	..	..	..	4.16	4	4.19
	Japó	..	..	1.32	1.7	2	2.28	..
	Espanya	..	..	..	2.24	3.41	4.01	4.1
	Regne Unit	..	..	..	..	2.45	2.57	2.7
	Estats Units	..	..	..	..	..	..	..
Metges col·legiats	Alemanya	..	..	..	..	4.49	5.37	5.83
	Itàlia	..	1.08	2.62	4.7	6.07	6.27	6.37
	Espanya	1.17	1.34	2.3	3.83	4.45	4.8	4.99
	Regne Unit	..	..	..	..	3.43	3.61	3.72
	Estats Units	..	1.63	2.06	2.47	2.88	3.19	3.31

Font: OECD.STAT <http://stats.oecd.org/22 gener 2016>

Mesura: Densitat metges per 1000 habitants

Infermeres per 1.000 habitants

		1980	1990	2000	2010	2013
Infermeres en actiu	Alemanya	..	..	10.52	12.16	12.96
	Japó	..	..	..	10.11	..
	Espanya	2.1	2.68	3.57	5.15	5.14
	Regne Unit	..	..	9.01	9.52	8.18
Infermeres en actiu professionals	França	..	..	6.66	8.45	9.39
	Itàlia	..	..	..	..	6.14
	Japó	..	..	..	10.67	..
	Espanya	..	2.87	3.79	5.35	5.39
	Estats Units	..	..	10.17	10.94	11.14
Infermeres col·legiades	Itàlia	..	..	5.48	6.32	6.88
	Espanya	3.24	3.92	4.92	5.48	5.54

Font: OECD.STAT <http://stats.oecd.org/22 gener 2016>

Farmacèutics per 1.000 habitants

		1980	1990	2000	2010	2013
Farmacèutics en actiu	França	..	..	..	..	1.06
	Alemanya	..	..	0.58	0.62	0.64
	Japó	0.54	0.73	1.13	1.54	..
	Espanya	..	..	0.72	0.92	1.12
	Regne Unit	..	..	..	0.65	0.8
Farmacèutics en actiu professionals	França	..	0.94	1.01	1.13	1.12
	Alemanya	..	..	0.65	0.72	0.76
	Itàlia	..	..	..	0.87	0.97
	Espanya	..	..	0.82	1.03	1.26
	Estats Units	..	..	0.75	0.87	0.91
Farmacèutics col·legiats	Alemanya	..	..	..	0.96	1.01
	Itàlia	..	0.97	1.1	1.37	1.47
	Espanya	0.62	0.94	1.26	1.38	1.43

Font: OECD.STAT <http://stats.oecd.org/22 gener 2016>

Hospitals als Estats Units (públics i privats) i a Espanya (públics) 1920-2009

	USA ¹	ESpanya ²
1920	4013	317
1940	6291	563
1960	6876	964
1970	7123	1173/1366
1980	6965	1116
1990	6649	813
2000	5810	771
2009	5795	803

Font: 1- Anys 1920-1960: American Medical Association, Hospital service in the United States (Chicago: American Medical Association, 1920-1945); and Hospitals: Journal of the American Hospital Association, guide Issue, 1964, p.482. 1- 1970: "National Data Book and Guide to Sources, 109th edition", US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States 1989.

1- Anys 1980-2009: US Census Bureau, Statistical Abstract of the United States: 2012. En línia: <https://www.census.gov/prod/2011pubs/12statab/health.pdf>.

2- Anys 1920-1970: Estimació pròpia, basada en dades del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud, Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales, Madrid (1977).

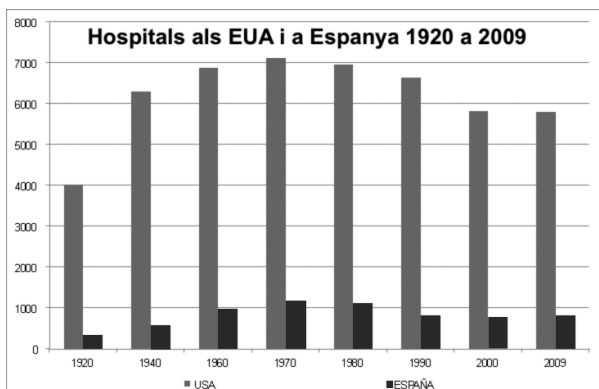
Segons dades de la secretaria de la Comisión Central de Coordinación Hospitalaria, el total de centres hospitalaris d'Espanya era de 1.366 aquell any (152 a Barcelona, 109 a Madrid, 56 a València, 55 a Biscaia i 46 a Sevilla); a la resta de províncies, per menys de 40 per província. Estudio Sociológico sobre la situación social de España, 1980: Catálogo Nacional de Hospitales, nov. 1981. Dirección General de Hospitales, Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social.

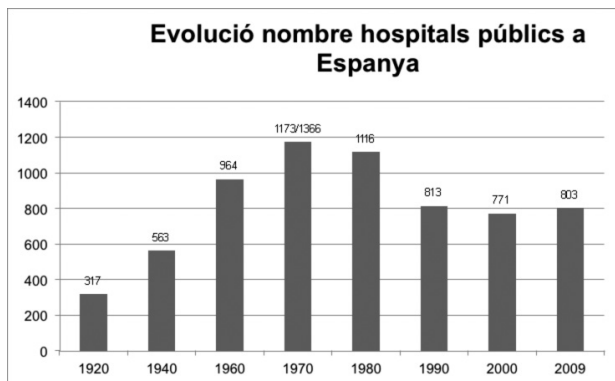
1990: Dada que correspon a l'any 1991, presa de: Estadísticas Sanitarias España 1991-2000, accés en línia: <http://www.mssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/generales.htm>

2000: Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado, Evolución 2000-2005. Instituto de Información Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid Mayo 2008.

