

SOCIETAT D'ESTUDIS JURÍDICS, ECONÒMICS
I SOCIALS

Filial de l'INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS

Secció de Sociologia

ACTES DE LES PRIMERES
JORNADES CATALANES
DE SOCIOLOGIA (1981)

BIBLIOTECA SOCIOLÒGICA 1

BARCELONA
INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS
1985

**ACTES DE LES PRIMERES JORNADES
CATALANES DE SOCIOLOGIA (1981)**

SOCIETAT D'ESTUDIS JURÍDICS, ECONÒMICS
I SOCIALS

Filial de l'INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS

Secció de Sociologia

ACTES DE LES PRIMERES
JORNADES CATALANES
DE SOCIOLOGIA (1981)

BIBLIOTECA SOCIOLÒGICA 1

BARCELONA
INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS
1985

ISBN 84-7283-064-0
Dipòsit legal: B. 13.971 - 1985

**© Ramon Faust i Esteve, delegat de l'Institut d'Estudis Catalans
a la Societat d'Estudis Jurídics, Econòmics i Socials**

La present edició és propietat de l'INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS

INTRODUCCIÓ

This One



RX4E-U5G-99Z0

UN LLARG CAMÍ: LA PUBLICACIÓ DE LES ACTES DE LES PRIMERES JORNADES DE SOCIOLOGIA

Jordi Estivill

Aquest llibre, el primer que publica la Secció de Sociologia de la Societat Catalana d'Estudis Jurídics, Econòmics i Socials, filial de l'Institut d'Estudis Catalans, és el resultat de les Primeres Jornades de Sociologia celebrades del 30 d'abril al 3 de Maig de 1981, a Barcelona en els locals de l'Institut.

L'Associació Catalana de Sociologia s'honora així de complir l'article primer de la seva normativa de funcionament en què s'afirma com a finalitat pròpia la de publicar els treballs dels qui es dediquen al conreu de les diverses branques sociològiques.

Però per arribar a la publicació d'aquest conjunt de comunicacions presentades a les Jornades hom ha recorregut un llarg camí. Com a President elegit en l'Assemblea que precisament clausurava les Jornades, em pertoca d'explicar justament els meandres i dreceres de l'itinerari que s'origina en les primeres decisions, que culmina amb les Jornades i que finalitza amb aquesta publicació. Aquest és el sentit d'aquesta introducció; ja des d'ara m'excuso dels possibles errors que el pas del temps hagi pogut generar en la meua memòria.

La primera etapa del recorregut

Vàries vegades en les reunions preparatòries per a crear l'Associació Catalana de Sociologia, celebrades entre 1976 i 1978, s'havia llençat la idea d'organitzar un Congrés de tots els sociòlegs catalans. Fins i tot s'havia pensat que s'aprofités la seva realització per a fundar l'Associació. Però la primera empenta per a crear l'organisme no fou suficientment forta com per culminar aquests desigs. Així si bé el 1978 tenia lloc l'Assemblea fundacional, no és fins a la fi de 1979 quan, una vegada constituïda la primera Junta, es comença a reprendre el projecte.

En aquell moment l'Associació havia donat unes passes endavant: s'havia superat el llistó del centenar d'associats, s'havia presentat una ponència demanant una Facultat de Ciències Socials al III Congrés Universitari Català, vàries conferències i debats havien estat organitzats i quedaven enlloc les reunions de Madrid, Saragossa i Bilbao que havien permès la constitució de la Federació d'Associacions de Sociologia de l'Estat Espanyol. L'Associació havia ja publicat el Directori amb les adreces, especialitats, dedicacions i curriculum de més d'un centenar de sociòlegs. El gruix de les recerques i publicacions que inventariava era una prova evident que la decisió de convocar un primer Congrés ja no era un somni il·lusori sinó una iniciativa realitzable. Així es va creure en la reunió de la Junta del dia 17 de Febrer de 1980, en la qual quedava aprovada la proposta d'estudiar-ne la viabilitat.

Un mes més tard la Junta dedicava tota la sessió a la discussió dels punts previs: dates més convenients, lloc de realització, despeses possibles, organització, etc., i es prenia unes primeres decisions. Entre la fi de gener o la fi d'abril de 1981 hom escollia clarament la

darrera opció. Més discussió va portar decidir el lloc ja que alguns membres de la Junta suggerien fer les Jornades fora de Barcelona, però la concentració territorial dels professionals, el possible ressò públic i sobretot la logística varen inclinar la decisió en favor del "cap i casal". S'elegí Ignasi Pons com a coordinador general i se li demanava que presentés un dossier organitzatiu i financer de la iniciativa.

En aquesta fase, hom parlava d'unes diades de llençament de l'Associació i de la Sociologia que havien de concretar-se en els dos eixos següents: la situació dels científics socials a Catalunya i l'apropament sociològic a la qüestió nacional. Fins i tot varen indicar-se els noms d'uns possibles ponents. Però ràpidament s'obria pas l'alternativa de no senyalar més ponències que la inaugural, de fer un encontre obert i que fos la culminació d'un procés. És a dir, que les Jornades eren vistes com la cloenda del desenvolupament d'una reflexió col·lectiva continuada.

Un full informatiu va explicar aquestes decisions als associats. S'incloïa un primer programa provisional que en la primera part sota el títol "Per a què serveix la Sociologia" es dividia en tres apartats: el bagatge científic de la sociologia en els Països Catalans, el treball dels sociòlegs en el camp docent, de la recerca, de l'Administració pública, de l'empresa i la teoria sociològica. La segona part proposava la constitució d'un conjunt d'àrees d'especialització a les quals s'havien d'apuntar els participants.

La resposta fou prou important i després de l'estiu es constituïen els grups de les diverses especialitats que escollien els seus propis coordinadors. Al mateix temps s'havia confeccionat un dossier i una previsió de despeses que permetien presentar-se a les diverses institucions. L'Ajuntament de Barcelona i la Conselleria de Cultura de la Generalitat varen contestar afirmativament a la demanda de suport.

En la reunió del 20 d'Octubre, es constatava que uns setanta sociòlegs quedaven incorporats als diversos grups i que la majoria havien escollit coordinadors. Lògicament l'activitat preparatòria dels grups fou desigual. Uns varen reunir-se moltes vegades, elaborant actes de cada reunió, bibliografies prèvies, discutint aspectes metodològics i teòrics; altres varen concentrar-se en obrir un diàleg amb altres professionals afins a l'especialitat; i per fi alguns grups, els menys, varen desaparèixer o varen integrar-se en d'altres per manca d'efectius. Tant les Jornades com aquesta publicació reflecteixen en termes de volum i riquesa la dinàmica que es va produir en cada grup.

Al començament de l'any 1981 s'enviava una carta als associats de la qual val la pena reproduir-ne una part com a demostració de la perspectiva en què s'anava fent camí: "els treballs de les I Jornades de l'Associació Catalana de Sociologia ja estan en marxa i uns quants grups ja tenen prou avançats els seus treballs com per assegurar l'interès i el bon funcionament de les dites Jornades... La Junta de l'ACS pretén que cap persona o grup que tingui interès en participar-hi no quedi al marge de les Jornades; per aquesta raó et preguem que si penses presentar alguna comunicació i no ho has fet saber al grup de la teva especialitat, ens ho comuniquis el més aviat possible. Cal tenir en compte que per a la confecció del programa i l'organització del temps i l'espai, necessitem conèixer les persones que hi participaran i els temes que tractaran, abans del 28 de Febrer. També fóra convenient disposar d'un breu resum (màxim una holandesa) de la comunicació abans del 30 de Març, a fi que els assistents a les Jornades puguin disposar d'una orientació més precisa dels continguts de les exposicions". Així doncs quedaven fixats els terminis de la presentació de títols i resums de les comunicacions.

A partir de llavors, hom va apretar l'accelerador. Es va redactar i imprimir el programa definitiu amb els horaris i l'assignació de comunicacions. Es lluitava contra rellotge per la utilització dels locals de l'Institut ja que les obres de rehabilitació de l'antiga Casa de Convalescència s'estaven acabant. La intervenció i les diligències del doctor Aramon foren decisives i es pot dir que el dia de l'obertura de les Jornades, la pols de les obres encara era visible en alguns racons de les sales on es varen realitzar. El butlletí número tres es dedicava

a l'esdeveniment. El doctor Faust, membre de l'Institut i responsable del conjunt de la Societat Catalana d'Estudis Jurídics, Econòmics i Socials acollia favorablement la iniciativa i se'n feia el més acèrrim defensor, com per altra banda sempre ha fet amb les activitats de l'Associació. Les reunions de la Junta foren més freqüents i la majoria dels seus membres portaven a terme amb el seu esforç personal la multitud de tasques, petites i grans, preparatòries. En aquest sentit mereix una menció especial la dinàmica que va imprimir Ignasi Pons.

També calia preparar l'Assemblea de l'Associació i d'acord amb la normativa de funcionament convocar-la prèviament, obrir el període de presentació dels candidats a la nova Junta, fer el balanç econòmic i de gestió, etc.

Així, setze mesos després de la primera decisió de la Junta, es podia declarar tancada la primera etapa del recorregut. Aquest és el text que encapçalava el programa, convocava les Jornades i en definia els objectius: "L'Associació Catalana de Sociologia, membre de la Secció d'Estudis Jurídics, Econòmics i Socials de l'Institut d'Estudis Catalans, articulada amb la "Federación de Asociaciones de Sociología del Estado Español", reconeguda per l'Associació Internacional de Sociologia, organitza les Primeres Jornades de Sociologia a Catalunya. Tres anys més tard de la seva fundació, l'any 1978, l'Associació ha cregut oportú i necessari realitzar aquest primer Congrés. El contingut del qual podríem emmarcar en les següents finalitats: oferir un lloc d'encontre i coneixement als sociòlegs catalans i als que treballen sobre la realitat social catalana, promoure l'intercanvi científic tant a nivell general com d'especialitats i disciplines afins, aportar elements que ajudin a una reflexió sobre el nostre país i fer un balanç històric i actual de la teoria i les pràctiques sociològiques a Catalunya. En definitiva es tracta de presentar críticament la capacitat de la sociologia d'analitzar, explicar, i proporcionar alternatives al món social que ens envolta."

Dues fites: la celebració de les Jornades i de l'Assemblea

El dia 30 d'Abril les Jornades s'inauguraven en el Saló del Consell de Cent de l'Ajuntament de Barcelona. Presidia la sessió el Conseller de la Generalitat, senyor Laporte i el Delegat del Batlle de Barcelona, senyor Narcís Serra.

El President aleshores de l'Associació, Salvador Giner va fer la ponència inaugural sobre el tema de la Sociologia i la Societat Catalana.

El Ponent va recordar els antecedents de la Sociologia a Catalunya, insistint que, contràriament al que passava a Madrid, aquesta s'entroncava amb les reivindicacions democràtiques i d'afirmació catalana sota el franquisme. El missatge inaugural també suggeria la necessitat de la recerca sociològica per al futur de la societat catalana. Després el Secretari de l'Associació va agrair el suport rebut de diverses institucions i va explicar el funcionament previst del Congrés. La sessió va acabar amb un refrigeri ofert per l'Ajuntament.

L'endemà al matí va començar el treball congressual, ja en els locals del carrer del Carme recentment recuperats i readequats per l'Institut. A tots els participants se'ls lliurava una carpeta que junt amb el programa de les Jornades incloïa una presentació de l'Associació, els butlletins publicats, la distribució dels grups de treball i el resum de totes les comunicacions que serien presentades en les Jornades i que havien estat enviades en els terminis acordats. Varen inscriure's aproximadament unes dues-centes persones i varen participar en el conjunt de les activitats realitzades unes tres-centes. Aquesta diferència s'explica pel fet que en molts grups de treball varen intervenir especialistes d'altres disciplines (Metges, Advocats, Psicòlegs, Antropòlegs, Treballadors Socials, Economistes), als quals no els interessava una inscripció formal a les Jornades i a l'Associació. Tanmateix la seva celebració va suposar un increment d'una quarantena de nous associats, la qual cosa es va posar de manifest en l'Assemblea que va realitzar-se el dia dos de Maig. En ella el Secretari constatava que el nombre d'Associats s'havia incrementat fins arribar a 196.

Les Jornades funcionaren al voltant de dues fórmules: una per grups d'especialitat i una altra de tipus plenari.

Els grups d'especialitat eren dividits en les següents àrees temàtiques: Marginació, Medicina i Salut, Treball, Estructura Social, Urbana, Nacionalitat, Sociolingüística, Família, Antropologia, Sociologia Jurídica i Sociologia de l'Educació. Les comunicacions anunciades foren cinquanta-vuit, de les quals la gran majoria foren presentades i discutides. Medicina i Salut, Urbana, Estructura, Social, Treball i Marginació foren els grups on més comunicacions varen ésser llegides i en molts d'ells, es va acceptar la lectura d'altres treballs que no havien estat anunciats però que reunien els requisits determinats prèviament. Exactament el nombre de les comunicacions presentades fou de quaranta-sis. Alguns grups varen organitzar taules rodones internes com és el cas de Medicina i Salut sobre el tema de l'Anàlisi Sociològica del Mapa Sanitari a Catalunya, o el de Sociolingüística que va debatre la qüestió de la recerca sociolingüística. Problemes, perspectives i propostes. És impossible resumir el conjunt de comunicacions i debats que varen tenir lloc en els grups especialitzats. Tanmateix la publicació d'aquestes actes pot donar una idea prou àmplia de les qüestions més rellevants que foren tractades.

Les sessions plenàries giraven al voltant de taules rodones que comptaven amb la presència de diversos ponents. La primera tenia com a objecte de reflexió la relació entre la teoria, la metodologia i el camp d'estudi de les disciplines de les Ciències Socials. Un Sociòleg, un Antropòleg, un Psicòleg i un Historiador varen creuar els seus punts de vista per després generalitzar-se el debat. En qualsevol cas, aquest palesava la voluntat de l'Associació, posada de manifest de les seues orígens, de promoure un diàleg interdisciplinari i la conveniència per al conjunt de les Ciències Socials de superar fronteres que moltes vegades obeeixen a lògiques acadèmiques anquilosades o a interessos corporatius, però no a les necessitats del tractament teòric i metodològic de la realitat social.

La segona taula rodona va enfrontar-se amb la pregunta "hi ha una estructura social a Catalunya diferenciada de la de la resta de l'Estat Espanyol?". Lluís Flaquer, Faustino Miguélez, Francesc Hernández i Eduard Vinyamata, sota la moderació de Xavier Quadrat, varen exposar llurs opinions. La proposta de la taula rodona havia sorgit del treball previ del grup d'Estructura Social que partia de la constatació que la majoria de recerques fetes sobre l'estructura social espanyola no diferenciaven en el seu interior, o, quan ho feien, seguien criteris més que discutibles que les portaven a decisions de l'estil Levante, Nordeste, rural-urbana, rica i pobra, etc. Per altra banda, hom constatava la quasi inexistència d'estudis interns de l'estructura social de Catalunya. És l'estat qui condiciona totalment el desenvolupament de les formacions socials?, com juga la plurinacionalitat envers la conformació de determinades estructures?, un comportament diferenciat de les classes socials és un criteri prou definidor?, on se situen les fronteres sociològiques?, sobre criteris lingüístics, culturals, econòmics? A partir de quin moment es pot parlar d'una maduració diferenciada d'unes estructures socials específiques?, etc.

Com és evident moltes d'aquestes preguntes no varen, ni podien ésser contestades malgrat l'animat col·loqui que va seguir a les intervencions fetes des de la taula. Una majoria s'inclinava per respondre afirmativament respecte al caràcter específic de l'estructura social de Catalunya, tot i que es reconeixia el paper homogeneïtzador de l'estat i del règim franquistes.

També, d'alguna manera, aquestes preocupacions estaven presents en l'esperit de la tercera taula rodona celebrada el darrer dia abans de l'Assemblea. Sobretot, i no cal oblidar-ho, perquè pocs mesos abans havia sortit a la llum pública un manifest encapçalat per sociòlegs que, entre altres crítiques, acusava els autòctons de discriminar lingüísticament, laboralment i socialment els immigrants. En les parets del Congrés varen penjar-se fotocòpies del mateix "Manifiesto", dels articles d'Amando de Miguel i Pinilla de las Heras, de Salvador Giner i el document signat per més de setanta sociòlegs responent a les qüestions plan-

tejades. L'ambient era prou viu. Però l'absència, malgrat les invitacions cursades i acceptades, dels sociòlegs primerament citats i la voluntat unànimement expressada d'enfocar el debat des de la perspectiva científica, foren suficients perquè les aigües no sortissin de mare, i la discussió moderada per Lluís Carreño va desenvolupar-se amb tot el rigor exigible després de les intervencions de Francesc Mercader, Oriol Homs i Lluís Vicent Aracil com a membres de la taula.

Per fi, les Jornades acabaven amb l'Assemblea General de l'Associació. D'acord amb els seus estatuts, aquesta se celebrava tres anys més tard de la que havia tingut lloc el 26 de febrer de 1978. Després d'unes paraules de salutació del President Salvador Giner, Jordi Estivill, Secretari, va llegir la memòria de gestió de la Junta sortint, de la qual cal destacar-ne com a fets més sobresortints:

— La consolidació de l'Associació en termes numèrics que fa que la gran majoria dels sociòlegs catalans en siguin membres, i que s'incorporin professionals d'altres especialitats i ocasionalment estudiosos d'altres països que fan recerques sobre la societat catalana.

— Un lligam més estret amb la Societat Catalana d'Estudis Jurídics, Econòmics i Socials, filial de l'Institut d'Estudis Catalans que permet la utilització dels seus locals per a la celebració de les Jornades i, una vegada habilitat totalment l'edifici, gaudir dels seus serveis.

— L'enfortiment, en què l'Associació Catalana ha jugat un paper de primer ordre, de la Federació d'Associacions de Sociòlegs de l'Estat Espanyol, en la qual estaven integrades les Associacions Andalus, Aragonesa, Canària, Castellana, i del País Valencià, mentre s'esperava la reincorporació de l'Associació Basca i la constitució de la Gallega. El reconeixement internacional que suposa la integració com a membres de ple dret en l'Associació Internacional de Sociologia, i la realització del Congrés de Saragossa el Setembre d'aquell any de tots els sociòlegs espanyols eren dues fites importants d'aquest enfortiment.

Les activitats més importants en el període esmentat foren resumides en aquests termes:

— Superació de l'etapa del full informatiu i publicació de dos números del bulletí.
— Organització de conferències donades per especialistes del país i de sociòlegs estrangers.

— Intercanvi científic a nivell de la comunitat de sociòlegs catalans i amb sociòlegs de la resta de l'Estat Espanyol.

— Increment de la presència dels sociòlegs i de la Sociologia en la Societat Catalana intentant mostrar la seva capacitat d'intervenir en els diversos camps i àrees, tant de l'Administració Pública com de les institucions privades.

Tampoc no es deixaven de senyalar certes llacunes i problemes com un cert absentisme d'alguns membres de la Junta, una manca de participació d'alguns sectors d'associats, i sobretot una manca de mitjans econòmics i tècnics que implicava un desgast personal prou considerable per als membres més actius.

Després d'escoltar i llegir l'estat de comptes que el Tresorer, Josep Tomàs, lliurava a l'Assemblea, aquesta aprovà la gestió efectuada per la Junta. Aquesta posava els seus càrrecs a disposició de l'Assemblea i després d'un debat sobre noves propostes d'actuació es procedia a la proclamació de les candidatures i a la seva elecció. Una vegada fet el recompte, els resultats foren per ordre de vots:

• Salvador Giner	48
• Jordi Estivill	45
• Ignasi Pons	40
• Marina Subirats	34
• Lluís Carreño	33
• Teresa Torns	32
• Carlota Solé	28
• Àngel Zaragoza	25
• Serena Rabinad	21

- Lluís Flaquer 21
- Josep Maria Rotger 21
- Jesús de Miguel 17
- Josep Lluís Crespan 16
- Joan Ortí 11

Foren elegits directament els vuit primers i després d'altres votacions els dos següents. Josep Maria Rotger quedava incorporat per decisió posterior de la nova Junta. La qual, uns dies més tard i d'acord amb la normativa de funcionament elegia Jordi Estivill President, Lluís Carreño Vice-President, Ignasi Pons Secretari i Josep Tomàs Tresorer.

La nova Junta feia una valoració positiva de les Jornades per diverses raons. Primer, per l'alt nivell de participació que havien generat i que reflectia el superàvit econòmic. Sociòlegs de fora de Catalunya havien enviat les seves comunicacions, com així ho posa de manifest aquesta publicació, altres havien intervingut personalment i membres de les Associacions del País Valencià, d'Aragó, de Castella, d'Andalusia i del País Basc s'havien desplaçat per assistir a les Jornades. En segon lloc, perquè havia estat un moment important en el procés d'encontre dels sociòlegs catalans. Molts d'ells, abans de les Jornades no es coneixien personalment. Sota el franquisme les ocasions de trobada eren molt poc freqüents i a vegades no exemptes d'un cert risc. El fet de treballar junts durant tres dies va facilitar l'aclariment de les posicions, l'expressió de les preocupacions professionals d'uns i altres. En tercer lloc, les Jornades foren un lloc de debat científic. D'alguna manera, constituïen una mena de balanç de la producció sociològica dels darrers anys, un inventari dels camps més cultivats. Alhora permetien fer-se una idea de les llacunes i dels forats més sobresortints i per tant de les àrees més urgents sobre les quals calia treballar. En aquest sentit, la consciència que calia promoure estudis sobre l'estructura social de Catalunya va estendre's fins el punt que, en gran part, aquest és l'origen de l'organització posterior del cicle de Conferències "Visió de Catalunya. El canvi i la reconstrucció nacional des de la perspectiva sociològica". La discussió sobre temes candents i d'actualitat utilitzant les eines que proporciona la sociologia fou un altre dels objectius assolits. Per fi, i d'acord amb les finalitats emmarcades en el programa de les Jornades, aquestes van mostrar la capacitat de la sociologia —no exempta de contradiccions— d'analitzar, explicar i proporcionar alternatives al món social que ens envolta.

La tercera fase: la Publicació

En el dinar que l'anterior i la nova Junta s'oferien el mateix diumenge dia 3 de Maig de 1981, la conveniència de publicar les actes de les Jornades era compartida per tothom. Potser la dinàmica congressual i les energies generades per un menú consistent, varen provocar que molts ja es veiessin amb el llibre a les mans! Vanes il·lusions. Han hagut de transcórrer quatre anys perquè aquell somni s'hagi fet realitat.

Més seriosament, en la primera reunió de la nova Junta del dia 25 de Juny s'acordava formular una proposta de criteris i persones encarregades de la publicació. Tasca assignada a Carlota Solé, Xavier Granero i Àngel Zaragoza. Aquest darrer, que va portar la principal tasca de la Comissió, va presentar els criteris a posteriors reunions. Reunir i fotocopiar totes les comunicacions, classificar-las per àrees, llegir les més de vuit-centes pàgines no era fàcil. Però en la reunió del 14 d'Octubre es presentava un primer balanç.

Molt clarament hi havia tres grups diferenciats. Un primer, de les que no oferien dubtes i que calia publicar; un tercer, que per la seva manca de rigor, perquè no aportaven res de nou o perquè no s'ajustaven als criteris definits, quedaven rebutjades; el segon, era més problemàtic. La Comissió en la sessió de la Junta del dia 2 de març de 1982 va presentar el balanç del seu treball de selecció. El criteri comú fou el d'intentar repescar aquelles comunicacions interessants però que per motius diversos no entraven dins els criteris. Així es va decidir de

parlar amb els autors i facilitar-los-hi el treball de reajust. En els casos més discutibles es varen lliurar les comunicacions a sociòlegs especialistes del tema, independents de la Junta i de la Comissió, perquè fessin un dictamen sobre la inclusió o l'exclusió.

Finalment en una nova reunió de la Junta es varen prendre les decisions definitives, una vegada escoltats tots els raonaments. Malgrat que sempre sigui difícil fer una selecció i que aquesta pugui estar tenyida de subjectivisme, d'inclinacions personals, en aquest cas es varen plantejar i seguir el màxim de garanties possibles. Realment els autors de les tretze comunicacions no acceptades han tingut totes les possibilitats de discutir i impugnar les decisions preses, i de fet, un cop finalitzat el procés, això no s'ha produït.

Però els problemes no s'havien acabat ja que una vegada reunits els 750 fulls, calia traduir-ne els dels autors de fora i alguns dels d'aquí, corregir el català emprat i sobretot trobar els diners per assegurar-ne l'edició. Ha estat quan s'ha assegurat l'ajut financer de l'Institut d'Estudis Catalans, que hom ha encarregat a Josep Maria de la Hoz que fes aquest ingrat treball, a més de corregir les diverses proves que la impremta l'hi ha anat passant.

Ara, en els inicis de 1985, el llibre que recull les actes de les Primeres Jornades de Sociologia surt a la llum pública. Així s'arriba a la fi d'un llarg camí. Massa llarg segons els nostres desigs i il·lusions. Potser algunes comunicacions queden desplaçades, unes han perdut la tensió de l'actualitat, altres s'han incorporat a treballs publicats en recerques que han permès enriquir-les més... Segurament molts autors voldrien retocar o modificar tal i tal aspecte. Però tot això només ve a palesar, una vegada més, que la realitat social canvia i molt sovint escapa al domini de les intencions. Seria una bona paradoxa que els qui practiquen la temptativa d'explicar-la, volguessin fixar-la i pretenguessin determinar tots els detalls de la seva evolució! Tanmateix, aquest no és el cas.

Ara bé, potser sí que val la pena acabar aquesta introducció afirmant la voluntat de l'Associació de continuar en la línia que marca aquest llibre. Per aquesta raó es publica sota la rúbrica del número u d'una col·lecció denominada Biblioteca Sociològica, que sota l'empar de l'Institut d'Estudis Catalans aniria editant els treballs científics més sobresortints de l'Associació Catalana de Sociologia.

ESTRUCTURA SOCIAL

APROXIMACIÓ A LA PROBLEMÀTICA MIGRATÒRIA, SOCIAL I LABORAL DE LA POBLACIÓ MARROQUINA A BARCELONA

*Carme Arranz
Maria Roca
Àngels Roger*

Aquesta ponència és fruit d'un treball de recerca que hem dut a terme per a realitzar la tesina de final d'estudis de Sociologia a l'Icesb.

Afrontem un fet concret: la immigració marroquina a Barcelona. Fem una aproximació a la globalitat de la immigració marroquina a Espanya analitzant les causes d'aquesta i, a continuació, aprofundim en la seva problemàtica migratòria, social i laboral.

La metodologia emprada ha estat: anàlisi de fonts documentals, anàlisi de contingut de la premsa del país i observació directa per mitjà d'històries de casos i entrevistes amb profunditat, fetes als immigrants marroquins a Barcelona. Vint-i-dues entrevistes que ens han permès endinsar-nos i conèixer a fons la problemàtica d'aquesta població.

Aproximació numèrica

Parlar de xifres en descriure la immigració marroquina a Espanya és veritablement difícil, ja que ens manquen les xifres oficials i, quan les tenim, estan molt lluny de la realitat. Això és degut al fet que la situació dels treballadors marroquins a Espanya és, excepte en molt poques ocasions, il·legal. Aquesta il·legalitat, amb la consegüent clandestinitat que comporta, ens fa impossible de poder donar xifres exactes i comprovades.

El que és cert, i en això tots els documents estan d'acord, és la data de l'arribada massiva de marroquins a Espanya l'any 1967.

Pel que fa referència a les fonts, constatem, en primer lloc, que les dades oficials són molt poques i molt diferents entre si, comparades amb les no oficials. Les que estan més a prop de la realitat són les del Consell Provincial de Treballadors de Barcelona. Aquest organisme ens parla de 56.000 nord-africans que van entrar a Espanya per Algesires i 52.000 que ho van fer per Màlaga i Alacant. Pel que fa a l'any 1973, és també el Consell Provincial de Treballadors el que ens dona el nombre més elevat de nord-africans a Barcelona i comarques, 50.000, mentre el Cònsol del Marroc a Barcelona ens parla de 10.000 nord-africans a Barcelona i comarques i el Director General d'Ocupació del Ministeri de Treball de Barcelona parla només de 5.000 nord-africans.

Pel que fa a les dades no oficials, trobem tres documents base que serveixen de suport a la majoria dels articles de la premsa i revistes. Aquests documents són: l'Informe de la Comissió Diocesana de Migracions de Barcelona, el document sobre la situació dels treballadors nord-africans a Barcelona, publicat pel Secretariat Diocesà "Justícia i Pau" i l'informe redactat pels Directors dels Departaments per l'Exterior i l'Interior de la Comissió Episcopal de Migracions de Madrid, sobre la situació dels marroquins a Espanya.

Les altres fonts no oficials, són articles publicats a la premsa principalment de Barcelona

i Madrid. Els articulistes no sempre coincideixen en el nombre ni en el terme quan parlen dels immigrants. Així, trobem que el mateix diari dona xifres diferents en diversos articles.

Un altre aspecte que hem constatat, és que l'any 1973 té lloc una gran campanya de premsa a Barcelona derivada del document ja esmentat de la Comissió Diocesana de Migracions de Barcelona, publicat amb motiu del dia de les Migracions. A partir de 1975, ja no hem trobat publicades les dades oficials i els articles de la premsa disminueixen considerablement.

Malgrat la diversitat de les xifres, podem afirmar que el nombre de marroquins a Espanya ha estat molt elevat al llarg de la dècada del setanta. Algunes fonts ens donen xifres de 120.000 nord-africans a Espanya l'any 1978, 110.000 marroquins a Catalunya l'any 1973. Aquesta última xifra resulta molt elevada i només la trobem en un document, però no per ser elevada, està lluny de la realitat, ja que altres documents del mateix any ens parlen de 50.000, 60.000, i 70.000 nord-africans a Barcelona i comarques. Altres fonts donen xifres més baixes, les quals oscil·len entre 25.00 i 40.000 nord-africans a Barcelona i comarques.

Quant a les regions espanyoles que tenen més immigrants, trobem que el major nombre de nord-africans estan ubicats a Catalunya.

Respecte a l'evolució de la població marroquina a Espanya, és difícil determinar-la a partir de les dades que tenim. Pel que fa referència a Barcelona i comarques, els documents inicials ens parlen de 60.000 nord-africans l'any 1970. L'any 1972 les dades oscil·len entre 25.000 i 40.000, la qual cosa ens permet pensar en una disminució de la immigració nord-africana. Immigració, que torna a augmentar en arribar l'any 1973, durant el qual trobem xifres entre els 25.000 i els 70.000 nord-africans. Fins i tot es parla de 110.000 marroquins a Catalunya. I el mateix succeeix l'any 1974 en què les fonts ens donen quantitats tan diferents com 17.000, 50.000 i 80.000 marroquins.

A manera de síntesi podem dir que la immigració marroquina a Espanya malgrat que no poguem precisar en xifres exactes el seu volum ha estat i continua essent molt elevada.

Causes de la immigració marroquina a Espanya

Les causes que troben en el país d'origen, el Marroc, es poden reduir a una: *la pobresa*, amb tot allò que comporta. Els immigrants marroquins arriben al nostre país cercant el que els manca allí: feina. Actualment, el Marroc, no pot crear llocs de treball suficients per a tota la seva població activa, sobretot tenint en compte el fort augment demogràfic que el país experimenta.

La majoria d'aquests treballadors procedeixen de les zones rurals especialment del Nord, El Rif, una de les regions més pobres del Marroc. Per a molts d'ells no hi ha una altra opció que anar a Rabat o Casablanca, Meknès o Marràqueix on hi existeix ja una indústria, o bé emigrar a Europa. En els pobles hi romanen els vells. Es tracta de zones rurals on manquen llocs de treball, i on la gent no té el necessari per poder menjar. Els treballadors que no estan en atur, al Marroc cobraven 240 pessetes la setmana a començament dels anys setanta i únicament en l'època de la collita. No existeix cap sistema d'ajut a la família ni de tipus estatal, ni privat. Això crea greus problemes, sobretot tenint present, que les famílies marroquines són molt nombroses. L'immigrant ha d'alimentar, moltes vegades, la dona, els fills, els germans petits, els pares i en moltes ocasions també els sogres o la cunyada vídua amb els seus fills. Resulta un total de 15 o 20 persones que han restat al Marroc.

Finalment per a alguns d'aquests emigrants marroquins, el motiu d'haver de deixar llur país, ha estat la repressió política. Són refugiats polítics que han hagut de fugir pel fet que llur activitat política en el si d'alguns partits els havia compromès seriosament.

També en el nostre país existeixen o han existit unes causes que han fet possible la permanència d'aquests estrangers entre nosaltres.

A començament de la dècada dels anys setanta hom constata a Espanya i sobretot a Catalunya, una forta necessitat de mà d'obra. Una sèrie d'obres d'infraestructura, autopistes i carreteres entre altres, és posen en marxa i exigeixen gran quantitat de treballadors. Les empreses veuen en els immigrants marroquins la mà d'obra barata que necessiten. Són treballadors que accepten les feines que els espanyols rebutgen —peonatge a la construcció, escombriaires, miners—. El treballador espanyol s'estima més emigrar a Alemanya, on sap que trobarà un sou elevat, que no pas quedar-se a Espanya i realitzar feines poc higièniques o córrer el risc de feines perilloses. El treballador marroquí, mogut per la necessitat, exigeix molt menys. Es conforma amb un sou ínfim i no té cap més remei que acceptar unes mínimes condicions d'estabilitat en el treball. Per altra banda, la majoria està sense contracte de treball i la seva situació en el país és il·legal. No és d'estranyar que aquesta clandestinitat en la qual viuen, els impedeixi reivindicar millores salarials. Aquesta situació és aprofitada per empreses i pels prestadors.

L'any 1973, en la campanya de premsa ja esmentada, sobre la immigració marroquina a Espanya, alguns articles manifestaren llur preocupació per "l'explotació" que es donava entre els marroquins. Concretament, a Girona, la crisi de mà d'obra obligà a la contractació urgent de treballadors marroquins. Els sectors que més precisen personal són els de la construcció, agricultura i ramaderia.

Actualment la crisi econòmica i l'elevat índex d'atur que hi ha en el nostre país està afectant també els treballadors marroquins. Molts d'ells es veuen obligats a retornar al Marroc. Altres cerquen feines temporals, accepten qualsevol tipus de feina perquè saben que la situació que els espera al Marroc no serà millor que la d'aquí.

L'any 1967 que és quan es produeix l'entrada massiva de marroquins a Espanya, té lloc a Europa una forta crisi de la feina produïda per la recessió econòmica a tots els països de la CEE. Conseqüentment es prenen mesures restrictives en el terreny laboral. Molts treballadors marroquins es veuen obligats a abandonar els països de l'Europa comunitària i es refugien a Espanya amb l'esperança de poder tornar a França, Bèlgica o Alemanya. Però aquests països cancel·len els contractes de treball i tanquen llurs fronteres a l'entrada de nous emigrants. França rebutja tot aquell que, en arribar a la frontera, no presenta el Contracte de Treball. La majoria dels marroquins es troben en aquesta situació i no tenen altre recurs que romandre a Espanya.

Expulsions

Repetidament hem subratllat el fet de la clandestinitat o situació il·legal de la immensa majoria dels treballadors marroquins. Aquesta situació ha comportat i comporta amb molta freqüència, detencions que quasi sempre tenen per colofó l'ingrés a la presó. Però, a partir de setembre de l'any 1974, i potser com a reacció per la situació del Sahara i l'actitud marroquina envers els pescadors espanyols, els organismes oficials frenen la immigració marroquina i, el que és pitjor, inicien una sistemàtica expulsió de marroquins. La situació de por i d'angoixa que es crea entre els marroquins és desesperant.

Les xifres d'aquestes expulsions són difícils de precisar. Algunes fonts parlen d'uns 11.000 marroquins que havien estat repatriats per Algesires en un mes i mig. Un altre document ens diu que en el mateix període van ésser expulsats d'Espanya set-cents cinquanta-dos marroquins els quals havien sortit de la presó Model de Barcelona via Melilla i Ceuta. Hom els porta a la presó perquè no tenen la documentació tal com cal, ja que tot i que ells mateixos han intentat procurar-se-la no els ha estat facilitada ni per part del Consolat marroquí ni per part espanyola.

L'estat d'inseguretat que envolta els immigrants marroquins és fort i no presenta en aquests moments camins de solució, ans al contrari, es fa més angosiós cada dia.

Problemàtica migratòria, social i laboral

A mesura que aprofundim en l'anàlisi de la situació i problemàtica dels immigrants marroquins, ens adonem de la dificultat de comprendre molts aspectes de la seva vida. Aquesta dificultat ve donada bàsicament per la nostra mentalitat occidental. La nostra cultura, religió, costums i formes de vida són molt diferents de les seves. Això que en un principi sembla que no pot tenir massa importància, la té i molta a l'hora d'intentar captar aquesta realitat des d'una òptica el més propera possible de l'experiència de l'immigrant; som conscients que hi ha aspectes molt profunds i arrelats en la persona que suposen concepcions diferents de la vida i del món.

La cultura, religió i costums dels Marroc ens expliquen, sinó d'una manera exhaustiva sí en part, alguns dels fets que hem constatat en el nostre estudi, envers els immigrants marroquins a Barcelona.

La majoria d'aquests immigrants a Barcelona són *homes*. Són molt poques les dones que emigren. El fet que l'emigració masculina assoleixi xifres superiors a la de la dona, és freqüent gairebé en tots els processos d'emigració. Però l'escassa proporció que presenta l'emigració de la dona marroquina a Barcelona, creiem que també té una explicació molt concreta en les característiques culturals i religioses del Marroc. L'Alcorà mana que la dona resti a casa amb els pares si és soltera i amb els fills si és casada. És quasi impensable que emigri una dona soltera; que arribi a sortir del seu país, quan no se li permet gairebé sortir de casa seva. La religió islàmica és molt exigent en aquest aspecte. En el Marroc hi ha tot un sistema de restriccions pel que fa als desplaçaments de la dona. El fet de romandre recloses a casa és un senyal de distinció social. Aquest tancament dintre la llar, revesteix formes diferents al camp i a la ciutat. En els ambients rurals la dona ha de sortir de casa per fer algunes feines del camp. Moltes no surten ni tan sols per anar a veure els pares i molt poques van al mercat. Les dones es casen molt joves i en un percentatge molt elevat ho fan abans de la pubertat. Aquest matrimoni precoç està molt valoritzat pel fet que la joventut de la dona representa un valor en funció de la seva virginitat. La dona soltera viu sota una dependència absoluta del pare, el qual té, a més, tota la autoritat sobre els fills. És el pare qui prepara llur matrimoni. A més les dones es casen joves per poder tenir molts fills ja que la fertilitat és considerada com un regal d'Al·là. L'home és el responsable dels sosteniments econòmics de la família. Els papers de l'home i de la dona estan molt ben definits a l'Alcorà.

La majoria dels immigrants marroquins a Barcelona són *casats* i amb fills. També la religió ens explica aquest fet. En estudiar els costums i la religió musulmanes troben que aquesta valora positivament el fet de casar-se. La descendència dignifica l'home.

Remarquem també el fet que la religió islàmica accepta el repudi de la dona, si hi ha causes que ho justifiquin, i la poligàmia. El primer cas és bastant freqüent, sobretot en la situació de no tenir fills varons ja que sempre hom atribueix a la dona la causa de l'esterilitat. Pel que fa a la poligàmia, la llei islàmica permet el matrimoni amb diverses dones al mateix temps, però aquesta forma de poligàmia no és freqüent, per raó de la manca de mitjans econòmics per mantenir moltes dones. En canvi, sí que ho és la que podem anomenar poligàmia successiva, és a dir, quan l'home abandona o repudia la dona i sense divorciar-se es casa amb una altra. Això comporta que els homes tinguin molts fills i d'acord amb els costums religiosos imperants han d'ocupar-se de llur manteniment.

Un altre precepte de l'Alcorà que hem comprovat que practiquen els immigrants marroquins és el deure de l'*hospitalitat*. Malgrat que la seva situació econòmica i d'habitatge sigui molt precària sempre hi ha un lloc a la casa, a la pensió o a la barraca per a l'amic. La solidaritat està molt arrelada entre els marroquins. L'amistat entre ells, els porta a ajudar-se en tot el que calgui: diners, habitatge, menjar, etc. Hem pogut constatar que aquells marroquins que no han tingut problemes a la seva arribada ha estat perquè, entre altres coses, tenien amics aquí.

Quant a la *dimensió afectiva* dels immigrants, el fet que la majoria dels treballadors marroquins que hi ha a Barcelona tinguin la dona i els fills al Marroc, produeix en ells una manca molt gran d'afectivitat que no es pot suplir amb l'amistat dels companys. Aquest aspecte, de solitud, es va fent familiar a aquests immigrants ja que molts d'ells porten un llarg pelegrinatge migratori. Fa anys que han sortit de llur país i han recorregut diversos països europeus a la recerca sempre de la mateixa cosa: feina, diners. Molts pocs tenen amics autòctons però sí que tenen, com hem dit abans, amics marroquins.

Aquesta necessitat de comunicació, de trobar-se amb els seus, de poder expressar-se en llur llengua, fa que es reuneixin en els "seus" bars i en els centres d'acolliment. Els immigrants es troben en aquests llocs perquè la majoria se senten totalment desvinculats de la realitat cultural que els envolta. Aquest és un fet generalitzat en el món de la immigració, però està aguditzat quan les característiques cultural, ètniques i religioses del país d'origen i del país receptor són més diferents. En el cas que estudiem, les diferències de civilització són molt marcades i hi hem d'afegir també les diferències ètniques.

Tot aquest conjunt fa que les dificultats de comprensió, integració i convivència s'accentuin. Els Centres d'Acolliment juguen un paper important malgrat que siguin una minoria els marroquins que hi acudeixin. Els qui practiquen la religió islàmica troben en aquests centres un lloc, la mesquita, on pregar, unes activitats, lectures, música, pel·lícules i sobretot uns companys que els permet trobar quelcom del Marroc en una petita illa dins la gran ciutat.

Hem constatat que les diferències culturals, religioses i ètniques, són la causa d'uns trets que trobem en els immigrants marroquins a Barcelona, però si bé aquestes diferències són importants, no són les úniques que ells ens expliquen. El *fet econòmic* és essencial en moltes de les connotacions que presenta la immigració marroquina a Barcelona.

La necessitat econòmica ens explica que sigui l'home qui emigra. Ja hem vist que aquest és el responsable del sosteniment econòmic de la família, a vegades molt nombrosa, i, quan no troba el necessari per mantenir-la emigra deixant la dona i els fills al Marroc. Motius de tipus econòmics fan que molt pocs homes puguin portar aquí la família que quasi sempre resta al Marroc. El fet que sigui l'home el que iniciï l'emigració del propi país és comú en gairebé tots els immigrants que van a Europa però quan després d'un temps aconsegueixen establir-se, tant a nivell de feina com d'habitatge, molts porten amb ells la família. En el cas dels immigrants marroquins, aquesta estabilitat difícilment arriba, la qual cosa fa impensable de dur fins aquí la família.

Un dels problemes més greus de la majoria dels immigrants marroquins i que ha desencadenat molts d'altres és el fet de no tenir *legalitzada* llur situació aquí. L'any 1980 només 900 marroquins a Barcelona estaven en possessió del DNI i del passaport. Sense aquests documents no poden obtenir cap permís que els doni opció a establir-se al nostre país. El govern marroquí, malgrat l'enriquiment que li suposa l'emigració quant a entrades de divises, posa dificultats en l'obtenció del passaport i permisos per abandonar el país. Això dona peu que molts intermediaris aprofitin la situació i s'enriqueixin estafant els immigrants. El Consolat del Marroc a Barcelona posa també entrebancs per donar aquests documents. Per part de les autoritats espanyoles, llur actuació envers els immigrants marroquins és molt ambigua. Hom ha consentit d'una forma passiva la seva entrada però no s'ha facilitat en cap moment llur legalització. Si la situació de la majoria dels marroquins és il·legal, ens preguntem com és possible que hagin entrat a Espanya quantitats tan enormes d'emigrants del Marroc.

El nivell *sòcio-econòmic actual* de gairebé tots els treballadors marroquins és molt baix. La majoria dels treballadors immigrants es troben en una situació de subproletariat. No tenen, llevat de poques excepcions, contracte de treball ni afiliació a la Seguretat Social. Això els impedeix de tenir permís de treball-residència. Per a qualsevol treballador aquests aspectes legals són fonamentals, alhora que indispensables, per sentir-se mínimament segur

en el seu lloc de treball. La manca de contracte de treball aboca els marroquins a tot tipus d'acomiadament amb causes justificades o injustificades. Acomiadaments que acostumen a ser verbals perquè així no quedi constància d'aquest fet. Els prestadors i empresaris abusen d'aquesta situació.

L'afiliació dels treballadors a la Seguretat Social és avui dia una obligació de tot empresari. La manca d'aquesta afiliació deixa el treballador sense una sèrie de prestacions socials, avui considerades ja indispensables per a tothom. Els treballadors marroquins es troben sense cap protecció ni per a ells ni per a la seva família, si en tenen, en cas de malaltia, accident, invalidesa, atur, jubilació i altres.

Els sous dels marroquins són en general mínims. Hom no els abona les pagues extres, ni vacances, ni les hores treballades a més de les vuit reglamentàries. Podem afirmar que llur situació laboral està molt per sota de la majoria dels treballadors autòctons i es pot qualificar, en la majoria dels casos, com de subproletariat.

Quant a l'*habitatge* molts dels treballadors marroquins viuen al barri "xino" i al Casc Antic. Dos barris situats al cor de la ciutat. Dos barris carregats d'història i amb unes connotacions molt semblants. Barris de rellogats i de pensions barates, amb cases antigues i petites, cases sense els mínims serveis higiènics.

Tot el que hem dit respecte a la feina, l'habitatge, la situació il·legal de molts d'ells, els margina en una societat en la qual l'economia juga un paper tan important. L'analfabetisme i l'escassa formació de la majoria d'ells, producte del baix nivell socio-econòmic d'origen, els margina en una societat que valora la capacitat intel·lectual dels seus individus.

La situació dels immigrants als països capitalistes és mancada d'un sistema legislatiu que la reguli. La política d'emigració està determinada per les necessitats de mà d'obra de les empreses. És una política de col·locació que està determinada per si mateixa independentment d'altres factors, i això fa que els immigrants estiguin sotmesos a l'arbitrarietat dels qui els donen feina. Davant d'això, no és difícil comprendre que els treballadors estrangers estiguin marginats a tots els països. Hom els necessita econòmicament i per això se'ls accepta. No és estrany tampoc que en tots els països el permís de residència estigui condicionat a l'oferiment d'un lloc de treball.

Hem vist com molts dels immigrants marroquins han vingut a Espanya després d'haver treballat en altres països europeus. La marginació, per tant, ja l'han percebuda abans. D'alguna manera hi estan avesats. El rebuig junt amb la inseguretat que dona el trobar-se en un país que no és el propi, els torna molt desconfiats. Amb freqüència tenen por que hom els enganyi, que hom abusi d'ells o que algú se n'aprofiti per als seus interessos.

Tota aquesta situació de marginació provoca, en els marroquins, a més de la desconfiança, una actitud passiva. Són molt pocs els qui tenen esperit de lluita. La majoria es limiten a sobreviure. Accepten la seva situació aquí i quasi bé no es lamenten. Els problemes que més els preocupen són legalitzar llur situació i la feina.

La conseqüència lògica d'aquesta situació, pròpia del marginat, és que són molt pocs entre els marroquins de Barcelona els qui estan afiliats als sindicats. Lògicament són els més joves i amb un nivell d'estudis més alt els qui s'arriben a sindicar.

Concloem tot el que hem dit respecte a la marginació, constatant que aquesta ve donada bàsicament per les desigualtats de tipus econòmic. En un món capitalista el que més compta no són les diferències culturals, religioses ni tan sols ètniques. Un nivell econòmic elevat esborra moltes o gairebé totes les diferències. La marginació, la no integració bàsicament es produeix en el terreny de les desigualtats. El que passa és que quan el nivell econòmic és dèbil, les diferències ètniques i religioses queden al descobert i hom aprofita tot per tal de marginar aquell que posseeix menys.

El factor econòmic és el gran detonador, el que posa en marxa tot un procés de marginació, el que estableix, en el món actual, tota una jerarquia de valors en funció del poder econòmic.

“LA INTEGRACIÓ NACIONAL A BARCELONA”

Montserrat Cunill - Serena Rabinad

Consideracions prèvies

En principi, volem assenyalar que aquesta aproximació és tan sols una aportació a les recerques que es facin sobre aquesta temàtica, l'interès de la qual és prou important com per contribuir a un aprofundiment del coneixement de la nostra realitat social. A més, per la nostra part només intentem dibuixar unes línies i hipòtesis de treball per a ésser comprovades en properes investigacions.

Els principals factors que delimiten el marc social en el qual s'emmarca aquest estudi són: la importància i l'envergadura que representa la immigració a Barcelona ciutat, ja que les dades de composició de la població són, l'any 1975, les següents: un 37'7% procedent de fora de Catalunya, un 5'7% d'altres comarques catalanes, i un 43'4% de població autòctona¹. D'altra banda, cal tenir en compte el sistema de relacions de producció existent i propi de la societat industrial catalana, que configura una estructura social dividida en classes.

En aquesta situació és on es desenvolupen uns fenòmens determinats com a conseqüència del procés d'adaptació que la població immigrada ha hagut de fer a una societat urbano-industrial, i per tant, a una estructura social diferent, ja que la majoria d'ells provenien de zones rurals, trobant-se a més, amb uns trets culturals que desconeixien o no entenien com a resultat de l'opressió cultural i política de Catalunya. I també, de la situació anòmala que té la població autòctona envers la seva pròpia cultura, ja que durant molts anys no ha pogut manifestar i, fins i tot, conèixer amb normalitat els seus signes d'identitat cultural.

Per tant, és en aquest punt, quan podríem dir que està definit el marc teòric d'aquest treball, i que, concretant-lo, és el d'intentar establir alguns dels elements més significatius en els quals es manifesta una identificació i participació més acusades dels individus, o sigui en els que estan més integrats dins el context social del qual formen part. Això, tenint en compte els dos elements principals de diferenciació com són, la classe social i el fet nacional català.

Objectiu i metodologia

L'objectiu general d'aquest estudi és realitzar una aproximació de tipus qualitativa a les actituds² individuals que té la població barcelonina —autòctons i immigrants— davant unes determinades qüestions significatives amb el tema que ens ocupa.

Volem precisar que aquest treball és el resultat més elaborat de les dades d'un altre que es va fer anteriorment per a presentar com a tesina final d'estudis, la qual cosa explica el perquè de les limitacions de mitjans i de mostra utilitzats. Malgrat això, creiem que aquest es-

tudi pot tenir interès com a primer indicador de les variables que s'han utilitzat, de les hipòtesis que s'estableixen i de la metodologia emprada.

El concepte d'integració³, l'hem fet operatiu mitjançant dues categories analítiques: una que anomenem integració cultural i una altra, integració social. Cadascuna d'elles té unes variables; per la integració cultural són: causes de la immigració, anys de residència, llengua, tradicions populars, adaptació al barri i dedicació a la televisió. I per la integració social són: anys de residència, realització personal, nivell de vida, postura enfront dels problemes laborals, treball de les dones i identificació amb el procés polític.

Aleshores, es consideren actituds integradores aquelles que evidencien una identificació i acceptació, de forma subjectiva i voluntària, per part de la població envers les variables culturals i socials esmentades.

Les tècniques metodològiques utilitzades han estat orientades per a recollir la màxima informació dels entrevistats. Se'ls feia una entrevista en profunditat que consistia en la resposta a un qüestionari, complementat amb un guió dels seus principals temes on es recollien totes les informacions complementàries que els entrevistats donaven durant la conversa, en forma d'opinions i frases literals, el contingut de les quals era analitzat després pel seu interès per al tema.

Donades les limitacions de la mostra, van ésser establertes unes tipologies qualitatives que corresponien a les de les principals característiques de les classes mitjana i obrera barcelonines. Com un primer indicador de classe social, a efectes de selecció de la mostra, es va considerar el nivell d'estudis que havien assolit, i pel que fa a ésser autòcton o immigrant, es considerà el lloc d'origen⁴, essent tots els immigrants entrevistats, immigrants de primera generació. Així mateix, tots ells havien d'ésser pares o mares de família per a veure les actituds respecte a la transmissió de valors culturals.

D'aquesta manera, queden classificats els següents grups d'anàlisi:

GRUP A : 25 persones (17 homes i 8 dones) nadiues, amb un nivell mínim d'estudis superiors universitaris.

GRUP B : 25 persones (17 homes i 8 dones) no-nadiues, amb un nivell màxim d'estudis secundaris o professionals.

SUB-

GRUP A : 5 persones (3 homes i 2 dones) no-nadiues, amb un nivell d'estudis mínim superiors universitaris.

SUB-

GRUP B : 5 persones (3 homes i 2 dones) nadiues, amb un nivell d'estudis màxim secundaris o professionals.

Per tant, el conjunt A (grup i sub-grup) el componen les persones —nadiues i immigrades— amb un nivell d'estudis superiors, representatives de la classe mitjana. I el conjunt B (grup i sub-grup) es compon de persones —immigrades i nadiues— amb un nivell d'estudis elementals, representatives de la classe obrera.

El fet que hi hagi diferències de volum en les quatre classificacions és només per limitacions de temps quan van ésser fetes les entrevistes.

L'extracció de la mostra es va fer mitjançant la selecció de les persones segons les característiques establertes, en diferents barris de la ciutat prototips dels distints estrats socials. Els llocs concrets eren: despatxos professionals, metro, parades d'autobús, fàbriques, parcs públics, bars, carrers, o bé a través de col·legis professionals i guia telefònica. Mol-

tes de les entrevistes han estat realitzades al lloc on ens trobàvem i d'altres ens donaven cita prèvia.

Amb el nivell d'estudis i la categoria professional dels entrevistats, s'estableixen unes categories ocupacionals que són les següents:

- Universitaris dedicats a l'ensenyament (6 nadius i 1 immigrant)
- Universitaris amb treballs liberals o directius (15 nadius i 2 immigrants)
- Carreres de grau mitjà (4 nadius i 2 immigrants)
- Comerciants i Propietaris (2 nadius i 2 immigrants)
- Administratius (1 nadiu i 5 immigrants)
- Obrers d'oficis especialitzats (11 immigrants)
- Empleats sense qualificar (2 nadius i 7 immigrants)

En funció d'aquestes categories i del lloc d'origen es va establir l'elaboració de les dades obtingudes, els continguts de les quals s'han de considerar amb molta prudència, ja que, en general, es treballa amb xifres petites però que poden ésser interessants per a aprofundir en estudis més amplis. Malgrat això, donem unes dades quantificades que tan sols volen ésser una informació complementària com a indicador de la informació qualitativa.

Anàlisi de les dades

Les causes de la immigració dels no-nadius han estat motivades, en primer lloc, per la possibilitat de tenir un treball millor (43%), seguides de trasllat per estudis o perquè els pares emigraven (27%) i pel fet de no tenir treball en el seu lloc d'origen (20%); també per l'atracció de viure a la ciutat (10%). És significatiu que són les persones dels llocs de menys població les que han immigrat més, ja que la majoria (43%) prové de poblacions de menys de 5000 habitants. La major part dels no-nadius amb estudis universitaris emigrà per poder estudiar allò que volia en un lloc que pogués fer-ho.

A la pregunta de si tornarien al seu lloc d'origen, la disposició que manifesten és negativa (67%) en molts d'ells. No tornarien perquè aquí tenen un sistema de vida que els agrada, o perquè s'han casat amb persones autòctones, o perquè llurs fills han nascut aquí i es consideren catalans. La resta diu que sí que tornarien, però amb les mateixes condicions de treball que aquí, i d'altres perquè encara tenen familiars allà.

La valoració que fan del nivell de vida assolit aquí, és bastant satisfactori; en general opinen que estan ben remunerats (47%) i que han assolit el lloc professional que desitjaven (50%), i fins i tot, consideren que tenen un nivell de vida que els satisfà. Aquesta satisfacció està en funció de reconèixer les limitacions per raons de nivell d'estudis, que en la majoria és baix. Tanmateix, aquesta opinió és palesa més en els no-nadius de les categories ocupacionals d'obers i empleats; en canvi els no-nadius universitaris estan més descontents de llur nivell de vida.

En la mostra de la població nadiua, la satisfacció professional i el nivell de vida assolit està en relació amb la variable categoria ocupacional i el resultat és altament satisfactori entre els professionals universitaris de professions liberals, que es consideren ben remunerats (40%). I aquesta actitud tendeix a créixer en la valoració del nivell de vida i el lloc professional que ocupen (60% en ambdós casos). En canvi entre els universitaris dedicats a l'ensenyament no es dona el cas de considerar-se cap d'ells ben remunerat; l'actitud que tenen respecte al nivell de vida és diferent ja que no els preocupen els signes externs de millor nivell de vida. La meitat d'ells considera que ha assolit el lloc professional que desitjava. Entre els nadius representatius de la classe obrera, la satisfacció més clara es dona entre els comerciants i petits propietaris.

En l'anàlisi de l'actitud que tenen els dos conjunts d'entrevistats enfront dels problemes

laborals com a indicador de la consciència de classe, s'estableixen dues postures diferenciades entre els no-nadius. Una postura activa en què es recullen les actituds d'interessar-se i participar en les accions reivindicatives laborals. I una altra, passiva, dels qui es mantenen al marge dels problemes. En la primera, hi ha bastant participació (47%) però l'índex d'afiliació sindical és baix. Els no afiliats ho fan per la desconfiança que tenen de la dependència dels sindicats amb els partits polítics, o bé, perquè no ho volen.

Aquesta postura activa en l'àmbit laboral es dona en persones que, alhora, contesten afirmativament a la identificació que tenen amb el procés d'autonomia de Catalunya i, fins i tot, el seu sentiment d'arrelament al nostre país és positiu en una gran part, també, amb el sentiment que tenen ara envers el seu lloc d'origen. Cal remarcar que també manifesten un sentiment de solidaritat i d'aprovació envers un procés autonòmic idèntic per als respectius llocs d'origen. Quant al coneixement de la llengua catalana entre aquesta part de la mostra, hi ha una majoria que l'entenen però que no la parlen.

Introduïda la variable anys de residència en aquesta anàlisi d'actituds, es comprova que aquesta no incideix de cap manera en l'actitud enfront dels problemes laborals, ni en el grau de coneixement de la llengua catalana, però sí que té una significació en l'actitud d'integració afectiva en el país a través de les respostes obtingudes sobre el context polític català. Caldria però, estudiar amb més profunditat en propers treballs, el perquè la variable llengua no és assimilada amb el mateix grau per aquesta determinada tipologia de la mostra, que és receptiva amb d'altres aspectes de catalanitat i activa en la seva integració de classe social.

En tot aquest tema la variable categoria ocupacional no sembla significativa a nivell d'actituds diferents.

Els no-nadius amb una postura passiva (53%) manifesten majoritàriament estar afiliats a sindicats obrers, la qual cosa contrasta amb la seva postura de no participar en els conflictes. En canvi, llur identificació amb el procés d'autonomia de Catalunya i sentiment d'arrelament al país hi és força acusat en molts.

Pel que fa a l'ús de la llengua catalana entre aquests no-nadius passius en l'àmbit laboral, la diferència és considerable en comparació amb la tipologia anterior dels immigrants actius laboralment, ja que la majoria parla normalment català. Per tant, en aquest nivell la variable anys de residència sí que té força significació, ja que es constata que com més anys de residència tenen, major és la tendència a augmentar l'ús del català parlant. I també tenen una actitud positiva envers el context polític.

Resumint, podríem dir que s'ha observat com a actituds integradores de tots els no-nadius, les següents: el primer factor que es manifesta positiu com a element integrador per als immigrants, és el treball, perquè a través d'ell han assolit un nivell de vida que els satisfà, cosa que fa que ja no vulguin tornar al seu lloc d'origen. En aquest resultat hi ha una tendència més palesa entre els obrers que dins la classe mitjana.

També es configuren dos grups diferenciats que s'observen en la classe obrera quant a la seva actitud de consciència de classe, establerta mitjançant la participació en els conflictes laborals. La meitat aproximadament, hi participa activament i l'altra meitat es manté al marge. Malgrat això, aquestes actituds no condicionen que ambdós grups es manifestin majoritàriament identificats amb el procés autonòmic català, i tinguin un sentiment d'arrelament molt acusat a Catalunya. Però en canvi, en totes aquestes actituds, la variable anys de residència no té una incidència idèntica, perquè d'una banda trobem una gent molt activa i integrada en la seva classe social també identificada amb el context polític català, però que majoritàriament parla castellà i que no porta gaires anys aquí. I en canvi, hi ha un altre grup que no té una postura activa d'inserció de classe social però sí té una actitud positiva amb tots els indicadors utilitzats en el fet nacional català, i en això sembla influir més els anys de residència aquí.

La mateixa anàlisi de la problemàtica laboral de la mostra dels entrevistats autòctons, palesa una actitud substancialment diferent de la dels no-nadius en relació a la postura activa, condicionada per la classe social a la qual pertanyen, ja que l'actitud que tenen els nadius comparada amb la categoria ocupacional, representa la defensa de llurs interessos professionals en les persones universitàries amb carreres liberals. Aquest comportament és una actitud individual sense incidència en cap afiliació sindical i això es comprova en la quantitat de professionals liberals que no estan afiliats —tan sols un 10% del total de 76% amb postura activa, ho estan—.

En canvi, la categoria ocupacional es manifesta com a factor de diferenciació entre els nadius de classe obrera, ja que aquí es dona més afiliació sindical al mateix temps que tenen una postura activa.

En el nivell passiu d'aquests comportaments, el percentatge (37%) és inferior a la mostra dels passius immigrants (53%). També s'evidencia que el sentiment d'identificació amb el procés autonòmic és positiu en totes les actituds sense que s'hi observin diferències de classe. Quant a la variable categoria ocupacional, no hi ha gaire diferència entre tots els qui tenen una actitud passiva.

Introduint la variable sexe en l'anàlisi del comportament en els conflictes laborals, tant les dones nadiues de categoria ocupacional de classe mitjana com les de classe obrera hi palesen una actitud majoritàriament activa. En canvi, les dones immigrants semblen tenir menys participació entre les de classe obrera que les de classe mitjana; això pot ésser perquè la majoria de dones de la classe mitjana entrevistades estan dedicades a l'ensenyament.

Esbrinant les motivacions del treball de la dona en funció de les categories ocupacionals, s'observa que aquest representa per a les dones dedicades a ocupacions professionals de classe mitjana, la satisfacció d'exercir una professió o el desig de treballar fora de casa. En canvi, la majoria de dones de classe obrera ho fa per necessitat econòmica. També remarquem que el nivell de vida que tenen algunes d'elles, principalment de classe mitjana, ha estat assolit a través de la situació professional del marit, no pas directament per la seva professió.

Finalment, queden establerts els següents grups, d'acord amb la variable categoria ocupacional que actua com a factor diferenciador entre els nadius de classe mitjana, i són:

- a) un grup format per persones dedicades a professions liberals o directives, on aquesta variable condiciona actituds integradores envers la seva pròpia classe, cosa que es confirma en les que tenen respecte al nivell de vida assolit. Aquest grup, malgrat que es manifesta amb una postura activa en la problemàtica laboral, cal explicar que aquesta té lloc en un marc de relacions laborals diferents al típic de la classe obrera assalariada, perquè la majoria d'ells, no tan sols són assalariats en empreses, sinó que a més, treballen independentment pel seu compte en llurs despatxos professionals i, aleshores, els problemes reivindicatius els solucionen mitjançant els col·legis professionals dels quals formen part. Això comporta evidentment, un plantejament corporatiu que no té res a veure amb la defensa dels interessos de classe.
- b) l'altre grup, el formen majoritàriament, els universitaris dedicats a l'ensenyament, que a l'igual que els no-nadius de la mateixa categoria ocupacional, manifesten una actitud més reivindicativa a nivell col·lectiu perquè les condicions laborals i econòmiques els són força desfavorables i, a més, no estan d'acord amb l'estructura i contingut oficial de l'ensenyament.

Quant a la classe obrera entre els entrevistats nadius, sembla manifestar-se una actitud activa en el marc laboral, amb un grau considerable de participació i afiliació.

D'altra banda, un dels indicadors utilitzats per a la integració cultural, ha estat la llengua, en l'àmbit de la qual no s'ha evidenciat suficientment la relació de llengua catalana igual a

llengua parlada per la burgesia, i llengua castellana igual a llengua parlada per la classe obrera. Les dades de l'anàlisi feta, han estat les següents:

No-nadius

Parlen català sempre:	1 persona classe mitjana	(carrera grau mitjà)
Parlen castellà sempre:	8 persones classe obrera	(3 administratius)
		(3 obrers)
		(2 sense qualificar)
Parlen castellà sempre:	3 persones classe mitjana	(2 liberals)
		(1 grau mitjà)
Parlen castellà i gallec:	3 persones classe obrera	(1 obrer)
		(2 sense qualificar)
Parlen castellà i català	1 persona classe mitjana	(1 ensenyament)
Parlen castellà i català	14 persones classe obrera	(2 comerciants)
		(2 administratius)
		(7 obrers)
		(3 sense qualificar)
	total	30

Quan parlen català?

– FAMÍLIA :	1 grau mitjà,	1 comerciant,	1 obrer,	1 s/qualificar
– AMICS :	1 grau mitjà,	1 comerciant,	2 obrers,	1 s/qualificar
– TREBALL :	1 grau mitjà,		2 obrers,	1 s/qualificar

Quan parlen castellà?

– FAMÍLIA:	1 ensenyant, 2 liberals, 1 g. mitjà, 1 comerciant, 5 adm., 7 obrers, 3 s/qualif.
– AMICS:	1 ensenyant, 2 liberals, 1 g. mitjà, 3 adm., 6 obrers, 3 s/qualif.
– TREBALL:	2 liberals, 1 g. mitjà, 3 adm., 4 obrers, 4 s/qualif.

Quan parlen castellà i català?

– FAMÍLIA :	2 obrers
– AMICS :	1 comerc., 2 adm., 2 obrers
– TREBALL :	1 ensenyant, 2 comerc., 2 adm., 5 obrers, 2 s/qualificar

Nadius

Parlen català sempre:	7 persones classe mitjana	(3 universitaris ensenyants) (3 universitaris liberals) (1 carrera grau mitjà)
Parlen català sempre:	1 persona classe obrera	(1 administratiu)
Parlen català i castellà:	18 persones classe mitjana	(3 universitaris ensenyants) (12 universitaris liberals) (3 carrera grau mitjà)
Parlen català castellà:	4 persones classe obrera	(2 petits propietaris) (2 sense qualificar)
total		30

Quan parlen català?

- FAMÍLIA: 5 ensenyants, 9 liberals, 3 g. mitjà, 1 comerc., 1 administr., 1 s/qualificar
- AMICS: 6 ensenyants, 14 liberals, 4 g. mitjà, 1 comerc., 1 administr.
- TREBALL: 4 ensenyants, 6 liberals, 1 g. mitjà, 1 s/qualificar

Quan parlen castellà?

- FAMÍLIA: 1 ensenyant, 3 liberals, 3 g. mitjà, 1 comerc., 1 s/qualificar
- AMICS: 1 s/qualificar
- TREBALL: 1 liberal, 3 g. mitjà

Quan parlen català i castellà?

- FAMÍLIA: 3 liberals,
- AMICS: 1 liberal, 1 comerc., 1 s/qualificar
- TREBALL: 2 ensenyants, 8 liberals, 2 g. mitjà, 2 comerc., 1 s/qualificar

Amb la variable categoria ocupacional, es veu que 2 de les persones de la tipologia classe mitjana no-nadiua, parlen normalment el català i 1 de la classe obrera nadiua el parla sempre.

L'actitud bilingüe —parlar català i castellà— és la més característica en tots els entrevistats tant nadius com no-nadius (50% i 73% respectivament) sense que la classe social sigui un factor de diferenciació.

Fins i tot, la situació de bilingüisme en el cas d'alguns nadius arriba a esdevenir monolingüe amb la llengua castellana, dintre l'àmbit familiar quan el cònjuge és castellano-parlant. Així mateix, l'àmbit treball es manifesta com a factor important i majoritari per a afavorir el bilingüisme, la qual cosa va en detriment de la normalització lingüística del català, en trobar-se molts catalano-parlants amb la necessitat d'emprar castellà en llurs relacions professionals. Malgrat tot, la llengua catalana entre els nadius és transmesa, en la gran majoria, dins la família.

Quant als no-nadius, es comprova que l'ús del català tendeix a créixer quan més anys porten aquí de residència, en general en tots els àmbits encara que l'àmbit familiar és on costa més de canviar d'actitud. També es dona una situació de bilingüisme entre el castellà i el gallec, en aquelles famílies integrades pel pare i la mare gallecs d'origen.

La pràctica dels costums tradicionals està a nivell d'actituds personals, condicionada per les noves formes de lleure que es manifesten al medi urbà. Per a comprovar aquesta hipòtesi, s'han seleccionat com a més representatives per les seves característiques de participació col·lectiva i per la seva significació nacional, les següents festes tradicionals catalanes: l'Onze de Setembre, Sant Jordi, Festes de la Mercè, Festa Major del barri i Pelegrinatges populars. S'ha introduït com a variable la llengua emprada en tota la mostra, per a veure la incidència que hi tenen i la transmissió a segones generacions.

La informació recollida ha estat, en el nombre total de celebracions, establir que no es donen diferències en funció de l'origen. Ara bé, la característica que es constata com a més significativa, és el tipus de festes en què participen més els no-nadius i són les festes majors. En canvi, els nadius, participen més en les celebracions de caràcter nacional. Tanmateix el grau en què aquestes darreres són assimilades pels no-nadius és considerable (50% celebra Sant Jordi i un 33% l'Onze de Setembre). Així mateix, els no-nadius participen més en les activitats del barri on viuen.

L'única dada de diferenciació en funció de la procedència es dona en la celebració de les festes majors dels llocs d'origen per part dels no-nadius, els quals hi van en gran part a l'estiu durant les vacances laborals. Quant als nadius, alguns també celebren festes majors de pobles d'altres indrets de Catalunya on estiuengen.

Aquestes dades ens han confirmat la hipòtesi que la majoria de la mostra —nadius i immigrants— utilitzen gran part del lleure per a sortir fora de la ciutat. L'observació de la possible incidència de la variable lleure en la transformació dels costums populars es manifesta com una hipòtesi prou interessant.

En la pràctica dels costums tradicionals, la variable llengua tendeix a manifestar-se com a element integrador entre els dos conjunts analitzats —nadius i immigrants—, ja que els dos tenen gran interès en transmetre'ls als fills principalment entre els grups que parlen català i castellà indistintament, tant a la classe mitjana com a l'obra.

Com a indicador d'integració tant social com cultural, es va seleccionar la televisió entre els mitjans de comunicació més característics i per ser aquest un dels que té més influència en la difusió de valors culturals que són assumits, conscientment o inconscientment, per la població i que poden incidir en la formació d'actituds, hàbits i comportament de les persones. També es va escollir per la importància que té en l'ocupació del temps lliure dels entrevistats.

En aquest sentit, s'han detectat certes diferències de dedicació a aquest mitjà, en funció de la categoria ocupacional. D'una banda, la mostra de classe mitjana —nadiua i no-nadiua—, té uns criteris més selectius i la veuen amb menys freqüència (el 70% la veuen de tant en tant o quan els interessa el tema); en canvi, la mostra de classe obrera —nadiua i no-nadiua—, és més constant en aquesta dedicació (només un 23% seleccionen els programes), i hom troba, fins i tot, el fet que no hi ha cap entrevistat que no la vegi mai, i la majoria la veu cada dia preferentment al vespre (60%).

Per tant, la influència d'aquest mitjà de comunicació es manifesta més important, per la seva incidència, entre la classe obrera.

Conclusió: Un esbós d'hipòtesi

Finalment, i lligant una mica els principals trets de tota la informació exposada amb el marc teòric inicial, voldríem, si més no, fer una aproximació a unes primeres hipòtesis.

D'una banda, semblen manifestar-se unes actituds integradores, tant per part de les persones entrevistades nadiues com per part de les immigrades, en el terreny cultural i polític català, que poden ésser favorables per a una identificació i participació col·lectiva. Tanmateix, caldria tenir en compte la implantació del bilingüisme en molts àmbits culturals, i la tendència acusada del castellà sobretot en l'àmbit laboral. Malgrat això, s'ha constatat que amb més anys de residència, augmenta l'ús de la llengua catalana a nivell oral entre les persones immigrades.

També, la variable lleure és força significativa, en general, per la seva incidència en molts dels costums i celebracions de les festes tradicionals catalanes, a causa del fenomen de sortir de la ciutat els dies festius.

En canvi, quant a la integració social, el primer que es manifesta és el fet que no es dona una acceptació voluntària per part de les persones, ja que la classe social a la qual hom pertany és una circumstància aliena a la persona i, per tant, l'aspiració per a assolir un millorament social condiciona situacions que poden tenir un caràcter conflictiu mentre no canviï l'estructura social existent. Per tant, podríem dir pel que fa a la classe treballadora, que no s'han detectat diferències en funció de l'origen, ja que tots els entrevistats assumeixen, en més o menys grau, la mateixa problemàtica social.

El fet, que sembla variar d'aquesta problemàtica, és la poca confiança que mereixen els sindicats als treballadors, i les organitzacions professionals als entrevistats de classe mitjana, la qual cosa provoca una forta inhibició enfront dels conflictes laborals, poca afiliació sindical i, d'altra banda, un desenvolupament de moviments reivindicatius independents, a nivell d'empresa.

Davant de tota aquesta informació estudiada es podria establir la hipòtesi que els nivells que es puguin assolir d'integració cultural i social, són totalment independents un de l'altre. I en general, les actituds entre autòctons i immigrants semblen bastant similars pel que fa a cadascuna de les classes socials a què pertanyen. Així mateix, el grau en què hom s'integra a uns elements o als altres és condicionat en part per característiques predominantment individuals.

Notes

- (1) Instituto Nacional de Estadística. 1975.
- (2) Definició del concepte d'ACTITUD: "Una actitud es una organización relativamente duradera de creencias en torno a un objeto o situación, que predispone a reaccionar preferentemente de una manera determinada". ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES. Dirigida por David L. Sills. Volum 1, pág. 15. Editorial Aguilar, Madrid 1977.
- (3) Definició del concepte d'INTEGRACIÓ: "Ajustament de les parts que componen un sistema social. Suposa la identificació i la participació dels individus i grups parcials en la societat global de què formen part. La integració no és mai total, en raó de la diversa identificació i participació dels diferents elements que hi són vinculats, i d'ací els conflictes, factors de disgregació. En una situació poc conflictiva, l'acceptació dels valors normatius de convivència i dels compromisos establerts entre els grups interessats garanteix la dinàmica integrativa; altrament, la integració només pot ésser mantinguda forçadament amb la consegüent supressió de la independència dels elements implicats". GRAN ENCICLOPEDIA CATALANA. Volum 8, pág. 638. Editorial Enciclopèdia Catalana, S.A. Barcelona 1975.
Observació: Hem utilitzat aquesta definició d'integració, i no la que entén integració com a sinònim d'assimilació, perquè no és tan sols el procés d'integració dels immigrants en una societat diferent, el que ens preocupa, sinó que, a més, considerem que és necessari conèixer la identificació que la població autòctona té envers la seva pròpia societat, en el moment de recuperar les institucions polítiques d'autogovern de Catalunya, i per tant, que es configura un marc polític nou que afecta el conjunt de la població.
 Cal assenyalar que la recollida de dades es va realitzar en el període que va des de final de l'any 1978 a principi de 1979 abans del referèndum al projecte d'Estatut d'Autonomia de Catalunya.
- (4) Lloc d'origen dels entrevistats:
 10 d'Andalusia, 4 Galícia, 4 d'Aragó, 4 de Castella, 2 de València, 1 de Múrcia, 1 de Canàries, 1 de Lleó, 1 d'Extremadura, 1 resta de Catalunya, 1 de l'estranger i 30 de Barcelona-ciutat.

BIBLIOGRAFIA

1. *AMADES, Joan*. "Folklore de Catalunya, costums i creences". Editorial Biblioteca Selecta. Barcelona 1969.
2. *BOUDON, R.* "Los métodos en Sociología". Editorial A. Redondo. Barcelona 1970. Col·lecció Beta.
3. *CASTELLS, Manuel*. "Movimientos sociales urbanos". Editorial Siglo XXI. Madrid 1974.
4. *CONGRÉS DE CULTURA CATALANA*. "Estructura social catalana". Barcelona 1977. Àmbit Estructura Social.
5. *DUVERGER, Maurice*. "Sociología Política". Editorial Ariel. Espluges de Llobregat (Barcelona) 1972. Col·lecció Demos.
6. *ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE LAS CIENCIAS SOCIALES*. Dirigida per David L. Sills. Vol. 1, Pàgs. 15-29 i Volum. 6, pàgs. 101-113. Editorial Aguilar. Madrid 1974/77.
7. *ESTEVA i FABREGAT, Claudi*. "Immigració i confirmació ètnica a Barcelona" a Quaderns d'Alliberament 2/3 pàgs. 47-90. Edicions de La Magrana. Barcelona 1978.
8. *FUNDACIÓ JAUME BOFILL*. "Immigració i Reconstrucció Nacional a Catalunya". Editorial Blume. Barcelona 1980. Col·lecció Temps de Futur.
9. *FUNDACIÓ JAUME BOFILL*. "Catalunya: una comunitat?". Col·loqui sobre les conseqüències del fet immigratori, 3 i 4 juny de 1978. Barcelona F.J.B. 1979. Publicacions dels Serveis de Cultura Popular.
10. *GRAN ENCICLOPÈDIA CATALANA* Volum. 8, pàg. 638. Editorial Enciclopèdia Catalana, S.A. Barcelona 1975.
11. *GRAWITZ, Madeleine*. "Métodos y Técnicas en las Ciencias Sociales". (2 volums). Editorial Hispano Europea. Barcelona 1975.
12. *HARNECKER, Marta*. "Los conceptos elementales del materialismo histórico". Editorial Siglo XXI. Madrid 1973.
13. *LANFANT, Marie-Françoise*. "Sociología del Ocio" Editorial Ediciones Península. Barcelona 1978.
14. *LORENTE, Santiago*. "Mutaciones culturales en el emigrante español" en Documentación Social, 3ª. época. Editorial Euramérica, S.A. Madrid 1973.
15. *QUADERNS D'ALLIBERAMENT* 2/3 (Col·lectiu). "La immigració als Països Catalans". Pàgs. 157-172. Edicions de La Magrana. Barcelona 1978.

LA IDENTITAT SOCIAL DE CATALUNYA (*)

Jordi Estivill – Salvador Giner

1. La historicitat de l'estructura social

En les societats humanes el passat sempre explica, en gran mesura, el present, tot i que no l'exhaureix. És per això precisament que aquestes societats han d'ésser enteses com a entitats essencialment històriques: els homes no refan de bell nou la seva societat a cada generació solament sobre la base de llurs instints, inclinacions, necessitats i intel·ligència sinó també damunt l'estructura d'aquell món social que ja troben fet. Aqueix comprèn unes estructures de producció, d'apropiació, creació, consum i distribució de béns i serveis, és a dir, una economia; un mode de repartiment del poder, la jerarquia, l'autoritat, l'obediència, o sia, un univers polític; i un conjunt complex de normes, valors, símbols col·lectius de comunicació —un llenguatge— i de creences que legitimen formes de conducta, en un mot, una cultura. Aquests tres grans reialmes interdependents formen, junta-ment, la realitat social amb la qual se les veu cada generació. La seva natura, i el lloc precís dins d'ella on se situa cada individu, determinen en gran mesura les possibilitats existencials de cada home concret.

La realitat social, resultat en cada moment d'aquests components, així com de l'activitat dels homes que la componen, és un fet irrepetible i únic, perquè el canvi és inherent a la vida social. Malgrat aquest fet bàsic, elemental, de la vida social sovint és possible d'escatir continuïtats i trets relativament estables. A més sempre és possible d'identificar fenòmens pretèrits que són causes de la situació present.

Qui s'atansi a la societat catalana actual haurà d'intentar comprendre la seva història, o almenys aquells aspectes decisius del passat que són necessaris per a copsar el seu present. La història de Catalunya, però, no pot ésser ni tan sols resumida, en les fases inicials d'aquesta breu exploració que ara s'enceta. D'altra banda tampoc no se'ns és permès d'entrar en el terreny indefugiblement històric de l'estructura social d'un poble ignorant precisament allò que explica els seus trets més distintius d'avui —la seva identitat social, superimposada i mesclada inextricablement amb la seva identitat cultural i consciència col·lectiva— i els seus modes específics de resposta als problemes que van sorgint davant la seva gent, és a dir, la seva conducta característica, el seu tarannà. És per això que ens cal fer una referència breu a certs fenòmens històrics decisius, millor dit, a certes estructures socials bastides a través de la història de Catalunya, car no es tracta de descriure esdeveniments passats, sinó més aviat de mirar d'explicar situacions presents.

(*) Aquesta comunicació presenta un primer esborrany d'un text que forma part d'un capítol d'un llibre que els autors redacten sobre l'estructura social de Catalunya. Moltes de les afirmacions que es fan són matisades al llarg del llibre.

Els processos històrics més sobresortints que condicionen la societat catalana actual podrien resumir-se així: un passat feudal molt intens; una revolució burgesa específica; una quasi-permanent subordinació a unes estructures polítiques més àmplies, un alt nivell de consciència nacional; una cultura distintiva, no solament recolzada en una llengua, literatura i art propis, sinó també en unes institucions i pràctiques polítiques, en un dret i en una qualitat de la vida civil, i una obertura gairebé constant vers les influències de les immigracions i les idees foranes.

2. Un fet decisiu: el feudalisme català

Tota la història de Catalunya, fins i tot el desenvolupament del capitalisme i el sorgiment d'una mentalitat moderna en el seu si, són deguts a un fet històric cabdal; el d'haver estat, des del moment de la seva formació com a societat específica, a las valls d'ambdues vessants dels Pirineus, ara fa un mil·lenni, una societat feudal.

El feudalisme no és solament la *fons et origo* de l'estructura social de Catalunya sinó també ho és d'un bon grapat de països occidentals: Anglaterra o França, per exemple. Ho és, senzillament, perquè va ésser la seva descomposició la que donà lloc a les societats burgeses. Fou en gran manera la lògica interna de transformació del feudalisme la que creà la gran transformació del món occidental, a través de la institucionalització del canvi tècnic, la creació d'aparells burocràtics d'estat, del capitalisme i de la societat de classes. De fet, zones com ara la part no catalana de la península ibèrica o l'Europa de l'Est (especialment Rússia), que conegueren un feudalisme molt imperfecte, foren també països de penós i retardat desenvolupament capitalista. Les dues zones del món que han posseït verament un sistema feudal polític i un mode feudal de producció *strictu sensu*, Europa i el Japó, són precisament aquelles on més fàcilment prengué cos el mode capitalista de producció. No és aquest el lloc d'especular sobre la qüestió de la connexió causal entre feudalisme i capitalisme, encara que sí sembla adient de remarcar-la car si Catalunya entrà evolutivament, naturalment, per així dir-ho, dins del món burgès i capitalista, alhora i de la mateixa manera que d'altres contrades del nostre continent, això fou degut en gran mesura a la seva pertinença històrica directa i no perifèrica a l'univers polític, econòmic i cultural feudal europeu. No solament Catalunya va ésser durant els seus orígens històrics i primers segles d'existència part integrant del món feudal, sinó que també fou, com ara per exemple Normandia, una de les zones més característiques d'ell, un dels llocs on arrelà mes pregonament aquesta mena d'ordre social.

L'ordre feudal català presentava continuïtats geogràfiques i socials molt fortes per la banda Nord del país, Occitània i Provença. Aquestes continuïtats, s'afeblíen per la d'Aragó i eren pràcticament inexistents del costat castellà i vers Migjorn, en terra de sarraïns. Però la circumstància que Castella no fou plenament feudal en els seus mecanismes productius i encara menys en el seu mode d'ordenació política ha estat quelcom molt més seriós que una paradoxa per a nosaltres, ja que aquest país precisament era el que esdevindria hegemònic sobre els altres pobles peninsulars, fins i tot dominant directament durant un temps Portugal mateix.

Les característiques de la Castella medieval —societat unificada i militaritzada, amb una frontera mòbil i de conquesta, i amb una noblesa d'autonomia política limitada— varen ésser els fonaments d'un dels primers estats moderns d'Europa. Un estat modern, i nogensmenys preindustrial, un despòtic i centralista que en els segles (del XVI al XVIII) en què arreu es realitzava la modernització capitalista era massa pesant, ineficaç, aclaparat sota uns cossos burocràtics parasitaris, per a dur a terme la seva transformació. Les reformes que es realitzaren gairebé a tota Europa des del poder polític central anaven vinculades a la il·lustració, la racionalitat i l'universalisme progressiu. A Espanya fracassaren en un estat, que si bé havia estat capaç de crear tot un imperi, s'esllanguia en la seva voluntat de conser-

var-lo. L'homogeneïtzació social i política que implicava la posterior concepció jacobina de l'estat, alhora que creava les "nacions-estat" contemporànies, destruïa les nacions i pobles perifèrics en grans parts d'Europa. En nom de la lluita contra l'antic règim i de la progressiva i racional desfeudalització es creaven els nous aparells estatals i administratius que encara avui funcionen.

Espanya va seguir un camí semblant, primerament sota els Borbons, imposant per la força la llei i les institucions castellanes, i segonament després de 1812 d'una faïssò "napoleònica". Tanmateix l'erosió de la personalitat de les nacions més diferenciades —País Basc, Galícia i Catalunya— fou molt menor que en altres països Europeus; fins i tot perdurarien les particularitats culturals de moltes altres zones de la península, com ara Astúries, Andalusia i Aragó.

Els catalans van oposar una aferrissada resistència a totes les temptatives d'assimilació del poder central. És important d'assenyalar que l'inici de la davallada catalana ve marcat per la derrota d'un aixecament popular i nacional. De la guerra dels segadors fins l'entrada de les tropes castellanes a Barcelona el 1714, a València el 1715 i a Ciutat de Mallorca el 1716, un seguit de revoltes i insurreccions van marcant aquest procés d'esclafament que per si sol no explica la permanència dels nivells d'identitat nacional assolits fins l'època actual. Certament l'impacte en la societat de Catalunya Nord de la civilització francesa després de la seva annexió per mitjà del Tractat dels Pirineus (1659) ha estat molt superior que a la resta del país. Ultra la seva migradesa demogràfica, el tall amb els altres centres de producció econòmica i cultural i el posterior desenvolupament econòmic diferenciat, caldria afegir, com a raons, la forta atracció cultural i econòmica del poderós estat francès que precisament es constituïria en imperi i capdavanter dels ideals més avençats. La integració dels catalans del Nord a l'estat francès fa un salt endavant a partir de la revolució de 1848, amb l'escolarització obligatòria, laica i gratuïta, amb la incorporació en una administració notòriament eficient, i a través de l'expansió colonial francesa.

En canvi, dels Pirineus ençà l'hegemonia de l'oligarquia castellana fou, gairebé fins el franquisme, d'una mena arcaïtzant, i exercida a través d'un estat en un procés de decadència, que anava perdent una a una totes les seves colònies, incapaç de crear mecanismes i canals d'integració als nivells més bàsics. Si Catalunya hagués estat dominada, segle rera regla, per una potència centralista verament moderna, l'erosió de la seva personalitat haguera estat força més severa. Dit d'altra manera, mentre França guanyava guerres, Espanya les perdia: la distància entre el Nord i el Sud de Catalunya augmentava. El desenvolupament desigual del capitalisme a partir del segle XVIII a l'interior de l'estat i en gran mesura la feblesa i ineficàcia de l'estat espanyol és el que ha salvat el nostre país del destí de Provença o Gal·les.

Abans que es produís la integració subordinada del Principat i els altres Països Catalans a la Corona espanyola, però, Catalunya es bastí com a societat essencialment feudal. Les característiques del feudalisme són conegudes, i no necessiten ací cap explicació detallada. Cal recordar només que el feudalisme és un sistema social bastit damunt relacions personals de vassallatge. En el seu marc l'important és el pacte entre senyor i vassall, pacte de protecció i servitud, al qual s'hi arriba d'una manera hipotèticament lliure per acord mutu.

Naturalment, cal no idealitzar aquesta relació inicial de creació del lligam feudal. Tampoc no cal imaginar que aquest lligam no canviés durant els llargs segles de feudalisme. Tanmateix, és notable que a totes les societats força feudalitzades, sorgí, i no solament en els estaments dominants —noblesa i clergat—, sinó també en el poble, una cultura política recolzada en els drets i obligacions mutus de cadascú, i en les llibertats (en el sentit de furs o àrees d'independència del senyor) de què gaudia cadascú, una vegada complides les prestacions de la llei feudal. D'ací l'obsessió dels vassalls que els seus senyors renovessin periòdicament llurs juraments i promeses de respecte a les seves llibertats i furs.

Anglaterra (país de conquesta normanda) i Catalunya foren els primers pobles en donar-

se una constitució feudal amb uns principis generals de pacte. Aquestes constitucions o regles del joc polític eren de fet només per als grups dominants, però, històricament havien d'estendre's a tota la població, amb la dissolució del món medieval. La *Magna Carta* anglesa fou precedida dels *Usatges* catalans de 1150, cent anys abans. Els nostres Usatges, com remarquen tots els historiadors, només feien explícit allò que ja de molt abans constituïa la llei i el costum. I aquests a Catalunya eren fonamentalment pactistes. No eren democràtiques més que en germen, tot i reconeixent la igualtat legal entre nobles i burgesos, si bé establien un marc de relacions ple de possibilitats per a la llibertat civil dels catalans. Aquesta esdevindria un dels trets més específics de la vida social de Catalunya al llarg dels temps.

3. El pactisme com a forma social de vida

Els Usatges són un codi legal feudal. És un codi, però, en què s'espera que tothom en el país arribi a acords i respecti els drets dels altres (sovint, és clar, drets feudals fonamentats en la desigualtat i l'explotació econòmica i política), més que no pas es pressuposa la intervenció d'un tercer, que arbitraria entre les parts. No es tracta d'una llei que afavoreix únicament l'individualisme, sinó que més aviat, com correspon a la seva època, es recolza en ens col·lectius: els estaments, els llinatges, les comunitats, les ciutats, els comtats, els monestirs. Tanmateix igual que la Carta Magna, els nostres usatges obrien la porta perquè, primer la protoburguesia i després la burgesia "tout court", pogués realitzar i imposar la seva interpretació específica dels afers humans. I, també, perquè s'utilitzés per a preservar els privilegis d'uns pocs sobre la majoria i mantenir així la submissió i el poder constituït. El que compta, però, són les potencialitats implícites d'aquest modus d'ordenació legal, que des del primer moment permeteren el desenvolupament d'una societat més permisiva i àgil a Catalunya.

El pactisme, com a comprensió i pràctica de la vida social que s'articulava al voltant de la negociació i no de l'imposició i la violència unilateral, apareix reflectit en els documents públics i privats, tant durant l'època medieval com durant els segles que la segueixen, i impregna la vida política i legal catalana, des dels Consells de les grans ciutats —Barcelona n'és el primer exemple— fins el més remot poblet del país. L'actitud pactista es plasma també en la política exterior i en les relacions entre el Principat i el rei, primer amb el sobirà de la Confederació Aragonesa i segonament amb el de la corona castellano-aragonesa. El model que s'havia establert entre la sobirania Francesa nominal i la Marca Hispànica havia fet el seu camí i s'havia transformat en l'eix vertebrador d'una *Catalan way of life*. Cada foc (casa, o llar), i cada lloc podien entendre's, negociar i acordar. Aquesta mena de federalisme *avant la lettre* es fonamentava en la concepció patrimonial de la propietat. Tant si eren nobles com gent del comú, els propietaris del mas o de la masia constituïen el nucli econòmic de la Catalunya rural. La família i el llinatge que se'n derivava eren el marc de referència no únicament productiu sinó que es plasmava en el dret pairal i en el conjunt de tradicions que marcaven les grans fites de la vida del món preindustrial català: matrimonis, herències, relacions de propietat i contractual, de treball.

És evident que totes aquestes consideracions plantegen nombrosos problemes d'interpretació. Un dels més freqüents és el de la idealització, parany en què han caigut fins i tot alguns historiadors *soi-disant* materialistes. Així, per exemple, el pairalisme com a doctrina que imagina un passat virtuós, en una societat de famílies felices vivint en masos d'economia equilibrada, és una distorsió ruralista i bucòlica que ha jugat un paper ideològic important en les primeres formulacions del catalanisme modern. Hom troba un altre perill en l'exageració de la influència del pactisme en el passat i el present de la vida catalana com si fos un fenomen invariable i fora del temps, en el conjunt d'"essències nacionals" del caràcter català. Potser, si els catalans són pactistes en llurs relacions amb l'exterior és perquè la força i el volum dels enemics no plantejava històricament una relació de forces que els permetés una altra possibilitat.

Tant durant l'època medieval com durant els segles que la seguiren (almenys fins la desfeta nacional de 1974), el pactisme fou no solament una forma de vida sinó que fou institucionalitzat en les lleis. De fet, el pactisme, durant aquesta llarga època, és una concepció de l'ordre social de caire col·lectivista, i no precisament sempre individualista. És una concepció segons la qual determinats grups socials —pagesos, vilatans, clergues, gremis, cavallers, nobles— entren en relacions que delimiten llurs drets i deures col·lectius segons certs acords, o pactes. Aquestes relacions, naturalment, no eren simètriques, sinó que venien determinades per l'estructura de desigualtat social predominant i provocaven, a voltes, enfrontaments violentíssims, com ara la lluita de classes que s'apoderà de Barcelona entre la Busca (partit d'artesans, treballadors i botiguers) i la Biga (partit de mercaders i patricis) el segle XV. (Les lluites de classe a Barcelona han repercutit sobre el país, *mutatis mutandis* amb el mateix abast que les de París sobre França, i per raons similars: capitalitat indiscutible, macrocefàlia, i d'altres; la diferència és que la nostra capital no ha anihilat mai l'alè de les comarques). El pactisme, és un mode d'interrelació social i sobretot de solució de problemes mitjançant una negociació permanent de la realitat social entre diversos grups d'interès. En un principi inevitablement aquesta negociació prengué la forma d'una redefinició i interpretació jurídica dels pactes feudals originaris reals o imaginats. Amb el temps, però, esdevingué pura negociació, dins l'esperit plenament burgès que inspira les nostres més importants institucions històriques: les llotges de contractació, la Taula de Canvi, el Consell de Cent i, sobretot, la Diputació del General o Generalitat de Catalunya.

El que sí sembla cert, però, és que l'evolució del que podríem dir pactisme grupal en pactisme individualista, que ocorre amb més gran plenitud a d'altres països europeus —com ara Holanda o Anglaterra—, és més deficient a Catalunya, tot i que per comparació, l'individualisme sia a casa nostra molt més fort que no a la resta de la Península. L'existència d'una pagesia lliure —no un camperolat de peons sense terra, esclavitzats en latifundis o minifundis— pot ésser potser la causa paradoxal d'això. L'individualisme del pagès amb terres o del masover relativament pròsper és "familista", conservador, hostil gairebé a l'altre individualisme, el creat pel món urbà. D'altra banda, els nostres segles d'estancament i decadència varen ocórrer durant l'època d'expansió burgesa europea. Catalunya només va fer que guardar els seus drets gelosament, renovellant sempre que va poder i com va poder els seus pactes de subordinació i independència interna amb la Corona espanyola. La transició del feudalisme al capitalisme es féu, com hem dit, a casa nostra segons processos "naturals": l'ordre militarista feudal donà pas —creant-lo ell mateix en part— a l'ordre civil i mercantil centrat en la quasi república urbana i imperial de la Barcelona medieval, mitjançant una constitució aristocràtico-democràtica. És tot això el que en última instància permeté als catalans d'entrar en el món modern sense que les formes europees de vida —mode de producció capitalista, mentalitat burgesa, visió contractual (pactista) de les relacions socials, empirisme, pragmatisme, etcètera— hi fossin importades. Com a Holanda, com a Suïssa, com a Lombardia i Piemont, el Principat (i sens dubte la ciutat de València) ha estat una part, diguem-ne, no problemàtica de l'occident europeu. Les seves zones endarrerides rurals i suara encara poc accessibles existeixen ací, com existeixen arreu, i com França tingué fins fa poc el Massif Central o Alemanya Baviera, illots tradicionalistes i fins i tot hostils a la industrialització. Els nostres carlins són potser llurs legitimistes, els nostres pagesos i remences revoltats contra el cavaller i el senyor —però també contra l'estat borbònic espanyol o francès—, llurs camperols antijacobins o antiprussians.

El que ha estat distint a Catalunya —i és essencial avui per a comprendre la nostra situació contemporània en el joc de les forces polítiques i en la dinàmica de les nostres classes socials— ha estat la petitesa demogràfica i física de la nostra col·lectivitat. Mentre la Lombardia i el Piemont (les seves burgesies, és clar) conquesten Itàlia i la unifiquen, Catalunya es debat davant un estat unificat, poderós, vast, arcaïtzant, sovint incompreensible. Catalunya ha romàs sempre cara a cara amb l'estat modern sense sentir-se'n part. Hi ha un verita-

ble abisme històric que separa certs països progressius, inherentment democràtics, essencialment parlamentaris i cívics, però alhora condemnats a la subordinació —Bohèmia, Catalunya— d'aquells que, amb les mateixes virtuts, aconseguiren de mantenir llur sobirania mitjançant l'estat. Inevitablement no cal exagerar el ver abast del nostre pactisme: forçosament havia de viure —en plena industrialització i expansió burgesa i dins el marc d'un vast estat agrari i despòtic no català— una vida atzarosa i migrada.