Notes

1. Nombre d'hospitals públics i privats existents en cada any.
2. L'any 1970 hi havia 1.173 hospitals públics construïts que seguien funcionant el 1976; segons el Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud, Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales, Madrid (1977). Nombre d'hospitals públics en peu el 1976.





Especialitats dels hospitals públics espanyols segons any de construcció classificats al 1976

	Abans d/1800		1800-1900		1901-1920		1921-1940		1941-1960		1961-1970		1971-1976	
	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.
Generals	19.17	56	12.66	36	8.02	24	13.58	40	24.04	70	16.72	49	5.92	17
Quirúrgics	3.99	21	4.53	24	6.16	33	23.73	129	35.86	194	19.75	107	5.98	32
Maternals	8.18	13	11.95	19	7.55	12	13.84	22	36.47	59	17.61	28	4.4	7
Infantils	4.76	1	14.29	3	9.53	3	14.29	3	28.57	7	23.8	6	4.76	1
Psiquiàtrics	8.85	10	23.89	28	7.08	8	20.36	24	25.66	30	10.62	13	3.54	4
Antituberculosos	2.32	1	2.32	1	2.32	1	27.92	12	62.8	27	2.32	1		
altres	19.67	12	6.56	4	11.47	7	24.59	16	21.31	14	8.2	5	8.2	6
TOTAL	9.23	114	9.3	115	7.04	88	19.82	246	32.36	401	16.83	209	5.42	67

Font: Elaboració pròpia a partir de Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud, *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977)

Hospitals espanyols en perspectiva de la OCDE 1980 a 2013 (totals)

	1980	1990	2000	2010	2013
França	..	..	3120	2707	3382
Alemanya	..	..	3635	3301	3183
Itàlia	..	1757	1321	1230	..
Japó	..	10096	9266	8670	8540
Espanya	1084	820	771	765	764
Estats Units	6965	6649	5810	5754	..

Hospitals per milió d'habitants

	1980	1990	2000	2010	2013
França	..	..	51.35	41.76	51.48
Alemanya	..	..	44.22	40.37	39.47
Itàlia	..	30.98	23.2	20.75	..
Japó	..	81.67	73	67.7	67.09
Espanya	28.95	21.11	19.15	16.42	16.39
Estats Units	30.65	26.64	20.59	18.6	..

Font: OECD.STAT <http://stats.oecd.org/22 gener 2016>

Liuts d'hospital (totals)

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
França	..	..	..	..	484279	416710	413208
Alemanya	..	..	..	..	749473	674473	667560
Itàlia	450539	588513	542260	410026	268057	215980	..
Japó	..	..	..	..	1864008	1730215	1695114
Espanya	..	157598	201035	165897	148081	145199	138153
Regne Unit	..	..	..	..	241331.8	183848.55	176788.8
Estats Units	1658000	1616000	1365000	1213000	983628	941995	..

Liuts d'hospital per cada 1.000 habitants

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
França	..	..	..	..	7.97	6.43	6.29
Alemanya	..	..	..	..	9.12	8.25	8.28
Itàlia	8.97	10.56	9.61	7.23	4.71	3.64	..
Japó	..	..	..	..	14.69	13.51	13.32
Espanya	..	4.66	5.37	4.27	3.68	3.12	2.96
Regne Unit	..	..	..	..	4.1	2.93	2.76
Estats Units	9.18	7.88	6.01	4.86	3.49	3.05	..

Font: OECD.STAT <http://stats.oecd.org/22> gener 2016

D'altra banda, la coexistència de sistemes públics i privats de prestacions de serveis sanitaris va mantenir incentius per a la pràctica privada de la salut. Finalment, les institucions públiques van augmentar la regulació en el nombre d'empreses i empresaris que podien obrir farmàcia a Espanya, i a la vegada es va iniciar una tendència a la progressiva intervenció en el preu dels medicaments i fàrmacs introduint distorsions que pretenien afavorir el consum massiu de medicaments i que en alguns casos ha provocat un consum excessiu de medicaments genèrics al nostre país i una reducció de la inversió pública i privada en nous medicaments i tractaments. (Robles, García i Bernabeu 1996; Santesmases 1999; Chaqués 1999; Grabulosa Teixidor 2002; Donzé 2005; Pons i Vilar 2014).

Les dades de l'OCDE sobre despesa pública i privada de salut disponibles per a Espanya des dels anys 1960 demostren que els nivells de partida de despesa eren més baixos que a la majoria de països de l'Europa occidental, però entre 1960 i 2011 el ritme d'augment de la despesa va ser dels més grans de tota l'Europa occidental. Més consum és un indicador claríssim de l'evolució de les empreses i empresaris del sector salut al nostre país ja siguin nacionals o estrangers establerts a casa nostra amb filials.

Despesa total pública i privada sanitària com a percentatge del PNB a preus de mercat

	1960	1970	1980	1990	2000	2011
Austria	4.3	5.2	7.5	8.4	10.0	10.8
Bèlgica		3.9	6.3	7.2	8.1	10.5
República Txeca				4.4	6.3	7.5
Dinamarca			8.9	8.3	8.7	10.9
Estònia					5.3	5.9
Finlàndia	3.8	5.5	6.3	7.7	7.2	9.0
França	3.8	5.4	7.0	8.4	10.1	11.6
Alemanya		6.0	8.4	8.3	10.4	11.3
Grècia		5.5	5.9	6.7	8.0	9.1
Hongria					7.2	7.9
Islàndia	3.0	4.7	6.3	7.8	9.5	9.0
Irlanda	3.7	5.0	8.1	6.0	6.1	8.9
Itàlia				7.7	7.9	9.2
Luxemburg		3.1	5.2	5.4	7.5	6.6
Holanda			7.4	8.0	8.0	11.9
Noruega	2.9	4.4	7.0	7.6	8.4	9.3
Polònia				4.8	5.5	6.9
Portugal		2.4	5.1	5.7	9.3	10.2
Eslovàquia					5.5	7.9
Eslovènia					8.3	8.9
Espanya	1.5	3.5	5.3	6.5	7.2	9.3
Suècia		6.8	8.9	8.2	8.2	9.5
Suïssa	4.9	5.5	7.2	8.0	9.9	11
Turquia			2.4	2.7	4.9	6.1
Regne Unit	3.9	4.5	5.6	5.8	7.0	9.4
Europa	3.5	4.7	6.6	6.8	7.8	9.2
EUA	5.1	7.1	9.0	12.4	13.7	17.7
Japó	3.0	4.4	6.4	5.8	7.6	9.6