4. La textura de la vida quotidiana

Durant i després encara dels temps de l'absolutisme borbònic i sobretot de nou durant els anys del franquisme, la dissolució de les institucions públiques, que feien d'aixopluc per a la permanència de la vida quotidiana i per al desenvolupament de la nostra societat civil, representà un afebliment de la identitat col·lectiva. Des de 1714 aquesta es tornà amb força cap a les formes tradicionals i els ritus comunitaris. Catalunya és potser l'única societat industrial altament urbanitzada on els costums del camp hi són vius a ciutat. Gastronomia, festes, balls populars —un d'ells, la sardana, redefinit com a dansa nacional per la ideologia nacionalista i romàntica vuitcentista—, colles de cantaires i castellers palesen una comunió permanent entre el món urbà i el seu *hinterland*. Aquest fenomen no queda explicat del tot per la saba pagesa constant que arriba a Barcelona o que fa créixer, també, Sabadell, Mataró, Reus. Cal trobar-li altres causes més pregonas.

Les classes mitjanes, menestres i obreres (operàries, que hom deia durant els decennis de la formació d'un vast proletariat industrial català) de la ciutat són a Catalunya força conscients de la seva pertinença (sens dubte com a Euskadi, Bohèmia, Irlanda) a un país distint, petit, governat des de fora. No poden ni volen, en cap cas, desenvolupar una ideologia intel·lectualitzada de la seva comunitat cultural o ètnica. Inevitablement, s'identifiquen amb allò que els és permès, allò que és mancat de tota càrrega política aparent. Cerquen el país en els seus costums ancestrals o creen mites nous. Nostra Senyora de Montserrat és un tòtem bastant recent (com a símbol nacional per al català catòlic), una mena de generalització de les madones i sants locals, menys abstracte potser que Sant Jordi. Aquest fou originalment un símbol aristocràtic, poc popular, que guanyà, però, el poble menut per estranys viaranys de fascinació maniquea.

El segle XIX i el XX s'amalgama la xarxa d'actituds col·lectives no sempre comunes a tot el país —mercès a la premsa, a la política, al catalanisme ideològic— i s'entra molt conscientment en una mena de pràctica del costumisme militant i genuí alhora. Entre el caçador i el boletaire menestres i el minyó de muntanya o el noi escolta mig clandestí (tots dos sovint fills de la nostra metròpoli) hi ha un íntim lligam invisible. Durant el franquisme, l'excursionista passa i repassa caminant la seva terra, amb unció religiosa. No solament el Club de Futbol Barcelona és i era més que un club: el Centre Excursionista de Catalunya és força més que un Centre Excursionista. Foren, i naturalment encara són, expressions comunitàries d'una nació on la societat civil s'ha vist forçada a assumir les identifications i certes funcions que són normalment en mans de la societat política.

L'articulació de la cultura del poble català en el marc d'una vasta munió d'institucions voluntàries associatives és un dels trets més cabdals de la nostra estructura social. Fins i tot certs sociòlegs no catalans notòriament dotats d'incomprensió vers les nostres coses s'han adonat i han remarcat amb irreprimible sorpresa la nostra tendència a reunir-nos en colles, ateneus, centres científics, instituts privats, associacions professionals, grups d'interès institucionalitzats. La proliferació de juntes de comerç, cooperatives, associacions colom-bòfiles, filatèliques, sardanistes, cors cantants, clubs esportius, colles de castellers, centres parroquials, grups de teatre, biblioteques populars, *tots* sense ajut oficial i tots amb el símbol de màxima identificació comunitària —les barres de la senyera— en algun lloc del seu escut, és la plasmació sòcio-estructural de la nostra cultura popular. Més encara diríem

(i que ens perdonin els devots dels Gegants del Pi, de la Patum de Berga i de les fogueres de San Joan a Alacant i Perpinyà), que aquestes associacions i activitats son més característiques que no pas les velles manifestacions populars, d'arrels que es perden en el fons dels temps, amb tants de paral·lels a d'altres racons de la Mediterrània. Hi ha un lligam íntim a la societat civil catalana que va des del Gran Teatre del Liceu fins el darrer ateneu llibertari d'algun poble fabril i feiner. Permeats tots d'identificacions locals i fins i tot d'antagonismes de classe, obeeixen tots tanmateix a una comuna forma d'entendre, col·lectivament, la manera de fer les coses. El nostre pactisme és basat en la llibertat, però aquesta ho és damunt d'un pregon *respecte per les afinitats electives*: aus d'una mateixa ploma, aplegueu-vos i feu-la vostra col·lectivament. La colla, l'aplec i la penya *per a fer* (i no pas *per a matar* el temps), per a crear col·lectivament, són alhora la barrera a l'individualisme dels catalans i la seva millor manifestació: són coalicions cíviques per a crear quelcom: art, coneixement, civisme, autogestió. A causa de les pressions exteriors el tradicionalisme i l'associacionisme dels catalans s'accentua en plena transformació burgesa, capitalista i industrial, en comptes de minvar. Heus ací la nostra originalitat. No ens enganyem, però; ni el dret civil nostre, ni les estructures pairals es mantenen intocades per aquests endeveniments. (La Catalunya Vella resisteix millor que la Nova, per causes de distribució de la propietat, existència de masos, i d'altres, però totes dues s'hi veuen afectades). Tanmateix, els mites persisteixen o augmenten: el familisme com a ètica (i quasi com a estètica), l'hereu, la reverència a la feina, al guany econòmic aconseguit per la perseverància, la prudència i la bona administració, sempre hi eren. Esdevenen ara, però conscients, del que podríem dir catalanisme popular o espontani, el del pagès, el del burgès, el de la menestralia emburgesida o no, i el de l'obrer català, nadiu o assimilat.

Tota anàlisi sòcio-estructural —i per tant de classe— que ignori tot això donarà migrats resultats. La relació entre la textura de la societat civil catalana i d'altres fenòmens macro-socials —des del nacionalisme català a la nostra vida política i conflicte de classes— no s'entenen sense aquestes formes de vida.

EL PROCÉS DE DESVETLLAMENT DE LA CULTURA LOCAL: EL CAS DE TORROELLA DE MONTGRÍ (1965-1979)

Pere Guanter i Subirà

Introducció

Malgrat que a Catalunya existeixi una certa tradició en l'elaboració d'estudis locals, la bibliografia existent no acostuma a tenir en compte la variable de l'espai, especialment des del punt de vista de les jerarquies i poders en termes territorials. En general, aquesta bibliografia insisteix més en aspectes històrics paisatgístics, de costums i folklore. L'aproximació sociològica ha estat molt escadussera¹.

El present treball forma part d'una tesina actualment en curs d'elaboració dirigida per Jordi Estivill que es presentarà a l'ICESB, com a culminació de 4 anys d'estudis en la seva Escola Superior de Ciències Socials.

El projecte de treball ha estat considerat per Omnium Cultural com a mereixedora d'un ajut econòmic en el concurs "ajuts de treball", dins la convocatòria de 1981. Aprofito l'avinentesa per agrair a l'esmentada entitat la deferència rebuda.

Per altre costat, les reflexions globals sobre els processos de conscienciació cultural i col·lectives homogeneïtzen el conjunt de Catalunya i no entren en l'anàlisi de les diferències i especificitats. Així, per exemple, donada la procedència barcelonina de la majoria d'aquests, s'acostuma a transformar les consideracions que reflecteixen el cas d'aquesta metròpoli en afirmacions vàlides per a tota la resta de Catalunya. En els fets d'aquests últims anys es poden trobar molts exemplars d'aquesta afirmació. N'assenyalarem només dos:

Si C.C.O.O. va ésser fundada l'any 1964 a Barcelona, 1964 és l'any de l'origen de les C.C.O.O. catalanes. Si el 1961 neixen els setze jutges a Barcelona, aquest any és el del naixement de la "nova Cançó" a Catalunya etc.

Aquest error és en el que no s'hauria de caure si es vol entrar en una anàlisi que mostri la complexitat de la societat catalana, on s'hi barregen, el món rural, el món urbà, la Catalunya vella, la nova, alts nivells de renda, al costat de situacions de pobresa, població autòctona al costat de població immigrada etc.

Precisament, el present treball, centrat en una població concreta, al mateix temps pretén aportar la visió sociològica als estudis locals, vol incidir en la variable espai, posant de manifest que el conjunt de fenòmens culturals, polítics i socials que han succeït a Catalunya els últims 20 anys han tingut una materialització concreta diferent, segons llur localització en el territori i segons el pes específic de la localitat, originat per la dinàmica històrica, llur valor demogràfic, les estructures productives, els nivells educacionals i culturals etc. Aquestes variables introdueixen una primera divisió territorial; per un costat els centres protagonistes del canvi històric social, cultural i polític (centres emissors) i per l'altre centres que reben, de forma més o menys passiva, el resultat d'aquests fenòmens socials (centres receptors).

Les complexes relacions que s'estableixen entre els centres emissors i els centres receptors, canvien al llarg del temps. Així es veu com Besalú, un dels centres de la Catalunya medieval, ha esdevingut una població rural.

Al llarg del treball caldrà esbrinar la complexitat del procés que fa possible l'entramat social entre centres emissors, i centre receptors. A tal fi s'hauran de tenir en compte varis aspectes:

1r. Els processos a través dels quals els centres emissors transmeten llurs missatges vers els centres receptors. En aquest sentit juguen un paper prou rellevant determinades persones que ocupen cert estatus social: capellans, metges, estudiants, etc.

2n. La relació jeràrquica, dins el territori, entre centres emissors i centres receptors i la relació de classes, en el si dels centres receptors, com a elements importants a l'hora de determinar el contingut i la forma que els nous missatges adopten en el centre receptor.

3r. Els filtres, les dificultats de penetració, i les resistències que s'oposen als nous missatges culturals. En aquesta perspectiva prenen importància sectors amb una ideologia contrària a les noves idees i també una resistència passiva de la població, produïda per molts anys d'incultura, prostració i peresa mental.

4r. Dintre d'aquest complex entramat és molt rellevant tenir en compte les relacions de força que s'estableixen entre els diferents fenòmens, entre les estructures velles i noves, l'impacte produït en el mateix contingut dels nous missatges i la simbiosi final que en resulta.

Tria de la població

La població escollida com a centre receptor no podia ésser un llogaret a on els processos socials són d'una simplicitat poc significativa per l'abast de l'estudi, ni tampoc una població de grans dimensions perquè, de bon tros, depassaria els objectius marcats.

El Municipi escollit ha estat Torroella de Montgrí, de la comarca del Baix Empordà, que igual que altres contrades del nostre territori, posseeix unes condicions recomanables per les finalitats perseguides: Considerable extensió geogràfica del terme municipal (65 quilòmetres quadrats), volum demogràfic suficient (5.500 habitants); complexitat històrica remarcable (la població es remonta al segle IX i passa per períodes molt desiguals fins a desembocar en la situació actual); suficient diversificació de la població segons el lloc d'origen: (nascuts al mateix municipi 50'69%; provinents de la resta del Baix Empordà 14'25%; provinents de la resta de la província de Girona 14'14%; provinents de la resta de Catalunya 2'66%; provinents de la resta de l'Estat 14'96%; estrangers 2'69%); elevat grau de complexitat social que es distribueix de la següent manera: (empresaris agraris amb assalariats 2'8%; empresaris agraris sense assalariats 28%; empresaris no agraris amb assalariats 12'7%; empresaris no agraris sense assalariats i personal intermedi, sector comercial etc. 13%; personal administratiu, obrers qualificats i no qualificats, treballadors de servei etc. 39'3%; professions liberals 1'3%, varis 2'9%).

Un cop vista la jerarquitització territorial de Catalunya i la situació concreta de Torroella, s'han escollit Girona i Barcelona, com a hipotètics centres emissors respecte de Torroella de Montgrí.

Realitat a estudiar

L'aspecte central a estudiar serà el període de la vida local 1965-1979, ja que es produeixen una sèrie de canvis en l'aspecte cultural, social i polític, que transformen la fisonomia de la població i que són la materialització concreta a Torroella de fenòmens d'abast més ampli que tenen lloc en el conjunt de Catalunya: canvis en l'estructura social i en la composició de les classes, incidència i pes del sistema franquista, el paper de l'església i sobretot l'impacte del Concili Vaticà II, l'etapa de canvi del sistema polític, el procés de recuperació de la llengua, la cultura, les tradicions i l'autonomia de Catalunya, el canvi de mentalitat de la joventut durant els anys 60².

L'aprofundiment en aquesta temàtica i l'orientació donada a l'estudi, necessàriament ens porta a tenir en compte els següents punts:

1r. Anàlisi esquemàtica de l'estructura econòmica i sòcio-professional del municipi i repàs dels principals trets històrics, com a variables explicatives de la peculiar incidència a Torroella dels fenòmens generals, anteriorment esmentats.

2n. Estudi dels trets més importants de les entitats culturals i polítiques existents durant el període esmentat, que s'han vist involucrades en el procés de canvi, estudiant la seva formació, els seus objectius, el missatge que pretenen donar a conèixer, els mitjans que utilitzen, la seva relació amb els destinataris del missatge, els canals de comunicació vers els centres emissors etc.

3r. Perfil sociològic de les persones protagonistes de la vida cultural i política de la població (origen de classe, estudis, professió, ideologia, centres d'interès, relació amb els centres emissors etc.).

Alguns problemes metodològics

A l'hora de realitzar l'estudi és necessari resoldre tres aspectes metodològics:

1r. Tria de l'objecte

2n. Relació de l'investigador amb l'objecte d'estudi

3r. Tècniques concretes que s'han d'utilitzar

En una primera aproximació a la població varen sortir diferents alternatives, totes lligades genèricament al terme "cultura": l'estudi de les tradicions locals i la seva permanència avui, el grau d'acceptació dels signes d'identitat nacionals (Sant Jordi, l'11 de setembre, Montserrat, la sardana, etc.), els trets culturals diferenciadors dels diferents sectors socials de la població (comerciants, pagesos, joves, la immigració, la dona etc.).

Aquesta aproximació va posar de manifest dos factors: Els fenòmens socials aplicables a tot Catalunya, per una part, no perdien el seu regust local, que li donava la història, la geografia i l'economia, i per altra part la seva incidència també estava molt marcada pel tipus de relació establerta amb centres urbans importants com eren Girona i Barcelona.

En un altre ordre de coses, l'aproximació inicial, també va posar de manifest que en un període de temps, aproximat de 15 anys, la població havia estat trasbalsada per una sèrie de fenòmens que, a grans trets, però conservant el seu caràcter específic, coincidien amb canvis importants produïts a nivell de Catalunya.

Aquests dos factors varen fer decidir estudiar el període esmentat i donar-li el caràcter que s'ha vingut explicant.

L'altra qüestió era com resoldre el problema de la relació entre l'investigador i l'objecte, que en aquest cas era una població de 5.500 habitants.

L'opció que es va prendre, implicava un cert risc, però al mateix temps era més enriquidora tant per a l'investigador, per a les persones que participaven com "objectes d'estudi", com per al resultat final de la investigació.

Es tractava de fer compatible el secret professional i la responsabilitat última de l'investigador amb l'observació participant i l'implicació, a diversos nivells, del major nombre possible de persones. A tal fi l'investigador ha participat, com un més, a les reunions i actes col·lectius que s'han organitzat a la població durant el temps de durada de l'estiu. A través de la premsa local i comarcal s'ha informat de la realització de l'estudi i dels seus trets bàsics. S'han discutit punts concrets de l'estudi amb persones de la població coneixedores per la seva professió, o per la seva tasca dins la col·lectivitat, de la part concreta origen de l'intercanvi d'idees. . . S'ha convocat una conferència, oberta a tota la població, que al mateix temps que servia d'informació, a través del diàleg es podien recollir fets o punts de vista fins aquell moment desconeguts per a l'investigador.

Els instruments utilitzats han estat diversos segons les etapes de l'estudi.

La revista "Emporium", editada durant la República i els anomenats "Llibres de la

Festa", publicació anual, amb motiu de la festa major, de caire local, de 52 anys de tradició, amb articles sobre història, geografia i un resum anual de les activitats locals més importants. Aquests documents han resultat adients per a tenir una primera panoràmica de la població i poder situar Torroella de Montgrí dintre del seu context històric i social.

Per a una anàlisi més acurada de la població, s'han fet servir els següents instruments:

Per una part, anàlisi de contigut de: Butlletins publicats per associacions locals, principalment "El Casal del Montgrí", la revista escolar "Guillem de Montgrí" etc. Articles de premsa que parlin sobre Torroella a "Los Sitios", "Punt Diari" i a "Presència". Els Estatuts i altres papers interns de les associacions, programes d'actes etc. Material dispers recollit per persones particulars (qüestionaris de reunions, plataformes reivindicatives presentades a les empreses, diaris que han fet algunes persones, resums de conferències etc.)³.

Per altra part, entrevistes i taules rodones amb persones diverses a través d'un qüestionari-interviu de tipus qualitatiu, adaptat segons les diferents persones entrevistades i dividit en sis grans apartats.

Una primera part de preguntes tancades en què s'intenta veure el perfil sociològic de la persona entrevistada. Una segona en què se li pregunta per l'activitat de l'associació de la qual forma o formava part. Una tercera per la vida interna de l'associació. Una quarta per la vida del poble vista des de la seva perspectiva. Una cinquena, com valoren o valoraven dintre de l'entitat la seva pròpia activitat. Finalment hi ha un apartat de preguntes en què es demana com afectaven l'entitat i la població els aconteixements foranis a la vila (els de Catalunya, d'Espanya i del món).

Aquestes entrevistes i taules rodones es fan principalment a: Responsables de les associacions culturals i partits polítics. Membres significatius d'aquestes. Persones que hagin tingut un paper rellevant a la població (capellans, metges, ex-alcaldes, mestres etc.). Persones de la població sense cap significació en l'àmbit especial, per veure l'opinió "del carrer". Persones d'especial significació en l'àmbit comarcal o nacional, que hagin tingut alguna relació amb Torroella.

A més a més, en tot moment s'ha seguit el procés d'estudis locals de certa semblança i s'ha intentat intercanviar amb els seus autors idees i experiències quant a metodologia, hipòtesis plantejades, objectius finals aconseguits etc.

Alguns punts de referència

El resultat de la guerra civil i la situació política creada posteriorment provoquen l'anihilació de qualsevol infraestructura política i cultural (desapareixen les associacions, revistes etc. existents durant el període de la República, com l'Ateneu, la revista "Emporium" etc.) i per tant creen a Torroella un buit, una situació d'asfíxia ambiental, de poble culturalment mort. Una sèrie de mecanismes (l'escepticisme, la por, el paper de l'església, de l'escola, i més tard el miratge del creixement econòmic i del consumisme) varen destruir les il·lusions, la necessitat de tenir inquietuds, tant polítiques com culturals, de la quasi totalitat de la població.

Malgrat tot, és digna de ressenyar la tasca individual d'algunes persones, com les que fan possible que continuï la tradició del llibre anual de la Festa Major o les que fan una recerca individual de la riquesa arqueològica del Municipi.

És necessari que passin 25 anys, els "25 años de paz", perquè a Torroella comencin a reapareixer a nivell cultural i polític, inquietuds i tendències al marge de les oficials.

Durant l'etapa 1965-1968 una sèrie de fets produeixen un trencament amb la situació creada per la guerra civil⁴.

El tipus de fenòmens productors d'aquest trencament es divideixen en dos blocs: uns de tipus intern format per fenòmens que no surten immediatament a la llum pública, com per exemple, l'aparició i l'organització de grups, l'eclosió d'idees i valors nous que es van filtrant en alguns sectors de la població.

L'altre tipus de fets són els actes, les conferències públiques que, donades les circumstàncies, no sempre reflecteixen de forma exacta el pensament de les persones o dels grups organitzadors.

Des de final de 1965, i per primera vegada des de l'acabament de la guerra civil, apareix un grup de persones amb certes inquietuds, que es reuneix de forma regular, un cop per setmana. Aquest grup és format per unes 12 persones, dividides en unes 6 qui hi assisteixen de forma regular, i les altres 6 que ho fan de forma més irregular. La seva edat mitjana és d'uns 30 a 35 anys, procedents la majoria de la burgesia comercial o de la pagesia benestant i amb diferents nivells d'estudis de primari fins a universitari en algun cas.

El grup no és mogut per cap ideologia política concreta, sinó que és un grup possibilista, no bel·ligerant, que aprofita les escletxes que permet el sistema, amb la idea de "fer coses per al poble". Es pot definir com a grup liberal, malgrat l'ambigüitat d'aquesta paraula i si bé no com a obertament catalanista, sí preocupat per la recuperació de la llengua. Es caracteritzaven més per saber el que no volien, que no pas el que volien. El grup es componia d'homes, en la seva totalitat nascuts a Torroella, amb professions com advocat, perit mercantil, empleat de banca, veterinari, comerciants etc. És de notar l'absència de pagesos en actiu, tot i que la pagesia és, i encara era més llavors, un sector important de la població. Tampoc no hi ha treballadors en sentit estricte, ni dones, ni persones de l'Estartit, l'altre nucli de població del Municipi.

L'única activitat inicial del grup és el cine-fòrum⁵, que els primers dos anys es redueix a tres sessions anuals. Les pel·lícules pretenen ésser no comercials i que el seu contingut reflecteixi unes inquietuds culturals, catalanes, religioses, socials i humanistes. Com a mostra il·lustrativa podem anomenar alguns títols: "El Evangelio según S. Mateo" de Pier Paolo Passolini "La Caza" de Carlos Saura i "Pau Casals dirige". La resposta a aquestes sessions és important, es pot comptar amb un mínim de 100 persones, que arriben fins a 200 en algunes sessions especials

Altres activitats d'aquest grup, que confirmen un trencament amb la situació anterior, són les següents: L'any 1968, per primera vegada, aprofitant les festes de St. Jordi i la Verge de Montserrat, s'organitzen uns actes relacionats amb la cultura catalana, que han tingut continuïtat fins avui. Aquell any varen consistir en: "Conferència sobre la Renaixença Catalana, per D. Rossend Domènech", "Evocació de l'obra poètica de Salvador Espriu" per Antònia Sabrià, "Semblança de la figura de St. Jordi" per Mn. Isidre Garcia.

El Nadal de 1968 el mateix grup organitza el primer concert de Nadal, que s'ha anat celebrant tradicionalment per les mateixes dades cada any.

En aquesta mateixa època i organitzat per una comissió expressament creada per això té lloc l'any 1966 el primer "Aplec de la Sardana" que també s'ha anat celebrant anualment.

Per altra part, es produeixen una sèrie de moviments protagonitzats per la nova generació, nascuda a final dels anys 40 o principi dels anys 50. És una joventut que no ha estat trasbalsada pel fenomen que havien viscut els seus pares i amb unes expectatives difícils de fer realitat en l'ambient que hi viuen. Aquestes inquietuds es manifesten amb la formació d'un grup que representa obres de teatre i d'un altre que es dedica a cantar pels pobles imitant els Beatles, i les cançons d'altres grups, llavors de moda, com els Mustang, els Sirex etc.

Aquestes inquietuds inicials porten, amb l'ajuda de l'església, a la formació d'un centre de reunions que serveixi d'esbarjo, amb sales de ping-pong, sala de música, biblioteca, escacs etc. El centre té uns 40 socis. Aquest mateix fenomen s'ha observat en altres centres de la comarca.

Paral·lelament, l'arribada a la comarca, incloent-hi Torroella, de capellans de 25 a 30 anys, sortits tot just del seminari de Girona, molt influenciats pel Concili Vaticà II i per la nova teologia francesa, produeix l'intent, en col·laboració amb alguns professionals de crear un moviment, que és el primer intent de formar una infraestructura política a l'Empordà.

Alguns nuclis estan connectats amb la J.O.C. i altres són totalment autònoms. Aquests intents de fer una feina "conscienciadora" troben el ressò més important en els grups de joves, treballadors i estudiants que, com hem vist abans, de forma espontània ja s'havien organitzat en grups d'esbarjo.

S'ha de ressenyar el trencament amb l'ambient, amb l'educació rebuda, amb el cercle familiar, que en aquells moments suposa per a la joventut el fet de rebre informació sobre la situació política, el fet nacional català, el moviment obrer etc. Es crea una mentalitat de militància, político-religiosa, d'actitud "redemptora" envers el món en general i les persones en particular.

Quant a activitats se n'han de ressenyar de tres tipus:

1r. Les de caire intern com reflexions sobre la família, la joventut, els mitjans de comunicació social, una jornada de reflexió sobre el primer de maig, unes xerrades sobre el maig francès, un curset sobre marxisme; intents no massa reeixits de connectar amb persones grans, amb immigrants de temporada, o persones protagonistes durant l'etapa de la República, tant antics exiliats com persones que havien restat a l'interior.

2n. Les de tipus laboral, com l'intent per part d'alguns membres del grup de portar a terme activitats reivindicatives en els seus llocs de treball, però la manca d'experiència, la situació política la intransigència de la patronal i la mateixa desídia dels treballadors ho porten a un relatiu fracàs.

3r. De les de tipus públic i legal podem assenyalar excursions, la formació d'uns grups de nois i noies escoltes, encara que deslligats de l'estructura tradicional de l'escoltisme, un curs de llengua catalana, una conferència sobre drets humans, un festival de Folk, l'organització del casal d'estiu, cursets sobre ensenyament i animació de grups d'infants, etc.

La pròpia dinàmica del moviment porta a la radicalització d'un petit grup que quan intenta passar a l'acció, topa amb el sistema, amb les forces de l'ordre, la qual cosa accelera pràcticament la desfeta del moviment.

Com a característiques importants del grup s'han de tenir en compte, l'extremada prudència a acceptar nous membres, en part provocada per les circumstàncies, però en part també a causa del seu sentiment més o menys inconscient de messianisme, que els porta a extremar les condicions per a l'entrada de nous membres. S'ha de fer notar la intensitat d'una sèrie de fenòmens: l'asfíxia ambiental i el fet que la pròpia dinàmica del grup el porta a llençar-se a l'exterior, però aquest llançament el mena forçosament a topiar contra el sistema. Els joves d'aquest grup s'avancen al seu temps. Les coses que viuen i descobreixen, les haurien viscut igualment anys més tard, quan alguns van a estudiar a Barcelona.

En línies generals aquesta etapa de trencament es qualifica pels següents trets:

1r. És impulsada per persones que vénen de fora, procedents d'ambients urbans que van a Torroella o a la seva comarca per raó del seu càrrec, capellans principalment, i algun membre de les anomenades professions liberals: advocats, metges, notaris, etc.

2n. Fa la impressió que l'asfíxia cultural i política del poble i també de la comarca és tan forta que no pot sortir per ella mateixa d'aquesta situació.

3r. La manca d'infraestructura política i la inexistència de persones que estiguessin en contacte amb organitzacions polítiques.

4t. La inexistència entre els qui mostren inquietuds de persones procedents del període de la República. Es té la sensació que es parteix de zero, que es comença de nou.

5è. La majoria de les persones que tenen inquietuds o bé eren molt petites durant la guerra civil o bé han nascut després.

6è. El caire més específicament polític es troba en les persones més joves, més permeables a les noves idees.

7è. Paper fonamental de l'església en aquest període de canvi. És un període en el qual l'església mateixa pateix forts canvis. Es produeixen noves generacions de capellans, el Concili Vaticà II, la nova teologia francesa etc.

8è. Hom es més sensible als fenòmens que es produeixen fora de les nostres fronteres (els Beatles, la cançó Folk, el maig francès, la guerra del Vietnam, etc.) que no pas a les coses que passen dintre de l'Estat tant a Madrid com a Barcelona, a causa de la situació interna del país.

9è. En el tipus d'actes que s'organitzen, en l'evolució dels grups etc. se senten d'una manera patent els límits estructurals, polítics, la impossibilitat de poder anar més lluny, per raó de la situació política de l'Estat.

Primer centre emissor: Girona

És pràcticament un tòpic parlar de Girona com a ciutat relativament tancada, sense massa influència sobre la part del territori que penso que d'una manera impròpia, s'anomena "comarques Gironines" i que comprendria la demarcació de "la província", anomenació encara més impròpia.

Sense voler desmentir o confirmar aquesta afirmació, les perspectives que s'apunten són que segurament la importància de Girona com a centre emissor, com a punt de referència a l'hora d'esbrinar la procedència de corrents culturals, sense caure en el sentit contrari, és més gran que el que hom admet normalment.

A Girona, durant molts anys, igual que a la resta de pobles, li pesa com un llosa el resultat de la guerra civil i la naturalesa del franquisme, amb la peculiaritat que a Girona tenen el seu "centro de mando", "las autoridades provinciales".

Igual que als pobles de "la província", és durant la dècada dels 60 que es produeixen a Girona canvis importants en el món del pensament i en el camp cultural.

Malgrat això, segurament per tal com el seu tamany de població permet una activitat que no és possible en els pobles, durant els anys 50, i àdhuc a finals dels 40, es produeixen certs canvis qualitativament significatius: L'any 1949 veu la desclosa de tres pintors, nascuts a la perifèria de Girona que representen un revolució en el món de l'art d'aquells moments: Joaquim Casellús, Enric Marqués i Emilia Xargay. El 1956 neix la iniciativa, que dura un parell d'anys, del teatre-fòrum. L'any 1958 es projecten les primeres sessions de cine-fòrum. L'any 1957 comença amb gran empenya una Associació de música. El 1958 es forma la J.O.C i l'H.O.A.C.

Els canvis de més embranzida i que produeixen un salt qualitatiu a la situació tenen lloc durant la dècada dels 60. Sens dubte, el més important i el de més repercussions és el canvi produït a l'església episcopal a partir de 1963. Canvi produït sens dubte pels nous aires conciliaris, però també pel nomenament d'un bisbe i per la reforma del seminari, amb tot el que això suposa en la vida i mentalitat dels futurs capellans.

Es crea el Premi literari "Prudenci Bertrana", l'any 1967 per a llengua catalana, en les seves múltiples i més progressives manifestacions ⁶.

Apareix una nova tongada de pintors "heterodoxes" (Güell, Ponsatí, Camadira, Alvarez Niebla, Roca Costa, Requena, Perpinyà, Bosch Martí etc.)

L'any 1963 neix "Proscenium" en un intent d'experimentació i d'acostament del fet teatral que dura fins avui amb un èxit notable ⁷.

L'any 1965 es crea el cine-club de l'AFIC (Agrupació Fotogràfica i Cinematogràfica). L'any 1966 es presenta una programació regular. Dues sessions al mes, amb una programació intel·ligent, donen pas a l'època daurada en la qual s'assoleix ràpidament la cota insòlita dels mil socis ⁸. El cine no comercial té dues manifestacions més: els cicles de projeccions a la Casa de la Cultura des de l'any 1967 i les projeccions de la sala d'Art i Assaig des de l'any 1969. "Presència" neix abans de la llei de Premsa de 1966, que després de diverses etapes i de consolidar-se com a "setmanari de Girona", mirarà de passar a ser-ho de tot Catalunya donada la desaparició de "Tele/Estel" ⁹.

De tot aquest procés hi ha tres aspectes que interessa remarcar des del prisma de la seva

repercussió, sobre els altres pobles en general i sobre Torroella en particular: la religió, el cine i la premsa.

La religió. Els batecs de la l'església catalana, de l'Estat i universal, tant a la postguerra com en la situació postconciliar arriben a Torroella a través de Girona filtrats per dos fils conductors que són: la personalitat del bisbe de torn i la situació del seminari, centre de formació dels futurs capellans.

"Això fa que els capellans de Girona puguin ser classificats en tres grups. Primer els qui ja eren fets i drets abans de la guerra, que dominaven la situació i que la refermaren a partir dels anys quaranta. El segon grup és el dels qui van estrenar el sacerdoci a les vigílies de la guerra i també . . . el de tots aquells que van sortit del seminari durant les dècades dels 40 i 50. Hi ha finalment el grup dels joves que a partir dels anys 60 visqueren de cop i volta un seminari transformat i obert"¹⁰.

Doncs bé, aquests tres tipus de capellans es donen a Torroella durant el període de temps que va des de l'acabament de la guerra civil fins a 1969 i són els portadors i el reflex de totes les virtuts i contradiccions de cada un dels grups.

El cine. Durant l'etapa en què a Torroella i altres pobles de la comarca se succeeixen amb certa regularitat les sessions de cine-fòrum, Girona es converteix en el centre d'aquesta activitat quant a facilitar pel·lícules i a porporcionar les persones que dirigiran el Fòrum.

La Premsa. Durant aquests anys, la revista que des de Girona ofereix a les comarques una visió catalana i antifranquista és "Presència", si bé "no era una publicació supercomarcal, ni s'ho havia proposat, comptava amb un cert tipus d'adhesió i de fraternitat de la gent de comarques preocupada pels problemes del país i el quefer comunitari"¹¹.

Més punts de referència: etapa 76-78

A Torroella es produeix una segona situació de trencament en el període 76-77-78, produïda pels següents fets.

El "Casal del Montgrí", entitat legalitzada l'any 1974, successora directa del grup de cine-fòrum iniciat l'any 1965, pren unes postures "progressistes", que es manifesten en una intervenció directa en la vida de la vila i d'oposició a l'últim ajuntament franquista.

Dóna suport, i es fa càrrec a efectes legals, de la manifestació contra la contaminació del Ter que aplega més de 4.000 persones i que té un important ressò a nivell de Catalunya i fins i tot més enllà. Impulsa la "Comissió de Defensa del Ter", fa una impugnació a una urbanització i una intervenció desfavorable a una altra, realitza tres taules rodones sobre tercera edat, joventut i ensenyament, respectivament. Organitza el "Debat Costa Brava", s'adhereix a l'amnistia, el vot als 18 anys, al Congrés de Cultura Catalana, a la campanya per convertir el Montseny en Parc Natural, etc.

Es forma un altre grup anomenat "Centre Social", que té un any i mig de vida i que intenta presentar-se com alternativa al Casal, al qual acusa d'excessivament "culturalista", que pretén estar molt atent a la realitat dels problemes de la vida. Els principals actes que organitzen són: una campanya per a la neteja de Torroella, un moviment reivindicatiu dels fusters i dels mecànics força reeixit, la presentació de les centrals sindicats i la col·laboració, junt amb un grup de noies, en l'organització d'una conferència feminista.

Altres actes que s'organitzen entre entitats i partits són una campanya per l'amnistia i la "Marxa per la llibertat".

Les característiques d'aquest segon moment de ruptura i les seves diferències amb el primer són les següents:

1r. L'impuls ja no ve donat tant per professionals, que vénen a la població a exercir llur professió, sinó que ja es dona per persones nascudes o instal·lades definitivament a la població. Prenen més importància les persones que han anat a estudiar a Barcelona i que, una vegada acabats els estudis, s'instal·len a la vila. Les persones individuals ja no prenen tanta importància i l'adquireixen més els grups com a tals.

2n. Aparentment pel nombre d'actes, conferències etc. sembla haver-se superat l'ambient d'asfíxia cultural.

3r. A diferència dels anys 60, ja existeix infraestructura política.

4t. La politització s'ha fet extensiva a diferents capes de la població.

5è. L'església perd el protagonisme que tenia abans.

6è. Ja arriben amb molta més facilitat les notícies, els actes, els fenòmens que passen a nivell de Catalunya i a nivell de l'Estat. Ja no es produeixen fenòmens de forma aïllada. Hi ha menys peculiaritat i més uniformitat a causa de la cada vegada major importància donada als mitjans de comunicació social, i a la desaparició de traves legals, censura, etc.

7è. Disminueix la importància de Girona i augmenta la importància de Barcelona.

8è. Els límits que trobàvem a la primera etapa de trencament, ara no els trobem, però hi apareixen de més subtils, d'arrels més profundes.

Es nota un progressiu desinflament, a partir de 1978, quan paradoxalment es produeix una "normalització" de partits, sindicats i ajuntament. El Casal del Montgrí continua fent nombrosos actes culturals, però ha anat evitant de fer intervencions públiques. El Centre Social desapareix aviat. Disminueix l'assistència als actes i van desapareixent els impulsos i les expectatives de canvi.

Punt i final.

En l'estat actual de l'estudi, els aspectes que s'han d'investigar i aprofundir són: Analitzar quin fenòmens subterranis varen succeir des de 1969 a 1975 perquè fos possible el que hem qualificat de segon trencament. Analitzar a fons el material escrit disponible que complementarà de forma valuosa la informació actual. Aprofundir la comparació entre el centre receptor, Torroella, i els hipotètics centres emissors, Barcelona i Girona, i realitzar la comprovació de les hipòtesis que assenyalàvem en un principi.

Notes

- 1 Alguns exemples de treballs sobre realitats locals són els següents: Bayarri Bertomeu, Enric: "Refanyer català de la comarca de Tortosa". Janer Manila, Gabriel "Sexe i cultura a Mallorca". P.M. Moll, 1979. Lloberes i Vidal, Pere: "La Bisbal. El poble, els senyors, els menestrals. B. Selecta, 1970. Audibert, Marcel·lí "L'Estartit i les Illes Medes". Estivill, Jordi "Destrucció i resistència d'un poble en mans del turisme". Lloret de Mar. Papers núm. 12. Barcelona 1979.
- 2 L'estudi en projecte no tan sols té interès per si mateix, sinó que pretén ésser plataforma de reflexió, per a conèixer millor la realitat que envolta la nostra vida, i així poder fer-nos amb les eines necessàries per transformar-la en un sentit més progressiu i solidari, en definitiva, més humà.
- 3 Des d'aquí manifesto el meu agraïment a totes les persones que han tingut l'amabilitat de deixar-me els seus papers i documents i a totes aquelles que han tingut la paciència de sotmetre's al meu qüestionari, a vegades més de tres hores seguides. La col·laboració de totes elles és totalment imprescindible per a la realització de treball.
- 4 En l'estat actual en què es troba la investigació s'ha constatat que el caràcter del desvetllament produït a Torroella, durant el període 65-68 és similar al que es dona a altres poblacions, amb oscil·lacions pel que fa al període de temps. Aquest és el cas de Palafrugell i també el de Banyoles, segons explica Pere Riera en el seu treball sobre les associacions juvenils.
- 5 El cine-fòrum no és un fet aïllat de la població sinó que és un fet que es fa extensiu a poblacions importants de diverses comarques com Bescanó, Cassà, La Bisbal, Palafrugell, Banyoles etc. durant un període de temps que podem situar del 64 al 68.
- 6 Narcís Jordi Aragó, Just Casero, Pius Pujades, Jaume Guillaumet "Girona Grisa i Negre" Edicions 62, 1972.
- 7 Id.
- 8 Id.
- 9 Id.
- 10 Id.
- 11 Id.

PER UNA TEORIA DE LA NACIÓ

Francesc Hernández-Francesc Mercadé-Benjamí Oltra

Aquesta ponència rastreja la naturalesa, significats i contextos sòcio-culturals de les ideologies nacionalistes en la història occidental moderna i contemporània. Lluny de qualsevol pretensió d'exhaustivitat, el nostre propòsit final és delinear les trajectòries històriques de les diverses concepcions de la nació amb la finalitat d'articular teòricament l'anàlisi concreta del cas de Catalunya.¹ Ara bé, l'objectiu immediat d'aquest recorregut genealògic pot explicar-se en forma d'una triple hipòtesi: (a) d'una banda, tractem d'entendre la natura històrica de les ideologies nacionalistes, en les seves dimensions espai/temps com a resposta cultural al doble procés de formació de la manera de producció i consolidació del poder en la forma de l'Estat modern. No es intenció nostra la mera relativització del fenomen ideològic del nacionalisme, sinó l'aportar arguments per entendre la seva especificitat espacial i temporal com a resultat de combinacions històriques complexes d'interessos de classe, de poder, i de cultura. (b) Sabine ha suggerit, d'altra banda, que la teoria política des de Maquiavelo fins la concepció feixista és, *mutatis mutandis*, una teorització de l'estat nacional. En aquest sentit es tracta de veure a què respon aquesta fenomenologia i com s'articula ideològicament. (c) Finalment, intuïm que l'aparició i desenvolupament de la teoria social el segle XIX, amb el puntal del pensament marxista, i les formes teòriques posteriors, resultat de les grans transformacions de l'estructura mundial de la divisió internacional del treball, de la dominació i de la cultura imprimeixen un gir a les ideologies nacionals, bé amb el seus nous embats crítics, bé amb el seu estudi pretesament en el marc del discurs científic, o bé articulants (i legitimants) noves formes ideològiques, bases imprescindibles per qualsevol projecte d'acció. Però al mateix temps —i això és el que fa més interessant aquesta anàlisi— per una sèrie de traumàtiques raons les ciències socials van abandonar durant tota una època l'estudi rigorós del nacionalisme² deixant lliure el terreny a tot tipus d'especuladors, apologistes i profetes d'un i altre signe. Això arribà, fins i tot, a obstaculitzar el coneixement sobre el tema, problema que ens porta a la memòria el fenomen que lúcidament considerà Bachelard amb la seva teoria de l'"obstacle epistemològic". En part, la teoria social és una crítica de l'estat nacional presentant-lo com a construcció ideològica en funció d'una combinació complexa d'interessos de classe, com és el cas de Marx; en part, és una nova teorització i explicació d'aquest embrollat fenomen dels temps moderns i de l'actualitat des de distints àmbits.

La naturalesa de la cosa nacional

La naturalesa de la cosa nacional ha estat abordada per diferents teòrics socials, amb el propòsit de donar forma racional a aquest fenomen social. Són diversos els enfoccs que s'han utilitzat al respecte. Tönnies, per exemple, manté la distinció entre nació i Estat, per analogia amb els termes de comunitat i societat:

“La idea de cos social s’encarna de manera més pura en la comunitat i de manera més plena en la nació (...). No obstant això, la nació pot existir només mercès a les seves voluntats racionals unides, tot i que aquesta pugui ser un producte necessari i involuntari d’aquestes voluntats (...) L’essència psicològica o metafísica d’una corporació i en conseqüència d’una nació és ésser una voluntat, és a dir, posseir una vida pròpia i existir en la il·limitada comunitat de vida dels seus membres”.³

El caràcter atribuït per Tönnies a la nació és el natural i corporatiu (comunitat) enfront de l’artificial i contractual de l’associació estatal. Tanmateix, la nació, com a forma més pura de comunitat, necessita unir a la voluntat de ser un component racional o associatiu. D’aquesta manera, la comunitat nacional es presenta com una extensió del jo individual:

“Tota relació del caràcter de la comunitat constitueix, potencialment o intrínsecament, un jo superior i més general (...) en el qual els éssers humans estan relacionats entre si com a membres o parts naturals d’un tot”.⁴

En l’anàlisi de Tönnies, la socialització nacional correspon als llaços de comunitat i la socialització política incideix en els projectes societals. L’individu s’incorpora, així, emocionalment i contractualment als contextos que defineixen el seu entorn social.

Weber, per part seva, utilitza els termes de *vergemeinschaft* (procés de comunió) i *vergesellschaftung* (procés d’associació), de clara inspiració tönniesiana, per explicar certes claus del nacionalisme. Amb una orientació distinta, diu aquest autor:

“Anomenem *comunitat* una relació social quan i en la mesura que l’actitud en l’acció (...) s’inspira en el *sentiment* subjectiu (afectiu o irracional) dels participants de *construir un tot* (...) Anomenem *societat* una relació social quan i en la mesura que l’actitud en l’acció social s’inspira en una *comprensió* d’interessos per motius racionals (de fins o de valors) o també en una unió d’interessos amb la mateixa motivació”.⁵

La nació, en aquesta perspectiva, es recolza en fonaments afectius, emotius i tradicionals. Per això, els sentiments nacionals constitueixen un conglomerat de difícil tractament científic-social:

“Concepte carregat per a la majoria de nosaltres d’accents patètics, el de nació, tan aviat com tractem d’aprehendre’l sociològicament (...) Hem de tenir clara consciència del fet que els sentiments nacionals abasten sentiments de solidaritat molt heterogenis, tant en la seva naturalesa com en el seu origen”.⁶

De qualsevol manera, la nació és inseparable del tema del poder, en la concepció weberiana, relació decisiva per una justa interpretació sociològica del tema:

“Sempre el concepte de “nació” ens duu al de “poder” polític i la cosa “nacional” —si en general és quelcom unitari— és un tipus especial de *pathos* que, en un grup humà unit per una comunitat de llenguatge, de religió, de costums o de destí, es vincula a la idea d’una organització política pròpia, ja existent o a la qual hom aspira, i quant més es carrega l’accent en la idea de “poder”, tant més específic resulta aquest sentiment patètic (...) Una nació és una comunitat de sentiment que es manifestaria de manera adequada en un Estat propi; en conseqüència, una nació és una comunitat que normalment tendeix a produir un Estat propi”.⁷

En Weber, el tema nacional té una base genèricament afectiva i una dimensió tendencialment política. No s’ha d’oblidar que, per a aquest autor, el nacionalisme és, en bona mesura, un negoci dels intel·lectuals.⁸

L’aportació de Weber al nostre tema, cal entendre-la com la fixació de l’individu a una realitat social que l’envolta afectivament i políticament. La socialització nacional està unida a la interiorització dels elements culturals i la política a les aspiracions estatals.

La teoria psicoanalítica de Freud ens serveix com a orientació en els aspectes que defineixen la identificació entre l’individu i l’objecte (nacional), procés fortament carregat de components afectius:

“La identificació és la forma primitiva de l’enllaç afectiu a un objecte”.⁹

La nació seria, interpretant el pensament de Freud, una massa totalitzant que submergeix l'individu en un estret llaç afectiu, com a resposta del jo a una instància superior.

‘Tot individu forma part de varies masses; es troba lligat per identificació, en molts diversos sentits, i ha construït les seves idees del jo d'acord amb els més diferents models. Participa, així, de moltes ànimes col·lectives: la de la seva raça, la seva classe social, la seva comunitat confessional, el seu estat, etc.’¹⁰

El pensament de Freud significa una visió més primària del problema. El seu discurs se centra en la necessitat de tot individu de reconèixer-se i ésser reconegut com a membre d'un grup. La identificació, com a mecanisme narcisista, és una de les dimensions més primitives que transmet la socialització nacional.

Durkheim no té una visió sociològica original del problema nacional. Però podria situar-se el sentiment de pertinença en l'esfera de la *solidaritat mecànica* i el cosmopolitisme en la de la *solidaritat orgànica*. D'altra banda, identifica la nació amb la idea de l'Estat:

“el patriotisme és precisament el conjunt d'idees i sentiments que uneixen l'individu amb un Estat determinat”.¹¹

A partir d'aquí, conclou que la “vida moral” (social), articulada per dos corrents contraposats —el col·lectiu nacional i l'individual—, presenta un dels conflictes més greus de la nostra època: el conflicte entre l'ideal nacional, encarnat en l'Estat, i l'aspiració de l'home en general emmarcada en el cosmopolitisme:

“Per més lligat que es pugui estar a una pàtria, tothom sent amb claredat, actualment, que per sobre de les forces nacionals n'hi ha d'altres, menys efímeres i més altes (...) ”

Quant més avanci en l'evolució, més s'observa que l'ideal perseguit pels homes se separa de les circumstàncies locals i ètniques (...) i tendeix vers el cosmopolitisme”.¹²

Durkheim, doncs, presenta la tensió entre les lealtats nacionals i les orientacions més totalitzants. Però apunta la decisiva intervenció del sentiment de pertinença com a vincle de dependència respecte a l'organització política de la societat.

En definitiva, el nacionalisme com a sentiment i ideologia és un desig i una necessitat de sentir-se vinculat a una comunitat i a un territori, però, també, és bàsicament un projecte de poder. El mecanisme profund de la cosa nacional opera construint una legitimitat *política* global i generant una identitat *sòcio-cultural* de caire emotiu.

En aquesta direcció, el nacionalisme és un procés que crea la nació. Els elements objectius que la defineixen (llengua, territori, raça, cultura, etc.) són el marc sobre el qual es construeix la nació. L'element, però, decisiu el constitueix la consciència nacional. Segons Lüthy, no és per la via d'alguna qualitat estructural que es constitueix la nació, sinó a través d'un moviment reivindicatiu que mou ressorts anclats en l'irracional. Per culminar aquest moviment, es necessita sempre la presència d'intel·lectuals polítics que reclamen ésser els líders d'aquest procés. El nacionalisme i la nació, doncs, no neixen només per encarnació de l'ànima nacional” o per una decisió de la voluntat col·lectiva. És també un problema de poder, com veïem en Weber.¹³

Nació i Ciències Socials

Mentre que algunes definicions teòriques situen la nació al mateix nivell que l'Estat (fins i tot com a sinònim d'Estat), altres simplement senyalen la solidaritat comuna com a punt central del moviment nacionalista. En canvi, la nació és resultat de tota una sèrie d'*elements estructurals* (l'economia, el territori, la cultura, la llengua) que defineixen tota una sèrie de *paràmetres simbòlics* (el sentiment nacional i les seves múltiples expressions com la senyera, els himnes, la cuina i les festes). Existeixen, a més, tota una sèrie de factors que poden complicar aquest esquema inicial; senyalarem sobretot la immigració i el contacte amb altres cultures. Les conclusions fonamentals d'aquest punt són: (a) la necessitat d'estudiar cada situació històrica en la seva especificitat, analitzant cada cas en el seu context sò-

cio-cultural i històric; i (b) la importància de partir d'un estudi complex de la realitat nacional, per no caure en la tendència reificadora que assenyalava només alguns dels seus caràcters (la llengua, la religió, la geografia, la raça...) com l'essencial.

Malgrat que per als científics socials, en general és molt clara la distinció entre nació i Estat, els polítics han confós sovint aquests termes. Mentre que la nació es concentra en un sentiment o consciència de pertinença que pot materialitzar-se o no en un Estat, aquest darrer és una forma d'associació política, tan històrica com ho és, per cert, el sentiment de nació, que pot coincidir o no amb una consciència nacional unitària, però que sens dubte genera també històricament uns certs lligams "de comunitat" entre els seus components. Històricament s'han donat diverses formes de relació entre ambdós conceptes: podem parlar d'Estats nacionals o Estats plurinacionals; ha existit sempre una tendència unificadora i negadora de la diversitat nacional i regional que ha partit dels Estats com un mecanisme de centralització del poder i del control polític i econòmic; no en va els àmbits estatals defineixen justament els límits del mercat interior que permeten la lliure circulació de béns. L'estudi de la qüestió nacional ha d'anar imbricat amb l'anàlisi de la història complexa i de l'estructura de classes per tenir unes bases que permetin comprendre millor la seva natura relacional.

Tant l'Estat com la nació elaboren uns instruments de socialització que comporten una certa identificació o sentiment de pertinença en els seus ciutadans. En aquest sentit la reconstrucció d'un aparell administratiu i funcional, la consolidació de la llengua pròpia, així com la descentralització dels poders de l'Estat, són objectius mínims per desenvolupar la consciència nacional dels individus que integren Catalunya. Es tracta de reconstruir uns pautes de comportament i organització política que tinguin, en primer lloc, Catalunya com a unitat de referència. En definitiva, l'últim projecte possible que, segons el nostre judici, no trenca la mitificadora i manipulada "unidad de España", és el reconeixement de les diverses nacions i regions que componen el mosaic ibèric permetent i estimulant el màxim desenvolupament dels factors que els donaran estabilitat i independència. Això implica una nova concepció distributiva, més justa de la sobirania nacional, així com potenciar l'autogovern de les parts que, d'aquesta manera, podran lliurement sentir-se solidaris d'una organització política superior, l'Estat espanyol. Aquest procés, suposa, així mateix, una nova visió de la realitat i de la idea d'Espanya.

La discutida relació entre nació i classe ha tingut defensors i detractors les posicions bàsiques dels quals queden recollides en aquest treball. Al nostre judici, el moviment nacionalista i el sentiment de pertinença sobre el qual es fonamenta ha arrelat en cada cas específic en distintes classes socials i amb mecanismes distintes. A més a més, el nacionalisme ha estat històricament expressió d'interessos de classe diferents. Per la total comprensió d'aquest tema cal distingir la forma (social, política i cultural), de la substància i continguts de classe dels quals el nacionalisme n'és expressió. La importància política de la qüestió nacional és evident; la seva capacitat potencial de mobilització no escapa a les classes socials que intenten apropiarse-la i utilitzar-la a favor dels seus interessos com si la cosa nacional fos la mateixa cosa per a tots.

Hem vist que el moviment nacionalista es recolza en una disposició emocional capaç de desvetllar passions i desencadenar mobilitzacions profundes; el sentit de pertinença a una comunitat nacional determinada genera uns processos primaris d'identificació que poden desembocar en estats col·lectius de consciència que, en els casos conflictius, s'expressen d'una manera combativa i reivindicadora. El sentiment i la consciència, en la dinàmica del nacionalisme, poden ser vistos com dos nivells diferents d'una mateixa realitat: l'expressió d'una certa coherència i cohesió nacional per part d'una comunitat històrica determinada. De tota manera, ambdós fenòmens tenen distintes manifestacions i significats segons la classe social en la qual s'encarnin.

També hem analitzat en la nostra investigació els elements constitutius del sentiment na-

cional (o de la nació) com la llengua, el caràcter nacional, la religió, l'ètnia i la raça, els valors culturals i estètics, la tradició i l'esperit nacional la missió o el destí comuns i, finalment, el dret històric, la geografia i el pacte; tots aquests elements han estat destacats per diferents autors com a fonamentals; altres han partit de la combinació d'alguns escollits, específics per cada cas, i uns tercers afirmen que la nació és el resultat de tots ells. Com s'ha vist, nosaltres compartim, matisant-la, la segona posició.

Des del nostre punt de vista, l'anàlisi de la qüestió nacional no sols no pot separar-se de l'estudi dels ideòlegs que articulen, construeixen i transmeten les diverses imatges i proposicions que parteixen d'una determinada expressió del sentiment i la consciència, sinó que el pertinent és començar per l'anàlisi de la fenomenologia típica de la consciència social. A partir d'uns elements desestructurats (sentiment nacional) que generen una certa solidaritat comunitària activa (la consciència i el moviment nacionalista), els intel·lectuals donen forma, contingut i coherència a tots els factors nacionalistes bàsics intentant dirigir-los. El paper ordenador i definidor que ostenta l'intel·lectual en el terreny de la cultura és especialment rellevant en el cas del nacionalisme.

En aquest treball hem sintetitzat les posicions d'autors molt diversos en la seva definició de l'intel·lectual, de cara a destacar els aspectes més importants per a la nostra anàlisi, recreant moltes vegades les seves posicions per adaptar-les al tema del nacionalisme. En concret, hem recollit l'aportació d'una bona part de la tradició científica en sociologia com Marx, Engels, Gramsci, Mao, Weber, Lukács, Goldmann, Mandel i Merton, entre altres; fonamentalment hem destacat els punts de la seva teoria que són més aplicables a l'estudi que ens ocupa.¹⁴

La sempre necessària reflexió crítica

La qüestió nacional no és assumpte per a ments cartesianes ni per a ingenus progressistes. L'existència de sentiments nacionals és d'una contundència afectiva com l'amor a la mare, tant sovint utilitzat com a símbol pels patriotes. Naturalment tal sentiment és, com tots, contradictori. Sobre el sentiment nacional es poden fer construccions polítiques i sociològiques de sentit molt distint. El sentiment nacional pot canviar de signe i fins i tot de lleialtat. Karl Kautsky que, com tots els austríacs, sabia molt per experiència pròpia de la qüestió nacional ho havia advertit: "la nacionalitat és una relació social que es modifica constantment i pren significats molt diferents en condicions diferents. Un "Proteo" que se'n escapoleix de les mans quan volem agafar-lo i que, malgrat això, està sempre present i influeix constantment en nosaltres"¹⁵. És a dir, la cosa nacional constitueix un àmbit de valors molt versàtils, làbils i, per tant, manipulables. Convé tenir molt en compte aquesta provisional premissa.

El problema social, el problema de la lluita de classes és, almenys teòricament, molt més clar i unívoc. Un cop aixecat, fonamentalment per Marx, el vel ideològic que el cobria, ha passat a formar part de l'òptica científica normal i necessària per entendre la vida social. Un altre assumpte és que la falsa consciència impedeixi la seva correcta utilització, sigui en la vida intel·lectual, sigui, com a element de consciència, en la vida quotidiana. Però l'eina existeix i és, a més, base clara per una filosofia utòpica i progressista cap a una societat sense classes.

El "Proteo" nacional, però, és una altra cosa. L'alliberament nacional pot ser obra de demòcrates o de conservadors, d'élits o de masses, proposta de les classes dominants o de les classes dominades. És un fet que el problema nacional s'encreua històricament amb la qüestió social. És preferible reconèixer-ho honradament, com ho ha fet l'historiador Albert Balcells en el cas català: "no hem resolt el problema de la connexió entre lluita de classes i emancipació nacional"¹⁶. Ningú no ho ha resolt encara. Alguns sectors del marxisme no ortodox ho estan intentant actualment.

En les ideologies dominants en el camp del nacionalisme, del que es tracta és de fer una

elecció final. Un problema de prioritats, com diuen els economistes quan volen lliurar quelcom a algú. Per als internacionalistes com Rosa Luxemburg, el proletariat és el primer, la pàtria, la nació després; l'aposta és clara:

“El moviment exclusivament de classe del proletariat polac, que juntament amb el desenvolupament del capitalisme ha dut a la tomba els moviments independentistes —escrivia Rosa el 1905— és, doncs, la millor i l'única garantia per conquistar, amb la llibertat política, la llibertat nacional, cultural, la igualtat de drets i l'autodeterminació per al nostre país. Des d'aquest punt de vista, i fins i tot des d'una òptica estrictament nacional, tot el que contribueixi a desenvolupar i accelerar aquest moviment de la classe obrera ha de ser considerat com un factor *patriòtic, nacional*, en el millor sentit de l'expressió. En canvi, tot el que obstaculitza i s'oposa al desenvolupament d'aquest moviment de classe, tot el que sigui capaç de frenar-lo o deformar-lo, ha de ser considerat com un factor nociu i hostil a la causa nacional. Des d'aquest punt de vista, el culte a les tradicions del vell nacionalisme i l'esforç per desviar la classe obrera polaca de la via de la lluita de classes per dur-la al cul-de-sac de l'utopia de la independència de Polònia, que és el que ha estat fent durant dotze anys el socialpatriotisme, és, en el fons una política essencialment *antinacional*, malgrat el seu caràcter nacionalista”¹⁷.

Enfront d'aquesta concepció (prescindim, en el cas de Polònia, del seu resultat històric tan contrari a les previsions de la Luxemburg) trobem l'exactament contrària en la visió que la cosa nacional és aleshores el primer; i la divisió en classes socials condicionada a això. És la clara posició de Josep Benet respecte al resultat de la guerra civil espanyola: “*Tots els catalans, vençuts*”, sense distinció de classes:

“Aqueles catalans que, com a individus pertanyents a una classe social o afectes a una ideologia conservadora o per motiu de les seves creences religioses, estaven entre els vencedors, com a catalans —és a dir, com a membres d'una comunitat nacional concreta— es trobaven situats entre els vençuts, a menys que reneguessin de la seva catalanitat”¹⁸.

Tenim, doncs, ja aquí tràgicament molts individus endinsats en un profund dilema: amb una nacionalitat “objectiva”, independentment de les seves inclinacions subjectives, i una filiació de classe “objectiva”, independent de la seva vocació nacional subjectiva, que poden estar enfrontades en una situació social bèl·lica o de lluita. És, simplement, el dilema, la “gàbia de ferro” weberiana de la qual només se surt ideològicament mitjançant l'apel·lació a la tradició irracional o al carisma.

Les ciències socials poc han ajudat, com hem vist, a sortir de l'embaràs d'aquest dilema. Ja Sorokin havia advertit, basat en el seu bon *background* rus, que “els molts significats que s'assignen als termes nació i nacionalitat revelen un cop més l'estat primitiu en què es troba la ciència social en aquest aspecte taxonòmic”¹⁹. Per a Sorokin la nació conté la complexitat d’“un grup multivinculat, solidari, organitzat i quasi tancat, constituït per la combinació de vincles estatals, territorials i lingüístics”²⁰. Després de Sorokin, els funcionalistes de segona aportaren teòricament encara menys, i recolzats en l'estructuralisme van anar a parar molt a prop de la filosofia integracionista del patriotisme tradicional.

Cal aprofitar ara l'empenta que han donat les realitats combinades dels nous moviments tercermundistes i els nacionalismes perifèrics europeus i nord-americans. El principi d'autodeterminació, a més a més, del seu valor ètic, com ja ho advertí Lenin, és un bon punt de partida empíric. Les nacions són formes d'agrupacions humanes que es fan i es desfan amb la història com les lleialtats vers elles. Cal estudiar el grup nacionalitari desmitificat com una forma d'agrupació humana sense cap connotació sacral ni carismàtica. Estem, com hem vist al llarg d'aquestes pàgines, davant un complex però meridià problema històric. És per això que les ciències socials que parteixen d'una arrel crítica i dialèctica tenen molt a fer en aquest terreny. S'ha de posar mans a l'obra i treure la qüestió nacional del monopoli de tota mena de profetes, especuladors i salvadors de la pàtria.

No hi ha cap cosa més saludable que la genuïna anàlisi històrica concreta en temes tan

manipulables com el nacional. La situació històrica objectiva de la nació il·lumina, en gran mesura, el sentit del moviment polític i la seva estructura ideològica. Sovint, en nacions/estat establertes les ideologies nacionalistes que un dia van ser actives i progressistes es fan rutinàries legitimacions de problemes no resolts (excepte, potser, el cas dels supranacionalismes contra els imperialismes, *id est*: els casos llatino-americans, negro-africans, àrab, etc.). D'altra banda, en nacions en formació o a les que s'ha pres la seva independència, els moviments nacionalistes més coherents en la seva voluntat alliberadora solen ser forces progressistes, malgrat la ganga simbòlica i la tendència a la voraç exigència de lleialtats. De tres grans eres revolucionàries sorgeixen els tres grans conjunts ideològico-nacionalistes moderns i contemporanis. Són producte de fases de crisi i canvi en la forma de producció i en la remodelació del poder: de l'ascens definitiu de la burgesia el segle XVIII la culminació del qual és la Revolució Francesa i l'Imperi napoleònic, sorgeix el nacionalisme lliberal primer, i el conservador tot seguit; de la crisi d'hegemonia de la burgesia i l'estat immadurament capitalista, el segle XX apareix el ferotge i violent nacionalisme reaccionari del feixisme i el nazisme; del procés descolonitzador/dependent de grans àrees del Tercer Món apareixen els moviments nacionalistes populistes i la seva contradicció positiva, els nacionalismes populars que redefeixen tot l'entramat històric de les ideologies de què sorgiren; avui els estats capitalistes d'Europa presenten el nou (nova forma de crisi) procés del que s'està començant a anomenar "el quart món": nacionalitats de llarga trajectòria privades d'autodeterminació o autonomia, a les quals, de diferents formes, hi aspiren. Convé, doncs, tenir en compte la làbil textura històrico-geogràfica i de classe dels nacionalismes fora de qualsevol visió —per si mateixa distorsionadora— de tipus abstracte, o impregnada d'eurocentrisme o anglocentrisme.

Per desgràcia, però, els nacionalistes voluntariosos de petites nacionalitats sense estat obliden sovint que, al llarg del segle XX, la modificació incessant de les fronteres nacionals i la constitució de pobles i nacions no ha comportat un paral·lel procés d'independències (malgrat que aquestes hagin estat marcades amb foc en el frontispici de les constitucions), sinó que, al contrari, la resultant és un vertiginós desenrotllament de les dependències econòmiques, militars, polítiques i culturals. La dependència "inter-nacional" com a procés real desbanca el nacionalisme com a panacea. El segle XX, nació "independent", per a grans conjunts culturals, no és sinònim, *mutatis mutandis*, de nació autodeterminada i, molt menys, de poble lliure. Caldrà situar lluny d'optimismes o de pessimismes desbordants, les noves possibilitats de les autonomies en el context de la prepotent divisió del treball i la dependència.

L'estat capitalista té la seva gran part de responsabilitat en la reproducció de les contradiccions socials a tots els nivells. L'estat com a procés sòcio-polític de concentració del poder i de monopoli de la coacció i la violència (segons Weber), típic dels segles XVI al XX, és també un procés ideològic i cultural, de creació de mites i formes, d'objectivació de la realitat social, de mitificació nacional. Quan algun sector (classe o grup) d'aquest estat posa en qüestió la idea de "comunitat" (pseudocomunitat), que ell intentà imposar històricament, es desencadenen tots els mecanismes defensius de l'estat. Al manteniment irracional i violent per part de l'estat d'un sistema comunitari nacional (que encarna els límits del possible) correspon en l'actualitat, el sorgiment de tendències nacionalistes que qüestionen aquesta legitimitat "nacional", i que van des de projectes moderats d'autonomia fins a propostes independentistes que aconsegueixen un nivell d'irracionalitat i violència només equiparables a les quotidianes del propi estat. En general, la gent sol tenir molt clar on situa les seves lleialtats nacionals perquè no és aquest assumpte resultat de la reflexió sinó de les més profundes emocions i afectivitats. Amb això cal comptar, almenys per entendre el problema.

BIBLIOGRAFIA

1. Pot veure's: B. OLTRA, F. MERCADÉ, F. HERNÁNDEZ, *La ideologia nacional catalana* (Barcelona: Anagrama, 1981).
2. Vegi's J.F. MARSAL, F. MERCADÉ, F. HERNÁNDEZ, B. OLTRA. *La nació com a problema* (Barcelona: Edicions 62, 1979).
3. FERDINAND TÖNNIES, *Comunidad y sociedad* (Barcelona: Península, 1979), pp. 250-255.
4. *IBIDEM.*, pp. 210-211.
5. MAX WEBER, *Economía y sociedad* (México: FCE, 1964) Vol. I, P. 33.
6. *IBIDEM.*, Vol. I, p. 74.
7. *IBIDEM.*, Vol. I, p. 226 y Vol. II, p. 279.
8. *IBIDEM.*, Vol., I, p. 237.
9. SIGMUND FREUD, *Psicología de las masas*, recollida en les seves *Obras Completas* (Madrid: Biblioteca Nueva, 1948), Vol. I, p. 1138.
10. *IBIDEM.*, p. 1149.
11. EMILE DURKHEIM, *Lecciones de sociología. Física de las costumbres y el derecho* (Buenos Aires: Schapire, 1966), p. 71.
12. *IBIDEM.*, pp. 71-72.
13. HERBERT LÜTHY, "A rehabilitation of nationalism?", en K. A. Jalensky (ed.), *History and Hope. Tradition, Scepticism, Fanaticism in Modern Society* (Londres: Routledge and Keagan, 1962), pp. 86-89.
14. Pot veure's F. MERCADÉ, *Los intelectuales catalanes y la cuestión nacional* (Barcelona: Península, 1982): així com F. Hernández *La familia catalana y la realidad nacional* (Barcelona: Vicens Vives, 1982).
15. KARL KAUTSKY, "Nacionalidad e internacionalidad" en la antologia sobre Karl Marx *et al.*, *El marxismo y la cuestión nacional* (Barcelona: Avance, 1976), p. 65.
16. Vid. la intervenció de Balcells en Termes, *Federalismo anarcosindicalismo y catalanismo* (Barcelona: Anagrama, 1976), p. 155.
17. ROSA LUXEMBURG, "La cuestión polaca y el movimiento socialista" en Marx *et al.*, *El marxismo... op cit.*, p. 187.
18. JOSEP BENET, *Desfeta i redreçament de Catalunya* (Barcelona Crítica, 1978), p. 16.
19. PITIRIM A. SOROKIN, *Sociedad, cultura y personalidad* (Madrid: Aguilar, 1965), pp. 387-388.
20. *IBIDEM.*, p. 39.

METODOLOGIA D'ANÀLISI D'INTEL·LECTUALS I QÜESTIÓ NACIONAL

Francesc Mercadé

Aquest treball ha d'emmarcar-se en un ampli projecte d'investigació sobre els intel·lectuals i la qüestió nacional catalana acabat de fa poc¹. Una de les qüestions que suscita majors debats en l'àmbit acadèmic i professional és la metodologia que es pot considerar com adequada per verificar i desenvolupar les hipòtesis bàsiques del nostre estudi. Anem, doncs, a desenvolupar quines han estat les eines metodològiques que han guiat els nostres passos indagadors.

Els intel·lectuals catalans i la qüestió nacional

Ens interessa, doncs, en el context català actual, situar els intel·lectuals que tenen una part de la seva obra o actuació relacionada amb el tema de les nacionalitats, és a dir que son portadors de determinades concepcions del "fet català" explícites en la seva obra escrita, en els seus discursos o conferències, en la seva actuació política concreta i que han estat elaborades o reelaborades recentment o tenen ressò en l'actualitat. Aquesta definició tan àmplia permet d'incloure realment tots els ideòlegs polítics del nacionalisme català que col·laboren directament o indirectament en la construcció del nacionalisme² com a ideologia que haurà de convèncer la població perquè assimili aquestes teories a diferents nivells i les reconegui com a pròpies. És a dir, ens interessen tant els intel·lectuals lligats orgànicament a partits polítics determinats —alguns d'ells defensen sobretot una política partidista—, com aquells teòrics "independents" que col·laboren en la definició o elaboració del mateix concepte; i fins i tot altres que, tot i presentant-se com a estudiosos del problema, generen clarament en les seves obres un discurs que penetra, o almenys toca, l'àmbit de la ideologia.

El nostre treball de camp ha de tractar de reconstruir el teixit personal d'experiències concretes que han configurat les distintes concepcions del "fet català" construïdes pels intel·lectuals polítics, així com d'explicitar aquestes concepcions. Evidentment per a la nostra investigació necessitem concretar com se situen políticament aquests ideòlegs, quina informació volem extreure i com la podem aconseguir.

Per l'estudi en profunditat dels intel·lectuals polítics, les observacions directes són les tècniques més satisfactòries, ja que, com diu J. Madge:

Només el coneixement personal directe pot fer que les nostres teories es recolzin sobre fets empírics.³

L'entrevista en profunditat és un recurs òptim per obtenir la informació desitjada. Madge, referint-se a l'entrevista en general en oposició al qüestionari tancat, la defineix com:

Una reunió de persones cara a cara, en especial amb el propòsit de tractar formalment algun tema (...) conversa dirigida a una finalitat.⁴

Aquestes asseveracions generals tot i que no es refereixen concretament a l'entrevista en profunditat, poden ser interessants per a una primera aproximació teòrica per l'explicació d'una metodologia.

Com veurem després, quan ens referim a l'experiència pràctica, la interacció entrevistador-entrevistat pot fàcilment ser desigual. Inicialment el segon es troba en una certa situació de "poder", posat que d'alguna manera ocupa una posició significativa i rellevant que justifica l'entrevista tant pels coneixements o experiències que el fan interessant com pel conjunt d'elements que el situen en el grup que volem estudiar. L'entrevistador ha d'obtenir una sèrie de dades i opinions significatives i, per tant, ha d'aconseguir la cooperació i la confiança que permetin la comunicació.

Es evident que, sobre certes realitats, els estudis de casos⁵ permeten una observació molt més aprofundida i dirigida que els mètodes quantitativs. La intensitat de l'observació pot suplir la seva feble extensió. J. Díez Nicolás explica esquemàticament catorze avantatges de l'entrevista personal en contraposició a la investigació quantitativa que poden resumir-se en: més flexibilitat en les preguntes, contrastar la validesa de les respostes, majors possibilitats d'entrar en aspectes privats de l'individu, crear una atmosfera especial a l'entrevistat, obtenir informació suplementària que pot ser utilitzada per avaluar l'entrevista, major espontaneïtat, donar més possibilitats perquè l'entrevistat s'identifiqui amb la investigació, tractar més efectivament les situacions delicades. També existeixen limitacions importants, entre les quals Díez Nicolás destaca: la distorsió voluntària o involuntària dels fets per part de l'entrevistat, incapacitat de l'entrevistat per contestar certes preguntes per manca de coneixement o de memòria, entre altres possibles.⁶

En la nostra investigació es tracta d'entrevistes en profunditat que tenen com a finalitat el coneixement de les opinions o les actituds de la persona interrogada per reconstruir l'especte ideològic respecte al problema del nacionalisme català. Com veurem, en aquest cas s'utilitza una tècnica intermèdia entre l'entrevista oberta i el qüestionari tancat, a partir de la preparació meticulosa dels temes i la seva concreció en un qüestionari memoritzable per l'entrevistador, lògicament estructurat en un guió o llista de temes a tractar que explicarem en el pròxim apartat. En l'entrevista en profunditat a partir d'unes hipòtesis establertes, la comunicació i la informació "es van fent" de forma dialèctica. El discurs va sorgint a la llum, de forma desarticulada. El treball de l'investigador consisteix posteriorment en ordenar-lo en funció dels seus pressupostos i dels de l'entrevistat. És, en el fons, una aplicació de la maièutica per ambdós, investigador i entrevistat.

Atès que s'intenta profunditzar en l'estudi d'una ideologia general que afecta tota una comunitat, ens interessaran en l'entrevista els elements típics generalitzables més que les peculiaritats de l'individu que només ens serviran de marc de referència específic. Per la realització i posterior estudi de l'entrevista en profunditat poden ser aplicats els anomenats criteris de Dollard⁷ que val la pena recollir sumàriament: (a) ha de considerar-se el subjecte com a un espècimen d'una sèrie cultural; (b) cal tenir en compte els motors orgànics de l'acció, que són significatius des del punt de vista social; (c) cal reconèixer el paper peculiar de la família en la transmissió de la cultura; (d) ha de demostrar-se el mètode específic d'elaboració dels materials orgànics de la conducta social; (e) ha de destacar-se la constant relació de les experiències des de la infància fins l'edat adulta; (f) la "situació social" ha d'especificar-se amb cura i continuïtat com a factor. Algunes de les circumstàncies viscudes per l'individu tindran per a ell un significat diferent del que se li atorga en circumstàncies normals; (g) ha d'organitzar-se i conceptualitzar-se el mateix material de la història de vida. Això contradiu la visió ingènua segons la qual el material biogràfic és pur i, per tant, automàticament bo. El material de la història de vida (*life history*) ens parla per si mateix⁸, el subjecte normalment no ofereix paràgrafs teòrics explicatius del tot coherents. Malgrat que en alguns moments Dollard és excessivament organicista, els criteris que exposa són útils en la pràctica del treball científic.

Com a primera conclusió podem dir que la realització d'entrevistes en profunditat per configurar i articular una "història de vida"⁹ dels entrevistats, proporciona una sèrie de dades sociològiques disperses que l'investigador ha de sistematitzar, reunir i articular, per

obtenir la informació requerida sobre el tema del nacionalisme. És evident que s'ha de tenir una idea clara del propòsit de la investigació a l'hora de seleccionar les dades que cal registrar.

Les històries de vida recollides mitjançant el *mètode biogràfic* començaren a utilitzar-se en el moment en què la sociologia abandonà l'intent d'explicació total de la realitat per passar a analitzar parcel·les concretes mitjançant mètodes cada cop més qualitatis que permetien contrastar i reformar les hipòtesis de partença i, en definitiva, estudiar determinades problemàtiques amb molta més precisió. L'estudi de Thomas i Znaniecki sobre els pagesos polacs a Europa i Amèrica¹⁰ és un pioner i brillant exemple de l'aplicació de les històries de vida a l'estudi sociològic. El mètode biogràfic sorgeix d'una síntesi entre dos corrents oposats —el “sociologisme” i el “psicologisme”— en els quals els investigadors socials evitaven caure; amb això es buscà relacionar els components psicològics de l'acció humana amb el seu entorn social, analitzar la dialèctica entre la cultura i l'individu.

D'aquesta manera, la Sociologia (en els seus inicis) intentà desenvolupar un marc metodològic propi de l'observació dels fets socials. La Sociologia nord-americana desenvolupà mètodes quantitatis sofisticats i principalment l'enquesta que començà a utilitzar indiscriminadament. Els estudis concrets d'històries de vida van ser rebutjats o considerats elements complementaris quan no literaris i extracientífics. Les experiències polques foren una excepció a la regla i col·locaren la llavor que posteriorment ha donat els seus fruits en els mètodes qualitatis que s'han estès com a material de suport d'estudis més amplis, però també com a únic element d'anàlisi d'algunes investigacions.

En un estudi molt interessant sobre *grup de discussió*, Jesús Ibàñez¹¹ proposa una lectura activa i crítica de les *tècniques estructurals* (o qualitatives) enfront de les distributives (o quantitatives):

La reflexió integrarà, articulant-los, tres nivells: un nivell empíric —o “tecnològic”—, és a dir *com* es fa (...); un nivell teòric —o “metodològic”— és a dir, *per què* es fa així (qüestió que implica una doble demanda, de justificació moral i de coherència lògica, d'acord amb el contingut i amb la forma del discurs de poder); un nivell pràctic —o “epistemològic”— és a dir, *per a què* es fa i es fa així. (...) Cada un dels nivells exigeix un discurs que està dominat pel següent, de major potència lògica que constitueix el seu “metallenguatge”. El discurs resultant serà un discurs plural que articuli els tres nivells.¹²

Com ens indica el mateix autor, “el *grup de discussió* constitueix el tema del discurs, però no el seu centre”¹³, per la qual cosa el treball articula una discussió global sobre les tècniques estructurals “per arribar a la consciència de les seves possibilitats i els seus límits”.¹⁴

Els esforços per estudiar la realitat social han seguit nombroses estratègies metodològiques tant estructurals com distributives. La sociologia qualitativa —com indica Schwartz i Jacobs¹⁵— s'estructura a partir de nombroses tècniques concretes (observació participant, entrevistes conduïdes, documents personals i històries de vida) que arrelen en les experiències de l'interaccionisme simbòlic i més concretament en els treballs de George Herbert Mead i Herbert Blumer; tots ells pretenen comprendre (en el sentit de la *Verstehen* weberiana) el “punt de vista de l'actor” en els fenòmens socials. Justament les *històries de vida* constitueixen una de les estratègies més utilitzades en la investigació dels “fets socials” i la seva relació amb les experiències individuals i, com veurem, no constitueixen un mètode només sociològic. En la introducció a un excel·lent llibre sobre històries de vida, Balan ens diu:

Fa uns deu o quinze anys donava la impressió que les històries de vida, amb la sana excepció del seu ús en psicologia clínica estaven mortes.

La tècnica es trobava aleshores massa associada amb la impressió, la subjectivitat i fins un cert romanticisme d'una ciència social d'un passat aparentment llunyà i superat. Era identificada amb dos corrents. D'una banda, amb l'antropologia europea i nord-americana, i, de l'altra, amb l'època d'or de l'escola de Chicago, on es va utilitzar des de Thomas i Znaniecki en endavant.¹⁶

Com hem vist, l'obsessió per la representativitat dels estudis de casos conduí la història de vida al çalaix de sastre de la Sociologia tot i que altres ciències socials continuaven utilitzant (i ho venien fent d'ençà molt de temps) documents personals. En Història es recollia la memòria o relat autobiogràfic de personatges històrics destacats (...) Es tracta de memòries de persones que han desaparegut fa temps, igual com els testimonis dels seus relats.¹⁷

En l'Antropologia

les *life histories* sorgeixen com un subproducte del treball de camp de l'antropòleg, com una de les tècniques per arribar a entendre la vida dels pobles primitius.¹⁸

En la Psicologia

l'objecte que conduí la psicologia a estudiar autobiografies és distint del de les altres ciències socials (...) La psicologia pot estudiar el "cas únic" individual per si mateix, com un univers, sense necessitat d'haver de preocupar-se pels vicis de representativitat i objectivitat que són cabdals per a les altres ciències socials.¹⁹

Com a colofó, Marsal ens recorda que:

La història del mètode de les històries de vida en sociologia, com la història de la sociologia en general, no pot comprendre's sinó en relació amb els valors de la societat nord-americana en determinats períodes històrics.²⁰

D'una gran fe en l' "home comú" com a causant dels canvis socials, es passa a una recerca de la veritat en la ciència i en els fenòmens globals (socials):

Després de la segona guerra mundial el mètode de casos i la seva expressió més coneguda en sociologia, la històries de vida, comencen a no fer-se servir.²¹

Aquesta utilització de les històries de vida per part de disciplines molt distintes ha estat, segons el nostre parer, positiva posat que ha comportat una obligada col·laboració interdisciplinària o, almenys, s'han pogut recollir les aportacions de diferents perspectives professionals. Un estudi sobre l'*entrevista psicològica*²² exposa que existeixen dues aproximacions professionals a la tècnica d'entrevista: *en primer lloc*, les persones que tan sols necessiten "conduir la conversa d'acord amb certes regles d'índole psicològica i tenint en compte factors psicològics de la situació"²³; *en segon terme* aquells professionals que utilitzen l'entrevista amb finalitat psicològica, psicosociològica o social i "és per a ells una tècnica d'estudi i observació del comportament humà amb l'objectiu de solucionar els problemes que afecten la psicologia, la sociologia o la medicina mental"²⁴; entre els primers trobem el jutge, el sacerdot, el venedor, etc., entre els segons el psicòleg, el sociòleg, el psiquiatre, etc. També la investigació antropològica²⁵ ha assenyalat la importància dels mètodes qualitatius i ha destacat les grans possibilitats de les entrevistes dirigides i les històries de vida.

Per part seva, des del terreny professional, Robert C. Angell també destaca algunes de les possibilitats més importants de les històries de vida:

1. La lectura de vastes col·leccions de biografies que ofereixen detallades i suggestives descripcions de diversos grups socials i de diversos éssers humans (tipus de personalitat) poden procurar a l'investigador certes noves idees generals que orientin les seves investigacions cap a una direcció determinada (...);
2. A més a més, els documents personals poden contribuir a desenvolupar cert complex d'hipòtesis en relació a fenòmens i processos concrets i proporcionar també materials per al seu examen (...);
3. En un procés menys rigorós, els documents personals ofereixen simplement a l'investigador material d'il·lustració per determinades hipòtesis establertes per endavant (...);
4. Els documents personals poden servir a més per a la comprovació d'hipòtesis que no han estat extretes d'ells; (...) en aquest cas ell utilitza els documents personals com a material de control;
5. Els documents personals també poden aduir-se com material que faci possible la comprensió (no només una explicació teòrica) de certs processos socio-psicològics que es desenvolupen en grups o també en personalitats individuals;

6. Finalment, (...) la lectura d'autobiografies pot resultar d'utilitat en la formulació del problema dels fins de la investigació.²⁶

De qualsevol manera, existeixen diverses interpretacions respecte al que es considera un document biogràfic. Seguint el discurs de Szecepanski²⁷ podem clarificar aquest punt. Paral·lelament Robert Redfield proposa una síntesi de les distintes definicions que, segons ell, no difereixen en el substancial.

S'anomena document humà o personal aquell en el qual els trets humans i personals de l'autor s'expressen de tal forma que el lector coneix el que ell opina sobre els aconteixements que en el document es refereixen.²⁸

Robert C. Angell afegeix:

Un document personal és, per als nostres objectius d'investigació aquell que descobreix la presa de posició d'un hom que participa en certs fets respecte a aquests fets.²⁹

Continuem amb les distintes definicions recollides per Szecepanski, Gordon W. Allport proposa des del punt de vista de la psicologia:

Un document personal pot definir-se com un escrit qualsevol que, conscientment o inconscientment, ofereix informacions sobre l'estructura, dinàmica i funció del pensament del seu autor.³⁰

En canvi, Herbert Blumer defineix el document personal com un

relat en el qual s'explica l'experiència d'una persona que exposa la seva activitat com a ésser humà i com a partícip de la vida social.³¹

En resum, el document personal consisteix:

en una interpretació àmplia de la denominació "document personal"; anomenarem així no només qualsevol classe d'autobiografies, diaris memòries, sinó també cartes, transcripcions literals de declaracions de testimonis, confessions, entrevistes, així com tots els altres documents que tenen com a contingut una cristallització d'estats psicològics d'una persona qualsevol (*projective documents*).³²

Metodològicament poden distingir-se diversos tipus d'entrevista que poden utilitzar-se separadament o bé conjuntament segons la informació que vulgui obtenir-se³³: (a) El *poll* o sondeig d'opinió, en el qual el qüestionari es troba estructurat i l'entrevistat ha de contestar les preguntes amb una de les possibles respostes que se li ofereixen per endavant; (b) L'entrevista semi-estructurada en la qual es combinen preguntes tancades (estructurades) amb qüestions obertes; (c) L'entrevista oberta (però directa) en la qual cap pregunta no té respostes prefixades; (d) L'entrevista estructurada i no dirigida (*focused interview*) que consisteix en centrar la conversa sobre un determinat tema i en la qual les preguntes concretes no estan predeterminades per endavant; per últim (e) L'entrevista projectiva en la qual s'utilitzen tècniques visuals (ús de quadres, pintures, fotografies, etc.) i que està molt generalitzada en anàlisis psicològics i en investigacions antropològiques.

En el nostre cas, hem utilitzat les tècniques d'entrevista en profunditat³⁴ de manera semblant, *mutatis mutandis*, a la proposada per R.K. Merton i P.L. Kendall³⁵. És a dir, seguim el que alguns autors han traduït com entrevistes convergents (*focused interview*) que consisteixen en converses profundes i de llarga durada a partir d'uns temes amplis estructurats en un qüestionari. Es tracta d'entrevistar determinades persones sobre les quals actua un mateix estímul (problema o situació) que lògicament afecta la seva situació i la seva teorització. És a dir, des d'aquesta òptica l'entrevista en profunditat serveix per obtenir respostes d'uns individus prèviament exposats a situacions prèviament conegudes i estudiades per l'investigador. Merton i Kendall ens resumeixen les principals funcions de les *focused interviews* que són les de descobrir: (a) els aspectes significants de la situació total que emmarca la resposta; (b) les discrepàncies entre els efectes anticipats i els expressos; (c) les respostes dels subgrups desviats o atípics en la població; (d) els processos inferits en efectes induïts experimentalment.³⁶

Fins ara hem parlat de les entrevistes que configuren el treball de camp, però no de la

població o “mostra” que hem d'entrevistar. En aquest estudi ens interessa obtenir l'estructura d'interrelacions en xarxes i cercles socials que configuraran el quadre de tendències i informacions entre els ideòlegs del nacionalisme català.

La tècnica més adequada per escollir la població a estudiar i, d'altra banda, la més utilitzada, és la mostra per *snow ball* o bola de neu. Hom comença per formar una llista reduïda d'informants a partir d'un estudi simple de la realitat a investigar. En aquesta llista figuraran les personalitats més destacades o més conegudes de l'univers global que volem abastar amb el nostre estudi. En el nostre cas, aquesta dada s'obté pel fet que es tracta de figures públiques que escriuen i editen els seus llibres en les revistes diaris i editorials més rellevants. A partir d'un cercle inicial base, i de l'estudi d'altres documents, anirem obtenint la informació necessària per definir una constel·lació de persones, relacions i influències que s'anirà ampliant a mesura que obtinguem noves informacions dels nous informants.

El límit d'aquesta “bola de neu” s'autoestableix en el moment en què les informacions obtingudes comencen a repetir-se i a rebotre entre si; amb aquest procediment resta dissenyada una estructura sòcio-mètrica bàsica, que pot no ser totalment exhaustiva, però que, sens dubte, és l'estructura més representativa.

Les objeccions que es podrien posar a aquest mètode, com per exemple que aquests “rebots de la bola de neu” estan dirigits per favoritismes o preferències (atès que els intel·lectuals entrevistats ens dirigiran principalment a persones del seu cercle), són, en aquest cas, avantatges per estructurar les relacions de poder i influència entre els membres de l'univers que s'investiga. Es tracta, doncs, d'un tret que compleix una funció positiva concreta de delimitació de valors i activitats comunes en estructurar la xarxa de la qual es reflecteix l'estructura real a observar. La utilitat principal d'aquest mètode és la seva capacitat d'autocontrol i correcció posat que és repetible i comparable a partir de la llista que inicialment s'ha elaborat. És evident que la informació obtinguda ha de contrastar-se amb la consulta a especialistes, documents i altres mecanismes de control que actuïn com a verificadors de dades externs al procés. A partir de la llista àmplia d'entrevistes obtingudes podrien construir-se mostres estratificades, proporcionals o per tendències ideològiques, entre altres.

Com hem dit, la llista inicial dels individus a entrevistar s'elabora a partir de cercar els intel·lectuals, o millor, els ideòlegs polítics del nacionalisme català que tenen una part de la seva obra o actuació relacionada amb el tema de les nacionalitats en el marc català, és a dir aquelles persones que de forma més o menys explícita són portadors d'alguna idea o construcció ideològica concreta, elaborada i explicitada en la seva obra escrita o en la seva actuació pública o per algun altre mitjà de comunicació cultural.

A partir, doncs, de l'assessorament d'experts en el tema, de lectura de materials (llibres, revistes, diaris) i d'un coneixement mínim de la realitat social actual, es concretarà una mostra inicial a partir de la qual, pel procediment de la “bola de neu” abans explicat, preguntant a cada un dels individus de la mostra per altres ideòlegs (intel·lectuals) del nacionalisme que considerava influents, arribarem a ampliar el conjunt de la mostra fins aconseguir el grau d'amplitud que considerem suficient (i que aplega les distintes orientacions polítiques i ideològiques).

Sense pretendre una exhaustivitat total, es tracta d'aconseguir una mostra que permeti la generalització d'algunes característiques i l'especificació de les distintes visions i actituds relacionades amb “el fet nacional català” o, com diuen alguns dels entrevistats, simplement “el fet català”.

Les hipòtesis base del qüestionari

Com ja hem assenyalat, el nostre primer pas fou confeccionar un esquema de qüestionari que situés els grans temes o les grans qüestions a abordar possibilitant l'obtenció ordenada de tota una sèrie de dades que expliquin i articulïn la teoria i la pràctica viscudes per l'individu entrevistat. Lògicament l'actitud de l'entrevistat no té perquè ésser homogenia en el

temps, atès que pot variar en les seves diferents etapes biogràfiques respecte a la seva posició actual.

El guió que hom detallarà està configurat a partir dels primers contactes amb la realitat del "fet nacional català". Les entrevistes en profunditat l'han anat modificant en qüestions d'ordenació dels temes així com en allò que respecta al seu contingut. En qualsevol investigació, el treball de camp influeix necessàriament —i és bo que així sigui— en l'anàlisi teòrica que la sosté i precedeix, així com en l'obtenció dels resultats.

El guió detallat que exposarem ha d'entendre's com una darrera versió elaborada, que lògicament ha estat modificada en petits punts que no afecten la seva estructura global i que, per tant, permet una comparació de les entrevistes obtingudes.

Hem dividit els temes a tractar en l'entrevista en quatre grans blocs: (a) dades biogràfiques elementals, (b) evolució ideològica pròpia respecte al "fet nacional", (c) posició teòrica actual sobre el nacionalisme, i (d) posició ideològica i política actual.

En el *primer apartat* s'intenta dibuixar el marc biogràfic en el qual s'ha desenvolupat i consolidat el posicionament de l'entrevistat enfront del tema del nacionalisme català. No interessen, doncs, dades estrictament personals si no influeixen directament en el tema tractat; és a dir, les dades biogràfiques ens interessen en allò que puguin condicionar la posició teòrica que actualment sosté l'entrevistat respecte al nacionalisme, en general, i més directament respecte al nacionalisme català. Pensem que la situació de l'ideòleg en el seu context biogràfic pot ser molt interessant i més encara en aquest apartat d'entrevistes en profunditat, on les opinions de l'entrevistat s'enllacen amb la seva experiència personal. En general, tenim en compte la regla d'or metodològica de C.W. Mills que el coneixement profund de la realitat social exigeix una relació analítica de biografia, història i societat per part de l'investigador.

En aquest punt biogràfic es procurarà la màxima síntesi ja que ens interessa informació sobre una àmplia gamma d'experiències, però no ens convé una gran acumulació de dades inútils que frenarien la posterior sistematització del material per al seu estudi; es tracta d'obtenir informació homogènia i exhaustiva de tots els entrevistats, però d'una manera condensada que possibiliti la seva posterior classificació i tractament.

En primer lloc, situats en el terreny de les dades biogràfiques més elementals, es pregunta pel lloc i la data de naixement així com pels diversos llocs en què ha viscut. Evidentment la informació obtinguda no és útil per a una anàlisi estadística i quantitativa ja que es tracta d'entrevistar els ideòlegs més destacats i, per tant, de cap manera es pot tractar d'una mostra representativa de la població. Així, doncs, aquestes dades ens serviran potser per emmarcar determinats matisos o determinades posicions dels entrevistats, però no com a dades bàsiques per si mateixes, tot i que, com es veurà, posteriorment hem aconseguit interessants quantificacions.

L'escola és realment un dels principals mitjans de socialització i educació sobre el qual ens sembla necessari centrar tot un punt una mica més extens d'aquest primer apartat. La influència respecte a la visió del "fet nacional català" que pugui tenir la llengua en la qual s'aprenué a l'escola, així com l'orientació que es donà a l'estudi de la realitat catalana (o al seu oblit) són punts indiscutiblement importants que és necessari treure a la llum.³⁸

La família és potser l'element biogràfic més important en el procés de socialització o aprenentatge de la majoria d'individus, és bàsic concretar tota una sèrie de dades familiars que emmarquen l'evolució personal que van des de l'origen geogràfic dels pares fins els posicionaments familiars respecte al tema que ens ocupa, passant per especificar la professió dels pares, les relacions existents, la llengua habitual, etc.; en el mateix sentit es profunditza en la família pròpia actual de l'entrevistat en punts semblants als esmentats³⁹. La llengua en què es parla i s'escriu usualment serà conseqüència generalment de la intersecció d'influències entre la família, l'escola i la pròpia evolució personal.⁴⁰

Per últim, l'evolució professional o ocupacional de l'entrevistat serà un altre element

d'interès a considerar en alguns casos així com l'evolució religiosa que també pot influir decisivament en algunes ocasions.

Per completar els comentaris a aquest apartat d'informació biogràfica és útil recordar les directrius que ofereixen els criteris de Dollard⁴¹, que anteriorment hem recollit. Podrien resumir-se dient que els elements que configuraran la biografia de l'entrevistat —entesa àmpliament com a *life history*— constitueixen un entrellat que situa l'individu en el centre d'una determinada “visió cultural”. Aquesta perspectiva es va desenvolupant al llarg de la seva vida per mitjà de l'adquisició d'experiències diverses entre les quals cal destacar la familiar que juntament amb l'escolar configuren unes circumstàncies determinades en les quals l'individu ha de desenvolupar-se i créixer en tots els sentits.

A partir d'aquestes primeres informacions generals s'entrarà pròpiament en el terreny de l'evolució ideològica considerant el “fet nacional” com a centre d'atenció. L'entrevistat explicarà com “descobreix” el nacionalisme o el particularisme català, com evoluciona aquest concepte i quins posicionaments li obliga a defensar (relació amb altres intel·lectuals, partits polítics, racionalització individual i coneixement del nacionalisme com a problema teòric entre altres), quins són els elements o factors que més influeixen en la seva posició actual sobre el nacionalisme en general i en el cas català en particular (mestres, familiars, amics, partits polítics i vivències personals específiques), etc. També s'indagarà la seva reacció davant l'evolució política d'Espanya i concretament l'etapa de la dictadura franquista demanant-li una anàlisi del posicionament d'aquest règim enfront del “problema nacional català”, així com una explicació dels problemes polítics i teòrics personals que se li plantegen juntament amb l'actitud i els fets que sorgeixen de la seva reacció. Tot aquest segon apartat ens donarà a conèixer la dinàmica personal de l'individu entrevistat, les diverses línies d'influència que afecten la seva visió actual del tema.

Justament, de la posició actual sobre la *qüestió nacional* s'omple el tercer apartat de qüestions. Aquest punt, el més extens, condensa la part principal de l'entrevista atès que els arguments teòrics actuals dels ideòlegs del nacionalisme català són l'objecte principal d'aquest estudi i es relacionen directament amb el codi que d'una manera implícita ha servit per desenvolupar tot el capítol d'anàlisi del nacionalisme català entès com a ideologia. La definició actual del “nacionalisme català”, o del “fet català”, per part de l'entrevistat implica entrar de ple en el terreny de la teoria exposant quina és, des del seu particular punt de vista, la concepció dels nacionalismes perifèrics o nacions sense Estat i més concretament del cas català. Es fa indispensable en la majoria dels casos entrar en la definició o el concepte de nació o almenys en la vivència o experiència personal d'aquest tema que comporta un cert sentiment de pertinença a un conjunt nacional determinat (en el nostre cas, Catalunya) i d'alguna manera una visió ideològica d'aquest conjunt que el situa lògicament en la dinàmica d'un moviment polític-ideològic entès en el seu sentit més ampli. És interessant que es detallin les diverses concepcions sobre el tema que l'entrevistat pensa que existeixen lligant-les justament a la seva projecció política i ideològica.

També és molt útil aprofundir en la interpretació que desenvolupa la persona entrevistada de la trajectòria històrica del nacionalisme català respecte a l'evolució de Catalunya. Això implica endinsar-se d'una manera pràctica (definint el cas català) en el polèmic terreny de l'aparició de la nació i del seu origen històric, en la relació entre la nació i l'Estat, etc. És evident que cada persona entrevistada aprofundirà, en major o menor mesura en determinats temes en funció dels seus coneixements particulars. En aquest punt, s'exposa l'evolució econòmica, política i ideològica de Catalunya com a nació, el relleu de les classes socials en la direcció del moviment nacionalista⁴², és a dir la periodització del procés nacionalista, les seves etapes d'apogeu o de davallada, així com els factors que poden provocar-les.

El terme *Països Catalans* és un dels elements més polèmics i poc teoritzats dintre la perspectiva actual; és un tema realment interessant i imprescindible ja que normalment no es toca en les definicions usuals. La polèmica aconsegueix i afecta tota la concepció del fet ca-

talà i sobretot els projectes polítics que s'articulen⁴³ a partir d'ell. Els *Països Catalans* configuren el que s'ha determinat com a àrea nacional, però la seva homogeneïtat està en discussió per part d'aquells que la integren, i la manera de veure-la varia també sensiblement en els diversos projectes polítics i en les diverses concepcions de l'Estat.

Després de tractar el tema dels *Països Catalans* s'entra en una perspectiva molt més àmplia, sobre el futur polític ideal, en recollir la forma d'Estat que es desitja per al conjunt espanyol i, paral·lelament, l'organització política de Catalunya respecte a Espanya; és necessari, doncs, aprofundir en les relacions entre la nació i l'Estat així com entrar en el tema de l'Estat plurinacional.

Tot el que hem dit fins ara ha de completar-se amb l'exposició dels components causals del sentiment i de la consciència nacional; és a dir, es tracta de detallar i explicar la importància relativa dels factors "objectius" i "subjectius" que componen o configuren una nació i, en concret, la catalana explicitant les seves condicions de sorgiment, així com la seva durada (històricament determinada o "eterna"). Justament el problema del monolingüisme o bilingüisme en la seva perspectiva de futur incideix novament en el mateix tema contrastant amb la resposta que s'ha avençat a un nivell teòric més general.⁴⁴

L'organització de l'educació en una Catalunya autònoma (novament en aquest sentit d'exposar una posició de principi i no una estratègia immediata) és un altre punt important. Ja hem parlat de la importància de l'educació en la formació de l'individu i també com a factor d'estabilitat de la nació (o l'estat) en el sentit de transmetre a l'individu la consciència nacional, el sentiment de pertinença a una nació determinada. Per tant totes les opinions respecte a la llengua en què ha d'ensenyar-se i els continguts que han de transmetre's en l'escola no són merament circumstancials, sinó que han d'ésser paral·leles i coherents amb la pròpia visió del "fet nacional català".

Fins ara hem parlat dels catalans sense entrar a discutir el contingut d'aquest concepte que no és precisament unívoc, com pot observar-se en les entrevistes. Realment el tema de la immigració és, en el cas català, de cabdal importància atesa l'amplitud d'aquest fenomen. El problema del pluralisme cultural enfront del monoculturalisme va íntimament lligat amb la definició estricta de qui és català. Les possibilitats de discriminació i de coacció que poden deduir-se d'aquest punt són inesgotables i, per tant, complementen el concepte de nació de l'entrevistat; sense aclarir aquest punt restava inacabat el concepte de nació en el seu més estricte sentit.⁴⁵

Pel que fa a la projecció exterior de la nació es pregunta per la influència de Catalunya respecte al conjunt hispànic i al món en general, el que obliga en determinats casos a tractar el tema del nacionalisme enfront de l'internacionalisme així com alguns aspectes de l'imperialisme.

Una qüestió cabdal que s'ha tractat indirectament en altres punts (per exemple en la interpretació històrica) és la relació entre el nacionalisme i els interessos de classe. Es tracta de saber l'opinió de l'entrevistat sobre el nacionalisme com a fruit dels interessos de determinada classe social i els problemes de falsa consciència que la utilització del nacionalisme podria comportar o, al contrari, situar-lo com un moviment interclassista situat a un nivell superior a la pròpia lluita de classes. Val la pena ampliar la qüestió amb la interpretació del paper que es considera que juguen i haurien de jugar els intel·lectuals en la qüestió nacional. Pot abastar-se en aquest punt també l'intel·lectual militant de partit, lligat a la dinàmica d'una classe específicament com una visió més àmplia de l'intel·lectual creador de consciència nacional.

En el quart i darrer grup de preguntes s'intenta perfilar la *posició ideològica i política de l'entrevistat* a partir de la seva pròpia *autodefinició* que ha d'emmarcar-se en una concepció del món. Logicament la seva posició es concretarà en l'afiliació o simpatia per determinats partits polítics, sindicats, associacions diverses, o corrents político-culturals rellevants.

Malgrat que en molts casos es pot obtenir per altres mitjans, és molt útil que l'entrevistat

detall i sistematitzi la seva obra escrita sobre el nacionalisme català. També és interessant la seva opinió respecte als principals teòrics clàssics i actuals així com la de la seva obra que ha de concretar-se en destacar els teòrics i les obres que, segons el seu parer, són més rellevants. La discussió sobre els teòrics actuals més destacats és la darrera qüestió de l'entrevista. Aquí l'entrevistat col·labora en ampliar la "bola de neu" sòcio-mètrica formada pel procediment que ja hem descrit en l'apartat metodològic.

Hem d'insistir de nou que malgrat que la majoria de punts estan expressats esquemàticament en forma de pregunta, el qüestionari és només indicatiu atès que un cop memoritzat per l'entrevistador ha depès de cada cas concret la formulació precisa d'una pregunta determinada.

Confiam que aquesta breu anàlisi pugui il·luminar futures investigacions que es plantejgin, en la seva primera fase, quines són les tècniques d'investigació més adequades per abordar el seu objectiu. En el nostre cas, la metodologia qualitativa —i els instruments d'anàlisi que genera— s'han demostrat elements útils per estudiar la complexa relació entre els intel·lectuals i la qüestió nacional catalana en l'actualitat.

Notes

- 1 Precisament, els resultats de la investigació seran publicats durant el primer trimestre de 1982; el seu títol és: Francesc Mercadé, *Los intelectuales catalanes y la cuestión nacional. Análisis sociológico de los intelectuales políticos en la Catalunya democrática*. (Barcelona. Península, en premsa). Per completar el tema des d'una perspectiva històrica pot veure's: B. Oltra, F. Mercadé i F. Hernández, *La ideología nacional catalana*. (Barcelona: Anagrama, en premsa).
- 2 Utilitzem aquí el terme *nacionalisme* en un sentit més ampli i en certa manera impropri ja que incluíem com a ideòlegs polítics del "nacionalisme" tots aquells que han teoritzat sobre el "fet català", fins i tot els qui es declaren no-nacionalistes o anti-nacionalistes defensant que l'important és Catalunya i no tant el *catalanisme*.
- 3 J. Madge, *Las herramientas de la conciencia social*, Buenos Aires: Paidós, 1969.
- 4 *Ibid.*, p. 143.
- 5 Per aprofundir en el tema pot veure's Paul B. Foreman "The Theory of Case Studies", *Social Forces*, Vol. 26, Maig 1948.
- 6 J. Díez Nicolás, "Entrevista" en S. del Campo, J.F. Marsal i J. Garmendia, *Diccionario de Ciencias Sociales*, Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1975, p. 6.
- 7 John Dollard, *Criteria for the Life History*, New Haven Conn.: Yale University Press, 1965.
- 8 Amando de Miguel suggereix la traducció de *live history* per "historial" que defineix així el Diccionari: "reseña circunstancial de los antecedentes de un negocio, o de los servicios o la carrera de un funcionario".
- 9 Sobre el mètode d'històries de vida és interessant la consulta de l'article de Jan Szepeanski "Die Biographische Methode" en René Köning (ed.). *Handbuch der Empirischen Sozial Forschung*, Stuttgart: Ferdinand Enke, 1967. Aquest article ha estat traduït recentment per *Papers. Revista de Sociologia* 10 (1978).
- 10 W. I. Thomas i F. Znaniecki *The Polish Peasant in Europe and America*, Boston: Yorham Press, 1919.
- 11 Jesús Ibañez, *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica*. Madrid: Siglo XXI, 1979.
- 12 *Ibid.*, pp. 13-14.
- 13 *Ibid.*, p. 15.
- 14 *Ibid.*, p. 14.
- 15 Howard Schwartz i Jerry Jacobs *Qualitative Sociology. A Method to the Madness*. Nova York: The Free Press, 1979.
- 16 Jorge Balan (comp.), *Las historias de vida en ciencias sociales. Teoría y técnica*. Buenos Aires: Nueva Visión 1974, p. 7.
- 17 Juan F. Marsal, *Hacer la América. Autobiografía de un inmigrante español en la Argentina*, Buenos Aires: Institut Ditella, 1969. pp. 490-410.

- 18 Juan F. Marsàl en J. Balan (comp.) *Las historias de vida...* op. cit., p. 44.
- 19 *Ibid.*, p. 44 - 45.
- 20 *Ibid.*, p. 45.
- 21 *Ibid.*, p. 46.
- 22 Charles Nahoum *La entrevista psicológica*. Buenos Aires: Kapeluz, 1961.
- 23 *Ibid.*, p. 3.
- 24 *Ibid.*, pp. 4-5.
- 25 Vegi's el text de Juan Maestre Alfonso *La investigación en antropología Social*. Madrid: Akal, 1976.
- 26 Robert C. Angell, "A Critical Review of the Development of the Personal Documents Method in Sociology 1920-1940 en L. Gottschalk, et al. *The Use of Personal Documents in History, Anthropology and Sociology* Nova York: Social Science Research Council, 1945, pp. 180-184.
- 27 Jan Szecepanski "Die Biographische..." op.cit.
- 28 L. Gottschalk et al. *The Use of Personal...* op. cit. p. VII.
- 29 *Ibid.*, p. 177.
- 30 Gordon W. Allport, *The Use of Personal Documents in Psychological Science*. Nova York: Social Science Research Council, 1942, p. XII.
- 31 Herbert Blumer, *An Appraisal of Thomas and Zhaniecki's: The polish Peasant in Europa and America*. Nova York: Social Science Research Council, 1939, p. 29.
- 32 Vegi's Jan Szecepanski "Die Biographische..." op. cit.
- 33 Pot veure's l'article anteriorment citat de J. Diez Nicolas "Entrevista".
- 34 Una "aportació" terminològica interessant és la que proposa Amando de Miguel: resuscitar l'estupenda paraula d'Unamuno "entrepàrta", més expressiva que entrevista quan es tracta d'una conversa *focused*.
- 35 Robert K. Merton i Patricia L. Kendall "The Focused Interview", *American Journal of Sociology*, 1946.
- 36 A més de les entrevistes que es realitzaren en aquest treball foren per a mi enriquidores les fetes en profunditat amb intel·lectuals catalans i castellans per a una investigació de Juan F. Marsal sobre "les elits intel·lectuals a l'Espanya dels anys 50". Un resum de les més interessants pot veure's en Juan F. Marsal *Pensar bajo el franquismo*. Barcelona: Península, 1979.
- 37 Es molt important la formulació concreta de les preguntes que condicionen molt més del que sembla les respostes; Voltaire ho formulà brillantment: "Es pot jutjar un home millor per les seves preguntes que per les seves respostes".
- 38 L'escola és, efectivament, un instrument de gran importància en el procés de "socialització nacionalista". La lectura quotidiana i "científica" de la realitat social i de la seva història, que el nen rep a l'escola pot enfortir o tergiversar el sentiment de pertinença nacionalista amb uns continguts o altres. Hi ha molts llibres que tracten sobre el tema de l'escola i la seva influència en la qüestió nacional; entre ells hem seleccionat tres, sobre el cas català, valencià i francès respectivament: Joaquim Arnau, *Escola i contacte de llengües*. Barcelona: CEAC, 1980; Vicent Moliner et. al. *Escola i Llengua al País Valencià*. València: Eliseu Climent, 1976; i, Claude Gendre et al. *Ecole, histoire de France et minorités nationales*. Lyon: Féderop, 1978.
- 39 Existeix molt poca bibliografia sobre la família i la seva importància en el procés de socialització i en el terreny nacionalista: pot veure's l'estudi (i la seva bibliografia selecta) de Françoise Breton i Lorea Barruti *La família i el parentiu*. Barcelona: Dopesa, 1978.
- 40 Per completar aquest tema, hem seleccionat tres aportacions distintes que ens semblen d'interès: Sebastià Serrano *Lingüística i qüestió nacional*. València: Eliseu Climent, 1979; Francesc Vallverdú *Dues llengües: dues funcions?* Barcelona: Ed. 62, 1979; Antoni M. Badia i Margarit *Llengua i cultura als Països Catalans*. Barcelona: Ed. 62, 1972.
- 41 Vegi's en aquest sentit la nota 7.
- 42 Considerant, com hem dit, el nacionalisme català com un procés ideològic, és lògic que dos o més blocs ideològics històrics puguin per articular a nivell polític cultural i econòmic el procés o projecte nacionalista.
- 43 En aquest sentit la prohibició de la federació entre entitats autònomes que proposa la Constitució espanyola vigent (1979), afecta sensiblement o, millor dit, impossibilita la realitat política dels *Països Catalans*.
- 44 Per ampliar aquest punt des d'una perspectiva teòrica pot veure's el llibre col·lectiu *Bilingüismo y biculturalismo*. Barcelona: CEAC, 1978.
- 45 Un interessant estudi sobre el tema des de la perspectiva del dret és el d'Encarna Roca *Qui és català?* Barcelona: Dopesa, 1977.

INTEGRACIÓ DELS IMMIGRANTS I QÜESTIÓ NACIONAL A CATALUNYA

Carlota Solé

1. Presentació

En aquesta ponència es presenten alguns dels resultats, conclusions i reflexions crítiques d'una investigació empírica sobre el problema de la integració socio-cultural dels immigrants a Catalunya, que vaig realitzar entre octubre 1977 i abril 1981. El primer any de treball col·laboraren: Faust Miguélez, Rosa Junyent i Antoni Izquierdo. En la segona fase col·laborà Jesús Vicens i un equip d'entrevistadors, alguns dels quals foren més tard codificadors. A partir de quaranta-sis entrevistes en profunditat que serviren de primera aproximació al tema, es redactaren vàries de les preguntes del qüestionari de l'enquesta. L'enquesta es portà a terme el novembre-desembre de 1978. Es va entrevistar 1299 persones residents a 14 municipis de l'Àrea Metropolitana de Barcelona (segons definició del Ministerio de la Vivienda), incloent Barcelona-capital. D'aquestes entrevistes s'eliminaren 119 per diverses incorreccions i es codificaren 1180 qüestionaris complimentats o protocols. La Fundació Joan March financà la totalitat de la investigació en el període octubre 1977-octubre 1979.

Per limitació d'espai no s'inclouen les taules il·lustratives de les observacions empíriques que donem a conèixer en aquest escrit. També per raons d'espai, s'han reduït al mínim les reflexions crítiques i conclusions del nostre treball.

2. Nota metodològica

Es parteix de la idea d'integració com: unió en la diversitat i no com a fusió, uniformització o homogeneïtzació. Integració significa: "unificar una societat, és a dir, suprimir els antagonismes que la divideixen i posar fi a les lluites que l'esquincen . . . Una societat sense conflictes no es troba realment integrada si els individus que la componen continuen estant juxtaposats uns al costat d'altres, com una massa en la qual l'individu es troba aïllat de la resta, sense vincle veritable entre ells. La integració suposa no sols la superació dels conflictes, sinó també el desenvolupament de la solidaritat".¹

a) A efectes analítics, suposem que el procés global d'integració es compon, almenys, de quatre subprocessos imbricats que consisteixen en:

1r. Emmotllar-se al tipus i condicions del treball industrial.

2n. Adaptar-se a les condicions de la vida urbana, en el supòsit inicial que la gran majoria de persones s'han vist obligades a emigrar de la seva terra d'origen per raons econòmiques, treballaven al camp i vivien en un entorn rural. (Fins aquí, inserció de classe, integració social).

3r. L'acceptació progressiva, voluntària i lliure de les institucions socials i polítiques catalanes; en resum, de la seva participació com a ciutadans de ple dret.

4t. L'adopció, també progressiva, voluntària i lliure de les normes, costums, valors, etc. i de la llengua de la societat receptora. (Fins aquí, integració nacional-cultural conjuntament amb la política).

b) Per a cada subprocés s'establimen *indicadors*

1r. Integració ocupacional:

- mobilitat (situació laboral en el lloc d'origen-primer ocupació-darrera ocupació, situació laboral i ocupació actual, dimensió i composició ètnica de l'empresa, diferència entre treballar a Catalunya o en el lloc d'origen, facilitat per trobar treball, activitat sindical-reivindicativa en el lloc de treball).
- necessitat de saber o no saber català en el lloc de treball.

2n. integració urbana

- habitatge (primer i actual habitatge a Catalunya)
- participació en la vida associativa del barri (problemes més importants, participació en manifestacions en el barri, Associacions de Veïns).

3r. Integració política

- Preferència per opcions sindicals
- Identificació amb tendències polítiques i partits polítics, autoidentificació, escala: esquerra-dreta
- Conducta electoral (vot 15-6-77), previsió vot, raons per votar, religiositat.

4t. Integració sòcio-cultural

- Coneixement del català (nivell de coneixement de la llengua catalana, aprenentatge i comunicació en català).
- Actitud davant la llengua i cultura catalanes (acceptació del català a l'escola i medis de comunicació: TV, visió de Catalunya envers altres parts d'Espanya, visió de les característiques tòpiques de Catalunya, actitud envers Catalunya i els catalans).
- Actitud envers símbols i institucions de Catalunya (símbol de la senyera, la Diada, opinió sobre l'autonomia i el govern de la Generalitat).
- Actitud envers la catalanització (preferència per una organització de classe o nacionalista, autoidentificació en la escala d'actitud: nacionalisme-centralisme, projecció en els fills de la voluntat d'integrar-se, opinió sobre la integració *versus* catalanització).

Així, a través de 46 entrevistes en profunditat que oferiren una primera aproximació al tema que ens ocupa i serviren per redactar el qüestionari, i l'enquesta d'opinió realitzada el novembre-desembre de 1978 a 1299 persones residents a l'Àrea Metropolitana de Barcelona (vegi's Apèndix 1), procedírem a la comparació sistemàtica de les opinions dels autòctons (és a dir, persones nascudes a les quatre províncies catalanes/àrea lingüística catalana, inclosos els fills d'immigrants) i immigrants (és a dir, persones nascudes a la resta d'Espanya i residint a Catalunya), i analitzàrem la distància diferencial entre les opinions i actituds d'autòctons i immigrants respecte als indicadors dels subprocessos d'integració abans esmentats, a través del lloc de procedència, classe social (definida subjectivament), sexe, edat, ocupació, variable influïda alhora pel nivell d'estudis, i el vot en les eleccions del 15 de juny de 1977, influït al seu torn pel grau de religiositat.

Altres variables a tenir en compte foren: el nivell d'ingressos, tamany de la família, tamany del municipi on resideixen. En el cas dels immigrants, es consideraren com a condicionants o variables intervinents d'integració: la dècada d'arribada a Catalunya, edat en arribar, ocupació en el lloc d'origen, nivell d'estudis en arribar a Catalunya, temps de residència en el municipi, a més de la disjuntiva diferenciadora si entenen/no entenen el català i si han abandonat/no han abandonat la idea de retorn a la regió d'origen.

En la nostra anàlisi suposem a més que el procés d'integració sòcio-cultural varia en la segona generació d'immigrants respecte a la primera generació. És en el primer cas quan es

planteja realment el problema de la integració que nosaltres hem intentat estudiar a través de noves variables creades segons:

1. Regió d'emigració, primerenca o tardana (per dècades) i atracció immigratòria vers Catalunya.
2. Àrea lingüística (catalana-valenciana-mallorquina-illes Balears i Pitiuses-i castellana).
3. Regions concèntriques d'influència de Catalunya, sempre en comparació amb la resta d'Espanya.

Des de la nostra perspectiva² es tracta de veure si la inserció dels immigrants en una de les tres classes fonamentals de la societat capitalista catalana, manifesta a través de la seva participació en sindicats, partits polítics, en la lluita per les reivindicacions en els barris, el vot a partits de classe, etc.³, condueix o no a la seva identificació amb la cultura (és a dir, tradicions, formes de vida, símbols, normes, lleis, etc., que es desprenen d'una manera d'organitzar-se, produir, viure; en el sentit antropològic d'aquest concepte⁴, i la nació (és a dir, unitat de població o grup els membres del qual comparteixen una mateixa identitat que els distingeix d'altres grups, identitat resultant de trets distintius com: un territori comú, un o varis elements de cultura i, entre ells, la llengua; i el sentit de solidaritat entre els membres de la població, que està per sobre dels llaços ètnico-racials)⁵.

En una societat industrialitzada pot donar-se inserció de classe (això és, penetració i mobilitat en l'estructura ocupacional, participació en organitzacions de classe) per part de la població immigrada en funció de la defensa dels seus interessos comuns com a membres d'aquesta. Ara bé, lluitar per les reivindicacions de classe pot no significar lluitar per reivindicacions d'ordre nacional-cultural, —encara que, potser sí, nacional-polític—, ni evitar problemes ètnics o lingüístics. Ambdós tipus de lluita poden no coincidir ni en la direcció ni en el ritme⁶. El procés d'integració fluctuarà constantment entre la integració social (és a dir, en la societat industrialitzada, a través de la inserció de classe) i la integració nacional-cultural (en reivindicar com a propi l'àmbit, l'entorn en el si del qual els immigrants esdevinguin i se sentin ciutadans de ple dret, alhora que co-protagonistes). Parlar en català culminarà el procés sòcio-cultural, independentment i a més a més del procés psicològic d'identificació amb una terra, societat i nació. En aquest sentit, considerem que, 1r.) la integració sòcio-cultural és un procés més ampli i determinant que el d'assimilació lingüística o el de simple imitació de trets culturals, i 2n.) que el precedeix. És a dir, parlar *en català* no és el criteri definidor, sinó la manifestació més clara del procés (previ) d'integració dels immigrants en l'estructura social i vida política de Catalunya.

Aquesta idea d'integració s'allunya, per raó de la seva major amplitud i incidència d'un grup de població en l'estructura social i cultural, de la concepció que apunta vers la mera assimilació idiomàtica i/o mera imitació de trets culturals, sense atendre als canvis en l'estructura⁷. Rebutja, conseqüentment, l'alternativa assimilacionista que suposaria la subordinació política de les persones arribades —fa poc o més— a les institucions socials i polítiques de la societat receptora⁸. Nosaltres estem per un co-protagonisme dels immigrants en un projecte polític comú d'una societat emancipada en la qual elements sòcio-culturals de les distintes poblacions que la conformin, siguin lliurement assumits per tots els seus membres.

La integració en una societat industrialitzada-urbana és realment un problema per a la majoria d'immigrants que procedeixen de zones agrícoles i es converteixen en obrers industrials o treballen en els serveis de les grans ciutats⁹. El punt d'origen (agrícola, rural) d'aquesta gran majoria d'immigrants condiciona el seu ulterior procés d'integració en una societat industrial. Els autòctons (entre els quals s'inclouen els fills dels immigrants) parteixen de posicions d'avantatge respecte als immigrants per les relativament millors condicions d'accés a la informació sobre el mercat de treball, majors possibilitats d'ocupació i mobilitat ocupacional, de qualificació laboral i ampliació de coneixements, majors possibilitats d'incorporar-se a moviments reivindicatius de llarga tradició a Catalunya, etc., que els que aca-

ben d'arribar. A les dificultats d'emmotillar-se al treball industrial, cal afegir l'aïllament en "ghettos" urbans, les deficientes condicions d'habitatge i vida associativa. Tot això unit a la realitat d'instal·lar-se i haver d'adaptar-se a una terra i societat on es parla una llengua distinta.

A Catalunya, el problema de la llengua es planteja per a la majoria dels autòctons com la reivindicació nacionalista més immediata i urgent per la qual s'ha de continuar lluitant, malgrat la progressiva clarificació i delimitació de les diferències d'interessos de classe en l'àmbit nacional català, en l'època de transició democràtica que travessa Espanya. Per als immigrants, el problema de la llengua es planteja a curt termini (una generació?) per als qui no han tingut un bagatge cultural que els permeti, a Catalunya, competir en el mercat de treball; per als qui es veuen obligats a trobar ocupació en grans empreses on es concentren immigrants realitzant tasques menys especialitzades; per als qui no han tingut possibilitat d'aprendre el català —encara que sigui mínim, per part seva, el rebuig a aprendre'l o que la televisió ofereixi programes en català, sempre que la majoria dels costos siguin finançats per la *Generalitat*—.

Un cop garantit el seu ensenyament a les escoles (alhora que es garantint un contingut de l'educació adequat a les exigències de les condicions de treball i vida d'una societat industrialitzada, avançada), la llengua deixarà —potser— de ser problema. Però com assenyalen immigrants i autòctons, la qüestió prioritària és aconseguir l'autonomia per Catalunya ¹⁰. En aquest sentit és significatiu que en la negociació de l'*Estatut*, el mes d'agost de 1979, els temes més conflictius i innegociables foren els d'hisenda autònoma i primeres eleccions al Parlament de Catalunya ¹¹. De moment, els immigrants saben per endavant i en arribar a Catalunya que, encara que no parlin en català, se'ls entendrà o podran parlar en castellà, la qual cosa facilita —paradoxalment, i en contra de l'opinió d'alguns catalans acèrrims— el primer contacte i apropament dels immigrants a Catalunya, malgrat que la seva realitat nacional hagi estat encoberta per una política lingüística i social centralista durant decenni.

3. Observacions empíriques

Abandonament de la idea de retorn

La quarta part, aproximadament, dels immigrants que avui resideixen a Catalunya desitgen tornar a la seva terra d'origen, en les mateixes condicions de treball i vida que aquí. Així pensen els obrers i classe mitjana immigrants; la classe alta i els fills d'immigrants retornarien, en segon lloc, per raons familiars. El temps de residència a Catalunya influeix positivament en l'abandonament de la idea de retorn al lloc d'origen.

Viure i treballar a Catalunya

En conjunt, la població autòctona gaudeix d'un nivell mitjà d'estudis superior al dels immigrants, posseeix una millor qualificació professional i té una millor situació laboral dintre l'estructura ocupacional. La valoració que fan els immigrants de treballar a Catalunya en comparació amb altres parts d'Espanya, tot i essent positiva, recull aquesta diferència, per tal com les possibilitats de promoció apareixen més llunyanes per a ells que per als catalans d'origen.

En les empreses i centres de treball en general, hi ha una tendència a concentrar-se treballadors, quadres mitjos, caps, gerents, castellano i catalano-parlants, per separat. D'aquí que quasi bé tres quartes parts de la població activa immigrant afirmi que no li cal saber català en la seva empresa i que sigui la qualificació en el treball el criteri més reconegut com a vàlid per trobar i canviar d'ocupació a Catalunya, més que el de conèixer la llengua, ser jove o altres.

Aquestes breus consideracions ens porten a assenyalar que en el moment de realitzar-se la nostra enquesta, el novembre-desembre de 1978, no existia discriminació en funció de la llengua, entre les poblacions autòctona i immigrant. Continuaven, en canvi, existint diferències notables entre elles pel que fa referència al tipus d'ocupació i lloc de residència. Molts immigrants viuen en barris en els quals la manca de semàfors o els carrers sense asfaltar són encara avui necessitats per cobrir.

Novament, la població immigrada es concentra en barris, perifèrics, populars, que són veritables "ghettos" urbans on els seus habitants resten aïllats dels centres de les localitats i municipis en els quals s'han instal·lat. La marginació i l'aïllament en els barris o quasi-barris difícilment es compensa amb una vida associativa i de reunió intensa. Justament, entre els immigrants, ja sigui per l'escassa tradició associativa o per les excessives dificultats, es dóna un grau de participació en les activitats d'entitats i centres ciutadans diversos, molt menor que entre els catalans d'origen. Les Associacions de Veïns mereixen la confiança de la població immigrada, especialment d'aquells que arribaren els anys 60 i han pogut viure el creixement i desenvolupament d'aquestes organitzacions al servei dels interessos dels barris i llurs habitants.

Posicions polítiques i nacionalistes

En conjunt s'observa un grau d'informació i coneixement sobre les opcions i personalitats polítiques existents, més exacte entre els autòctons que entre els immigrants i una conducta electoral més d'acord amb les seves preferències ideològiques. El sentiment nacionalista es troba arrelat entre els catalans d'origen, per sobre de la classe social a la qual pertanyen. Els immigrants estableixen contacte i obtenen coneixement del problema nacional català, principalment a través del lloc de treball.

Aquesta situació es reflecteix en la menor congruència entre identificació ideològico-política i, per altre costat, nacionalista dels catalans d'origen i en la seva consistència a l'hora de votar partits polítics d'àmbit català. D'altra banda, els partits que es presenten als electors com a bàsicament catalanistes són els que pitjor representen els interessos dels immigrants, els quals, essent en la seva majoria treballadors, se senten millor representats pels partits socialista i comunista. Seria necessari observar si, en el futur, aquesta disparitat s'agreuja per poder pronunciar-se sobre les implicacions que això tindria per a la convivència de tots els ciutadans de Catalunya.

Els immigrants de l'Àrea Metropolitana de Barcelona donen els seus vots majoritàriament als socialistes i comunistes; els qui desitgen votar un partit de centre tendeixen a elegir UCD en detriment de CDC. Aquesta tendència es repeteix en el cas del vot obrer.

D'altra banda, la classe alta i mitjana catalanes es mostren partidàries d'una organització nacionalista més que d'una organització de classe. Independentment de la pertinença a una classe social, els autòctons donen la mateixa importància a una organització nacionalista que a la de representació dels seus interessos de classe. Els obrers catalans es mostren clarament d'aquesta opinió; en segon lloc, prefereixen una organització de classe a una nacionalista.

Els obrers immigrants expressen clarament la seva preferència per institucions que representin els seus interessos de classe. Els immigrants de classe mitjana i alta tampoc no opten per organitzacions nacionalistes, sinó de classe, encara que la proporció de persones que es mostri indiferent o probablement participarien en una organització que combinés ambdós objectius, és una mica superior que en el cas dels obrers.

La dona immigrant

Les dones en general, i les immigrants en comparació amb les catalanes d'origen, tenen majors dificultats en accedir a llocs de treball, pel seu nivell d'estudis i formació relativa-

ment inferior. Les possibilitats de formació professional a Catalunya han estat sempre menors per a les dones que per als homes immigrants. La discriminació de la dona, que radica entre altres raons en la divisió per sexes del treball, es manifesta en la diferència de salaris respecte als homes (per a la mateixa activitat) i en els obstacles que s'interposen per a ocupar llocs de responsabilitat.

L'abandonament de l'activitat econòmica per la dona a l'edat de casar-se afecta una mica més les immigrants que les catalanes, encara que la proporció de dones que treballen sigui quasi bé idèntica en ambdós casos. L'alliberament pel treball apareix amb progressiva intensitat com a objectiu, a mesura que pugem per classe social, nivell d'estudis i formació. Les dones de classe alta i mitjana són més sensibles a la possibilitat de trobar un treball que garantitzi certa creativitat i potencii la seva realització personal com a dones. Per a moltes treballadores, casar-se significa encara alliberar-se del treball embrutidor de la fàbrica o del servei domèstic.

En conjunt sembla que la dona catalana sigui "més lliure" "menys supeditada a l'home" que la immigrant, i tingui un nivell d'informació política superior a aquesta. La dona immigrant és més conservadora en les seves actituds polítiques que la catalana, i en general, el vot femení és encara diferent en el nostre país al dels homes. La variable: religiositat, seria probablement explicativa, en part, d'aquesta conducta diferencial.

En comparació amb els homes, les dones participen més en les activitats associatives i reivindicatives del barri. Les catalanes assisteixen als actes que se celebren en castellà i les immigrants als que se celebren en català, en majors proporcions que els homes. Les dones immigrants se senten també més identificades amb els símbols, institucions i forma de vida de Catalunya. En particular, projecten en els fills la seva voluntat d'integrar-se en Catalunya (en sentit divers al de "catalanitzar-se") i desitgen per a ells les possibilitats de promoció i oportunitats de treballs que pot oferir-los la nova terra. Desitgen tornar a la seva terra d'origen en menor proporció que els homes, els quals coneixen molts d'ells altres zones d'immigració a Espanya i a l'estranger i donen major importància a qüestions com la competència i promoció dins el treball. Les dones immigrants posen l'èmfasi en les relacions personals, la vida quotidiana, l'experiència concreta de la convivència en un lloc on s'han instal·lat i que accepten. Aquesta capacitat d'acceptació i adaptació a la realitat catalana no es tradueix automàticament en la conducta electoral, de forma que la representació del seu món real, quotidià, no es correspon amb el nivell ideològic-polític que regeix la societat.

Catalanització o integració socio-cultural

La llengua no sembla exercir un paper diferenciador o divisor entre la població que resideix a Catalunya. És majoritària l'acceptació de la coexistència del català i el castellà en l'escola i mitjans de comunicació, per exemple. No obstant això, existeix una lleugera tendència per part dels autòctons a preferir el català i per part dels immigrants a optar pel castellà. Ara bé, a mesura que ascendim en classe social, tant immigrants com autòctons prefereixen el català com a primera llengua. Al contrari, només entre els immigrants, a mesura que davалlem per classe social, es prefereix el castellà com a primera llengua.

La consistència per classe social es dona clarament en relació a l'explicació del perquè no hi ha necessitat d'entendre el català: quant més baixa és la classe social a la qual, sigui un català o un immigrant, hom pertany, més persones consideren que no és necessari. Novament, les persones de classe alta, nascudes o no a Catalunya, semblen estar més conscienciades sobre la necessitat de parlar el català. Però quan la qüestió depassa l'aspecte merament lingüístic i es relaciona amb circumstàncies més estructurals com el treball, la cultura o el fet de viure i conviure en un lloc determinat del món, les respostes d'uns i altres són pràcticament unànimes i positives independentment de la classe social o del lloc de naixement de la població entrevistada.

El factor de classe social no sembla afectar de forma determinant l'opinió dels entrevis-

tats sobre els trets diferencials dels catalans i de Catalunya, encara que sí influeix el lloc d'origen. En canvi, a l'hora d'avaluar el paper de les institucions polítiques catalanes, quant més baixa és la classe social a la qual pertanyen autòctons i immigrants, més es confonen l'autonomia (i la Generalitat) amb una situació d'independència o de privilegi per a Catalunya en comparació amb la resta d'Espanya. A mesura que ascendim per classe social, alguns immigrants pensen que l'autonomia discriminarà a favor dels catalans, però majoritàriament creuen que beneficiarà de la mateixa manera tots, fins i tot la majoria d'immigrants. Aquests no pensen que ells "són catalans", com declaren els catalans, si bé és cert que quant més elevada la classe social, més immigrants afirmen que lluiten per les institucions i el reconeixement de la nacionalitat de Catalunya, perquè se senten catalans i/o viuen en aquesta terra.

No sembla haver-hi dubtes que la majoria dels immigrants estan disposats a acceptar els costums i símbols, a conèixer la llengua i cultura catalanes, a lluitar per les institucions de Catalunya: en resum, a integrar-se en aquesta societat i nació. No sembla haver-hi tampoc cap dubte en la seva resistència a fusionar-se (per matrimoni), a assimilar-se (preferint participar en els llocs de trobada de la seva terra d'adopció, etc.), a deixar de parlar la pròpia llengua: en resum, a catalanitzar-se.

A la voluntat persistent dels autòctons d'homogeneïtzar el seu país, d'acord amb els criteris de "catalanitat", assimilant en conseqüència els arribats de fora, i reforçar la pròpia "identitat de poble", s'oposa la recent resistència dels immigrants a no perdre, a Catalunya, la pròpia identitat. Però si per als autòctons és una qüestió que supera el marc individual i es converteix en un objectiu polític a aconseguir a través del procés psicològic pel qual els immigrants han d'identificar-se individualment i personalment com a "catalans", per als immigrants es tracta de mantenir la llibertat individual de sentir-se andalusos, extremenys o gallecs, vivint aquí, participant en les institucions polítiques i contribuint a construir Catalunya. Així, doncs, accepten majoritàriament la seva integració voluntària enfront de la seva catalanització.

Condicionants de la integració

La crisi econòmica dels darrers anys ha repercutit en la disminució de fluxos immigratoris vers Catalunya, que en la dècada de 1971-81 rep sobretot immigrants amb un nivell d'estudis elevat, a diferència de la dècada precedent. Amb el pas dels anys, els immigrants residents a Catalunya experimenten, en comparació amb els autòctons i en termes relatius, un major grau de mobilitat ocupacional. Això ha d'entendre's en el sentit que, en el conjunt, els autòctons estan en millor situació laboral i ocupacional que els immigrants, per als quals el punt de partida és inferior i el moviment ascendent en l'escala ocupacional, més ràpid, tendint a ocupar-se en treballs qualificats de serveis com la banca o l'ensenyament.

La visió de Catalunya com a societat en la qual es practica un nivell d'instrucció relativament elevat per competir en el mercat de treball, està clara entre els immigrants, que adquireixen el seu bagatge cultural a Catalunya o emigren cap a aquesta terra amb un nivell d'educació ja elevat. El major grau de qualificació i professionalització és la raó més important per trobar treball que donen els immigrants, a excepció dels que arribaren recentment. Aquests es refereixen en major proporció a la necessitat de saber català, igual com els professionals, tècnics i funcionaris de nivell mitjà.

El tipus d'ocupació i el nivell d'estudis influeix més determinantment que el temps de residència o l'edat en arribar, en la conscienciació dels immigrants sobre la realitat social i nacional, així com en la seva major acceptació de la llengua catalana a l'escola i mitjans de comunicació. Així, els obrers qualificats, els immigrants amb estudis de formació professional i amb estudis de nivell superior apareixen més radicalitzats vers posicions d'esquerra i accepten organitzacions de caire nacionalista. Una vegada més, el nivell d'estudis i l'ocupa-

ció, més que el temps de residència, influeix en l'apreciació de la necessitat de conèixer la llengua per promocionar-se professionalment a Catalunya.

La influència dels polítics és clara en la tasca de conscienciació sobre el problema nacional. Els pocs immigrants que votaren CDC o ERC, i els qui optaren pel PSUC, accepten i coneixen millor l'idioma català que els immigrants que votaren UCD o PSC-PSOE. Les diferències entre els immigrants i autòctons, votants a aquests dos partits polítics majoritaris el 1977 a Catalunya, són notables, quant a l'acceptació dels símbols, actes polítics i institucions catalanes. Aquestes divergències segons el lloc d'origen disminueixen entre els qui votaren els comunistes, els quals en conjunt demostren també posseir un grau de conscienciació política i nacional una mica més elevat entre els obrers —molts d'ells immigrants—, i una incidència important entre la classe mitjana de Catalunya —presumiblement autòctons, en la seva majoria—, en relació a altres partits polítics d'esquerra. No obstant això, persisteixen les divergències d'opinió entre immigrants i catalans d'origen, votants el PSUC i PSC-PSOE en el que es refereix a la catalanització o la integració dels immigrants.

Amb el pas del temps, els immigrants que resideixen a Catalunya es tornen més conservadors —a més de ser menys consistents en la conducta electoral que els autòctons—, alhora que una mica més nacionalistes. A part del paper que juga l'avenç de la pròpia edat dels immigrants en situar-se en les posicions centrals de l'escala esquerra-dreta o tendir a votar proporcions majors partits polítics de centre (UCD o CDC) més que partits marxistes, d'esquerra (PSC-PSOE o PSUC), cal assenyalar la influència del medi ambient sòcio-polític de Catalunya, en el qual predomina una concepció del nacionalisme que, bebent de les fonts teòriques del Romanticisme alemany¹², transvasa ideologies polítiques de signe diferent i presideix la vida política de Catalunya.

El nivell d'Estudis, en canvi, influeix en sentit invers, fent més comprensible la realitat social i nacional d'aquesta terra espanyola segons els estudis que posseeix un immigrant, alhora que augmenta el seu rebuig a la catalanització forçosa. El tipus d'ocupació influeix també en aquesta qüestió, per tal com els obrers estan més disposats que els professionals i tècnics a adaptar-se i participar en la vida i cultura catalanes i a continuar vivint en aquesta terra, de la mateixa manera que els immigrants que elegiren una opció socialista o comunista en les eleccions del 15 de juny de 1977.

4. Alguns elements de reflexió

Els immigrants accepten la idea de "catalanització" en el sentit lingüístic de normalització de l'ús del català. Rebutgen la idea, no obstant això, quan es presenta amb connotacions assimilacionistes, com a variant d'aculturació¹³. La població immigrada, igual com l'autòctona, es mostra rebeca al suposat caràcter divisor de la població de Catalunya en funció de la llengua en què es parli, que la noció de "catalanització" comporta. Els immigrants no veuen la seva integració en aquesta terra espanyola com una meta. Els autòctons, al contrari, es troben imbuïts per la definició d'integració com a "voluntat de ser català", que es demostra parlant en català¹⁴, comú a posicions nacionalistes de signe polític distint.

D'aquí, l'estreta relació entre el problema d'integració dels immigrants i la qüestió nacional catalana. Els immigrants accepten la realitat de Catalunya com a nació, realitat comprovable històricament i culturalment, però no se sentiran nacionalistes de la mateixa manera, necessàriament, que els autòctons. Els catalans d'origen formulen el seu nacionalisme més en sentiments que en la possibilitat d'un moviment ideològic arrelat en l'estructura social i interessos de classe dels membres d'una societat en l'entorn nacional. Només així, la integració dels immigrants es resoldria no sols pel reconeixement d'una "cultura nacional" del poble català, sinó també a través de la lluita contra l'opressió d'una nació per part d'un poder estrany o estranger, en el dret dels pobles a disposar de si mateixos i sense negar la lluita de i entre les classes en el seu interior¹⁵.

Notes

- 1 Schoeck, H.: *Diccionario de Sociología*, Ed. Herder, Barcelona 1973, "Integración".
- 2 Per un desenvolupament més extens d'aquestes premisses, vegi's: Carlota Solé i Jesús Vicens: "Integració, assimilació, explotació. . . ?", *Perspectiva Social*, núm. 14, juliol-setembre 1979, Barcelona, pp. 35-36.
- 3 Existeixen diversos estudis sobre temes afins al que aquí ens ocupa, de necessària consulta: per exemple:
 - Castles, S. i Kosack, G.: *Immigrant Workers and Class Structure in Western Europe*, Oxford University Press, 1973.
 - Westergaard, J. i Resler, H.: *Class in a Capitalist Society, A Study of Contemporary Britain*, Heinemann, Londres 1975.
 - Rex, J. i Tomlinson, S.: *Colonial Immigrants in a British City, A Class Analysis*, Routledge and Kegan Paul, Londres 1979.
- 4 – Kahn, J.S.: *El concepto de cultura: Textos fundamentales*, Anagrama, Barcelona 1975, *passim*
- Watson, J.L. (ed.): *Between Two Cultures*, Basil Blackwell, Oxford, 1977, pp. 8-11.
- 5 – Radison, M.: *Sobre la cuestión nacional*, Ed. Anagrama Barcelona, 1975, *passim*
- Smith, A.D.: *Teorías del nacionalismo*, Eds. Península, Barcelona, 1976, pp. 235-238
- Warburton, R. T.: "Nationalism and Language in Switzerland and Canada", en Smith, Anthony D. (ed.): *Nationalist Movements*, The MacMillan Press, London 1976, pp. 88-109
- 6 En el cas de Catalunya, es tractaria de saber si la participació en organitzacions de classe que tenen el seu homònim a nivell d'Espanya, comporta la integració dels immigrants a un nivell més particular: el de la nació i cultura catalanes; i en virtut de quin mecanisme es produeix aquest tipus d'integració.
- 7 Aquesta és la posició de Pujol, J.: *La immigració: problema i esperança de Catalunya*, Ed. Nova Terra, Barcelona 1976; Nualart, J.: "Entorn de la immigració"; Badia i Margarit, A. Ma.: "La integració idiomàtica i cultural dels immigrants. Reflexions, fets, plans", ambdós articles en *Qüestions de Vida Cristiana*, núm. 27, Abadia de Montserrat, 1966, entre altres intel·lectuals i professionals els anys 60.
- 8 Giner, S. i Salcedo, J.: "Inmigración obrera y estructuras sociales en Europa", *Sistema*, núm. 14, Madrid 1972, pp. 63-66
- 9 És evident que els immigrants de classe alta i mitjana es trobaran menys afectats que els obrers per aquesta possible discriminació, atès que, pel seu origen de classe, tindran presumiblement més recursos (nivell d'estudis superior, més fàcil i garantitzat accés a llocs de treball, una més àmplia xarxa de connexions i influències, etc.) per enfrontar-se amb els obstacles de la seva integració en l'estructura ocupacional i social.
D'altra banda, és un fet que el 41% de la població catalana (Cens de 1975) prové d'altres indrets d'Espanya i s'instal·la en aquesta terra en una època de repressió cultural i política que impedí el contacte amb la realitat nacional-cultural de Catalunya.
- 10 Solés, C.: "La identificación de los inmigrantes con la cultura catalana", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 9, Madrid, març-abril 1980
- 11 Crònica de S. García, *El País*, 8 d'agost de 1979, Crònica de M. Madrigales, *Avui*, 7 d'Agost de 1979
- 12 Smith, A.D.: "Neo-classicist and Romantic Elements in the Emergence of Nationalist Conceptions", en A. D. Smith (ed): *Nationalist Movements*, The MacMillan Press, Londres 1976, pp. 74-87
- 13 "Acculturation", *International Encyclopedia of Social Sciences*, Crowell Collier, MacMillan, Inc., 1968
 - Watson, J.L. (ed.): *Between Two cultures*, Basil Blackwell, Oxford, 1977, pp. 11-21, 209-211
- 14 Pujol, J.: op. cit., p. 29. Veure com a contrapunt, Solé, C.: "integración versus catalanización de los inmigrantes", *Sistema*, 43-44, Madrid, setembre 1981
- 15 Vilar, P.: *Iniciación al Vocabulario de la Historia*, Ed. Crítica, Barcelona 1980, pp. 145-200

SOCIOLOGIA DE LA MARGINACIÓ

“ELS FACTORS ETIOLÒGICS EN ELS PROBLEMES DE DROGODEPENDÈNCIES”

Manuel J. Bárcena-Benedicto

PRESENTACIÓ

El present treball consta de quatre parts, clarament diferenciades entre si, que persegueixen un idèntic objectiu final.

En la primera d'elles, es tracta d'analitzar els diferents Factors Etiològics, que incideixen en el problema del Marginat Social, afectat per una Drogodependència, Simple o Creuada.

La segona desenvolupa la posta en pràctica, a nivell d'Investigació de Camp, sobre una mostra presa en una zona d'habitatges-rusc de l'entorn industrial de Barcelona, afectada per alts índexs d'emigració, atur i absència de centres d'esplai per a la població juvenil.

En la tercera fase, es posen les bases per a la formació d'un mínim Banc de Dades, que permetin una utilització econòmica i coherent dels recursos existents a Catalunya.

Dins l'apartat corresponent a la Prova Pilot, realitzada en la segona part, s'ha comptat amb l'ajut de les dades que proporciona la *Descripció demogràfico-social del Polígon de Font Magues*, també conegut com “Ciutat Meridiana”, estudi realitzat el desembre de 1980 per la Fundació Jaume Bofill; així com amb la col·laboració voluntària del Claustre de Professors, Junta Rectora, Associació de Pares i Delegats de Curs en Formació Professional de la Cooperativa d'Ensenyament “Ciutat Meridiana”.

A.1 FACTORS ETIOLÒGICS

Durant els darrers cinquanta anys, hem pogut constatar —per mitjà de les experiències aconseguides en més d'un centenar de països—, que tant a nivell sociològic com pedagògic, cap mètode basat en el manteniment de l'Ordre Instituit, resulta en si mateix educatiu; la idea d'una estructura típicament repressiva mantinguda en tots els nostres hospitals, presons, reformatoris, patronats i centres de reinserció social, amb uns mètodes estrictament disciplinaris han anat fracassant reiteradament quant a la seva operativitat pràctica a nivell social i educatiu.

Aquesta situació ens obliga a deixar de banda els citats sistemes —un cop que hem comprovat llur ineficàcia—, i per tant a tractar de demostrar la raó que tenen els qui, com Skinner, defenen la tesi que “si bé l'ordre és necessari en qualsevol tipus de convivència humana, també és cert que el seu manteniment, no és ni econòmic, ni sociològicament pedagògic”; d'aquí que el problema de les Drogodependències es multipliqui a causa de tota una sèrie de plantejaments infantilment simplistes. Si, com exemple comparatiu, poséssim la quantitat i qualitat dels esforços i energies, esmerçats per les diverses confessions religioses en llurs sermons, estudis teòrics, prèdiques i publicacions, dirigits a mantenir un determinat tipus de Moral, veuríem com l'Església col·labora en el manteniment d'unes idees moralistes, però no tenim proves que els sermons transformin les paraules en conductes conseqüents.

Aquest canvi d'enfoc ens faria variar la clàssica definició segons la qual "*qualsevol toxicòman és igual a un delinqüent*", per una altra: "*drogodependent igual a malalt social*".

Partint d'aquí, arribaríem a la conclusió segons la qual malalt/malaltia social, ho és —en part— per uns condicionaments psicològics i, per tant, si analitzéssim els condicionaments psicològics, socials i antropològics dels individus d'una determinada estructura social, arribaríem a la mateixa arrel del problema, sense restar en la simple i pura representació exterior de les variables socials i individuals.

Per a poder analitzar l'estructura interna del problema, hauríem de realitzar una tasca en equip que analitzés quatre aspectes:

- a) Atès que el problema es presenta com majoritàriament juvenil (1.), hem d'*informar*, per sobre de prejudicis i d'interessos adquirits.
Aquest informe ha d'ésser necessàriament:
 - *cert* (ni hipòcrita, ni exagerat),
 - *científic* (en el positiu i el negatiu);
 - en un *llenguatge accessible*.
- b) Es imprescindible l'exemple pràctic per part dels responsables del programa (no podem parlar de la nicotina, fumant; ni d'alcohol, anant-nos a prendre'ns uns vins amb els interessats); això sense oblidar que "fan més mal 6 copes de conyac que 6 cigarrets de Marihuana".
- c) Realitzar una teràpia múltiple: clínica, social, educativa, perquè si bé el metge desintoxica, i el pedagog educa, no haurem aconseguit absolutament res, si no facilitem a l'individu un canvi d'hàbitat social i laboral.
- d) El darrer aspecte a investigar són les "causes":
 - anteriors i
 - immediates, i les
 - conseqüències, immediates i posteriors.

Partint d'això, i passant a l'Estudi Sociològic de les causes, podem agrupar-les en 18 "Motius Tipus":

- 01 — Societat de Consum
- 02 — Problemes familiars
- 03 — Problemes Psico-Biològics de l'individu
- 04 — Curiositat enfront de la cosa desconeguda
- 05 — Factor prohibitiu
- 06 — Situació laboral
- 07 — Marginació cultural
- 08 — Pressió del medi ambient
- 09 — Sensació de plaer
- 10 — Sensació de fugida
- 11 — Alteracions metabòliques i somàtiques
- 12 — Desinformació (falsa informació)
- 13 — Aspecte econòmic ("camell", dependència econòmica)
- 14 — Apatia
- 15 — Aspecte jurídic-penal
- 16 — Reacció de protesta
- 17 — Pseudo-Misticisme
- 18 — Fàcil accés: — Econòmic; — Legal; — No legal.

Aquesta llarga exposició de motius, els podem agrupar —pel fet que actuen normalment interrelacionats alguns d'ells—; com exemple il·lustratiu, podem agafar el 13 (en uns, afany de guany, traduït en necessitat de diners, en altres, traduït en forma de dependència), que s'uneix amb l'1, pressionat normalment pel 5, 6 i 8; tot això ens porta al 9, i en conseqüència al 10, el qual de vegades es presenta associat al 4, i aquest sempre amb el 12.

Intercanviant les diferents variables, s'obtenen resultats similars.

Així, doncs, si analitzéssim la "facilitat d'accés" al mercat, dels diferents productes, ens veuríem obligats a enllaçar-ho amb "la societat de consum", la qual cosa ens duu sempre a l'"aspecte econòmic"; això, ens obligaria a estudiar i comprovar les causes del perquè en països d'estructura econòmico-social (i, per tant, de mentalitat) no capitalista, el problema és sensiblement minoritari.

Un altre enfoc, ens ho donaria l'anàlisi de l'aspecte "apatia", el qual ens portaria al problema dels "sistemes educatius", amb els quals estem mal educant la nostra joventut; aquí ens trobaríem amb una altra contradicció pròpia del sistema, perquè d'una banda "no tolerem allò que de sincer i positiu té l'esperit crític de la nostra joventut", i per evitar aquesta crítica, l'anul·lem quan neix, aconseguint en comptes de la desaparició d'aquest esperit crític, un conformisme i una apatia que se'ns torna en contra; conformisme-apatia, que contínuament afavorim per mitjà de la mecanització i dels sistemes de comunicació (potser, més aviat, incomunicació?) social i de publicitat selectiva; en aquest sentit està molt clar que el neoconductisme nord-americà desenvolupa la "decisiva importància de l'ambient social en la formació de la personalitat". (Aquesta qüestió la van posar en pràctica i amb èxit, durant la dècada dels 50, els psicòlegs socials russos).

Dintre de la societat, en la qual intentem conviure, i mirant els nostres fills, veiem que aquests no són res més que el reflex difuminat d'uns fatigats pares que fugen de qualsevol esforç, cercant una imatge falsa de tranquil·litat (comoditat i bon viure), és a dir "quelcom que considerem plaent" (i això al preu de compravenda que ens demanin). La lògica conseqüència d'això és que aquests mateixos fills intenten "també" de trobar "el seu propi plaer", pel mateix o per un altre camí. Aquí és on hauríem d'investigar el perquè ha fracassat l'aspecte educacional, en les seves diverses facetes, una de les quals —com apuntàvem al començament— ens mostra com esdevé negatiu l'autoritarisme. De la mateixa manera veiem que, en abandonar-lo i si passem a una permissibilitat total, ens trobem que l'home no és un ésser espontàniament lliure, sinó que es troba sotmès a tota una sèrie de condicionaments externs, que en un o altre sentit el limiten. Si continuem confonent "la llibertat de l'autodomini" amb la "llibertat metafísica" el resultat és el fracàs a nivell sociocultural; en aquests casos, la fugida pot (i acostuma) ésser la solució més fàcil; aquesta evasió-tipus es pot donar en forma d'alcohol o de qualsevol altre tipus de droga.

A tot el que hem dit, hauríem d'afegir, d'una banda els problemes laborals produïts, en uns casos, per la manca de treball i, en altres, per l'alienant automatització d'aquest, i els problemes familiars (normalment lligats amb els anteriors); no podem oblidar que un elevat tant per cent d'allò que comença com un discret i poc important desajust escolar, acaba en una colla de delinqüents juvenils, dels quals una part es transformen en drogodependents (en ambdós casos, llur marginació social és evident). Uns i altres han començat amb una absència de l'ambient familiar, efectivament afectiu i acollidor; aquestes absències, sabem que vénen provocades pel defecte educacional que arrosseguen els integrants de la parella que forma la unitat familiar nuclear; això, si li afegim un medi ambient social similar, ens condueix a comprovar pràcticament les conseqüències d'una part d'aquest 72,3% de matrimonis fracassats en el nostre país.

Si estudiem l'aspecte laboral, i donades les condicions de treball (d'aquells qui encara en tenen...), no només ens preguntariem si li és necessari a l'home de les nostres ciutats el tabac o l'alcohol, com a l'habitant de l'altiplanície Andina les fulles de Coca per a poder continuar treballant, subsintint; això ens obligaria a enllaçar la seva manca d'humanitat

amb la de la resta de la vida social que l'envolta, atès que si bé ens podem sentir orgullosos que avui el treballador de la societat industrial disposi de pis i cotxe propis, això és a causa de no produir una ruptura en els sectors industrials de la construcció o l'automòbil; el que ens porta —de nou— a la conclusió que no només hem d'afrontar aquest o aquell problema (droga, atur, educació, etc...), sinó el de l'estructura social en què vivim i que ens obliga a cercar una evasió.

Aquest desig d'evasió (en aquest cas a través de les drogues), ens diu ben clar que fallen les relacions interpersonals; aquí és a on se'ns obre als sociòlegs (i als psicòlegs socials) un immens camp d'investigació, que podria enfocar-se simultàniament a través de:

- La inadaptació sexual
- El fracàs en l'ideal juvenil d' "un món millor"
- El fracàs de les relacions materno-filials.

Si ens referim al ja esmentat fracàs de l' "idealisme juvenil", que topa amb la realitat que l'envolta; o expressat d'una altra manera: "*a la manca de sentit de quelcom per al que valgui la pena sacrificar-se i lluitar*", acabarem defensant que "la molt còmoda i rendible (per a l'Estat) despolitització de la joventut" és un altre tipus de les mal anomenades drogues dures; amb això, ens veuríem en la necessitat de sumar a les drogues específicament químiques, unes altres de tipus no convencional, però que potser posseeixen un major grau de dependència.

Un altre enfoc que podríem donar, seria el d'una "protesta" o el d'un "pseudomisticisme", aspectes que la nostra societat considera com absurdes excuses, però que si ens aturem a analitzar-los en profunditat, no ho són pas tant.

Respecte a la *protesta*, no va més enllà que una forma primària de contestació contra uns mòduls de vida construïts per les anteriors generacions i en un nivell exclusiu de societat de consum, i que són rebutjats per tal com "no hi ha millor arma, contra aquesta societat, que consumir el que la societat rebutja, i rebutjar el que consumeix".

Quant a l'aspecte *pseudomístic*, hem de recordar que fou Huxley, el qui fa més de 40 anys cridà l'atenció sobre aquestes qüestions, utilitzant, com els antics asteques, "mescalina"; però el que per a ell no és més que un experiment, a nosaltres ens indueix a qüestionar-nos el perquè des del segle XVI al XX, aquesta manca de misticisme —una constant comuna a totes les esglésies d'àmbit cultural hebraico-cristià— ha convertit les diverses religions en quelcom *no transcendent*, sinó *administratiu*, oblidant que l'home, pel sol fet de ser-ho, sempre cerca aquest "quelcom" que se li escapa; d'això, a intentar d'aconseguir el que de semblant pugui arribar a tenir una sensació mística amb una altra de psico-fisiològica, produïda per substàncies químiques, tan sols n'hi ha un pas.

D'aquestes breus notes, que poden servir com a començament d'una anàlisi més profunda, hi ha quelcom que se'n desprèn clarament; és el següent:

Que en tot moment, i en qualsevol circumstància, el *drogodependent* ha d'ésser tractat com un ser humà, no com un delinqüent comú (un simple número); és a dir, sense oblidar la seva dimensió social, com a persona.

B.1 PLA D'ESTUDI SOBRE LES DROGODEPENDENCIES

Si ens remuntem, tant com volguem, en el transcurs de la Història, ens adonem que l'home s'esforça a trobar (en la natura), o a fabricar (artificialment), substàncies que siguin capaces de modificar i exaltar les seves facultats.

Aquests productes, sobretot en llurs orígens, foren utilitzats amb finalitats d' "iniciació mística col·lectiva" (en ocasions i simultàniament, per a usos terapèutics); com exemple, poden servir les cultures egípcia, asteca, maia, grega o xinesa.

Amb el pas del temps, es va anar produint una divisió entre Orient i Occident en la selecció i ús d'herbades sagrades, específiques a un o altre món.

A l'Occident, aquestes foren preferentment de tipus alcohòlic —cultures semita i ària—, essent el vi, amb o sense mixtures, la droga arquetípica, mentre que a l'Orient d'Europa ho era una mescla de "cànam i opi", anomenada "estramoni" pels grecs i romans, i que posteriorment formà part de la composició dels cigarrets anti-asmàtics.

Amb el transcurs dels segles, la funció de les drogues s'ha anat enriquint amb les noves aportacions, i passa de l'ús sagrat al profà, utilitzant-se en molts casos per fer oblidar el dolor, el cansament i la fam a les classes més baixes de la societat —com actualment és el cas de Perú i Bolívia amb les fulles de coca; el peiot a tota l'Amèrica Central; el cànam en el nord d'Àfrica, Europa i el pròxim Orient; el cachà a l'Àfrica Oriental i l'opi a l'Orient.

Si analitzem fredament els motius extra-històrics de la caiguda d'algunes civilitzacions, podem trobar la seva causa en aquestes substàncies de la mateixa manera que el *saturnisme*, originat per la continuada i involuntària ingestió del plom, fou una de les causes de la decadència romana.

Fins ara fa poc temps, les drogues eren un mal "endèmic", relacionat exclusivament amb adults, en unes circumstàncies sempre molt concretes; era un problema del qual se'n coneixien les causes, els efectes i els seus límits.

Però actualment assistim a una veritable explosió del fenomen de les drogodependències, que afecta les capes més joves de la població, de manera "epidèmica", en contra de la qual és extremadament difícil lluitar, atesa la ignorància i la falsa informació existent.

Una de les poques armes, demostrades eficaces, en la lluita contra els efectes de les drogodependències és "la prevenció per mitjà de la informació", tot i reconeixent que la possibilitat d'un efecte de "boomerang" pot esdevenir perillosa.

En qualsevol cas, aquesta formació-informació s'ha de presentar de forma objectiva, molt documentada i constantment posada al dia, evitar tot dogmatisme —moral o intel·lectual— i en cada cas concret adaptar-se a l'edat, nivell cultural i ambient sociològic del grup particular al qual es dirigeix en aquell moment.

Utilitzarem un sistema àudio-visual que en si mateix obliga a una anàlisi contínua del resultat i del mètode; cal també la utilització d'una bibliografia actualitzada i abundant (amb els problemes que això comporta en el nostre país); ens hem de posar prèviament en estat d'alerta contra les opinions preconcebudes que, adquirides per mitjà de la TV, premsa i comentaris del carrer, no sols prejuten erròniament, sinó que bloquegen qualsevol tipus d'estudi social, estadístic, psicològic, històric i clínic.

Tant les fitxes com els textos i les diapositives, es basen en els treballs efectuats durant els darrers deu anys pel Centre Didro de París, així com el material facilitat per l'Organització Mundial de la Salut amb seu a Ginebra i les dades del Departament d'Estupefaents de la Secretaria General de les Nacions Unides, als quals s'han afegit les estadístiques —en allò que respecta a Espanya— i l'estudi realitzat sobre el tema per la "Direcció General de Joventut i Promoció Sòcio-Cultural" en col·laboració amb els Ministeris de Sanitat, Interior, Cultura i Justícia.

B.2 PLA DE TREBALL

Com ordre de treball —susceptible d'alteració, segons sigui el problema prioritari—, podria seguir-se el següent:

A. Presentació general (ambientació).

B. El Cànam (Marihuana).

C. Al·lucinògens.

Derivats anfetamínics; "S.T.P."; (Serenitat — Tranquil·litat — Pau).

Àcid ligèric — L.S.D.

Psicosybe; Amanita i altres bolets.

D. La Coca (Cocaïna).

- E. Els Opiacis (Heroïna).
- F. Les Anfetamines.
- G. Els Barbitúrics.
- H. La Mescalina (Peiot).
- I. L'Automedicació.
- J. Altres tipus de Drogues.

De fet, aquest ordre no significa preferència, sinó més aviat una classificació tradicional que, en l'estat actual dels estudis sobre drogodependència, en part està ja superada, però que té l'avantatge de ser molt coneguda.

Independentment del que hem dit, l'apartat "J", el podríem dividir en:

- Estupefaents (eufòrics).
Són "analgèsics del sistema nerviós central" derivats per síntesi de la Morfina: Metadona, Mesfedina, etc.
- Estimulants (excitants).
Són tots els productes d'alimentació que contenen Cafeïna: Te, Cafè, Mate, Cacao, Cola, ...
- Depressius (hipnòtics).
 - Hidrat de Cloral, Quinazolons
 - Kava-Kava (Methycine).
- Enervants.
 - Alcohols (vins, aiguardents, cerveses)
 - Èter i derivats anestèsics
 - Cloroform i derivats anestèsics
 - Inhalants (benzè, toluè, tricloretilè, liniments d'esportistes, cola de moquetes, acetones, disolvents de vernís d'ungles.
- "Placebos" del tipus de la pell de plàtan torrada, líquid de frens ...
- "Nou moscada".

També hi caben en aquest apartat les injeccions de llet, petroli, licors anissats o escarxats; beure o injectar una decocció d'opi, atropina o drogues del tipus anti-parkistanià. L'ús de tots aquests succedanis s'extén quan en el mercat de les drogues clàssiques es produeixen "moments de pànic" (com succeí els anys 1974-75 amb l'heroïna); això passa també amb els "placebos", els quals, en si mateixos, són productes inofensius, amb un feble efecte psíquic, freqüentment utilitzat en clínica, amb finalitat psicosomàtica; pot produir en certs individus una tendència envers les drogodependències que cal controlar.

Dintre de l'ordre citat (o de qualsevol altre de similar), cada una de les drogues-tipus es descomposa en:

- Classificació
- Nom científic
- Denominació del carrer (argot)
- El què és?
- Principis actius
- Ús terapèutic
- Forma d'absorció
- Mostres del producte
- Efectes: - fisiològics - psíquics
- Aspecte jurídic
- Tipus de dependència (i signes externs)
- Tractament.

PROGRAMA DEL CURS PREPARATORI PER A MONITORS D'ENSENYAMENTS ESPECIALS DE SOCIOLOGIA, DINS L'ÀREA DE LES DROGODEPENDÈNCIES

FINALITAT

1. Coneixements teòrico-pràctics de les farmacodependències i llurs conseqüències.
2. Preparació de Diagnòsis: conseqüències socials, econòmiques, fisiològiques, psicològiques i culturals.
3. Tractament clínic i prevenció sociològica: atenció especial a:
 - col·legis
 - instituts
 - habitatges-rusc dels entorns industrials
4. (1 més 2 més 3) = Investigació en escalonament per àrees, continuada periòdicament amb revisions trimestrals d'aquestes àrees de treball: l'organització d'un banc de dades en cada població en la qual es treballi. Aquí podrien i haurien de col·laborar els:
 - I.C.E. locals,
 - les delegacions del Ministeri de Cultura,
 - Universitats i investigació,
 - Ministeri de Justícia,
 - Escoles d'assistents socials,
 - Col·legis de metges i farmacèutics,
 - Escoles d'A.T.S.,
 - Escoles privades o oficials de sociologia,
 - Ajuntaments,
 - Creu Roja ...

SISTEMES DE TREBALL

1. Classes àudio-visuals, simultàniament teòrico-pràctiques, a càrrec de professorat prèviament especialitzat.
2. Anàlisi i comentari sobre els materials àudio-visuals, de pràctiques i bibliogràfics.
3. Realització obligatòria d'un treball d'investigació (al llarg del curs, i no només al final) sobre:
 - diagnòsi
 - tractaments
 - prevenció
 - investigació
 - sociologia de les drogodependències(Màxim en grups de tres).
4. Discussió de tot l'anterior, per part dels autors, en una classe especial per cada un dels temes.

DESENVOLUPAMENT

1. Idees fonamentals sobre les drogodependències.
2. Classificació: - de les drogues
 - de les dependències
3. Argot: - tècnic
 - del carrer
4. Problemàtica de la droga en la ciutat de la qual es tracta, la regió i a Espanya.
5. Bioquímica i Fisiologia de:
 - alcohol
 - tranquil·lizants

- barbitúrics
 - anfetamines
 - opiacis
 - nicotines i alquitrans
 - al·lucinògens, LSD
 - dissolvents, llurs efectes en el S.N.C.; dependències físiques i psíquiques
 - toleràncies
 - "Mono" - síndrome d'abstinència.
6. Efectes de cada un d'ells en:
 - família
 - treball
 - sexualitat
 - embaràs
 7. Història de les drogues a Europa i a Espanya
 - Funció econòmica en la producció, distribució i consum.
 - Aspectes polític-socials.
 - Legislació espanyola i internacional sobre droga i farmàcies.
 - Actitud familiar i social; la policia, l'església.
 8. Sociologia i Psicologia dels drogodependents.
 9. Etiologia: - social
 - psicològica
 - somàtica
 10. Diagnosi i tractament, segons tipus de producció; anàlisi de dades.
 11. Prevenció. Programes de prevenció:
 - legislació
 - educació
 - sanitat
 - ambient social
 12. Les tasques del sociòleg, en un equip de treball sobre drogodependències:
 - investigació
 - prevenció
 - formació
 - tractament
 - anàlisi
 13. Mètodes d'investigació:
 - Estudi farmacològic de cada producte
 - Antecedents i conseqüència de cada producte
 - Pautes de consum:
 - educacional
 - ambiental
 - religiosa
 - econòmica
 - temps lliure: - lleure
 - atur laboral
 - Estadística
 14. Banc de dades:
 - interconnexió entre els existents
 - bibliografia a dos nivells: llibres i revistes (nacionals i estrangers).

LA HISTÒRIA DE VIDA EN L'ESTUDI DE LA DELINQUÈNCIA JUVENIL A BARCELONA: POSSIBILITATS I LIMITS

Juli Sabater, Josep Ma. Pascual i Raimon Bonal

Introducció

Aquesta recerca s'inclou en una autèntica política d'investigació del fet delinqüencial promoguda per l'Ajuntament de Barcelona i amb la col·laboració de les àrees de Joventut, de Serveis Socials i de Protecció Ciutadana. Fonamentalment, es tracta d'obrir un procés de recerca que no solament tingui compte dels aspectes quantitius del fet delinqüencial, sinó que penetri qualitativament en la comprensió dinàmica del fet.

La nostra petita aportació vol incidir sobre els elements més rellevants que autoritzen la penetració qualitativa en la realitat que es vol assolir i comprendre. Deixem, doncs, deliberadament al marge la metodologia quantitativa i l'altra vessant que comporta aquesta important recerca: l'estudi dels mitjans de comunicació com a formadors d'una ideologia determinant en la visió de la realitat del delictes i del delinqüent.

Malgrat la importància que pugui tenir efectivament aquesta quantificació i aquesta anàlisi de la comunicació massiva dels successos, nosaltres creiem que l'estudi qualitatiu de la problemàtica present és veritablement l'única que ens permet fer una aproximació seriosa a la dinàmica delictiva. Es per això mateix que ens sembla que la nostra aportació teòrica no és simplement una justificació, sinó que permet assolir i comprendre una realitat tan difícil com ho és la dinàmica viscuda de la delinqüència; en darrer terme, aquesta és una manifestació més de la desorganització del nostre sistema socio-econòmic vigent i, per tant, té un alt interès d'ésser abordada en profunditat.

1. El plantejament de l'estudi

La justificació última d'aproximar-nos a una realitat tan complexa com és la delinqüència a través o per mitjà de la metodologia qualitativa, no és pas simple. El nostre discurs passa per una visió essencialment teòrica, per una comprensió metodològica i per l'opció i l'adopció d'una tècnica determinada.

Des del punt de vista teòric, la nostra perspectiva és la de l'*interaccionisme simbòlic* (G.M. Mead) que parteix del pressupòsit que el jo es forma per reaccions dels altres en el procés d'interacció social. Segons aquesta perspectiva, l'acció social cal contemplar-la com una unitat d'observació en tota la seva càrrega simbòlica, és a dir, en el sentit que li atribueixen els diversos actors socials. Segons aquesta perspectiva, els signes, els senyals, els símbols i el mateix llenguatge són tan importants com l'acció mateixa.

Segons aquest discurs teòric, l'interaccionisme simbòlic permet fer el pont o l'entroncament entre el model explorador, és a dir, la temàtica de la delinqüència i tot el que l'envolta i el model verificador, és a dir, la manera d'interpretar-la i de llegir-la.

Des del punt de vista metòdic, la nostra perspectiva és la de l'anomenada *sociologia comprensiva* (Max Weber) que insisteix en el fet que la situació social determinada cal

que sigui compresa intel·lectualment; és a dir, cal posar-se en el lloc dels actors per a poder-la comprendre, entendre i explicar. L'avantatge de la visió comprensiva rau en el fet que no solament s'interessa pel mètode històric genètic, sinó que s'inscriu dintre les categories intel·lectuals que fan comprendre els fenòmens des del punt de vista dels seus agents.

Des del punt de vista de les tècniques a emprar, la nostra perspectiva adopta la de *les històries de vida* que, malgrat que sempre hagin fet dificultat als sociòlegs per causa de la seva difícil tipificació, tenim raons sobrades per a adoptar aquesta tècnica.

Si bé és cert que el perill de les històries de vida és precisament la no globalització, el petit poder de generalització, i que es requereix massa temps per a obtenir uns resultats, ningú no pot negar la força exploratòria de les històries de vida fins el punt que es manifesten com un camí molt vàlid per a la formulació adient d'hipòtesis de recerca, com tampoc no es pot obviar l'avantatge de les històries de vida per tal com permeten fugir de l'estereotip, és a dir, la simplificació intuïtiva i intel·lectual que allibera de tota anàlisi, o un altre avantatge indubtable com és fer-nos veure la naturalesa problemàtica de les relacions humanes i socials que no admet de cap manera el determinisme més carregat de ciència i, a més, permet comprovar la teoria criminològica de l'etiquetatge de la desviació social, és a dir, l'anomenada "labelling".

La història de vida ens permet penetrar la realitat subjectiva de la persona, entrocant-nos directament amb la noció de procés i, finalment, posant en constant interacció la història de vida viscuda pel subjecte amb la història de la societat concreta que li ha tocat viure.

El poder de generalització o tipificació de les històries de vida rau únicament en fer el permanent maridatge entre la veritat personal i la veritat universal; els contrapunts seran precisament la seva evidència.

A l'hora d'adoptar com a tècnica la història de vida, tenim present quelcom que dona unitat al nostre discurs teòric i metodològic. Nogensmenys, es tracta d'erigir en criteri de veritat l'experiència i nosaltres creiem que podem fer ciència a partir de l'experiència personal dels nostres actors.

2. L'aproximació a la realitat empírica

Amb aquests pressupòsits teòrics, metodològics i tecnològics el problema que se'ns planteja en el moment d'intentar l'aproximació a la realitat social que volem investigar, passa per l'esquema que permetrà veure la incidència, la correlació i la interacció de les tres fonts d'energia que intervenen necessàriament en la transacció social, és a dir, en el passatge a l'acció de qualsevol actor social. Nosaltres intentarem aplicar-lo únicament a l'acció delictiva; però el nostre model, el nostre esquema ha d'ésser vàlid a l'hora d'estudiar la transacció social de qualsevol acció humana i social de la vida de cada dia. Diem, ja ara, que aquestes tres fonts d'energia són la cultura (en tant que aparells lògics que permeten orientar l'acció), el social (en tant que recursos materials o no, necessaris per a l'obtenció dels objectius de l'actor) i la persona (en tant que recursos estretament lligats a la inversió afectiva de l'actor, no sempre adequadament racionalitzats).

Segons aquesta perspectiva, quan nosaltres parlem d'una relació social, sigui quina sigui, ens referim concretament a les interferències fàctiques entre les tres fonts d'energia esmentades.

I quina relació tenen aquestes tres fonts d'energia? Com intervenen cadascuna d'elles en la transacció social efectiva?

Diem d'entrada que la nostra anàlisi passa en un primer moment per privilegiar la pràctica de l'actor a través de la qual ha estat detectat el subjecte de la història. En un segon moment, l'anàlisi organitzarà, a partir de la història, tot el conjunt de pràctiques conscients o inconscients del subjecte. El tercer moment, serà el que permetrà d'arribar a la comprensió de tot el món significatiu del subjecte en funció del model preestablert.

I quin és veritablement i en definitiva aquest model?

Diem d'entrada, per a fugir de tot psicologisme, que nosaltres pretenem subratllar la importància de la dimensió col·lectiva en la visió de l'actuació social; diem això, perquè alhora que exposem ara el nostre model, que vol tenir compte de tots els elements que intervenen en el "passatge a l'acció", hi ha aspectes psicosocials que poden fer recurs fàcil a la ciència psicològica més que a la sociologia. Que ningú no es presti a engany: la nostra perspectiva és eminentment sociològica perquè pretén veritablement abordar una realitat tan específicament difícil com la delinquència des de la perspectiva única de les relacions socials que s'hi nuen.

3. El nostre model

La font d'energia que hem anomenat "social" és la que determina uns efectes de poder, estructurats; és a dir, una capacitat de contribuir a organitzar xarxes d'interaccions. El "social" és precisament el que relliga les diverses col·lectivitats socials que en un sens fi de relacions condicionen, determinen i expliquen objectivament les conductes i les pràctiques socials.

La font d'energia que n'hem dit "cultural" és la que determina els efectes de consciència, estructurals; és a dir, que en darrer terme és el que porta llum sobre la representació de la vida social que es fa el mateix actor social.

La relació entre ambdues fonts d'energia, cultural i social, és la determinant del que correntment en diem ideologia i és la que, en darrer terme, "explica" el perquè d'unes pràctiques socials.

Prenem un exemple per a millor comprendre aquesta relació de referència. Les pràctiques d'un vailet X són considerades socialment i jurídicament com delictives: ha fet diversos atracaments a entitats bancàries, que són condemnades judicialment per atemptar contra la propietat privada i socialment per pertorbar greument l'ordre social generalment acceptat. Si privilegiem aquestes pràctiques per a detectar, en un primer moment, el subjecte de la nostra història de vida, caldrà arribar fins a la font d'energia "social" que ha determinat una desestructuració significativa de la personalitat, com és la família amb unes condicions desorganitzatives peculiars, una primera infància particularment turbulenta, uns condicionaments sòcio-econòmics particularment degradats, un absentisme escolar que sobrepassa totes les previsions, una abundància de germans particularment notable, unes condicions d'habitatge sensiblement difícil, unes amistats grupals marcades pel seu aspecte opressiu, etc. Però caldrà, a més, arribar fins a la font d'energia "cultural" que ha determinat un enfoc o representació social de la seva vida: una concepció del temps atípica, una desestimació específica de la propietat, una visió del seu futur fatalista, una creença insospitada en una simbologia pròpia dels seus grups de pertinença, etc.

Ambdues, la font d'energia cultural i la social, confeccionen tota una ideologia que dona raó d'ésser a aquestes pràctiques d'atracaments. Fins aquí el nostre model s'entreté en explicitar el que hi ha més amunt o darrera d'aquestes pràctiques socials; però ens manca encara l'anàlisi del que hi ha més avall o després d'aquestes pràctiques i que condicionen tant o més que el propi passat.

Dintre d'aquesta perspectiva de posterioritat a les pràctiques de l'actor, cal analitzar encara dos elements que intervenen directament en tota l'acció: ens referim concretament a la "lògica intencional", és a dir, el sentiment viscut o les conseqüències previsibles d'aquesta acció o d'aquestes pràctiques per part del subjecte; sentiment viscut que pot ésser conscient o inconscient. Ens referim, així mateix, a la "lògica no intencional", o als efectes que se segueixen d'una pràctica o les conseqüències no previstes pel subjecte i que són com una fatalitat objectiva comportada per la realització de les mateixes pràctiques.

Aquí també un exemple il·lustrarà a bastament el que pretenem dir: el nostre atracador, conscientment, té el sentiment viscut de voler fer-se amb una possessió que li permetrà lluir

davant dels seus companys i, inconscientment, té el sentiment viscut que l'atractament exitós li donarà un prestigi crescut dintre els companys del seu propi món. A més, però, hi ha quelcom no intencional o conseqüències no previstes d'aquestes pràctiques: si és atrapat, caurà en mans de la justícia i serà l'objecte d'una repressió o d'un càstig expressat en les comissaries, el palau de justícia, el penal, etc.

Aquest és el nostre model: en tota transacció social, privilegiant les pràctiques, en el que hi ha darrera, hi trobarem sempre l'energia social i l'energia cultural, les xarxes d'interaccions i les representacions de la vida social, en el que hi ha després, hi trobarem sempre les lògiques intencionals o no intencionals, les conseqüències previsibles i les no previstes. Això ens permetrà poder arribar a la comprensió de tot el món que és significatiu per al subjecte, arribant fins a la mateixa estructura simbòlica del subjecte a partir de les històries de vida analitzades.

4. El procés de l'estudi

Decidírem, d'entrada, fer 15 històries de vida fetes directament per educadors, és a dir, no per professionals enquestadors. Aquestes 15 històries foren seleccionades representativament per Barcelona, a partir de dades quantitatives, juntament amb els educadors que hi estaven en contacte en la seva tasca diària.

El començament de la recerca fou el mes de novembre del 1980 i l'abril del 1981 es disposava de quatre històries a analitzar, però amb un rerafons d'una profunda discussió teòrico-metodològico-tècnica per part dels sociòlegs.

5. Els problemes de l'estudi

Per a no destorbar la marxa d'aquesta interessant recerca, consignem molt esquemàticament els punts més importants de la problemàtica que ens porta en aquests moments la recerca.

- a. Sobre el sentit i l'abast de les històries de vida, és a dir, la comprensió dels fenòmens singulars.
- b. Per què tantes històries de vida? Per què cercar representativitat?
- c. Avantatges i inconvenients d'utilitzar educadors. Ubicació dels sociòlegs com equip dintre del model explorador per a poder arribar més fiablement al model verificador. Importància del relat directe i no matisat.
- d. La materialització dels objectius de l'estudi. La validesa d'aquesta mena d'estudis.

ASSISTIM O TRENQUEM AMB ELS MARGINATS?

Ma. Aurora Giralde

1. Una idea interrogativa

Davant de la gran quantitat de folis escrits, llibres editats, muntatges, pel·lícules, reportatges, etc., que es fan i es llencen des de tots els angles possibles, amb llurs missatges propis, des de i per a una mateixa societat, no vull oferir noves teories.

Començo amb un interrogant, perquè encara no sé quina resposta donar i no intervinc aquí com especialista d'hipòtesis, estadístiques o experiències frapants, sinó simplement presento unes reflexions des de l'angle d'observadora i coneixedora de prop d'una realitat marginal aïllada i concretament des de l'àmbit escolar d'un Centre de reforma del Tribunal Tutelar de Menors, amb total independència d'opinió.

La finalitat específica de les aules ha quedat definida en "aconseguir uns certs nivells de desenvolupament integral (que abasti actituds, valors, coneixements...) que li permetin a l'alumne una certa adaptació dins l'entorn escolar i li ajudi a saber assumir les diferents realitats de la vida en el seu posterior enfrontament amb ella".

Els objectius concrets a curt termini varien segons el grup i els nois que tenim, però n'escollim alguns:

- Estar amb el noi, amb cada un, conèixer-lo, compartir les seves experiències (en la mesura del possible), ajudar-lo a superar la seva problemàtica concreta.
- Aconseguir una certa estabilitat del nen en el Centre (mínim: el curs escolar).
- Cercar i aconseguir uns centres d'interès propers i útils al nen.
- Anàlisi i valoració de les capacitats del noi. Cercar estímuls, motivacions dins de la dinàmica escolar.
- Desenvolupar les capacitats d'observació, imaginació, reflexió, anàlisi, síntesi, crítica, ...
- Adquisició d'ensinistraments i coneixements bàsics que familiaritzin el nen amb la realitat i el món natural i social en el qual viu.
- Desenvolupament d'actitud, hàbits i valors de convivència.

No obstant això, mentre el Centre continuï fent de "magatzem de varis", acollint els ingressos que de forma indiscriminada van arribant, segons siguin dies de major o menor afluència al Tribunal, penso que tot el que hem mencionat no es compleix, i aleshores no podem parlar d' "assistència" en el sentit ampli de la paraula, sinó d'una altra cosa, de cobrir una funció mecànica dins de la maquinària social, estructurada per mantenir d'aquesta manera el rendiment segons els tècnics programadors.

Les dificultats diàries són grans, però vull assenyalar algunes d'especial suggerència, per exemple:

- Els nois arriben al Centre sense documentació, la qual cosa dificulta la seva integració en el grup més convenient o propi.

- La manca de perspectiva del temps de permanència, del qual el noi disposa en la classe i en el Centre.
- La manca de personal especialitzat que orienti i supervisi amb eficàcia la tasca pedagògica.
- No pot aplicar-se, en la majoria dels casos, una tècnica educativa concreta.
- Poques possibilitats de trobades amb les famílies.
- No existeix un platejament de seguiment posterior del noi.

Partint de l'escàs coneixement i experiència que ha aconseguit en aquesta realitat, considero que aquest tipus d'Institucions reconegudes, en les quals s'exerceix l'acció tutelar de l'Estat, no solucionen el problema social. És per això que considero imprescindible fomentar respostes, iniciatives noves que sorgeixin de la mateixa societat en una doble línia:

- com alternatives,
- com complementàries.

És important canviar el projecte de l'home que comença, no quedar-se en una anàlisi sociològica de la realitat. I això exigeix transcendir uns mitjans i amb una oportunitat ben concreta.

No es pot absolutitzar una resposta que ja es coneguda i per això mateix no cal carregar les tintes sobre ella. És correcte esmerçar tant de temps debatint sobre unes Institucions, quan el problema s'agreuja i ens exigeix respostes per a cada un dels barris i ciutats? Estem preparades i disposades a donar-les-en?

Si és així, no continuem "trecant", entrem en el camp de joc i des d'ell actuem amb sinceritat.

2. Marginació: Idea repetida i/o realitat terrible

Darrerament en certs grups d'adults s'empren sovint tots els derivats de la paraula "marginació" i es repeteixen tant que no podem ja ignorar els marges que existeixen en qualsevol aspecte o faceta de la nostra vida. És difícil, però, que s'arribi a assumir el significat d'aquestes idees, perquè no es vol reconèixer com terrible la realitat que expressen.

- Terrible serà si acollim totes les persones que resten al marge, trenquem les estructures còmodes, els costums establerts, les normes disciplinàries, les reglamentacions municipals, les lleis penals ...
- Terrible perquè ens serveix d'interrogant en una societat de consum que els fa anar amb fils invisibles i impulsa unes accions i modus que després seran castigats.
- Terrible perquè quasi sempre actuen sota l'amenaça de la desesperació més profunda.
- Terrible perquè en el fons hi ha por al jove pobre que denuncia amb un poder inestimable i cal perdre'l de vista.

Davant d'aquesta situació és més difícil deixar que continuïn al carrer o bé tancar-los en algun lloc? Lloc que volem que sigui per això, per continuar tenint tema de debat i font per a les estadístiques, per a proposar mitjans eficients de control social.

N'hi ha comportaments que ens fan por: aquests joves que van pel carrer, que sovint han convertit en el seu tron, ens demanen a crits els drets més elementals: des del fet d'haver estat engendrats amb la suficient estimació i desig, fins unes mínimes condicions d'integració social, on no es trobin estranys.

La realitat és que molts d'aquests nois, els qui es van quedant al marge i els que marginem quotidianament i normalment, cauen una i altra vegada en aquestes actuacions "per al càstig" i desemboquen en allò que anomenarem lloc de càstig o de reforma en el sentit

pejoratiu del mot. Allà es troben ... alguns, els qui serveixen sovint de reprovació, de justificació, d'experimentació. Allà manifesten llur ansietat, llur vergonya, llur culpabilitat, llur agressivitat, llur disgust, llur absurd, llur pobresa... Totes les carències imaginables. Allà hi ha persones amb ells que volen ser companys.

Però allò és observat des de fora amb una certa tranquil·litat; alguns, amb curiositat, d'altres, amb recels, amb desig de poder-lo dominar, els altres ...

3. Constants conegudes i variable candent

Ja es coneixen les constants en les quals es dona la realitat marginal, especialment en l'etapa juvenil i més pròpiament adolescent.

- Famílies trencades o absència de vida familiar.
- Nivell cultural baixíssim i deslligat del medi en què es troben.
- Carència de mitjans econòmics per portar un cert ritme com a família o individu.
- Habitatges en condicions precàries en barris irracionals.
- Crisi de valors a nivell individual i col·lectiu.
- Tenen unes edats no rendibles quant a inversió cultural, però ho són per a segons quines feines amagades.
- Augment de la precocitat i disminució d'edat en la qual hi ha incidència delictiva.
- Aparició de noves formes de delictes.
- Nivells d'inconsciència terribles a causa de l'ús i abús de certs objectes i elements perillosos.

Avui que ens trobem en la cultura dels mitjans de comunicació i de la imatge que l'ha de facilitar, aquests estan servint a una finalitat oposada, atès que sovint serveixen per evitar aquesta comunicació personal, espontània i sincera que facilita la coneixença dins la família. Així mateix aquest mal es pateix també en els Centres a què ens referim, però en altres nivells i amb altres conseqüències.

Em refereixo especialment al tipus de Centres que arrosseguen una història, que disposen d'una estructura física i organitzativa limitada i rígida, on no s'arriba a coordinar objectius i s'espantllen sovint els projectes de certes accions alliberadores. Això permet que cada persona o grup d'especialistes segueixin les seves tècniques i sovint amb fins particulars.

Puc afirmar que s'han intentat, i continua fent-se, formes i mètodes nous d'assistència a aquests nois, però sempre hi ha persones que no participen i es converteixen en antagoniques; n'hi ha d'altres que volen personalitzar el projecte i eviten participació del conjunt, anul·lant, d'aquesta manera, el procés de la seva elaboració. Això es dona sense pretendre eliminar els conflictes, sinó per intentar que es manifestin els interessos antagonics que tenen lloc en l'interior de qualsevol estructura per arribar a permetre una modificació i adequació progressiva i, si fos possible, permanent i avaluable.

4. Els serviran per alguna cosa les nostres experiències?

No es pot generalitzar en parlar de nois amb una certa problemàtica de caràcter o d'ambient, o dels dos.

Com educadora, em pregunto quins objectius realistes es poden aconseguir en trobar-me amb cada un dels nois, disposant d'uns mitjans tan estrictes com poc adequats i sabent que tornaran, un dia, al seu medi desastrós.

Segons es reflecteix en un recent informe, el procés educatiu en el Centre a què em refereixo es realitza partint del coneixement real de les alteracions i problemàtica del noi i especialment de les causes que el determinen, i s'organitza la planificació dels sistemes i mitjans adequats a través de:

- observació i diagnòstic
- persuasió i convicció
- convivència i interrelació
- esforç programat i progressiu
- satisfacció de demandes internes i exigències externes
- integració personal, familiar i social.

En el tractament és administrat en etapes successives d'*endrecament*, *afermament*, *enfortiment*, i se centra especialment l'atenció en una teràpia individual, gradual i dosificada.

El procés educatiu es realitza en un clima d'ambient agradable, obert i familiar, tenint en compte l'evolució de les ciències psico-pedagògiques i les tècniques de modificació de conducta.

La finalitat última que es proposa el personal educatiu és la de conduir tots i cada un dels alumnes a una progressiva socialització, tot ajudant-los a aconseguir maduresa i autonomia i tenint sempre present que se'ls prepara no per viure en el grup del Centre, sinó en la societat.

Es pot parlar d'èxit en els casos en què s'ha arribat a garantir-li, a través d'aquest procés, la no reincidència. En altres casos no arriben a "gaudir" dels mitjans que se'ls ofereix per al seu redreçament. Partint d'aquestes experiències és evident que s'està fent un veritable esforç d'endrecament humanitari i rebuig de qualsevol mesura repressiva.

Té una gran importància la resocialització, com ja s'ha exposat, i és per això que hem de tenir en compte el comportament col·lectiu, el qual, si bé no és el mateix que la reintegració social, sí que la suposa i condueix a la convivència.

També els nois que considerem normals els hem de socialitzar, però es diferencia en les motivacions i medi social on es realitza aquesta socialització.

Seria interessant analitzar paral·lelament, si fos possible, el procés d'integració en la colla pròpia del barri, dins la qual es mouen la major part dels interns, per allò que suposa de ruptura i reacció respecte a la societat, i els grups o colles que es van modelant en aquests centres quan hi arriben a tenir una certa estabilitat.

El problema més greu amb el qual hom s'enfronta, segons el meu parer, és el fet d'haver de tornar a la família on s'agreuja el conflicte.

Sovint han superat ja algunes etapes, especialment aconseguint confiança en una certa persona, recuperar el llenguatge més correcte i utilitzar-lo amb certa propietat, que li serveix per comunicar-se amb més gent, reconquerir una certa sinceritat en la seva conducta, disposar d'alguns mitjans que li han de facilitar la seva integració en un grup social...

Surten del col·legi amb l'esperança de trobar molt aviat en un ambient anònim de treball una victòria sobre les exigències que a l'escola les consideren enutjoses, i més tard una ocasió per fer-se valer.

Malgrat això, al cap d'un temps, se senten insuficients, sense marcs de referència i només veuen dues alternatives:

- vegetar, aburgesar-se, si això els és possible,
- esdevenir lladres d'ofici.

No vull entrar en comparacions amb altres intents de resposta a aquesta problemàtica que s'estan donant darrerament. Però el que sí em sembla urgent és fer una crida a totes les escoles i col·legis dels barris que han d'oferir una formació de la personalitat competent i responsable dels alumnes.

Això ens obliga a reflexionar a fons i en tot el seu conjunt, sobre el comportament quotidià de les escoles per tal com assumeix la forma d'una institució local amb l'objectiu de fer un servei a una població ben delimitada i amb la col·laboració que ha d'establir-se entre mestres i pares.

5. Necessitat d'una nova Llei per als Menors

Qualsevol llei i norma es dona en una estructura social o institució que permet viure en un Estat de Dret.

Si aquesta llei s'infringeix, s'esquerda l'estructura.

Cal considerar, però, l'evolució, l'aspecte canviant de les institucions que reflecteixen la dinàmica social.

Fins que no es va acceptar recentment la norma constitucional en el nostre país, l'objectiu de la Legislació sobre el Menor era castigar el delinqüent pels mitjans repressius coneguts, deixant de banda les circumstàncies.

Avui disposem d'un principis jurídics que garanteixen i limiten la potestat punitiva de l'Estat. S'aprecia un avenç per tal com s'assenyalen unes metes de contingut social.

Concretament en l'Art. 25, 2 de la Constitució es parla de la reeducació i resocialització com orientació exclusiva de les mesures aplicades en el cas de càstig privatiu de llibertat.

La idea de resocialització exclou altres possibles idees de pena i suposa el rebuig de la violència externa i interna, que no pot confondre's amb la voluntat d'esforç.

A aquesta nova dimensió hom la qualifica de personalista.

Cal que sigui personalista i oportuna, no oportunista. Hi ha de cabre tota la varietat d'iniciatives de resposta possibles.

D'entre les possibilitats i projectes disponibles, el de reduir l'Edat Penal als 15 anys comença assimilant situacions que, essent essencialment diverses, requereixen un tractament desigual, i suposa un malcert i, fins i tot, un fet anti-constitucional. Estic d'acord amb l'opinió segons la qual els joves de 16 anys prefereixen sovint anar a la presó que no pas a un Centre de Menors, i no per aquesta raó és la millor solució. És molt interessant conèixer les justificacions espontànies dels propis nois de les mentides que deixen anar de vegades per anar a un lloc o a un altre. Si hi haguessin respostes adequades, no els obligaríem a dir mentides.

Qui són els qui intervenen en l'elaboració de la Llei i amb quins criteris?

6. Educar per a la vida en la nostra societat

En una societat que té consciència d'estar en crisi, i tot sembla que es justifica en això, es pot donar una tasca pròpiament educativa?

Si els adults, els educadors, participem d'aquesta complexitat, fins a quin punt tenim dret de proposar a aquests adolescents la pròpia visió del món, els propis valors, el propi projecte o resolució pedagògica i moral?

Avui, i cada dia amb més força, augmenta la importància que es dona a la formació de l'educador, tant en allò que concerneix l'afermament de la seva personalitat com la seva competència intel·lectual.

Ja es coneixen els problemes que sorgeixen quan, sense intentar una coordinació d'objectius i mètodes, les persones que tracten amb joves problemàtics es professionalitzen o es voluntaritzen sense l'equilibri d'ambdues forces. D'aquí sorgeix la necessitat d'aprofundir, analitzar, esdevenir creatius.

No calen grans muntatges ni programes; el que cal és voler fer-ho i arribar a ajudar a superar situacions conflictives inculcant actituds que canalitzin les seves energies incultes pel camí de l'expressió creadora.

En aquest sentit s'està evolucionant considerablement a fi d'integrar aquesta línia que s'ha anat exercint de voluntarisme amb l'actual tendència a la professionalització. No s'arribarà, però, a una síntesi d'ambdues si no van lligades amb el que essencialment és una crida específica envers la promoció de l'home i amb una opció pel canvi personal d'actituds.

Això s'està donant —no vull entrar, però, en qualificatius—, malgrat tot, en els Centres considerats com a massificadors, com a microcosmos, que es tanquen en ells mateixos. I

si bé és cert que es perden moltes possibilitats en els processos burocràtics, també és evident l'esforç que es realitza per treballar oferint mitjans que ajuden a la promoció i maduració positiva amb la finalitat d'aconseguir l'autorealització del noi en la primavera d'aquests homes que volen esdevenir.

Es critica, des d'una crisi de valors, fins i tot els més innegociables valors. I amb tot el dret es critica, des del poder del món dels adults vers el món d'uns adolescents que procedeixen dels límits de l' "extra" no admès pel tren que avença i augmenta progressivament la seva velocitat.

Cal que des de cada grup humà es profunditzi cada cop més en les arrels de la cultura i la vida íntegra dels seus educadors, perquè puguin oferir uns valors autèntics i intransferibles des de la seva acció social i per a aquesta mateixa acció, amb el dinamisme propi que se li exigeix de tal manera que tots els educadors puguin estar disposats a "pujar al tren".

BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, Víctor B. *Pedagogía Popular en grupos marginados*. Edit. Zero S.A., núm 105, Cl. "Lee y discute" 1979.
- BRABO, I., JULIA A., RENAÚ, D. *La praxis de la educación especial*. Edit. Vanace S.A., 1976.
- IZQUIERDO, Ciriaco. *Delincuencia juvenil en la sociedad de consumo*. Edit. Mensajero 1980.
- MAILLOUX, Noel. *Jóvenes sin diálogo*. Edit. Marfil S.A., 1973.
- ORTEGA ESTEBAN, José. *Delincuencia, reformatorio y educación liberadora*. Edit Zero, S.A., 1978.
- PROMESA: III i IV *Jornadas sobre inadaptación juvenil y recuperación de Menores*. Informes de: "Escuelas Profesionales Ntra. Sra. de la Esperanza sobre el año 1979 y 1980".
- Qüestions de vida cristiana: *Crisi Social i Delinqüència*. Octubre 1980, núm. 103.

SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA I LA SALUT

PRÒLEG

Felip Solé Sabarís

La Sociologia de la Medicina per a mi és una ciència d'acció social, que consisteix bàsicament en l'ensenyament de conceptes i tècniques impartides per personal de diferents disciplines que s'integren en el cos mèdic, no només per a estudiar els sistemes sanitaris sinó també per a conèixer el desenvolupament de la malaltia i els factors sociològics que influeixen en la salut de l'home.

És indiscutible que així com els treballs de Merton i Parsons han influït de forma ostensible en l'augment notable d'investigadors sociològics mèdics, el mateix paper ha tingut i continua tenint la Facultat de Medicina de la Universitat Autònoma. I aquest és un fet important que influirà en el futur de la Medicina del nostre país. I diré per què: És evident que el primer que ha de conèixer l'investigador és el comportament sociològic del professional mèdic, i sabem que avui dia, a casa nostra, la praxi mèdica està sotmesa a un criteri mercantil i vinculada a una competència productiva. La qualitat del servei és en funció de la riquesa individual o del valor que es doni a la capacitat laboral que s'ha de reintegrar.