Font: Elaboració pròpia a partir de Efpia- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. *The Pharmaceutical Industry in Figures. Key data 2014* (cita a su vez como fuentes de la Efpia OECD Health Data 2013, Noviembre 2013)

Nota: Japó: 2010 ; Turquia: 2008

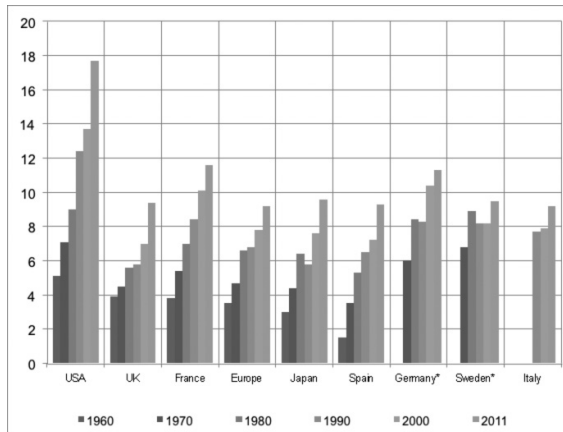
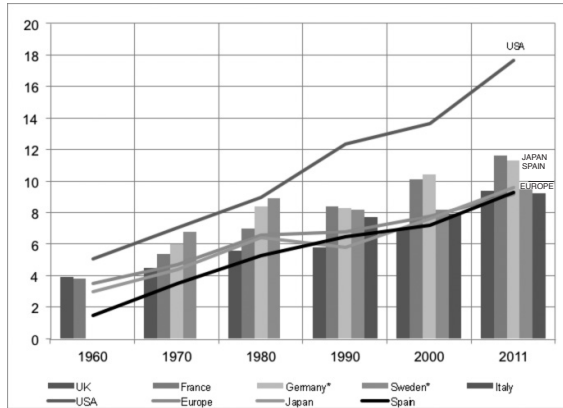
Europa: promig de 25 països segons càlculs de Efpia

Ritmes de creixement més grans de la despesa sanitària, 1960-2011

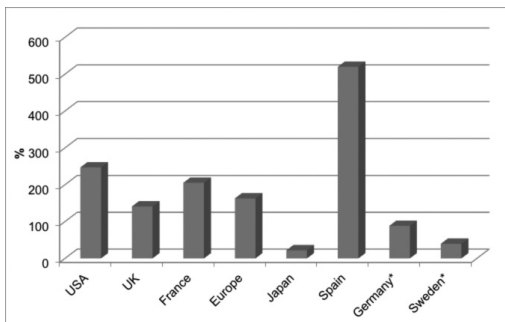
	1960	1970	1980	1990	2000	2011	Variació 2011-1960 %	Ritme de creixement anual acumulat 2011/1960 %
EUA	5.1	7.1	9	12.4	13.7	17.7	247.06	2.470
RU	3.9	4.5	5.6	5.8	7	9.4	141.03	1.740
França	3.8	5.4	7	8.4	10.1	11.6	205.26	2.212
Europa	3.5	4.7	6.6	6.8	7.8	9.2	162.86	1.913
Japó	3	4.4	6.4	5.8	7.6	9.6	220.00	2.307
Espanya	1.5	3.5	5.3	6.5	7.2	9.3	520.00	3.642
Alemanya*		6	8.4	8.3	10.4	11.3	88.33	1.556
Suècia*		6.8	8.9	8.2	8.2	9.5	39.71	0.819
Itàlia				7.7	7.9	9.2		

Nota: *calculat per a 1970-2011

Font: Elaboració pròpia a partir d'Efpia- European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. *The Pharmaceutical Industry in Figures. Key data 2014. (OECD Health Data 2013, November 2013)*



Ritmes de creixement més grans en despesa sanitària 1960-2011



Nota: *CAGR Calculat per al període 1970-2011.
 Font: Elaboración propia d'Elpia - European Federation of Pharmaceutical Industries and Associations. The Pharmaceutical Industry in Figures. Key data 2014. (OECD Health Data 2013, november 2013)

Els resultats més aparents d'aquest ràpid creixement de la inversió pública i privada en despesa, i en activitat, sanitària al nostre país va ser un nivell d'esperança de vida superior al de molts països de l'OCDE a la segona meitat del segle xx, malgrat que el nostre PIB per càpita fos la meitat del de països veïns. Clarament la coincidència d'activitat privada, i pública, sanitària va compensar els déficits de les infraestructures i de la riquesa del nostre país, per augmentar els serveis i els productes sanitaris a la població.

Esperança de vida en anys promig al néixer, 1960-2013

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
França	70.3	72.2	74.3	76.9	79.2	81.8	82.3
Alemanya	69.1	70.6	72.9	75.3	78.2	80.5	80.9
Itàlia			74	77.1	79.9	82.1	82.8
Japó	67.8	72	76.1	78.9	81.2	82.9	83.4
Espanya	69.8	72	75.4	77	79.4	82.4	83.2
Regne Unit	70.8	71.9	73.2	75.7	77.9	80.6	81.1
Estats Units	69.9	70.9	73.7	75.3	76.7	78.6	78.8