Davant d'aquest plantejament el sanitari rep una formació individualista, sense unes premisses bàsiques de formació sòcio-humanística i sense gaudir quasi bé mai d'una independència econòmica que li permeti exercir la professió fora d'aquelles coordenades que li imposa la societat on viu. Atès que la relació metge-malalt està molt deteriorada i continua basant-se en el domini del metge sobre el malalt, oposant-se a la seva autonomia i a un diàleg obert amb ell i que la seva formació universitària és gairebé essencialment guaridora, és lògic que li interessi molt més la ciència mèdica que l'ésser humà i l'entorn en què es desenvolupa la seva existència. Aquesta postura té el perill de passar d'una omisió negligent de l'*usuallymen* del metge d'abans amb poc bagatge científic, però molt integrat en el món del malalt, a la comissió negligent del *scintoid doctor*, amb el perill iatrogen de tècniques sofisticades i medicacions moltes vegades no justificades que per altra banda encareixen el cost de l'assistència mèdica com es pot demostrar per una randomització adient.

Hem de dir que és escassa, però no nul·la, la formació de les noves promocions sobre medicina preventiva, medi ambient, drogues, tabac o absentisme laboral i llur relació amb la patologia humana, o en el cas de l'absentisme laboral amb l'augment d'horari de treball i les causes sociològiques determinants de l'absentisme, tant en el que fa a l'augment com en el que fa referència a la disminució, com pot ésser la incidència de l'atur en la minva de baixes laborals.

Un dels paràmetres que s'utilitzen per a valorar el nivell de la medicina d'un país és l'índex metge-malalt; doncs bé, a Catalunya n'hi ha més de 3.000 metges aturats i ningú no afirmarà que aquest excés de metges vagi acompanyat d'una alta qualitat d'assistència mèdica. Com també pot ésser que el metge intervingui en l'allargament de la vida de la població, però el que és segur és que no li ensenya a viure millor, és a dir, a aconseguir una millor qualitat de vida i aquest és un dels altres factors determinants de la degradació del paper mèdic en la societat actual.

Veiem, doncs, que l'ensenyament de la medicina no és solament un problema d'estudis, sinó que inclou fonamentalment la finalitat que es doni a aquests estudis. I com podem veure, l'orientació de finalitat del professional no ha variat i, mentre això no es produeixi, el professional s'oposarà sistemàticament, com ho està fent, a tota planificació sanitària o a tot canvi profund de la pràctica mèdica, ja sigui normativa, ja sigui com a resposta a una demanda de serveis per part de la població, i al contrari, crearà un dinamisme de consumisme i creixement mèdic que respon únicament a uns interessos concrets sanitaris.

Creoncilo d'Aristòfanes deia que on no hi ha recompensa no hi ha art; però aquesta actitud no es pot justificar ni per qüestió econòmica, ja que de fet l'actual estructura sanitària està aconseguint l'estabilitat econòmica del professional i, fins i tot, beneficis de més de centenars de milions en el cas dels clubs privats de diàlisi. L'esperança consisteix que la Sociologia de la Medicina, el treball en equip, modifiqui la mentalitat del metge jove en fer-lo més solidari amb els problemes comuns.

BREU HISTÒRIA DE LES RELACIONS ENTRE LES CIÈNCIES SOCIALS I LA MEDICINA A ESPANYA

Jesús M. de Miguel, Joan Campos

L'origen i el desenvolupament d'una ciència, i sobretot d'una disciplina acadèmica, no són separables dels processos de canvi social i de l'estructura d'una societat. En el cas de les relacions entre les Ciències Socials i la Medicina, Espanya és un bon exemple d'aquesta llei, però presenta una sèrie de característiques que sostenen la idea comercialitzada que *Espanya és diferent*. Cinc factors conformen l'evolució de les Ciències Socials en i de la Medicina.

El règim polític espanyol des de 1939 fins 1975 s'ha definit com un *feixisme "frailuno"*, és a dir com la combinació de la dictadura del general Francisco Franco amb el Nacional-catolicisme. Aquesta barreja va fer que les ciències socials i humanes no es desenvolupessin quasi bé gens, i només tímidament a partir de final de la dècada dels seixanta. Les aventures d'aquest desenvolupament es troben en un llibre titulat *Sociology in Spain* (1). Òbviament la Sociologia de la Medicina, i ciències afins, no varen tenir l'ocasió de prosperar.

Els anys 40 i 50 es caracteritzaren per un procés d'*autarquia econòmica i cultural*, la qual cosa suposà per a Espanya trobar-se absent de l'evolució intel·lectual occidental de la primera meitat del segle XX. Els anys 60 s'incorporaren els moviments de crítica (els corresponents "neo" i "anti") sense una bona base. Aquest desnivell es donà aleshores entre els intel·lectuals i professors que s'havien format en l'interior (col·loquialment els *local boys*) i els qui començaren a retornar de l'estranger (els *indians*). S'incorporaren les tècniques però no es produeixen canvis estructurals importants.

La manca de ciència a Espanya és ja una polèmica secular, que ve del segle XVIII. Certament l'estructura napoleònica i jeràrquica de la universitat espanyola, juntament amb la manca de recursos per a la investigació, són les causes suficients perquè l'arbre-de-la-ciència es conservi com ara fa cinc-cents anys; és a dir, sense l'aparició de noves branques i disciplines. Particularment el desenvolupament de ciències pluridisciplinars es presenta molt retardat.

L'estructura social presenta una combinació d'elements moderns i cristallitzacions tradicionals. El resultat és un *paleocapitalisme*, és a dir un sistema capitalista tardívol, imperfecte i incomplet. Amplis sectors de la societat són encara governats com a l'època de Felip II (entre ells la sanitat), amb un sistema centralitzat però fragmentat, sense una computerització de dades, i amb pressupostos realitzats *ex-post-facto*.

La sorpresa més gran és que el *sector sanitari fou socialitzat* per la dictadura franquista entre 1944 i 1971); i la paradoxa és que la democràcia el privatitza. El 1971 es convertí en un sistema que abastava el 85 per cent de la població, contractava el 85 per cent dels metges i el 76 per cent dels farmacèutics. En aquest sentit el sistema sanitari ha anat per davant dels propis intel·lectuals i tècnics, més progressista que el que imaginava l'informe secret del Ministeri de la Guerra dels EE.UU. el 1945. (2)

Aquests són els cinc factors que caracteritzen el desenvolupament de les relacions entre les Ciències Socials i la Medicina, i que apareixen en el rerafons de la breu història que ja

vàrem publicar ara fa cinc anys. (3) No obstant això, des d'aleshores s'han produït alguns canvis significatius, i la nostra perspectiva ens ha fet veure millor alguns processos i successos.

En la prehistòria d'aquestes relacions científiques ens trobem, d'una banda, amb *metges* preocupats pels factors socials i la desigualtat, i amb *sociòlegs* que de vegades sense voler-ho es dediquen a analitzar el sector sanitari. La professió mèdica manté una llarga tradició de metges-escriptors (així com metges-pintors) i metges humanistes. A Espanya aquesta tradició cristal·litza en grans figures, com la del gairebé oblidat José de Letamendi, (4) i sobretot la de Gregorio Marañón, sens dubte el metge espanyol més conegut en el món. Aquest se situa a cavall de la gloriosa "Generació del 98" i l'europeista "Escola de Madrid". És convenient reconèixer el seu impacte, perquè fou justament Ortega i Gasset qui recomanà la traducció de les obres de Sigmund Freud ja el 1923. La influència de Marañón és gran a través d'altres deixebles seus que després de la Guerra Civil (de 1936-39) aviat es convertiren en mandarins. El cas més clar és el de Pedro Laín Entralgo, (5) introductor de Sigerist, i *capo* d'una florent escola d'historiadors socials de la Medicina: José M. López Piñero, Luís García Ballester, (6) Pedro Marcet, José M. Reverte, entre d'altres. Dins la mateixa tradició humanista es troben una sèrie de psiquiatres, de posicions ideològiques diferents, des de Juan J. López Ibor en la dreta (7), passant per Juan Rof Carballo, (8) fins Carlos Castilla del Pino en l'esquerra, (9) els quals, si bé no són innovadors a nivell internacional, almenys introdueixen, selectivament, alguns estudis i idees forànies. Són anys difícils, de censura, i de retorn al passat "imperial". Les idees noves només apareixen entre línies, sense citacions a peu de pàgina, mal-copiades, i generalment sense assimilar. La introducció de Freud a Espanya és particularment malmesa i retardada, i un bon exemple per entendre aquests processos.

Un gènere diferent és el dels metges-polítics, poc coneguts actualment a Espanya, puix emigraren (s'exiliaren) el 1939. La diàspora a Mèxic fou especialment important, com s'explica en el llibre de Fagen. (10) Entre aquestes figures està el psiquiatre Emilio Mira López, primer introductor de la psicoanàlisi ja el 1926, (11) el qual el 1939 passa a Anglaterra, i entre 1955 i 1965 publicà diversos llibres a Buenos Aires. Una biografia similar és la d'Àngel Garma, ben segur el primer psicoanalista espanyol. Marcelino Pascua és el primer epideimiòleg espanyol, que comença a publicar el 1934, i el 1942 passa a Johns Hopkins, i posteriorment torna a l'OMS. (12) Un deixeble d'Ortega i Marañón, Fèlix Martí Ibáñez, emigra a New York on crea la casa editorial MD, publica una dotzena de llibres entre 1958 i 1972, i introdueix l'obra de Sigerist. (13) La saga d'aquest grup d'opositors al sistema apareix en un llibre publicat el 1979, sobre la història de la política sanitària espanyola dels darrers cent anys. (14)

La prehistòria sociològica se centra en tres dates: 1905, 1946 i 1960. En qualsevol de les tres podia haver-se donat l'expansió de les Ciències Socials dedicades a l'estudi de la salut, però per factors diversos no van prosperar. El primer impuls és donat pels "krausistes", creadors de la *Institución Libre de Enseñanza* (el 1876) i de l'Institut de Reformas Socials (el 1940), al voltant del qual apareixen obres com *La fascinación en España*, de Rafael Salillas. (15) El segon moment és el dels "vells catòlics" entorn a l'*Instituto Nacional de Previsión* i la *Revista Internacional de Sociología*. Se centra en la figura de Severino Aznar (16) i en el grup dels demògrafs que comencen a publicar a partir de 1942: Antonio Arbelo (que es dedica a epidemiologia pediàtrica), Jesús Vilar Salinas i José Ros Jimeno. Finalment el tercer intent ve representat per l'*Encuesta sobre la profesionalidad médica* que s'havia de realitzar el 1960, dirigida per José M. López Cepero, Amando de Miguel, Luís González Seara y José Castillo, amb l'ajuda de Juan L. Linz. Només se'n va publicar una part mínima el 1964. (17) No obstant això, aquesta tendència cristal·litzà després en alguns dels primers estudis sociològics sobre el control de natalitat a Espanya, per mitjà de Juan Díez Nicolás qui publicà des de 1965 fins a 1981 sobre el tema, (18) i d'Amando de Miguel el 1974. (19)

Seguint l'estructura espanyola de doble capitalitat, la Sociologia de la Medicina es desenvolupa alhora, amb poc contacte, és cert, a Madrid i Barcelona en la dècada dels setanta, i sobretot a partir de 1976. El desenvolupament és igualment doble: metges-sanitaris i sociòlegs.

Curiosament l'expansió a Madrid és més primerenca, però menys florent que a Barcelona. La major part dels metges-sanitaris escriuen a l'ombra del poder, entorn de la Direcció General de Sanitat, Instituto Nacional de Previsión, i des de 1977 fins a 1981 en el Ministeri de Sanitat i Seguretat Social. L'ocasió són les moltes reformes sanitàries des de la de José A. Palanca el 1942 (20) fins a la de 1976. (21) D'especial importància són els tres plans de desenvolupament sanitaris des de 1964 fins 1975. (22) És fonamental el protagonisme del Cos de Sanitat Nacional, els especialistes en salut pública espanyols, la gran majoria d'ells autodidactes. Alguns havien estudiat a l'*Escuela de Sanidad*, des de Pittaluga fins a Primitivo de la Quintana, (23) i altres a l'*Escuela de Dirección Hospitalaria* dirigida per Adolfo Serigó Segarra, (24) el qual, a més, realitza treballs d'epidemiologia psiquiàtrica en el *Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica* (PANAP). Entre els metges-sanitaris a Madrid destaquen Luis Cañada (l'organitzador del primer seminari oficial sobre Planificació familiar, a Mahó el 1977), Gerardo Clavero, (25) i més modernament (però no més modern) Manuel Evangelista. (26) L'altre grup d'especialistes es reuneix entorn de l'*Instituto Nacional de Previsión* (INP) a partir de 1978 convertit en *Instituto Nacional de la Salud* (INSALUD). És allà on apareix el 1977 el conegut *Libro Blanco* de la sanitat espanyola, (27) ràpidament contestat pel *Libro Verde* des de la professió farmacèutica, (28) i complementat pel *Libro Rosa* dintre de la "col·lecció rosa" de llibres que Leopoldo Arranz desenvolupa a partir de 1976 en l'INP. (29) Mentrestant, l'*Instituto Nacional de Estadística* publica els seus censos sanitaris, des del primer de 1949 fins al polèmic llibret de 1980. (30)

En la mateixa línia de metges-sanitaris hi ha un cert moviment d'oposició (socialista i comunista). La persona més representativa és F. Javier Yuste, l'autor de la primera introducció a la sociologia de la medicina a Espanya el 1971, i qui el 1981 escomet l'edició d'un *Libro Negro* de la sanitat espanyola. (31) Els socialistes són especialment actius en el Consell General de l'INSALUD. És l'època de les primeres jornades sanitàries del PCE, PSUC (1978), PSOE (1979), i de les segones al voltant de 1981. Des de la psiquiatria l'obra crítica més important és la d'Enrique González Duro. (32) Des de l'educació mèdica es produeixen alguns conats de canvi de la mà dels metges Alberto Oriol Bosch i Antonio Gallego. Agafen protagonisme algunes editorials com *Pulso* i *Akal*; i revistes com *Tribuna Médica* (l'òrgan oficial del Col·legi de Metges, controlada per Antibióticos S.A.), *Tauta: Medicina y Sociedad*, i sobretot *Doctor*.

La producció sociològica madrilenya de Sociologia de la Medicina els anys setanta és limitada. S'inicia pel "capítol 13" del conegut *Informe Foessa* de 1970. (33) Alguna producció demogràfica i sanitària es realitza a la Universitat Autònoma de Madrid entre 1969 i 1971. (34) El 1975 apareixen les primeres crítiques serioses en el sector sanitari. (35) A partir de 1978 el *Centro de Investigaciones Sociológicas* serveix de caixa de ressonància d'obres realitzades a la perifèria. (36) A final de la dècada es crea l'oficial *Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social* que aplega una sèrie de sociòlegs entorn d'Enrique Martín, i crea la *Revista de Seguridad Social* on apareixen nous estudis sobre la professió mèdica.

A la resta d'Espanya, i especialment a Catalunya (és a dir Barcelona-ciutat), es manté un desenvolupament més gran, seguint una pauta que hem definit com "pronunciament sanitari". D'una banda el descontentament dels metges, i el sentiment anticentralista, produeix una professió mèdica que s'autoanalitza. Això a Barcelona continua amb la tradició del *Laboratori* i la *Mancomunitat* de començament de segle. Però la dècada de desenvolupament és la de 1971-1981. El llibre clau inicial és el de Felip Solé Sabarís, en la mateixa línia (socialista) i data que el de Yuste a Madrid. (37) Segueix una sèrie de llibrets sobre reforma editats pels metges comunistes Ramon Espasa i Nolasc Acarín entre 1975 i 1977.

(38) Després se succeeixen una sèrie de reunions i treballs: *Decè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana*, (39) i el primer curs de Sociologia de la Medicina a Espanya; ambdós impulsats per l'*Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i Balears*, el 1976. El 1977 es reuneix el *Congrés de Cultura Catalana* a Terrassa, i apareix la primera obra sanitària conjunta dels socialistes catalans. (40) L'any següent es publica l'informe global clau sobre la sanitat a Catalunya. (41) El protagonisme de "l'Acadèmia" (sempre la de *Ciències Mèdiques* i no la *Real de Medicina*) i del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona, augmenta amb la creació del Gabinet d'Assistència i Promoció de la Salut (GAPS), dirigit per Nolasac Acarín. El 1979 i 1980 es produeixen un estudi sobre ambulatoris, (42) un altre sobre medicina rural (43) i un tercer sobre medicina general. (44) El 1980 es reuneix a Reus l'*Onzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana* a tractar sobre el càncer i el medi-ambient. Apareix el 1980 l'informe de la *Generalitat* sobre reforma sanitària, col·loquialment conegut com el *Llibre Groc*, (45) en la línia del ja realitzat a Biscaia el 1978. (46)

En el món acadèmic i universitari, el retorn d'alguns "indians" produeix un cert desenvolupament de la metodologia (mecanicista), les idees, però, s'incorporen molt lentament. Hi ha figures que decideixen quedar-se fora, com el metge Vicente Navarro (que publica a partir de 1974) en la Universitat de Johns Hopkins, (47) i del sociòleg Antonio Ugalde en la Universitat de Texas. A Espanya la Universitat passa per alguns processos de canvi, amb les vagues-reflex del maig de 1968, i la *Ley General de Educación* (o "Llei Villar") de 1970. Es comença a crear en la *Universitat Autònoma de Barcelona* (UAB) un cert desenvolupament conjunt de Sociologia i Psicologia. Joan Campos torna a Espanya (de Gran Bretanya i EE.UU.) el 1963; i de 1968 a 1974 ensenya a la UAB, dintre d'un model de Departaments Universitaris que després fracassen. En la Facultat de Lletres es desenvolupa un Departament de Psiquiatria i Ciències del Comportament", en la Facultat de Medicina un programa articulat de sis cursos (seguint les recomanacions de l'OMS) de "Psicologia i Sociologia"; a partir de la Facultat d'Econòmiques es planeja la creació d'una "Facultat de Sociologia", projecte animat per Amando de Miguel i Joan F. Marsal. El 1976 alguns esforços cristal·litzen en un número extraordinari de *Papers: Revista de Sociologia* (48), i en el primer curs de *Sociologia de la Medicina* (comú per a llicenciats en Medicina i Sociologia) a Espanya, impartit en la UAB per Joan Campos i Jesús M. de Miguel. Arran d'aquest curs apareixeria després el primer manual espanyol de Sociologia de la Medicina. (49) Durant aquests anys apareix també un informe sobre pacients i hospitals d'Esteban Pinilla de las Heras (50) en la línia de la tasca realitzada a Madrid per Isidoro Alonso Hinojal, també el 1977. (51) Comença, doncs, a existir ja un *corpus* específic de Sociologia de la Medicina, amb estudis sobre el sistema sanitari global (52), la professió de medicina (53), i fins i tot, manuals per infermeria. (54)

En altres ciències socials els desenvolupaments són més tímids. Els economistes sanitaris no comencen a produir fins a final de la dècada dels setanta, destacant l'obra de Joaquim Vergés, Lluís Bohigas, i la de Joan J. Artells entorn del *Servei d'Estudis del Banc Urquijo*. (56) La tradició dels metges folkloristes del segle passat (i primera meitat del segle XX) cristal·litza en alguns petits treballs com el de Josep M. Comelles el 1972 (57), la gran tasca sobre bruixeria a Galícia de Carmelo Lisón en 1979, (58) i finalment el primer manual d'antropologia mèdica a Espanya el 1980. (59) Els psicòlegs avancen en una línia semblant amb l'obra de Ramon Bayés publicada el 1979, (60) i els psiquiatres amb una de col·lectiva l'any següent. (61) No existeix, no obstant això, un bon manual de psiquiatria social; i els psiquiatres socials apareixen dispersos: Benjamín González a Granada, José L. Vázquez Barquero a Santander, Agustín Ozamiz a Biscaia, Pedro E. Muñoz a Navarra, i José L. Montoya actualment a Múrcia (després d'haver passat per Astúries i Galícia). Tots ells, coincidentment, són intel·lectuals "indians", formats a Gran Bretanya o EE.UU.

Per fi, per acabar (o potser començar), el maig de 1981 es reuneix a Barcelona la "Secció

de Sociologia de la Medicina", dintre de les *Primeres Jornades de l'Associació Catalana de Sociologia*, amb sis sessions i més de 30 ponències, representant l'esforç global més gran fins el dia d'avui per institucionalitzar les relacions entre les Ciències Socials i la Medicina a Espanya. Curiosament és l'any de l'inici de la posta en pràctica del programa "La salut per a tots l'any 2000" de la internacional OMS.

BIBLIOGRAFIA

1. JESUS M. DE MIGUEL, i MELISSA G. MOYER, *Sociology in Spain* (Londres: Sage Publications, 1979), 299 pp.
2. Us War Department, *Medical and Sanitary Data on Spain* (Washington: War Department Technical Bulletin, 1945), 63 pp.
3. JESUS M. DE MIGUEL, "Fundamentos de Sociología de la Medicina", *Papers. Revista de Sociología* 5 (1976): 209-269.
4. RAMON SARRO, *El sistema mecánico-antropológico de José Letamendi* (Barcelona: Real Academia de Medicina de Barcelona, 1963), 125 pp. Letamendi és més conegut a través de la sàtira de Pío Baroja en *El árbol de la ciencia*.
5. PEDRO LAIN ENTRALGO, *La relación médico-enfermo* (Madrid: Revista de Occidente, 1964), 497 pp.
6. JOSE M. LOPEZ PIÑERO, et al., *Medicina y sociedad en la España del siglo XIX* (Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964). JOSE M. LOPEZ PIÑERO i LUIS GARCIA BALLESTER, *Introducción a la Medicina* (Barcelona: Ariel, 1971), 162 pp. García Ballester és el traductor del manual de sociologia de la medicina de Rodney M. Coe, el 1973.
7. JUAN J. LOPEZ IBOR, *Rasgos neuróticos del mundo contemporáneo* (Madrid: Ediciones Cultura Hispánica, 1964), 251 pp.
8. JUAN ROF CARBALLO, *Medicina y actividad creadora* (Madrid: Revista de Occidente, 1964), 365 pp.
9. CARLOS CASTILLA DEL PINO, *Psicoanálisis y marxismo*, 2a. ed. (Madrid: Alianza Editorial, 1971).
10. PATRICIA W. FAGEN, *Exiles and Citizens: Spanish Republicans in Mexico* (Austin, Texas: The University of Texas Press, 1973), pp. 70 y ss.
11. EMILI MIRA, *El Psico-anàlisi* (Barcelona: Monografies Mèdiques, 1926) vol. 2, 63 pp. i vol. 3, 63 pp. Vegi's a més, "Phychiatric esperience in the Spanish War" *British Medical Journal*, 1217 (1939).
12. MARCELINO PASCUA, *Morbilidades globales* (Madrid: Instituto Nacional de Previsión, 1935), 79 pp.
13. FELIX MARTI-IBÁÑEZ, *Henry E. Sigerist on the History of Medicine* (Nueva York: MD, 1960).
14. JESUS M. DE MIQUEL. *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid: Akal, 1979), 258 pp.
15. Rafael Salillas, *La fascinación en España. Brujas, brujerías, amuletos* (Madrid: Eduardo Arias, 1905), 107 pp. Com s'indica en el llibre es tracta d'un "Estudio hecho con la información promovida por la Sección de Ciencias Morales y Políticas del Ateneo de Madrid".
16. SEVERINO AZAR, "La medicina social y la Sociologia", *Revista Internacional de Sociología* 15-16 (1946): 107-115. Fou publicat després en el seu llibre *Ecos del catolicismo social en España*.

17. SALUSTIANO DEL CAMPO, *Problemas de la profesión médica española: Informe preliminar* (Madrid: Comisión Nacional Española del Instituto Internacional de Estudios de Clases Medias, 1964), 87 pp.
18. JUAN DIEZ NICOLAS, i JESUS M. DE MIGUEL, *Control de natalidad en España* (Barcelona: Fontanella, 1981).
19. AMANDO DE MIGUEL, *Sexo, mujer y natalidad en España* (Madrid: Edicusa, 1974), 199 pp.
20. Les seves memòries: José A. Palanca, *Medio siglo al servicio de la Salud Pública* (Madrid: Cultura Clásica y Moderna, 1963), 240 pp.
21. JESUS M. DE MIGUEL, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976), 263 pp.
22. JESUS M. DE MIGUEL, "The Spanish health planning experience 1964-1975", *Social Science and Medicine* 9 (1975): 451 - 459.
23. PRIMITIVO DE LA QUINTANA, *Sociedad, cambio social y problemas de salud* (Madrid: Real Academia de Medicina, 1966), 306 pp.
24. ADOLFO SERIGO, *La crisis sanitaria española: Nuevas ideas en la salud pública* (Madrid: Gala, 1979), 116 pp.
25. GERARDO CLAVERO, *Análisis de la situación sanitaria española* (Madrid: Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, 1977), 264 pp.
26. MANUEL EVANGELISTA, *Medicina y sociedad: La reforma sanitaria* (Madrid: Instituto Nacional de la Salud, 1981), 406 pp.
27. Subsecretaría de la Seguridad Social, *Libro blanco de la Seguridad Social* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977), 743 pp.
28. JUAN ALDAZ, i JOSE L. FERNANDEZ, *Libro verde la Seguridad Social: Análisis crítico económico-financiero de la Seguridad Social española* (Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, 1977), 497 pp.
29. Es el número 4 de la "col·lecció rosa": Institut Nacional de Previsió, *Investigación sobre la asistencia farmacéutica en España: Estudio socioeconómico sobre el conjunto de la asistencia sanitaria española* (Madrid: Ministerio de Trabajo, 1977), 926 pp.
30. Instituto Nacional de Estadística, *Los hospitales en España: Año 1980* (Madrid: INE, 1980), 47 pp. El treball fou inicialment censurat. Les dades són de 1976 (i no de 1980 com indica el títol).
31. F. JAVIER YUSTE, *Hacia una Sociología de la Medicina* (Barcelona: Aula de Ediciones, 1971), 222 pp., y *Ensayos sobre medicina preventiva y social* (Madrid: Akal, 1976), 139 pp.
32. ENRIQUE GONZALEZ DURO, *Psiquiatría y sociedad autoritaria: España 1939-1975* (Madrid: Akal, 1978), 323 pp.
33. Fundación FOESSA. comp., *Informe sociológico sobre la situación social de España 1970* (Madrid: Euroamérica, 1970), pp. 751-831.
34. JESUS M. DE MIGUEL, *El ritmo de la vida social* (Madrid: Tecnos, 1973), 356 pp.
35. ALBERTO INFANTE, et al., *Cambio social y crisis sanitaria: Bases para una alternativa* (Madrid: Ayuso, 1975).
36. JESUS M. DE MIGUEL, comp., *Planificación y reforma sanitaria* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1978), 485 pp.; Benjamín González *El capital humano en el sector sanitario: La distribución de médicos en España* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979) 115 pp.; i Julio Iglesias de Ussel, *El aborto: Un estudio sociológico sobre el caso español* (Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1979), 127 pp.
37. FELIP SOLE SABARIS, *Problemas de la Seguridad Social española* (Barcelona: Pulso Editorial, 1971), 152 pp. Ambdós (Yuste i Soler) esdevenen senadors.
38. NOLASC ACARIN, et al., *El servei nacional de salut: Una alternativa democràtica* (Barcelona: Laia, 1977), 123 pp.

39. X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, *Funció social de la medicina* (Barcelona: Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976), 415 pp.
40. JACINT RAVENTOS, et al., *Salut, sanitat i societat* (Barcelona: 7x7 Edicions, 1977), 253 pp.
41. JORDI GOL GURINA, et al., *La sanitat als Països Catalans: Crítica i documentació* (Barcelona: Edicions 62, 1978), 192 pp. Amb pròleg de Josep Laporte.
42. FEDERICO BRAVO, et al., *Sociología de los ambulatorios: Análisis de la asistencia sanitaria primaria en la Seguridad Social* (Barcelona: Ariel, 1979), 196 pp. Amb pròleg de Felip Solè Sabarís.
43. JORDI GOL GURINA, et al., *El metge de capçalera en un nou sistema sanitari* (Barcelona: Laia, 1979), 178 pp.
44. JOAN CLOS, ELISA SECULI, i ANDREU SEGURA, *L'assistència sanitària a les comarques de Catalunya* (Barcelona: Laia, 1980), 195 pp. Amb pròleg de Ramon Espasa.
45. Departament de Sanitat i Assistència Social, *La sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social* (Barcelona: Generalitat de Catalunya, 1980), 330 pp., i 10 mapes. El text és diferent del decret sobre el Mapa Sanitario de Cataluña 1979.
46. GABRIEL ARANGUREN, et al., *Sectorización asistencial en la provincia de Vizcaya* (San Sebastián: Hordago, 1980), 197 pp.
47. VICENTE NAVARRO, *Medicine Under Capitalism* (Nueva York: Prodist, 1976), 230 pp.
48. *Sociología y Medicina*, número 5 de *Papers: Revista de Sociología* (1976), 273 pp.
49. JESUS M. DE MIGUEL, *Sociología de la Medicina: Una introducción crítica* (Barcelona: Vicens Vives, 1978), 318 pp. Amb pròleg de Juan Campos.
50. ESTEBAN PINILLA DE LAS HERAS, i RAMON VIDAL TEIXIDOR, *Enfermos, médicos y hospitales: Una investigación sociológica sobre medicina hospitalaria* (Barcelona: Giba-Geigy, 1977), 128 pp.
51. ISIDORO ALONSO HINOJAL, *Sociología de la Medicina: Aspectos teóricos y empíricos* (Madrid: Tecnos, 1977), 201 pp.
52. JESUS M. DE MIGUEL, *Health in the Mediterranean Region* (Ann Arbor Michigan: University Microfilms, 1976), 758 pp.
53. Els ginecòlegs en: JESUS M. DE MIGUEL, *El mito de la inmaculada concepción* (Barcelona: Anagrama, 1979), 159 pp. Els pediatres en un pròxim llibre titulat *La amorosa dictadura*.
54. CARMEN DOMINGUEZ-ALCON, JOSEP A. RODRIGUEZ, i JESUS M. DE MIGUEL, *Sociología y enfermería* (Barcelona: Rol, 1981).
55. JOAQUIM VERGES, *La Seguridad Social española y sus cuentas* (Barcelona: Ariel, 1976), 217 pp.
56. JOAN J. ARTELLS, et al., *Diálogos sobre economía de la salud* (Barcelona: Servicio de Estudios del Banco Urquijo, 1980), 91 pp.
57. JOSEP M. COMELLAS, *Magia y curandería en la medicina popular* (Barcelona: Redondo, 1973), 81 pp.
58. CARMELO LISON TOLOSANA, *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia* (Madrid: Akal, 1979), 461 pp.
59. MICHAEL KENNY, i JESUS M. DE MIGUEL, *La antropología médica en España* (Barcelona: Anagrama, 1980), 354 pp. Conté una excel·lent bibliografia comentada.
60. RAMON BAYES, *Psicología y medicina: Interacción, cooperación, conflicto* (Barcelona: Fontanella, 1979), 173 pp.
61. JUAN CAMPOS, et al., *Psicología dinámica grupal* (Madrid: Fundamentos, 1980), 256 pp.

INVESTIGACIÓ SOCIOLÒGICA, I SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA

Esteban Pinilla de las Heras

Per a aquestes *Primeres Jornades de Sociologia de la Medicina* se'm demana una reflexió sobre el meu llibre (escrit en col·laboració amb Ramon Vidal Teixidor) *Enfermos, médicos y hospitales* (1), amb la perspectiva dels cinc anys transcorreguts des de la investigació que li serví de base. Més que una reflexió sobre el llibre en si, em sembla convenient fer el següent:

- a) situar la investigació en el context del recent desenvolupament de la sociologia al nostre país;
- b) enllaçar algunes deduccions del *item* anterior, amb problemes de la sociologia de la medicina,
- c) respondre a crítiques que considero poc fonamentades;
- d) enumerar alguns temes a tractar en el futur per part de la sociologia de la medicina.

Conseqüentment, prendré la investigació que donà origen al meu llibre com a punt de partida.

Sociologia especulativa i sociologia empírica

Hem arribat a Catalunya a una situació en què és explicable la frase de Machado elaborada per a una societat de característiques radicalment diferents de la nostra: es menysprea el que s'ignora. El descrèdit que es vol imputar a la investigació sociològica, que despectivament és anomenada "empírica", constitueix la lamentable manifestació d'una tendència que, si arribés a imposar-se en els nostres centres docents i en l'ànim dels sociòlegs, conduiria en un termini de pocs decennis a la destrucció pura i simple de la sociologia (i, transitivament, d'alguna altra ciència social).

La meua investigació sobre medicina hospitalària, realitzada en dos grans centres hospitalaris de Barcelona, tenia justament com una de les seves finalitats més grans la de demostrar fins a quin punt és possible, per mitjà de la utilització de mètodes de l'estadística matemàtica, el tractament i l'elucidació de qüestions que aparentment són susceptibles només d'ésser abordades en termes literaris, morals, psicològics o, en general, hermenèutics i interpretatius.

La investigació fou producte d'un laboratori de sociologia finançat privadament, el qual tenia un pla molt ampli de treballs sobre la realitat social catalana. Hi havia altres investigacions possibles (sobre l'Administració pública, sobre classe obrera, etc.), i si vaig donar prioritat a la de la medicina hospitalària fou perquè fins aleshores (1975) no s'havia fet pràcticament res en aquest terreny a Catalunya, i perquè estava convençut que l'organització hospitalària i els seus sistemes de relacions socials, quant a subjectes d'anàlisi sociològica, constituïen una incògnita, novetat fins i tot per als propis actors. Es visualitzaven els problemes interns de l'hospital (fent abstracció dels aspectes estrictament mèdics) com econò-

mics, els uns, psicològics, els altres (conflictes de diners i conflictes entre persones); però no es concebia la pertinència d'una anàlisi sociològica.

Dur a terme una investigació d'aquest tipus, i fer-la amb èxit, suposava aconseguir tres objectius:

- iniciar un nou terreny d'investigació, fins aleshores gairebé inèdit a Catalunya;
- demostrar als estudiants, amb un exemple fronterer amb l'escandalós, la subordinació de fenòmens individuals o psicològics a sistemes de relacions socials,
- contribuir a la desmitificació de la literatura filosòfica i paternalista sobre el tema de l'anomenada "humanització de l'hospital".

Es tractava, per tant, de desenvolupar el que els anglosaxons anomenen un "experimental design", simultàniament amb el recull d'una quantitat d'informació que interessava als finançadors de la investigació. En cap cas es tractava d'un virtuosisme metodològic (com alguns crítics ho varen interpretar), atès que la metodologia per la metodologia és, em sembla, una manifestació de bizantinisme. Amb tot, si haig de ser intel·lectualment honest, sí és cert que hi ha quelcom d'imperialisme sociològic, és a dir, d'una actitud radical que emergeix com necessària (o com reactiva) enfront d'un context acadèmic i cultural dominat per tendències idealistes i psicologistes. Vull dir, en pròpia defensa, però, que actes d'imperialisme sociològic, els ha hagut (i d'una transcendent magnitud) en circumstàncies d'alguna manera anàlogues: el Marx jove quan trencà amb l'idealisme filòsofic alemany; Durkheim quan decidí ferir els psicologistes en el cor mostrant-los els tipus socials de suïcidi i les causes socials del suïcidi (en una investigació que fou el paradigma del que després s'ha desenvolupat com anàlisi multivariable en sociologia), o Max Weber, quan (després d'haver estat un enemic de la sociologia) es decidí a fer possible una ciència de la sociologia en ruptura amb l'historicisme, i va escometre la seva ingent tasca de sociologia de les religions.

En el període de cinc anys transcorreguts des del treball de camp en dos hospitals de Barcelona, hi ha dos fets d'una relativa importància que em sembla útil destacar, en relació al nostre context sociològic. El primer, és el de la crisi cada cop més visible de la sociologia com disciplina general científica, és a dir, el cos teòric que forma aquesta disciplina que en alguns països s'anomenà (com a França fins al voltant de 1960) sociologia general. Aquesta crisi concerneix l'àmbit acadèmic de la sociologia anglosaxona i de les seves cultures satèl·lits en el món capitalista (a França, per exemple, la crisi és molt menys marcada); i a més se centra en els paradigmes teòrics que havien dominat en aquest món acadèmic des dels anys de postguerra fins al final de la guerra del Vietnam. Es tracta de substituir aquests paradigmes teòrics per altres de nous, o com jo he dit en un altre lloc, de redosificar les aportacions dels grans clàssics de la ciència social de tal manera que es construeixi un paradigma distint. Però en cap cas s'ha de confondre aquesta crisi amb dues coses: d'una banda, amb l'acceptació del nihilisme anticientífic, que faria taula rasa de la possibilitat mateixa d'una ciència social en *el sentit clàssic del terme ciència* (conjunts d'enunciats explicatius i refutables, i en gran mesura verificables, elaborats d'acord a un mètode reconegut universalment com el mètode científic); d'altra banda, amb la conseqüència d'aquest nihilisme, com seria la ceguesa sobre la immensa quantitat de coneixements que sobre la cultura i la societat humanes, en els seus diversos espais temporals i socials, s'ha aconseguit acumular en els darrers cent cinquanta anys, mercès justament a la investigació empírica en etnologia, antropologia i sociologia.¹

Canvi de paradigmes, doncs sí. Nihilisme científic i ceguesa en relació a tot el que hem aconseguit en la tasca de coneixement de l'home per l'home, per suposat que no.

Ara bé, en el nostre país s'ha rebut aquesta crisi fent-nos ressò dels autors més extremistes en la crítica de l'antic paradigma estructural-funcional i del treball empíric o d'investigació. Allò que en el món acadèmic anglosaxó (molt sòlidament estructurat i amb unes

jerarquies en l'ordre de les idees) era, o són, simplement opinions individuals heterodoxes, aquí s'adopta de manera completament acrítica i amb fanatisme. Continua, d'aquesta manera, una tradició d'importar de l'estranger idees o doctrines i radicalitzar-les en la seva forma més elemental i sumària, tradició que ha significat a Catalunya (i a Espanya) el cometre molts errors històrics des de començament del segle XIX.

Com era inevitable, s'ha passat al nihilisme i a la negació d'allò que és l'evidència mateixa: que les ciències socials han obtingut una quantitat molt rica de coneixements sobre l'acció humana i els seus productes, i que això s'ha fet *malgrat* les inacabables discussions filosòfiques i especulatives sobre la cièntificitat de les ciències socials, o sobre el lloc de la sociologia entres altres ciències, o finalment, sobre l'oposició entre objectes materials i objectes idealment construïts per l'observador.

I com sempre que hom cau, conscientment i voluntàriament, o inconscientment, en el nihilisme, el buit produït s'omple ràpidament amb els temes més ingenus i anticientífics, en un simple acte d' "adanisme" (creure que no n'hi ha precedents per al pensament i que hom és com Adam en el paradís, tot sol amb la pròpia ment); "adanisme" que és la pitjor de les servituds, per tal com es descobreixen els falsos problemes que en el passat ja havien estat abandonats, a un costat del camí de la ciència.

Ja al final de la Segona Guerra Mundial, G. Gurvitch va fer un catàleg de falsos problemes sense resposta científica possible, i el 1950 tornà a insistir sobre el mateix tema (2). L'expressió "sociologia de la sociologia" apareix per primera vegada, em sembla, en un text de Gurvitch del mateix any (3), i per tant ja porta trenta anys discutint això. Entre els falsos problemes estan sobretot els següents.

- el sentit del progrés o la direcció de l'evolució històrica,
- l'ordre i el progrés, o l'ordre i el moviment,
- l'individu i la societat,
- el factor social predominant o "explicatiu",
- la psicologia i la sociologia,
- les "lleis" sociològiques.

Quan aquí, a Barcelona, es produeix ara una floració de textos de sociologia que oposen l'individu a la societat, o la sociologia de l'ordre a la sociologia que els seus autors anomenen de la revolució, tots aquests autors ignoren la ingenuïtat en què cauen; ignoren que treuen a la llum temes del segle XIX que fa temps que no són tinguts en compte entre investigadors seriosos; i sobretot ignoren (el que és més lamentable) que confonen la seva veritat emocional amb la veritat cognitiva: una distinció que es troba a l'arrel de qualsevol observació científica i, per tant, en la de moltes observacions valuoses que s'han fet en etnologia, antropologia i sociologia.

Més greu encara: reapareixen temes para-sociològics, que havien caigut en descredit. Pel fet que existeixen organitzacions polítiques disposades a finançar preteses investigacions sobre algun d'aquests temes, es torna a parlar de la psicologia dels pobles, o de les connexions entre llengua i pensament fundadores d'una especificitat de cada poble.

Estem en ple deliri romàntic: l'individu lliure i creador, d'un costat, la societat opressora i rutinària, de l'altra. La sociologia ideològica, mentidera, i al servei del poder i de l'imobilisme, d'una part, i la sociologia de la veritat revolucionària, el moviment històric, i el total alliberament humà, de l'altra. L'universalisme científic, racionalista, empirista, generalitzador, i inespecífic, en un costat, i el particularisme popular, emocional, vivencial, historicista, en l'altre. Oposicions totes elles típiques del segle XIX, petit-burgeses, podrides d'ideologia en el sentit pejoratiu d'aquest terme, i per suposat incapaces d'explicar científicament els universals i els particulars de cada formació social, la consistència de les societats, el consens i l'obediència per part dels col·lectius socialment desprivilegiats, o les

crisis històriques en les formacions que semblaven més sòlidament institucionalitzades. Oposicions algunes d'aquestes (com la d'individu i societat) que constitueixen, a més a més, la negació mateixa de la possibilitat d'una ciència social (com ja s'adonaren els grans clàssics de la sociologia, començant per Marx).

Sobre l'abast d'aquestes superxeries, així com de la pretensió de convertir la sociologia en "un art" (és a dir, en una disertació filosòfica), posaré només un exemple del que passa amb el redescobriment de Toennies. Aquest autor alemany era un home d'orientació socialdemòcrata, un bon estudiós de Marx i del marxisme (conegué Engels a Anglaterra i es cartejà amb ell, i a més escrigué i publicà el 1921 a Berlín una biografia de Marx); un estudiós del moviment obrer i sindical i de la lluita de classes (temes als quals dedicà varis textos, el més conegut un llibre publicat a Leipzig el 1907), i un home que, en la seva orientació metodològica per als estudis de sociologia de la cultura, s'adherí explícitament al materialisme històric, segons consta en la darrera de les seves obres (*Geist der Neuzeit*, Leipzig 1935). Doncs bé, entre nosaltres es redescobreix ara Toennies, exclusivament per la importància que tenen les connotacions vivencials, espiritualistes, antisocietàries i antiindustrials, del seu concepte de *comunitat*. Es fa, doncs, un ús anticientífic, extret del seu context, d'un sistema conceptual que era molt més complex i ric en la ment del seu autor, i (tant si se sap com si no, amb bona o mala fe) se segueix l'ús que van fer del concepte els nacionalistes imperialistes alemanys durant la Guerra Mundial de 1914 a 1918 i, després, durant el nacionalsocialisme hitlerià. Es tractava doncs, d'una perversió políticament concebuda i desenvolupada, tant a l'Alemanya del primer terç del nostre segle, com avui a casa nostra. Jo estic pel coneixement de l'obra de Toennies (que considero un dels clàssics importants de la ciència social en general i de la sociologia en particular); però a condició que no sigui utilitzat instrumentalment, mutilat de la seva totalitat i escindit internament en unes poques parcel·les, en funció d'objectius ideològics que res no tenen a veure amb la reconstrucció de la sociologia ni amb la sortida d'aquesta ciència de la seva actual crisi.

L'altre fet al qual hem al·ludit abans és el desenvolupament que s'està donant entre nosaltres justament d'investigacions sociològiques particulars, per part d'autors que poc es preocupen de la crisi teòrica de la sociologia que anomenàvem "general". Aquest és un procés positiu. S'està treballant a Catalunya actualment en alguns territoris específics com la sociologia del sistema industrial o de les relacions laborals, i per suposat, en sociologia de la medicina, amb unes motivacions que són científiques: conèixer la veritat, desmitificar la ideologia, i contribuir a un millor coneixement de l'home sobre l'acció humana i els seus productes.

Ara bé, aquest treball científic cal que es faci més rigorós i que es concreti en enunciats o proposicions que siguin universals i verificables. Amb això no estic assumint la inaudita pretensió de dir als sociòlegs de les relacions industrials, o als sociòlegs de les organitzacions hospitalàries que és ineludible que es posin a fer entrevistes per qüestionari, a perforar targetes IBM i trencar-se el cap davant d'encreuaments de variables en computadora (puix hi ha anàlisis sociològiques molt vàlides que mai no necessitaren targetes perforades ni computadores). El que desitjo és cridar l'atenció sobre el risc que hi ha, en un àmbit cultural molt pobre en conceptualitzacions rigoroses i a més corromput per les ideologies romàntiques, que aquests treballs perdin llurs virtualitats científiques i universals i es converteixin en subsidiaris dels particularismes locals i esclaus, en cert sentit, de poders polítics i econòmics locals.

La ciència treballa amb conceptes, no amb descripcions. I la ciència suposa a més una autocrítica constant. El treball científic en ciències socials inclou, a més a més, necessàriament, el *projecte personal* de l'investigador. Els sociòlegs han de deixar de mirar-se el melic i de parlar exclusivament d'ells mateixos, per a sortir a dir coses vertaderes sobre el món (el món real d'aquí i d'ara, i les seves arrels històriques immediates i que continuen vivents en el present). No són els grans actes d'adhesió populista, o nacionalista, o

revolucionària, els que fan avançar el coneixement de l'home sobre l'home, sinó la persecució de la veritat. I aquesta veritat és sempre concreta. I el llenguatge de la veritat és revolucionari (en un altre sentit més profund que el dels "fills de papà" que es dediquen a fer, sota el nom de sociologia, converses de cafè).

Sociologia de la medicina

A començament de 1950 un professor espanyol, avui molt injustament oblidat, Nicolás Ramiro Rico, deia el següent: "Ciència social és un *flatus vocis*: no existeix realment". I descansant en l'autoritat de Max Weber afegia: "Només les ciències socials particulars tenen existència real" (4).

Aquesta concepció era conseqüència d'un criteri distributiu de les disciplines científiques segons el qual es distingeixen necessàriament entre si, sigui pel mètode de cadascuna, sigui pel seu objecte específic, o per la particularitat d'una combinació d'objecte amb mètode. Ramiro Rico citava Max Weber: "Allà on amb un nou mètode s'atén un nou problema (...) neix una ciència"²

Difícilment podríem avui defensar l'especificitat de la sociologia respecte a altres ciències socials, i de la sociologia de la medicina respecte a altres sociologies, basant-se en aquests criteris. En el treball d'investigació cada vegada tenim més coses comunes els professionals de diverses disciplines. En un nivell alt d'abstracció tots (incluits els professionals de les ciències anomenades de la naturalesa) recorrem als mateixos o semblants mètodes matemàtics. Tots sabem ja que cal distanciar-se d'una concepció ingènua i falsament materialista de la realitat: tant si és aquesta la realitat *física* (o suposadament física) de la matèria, com si és la subtil realitat dels sistemes de relacions socials. Entre els instruments que usa el físic que estudia altes energies i partícules nuclears, hi ha, per suposat, un abisme; però un cop formalitzats els problemes sobre la taula, podem observar una creixent indiferenciació entre nosaltres, mercès a la comunitat de mètodes i l'inevitable recurs a construccions conceptuals. No s'abasta la realitat per enumeració de propietats d'objectes reals, sinó gràcies a construccions lògiques. El nostre coneixement no és un reflex de la matèria, traduït en llenguatge simbòlic, sinó que és una construcció activa. Cada vegada científics socials i científics de la matèria ens assemblen més. Gràcies a aquesta creixent indiferenciació en els mètodes, és distingible el discurs científic de l'assagisme o de la mera emissió d'opinions.³

En altres paraules: encara que les nostres disciplines es diferencien, i molt, per les tècniques de recollida de dades i d'informació o de producció d'objectes d'estudi (siguin aquests partícules atòmiques artificialment creades en el laboratori, o respostes humanes obtingudes sota l'estímul condicional d'un qüestionari utilitzat per un observador), la nostra elaboració definitiva d'aquestes matèries sempre és conceptual i simbòlica (en el doble sentit del símbol, substitució del referent empíric, i llenguatge lògicament organitzat: sintaxi necessària i unívoca que és positivitat enfront de l'arbitrarietat del signe).

El mètode diferencia bastant poc entre disciplines (o entre les nostres disciplines). I és desitjable que sigui així, per la raó abans esmentada de la comunitat universal del mètode científic (o dels mètodes, plural que no varia la qüestió substantiva a què em refereixo).

Si observem els temes seleccionats per a aquestes *Primeres Jornades de Sociologia de la Medicina*, ens adonarem a més que és problemàtica la diferenciació interdisciplinària pels objectes. Com jo deia en el seu moment en el meu llibre, l'hospital pot ser estudiat com a *institució* o com a *organització*. En el primer cas la institució hospitalària ha d'ésser analitzada per les seves funcions (ideals i reals) en successius contextos que l'han creada per estimar-la necessària: el poblacional i ecològic, el cultural, l'econòmic, etc. Quant a organització, l'hospital és susceptible de tractament com sistema de relacions entre actors (personal mèdic i auxiliar, administració pública i privada, gestoners interns de l'hospital, pacients, famílies

dels pacients, Seguretat Social, etc.). La distància entre les funcions exigides o exigibles a la institució hospitalària, i les funcions realment acomplides dins de cada context (el qual forma els seus *entorns*, tant normatius com utilitaris) és una distància analítica del més gran interès. La relació entre les normes culturals que funden la institució i les pràctiques reals, pot ser objecte abordat en sociologia cultural o en sociologia de la ideologia. La relació entre l'hospital com a resposta a unes necessitats socials i humanes i un entorn determinat, pot ser objecte d'un estudi sòcio-econòmic. La relació entre l'hospital com a institució terapèutica i la Facultat de Medicina a la qual pot estar incorporat (és a dir, entre acció o sistema d'acció per a fins instrumentals com els docents) és una relació que pot ser abordada tant per la sociologia de les organitzacions com per una sociologia cultural. En el meu llibre vaig exposar quantitat de possibles abordatges de l'hospital com a sistema organitzatiu: xarxa d'una pluralitat d'actors i de les seves accions, confederació de mandarinats mèdics, sistema conflictiu de diverses orientacions que tracten de maximitzar béns diferents (la salut, l'economia, els interessos de cada col·lectiu sòcio-professional dintre les escales funcionals i jeràrquiques de la divisió del treball, etc.).

Un sol objecte material és, doncs, escindible en múltiples objectes ideals; però cada un d'aquests últims no constitueix per si mateix un objecte abstracte separat radicalment dels altres. La interdisciplinarietat s'imposa.

Per tant, no hi ha una fundamentació de cada disciplina pels seus objectes. Tots els científics socials treballem sobre un mateix i extens *continuum* d'observables: l'acció social humana i els seus productes. Tenim, fins i tot, una certa comunitat de conceptes, de forma que els conceptes específics d'una disciplina i que aquesta no comparteix amb altres, són en nombre reduït. Per exemple, els conceptes estrictament sociològics són pocs: rol, estatus, comunitat, societat, grup informal, grup organitzat, poder, autoritat, influència, socialització anticipada, mobilitat social, anomia, i no massa més. Els conceptes de camp (*field*) i de tensió, d'estructura i de funció, i molts altres, són comuns a nombroses disciplines. La tesi enunciada per Whewell a Anglaterra a mitjan segle XIX segons la qual el progrés d'una ciència es mesura pel de creació dels seus conceptes, no es pot defensar en aquesta simplicitat. És l'ús tècnic dels conceptes, més que la singularitat d'aquests o la seva exclusivitat, el que distingeix el particular enfoc d'una disciplina sobre parts discretes de l'enorme *continuum* d'observables. I així mateix l'èxit en tecnificar termes que anteriorment eren d'ús en el llenguatge comú; per exemple, "populisme" té avui una denotació tècnica per a un determinat tipus de règim polític; sistema polític segmentari, sistema polític piramidal, sistema jeràrquic, són conceptes construïts amb termes lingüístics d'origen comú, avui altament tecnificats.

Els sociòlegs de la medicina (o d'una altra especialitat sociològica) que no facin investigació merament descriptiva i empírica, i vulguin elevar-se a un nivell més abstracte d'explicació dels sistemes de relacions socials, estan, per tant, obligats (com qualsevol altre científic) a la tecnificació de conceptes.

En el meu llibre vaig tractar d'obrir una finestra sobre aquest mètode ineludible, amb l'ús (en primer lloc) molt general d'heteronòmia i dependència, i després amb la seva especificació en heteronòmia personal i social, i dependència individual i institucional.

Convé que s'aprecii la fecunditat d'aquests abordatges, quan a través de la investigació podem observar, en les orientacions dels pacients hospitalaris, coses com les següents: la possibilitat que accions de les autoritats hospitalàries tendents a disminuir la dependència institucional, incrementin l'heteronòmia personal; o bé, l'increment reactiu de l'autonomia que reivindiquen alguns pacients, si estan sotmesos a una extrema dependència institucional.

La seva investigació demostrà de manera fefaent que els referents empírics d'heteronòmia i dependència no són coextensius, sinó asimètrics. I això pot tenir una transcendència pràctica en el plans de reforma i humanització de les relacions hospitalàries.

També es demostrà que l'autoritat no pot ser tractada com una variable abstracta, sinó

en relació al context organitzatiu en el qual funciona. I, com es podia esperar per part de qualsevol que sigui bon sociòleg, que les relacions interindividuals exerceixen una acció feble sobre els sistemes de relacions en comparació amb els efectes de l'organització social, d'una determinada divisió del treball entre el personal mèdic i auxiliar, i del nivell tecnològic.

Posat que abans vaig citar dos grans clàssics de la sociologia (Toennies i Max Weber), serà convenient ara analitzar la seva visió sobre la construcció de conceptes i sobre el mètode de confrontar la realitat empírica amb els models o tipus ideals. Aquests són conceptes "purs" amb propietats analítiques ben definides; la seva funció és la de termes de referència conceptuals respecte als trets dominants en els seus corresponents observables empírics. Aquests darrers es troben sempre barrejats en el si d'una realitat social sintètica, i el talent del sociòleg consisteix en saber abstrure (o extreure) les relacions o propietats més significatives i pertinents; i aleshores, comparar-les amb les propietats analítiques del *construct* pur, per veure fins a quin punt aquest resta saturat.

L'exemple més simple és el següent: l'hospital constitueix una *institució* orientada al compliment o satisfacció d'uns valors: la conservació de la salut o de la vida. Se li pot imputar, doncs, un esquema weberià d'acció racional segons valors. Si en l'hospital (com vaig dir de passada en el meu llibre) hi ha metges i/o infermeres que consideren prioritària la seva fidelitat als seus propis grups sòcio-professionals (o segments de grups) per sobre dels seus deures envers els seus pacients i els valors institucionals, aleshores tenim una distància entre el tipus weberià ideal d'acció racional d'acord amb valors, i els comportaments reals d'uns actors socials. L'observació i *explicació* d'aquestes distàncies, constitueix una de les tasques pròpies del mètode weberià.

L'hospital és així mateix una *organització*. Per tant se li pot imputar un altre esquema weberià: el de l'acció racional d'acord amb els fins. *La coherència entre la racionalitat dels instruments i la dels fins*, pot ser establerta idealment; i la distància amb les propietats deduïdes dels referents empírics, descrita i explicada.

No és aquí el lloc de continuar amb el catàleg de tipus ideals de Max Weber (alguns d'ells ja construïts per Toennies i reelaborats per Weber). El sociòleg de la medicina s'adonarà que hi ha un territori metòdic d'una gran fecunditat latent, si s'actua amb rigor.

Resposta a unes crítiques

Després d'aquesta llarga excursió sociològica, torno al tema de la meua comunicació.

En una revista de filosofia de la ciència que es publica en la Universitat d'Oviedo (5), es desqualificà com a errònia la divisió dels serveis mèdics hospitalaris en dos subconjunts analítics: els serveis dirigits per metges *clínicament* orientats, i els dirigits per metges *tecnològicament* orientats. Es diu que és indeterminada la classificació, per la vaguetat del terme "orientats". A aquesta objecció respondré molt breument, que aquest terme no és imprecís en sociologia, i em remeto a l'autoritat de Max Weber que utilitza constantment expressions com *Orientierungspunkt* o *Orientierungsmittel*.

Es diu després que no es defineixen els criteris amb què s'han elegit els dos grups de la mostra. La resposta és la següent: els grups són agregats de pacients hospitalitzats en determinats serveis mèdics. Aquests serveis (clínicament orientats uns, tecnològicament orientats altres) formen els contextos socials dels pacients dins cada hospital. Aquests contextos socials (codificats instrumentalment per a l'anàlisi en forma de variable contextual amb dues variants, la tecnològica i la clínica) no són agregats d'atributs individuals dels pacients. Justament es tractava d'observar la pertinència dels dos tipus operant sobre pacients els atributs individuals dels quals (edat, sexe, posició econòmica, nivells d'estudis, etc.) són aleatoris. La variable controlada era el tamany dels dos grups (d'igual magnitud). Les propietats de cada context es troben definides *a priori* (és a dir, construïdes a partir del coneixement de l'hospital i dels metges-mandarins, per observació directa, però *abans* de l'anàlisi multivariable en computadora), i la definició es dona en la pàgina 62 en els termes següents:

- la divisió del treball, que se suposa més complexa, diferenciada, i especialitzada en els serveis mèdics tecnològicament orientats;
- la circulació d'informació en dos circuits, el del personal mèdic i auxiliar (sense els malalts), i el que comprèn els malalts. Se suposa que en el circuit dels metges i personal sanitari, la informació és més densa en els serveis tecnològicament orientats que en els clínicament orientats; al contrari, en el circuit en el qual entren els malalts, se suposa que el pacient participa més en la informació, com a receptor, en els serveis clínicament orientats;
- en la substituïbilitat dels incumbents dels rols tècnics, que se suposa més factible en els serveis tecnològicament orientats, mentre que en els serveis clínicament orientats les funcions es trobarien més personalitzades;
- en el tipus de relació metge/malalt: més personal i directa en els serveis clínicament orientats, més impersonal i llunyana en els serveis tecnològicament orientats;
- en la percepció i avaluació de possibles problemes psicossomàtics en els pacients, percepció que se suposa deficitària en els serveis tecnològicament orientats.

En el curs de l'anàlisi es descobrien altres propietats, alhora que es desconfirmaven (o es confirmaven) algunes de les precedents; entre les noves propietats diferencials de cada context, es troben les de tractar més o menys els pacients com a objectes d'experimentació, i la de respectar més o menys els seus drets subjectius com a pacients. Aquestes variables es van relacionar amb els nivells d'autonomia, heteronòmia, i dependència, manifestos en els pacients. L'interès de la investigació no consistia, per tant, en validar que els dos tipus eren correctes (segons l'anàlisi d'abundants proves) sinó en examinar el seu funcionament, mitjançant els efectes del context sobre les percepcions dels propis malalts.

Diu després el crític que "suposada aquesta apreciació com a vàlida, no ha de presentar-se com una dicotomia, sinó com a tendència que, fins i tot, pot coexistir dins d'un mateix servei, sense alterar la seva coherència interna". Aquesta observació és pertinent. En efecte, la decisió de dicotomitjar la variable contextual només en dues variants, és una decisió discrecional de l'investigador; si haguéssim comptat amb una mostra d'uns 1.200 pacients (en comptes de 320), la variable podria haver estat pormenoritzada; no perquè en haver més malalts, variïn les propietats analítiques del tipus, sinó pel senzill fet aritmètic que podríem aleshores matisar situacions complexes comptant amb suficient nombre d'observacions per a cada una d'elles. Veure's obligat a dicotomitjar, és la majoria de vegades una servitud derivada del treball sociològic finançat amb recursos econòmics limitats.

Finalment, diu el crític el següent: "Admetent al cent per cent la metodologia proposada, el malalt internat en un servei o altre no són comparables". Aquí és obvi que l'autor de la crítica no sap el que és, tècnicament parlant, una variable contextual. Si la seva observació fa suposar que era necessari igualar no només la magnitud dels grups, sinó a més a més les característiques o atributs individuals dels malalts, de manera que cada grup tingués estrictament la mateixa proposició d'atributs (edat, sexe, nivells d'estudis, nombre de dies d'hospitalització, hospitalitzacions anteriors en el mateix o en un altre hospital, malalties presentades o diagnosticades en cada grup, etc.), aleshores no s'hagués tractat de mostres aleatòries obtingudes al llarg d'un període considerable de temps en hospitals (justament per a "randomitzar" possibles concentracions d'atributs), sinó que hagués calgut construir, intervenint directament i per via autoritària en l'hospital, mostres artificials, amb malalts seleccionats de manera que igualessin llurs atributs. En aquest cas ja no s'hagués tractat d'una investigació sobre hospitals tal com són, sinó d'un experiment de laboratori com els que fan els psicòlegs experimentals amb un petitíssim grup de subjectes. No pot negar-se l'interès i la sofisticació metodològica de tal procediment; però ha de quedar clar que aleshores aquesta investigació no es basaria sobre l'hospital *real*, sinó sobre un hospital artificialment

construït. El que l'investigador ha de construir són els conceptes; no la realitat empírica que justament es tracta d'observar.

Tanmateix, el caràcter aleatori dels atributs és sempre observat al llarg de les anàlisis, atès que l'investigador és el primer interessat en no enganyar-se atribuint al context el que pot ser degut a sobrerrepresentació d'alguns atributs. En el llibre no consten un considerable nombre d'observacions que es van fer; per exemple, la distribució d'algunes orientacions dels pacients segons els grups de malalties diagnosticades. Però si hom constata que, per exemple, com és el cas dels malalts del sistema nerviós, exclosos malalts de psiquiatria, tenen menys desigs de reintegrar-se als seus domicilis que els malalts leucèmics, i es veu que les diferències percentuals no són grans (o estadísticament significatives), i que els malalts del sistema nerviós es distribueixen aleatòriament, aleshores no és necessari de controlar aquest tipus d'atributs individuals.

Apertura de nous temes

En el meu llibre hi ha una valoració més aviat positiva dels serveis mèdics tecnològicament orientats. Ateses les innovacions tècniques i el seu ritme, i la demanda que els propis pacients i les seves famílies fan perquè s'utilitzin en el diagnòstic i tractament els instruments tècnicament més avançats, és obvi l'interès que tenen les observacions referents a les orientacions i comportament de tals serveis. El transcurs del temps no fa sinó incrementar la necessitat de conèixer-los més a fons. Que la meua investigació sigui ràpidament superada com un pas pioner, i que es confirmi o no les trobades d'aquest investigador i dels seus col·laboradors, és quelcom desitjable, en benefici del caràcter acumulatiu de qualsevol veritable tasca científica.

Hi ha un altre aspecte que convé ara comentar. És el que es refereix a la introducció del que els francesos anomenen *telemàtica*, en els serveis mèdics i en les relacions entre metges i pacients. El sociòleg té aquí coses a dir, per tal com pot haver redefinicions de rols i de funcions, i per tant de sistemes socials.

Amb l'ajuda de la telemàtica, s'ofereixen al metge clínicament orientat, i al metge generalista que sigui intel·ligent i vulgui i sàpiga pensar, noves oportunitats per restablir les virtuts clàssiques de la relació clínica, menys impersonal que la que depèn d'una considerable divisió de funcions en els serveis tecnològicament orientats.

N'hi ha que de la telemàtica només retenen la possibilitat que el metge de capçalera, o l'especialista, sàpiga en pocs minuts quin hospital d'una ciutat té un llit lliure per a determinat problema individual. Alguns suposen que hi haurà metges que instal·laran en els seus despatxos terminals de computadora o de bancs de dades per contrastar el seus diagnòstics o les seves informacions. I és evident que, amb el registre d'informació mèdica en forma de targetes magnètiques individuals, en les quals consti l'historial d'un malalt, el seu tractament, els medicaments que li administren, etc., es podran fer muntanyes d'informació comparativa, de manera que s'estandarditzin els grups de malalts i s'individualitzin els casos atípics. Progressos enormes en la transferència d'informació a nivell estatal i internacional, i en l'observació comparativa, seran factibles quan cadascú de nosaltres portem a sobre una targeta magnètica amb tota la informació mèdica, i aquestes targetes poden ser duplicades o processades en anàlisis creuades de variables de diversa índole.

Per al sociòleg aquests aspectes no són els més interessants. És obvi que la telemàtica incrementarà la distanciació entre el món rural i semirural i el món urbà; només en grans ciutats es podran establir els centres adequats de reunió i tractament de la informació. És obvi així mateix que aquesta tècnica incrementa més el poder dels tecnòlegs que el dels clínics. Hi haurà un nou (o parcialment nou) sistema de relacions entre rols. Hi ha el risc que la creixent especialització de funcions entre personal no mèdic (auxiliar) concedeixi a aquest personal capacitats discrecionals d'interpretar dades i dirigir selectivament informa-

ció, que són capacitats que abans estaven reservades al metge. Un immens horitzó s'obre així, digne de ser explorat en la nostra constant recerca de la racionalitat social.

Notes

- 1 He escoltat (abril 1981) una sèrie d'entrevistes de Cl. Lévi-Strauss amb Jaques Chancel, en les emissions *Radioscopie*. Lévi-Strauss protesta enèrgicament que, pel fet que alguns etnòlegs servissin el colonialisme, se suposi que tota l'etnologia i l'antropologia estiguin ideològicament contaminades o les seves descobertes siguin menyspreables.
- 2 La citació de Weber pertany a la recopilació d'escrits d'aquest sobre Teoria de la Ciència (*Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre*).
- 3 Convindria que els sociòlegs llegissin de tant en tant els problemes que els investigadors en Física nuclear es plantegen sobre la naturalesa de "la realitat". Cfr. Bernard d'Espagnat: *A la recherche du réel: le regard d'un physicien*, Paris, Gauthier-Villars, reimpressió 1980.

BIBLIOGRAFIA

1. *Enfermos, médicos y hospitales: una investigación sociológica sobre medicina hospitalaria*, Departament de Medicina de Ciba-Geigy, S.A., Barcelona 1977.
2. G. GURVITCH, *La vocation actuelle de la Sociologie*, Paris, Presses Universitaires de France, 1950, Introduction (hi ha traducció al castellà: Fondo de Cultura Económica, México).
3. Id. GURVITCH, op. cit.
4. NICOLAS RAMIRO RICO, *Sociología, sociólogos y economistas*, en "Revista de Economía política", Madrid, vol. II, núm. 1, Maig 1950.
5. *El Basilisco*, núm. 7, Oviedo, Ediciones Pentalfa, 1979, pág. 103.

PART I
ESTRUCTURES I IDEOLOGIES
DE LES PROFESSIONS I
INSTITUCIONS SANITÀRIES

ANÀLISI SOCIOLÒGICA DE LA PROFESSIÓ D'INFERMERIA A ESPANYA

Carmen Domínguez-Alcón

La infermeria moderna ha de donar resposta a l'objectiu sanitari més important del segle XX i que ha estat definit per l'Organització Mundial de la Salut en el seu estudi *Formulació d'estratègies amb la finalitat d'aconseguir la salut per a tots l'any 2000* (Ginebra: OMS, 1979), que es desenvolupa a partir de la reunió sobre "Atenció Primària de Salut" celebrada a Alma-Ata (Unió Soviètica) entre el 6 i el 12 de setembre de 1978.

La política mundial de salut ha fet un viratge radical, l'accés a la salut, a majors facilitats en l'assistència, a la millor qualitat dels serveis són peticions constants i infermeria té la responsabilitat de contribuir, de desenvolupar criteris, formes d'avaluació de la cura sanitària, de prevenció i promoció de la salut. La infermeria espanyola apareix encara anclada en un passat efímer, en una estructura tradicional i una discriminació evident. Ja és hora de sortir d'aquesta letargia i plantejar la nova escola i el nou rebost de la professió d'infermeria. Les pàgines que segueixen representen un pas en aquesta direcció.

El mite del canvi continu

La infermeria existeix des que la vida en comunitat era imprescindible per aconseguir la supervivència; no obstant això no ens remuntarem tan endarrera i prendrem com a punt de partida l'època en què es comença a considerar la infermeria com a professió. A Espanya podríem situar aquest moment a final del segle XIX i començament del XX. No és fins maig de 1915 quan s'aprova el *Primer Programa* que autoritza a exercir la professió d'infermera les religioses que acreditin els coneixements necessaris, extenent tal autorització a persones no religioses. En cap text legal s'especifica l'abast dels títols, ni les competències.

La primera Escola d'Infermeres d'Espanya (la de Santa Isabel d'Hongria) es creà el 1896, i és el 1917 quan es funden les Escoles de *Santa Madrona* i la d'*Infermeres Auxiliars de Medicina* en l'Assemblea de la Mancomunitat de Catalunya. Els seus objectius eren obrir un nou camp a l'activitat femenina i contribuir al millorament social i cultural de la dona catalana. Aquestes metes coincideixen amb les que s'havia plantejat ja Florence Nightingale en la seva tasca pionera de la infermeria com a professió. Sens dubte el seu manual "Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not" (publicat el 1859), és el primer text d'infermeria en el qual s'explica el que és la infermeria i quina ha d'ésser la funció de l'infermera. Es parteix de la idea que infermeria és quelcom més que administrar medecines i cataplasmes, i que ha de saber fer ús adequat de l'aire, llum, calor, higiene, repòs i l'adequada selecció i administració de la dieta, tot això amb la menor pèrdua d'energia possible per part del pacient. Considera Nightingale que tot allò no depèn només de la infermeria sinó de les condicions sanitàries, de l'arquitectura, i de l'administració. Malgrat aquest enfoc modern, limità l'activitat d'infermeria a l'autoritat explícita del metge. Totes les cures que prestaven les infermeres havien d'ésser dispensats només a requeriment del metge.

Al nostre país en els textos dedicats a la formació de la professió d'infermeria de les primeres dècades del segle XX queden ja definides les característiques de la professió. La funció d'infermeria es planteja en termes de *subordinació* i *dependència* del metge. En quasi bé cinquanta anys no s'observen al nostre país canvis substancials en la lògica d'infermeria, excepte els de l'estricta evolució tecnològica.

Després de l'organització d'estudis de la carrera d'infermera (el 1952), unificació de títols de les professions d'Auxiliars Sanitaris (el 1953), i les noves normes per a l'organització dels estudis dels Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS) (el 1955), finalment el juliol de 1956 es fixa l'abast dels títols d'ATS, practicants, matrones i infermeres. No és fins quatre anys més tard que s'especifica que podran exercir llurs funcions en centres, institucions o sanatoris, clíniques privades o públiques, sempre que estiguin inscrits en llurs respectius Col·legis Professionals i que llur actuació es realitzi sota la direcció del metge. En tots els documents que tracten de la funció d'infermeria, aquesta continua definint-se en funció de la Medicina i no trobem indicacions explícites de la funció pròpiament d'infermeria.

El 1966 l'OMS publica un informe elaborat per un Comitè d'experts en infermeria, en el qual es defineix la infermera com "la persona que ha acabat el seus estudis bàsics d'infermeria i està capacitada i autoritzada per assumir en el seu país la responsabilitat dels serveis d'infermeria que exigeixen el foment de la salut, la prevenció de la malaltia i la prestació d'assistència als malalts". Aquest mateix any una persona tan coneguda com Virgínia Henderson afirma: "la funció pròpia de la infermera consisteix en atendre l'individu malalt o sa, en l'execució d'aquelles activitats que contribueixen a la seva salut o restabliment (o evitar-li patiments a l'hora de la seva mort), activitats que realitzaria per ell mateix si tingués la força, voluntat o coneixement necessari. Igualment correspon a la infermera complir aquesta missió de manera que ajudi el malalt a independitzar-se el més ràpidament possible". El 1980 es matisa encara més aquest concepte, considerant que l'essència de la infermeria és ajudar les persones malaltes o sanes, des del naixement fins a la mort, en aquelles activitats de la vida quotidiana que aquestes persones realitzarien per si mateixes si tinguessin la força i el coneixement necessaris. Ahora els professionals d'infermeria els ajuden a aconseguir o recuperar llur autonomia. Quan això és impossible col·laboren que superin llur invalidesa o malaltia irreversible, i finalment a morir amb dignitat.

En el nostre país no és fins a final de la dècada dels anys seixanta i començament dels setanta que té lloc una transformació hospitalària important. És en les "descripcions de llocs de treball" per a infermeria (inexistent encara en gran nombre de centres) on la funció d'infermeria queda configurada d'una manera menys restrictiva. Altres documents que d'alguna forma regulen la funció d'infermeria en alguns centres és el Llibre-d'Ordres o el de Tècniques-o-Procediments. Però en definitiva aquests documents no presenten una forma d'actuació global d'infermeria, sinó que són eminentment funcionals, l'objectiu dels quals és coordinar l'assistència (indicada pel metge), o bé tracta d'unificar procediments o ajudar a posar al dia certes tècniques.

Des d'una perspectiva sociològica el que s'ha d'analitzar és la totalitat de l'enfoc de la professió. Malgrat que algunes de les orientacions actuals poden ser més progressistes, estem encara dins d'un marc conceptual rígid. A nivell de la pràctica quotidiana en institucions sanitàries el professional de la infermeria té la seva activitat limitada no sols al terreny formal on la realitza, sinó fins i tot en el legal. El professional d'infermeria que roman vint-i-quatre hores al dia al costat del pacient es veu abocat quotidianament, i en absència del metge, a prendre decisions a les quals li obliga l'evolució permanent del seu objecte de treball (és a dir el pacient).

En resum la infermeria a Espanya és una professió que no reuneix encara tots els elements que caracteritzen les professions; la indeterminació de funcions fa que es trobi en situació de dependència i subordinació d'una altra professió; i les seves característiques de

formació plantegen noves paradoxes. Alguns d'aquests temes els anirem analitzant amb més detall en les pàgines que segueixen.

Sobre les espatlles dels gegants

L'inici de la creació d'Escoles d'infermeria a Espanya (1896) i posteriorment les següents Escoles (1917) va tenir lloc en època semblant a altres països, per exemple Anglaterra (1860), EE.UU. (1872), Canadà (1890), Cuba (1901), Xina (1905), Uruguai (1912), Turquia (1915), i els plantejaments eren similars a Anglaterra o EE.UU. No obstant això, aquests països van mantenir després un desenvolupament progressiu de la infermeria en tots els seus aspectes, mentre que des dels anys vint fins els anys cinquanta l'evolució en el nostre país fou mínima, amb una legislació escassa sobretot en l'ensenyament. El 1915 apareix el primer programa per a infermeres, i pràcticament no hi ha cap més legislació important fins 1952.

Tradicionalment la formació dels futurs professionals estava a càrrec de metges.

Aquesta característica s'observa també en els inicis de la formació en algun altre país, com per exemple a França. Les infermeres només coordinaven les pràctiques com a instructors. Tant els ensenyaments com les pràctiques mantenien notables diferències segons Escoles. En general existia un cert desfasament entre la teoria apresada i la pràctica diària. Respecte a les anomenades "pràctiques" existia una manca de planificació, amb la qual cosa no es donava una seqüència lògica i global de coneixements que donés seguretat als futurs professionals a l'hora d'exercir un lloc de treball. Això ha obligat a una formació autodidacta a nivell individual amb una gradació d'acord amb les inquietuds individuals. En les Escoles els professionals d'infermeria han estat en general bandejats a un paper secundari, amb poques possibilitats d'intervenció sobretot si el Director de l'Escola (metge-per-llei) no era de criteri flexible i obert.

De 1915 fins a 1952, podia haver hagut una llibertat considerable a nivell de formació ja que no existia una unificació de plans d'estudi o de normes per a l'ensenyament. El 1952 es dissenyà una reforma d'estudis que es va posar en pràctica un any més tard. El pla d'estudis de 1953 és d'una orientació relativament progressista, dintre d'una línia més integral de la formació. S'inclouen assignatures com Sociologia, Higiene Mental, Medicina Preventiva, i Farmacologia entre altres. Malauradament tot això desapareix en el pla d'estudis següent, el 1955, quan es dictaven les normes per a l'organització d'estudis d'ATS. Aquest any s'estableix l'obligatorietat d'internat per a les alumnes i es prohibeix la coeducació. No és fins 21 anys després (el 1976) que s'autoritza l'ensenyament mixt en les Escoles i se suprimeix l'obligatorietat de l'internat (en les Escoles de la Seguretat Social ja havia estat suprimit el 1972). És justament el pla de 1955 el que ha estat vigent fins 1977, data aquesta darrera en la qual es transformen les *Escoles d'ATS* en *Escoles Universitàries d'Infermeria* (EUE) i s'integren en la Universitat (altres *Escoles d'ATS* passen a *Formació Professional*). A partir del moment de la transformació en EUE els professionals d'infermeria no es denominen ja "Ajudants Tècnics Sanitaris" sinó "Diplomats en Infermeria".

L'orientació dels estudis durant quasi vint-i-cinc anys ha estat eminentment tècnico-econòmica. Fins a final de la dècada dels setanta la direcció de les Escoles anava a càrrec de metges. Aquesta direcció canvia lentament, i alguns professionals d'infermeria comencen a ocupar llocs de direcció en les Escoles. La participació dels no professionals d'infermeria en la política general de formació ha estat mínima durant vint-i-cinc anys. Es creen Comissions d'Estudi però en elles habitualment la representació d'infermeria era ostentada per altres persones no professionals de la infermeria (en general per metges o catedràtics). Aquesta situació comença a canviar a final de la dècada dels setanta arran de la transformació de les Escoles d'ATS en EUE. La direcció de les Escoles s'obre als propis professionals

i les característiques del nou pla d'estudis van dirigides vers una visió global de l'individu dintre d'una perspectiva d'atenció integral. Es potencien tots els ensenyaments d'infermeria i l'orientació de la formació no roman circumscrita a l'àmbit hospitalari sinó que s'amplia a l'activitat extrahospitalària, i en la comunitat. La distribució del temps total dedicat als ensenyaments tant teòrics com pràctics es realitza amb criteris racionals.

Un altre aspecte interessant en la reforma de 1977 és la possibilitat que la infermeria accedeixi a nivells superiors dintre de l'ensenyament universitari. No obstant això, tots els canvis en la formació no han realitzat una planificació a nivell global en allò que respecta al total d'estudiants que accedeixen a infermeria, sense resoldre les xifres actuals d'atur en la professió.

Crida l'atenció el nombre d'homes en infermeria l'índex dels quals és alt en relació amb altres països. Això és més sorprenent si tenim en compte que Espanya posseeix un dels percentatges mínims de mèdiques. Seria necessari una anàlisi sociològica en profunditat sobre la motivació en l'elecció de professió, les possibilitats d'ocupació en finalitzar els estudis, i el paper de la dona en la societat contemporània.

Respecte al professorat en infermeria, la proporció de dones professores d'Escola era del 27% el curs 1975-76, del 25% el de 1976-77, i el mateix l'any següent. No s'observa, doncs, un progrés molt ràpid, i tot sembla indicar que la situació *no ha canviat* encara de forma decisiva, en part perquè la titulació d'infermeria no és la que es demana per impartir docència en EUE. S'han arbitrat solucions transitòries en forma d'autoritzacions per impartir docència (desembre 1978) i pròrrogues successives (setembre 1979 i octubre 1980), però encara no s'ha abordat una solució definitiva d'aquest tema.

En el Quadre 1 es pot observar l'evolució del nombre d'estudiants d'infermeria. De 1949 fins a 1969 disposem de la xifra d'alumnes matriculats en primer curs i que acaben dos anys després. A final dels anys quaranta i començament dels cinquanta la xifra d'estudiants de primer any és elevada, i no es torna a superar fins 1976. És curiós observar l'elevada mortalitat escolar el 1955, ja que aquest any només acaben el 5% dels alumnes que havien començat dos anys abans.

Justament el 1955 té lloc la reforma d'estudis, la qual cosa sembla motivar un considerable descens en la xifra d'estudiants. És a partir de 1960 quan s'observa una recuperació lenta però progressiva i es redueix també la mortalitat escolar. El 1969 la xifra total d'alumnes inicia un espectacular ascens que una dècada després és 3,5 vegades més gran. L'increment que pot observar-se en els estudiants de primer any és també espectacular però menor que el del total d'estudiants o dels qui acaben la carrera; creix 2,4 vegades entre 1970 i 1978.

Les províncies amb una taxa més alta d'estudiants d'infermeria (per 10.000 habitants) són Navarra, Salamanca, Sòria i Valladolid. Aquesta darrera té una taxa relativament elevada (121 estudiants per 10.000 habitants). És curiós observar com les províncies veïnes a aquestes tenen una taxa baixa, el que fa suposar que atreuen estudiants de les províncies limítrofes. En general la distribució regional és atípica, i no pot explicar-se per cap variable sociològica coneguda (com desenvolupament, urbanització, emigració, propietat privada, religiositat, etc.).

En l'evolució d'estudiants segons el sexe veiem que el percentatge d'homes és relativament alt (20% el 1977) en relació amb altres països (16% a Anglaterra i Gales, 2% a EE.UU.). No queda gens clar, però, si la tendència respecte a la seva participació augmenta de forma progressiva en la professió o no, ja que el 1973 el percentatge d'estudiants homes en infermeria ja era del 21%. El 1976 era del 20,7%, disminueix una mica el 1977 amb el 20,5% i novament el 1978 amb el 17%. Existeix una certa regressió malgrat que el percentatge total sigui relativament alt.

Hi ha escoles d'infermeria a totes les províncies, unes dues-centes en total, de les quals el 43% són EUE. En el Quadre 2 podem veure l'evolució del nombre d'Escoles des de la

QUADRE 1. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE D'ALUMNES D'INFERMERIA

Anys	Total estudiants	Matriculats primer curs	Acaben la carrera
1949		7.137	6.206
1950		8.148	6.741
1951		9.484	6.004
1952		9.480	4.083
1953		8.262	2.178
1954		4.411	1.589
1955		2.163	430
1956		944	759
1957		675	755
1958		807	720
1959		921	1.150
1960		1.469	1.122
1961		1.488	1.112
1962		1.671	1.592
1963		1.730	1.727
1964			1.708
1965			1.941
1966			2.210
1967			2.145
1968			2.597
1969	8.534		2.145
1970	10.637	4.523	2.597
1971	12.225	4.969	2.536
1972	13.604	5.539	3.086
1973	16.253	6.657	4.030
1974	17.008	6.208	4.714
1975	20.525		5.302
1976	30.821	11.465	8.670
1977	31.927	10.496	9.618
1978	30.078	10.824 (a)	9.144

Font: INE, *Estadística de l'Ensenyament a Espanya* (varis anys).

Nota: (a) Dels quals 7.270 són alumnes d'ATS i 3.554 són alumnes d'EUE.

creació de la primera el 1896. Des de 1977, en què s'inicià el procés de transformació d'Escoles d'ATS en Escoles Universitàries d'Infermeria, es va incrementar el nombre d'aquestes darreres, de les quals n'hi ha ja 88 (el 1980, segons dades no oficials) i va reduint-se el nombre d'Escoles d'ATS, que tendeix a extingir-se ja que, o bé es transformen en EUE, o bé passen a Formació Professional.

En allò que concerneix al professorat, potser l'aspecte més interessant sigui justament el de la seva evolució segons titulació i sexe, a fi de comprovar si realment s'observen canvis

QUADRE 2. EVOLUCIÓ DEL NOMBRE D'ESCOLES D'INFERMERIA

Anys	Total	Infermeres	Tipus d'Escoles	
			ATS	Universitàries (EUE)
1896-1920	3	3	—	—
1964	34	—	34	—
1968	67	—	67	—
1970	77	—	77	—
1971	66	—	66	—
1972	66	—	66	—
1973	70	—	70	—
1974	70	—	70	—
1975	89	—	89	—
1976	158	—	158	—
1977	169	—	154	15
1978	171	—	102	69 (a)
1979	181	—	104	77 (a)

Font: INE, Anuari Estadístic d'Espanya 1979, pàg. 360.

Nota: (a) A causa que el procés de transformació d'Escoles d'ATS en EUE s'efectua lentament, les dades de l'*Estadística de l'Ensenyament a Espanya* no coincideixen. Hem utilitzat aquí les dades de la informació sobre la transformació de cada Escola, segons apareix en el *Boletín Oficial del Estado*.

substancials i si la infermeria va incorporant-se a llocs diferents dels d'instructora (que són els que generalment ha tingut al seu càrrec durant anys). L'evolució del *professorat femení d'infermeria* segons titulació, en percentatges del total de cada grup, és la següent:

Professorat femení	Anys		
	1976	1977	1978
Catedràtics i professors numeraris titulats	14	13	12
Adjunts i Encarregats de curs	28	28	29
Professors especials	38	37	31
Encarregats de Laboratori	67	25	25

La tendència que s'observa és un tant regressiva. Creix només la proporció de dones en el grup dels adjunts i encarregats-de-curs. En cada grup aconseguixen les dones un terç del professorat, i en numeraris tan sols una de cada vuit.

Cercant una professió

En el sector sanitari, a causa de la complexitat i creixent divisió del treball mèdic sanitari, sempre han existit diferents tipus de professionals. Antigament els qui es dedicaven a

professions paramèdiques eren anomenats: especiers, sagnadors, ministrans, practicants majors-menors de cirurgia, parteres, matrones, infermeres, i ministres de malalts. Partint de la definició legal de la professió d'infermera (1915) continuen existint encara els *practicants* i les *matrones*. Posteriorment (el 1955) sorgiren els Ajudants Tècnics Sanitaris (ATS), i finalment el 1977 els Diplomats d'Infermeria (la primera promoció el 1980). En el moment actual, i sense entrar en el detall dels diferents llocs que infermeria pot ocupar en el sector sanitari, continuen coexistint quatre denominacions per als mateixos professionals. En el Quadre 3 podem observar la data de legalització acadèmica, en el moment en què es defineixen i/o determinen les seves funcions o competència professional, i la data en què es determina el seu existir com a col·legi. El 1958 s'establí l'equivalència de títols de practicant i infermera. Una dada és que desde 1952 fins a 1980, s'ha tractat a nivell legal el tema de la convalidació de títols de practicant i/o infermera pel d'ATS almenys en vuit ocasions distintes. Malgrat això continuen coexistint totes les denominacions i a tots els nivells. Tot això ha contribuït a crear una certa confusió tant a nivell del coneixement del total de professionals, distribució provincial, sexe, nombre de personal religiós, i llocs que ocupen. En el Quadre 4 es presenten les dades més exactes que existeixen fins ara sobre l'evolució del nombre de professionals d'infermeria. Després de l'obtenció del títol d'ATS o Diplomat (des de 1980) els professionals poden cursar les *especialitats* reconegudes o iniciar llur activitat directament en un lloc de treball. No existeixen dades globals anteriors a 1952, i per a les infermeres la sèrie no comença fins a 1955.

L'augment que s'observa en el total de professionals es progressiu, amb 4,4 vegades més professionals, però només 3,3 vegades en proporció a la població. L'any 1955 el total dels professionals d'infermeria ja superava el total de metges, malgrat que per raó de la dispersió de dades, això havia passat desapercebut. El 1975 s'observa una disminució del total de professionals que ben segur és fictícia a causa de la confusió existent entre les diverses denominacions. El 1977 a nivell de dades oficials s'instaura definitivament una sola denominació (ATS) i una sola xifra que engloba tots els professionals.

La xifra d'infermeres va augmentant progressivament amb un cert ritme fins 1970, mentre que la xifra de practicants es manté. A partir de 1970 van augmentant ambdues per raó de la inclusió d'ATS masculins i femenins en ambdues columnes. Respecte a les matrones cal assenyalat que la xifra total s'ha mantingut amb petites oscil·lacions però amb una tendència decreixent respecte al total. És important observar com la denominació única d'ATS s'utilitza quan el percentatge d'infermeres (50%) supera el de practicants (45%). Quant als homes en infermeria, la proporció a Espanya és relativament alta en relació a altres països; el 1969 eren el 35%, i el 32% el 1978, mantenint potser una tendència regressiva.

La distribució provincial dels professionals d'infermeria segueix la mateixa pauta nord/sud que la professió mèdica: el nord amb una abundància relativa de professionals d'infermeria (a excepció de Galícia per raó de la seva pobresa), i el sud més descurat (excepte les capitals amb universitat). Curiosament no es concentren en les zones més desenvolupades (Catalunya i el País Basc mantenen taxes altes però no les màximes) i es concentren en allò que Ridruejo anomenava "el macizo de la raza". Aquesta pauta no és sinó la propietat privada i la de minifundisme/latifundisme. El 1978 el 74% de professionals exercia a les capitals de província i el 26% la resta de la província. Aquesta *pauta de concentració* ha disminuït lleugerament el 1980, ja que el 69% de professionals exerceix en capitals, però encara avui es pot observar una notable desproporció entre la concentració urbana enfront de la despoblació rural.

L'estructura jeràrquica per al personal d'infermeria que desenvolupa la seva activitat en centres sanitaris o hospitalaris acostuma a ser: *cap d'infermeres*, *subcap d'infermeres*, *supervisora general*, *supervisora d'unitat* o *àrea* o *de servei*, i *infermera de base*. Existeix també en alguns centres la figura de la *coordinadora* o *responsable d'àrea* que, segons els casos,

QUADRE 3. DENOMINACIONS ACTUALS DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA

Professionals	Any de legalització acadèmica	Determinació de funcions/ competències	Any en què s'estableix l'obligació de col·legiar-se	Altres observacions
Practicants	El 1904, es regien per un programa de 1902 i per un Reglament de 1861, suprimit el 1896.	El 1945 i posteriorment el 1960	El 1945, després que el 1944 es crearen els Col·legis Professionals.	De 1952 a 1980 el tema de la convalidació de títol s'ha tractat almenys en vuit ocasions a nivell legal.
Matrones	El 1904. El 1868 es va donar una reorganització ja que funcionaven d'acord amb l'Informe Gimbernat de 1799.	El 1945 i 1960.	El 1945.	Tot i essent una especialitat s'ha continuat considerant com un grup a part, la qual cosa no succeeix amb altres especialitats.
Infermeres	El 1915 s'estableix el Primer Programa. El 1952 es produeix la reorganització d'estudis d'infermeres. El 1953 es donen noves normes per a l'organització d'estudis d'infermeres. El 1953 és la unificació d'estudis de les professions d'Auxiliars Sanitaris.	El 1935, 1945 i 1960.	El 1954, i el 1958 col·legiar-se segons sexes, en les seccions corresponents de cada Col·legi.	
Ajudant Tècnic Sanitari (ATS)	El 1955 s'estableix l'organització d'estudis d'ATS. El 1980 es dicta l'homologació del títol amb el de Diplomant.	El 1956 i 1960.	El 1958.	El 1972 se suprimeix l'interinat en Escoles de la Seguretat Social. El 1976 s'autoritza la coeducació i se suprimeix l'interinat en totes les Escoles.
Diplomat en Infermeria	El 1977.	El 1978.	El 1978 segons els Estatuts de l'Organització Col·legial.	S'autoritza el 1980 que puguin realitzar les especialitats reconegudes per als ATS

QUADRE 4. EVOLUCIÓ DELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA

Anys	Números absoluts			Percentatge del total			Taxa del total per	
	Total	Infermeres	Practicans	Matrones	Infermeres	Practicans	Matrones	100.000 habitants
1952	23.247		18.642	4.605		80,2	19,8	81,1
1953	25.094		20.502	4.592		81,7	18,3	86,3
1954	26.088		21.132	4.956		81,0	19,0	88,5
1955	33.131	6.074	21.719	5.338	18,3	65,6	16,1	114,3
1956	36.149	8.948	21.789	5.412	24,8	60,2	15,0	123,1
1957	37.425	10.174	21.739	5.512	27,1	58,1	14,8	125,6
1958	37.982	11.219	21.950	4.813	29,6	57,8	12,6	125,5
1959	39.623	12.574	21.932	5.117	31,7	55,3	13,0	128,9
1960	40.271	13.221	21.894	5.156	32,8	54,4	12,8	132,3
1961	40.737	13.959	21.815	4.963	34,2	53,6	12,2	133,3
1962	41.429	14.652	21.773	5.004	35,3	52,6	12,1	132,0
1963	41.688	15.449	21.558	4.681	37,1	51,7	11,2	131,0
1964	42.700	16.466	21.561	4.673	38,5	50,5	11,0	132,3
1965	44.125	17.940	21.568	4.617	40,6	48,9	10,5	138,0
1966	45.657	19.353	21.758	4.546	42,4	47,6	10,0	139,5
1967	46.806	20.502	21.853	4.451	43,8	46,7	9,5	140,5
1968	49.171	22.903	21.949	4.319	46,6	44,6	8,8	145,5
1969	51.811	25.396	22.233	4.182	49,0	43,0	8,0	151,9
1970	54.932	28.175	22.634	4.123	51,3	41,2	7,5	161,4
1971	60.426	32.927	23.383	4.116	54,5	38,7	6,8	177,3
1972	66.081	37.488	24.469	4.124	56,7	37,0	6,3	192,2
1973	71.404	41.593	25.723	4.088	58,3	36,0	5,7	205,8
1974	80.159	47.957	27.996	4.206	59,8	34,9	5,3	228,8
1975 (a)	64.325	28.777	31.328	4.220	44,7	48,7	6,6	181,7
1976	80.426	40.019	36.051	4.356	49,8	44,8	5,4	224,5
1977	81.743							225,4
1978	97.110							264,8
1979	101.677							274,1 (b)

Fonts: Jesús M. de Miguel, *La reforma sanitaria en España* (Madrid: Cambio 16, 1976) pp. 176.

Amparo Almaraz et al., *Estadísticas básicas de España. 1900-1970* (Madrid: Fons per a la investigació econòmica i social de la Confederació Espanyola de Caixes d'Estalvis, 1975) pp. 487.

INE, *Anuario Estadístico de España 1979*, pp. 337.

Notes: (a) Regressió fictícia, possiblement a causa de la no inclusió de professionals en el grup d'infermeres, per raó de les diverses denominacions.

(b) Estimació pròpia.

es podria equiparar a la supervisora general o supervisora d'àrea o servei. A més d'aquesta estructura que generalment funciona en els centres en què existeix Departament d'Infermeria reconegut o no, els professionals poden haver realitzat o exercit una especialitat. D'entre elles n'hi ha algunes de reconegudes a nivell acadèmic i legal, i altres no. Entre les especialitats reconegudes estan: Obstetrícia (reconeguda des de 1957), Fisioteràpia (1957), Radiologia i Electrologia (1961), Podologia (1962), Pediatria i Puericultura (1964), Neurologia (1970), Psiquiatria (1970), Anàlisis clíniques (1971), i Urologia i Nefrologia (1975). Són citades en textos legals, però no estan reconegudes de forma específica, les següents: ATS d'empresa (1959), Microbiologia (1965), i Infermera Puericultora (1969). En la mateixa situació es troben les *supervisores, monitores i caps d'infermeria* (el 1962 i 1977). N'hi ha altres especialitats que s'exerceixen encara que sense reconeixement acadèmic ni legal.

Per a ocupar un lloc de treball, habitualment s'exigeix només pertànyer al Col·legi i no una formació o competència determinada especial, i es pot donar, fins i tot, a nivell d'algunes institucions la paradoxa que un professional accedeixi a un lloc de treball segons la seva màxima puntuació (d'acord amb el barem general establert) i pot ser alhora el professional menys capacitat per a aquell lloc. A nivell de llocs de treball, habitualment els professionals s'incorporen a una activitat determinada amb poca informació sobre les funcions que han de realitzar, excepte la que han adquirit durant els estudis. La competència s'adquireix amb la pràctica diària i mitjançant l'autoformació, segons l'interès individual. Són encara pocs els centres que organitzen de forma regular activitats de formació continuada per al seu propi personal, i encara menys els que tenen previst un reciclatge per al personal que ha estat apartat de la professió durant un temps i desitja retornar a la seva activitat. Existeixen, no obstant això, activitats de formació continuada organitzades per Escoles, Associacions i Col·legis Professionals, amb un desig de respondre a les inquietuds professionals, però sense que hi hagi coordinació entre els diferents estaments ni una planificació de prioritats.

L'exercici de llocs de comandament en infermeria no apareix legislat a cap nivell. En general les supervisores i caps d'infermeres tenen una experiència prèvia i han realitzat cursos de formació, però també es pot accedir a un lloc de comandament sense aquests requisits. Encara no existeix a Espanya cap Escola de Formació de Caps d'Infermeria.

S'observa que el personal d'infermeria és una proporció quasi constant del personal dels hospitals, que oscil·la entre el 18% i el 22%. No sembla que existeixi una tendència molt clara a augmentar. La meitat aproximada d'aquest personal d'infermeria són infermeres o ATS femenins, i una minoria (1,5%), que sembla anar en augment, són infermeres cap i supervisores. El 59% dels professionals d'infermeria a Espanya treballa en un hospital, i aquesta sembla ser una proporció que creix. Són ja uns 50.000 els qui treballen en hospitals.

Les institucions de la Seguretat Social concentren un nombre important de professionals d'infermeria, que es va incrementant amb el transcurs dels anys aconseguint el 56% el 1976. En el Quadre 5 es detalla l'evolució des de 1965 fins 1976. La creixent participació dels professionals d'infermeria en les institucions de la Seguretat Social, amaga, malgrat tot, algunes diferències: augmenten considerablement les *infermeres* (del 48% fins el 70%), però disminueixen a la meitat els *practicants* (del 42% al 24%), i el mateix succeeix amb les *matrones* (del 10% al 6%). Cal tenir en compte que en aquestes dades s'inclouen tot tipus d'institucions, tant hospitals ("residències") com ambulatoris.

Respecte a l'activitat extra-hospitalària d'infermeria, així com la relativa a professionals que exerceixen especialitats, la informació és escassa. El nivell actual d'atur (primavera 1981) entre els professionals es calcula en un 15% a nivell de tot el territori espanyol, i un 19% per la província de Barcelona.

Analitzant de forma global l'activitat d'infermeria podem destacar el fet que les diverses

QUADRE 5. PROFESSIONALS D'INFERMERIA EN INSTITUCIONS DE LA SEURETAT SOCIAL

Anys	En la Seguretat Social				Total de professio- nals d'infermeria	% que treballen en la Seguretat Social
	Total	Infermeres	Practicants	Matrones		
1965	17.666 (100%)	48	42	10	44.125	40
1966	18.855	51	40	9	45.657	41
1967	19.415	53	40	7	46.806	41
1968	22.095	58	36	6	49.171	45
1969	23.141	59	34	7	51.811	45
1970	24.502	65	32	3	54.932	45
1971	28.174	70	28	2	60.426	47
1972	30.210	61	34	5	66.081	46
1973	32.431	61	32	7	71.404	45
1974	36.265	64	29	7	80.159	45
1975	40.538	68	26	6	64.325	63
1976	45.527	70	24	6	80.426	56

Fonts: Ministeri de Sanitat i Seguretat Social, Llibre Blanc de la Seguretat Social (Madrid, 1977), pp. 546-547.

denominacions han influït negativament en el sentit de crear una certa confusió, no sols a nivell del coneixement exacte del nombre de professionals sinó que, segons com, els diferents grups s'han format una concepció distinta de la professió, sostingut tot això per la indeterminació de funcions, encara sense resoldre. La infermeria, malgrat ser considerada com una feina "eminentment femenina" no és sols de dones, sinó que hi ha un percentatge d'homes que el 1969 aconseguí un terç del total de professionals, i que el 1978 eren la quarta part. La distribució de professionals segueix una pauta tradicional nord/sud, i se situa on hi ha més propietat privada i classes mitjanes. La professió és eminentment urbana, amb un percentatge alt d'atur i en canvi s'observa una manca de professionals que exerceixin fora de la capital. Malgrat que es tracta d'una professió amb estratificació jeràrquica marcada, la formació de caps no està planificada com una part de la formació específica. La proporció de professionals d'infermeria es manté amb poques oscil·lacions des de 1949 fins 1976, no superant infermeria la quarta part del total de personal hospitalari durant més de vint-i-cinc anys. Del total de professionals d'infermeria, la proporció dels que exerceixen llur activitat en hospitals, s'ha incrementat, però el 1976 supera de poc la meitat del total. I aquest mateix any la proporció de professionals que treballaven a la Seguretat Social era una mica més de la meitat de tots els col·legiats. Això no és massa tenint en compte que en aquest moment més de 80% dels metges treballen en el sector públic.

No hi ha dubte que ens trobem davant d'un repte professional que es resumeix en la tasca sanitària d'aquest segle: la salut per a tots l'any 2000, i una professió d'ajuda com és la infermeria, quan es planteja els seus objectius enfront de la comunitat, ha de conèixer les seves possibilitats per poder així fer front a la demanda que la societat li sol·liciti. Des d'aquest plantejament, qualsevol informació que posseeixi respecte a la seva estructura com a grup professional, beneficiarà sens dubte el servei que ofereixi. Les qüestions quasi bé "ignasianes" de quants som? què fem?, i a on anem? seran el punt de partida per a una reflexió sobre el futur.

L'ENSENYAMENT DE LA SOCIOLOGIA A LA INFERMERIA: UTILITAT I PROBLEMES

Francesc Mercadé

L'ensenyament de la sociologia a la infermeria: utilitat i problemes¹

L'objectiu d'aquesta ponència és presentar l'estat actual de desenvolupament de l'ensenyament de les ciències socials —i especialment la sociologia— a les professions sanitàries. Això és doblement important per als sociòlegs puix ofereix alhora un possible marc docent i professional de treball.

Les percepcions de la salut i la malaltia han variat en la història de la humanitat, i continuen essent molt diverses les interpretacions actuals que d'aquests termes realitzen les diferents cultures. En el nostre context social és molt clara la necessitat del treball pluridisciplinar per encarar l'*organització social de la salut*. La sanitat —pública i privada— ha de conèixer les dades sanitàries elementals, però també l'entorn sòcio-cultural en què es donen; aquesta tasca requereix l'esforç comú de varies aproximacions científiques, sanitàries i socials.

Tanmateix, una anàlisi simple de la realitat que ens envolta ens mostrarà un panorama desolador. Actualment, els contactes entre les ciències i la salut i les ciències socials són tímids i poques vegades es porten a la pràctica professional; fins i tot, des d'una perspectiva docent, la medicina ha ignorat quasi totalment l'aportació de les ciències humanes. En canvi, la infermeria ha introduït interessants programes en els seus estudis per aconseguir una formació més completa dels futurs professionals de la infermeria. És per això que en aquestes pàgines, en parlar de les professions sanitàries, ens referirem principalment a la infermeria i a la medicina, amb l'esperança que els contactes amb les ciències socials es puguin ampliar i consolidar.

Actualment, l'ensenyament de les ciències humanes a infermeria és el punt de contacte més important de la nostra professió amb les ciències de la salut; val la pena, doncs, exposar amb detall quin és el panorama actual i quines possibilitats d'ampliació té en el futur. Hi ha dues posicions dominants respecte a com implantar les ciències socials a infermeria: *una primera*, proposa que les *Escoles Universitàries d'Infermeria* siguin menades pels propis professionals, d'aquesta manera, la intervenció de les altres ciències es redueix a l'exposició d'un programa d'un nombre determinat d'hores (sense contracte fix ni participació en les tasques de direcció); *una segona proposta* —defensada per l'*Asociación Española de Enfermería Docente* (AEED)— contempla la pluridimensionalitat de la pròpia professió amb l'organització de les *Escoles Universitàries per Departaments*, creant en concret el *Departament de Ciències de la Conducta* que agrupa (amb contractes fixos) les ciències socials i la

1. Aquest article és un resum de la ponència presentada a les *Ies. Jornades de Sociologia* de l'Associació Catalana de Sociologia (1-2-3 de maig de 1981). Per ampliar el tema d'aquest treball poden consultar: F. Hernández i F. Mercadé (comps.), *Psicología, Sociología y Psiquiatría. Un manual de Ciencias de la Conducta para profesionales de la Salud*. (Barcelona: Teide, en premsa).

seva aplicació a la infermeria. És evident que la segona realitat permet —o permetria— una millor col·laboració entre les diferents professions i facilitaria la creació de grups interdisciplinaris en el treball sanitari, per arribar a la consideració del malalt com a “persona total” i d'aquesta manera no separar la salut i la malaltia del context social, polític, econòmic i cultural en què es donen.

Així doncs, determinades *Escoles d'Infermeria* requereixen els serveis del sociòleg (o del psicòleg social o de l'antropòleg) en funció d'un programa (de quinze o vint hores) en el qual han d'exposar als alumnes una introducció de la matèria especialment pensada per a les professions sanitàries. Dels continguts d'aquests programes en parlarem després, doncs, en trets generals, coincideixen amb els que es donen com a assignatura completa. Altres *Escoles* s'organitzen, com hem dit, en departaments; en concret, el *Departament d'Infermeria psiquiàtrica i Ciències de la Conducta* agrupa precisament la psicologia general i evolutiva, la sociologia i la psicologia social, la psicopatologia i, per fi, la infermeria psiquiàtrica; en aquests casos es contracta el sociòleg (o el psicòleg social) per donar un curs complet (de cinquanta a seixanta hores) que inclou la sociologia general i la sociologia de la sanitat, la psicologia social i la dinàmica de grups i, cada cop més, l'antropologia cultural.

El programa de *sociologia general i de la medicina*, penso que ha d'incloure, en general, els següents apartats: (a) *la ciència sociològica*, on es tracta d'explicar la polèmica entre ciències naturals i socials, les diferències entre les distintes ciències socials, així com les característiques, l'objecte i la metodologia de la sociologia, fent especial esment al funcionalisme i al marxisme com les teories sociològiques més arrelades i difoses en el nostre món cultural; (b) *la dimensió i la base material de les societats*, es referirà fonamentalment a les relacions entre població, economia i societat (sociologia de la població i sociologia econòmica); en un tercer punt (c) s'ha de desenvolupar *l'organització de les societats* parlant del sistema cultural i ideològic, de les organitzacions polítiques i jurídiques i de les diverses institucions socials entre les quals s'ha de remarcar la família; entrant en la segona part del programa (d) s'ha d'explicar el que és la *sociologia de la sanitat* i l'estatus tècnic o científic de les diferents professions sanitàries; seguidament es pot exposar (e) la relació entre *estructura social i salut*; i, per fi, (f) referir-nos a les *institucions socials i organitzacions complexes*.

La *Psicologia social i dinàmica de grups* ha de tenir present, segons el meu parer, els següents apartats: (a) el *desenvolupament, l'objecte i la metodologia* de la psicologia social com a ciència, (b) els processos d'*influència social*, parlant sobretot de la conducta humana vista pels diferents corrents, de la situació de la persona a la societat (posicions socials: rols i estatus); del comportament desviat i del conformisme, de la submissió, identificació i interiorització, i també de la relació entre comportament social i personalitat, (c) *la comunicació*, que s'ha de referir a la comunicació interpersonal (verbal i no verbal) i a la comunicació de masses; un darrer punt d'aquesta primera part (d) poden ser les *relacions interpersonals*, parlant de dependència i contradependència, transferència i contratransferència, frustració i conflicte i, especialment, el prejudici; la dinàmica de grups (e) s'hauria de concretar en una detallada explicació de la *psicologia dels grups*; també (f) dels *aspectes dinàmics del grup*; i, per fi (g) de les *característiques i dinàmica dels grups petits*.

El programa d'*antropologia cultural*, després de parlar de l'antropologia com a disciplina científica i de l'especial paper de l'antropologia cultural, hauria de referir-se també al concepte de cultura i a la relació d'aquest terme amb la història, la personalitat, l'educació, i l'estructura social. El conjunt d'aquests tres programes que acabem de resumir podria acabar amb una reflexió sobre la utilitat de les ciències socials per la infermeria amb l'exposició de casos pràctics que il·lustressin l'explicació teòrica.

De vegades —cada cop menys— l'exposició de qualsevulla de les ciències socials es troba amb la incomprensió per part d'una part dels alumnes d'infermeria davant l'esforç que se'ls demana de treballar unes assignatures desconegudes en l'ensenyament primari i de les quals

no estan preparats per a reconèixer "la utilitat pràctica" en la seva professió. Per altra banda, és evident que els estudiants de medicina haurien també d'aproximar-se a les ciències socials i assumir en la seva formació universitària, la dimensió social de la salut; determinades ideologies mèdiques tendeixen cap a "l'humanisme", però aquesta paraula s'utilitza en el sentit més abstracte i deslligat de la realitat en lloc d'assumir que la medicina i el seu exercici professional estan absolutament lligats al seu entorn social, econòmic i cultural. Els sociòlegs —penso— hem de defugir la temptació de "constant adaptació" de les ciències socials a les professions sanitàries i defensar que una formació teòrica sòlida és l'únic fonament sobre el qual es poden construir futures "aplicacions professionals" i col·laboracions interdisciplinàries.

Cada cop més, les escoles d'infermeria a tot el món —i les facultats de medicina en alguns llocs— han ampliat els estudis i l'aprenentatge professional cap a les ciències socials o ciències de la conducta, com elements fonamentals del seu programa d'assignatures. Això és degut que les *ciències humanes* (i la sociologia en particular) tenen una *utilitat immediata* en la pràctica professional relacionada amb les ciències de la salut. Temes com el sistema familiar que envolta els malalts i llur grup familiar de referència, l'organització de l'hospital i dels centres de salut, la planificació i la reforma sanitària, i, en definitiva, qualsevol tema que relacioni salut, malaltia i societat no es poden estudiar a fons sense una col·laboració interdisciplinària entre les ciències de la salut i les ciències socials (fonamentalment la sociologia, la psicologia social, l'antropologia cultural i la psicologia).

En definitiva, aquesta llista desordenada de problemàtiques ens remet a un tema crucial: l'estudi de la cultura com element capaç de diferenciar les conductes i les respostes de malalts amb característiques patològiques idèntiques, i fins i tot capaç de generar barreres infranquejables entre el malalt i el metge o l'infermer, així com entre els diferents professionals de la salut.

Per a nosaltres és doncs evident que l'atenció requereix col·laboració entre tots els professionals de la sanitat, però també és clar que la consideració del malalt com a *persona total* demana atendre tots els aspectes del pacient, tota vegada que molts dels factors causals de la malaltia, de la guarició i de la recaiguda són de caràcter social, psicològic, cultural, a més de fisiològic; és en aquest sentit que les ciències socials tindran la paraula. Una primera conclusió que apuntàvem és que haurien de revisar-se els continguts dels estudis de medicina (i també d'infermeria) per atendre cada cop més aquests aspectes, fins ara, en molts casos, desatesos, mal considerats o oblidats en el *curriculum* del professional de la salut.

S'hauria de controlar que el necessari procés d'especialització (de la medicina, de la infermeria i dels hospitals) i de la tecnificació dels mecanismes de guarició, no ens portin a una creixent despersonalització en els tractaments i l'atenció del malalt que, com ja hem dit, requereix cada cop més una *comprensió total* de la seva persona i de la seva malaltia.

La introducció de la sociologia, en concret, en alguns cursos d'infermeria és —esperem-ho— un fet irreversible, però continua en peu el problema de definir quin és el paper del sociòleg en els estudis i sobretot en la pràctica professional de col·laboració entre les diferents disciplines davant del malalt. Els continguts del curs (programa), així com el mètode i la pedagogia de l'exposició (les classes) són una constant i interessant experiència que cada cop s'anirà millorant i sistematitzant més. Aquesta és una tasca de tots.

CAP A UN MODEL SOCIOLÒGIC PER L'ANÀLISI DE LES IDEOLOGIES EN PEDIATRIA – PUERICULTURA

Jesús M. de Miguel

La proporció numèrica de la població infantil a Espanya és més gran que la seva importància social. Fins a començament del segle XX morien més de la cinquena part de les nenes i nens abans de complir el primer any d'edat. Aquesta proporció disminuï gradualment, tot i que Espanya manté encara una taxa de mortalitat infantil més alta que altres països europeus, amb desequilibris socials i geogràfics importants. La *Pediatria* i la *Puericultura* nasqueren com especialitats mèdiques (referides a la població infantil *malalta* i *sana* respectivament) a final del segle passat. Modernament ha prevalgut el terme “pediatria” i el de “pediatre”. Les fites fonamentals d'aquesta especialitat foren la creació de l'Hospital del Nen Jesús el 1877; de la primera càtedra de “Malalties de la Infància” el 1886; aprovació de la Llei de Protecció a la Infància el 1904; i la creació de l'Escola Nacional de Puericultura el 1925. Després de la Guerra Civil, el 1941, es promulgà una nova Llei de Sanitat Infantil i Maternal. Com resultat del paper jugat pel creixent “Seguro Obligatorio de Enfermedad” la pediatria passà a ser a Espanya l'especialitat més nombrosa; amb més *mèdiques*; concentrada a Madrid, Biscaia, Barcelona, i el sud i sud-est de la península; i de caràcter bastant urbà. L'assistència pediàtrica, incloent l'hospitalària, està bastant privatitzada, concentrada, i centralitzada, mentre que el cos en el sector públic és baix. Hi ha només una vintena d'hospitals-infants, amb menys de 3.000 llits en total, que atenen només el 15% dels pacients pediàtrics que ingressen cada any, en hospitals petits, i de baixa qualitat. En la dècada dels vuitanta s'observa una creixent deterioració del sector públic, juntament amb una decidida privatització del sector, que és ja un dels més privatitzats dins del sistema sanitari espanyol.

Cent anys de mortalitat infantil

La infància representa un sector de la societat espanyola important. La població total de nenes i nens en el país és aproximadament de deu milions, o el que és el mateix, el 27% de la població. No obstant això, la tercera part d'aquesta població té de 10 a 14 anys d'edat. D'aquí l'enorme interès de la pediatria espanyola en definir la infantesa fins els 14 anys, o el període el més llarg possible. La distribució percentual de nens i nenes del total de la població era el 1976 la següent: 2% menors d'un any d'edat; 7% de 1 a 4 anys; 9% de 5 a 9 anys; i 9% de 10 a 14. Definir la pediatria com només fins els cinc anys d'edat suposaria en aquests moments perdre el 18% de la població, la qual cosa representaria el 66% de la clientela total. La població infantil es va anar reduint a Espanya a poc a poc fins 1950 per començar a créixer novament d'una manera lenta:

Anys	% de la població menor de 15 anys
1910	34
1920	32
1930	32
1940	30
1950	26
1960	27
1970	28

La major part d'aquesta població infantil (el 98%) és legítima, la qual cosa representa una excepció no sols en el context de les societats llatines, sinó fins i tot les europees.¹

A començament de segle les nenes i nens morts abans del primer any de vida representaven la quarta part dels enterraments, mentre que en la dècada dels setanta eren ja només el 4%. Deixant a part el 1918 (la grip "espanyola" afectà la infància aquest any i els dos següents) la mortalitat infantil baixà linealment entre 1900 i 1980 des del 20% dels nascuts fins al voltant del 2%. L'excepció més important és la postguerra civil: des de 1936 fins a 1942 la taxa de mortalitat infantil augmentà considerablement, i en realitat fins 1947 no recuperà la seva evolució normal descendent. El 1941 la taxa pujà a cotes que no s'havien arribat des de 1923:

Anys	% dels morts abans de complir el primer any
1900	20
1910	15
1920	16
1930	12
1940	11
1950	6
1960	4
1970	2

En l'actualitat moren uns 17 nens i nenes per cada 1000 naixements. En total el 1900 morien més de 120.000 infants abans de complir el primer any per uns 10.000 actualment. La mortalitat perinatal, però, i la del primer gairebé no s'ha reduït. Els anys seixanta la mortalitat postneonatal espanyola era deu vegades major que la sueca. Cap al 1970 encara la mortalitat infantil espanyola era quasi bé el triple que a Suècia i el doble que a França.

Cal tenir en compte que el 1900 l'esperança de vida del nou nat era tan sols de 35 anys. Passà a 50 el 1930, conservant-se igual el 1940, i aconseguint els 70 anys el 1960, i 73 anys el 1975. És a dir que entre 1900 i 1960 es duplica l'esperança de vida en néixer els espanyols. No obstant això, el 1963, la posició d'Espanya estava més a prop dels països (més desenvolupats) d'Amèrica Llatina o d'Àsia, com hom pot veure en el Gràfic 1. El sostre biològic semblava estar ja pròxim, i no serà fàcil arribar aviat a una esperança de vida de 80 anys. Les conquestes, doncs, a partir de 1963, malgrat la dècada de desenvolupament econòmic, van ser molt limitades.

Les diferències de supervivència en la societat moderna segons la raça són encara sorprenentment altes. Als EE.UU., per exemple, les persones de color (negres i altres minories) tenen encara una *taxa de mortalitat infantil* (TMI, mesurada per 1000 nascuts) que és més del doble que la dels blancs. I el que és pitjor, les diferències continuen augmentant:²

TMI als EE.UU			
Any	Blancs	Altres	Sobremortalitat de la població no blanca
1950	29,9	53,7	1,8 vegades
1960	23,6	46,3	2,0
1970	18,7	36,0	1,9
1979	11,6	23,9	2,1

Les diferències entre països són també considerables. En el Gràfic 2 poden veure's les taxes de mortalitat infantil, segons la renda per càpita, per països i continents cap al 1966-67, que coincideix amb el període de ple desenvolupament espanyol. S'observa l'existència de dues Europes; una desenvolupada (central i nòrdica) i una altra més endarrerida sanitàriament que coincideix amb la regió meridional.

A Espanya la gran conquesta contra la mortalitat infantil es basa fonamentalment en el progrés realitzat entre el primer mes i els onze mesos, puix la mortalitat en aquest període, per exemple, ha davallat 10 vegades entre 1941 i 1969. No obstant això, la taxa del primer mes només ha baixat a la meitat aquests anys; i la taxa de mortalitat el primer dia, fins i tot ha augmentat una mica (de 6,6 per mil nascuts el 1941 fins 7,7 el 1969). Encara el 1960 les àrees urbanes tenien una mortalitat infantil *superior* a les àrees rurals; pauta que s'invertí a partir de la dècada dels setanta. Malgrat tot el 1970 les diferències provincials en les diverses taxes de mortalitat infantil oscil·laven entre 1,3 i 1,7 vegades en les províncies més pobres que en les més riques. En resum, en els dos gràfics s'observa com Espanya, i en general l'Europa meridional, és encara aquest "rabo por desollar", per utilitzar una expressió poètica. Com ja hem assenyalat en un altre lloc, Espanya adopta en demografia una pauta de centaure, meitat Llatinoamèrica i meitat Europa.³

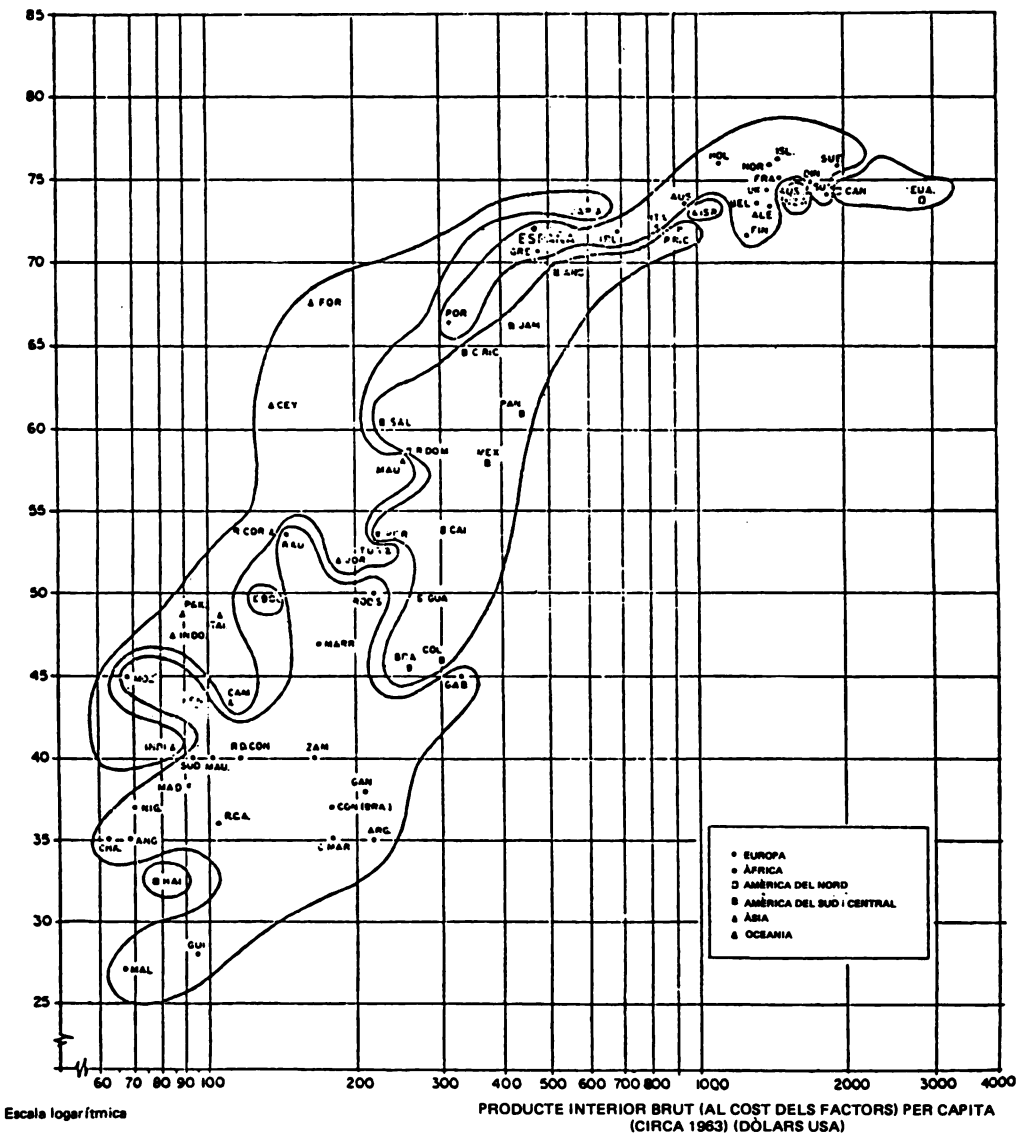
Puericultura i pediatria

S'entén la *puericultura* com la cura de la nena o nen sans, i la pediatria com l'assistència quan està malalt.⁴ L'objecte és, doncs, el mateix, però distint l'enfoc. Les dues tendeixen a ésser especialitats estrictament mèdiques. Els manuals de puericultura es preocupen sobretot de la nutrició del neo nat, i els de pediatria de la patologia de l'infant. Ambdues conformen una espècie de "Medicina General" per a no-adults. La puericultura s'anomena també "l'art de criar nens" (i nenes). És, doncs, una espècie de pediatria-de-mares. Es diu que "la mare ha de saber puericultura, és a dir higiene del nen. Al metge li toca tractar les malalties".⁵

La pediatria neix quan s'introdueix el nou concepte d'infància, i s'assumeix que la nena i el nen no són adults en petit sinó éssers *distints*. Cal dir aquí que el considerar algú com "distint" és una forma com una altra de racisme; com són distints també els negres, els gitans, i les dones. Es declara "distint" tot allò que s'opprimeix, així com "anormal" tot allò que es prohibeix. Sense saber-ho, doncs, l'origen de la pediatria és relativament conservador.⁶ Un dels primers pediatres espanyols afirmava, el 1915, que la cura sanitària era, fins i tot, part de la Sociologia: "Aquests últims temps la higiene infantil ha adquirit gran preponderància: és una branca potent de la *Sociologia*, perquè contribueix a protegir la

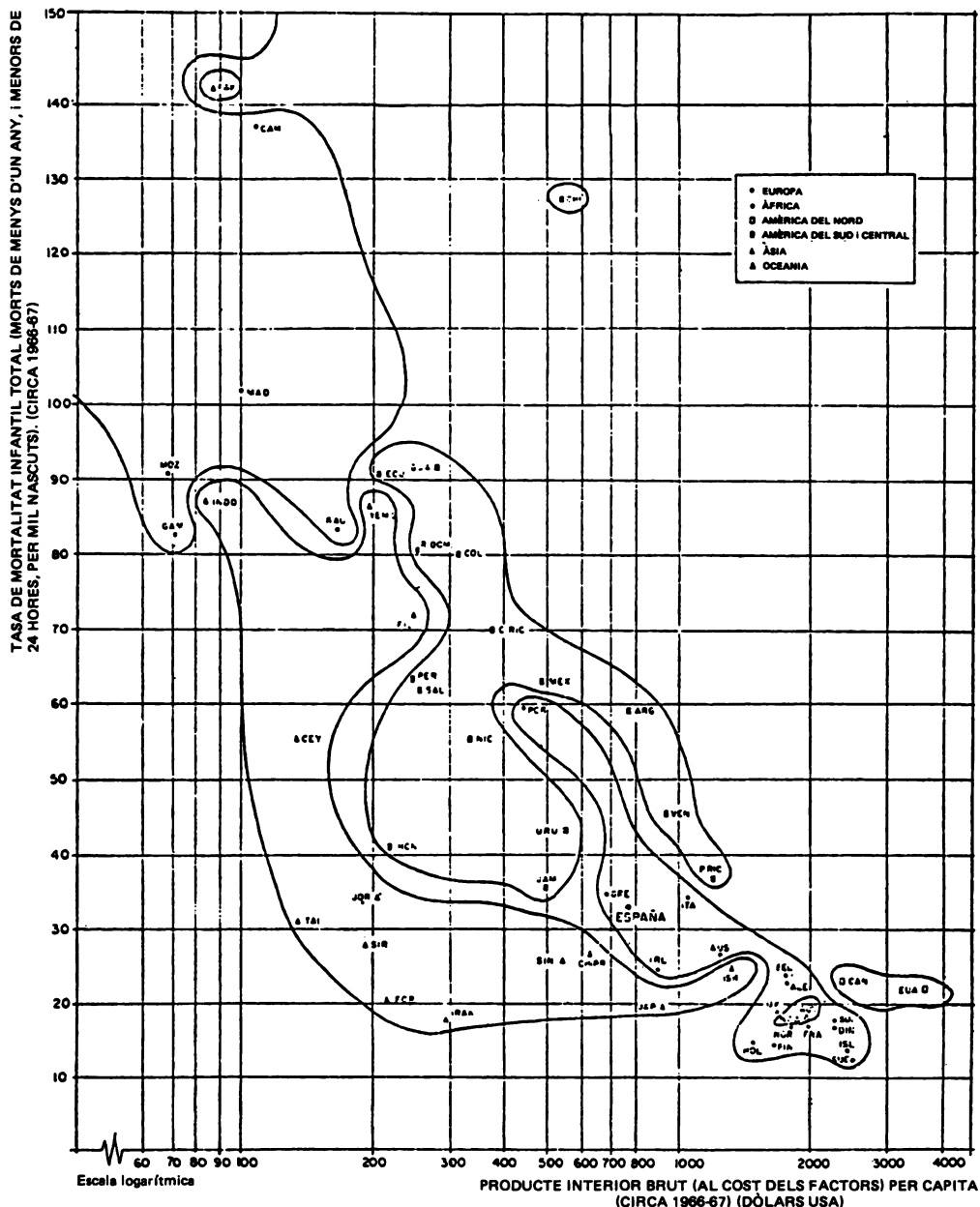
GRÀFIC 1. ESPERANÇA DE VIDA EN NÉIXER DE LES DONES SEGONS
LA RENDA PER CAPITA NACIONAL, PER PAÏSOS
I CONTINENTS, CAP AL 1963

Esperança de vida
en néixer (anys)
(dones)



Font: UN, *Demographic Yearbook*, 1967, pàgs. 116-123
UN, *Statistical Yearbook*, 1968, pàgs. 585-589

GRÀFIC 2. TAXA DE MORTALITAT INFANTIL SEGONS LA RENDA PER CAPITA PER PAÏSOS I CONTINENTS (CIRCA 1966-1967)



salut i a salvar la vida del nen, disminuint la mortalitat infantil i assegurant la densitat de població que és la més segura base de la riquesa mundial".⁷ Després es descobriria que l'alta taxa de natalitat no era un indicador de desenvolupament, sinó més aviat el contrari.

La pediatria s'introdueix relativament tard a Espanya. La primera definició encara molt actual, és la de Criado Aguilar el 1902: Pediatria és "la part de la Medicina que s'ocupa de les condicions de l'organisme infantil, de la modalitat de les seves reaccions i de les malalties que li són peculiars".⁸ S'obre aleshores una etapa en la qual es lluita per una disciplina autònoma, amb un objecte d'estudi propi. Així, el 1915, el catedràtic de *Malalties de la Infància*, de Barcelona, reconeix que: "L'antic precepte, el nen és la miniatura de l'home, és absurd". "Per la seva constitució anatòmica i fisiològica i per trobar-se en plena evolució, els nens tenen afeccions exclusives de la seva edat, només en ells possibles; aquelles altres malalties comunes a ell i a l'adult, es modifiquen en el nen per tal com apareixen completament distintes, tenen síndromes diferents, requereixen una semiotècnia especial i una terapèutica distinta; per això el criteri patològic de l'adult és inaplicable sense serioses modificacions al nen".⁹ Es reivindica, a més a més, que el títol de l'assignatura hauria de substituir-se pel de *Pediatria*, com en altres països, cosa que s'aconsegueix després; i acaba confonent-se amb el galicisme "puericultura". La transformació de les càtedres de medicina infantil denoten aquests canvis. Primer, van "Malalties de la Infància amb la seva Clínica"; després, de "Pediatria"; i més modernament de "Pediatria i Puericultura".

No obstant això, a nivell popular, el terme "puericultura" va gradualment perdent moda, i s'integra cada cop més dins d'una *pediatria* alhora preventiva i guaridora. En l'actualitat s'utilitza l'expressió "puericultor" entre les classes baixes, i "pediatre" entre les classes mitjanes i altes; en ambients refinats es diu, fins i tot, *pediatre*. "Si bé, en certs ambients, les mares tendeixen a la denominació de puericultor, el metge, generalment, prefereix la de pediatre".¹⁰ Malgrat tot, sovint se senten veus que reivindiquen la puericultura com quelcom positiu, i no necessàriament referent a famílies pobres. Un dels catedràtics del sector assegura que "La Puericultura no és una cosa passada de moda o una tasca inferior allunyada del quefer del metge modern, al qual de vegades sembla, fins i tot, molestar el nom de puericultor". La puericultura sembla ser tema de dones, i la pediatria d'homes. Durant uns anys es considerava *puericultura* tota dona que tingués cura de nens i nenes (amb o sense el títol de "puericultora"), expressió que després se substituï per la de *canguro*.

Els pediatres professors universitaris arriben a considerar que "la puericultura és una branca especialitzada de la Pediatria", i no a l'inrevés, és a dir una espècie de *pediatria preventiva*.¹² Per a altres la puericultura no és res més que "l'art relatiu a totes les mesures dirigides a aconseguir que el nen arribi a la maduresa en unes condicions òptimes de supervivència social i de lluita per la pròpia supervivència".¹³ En ambdós casos la puericultura apareix plena de connotacions socials, cosa que és poc usual en altres especialitats mèdiques.¹⁴

Excursió històrica

La pediatria, com els nens, vénen de París. El 1802 es creà el famós *Hospital de Nens Malalts* a París; és per això que durant el segle XIX es deia que "la pediatria és un art genuïnament francès".¹⁵ Es trigà quasi bé 75 anys més en construir un hospital-infantil a Espanya.¹⁶ Durant tot el segle XIX, la mortalitat infantil espanyola era alta, superior al 20%. Aquesta davallà, entre altres coses, perquè el 1837 es logrà canviar l'aigua freda de la pica baptismal per tèbia (com proposà el diputat García Blanco en les Corts), i a no obligar a la presentació del neo nat en el Registre Civil a les poques hores d'haver nascut (per llei dintre dels tres primers dies). La pediatria durant el segle passat no era més que un apèndix de la toco-ginecologia. Un cert impuls es logrà el 1876 quan Rafael Ulecia fundà els *Anal's d'Obstetrícia, Ginecologia i Pediatria*.

El 1877 es crea a Madrid l'Hospital del Nen Jesús, patrocinat per l'Associació Nacional

per l'Educació i Sostenment d'Hospitals de Nens d'Espanya (ANFSHNA), amb uns 70 llits, traslladant-se el 1881 a la seva actual seu en l'avinguda Menéndez Pelayo. El 1889 passà a dependre de la Junta Provincial de Beneficiència. Al seu voltant aparegueren les revistes *El Hospital de Niños*, i l'*Archivo de Medicina y Cirugía de los Niños* (publicada entre 1885 i 1890). Aquesta darrera fou impulsada pel metge González Álvarez. En els seus inicis l'hospital fou dirigit per Mariano Benavente (1818-1885) que pot considerar-se com un dels proto-pediatres espanyols més importants. El retard de la pediatria a Espanya prové del fet que, malgrat que existís l'Hospital del Nen Jesús, aquest no passà a complir tasques docents sinó que va restar separat de la universitat. No és fins 1886 que es crea la primera càtedra especialitzada de *malalties de la infància* (separada de l'obstetrícia), essent els primers catedràtics Francisco Criado Aguilar i Andrés Martínez Vargas. En concret la primera càtedra fou la de Criado Aguilar, a Madrid, i es titulava "Malalties de la Infància, amb la seva Clínica".

Tant la *puericultura* com la *pediatria* són ciències relativament recents, i que com hem vist a Espanya apareixen molt a final del segle XIX. Fins aleshores existien *hospicis* (per a infants) i *borderies* (fonamentalment per a expòsits o abandonats, en la seva majoria il·legítims). Posteriorment es crearen les *Gotas de Leche*, una mena de guarderies i lactaris del segle passat.¹⁷ El 1897, el conegut metge Tolosa Latour (impulsor de la *Llei de Protecció a la Infància* anys més tard) creà un sanatori marítim per a nens a Chipiona (Cadis).

El 1900 Andrés Martínez Vargas (1861-1948), catedràtic que fou de Granada i Barcelona, fundà la revista *La Medicina de los Niños*. Per fi el 1904 es promulgà la primera *Llei de Protecció a la Infància* que era una còpia de la llei francesa de 1874. En qualsevol cas la llei de 1904 (12 d'agost) trigà quatre anys en desenvolupar un reglament (24 de gener de 1908). El 1914 se celebrà el *Primer Congrés Espanyol de Pediatria*, a Palma de Mallorca, on s'aprovà el "Codi de la Mare". Frías Roig fou el creador, el 1919, del primer Institut de Puericultura (de caràcter benèfic) justament a Reus. Com pot observar-se, moltes de les institucions pediàtriques de començament de segle són obres de caràcter benèfic-privat, essent poc important l'ajuda del sector públic o de la universitat.

El 1925 es creà una *Escola Nacional de Puericultura* a Madrid, i posteriorment van aparèixer les *Escoles Provincials*. Aquest esquema es conservà després de la Guerra Civil, i es potencià amb la reglamentació de 1947, en la qual l'ensenyament de la puericultura es realitzava a través de les corresponents Escoles, de les quals hi havia tres tipus: l'*Escola Nacional de Puericultura* (a Madrid), les *Escoles Departamentals* (en els districtes universitaris amb la Facultat de Medicina), i les *Escoles Provincials* (en la resta de les províncies). Totes estaven (pel reglament de 1947) sota l'autoritat de l'Escola Nacional de Sanitat. El 1929 es creà el Tribunal Tutelar de Menors, que regentava els *reformatoris* per a menors d'edat. Sembla que l'efectivitat d'aquests reformatoris no era massa alta, si fem cas del que diu un pediatre uns anys després: "Malgrat tot el que s'ha fet durant tants anys per evitar-ho, encara hi ha una bona proporció de noies que cauen en el vici, una vegada lliures de la tutela del Tribunal, i de nois que es dediquen al furt i cometen delictes castigats pel Codi Penal".¹⁸ Cal notar el sexisme d'aquest paràgraf, que diferencia els delictes segons el sexe de les persones implicades. El 1932 per fi comencen a crear-se els *Centres Provincials d'Higiene Infantil*.

Després de la Guerra Civil de 1936-39, i en la dècada dels quaranta, es nota una preocupació —almenys verbal— del sector públic per la puericultura i la pediatria. Era part dels dissenys imperials de l'època, i de la ideologia feixista. La Direcció General de Sanitat (dins del Ministeri de Governació) mantení aleshores una "Secció de Puericultura, Maternologia i Higiene Escolar" que popularitzà uns opuscles titulats *Al servicio de España y del Niño Español*. En la primera dècada s'arribaren a publicar 154 volums amb títols tan característics com *Lo que ha hecho Sevilla por los Niños desde que se inició el glorioso Movimiento Nacional*; *El problema de la lactancia materna durante la dominación roja en Bilbao*; *La vida de tu nene depende de ti, mujer*; *Cómo ha resuelto la Italia de Mussolini el problema*

demográfico; i *Aspectos deontológicos de la lactancia*. El 1914 es reconegué (en l'Ordre de 20 de desembre) la Puericultura com: "base de la felicitat familiar. Ajudem el progrés. El "Caudillo" vol 40 milions d'espanyols". Una preocupació mèdica infantil s'havia desenvolupat en les institucions d'atenció de nenes i nens abandonats o orfes, que cristal·litza en l'Obra de Protecció de Menors. Es determinava aleshores "la diferència entre l'antiga beneficència, que no indaga la causa del mal, ni el mitjà per desfer-lo, i la moderna assistència, que procura solucionar, de manera definitiva, els problemes sanitaris i socials del necessitat".¹⁹ La realitat no es va emmotllar a aquests pronunciaments de desigs.

El 1941, es publicà una nova *Llei de Sanitat Infantil i Maternal*, que creà els Centres Maternals i Pediàtrics d'Urgència, sobretot en zones rurals. Aquesta llei, fonamentalment reorganitzadora, proposà, fins i tot, crear un "Museu Nacional del Nen", i que tots els nens i nenes (menors de 15 anys) tinguessin un "quadern sanitari", com un historial mèdic posat al dia. Aquest mateix any es planejava seriosament l'ensenyament de la puericultura en els dispensaris públics a totes les dones lactants atorgant-els posteriorment un *Diploma de Mare Exemplar*. Durant els anys quaranta l'Institut Nacional de Previsió va mantenir una *Obra Maternal i Infantil*. La *Llei de Bases de la Sanitat Nacional* de 1944, continuà amb la vella idea del *quadern sanitari* "on s'inscriuran les incidències més destacades que afecten la seva salut", i que després no s'aplicaria. En l'actualitat, i complint aquesta llei, existeix una cartilla anomenada "Document de Salut Infantil" (de 24 pàgines) la qual gairebé no s'utilitza. Des de 1947 les Escoles de puericultura començaren a donar títols de metge-puericultor, infermera-puericultora, puericultora-diplomada, i auxiliar-de-puericultora. A més tenien com objectiu el "divulgar entre les classes populars, particularment entre les mares, les nocions fonamentals d'higiene infantil". Dintre de les Escoles hi havia, fins i tot, un capellà "encarregat de la direcció i formació espiritual de les alumnes". Eren uns altres temps.

L'Estat espanyol fou incapaç de crear un servei especial de pediatria-puericultura per a tota la infància, excepte com a part d'un sistema sanitari de seguretat social obligatòria per a famílies amb baixos ingressos. L'especialitat de Pediatria-Puericultura no s'incorporà en el "Seguro Obligatorio de Enfermedad" (SOE) fins l'any 1950, és a dir molt tardanament. Al començament s'assignaren 9.500 famílies ("cartilles") a cada pediatre, el qual tenia l'obligació d'assistir tota la població menor de 10 anys. Aquesta xifra era ridículament alta, i quasi bé no permetia un desenvolupament seriós de l'especialitat dins del sistema públic.²⁰ Per fi el 1958 es crearen els *pediatres-puericultors de zona* dintre del SOE, els quals assistien les nenes i nens fins l'edat de set anys. El sector públic permeté posteriorment un desenvolupament considerable de la professió pediàtrica, que, malgrat tot, no va anar acompanyat d'una elevació proporcional en el nivell de salut infantil. Es pot afirmar que la pediatria (i sobretot la puericultura) espanyola manté un retard de dècades respecte d'altres països europeus, empíricament medible a través de les taxes de mortalitat infantil. Malgrat això, encara hi ha catedràtic de pediatria que afirma sense envermellar que "el nostre país ha estat un dels que més ha treballat per la protecció del nen, tant en el que fa a la salut física com a la millora moral".²¹ Tot al llarg de les pàgines que segueixen anirem matisant tal afirmació.

Recursos físics

Hem de partir de la idea que el cost de l'assistència sanitària a Espanya va suposar el 1980 aproximadament el 30% dels recursos de la Seguretat Social, amb fort predomini de l'assistència sanitària:

Tipus d'assistència sanitària	% del cost total
Hospitals propis	37,4
A domicili (medis propis)	32,1
Contractada (medis aliens)	21,5
Ambulatoris propis	7,0
Docència	1,8
Investigació	0,2
TOTAL	100%

Es gasten, de totes formes, més de mig milió de pessetes l'any en assistència sanitària directa. Tant l'atenció de nens i nenes com de dones està en major proporció en mans privades que en el sector públic. Mentre que el 1975 del total de llits el 31% pertanyen al sector privat, aquest monopolitza el 41% dels llits de maternitats, i el 51% dels llits d'hospitals infantils. I del total de malalts ingressats, el sector privat ocupa el 54% dels ingressos en maternitats i el 79% en hospitals-infantils. És un fet que la infància i les dones són un lucratiu negoci privat a Espanya.

Encara en 1969, el 55% de les dones espanyoles van tenir el seu darrer part a casa (el 52% a casa seva i el 3% a casa de la seva mare), el 22% en un hospital privat i el 22% en un hospital o maternitat del sector públic. Les pautes varien lògicament segons la classe social. Aquesta pot ser una mesura pel nivell d'estudis de la mestressa-de-casa:

Nivell d'estudis el 1969	Lloc on van parir el darrer cop:		
	A casa	Hospital privat	Hospital públic
Mitjans i superiors	37	45	18
Secundaris	42	41	16
Primaris complets	51	27	23
Part de primaris	64	13	24
Sense estudis	70	7	24
TOTAL	52	22	22

Existeix una relació clara entre classe social i la pauta de parir en un hospital privat, però la relació inversa no és tan forta respecte del sector públic. El 1969 la classe alta paria a casa la meitat de les vegades que la classe baixa, i set vegades més en hospitals privats. Una causa òbvia és la mala qualitat d'assistència al part en els hospitals de la Seguretat Social (actualment de l'INSALUD).²²

El total de llits ("unitats d'hospitalització") d'assistència pediàtrica el 1975 eren de 13.990; és a dir, el 7,3% del total de llits del país, però el 18% d'elles estaven en hospitals infantils especialitzats. Els llits pediàtrics estan generalment pitjor atesos, puix tenen adscrits només el 5,7% dels metges hospitalaris (2.384 especialistes en pediatria). El nombre d'hospitals infantils no ha crescut massa. Eren ja 12 el 1949 (és a dir el 0,7% de tots els llits). En el total dels hospitals s'ha produït un *procés de concentració*, amb menys hospitals però més grans. Aquest procés ha estat més lent en els hospitals infantils, i només visible a partir de 1963. Aquest any existien 28 hospitals infantils, és a dir 6 més que en l'actualitat; però amb 74 llits de mitjana per 117 el 1975. El nivell de centralització dels hos-

pitals-infantils és també considerable: el 58% dels llits estan a Barcelona i Madrid. És més, del total de llits pediàtrics (incloent tot tipus d'hospitals) el 28% estan a Madrid i Barcelona, on es realitza el 42% de la cirurgia pediàtrica que té lloc a tota Espanya (el 1975).

El 1976 existien a Espanya uns 20 *hospitals-infantils* amb un total de 2.707 llits (és a dir l'1,4% dels llits del país, però el 2,8% dels hospitals que no són generals). En total ingressaren 49.100 pacients, amb una mitjana de 12 dies d'estada; i al 30% d'aquests se'ls realitzà una intervenció quirúrgica. No obstant això, l'impacte major d'aquests hospitals és en el nombre de consultes externes, amb una mitjana de 91 consultes diàries per hospital. En total se suposa que treballen 720 metges en aquests hospitals, o el que és el mateix 3,8 llits per metge, i 2,5 consultes externes cada dia. Els metges només representen el 24% del total del personal d'aquests hospitals; mentre que el personal d'infermeria representa un 45%. Pediatria és, doncs, una especialitat no molt hospitalària; el 44% dels pediatres treballen en algun hospital, enfront del 66% del total dels metges (dades de 1974). No obstant això, de tots els pediatres que treballen en un hospital el 43% ho fan en un de privat, i menys de la tercera part (el 30%) en un de la Seguretat Social.

La importància numèrica dels hospitals-infantils especialitzats no és massa gran, ja que atenen només el 15% dels pacients pediàtrics que s'ingressen. La majoria de les hospitalitzacions infantils es realitzen en hospitals-generals, el 78%. Aquest hospitals-generals atenen el 70% de l'assistència hospitalària a prematurs, el 84% de la medicina-pediàtrica, i el 61% de la cirurgia-pediàtrica. Es desprèn d'aquí que la utilització més freqüent dels hospitals-infantils és per cirurgia-pediàtrica (30% del total de la cirurgia-pediàtrica).

En la Taula 1 es resumeix l'assistència pediàtrica a Espanya el 1975. Segons les dades oficials, la infància consumeix només el 7,3% dels llits del país, però el 8,9% dels malalts ingressats, el 5,7% de les estades, i el 10% de les consultes externes. La pediatria és, doncs, eminentment ambulatoria i poc hospitalària, i menys encara els hospitals especialitzats. Els hospitals-infantils només estan ocupats, per terme mig, el 65% de la seva capacitat, malgrat que són relativament petits (117 llits de mitjana). Cada cop s'utilitzen més els serveis d'urgència dels hospitals per consultes que no són necessàriament "urgències", però que serveixen com a formes d'obtenir una atenció mèdica immediata, sobretot per persones de classe baixa. En el total dels hospitals espanyols s'ingressen uns 15 malalts per llit al cap de l'any, però s'atenen 79 pacients en consultes externes (per cada llit). En pediatria l'aprofitament encara és més gran: 18 malalts ingressats, i 108 consultes externes, per llit. Del total de 15 milions de consultes externes que es realitzaren el 1975 en tots els hospitals espanyols, 1,5 milions (és a dir una de cada deu) es referiren a nenes o nens.

El cost mig ("despeses corrents") per *estada* en els hospitals-infantils no és massa alt (dades de 1975):

Tipus d'hospitals	Cost diari (en pessetes)
Generals	2.842
Maternitats	1.845
Quirúrgics	1.807
Infantils	1.630
Psiquiàtrics	375

Per terme mig un nen o nena ingressada en un hospital-infantil costa unes 22.474 pessetes, per 34.558 un malalt en un hospital general. Malgrat la quantitat ridícula de 375 pes-

TAULA 1. ASSISTÈNCIA PEDIÀTRICA HOSPITALÀRIA A ESPANYA EL 1975

Assistència hospitalària:	Nombre de llits	Malalts per lit l'any	Estada mitjana per malalt (en dies)	Consultes externes (per lit) l'any
Per a prematurs	3.199	9,0	15,8	13
Medicina-pediàtrica	8.176	21,4	10,4	142
Cirurgia-pediàtrica	2.615	18,6	9,6	114
TOTAL PEDIÀTRICA	13.990	18,0	10,8	108
En els hospitals-infantils	2.570	17,2	13,8	223
TOTAL HOSPITALS	190.444	14,9	16,8	79
% d'assistència pediàtrica	7,3	8,9	5,7	10,0

Notes: En el total d'assistència pediàtrica s'ingressen 252.247 malalts, per un total de 2.742.764 estades, i a més s'atenen 1.503.966 consultes externes.

Font: Institut Nacional d'Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1975* (Madrid: INE, 1978), pàg. 16.

setes per estada d'un malalt mental, cada un arriba a costar 98.635 pessetes de despeses corrents, ja que cada malalt està ingressat un promig de 263 dies (enfrent dels 14 dies en un hospital-infantil). En resum, l'assistència pediàtrica està bastant privatitzada, utilitza pocs recursos, poc capital humà a nivell hospitalari, i es basa preferentment en assistència ambulatoria.

Notes

- 1 Sembla, no obstant això, que hi ha una tendència creixent en la taxa d'il·legimitat a partir de 1975, passant del 1,4% dels naixements el 1970 al 2,1% el 1978. Això suposa uns 15.000 nascuts il·legítics cada any.
- 2 US Departament of Health and Human Services, *Monthly Vital Statistics Report*, vol. 28, núm. 14 (Novembre, 1980), pàg. 20-21. Diferències similars poden veure's en Douglas Black, comp., *Inequalities in Health* (Londres: DHSS, 1980).
- 3 Jesús de Miguel, "La población", pàg. 35-65 en Joan F. Marsal, i Benjamí Oltra, comps., *Nuestra sociedad: Introducción a la Sociología* (Barcelona: Vicens Vives, 1980).
- 4 "La Puericultura s'ocupa només dels nens sans, mentre que la *Pediatría* s'ocupa dels nens malalts. La primera se la coneix també amb el nom de *Pediatría Preventiva i Social*, *Pediatría Profiláctica*, i la segona amb el de *Pediatría Clínica o Guaritiva*". Antonio Arbelo, et al., *Vuestro hijo* (Madrid: Milupa, 1979), pàg. 16.
- 5 Juan Bosch Marín, en el pròleg d'A. Frias Roig, *Lo que deben saber las madres*, 4a. edició (Reus: Institut de Puericultura de Reus, 1945), pàg. 4.
- 6 Tracta de regular la vida en els seus aspectes més privats, íntims, i casolans segons Luc Boltansky, *Puericultura y moral de clase* (Barcelona: Laia, 1974), 152 pàg. La primera edició francesa és de 1969.
- 7 Andrés Martínez Vargas, *Tratado de pediatría* (Barcelona: J. Vives, 1915), pàg. 475.
- 8 Francisco Criado Aguilar, *Tratado teórico-práctico de las enfermedades de los niños* (Madrid: Asil d'Orfes del S.C. de Jesús, 1902), pàg. 1.
- 9 Andrés Martínez Vargas, *Tratado de pediatría* (Barcelona: J. Vives, 1915), pàg. 2.
- 10 Francisco Prandi, "Puericultura y Pediatría", pàg. 501-546, en Arturo Fernández-Crua, comp., *El libro de la salud* (Barcelona: Danae, 1970) pàg. 501.
- 11 Manuel Cruz, en el pròleg (pàg. IX-XII) al llibre de Joaquín Plaza Montero, *Puericultura* (Barcelona: Jims, 1966, pàg. XI).
- 12 Ciriaco Laguna, *Lecciones de pediatría* (Madrid: Pueyo, 1974), pàg. 2. "La Puericultura moderna s'ha definit com la projecció social de la *Pediatría* o la *Pediatría preventiva*" (p. 3).
- 13 Manuel Blancafort, *Puericultura actual*, 2a. ed. (Barcelona: Bruguera, 1975), pàg. 9.
- 14 Efectivament la Puericultura "va tenir el mèrit d'enfocar els problemes socials ja en una època en la qual gairebé no entraven en consideració en altres disciplines mèdiques". José Selfa, "Introducción a la *pediatría preventiva i social*", pàg. 7-18, en *Cinquè Seminari de Pediatría Preventiva i Social* (València: Clínica Infantil-Escola Departamental de Puericultura, 1975), pàg. 8.
- 15 Un brevíssim estudi de la història de la pediatria mundial (amb enfoc especial de l'espanyola) apareix en Luis S. Granjal, *Historia de la Pediatría* (Madrid: Antibióticos SA, circa 1965), 46 pàg.
- 16 Per unes referències sobre història de la pediatria espanyola pot veure's: Luis S. Granjal, *Historia de la medicina española* (Barcelona: Sayma, 1962), 206 pàg.
- 17 Segons sembla, la primera *Gota de Leche* es creà a Espanya el 1890 (a Barcelona) pel metge Vidal Solares; el mateix que creà l'*Hospital de Nens Pobres de Barcelona*. El seu objectiu era facilitar llet esterilitzada per a l'alimentació dels neo nats. Aquests bancs-de-llet també se'ls anomenava *lactorium*.
- 18 Pere Puig Roig, *Para una generación mejor* (Barcelona: Dalmau i Jover, 1955), pàg. 854.
- 19 Francisco de A. Manich, i Juan Córdoba, *Higiene social de la infancia* (Barcelona: Impremta-Escuela de la Casa Provincial de Caritat, 1942), 132 pàg., pàg. 16. Recull la doctrina de l'Oficina Central del Nen, que havia estat creada el 1941 per la Junta Provincial de Protecció de Menors de Barcelona. El llibre apareix amb el *Nihil Obstat* corresponent.
- 20 Una descripció de la polèmica apareix en: Antonio Arbelo, *Historia de la pediatría-puericultura en el Seguro Obligatorio de Enfermedad 1951-1961. Propuesta para un nuevo plan* (Madrid: Edicions de l'Associació de Pediatres Espanyols, 1963), 83 pàg.

21 Ciriaco Laguna, *Lecciones de pediatría* (Madrid: Pueyo, 1974), pàg. 4.

22 Ningú no ha justificat encara que la mortalitat al voltant del part (tècnicament: fetal, intranatal, i en les primeres 24 hores) no ha fet més que créixer en els parts realitzats en la Seguretat Social:

<u>Anys</u>	<u>Mortalitat al voltant del part (per 1.000 nascuts vius)</u>	
	<u>Seguretat Social</u>	<u>A tota Espanya</u>
1965	32,1	31,1
1970	59,3	25,6
1972	63,3	23,5

És a dir, en una dècada la mortalitat al voltant dels parts atesos per la Seguretat Social s'ha doblat, sense que ningú no hagi explicat, o almenys disculpat, tal inusitat fenomen.

PROCESSOS DE CRISTAL·LITZACIÓ DE L'ASSOCIACIONISME PROFESSIONAL MÈDIC

Jaume Ribas

Anàlisi de professió i anàlisi d'associació

Per arribar a conèixer la realitat actual en les relacions de poder de la professió o *classe mèdica* espanyola cal aprofundir en la seva gènesi i ulterior desenvolupament. En conseqüència aquest treball pretén una anàlisi sociològica del procés de gestació dels professionals de la medicina com a tal grup social definit, i de les seves relacions amb la societat i l'Estat en els quals s'emmarquen.

Perquè pugui existir una associació professional sembla evident que prèviament ha d'existir la professió. El que succeeix és que en la pràctica els processos de cristal·lització d'un associacionisme professional concret i de la professió corresponent es presenten amb un marcat caràcter interdependent, de forma que recíprocament col·laboren al seu assentament, per mitjà d'un procés progressiu, del qual en un inici no estan exempts de protagonisme instàncies no sols superiors, sinó també externes.

En el que segueix intentaré analitzar, no ja el procés de cristal·lització dels col·legis de metges a Espanya, sinó de la pròpia professió, aventurant la hipòtesi que la classe mèdica espanyola aconsegueix gran part de la seva consolidació, com a tal grup social, mitjançant la unificació absolutista de 1828.

La configuració moderna de la professió mèdica en el nostre país s'inicia al uníson amb la revolució burgesa. La primera fita configuradora d'aquest nou estat de coses es produirà en el marc de les llegendàries Corts de Cadis, mitjançant un decret de 22 de juliol de 1811 de *Restablecimiento del Tribunal del Proto-medicato*. Sense entrar, de moment, en l'anàlisi del contingut d'aquesta norma, es pot avançar que la seva importància li ve més pel que suposa d'iniciar un camí legislatiu preocupat d'organitzar aquest àmbit de la vida social que fa referència a la salut, que pel seu contingut substancial.

A partir d'aquí cal que destaquem dos elements, un històric i l'altre metodològic. L'històric fa referència a un tema sobre el qual normalment existeix una certa unanimitat de criteris en l'àmbit dels historiadors, com és el fet que justament durant i després de la Guerra del francès és quan es produeixen menys tensions a aquesta unitat de l'Estat o regne espanyol. (1) La presència d'un perill exogen permet —almenys de forma conjuntural— que el problema entre els diferents pobles que composen el que s'anomena Espanya es redueixi a la seva mínima, per no dir nulla, manifestació. És per això que no ha de sorprendre que, en el que segueix, es prescindeixi de l'anàlisi pormenoritzada de l'esdevenir de la *classe mèdica* en els marcs particulars de les distintes *comunitats històriques*; en aquest període de cristal·lització, d'institucionalització progressiva, no es fa necessari l'introduir variables d'aquest tipus. En qualsevol cas, serà més aviat a partir d'etapes històriques posteriors, ja en el segle XX, quan —per exemple a Catalunya— apareixerà un fenomen amb vida pròpia, no

sense certs paral·lelismes: *Sindicat de Metges de Catalunya*. Però, de fet, això ja escapa a l'amplitud que hom pretén d'abastar en el que segueix.

En segon lloc, i pel que fa referència a aquest advertiment metodològic previ necessari, cal referir-se a les fonts que han servit de base a l'anàlisi que intenta contemplar aquestes línies. Aquestes fonts són els textos legals (2) al respecte i aportacions de caràcter biogràfic, bàsicament; alhora ha estat deixat de costat qualsevol recurs a dades de caràcter quantitatiu. Els estudis de casos i les aportacions biogràfiques aporten uns elements que, en ser contrastats amb la Història social a l'ús, ens permeten adquirir una visió aproximada de les pautes de comportament del col·lectiu objecte de l'estudi.

Sovint des de la vessant sociològica s'han dirigit crítiques contra els textos legals pel seu aparent allunyament de la realitat, per la seva manca de connexió amb el món social en el qual s'inserien o pretenien modificar. Això pot ésser una crítica a l'enfoc excessivament jurídicista en l'anàlisi d'una norma, però no a tot tipus d'anàlisi d'aquesta. I això en la mesura que posar la norma en relació al cos social al qual es dirigeix, sense perdre de vista quina part d'aquest cos és la que l'elabora, i quins fins latents persegueix —element teleològic—, és un instrument valuós d'estudi.

Restabliment del Tribunal del "Proto-medicato"

El 22 de juliol de 1811 les Corts de Cadis, últim reducte de sobirania que no va caure en mans de l'invasor, es van permetre entrar a legislar un tema aparentment particular en comparació als grans capítols d'Estat que es dirimien. Amb l'esmentat decret es restablí el Tribunal del "Proto-medicato", el qual era com el Tribunal Suprem de Salut Pública, ens que ja havia existit amb anterioritat, però que a partir de 1780 i en funció d'una pretesa descentralització de funcions, va ser buidat de contingut fins a la seva total extinció, en benefici d'una sèrie d'ens minúsculs i desconexos que portaren la tutela sanitària del país a una total inviabilitat.

El tribunal restablert, compostat de cinc membres —2 professors de Medicina, 2 de Cirurgia i 1 de Química—, es configurava com un alt òrgan consultiu i assessor, del qual havien d'emanar el que avui s'entendria com les propostes, no tant planificadores com sí legislatives, amb un alt nivell de concentració de funcions, atès que se li adscriuïen parcel·les tals com l'ensenyament superior —en el seu àmbit sanitari exclusivament—, gestió hospitalària, sanitat militar i policia mèdica. Cal destacar que fins aleshores havia estat una branca de la sanitat militar —la corresponent a l'armada— la que havia gaudit d'un nivell d'organització comparativament superior a la resta.

Aquesta construcció normativa del legislatiu gadità no havia estat feta en el buit, perquè si bé l'element humà era escàs i no excessivament preparat, també és cert que la majoria dels metges del país s'alinearen amb els lliberals. D'aquí sorgirà la primera contradicció entre el nivell polític i el social, en l'àmbit exclusiu en què ens movem, perquè la reinstauració absolutista de Fernando VII el 1814, comportarà la persecució i ulterior exili d'un gran nombre de metges.

El període comprès entre 1814 i 1828, any en què apareix una nova disposició de cabdal importància i objecte d'anàlisi específica posterior, té una configuració molt lògica, i quan dic molt lògica em refereixo que existeix una relació causal directa entre situació polític-social del país i situació dels metges, en funció de la presa de posicionament que *a priori* aquests haguessin escollit. I això ben entès que el col·lectiu sanitari no era encara un grup corporativament compacte ni ideològicament homogeni.

Aquest període de prostració intel·lectual, i per tant mèdica, que suposa el sexenni, va desapareixent i retorna a una certa normalitat en el trienni lliberal de Riego (1820-23). Sembla, no obstant això, que era durant els períodes d'exili quan més gran era el contacte amb el món intel·lectual —en aquest cas mèdic— internacional, per tal com en els períodes de Liberalisme, potser per la brevetat que els caracteritzava, els exiliats retornats tendien a

encaparrar-se en una àrdua tasca de renovació i innovació, sense temps per institucionalitzar uns contactes de manera permanent amb l'estranger, posat que la fase que ho havia de permetre era impetuosament presa pels "Hijos de San Luis" o d'alguna senyora vídua de vida alegre, amb les consegüents *rebaixes*.

Serà amb la caiguda d'aquest efímer parèntesi lliberal, i el retorn a l'oscurantisme generalment anomenat "*ominosa dècada*", quan la persecució a l'estament mèdic, o millor, a la facció lliberal de l'estament mèdic, aconseguirà un caire més greu; perquè en definitiva es tractava d'una persecució contra uns individus, que a més de posseir un estatus reconegut, eren bàsics per a la resta de la societat; no es tractava d'uns desviats socials la funció social dels quals, al marge de les consideracions ètiques de rigor, era més o menys prescindible.

Aquesta dura persecució que s'inicia amb el retorn de l'absolutisme, és una conseqüència de la desconfiança sistemàtica dels governants *versus* metges —i món científic-intel·lectual en general—. La persecució es diversificava en distints àmbits: D'una banda les purgues que tenen com les seves víctimes més caracteritzades els professors del Col·legi de Medicina i de Cirurgia de Madrid, i fins i tot alguns dels estudiants d'aquest centre. Les càtedres i les fràgils institucions científiques són netejades de qualsevol lliberal, ja sigui activista o simplement simpatitzant. Com en qualsevol conflicte d'aquest tipus és obvi que es donà l'anècdota dels qui se n'aprofitaven per pujar; no sempre s'actuà en funció de pures qüestions ideològiques, sinó que les enveges professionals i l'afany d'ascensió social van jugar-hi un paper; aquest tema, en qualsevol cas, correspon als historiadors, per tal com a nosaltres ens interessa només la qüestió global, com a manifestació d'un element causal important. D'aquesta sagnia despietada en un col·lectiu ja tan exigü es desprendrà la necessitat peremptòria de crear d'una manera ràpida i alhora "segura" (segura per al poder establert), un cos mèdic capaç de fer front a les necessitats del moment.

Com elements que completen el conjunt de mesures tendents a l'eliminació de qualsevol temptativa lliberal en el món intel·lectual, i mèdic en particular, es troben la "Ley de Purificaciones", el decret de tancament de les Universitats, el restabliment d'una dràstica censura i el gravamen econòmic a les publicacions, no tant per aconseguir d'incrementar el depauperat erari públic, com per acabar d'impossibilitar el sorgiment d'unes publicacions que l'absència de mitjans i la carestia del moment feien ja difícil.

Aquest procés vindicatiu portat a tals extrems havia de comportar a curt termini la manca de perits en l'art de guarir, així com el desmembrament de la precària estructura sanitària fins aleshores aconseguida. El poder nepotista es plantejarà la reforma en base a adequar les peremptòries necessitats del moment amb els principis informants de la seva actuació, tasca prou difícil en la mesura que el *modus operandi* de la camarilla absolutista era per definició excloent, cosa que qüestionava la possibilitat d'ajuntar els esforços de gentes vàlides per a tals fins. Tanmateix, tampoc no seria exacte afirmar que la totalitat del grup social mèdic s'inhibís —bé per imposició, bé per voluntat pròpia—, perquè alguna figura de la medicina d'aquella època oferí el seu incondicional suport al règim vigent; i això per diferents raons, raons que, podríem aventurar, s'han repetit en els períodes històrics que han tingut uns paràmetres ideològics semblants a aquests, i que a grans trets són:

1. La coherència ideològica entre l'ésser del metge en qüestió i els principis informadors del sistema polític (absolutista).
2. Una certa actitud possibilista del subjecte, que observa com una certa permissibilitat o acceptació tàctica del *statu-quo* són l'única manera mitjançant la qual podrà desenvolupar una activitat considerada —no sense raó— com a imprescindible per als seus conciutadans, donat l'estat general.
3. (Més freqüent entre joves generacions). L'actitud de prosperar. Sens dubte una purga generalitzada com la realitzada pels absolutistes comporta un pujar en l'escalafó, amb bones oportunitats per aquells que, encara que no estiguin dotats d'elevats coneixe-

ments, estiguin disposats a apropar-se de forma incondicional al costat del poder establert.

Entre els metges destacats, d'actitud —diguem-ne— col·laboracionista, es troben Pere Castelltó Ginestà (1770-1850), i en menor mesura, no ja pel seu entusiasme sinó més aviat per la seva incidència, José Lletor Castroverde. El metge, o més exactament cirurgià Castelltó, català natural de Guissona (Lleida), després del seu camí acadèmic per les Universitats de Barcelona, Santiago i Madrid, arribà al cercle palatí mercès a la seva afortunada actuació en la malaltia de gota de Fernando VII; procedent del col·legi de cirurgia i catedràtic substituït, seria un dels principals artífexs i beneficiaris de la reunió de facultats, fet del qual ara ens ocuparem. No es pot ometre la seva actitud un tant oberta en aconseguir la reposició de càrrecs dels catedràtics expulsats i la derogació de la "Ley de Purificaciones". Lletor seria el mantenidor de les poques publicacions mèdiques que sobreviurien la inquisitòria actitud dels governants absolutistes.

La unificació absolutista de 1828

1828 és, sens dubte, un any transcendent en l'origen modern de la professió mèdica. I és justament l'absolutisme, motivat per aquest instint de control, aquest normativisme exacerbant tendent a regular els actes humans en els seus mínims detalls, a fi de minimitzar en el possible tota facultat espontània i discrecional, al mateix temps empès per aquest entorn de manca total de facultatius, el que el va propiciar mitjançant la *Real Cédula de los Colegios de Medicina y Cirugía, y de los Profesores que ejerzan estas facultades* de 10 de desembre de 1828.

El títol d'aquesta *Real Cédula* conté un primer terme que no ens ha d'induir a error: "*Colegios*". Terme que deriva del llatí *collegium*, i que en la seva antiga accepció fa referència a associacions de persones organitzades amb fins i privilegis específics; en aquest cas la *Real Cédula* presumptament semblaria fer referència a l'associacionisme professional. Tanmateix en el títol del text legal el vocable "col·legi" connota la seva accepció moderna d'institució de caràcter docent. Amb tot, i encara dins d'una primera aprehensió al citat text normatiu, tampoc el seu element teleològic no se circumscriu a un mer cos reglamentari que donés vida a un determinat ensenyament superior, sinó que va més enllà fins configurar el que serien metges-cirurgians.

Les figures intermèdies, de les quals també se n'ocupa aquesta disposició normativa, tenen d'interessant el constituir els antecedents de figures avui en plena vigència com els practicants o la infermeria, en les seves manifestacions específiques d'ATS, Diplomats en Infermeria o com es vulgui anomenar-los.

Un primer element a tenir en compte és l'adscripció administrativa de la Sanitat. En aquell moment pertany al Ministeri de "Gracia y Justicia", el que contrasta amb adscripcions posteriors, que mentre no ha existit un ministeri específic ha recaigut fins i tot en Governació, sens dubte pel caràcter impregnant que ha tingut en els governants "l'activitat de policia (administrativa)", i a la qual no escapà la de caràcter mèdic, contrastant amb una funció pública assistencial i amb una visió més de futur.

A partir d'aquí l'element substancial que ens aporta aquesta llei és —com ja s'ha mencionat— la unificació entre metges i cirurgians, i això en el marc dels Reals Col·legis de Cirurgia-Mèdica, instituts de nou encuny. No obstant això el poder polític no volgué o no gosà privar la Universitat de les seves tradicionals facultats docents en l'àmbit mèdic, per la qual cosa continuà assignant-li els estudis de Medicina interna, que donaven lloc als anomenats "Metges-purs".

No obstant això, i coneixent la deficitària situació de facultatius en què es trobava el país, es configurà un tercer tipus anomenat "Cirugià-Sagnador", facultatiu que es pretenia cobrir les necessitats del aleshores predominant sector rural.

La unió de les anteriors Junta de Medicina i Junta de Cirurgia configura el vèrtex jeràrquic de la piràmide sanitària, no sols en l'àmbit docent sinó també en el de desenvolupament professional, amb la qualificació de Reial Junta Superior de Medicina i Cirurgia. Dotada amb un poder molt reglat, i amb una composició originària de cinc membres, que a la llarga havien de convertir-se en només tres (per raons de control d'aquesta); membres, a més a més, pròxims naturalment a l'esfera regia. La Junta, a més de romandre plenament acotada en les seves funcions, havia de residir a Madrid o en qualsevol cas seguir la Cort. L'assignació remunerativa estava perfectament determinada, fet extensible amb les proporcions que la lògica jerarquia imposa, a tots els nivells; era alhora un element que qüestionava la remuneració pròpia de les professions liberals, a la qual la Medicina, almenys la decimonònica, es preuava de pertànyer (fent abstracció de moment del seu grau de consolidació com a tal professió). Però aquesta determinació remuneratòria ens facilita l'introduir els dos models de relació (i remuneració) metge/malat i metge/sistema institucional segons el cas: El metge lliberal i el metge funcionarial (o burocràtic),³ conceptes amb una vigència més actual, però que permeten l'acceptació del sistema remuneratori "fernandino" sense que sigui qüestionat el model lliberal. El metge de l'època esdevenia de vegades una espècie de funcionari, per tal com estava lligat al procés acadèmic, integrant d'altres institucions típicament estatals —milícia—, i indirectament prestant una assistència als pobres —nombrosos—, i en aquest cas el caràcter funcionarial era confós amb el caràcter benefactor, constituint una vessant que es considerava necessària per l'enaltiment de la professió. Per la resta ens trobem davant el metge lliberal sense sospites gremialistes —pel que fa referència a l'ingrés—.

Com a colofó a aquesta institucionalització tan acurada, no podia manca la referència a l'antiguitat, com element superior al propi mèrit o capacitat a l'hora de promocionar o amb la finalitat de posseir una *potestas* específica.

La vida institucional està tan profundament reglada encara i en els mínims detalls que no és aventurat de pensar en l'alt nivell de rutinització i alhora conservadurisme en què havien de caure els seus membres. Aquest procés llarg i enfarfat estava concebut amb l'ànim que després d'aquest calvari, pocs —per no dir cap dels qui el superessin— gosarien qüestionar un procés de socialització tan complex.

No ens correspon, entre altres raons per limitacions pròpies de formació, l'anàlisi pormenoritzada dels plans d'estudis. Amb tot d'una ullada ràpida sobre ells es desprèn el seu alt nivell precursor en relació als avui vigents, amb les diferències derivades de l'estadi de desenvolupament científic actual, i particularment en aquesta vessant concreta del coneixement. L'organització docent se sustentava en les càtedres, en nombre de deu —set de numeràries i tres supernumeràries—. Les primeres, que són les que posseïen un contingut específic, es distribuïen així:

1. Anatomia, Medicina Legal, Higiene pública o Policia mèdica i Embeñats.
2. Fisiologia, Higiene privada, Patologia general i Anatomia patològica.
3. Terapèutica, Matèria mèdica, Art de receptar i principi de Química.
4. Afectes externs, Operacions i malalties dels ossos.
5. Obstetrícia, malalties del sexe, les dels nens, i les sifilítiques, amb la clínica corresponent a cada tractat.
6. Afectes interns aguts i crònics inclosos els de l'Exèrcit i Marina, la introducció a la pràctica de la Medicina i el mètode de visitar, amb els deures del Metge.
7. Clínica interna.

Hi ha una preocupació especial en el legislador perquè es compleixi escrupolosament el calendari i perquè es compleixin les hores lectives prèviament assignades a cada disciplina, conjuntament amb una especial preocupació —almenys teòrica— perquè la dotació de "laboratori" estigui a l'altura de les reals necessitats.

Altres elements que la present disposició normativa aporta amb un marcat caràcter precursor és el que fa referència a l'alt nivell corporatiu, per la qual cosa fa referència a les preferències entre els fills del "cos"; tot i que no arribà a la categoria formal, l'ombra de la cooptació és latent en el text. I en segon lloc ens trobem amb l'origen dels actuals M.I.R., als quals se'ls exigia com a *conditio sine qua non* l'estat civil de solters, i una vida del tot desenvolupada en el marc de la institució. M.I.R. del segle XIX als quals fins i tot se'ls assigna i designa escrupolosament la seva indumentària a base de:

"Frac abotonado de paño azul turquí, con tres ojales de plata en la manga, y uno en cada lado del cuello, con botón blanco, que tenga la cifra del Colegio en que estudien, y pantalón de paño del mismo color, sombrero de tres picos y espada de puño de metal blanco."

Sense entrar encara en un balanç crític d'aquesta cabdal disposició normativa, cal relacionar dos elements que se'ns presenten interrelacionats: Titulació i intrusisme. La titulació, al marge de considerar-se a nivell formal com la manifestació externa segons la qual el subjecte ha acreditat aquells coneixements que es consideren imprescindibles per realitzar la tasca professional pertinent, es mostraria buida de contingut en el cas que aquesta activitat professional fos oberta a qualsevol individu que no hagués passat pels mateixos filtres i en conseqüència manqués d'aquesta titulació. Per tant sembla innegable que, en la mesura que la pròpia norma es preocupa de sancionar l'intrusisme, aquest té cert valor *a priori*. Si ens aturem momentàniament en la lletra de la *Real Cédula*, pel que fa referència a titulació, ens trobem que al qui s'ha de graduar se li exigeix un jurament tan peculiar com:

"Juro defender el Misterio de la Purísima Concepción de la Virgen María nuestra Señora; defender la Soberanía del Rey nuestro señor y los derechos de su Corona; no haber pertenecido ni haber de pertenecer a las sociedades secretas reprobadas por las leyes, ni reconocer el absurdo principio de que el pueblo es árbitro de variar la forma de los Gobiernos establecidos; sostener, con arreglo a la sesión décimaquinta del Concilio de Constanza, que a ningún súbdito le es permitido el regnicidio o el tiranicidio (...)"⁴

Jurament que un cop realitzat —en llatí— hi constava en qualitat de certificació en el propi diploma. Però del títol se'n desprenien una altra sèrie de facultats, no exemptes de novetat, com la possibilitat d'exercir la professió lliurement en tot el regne; la qual cosa, al marge de trencar amb la tradicional presència de fronteres interiors pròpies de la societat estamental, constituïa una manifestació de l'Estat modern, que posteriorment fou limitat mitjançant una organització que, malgrat uns certs indicis federalitzants, va poder incloure majors entrebancs a la lliure circulació professional.

Però retornant a la relació professió/intrusisme, aquesta disposició absolutista sanciona amb unes penes raonables⁵ aquells qui sense posseir la titulació adequada exerceixin les funcions típiques i específiques de les distintes professions mèdiques. I l'intrusisme no se circumscriu a subjectes sense cap titulació, sinó que s'extén als titulats que es passessin en les seves funcions; cas del Cirurgià-Sagnador que realitzés la tasca de Metge-Cirurgià, per exemple, amb les excepcions d'eventualitats per raons d'urgència. Element important és que la vigilància i custòdia de la professió, i *sensu contrario* de l'intrusisme, es posava en mans d'uns denominats sub-delegats, que a més d'ostentar altres funcions de policia-mèdica, es caracteritzaven per recaure en mans d'elements de la pròpia professió.

Des d'una vessant crítica qualificar la Llei d'unificació de genuí producte absolutista, al marge de la seva inqüestionable exactitud, és una visió simplista i poc operativa d'aquests

processos. Que aquest projecte tractà de solucionar prioritàriament el problema del dèficit facultatiu és quelcom que es desprèn del text de l'articulat, com generalment acceptat per varis autors, entre els quals cal destacar José M. López Piñero.⁶ Tanmateix aquest mateix autor considera la introducció de la figura del Cirurgià-Sagnador com de degradació científica,⁷ la qual cosa vista des d'una dotació raonable de mitjans podia ser d'aquesta manera, però ha de tenir-se en compte que l'economia del país travessava una greu depressió —conjuntura que s'extén de 1812 a 1843—,⁸ d'on es desprèn la dificultat que suposava que els flamants Col·legis de Medicina i Cirurgia poguessin proporcionar una xifra suficient de Metges-Cirurgians, màxim quan la formació d'aquests tenia una durada de set anys, en contrast amb els tres dels Cirurgians-Sagnadors. I lluny es trobaven les Junes d'Ampliació d'estudis o qualsevol sistema que proporcionés una ajuda econòmica als estudiants. Estudiants l'estrat social de reclutament dels quals en la seva majoria, i pràcticament durant tot el segle XIX, fou la mesocràcia, al contrari que l'altra professió clàssica per antonomasia —la jurisprudència, en les seves dues manifestacions d'advocacia i judicatura— que veié nodrir les seves files fonamentalment de les classes altes.

Aquest model organitzatiu llegà una sèrie de pautes de comportament, tant a nivell acadèmic com professional, que ha arribat fins el món mèdic actual, si bé perdent tot cordó umbilical amb l'origen, de manera que en allunyar-se de les raons que les van fer néixer, produeixen certa valoració de ritus absurds. I això malgrat que no es trigà a fer taula rasa de tot el muntatge, però amb tot impregnà amb uns hàbits que perdurarien en una part de la *classe mèdica*, que no estaria exempta del control de la professió en grans períodes del segle i mig següent.

La caiguda d'aquesta organització, produïda ensems amb la mort de Fernando VII, i a l'uníson de la introducció de reformes lliberals que el regnat d'Isabel II propicià, comportà la caiguda del promotor de tan efímera obra: El cirurgià Castelló.

Retornem a un òrgan ja referit: La Junta Superior Governativa de Medicina i Cirurgia, òrgan pròxim al poder públic, puix no en va el seu cap era el propi Ministre de "Gracia y Justicia", i que no neix amb una limitació circumscrita al camp docent, car se li assigna també el control de les acadèmies de districte. I aquestes institucions, com un artífici estrany introduït pels absolutistes sobre la base anterior, tenia assignat tot el referent a evolució científica i gestió professional, aspectes entre els quals destacava la vessant editorial i l'assistencial. Eren com una mena de sindicats professionals de "carnet obligatori". Ens que en desaparèixer l'ajut oficialista s'enfonsarien en una mediocre existència. Malgrat tot ens interessen per poder dilucidar l'existència o no d'associacionisme professional. Ens trobem, però, amb un problema metodològic important, perquè si bé és cert que varies de les qüestions que ocupen un Col·legi professional modern estaven subsumides en el si d'aquestes acadèmies, hem de delimitar clarament el concepte de col·legi o associació professional, a fi de poder assignar a les acadèmies "fernandines" un mer caràcter precursor o ni tan sols això. No obstant això, no ens és vàlid utilitzar una variable com "grau acadèmic intern" d'aquestes com a frontera partionera, i menys en una època en què aquest concepte s'estava forjant o que en qualsevol cas tenia unes connotacions molt més restringides que en l'actualitat.

Sembla més raonable exigir a l'associacionisme professional el concepte o la nota de voluntarietat. Característica de qualsevol associació és el caràcter facultatiu o voluntari —tot i podent ésser selectiu— de la pertinença dels seus membres. No obstant això, té contrapartides que tendeixen a enfosquir aquesta delimitació. L'exercici professional actual en gran part de països, col·loca com a requisit als titulats en aquesta professió, i previ a l'exercici d'aquesta, l'haver d'inscriure's en el Col·legi o associació professional.⁹ La qual cosa no constitueix un atemptat a l'exercici lliure de la professió, car la inscripció —en el marc d'associacions amb *numerus apertus*— té un caràcter no constitutiu, sinó de simples efectes de publicitat; publicitat davant el malalt, que té així una garantia que qui l'atén és un faculta-

tiu, expert en l'art de guarir, i no una manifestació de les diverses formes d'intrusisme. Al mateix temps és l'instrument adequat per al control corporatiu dels metges, sobretot en el que toca a deures ètics —codi deontològic, sobre el qual després incidirem—. Sense oblidar que en el marc lliberal del segle XIX, i encara actual mentre no variï el model estructural general, el col·legi o associació professional constitueix un element fonamental a efectes fiscals. En qualsevol cas això només són possibilitats que com a element instrumental ofereix, i de cap manera són raons que ens portin a mantenir valoracions axiològiques sobre aquestes institucions. Són ens neutrals que permeten distintes opcions; el poder estatal perfila l'àmbit de vigència i moviment de l'associació, i amb aquests límits exògens els seus òrgans responsables poden exigir alternatives.

Un altre element que caracteritza els col·legis és la vessant assistencial a favor dels seus membres, però de fet es tracta d'una atribució substitutòria o temporal, que sens dubte trobem en les Acadèmies "fernandines".

No ens pot passar per alt el qualificatiu que, no sense ànim pejoratiu, s'assigna a aquestes associacions: "Corporativisme". El col·legi professional és un grup de pressió que tendeix a aconseguir prebendes i posicions de privilegi per als seus membres. La dinàmica pot arribar a ser doble; això —fent abstracció del grau col·legial aconseguït per aquestes Acadèmies— es donà sens dubte en elles: El poder constituïa aquestes amb ànim de control de la *classe mèdica*, i aquesta mitjançant l'organització que el poder públic li cedia, aconseguia exercir les seves facultats, si bé no en les altes esferes del regne —de les quals procedia—, sí en altres àmbits de la vida política i social. En qualsevol cas no es defugia l'oportunitat de mediatitzar les Acadèmies en vistes de l'acumulació i conservació de l'estatus. Es constituïen en grup de pressió mediatitzador entre el poble i el poder polític.

Amb tot això es van dissenyant uns instruments que només podrien assemblar-se a rudimentaris col·legis moderns, però amb una dinàmica pròxima a la d'aquests.

Professió: Monopoli, control i reconeixement

Mereix analitzar-se el grau de professionalització aconseguït pels facultatius de l'època. No es tracta d'analitzar el nivell de coneixements científics, ni tan sols d'analitzar el grau d'efectivitat en base a uns coneixements donats, sinó d'observar i determinar el grau de consolidació de la professió en el sentit donat per Freidson.¹⁰ Hem vist com l'Estat dota la societat d'una estructura organitzativa mèdica, que al marge de ser correcta o no, d'aquesta en dimanen una sèrie de conseqüències. No hi ha dubte que al marge del monopoli sobre una parcel·la d'activitat humana que aquesta aconsegueix —monopoli que ha estat demostrat en parlar d'intrusisme—, el control sobre la pròpia organització roman en mans dels seus membres. Freidson demostra com "l'Estat deixa en mans de la professió constantment el control sobre l'aspecte tècnic del seu treball. El que canvia, segons variïn les relacions amb l'Estat, és el control sobre l'organització social i econòmica del treball".¹¹ Això es dona en el marc de l'organització de 1828. L'organització del treball és objecte de la tutela i enfoc dels representants ja existents abans de l'entrada de la *Real Cédula* com dels sorgits a través dels canals creats per aquesta —amb un distint grau de participació—, aconsegueix el seu control tècnic absolut. Podria esgrimir-se la presència de certes supeditacions de tipus teològic, la qual cosa no és més que un simple acotament de la professió en uns marges que no qüestionessin l'estructura política, és un element de coherència ideològica. No hi ha, no obstant això, cap professió o grup social exogen que ostenti cap tipus de control sobre l'aspecte tècnic de la professió mèdica.

Una darrera consideració global mereix ser destacada, al marge de les moltes qüestions que poden continuar en l'aire. Per això podem introduir un concepte que encunyat per Almond i Verba en la politicologia amb el nom de "cultura política", fou introduït amb èxit en la Sociologia del Dret per Friedman sota el rètol de "cultura legal".¹² Ens permetem així introduir el concepte de "cultura mèdica" en els seus variants d'*interna* i *externa*.

Per “cultura mèdica” podem considerar el conjunt d'actituds, valors i orientacions d'un grup social respecte al seu sistema d'estructures i institucions mèdiques vigents en una societat concreta. La cultura mèdica interna ens vindrà definida per la comprensió en el grup social referit dels distints membres de la professió exclusivament. El seu estudi vindrà a coincidir parcialment amb els rols mèdics, que seran, fent una transposició del terme encunyat per Treves,¹³ els “operadors de la medicina”.

Implícitament hem analitzat la cultura mèdica *interna* a través de les línies anteriors. Evidentment aquesta anàlisi té un caràcter limitatiu, en la mesura que molts dels instruments a l'ús per a un estudi actual de la vigent actitud dels metges, entre els quals podríem enunciar les enquestes, no ens són útils, ni es realitzaren en el seu temps. Només resta recórrer al paper jugat per aquests facultatius *versus* unes estructures, tasca mitjanament útil per tal com no tots ells incidiren de forma directa en el devenir d'aquestes. Mètodes de caire biogràfic només els podem aplicar a figures d'*elit*. Amb això sempre ens restarà per esbrinar en profunditat les característiques professionals d'un ampli estrat que romangué en el que podríem anomenar anonimat històric, sobretot en una època en la qual els moviments de tipus reivindicatiu no eren freqüents, al marge de tota la polèmica lliberal/absolutista que escapa als límits estrictament professionals.

Però ens interessa ara en major mesura el concepte de cultura mèdica *externa*. I això no ja com instrument útil per dilucidar un major o menor grau d'acceptació de la professió en general, sinó per determinar un element imprescindible a l'hora d'obtenir, en el cas mèdic, la pròpia consagració de “professió”. Freidson¹⁴ assigna a la Medicina actual les notes característiques d'una professió assentada: 1. Monopoli aprovat per l'Estat en una parcel·la d'activitat (en aquest cas, dret a definir i tractar la salut). I 2. L'estima o prestigi de l'opinió pública. I és aquesta estima o prestigi el que ens coincideix amb “cultura mèdica externa”; amb més exactitud, és una manifestació determinada que pren la cultura mèdica externa. Perquè igualment seria una manifestació d'aquesta la desconfiança popular.

És la “cultura mèdica externa” la que qüestiona la possibilitat de reconeixement de la professió. Perquè demostrat que aquesta aconseguí el requisit del monopoli —com a mínim a nivell formal—, no sembla clar el reconeixement que pogués dispensar-li el poble. No ja al seu estatus extraprofessional, atès que l'adquisició d'una posició desitjada i respectada sembla que es manifestava prioritàriament en la vessant professional. Les pròpies raons polític-organitzatives, i en major mesura els escassos recursos científics que podien oferir a favor d'unes malalties que sovint aconseguien un millor tractament en mans de tota la gamma intrusista, configuren un precari assentament en l'opinió popular d'aleshores.

De la caiguda absolutista a la institucionalització col·legial

Coincidint amb l'Estatut Reial de 1834, i en el marc d'un procés més liberalitzant, s'inicia un progressiu desenvolupament de la vida cultural mèdica, que té en l'aparició d'una ingent quantitat de revistes una de les seves màximes representacions.¹⁵ Sorgeixen alhora una sèrie d'associacions, en el literal sentit del terme, ja que procedeixen de veritables iniciatives particulars, mercès a unes circumstàncies en les quals són els talents o l'esforç individual els únics que aconsegueixen de fer camí. Malgrat que tots aquests ens sorgeixen amb un esperit allunyat de la defensa corporativa, i més pròxim a una tasca de recuperació científica.

El trencament d'una estructura que era considerada com una veritable carcassa, no aconsegueix ser substituïda per una alternativa que essent fidel als nous principis informants, més oberts, sigui capaç al mateix temps d'ajuntar i coordinar els esforços col·lectius de la *classe mèdica*. No obstant això, els precedents anteriors havien iniciat aquesta perillosa confusió entre coordinació centralitzada i domini despòtic, amb les conseqüents accions de rebuig. Així no és estrany que en aquest marc l'esforç individual comporti alts graus mitificadors.¹⁶

Amb tot, aquest liberalisme imperant a nivell de postgraduats o membres de ple dret de la professió no es va estendre a l'àmbit universitari. El 1834, any del sorgiment de la Guàrdia Civil, i preludi del retorn a un cert autoritarisme, Pedro Mata auspicià un pla mèdic, que en el que fa referència a l'universitari veié un retorn a la més radical centralització, de la qual no es lliuraren aspectes com plans d'estudis, titulació, graus acadèmics, etc. Aquest mateix any es crea la primera càtedra de Deontologia Mèdica.

La nova Junta Suprema de Sanitat, que havia vingut a suplir l'antiga Junta Superior Governativa absolutista, disposa el 17 de juny de 1846 l'entrada en vigor d'una circular, que al marge del seu caràcter precursor a l'hora de normalitzar aspectes ètics de la professió, se'n desprèn el retorn a la separació entre professors de medicina i de cirurgia. En el ben entès que el terme "professor" feia referència més al seu sentit literal —de *professar*—, que a sinònim de docència.

Aquests anys és quan s'inicia la veritable preocupació pel que podríem denominar un codi de conducta professional —que sens dubte esdevé un indicador del grau de consolidació d'aquesta—. Això s'aconseguirà parcialment mitjançant la Llei Orgànica de 1855 que crea els *Jurats Mèdics de Qualificació*, amb un caràcter provincial en consonància amb l'Estat centralista en vigor, i que eren veritables tribunals d'honor, alhora que propiciaran els definitius Col·legis oficials, subministrant-los-hi una estructura organitzativa —de marcat caràcter autoritari— i impregnant-los-hi d'un elevat esperit fiscalitzador en el que fa referència a la conducta, ja no només professional sinó social en general, dels seus membres.

La Llei Moyano de 1857 generalitzarà un sistema de càtedres i oposicions, que avui ens és molt familiar; fet que la vella llei d'unificació ja contemplava, però amb un caràcter més sectorial.

Amb la revolució de 1868 es retorna a una lliberalització i descentralització que els moderns isabelins començaren a propiciar en els seus orígens, per acabar abortant. Serà a partir d'aquests anys quan s'introduirà una variable nova en l'anàlisi. Ja no es tractarà de qüestionar l'organització político-sanitària en si o el major o menor control d'aquesta, fets que havien constituït la tradicional dialèctica entre absolutistes i liberals, sinó que apareixen els corrents positivistes, amb el que això comportarà no ja per a la ciència tradicional sinó per a les pròpies estructures. No està clar encara fins quin punt ens trobem davant el període en què els estudis mèdics van poder o estigueren a punt d'aconseguir una autonomia que trenqués amb aquesta tradicional centralització i tutela que anaven patint.

Aquests influxos innovadors foren propiciats mercè als corrents que arribaven de l'estranger, i als quals no fou aliena la tasca que avui anomenaríem d'"intercanvi cultural" deguda en gran part a la Junta d'Ampliació d'Estudis. La qual cosa no ens ha d'induir a suposar que l'accés a la universitat o a l'estranger s'hagués convertit en obert a totes les classes socials, ja que molt al contrari el procés formatiu constituïa un costós capital destinat a inversió amb l'ànim de ser recuperat conjuntament amb els rèdits pertinents. D'això es desprenen dues característiques: El seu caràcter limitatiu als estrats burgesos, i el seu ànim lucratiu en continu enfrontament amb una medicina a l'accés de tota la població.

La Restauració canovista serà l'avantsala de l'organització moderna. El poder públic, mercè a l'estabilitat amb què comparativament comptà, es permeté una àmplia tasca legislativa i executiva en l'àmbit que ens ocupa, que es plasma en l'anell protector de la sanitat marítima, comptant amb la creació de la Direcció General de Sanitat, que s'havia produït amb anterioritat (1871); la creació del Cos de Metges Titulars, que permetrà solucionar el problema de l'assistència rural, de forma més semblant a la urbana, en contrast amb la vella època dels "Cirurgians-Sagnadors".

Les bases estructurals estan elaborades perquè, quasi bé a començament de segle, s'elabori la primera llei que doni vida als actuals Col·legis Mèdics. Per al règim canovista no existiran excessius problemes sobre el nivell de control de les associacions professionals, perquè tot aquest llarg i fragmentari procés del segle XIX havia aconseguit que ja no només

el control, sinó la immensa majoria dels eventuals associants pertanyessin al grup social lligat en major mesura amb el règim conservador vigent.

Notes

- 1 Tesi mantinguda entre altres autors per Jaume Vicens Vives, Pierre Vilar o Ferran Soldevila.
- 2 Les fonts documentals s'han obtingut de les recopilacions jurídiques de la Biblioteca del Col·legi d'Advocats de Barcelona, i són bàsicament: El Decret LXXIX de 22 de juliol de 1811, la *Real Cédula* de 10 de desembre de 1828, la normativa de 17 de juny de 1846 (Junta Suprema de Sanitat) i la Llei Orgànica de Sanitat de 1855.
- 3 Sobre aquesta distinció veure: A. de Miguel, "La professió mèdica a Espanya", *Papers: Revista de Sociologia* 5 (1976): pp. 171 i ss.
- 4 *Real Cédula* 10/XII/1828, cap. XXV, 2.
- 5 Aquesta norma legal feia extensives a tothom qui exercís qualsevol de les facultats que passaven a ésser monopoli dels titulars, les sancions, que referides a l'exclusiu àmbit de la cirurgia, contenida el Decret Reial de 12 de maig de 1797, i que contemplaven penes de cinquanta ducats, i el doble d'aquesta quantitat més l'exili en cas de reincidència. En l'actualitat el Codi Penal vigent sanciona amb caràcter general qualsevol intrusisme amb presó menor, i la possibilitat d'una multa addicional de 20.000 a 200.000 ptes. (art. 321).
- 6 José M. López Piñero et al., "El saber médico durante los años de la guerra y del reinado de Fernando VI", pp. 57 a 76 en *Medicina y Sociedad en la España del siglo XIX*, (Madrid: Sociedad de Estudios y Publicaciones, 1964).
- 7 López Piñero, op. cit. p. 74.
- 8 P. Voltes Bou, *Historia de la economía española en los siglos XIX y XX* vol. II (Madrid: Editora Nacional, 1974) pp. 609 a 611.
- 9 Tanmateix, aquest caràcter facultatiu pot arribar a extrems tant desvirtuants com el que es dona actualment en el nostre país, amb referència general per a totes les professions. Així, doncs, l'exercici de la professió per a un titulat no col·legiat pot comportar una sanció de 1.000 a 10.000 ptes., que pot arribar fins arrest menor en cas de reincidència (art. 572, 2 C.P.).
- 10 Eliot Freidson, "La organización formal de una profesión", pp. 21 a 95 en *La profesión médica*.
- 11 Freidson, op. cit. p. 40.
- 12 J.J. Toharia, "El derecho", pp. 423 a 441 en *Nuestra Sociedad*.
- 13 Renato Treves, *Introducción a la Sociología del Derecho* (Madrid: Taurus, 1975).
- 14 Freidson, op. cit. p. 23.
- 15 Cal mencionar *El siglo médico*, *Boletín de Medicina, Cirugía y Farmacia* y *La Gaceta Médica*, d'entre al voltant de 200 títols que anirien apareixent successivament.
- 16 Figures entre les quals es troben: Fabra i Soldevila, Hernández Morejón, Monlau, Letamendi, Cubi i Soler, Peset i Vidal, Méndez Alvaro, Nieto Serrano, Varela de Montes, etc.

¿HOSPITALS PER A PACIENTS O PACIENTS PER A HOSPITALS? ANÀLISI SOCIOLÒGICA DE L'EVOLUCIÓ DEL SISTEMA HOSPITALARI ESPANYOL ELS DARRERS TRENTA ANYS*

Josep A. Rodríguez

De l'asil-de-pobres a l'hospital-de-rics

El concepte d'"hospital" té actualment diverses connotacions: econòmiques, polítiques, i tècniques. Resumir en unes línies cinc mil anys d'història de l'hospital no és quelcom senzill.¹ Des de l'aparició dels primers hospitals a Espanya, al voltant de l'any 580, l'evolució fins als nostres dies ha estat notable. Antigament l'hospital era un lloc en el qual s'acollia els pobres, viatgers, invàlids, i boigs. La seva funció era sobretot de caritat, i de refugi dels individus que la societat rebutjava. La importància d'aquesta concepció de l'hospital queda reflectida en el fet que encara la darrera edició del *Diccionario de la lengua española*, de la Reial Acadèmia, defineix hospital com l'"establiment en què es guareixen els malalts, generalment pobres".² Fins una certa època el sistema hospitalari va restar com un sector subdesenvolupat. És cap a final del segle XIX quan comença a diferenciar-se l'*hospital* de l'*hospici*, produint-se una medicalització dels establiments sanitaris, i una progressiva organització d'aquests.