Font: OECD.stat <http://stats.oecd.org/> 22 gener 2016

PIB per càpita (millions dòl·lars USA) gener

	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2013
França	7,398	11,410	14,766	17,647	20,392	21,477	39,236
Alemanya	7,705	10,839	14,114	15,929	18,944	20,661	44,999
Itàlia	5,456	9,367	12,927	16,313	18,761	18,520	35,518
Japó	3,986	9,714	13,428	18,789	20,481	21,935	36,620
Espanya	3,072	6,319	9,203	12,055	15,724	16,797	32,861
Regne Unit	8,645	10,767	12,931	16,430	21,046	23,777	39,125
Estats Units	11,328	15,030	18,577	23,201	28,702	30,491	52,592

Font: 1960-2010= *The Maddison-Project*, <http://www.ggdnc.net/maddison/maddison-project/home.htm>, 2013 version. 18 febrer 2016

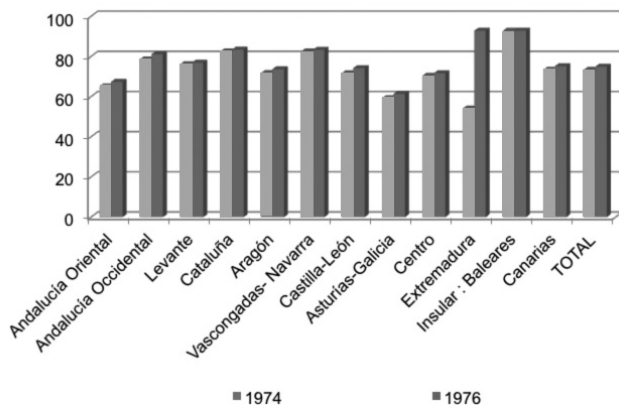
2013: OECD 2016. doi: 10.1787/dc2f7aec-en (Accessed on 18 February 2016)

Dins d'Espanya, Catalunya i més en concret Barcelona han estat centre de concentració de la demanda hospitalària estatal, i per tant pol d'atracció de la inversió empresarial sanitària pública i privada. El següent quadre mostra com a final del franquisme i malgrat les distorsions en les assignacions de recursos i infraestructures, les taxes de freqüentació hospitalària eren més elevades a Catalunya que a qualsevol altra regió.

DISTRIBUCIÓ REGIONAL DE LES TAXES DE "FREQUENTACIÓ HOSPITALÀRIA", 1974 I 1976

REGIONS	1974			1976		
	No. de ingressats	% sobre total	Freqüentació	No. de ingressats	% sobre total	Freqüentació
Andalusia Oriental	168296	6.53	65.2	175647	6.54	67.4
Andalusia Occidental	260160	10.09	78.6	270991	10.09	81.1
Llevant	313822	12.18	76.2	326856	12.17	76.9
Catalunya	470218	18.24	82.6	490148	18.25	83.5
Aragó	82750	3.21	71.8	86481	3.22	73.7
País Basc- Navarra	215995	8.38	82.6	225065	8.38	83.3
Castella- Lleó	228598	8.87	71.7	237689	8.85	74.2
Astúries- Galícia	212675	8.25	59.3	221842	8.26	61.4
Centre	419830	16.29	70.4	437507	16.29	71.7
Extremadura	55435	2.15	54.1	57744	2.15	92.8
Insular : Balears	55818	2.17	92.9	58012	2.16	92.8
Canàries	93723	3.64	73.4	97761	3.64	75.2
TOTAL	2577320	100.00	73.4	2685743	100.00	74.9

Font: Elaboració pròpia a partir de Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud, *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977) p 286



DISTRIBUCIÓ PROVINCIAL TAXES DE "FRECUENTACIÓN HOSPITALARIA" 1974 i 1976

	1974			1976		
	No. de ingressats	% sobre total	Freqüentació	No. de ingressats	% sobre total	Freqüentació
Alava	22087	0.86	95.1	23097	0.86	92.6
Albacete	21694	0.84	67.6	22560	0.84	72.2
Alicante	63244	2.45	63.3	65801	2.45	62.9
Almería	23846	0.93	63.2	24977	0.93	66.1
Avila	9580	0.37	50	9937	0.37	53.8
Badajoz	37184	1.44	58.3	38675	1.44	63.4
Balears	55818	2.17	92.9	58012	2.16	92.7
Barcelona	378798	14.70	87.1	394804	14.70	85.8
Burgos	24541	0.95	70.5	25515	0.95	74.7
Cáceres	18250	0.71	42.7	19069	0.71	46.4
Cádiz	74253	2.88	82.2	77349	2.88	84.8
Castellón	27891	1.08	69.6	29006	1.08	71
Ciudad Real	27668	1.07	57.6	28737	1.07	61.9
Córdoba	45940	1.78	66.1	47806	1.78	70.6
Coruña, La	58381	2.27	58.3	60966	2.27	68.1
Cuenca	8467	0.33	37.6	8863	0.33	41.5
Girona	27780	1.08	63.7	29006	1.08	64.8
Granada	45876	1.78	64.1	47806	1.78	67.8
Guadalajara	7304	0.28	53.7	7520	0.28	58.1
Guipúzcoa	51615	2.00	74.8	53715	2.00	74.1
Huelva	26444	1.03	67.1	27663	1.03	70.1
Huesca	12263	0.48	56.6	12892	0.48	60.4
Jaén	35517	1.38	56.2	37063	1.38	60.3
León	35936	1.39	67.4	37332	1.39	71.4
Lleida	26566	1.03	76.1	27663	1.03	79.1
Logroño	18386	0.71	77.9	19069	0.71	80.8
Lugo	16139	0.63	41.2	16920	0.63	44.7
Madrid	334863	12.99	78	349147	13.00	75.9
Málaga	63057	2.45	70.4	65801	2.45	72.3
Murcia	71252	2.76	50.9	74127	2.76	86.3
Navarra	42650	1.65	587.8	44315	1.65	89.2
Orense	16756	0.65	42.1	17457	0.65	44.8
Oviedo	71606	2.78	67.7	74664	2.78	70.2
Palencia	12361	0.48	66.1	12892	0.48	71.5
Palmas, Las	54609	2.12	87.1	56938	2.12	87
Pontevedra	49793	1.93	64.5	51835	1.93	66.3
Salamanca	26774	1.04	74.8	27932	1.04	79.9
Sta. Cruz T.	39114	1.52	62.5	40823	1.52	63.2
Santander	44600	1.73	93.6	46463	1.73	96.6
Segovia	5242	0.20	34.6	5371	0.20	37
Sevilla	113523	4.40	84	118173	4.40	86.7
Soria	7040	0.27	67.2	7252	0.27	73.2
Tarragona	37074	1.44	81.3	38675	1.44	82.4
Tarazona	6337	0.25	40.7	6714	0.25	45.4
Toledo	19834	0.77	44.2	20680	0.77	47.4
Valencia	151435	5.88	80.1	157922	5.88	80.6
Valladolid	32419	1.26	75.7	33840	1.26	77.5
Vizcaya	99643	3.87	85.9	103938	3.87	84.4
Zamora	11719	0.45	49.9	12086	0.45	53.6
Zaragoza	64150	2.49	80.8	66875	2.49	82.2
TOTAL	2577319	100.00	73.4	2685743	100.00	74.9

Font: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud, *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977) p. 283-284

Barcelona tenia abans de la Guerra Civil més institucions d'atenció públiques i privades sanitàries que d'altres ciutats d'Espanya. L'Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona, digitalitzat per a les primeres dues dècades del segle xx i disponible al web de l'Ajuntament de Barcelona, conté dades sobre el nombre de pacients ingressats, llits i entitats d'atenció sanitària i hospitalària que demostren la capil·laritat i diversitat de fonts d'atenció on es concentraven no només els malalts sinó també els professionals de la salut, que transferien coneixement entre els centres públics i privats de salut a la ciutat. Això constituïa un autèntic districte marshallià de salut, on es compartia el coneixement entre els diferents actors i entitats, la base de la innovació ràpida i l'activitat en pimes sanitàries i clíniques d'aquests anys.

Anuari estadístic de la ciutat de Barcelona

		Nombre de pacients ingressats		Nombre de llits	Observacions
1902	Hospital de la Santa Creu	7.050		ND	No indica el nombre de llits
1902	Hospital Militar	4.836		ND	Saldo el desembre de 1902. No reporta el nombre de llits
1902	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor de Jesús	644		ND	
1902	Hospital de nens pobres	45.255		ND	Nombre d'assistències facultatives durant l'any
1902	Hospital Homeòpata del Nen Déu	75		30	
1902	Higiene especial del Govern Civil	169		ND	Pacients assistits
1902	Associació d'Amics dels Pobres			ND	Fa l'exercici a través de cases de socors
1902	Cases de Socors	5.452			Total d'auxiliats en les cases de socors: Sant Bertran, Sant Pere, Palau, Gràcia
1903	Hospital de la Santa Creu	5.719		ND	No reporta el nombre de llits
1903	Hospital Militar	5.347		ND	Saldo el desembre de 1903. No reporta el nombre de llits

		Nombre de pacients ingressats		Nombre de llits	Observacions
1904	Hospital de la Santa Creu	5.719		ND	No reporta el nombre de llits
1904	Hospital dels Nens Pobres	49.543		ND	Nombre d'assistències facultatives durant l'any
1904	Hospital Militar	5.918		ND	Saldo el desembre de 1904. No reporta el nombre de llits
1904	Manicomi de la Santa Creu			ND	Colònia amb 20 varons
1904	Hospital de San Pau - Convalescència			ND	3.000 convalescents assistits (7.000 estades)
1904	Hospital del Sagrat Cor			ND	
1906	Hospital de la Santa Creu	6.208		ND	No reporta el nombre de llits
1906	Hospital dels Nens Pobres	61.681		ND	Nombre d'assistències facultatives durant l'any
1906	Hospital Militar	5.425		ND	Saldo el desembre de 1906. No reporta el nombre de llits
1906	Manicomi de la Santa Creu			ND	Colònia amb 20 varons
1906	Hospital de San Pau - Convalescència			ND	3.000 convalescents assistits (7.000 estades)
1907	Hospital de la Santa Creu	5.467		ND	No reporta el nombre de llits
1907	Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de Barcelona	1.849		ND	No reporta el nombre de llits
1907	Hospital Militar	5.203		ND	Saldo el desembre de 1907. No reporta el nombre de llits
1907	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor	649		ND	
1907	Policlínica general pública	3.729		ND	Total de malalts assistits
1907	Hospital dels Nens	61.026		ND	Nombre d'assistències facultatives durant l'any
1908	Hospital de la Santa Creu	5.482		ND	No reporta el nombre de llits
1908	Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de Barcelona	2.678		ND	Estades causades l'any 1908 = 105053
1908	Hospital Militar	4.493		ND	Saldo el desembre de 1908. No reporta el nombre de llits
1908	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor	630		ND	
1908	Policlínica General Pública	4.081		ND	Total de malalts assistits
1909	Hospital de la Santa Creu	5.369		ND	No reporta el nombre de llits