En el segle XX aquest progrés es consolida. L'hospital es presenta com una organització complexa, a més a més de ser un centre d'innovació d'importància decisiva en l'aspecte econòmic, social, i mèdic. L'hospital avui és el lloc de concentració de tècniques, d'utilitatge, i de personal. A la seva funció tradicional guaritiva de diagnòstic i tractament de malalts, s'afegeixen les funcions rehabilitadores, preventiva, investigadora, i formativa. La seva dinàmica d'evolució es veu condicionada tant pels canvis de la societat, com per la dinàmica interna pròpia. L'hospital ha passat de ser un lloc de refugi de persones que la societat rebutjava, a un lloc on les persones (malalts) tenen reconegut el seu dret a la salut i a la participació en el seu procés d'atenció sanitària. Ha passat, en definitiva, d'ocupar un lloc clarament marginal en el procés de lluita contra la malaltia, a ocupar una de les posicions centrals. Tot sembla indicar que l'*hospital* continuarà durant un cert temps essent l'eix del sistema sanitari (a més de concentrar més del 50% de la despesa sanitària), incloent a més a més medicina preventiva, rehabilitació, i educació sanitària.³

Malgrat l'antiguitat dels hospitals (una de les primeres organitzacions en la història de la humanitat), les estadístiques sobre hospitals són un fenomen relativament recent. Fins 1949 no existeix a Espanya un cens fiable d'establiments sanitaris, i només existeixen dades no massa vàlides per "llits de maternitat", "manicomis" "sanatoris antituberculosos", i "casos de socors". El 1952 es publica el primer cens hospitalari, referit al dia 1 de novembre de 1949.⁴ Catorze anys més tard es torna a fer un altre cens hospitalari, el qual és publicat el

* El present article és part d'una trilogia. La segona part es titula "Estructura y dinámica de los hospitales españoles", i la tercera part "Procesos de cambio en el sistema hospitalario español". L'Autor agraïeix els comentaris i suggerències de Carmen Domínguez-Alcón, i Jesús M. de Miguel.

1966.⁵ Aquest *Cens de 1963* es refereix, com el de 1949, fonamentalment al mes de novembre. A partir d'aquesta data, i com a conseqüència del canvi que es produeix en l'organització hospitalària amb la *Ley de Hospitales* de 1962, s'abandona el concepte tradicional d'hospital de beneficència, per passar a un sistema més modern i de responsabilitat estatal. Es publica aleshores amb periodicitat irregular un *Catálogo de Hospitales* elaborat per la Comissió Central de Coordinació Hospitalària. No obstant això, totes aquestes estadístiques eren esporàdiques, i no és fins 1972 que es realitzen anualment, publicant-se l'*Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado*, i que formen una unitat cada quatre anys.⁶ Una altra fita en la història recent de la reforma del sector hospitalari, aquesta vegada amb especial referència a Catalunya, fou el *Pla General de Regionalització a Catalunya i Balears. Cinquena Regió Hospitalària Espanyola* el 1970.⁷ Existeixen plans posteriors per Astúries, Navarra, Biscàia, i altres províncies.

En les noves estadístiques hospitalàries, des de 1972, cada volum anual presenta, a més de les dades bàsiques, un detall d'un aspecte concret:

Anys	Tipus	Detall estadístic de:
1972	I	Distribució dels llits per habitació.
1973	II	Serveis que posseeix cada hospital.
1974	III	Característiques de l'edifici i locals que posseeix cada hospital.
1975	IV	Equipament clínic (i d'altres tipus) existent.

El cens hospitalari de 1976 (no publicat fins la primavera de 1981, amb un retard inexplicable), comença novament el cicle quadriennal, investigant la distribució de llits per habitació.⁸ Es presenta ja, però, en dos volums, el segon dedicat a una anàlisi regional (segons les onze regions hospitalàries) més detallada. El 1981 es publicà, a més, un resum de les estadístiques de 1976, amb un comentari.⁹

A més d'aquests censos, des de 1960 es publica cada cinc o sis anys un *Resumen de la estadística sanitaria de las Fuerzas Armadas*.¹⁰ El Ministeri de Sanitat i Seguretat Social treu a la llum també les dades estadístiques sobre els hospitals de l'INSALUD, com per exemple el 1979.¹¹ A Barcelona, el Consorci d'Informació i Documentació, publicà el 1977 un cens d'*Estadístiques Hospitalàries de Catalunya i Balears*, referit a 1970.¹²

Distribució del sistema hospitalari

Quan a la resta del món occidental la crisi econòmica, que s'inicià el 1973, obliga a la reducció del nombre de llits i de l'equipament sanitari, a Espanya aquesta mateixa tendència es produeix davant d'una estructura hospitalària petita i deficientment equipada. Si es redueix encara més la taxa actual de 5,4 llits per mil habitants, i s'atura el procés de modernització dels hospitals, és possible que Espanya conservi durant dècades un dels pitjors sistemes hospitalaris d'Europa. És important, doncs, el diferenciar la tendència general de reducció de la despesa hospitalària que es produeix en el món, del necessari procés de modernització i anivellament tècnic dels hospitals espanyols. Aquest delicat equilibri no està exempt de contradiccions, problemes, i, fins i tot, seriosos inconvenients. A part, tot aquest procés ha de produir-se quan sembla que s'intenta abandonar l'hospital com a eix del sistema hospitalari, per tractar de desenvolupar una xarxa d'assistència primària, conforme a la política general de l'OMS que es genera a partir d'Alma-Ata (el 1978) i amb el programa de "La salut per a tots l'any 2000" (a partir de 1979).

Actualment hi ha a Espanya més de 1.200 hospitals amb un total d'uns 200.000 llits, el que representa en números globals una taxa mitjana de llits que és la meitat que la de la

Comunitat Econòmica Europea. En la *Taula 1* es pot veure amb detall l'evolució dels hospitals a Espanya en el període comprès entre 1949 i 1976, en el qual es produeix un *procés de concentració hospitalari*. Aquesta tendència és més forta entre 1972 i 1975, que són els anys en els quals es produeix la davallada del nombre d'hospitals, i en els quals s'accelera la construcció de nous llits hospitalaris. Això repercuteix en un nombre major de llits per centre, i en hospitals generalment millor dotats. Aquest procés suposa la desaparició dels hospitals petits, pitjor dotats, i amb menors recursos financers. El tamany mitjà dels hospitals es dobla entre 1949 i 1976, passant de 78 llits a 158 per hospital, tot i que encara la mitjana és relativament baixa. Si es tenen en compte el nombre de llits nous anuals s'observa que l'increment anual és cada cop major, i que a partir de 1975 disminueix relativament. Si es confirma la tendència suposaria un descens relatiu de la taxa de llits, cosa que és especialment perillosa posat que Espanya té actualment una carència relativa de llits, i especialment de llits de bona qualitat, utilitzats racionalment. No obstant això, i tot i que el nombre absolut de llits ha augmentat, aquesta concentració hospitalària no ha suposat un gran increment en allò que fa referència al nombre de llits-per-habitant. En 27 anys s'ha passat només de 4,4 a 5,4 llits per 1.000 habitants. Aquesta xifra és, com ja hem dit, la meitat de la que tenen els països membres del Mercat Comú.

Però si el nombre de llits per habitant és baix, encara ho és més la utilització dels hospitals, i per tant dels llits, ja que tots aquests anys l'ocupació-mitjana mai no ha superat el 70%. Aquesta baixa ocupació hospitalària denota, entre altres coses, una mala utilització de recursos, aguditzant el problema de "llits sense ocupar i pacients en els passadissos", típic del sistema sanitari espanyol. Així, doncs, a Espanya es pot afirmar que hi ha hagut un lent procés de concentració hospitalària, malgrat el qual encara el tamany mitjà dels hospitals és petit per a una utilització racional i eficaç. Hi ha pocs llits, que s'utilitzen poc i malament. La política de construcció de nous llits ha estat sempre poc decidida, i darrerament sembla, fins i tot, regressiva. Malgrat el desenvolupament econòmic realitzat pel nostre país en aquestes tres dècades, el desenvolupament quantitatiu de la xarxa hospitalària ha estat tímid. Sembla que la concentració (que ha estat el procés més clar de tots) ha ajudat a substituir els llits pitjors per altres de nous, però aquest procés convé matisar-lo, ja que manté forts desequilibris regionals i socials.

A nivell provincial la distribució de llits hospitalaris correlaciona amb diversos factors: nivell de desenvolupament econòmic, urbanització, i propietat privada. Els casos atípics s'expliquen perquè hi ha molts llits per a malalts mentals (normalment allunyats dels nuclis de població majors) com Palència, Tarragona i Terol, al costat d'una població no massa gran. Aquesta distribució segueix la pauta de divisió del territori espanyol en nord/sud, tallant la península per una línia horitzontal imaginària que passa pel sud de Madrid. Els llits es concentren bàsicament en el nord, i sobretot en el nord-est, deixant un sud pràcticament sense llits hospitalaris. Això es produeix per una combinació de la tradicional pauta de propietat privada (i minifundisme) enfront del latifundisme, i desenvolupament socioeconòmic i industrialització enfront del subdesenvolupament i estructura agrària.

La distribució de llits hospitalaris ha seguit un *procés de concentració regional*, situant-se progressivament en el nord-est de la península. Els darrers anys s'ha iniciat, en canvi, un relatiu, però lent, procés d'expansió vers l'oest, sempre dintre de la meitat nord de la península. Aquesta distribució de llits és gairebé igual a la distribució de metges sobre el territori espanyol. De la concentració de llits i metges en el nord, i sobretot en el nord-est, resulta una relativa absència de metges (sobretot metges-generals) i una gran carència de llits hospitalaris (sobretot llits públics) en el sud, amb el consegüent subdesenvolupament sanitari d'Extremadura i Andalusia. Les cinc províncies que més llits per habitant tenen es troben en aquesta situació per raó de la gran quantitat de llits psiquiàtrics i la poca població que tenen. La concentració hospitalària segueix la pauta del desenvolupament: la màxima concentració és en el nord-est, és a dir la zona econòmicament més desenvolupada

Taula 1. Evolució dels hospitals a Espanya

Característiques dels hospitals	1949	1963	1972	1973	1974	1975	1976	Index de 1976 (1949=100)
Nombre d'hospitals	1.622	1.648	1.287	1.285	1.261	1.257	1.229	76
Nombre de llits	127.343	156.819	177.385(a)	180.547	185.218	190.444	194.097	152
Nombre de llits nous anuals	—	2.105	2.285	3.162	4.671	5.226	3.653	173(b)
Tamany mitjà dels hospitals (llits/hospital)	78	95	138	140	147	152	158	202
Llits per 10.000 habitants	44,5	49,3	51,6	52,0	52,9	53,8	54,2	122
Ocupació dels hospitals	68%	—	70%	70%	68%	69%	69%	101

Fonts: INE, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos 1949* (Madrid: INE, 1953), pp 7.

INE, *Censo de establecimientos sanitarios 1963* (Madrid: INE, 1963), pp 1.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1972* (Madrid, INE, 1975), pp 15, 17.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1973* (Madrid, INE, 1976), pp 17, 19.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1974* (Madrid, INE, 1977), pp 15, 16.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1975* (Madrid, INE, 1978), pp 16.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1976*, Vol. 1 (Madrid: INE, 1981), pp 17, 21.

Notes: (a) A partir de 1972 s'inclouen incubadores.

(b) 1963 = 100

del país. Segueix, doncs, les pautes d'urbanització i de la propietat de la terra; i no hi ha ni hospitals ni llits hospitalaris en el sud, on la distribució latifundista de la terra no genera massa recursos sanitaris ni hospitalaris, tenint en compte, a més a més, que la majoria de la població és econòmicament deficitària i no pot afrontar els costos hospitalaris. La distribució de llits hospitalaris, en concentrar-se en el nord-est de la península, reflecteix les diferències socio-econòmiques existents entre les diverses regions; i a aquestes diferències cal afegir encara una més: la desigualtat de l'assistència hospitalària. La cosa més problemàtica d'aquesta situació és que el procés de desequilibri sembla augmentar els darrers anys.

Actualment s'hospitalitzen més de tres milions de pacients l'any, la qual cosa suposa prop del 9% de la població total. En la *Taula 2*, on s'analitza l'evolució de la utilització dels hospitals espanyols els darrers 27 anys, es pot constatar que el nombre de pacients ingressats en els hospitals s'ha incrementat lentament però progressivament des de 1949, per sobre de la taxa de creixement natural de la població. Els darrers anys presenten una mitjana d'uns 200.000 pacients més cada any, i això representa un percentatge major de la població total. Lògicament s'ha incrementat també el nombre d'estades en els hospitals, malgrat que l'estada-mitjana (en dies) per pacient ingressat davalla progressivament i s'apropa a la mitjana europea. Aquests indicadors suggereixen una relativa millora de l'organització hospitalària, la qual amb un major índex de rotació (16 pacients per llit l'any) i una reducció petita, però sensible, dels dies d'estada (actualment 16 dies per pacient l'any) permet un increment notable de les hospitalitzacions, fins i tot a nivell relatiu respecte a la població. És a dir, que amb els mateixos recursos s'assisteixen dos pacients més per llit l'any. El sistema s'apropa ja als 50 milions de dies d'hospitalització anuals. Hi ha també un nombre creixent de *consultes externes* en els mateixos hospitals que el 1976 representaren el quintuple del nombre d'ingressats. Es passa de 75 consultes externes *per llit* l'any 1972, a 93 el 1976. En qualsevol cas l'increment major es produeix justament a partir de 1975. Tot sembla indicar que *vers el 1975 es produeix un canvi estructural en el sistema hospitalari espanyol, amb conseqüències encara no analitzades*.

El percentatge de defuncions sobre el total d'ingressos hospitalaris és baix en el sistema espanyol. El 1976 només es produïren 2,2 morts per cada 100 altes. Les persones en general prefereixen morir a casa seva, rodejades dels seus familiars més propers, que en l'hospital, el qual encara és considerat el centre a on van a morir els pobres i desnonats. També influeix en aquesta preferència els elevats costos que suposa la mort en l'hospital, així com els problemes administratius en el posterior trasllat del cadàver. Els factors culturals són importants. La proporció d'autòpsies (necròpsies) en els hospitals és baixa, no arribant al 13% el 1976. Tenint en compte que aquest és un indicador indirecte de la qualitat de l'assistència hospitalària i del nivell d'investigació dintre de l'hospital, el que més crida l'atenció és que aquest percentatge no sols és baix sinó que encara disminueix.

Contràriament a la primera impressió que proporcionava la *Taula 1*, el nivell d'utilització dels hospitals espanyols sembla millorar els darrers anys, sobretot en el que es refereix a l'*aprofitament dels llits*. Tanmateix el nivell de qualitat d'aquesta utilització és encara baix. Tot indica que a partir de 1975 es produeix una degradació del sistema hospitalari.

Processos d'especialització

Per primera vegada, el 1976, el nombre de llits en hospitals generals supera el de llits en hospitals especials. Aproximadament la meitat dels llits hospitalaris estan en els hospitals *generals*, i l'altra meitat en els *especials*. Això és fruit d'un llarg procés en el qual els llits d'hospitals especials, després d'un primer període d'increment durant la dècada dels cinquanta, inicien un progressiu descens, com pot apreciar-se en la *Taula 3*.

Els llits generals s'incrementen paulatinament a partir de la dècada dels setanta, arribant a representar més de la meitat dels llits hospitalaris el 1976, i encara mantenen una tendència creixent. Tot fa suposar que els pròxims anys els llits generals representaran

Taula 2. Evolució de pacients assistits en hospitals

Utilització dels hospitals:	1949	1972	1973	ANYS	1974	1975	1976	Index 1976 1972=100
Pacients ingressats	—	2.442.360	2.545.479	2.713.050	2.864.989	3.067.568		126
Percentatge de pacients ingressats a l'any del total de població	—	7,1%	7,3%	7,7%	8,0%	8,6%		121
Estades en dies	31.817.780a	45.062.073	46.233.373	46.055.753	47.957.755	49.002.697		109
Mitjana de dies d'estada per pacient	—	18,5	18,2	16,9	16,8	16,0		86
Pacients per llit a l'any (índex de rotació)	—	13,8	14,1	14,6	14,9	15,8		114
Nombre de consultes externes	—	13.255.055	12.979.381	14.288.791	14.976.521	17.985.214		136
Consultes externes per llit a l'any	—	75	72	77	79	93		124
Percentatge d'altres per defunció	—	1,8%	2,0%	2,2%	2,3%	2,2%		122
Percentatge de necropsies per defunció	—	15,4%	16,7%	15,8%	17,2%	12,7%		82

Fonts: INE, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos 1949* (Madrid: INE, 1953), pp 34.
 INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1972* (Madrid: INE, 1975), pp 25, 27.
 INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1973* (Madrid: INE, 1976), pp 30, 34.
 INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1974* (Madrid: INE, 1977), pp 24, 27.
 INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1975* (Madrid: INE, 1978), pp 24, 27.
 INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1976* Vol. 1 (Madrid: INE, 1981), p 38.

Notes: (a) Estimació pròpia partint del nombre d'acollits el dia 1 de novembre.

cada vegada una proporció major del total de llits. El primer període del *Seguro Obligatorio de Enfermedad* (SOE) consistí en crear llits quirúrgics especialitzats, els quals mancaven a Espanya. Amb la *Llei de Bases de la Seguretat Social*, i el fort increment de població assegurada, es tractà de cobrir totes les necessitats de la població amb una política d'hospitals generals més racionalitzats. En l'actualitat existeixen 2,8 llits generals per 1.000 habitants, i 2,6 llits especials. Relativament parlant això suposa un estancament de la taxa de llits especials, i un augment relativament alt de la taxa de llits en hospitals generals.

Gairebé quatre de cada deu llits dels hospitals generals són de tipus quirúrgic, posant de manifest el fet que gran part de l'assistència quirúrgica no es realitza en hospitals generals, sinó més aviat en els hospitals especials. Aquest procés és més important encara en els hospitals públics. Medicina interna, amb quasi el 30% dels llits, i pediatria i obstetrícia (el 10%) són els altres tres grups que concentren més llits dintre de l'hospital general. Destaca el baix percentatge de llits dedicats a ginecologia, i més si es té en compte que no existeixen molts hospitals especials dedicats a aquest objectiu. Les diverses funcions de l'hospital general (HG) apareixen en el següent *retrat-robot*, a través dels percentatges dels diferents tipus de llits que hi ha (dades de 1976):

Tipus d'assistència de l'HG	% de llits
Cirurgia	37
Medicina interna	28
Pediatria	11
Obstetrícia	10
Ginecologia	4
Psiquiatria	3
Tuberculosos	2
Rehabilitació	1
Altres	4
TOTAL de l'hospital general	100

Quant al nombre de llits d'hospitals especials cal destacar per la seva gran quantitat els llits *psiquiàtrics*, que representen prop de la quarta part del total. Aquests llits (per a malalts mentals) són potser els de pitjor qualitat de tot el sistema hospitalari espanyol, i amb un pressupost més baix. Molts d'ells no són realment "llits" hospitalaris, sinó merament de custòdia, sobretot fins la dècada dels setanta.

Els llits d'hospitals *quirúrgics*, que el 1949 representaven menys d'un de cada cent, creixen ràpidament fins 1972, per davallar després lentament a partir d'aquest any, coincidint amb l'increment dels llits d'hospitals generals. Malgrat això el seu nombre total s'ha doblat de llarg, representant encara avui quasi el 15% del total de llits. Els *antituberculosos* han estat sens dubte els que han representat un descens més clar (s'han quedat en menys de la meitat de la proporció de 1949) a causa en part del descens de morbiditat tuberculosa de la població. Es pot suposar que molts dels 4.024 llits antituberculosos que han deixat d'existir entre 1949 i 1976 s'han transformat en llits psiquiàtrics. Els llits de *maternitats* que van ésser relativament nombrosos els anys quaranta estan davallant els darrers anys. Això perquè la majoria dels parts es realitzen en els hospitals generals. Malgrat que el 20% de les hospitalitzacions totals a Espanya es refereixen a parts, tan sols un 2% dels llits dels països pertanyen a hospitals especialitzats en parts ("maternitats"). En general una part important d'aquests llits de maternitat són els de pitjor qualitat de tots els llits de parts. Malgrat el baix nombre de llits en hospitals *infantils* la seva proporció relativa

Taula 3. Evolució del nombre de llits per tipus d'hospital

Tipus d'hospital	1949		1963		1972		ANYS 1973		1974		1975		1976		Index 1976 (1949 = 100)
	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	
Hospitals Generals	53.132	41,7	52.486	33,5	71.211	40,1	80.204	44,4	88.358	47,7	94.565	49,7	99.310	51,2	187
Hospitals Especials	74.211	58,3	104.333	66,5	106.174	59,9	100.343	55,6	96.860	52,3	95.879	50,3	94.787	48,8	128
Psiquiàtrics	25.711	20,2	39.358	25,1	42.700	24,1	42.858	23,4	42.493	22,9	43.920	23,1	43.678	22,5	170
Quirúrgics	12.222	9,6	34.246	21,8	39.962	22,5	31.980	17,7	29.794	16,1	27.283	14,3	27.425	14,1	224
Antituberculosos	15.278	12,0	15.057	9,6	13.362	7,5	13.140	7,3	12.693	6,8	12.063	6,3	11.254	5,8	73
Maternitats	5.615	4,4	4.331	2,8	3.419	1,9	4.414	2,4	4.145	2,2	4.098	2,1	3.868	2,0	69
Infantils	877	0,7	2.060	1,3	1.972	1,1	2.557	1,4	2.443	1,3	2.570	1,3	2.707	1,4	309
Altres	14.508	11,4	9.281	6,0	4.759	2,7	5.394	3,0	5.292	2,9	5.945	3,1	5.855	3,0	40
TOTAL	127.343	100	156.819	100	177.385	100	180.547	100	185.218	100	190.444	100	194.097	100	152
Llits generals per 10.000 habitants	18,6		16,5		20,7		23,1		25,2		26,7		27,7		149
Llits especials per 10.000 habitants	25,9		32,8		30,9		28,9		27,6		27,1		26,4		102

Fonts: INE, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos 1949* (Madrid: INE, 1953), pp 7.

INE, *Censo de establecimientos sanitarios 1963* (Madrid: INE, 1966), pp 1.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1972* (Madrid: INE, 1975), pp 17.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1973* (Madrid: INE, 1976), pp 19.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1974* (Madrid: INE, 1977), pp 16.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1975* (Madrid: INE, 1978), pp 16.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1976* Vol. 1 (Madrid: INE, 1981), pp 21.

s'ha triplicat les darreres dècades, el que representa el major increment d'hospitals per tipus. La proporció d'*altres hospitals* s'ha reduït a la meitat. Se suposa que aquest descens és degut primer a la desaparició de molts d'ells per la progressiva disminució de casos (la lepra), i d'altra banda per la seva transformació en hospitals especials i fins i tot generals.

L'anàlisi comparativa dels hospitals durant aquests 27 anys posa de manifest el procés d'increment dels llits generals, amb el descens dels especials; i dintre dels llits especials la gran davallada dels llits antituberculosos i de maternitat. Malgrat l'increment de llits infantils, aquests no semblen cobrir totes les actuals necessitats. Sobresurt també el descens relatiu dels llits quirúrgics des de l'any 1972, sobretot si es compara amb l'increment d'aquests fins aquest mateix any. Existeix, doncs, un doble procés: un desenvolupament dels llits especials en la dècada dels cinquanta amb un abandonament clar dels hospitals generals (els anys de la política de construccions del SOE), i un procés de reforçament d'hospitals generals els anys setanta, coincidint amb el canvi del sector sanitari públic vers un sistema sanitari integrat de la Seguretat Social, i posteriorment de l'Institut Nacional de la Salut (INSALUD).

Gairebé el 70% dels llits hospitalaris espanyols eren públics el 1976 i la resta privats (vegi's *Taula 4*). Una mica més de la meitat d'aquests corresponien a hospitals generals. El 63% dels llits del *sector públic* són generals i el 37% són de caràcter especial. En canvi la distribució dels llits en hospitals privats és justament el contrari: el 25% són generals i el 75% especials. Les distribucions dintre el sector públic o el privat tampoc no són massa homogènies. Això mentre el 90% dels llits de la *Seguretat Social* pertanyen a hospitals generals, menys de la meitat ho són en l'*Administració Local*, i poc més en l'*Administració Central*. Les diferències entre aquestes dues últimes respecte al tipus d'hospitals dels que són propietàries són també grans. L'Administració Local té molts llits psiquiàtrics (el 45% dels seus llits) i en canvi l'Administració Central té molts llits d'antituberculosos (el 27% dels seus). Cal fer notar que la Seguretat Social no té cap llit d'hospital psiquiàtric ni antituberculosos, ni tampoc infantil.

Les tres quartes parts dels llits hospitalaris privats pertanyen a hospitals especials, i majoritàriament es dediquen (amb diferències segons la seva propietat) als hospitals psiquiàtrics i als quirúrgics. Dintre el *sector privat* el grup que més s'aproxima a la mitjana del sector és el grup de *particulars* que té un 20% de llits en hospitals generals, la meitat dels seus llits en hospitals quirúrgics, i el 16% en hospitals psiquiàtrics. Els hospitals de l'*Església* (Catòlica) són bàsicament especials (el 95% dels seus llits), i sobresurt el nombre de llits psiquiàtrics (el 62%), i el baix nombre d'infantils (6%). El sector de *Beneficència* (privada) és el que més s'assembla al sector públic, seguint alguna de les seves pautes: el 67% dels seus llits estan en hospitals generals, i la meitat dels llits restants en hospitals quirúrgics. Segueix així una pauta mixta: té molts hospitals generals, i dins els especials es dedica sobretot als quirúrgics. La *Creu Roja* s'assembla a l'Administració Local per tal com ambdues tenen menys de la meitat dels seus llits en hospitals generals. Difereix respecte a l'Administració Central en la distribució d'aquests llits especials, distribució en la qual es combina la pauta particular i la de beneficència: amb el 29% dels seus llits en hospitals quirúrgics i el 21% en hospitals psiquiàtrics. En el sector privat sobresurten els pocs llits en hospitals antituberculosos, mentre que a les maternitats es dediquen una mica més que el sector públic. Només l'Església té un nombre elevat de llits en hospitals infantils (quasi el 6% dels seus llits), enfront d'un sector públic que no es dedica pràcticament a aquest tipus d'assistència en hospitals especialitzats.

Així, doncs, el sector privat, amb l'excepció de Beneficència, té la majoria dels seus llits en hospitals especials; i d'entre ells en psiquiàtrics i en quirúrgics. No són tanmateix hospitals de la mateixa qualitat, ni del mateix tipus d'assistència. Mentre que els hospitals particulars tenen psiquiàtrics i quirúrgics d'elevada qualitat i destinats a les classes altes, els de l'Església i de la Beneficència són de baixa qualitat mitjana i originàriament es dedi-

Taula 4. Especialització dels hospitals el 1976 (percentatge en llits)

Tipus d'hospital:	Hospitals públics				Hospitals privats					
	TOTAL	Total	Adminis- tració Local	Seguretat Social	Adminis- tració Central	Total	Parti- culars	Església	Benefi- cència	Creu Roja
Hospitals Generals	51,2	63,2	48,0	90,0	52,3	25,1	20,7	5,1	67,5	48,6
Hospitals Especials	48,8	36,8	52,0	10,1	47,6	74,9	79,3	95,0	32,5	51,3
Psiquiàtrics	22,5	20,1	44,8	—	9,9	27,7	16,5	62,9	8,0	21,1
Quirúrgics	14,1	4,0	0,9	8,6	2,7	36,2	50,5	19,8	16,7	29,0
Antituberculosos	5,8	7,7	0,2	—	27,2	1,6	2,9	—	0,5	—
Maternitats	2,0	1,8	2,2	1,0	2,2	2,4	4,0	0,4	1,3	0,5
Infantils	1,4	1,0	1,1	—	2,0	2,2	1,1	5,8	1,3	—
TOTAL	100					100				
% respecte al total	100	68,5	26,5	22,7	19,3	31,5	16,7	8,2	4,5	2,1

Fons: INE, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado 1976*, Vol. 1 (Madrid: INE, 1981), p. 23.

caven als pobres-de-solemnitat. La Creu Roja segueix un model intermig, combinant en certs moments el seus fins de tipus benèfic amb les seves necessitats econòmiques de tipus privat.

Tot això suggereix que el sector públic té molts més llits dedicats a hospitals generals que a hospitals especials. És la Seguretat Social la que té quasi tots els llits en hospitals generals (mentre que l'Administració Local i la Central divideixen els seus llits entre els dos tipus d'hospitals). L'Administració Local i l'Administració Central com a representants del sector públic tenen al seu càrrec el tractament d'aquelles malalties més marginals (bogeria i tuberculosi): l'Administració Local té un 20% dels seus llits en psiquiàtrics, i la Central un 27% en antituberculosos. El sector privat, amb la possible excepció de Beneficència, té la majoria dels seus llits en hospitals especials, i bàsicament en quirúrgics i psiquiàtrics. No obstant això tant aquests quirúrgics com els psiquiàtrics tenen entre si notables diferències, que procedeixen de la classe social a la qual es destinen cada un d'ells. Novament es compleix la hipòtesi que *el sistema hospitalari reproduceix l'estructura i diferències socials de la societat*.

En general els hospitals espanyols són petits; quasi la meitat tenen menys de 50 llits, i no arriben al 19% el nombre d'hospitals amb més de 500 llits. Són els *psiquiàtrics* (el 32% amb més de 500 llits) i els *generals* (el 14% amb més de 500 llits) els tipus d'hospital que són més grans. Els quirúrgics i les maternitats són els que generalment tenen menys llits, essent molts d'ells privats. La distribució d'hospitals en *petits* (menys de 50 llits) i *grans* (més de 500 llits), el 1976, és la següent:

Tipus d'hospital:	% amb menys de 50 llits	% amb més de 500 llits
Hospitals Generals	16	14
Hospitals Especials	58	4
- Psiquiàtrics	25	32
- Quirúrgics	63	0,2
- Antituberculosos	5	2,4
- Maternitats	89	—
- Infantils	40	5
- Altres	43	—
TOTAL	46	7

No obstant això, el sistema hospitalari espanyol, en termes generals, sembla que és ara més racional atès que s'ha duplicat el seu tamany-mitjà les tres darreres dècades (vegi's la *Taula 5*). Els hospitals generals han quasi triplicat el seu tamany enfront dels especials que no han arribat a doblar-lo. Malgrat el tamany mitjà relativament alt dels hospitals generals (280 llits per hospital el 1976), són els psiquiàtrics els que tenen un major tamany mitjà, amb quasi 400 llits per hospital, seguits dels antituberculosos, i dels infantils. Els hospitals quirúrgics han més que doblat el seu tamany mitjà aquests anys, i en canvi les maternitats s'han empetitit, arribant a una mitjana de 26 llits per centre. S'aprecia, doncs, una tendència en els hospitals generals d'augmentar el seu tamany més ràpidament que els especials. Dintre els especials la pauta és d'increment del tamany dels psiquiàtrics, quirúrgics i infantils; i una lenta disminució del tamany de les maternitats.

El tamany mitjà dels hospitals espanyols és baix, el que fa difícil la seva rendibilitat i l'obtenir d'ells la màxima eficàcia. Els hospitals psiquiàtrics són els més grans, però la seva

Taula 5. Evolució del tamany mitjà dels hospitals (en nombre de llits per hospital)

Tipus d'hospital	ANYS					Index 1976 1949 = 100		
	1949	1963	1972	1973	1974		1975	1976
Hospitals Generals	107	180	273	303	300	277	280	262
Hospitals Especials	71	81	103	98	100	105	108	152
Psiquiàtrics	295	315	378	366	369	379	383	130
Quirúrgics	22	44	63	54	53	53	56	254
Antituberculosos	159	260	304	292	282	274	268	168
Maternitats	46	20	20	25	25	26	26	56
Infantils	73	74	94	116	116	117	135	185
Altres (a)	56	59	90	84	87	96	96	171
TOTAL	78	95	138	140	147	151	158	203

Fonts: INE, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos 1949* (Madrid: INE, 1953), pp 7.
INE, *Censo de establecimientos sanitarios 1963* (Madrid: INE, 1966), pp 1.
INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1972* (Madrid: INE, 1975), pp 15, 17.
INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1973* (Madrid: INE, 1976), pp 17, 19.
INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1974* (Madrid: INE, 1977), pp 15, 16.
INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1975* (Madrid: INE, 1978), pp 15, 16.
INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1976*, Vol. 1 (Madrid: INE, 1981), pp 17, 21.

Notes: (a) S'inclouen hospitals de: càncer, oftalmologia, rehabilitació, endocrinologia, cardiologia i neumologia, malalties infeccioses i lepra, geriatria i crònics.

funció merament de "custòdia" fa dubtar de la seva eficàcia. Les maternitats i els quirúrgics són els més petits i això bàsicament perquè la majoria d'ells són clíniques privades d'un metge o d'una família de metges. Molts d'aquests hospitals estan cridats a desaparèixer (atès l'alt cost de l'equipament hospitalari actual) o a elevar els costos a nivells prohibitius, fins i tot per a la burgesia.

Propietat dels hospitals

L'evolució dels llits hospitalaris segons la seva propietat ens presenta bàsicament dues grans tendències, d'una banda un progressiu *procés de privatització*, i de l'altra un *procés de centralització dels hospitals públics* (vegi's la Taula 6).

Lentament però progressivament, encara a prop de la *Llei del 70/30* (70% de llits públics i 30% de llits privats), la proporció de llits privats augmenta, i la de llits públics disminueix. Els pròxims anys aquesta tendència anirà accelerant-se a causa de la necessitat de més llits, i per raó de la política conservadora de l'administració pública, que està limitant la seva pròpia expansió i afavorint d'aquesta forma l'expansió del sector privat. Cal assenyalar que "privat" es refereix aquí a la propietat, no necessàriament al tipus d'assistència que s'ofereix (atès que molts dels hospitals privats treballen per al sector públic), ni tampoc al fet si s'obtenen o no beneficis. De fet molts d'aquests hospitals privats són suposadament *non-profit* (és a dir benèfics). Novament el concepte d'hospital sense-interès-de-lucre és també relatiu, perquè malgrat que no es reparteixen beneficis, mantenen una burocràcia directiva i sanitària ben pagada i/o amb privilegis excessius.

Malgrat aquestes tendències el 1976 encara els llits públics eren el doble que el nombre de llits privats. S'ha produït les darreres dècades un important procés de centralització en el sector públic. Els llits municipals, d'hospitals pitjor dotats i amb menys recursos financers han sofert una davallada notable enfront del sector de la Seguretat Social, el qual ha augmentat vertiginosament, passant de ser el 3% de tots els llits el 1949 al 23% el 1976. Malgrat que els llits de l'Administració Central davallen proporcionalment, el sector públic central està augmentant enfront del sector descentralitzador i local. Dintre el sector públic és destacable el gran descens de la proporció de llits militars, i la baixa proporció encara de llits en hospitals clínics. Aquests darrers són els hospitals depenents del Ministeri d'Educació i que estan lligats a les Facultats de Medicina (*els teaching hospitals*).

En el sector privat, i dintre d'aquesta tònica de lent però progressiu augment, sobresurt el sector *particular* que manté un procés d'increment gradual a partir de 1972, després del descens relatiu que sufrií la dècada dels setanta. Els llits de la Creu Roja han doblat de llarg el seu nombre en un procés ininterromput de creixement. Cal destacar la gradual disminució relativa de llits d'hospitals de l'Església; i també el gran descens del nombre absolut de llits de Beneficència.

Els pròxims anys es preveu un increment major dels llits *particulars*, i en menys proporció dels de la *Creu Roja*; una disminució dels llits de l'Església; i una certa estabilitat en el que fa als llits de *Beneficència*. Tot això apareixerà emmarcat en un procés d'increment relatiu dels llits privats. En el sector públic la pauta és encara de centralització en el sector estatal, i de disminució dels llits locals, i dels militars. En l'actualitat hi ha uns 3,7 llits públics per cada 1.000 habitants i 1,7 privats enfront de 3,1 públics i 1,3 privats fa 27 anys. El que més creix, doncs, són els llits del sector privat, restant els públics gairebé estancats.

S'insinuen, doncs, tres processos diferents: un procés general de *privatització*, que consisteix que els llits privats siguin cada vegada una proporció major, i superior al 30% del total, que era la norma de sempre. En segon lloc s'observa un procés de *centralització en el sector públic* amb el desenvolupament de la Seguretat Social i l'enfonsament del sector de l'Administració Local. Tercer, *dins el sector privat es produeix el desenvolupament del sector més comercial i privatitzat*, amb la disminució dels llits dels sectors més lligats a la beneficència (Església i Beneficència). Tot això suposa que els beneficiaris del nou sistema

Taula 6. Evolució de llits segons la propietat de l'hospital

Hospitals segons la seva propietat	1949		1963		1972		1973		1974		1975		1976		Index 1976 1949 = 100
	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	Llits	%	
Total Públics:	89.079	69,9	104.756	66,8	123.682	69,7	125.254	69,4	129.266	69,8	132.051	69,3	132.907	68,5	149
Administració local:	48.961	38,4	47.566	30,3	52.657	28,7	52.555	29,1	52.692	28,4	52.645	27,6	51.374	26,5	105
Diputacions i "Cabildos"	37.021	29,1	40.524	25,8	46.652	26,3	46.409	25,7	46.688	25,2	46.726	24,5	44.446	22,9	120
Municipis	11.940	9,4	6.004	3,2	5.919	3,1	6.065	3,3	6.004	3,2	5.919	3,1	6.928	3,6	58
Seguretat Social	3.677	2,9	14.223	9,1	33.066	18,7	35.343	19,6	39.351	21,2	41.406	21,7	44.140	22,7	1.200
Administració Central:	36.441	28,7	42.967	27,4	37.959	21,4	37.356	20,7	37.223	20,1	38.000	19,9	37.393	19,3	103
Governació (a)	18.196	14,3	28.600	18,2	19.253	10,8	18.169	10,1	17.937	9,7	17.553	9,2	17.807	9,2	98
Militars	18.254	14,3	14.367	9,1	13.023	7,3	12.438	6,9	12.104	6,5	12.545	6,6	11.503	5,9	63
Educació	(a)	—	(a)	—	5.012	2,8	6.081	3,4	5.427	2,9	7.122	3,7	7.333	3,8	68(c)
Altres	(a)	—	(a)	—	671	0,4	668	0,4	1.755	0,9	780	0,4	750	0,4	112(c)
Total Privats	38.264	30,0	52.063	33,2	53.703	30,2	55.293	30,6	55.952	30,2	58.393	30,7	61.190	31,5	160
Particulars	23.754	18,6	32.892	21,0	25.457	14,3	27.212	15,1	27.753	15,0	29.821	15,6	32.343	16,7	136
Església	13.030	10,2	17.006	10,8	16.106	9,1	16.537	9,1	16.408	8,8	16.545	8,7	15.980	8,2	123
Beneficència (b)	(b)	—	(b)	—	9.148	5,1	8.329	4,6	7.794	4,2	8.582	4,5	8.705	4,5	95(c)
Creu Roja	1.480	1,2	2.035	1,3	2.890	1,6	3.056	1,7	3.134	1,7	3.260	1,7	4.004	2,1	270
Altres	(b)	—	130	0,1	102	—	159	0,1	863	0,5	185	0,1	158	0,1	122(d)
TOTAL	127.343	100	156.819	100	177.385	100	180.547	100	185.218	100	190.444	100	194.097	100	152
Llits públics per 10.000 habitants	31,1		32,9		36,0		36,1		36,9		37,3		37,1		119
Llits privats per 10.000 habitants	13,3		16,4		15,6		15,9		16,0		16,5		17,1		128

Fonts: INE, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos 1949* (Madrid INE, 1953), pp 28.

INE, *Censo de establecimientos sanitarios 1963* (Madrid INE, 1966), pp 10, 11.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1972* (Madrid INE, 1975), pp 18.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1973* (Madrid INE, 1976), pp 21.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1974* (Madrid INE, 1977), pp 17.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1975* (Madrid INE, 1978), pp 17.

INE, *Estadística de establecimientos sanitarios 1976* Vol. 1 (Madrid INE, 1981), pp 22.

Notes: (a) Els grups "Educació" i "Altres" no apareixen especificats i se suposa que estan inclosos en el grup "Governació".

(b) Els grups "Beneficència" i "Altres" no apareixen especificats, i se suposa que estan inclosos en "Particulars".

(c) 1972 és 100

(d) 1963 és 100

de concertacions són fonamentalment els hospitals del sector més privat de tots (els "particulars").

És al nord de la Península, i bàsicament a Castella la Vella, on es concentren la major part dels llits públics. En part això es deu a la política centralista del règim franquista. La concentració de les construccions de llits públics en aquesta part d'Espanya (que alguns han anomenat "macizo de la raza") ha deixat el sud i la perifèria pràcticament sense hospitals públics. Destaca el cas de Catalunya, que no té gairebé llits de tipus públic (a excepció de Girona) i que ha donat lloc a la proliferació de llits privats (o millor a l'inrevés). A Catalunya només el 40% dels llits són públics, mentre que a la resta d'Espanya el percentatge és gairebé del 70%. També cal notar la carència de llits públics a Galícia i Lleó-Zamora-Palència, i per part del País Basc (a excepció d'Alaba). Una explicació és que els hospitals públics es concentren allà on no hi havia hospitals privats (aquests només havien proliferat justament en els llocs on hi havia una burgesia incipient: Catalunya i el País Basc), la qual cosa manté una certa lògica. *Novament el sud d'Espanya es caracteritza per no tenir llits privats ni públics.*

Efectivament, és el nord de la Península, en aquest cas la totalitat de la franja superior del nord, la que té la major part dels llits privats. El sud no té ni privats ni públics. Catalunya té molts llits privats (el 60% del total de llits) juntament amb Santander, País Basc i Navarra, Àvila, Zamora, Lleó i Palència. La propietat d'aquestes és, tanmateix, diferent. Si els llits de Catalunya, de la franja cantàbrica i Navarra, són llits de la burgesia, no succeeix el mateix amb els llits de les províncies a l'oest de Madrid que pertanyen bàsicament a l'Església. Existeixen, doncs, llits privats (realment "particulars") en les zones d'elevat desenvolupament econòmic i social (País Basc i Catalunya), mentre que l'oest de Madrid s'ha convertit en el feu tradicional de l'Església. La línia nord/sud (amb llits/sense llits) és una mica menys clara en el cas dels llits privats, però els desequilibris regionals són més grans, com és congruent. La cosa més paradoxal és que el sector privat construeix llits en zones pobres i menys desenvolupades que el propi sector públic. Tot això demostra una manca de planificació sanitària, una elevada corrupció, i una considerable incompetència dins el sector públic espanyol.¹³ Paradoxalment aquests tres processos són més aguts a partir de 1971.

Notes

- 1 Una de les millors anàlisis històriques dels hospitals és Brian Abel-Smith, *The Hospitals 1800-1948: A Study in Social Administration in England and Wales* (Cambridge, Mass. Harvard University Press, 1964), 514 pàg. Un dels estudis comparatius més complets és R. Bridgman i M.I. Roemer, *Hospital Legislation and Hospital Systems* (Ginebra: WHO, 1973), 233 pàg. Una anàlisi sociològica del canvi d'estructura de l'hospital és François Stevdler, *L'hôpital en observation* (París: Armand Colin, 1974), 270 pàg. Sobre la relació entre hospitals i població convé llegir: William R. Rosenberg, i Mark Lefton, *Hospitals and Patients* (Nova Iork: Harper & Row, 1968), 390 pàg. Sobre hospitals-clínic (universitaris) poden veure's els assaigs del llibret: John H. Knowles, comp., *The Teaching Hospital: Evolution and Contemporary Issues* (Cambridge, Mass.: Harvard University Press, 1966), 152 pàg. Sobre hospitals pediàtrics recomanem: Margaret Stacey, comp., *Hospitals, Children and Their Families* (Londres: Routledge and Kegan Paul, 1970), 188 pàg. Sobre l'evolució de l'efectivitat de l'hospital hi ha molts treballs; recomanem començar per aquests dos: John R. Griffith, *Measuring Hospital Performance* (Chicago: Blue Cross Association, 1978), 87 pàg.; i Stephen M. Shortell, i Montague Brown, *Organizational Research in Hospitals* (Chicago: Blue Cross Association, 1976), 112 pàg.
- 2 A ningú no sorprendrà tampoc que defineixi la mèdica com a "dona del metge".
- 3 Així és vist per Philip Selby, *Health in 1980-1990: A Predictive Study Based On an International Inquiry* (Basilea: S. Karger, 1974), pàg. 61.
- 4 Institut Nacional d'Estadística, *Censo de establecimientos sanitarios y benéficos* (Madrid: INE, 1952), 56 pàg.
- 5 Institut Nacional d'Estadística, *Censo de establecimientos sanitarios: Año 1966* (Madrid: INE, 1966), 63 pàg. És el cens de 1963.
- 6 Institut Nacional d'Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1973* (Madrid: INE, 1976), 102 pàg.; *Año 1974* (Madrid: INE, 1977), 105 pàg.; *Año 1975* (Madrid: INE, 1978), 93 pàg.
- 7 L'informe apareix en la revista *Estudios sobre Hospitales* 41 (1970): 15-94; i 42 (1970): 11-93. Vegi's a més la "Zona d'influència de Vic: Programa de necessitats". *Estudios sobre Hospitales*, extra 41-42 (1970): 7-95.
- 8 Institut Nacional d'Estadística, *Estadística de establecimientos sanitarios con régimen de internado: Año 1976*, 2 vols. (Madrid: INE 1981), 175 pàg.
- 9 Institut Nacional d'Estadística, *Los hospitales en España: Año 1980* (Madrid: INE, 1980), 47 pàg. Les estadístiques corresponen a l'any 1976 (i no a 1980).
- 10 Institut Nacional d'Estadística, *Resumen de la estadística sanitaria de las Fuerzas Armadas: Hospitales años 1960-1966* (Madrid: INE, 1972), 222 pàg. Institut Nacional d'Estadística, *Resumen de la estadística sanitaria de las Fuerzas Armadas: Hospitales años 1967 a 1971* (Madrid: INE, 1974), 159 pàg.
- 11 Institut Nacional de la Salut, *Información económico-funcional de las instituciones sanitarias: Año 1979* (Madrid: INSALUD, 1981), 521 pàg. Una crítica al sistema hospitalari espanyol des de les trinxeres dels hospitals privats (i la defensa dels seus drets) és la redactada, entre altres, per Carles Soler Durall, Josep Artigas i Ignasi Aragó, en Associació per al Desenvolupament Hospitalari del Districte Universitari de Barcelona, *Los hospitales españoles entre el III Plan de Desarrollo Económico y Social* (Barcelona: ADHB, 1972), 164 pàg.
- 12 Consorci d'Informació i Documentació de Catalunya, *Estadísticas hospitalarias de Catalunya y Baleares: Año 1970* (Barcelona: CIDC, 1976), 296 pàg. No ha estat publicat cap altre volum d'aquestes estadístiques.
- 13 Aquestes hipòtesis es desenvolupen en Jesús M. de Miguel, *La sociedad enferma: Las bases sociales de la política sanitaria española* (Madrid: AKAL, 1979), 258 pàg.

MODELS D'ORGANITZACIÓ DE LA SALUT I PROFESSION MÈDICA A CATALUNYA I A L'ESTAT ESPANYOL*

Eugeni Sabaté i Muro, Xavier Cuadrat i Ciurana

Aquesta comunicació presenta una anàlisi secundària dels resultats d'una Enquesta nacional, posant de manifest el pes de les actituds dels metges en relació a l'organització socialitzada com a la resta d'Espanya. També s'examinen les opinions sobre els models d'organització sanitària més adequats al país, així com el nivell de coneixement i identificació que tant els metges catalans com els de la resta d'Espanya tenen respecte als programes sanitaris dels diferents partits polítics. Les diferències entre els metges catalans i els altres són atribuïdes tant a l'estructura de la professió i l'inferior pes dels ingressos directes procedents de les caixes públiques, com a les repercussions de les fonts d'opinió política, enteses en termes d'hegemonia.

1. Introducció

Una anàlisi de les orientacions bàsiques de la professió de metge, davant l'organització sanitària, ha de començar pel nivell d'actituds envers el dilema clau de tots els sistemes d'organització sanitària: el problema de la socialització de la medicina.

En efecte, les actituds reflecteixen les experiències de la pràctica professional i, encara més, els valors i les normes, les pautes i els interessos dels individus. L'ur formació i llurs canvis estan implicats íntimament amb el sistema social, la forma i els tipus de relacions socials viscudes, i amb el corresponent sistema cultural, que projecta un concret conjunt de valors i, generalment, unes formes d'entendre la vida. Per respondre al perquè existeixen aquestes o bé aquelles actituds, cal moure's dins la complexa dinàmica social i, més enllà, dins un pla històric, que ara hom no pretén estudiar. La importància de l'anàlisi de les actituds radica que aquestes són un dels més importants factors d'explicació de les conductes. No són unes simples opinions; tenen una càrrega emotiva que va més enllà de les creences i dels coneixements que les conformen i, sobretot, una voluntat de realització de major a menor mesura.

Aquesta importància es veu confirmada pel fet que pràcticament la generalitat dels metges manifesten una actitud definida quan hom els pregunta sobre les seves preferències envers l'organització de la medicina. Només l'u per cent no contesta sobre les seves preferències. (Vegeu taula 1).

* Aquesta comunicació està basada en una anàlisi secundària de les dades de l'"Encuesta Nacional a los médicos, sobre la organización sanitaria española y su posible reforma", elaborada por "Servicio de Estudios Sociológicos del Instituto de Estudios de Sanidad y Seguridad Social" (Ministerio de Trabajo, Sanidad y Seguridad Social), en què van participar els autors.

Les característiques tècniques i les mostres de l'esmentada Enquesta i els seus resultats globals són a la *Revista de Seguridad Social*, (1979), pp. 187-213. Cal advertir, però, que l'anàlisi que presentem hom no l'ha d'entendre en termes massa absoluts, per la incidència de la divisió de la mostra en la modificació de l'error mostral.

2. Les actituds i les opinions dels metges

2.1. Més de la meitat dels metges espanyols es manifesten partidaris de la medicina parcialment socialitzada i parcialment lliure; mentre que només un xic més de la quarta part es manifesten partidaris de la medicina totalment socialitzada, com es reflecteix en la taula 1.

Taula 1. Actituds dels metges davant l'organització sanitària

	%
Partidaris de la medicina totalment socialitzada	26,2
Partidaris de la medicina parcialment socialitzada i parcialment lliure	62,6
Partidaris de la medicina lliure	10,3
NS / NC	0,9
	100 N (2933)

2.2.1. Tanmateix, aquest resultat contrasten amb la imatge que cada metge té sobre les actituds dels seus col·legues envers la socialització: la meitat dels metges pensen que els seus col·legues prefereixen una organització socialitzant de la medicina (Vegeu taula 2).

Taula 2. Actituds que els metges suposen en els seus col·legues davant l'organització sanitària

	%
Partidaris de la medicina socialitzada	52,2
Partidaris de la medicina privada	36,3
NS / NC	11,5
	100 N (2933)

2.2.2. La diferència entre la realitat (26,2% de partidaris de la medicina socialitzada) i la percepció d'aquesta (52,2%) és ben palesa; precisament el segon percentatge és doble del primer. Això fa suposar la presència d'uns altres factors que operin en la conformació de la imatge (grups d'opinió i líders), i, sobretot, l'existència d'una eficaç creació de l'opinió pública. Amb més raó, si tenim en compte el relatiu desconeixement dels programes sanitaris dels partits que donen suport a aquella opció, i la classe social a la qual s'adscriuen majoritàriament els metges, i de la poca consideració que del sindicalisme de classe en tenen.¹ Hi ha, doncs, una important *hegemonia* de les concepcions socialitzants, malgrat les condicions subjectives de la professió, poc favorables a la dita supremacia, i malgrat l'escassa penetració de les opcions polítiques i sindicals que podrien propiciar-la, com a fruit d'un aspecte més general: l'allunyament que hi ha entre la política i la professió.²

2.2.3. En efecte, un 48,3% de la professió mèdica desconeix les alternatives proposades pels programes dels partits polítics; i al dit percentatge cal afegir l'altre del 19,5% (aquells "que no s'identifiquen amb cap programa sanitari") els quals, malgrat tenir-ne coneixement, no s'acosten a la idea del tema, i això fa ben palès llur allunyament.

Taula 3. Coneixement i identificació dels metges amb els programes sanitaris dels partits polítics

	%
S'identifiquen amb els programes de l'esquerra	14,6
S'identifiquen amb els altres programes	7,6
No s'identifiquen amb cap programa	19,5
No coneixen els esmentats programes	48,3
No responen	10,0
	100 N(2933)

Així, només un 22,2% s'identifica amb algun d'aquests programes: principalment (això és important) amb les alternatives defensades per les esquerres (14,6%), davant el 7,6% d'aquells que opten per altres alternatives.

2.2.4. Tanmateix, aquest allunyament no suposa una manca d'interès o l'absència d'un model-alternativa sobre l'organització sanitària que mereixi ser judicada com la més adequada a Espanya.

En efecte, només el 28,8% dels metges diuen que no tenen informació suficient, quan hom els pregunta que manifestin, d'entre els diferents models d'organització sanitària d'altres països, aquell que considerin més adequat a la nostra realitat.

Taula 4. Models d'organització sanitària adequats a Espanya segons els metges

	%
Partidaris dels models socialitzants	18,6
Partidaris dels models liberalitzants	44,8
No coneixen aquests models	28,8
No responen	7,8
	100 N(2933)

Només un 18,6% prefereixen, com a organització sanitària més adequada a Espanya, el model socialitzant, en les seves diverses variants (rus, suec, anglès, etc.); mentre que un 44,8% prefereix els models liberalitzants (americà, francès, alemany, etc.).³ Una altra vegada ens sorprenem de la diferència que hi ha entre la imatge de l'actitud que els metges tenen dels seus col·legues i la realitat de les seves conviccions i opinions, sobre l'adequació dels models.

Concretament, el model francès, bàsicament assentat sobre un sistema de seguretat social, és preferit per un 35,6% dels metges. Les seves característiques són, com ja és sabut, les d'un sistema retributiu, que consisteix en un pagament per cadascun dels serveis o actes mèdics, a càrrec del propi pacient que després és rescabalat per la Caixa corresponent de la Seguretat Social, en una determinada proporció.

El model anglès, de servei públic, és preferit per un 13,7% dels metges. Es caracteritza pel seu sistema retributiu, amb una llista limitada de clients, a la qual s'hi posa una base retributiva i uns complements; és pagat íntegrament per l'Administració, que pacta els

honoraris amb aquells metges que aconseguixen concertar els seus serveis amb el National Health Service.

El model alemany ofereix un percentatge del 6,2%. Encara que bàsicament sigui un sistema de Seguretat Social, i el pagament sigui per cada servei o acte mèdic, no obstant això, aconseguix evitar en gran part els desavantatges del model francès, ja que els metges són retribuïts per les seves pròpies associacions, que integrades en cada Caixa de la Seguretat Social, concerten amb aquesta la massa global de les seves retribucions, generant una pressió professional per tal d'evitar un excés de serveis que faria més barat l'import de cadascun dels esmentats serveis o actes mèdics.

Finalment, el model suec presenta sols un 3,6% de preferències, malgrat ser un excel·lent sistema de servei públic i gratuït; és retribuït per l'Administració, segons convenis; i té la particularitat de l'exigència de la dedicació exclusiva, i de la prohibició expressa de l'exercici de la professió liberal; està combinat amb un sistema alternatiu de caràcter mutual, pagat cada servei mèdic amb càrrec del pacient, una part, i amb càrrec de la Seguretat Social, l'altra.

En tot allò que es refereix a l'elecció de metge, hom constata que tots els sistemes d'organització ofereixen la possibilitat d'elecció. Aquesta, però, en la pràctica, resta més o menys limitada, segons el sistema retributiu, o segons el tipus de servei prestat. També pot ser major o menor la possibilitat de l'exercici lliure de la professió, que, naturalment, resta més limitat quan el sector públic absorbeix la gestió directa dels serveis d'assistència.

2.3.1. Aquella *hegemonia* de les esquerres, ja alludida, té el seu origen principalment en el paper que juga el coneixement dels programes sanitaris, entre altres causes com les fonts dels ingressos i certes característiques personals, com l'edat. Cal dir que aquest coneixement afecta més les actituds socialitzants que les mixtes i les liberalitzants, tal com queda reflectit en la taula 5.

Taula 5. Actituds dels metges segons llur coneixement dels programes sanitaris dels partits

	coneixen %	no coneixen %
Partidaris de la medicina totalment socialitzada	31,5	22,5
Partidaris de la medicina parcialment socialitzada i parcialment lliure	58,9	65,3
Partidaris de la medicina lliure	8,7	11,5
NS / NC	0,9	0,7
	100 N (1224)	100 N (1417)

De tots aquells que *coneixen* els programes sanitaris, un 31,5% manifesten actituds socialitzants; però de tots aquells que *no coneixen* els programes sanitaris, només el 22,5% manifesta actituds socialitzants; aquells que manifesten actituds mixtes o liberals disminueixen en més de 6 punts i gairebé 3 punts, respectivament.

2.3.2. Això, perquè els primers es troben més ben informats. (Vegeu la taula 6).

Així mentre la meitat dels que expressen actituds socialitzants, manifesten que tenen informació dels programes sanitaris dels partits, aquesta informació es redueix al 39% i al 35% quan llur actitud és més liberal.

Taula 6. Nivell de coneixement dels programes sanitaris, segons les actituds dels metges davant l'organització de la medicina

	% socialitzants	% mixtos	% liberalitzants
Coneixen els programes sanitaris dels partits	50,3	39,3	35,0
No coneixen aquests programes	41,6	50,4	54,1
NC	8,1	10,3	10,9
	100 N(767)	100 N(1836)	100 N(303)

2.3.3. En efecte, entre aquells que diuen conèixer els esmentats programes, els qui es declaren partidaris de la medicina socialitzada es manifesten més identificats amb els programes sanitaris dels partits d'esquerra (un 56,7%), que els partidaris dels altres tipus d'organització de la medicina, tal com queda reflectit a la taula 7.

Aquí destaca el fet que més de la meitat dels que manifesten actituds mixtes o liberals, encara que coneguin els programes sanitaris dels partits, no s'identifiquen amb cap. La proporció creix quan les actituds són més liberals (fins un 60,4%), i hom pot afirmar que amplis sectors dels grups més nombrosos no troben un programa sanitari adequat a llurs actituds i conviccions.

Taula 7. Identificació dels metges amb els programes sanitaris dels partits polítics, segons llurs actituds

	% socialitzants	% mixtos	% liberalitzants
S'identifiquen amb el programes de les esquerres	56,7	27,6	9,4
S'identifiquen amb altres programes	7,8	21,9	30,2
No s'identifiquen amb cap programa	35,5	50,5	60,4
	100 N(386)	100 N(721)	100 N(106)

3. Les opinions i les actituds dels metges catalans envers els altres d'Espanya

3.1. Sorpren que, contra l'opinió general, el percentatge de metges que a Catalunya es declaren partidaris de la medicina socialitzada, sigui significativament inferior al de la resta d'Espanya.

En efecte, davant un 27,1% de la resta del país, a Catalunya només el 21,2% dels metges demostren l'esmentada preferència.

Taula 8. Actituds dels metges de Catalunya i de la resta d'Espanya, davant l'organització sanitària

	Catalunya %	Resta d'Espanya %
Partidaris de la medicina totalment socialitzada	21,2	27,1
Partidaris de la medicina parcialment socialitzada i parcialment lliure	65,5	62
Partidaris de la medicina lliure	12,3	10
NS/NC	1	0,9
	100 N(513)	100 N(2420)

3.2.1. La imatge que els metges catalans tenen de les actituds dels seus col·legues, en lògica correspondència, també disminueix.

Mentre en la resta del país un 53,1% dels metges creuen que els seus col·legues són partidaris de la medicina socialitzada, a Catalunya el percentatge baixa a un 48%, tal com queda reflectit a la taula 9.

Taula 9. Actituds que els metges de Catalunya i de la resta d'Espanya suposen en els seus col·legues davant l'organització sanitària

	Catalunya %	Resta d'Espanya %
Partidaris de la medicina socialitzada	48	53,1
Partidaris de la medicina privada	40,5	35,5
NS/NC	11,5	11,4
	100 N(513)	100 N(2420)

3.2.2. Tanmateix, aquests resultats no modifiquen la hipòtesi que havem apuntat sobre el fenomen de la diferència entre la realitat de les actituds existents i la imatge percebuda d'elles; sinó que un examen més acurat dels resultats fa palès que a més de mantenir l'hegemonia de les esquerres, aquella augmenta.

En efecte, si elaborem una *ratio* entre la imatge percebuda (i) i les actituds reals existents a Catalunya (a) i a la resta d'Espanya (a'), veurem com és superior la relació d'ambdues magnituds, pel que fa al cas de Catalunya.

$$\frac{i}{a} = \frac{246}{109} = 2.25$$

$$\frac{i'}{a'} = \frac{1286}{658} = 1.95$$

Això es, mentre a Catalunya, a cada partidari de la medicina socialitzada, en termes d'imatges percebuda, li correspon 2.25 partidaris suposats, en la resta del país aquesta proporció minva fins a sols 1.95.

3.2.3. Aquest índex de l'augment relatiu de l'hegemonia de les esquerres és corroborat si tenim compte de la major identificació que demostren els metges catalans amb els programes sanitaris dels partits d'esquerres.

Taula 10. Coneixement i identificació dels metges amb els programes dels partits polítics a Catalunya i a la resta d'Espanya

	Catalunya %	Resta d'Espanya %
S'identifiquen amb els programes de l'esquerra	18	14
S'identifiquen amb els altres programes	5,8	7,9
No s'identifiquen amb cap programa	18,1	19,8
No coneixen els esmentats programes	44,6	49,1
No responen	13,5	9,2
	100 N(513)	100 N(2420)

Així, mentre a la resta del país aquesta identificació és d'un 14% de la professió, a Catalunya arriba fins el 18%, amb un nivell de desconeixement i manca d'informació de 4,5 punts menys, que senyala una major politització de la professió i, en conseqüència, un menor allunyament entre aquesta i la política.⁴

Les *ratios* d'identificats amb els programes sanitaris dels partits d'esquerra (ie) i dels de dretes (id), a Catalunya (C) i a la resta dels país (E) palesen encara més l'hegemonia de les esquerres:

$$C = \frac{ie}{id} = \frac{92}{30} = 3,1$$

$$E = \frac{ie}{id} = \frac{339}{191} = 1,8$$

Això és, a Catalunya existeixen 3,1 metges identificats amb els programes sanitaris de les esquerres, per cada metge identificat amb els programes de la resta dels partits; mentre a la resta d'Espanya l'esmentada proporció minva fins a sols 1,8, també favorable a les esquerres.⁵

3.2.4. Altrament, tant la manca d'informació —menys acusada a Catalunya que a la resta d'Espanya— com el major percentatge de partidaris dels models socialitzants es fan palesos en les opinions dels metges catalans referents al model d'organització sanitària més adequat a Espanya.

Taula 11. Models d'organització sanitària adequats a Espanya segons els metges de Catalunya i de la resta d'Espanya

	Catalunya %	Resta d'Espanya %
Partidaris dels models socialitzants	21,2	18
Partidaris dels models liberalitzants	46	44,5
No coneixen aquests models	23,4	30
No responen	9,4	7,5
	100 N(513)	100 N(2420)

Mentre el 30% dels metges de la resta del país desconeixen els models d'organització sanitària a Catalunya la proporció minva fins el 23,4%. Són el 21,2% dels metges de Catalunya, davant el 18% de la resta del país, els que consideren més adequats a Espanya els models socialitzants, i preferentment el model anglès o de servei nacional de salut que, pel que pertoca a Catalunya, gaudeix d'una preferència del 17,5% davant el 12,9 de la resta del país.

3.3.1. El paper que juga el coneixement en la formació de les actituds, qualitativament és anàleg entre les de Catalunya i les de la resta d'Espanya, acomplint-se una altra vegada l'efecte que el coneixement dels programes afavoreix més els increments dels percentatges dels partidaris de la medicina totalment socialitzada, tal com es reflecteix a la taula 12.

Taula 12. Actituds dels metges de Catalunya i de la resta d'Espanya segons llur coneixement dels programes sanitaris dels partits

	Catalunya		Resta d'Espanya	
	coneixen	no coneixen	coneixen	no coneixen
Partidaris de la medicina totalment socialitzada	28,8	16,6	32,1	23,7
Partidaris de la medicina parcialment socialitzada i parcialment lliure	62,8	67,2	58,1	64,9
Partidaris de la medicina lliure	7	15,7	9	10,8
NS/NC	1,4	0,5	0,8	0,6
	100(N215)	100(N229)	100(N1009)	100(N118)

En termes comparatius, però, la influència del coneixement és sensiblement superior en el cas català, que fa minvar força la proporció dels partidaris de la medicina liberal, i augmentar —també en grau major— el percentatge dels partidaris de la medicina totalment socialitzada, posant-se de manifest, una altra vegada, l'hegemonia que palesen les esquerres, a Catalunya, en termes d'efectivitat.

3.3.2. L'anàlisi anterior es veu refermada a la taula que segueix. Tanmateix, la proporció de metges que refusen a contestar, és sensiblement diferent a Catalunya, amb una tendència al creixement, segons que les actituds són més liberals, tal com es constata a la taula 13.

Taula 13. Nivell de coneixement dels programes sanitaris, segons les actituds dels metges de Catalunya i de la resta d'Espanya davant l'organització de la medicina

	socialit- zants	Catalunya mixtos	liberalit- zants	socialit- zants	Resta d'Espanya mixtos	liberalit- zants
Coneixen els programes sanitaris dels partits	56,9	40,2	23,8	49,2	39,1	37,9
No coneixen aquests programes	34,9	45,8	57,2	42,7	51,4	53,3
NC	8,2	14	19	8,1	9,5	8,8
	100(N109)	100(N336)	100(N63)	100(N658)	100(N499)	100(N240)

3.3.3. La identificació dels metges de Catalunya amb els programes sanitaris dels partits polítics, en relació amb llurs actituds, presenta unes certes diferències amb la dels seus col·legues de la resta d'Espanya, tal com es reflecteix a la taula 14.

Taula 14. Identificació dels metges de Catalunya i de la resta d'Espanya amb els programes sanitaris que coneixen dels partits polítics, segons llurs actituds

	socialit- zants	Catalunya mixtos	liberalit- zants	socialit- zants	Resta d'Espanya mixtos	liberalit- zants
S'identifiquen amb els programes de les esquerres	64,5	37,3	6,7	55,2	25,4	9,9
S'identifiquen amb altres programes	1,6	17,9	26,7	9	22,7	30,8
No s'identifiquen amb cap programa	33,9	44,8	66,6	35,8	51,9	59,3
	100(62)	100(134)	100(N15)	100(N324)	100(N586)	100(N91)

Així, també els socialitzants són els que més d'identifiquen amb els programes de les esquerres (64,5%), fent-ho en una proporció notablement superior a la dels seus col·legues de la resta d'Espanya (55,2%). Cal afegir també que hom pot trobar una incoherència molt inferior en el cas dels metges catalans amb actituds socialitzants, puix que d'aquests darrers s'identifiquen amb altres programes diferents dels de les esquerres l'1,6%, davant el 9% de la resta de l'Estat. Aquesta atracció dels programes sanitaris de les esquerres també s'acompleix en el cas dels metges que manifesten actituds mixtes, puix a Catalunya són el 37,3% els que s'identifiquen amb els programes sanitaris de les esquerres, davant el 25,4% de la resta d'Espanya.

Tanmateix cal dir que hom no pot aprofundir massa en l'anàlisi d'aquesta darrera taula,

puix les bases sobre les quals s'han elaborat els percentatges són prou reduïdes i per això àdhuc els comentaris anteriors hom ha d'entendre'ls més com a indicadors d'unes determinades tendències, confirmades, per altra banda, per la resta dels resultats que hem presentat.

3.4. Socialització política i interès

Tanmateix, les actituds no reflecteixen sols els processos d'incidència de la major o la menor socialització política, sinó que també tradueixen els interessos personals dels individus. Una anàlisi d'aquests pot il·luminar millor la nostra consideració del cas català.

Al nostre judici, el fet que, a Catalunya, existeixi un menor percentatge de partidaris de la medicina socialitzada, en relació amb la resta d'Espanya, respon al major desenvolupament del sector sanitari privat, obrint-se així: a) unes majors possibilitats retributives als professionals, i b) una major dependència dels ingressos privats en llur exercici professional.

En efecte, mentre el 75,4% dels metges de la resta d'Espanya cobren la meitat o més de la meitat de llurs ingressos amb càrrec als pressupostos públics, a Catalunya el percentatge baixa al 70,3%.

El fenomen es fa més palès si prenem com índex el percentatge dels que cobren la totalitat dels seus ingressos amb càrrec als pressupostos públics. En aquest grup s'hi troben en major proporció les actituds socialitzants (45,7%).

Així, mentre a Espanya aquells que cobren la totalitat de llurs ingressos de les caixes públiques, són el 32,8% del total dels metges, a Catalunya només són el 23%, tal com reflecteix la taula 15.

Taula 15. Metges de Catalunya i de la resta d'Espanya, segons el percentatge de llurs ingressos públics/privats

	Catalunya %	Reste d'Espanya %
0/100 ingressos públics/privats	12,1	8,9
15/85 ingressos públics/privats	2,7	2,2
30/70 ingressos públics/privats	6,8	4,2
40/60 ingressos públics/privats	5,1	3,7
50/50 ingressos públics/privats	18,5	12,1
60/40 ingressos públics/privats	4,9	4,4
70/30 ingressos públics/privats	10,5	9,9
85/15 ingressos públics/privats	13,5	17,1
100/0 ingressos públics/privats	23	32,8
NS/NC	2,9	4,7
	100(N513)	100(N2420)

El menor pes específic, doncs, del sector públic sanitari a Catalunya representa, objectivament, un grau inferior de socialització, essent percebuda aquesta com una possible causa de l'eventual reducció dels ingressos privats. Es posa en relleu que, siguin quins siguin els programes sanitaris amb què s'identifiquen o bé aquells que simplement coneixen, a Catalunya hi ha menys partidaris que les relacions entre els metges i la sanitat nacional siguin a tall de funcionaris. Per majoria, els metges catalans es manifesten a favor de fórmules contractuals, davant la resta de llurs col·legues espanyols que, també per majoria, prefereixen una relació de funcionaris.

Finalment, cal dir que el contrast ben remarcable entre les actituds i opinions dels metges davant l'organització sanitària, i les de la resta de ciutadans,⁶ amb la dialèctica que això implica en el si d'una societat democràtica, juntament amb l'augment de l'oferta de professionals sanitaris, podrien significar l'inici d'una profunda crisi professional que només una major racionalització del sector i àdhuc la reestructuració de la mateixa professió podrien donar-li una sortida adient.

Cloenda

Les actituds dels professionals sanitaris davant els diferents models d'organització sanitària són un dels elements, junt amb molts d'altres de diferent importància i natura, que hom ha de tenir en compte per portar a terme qualsevulla reforma de la Sanitat.

Aquesta comunicació posa de manifest les diverses actituds i opinions dels metges a Catalunya i a la resta d'Espanya sobre l'organització de la medicina i tracta dels aspectes cognoscitius de llurs actituds posant de manifest les diferències que hi ha entre les actituds pròpies i les que els metges atribueixen als seus col·legues.

En termes generals, cal dir que les diferències que hom pot trobar entre els metges de Catalunya i els de la resta d'Espanya tenen com a causes principals tant les condicions de l'exercici professional com el paper diferent de les fonts de creació de l'opinió.

De l'anàlisi que hem presentat es desprenen les següents conclusions:

- 1) A Catalunya el percentatge de metges amb una actitud favorable a la socialització de la medicina és inferior al de la resta d'Espanya.
- 2) Hi ha una considerable distància entre les actituds realment existents dels metges i aquelles que ells creuen que existeixen. Cal dir que aquesta distància hom pot considerar-la com un resultat de la presència de fonts que originen l'opinió pública. La major o menor eficàcia d'aquest procés de formació de la imatge pública s'entén com un reflex de l'*hegemonia* que les fonts exerceixen sobre el sector. En el cas de Catalunya, en tot allò que es refereix a la socialització de la medicina, malgrat ser la imatge, en termes absoluts, inferior a la que hi ha a la resta d'Espanya, hi és superior en termes d'*hegemonia*.
- 3) La valoració dels nivells de coneixement que els metges tenen de les fonts de caràcter polític (programes) i tècnic (models sanitaris) permet dir que, encara que el desconeixement dels primers sigui molt notori sobretot comparat amb els segons, ambdós presenten percentatges diferents a Catalunya, menys baixos que a la resta de l'Estat.
- 4) La repercussió del coneixement dels programes que els metges tenen és majoritàriament favorable a les esquerres, que presenten un superior percentatge d'identificació amb les seves pròpies opinions, que en el cas de Catalunya és també manifestament més alt.
- 5) Els metges amb actituds socialitzants presenten un remarcable major coneixement dels programes sanitaris dels partits polítics i una major identificació amb ells, fet que a Catalunya es mostra encara amb més intensitat.
- 6) Els metges, tant amb actituds mixtes com amb actituds liberals, presenten un coneixement escàs dels programes sanitaris dels partits i, sobretot, i això és important, majoritàriament no s'identifiquen amb cap.
- 7) Finalment, cal tenir en compte que si a Catalunya hi ha una menor proporció de metges amb actituds socialitzants, aquest fet hom ha d'explicar-lo, junt amb altres factors, pel major pes que el sector sanitari privat té en aquesta nacionalitat i, per tant, a les inferiors retribucions *directes* dels metges, a càrrec dels pressupostos públics.

Més enllà d'aquestes conclusions, la crítica, noves interpretacions i investigacions sens dubte faran possible l'aprofundiment i la confirmació o refutació de les nostres opinions.

NOTES

- 1 L'autosuficiència dels metges, com a membres d'una classe social, es troba majoritàriament amb la classe mitjana-mitjana (61,3%), i mitjana-alta (25,5%). Només un 4,8% considera que pertany a la classe treballadora: *Revista de Seguridad Social*, 1 (1979), cit., p. 212.
Quant al tipus de representació professional més adient amb la defensa de llurs interessos, només un 6,4% fa esment de les Centrals Sindicals de classe: *Rev. cit.*, p. 207.
Cal afegir que aquest percentatge minva fins el 4,8%, quan hom pregunta als metges l'òrgan en què delegarien, amb preferència, la defensa de llurs interessos (Dada inèdita).
- 2 Una consideració global sobre la ideologia dels metges espanyols, vegeu-la a l'article "Los médicos españoles y su ideología profesional", d'E. MARTÍN LOPEZ, *Revista de Seguridad Social*, 2 (1979), pp. 167-220.
Una anàlisi de la posició corporativa dels mateixos metges, vegeu-la a l'article de L. VILA LOPEZ: "Posición tradicional de los Colegios Médicos sobre el tema de la liberalización-socialización de la profesión médica", *Revista de Seguridad Social*, 5 (1980), pp. 199-218.
- 3 Per a un coneixement general de l'organització sanitària i dels serveis de la salut a Europa, vegeu: CENTRO STUDI MINISTERO DELLA SANITA, "L'organizzazione sanitaria di dieci paesi Europei" (Rapporti 3), Roma, desembre 1974. Vegeu, també, W.H.O. (Regional Office for Europe): "Health Services in Europe", Copenhaguen, 1975. Per a un bon resum més recent, d'aquesta qüestió, a nivell mundial, vegeu "National Organization of Health Services, U.S., U.S.S.R., China, Europe", a "Health Handbook", Volume II, George K. CHACKO (Ed.), pp. 201-395, North-Holland Publishing Company, Amsterdam, New York, Oxford, 1979.
- 4 També a Catalunya l'autoidentificació dels metges, com a membres d'una classe social, es troba majoritàriament amb la classe mitjana-mitjana (64,5%) i és lleugerament superior al percentatge de la resta d'Espanya, essent l'autoidentificació amb la classe mitjana-alta del 24,8% i només del 3,9% amb la classe treballadora (Dades inèdites). Quant al tipus de representació professional més adient amb la defensa de llurs interessos, no hi ha diferències gaire remarcables, puix són només un 5,3% dels metges els que esmenten les Centrals Sindicals de classe. Aquest percentatge minva fins el 3,5% quan hom pregunta als metges l'òrgan en què delegarien amb preferència la defensa de llurs interessos (Dades inèdites).
- 5 Mentre a Catalunya els metges que s'identifiquen amb els programes sanitaris de les esquerres ho fan majoritàriament amb el programa dels comunistes (el 54%), a la resta d'Espanya ho fan amb el dels socialistes (el 67,8%). Això palesa el diferent suport de l'hegemonia a l'un i a l'altre lloc (Dades inèdites).
- 6 En relació a les actituds i opinions dels espanyols davant l'organització sanitària, vegeu E. SABATÉ: "Modelos ideológicos de los españoles frente a la reforma sanitaria", *Revista de Seguridad Social*, 8 (1980), pp. 185-189.

PART II
SALUT I MALALTIA

EL METGE, UN PLACEBO DE LUXE PER A UNA SOCIETAT POBRA

Ramon Bayés

D'acord amb Shapiro i Morris (1978), el començament històric de la paraula placebo es troba en la Bíblia hebrea, on hi ha el terme *ethalech*, que es tradueix al llatí com *placebo*: *Placebo Domino in regione vivorum* —“Complauré el Senyor a la regió dels vius”— (Salms, 114, 9, Vulgata).

El placebo ja ve definit amb un sentit mèdic en el *Quincy Lexicon* de 1787 i, al principi, aquesta paraula serveix no solament per assenyalar un determinat tipus de medicament sinó també altres tècniques o mètodes que feien servir els metges més per complaure —i per això el terme placebo— que per beneficiar el pacient.

Més tard, durant molts anys, a causa possiblement de l'equivocació d'un linotipista que va convertir a *commonplace method or medicine* en a *commonplace method of medicine*, l'ús d'aquesta paraula es va restringir a l'àmbit farmacològic i encara avui, a molts indrets, aquesta sol ser la pràctica més corrent com fa palès la definició de placebo que dona l'edició de 1979 del *Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas*: “Nombre que los autores anglosajones dan a las preparaciones farmacéuticas que sólo contienen productos inertes y que se prescriben para lograr un efecto psicoterapéutico”.

Per la nostra part, com es pot deduir del títol de la present comunicació, farem servir el terme placebo en un sentit ampli de forma que pugui incloure tots els tractaments, parts de tractament o elements associats a un tractament, amb independència de la seva naturalesa —farmacològica, verbal, aparent, etc.—, que siguin capaços, amb o sense intenció, de produir efectes terapèutics en el pacient, sense tenir, intrínsecament, capacitat específica per a fer-ho.

De fet, si fem cas a Laín (1975), el primer descriptor de l'efecte placebo —sense aplicar-li però aquesta denominació— va ser Plató, qui en un passatge del *Càrmides*, fa l'advertència que un remei terapèutic només pot ser profitós si abans d'administrar-lo es fa al malalt un discurs veritablement persuasiu (*epodé*).

El primer —o un dels primers— a defensar la tesi que la Història de la Medicina és, a grans trets, la Història de l'efecte placebo, és probablement, Houston (1938) i sembla adient reproduir tot seguit alguns paràgrafs del seu treball per tal com expressen amb precisió un dels aspectes cabdals de la nostra línia argumental. Referint-se a la relació “metge-malalt”, Houston escriu:

En el començament històric de la Medicina (aquesta relació) era tot el que el doctor podia oferir al pacient. És només des de dates molt properes que la Medicina pot oferir quelcom més. Una anàlisi de la història mèdica ens forneix noms importants... però... aquests poc tenen a oferir que pugui afavorir el malalt. Els historiadors solen sentimentalitzar els valors pràctics de la Medicina antiga. Però fullejarem sense profit les pàgines d'Hipòcrates si cerquem tractament amb un valor específic. Les pàgines de la història de la Medicina es lleixen com el vell diari d'un viatge per l'oceà, en el qual va quedar ano-

tat que un dia una onada va aixecar una mica d'escuma o que un altre dia es va veure un peix volador o un tros de fusta a la deriva, però en el qual, per més que es busqui, no es troba cap referència al fet cabdal, constantment present dia rera dia, amb exclusió de tota altra cosa: la verda superfície sense fi del mar. I aquesta inevitable omnipresència ambiental de l'oceà equival, per analogia, en la Història de la Medicina, a la "relació personal entre el doctor i el malalt".

En una paraula, els medicaments que es feien servir eren placebos... Per tant, la gran lliçó de la història de la Medicina és que el placebo ha estat sempre la norma de la pràctica mèdica, i que només ocasionalment i molt de tant en tant s'ha incorporat quelcom de veritablement útil com combatre l'escorbut prenent fruita fresca... L'historiador de la Medicina ens pot confondre quan parla dels destres i savis doctors del passat... La seva habilitat es reduïa a una habilitat per tractar les emocions humanes.

Els agents terapèutics mitjançant els quals aconseguïen guarir els seus malalts eren les seves pròpies persones. Les seves eines terapèutiques, tant si eren inertes com perilloses, van ser placebos, símbols que els servien per a sostenir la fe dels seus pacients i la seva pròpia.

La història de la Medicina és una història del poder dinàmic de la relació entre el doctor i el malalt...

La llavor del raonament de Houston es troba ja en l'obra d'Osler (1892) *Principles and practice in medicine*, considerada com el millor text del seu temps en llengua anglesa i on podem llegir:

La fe en els déus o en els sants guareix l'un, la fe en les petites píndoles un altre, la suggestió hipnòtica un tercer, la fe en un doctor afable, un quart... La fe en nosaltres, la fe en els nostres mètodes i drogues (és) el gran capital de la professió... la pedra de toc de l'èxit en Medicina... i en tractar dels fonaments de la terapèutica ha de considerar-se com un dels seus elements de més valor, fins a tal punt que si no el tinguéssim aniríem molt malament.

Shapiro (1979) escriu que tant els 800 remeis i les 700 drogues que s'anomenen en el famós papirus d'Ebers —que es creu que és un compendi de tots els coneixements mèdics de l'antic Egipte—, com els procediments d'Esculapi, Hipòcrates, Galè i centenars d'altres metges importants al llarg de la Història, foren remeis inespecífics o placebos.

Encara que, en la nostra opinió, un judici tan draconia hauria de suavitzar-se ja que l'opi i el cànem indi, per exemple, es van fer servir des de l'antiguitat per nombroses cultures (Cfr. Bayés, 1977), i per raó de les seves propietats analgèsiques es van poder dur a bon terme operacions quirúrgiques de valor terapèutic indubtable, el cas és que la dificultat de dosificació les convertien molt sovint en insegures o perilloses.

Les medecines de l'Antiguitat solien consistir en herbes de gust desagradable, sang, excrements i substàncies orgàniques i inorgàniques de tota mena: dents de porc, esperma de granota, plomes, excrement de cocodril, greix d'eunuc, píndoles d'escorçó, suor humana, etc. L'objectiu de la seva administració, en general, era clar: fer fugir el dimoni que, amb seguretat, es trobava dins el cos de la persona malalta.

Un principi similar encara que fent servir una tendència tècnica diferent és el que, originalment, sosté l'ús de sangoneres en Medicina. Al principi, el fet de treure sang als malalts es fonamentava en la creença que el dimoni responsable del dolor es trobava a la sang i que les sangoneres, en xuclar-la, el treien ensems amb ella. Més endavant, la idea dominant va ser que, en sagnar, es desviava el mal fent-lo passar d'un lloc a l'altre. Durant l'Edat Mitjana les prescripcions per sagnar i les tècniques que, en cada cas, havien de fer-se servir, van ser molt detallades i se solien trobar determinades per criteris astrològics. La seva popularitat va ser molt variable arribant a un màxim el segle passat a França, on Bouillaud, degà de

la Facultat de Medicina, considerava que treure sang era el remei ideal per tota mena de malalties agudes. En aquest país, mentre que l'any 1824 en tenien prou amb 300.000 sangoneres, tres anys més tard va ser necessari importar-ne 33 milions de l'estranger una vegada esgotades les existències pròpies, i el 1833 el nombre de sangoneres importades va arribar a la xifra de 41 milions.

Els pacients d'altres cultures encara van tenir pitjor sort. En alguns pobles primitius es creia que el mal de cap era degut a la presència en el cap d'un mal esperit. Si els sortilegis no aconseguien treure'l del cos es feia servir un tractament molt més directe: es trepanava el malalt per fer que el dimoni sortís pel forat.

En altres indrets, els malalts foren més afortunats i els dimonis o les malalties eren foragitats per mitjans menys traumàtics. La guarició per imposició de mans va ser practicada entre els hebreus, els grecs i els romans. Els antics profetes de la Bíblia solien guarir els malalts imposant-los les mans sobre el seu cap, i de forma semblant actuava Esculapi. Plini afirma que Pirrus, rei d'Epir, guaria les malalties de la melsa tocant el pacient amb el dit gros del peu dret, i Tàcit assegura que Vespasià guaria els cecs tocant-los els ulls.

En algunes societats occidentals aquest poder de guarir per mitjà de la imposició de mans va ser durant molts segles patrimoni del seus reis, i fins i tot varen esclatar baralles entre França i Anglaterra per tal com tots dos reis volien la prioritat. Els francesos defensaven que el poder de guarir l'havia aconseguit Clodoveu el dia del seu baptisme i coronació l'any 496, mentre que els anglesos responien que els reis de França havien adquirit la gràcia guaridora com herència colateral dels reis d'Anglaterra. Sigui com sigui, el cas és que el segle XI la terapèutica per *toc de rei* era admesa en tot l'Occident i que els malalts hi anaven des d'Espanya, Flandes, Alemanya, Lombardia i Itàlia, i es calculava que el segle XVIII, Carles II d'Anglaterra, els dinou anys del seu regnat, va aplicar aquesta terapèutica del *Royal Touch* a unes 80.000 persones.

Els metges d'aquestes èpoques solien recomanar als seus pacients la cura reial. William Clowes, cirurgià d'Isabel d'Anglaterra i encomanat d'assistir a la cerimònia del tocament, afirma que bona part del súbdits de la seva Majestat i també molts estrangers que, en altre cas, haurien mort miserablement, van ser guarits amb aquesta terapèutica. Per la seva part, André Laurens, primer metge d'Enric IV el Gran, introdueix la clàssica nota de delícies chauvinisme francès en defensar que la gràcia de guarir era propietat absoluta del rei de França.

Ben entrat el segle XIX, Carles X de França, durant les cerimònies de la seva coronació, que va tenir lloc el 1824, encara va tocar 121 malalts que li varen ser presentats per dos metges de fama: Alibert i Dupuytren.

A l'Edat Mitjana, per aprofitar millor el poder guaridor de les relíquies dels sants, es va arribar fins i tot a fer servir una tècnica originària de Síria consistent en col·locar en un lloc alt un dipòsit d'oli que anava baixant lentament per gravetat i que després de passar per les despulles del sant es recollia a la part inferior impregnat ja de les virtuts del mort. Segons sembla, l'acollida del producte fou magnífica.

L'any 1348, per fer front a la pesta, la Facultat de Medicina de París va donar els següents consells:

- a) Cremar gran quantitat d'incens i flors de camamilla a les places públiques, llocs concorreguts i interior dels domicilis.
- b) Dormir només fins la sortida del sol.
- c) En cap cas, prendre oli d'oliva ja que pot ser mortal.
- d) No banyar-se ja que pot ser perillós.
- e) Evitar els contactes sexuals ja que poden ser tant dolents com l'oli d'oliva.

El segle XVII alguns dels remeis que feien servir els metges espanyols —admesos per

la Inquisició mentre no s'acompanyessin de paraules o cerimònies sospitoses— es poden trobar en el tractat de Castañega de 1669, el qual s'expressa en els següents termes:

Algunos de los médicos mandan traer algunas raíces colgadas al cuello para remediar algunas enfermedades, como la raíz de peonía o los granos della, para la pasión de la gota, coral y para las cuartanas unos animales pequeños vivos como grillos o langostas o arañas (veure Muñoz Calvo, 1977, pàg. 37).

En la *Carta Filosòfica-Médico-Chímica* de Juan de Cabriada, apareguda el 1687 i considerada per López Piñero com a fita fonamental per a la introducció de la Medicina moderna a Espanya, es pot llegir: “Me ha sucedido en algunas juntas proponer algún remedio químico o algunas doctrinas nuevas anatómicas y entrar luego los médicos, que se siguen hablando, y decir, dejémonos de químicas, que nuestros pasados curaron sin estas novedades”; encara que la farmacopea europea de l'època no semblava trobar-se massa avançada si hem de judicar per l'edició del segle XVII de la *London Pharmacopea* que inclou, entre altres productes: els cucs, les píndoles d'escorçó, la pols de pedres precioses, l'oli de maó, les formigues, el cabell, la suor humana, la saliva, les teranyines, els polls, els ulls de cranc, les ungles i els orins.

No deixa de ser significatiu que, el segle XVI, Hernán Cortés, després de conèixer la Medicina precolombina, la qual feia servir orins, matèties fecals i objectes tals com dents de mort i ulls de llop, escrivís a Carles V per demanar-li que no autoritzés l'anada a Mèxic de metges espanyols ja que la gran habilitat i coneixements dels metges azteques ho feien innecessari.

Actualment, encara que el panorama ha millorat molt en el sentit que el metge pot disposar de substàncies actives adequades per combatre amb eficàcia un cert nombre de processos patològics, el cas és que el seu ús específic es complica a causa, en gran part, de:

- a) El nombre de productes farmacèutics. Mentre que la llista de l'Organització Mundial de la Salut tenia solament 220 medicaments bàsics el 1978, el mercat espanyol de 1977 disposava de 12.227 preparats farmacèutics (Cfr. Lobo, 1980).
- b) La minvada informació de molts metges respecte a l'acció específica, efectes secundaris, contraindicacions, etc. dels fàrmacs que administren als seus malalts. Laporte, Du Souich i Erill (1976), en el comentari d'una enquesta feta a 272 metges, escriuen:

Existen medicamentos que más de un 70% de los encuestados admitieron prescribir y de los que, en cambio, no conocían su composición, y otros medicamentos que eran prescritos también por la mayoría de los encuestados y de cuyos componentes sólo un pequeño porcentaje de dichos encuestados tenía conocimiento.

Si a aquesta realitat hi afegim que, d'acord amb els descobriments de la cronobiologia, les mateixes drogues poden produir efectes diferents segons el moment del cicle biològic en què son administrades, i que aquesta dada els metges no solen tenir-la en compte, els resultats de l'enquesta que acabem d'esmentar encara s'enfosqueixen més.

- c) Les equivocacions de diagnòstic dels metges.
- d) Els errors d'autodeterminació dels malalts ambulatoris que es calcula afecten el 40% dels casos (Bonal de Falgas, 1974; González Duro, 1979; Rachman i Philips, 1978; Valtueña, 1979).
- e) La informació deficient que solen tenir els metges de la història medicamentosa dels seus pacients (Bonal de Falgas, 1974).
- f) La temptació del “tarugo”, pràctica mèdica tradicional d'uns quants segles d'antigui-

tat que en els nostres temps ha assolit rècords veritablement notables, i es calcula que l'any 1978, per aquest procediment, s'havien estafat a la *Seguridad Social* espanyola uns 100.000 milions de pessetes (*Cambio 16*, 1978).

Aquests fets es poden completar amb la dada no menys rellevant denunciada per Béraud (Cfr. Bayés, 1979) que entre el 30 i el 40% dels productes que formen l'actual farmacopea tenen una acció farmacodinàmica feble o nul·la, estimació que coincideix tant amb la que dóna una editorial del *British Medical Journal* de 1952, que assenyalava que un medicament és receptat "com un placebo aproximadament en el 40% dels pacients en Medicina General", com amb la quantitat de "malalts funcionals" que troben nombrosos estudis (Bykov i Kurtsin, 1968; Delay i Pichot, 1962; García Sevilla, Canalda, De Flores, Merín i Pérez, 1978; Goldberg i Blackwell, 1970; Helsing, 1958; Roberts i Norton, 1952; Shepherd, Fisher, Stein i Kessel, 1959; Sidavon, 1969; Tizón, 1974; Tizón, Salamero, De la Lama, Díaz-Munquira i Freixas, 1978), la qual varia, segons els autors, entre el 22% i el 60%, amb una mitjana de 40,43%.

El 1970, el 30% de totes les receptes mèdiques que es van fer als Estats Units corresponia a drogues psicòtropes, i aquest any el nivell de consum de tranquil·lizants i píndoles per a dormir de les dones espanyoles era, aparentment, molt similar al de les fèmies de Califòrnia (Cfr. Bayés, 1977). Tenint en compte: a) la gran quantitat de medicaments psicòtrops que hi ha al mercat; b) l'alta probabilitat que molts fàrmacs siguin prescrits a dosis insuficients; c) la impossibilitat, en la majoria dels casos, de controlar eficaçment la seva administració; i d) la manca d'aprenentatge dels metges. Shapiro (1979) arriba a la conclusió, potser excessiva, que en el 95% dels casos, aquestes drogues, es fan servir, més que res, per l'efecte placebo que produeix el seu consum. En paraules d'aquest autor: "les drogues psicòtropes s'han convertit, en gran mesura, en els gloriosos placebos de la nostra generació". Placebos una mica cars, val a dir-ho, i que poden donar lloc —tant com els antibiòtics, dels quals Espanya es calculava fa poc que en consumia sis vegades més dels necessaris— a les anomenades malalties iatrogenes.

Si ens preguntem com és possible que els metges, malgrat la inutilitat i, fins i tot, moltes vegades, la perillositat dels tractaments emprats, han aconseguit conservar, com a classe, una innegable posició de respecte i poder al llarg de les cultures i de les èpoques, només trobem una resposta possible a aquest fet increïble: amb independència de la inoperància o toxicitat dels remeis que han fet servir, un nombre important de guaricions o millores han degut seguir a la intervenció dels metges, la qual cosa no vol dir necessàriament —encara que aquesta hagi estat la interpretació— que s'hagin degut als coneixements i habilitats d'aquests professionals. En la nostra opinió, bona part d'aquestes guaricions o millores han d'atribuir-se —i continuen essent atribuïbles— a l'anomenat efecte de placebo.

A fi de demostrar la realitat d'aquest efecte està al nostre abast fer quelcom més que esbrinar els textos d'Història, les narracions antropològiques o la simple anècdota. Podem portar a terme experiments controlats amb totes les garanties científiques.

Gold, Kwit i Otto (1937), en un dels treballs capdavanters en l'aplicació de les tècniques a cegues, varen demostrar la importància del paper que juga la confiança del metge en el tractament que aplica, en els resultats terapèutics que aconsegueix. En emprar una tècnica simple cec —tècnica en la qual els subjectes no poden diferenciar la substància inerta de la droga activa, però l'administrador sí— es varen aconseguir millors resultats amb la droga activa que amb el placebo, però en replicar l'experiment amb una tècnica doble cec —en la qual ni els subjectes ni l'investigador poden diferenciar-los *a priori*— els resultats corresponents a la droga activa i al placebo van ser similars.

Beecher (1955), en una revisió de 26 investigacions empíriques diferents que varen afectar un total de 1.082 subjectes amb problemes tals com dolor postoperatori agut, angina de pit, mal de cap, refredat, etc., troba que el percentatge de pacients que milloren amb l'administració de placebos purs —comprimits de lactosa, injeccions de solució salina, etc.—

varia entre el 30% i el 40%, ultrapassant en alguns casos el 50%. Per valorar millor aquests resultats és convenient recordar que una dosi normal de morfina aplicada a malalts amb dolor postoperatori agut només redueix el dolor a la meitat en el 75% de casos. Beecher (1955) també informa que l'administració de placebos pot donar lloc a efectes secundaris indesitjables tals com sequedat de boca, mareig, dificultats de concentració, ensopiment, etc., que solen afectar, en general, el 15% dels pacients.

Park i Covi (1965), en un treball sorprenent portat a terme en el *John Hopkins Hospital* de Baltimore, van demostrar que malgrat que es digués explícitament als pacients que allò que se'ls donava era un placebo, milloraven. Park i Covi varen donar als seus 15 subjectes neuròtics la següent explicació:

Moltes persones amb un tipus de problema similar al seu han millorat amb l'administració d'un producte que, a vegades, rep el nom de "píndoles de sucre" i pensem que una d'aquestes píndoles també el podria ajudar a vostè. Les coneix? Una píndola de sucre no porta cap tipus de medicament. Estic convençut que aquesta píndola pot anar-li bé a vostè com ja ha passat a moltes altres persones. Està disposat a fer la prova?

Aquestes indicacions s'acompanyaven del lliurament d'un flascó amb l'etiqueta del *John Hopkins Hospital* que tenia píndoles de color rosa que el pacient havia de prendre tres vegades al dia amb els àpats.

Els resultats que es van aconseguir varen ser els següents:

- a) Dels 15 pacients que van rebre les instruccions, 14 anaren a la segona visita.
- b) 13 dels 14 van millorar, i es concretà aquesta millora en una disminució dels símptomes d'un 41%.
- c) 3 es van queixar d'efectes secundaris.
- d) 9 van dir que estaven convençuts que les píndoles de sucre eren la causa principal de la seva millora.
- e) 4 van manifestar que la píndola de sucre era "el més eficaç que els havien donat en tota la vida".
- f) No es varen trobar diferències entre els efectes observats en els 8 subjectes que van creure en la informació rebuda a la primera visita, i els 6 que, malgrat les indicacions, estaven concençuts que se'ls donava una droga activa.