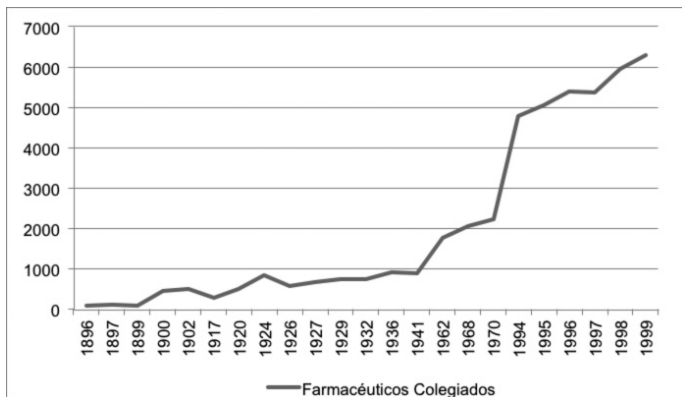
		Nombre de pacients ingressats		Nombre de llits	Observacions
1909	Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de Barcelona	2.873		ND	No reporta el nombre de llits
1909	Hospital Militar	2.733		ND	Entrades el 1908. No reporta el nombre de llits
1909	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor	692		ND	Malalts hospitalitzats
1909	Hospital de Nens Pobres de Barcelona	200		50	Pacients assistits
1909	Manicomi de la Santa Creu	561		ND	242 homes, 319 dones
1909	Cases de Socors dels Amics dels Pobres	6.728		ND	Total casos d'accidents a les cases de socors P. Colom, Sant Pere, carrer de Barbarà, Gràcia
1909	Policlínica General Pública	4.263		ND	Total de malalts assistits
1910	Hospital de la Santa Creu	5.449		ND	No reporta el nombre de llits (xifra d'origen mal sumada)
1910	Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de Barcelona	3.132		ND	No reporta el nombre de llits
1910	Hospital Militar	SD		ND	Sense informació d'aquest any
1910	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor	692		ND	Malalts hospitalitzats
1910	Hospital dels Nens Pobres de Barcelona	200		50	Pacients assistits
1910	Manicomi de la Santa Creu	583		ND	24 homes, 341 dones
1910	Cases de Socors dels Amics dels Pobres	6.728		ND	Total casos d'accidents a les cases de socors: P. Colom, Sant Pere, carrer de Barbarà, Gràcia són de l'any 1909
1910	Policlínica General Pública	4.263		ND	Total de malalts assistits
1915	Hospital de la Santa Creu	5.606		ND	No reporta el nombre de llits
1915	Hospital Clínic de la Facultat de Medicina de Barcelona	4.799		ND	No reporta el nombre de llits (total assistits)
1915	Hospital Militar	3.870		ND	Mostra informació per quadre de malalties
1915	Hospital de Nostra Senyora del Sagrat Cor			ND	ND?
1915	Hospital dels Nens Pobres de Barcelona				ND?
1915	Manicomi de la Santa Creu	655		ND	262 homes, 393 dones

		Nombre de pacients ingressats	Nombre de llits	Observacions
1915	Associació dels Amics dels Pobres	6.546	ND	Total casos de cirurgia a les cases de socors: P. Colom, Sant Pere, carrer de Barbarà, Gràcia
1915	Policlínica General Pública		ND	ND?
1920	Hospital de la Santa Creu	6.020	ND	No reporta el nombre de llits
1920	Hospital Clínic - Facultat de Medicina	5.585	ND	No reporta el nombre de llits (ingressats)
1920	Hospital Militar	5.786	ND	Mostra informació per quadre de malalties
1920	Hospital Municipal Marítim d'Infecciosos	725	ND	Quadres per malaltia
1920	Hospital de Nois Pobres	13.756	ND	Assistits
1920	Manicomi de la Santa Creu	733		304 homes, 429 dones

Font: 1902-1920 Biblioteca de Catalunya. *Anuari estadístico de la ciudad de Barcelona*, consulta en línia: gener-febrer 2016.
<http://mdc2.cbuc.cat/cdm/search/collection/estadistbcn/lang/es>

L'evolució del districte medicohospitalari de Barcelona, alimentat per la demanda pública i privada, va incentivar la creació d'un districte farmacèutic i clínic. El creixement en el nombre de farmacèutics col·legiats va anar inicialment per darrere del volum de metges abans de la Guerra Civil, però es va disparar amb l'expansió de les asseguradores públiques i privades de salut del franquisme i el creixement en escala i dimensions dels grans hospitals públics.

Nombre de farmacèutics col·legiats a la província i a la capital de Barcelona



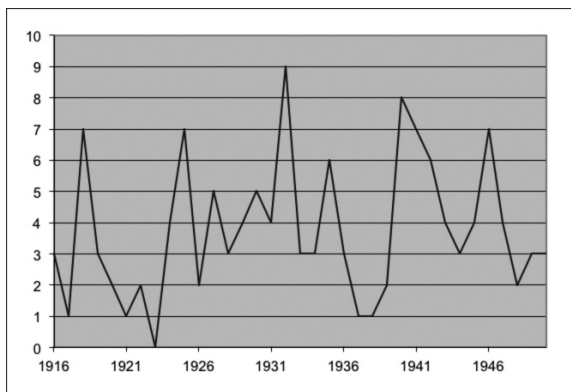
Font: Elaboració pròpia a partir de Jordi i González, Ramon (1997) Colecció de "speciers", mancebos boticarios, boticarios farmacèutics, farmacèutics practicantes de farmàcia y farmacèutics en Cataluña. (1207-1997). Barcelona, Fundació Uriach 1838.

Farmacèutics Col·legiats

1896	107	1926	600	1970	2.249
1897	129	1927	687	1994	4.799
1899	115	1929	762	1995	5.064
1900	473	1932	774	1996	5.398
1902	528	1936	926	1997	5.379
1917	291	1941	900	1998	5.971
1920	522	1962	1.786	1999	6.310
1924	854	1968	2.069		

Font: Elaboració pròpia a partir de Jordi i González, Ramon (1997) Colectanea de "speciers", mancebos boticarios, boticarios farmacéuticos, farmacéuticos practicantes de farmacia y farmacéuticos en Cataluña. (1207-1997). Barcelona, Fundació Uriach 1838

Laboratoris "sociedad anónima" existents a Barcelona, 1916



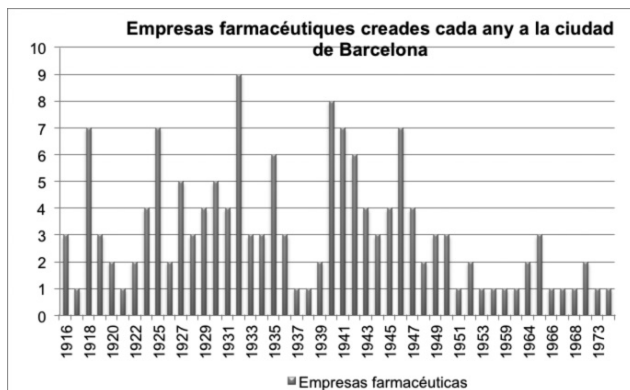
Font: Anuario Financiero y de Sociedades Anónimas de España. Madrid, Sopec, 1916-1950