Una altra peça d'evidència en la mateixa direcció ens la dona un interessant treball d'Evans (1974). Aquest autor, després de revisar nombrosos treballs en els quals es comparen els efectes de diferents analgèsics i placebos, arriba a la conclusió que l'eficàcia d'un placebo en relació a la d'una dosi normalitzada d'un agent analgèsic, administrats mitjançant una tècnica doble cec, es manté constant al voltant del 50%. En altres paraules, quan l'eficàcia aparent de l'agent farmacològic actiu que es fa servir a la investigació. Si emprant una tècnica doble cec, s'administren morfina i placebo, l'eficàcia d'aquest darrer serà, aproximadament, d'un 50% respecte a l'efecte analgèsic de la morfina; i si els productes que es comparen són l'aspirina i un placebo, amb el placebo s'aconseguirà, igualment, un efecte analgèsic d'un 50% però, respecte a l'aspirina. Evans considera que les expectatives de l'administrador sobre la potència de la droga que està administrant, es comuniquen per algun mitjà al pacient i constitueixen un poderós mitjancer de l'eficàcia terapèutica global.

Fischer i Dlin (1957) han suggerit que "pot convertir-se en placebo qualsevol objecte que s'ofereixi amb intenció terapèutica", i Stroebel i Glueck (1973) han assenyalat que els efectes placebo constitueixen una peça fonamental de la tècnica de *biofeedback* i que, per tant, haurien de ser avaluats i manipulats explícitament en lloc de silenciats; punts de vista

que ha obtingut evidència empírica en un treball de Plotkin (1980), el qual ha demostrat que les persones que creuen que estan fent un aprenentatge en *biofeedback* a fi de controlar el seu ritme cerebral alfa és molt probable que informin d'“experiències alfa” —estat que es caracteritza per: relaxació, pèrdua del sentit del temps i de la gravetat, benestar generalitzat, absència o disminució del flux de pensament, etc.— independentment que hagin rebut retroalimentació correcta o falsa.

Curiosament, fins el moment s'ha col·locat més èmfasi a portar a terme investigacions a fi de destacar els possibles valors terapèutics de noves drogues mitjançant el control d'un subproducte molest anomenat efecte placebo, que a dissenyar treballs que, a partir del reconeixement de la importància innegable dels factors psicològics en tot acte terapèutic, tinguessin com a fi prioritari l'estudi del propi efecte placebo i les variables de les quals sens dubte ha de ser funció.

Es diria que tot passa com si els terapeutes —metges, psiquiatres, psicòlegs— i farmacèutics tinguessin por de treure a la llum el fet innegable que, en molts casos, allò que guareix les “malalties” i alleuja els dolors dels seus clients no són els seus coneixements criptogràfics, adquirits després de llargs anys d'estudis, recerca i reflexió, ajudats per l'acció de sofisticats —i cars— fàrmacs i aparells, sinó el modest efecte placebo, el qual pot ser potenciat pel professional manipulant elements que es troben a l'abast de qualsevol i que poden ser utilitzats amb una eficàcia similar o més gran —com de fet així és en moltes de les anomenades Medicines alternatives— per persones que no solament no són metges sinó que mai no han trepitjat una Facultat universitària i, a vegades, ni tan sols saben llegir.

Considerem simptomàtic que, malgrat que un component placebo formi part, probablement, de totes les terapèutiques psiquiàtriques i que, possiblement, si moltes poden presumir d'algun èxit ho deguin a ell per complet, un dels manuals de Psiquiatria més populars a les nostres Facultats de Medicina (Ey, Bernard i Brisset, 1975), en les seves 1091 pàgines de la setena edició espanyola, no esmenti una sola vegada el terme “placebo”,

Resumint el nostre punt de vista: en els casos en què no es disposi d'un remei específic conegut, l'única contribució personal autènticament valuosa del metge en el procés guaridor continua essent, avui com fa vint segles, el seu somriure confiat, les seves paraules d'esperança i la pràctica del sublim i delicat art de la col·locació paternal de la mà a l'espatlla, ja que de les altres variables capaces d'influir en l'efecte placebo, unes es troben en el pacient i són, en gran mesura, producte de la seva història personal, i les altres —el paper social del metge, la bata blanca, les receptes il·legibles, les impressionants píndoles de coloraines, etc.— li són conferides per la tradició cultural i són independents de la seva vàlua i esforç personal, depenent únicament del context on porta a terme la seva activitat.

El pudor de molts metges i psiquiatres davant la simple menció dels placebos, ¿no serà degut a la por que un reconeixement públic i generalitzat del veritable origen de molts dels “seus” èxits terapèutics pogués traduir-se en l'existència popular d'una disminució dels seus, massa sovint, desproporcionats honoraris?

Toro, Daurella, Penzo, Basil, Jorquera i Salmurri (1981) denuncien encertadament:

Los países desarrollados están dedicando a la salud alrededor del 11% de su Producto Nacional Bruto. Pero lo más importante es que los costes de la salud están creciendo dos veces más deprisa que la inflación. Hablando en términos estrictamente económicos, nuestras sociedades no tienen más remedio que disminuir las enfermedades y los enfermos (pág. A-7).

Encara que, segons creiem, aquesta darrera fita es troba en contradicció amb l'ampliació, defensada per aquests mateixos autors —i també per molts altres—, del terme “malaltia” perquè compregui, de forma pràcticament il·limitada, tots aquells trastorns produïts pel medi social:

En consecuencia puede constituirse en tal agente (patógeno) todo cuanto rodea al individuo, principalmente las personas que lo rodean, los comportamientos de dichas personas, sus palabras, la organización de la vida familiar, de la vida laboral, la conflictividad política, ideológica, el peso del pasado, la incertidumbre acerca del futuro. Todo ello es capaz de enfermar al ser humano (pág. C-23).

Deixant de banda l'augment de cost que suposa, normalment, la medicalització de qual-sevol problema i que, en principi, sembla una mica absurd ampliar el camp d'acció dels metges en uns moments en què la seva qualitat professional en terrenys que ningú no els discuteix no és massa satisfactòria (Cfr. Bayés, 1979), creiem que l'aplicació universal i indiscriminada dels termes "malalt" i "malaltia" tenen, a la nostra cultura, connotacions "nocebo" i poden dificultar o inhibir l'aparició d'efectes placebo positius controlats per la pròpia persona, els seus familiars o un professional no metge; retardar la seva recuperació i facilitar que el pacient prengui una postura passiva davant el trastorn ja que el paper de malalt, al marge de les seves implicacions emotives, normalment indesitjables, suposa que el subjecte no es pot valdre per ell mateix per sortir-se de l'estat en què es troba i, necessàriament, ha de posar-se en mans d'un guardador oficial, un metge diplomad, el qual monopolitza, d'aquesta manera, la dispensa de placebos, convertint-se ell mateix —possiblement per simple associació pavloviana— en el placebo universal per excel·lència.

En una paraula: tenint en compte que el terme malaltia té connotacions negatives i no aporta, en si mateix, cap nou coneixement i que es pot normalment substituir, per exemple, per "alteració" o "trastorn", en la nostra opinió, només es justifica, èticament, la seva aplicació quan aquest etiquetatge pot contribuir, en alguna mesura, al benestar o millora del pacient —fent-li posar al llit, per exemple— i sempre que no hi hagi la possibilitat de solucions no mèdiques més eficaces o igualment eficaces però que suposin per al pacient una autonomia més gran o un risc més petit, ja que en cap moment s'han d'oblidar els perills d'iatrogènia, inevitables companys de viatge de molts tractaments mèdics.

Si considerem:

- a) que el cost corresponent a les prestacions sanitàries de la *Seguridad Social* espanyola serà al voltant dels 600.000 milions de pessetes l'any 1981 (Aretes, 1981);
- b) que una part important d'aquesta xifra correspon a sous de metges i consum de fàrmacs;
- c) que a aquesta tremenda xifra de la Medicina pública caldria afegir-ne una altra —probablement no menys important— corresponent a la Medicina privada.
- d) la crisi econòmica que travessa el país, i les necessitats socials encara sense la deguda atenció, per exemple, en el camp educatiu;
- e) que moltes feixugues prestacions portades a terme per metges es poden considerar, en tot o en part, prestacions-placebo,

ens hem de plantejar la viabilitat d'un model que sigui capaç d'oferir solucions igualment eficaces i més econòmiques en el camp de la Salut.

Per tenir èxit, el model sanitari que proposem necessitaria l'acceptació de les següents premisses:

- 1) El control guaritiu placebo deixaria de ser patrimoni exclusiu de les instàncies professionals mèdiques, psiquiàtriques i psicològiques per passar a ser compartit per tota la població. Aquest objectiu es portaria a terme mitjançant una doble acció paral·lela de tipus formatiu:
 - a) Respecte als ciutadans. Caldria aconseguir un canvi d'hàbits culturals, amb la participació dels mitjans de comunicació de masses, les escoles i els membres de les actuals instàncies sanitàries, entrenant els ciutadans en el coneixement i manipulació

directa —sense intervenció de professionals de cap mena— d'aquelles variables internes, capaces de produir o potenciar efectes placebo, i ensenyant a la població que, en moltes ocasions, aquesta acció substitueix avantatjosament la ritual ingesta de fàrmacs a la qual es troba acostumada.

- b) Respecte als metges. Per una banda, aquests haurien de limitar l'ús del terme "malalt" a aquells casos en què, èticament, consideressin que aquesta etiqueta és la contribució més positiva possible al procés guaridor; per altra, sempre que fos factible, haurien de traspassar als propis interessats o a professionals no metges —segons el cas— el control i manipulació dels efectes placebo, prescindint, sempre que poguessin, de la pràctica rutinària de receptar fàrmacs.
- 2) Hauria de donar-se prioritat a les investigacions científiques que tinguessin com a objectiu l'estudi de les variables i mecanismes responsables de l'efecte placebo.
- 3) En les Facultats de Medicina i Psicologia hauria de donar-se la màxima importància, en els dissenys curriculars, a l'estudi de l'efecte placebo ja que, probablement, no puguí administrar-se cap tractament, específic o no, ni portar-se a terme cap exploració —llevat que el pacient es trobi sense coneixement— sense que intervinguin components inespecífics, placebo o nocebo, que alterin en alguna mesura els resultats.

El nostre model, que anomenem *Model somàtico-conductual 2* perquè substitueix el *Model somàtico-conductual* presentat fa algun temps (Bayés, 1979), inclou, com a factor important, l'activitat guaridora del propi pacient, i pot observar-se en la Figura 1.

Tenim confiança que el nostre model pugui ser un pas endavant en la desmedicalització —despsiquiatriització, despsicologització— de tots aquells casos en què això sigui factible, mitjançant el traspàs als interessats del control del seu propi efecte placebo, en línia amb el pensament de Ribes (1980), el qual demana als psicòlegs que es plantegin com una de les seves fites importants "la desprofessionalització", entenent-la com "la transferencia a los no profesionales de los procedimientos y conocimientos tecnológicos que permitan su aplicación extendida y permanente por aquellos que, tradicionalmente, han sido sólo recipientes de servicios" (pág. 23).

Quan en el títol d'aquest treball hem qualificat el metge com un "placebo de luxe" és perquè estem convençuts que, malauradament, moltes vegades, aquest és el seu paper i que en aquesta tasca podria ser substituït avantatjosament per placebos igualment eficaços, menys perillosos i més econòmics, i, a vegades, per tècniques específiques pròpies de professionals no mèdics. Però que ningú no cregui que volem la supressió dels metges. Res més lluny del nostre pensament. En el nostre model, el metge continua essent una peça clau; només que els seus límits d'actuació queden restringits per als casos i moments en què pot portar a terme una acció eficaç autènticament *professional*.

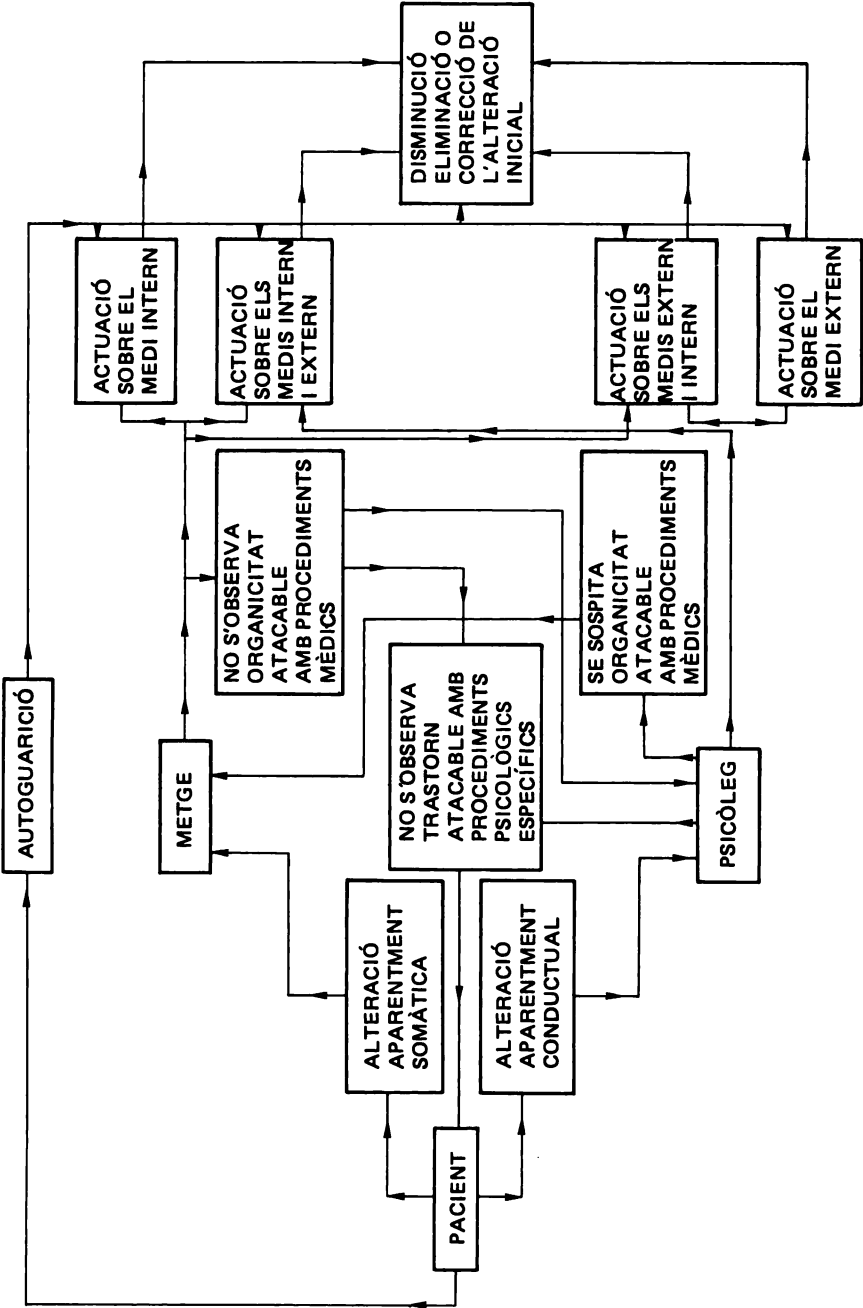


Figura 1. Model somàtico-conductual 2

BIBLIOGRAFIA

- BAYES, R. *Iniciación a la farmacología del comportamiento*. Barcelona: Fontanella, 1977.
- BAYES, R. *Psicología y medicina: interacción, cooperación, conflicto*. Barcelona: Fontanella, 1979.
- BEECHER, H.K. The powerful placebo. *Journal of the American Medical Association*, 1955, 159, 1602-1606.
- BONAL DE FALGAS, J. Información de medicamentos entre el farmacéutico de hospital y el enfermo. *XVIII Asamblea Nacional de Farmacéuticos de Hospitales*, LIADE, 1974, pág. 97-111.
- BYKOV, K.M. i KURTSIN, I.T. *Kortiko-vitserálnia patologuia*. Traducció: *Patología córtico-visceral*. Madrid: Atlante, 1968.
- Cambio 16*, El escándalo de las batas blancas: estafaron 100.000 millones, 1978, núm. 366, 22-32.
- DELAY, J. i PICHOT, P. *Abregé de psychologie a l'usage de l'étudiant*. París: Masson, 1962. Traducció: *Manual de psicología*. Barcelona: Toray-Masson, 1966.
- EVANS, F.J. The placebo response in pain reduction. Dins J.J. Bonica (Ed.) *Pain. Advances in neurology*. Nova York: Raven Press, 1974, pág. 289-296.
- EY, H., BERNARD, P. i BRISSET, C. *Manuel de psychiatrie*. París: Masson. Traducció: *Tratado de psiquiatría* (7a. edició). Barcelona: Toray-Masson, 1975.
- FISCHER, H.K. i DLIN, B.M. The dynamics of placebo therapy: a clinical study. *American Journal of Medical Science*, 1956, 232, 504-512.
- GARCIA SEVILLA, L., CANALDA, G., DE FLORES, T., MERIN, N. i PEREZ J. El paper d'un laboratori de psicologia anormal dins un hospital universitari. *Annals de Medicina*, 1978, 64, 763-793.
- GOLD, H. KWIT, N.T. i OTTO, H. The xanthines (theobromine and aminophylline) in the treatment of cardiac pain. *Journal of American Medical Association*, 1973, 108, 2173-2179.
- GOLDBERG, D.P. i BLACKWELL, B. Psychiatric illness in general practice. A detailed study using a new method of case identification. *British Medical Journal*, 1970, 2, 439-443.
- GONZALEZ DURO, E. *Consumo de drogas en España*. Madrid: Villalar, 1979.
- HELSBORG, H.C. Psychiatric investigations of patients in a medical department. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1958, 33, 303-335.
- HOUSTON, W.R. Doctor himself as therapeutic agent. *Annals of Internal Medicine*, 1938, 8, 1416-1425.
- LAIN ENTRALGO, P. Hacia una terapéutica general antropológica. Dins P. Laín (Ed.) *Historia universal de la medicina* (Volum VII) Barcelona: Salvat, 1975, pág. 232-235.
- LAPORTE, J., DU SOUICH, P. i ERILL, S. Conocimiento por parte del médico de la composición y propiedades de las especialidades farmacéuticas prescritas. *Revista Clínica de Especialidades*, 1976, 140 (3), 269-274.
- LOBO, F. La publicidad farmacéutica en España. *Papers. Revista de Sociología*, 1980, núm. 14, 99-132.
- MUÑOZ CALVO, S. *Inquisición y ciencia en la España moderna*. Madrid: Editora Nacional, 1977.
- OSLER, W. *The principles and practice of medicine*. Nova York: Apleton, 1892.
- PARK, L.C. i COVI, L. Nonblind placebo trial. *Archives of General Psychiatry*, 1965, 12, (4), 336-345.
- PLOTKIN, W.B. The role of attributions of responsibility in the facilitation of unusual experiential states during alpha training: an analysis of the biofeedback placebo effect. *Journal of Abnormal Psychology*, 1980, 89, 67-78.

- RACHMAN, S.J. i PHILIPS, C. *Psychology and medicine*. Harmondsworth, Middlesex: Penguin, 1978.
- RIBES, E. Consideraciones metodológicas y profesiones sobre el análisis conductual aplicado. *X Simposio Internacional de Modificación de Conducta*, Bogotá, Juny 1980 (No publicat).
- ROBERTS, B.H. i NORTON, N.M. Prevalence of psychiatric illness in a medical outpatient clinic. *New England Journal of Medicine*, 1952, 246, 82-86.
- SHAPIRO, A.K. The placebo effect. Dins W.G. Clark i J. Del Guidice (Eds.) *Principles of psychopharmacology* (2a. edició). Nova York: Academic Press, 1979, pàg. 441-459.
- SHAPIRO, A.K. i MORRIS, L.A. The placebo effect in medical and psychological therapies. Dins S.L. Gardfield i A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis* (2a. edició). Nova York: Wiley, 1978, pàg. 369-410.
- SHEPHERD, M., FISHER, M., STEIN, L. i KESSEL, W.I.N. Psychiatric morbidity in an urban group practice. *Proceedings Royal Society of Medicine*, 1959, 52, 269-274.
- SIDAVON, P. Formation psychologique des étudiants en médecine. *Psychologie Medicale*, 1969, 1, 29-36.
- STROEBEL, C.F. i GLUECK, B.C. Biofeedback treatment in medicine and psychiatry: an ultimate placebo?. *Seminars in Psychiatry*, 1973, 5, 378-393.
- TIZON, J.L. Enfermos orgánicos y funcionales en la consulta de medicina general del Seguro de Enfermedad. Comunicación preliminar. *Medicina Clínica*, 1974, 63 (2), 72-79.
- TIZON, J.L., SALAMERO, M., DE LA LAMA, E., DIAZ-MUNGUIRA, J.M. i FREIXAS, J. El uso del G.H.Q. en diversos medios ambulatorios y su comparación con la población general. *XVI Reunión de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Granada, Setembre 1978, pàg. 27-54.
- TORO, J., DAURELLA, N., PENZO, W., BASIL, C., JORQUERA, A. i SALMURRI, F. *Lecciones de psicología médico-social*. Barcelona: Departament de Psiquiatria i Psicologia Mèdica de la Universitat de Barcelona, 1981.
- VALTUEÑA, J.A. Despreocupaciones que matan. *Jano*, 1979, núm 363, 15.

EL MOVIMENT DE SALUT INTEGRAL (HOLISTIC HEALTH) ALS ESTATS UNITS

Grace González-Glenn
Antonio Ugalde Blasco

Els darrers anys a Estats Units hi ha hagut un interès creixent per la salut. Cada dia hi ha més consciència sobre aquells aspectes de la vida moderna que presenten un perill per a la salut i la gent comença a preocupar-se seriosament per trobar maneres de protegir-la i millorar-la. Temes i discussions sobre la salut apareixen pertot arreu, en revistes populars, en diaris, en programes de televisió i de ràdio i en els programes d'educació per adults. Es posa èmfasi en la cura que cada persona ha de tenir de la seva salut, i sens dubte, la gent està cercant informació que li permeti de millorar el seu estat de salut que en general deixa molt a desitjar.

Es pot observar la presa de consciència sobre la salut en els canvis de vida que s'estan donant als Estats Units. Per exemple, la gent ha començat a fer *footing* o com es diu als Estats Units *jogging* i altres exercicis físics per mantenir la seva forma física. Els parcs i de vegades els carrers del país recorden les de les ciutats orientals a on quan apunta el dia s'apleguen milers de persones per fer col·lectivament exercicis de calistènia. Igualment es comença a tenir cura de l'alimentació cercant dietes que siguin més saludables, aliments de baix risc cancerós, de major valor nutritiu, o menys nocius per al sistema cardiovascular. La separació física dels fumadors en moltes oficines, en els avions, en els restaurants i en molts altres llocs públics així com la creixent presa de consciència sobre els efectes destructius del cigarret, de l'alcohol i d'algunes drogues són una altra manifestació més de l'interès que el nord-americà comença a tenir sobre la seva salut. També augmenta l'interès sobre les condicions de treball i l'estress, i sobre altres malalties ocupacionals. Per primer cop en la història del país alguns sindicats obrers han usat el seu poder polític per protestar sobre les condicions perilloses de les fàbriques, de la contaminació de l'aire i el soroll que hi ha (Page i O'Brien, 1973).

En el centre d'aquest moviment de presa de consciència sobre la salut es troba un moviment que s'ha donat a conèixer sota el nom genèric de salut integral (*holistic* o *wholistic health*). El nom *holistic* ve del grec *holos* que està relacionat en anglès amb les paraules *health* (salut), *hallow* (sagrat), *holy* (sant) o *heal* (netejar o restaurar la puresa o integritat primitiva) (Bloomfield i Kory, 1978: 45; Svihus, 1977: 17). És clar que *holistic* significa quelcom més que salut integral o total. A més a més de referir-se a un estat de salut o benestar inclou el concepte de sanitat, i d'unitat amb l'univers. *Holistic* es pot entendre com un estat de benestar complet: físic, espiritual, mental i d'harmonia amb l'univers. En realitat aquest significat no és massa diferent de la definició proposada per l'Organització Mundial de la Salut (OMS, 1948: 100).

El principi bàsic del moviment és considerar "la persona completa i en el context de tot l'ambient que l'envolta" (*the whole person in the context of the total environment*, Sobel, 1979: 16). El moviment de salut integral és, però, quelcom més que una orientació vers la salut basada en el concepte de l'home total. El moviment integral és una filosofia,

una posició o postura política, una manera de viure, un conjunt de principis morals, o totes aquestes coses juntes. Les persones que participen en el moviment reben tot un conjunt de valors i principis, adopten actituds i practiquen unes activitats l'objectiu final de les quals és la promoció de la salut. Dit d'una altra manera, s'ha convertit en un estil de vida. Hi ha persones que participen en el moviment i hi cerquen com incorporar alguns aspectes de la salut integral en la seva vida o rutina diària. Tant si es troben totalment o parcialment immersos en l'estil de vida del moviment, tots el qui d'alguna manera hi participen creuen en la responsabilitat personal de cada individu per la seva pròpia salut, en la promoció de costums saludables i en la recerca de diferents alternatives guaritives.

L'origen del moviment és divers i respon, com es dirà més endavant, a circumstàncies històriques i a altres moviments socials que han existit en el país. En part està inspirat en la teoria integrista publicada el 1926 pel filòsof sudafricà Ian Christian Smut. En el seu llibre *Holism and Evolution* Smut avença la tesi que l'integrisme és un procés evolucionari a través del qual tot ésser creix i es desenvolupa fins que troba el seu estat d'integritat o perfecció després del qual evoluciona a una forma nova. D'aquesta teoria el moviment de la salut integral desenvolupa la idea que l'home ha de cercar activament un estat de benestar màxim i no solament cercar solucions o lliurar-se de la malaltia. És una orientació positiva i activa vers la salut i no negativa com és la de la medicina alopàtica l'interès primordial de la qual és cercar guaricions i teràpies per a les nostres malalties.

Salut integral i modalitats de promoció de salut

Una de les característiques bàsiques del moviment és l'enorme varietat de modalitats que utilitza per incrementar la salut. Algunes provenen de la cultura occidental, altres de l'oriental, algunes són ancestrals i altres són modernes, unes són ben conegudes com el ioga o l'acupuntura i altres són esotèriques i metafísiques. Els qui participen en el moviment tenen una orientació àmplia envers les diverses tècniques i les combinen. Aquestes modalitats satisfan la necessitat de salut de la persona total: cos, ment i esperit, tot i que generalment estan dirigides a una o dues dimensions de l'ésser humà. No hi ha relació o organització entre elles en el sentit que una segueix l'altra i per tant no té massa sentit agrupar-les en categories. No obstant això per facilitar la presentació als lectors que no estiguin familiaritzats amb elles les hem agrupades en varies categories d'acord amb l'èmfasi particular de cada modalitat (s'inclou a la fi del treball un glossari en el qual s'expliquen les característiques de cada una d'elles):

Moviment o manipulació del cos	Tècniques mentals	Guaritives (Healing)	Nutrició
Massatge	Meditació	Psíquic o espiritual	Herbologia
Traeger	Biofeedback	Tacte	Macrobiòtica
Alexander	Hipnotisme	Radiònics o raigs còsmics	Dieta natural
Feldenkrais	Regressió a la vida passada	Renaixement	Mega
Rolfing	Psicosíntesi	Teràpia de color	Dejuni
Acupuntura	Reflexió selectiva	Teràpia de música	
Acupressió			
Bioenergètica			
Reflexologia			
Siatzu			
Do-in			
Polaritat			
Ioga			
Ball Sufi			

Aquesta llista no és comprensiva, es presenta per donar una idea de les tècniques més populars en el moviment integral. A més a més altres sistemes diferents de l'alompatí tenen connexions importants amb el moviment integral perquè estan basats en la unitat o concepte total de l'ésser humà. Entre ells es troben: quiropràxia, homeopatia, osteopatia, naturopatia, naprapatia (en el glossari es troben les descripcions d'aquests sistemes). Com s'indica més endavant no tots els membres d'aquestes professions es consideren part del moviment integral.

Els practicants de la salut integral

De la mateixa manera que hi ha moltes modalitats de promoció de salut també hi ha una gran varietat de proveïdors o practicants de salut integral. La majoria d'ells han après informalment una o varies tècniques. Alguns han dedicat molts anys de la seva vida al seu estudi, altres en canvi han llegit molt poc. L'origen social dels practicants és també molt divers, el que tenen, però, en comú és la vocació a guarir o millorar la salut d'altres persones, a fer-les sentir-se bé. Entre els practicants, un bon nombre aconseguiren dedicar-se a la salut integral després d'haver sofert una crisi espiritual, emocional o física de la qual sortiren renovats.

Un altre tipus ben diferent de practicants són els qui tenen una educació formal en una ocupació distinta de la medicina com són els sociòlegs, els treballadors socials, o en el ministeri religiós. A més dels estudis universitaris aquestes persones han après informalment fora de la universitat algunes tècniques integrals. Generalment continuen practicant llurs professions però incorporen a elles l'orientació integral. Altres, al contrari, han arribat a la conclusió que els seus estudis universitaris no serveixen massa i decideixen abandonar la seva professió i dedicar-se per complet a la pràctica de la salut integral.

Un tercer tipus de proveïdors de salut integral són els professionals que han rebut la seva formació universitària en un sistema de medicina diferent a l'alompatí, com per exemple els osteòpates, els quiropràctics o homeòpates. Com ja s'ha dit, aquests professionals han tingut una orientació vers la salut més integral que els metges alòpates. Han pagat un preu per això perquè la professió mèdica alompatí nord-americana els ha aïllat legalment i professionalment i han intentat crear una imatge d'ineptitud professional i incompetència. Gràcies al moviment de salut integral a les escoles de medicina diferents a l'alompatí estan guanyant popularitat i credibilitat professional. Com ja s'ha indicat la majoria d'aquests professionals no s'identifiquen amb el moviment de salut integral. Són els més joves o els qui s'han graduat fa poc els qui tendeixen a identificar-se amb ella i els qui més incorporen en la seva pràctica algunes de les tècniques integrals descrites anteriorment. Per a ells, sobretot si s'estan establint professionalment, la identificació amb el moviment pot produir beneficis econòmics en atreure un bon nombre creixent de persones que estan interessades en les tècniques integrals.

Una darrera categoria és la dels metges i altres professionals i paraprofessionals en medicina alompatí, per exemple, infermeres, llevadores, terapistes físics, dietistes, etc. El personal mèdic que s'interessa en el moviment integral és aquell que generalment està insatisfet amb alguns aspectes de la pràctica de la medicina alompatí o amb l'orientació general d'aquesta. No és que aquests professionals tinguin interès en abandonar la seva pràctica mèdica, al contrari, volen desenvolupar-se modificant o incorporant a allò que van aprendre en la facultat de medicina tècniques que provenen d'altres orientacions o d'altres escoles de medicina. Metges, infermeres i altres professionals paramèdics complementen la seva preparació professional amb un entrenament informal en una o varies tècniques de la medicina integral com ara l'acupuntura o l'hipnotisme.

La clientela dels serveis de salut integral

La clientela dels serveis de salut integral són persones que han decidit prendre sota la seva

pròpia responsabilitat la cura de la seva salut en contraposició a delegar-la a un metge i que cerquen alternatives a les pràctiques de la medicina alopàtica. O persones que sense estar malaltes volen prendre mesures per millorar o enfortir el seu estat de salut o benestar general.

Moltes d'aquestes persones van als practicants de salut integral després d'haver rebut sense èxit atenció mèdica alopàtica. Un bon nombre d'ells pateixen malalties físiques o mentals cròniques per a les quals la medicina alopàtica no té teràpies efectives, o persones per a les quals la medicina alopàtica no ha estat capaç de diagnosticar el mal que els afecta. D'altres, en canvi, són els qui prefereixen cures més naturals, menys dependents de productes farmacèutics o de cirurgia.

El moviment de salut integral és un moviment de classe mitjana. Hi ha molt pocs indis, negres, xicans que utilitzin els serveis de salut integral i menys encara els que acudeixen a les conferències o reunions que s'organitzen en moltes ciutats sobre salut integral. Atès que molts dels serveis integrals no estan coberts per les assegurances socials, ni per les assegurances privades, ni pels programes de govern per als pobres o ancians, els usuaris d'aquests serveis han de pagar-los de les seves butxaques, i són, per tant, un luxe per a les classes pobres. A més, els pobres han hagut de mantenir els seus sistemes tradicionals d'atenció mèdica, mancats de recursos per pagar l'alopàtica, és a dir, utilitzen ja un sistema de salut que és tradicional i que té algunes característiques semblants a la salut integral i que respon a les seves necessitats econòmiques i culturals. La presència de curanderos entre els metges americans del sud-oest és un bon exemple d'això. Cal afegir que aquests grups minoritaris i pobres mai no han delegat per complet a l'establiment mèdic la cura de la seva salut; per exemple, molts naixements continuen essent atesos per llevadores tradicionals en les cases, la família té una funció molt activa en la cura del malalt, i els ancians moren a casa seva i no en els hospitals. En altres paraules, han medicalitzat menys els processos naturals de la vida i malaltia. En aquest sentit, la classe mitjana està imitant la classe pobre en la recerca de serveis de salut que estan més conformes amb la necessitat sentida.

De moment no es pot estimar el nombre de persones que participa d'una forma o altra en el moviment de salut integral. És sens dubte un nombre petit però que continua fins ara creixent. En moltes ciutats hi ha associacions formals de salut integral. Existeixen també revistes professionals com, per exemple, el *Journal of Holistic Health* i també periòdicament congressos i reunions professionals sobre la salut integral.

Els principis de la salut integral

Com s'ha mencionat abans, el moviment integral és més que una alternativa o alternatives al model alopàtic de medicina, és una manera de viure, una filosofia de la vida amb els seus principis propis. Atès que la filosofia integral es troba encara en ple desenvolupament i en evolució és difícil determinar quins són els seus principis més bàsics. Alguns autors han intentat identificar-los, per exemple, Bloomfield i Kory (1978) suggereixen els següents:

1. La salut exigeix una unitat de ment, cos i esperit.
2. La cura de la salut consisteix en cercar activament les formes d'incrementar-la més que guarir la malaltia.
3. La salut es basa en costums o rutines diàries sanes.
4. L'individu ha de prendre en les seves pròpies mans la responsabilitat de la seva salut.
5. La malaltia ofereix una oportunitat per créixer.
6. Els factors ambientals juguen un paper primordial en la salut de la persona.
7. Totes les modalitats d'incrementar la salut, tant les antigues com les modernes han d'ésser estudiades científicament i han d'utilitzar-se quan són adequades.
8. Tothom té un poder interior per incrementar la seva salut que és la base o el fonament per adquirir el benestar.

El conflicte entre els sistemes de salut integral i alopàta

És cert que algunes persones consideren el moviment integral com quelcom heterodox, acientífic o exòtic; tanmateix no es pot ignorar sense més la seva importància. Als Estats Units el moviment està formant consciència sobre els problemes més greus de la medicina moderna. Els seus crítics la menyspreen o la ignoren amb qualificatius de curanderisme, xarlatanisme o entabanament; el cas és que el moviment ha aconseguit posar en estat d'alerta el públic sobre alguns aspectes de la crisi profunda en la qual es troba l'atenció de salut (Sobel, 1979; Pelletier, 1977; Bloomfield i Kory, 1978; Powles, 1980).

Cal tenir en compte que la medicina alopàtica no és solament un conjunt de tècniques i de teories mèdiques, és també un conjunt d'institucions que tenen poder i afavoreixen les tecnologies i teories de les persones que controlen el poder. Un dels temes centrals que ha suscitat el moviment integral és el dels mètodes de diagnòstic i tractament de la medicina alopàtica. En general, el diagnòstic es basa en la informació obtinguda d'una sèrie de proves de laboratori i no tant de les entrevistes clíniques. La capacitat clínica del metge nord-americà es molt limitada, quasi mai no utilitza o sol·licita el coneixement o la intuïció que el pacient té sobre si mateix per comprendre l'estat de salut total d'aquest. Si el metge és un especialista, com succeeix en el 80% dels casos (Jonas, 1977) el seu interès se centra en un òrgan o en un dels sistemes de l'organisme humà (respiratori, uro-genital, gastro-intestinal, cardíoc-vascular, etc.) sense donar massa importància als altres òrgans o als aspectes mentals o espirituals del pacient. Aquest fraccionament artificial de l'ésser humà respon al sistema en el qual s'ha organitzat la medicina alopàtica als Estats Units per raons de prestigi i per interessos econòmics més que pel benestar del pacient. A més a més les teràpies utilitzades pels metges estan fonamentalment basades en dues tècniques: ús de productes farmacèutics o drogues i cirurgia. Els integristes acusen els metges de manca de l'entrenament necessari per poder utilitzar cures més naturals i el poder d'auto-guarició del pacient. Afegeixen que els metges alopates romanen com si res en crear una dependència en fàrmacs en comptes d'intentar refer la salut dels seus pacients.

Els integristes continuen la seva crítica indicant que la medicina alopàtica està basada en una visió biològica de la vida que redueix l'ésser humà a una dimensió anatòmica i simplista. El dualisme ment-cos i la visió orgànica o biològica de la malaltia és contrari a un tractament complet i continu (Fabrega, 1972: 199). Els integristes senyalen que la teoria biomèdica de la malaltia no serveix per guarir les malalties no-infeccioses i que també falla per guarir malalties cròniques produïdes pel funcionament inadequat d'un òrgan o d'un sistema.

Els integristes sumen les veus a les d'altres crítics en subratllar l'ús excessiu de tecnologies avançades i costoses de les quals són exclosos els grups amb recursos més limitats. Les tecnologies costoses incrementen en definitiva el cost total dels serveis de salut que tots els ciutadans han de pagar directament o indirectament a través d'impostos o de pòlisses d'assegurances. És justament l'alt cost el que impedeix a un bon nombre de nord-americans l'ús dels serveis de salut més bàsics o primaris. Les institucions mèdiques alopates com l'Associació Mèdica Americana, l'Associació Hospitalària Americana, l'Associació d'Indústries Farmacèutiques són responsables que un percentatge excessiu de les despeses de salut es dediquin a mesures guaritives (de les quals les tecnologies avançades absorbeixen un percentatge alt) mentre una fracció petitíssima es dedica als serveis preventius (Epstein, 1978: 328). La medicina alopàtica justifica la utilització de tecnologies avançades i costoses com un gran avenç en la història de la humanitat perquè poden prolongar la vida. Els seus crítics responen dient que la preocupació per la prolongació de la vida no va acompanyada d'una preocupació per la qualitat de la vida que prolonguen.

El problema del control legal de la pràctica mèdica

El moviment de salut integral amb les seves múltiples modalitats de manteniment i millo-

ra de la salut, amb les seves varietats de practicants, amb la seva doctrina de responsabilitat personal per la salut i el seu èmfasi en la llibertat de què cada un dels individus ha de gaudir per escollir les tècniques de salut que consideri més adequades a les seves necessitats, ha suscitat un problema legal sobre la pràctica de la medicina. Com pot comprendre's l'objecte de les lleis que controlen les activitats professionals és determinar qui en la societat té la capacitat de guarir i qui no la té, així com determinar quines són les activitats guaritives de cada professió i d'aquesta forma protegir el ciutadà d'entabladors i incompetents. A cada un dels estats de la Unió la Junta Estatal d'Examinadors Mèdics determina quines professions poden exercir segons quins actes mèdics i quins són els requisits perquè una persona pugui ser considerada membre d'una professió. Així s'ha definit històricament i amb prou claredat la competència legal de cada professió. Els dentistes, els osteòpates, els quiropràctics, els pediatres i els metges han conegut l'àrea dins la qual tenen competència legal per exercir la seva professió com també ho han sabut els pacients que acudien a ells. La competència legal en activitats guaritives d'altres professions no mèdiques o paramèdiques com infermeria, teràpia física, psicologia clínica, etc., ha estat sempre definida pels metges i la pràctica ha estat sempre sota la seva jurisdicció i supervisió. La certificació professional d'aquestes professions, és a dir, els requisits que cal complir per poder exercir la professió està en mans de les respectives juntes examinadores de cada professió.

De fet el control de la pràctica guaritiva que exerceix l'estat als Estats Units ha facilitat les condicions per al desenvolupament monopòlic del poder dels metges alòpates a càrrec del consumidor. A mesura que augmenta la medicalització de la vida augmenta el control dels metges en haver ells monopolitzat dins l'estat el poder decisor sobre activitats guaritives. El resultat és que els pacients o consumidors de serveis de salut es troben progressivament amb menys llibertat d'escollir modalitats guaritives. El moviment de la salut integral està intentant retornar al consumidor la llibertat de selecció i la responsabilitat que a poc a poc ha estat arrabassada per la professió mèdica.

Entre els practicants o proveïdors de salut integral que no tenen entrenament mèdic o paramèdic hi ha varietat d'opinió respecte a la necessitat o conveniència de regular jurídicament la pràctica de les tècniques integrals. A un extrem estan els qui creuen que la mínima regulació és excessiva. El seu posicionament és que la gent ha de gaudir de plena llibertat per escollir qualsevol tipus de teràpia i el practicant que desitgi. Les tècniques i els practicants que no siguin satisfactoris romandran sense clients. És una aplicació del "laissez faire" als serveis de salut. A l'altre extrem es troben els qui prefereixen tenir lleis reguladores de les pràctiques i el control de títols per assegurar la competència dels proveïdors. Per a aquestes persones la situació ideal és que els practicants de salut integral aconseguixin un estatus legal professional perquè això ajudaria a guanyar respectabilitat i treuria la idea de curanderisme o extravagància que encara projecten moltes de les tècniques integrals.

Els professionals paramèdics en el moviment integral tenen un altre tipus de problema legal. Com s'ha indicat la majoria d'ells, encara que no tots —les llevadores i parteres són una excepció en molts dels estats de la Unió—, només poden exercir les seves professions sota supervisió mèdica. És per això que no poden practicar com una part de la seva activitat professional moltes de les tècniques integrals sense incórrer en sancions legals greus. No poden exercir l'acupuntura i en la majoria dels estats no permeten l'exercici de l'acupuntura ni tan sols sota la supervisió mèdica. Per superar aquestes dificultats aquests professionals volen que es redefineixi d'una manera més àmplia i amb més independència els límits jurídics de l'exercici de la seva professió de forma que puguin exercir tècniques integrals sense por de sancions legals.

Per a la professió alopàtica qualsevol extensió de la capacitat guaritiva legal d'altres professionals implica una pèrdua de poder, i per tant els metges estan seriosament preocupats per la direcció que està prenent el moviment integral. La preocupació comença a ma-

nifestar-se en el viu debat legislatiu que s'estan donant a varis estats. Per exemple, en les corts de Texas el "lobby" mèdic ha presentat un projecte de llei perquè la pràctica de medicina sense llicència passi de delictes menors ("misdemeanor") a crim major ("felony"). A més a més vol que la definició legal del que és pràctica mèdica que tradicionalment ha estat definida per les corts es transfereixi a la Junta d'Examinadors Mèdics, la qual està exclusivament integrada per metges. El resultat d'aquesta transferència de poder legislatiu de les corts a la Junta d'Examinadors significa que en teoria la Junta pot decidir que qualsevol activitat es defineixi com a gauritiva, per exemple tot tipus de massatges, els parts naturals, o receptar herbes. Per situar el lector europeu en un context més familiar la Junta d'Examinadors podria convertir en greu delictes el que un religiós recomanés a un malalt d'anar a Lourdes a beure l'aigua miraculosa, en definir la recomanació d'una medicina (en aquest cas l'aigua) com acte mèdic. Aquest exemple no està lluny de la realitat, car una part de la salut integral està dirigida (com també ho està la medicina alopàtica) a les malalties psicosomàtiques.

El conflicte entre la professió mèdica i el moviment integral és, en definitiva, un conflicte entre dues filosofies de la salut. D'aquest conflicte sorgeixen diversos dilemes: Fins a quin punt es pot incrementar la llibertat del ciutadà per escollir sistemes i tècniques de salut i alhora protegir-lo d'entabonadors i incompetents? La contestació a aquesta pregunta no és tan fàcil com sembla a primera vista, perquè moltes de les tècniques guaritives no tenen una base que es pugui comprovar científicament com és el cas de l'acupuntura, i per tant no es pot deixar només als tècnics i científics que decideixin per si sols. Un altre dilema és: Què és el que constitueix o com es defineix una activitat mèdica i qui l'ha de definir en cada societat? Finalment ens podem preguntar: És possible en una societat regular o controlar l'exercici de les professions mèdiques i alhora mantenir una llibertat professional que permeti, estimuli i faciliti la recerca de sistemes de salut alternatius i pràctiques innovadores? El fet que aquest tipus de problemàtica s'estigui debatent públicament en les corts de molts dels estats de la Unió és sens dubte una contribució important del moviment integral.

Els orígens socials del moviment de salut integral

La salut integral no és un fenomen que ha sorgit aïllat o en resposta a un problema social específic com, per exemple, el que ha creat la manca d'una atenció mèdica adequada. Naturalment, com ja s'ha indicat al llarg d'aquest treball, la insatisfacció amb l'organització dels serveis de salut ha exercit una influència important; però fonamentalment el moviment de salut integral és un moviment social que reflecteix i respon a altres canvis socials que han tingut lloc als Estats Units en les dues darreres dècades. Entre ells cal destacar-ne:

1. Un desengany general sobre el poder de la tecnologia moderna que es dramatitzà amb la derrota a Vietnam, on una nació pobre, petita i amb tàctiques "primitives" derrotà el poder militar més fort del món. La desil·lusió amb la tecnologia moderna s'ha manifestat en formes múltiples i a través de diferents moviments socials, com, per exemple, els moviments antinuclear i ecològic, o de la filosofia "small is beautiful" (el petit és bell) (Schumacher, 1974), corrent ideològic que suggereix que la qualitat de vida pot millorar amb menys desenvolupament econòmic i menys tecnologia, i que els problemes socials i humans no es resolen només amb diners i tecnologia. En el camp de la medicina s'ha començat a conèixer amb més precisió els efectes negatius de la tecnologia moderna i en general del desenvolupament industrial. Específicament, en el cas de la tecnologia mèdica s'ha documentat que l'ús i freqüentment l'abús de teràpies preventives i guaritives produeix més malaltia que la que guareix, fenomen que ha estat batejat amb el nom de iatrogènesi (Sidel i Sidel, 1977). Els danys causats pels raigs X, pels productes farmacèutics (Silverman i Lee) han estat el suficientment documentats per crear sospites sobre la tecnologia moderna

i promoure un moviment de retorn als remeis tradicionals domèstics i al sentit comú. L'èmfasi del moviment de salut integral per tècniques més naturals i menys dependents de productes farmacèutics així com l'interès per les cultures tradicionals de l'orient reflecteix aquests sentiments.

2. La desil·lusió amb les institucions que havien estat fins ara la glòria i l'orgull de la nació, com, per exemple, les escoles i les universitats, les institucions polítiques, les religioses i les industrials. S'ha descobert, per exemple, que les escoles secundàries estan graduant un nombre elevat d'analfabets (quasi bé un 20%) i que un nombre també elevat de mestres són funcionalment analfabets, o que les universitats atorguen títols acadèmics a milers d'estudiants sense qualificacions adequades, fenomen conegut com a "grade inflation" i que uns altres milers d'estudiants compren les seves investigacions en companyies comercials dedicades exclusivament a la seva venda. A l'escàndol monumental del Watergate van seguir descobriments de corrupció i de depravació de nombrosos congressistes federals i estatals, la qual cosa ha produït un cinisme polític sense precedents en la història del país. Les institucions sanitàries han sofert també una crítica que s'aguditzava a mesura que es descobria que molts metges estan més interessats en el seu benestar econòmic que en la salut dels seus pacients, que una bona part de la iatrogènesi respon al seu desig de guany exagerat, i que l'Associació Mèdica Americana funciona com un grup de pressió i no com associació professional. El públic comença a ser més conscient que l'AMA s'ha oposat consistentment a reformes i innovacions en el sistema d'atenció mèdica que eren de gran benefici per a la majoria de la població, com per exemple el *Medicare* per als ancians, el *Medicaid* per als pobres, el *Health Maintenance Organisation* per a les classes mitjanes, o al sistema nacional de seguretat mèdica. És fàcil comprendre que un moviment com el de la salut integral sorgeix com a resposta a la crisi institucional general i a la mèdica en particular i fomenta sistemes de salut alternatius.

3. El moviment de consumidors és en part una resposta a la inhabilitat de les institucions polítiques de salvaguardar els interessos dels ciutadans. La seva organització en grups de pressió per defensar el seus interessos com a consumidors és potser un dels fenòmens sociopolítics més importants de les dues darreres dècades als Estats Units que en definitiva és la societat de consum per excel·lència. Cal destacar el dirigit per Ralph Nader que ha dut a terme importants estudis en l'àrea de la seguretat industrial (Page i O'Brien, 1973), de la contaminació ambiental (Expósito, 1968) i altres relacionats amb la salut. Es pot suggerir que el moviment de consumidors ha facilitat la transformació de la relació entre metge i pacient en transformar el rol de pacient en un rol de consumidor, de passiu receptor d'ordres a un actiu agent que exigeix, compara i decideix com qualsevol altre consumidor comprar o no comprar el servei, en altres paraules de relació professional es passa a una relació comercial. Això unit a l'erosió del prestigi professional del metge anteriorment discutida i en el cas de la dona al moviment d'alliberació femení que ha criticat asprament la posició de subordinació de la dona en un servei d'atenció mèdica totalment dominat per l'home (un 80% dels metges nord-americans són homes) ha produït un canvi profund en el paradigma parsonià (Parsons, 1951). Segons Parsons, "el pacient ha d'assumir una posició passiva en moltes, si no en la majoria, de les interaccions d'atenció mèdica" (Bloom i Wilson, 1979: 280). La relació entre metge i pacient és per a Parsons asimètrica, el metge té el poder per raó del coneixement de les arts mèdiques, el model ideal del pacient és el nen, incapaç de tenir cura d'ell mateix. El pacient té l'obligació social d'obeir el metge per guarir-se i reintegrar-se a la societat. El moviment de salut integral reflectint el moviment de consumidors no accepta la relació asimètrica parsoniana, al contrari, com s'ha dit abans, l'individu és el que té l'obligació d'incrementar el seu estat de salut, el metge o practicant és només un instrument que l'ajuda.

4. El retorn a la naturalesa exemplificat en la dècada dels anys seixanta per la cultura hippie, la proliferació de comunes, els *flower children*, l'art *pop*, la preferència per aliments menys processats o sense additius químics ha coincidit amb un interès creixent en altres cultures, particularment les orientals. En el camp de la salut aquest moviment es reforça amb l'obertura de relacions diplomàtiques entre els Estats Units i la República Xinesa i el descobriment en aquest país d'un sistema de salut tradicional, efectiu i econòmic que contrasta amb l'alta tecnologia nord-americana. D'aquí neix en part l'interès del moviment integral per l'acupuntura que en un començament fou rebutjada per l'establiment mèdic però que després, un cop demostrada la seva eficàcia, la monopolitzà. La influència del moviment de retorn a la natura en el moviment integral és clara i influeix també en el concepte que aquest moviment té de malaltia i dolor. La malaltia i dolor són estats normals dintre la condició humana; com s'ha indicat, el moviment integral no s'esforça tant a combatre la malaltia sinó a incrementar positivament el benestar. En realitat per als integristes la dicotomia salut-malaltia no existeix. Aquest punt de vista contrasta marcadament amb la teoria de Freidson que "la malaltia a més de poder ser qualsevol altra cosa és una anormalitat o *desviació* d'un conjunt de normes que representen salut i normalitat" ("But whatever else it may be, illness is a type of *deviation*, or *deviance*, from a set of norms representing health or normality" Freidson, 1970: 207). Per tant, el moviment integral pot qüestionar l'intent de Freidson de desenvolupar tota una teoria de sociologia mèdica basada en la idea que la malaltia és una anormalitat.

5. Les administracions lliberals de Kennedy i Johnson de la dècada dels seixanta intentaren a través de programes progressistes fer desaparèixer la pobresa, la ignorància, la desnutrició i el sofriment. Els esforços per construir el que Johnson anomenara *the great society* van tenir dos efectes importants. D'una banda fomentaren el moviment de participació decisòria popular en els serveis socials. En el sector salut s'intentà incorporar la població de menys recursos en el procés decisor de les clíniques de barris que organitzà l'oficina d'Opportunitat Econòmica (Office of Economic Opportunity OEO) on els ciutadans o els seus representants de barri prenen decisions juntament amb els metges (Leviton, 1969). Entre la classe mitjana la participació es promogué a través de les Organitzacions per al Manteniment de la Salut (Health Maintenance Organization HMO) (Krause, 1977). D'aquesta manera hom començà a tenir consciència que moltes de les decisions sanitàries que abans s'havien considerat tècniques eren en realitat polítiques. Juntament amb el moviment de consumidors els intents de democratització dels serveis mèdics van contribuir i facilitaren al moviment de salut integral la modificació del rol de pacient i a qüestionar el poder monopòlic de la professió mèdica.

Un segon efecte dels programes de reforma social ha estat el desencany amb la capacitat de les ciències socials de produir canvis i resoldre problemes socials. El fracàs de la majoria de les innovacions ha fet perdre credibilitat en els científics socials. De vegades les innovacions han arribat a produir resultats negatius o contraproductius, en tot cas han estat massa costoses tenint en compte els resultats obtinguts. Per exemple, el sistema d'aules sense parets (*open classrooms*) s'introduí fa uns anys perquè d'acord amb les darreres teories pedagògiques hauria de facilitar l'ensenyament en crear un ambient més obert i menys formal. Es construïren moltes escoles d'acord amb aquests principis i moltes altres van fer costoses remodelacions per adequar-se a l'últim crit. Després es va comprendre que no era més que això, una moda, i que més que facilitar impedia l'ensenyament. S'entén que el públic exigeix als educadors que es deixin d'experiments i tornin a ensenyar als nens les coses bàsiques llegir, escriure i aritmètica. Molts exemples es poden citar per arribar a la mateixa conclusió: que les ciències socials als Estats Units no han estat capaces d'introduir innovacions exitoses. El desencany és tal que alguns sociòlegs han suggerit que la investigació social és un instrument que utilitzen les classes poderoses per diferir el canvi social (Alford, 1975).

El moviment integrista es fa ressò d'aquesta trista realitat cercant solucions pragmàtiques i senzilles, sense intentar desenvolupar cap teoria que justifiqui les seves accions.

En definitiva, i com a resum, es pot dir que el moviment de medicina integral als Estats Units respon a una conjuntura històrica que es caracteritza per un desengany amb la tecnologia, la bancarrota moral de les institucions bàsiques, l'auge de les organitzacions de consumidors, un retorn a la natura, el descobriment popular de les cultures orientals, especialment de la Xina, el fracàs dels programes de reforma social juntament amb els intents de democratitzar els programes socials, i finalment, com s'ha indicat en la primera part d'aquest treball, les moltes deficiències del sistema de salut alopàtic.

GLOSSARI

Manipulació moviment del cos

El massatge (*massage*) és la manipulació de certs teixits del cos humà amb l'objectiu de produir un efecte guaritiu en el sistema muscular i en el sistema nerviós.

El mètode Trager (*The Trager Approach*) és un mètode d'aprenentatge per experiència utilitzant els exercicis físics moderats, el moviment, la reeducació, les imatges mentals, la dissipació d'emocions i la meditació.

La tècnica Alexander (*The Alexander Technique*) és un procés de moviment subtil que ajuda les persones a usar el cos d'una manera més eficaç i amb major facilitat.

El mètode Feldenkrais (*The Feldenkrais Method*) té el propòsit de trencar el comportament i els moviments habituals i reemplaçar-los amb una nova sensibilitat i la capacitat d'actuar amb espontaneïtat.

Rolfing és la manipulació del teixit muscular per estirar-lo permetent que els ossos es reajustin a la seva posició i interrelació naturals.

Acupuntura (*Acupuncture*) és un sistema que aconsegueix efectes guaritius inserint agulles en certs punts determinats del cos.

Acupressió (*Acupressure*) és un sistema similar al d'acupuntura en el sentit que s'aplica pressió en els punts meridians del cos.

Reflexologia (*Reflexology*) és un sistema basat en la creença xinesa que la totalitat del cos es reflecteix en la planta del peu, en el palmell de la mà, en l'ull i en l'orella, que intenta guarir aplicant una pressió intensa en els punts claus de la planta del peu.

Shiatsu és la paraula japonesa per significar pressió amb els dits. Intenta guarir aplicant pressió en els punts meridians.

Do-In és un antic mètode xinès d'automassatge i d'exercicis de respiració, balanceja la respiració i ajuda a regular un fluir igualat i constant d'energia dels punts meridians.

Bioenergètica (*BioEnergetics*) és l'aplicació de tensió als músculs per mitjà de certes posicions amb l'objectiu d'alleugerir la tensió nerviosa i l'enuig.

La teoria de la polaritat (*Polarity Theory*) utilitza pressió intensa aplicada amb els polzes, els nusos i els colzes a certs punts del cos per realinear la posició i per estimular el flux de l'energia.

Ioga, que empra exercicis de respiració, meditació i posicions del cos, té com a finalitat la integració dels sistemes de guarició de l'individu.

Tècniques mentals

La meditació (*Meditation*) és la concentració disciplinada que ajuda l'individu a desenvolupar l'enfoc únic per arribar a un estat de transcendència.

Biofeedback és un mètode que ensenya l'individu el control conscient dels sistemes de reflexos a través de l'ús d'una màquina.

Hipnosi (*Hypnotic Techniques*) aconseguix accés al subconscient i per tant permet l'individu aconseguir una comprensió major de les causes del seu problema.

Regressió a la vida passada (*Past Life Regression*) és un procés que trasllada l'individu a la vida passada per descobrir quins problemes no resolts li continuen fent mal en el present.

Psicosíntesi (*Psychosynthesis*) és una forma comprensiva de la psicoteràpia per mitjà de la qual l'individu integra els set nivells del coneixement interior.

Reflexió selectiva (*Selective Awareness Therapy*) és una tècnica autoadministrada amb el fi d'ajudar l'individu a integrar la ment i el cos per mitjà de la concentració del seus desequilibris.

Nutrició

Herbologia (*Herbology*) utilitza les herbes per efectes guaritius i de prevenció de malalties.

La macrobiòtica (*Macrobiotics*) és una dieta en la qual el *ying* i el *yang* (les dues forces de l'univers) es troben en equilibri.

Teràpia de vitamines i de Mega vitamines (*Vitamin and Mega Vitamin Therapy*) fa servir els suplementes de vitamines i de minerals per prevenir o guarir malalties.

El dejunar (*Fasting*) és una tècnica que s'usa per netejar l'acumulació de toxines en el cos i purificar-lo.

La guarició (Healing)

Psíquica i espiritual (*Psychic and Spiritual Healing*) empra l'energia espiritual o mental (de vegades anomenada universal) per a guarir. El guaridor canalitza l'energia del cosmos per l'esperit o la ment del que rep el tractament per efectuar la guarició.

Tacte (*Therapeutic Touch*) és un sistema que fa servir les mans en el procés de la guarició. El sistema té en compte la temperatura del cos, el nivell de coneixement interior i la fisiologia. Dolors Krieger, Ph. D., R.N., concebé i desenvolupà aquest sistema.

Radiònics o raigs còsmics (*Radionics and Cosmic Ray Therapy*) fa servir les vibracions energètiques que qualsevol matèria posseeix per a guarir, canalitzant-les dintre la persona per a guarir la part malalta del cos.

Teràpia de color (*Color Therapy*) empra les propietats guaritives dels colors per mitjà de les ones que estimulen l'ull.

Teràpia musical (*Musical Therapy*) s'usa com un tranquil·litzant natural per a millorar l'individu pertorbat. Les Vibracions del so tenen l'efecte de calmar i de guarir.

Sistemes alternatius de guarir

Quiropràctica (*Chiropractic*) és un sistema que intenta mantenir les propietats d'auto-guarició del cos. Es basa en la creença que la dislocació de les vèrtebres de l'espina dorsal pot fer perdre a la persona la seva capacitat natural de combatre les malalties; per tant el tractament consisteix en ajustar l'espina dorsal. Alguns quiropràctics augmenten el tractament i inclouen teràpia de vitamines i diversos altres sistemes de salut integral.

Homeopatia (*Homeopathy*) és un sistema de guarició natural que es basa en la creença que un determinat remei pot guarir una malaltia només si aquest pot produir en un organisme sa uns símptomes similars als de la malaltia.

Osteopatia (*Osteopathy*) és un sistema de guarició que es basa en la creença que una anormalitat en l'estructura del cos causa una anormalitat fisiològica. Hi ha un intent de guarir el cos per mitjà de la manipulació del sistema musculoesquelètic. Aquestes manipulacions condueixen a la correcció del problema fisiològic.

Naturopatia (*Naturopathy*) és un sistema basat en la idea que el cos posseeix un poder immens de guarir-se per si mateix. S'intenta restablir l'equilibri per mitjà de substàncies i tècniques terapèutiques que s'harmonitzen amb el procés d'autoguarició del cos.

Naprapatia (*Naprapathy*) utilitza la manipulació manual del teixit interconnectiu. Es basa en la creença que el desarreglament del teixit interconnectiu és la causa principal de la mala salut.

BIBLIOGRAFIA

- ALFORD, ROBERT. *Health Care Politics. Ideological and Interest Group Barriers to Reform*. Chicago: Univesity of Chicago Press, 1975.
- BLOOM, SAMUEL W. i ROBERT N. WILSON. "Patient- Practitioner Relationships" en Howard E. Freeman, *Handbook of Medical Sociology*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1979.
- BLOOMFIELD, HAROLD H. i ROBERT B. KORY. *The Holistic Way to Health and Happiness*. New York: Simon and Schuster, 1978.
- DUBOS, RENE. "Medicine Evolving" en David S. Sobel, compilador, *Ways of Health*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1979.
- EPSTEIN, SAMUEL S. *The Politics of Cancer*. San Francisco: Sierra Club, 1978.
- EXPOSITO, JOHN C. *Vanishing Air*. New York: Grossman Publishers, 1970.
- FABREGA, HORACIO. "Health Maintenece among Peruvian Peasants, *Human Organization*, vol. 31, 1972
- FEISS, GEORGE J. *Mind Therapies Body Therapies: A Consumer's Guide*. Millbrae Calif: Celestial Arts, 1979.
- FREIDSON, ELIOT. *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge*. New York: Dodd, Mead i cia, 1970
- JONAS, STEVEN. *Health Care Delivery in the United States*. New York: Springer Publishing Co., 1977
- KRAUSE, ELLIOTT A. *Power and Illness. The Political Sociology of Health and Medical Care*. New York: Elsevier, 1977.
- LEONARD, GEORGE. "The Holistic Health Revolution," *Journal of Holistic Health*, vol. 2. 1977: 80-86.
- OMS. *Official Records*, número 2, 1948: 100.
- OTTO, HERBERT A. i JAMES W. KNIGHT, compiladors. *Dimensions in Wholistic Healing*. Chicago: Nelson Hall, 1979.
- PAGE, JOSEPH A. i MARY-WIN O'BRIEN. *Bitter Wages*. New York. Grossman Publishers, 1973.
- PARSONS, TALCOTT. *The Social System*. New York: Free Press, 1951.
- PELLETIER, KENNETH R. *Mind as Healer, Mind as Slayer*. New York: Dell, 1977.
- POWLES, JOHN. "On the Limitations of Modern Medicine," en David Mechanic, compilador. *Readings in Medical Sociology*. New York. Free Press, 1980.
- ROSENGREN, WILLIAM R. *Sociology of Medicine*. New York: Harper and Row, 1980.
- SCHUMACHER, E. F. *Small is Beautiful, Economics as if People Mattered*. New York: Harper and Row, 1974.
- SIDEL, VICTOR W. i RUTH SIDEL. *A Healthy State. An International Perspective on the Crisis in the United States Medical Care*. New York: Pantheon Books, 1977.
- SILVERMAN, M. I P. LEE. *Pills, Profits and Politics*. Berkeley: University of California Press, 1974.
- SOBEL, DAVID S. compilador. *Ways of Health*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1979.
- SVIHUS, RICHARD. "Origins and Definitions," *Journal of Holistic Health*, volum 2, 1977: 17-21.
- WALKER, MORTON. *Total Health*. New York: Everest House, 1979.

IMPACTE SÒCIO-CULTURAL DE LA GRIP "ESPANYOLA" DE 1918

Xavier Granero i Xiberta

Justificació

Poc s'ha treballat, en relació amb altres temes, en els estudis històrics i sobretot socials de les malalties epidèmiques que, des que el món es món, van assolant el gènere humà. Sembla que la Medicina ho doni ja per superat, i la Sociologia, fins no fa massa, s'ha dedicat a treballar més la vida que la mort, especialment en aquest moment en què s'ha aconseguit baixar-la fins uns límits quasi mínims. I, tanmateix, l'home ha viscut sempre sota la l'angoixa de la por a la malaltia i la lluita contra la mort, sobretot aquella mort improvisa i traïdora com és la mort epidèmica, capaç de capgirar de sobte completament famílies, pobles i cultures (recordem la pesta del segle XIV i següents a Europa).

El fet epidèmic no és tan sols una qüestió mèdica sinó, sobretot, un *fet social* que suposa, com veurem, una gran alteració de la convivència, una disbauxa econòmica i demogràfica, i condiona una mobilització política, sanitària i popular prou importants com per modificar, fins i tot, la pròpia Història. Perquè la Història no la fan sols els Reis o els governants, sinó que la fa fonamentalment la gent; i el nostre propi present està construït moltes vegades sobre aquesta gent, la història de la qual hem de fer-nos coneixedors per valorar completament l'esdevenir històric de cada país.

La pandèmia gripal de 1918 va ésser l'últim gran flagell universal no provocat per l'home, i ben segur que també el pitjor: més de vint milions de morts en són una tràgica confirmació. El nostre país no va quedar fora d'aquest flagell, ans al contrari, no sols la va partir sinó que se li va adjudicar la responsabilitat del seu origen i per això se la coneix com la "grip espanyola". La importància del fet, la caracterització com a nostra i la manca d'estudis sobre el tema, justifiquen el present treball, que no pretén ésser exhaustiu, ni tan sols mitjanament tècnic, sinó que vol ésser només un estudi històric-social de la malaltia, que ajudi a la comprensió total d'un període prou important de la nostra Història i de la Història Mundial.

Situació política i sanitària europea el 1918

Com se sap, a Europa, i des de 1914, es desenvolupava la 1a. Gran Confrontació Mundial, guerra considerada per molts com absurda, que semblava que duraria poc i ja s'estava en el quart any, amb un saldo de vuit milions i mig de morts. Al nostre país la neutralitat dins la Gran Guerra li va suposar una conjuntura econòmica favorable, a causa de l'exportació massiva de primeres matèries i també de productes agrícoles i industrials als països beligerants. Malgrat això l'avinentesa no va significar una millora de les classes treballadores; no van pujar els sous i això va provocar un fort malestar i un augment considerable de l'esperit de subversió, estimulat alhora per la quasi sincrònica revolució rusa. Els Governos es descomposaven, malgrat fossin de concentració, per l'excessiu fraccionament dels partits i esterilitat parlamentària. La crisi va estar a punt de provocar l'abdicació del Rei, el qual finalment aconseguí formar un Govern nacional presidit per Antoni Maura, i constituït pels

caps de totes les faccions integrades en el Parlament. L'enriquiment del país durant la guerra només havia servit perquè fes fortuna una minoria i, en canvi, encàrir la vida. A partir d'aquest moment baixa la producció de carbó, ferro i acer en relació als anys de guerra, i també comença a baixar la producció de blat, vi i oli fins a índexs inferiors als de 1901; depressió agrícola que va agreujar la ja crítica situació dels pagesos i camperols, principals víctimes, com veurem, de l'epidèmia de grip.

No pot oblidar-se una circumstància definitiva de cara al tema que ens ocupa: hom calcula que en temps de guerra hi havien uns 500.000 espanyols treballant als països aliats, especialment a França. La repatriació d'aquests emigrants va fer-se a primers de setembre i, com veurem, això va condicionar l'aparició de la segona onada de grip en el nostre país.

Tenim, doncs, unes condicions físiques i morals o anímiques trastornades a l'Europa bèlica, i una situació d'inestabilitat política intensa en el nostre país, acompanyada d'un estat depauperat de la nostra població, molt especialment camperola i emigrant. En aquella època era una creença comuna el fet que les malalties comunitàries, sobretot les infeccioses, es veien afavorides per la misèria i també per l'intercanvi de poblacions. Com veurem, aquests són els dos detonants per l'aparició epidèmica d'una malaltia, la grip, vella coneguda de tots per la poc llunyana gran pandèmia de 1890. La malaltia, clínicament, era molt ben coneguda però res no se'n sabia de la seva etiologia, que hom deia era deguda al bacil de Pfeiffer, descobert per aquest autor en 1892, i que, ja abans de l'epidèmia el seu paper es posava en dubte en no ésser descobert en tots els casos de la malaltia i sí, en canvi, en moltes altres malalties que no tenien res a veure amb la grip. Tampoc no se'n sabia gaire de la profilaxia útil; tan sols que era fonamental l'aïllament individual del malalt. I, tampoc no massa del seu tractament, purament simptomàtic, empíric i moltes vegades sortit de la pròpia saviesa popular. Res no se'n sabia de la seva aparició explosiva, d'allò que la produïa i del perquè a uns agafava i als altres no. De fet, moltes d'aquestes qüestions, excepte la seva etiologia i el tractament de les complicacions, estan encara avui gairebé en el mateix estat d'ignorància que estaven en 1918. La grip continua essent, doncs, un problema que no està gens resolt.

L'aparició de la grip i el malnom d'"espanyola"

Un dels grans problemes de l'estudi d'aquesta pandèmia gripal és reconèixer quin fou el seu origen, especialment per a nosaltres després que se la conegués com la grip "espanyola". En primer lloc, com ja s'havia fet amb epidèmies anteriors, hom comença atribuint-li l'origen a l'Orient, però ara no tant a l'Extrem Orient com a l'Est d'Europa, idea ben segur condicionada per la Guerra Mundial. Aquest cop, tot i així, no va tardar en aparèixer en la literatura europea el motiu de "grip espanyola", país neutral i que, de fet, fou el primer d'Europa en declarar casos de la malaltia a començament del mes de maig. No hi faltaven tampoc els qui la feien venir del cel: "*occulta influenza coeli*", tal com segles abans s'havia batejat la grip, i no oblidem que la definició esmentada es refereix, no sols al mal temps, sinó també al concepte de malaltia col·lectiva com a *càstig diví*. En aquell moment es recordava com, en l'epidèmia de grip de l'any 1411 va dir-se que fou enviada per corregir el pecat del poble que, llavors, es veu que no era sinó el cantar una cançó obscena molt de moda en aquell temps.

Sembla que tothom està d'acord en reconèixer els primers casos declarats a Madrid a començament del mes de maig. Aquesta ha volgut ésser una justificació històrica del fet d'anomenar-se "grip espanyola". Però si hom revisa bé la literatura mèdica de l'època, veurà que, coincidint amb els nostres primers casos, els diaris de Nova York es feien gran ressò dels estralls que hi estava fent allà la grip. *Frost*, en un treball publicat en el *Journal of the American Medical Association* el dia 2 d'agost de 1919, afirma que s'inicià el gener-febrer de 1918 entre els vaixells anclats a la costa atlàntica d'Estats Units, passant el mes de març als Estats de l'Est, i agafant ja tota la Unió cap al mes de maig.

I això no és tot: segons hom pot llegir en l'Informe presentat el febrer de 1921 pel *Dr. Pottevin*, director del Comitè Permanent de l'Oficina Internacional d'Higiene Pública de París, que reuní els informes oficials de tots els països, el mes de març hi havia també epidèmia a Xina i Filipines, i el mes d'abril es va detectar a França, concretament en els departaments marítims de Brest i Tolon i també entre les tropes nord-americanes acampades prop de Burdeus. Després es va saber que també l'havien agafat llavors Itàlia i la flota britànica ancorada a Scapa i Rosyth. Tenien raó aquells qui, com *Chabas*,¹ ja aleshores van veure que foren raons extramèdiques i també una evident imprecisió diagnòstica el que més enllà dels Pirineus no es retolés de grip el que en el nostre país es va reconèixer que ho era desde primers de maig. Entre aquelles raons extramèdiques hi estava, lògicament la guerra i les relacions internacionals consegüents, i bona prova d'això va ésser la gran repressió publicitària del tema que hom pot observar en els diaris francesos de l'època, o el fet que primer se l'anomenés com a "grip americana", però, com va semblar denigratori per a uns aliats que estaven salvant França de l'invasió alemanya, després de voler-la batejar com a "grip alemanya" sense obtenir ressò, ens va tocar finalment el rebre a nosaltres i la varen popularitzar llavors com a "grip espanyola", malnom amb el qual es coneix encara avui aquella epidèmia de tan trist record.

Les tres onades

L'epidèmia vingué en tres onades, almenys a Espanya. De fet, corresponen a revifalles de la mateixa pandèmia a mesura que donava la volta per tot el món. La primera onada és la de primavera, que començà, com hem dit, a la capital a començament del mes de maig i que fou molt benigna però extensíssima, arribant a atacar, a Madrid, una sexta part de la població. La mortalitat, en canvi, va ésser molt baixa: així, fou de 77 a Madrid el mes de maig, i de 202 el de juny; a Barcelona, respectivament, de 21 i 35. No va tenir massa transcendència popular malgrat que, aquells dos mesos, s'enregistressin a tot Espanya més de vuit milions de casos de grip.

La segona onada va venir a la tardor, i fou la més terrorífica de totes les epidèmies i, en general, de tots els desastres mèdics que es coneixen. Com l'anterior se la va voler disfressar, però, veient el caire que agafava, no va haver-hi altre remei que reconèixer-la i combatre-la, el qual no fou tampoc motiu perquè no es considerés ara un salomònic triple origen simultani a França, Estats Units i Espanya. Se sap però, que cap a meitat d'agost s'enregistraren casos entre la clientela privada de Boston i que foren cinquanta els comptats a finals de mes a l'Estació Marítima de Commonwealth-Pier d'aquella mateixa ciutat americana.² A més, a començament de setembre es va desenvolupar un nou brot pels voltants de Burdeus altre cop, entre les tropes d'intendència i la població civil. Per aquestes dates, en el nostre país no teníem encara cap cas declarat. El que sí va passar a casa nostra és que, a començament de setembre, coincidint amb l'anunci d'un proper armistici i la subsegüent ordre del Govern francès de repatriació dels emigrats espanyols que treballaven a la reraguarda, i que ja hem dit eren mig milió, es començà a produir una entrada massiva d'espanyols per les fronteres d'Irun i Port-Bou especialment, que condicionaren l'aparició de la segona onada a Espanya. Fou, doncs, un cop més, importada.

Tenim el testimoni dels metges de les fronteres, encarregats d'un control sanitari molt reforçat llavors perquè ja se sabia que l'estat sanitari del país veí no era bo. Tots coincideixen en assenyalat les pèssimes condicions higièniques i de salut en què retornaven els immigrants. El testimoni d'un ells, el doctor G. Delmás, per exemple, és força demostratiu: "Venien en pèssimes condicions higièniques, mal alimentats, pitjor vestits, bruts, fatigats per la llarga durada del viatge, amb repetides parades i permanències a les estacions de trànsit, havent de dormir a les andanes a la intempèrie; se'ls conduïa després amb cotxes que portaven el rètol "8 cavalls o 40 homes", que havien estat utilitzats durant la guerra per al transport de tropes. Amb tota aquesta preparació, arribaven a les nostres mans quasi morts alguns,

d'altres greument malalts i d'altres, malgrat famèlics i extenuats, en un relatiu bon estat sanitari".³

Si la immigració importà la grip, hi ha un altre factor que la va escampar pertot arreu: la mobilització dels reclutes. Se sap que els excedents de quota es van incorporar el dia 6 de setembre, quatre dies abans que comencessin a ingressar malalts griposos a l'Hospital Militar de València. La premsa del dia 15 de setembre es fa ressò que hi ha grip a les regions militars corresponents a Lleó, Astúries, Galícia, Llevant i, sobre tot, Castella la Vella, on sols a Valladolid hi ha 217 soldats griposos. En el diari "El Imparcial" del dia 19 es diu que dels 300 griposos de l'Hospital Militar de Carabanchel, a Madrid, han mort en pocs dies 100 malalts, i hom discuteix si s'ha de llicenciar o no la quota d'instrucció per temor que propaguin l'epidèmia en tornar a casa. El ministre de l'Exèrcit, general Marina, reconeix aquell dia que té 4.000 soldats griposos i ordena que s'eliminin els exercicis d'instrucció per a evitar fatigues innecessàries i s'augmenti l'alimentació de les tropes. Encara no hi havia grip entre la població civil.

Hi ha fins i tot un tercer factor a tenir molt en compte en l'aparició d'aquest nou brot epidèmic: les condicions meteorològiques. Aquell estiu havia fet molta calor, i una sequedat assolia el nostre país des de feia mots mesos. Hom deia que des de 1864 no hi havia hagut una sequera tan gran. Recordem que, en aquella època, encara estaven molt vigents les consideracions etiològiques d'Hipòcrates respecte a l'influència de les aigües, dels aires i dels llocs en la producció de les malalties, hipòtesi posada poc abans al dia amb l'afegit de la teoria dels traumatismes meteòrics del professor alemany *Weintraud*.

Per tots aquests motius, la grip se senyorejà d'Espanya en molt pocs dies, començant, en la vida civil, per la regió llewantina i més concretament pels pobles d'Águilas, a Múrcia, i Purchena, a Almeria. En aquesta última població van caure malalts, el 12 de setembre, el metge i tres-cents dels seus veïns.

La descripció detallada de la marxa de l'epidèmia en el nostre país seria massa feixuga potser per un treball com el present i sens dubte mereix un estudi complementari específic. Sols direm, quant a la clínica, que la malaltia, per les seves característiques tan diferents de la sintomatologia comuna, va ésser confosa amb moltes altres malalties i sobretot amb les seves complicacions letals: pneumònia, broncopneumònies, septicèmia, etc. Això serà molt important perquè, després, a l'hora de fer balanç de la seva mortalitat, no podrem re-
fiar-nos únicament de l'epígraf "grip" dins la nomenclatura internacional de causes de mort per a valorar-la, sinó que haurem de sumar-hi tots aquells epígrafs que van suposar complicacions de la pròpia grip i foren enregistrades com a causes directes del decés.

La forma de presentació era rapidíssima, amb un període d'incubació molt escurçat i gran predomini de formes clíniques greus, anomenades hipertòxiques, que afectaven tot seguit els pulmons i el sistema nerviós central. No mancaven tampoc les hemorràgies i les alteracions intestinals, configurant tot plegat un quadre clínic de summa gravetat que hom podrà veure reflectit en la consideració social de la malaltia. A més, la seva extrema contagiositat va fer que famílies senceres la patissin, era comú el veure cases on la meitat dels seus habitants i, a vegades, tots estaven malalts, i també hom pot llegir a la Premsa constantment les notícies alarmistes del tipus d'un individu que va a veure un parent i l'endemà ja l'enteraven, o bé la caiguda de tants sacerdots i religioses després d'anar per les cases a tenir cura de gent pobre on ningú no hi volia anar per por del contagi. Res més clar que la mort de més de dos-cents metges en el nostre país aquell parell de mesos, xifra molt poc coneguda i gens valorada per la literatura en aquell moment.

Aquesta onada de tardor s'endugué més de 200.000 espanyols. Mai no podrem saber amb certesa quines foren les xifres absolutes de morts per l'epidèmia ni directament ni indirectament; no sols per la discrepància entre les xifres oficials i els càlculs dels especialistes donats per la literatura mèdica, sinó també, com ja hem fet esment, per la diferent nomenclatura emprada per registrar la causa de la mort. Fins i tot, sembla ésser que molts di-

funts que no foren atesos eren enterrats ràpidament pel veïnat d'acord amb una idea ancestral que considera el cadàver una de les pitjors fonts de Mal, especialment en el medi rural. En qualsevol cas, malgrat que la morbiditat fou bastant menor a la de la primera onada, la mortalitat fou extraordinàriament més elevada, de l'ordre del 25 per 100 de malalts, aquest cop, davant del 1-2 per 100 de la primera onada. Barcelona tingué, en un sol mes, el d'octubre, uns 150.000 atacats, mentre que a la resta del país es poden xifrar en uns tres milions els qui la van patir. No se'n va lliurar ni el propi Rei Alfons XIII que va haver de romandre quinze dies al llit en el Palau de Sant Sebastià.

Aquesta fuetada va durar fins a mitjan novembre, i desaparegué de forma tan ràpida i misteriosa com havia arribat. Al començament d'aquest mes hi havia encara 15.000 malalts a Barcelona, però gairebé no es veien casos nous; tanmateix, quedava algun focus molt aïllat en el país que anà també desapareguent. La segona setmana de novembre marca la fita de la normalització, un altre cop, de la vida ciutadana.

Però aquí no va acabar tot. Quan encara la gent no havia superat l'estrall anterior, una tercera i última onada de procedència clarament francesa va atacar algunes regions espanyoles. El febrer del 1919 apareixia per primera vegada a París, des d'on anà estenent-se com una taca d'oli pel país veí i afectant també el nostre. S'ha de dir que la pitjor exportació va ésser aquest cop per les Canàries i per les illes franceses de Madagascar i Reunió, al sud-est africà. A Madagascar, on va durar fins acabar l'agost del 1919, s'endugué més del 4 per 100 del total de població, i semblantment també a les Illes Reunió. És falsa la idea que sembla tenir-se entre els estudiosos que Canàries la va patir molt més tard que la Península, cap al 1920. Tenim una prova molt evident en la crònica d'un vaixell que venia de Vigo, anomenat "Infanta Isabel", i que arribà al port de Las Palmas el dia 5 d'octubre de 1918 amb més de 500 griposos. Malgrat l'aïllament, més ó menys efectiu del port, l'epidèmia s'estengué per totes les illes amb una gran mortalitat. Els cronistes canaris i el cos mèdic, molt especialment, es lamentaven que ells, que sols tenien una porta d'entrada, haguessin de patir també els efectes de l'epidèmia, malgrat que hagués costat poc l'evitar-ho si s'hagués volgut o sabut. Però, com tot seguit veurem, no hi havia encara massa respecte per la salut pública en el nostre país, i poques mesures efectives es varen portar a terme. El que sí és cert és que a Canàries la grip importada va durar molt més que a la Península, fent-se notar una recuada important el mes d'abril de 1919 a Santa Cruz de Tenerife i a l'illa de La Palma. A més les Canàries foren, amb altres ports peninsulars, focus importants de distribució i exportació de la grip als països sud-americans, esdevenint al final una estació d'intercanvi amb aquells països, que potser expliqui l'esmentada més llarga durada de la grip per aquelles terres. La Premsa recull, en efecte, com en una data tan tardana com la del 16 de juny de 1919 encara arribà un vaixell transatlàntic, el vapor "Reina Victoria Eugenia", provenint de l'Argentina, amb molts griposos a bord que van haver d'ésser de nou aïllats.

A la Península poques notícies hi ha de la revifalla del primer trimestre de 1919. En general pot dir-se que més aviat fou de poca extensió i prou benigna. Així, a Barcelona, d'una mortalitat altre cop normalitzada de 33 per la grip el mes de gener, es va passar a 275 el mes de febrer i encara 134 el mes de març, i es tornà definitivament a normalitzar amb una mortalitat específica de tan sols 20 el mes d'abril. El que sí se sap és que, com hem esmentat, va continuar l'intercanvi marítim amb els països sud-americans, passejant els virus amunt i avall. Així, a començament d'abril, el vapor "Alfonso XIII", que venia de La Corunya amb 1.042 persones en direcció a Cuba, va tenir 77 atacats durant la travessa amb dos morts. Tot Amèrica del Sud es va infectar amb els nostres barcos; per això dos dels noms més curiosos que hom pot trobar en l'extensíssima sinonímia d'aquesta malaltia són talment sud-americans: a Veneçuela li deien "El Beso de la Raza", i a Colòmbia "La Despedida de Colón".

Aquell any de 1919, la grip va acabar de donar tota la volta al món.

Incidència social de l'epidèmia

Com va viure la gent la malaltia, quines reaccions produí, quines actituds sanitàries s'aportaren i quina fou finalment la repercussió demogràfica de l'epidèmia és l'objecte primordial d'aquest estudi. Què passa quan es produeix una sobtada situació catastròfica com la d'octubre de 1918?. La primera resposta que t'arriba als llavis després de fullejar la literatura és que es produeix un estat de desconcert total, tant en els medis oficials com a la Premsa i al carrer. La grip de 1918 va posar de manifest la pobresa del nostre sistema sanitari, però també de quina manera hom perdia el temps en discussions inútils, mesures polítiques preses de cara a la galeria o salvaguarda d'interessos que ben poc afavorien l'aturament de la malaltia. Mallauradament també posà de manifest l'ancestral poca seriositat del poble espanyol en aquest tipus de problemes com podem comprovar, per exemple, amb l'especulació tan insolidària que es féu de tot el que es referia a la situació extraordinària.

El desconcert comença a la Premsa i al Govern, però acaba entre els mateixos metges. En primer lloc, la grip de 1918 va ésser confosa amb tot tipus de malalties: el diari ABC del dia 12 de setembre cita l'arribada de malalts del còlera per Irun; l'endemà mateix, el Diari de Barcelona dona la notícia que son enviats tres inspectors a la frontera francesa per estudiar les malalties que se sap pateix el país veí i que hom pensa que són disenteria i tifus exantemàtic. Entre els metges hom discuteix si serà la febre de les trinxeres, l'anomenada febre dels pappataci, el dengue o fins i tot la febre tifoidea disfressada. El desconcert oficial fou el pitjor: així, mentre l'Inspector General de Sanitat, per cert un conegut especialista del tema, reconeixia oficialment el 13 de setembre que allò tornava a ésser grip malgrat fóra difícil de reconèixer, i recomanava l'aïllament i l'evitació d'aglomeracions, el dia abans el subsecretari de la Governació havia dit que no hi havia motiu per alarmar-se perquè l'epidèmia de grip...tendia a desaparèixer!⁴ No sé ben bé si es referia a l'onada de primavera o és que no sabia res del que passava. I el que és més greu, és que això encara ho repetia el primer d'octubre, quan tota Espanya estava paralitzada i fins i tot el Rei estava llavors al llit. El que passava era que volia fer-se quelcom semblant a la repressió del tema en els diaris francesos per part del Govern; l'Administració tenia por que les campanyes alarmistes dels diaris posessin de manifest la deficiència del sistema sanitari. Per això constantment es feien crides oficials a la Premsa assegurant que no passava res, o el subsecretari de la Governació contestava a l'exigència d'una veritable "dictadura sanitària" en aquells moments de necessitat feta pel diari "El Liberal", amb la increïble afirmació que allò ja es feia i, "no ya desde que se divulgó la existencia de focos gripales en diferentes puntos de España, sino con grande anterioridad a estos hechos. Labor de perseverancia de muchos años ha sido la creación de un potente organismo sanitario que nos pusiese a salvo de toda contingencia..." (sic).

La gent veia que ni els organismes oficials ni els metges s'aclarien en les mesures de profilaxia, en com disposar la normalització de Serveis i, fins i tot, en com tractar l'epidèmia i les seves complicacions. Aquests fet, afegit a l'afany de notorietat d'alguns professionals poc escrupulosos, va provocar que la gent desconfiés de la Medicina i ridiculitzés els metges. La premsa i els escriptors satírics de l'època van fer la més grotesca i sanguinària burla de la sanitat espanyola, i la gent va perdre la fe en uns individus que, segons deien els crítics, tractaven el que no sabien. Aquest injust estat de coses demanava una acció governamental més enèrgica encara, però no va arribar. Van haver d'ésser els propis metges els que corporativament i per mitjà dels més famosos haguessin de puntualitzar la coincidència de tractar-se d'una malaltia una mica calaix de sastre clínic, on hi caben tot tipus de simptomatologia, de complicació i de tractament, fins i tot d'una contagiositat extrema, els qui denunciessin els companys oportunistes que volien cobrar deu duros diaris per feina extra en els pobles on la gent no els podia pagar, i els qui amb el sacrifici de més de dos-cents professionals morts, netegessin la taca del greuge.

Per tot això, doncs, i també per la impossibilitat d'hospitalitzar els malalts o bé contro-

lar-los correctament a casa seva, una gran majoria foren sotmesos a tractaments populars que moltes vegades agreujaven la malaltia. La gent es prenia infusions de polígala; xarops de puntes d'espàrrec; se'ls feia suar amb jaborandi, compost a base de pilocarpina; s'aplicaven sangoneres i altres mitjans de sagnia rojes; també es feien sagnies blanques, provocant diarrees farmacològiques o, en el diliri terapèutic, es donaven emètics, diurètics, mostasses, oli alcanforat, licor amoniacal anissat i tot tipus d'herbes a l'abast. El mateix Governador Civil de Barcelona recomanava prendre "alguns dies" petites dosis de quinina, un antipalúdic que hom prenia per gairebé tot.⁵

I és que no es podia treballar a nivell individual el que no es procurava des dels òrgans de Govern. Tothom estava d'acord en considerar gairebé nul·la l'acció administrativa, que havia oblidat aquell aforisme essencial que diu "salus populi, suprema lex". No van prendre's decisions positivament científiques i pràctiques, sinó tan sols pegats que no lesionessin els interessos dels particulars. Una de les crítiques fonamentals a l'actuació de l'Administració Pública fou la de confiar la direcció del seguiment i control de l'epidèmia, a nivell nacional, a un buròcrata com era el subsecretari de la Governació, que no en sabia res del tema, i a nivell provincial, com tantes altres vegades, al Governador Civil, que tampoc no en sabia res. Sols aquest fet, amb tota la intencionalitat esmentada, ja va distorsionar molt la informació. A Barcelona, almenys, no se'n tenen notícies de l'Administració Local fins el primer d'octubre, data de finiment de les vacances d'estiu de l'Ajuntament. Ambdues administracions es passaven la pilota de la responsabilitat executiva amb l'excusa que, mentre el Governador Civil tenia poder executiu total però no tenia diners, l'Ajuntament tenia o podia tenir diners, però gens de poder fàctic. Com veurem, un cop més en el tema sanitari, a casa nostra van haver d'ésser els veïns els que subvencionessin les mesures oficials preses per qui no tindria per què fer-ho si els organismes centrals complissin els seus deures.

Entre uns i altres no es va fer, doncs, res. Però hi ha molts altres factors en l'estudi d'aquesta inoperància: A Barcelona estaven de rebaixes els grans magatzems de la ciutat (El Siglo, El Barato, Can Damians, etc), llocs de gran concentració humana; s'havia perllongat la projecció de dues pel·lícules de gran èxit en aquell moment: "Fabiola o los mártires cristianos" i "La España Trágica"; els teatres feien ple amb "Terra Baixa" i "El Ferrer de Tall". "La Canción del Olvido", sarsuela de la qual va sortir un dels noms pel qual més es conegué la grip, el "Soldado de Nápoles", feia furor. No podien lesionar-se els interessos particulars i sols va ordenar-se una major neteja de cinemes i teatres, la declaració obligatòria (ben inútil si no va acompanyada de l'aïllament hospitalari o, per exemple, de la tramesa d'un llibret d'instruccions als familiars per ajudar la profilàxia i la terapèutica) i treure els acampats de les estacions de ferrocarril. El dia 7 d'octubre, molt avançada l'epidèmia, l'Alcalde disposa mesures tan ximpls com cegar els pous de les finques de la ciutat, treure dels terrats i patis les gallines i coloms que hi haguessin, que els tramvies anessin amb les finestres obertes tot i fent fret, i que es prohibís el tràfic de roba usada i la importació de draps.

Lògicament, la gent, poc temerosa encara de la malaltia, s'ho va prendre molt a xerino-la i d'ací la sinonímia tant extensa com grotesca que té l'epidèmia o la poca seriositat de certs anuncis que trobem als diaris, com aquell que diu que sols els qui beuen cervesa com única beguda queden lliures de contreure la malaltia, o aquell altre que, malgrat la prohibició deia: "Evitaréis la gripe vendiendo vuestros trajes y zapatos usados, pues ha llegado un comprador de Polonia que paga por dichas prendas tan altos precios que es inútil llamar a otros compradores" (sic).⁶

També es disposa que la recollida de deixalles es faci més sovint, i s'ordena als bombers que netegin els carrers amb aigua a dojo. La Junta Municipal de Sanitat dóna instruccions a la població recomanant, entre altres consells, quelcom tan increïble com que es treguin tots els mobles inútils de les habitacions, i es prohibeix la circulació de cabres passades les deu...

A nivell nacional l'afer no era gaire millor. Si bé alguns llocs van fer tancar cinemes,

teatres i locals públics molt aviat, com per exemple Girona que ho féu ja el 20 de setembre (i per això el Governador va ésser molt criticat), i altres feren tancar les escoles i els centres d'ensenyament o altres llocs de concentració abundosa, a la majoria de poblacions tampoc no es va fer gairebé res. Hom sabia que l'epidèmia havia començat a l'exèrcit, però tot i així es va fer igual la crida de l'última lleva de reclutes. Hom sabia que els immigrants tornaven malalts i famèlics, però tan sols se'ls feia un control sanitari poc rigorós a la frontera i no se'ls donava després cap tipus de protecció ni ajut. Hom sabia que les tropes portugueses, en retornar al seu país, podien expandir la malaltia, però tan sols se'ls posava en un tren especial quan havien de canviar de vagó a l'estació distribuïdora de Medina del Campo. El propi Ministre de la Governació va anar a veure aquest nucli ferroviari i en quedà molt satisfet del que es feia perquè "olia a desinfectante" (sic).⁷

A poc a poc, però, a mesura que avançava l'epidèmia, la gent començà a tenir por. En els diaris, sobretot a "La Vanguardia", sortien ja sis pàgines senceres plenes d'esqueles. Es van suspendre les festes i fires populars arreu del país, especialment les corresponents a la propera Festa del Pilar, dia de la Raça. El dia 9 d'octubre Barcelona té el màxim de mortalitat: 900 morts en un sol dia. El servei de Pompes Fúnebres, superat del tot per manca de decisió en el tractament d'una mortalitat, que era set vegades superior a la normal, i pels innombrables abusos que comet, és objecte de molt serioses acusacions per part de tot el veïnat i la premsa, que provoquen manifestacions a la Plaça de Sant Jaume i una forta crisi municipal en la qual l'Alcalde vol dimitir davant les crítiques de l'esquerra, però que la dreta no va permetre. S'havien fet a Barcelona 4.000 enterraments des del primer fins el 20 d'octubre, i se'n van fer 2.000 més en una sola setmana, la següent, del 19 al 25 d'octubre. Per si fos poc, en l'acme de la mortalitat epidèmica, el dia 9 d'octubre, es produeix la crisi del Govern Maura i la subsegüent dimissió del Gabinet.

Ara ja sembla que les decisions oficials tenen més cap i peus. Tot i així les escoles no tancaran a Barcelona fins el 15 d'octubre, i encara hom protestarà molt aquesta decisió sobretot per no fer tancar al mateix temps els cinemes, teatres, cafès i altres llocs públics. L'Ajuntament aprova un pressupost extraordinari de 1.443.750 pessetes, xifra molt important en aquella època per a despeses de sanitat, especialment destinada a l'edificació d'un nou Hospital d'Infecciosos. Aquest pressupost, haurà d'ésser cobert per un arbitri especial de sanitat sobre els lloguers dels pisos superiors a 30 pessetes mensuals i serà molt criticat a la Premsa, que es feia el següent raonament: si la gent ja paga tota la contribució, per què n'ha de pagar ara un altre per quelcom que forma part de l'administració municipal?. I, si tan bé estaven els serveis, a què ve ara un pressupost extraordinari d'un milió i mig a pagar pel veïnat?.

En aquells moments tothom patia per l'epidèmia. Cap al 20 d'octubre es tanquen els teatres i cinemes de Barcelona però no per decisió governamental, sinó perquè ningú no hi anava. No funcionaven els tramvies i Correus sols tenia la meitat de personal. Les fàbriques s'aturaren i arreu l'activitat es paralitzà totalment. A molts llocs es van fer processons de rogatives, presidides per les Autoritats, per implorar l'acabament de l'epidèmia. La infecció era tan greu que alguns dels malalts se suïcidaven; altres ho feien perquè havia mort tota la família sencera. A Caudete, província d'Alacant, fins i tot la gent va fugir del poble, aterritzada. També a Barcelona l'alta burgesia se n'anava a les cases d'estiueig en un intent de rebaixar les possibilitats d'infecció. Fins i tot el nou Govern, gairebé el mateix que feia poc havia dimitit, va voler aplaçar l'obertura de les Corts Generals, però la Premsa sospitava que era una excusa per evitar debats que sobre política exterior, l'última crisi de govern i la marxa de l'epidèmia, ben segur que tindria en el Parlament.

A Barcelona es volia suspendre el partit de futbol del diumenge dia 20 i també les sales de ball, però les pressions són tan intenses que per fi no va suspendre's res. La sensació d'insolidaritat es fa palesa pertot arreu. Els medicaments pugen tant, que alguns d'ells, els més sol·licitats, es fan pagar fins i tot a deu vegades el seu valor. Els boticaris i intermediaris far-

macèutics acaparen els productes i els venen a preu d'or; de res no serveix la disposició del Governador ordenant la declaració jurada d'existències. Els llogaters de cotxes no volen llogar els seus automòbils als metges perquè els tenien tot el dia i els sortia més a compte llogar-los per als enterraments, que eren nombrosos i de poca durada, quan a París el Muncipi destinava 50.000 francs per proporcionar automòbils als metges, i a Gènova un anònim lliurava 1.000 lires a la premsa diària per encapçalar una subscripció pública destinada al mateix fi. La gent, espantada, es tanca a casa i no surt ni al carrer.

Al contrari, pocs dies després d'aconseguir-se el màxim d'incidència, hom comença a dir que ja ha passat l'epidèmia i l'eufòria compensatòria es desborda. La gent ja ho celebra amb forta gatzara i la ciutat tornava a la bullícia quotidiana; hom desitjava tant el fi de l'epidèmia que no podia creure's les opinions autoritzades que afirmaven que encara no havia acabat i que la mortalitat no baixava, ans al contrari. Però era l'època de representar el Tenori, i això no es podia perdre. Coincidència macabra la d'aquell any entre la grip i el Tenori. Es va prohibir anar al Cementiri per Tots Sants, però fou tan forta la protesta de les floristes, que ja tenien les corones fetes, que finalment es va prendre una nova decisió insòlita: la de deixar portar flors als difunts sols fins la porta del cementiri, que restaria tancat. I les flors havien d'ésser naturals, per així poder-les després cremar...