Laboratoris creats nous per any

1916	3	1934	3
1917	1	1935	6
1918	7	1936	3
1919	3	1937	1
1920	2	1938	1
1921	1	1939	2
1922	2	1940	8
1923	0	1941	7
1924	4	1942	6
1925	7	1943	4
1926	2	1944	3
1927	5	1945	4
1928	3	1946	7
1929	4	1947	4
1930	5	1948	2
1931	4	1949	3
1932	9	1950	3
1933	3		

Font: Anuario Financiero y de Sociedades Anónimas de España. Madrid, Sopec

**Empreses farmacèutiques creades a Barcelona entre 1916 i 1975
(societats anònimes)**



Empreses farmacèutiques creades a Barcelona entre 1916 i 1975 (societats anònimes)

Empreses farmacèutiques			Empreses farmacèutiques		
Any	Número	%	Any	Número	%
1916	3	1.99	1941	7	4.64
1917	1	0.66	1942	6	3.97
1918	7	4.64	1943	4	2.65
1919	3	1.99	1944	3	1.99
1920	2	1.32	1945	4	2.65
1921	1	0.66	1946	7	4.64
1922	2	1.32	1947	4	2.65
1924	4	2.65	1948	2	1.32
1925	7	4.64	1949	3	1.99
1926	2	1.32	1950	3	1.99
1927	5	3.31	1951	1	0.66
1928	3	1.99	1952	2	1.32
1929	4	2.65	1953	1	0.66
1930	5	3.31	1957	1	0.66
1931	4	2.65	1959	1	0.66
1932	9	5.96	1962	1	0.66
1933	3	1.99	1964	2	1.32
1934	3	1.99	1965	3	1.99
1935	6	3.97	1966	1	0.66
1936	3	1.99	1967	1	0.66
1937	1	0.66	1968	1	0.66
1938	1	0.66	1970	2	1.32
1939	2	1.32	1973	1	0.66
1940	8	5.30	1975	1	0.66

Font: Anuario Financiero y de Sociedades Anónimas de España. Madrid, Sopec

L'augment dels establiments farmacèutics, les normatives reguladores i les pautes mèdiques públiques i privades durant el franquisme van fer expandir ràpidament el consum total de medicaments a Espanya ja a final del franquisme, un problema que roman viu avui dia.

Evolució del consum de medicaments a Espanya (1970- 1976)

	CONSUM TOTAL EN PVP (en milions ptes.)	% d INCREMENT INTERANUAL
1970	48.217.93	10,12
1971	57.403.50	19,05
1972	63.180.70	10,06
1973	78.125.48	23,65
1974	88.760.70	13,61
1975	100.536.96	13,27
1976	118.222.70	17,59

Font: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977)

Distribució del valor del consum farmacèutic en PVP per grups terapèutics (1975-1976)

	1975		1976	
	% de consum	Consum (milions ptes.)	% de consum	Consum (milions ptes.)
Aparell digestiu	20,87	20.982	19,94	23.573
Sang	4,03	4.052	4,21	4.977
Aparell cardiovascular	8,13	8.174	8,83	10.439
Dermatològics	4,48	4.504	4,55	5.379
Productes gènito- urinaris	2,56	2.574	2,64	3.121
Hormones	2,45	2.463	2,16	2.554
Antiinfecciosos	24,95	25.084	23,47	27.747
Aparell locomotor	4,59	4.615	4,97	5.876
Sistema nerviós central	8,46	8.505	8,93	10.557
Antiparasitaris	0,25	251	0,24	283
Aparell respiratori	12,88	12.949	12,96	15.322
Òrgans dels sentits	0,84	844	0,86	1.017
Varis	5,51	5.539	6,24	7.377
TOTAL	100	100036	100	118.222

Font: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977)

L'atractiu mercat espanyol va captar, des de principi de segle xx però sobretot durant el franquisme, la inversió directa estrangera farmacèutica, cosa que va estimular la creació de filials i l'establiment d'acords formals o informals de distribució de producte estranger al nostre mercat.

Distribució del nombre de laboratoris estrangers amb activitat farmacèutica a Espanya per països d'origen (1975-1976)

	1975		1976	
		%		%
Alemanya	14	2,7	13	2,58
Bèlgica - Luxemburg	3	0,58	3	0,69
Dinamarca	1	0,19	1	0,2
França	8	1,54	8	1,59
Gran Bretanya	4	0,77	4	0,79
Holanda	2	0,39	3	0,59
Itàlia	9	1,74	9	1,79
Panamà (EUA)	1	0,19	1	0,2
Portugal - Polònia	1	0,19	1	0,2
Suïssa	8	1,55	8	1,59
EUA	22	4,25	23	4,56
TOTAL	73	14,09	74	14,68

Font: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977)

Això inicialment fins als anys 70 va significar per a les pimes locals negoci, ja que moltes pimes locals farmacèutiques productores i/o distribuïdores van començar sent, com Almirall o Grifols, en aquests anys, distribuïdores d'empreses estrangeres. El distribuïdor local era en general petit els anys 50 i 60, com ho indica el quadre de sota, i no desenvolupava massa patents ni innovacions pròpies. Però a partir dels anys 70 i a mesura que els productors locals i empreses van ser capaços de tenir i contractar personal qualificat sorgit de les nostres facultats científiques i d'empresarials, i de fer (i vendre) innovació pròpia, les empreses estrangeres (i les grans espanyoles, és clar) suposarien una competència important que només després dels anys 90 es va poder minorar amb la crisi, de grans competidors estrangers que farien fallida i que deixarien així per ordre malthusià empresarial un espai o marge de creixement per als nostres jugadors locals més preparats, amb recursos i capaços d'aguantar la crisi dels 70 i 80.

Nombre d'empreses farmacèutiques a Espanya el 1970 i 1976 segons la mida i la producció de primeres matèries farmacèutiques

Dimensions	1970			1976		
	Establiments	Producció en milers de ptes.	%	Establiments	Producció en milers de ptes.	%
Menys de 50	55	1.012.427	28,29	51	2.281.180	28,66
De 51 a 100	4	575.371	16,08	4	1.059.882	13,32
Més de 100	5	1.991.416	55,64	5	4.618.644	58,03
TOTAL	64	3.579.214	100,00	60	7.959.706	100,00

Font: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social - Instituto Nacional de la Salud. *Necesidades Sanitarias y Recursos Asistenciales*, Madrid (1977) p. 433

Per concloure, fa un segle hi havia el que avui anomenaríem un caos i un desordre normatiu en el sistema sanitari espanyol i en concret en el català i barceloní. No hi havia recursos públics estables ni abundants, les preocupacions de les autoritats eren l'ordre i la pau social, i no ajudar el benestar. Malgrat això van coincidir factors ideològics, científics, econòmics i socials, així com educatius, i un context internacional que van produir una autèntica revolució terapèutica i una espectacular millora en l'esperança i condicions de vida de grups treballadors i d'una incipient classe mitjana a les ciutats més industrials i les seves rodalies. La industrialització va

empènyer milers de persones a les ciutats i va disparar les alarmes de les autoritats sobre els temes infecciosos i epidèmics sanitaris, cosa que va fer augmentar les perspectives de creació d'empreses sanitàries. Les autoritats van incrementar les places per educar metges, farmacèutics i altres especialistes del món de la salut a una velocitat més gran que la velocitat en la dotació de recursos públics per guarir els malalts. En aquest context, la industrialització va proporcionar noves eines, microscopis, raigs X, vacunes, després penicil·lines, nous protocols quirúrgics, nous productes farmacèutics i nous procediments clínics i hospitalaris. La iniciativa privada era la que amb més rapidesa podia aprofitar l'oportunitat de tenir un mercat en expansió i tecnologies noves per guanyar diners d'una nova classe social mitjana on coincidien als espais públics obrers, burgesos i buròcrates. Una nova classe que llegia i coneixia per la premsa noves solucions preventives i curatives, i noves drogues i productes que el mercat posava a disposició de quasi tothom.

Barcelona va ser una porta d'entrada de novetats, però també un hub marshallià que va concentrar l'oferta en expansió de metges i farmacèutics col·legiats capaços d'aprendre les innovacions que a onades van arribar o es van desenvolupar a casa nostra, primer entre final del XIX i primeres tres dècades del XX, després durant els anys del franquisme i a partir de 1990 amb la revolució de la biologia molecular i la genètica. Els pacients, i els metges i els farmacèutics, van tenir un llarg període de relativa llibertat per establir els seus petits negocis fins als anys més intervencionistes del franquisme, quan es va gaudir de noves oportunitats de negoci gràcies a l'expansió de la demanda pública i privada. Pacients i metges coneixien des de mitjan segle XIX novetats de l'estranger, feien acords per portar coneixement i productes d'empreses estrangeres i van ser un grup obert a la innovació i a la col·laboració entre públic i privat. El districte barceloní es va gestar en aquest ambient a final del segle XIX i avui dia és un centre potent que pot aspirar, amb orgull i història, a la seu de l'Agència Europea del Medicament.

Referències

- CHAQUÉS, LAURA (1999) *Políticas públicas y democracia en España. La política farmacéutica del franquismo a la democracia*. Unpublished Ph.D. Diss. Universitat de Barcelona.
- CHANDLER, ALFRED D. CHANDLER JR. (2005), *Shaping the Industrial Century: The Remarkable Story of the Evolution of the Modern Chemical and Pharmaceutical Industries*. Cambridge MS Harvard University Press.
- CONDE RODELGO, VÍCTOR (2001) "Los últimos 20 años de los Centros Sanitarios en España". *Arbor* 170, 670: 247-275.
- DONZÉ, PIERRE-YVES (2005) "Les systèmes hospitaliers contemporains, entre histoire sociale des techniques et business history". *Gesnerus* 62: 273-287.
- Food and Drug Administration, *Good Manufacturing Practices* (www.fda.gov/food/guidanceregulation/cgmp/default.htm)
- GRABULEDA TEIXIDOR, CARLES (2003) *Salut pública i creixement urbà. Política i acció social en el sorgiment de la Barcelona contemporània*. Unpublished Ph.D. dissertation, Universitat Pompeu Fabra, set. 2002.
- GRIFOLS (2015) *When a Dream Comes True. An Illustrated History of 75 Years of Grifols*. Barcelona, Grifols.
- HERNÁNDEZ IGLESIAS, FERMIN (1876) *La Beneficencia en España*. Madrid, Establecimientos Tipográficos de Manuel Minuesa.
- McKEOWN, ROBERT E. (2009) "The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics", *Am. J. Lifestyle Med.* July 1, 3: 19S-26S. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805833>. Access 15 March 2017.
- PONS, JERÓNIA AND MARGARITA VILAR RODRIGUEZ (2014) *El seguro de salud privado y público en España. Su análisis en perspectiva histórica*. Zaragoza, Prensas Universitarias de Zaragoza.
- ROBLES, ELENA. FERNANDO GARCÍA BENAVIDES and JOSEP BERNABEU (1996) "La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990". *Revista Española de Salud Pública*, 70, 2: 221-233.
- SANTESMASES, MARIA JESÚS (1999) *Antibióticos en la autarquía. Banca privada, industria farmacéutica, investigación científica y cultura liberal en España 1940-1960*. Documento de Trabajo 9906 Fundación Empresa Pública (www.funep.es/phe/hdf9906.pdf)