Sortosament, la setmana següent hom va veure baixar definitivament la grip entre nosaltres i a la fi del mes sols quedaven petits nuclis, molt reduïts. Era l'hora de fer balanç de la gestió, i totes les revistes i corporacions mèdiques es fan ressò del rebuig unànim tant de governants com de governats, exigint mesures enèrgiques a favor de la salut pública. A partir d'ara es crearan comissions per l'estudi de projectes de llei en aquest sentit. A Barcelona ens va quedar la voluntat de construir un nou Hospital d'Infecciosos i també una disposició municipal en la qual, per primera vegada, s'ordenava la construcció d'una comuna a cada vivenda i no una per replà, la col·locació d'aigua corrent a totes les cases, la neteja dels dipòsits domèstics d'aigua i la col·locació de wàter a tots els pisos nous en un termini de sis mesos. Poca renda per tan alt preu.

Repercussions demogràfiques

Quina fou realment la incidència de l'epidèmia de grip sobre la població espanyola és quelcom poc estudiat pels sociòlegs i demògrafs, com ho és també des del punt de vista epidemiològic i mèdic, malgrat ésser un fet tant important que, com veurem, marca una fita en la història demogràfica del nostre país. Sembla que no, però és molt difícil de precisar exactament aquella incidència, sobretot referida a la morbiditat i la mortalitat reals degudes a l'epidèmia. Hi ha algunes consideracions que ho han dificultós: la primera d'elles és la gran discrepància que hom pot constatar entre les xifres oficials centrals i les locals, per una banda, i entre ambdues i les donades pels estudis dels experts en la literatura mèdica ulterior, per l'altra, si bé oficialment moriren per grip a Espanya aquell any 147.114 individus, la majoria d'autors estan d'acord en donar una xifra no inferior als 200.000. I aquesta xifra mai no pot ésser considerada exacta perquè hem de tenir en compte la segona dificultat: moltes vegades hom no reconeixia la grip com a causa directa de la mort, sinó que s'especificava en el certificat de defunció les seves complicacions. A aquella xifra, doncs, hem de sumar-hi la corresponent a la mortalitat per bronquitis, broncopneumònies, pneumònies, tuberculosi pulmonar complicada i tantes altres malalties de l'aparell respiratori que van augmentar extraordinàriament la seva incidència, si volem tenir una millor idea del que realment suposà l'epidèmia. Recordem també que ací no comptem els morts que després es produïren a causa de les greus complicacions cardíques i renals que consumien a poc a poc, ni altres causes de mort agreujades per l'epidèmia, com per exemple el quadre d'encefalitis letàrgica de Von Economo post gripal ("paràlisis agitans") que va fer estralls fins el 1926.⁸ D'aquesta manera, resulta que la xifra se'ns transforma en uns 450.000 morts, ben segur molt més aproximada a la realitat que la donada anteriorment.

Si estudiem la mortalitat declarada per grip (Taula 1), veurem, en primer lloc, que les xifres absolutes per aquesta causa podien considerar-se com a baixes en els cinc o sis anys anteriors a la gran pandèmia, però tot i així morien anyalment set o vuit mil persones de grip cada any. La xifra es dispara extraordinàriament l'any 1918, però observem també com els anys 1919 i 1920 donen encara uns valors molt elevats respecte a aquells primers, el que permet concloure que el cicle catastròfic de la grip de 1918 va tenir una durada mínima de tres anys des del punt de vista estrictament demogràfic. L'estudi gràfic de l'evolució anyal 1901-1950 dels coeficients corresponents demostra com la taxa, que anava baixant en línies generals des d'uns valors de 60-70 per 100.000 va passar a una xifra de 702,2 per 100.000 habitants l'any 1918 per continuar baixant posteriorment en forma de dents de serra fins un mínim condicionat, ben segur, per l'entrada dels antibiòtics els anys 1945 i 1950 (gràfic 1).

És molt característic de la pandèmia que ens ocupa el canvi en la distribució per edats que s'hi va veure. Sempre s'havia dit que els nens petits i els vells eren els primers que queien en qualsevol malaltia infecciosa, i molt més si és transmissible i epidèmica. Doncs bé, la grip de 1918 es caracteritza per la gran incidència que tingué sobre la gent jove i forta i pel gran respecte, en canvi, dels petits i, sobretot, dels vells. Hom diu que això podia ésser degut a una immunitat adquirida per la gent gran en la darrera gran pandèmia de 1890, i sembla ésser que els testimonis de la gent que la va patir llavors o no, després ho confirma. Efectivament, si elaborem una Taula comparativa entre ambdues epidèmies per grups d'edat (Taula 2), veurem com el tant per cent més elevat d'incidència es dona en el grup d'edats corresponents als adults joves, mentre que la xifra dels vells és molt inferior a la de 1890. És també significativa la menor incidència sobre la mortalitat infantil.

Ens sembla important el considerar la diferent presentació que tingué en els nuclis rurals i urbans. En efecte, en contra de moltes idees apriorístiques que podrien tenir, i no se sap ben bé per què, l'epidèmia de grip de 1918 fou de predomini clarament rural i no urbà. En la Taula 3, elaborada amb xifres oficials, veiem com la mortalitat de les capitals de província suposa molt poc respecte a la mortalitat general de l'Estat, entre un 15 i un 20 per 100 del total, quan ultrapassava la meitat de la població espanyola. Crida l'atenció també les baixes xifres donades oficialment, sols referides a la grip etiquetada com a causa de mort i durant el mes d'octubre. Com veiem, la mortalitat a Barcelona fou molt superior a la de

TAULA 1 (xifres absolutes)

MORTALITAT PER GRIP A ESPANYA			
1912	7.691	1917	7.021
1913	8.730	1918	147.114
1914	7.860	1919	21.235
1915	6.487	1920	17.825
1916	7.021	1921	5.837

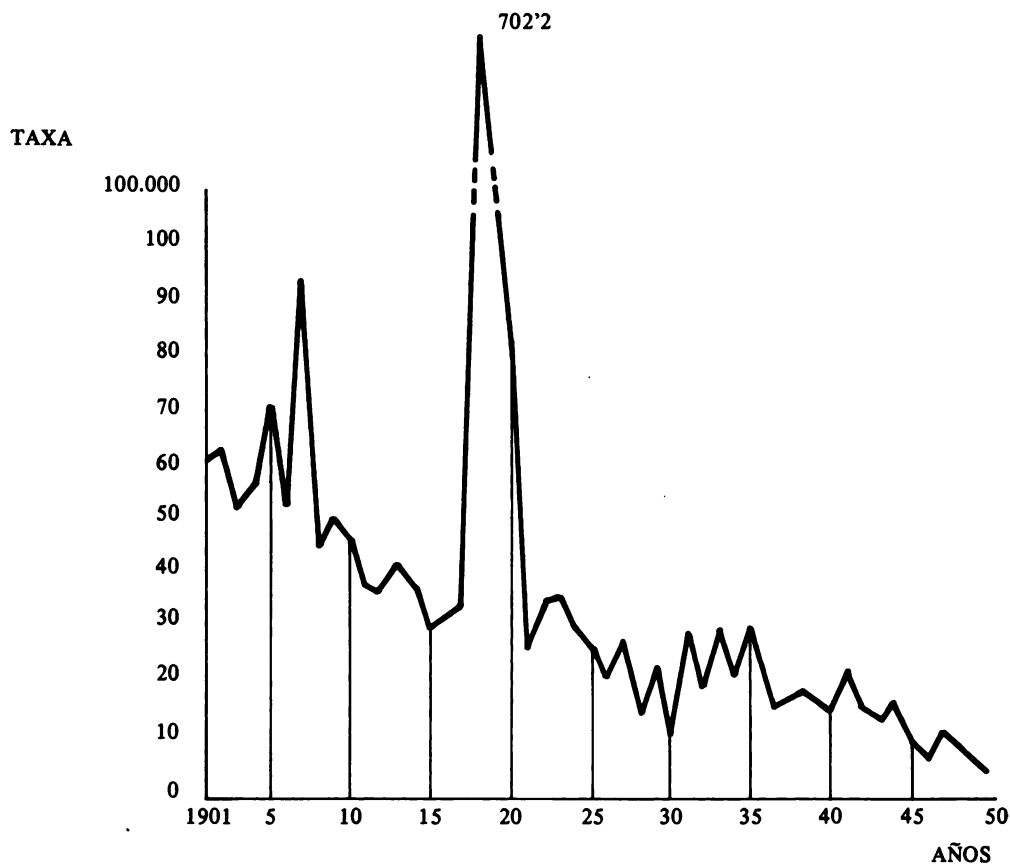
TAULA 2

MORTALITAT COMPARATIVA PER EDATS					
	0 - 1a.	1 - 19a.	20 - 49a.	50 i més a.	
1890	8.4	13.5	30.7	47.4	o/o
1918	3.3	30.0	51.9	14.8	o/o

TAULA 3

MORTALITAT RURAL I URBANA

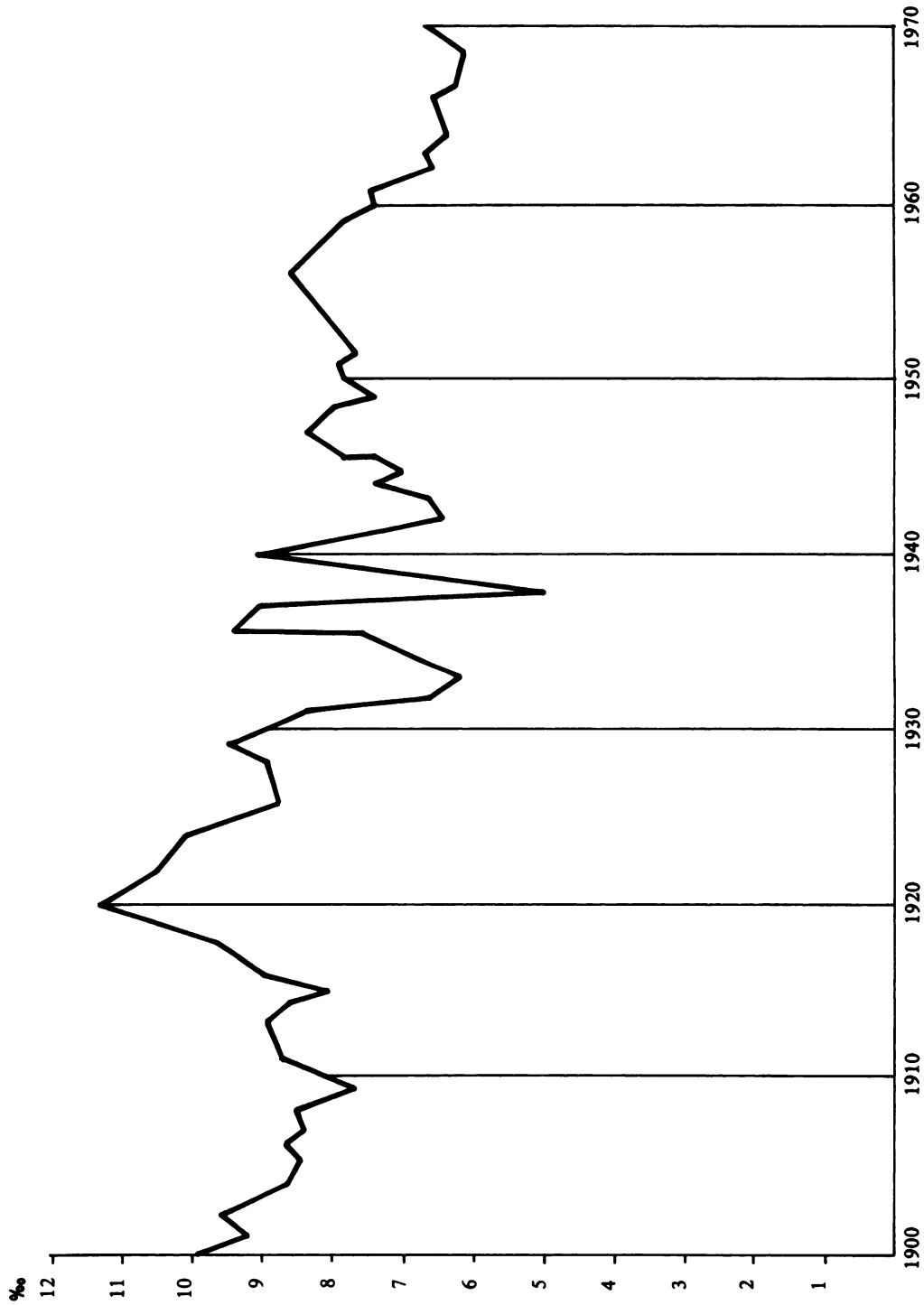
Madrid	948
Barcelona	1.557
Resta de capitals	19.906
Resta d'Espanya	124.540



Gràfic 1. Normalitat per grip

Madrid, i això vol explicar-se també pel fet que la capital la va patir molt més durant la primera onada, el mes de maig, i quedà així immunitzada per a la segona onada. Malgrat que les xifres siguin molt inexactes (a Barcelona moriren per totes les causes, oficialment, sis mil quatre-cents persones el mes d'octubre), la Taula ens sembla prou demostrativa de la diferenciació esmentada.

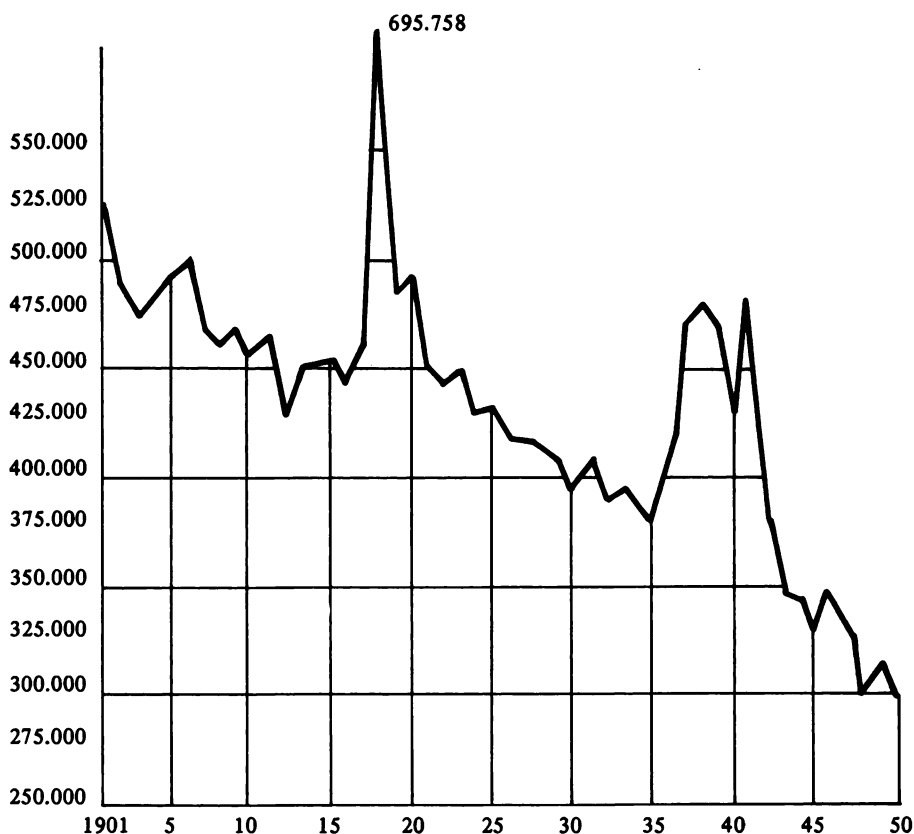
Aquell predomini juvenil tindrà una gran repercussió sobre la natalitat i la nupcialitat. El mes d'octubre de 1918 es produeix la taxa més baixa de concepcions de tot el segle fins



Gràfic 2. Nupcialitat a Barcelona.

arribar la Guerra Civil, segons es pot deduir de l'estudi mensual dels nascuts vius vuit i nou mesos després, és a dir, els mesos de juny, juliol i agost de 1919. La nupcialitat no va tenir temps de modificar-se gaire, perquè tot plegat l'onada forta de tardor va durar tan sols dos mesos, però si veiem una gràfica de l'evolució de la nupcialitat crida l'atenció la forta nupcialitat compensatòria dels anys següents, especialment el 1920, com es típic veure després de qualsevol desgràcia demogràfica significativa. Aquest fet és particularment clar en el Gràfic 2, que reflecteix la nupcialitat a Barcelona des de començament de segle fins el 1970, i on pot veure's que la taxa màxima de casaments de tot el segle es produeix justament l'any 1920, superior a la sobrenupcialitat compensatòria de després de la Guerra Civil, l'altra gran catàstrofe demogràfica nacional d'aquest segle.

La grip, doncs, va suposar a tot arreu, i també al nostre país, una disbauxa demogràfica molt important. Fixem-nos com, segons xifres oficials donades per un higienista l'any 1956,⁹ el gràfic de la mortalitat general d'Espanya per totes les causes en xifres absolutes des de començament de segle (Gràfic 3) assenyalava una punta fortíssima l'any 1918, molt superior a les xifres que el propi autor dona a la Guerra Civil. La grip contribueix a fer pujar la mortalitat general del país a quasi bé 700.000 morts en un sol any, xifra mai no superada, sortosament, des de llavors, però desmitificadora del "millón de muertos" que volien fer-nos creure de la Guerra Civil.

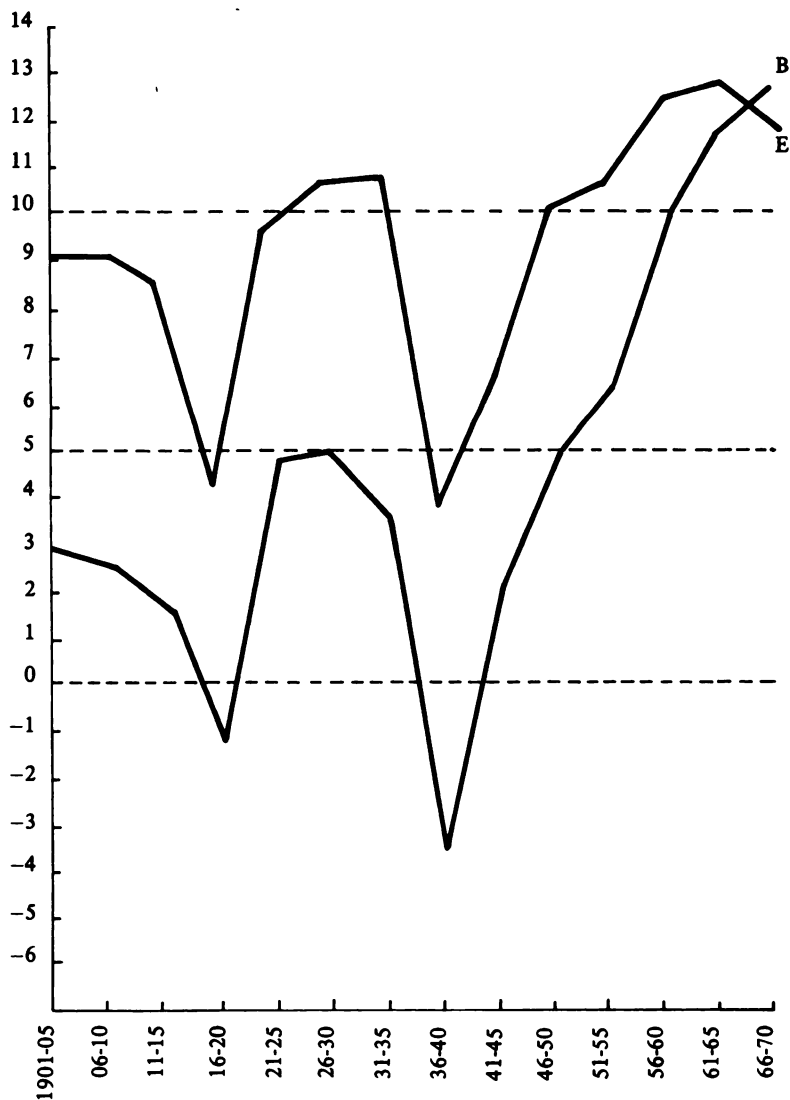


FONT: CRIADO AMUNATEGUI, 1956

Gràfic 3. Mortalitat general a Espanya (xifres absolutes).

El fet epidèmic fou tan important que el creixement natural de la població espanyola, és a dir, la diferència entre els nascuts i els morts, es va negativitzar (Gràfic 4). Aquest fet és també més evident a Barcelona, on la població va créixer gràcies a un saldo migratori fortament positiu.

Hem parlat de natalitat i de mortalitat. Si posem les gràfiques de l'evolució de les taxes brutes d'ambdós fenòmens a Espanya durant el segle XX i els darrers vint anys del segle passat (Gràfic 5), veurem com la mortalitat ha seguit una tendència contínua cap a la baixa, sols interrompuda per tres fets catastròfics importants: l'epidèmia de colera dels anys 1885-86, l'epidèmia de grip del 1918 i la Guerra Civil, mentre que la natalitat ha conservat un descens molt més encobert primer, després una mica més dinàmic i finalment bastant esta-

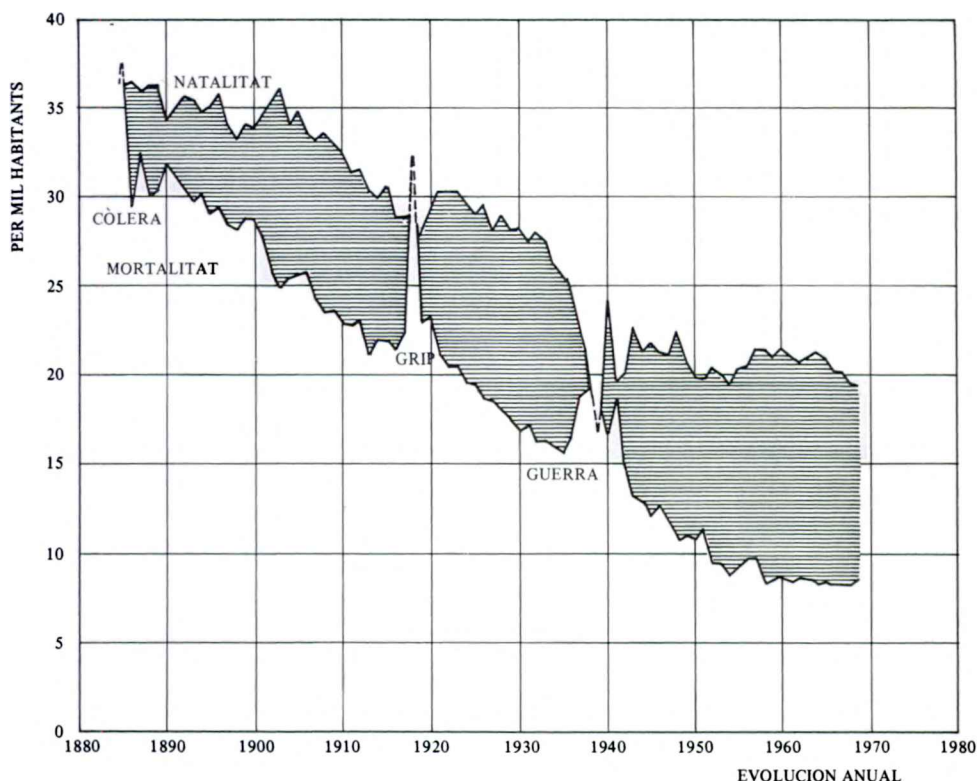


FONT: LLUIS RECOLONS: "La Població de Catalunya". BARNA. LAIA, 1974

Gràfic 4. Creixement natural d'Espanya i Barcelona.

ble o molt poc inferior. Ambdues gràfiques delimiten un espai que, limitat pels fets anteriorment esmentats, configuren les tres etapes de l'anomenada "*Transició demogràfica*", ben estudiada per Diez Nicolàs i pels germans De Miguel, a un dels quals pertany el Gràfic esmentat.

Aquest estudi demogràfic prou senzill, demostra la importància que tingué la grip de 1918, i obliga a un estudi més en profunditat que intentarem realitzar més endavant.



FONT: JESUS M. de MIGUEL: "El ritmo de la vida social". Madrid, Tecnos, 1974.

Gràfic 5. La transició demogràfica.

Notes

- 1 J. CHABAS: "La gripe". Javier Morata, ed. Madrid, 1921, p. 20.
- 2 W.T. VAUGHN: "Influenza: an epidemiological study" American J. Hyg. (1921) 1, p. 65-95.
- 3 G. DELMAS DEMETZ: "La frontera de Port Bou i l'epidèmia". Gaceta Médica Catalana, vol. LIV. núm. 1000, 28-2-1919, p. 133.
- 4 Diario de Barcelona, 12 setembre 1918, p. 10.955.
- 5 Diario de Barcelona, 2 d'octubre 1918, p. 11.
- 6 La Vanguardia, 5 d'octubre 1918.
- 7 La Vanguardia, 2 d'octubre 1918.
- 8 B. RODRIGUEZ ARIAS: Comunicació personal.
- 9 A. CRIADO AMUNATEGUI: "La mortalidad en España en los años 1901-1950". Rev. Sanidad Hig. Pública, vol. XXX, núm. 1-2 (1956), p. 4.

PART III
ORIENTACIONS TEÒRIQUES I
PROBLEMES METODOLÒGICS

LA TRANSFORMACIÓ DEL MODEL D'ASSISTÈNCIA PSIQUIÀTRICA A CATALUNYA

Josep Ma. Comelles

La Història de la Psiquiatria a l'Estat espanyol encara està en bona part per fer. És cert que alguns autors han tractat aspectes parcials d'aquesta, han tret a la llum textos dels pioners, o han insistit en la necessitat d'abordatges qualitativament més importants (Gràcia 1971). Tanmateix a aquest conjunt de materials li manca concreció, sistema, i sobretot es nota en ell l'absència d'un marc teòric que permeti comprensió global del problema, o interpretacions causals. Existeixen, no obstant això, alguns intents en aquest sentit, entre els quals sobresurt l'obra d'Espinosa (1966, 1966a, 1969, 1975, 1980), en la qual s'intenta situar la Psiquiatria espanyola dins un marc històric, social, i econòmic, i alhora efectua una anàlisi crítica dels seus antecedents.

La resta dels materials és bastant menys ric des d'aquest punt de vista, i es tendeix a presentar una imatge de la Psiquiatria a l'Estat espanyol, en la qual destaquen alguns tòpics, com el paper d'autors medievals o moderns, com antecedents del pensament psicològic, el recurs a l'hagiografia de les "grans figures" durant el XIX i el XX, o l'afirmació del retard de la Psiquiatria de l'Estat com la conseqüència lògica del retard de la Ciència Espanyola. En cap cas, amb l'excepció d'Espinosa, o de González de Chaves (1980), existeix l'intent d'establir hipòtesis causals d'índole sòlida que expliquin, no tant el retard o l'avenç de la Psiquiatria en aquest país, sinó simplement el perquè d'una sèrie de situacions que co-nciem.

La tasca que em vaig proposar, en preparar la Tesi Doctoral que alimenta aquest article, anava en aquest darrer sentit. El de proposar una hipòtesi de conjunt sobre el perquè de les peculiaritats del sistema d'assistència psiquiàtrica a Espanya i a Catalunya, no tant amb la intenció de resoldre el problema, com amb la de suscitar la polèmica, i possibilitar, d'aquesta manera, un enriquiment del coneixement que tenim sobre aquest particular. En aquest sentit, el text íntegre revisava les fonts i la bibliografia sobre l'assistència psiquiàtrica a Catalunya, i proposava una interpretació global sobre el fenomen molt evident de l'allunyament entre el model que segueix el desenvolupament de l'assistència psiquiàtrica a França, Anglaterra o Estats Units, i el de l'Estat espanyol, i al mateix temps destacant com, a Catalunya, per una sèrie de circumstàncies en absolut fortuïtes, aquest mateix model es diferenciava del conjunt de l'Estat.

La concepció que es troba sota aquest text és la d'entendre la Psiquiatria, i més concretament l'Assistència al malalt mental com una instància ideològica, que neix el segle XVIII i que passa a formar part de l'aparell constitutiu de l'Estat modern, per tal com en una

* Aquest text respon, però amb força modificacions, a les conclusions de la meua Tesi de Doctorat en Medicina (1981). En aquest sentit, la bibliografia final és limitada i recull només en part algunes de les obres consultades. Per qualsevol ampliació hom pot recórrer a l'esmentada Tesi, o als altres treballs de l'autor que s'assenyalen.

societat que postula en les seves bases ideològiques la igualtat entre els homes, és necessari establir una regla o bé per afirmar qui són els qui poden ser iguals, o per establir, com és ara aquest cas, quins són diferents (Comelles 1981a).

D'aquí que la constitució d'una teoria sobre la diferència que suposa la bogeria, suposi la instauració immediata d'un dispositiu públic d'assistència, que substitueixi el paper que exercia abans la comunitat, perquè sigui l'estat qui demani com a competència exclusiva la gestió i l'organització de l'aparell assistencial. Però alhora, aquesta organització assistencial és confiada, o millor es podia dir apropiada, per una professió que recupera per a ella el monopoli sobre la gestió i sobre la seva construcció ideològica, en aquest cas la professió psiquiàtrica.

D'aquesta manera, psiquiatres i administració pública actuaran en el camp de l'assistència psiquiàtrica com a dues forces concurrents, però alhora complementàries, a partir de les quals és possible d'establir una sèrie d'estadis en els quals dividir l'assistència. Aquests períodes es dedueixen de la tasca d'una sèrie d'historiadors i sociòlegs que han treballat sobre Història de la Psiquiatria els darrers anys, a remolc de l'impuls inicial que representa l'obra de Michel Foucault (1976).

Poden distingir-se quatre períodes convencionals:

- 1) De *definició* o *reformista*, que s'inicia amb el postulat d'entendre la bogeria com a malaltia, i de definir en conseqüència un model d'assistència per a aquesta, i de pensar unes institucions específiques per aplicar-ho. És el que coneixem com "tractament moral" i com "manicomi". Aquest període oscil·la en els països europeus i a Nord-Amèrica entre 1780 i 1850. Es caracteritza per una concepció filantròpica de l'assistència i per un optimisme terapèutic que enllaça amb la idea de progrés que és comú en l'època. A final d'aquesta fase els diferents estats organitzen els seus models respectius i els seus dispositius d'assistència.
- 2) Aquest període pot anomenar-se *custòdia*. S'inicia amb la crisi de l'optimisme terapèutic, amb un major escepticisme envers la guaribilitat de la bogeria, i per un predomini del poder administratiu sobre les institucions. El desenvolupament del capitalisme en la segona meitat del segle XIX, afavoreix la industrialització, els desplaçaments de gent, i incrementa la taxa de peticions d'internament psiquiàtric. Es conculquen els principis d'organització del tractament moral i s'incrementa la població dels manicomis. Els alienistes, confinats en les institucions, abandonen els sociologisme implícit en el tractament moral i s'alineen progressivament amb les tesis neurològiques i organícistes, que possibiliten una diversificació de la seva pràctica professional.
- 3) Fase de *psiquiatriització*, o de diversificació. Per fer front al descrèdit que suposa el manicomi i el confinament dels professionals en ell, es propicien noves facetes de la intervenció psiquiàtrica sobre la societat. D'una banda es desenvolupa el paradigma psicoanalític que fa psiquiatrizable qualsevol membre de la societat, i es recupera un cert pensament sociologista que tendeix a presentar la societat com infiltrada per agents patògens; d'aquí la necessitat de plantejar el problema de la Higiene Mental. Al mateix temps, aquesta tendència sociologitzant suposa una aproximació a la medicina clínica mentre que el model que s'utilitza continua essent un model proper o inspirat en la neurologia (certs termes psicoanalítics), o fins i tot en la medicina interna (higiene epidemiològica, etc...). En aquesta fase es dona un esforç important per part dels professionals per presentar les noves alternatives als governs com una via vers la consecució d'uns millors objectius socials.
- 4) La darrera fase correspon al període durant el qual el poders públics fan seus els models d'assistència orientats en totes direccions, que coneixem com a polítiques del sector, englobades, generalment, dins els distints instituts de la Seguretat Social.

Al marge de la bipolaritat psiquiàtrica mèdica/psiquiatria administrativa, existeix un segon nivell segons el qual l'assistència psiquiàtrica oscil·la entre la dependència de les cièn-

cies mèdiques, o el que podríem anomenar el seu pol biològic, i la declaració d'una certa autonomia o especificitat, que tendeix a situar-la en el marc de les Ciències Socials. Els períodes primer i quart correspondrien a una etapa que podríem anomenar "sociologisme", mentre que el període segon i, en certa manera, el tercer podrien situar-se en el pol medicalista.

Si atenem al grau d'intervenció estatal, els períodes de major presència de l'estat són, sens dubte, el primer, el segon i el quart, tot i que, pot considerar-se que el grau d'estatalització de l'assistència psiquiàtrica, en la major part dels països occidentals, tendeix a incrementar-se per les pròpies característiques del sector.

El sector que mínimament conegui les vicissituds de la Psiquiatria a l'Estat espanyol haurà comprovat d'immediat que aquest esquema no es compleix, ni tan sols a Catalunya, l'àrea que fins 1939 "gaudia" de l'equipament assistencial més complet.

La fase de definició que hauria de correspondre a les etapes de govern liberal o progressista el primer terç del segle XIX, no es compleix. Certament, el Trienni Constitucional regula el 1822 el sector de Beneficència, però la crisi de 1823 impedeix qualsevol desenvolupament posterior. No és fins 1840-50 quan es recupera l'ona reformista, però encara així la llei de Beneficència de 1849, molt esmentada pels sectors més conservadors no pot ser considerada, de cap manera, com una llei reformista, sinó com un pegat necessari per omplir un buit legal. Fins i tot el Decret de 1885 sobre internament psiquiàtric, que respon a la mateixa necessitat resulta reaccionari des de la perspectiva del seu temps. En tot cas no suposa cap pacte entre alienistes i administració, sinó la relegació d'aquells a una posició subsidiària.

El període custodial a Espanya és una constant en el sentit que no és la conseqüència de la crisi del tractament moral, com succeeix en els països avançats, sinó com la continuació de la pràctica portada a terme tradicionalment. No hi ha una política de construcció de noves institucions, i, quan n'hi ha, l'alienista no participa en la decisió, i no hi ha ni tan sols lloc per a ell en els nous centres. D'aquí que el domini administratiu sigui poc menys que monopolístic, i que la reforma no trobi una via en la qual manifestar-se.

La raó d'aquesta situació sembla estar en la manca de pes dels polítics i del progressiu allunyament d'aquests de les posicions reformistes per alinear-se amb els plantejaments clínic-organicistes de final del segle XIX, i cedir en el front dels manicomis, per atrinxerar-se en la pràctica del gabinet.

El període de la psiquiatrització s'inicia tímidament entre 1923 i 1938, però la Dictadura de Primo de Rivera primer, i la Guerra Civil després desfan les estructures i les institucions, i dispersen el homes. No serà fins a mitjan dels anys seixanta que un aire renovador en Psiquiatria envairà novament universitats i hospitals, tot i que serà pràcticament en oposició als dissenys administratius incapaços de recuperar, ni tan sols, les formes més reaccionàries.

Finalment no pot parlar-se de sectorització que es troba encara pendent de la seva discussió en les institucions representatives de l'Estat.

Aquest model, tan distint del que Castel descriu per Estats Units (1980), o per França (1976, Steudler 1974) no es correspon amb l'evolució particular de l'assistència psiquiàtrica a Catalunya, almenys fins 1938. En el principal existeixen en embrió quatre fases, amb molt poca distància amb les seves homòlogues europees o anglosaxones, però amb el fruit d'una estratègia no dirigida des dels poders públics, sinó des de la iniciativa privada, o des de les institucions cíviques o autonòmiques. El fet més característic d'aquest peculiar model català, és que a diferència d'aquestes xarxes estatals de manicomis model que es construeixen més enllà dels Pirineus, Catalunya construeix un conjunt de manicomis model

privats, destinats, en una primera fase, a mostrar a l'Estat central com han de plantejar-se. D'aquí que tinguem a Catalunya, i fins 1885 aproximadament, un període reformista clar, durant el qual els alienistes catalans clamen per la construcció d'una xarxa estatal de manicomis, i davant la resposta negativa de l'Estat central els construeixen pel seu compte.

El fracàs del reformisme a Catalunya, que pot datar-se el 1885, per tal com el Decret d'aquest any sobre internament contradiu les tesis dels alienistes catalans, està relacionat amb la crisi econòmica dels centres, que deriva, entre altres raons, de la incompatibilitat de l'economia dels manicomis de règim "tractament moral", amb la gestió privada d'aquests (Cfr. Comelles 1980, 1982).

Davant la crisi de l'Estat central, i el fracàs de l'opció privada, la Psiquiatria catalana s'aproxima als plantejaments del nacionalisme, establint una relació que no s'estrancarà fins 1938 i que donarà lloc a l'experiència assistencial més interessant que hi ha hagut a l'Estat (Comelles 1981b).

L'aliança entre nacionalisme i assistència psiquiàtrica, catalitzada per personatges com Domènec Martí i Julià i Salvador Vives Casajuana donarà lloc a la fase de psiquiatriització, durant la qual els poders públics autònoms (Mancomunitat i Generalitat), encomanaran successius plans d'assistència psiquiàtrica global, que permetran, ja el 1937, l'establiment d'una estructura sectorial per a l'assistència Psiquiàtrica a Catalunya que s'avança vint-i-tres anys a la Circular francesa de 1960 instaurant el sector (Cfr. Bordas; Aujaleu et alii 1975).

La derrota de 1939 destruí aquestes expectatives. Les condicions de l'assistència van suposar un retorn al custodialisme, del qual no es mourien fins mitjan els anys seixanta. En aquest període, la Psiquiatria catalana, depenent en bona part de centres de poder aliens, es realinea amb la resta de l'Estat, fins que a final de la dècada, la recuperació d'alguns autors d'abans de la guerra (Mira, Tosquelles) i l'esforç per entroncar amb l'antiga tradició avantguardista dels anys trenta, possibilita un resorgiment interessant del pensament assistencial a Catalunya (Cfr. Gol et alii 1976).

Però examinem amb cert deteniment les raons del desfasament del model català. Penso que per això és necessari atendre dos problemes diferents. Un, que correspon a la manera com l'Estat espanyol contemporani formula el seu model d'assistència (si de cas en formula algun), i un altre les raons per les quals, des de la perifèria es planteja una formulació alternativa més avençada, i que va molt més enllà dels simples límits del model ofert per l'Estat central.

Si partim d'una unitat d'estudi a la qual podem anomenar "model assistencial" (Cfr. Comelles et alii 1981c) i que és el fruit d'una opció ideològica, podem considerar que en la seva definició intervenen les següents variables: una categoria de persones *assistibles* que ha d'ésser definida (/boig/), un model d'administració i una ideologia que estableixi la relació entre assistible i el qui l'ha d'assistir, i una categoria d'especialistes que estableixi aquesta ideologia assistencial, i que alhora sigui medidora entre l'assistible, l'administració, i eventualment la societat.

Aquestes variables poden jerarquitzar-se: Un cop establertes les condicions històriques que modifiquen la percepció social del boig, és possible una transformació del model d'assistència. Les bases de la transformació requereixen l'elaboració d'un discurs sobre el boig, de caràcter filosòfic, l'apropiació d'aquest per part dels metges, i la formulació per aquests d'una teoria de l'assistència que es basi en el seu monopoli com a experts i en unes institucions específiques, construïdes d'acord amb aquesta teoria. Aquestes institucions serveixen, alhora, com a centres de producció de coneixements sobre el boig, i permeten assegurar la reproducció dels experts. Experts i institucions en una relació dialèctica aniran adaptant-se als canvis en la percepció social del boig, mantenint, sobretot, les condicions que possibiliten el seu monopoli sobre ell.

La Psiquiatria a l'Estat espanyol del segle XIX partia d'unes condicions prèvies no pitjors que a les de qualsevol altre Estat europeu. El 1822 s'avençà fins i tot als seus veïns amb la Llei de Beneficència, i existia la suficient base professional i institucional per un desenvolupament convincent. La reacció absolutista de 1823 ofegà tota possibilitat d'anar més endavant, alhora que impedia el desenvolupament d'una administració moderna. En segon lloc, l'absència d'un desenvolupament industrial, en el primer terç del segle XIX, impedeix una extensió econòmica que podria forçar la substitució de les estructures socials i econòmiques de l'Antic Règim. Per això no es consolidà una burgesia industrial poderosa, que va molt per darrera de la dels altres països europeus, i subsisteixen les formes de vida tradicionals. En tercer lloc, les Desamortitzacions contenien una ambivalència considerable. Es liquidaven els patrimonis de les institucions, però no encoratjava una política de laïcització de la societat, amb una intervenció decidida de l'Estat en l'àrea assistencial que era una de les seves competències exclusives. En no tenir una política de recanvi, l'Estat pactava amb l'Església o amb els propietaris d'institucions; amb això, en canalitzar la major part dels fons vers ells, s'impossibilitava una política d'inversions eficaç.

El corollari és que l'Estat no demostra cap interès pel *problema* de l'assistència als dements, tot i que conservà zelosament la seva competència nominal, la qual no l'abandonà fins 1926 per cedir-la a les Diputacions. Però, tot i que en aquest zel s'entreveu l'esperit jacobí al qual no va voler renunciar, el concepte que tenia l'Estat del boig i de la bogeria estava molt allunyat de les idees que proposaven els alienistes. Era la conseqüència de la seva desconfiança respecte a aquests, fruit de les filiacions polítiques sospitoses; eren antics exiliats o progressistes que postulaven que en les institucions el control havia d'ésser arrabassat a les autoritats civils i religioses per passar exclusivament a les de la ciència, i l'Estat no podia permetre el control de grup tan poc segur políticament sobre aquesta parcel·la, per tal com, al marge del radicalisme que defensaven els alienistes, el que proposaven aquests anava contra els interessos dels grups socials que posseïen el poder.

Per a l'Estat decimonònic, l'assistència a la bogeria no podia ser presa com a objecte d'estat, sinó com quelcom que tenia la seva solució natural en la cultura tradicional, en la comunitat. En aquestes condicions, el boig no tenia per què ser una a-regularitat social, ni tan sols un problema d'ordre públic, com podia ser-ho en les àrees industrials. El problema es planteja des del moment en què la classe dominant no veu el problema en els mateixos termes a tot arreu. Així, el problema de l'assistència als boigs no constituirà un centre, ni tan sols mínim, d'interès estatal, excepte en aquells períodes en els quals l'Estat està dominat per les fraccions més progressistes de la burgesia.

Des de la perspectiva de la burgesia catalana, el problema de la bogeria sí era un fet important, tant per la seva *presència*, com per l'augment de casos, com perquè era un camp que havia d'atendre un Estat modern, juntament amb les altres competències que li fossin atribuïdes. La conseqüència més important de la manca d'intervenció d'aquest és que es bloqueja el desenvolupament del saber psiquiàtric, en impedir el desenvolupament de les institucions i, segons l'esquema que donàvem, impedeix també la formació dels alienistes, i per tant posava en entredit una correcta assistència dintre dels canons científics de l'època. Els alienistes havien formulat l'aparell assistencial com un instrument destinat a complir dues finalitats: tractar la bogeria, i possibilitar l'observació dels boigs. És el mateix tipus de dispositiu que utilitzen els metges generals, tan sols amb una diferència: que aquests poden treballar en qualsevol centre, mentre que els manicomis han d'ésser construïts de nova planta per ser eficaços. Aquesta inversió, per a malalts de beneficència, hà d'estar en mans de l'Estat, però la gestió ha d'estar en mans dels alienistes, que han estat els cervells que han dissenyat la institució. D'aquí que els alienistes propugnin l'assistència pública, i el seu monopoli sobre ella per sobre de jutges i autoritats.

En no trobar-se els alienistes en una posició de força, els era impossible accentuar el seu monopoli sobre la bogeria, i sobre la vulgarització i la generalització d'aquests mateixos

coneixements que són una garantia de la seva institucionalització. Sense aquesta no els era possible combatre les pràctiques tradicionals, com anaven fent els metges generals per ampliar el seu propi camp d'acció. La conseqüència d'aquestes limitacions serà important per al desenvolupament de l'especialitat: el nombre d'alienistes es reduirà, mancat d'instal·lacions en les quals millorar la formació, però mancats també d'una clientela que no té cap tipus de promoció i que l'escàs equipament tendeix a limitar.

Un darrer factor tindrà la seva importància. El desenvolupament tecnològic en medicina durant el darrer terç del segle XIX permeté als metges d'oferir una imatge cada vegada més eficaç, tant en el desenvolupament d'unes pràctiques preventives, com en la pròpia terapèutica. En canvi, el fracàs dels principis reeducadors del tractament moral, relegava els manicomis com a centres custodials, les funcions dels quals es limitaven cada cop més a conservar i observar. Si els poders públics no havien entès la lògica del tractament moral, era impossible que ho entenguessin en la segona meitat del segle XIX, durant la qual la ineficàcia provada dels mètodes terapèutics, tan elogiats pels alienistes, no es corresponia amb la imatge d'inguaribilitat de la bogeria, que els propis alienistes reconeixien, ni amb la creixent mala fama d'aquests centres entre la població. Resultava més econòmic per a l'Estat habilitar qualsevol centre per internar boigs, o deixar lliure iniciativa al sector privat, que llençar-se a una política de dubtosa rendibilitat econòmica i fins i tot terapèutica.

El fracàs en mobilitzar l'Estat envers l'establiment d'una xarxa d'institucions posava en qüestió el desenvolupament de la professió psiquiàtrica i, per tant, la seva capacitat de producció ideològica. Davant d'aquesta circumstància només existien dues estratègies: construir manicomis privats en els quals formular i aplicar les noves propostes, o reconvertir l'especialitat cap a criteris més medicalitzats. Ambdues opcions són contradictòries; si la fase de construcció de centres privats a l'estranger es produeix en els segles XVII-XVIII, abans de la definició de la ciència especial, a Catalunya, única àrea de l'Estat en què es desenvolupen, ho fan més tard, a partir de 1850 i després que els alienistes espanyols han indicat la seva inadequació.

El recurs a la creació de centres privats era una espasa de doble fil. L'orientació privada es proposava establir un aparell que permetés la reproducció del saber psiquiàtric i el seu desenvolupament. Això era inviable: la lògica sobre la qual es fonamenta el manicomi moral era des del punt de vista de la seva estructura econòmica, incompatible amb un règim de gestió privada. Això només podia conduir al custodialisme o a la bancarrota per la impossibilitat d'aconseguir una autonomia real (Comelles, 1980, 1981; Lanteri-Laura, 1972). A mig termini suposava la caiguda dels centres en mans dels administradors, la seva transformació en negoci i el que els alienistes quedessin relegats a papers subalterns i no poguessin orientar els centres en funció dels seus interessos. D'altra banda, però, la ciència especial, malgrat el desenvolupament clínic de final de segle, continuava molt centrada en la institució, i difícilment podia expandir-se fora d'ella d'una forma autònoma. Això donarà lloc que per raons estratègiques i partint de la seva debilitat política hagin de propiciar un apropament a la professió mèdica per aixopugar-se sota el paraigua de les seves reivindicacions.

Doncs bé, aquesta solució era també contradictòria: no es podia conciliar l'opció de base pública que defensaven els alienistes, amb el conservadurisme de les opcions mantingudes pels metges, oposats aferrissadament a qualsevol forma d'estatalització o de socialització (Cfr. López Piñero 1976, Calbet 1970).

De fet penso que a partir dels anys vint es dibuixen dues tendències ben diferenciades: una que podem anomenar "assistencialista" i que se situa a Catalunya, i una tendència més "clínic-mèdica" associada al desenvolupament de la psiquiatria madrilenya. Un estudi rigorós d'aquesta darrera orientació distingia dues opcions, una progressista, que s'aproximaria a l'orientació catalana i que estaria en la base dels plans republicans; i una opció conservadora, que serà la que prevaldrà de l'assistència psiquiàtrica.

La manca de força del sector psiquiàtric i la seva insuficient institucionalització van impedir el trànsit suau del període custodial a la fase de psiquiatriització. No es pogué incrementar la presència dels psiquiatres, pel seu petit nombre (uns dos-cents el 1935) i per la inexistència d'un mercat que pugui ser potenciat des de les institucions. A més, en aquell moment, ja no era possible utilitzar l'opció privada per generar l'aparell assistencial que no construïa l'Estat. No hi havia altra sortida que insistir sobre aquest, o efectuar una política malthusiana per controlar la petita parcel·la del negoci psiquiàtric que restava.

El pacte entre alienistes i República és la conseqüència de la manca de resposta dels governs de la Restauració al problema, però sobretot de l'existència d'una sensibilitat nova en el Govern vers un sector de les competències de l'Estat que havia estat molt important en la consolidació de l'Estat Modern a Europa.

La destrucció de 1939 suposa l'entrada en un període de congelació de la parcel·la psiquiàtrica, la qual, sense perspectives de créixer, és mantinguda en sordina: desenvolupant el sector estrictament privat, i mantenint simplement la resta del dispositiu assistencial.

La crisi del sistema es produeix en el moment en què els canvis socials que es produeixen en el país donen lloc a un increment constant de la demanda psiquiàtrica que el dispositiu institucional és incapaç de canalitzar. S'intentaran des del poder polítiques globals com el PANAP, que se salden en fracassos, o experiències pilot com la d'Oviedo, que si bé tècnicament són correctes, provoquen conflictes, tant per les contradiccions internes d'aquestes, com perquè un país en el qual la professió psiquiàtrica és exercida privadament gairebé en un 100 per cent, el monopoli dels hospitals per part d'una nova classe de metges amb dedicació exclusiva era un atemptat que no es podia tolerar.

Malgrat el seu fracàs, aquesta sèrie d'experiències han tingut efectes importants que es poden resumir en quatre: la creació d'una nova forma de professional, independitzat de la pràctica privada i que és una garantia d'eficàcia tècnica, la vulgarització dels conceptes psiquiàtrics, i per tant la potenciació del mercat, la disseminació de les institucions i de les experiències en àmbits molt diversos. En resum, garanteixen l'entrada en la tercera fase, a la qual fèiem al·lusió, i que posen les bases de la quarta, en la qual, confio, estem penetrant.

Aquest procés es diferencia, en bastants dels seus aspectes, del que succeeix a Catalunya. En el Principat, l'evolució té molt a veure amb la seva articulació amb el procés de reconstrucció de Catalunya.

En la primera etapa, que arriba fins el Primer Certamen Frenopàtic espanyol (1883), i que correspon al període de *definició* o reformista, els psiquiatres catalans es presenten com autors de projectes que consideren útils a l'Estat espanyol. Els guia la seva condició de persones il·lustrades que volen contribuir a la modernització d'aquell. No hi ha en els textos un particular "catalanisme", tot i que es destaquin, de vegades, els avenços realitzats en el Principat, que són presentats com a motiu d'orgull. Es tracta sobretot, però, de presentar unes idees per a tota la col·lectivitat, sense barreres ètniques, sobre la base que la ciència és un patrimoni de la Humanitat i que com a tal ha de ser oferida al Bé Comú i aquest és l'objectiu de l'Estat modern. Els alienistes catalans construeixen manicomis basats en principis filantròpics, es reuneixen, creen les bases d'una institucionalització, però sempre amb la mirada fixada sobre l'Estat.

A partir de 1885-1890 la situació canvia: l'equipament català és considerable, però és totalment privat, i el decret de 1885 senyala ben bé que no hi ha possibilitat de pacte entre Estat i alienistes. S'entra en una fase de custodialisme dur, amb tots els avantatges per a les administracions, i en la qual els alienistes són relegats a un segon pla. Els alienistes que interpreten el custodialisme no com un fracàs, sinó com una conseqüència de l'escàs in-

terès de l'Estat es veuen obligats a plantejar-se alternatives: la primera, el nacionalisme, la segona, el rebuig a la Monarquia.

L'adopció de l'ideari catalanista es fa a partir d'un dels dos eixos de què consta la reivindicació nacional a Catalunya; el que podem anomenar eix progressista, i que respon a l'intent d'apropar el país a Europa, més enllà dels límits i les estructures de l'Estat espanyol. No es tracta, doncs, de l'opció conservadora centrada en la reivindicació nostàlgica d'un passat, sinó el de crear una ciència catalana i més endavant una administració pública que li doni suport, dintre dels esquemes de la ciència avançada de l'època. Els alienistes s'il·lustren en viatges, es reuneixen en certàmens, i des de començament del segle XX inicien una Societat Científica per dur endavant una sèrie de projectes per actualitzar, abans que res, un equipament obsolet, des d'una perspectiva d'avantguarda en la qual sobresurt sobretot l'exigència d'una administració pública eficaç.

L'alternativa que es proposa no és la d'establir una reivindicació exclusiva de la peculiaritat, sinó la de fer una demostració de la capacitat d'innovació a través de la construcció d'un aparell d'Estat que pugui competir amb avantatges amb el que sosté l'Estat.

Això suposa una greu contradicció, per tal com la ineficàcia de l'Estat és global i no parcial i té arrels profundament estructurades. La burgesia catalana s'ha de limitar en aquestes condicions a preparar una sèrie d'institucions pilot de sectors més o menys marginals i que suposin models a seguir, demostracions de la capacitat d'innovació i gestió. L'assistència de beneficència és un d'ells, i per organitzar-lo es recorre, sense cap problema, a gent d'esquerres, encara que allò suposi, a llarg termini, un desplaçament de l'hegemonia vers aquests, com correspon a l'esforç en assistència de la Generalitat de 1932-38, en la qual sobresurt un cert esperit d'avantguarda en la seva política de realitzacions, de la mateixa manera com naixeran a final dels 60 noves iniciatives que, entroncant amb la tradició d'avantguarda dels anys 30, proposaran una sèrie de plans avançats en matèria assistencial. I en les opcions que s'escartegen en la llarga sèrie de publicacions sobre el tema (Cfr. Gol et alii, 1978) es trasllueix la mateixa necessitat que el 1931. Construir una administració moderna i eficient, una organització de l'Estat alternativa que pugui presentar-se abans que res i sobretot no sols com molt més propera al ciutadà, com semblen postular certs personatges de l'Administració, sinó com un instrument per "construir el país". El problema es troba en tot cas si això és possible dins un Estat, i d'una administració com l'espanyola, i si és possible amb una classe dominant com la burgesia catalana, que des de fa dos-cents anys, quan té problemes amb les classes populars truca a Madrid per imposar l'ordre, o pren el tren de Burgos.

BIBLIOGRAFIA

- AUJALEU et alii. 1975. Histoire de la Psychiatrie de Secteur. *Recherches (Paris)*. 17.
- CALBET CAMARADA, Josep Maria. 1970. L'obra psiquiàtrica del Dr. Antoni Rodríguez-Morini. *Actes Ier. Congrès Internac. Hist. Medicina Catalana* 319-322.
- CASTEL, Robert. 1976. *L'ordre psychiatrique*. París Maspéro.
- CASTEL, Francine et alii. 1980. *La sociedad psiquiátrica avanzada*. Barcelona, Anagrama.
- COMELLES, Josep Maria. 1980. Ideología asistencial y práctica económica. *Actas del Ier. Congreso Español de Antropología* 1: 337-400.
- COMELLES, Josep Maria. 1980a. El tratamiento moral en Cataluña (1): El Proyecto Médico Razonado de Emilio Pi i Molist. *Actas del XXIII Congreso Internacional Historia de la Medicina* Vol. 1.
- COMELLES, Josep Maria. 1981. La necesidad del otro. Sobre las relaciones entre Antropología y Psiquiatría. *Rev. Depto. Psiquiatría* 8(2) 149-170.
- COMELLES, Josep Maria. 1981a. *El proceso de institucionalización en las sociedades complejas: El caso de la asistencia psiquiátrica en Cataluña*. Tesis Doctorado. Facultad de Medicina de Barcelona.
- COMELLES, Josep Maria. 1981c. El descubrimiento del sector. La reforma de la asistencia psiquiátrica en la Generalitat Autònoma. *Actas de la Reunión Interna sobre la II República* (Vol. 3). Tarragona.
- COMELLES, Josep Maria. Els manicomis i el fracàs de la psiquiatria catalana del segle XIX. (*Ciència*) (en premsa).
- COMELLES, Josep Maria, ALLUÉ, M., ANDREU, A., PARIS, S., FERRUS, J., ¿Antropología de la Medicina o Antropología de la Asistencia? Una guía de datos sobre asistencia. *III Jornadas Nacionales de la Asociación Española de Neuro-Psiquiatría* (Mimeografiado).
- ESPINOSA, Julián. 1966. *La asistencia psiquiátrica en la España del XIX*. Valencia.
- ESPINOSA, Julián. 1966a. La asistencia al enfermo mental en España durante la Ilustración y el reinado de Fernando VII. *Cuadernos de Historia de la Medicina Española* 5: 181-215.
- ESPINOSA, Julián. 1969. La asistencia psiquiátrica en la España del siglo XIX. *Asclepio* 21: 179-184.
- ESPINOSA, Julián. 1975. El nacimiento de los manicomios en García (Comp). *Psiquiatría, antipsiquiatría y orden manicomial*. Barcelona, Enlace pp. 33-51.
- ESPINOSA, Julián. 1980. La evolución de la asistencia psiquiátrica en España en González Chaves (Comp). *La transformación de la asistencia psiquiátrica*. Madrid, Mayoria.
- FOUCAULT, Michel, 1976. *Historia de la locura en la época clásica* 2 vols. México FCE.
- GOL, Jordi et alii. 1978. La sanitat als Països Catalans. Barcelona, Ed. 62.
- GONZALEZ DE CHAVES, Manuel. 1980. Historia de los cambios asistenciales y de sus contextos sociales; en: *La trans. de la asist. psiquiátrica*.
- GRACIA GUILLEN, Diego. 1971. Medio siglo de Psiquiatría española, *Cuad. Hist. Med. Esp.* 10.
- LANTERI-LAURA, Georges. 1972. La chronicité dans la psychiatrie française moderne. *Annales, E S C* 27(3) 548-568.
- LOPEZ PIÑERO, J.M. 1976. La colectivización de la asistencia médica: una introducción histórica, en: De Miguel (Comp) *Planificación y reforma sanitaria*.
- STEUDLER, François. 1974. *L'Hopital en observation*. Oparis, Armand Colin.

EL PAPER DE LA DONA EN LA CURA DE LA SALUT

*M. Angels Duran
Cristina Càmar*

La dona exerceix un treball múltiple en la cura de la salut, tant a través del treball domèstic, com per la seva participació en la sanitat institucional. L'estudi d'aquesta funció, i de les condicions en què es realitza, és fonamental per conèixer el nivell de salut d'una societat concreta.

1. La dona, com a prestadora de cures sanitàries dintre la família

L'assistència sanitària en els països desenvolupats o en vies de desenvolupament, ha sofert un procés evolutiu al llarg de la seva història en el qual dues característiques són fonamentals: l'acumulació progressiva dels coneixements i de la utilització de la tècnica, en mans d'un sector reduït de professionals, eliminant del seu exercici els membres de la comunitat que, de forma tradicional, prestaven aquests serveis. D'altra banda, la marginació de la dona en tots els àmbits socials que comporten poder i prestigi, s'ha vist reflectida també en la seva escassa participació en la sanitat institucional, tot i que el seu paper en les condicions reals de salut de la població sigui decisiu, com veurem a continuació. Avui, quan es parla del desenvolupament sanitari de països com Espanya, es parla d'infraestructura, mitjans tècnics, personal qualificat, etc. No es valora, però, ni es quantifica el treball destinat a la cura de la salut, que es realitza dintre de la família i fonamentalment per la dona, treball gratuït que estalvia, de fet, una gran quantitat d'inversions sanitàries, i del qual podem dir que és complementat, de cap manera fins ara substituït, per l'assistència institucional. L'oblit d'aquesta perspectiva té serioses repercussions, tant per a la planificació sanitària, com per al procés d'emancipació de la dona.

Més del 90% de la població espanyola viu en unitats familiars, i la cura de la salut dels membres de la família és considerat i acceptat com a part del treball domèstic. La mestressa de casa és el principal agent en la presa de decisions que impliquen la utilització dels serveis sanitaris institucionals, així com d'aquelles que es limiten a l'àmbit domèstic. Entre els serveis que presten les unitats familiars, es poden senyalar els següents:

- a) alimentació (quantitat, qualitat, equilibri entre els components de la dieta, adequació a les necessitats dels diferents membres de la família, en funció de l'edat, carències específiques, etc.);
- b) higiene de l'habitatge (neteja, temperatura, humitat, llum...);
- c) vigilància de la higiene personal dels membres de la família, especialment dels nens, malalts i disminuïts;
- d) cures preventives de la salut (reconeixements, vacunacions, etc.);
- e) tractament de malalties lleus, per a les quals no es considera imprescindible la utilització de serveis mèdics, o no es tenen els mitjans necessaris (carència de recursos econòmics, disponibilitat de temps, etc.). En aquests casos, és habitualment la mes-

- tressa de casa la que decideix la teràpia a aplicar: descans, règim de menjar, tipus de medicació i altres mesures;
- f) cura de malalts crònics, vells, minusvàlids, etc.

En el que fa a la utilització de l'assistència sanitària institucional, diferents paràmetres defineixen el nivell d'intervenció de la dona. Com ha posat de relleu un recent estudi, patrocinat per l'Institut d'Estudis de Sanitat i Seguretat Social, i dirigit per M.A. Duran,¹ són les mestresses de casa les que assumeixen, en la major part dels casos, la responsabilitat de relacionar-se amb el sistema institucional de cura de la salut, no sols per a ella, sinó també per a tots els membres de la família. És especialment destacable la seva responsabilitat en allò que fa a la decisió de consulta al metge, el nombre de visites, la implementació de les mesures necessàries per fer possible la consulta, i l'execució de les prescripcions mèdiques.

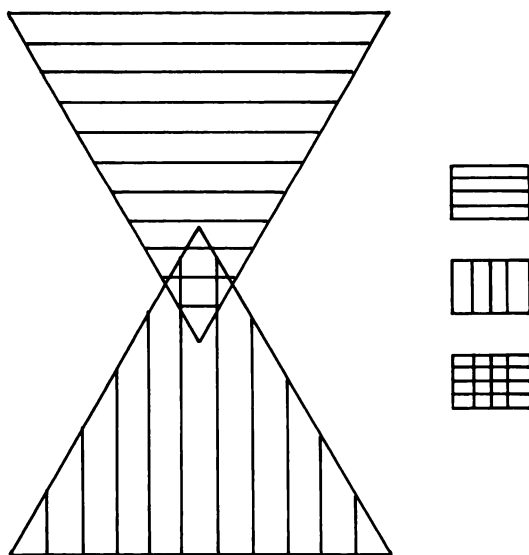
En la cura dels nens, la freqüència amb què la mestressa de casa pren les decisions relatives a la consulta és 10 vegades més gran que la de qualsevol membre de la família, i en el cas dels minusvàlids aquesta freqüència és de quatre vegades. Entre els vells, continua essent la mestressa de casa la que pren les decisions en el 50% dels casos, i fins i tot entre els adults barons no vells, continua assumint aquest paper en el 33% dels casos.

Simultàniament a la presa de decisions sobre la consulta al metge, són les dones de cada unitat domèstica les que habitualment acompanyen els malalts al metge i garanteixen la cura i tractament prescrits. En l'estudi esmentat, en el 100% dels casos se citava la mare o mestressa de casa com la persona que s'ocupava de la seva cura. En el cas dels vells se citava la mestressa de casa en una proporció sis vegades superior a qualsevol altre membre de la família, idèntica proporció que en el cas dels nens. Per als adults, les mestresses de casa van ser citades en una proporció cinc vegades superior a qualsevol altre membre de la família.

En les famílies de baix nivell de salut, o amb un nombre elevat de nens o vells, aquesta prestació de cura per part de la mestressa de casa suposa una dedicació considerable. Segons el citat estudi, el nombre mitjà de visites familiars cada any pot estimar-se en 12,9; evidentment, però, algunes famílies dupliquen o tripliquen aquesta xifra.

És interessant remarcar algunes de les condicions en les quals es desenvolupa aquest tipus de cura, que es presenten de forma semblant en les diferents classes socials, independentment del sistema assistencial utilitzat (Seguretat Social, Assegurança Lliure o consulta privada). Les mestresses de casa es consideren responsables del nivell de salut familiar, posant-lo davant d'altres aspectes del treball domèstic i dotant-li d'un important contingut moral. Per raó de les característiques del treball domèstic, aquesta funció es realitza en condicions d'aïllament i escassa informació. Sigui quin sigui el seu nivell socio-econòmic, les mestresses de casa posseeixen un nivell d'estudis comparativament inferior al dels barons de la seva pròpia família, i estan exposades a una major influència dels mitjans de comunicació de masses. No es pot desconèixer la influència d'aquests condicionants en l'augment dels síndromes neuròtics i depressius en mestresses de casa, que se senten culpabilitzades i aclaparades davant la impossibilitat real de garantir, per a si mateixes i les seves famílies, els "ideals" de salut i bellesa física que se les reclama des d'aquests mitjans de comunicació.

Una adequada política de planificació sanitària haurà de tenir present la coexistència de dos grans sistemes de salut: l'institucional i el domèstic. Ambdós tenen un punt d'intersecció en els actes mèdics, i estan en mútua interdependència, tal com s'expressa en el gràfic núm. 1. Ja s'estan realitzant aproximacions a l'estudi de la relació entre el conjunt d'infraestructura sanitària i els actes mèdics, i és igualment necessari que es desenvolupin els pròxims anys estudis sobre la intersecció entre el sistema domèstic i l'institucional, així com sobre l'esforç col·lectiu que representen els diferents components (higiene, prevenció, etc.) del sistema domèstic.



Gràfic num. 1

2. La participació de la dona en la sanitat institucional

Breument, i sense repetir dades ja conegudes, és fonamental referir-se a dos aspectes.

En el seu conjunt, el sistema sanitari espanyol es recolza en la mà d'obra femenina incorporada al sector. Les professions auxiliars sanitàries, qualificades o no, estan constituïdes majoritàriament per dones, i en gran mesura tendeixen a reproduir el paper realitzat a nivell domèstic: és el cas de les infermeres, auxiliars de clínica, assistents socials, secretàries, dones de la neteja, etc. Amb la relativa excepció de les infermeres, la resta fan les funcions que habitualment els són prestades als pacients a casa seva per la mare, esposa, filla o germana. Probablement, el grup professional que millor simbolitza la progressiva traslació de funcions des del sistema domèstic al sistema sanitari institucional, és el de les auxiliars de la tercera edat, la importància de les quals ha augmentat els darrers anys. És de preveure que continuï creixent a causa del progressiu allargament de l'esperança de vida, i l'aïllament dels ancians per la pèrdua de valors de tipus tradicional.

El nombre de dones metgesses a Espanya creix lentament. Encara que formalment no existeixi cap tipus de discriminació aquesta subsisteix per mitjà de formes indirectes, tant específiques del sistema sanitari com genèriques de la societat espanyola. Les dones metgesses gairebé no estan presents en els llocs de responsabilitat, tant a nivell dels Col·legis, com en els organismes responsables de la política sanitària i les pròpies institucions sanitàries. En el decisiu camp de la docència, només cal dir que la primera Catedràtica de Medicina a Espanya no obtení la seva càtedra fins març de 1980.

L'elecció d'especialitats ofereix també diferències significatives: les dones es concentren en Bacteriologia, Anàlisis clíniques, Anestesiologia o Pediatria, i gairebé estan absents de les especialitats que comporten major poder, prestigi i possibilitats d'exercici privat, particularment de la Cirurgia i Tocoginecologia. A Madrid, el 1978, hi havia un 1,1% de dones cirurgianes, i un 12% de Ginecòlogues, enfront d'un 22% en Pediatria i un 47% en Bacteriologia. Les diferències no es refereixen només a la promoció, sinó al fet de trobar ocupació, que s'ha vist agreujat per l'actual crisi i atur creixent de titulars en el sector.

Mentre que els darrers vint anys, la proporció de dones entre els llicenciats de medi-

cina quasi bé s'ha multiplicat per deu, aquest augment no es veu acompanyat per un canvi en la situació de desigualtat, la qual cosa indica un manteniment dels estereotipus tradicionals dintre l'exercici més qualificat de la medicina.

3. La dona davant l'atenció de la seva pròpia salut: actituds diferencials i noves necessitats

Les actituds d'homes i dones són diferents en alguns aspectes, referents a la percepció i valoració de la malaltia, així com al procés de guarició i prevenció. També existeixen diferències en l'opinió sobre la causalitat de la malaltia: en l'esmentat estudi, destaca una major atribució per part de les dones de tipus sobrenatural (22% de les dones, per 14% dels homes). El 25% de les dones manifestaren haver-se fet més religioses després de la seva malaltia, i resar habitualment per mantenir bona salut, per un 12% i 17% dels homes, respectivament. A efectes de posteriors investigacions, i de la interpretació de les dades disponibles, és rellevant aquesta diferència d'actituds davant la malaltia, d'homes i dones, que els porta a percebre-la, interpretar-la, valorar-la i reaccionar enfront d'ella de manera diversa.

Els factors d'inducció a la consulta mèdica no presenten diferències substancials entre ambdós sexes, referint-se en primer lloc la preocupació per una possible malaltia greu, i el temor davant el desconeixement dels símptomes.

El nombre de visites anuals al metge és major en el cas de les dones (7,8 visites l'any, per 4,8 els homes), sense que variïn aquestes xifres segons el tamany de la localitat de residència o la classe social.

La valoració de la pròpia salut també és diferent: 23% dels homes es referiren a ella com a "molt bona", per només un 15% de les dones. Quant al nivell de salut familiar, era molt bo per al 19% dels homes i per a un 14% de les dones. La classe social alta s'auto-defineix amb un millor nivell de salut, i l'edat constituïa un factor de variació inversament proporcional.

En la relació de malalties lleus, les dones enumeren major nombre, de més importància, i de més dies de durada. Pateixen realment més malalties les dones que els homes? Recorden millor o informen més sobre les seves visites al metge? Fins a quin punt influeix la medicalització creixent d'aspectes de la seva vida, fins ara considerats com a naturals? De fet, tampoc les dones no constitueixen un grup del tot homogeni en les seves actituds davant la malaltia. Seria d'interès analitzar les diferències en aquest respecte entre la dona treballadora fora de la llar, i la mestressa de casa; un estudi realitzat fora d'Espanya indica un major apropament en les respostes de les dones empleades, a les que aquí es consignen a l'home.²

Quant al tipus de tractament seguit durant la malaltia lleu, mentre que els homes es refereixen prioritàriament a l'automedicació, repós en el llit, o cap tractament, les dones prefereixen com a primera mesura la visita al metge, a la qual cosa no sembla ser aliè la seva major dificultat per quedar-se al llit, i la menor conflictivitat metge-malalt.

El judici sobre la guarició final del tractament, és més favorable en els homes, amb independència de quin sigui el seu nivell d'estudis, condició socio-econòmica i edat.

La valoració de la medicina preventiva mostra també diferències: en les zones urbanes, es declara haver utilitzat la consulta ginecològica amb finalitats preventives en un 15%, mentre que en les zones rurals manifesta haver-ho fet només un 5%. Així mateix, en el grup d'estudis superiors, la seva utilització ha estat del 21%, mentre que en els analfabets ha estat de 10%, variacions aquestes que només en una petita part poden atribuir-se a la diferència d'edat mitjana d'ambdós grups.

Quant a l'evolució i situació actual de les necessitats sanitàries de la dona, cal analitzar per separat aquells aspectes de la malaltia que són comuns per ambdós sexes, dels que són específics de la dona.

Homes i dones comparteixen la majoria de les malalties i, per tant, l'estudi de la patolo-

gia humana és comú a ambdós; no obstant això, homes i dones tenen diferents maneres de posar-se malalts, diferents riscos, i té per a ells diferents conseqüències l'experiència de la malaltia. En alguns casos de malalties, aquestes diferències són més apreciables, com en la patologia cardiovascular, osteoarticular, tumoral i psiquiàtrica.³

Tanmateix, existeix un altre àmbit de cura de la salut clarament específic de la dona. L'OMS inclou en un recent estudi els següents apartats dins aquest capítol: adolescència, cicles menstruals, nutrició materna, embaràs, part, lactància, regulació de la fertilitat, avortament, infeccions, tumors, menopausa, salut ocupacional i salut mental.⁴

Malgrat que el coneixement científic, i la variació de pautes morals i socials, permeten parlar d'un positiu salt qualitatiu, subsisteixen encara fortes limitacions en els aspectes citats com específics de la dona, particularment, en el control de la reproducció, exposades ja en alguns estudis.⁵

Cal fer una especial referència als nous problemes suscitats per l'allargament de la vida reproductora de la dona, tant en el que fa a l'avenç de la menarquia, i al major nombre d'embarassos en adolescents, com en l'atenció dels trastorns derivats de la menopausa, ambdós aspectes, al nostre judici, infravalorats o pràcticament ignorats en la planificació de la cura de la salut.

Podem considerar l'evolució en l'assistència a l'embaràs i part com un indicador representatiu en l'atenció a la salut de la dona. En l'estudi ja citat,⁶ apareixen diferències notables en aquesta assistència, sobretot en base a la classe social, però també entorn d'altres paràmetres com l'edat o el tamany de la localitat de residència.

En el nombre de visites realitzades durant l'embaràs, cal remarcar la diferència segons la classe social (6,1 visites de mitjana entre la classe alta, per 2,8 en la classe baixa). L'augment en la freqüència de les consultes es veia acompanyat per una major utilització d'anàlisis, exploracions, test d'embaràs i preparació del part. Tant en el nombre de visites com en el tipus de les mesures citades, l'edat de la dona i el tamany de la localitat de residència contínuen dues variables directament proporcionals. Amb tot, no hi ha variacions segons el sistema sanitari utilitzat, essent l'ordre d'utilització d'aquests sistemes el següent: Seguretat Social, "iguala" amb metge privat, metge particular, societat mèdica particular, i societat adscrita a través del treball.

L'assistència al part depèn fonamentalment de dos factors: l'edat i la classe social. En comparació amb l'assistència durant l'embaràs, el tamany de la localitat de residència té menys rellevància, i els grans sistemes d'assegurances intervenen com a elements homogeneïtzadors de l'assistència.

L'índex d'hospitalització per al part és del 82% en ciutats de més d'un milió d'habitants, i del 29% en localitats de menys habitants (dades referides al conjunt de la població femenina entre 20 i 70 anys, i no només a les dones actualment en edat de procrear). Pràcticament, totes les dones procedents de zones rurals que han donat a llum en clíniques, ho han fet a través de la Seguretat Social, i en clíniques localitzades en zones urbanes. Les clíniques particulars són utilitzades preferentment pels habitants de zones urbanes.

Malgrat la diversitat, freqüència i tipus d'assistència, la majoria de la població s'ajusta a les seves possibilitats reals d'obtenir uns determinats serveis sanitaris, acceptant com adequada l'assistència rebuda durant l'embaràs i el part (el 86% tornarien a elegir la mateixa assistència en el cas de l'embaràs, i el 84% en el cas del part), amb escasses variacions segons classe social, edat o localitat.

4. La resposta institucional a les necessitats sanitàries de la dona

Quina és la resposta de les institucions encarregades de satisfer les necessitats de la població en matèria de salut, davant les demandes de la població femenina?

L'accés a l'assistència sanitària, pública o privada, presenta algunes dificultats per a la majoria de les dones: en el primer cas, per la seva dependència administrativo-sanitària del

cap de família, amb el consegüent conflicte en cas de separació, viudetat, etc. I en el segon, perquè la major capacitat econòmica, en general limita el seu accés a la medicina privada.

Les demandes de la dona no són ateses suficientment al nivell de la investigació i docència (inclusió de nous temes com a matèria d'ensenyament, investigació sobre noves malalties, etc.), com tampoc en la praxi mèdica. La persistència d'actituds sexistes, vigents en tota la societat espanyola, es reproduceix molt sovint en la relació metge-malalta.

En els sistemes de sanitat pública, és molt escassa l'oferta de prestacions específiques per a la dona, a excepció de les referides a l'embaràs i al part, i és per això que la població ha de recórrer sistemàticament a la medicina privada per la planificació de la natalitat. Així es potencien diferències en funció de la capacitat econòmica, i en concret, la dependència econòmica de la dona respecte als homes generadors de renda de la seva família.

El procés de canvi en la funció de la mestressa de casa, depèn, en gran mesura, que les institucions siguin capaces d'oferir prestacions que contribueixin a aquest canvi, sobretot en el cas dels nens (a través de programes de salut en escoles públiques, centres de dia, escoles bressol, etc.), com en el cas d'ancians i minusvàlids.

En resum, el paper de la dona és actualment bàsic en l'assistència sanitària, i es desenvolupa en unes condicions determinades que suposen per a ella una càrrega física i psíquica; d'altra banda, l'actual sistema sanitari mostra greus limitacions en la seva pròpia concepció i en l'oferta de prestacions. L'estudi d'aquesta perspectiva és fonamental, si volem afrontar la qualitat i accessibilitat a la salut, així com el procés vers la igualtat dels sexes.

Notes

- 1 *Morbilidad, mortalidad y condición socio-económica en España*, estudi patrocinat per l'Institut d'Estudis de Sanitat i Seguretat Social del Ministeri de Sanitat, i dirigit per M. Àngels Duran. Madrid, 1980.
- 2 Waldron, Ingrid. *Employment and women's health: an analysis of causal relationships*. Int. Journal of Health Services, vol. 10, núm. 3, 1980.
- 3 Dades d'interès apareixen en: Harvey, *Differential diagnosis: the interpretation of Clinical evidence*, Saunders, Philadelphia, 1979; i en E. Sullerot, *El hecho femenino*, Barcelona, Argos-Vergara, 1979.
- 4 World Health Organization, *Health and the status of women*, 1980.
- 5 Vid., Dwan M.A. *Igualdad y desigualdad en los comienzos de la vida*, en el llibre col·lectiu sobre "La Familia". Centre d'Investigacions Sociològiques (en premsa).
- 6 Cfr. nota 1.

BIBLIOGRAFIA

- BERNIS, C., i CAMARA, C. *La mujer y la medicina*, en el llibre col·lectiu *Liberación o utopía: la mujer ante la ciencia*. Akal, 1981 (en premsa).
- CARPENTER, E. *Children's health care and the changing role of women*. Medical Care, vol. XVIII, núm. 12, dec. 1980.
- DURAN, M.A. *Igualdad y desigualdad en los comienzos de la vida*, del llibre col·lectiu sobre *La familia* del Centro de Investigaciones Sociológicas (en premsa).
- International Symposium on Women and their health. Interim Report. Maryland, 1980.
- JEFFERYS, MARGOT. *La mujer dentro del sector sanitario*, en *Planificación y reforma sanitaria*, compilació de J.M. de Miguel. Madrid, Centro de Investigaciones Sociológicas, 1975.
- LEESON-GRAY, *Women and Medicine*, London, Tavistock Publ. 1978.
- MIGUEL, J.M. de., *El mito de la inmaculada concepción*, Anagrama, 1979.
- SULLEROT, E., *El hecho femenino*, Barcelona, Argos-Vergara, 1979.
- WALDRON, I., *Employment and women's health: an analysis of causal relationships*. International Journal of Health Services, vol. 10, núm. 3, 1980.

LA DIMENSIÓ SOCIOLÒGICA DEL CÀNCER A TRAVÉS DEL MÈTODE DE CASOS*

Alicia E. Kaufmann

1. Introducció al mètode de casos

En el camp de la sanitat, particularment en relació a la cura dels pacients, sorgeixen una sèrie de conflictes a causa, d'una banda, del tractament fragmentari que reben en l'actualitat els pacients, (1) i de l'altra, dels problemes de comunicació existents entre el personal, comunicació que també es reproduceix en la relació terapèutica.

Si bé en els manuals d'infermeria se cita amb freqüència situacions d'aquest tipus, són pocs els treballs que miren de trobar una solució al problema. Entre ells es troben els de F. Mac Gregor (2) que proposa el mètode de casos que permet superar aquests conflictes a través de la discussió grupal. A partir del reconeixement d'aquesta situació, es pretén (a) explicar en què consisteix i quin són els seus principals avantatges i (b) aplicar aquesta metodologia per interpretar i resoldre el cas d'un malalt de càncer de pulmó.

El mètode de casos és la descripció d'un fet real, que reproduceix una situació conflictiva, a partir de la discussió grupal. Es tracta d'un mètode pedagògic, una forma d'aprenentatge en comú, dirigit a la formació d'adults. És un mètode eficaç per "comprendre" i "resoldre" problemes de relacions humanes problemàtiques. (3)

A partir de la discussió grupal es pretén determinar quin és el problema principal, després cercar solucions adequades que suggereixin camins d'acció, avaluar el realitzat fins el moment i discutir tots els ítems vinculats al cas.

El mètode de casos a més de "comprendre" situacions problemàtiques, permet aconseguir una sèrie d'objectius addicionals: (a) localitzar l'essencial, això significa que la persona que comença a iniciar-se en el tractament de situacions conflictives pot estar més disposada a confondre l'accessori amb l'essencial, el formal amb el significatiu. Es pretén, doncs, capacitar l'individu perquè determini quin és el nus fonamental del qual es desprenen els altres elements; (b) comprendre l'estructura de la situació; allí on el principiant veu un conglomerat de fets, una seqüència imprevisible de successos, l'home d'experiència capta el principi organitzador de l'estructura. La seguretat en la captació del sentit és el que permet al seu torn una seguretat en l'acció. La confusió en la percepció, el dubte fa que es recorri a solucions fetes, que freqüentment són inoperants; (c) ampliar la pròpia experiència. Quan s'interroga un professional "ple d'experiència" sobre el que li dona seguretat en les seves accions, respon que es tracta d'un hàbit, resultat de l'acumulació d'experiències. Si hom el

* Desitjo expressament mencionar unes persones sense l'ajuda de les quals l'elaboració d'aquest cas no hagués estat possible: Ma. Josefa Bonet, assistent social de l'AECC de Barcelona que proporcionà les dades aquí presentades, Ma. Iluminada Merino Merino, Ma. Josefa Casas Gudiel, Carmina Costi Lara i Anna Ma. Bergua Burrel, alumnes de l'Escola Universitària d'Infermeria de Santa Madrona l'interès i la imaginació de les quals van ser el motor del cas i el senyor Pere Novella, les valuoses suggerències del qual van contribuir a les conclusions obtingudes.

continua preguntant "explica casos", comenta la seva rutina en el treball. Però el qui cau en la rutina, limita la seva percepció del món i té poques coses a dir i ensenyar. La repetició forma una vida "sense història", genera monotonia, redueix l'interès, l'acció i, finalment, l'aprenentatge. Contràriament, una existència professional "activa" i "creadora", ja no és una successió de casos, sinó que és una sèrie de situacions en les quals el personatge ha estat compromès, i és justament aquesta experiència la que genera un coneixement vàlid; (d) intercanviar punts de vista, sovint l'anàlisi solitària es veu frenada per prejudicis. No és possible pensar d'una manera objectiva sobre un problema humà, mentre el subjecte que reflexioni sobre ell no conegui les seves pròpies limitacions. La utilitat de la discussió grupal és que no sols permet l'intercanvi d'idees sinó que intervé com a agent desvetllador de la subjectivitat i com a element generador de canvis; (e) permet superar la separació entre teoria i pràctica, l'objectiu bàsic del mètode de casos és formar persones que "sàpiguen fer". Això significa superar l'antic problema de formar gent sàvia, però que en la pràctica sigui poc eficaç. La formació a través del mètode de casos exigeix la síntesi activa i permanent del saber teòric i de l'experiència pràctica. Per a la resolució de problemes no serveix memoritzar conceptes, o aplicar solucions fetes o receptes, sinó que és necessari aconseguir un coneixement que parteixi de la realitat; (f) incrementar el grau de compromís durant l'aprenentatge. La formació en la comprensió i el maneig dels problemes humans no pot fer-se sense un canvi personal d'actitud. El compromís que s'adquireix a través del mètode de casos és inseparable d'un canvi d'actitud, en la qual la major objectivitat (deixant fora les motivacions inconscients), s'uneixi a una més gran comprensió.

2. Anàlisi del cas

a) *Història de vida del pacient*

"... em vaig dir, prefereixo morir en una platja o en un prat qualsevol, que em pugui buscar jo, però aquí dins, és horrorós, no entra ni la llum del dia..."

El senyor Romero té 60 anys. És natural de la Corunya, Galícia. Va acabar el batxillerat superior i domina l'anglès i el francès. En el seu medi ambient és molt popular, té infinitat d'amics i en general mostra una personalitat rebel. Els seus pares, de classe mitjana, tenen una bona situació, i això li permet, en part, dur una vida bohèmia.

Casat en primeres noces amb una dona de classe social superior a la seva, té una filla i se'n van al cap de poc temps de casats a una altra ciutat. El senyor Romero és un intel·lectual compromès i participa en una sèrie d'activitats polítiques que el porten a la presó. Durant la seva estada en ella, la seva dona el visita un sol cop i a poc a poc la distància entre ambdós es va fent més gran. Després de la ruptura definitiva, fa un viatge per Europa i Estats Units, utilitzant els idiomes com a mitjà de vida.

En tornar a Espanya, quatre anys més tard, coneix la que seria la seva segona esposa, de classe inferior a la seva i que té tres fills de seu anterior matrimoni. S'enforteix la relació afectiva entre els dos, es presten mútua ajuda, i d'aquesta unió neixen quatre fills més. És aquesta dona la que l'acompanya durant el procés de la seva malaltia.

b) *Història del tractament*

El cas del senyor Romero, es conegué quan la seva segona muller demanà ajut a l'associació Espanyola contra el Càncer perquè la malaltia del seu marit estava molt avançada i la família es trobava amb problemes econòmics greus.

Els primers símptomes es manifestaren el mes de juliol amb l'aparició de dos bonys en les aixelles. Com a primer diagnòstic informen al pacient que es tracta d'un lipoma sense cap importància, i li recomanen un tractament amb cremes i massatges.

Posteriorment un dels dos bonys augmenta de tamany i apareix un altre a nivell de la columna cervical. Tres mesos més tard li surt un altre en el pit per la qual cosa el pacient

acud a la consulta privada d'un metge que el rebé després d'una llarga espera. Aquest li proporciona un segon diagnòstic que denega el primer en els següents termes: "Qui li ha dit que es tracta d'un lipoma? Jo no sé el que és. El que podem fer és operar-lo".

L'envien a una clínica privada per la intervenció, el que suposa una elevada quantitat que ell no tenia, demana aleshores ajuda a la seva primera dona, la qual la hi nega.

En l'interim la malaltia continua el seu curs, els bonys augmenten el seu tamany, per la qual cosa decideix fer una consulta en un important hospital de Barcelona. Les seves primeres impressions respecte a la trobada amb la institució la descriu d'aquesta manera:

"allò era una veritable odisea, anava a l'hospital cada dia a les set del matí per aquells terribles soterranis, tan tètrics, gent estirada en els bancs, a terra. Fins i tot captaires bruts, allò era horrible".

I encara en aquelles condicions era difícilíssim entrar; ho va poder fer després de llargues esperes i recomanacions al cap de set mesos. Segons el pacient, ell estava disposat a tot, a operar-se, a internar-se, malgrat que desconeixia el diagnòstic perquè ningú no li havia confirmat, però suposava que es tractava d'un càncer. L'internament no va suposar una atenció mèdica immediata, perquè coincidí amb un simposi de cirurgia gàstrica, raó per la qual el servei va estar paralitzat durant més d'una setmana. A mesura que es familiaritzava amb la institució el rebuig envers aquesta anava augmentant, segons les paraules del pacient:

"vaig estar en una mena de tub subterrani, certament depriment, en entrar a l'esquer-ra hi ha una sala de quiròfans i a continuació una sala oberta, sense portes, jo almenys no les vaig veure. Hi havia uns senyors amb aparells i tubs pel ventre, pel nas, des-fets..."

Allà va estar una setmana convivint amb pacients en un estat de la malaltia molt més avançat que la seva, la qual cosa incidí d'una forma negativa sobre el seu estat d'ànim. Al cap d'una setmana, el cap d'equip li explicà el que se li havia fet fins aquell moment i li donà un tercer diagnòstic en els següents termes:

"Vostè té un limfoma que no necessàriament porta a la mort. Aquí tenim el cas d'un metge que té un limfoma fa dos anys, s'ha operat dos o tres cops i continua en tractament..."

Malgrat el diagnòstic, i l'estímul comparatiu, el pacient és concient que s'ha perdut massa temps, set mesos, període en què la malaltia ha seguit el seu curs. Això ho expressa dient:

"Jo vaig recórrer massa tard, el limfoma estava molt avançat. El tumor de l'aixel·la pesava, almenys, mig quilo i el tumor cervical era del tamany d'una taronja, enorme..."

Deixa l'hospital per pròpia voluntat i decideix anar a una clínica privada per la realització de la biòpsia. El resultat d'aquesta és el diagnòstic definitiu, es tracta d'un limfoma folicular. El pacient suposava el que era i explicà a l'assistent social:

"... jo ja sabia el que era, és clar, em vaig dir, bé doncs a una altra cosa perquè no hi ha solució, ja no hi ha res a fer, i a una altra cosa... Al començament és potser una idea d'ensorrament, hom es queda ensorrat per la realitat, però a poc a poc es va acceptant... Ho vaig acceptar, com diria jo?, d'una manera freda, potser per l'edat que tinc les coses s'accepten més fredament, amb més resignació; si tinc 60 anys i haig de viure 10 més fet una porqueria, tant se val morir 10 anys abans o després..."

L'acceptació de la malaltia, en reconèixer els límits, les etapes del malalt terminal descrites per E. Kübler Ross (4) s'observen clarament a través dels seus pensaments.

Malgrat aquesta "aparent" acceptació de la malaltia alhora acompanyada d'un ànim de "lluïta" de no acceptar el paper de malalt (pel rebuig de ser internat), ni d'acceptar les conseqüències inevitables de la malaltia que el priva d'aquesta autonomia, d'aquest poder de decisió pel qual el senyor Romero sempre lluità; aquestes actituds s'observen en les seves afirmacions quan diu:

"... El càncer ja no hi ha qui el guareixi ni qui me'l pal·lii; ja he passat per la radioteràpia, he passat per tot i ja no hi ha res a fer, de manera que veig oportú romandre a casa, tranquil i quan vegi que la cosa es complica, doncs no ho sé... és molt probable que prengui alguna decisió pel meu compte. Possiblement quan m'estigui ofegant, no permetré que el càncer acabi amb mi..."

Després del diagnòstic definitiu se li recomana un tractament a base de radioteràpia que només farà que pal·liar la malaltia. Visita un cinquè metge, que resulta molt amable a nivell privat, però indiferent a nivell hospitalari, que el fa passar després a una metgessa jove. La seqüència de situacions conflictives amb metges culmina aquesta relació nefasta i el pacient per evitar enfrontaments aprofita les vacances de la doctora per fer un canvi de metge. Aquest últim li confirma el desnonament, les sensacions que el pacient ja havia verificat pel ell mateix:

"... cada dia estic pitjor, estic arribant a un moment en què no puc caminar, ni menjar, quasi bé no dormo, és a dir són uns símptomes fatals..."

El metge li proposa d'internar-se, explicant els beneficis de l'internament que només li serviran per disminuir el dolor, en una situació de semiinconsciència, mentre que restar a casa seva li suposa no suprimir els dolors però continuar conscient.

El pacient es nega a ser internat, es nega a seguir el tractament, el que suposa una situació conflictiva i inacceptable per al personal encarregat d'atendre'l, perquè consideren que seguir el tractament li significa un any més de vida. Es tracta d'un pacient difícil, que col·labora poc? Quina és la conducta més aconsellable a seguir en aquest cas? Es comença el debat considerant la seqüència de la malaltia.

c) Quadre núm. 1: Representació del tractament

PROCÉS TRACTAMENT				
EVOLUCIÓ SÍMPTOMES	I RECERCA LEGITIMACIÓ ROL DE MALALT	II DIAGNÒSTICS AMBIGUS	III RESPOSTA PACIENT	AVALUACIÓ PACIENT BO O DOLENT?

SEQÜÈNCIA DE SÍMPTOMES DIAGNÒSTIC I RESPOSTES DEL PACIENT

1. Primers símptomes, bonys en l'aixella. Primer diagnòstic/limfoma sense cap importància.
2. Símptomes posteriors. Al cap de tres mesos bonys incrementats. Un altre bony al pit. Denegació primer diagnòstic. No se sap el que és. Es proposa intervenció.
3. Desig de recuperació. Internament al cap de set mesos. Primeres impressions de la institució. Diagnòstic definitiu de càncer. Tractament pal·liatiu.
4. Rebuig a seguir el tractament, rebuig a internar-se.

Tot això suposa el plantejament d'un problema que el personal sanitari ha de solucionar. La interpretació i solucions d'aquest poden ser múltiples i estaran condicionades per la ideologia, experiència prèvia i professionals encarregats d'atendre el pacient. La que es presenta aquí és tan sols una de les moltes lectures que es poden fer i que pretenen explicar les motivacions de la conducta del pacient que presenten una situació de conflicte per al personal, és a dir:

El refús del pacient a ser hospitalitzat.

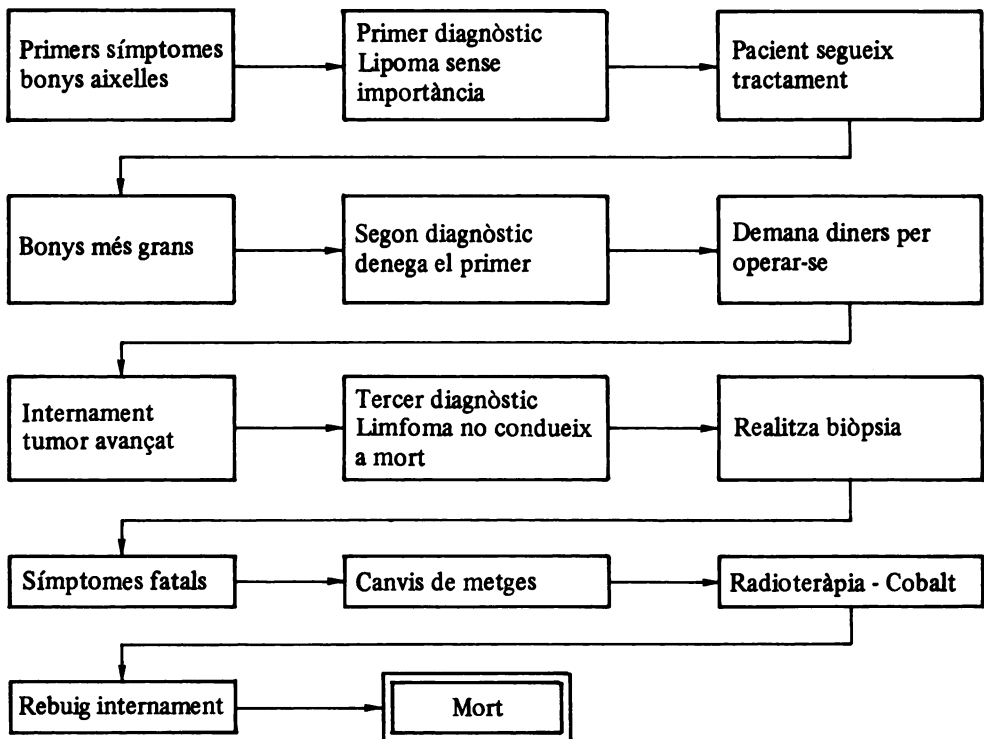
El grup ha tingut en compte algunes dades significatives de la història de vida del pacient que aporten elements per comprendre la seva actual conducta. Les dades biogràfiques i del tractament mostren una actitud de qüestionament enfront del sistema social, concretat en un primer moment per l'autoritat paterna, la qual rebutja esgrimint valors oposats als del seu grup de pertinença. En segon terme una actitud crítica enfront del sistema polític en el qual li toca de viure, el franquisme, que es materialitza a través de la seva militància que el porta a la presó.

Partim de la hipòtesi que aquesta experiència d'internament en la presó durant la seva joventut és un fet que el marca profundament i que condiciona en gran part la seva actitud de rebuig enfront de la institució hospitalària.

D'altra banda, les seves frustracions tant emotives com professionals poden explicar en part l'aparició de la malaltia, accelerada per la tensió psicològica que li provoca la sensació d'abandonament, en primer lloc, de la seva primera dona, que li nega l'ajut econòmic per efectuar l'operació quirúrgica recomanada, quan li diu: "mor-et de fàstic, llença't al tren o al metro". Aquesta fou la resposta d'una dona milionària a la qual no li interessa més que els quartos.

Hi ha una sensació d'abandonament que es repeteix en el tracte del metge, segons que es troba en la consulta privada o en l'hospital; sobre aquest tracte diferenciat hi ha una abundant documentació a través de la literatura sociològica (6):

"en la visita privada el metge fou molt amable, simpàtic, afectiu, és clar jo era un pacient privat... L'he tornat a veure en la Creu Roja, un o dos cops, em va veure i ni tan sols em saludà, podia haver preguntat com em trobava? Res, no em va fer ni el més mínim cas".



Les seves frustracions emotives es visualitzen a través de la ruptura del seu primer matrimoni, la seva frustració laboral en la discontinuïtat del seu treball com a traductor, sumat a les frustracions de no poder realitzar el que realment desitja, que és ser escriptor.

Aquesta situació genera un desajust entre les seves aspiracions (ser escriptor famós) i allò que aconsegueix (ser traductor mal pagat); això el porta a assumir una conducta desviada a través de la malaltia, com una de les múltiples respostes enfront d'un medi frustrant.

La seva negativa a l'hospitalització pot entendre's aleshores a partir d'una diversitat de perspectives: a partir de l'anàlisi de la seva història de vida, de la seva estructura de personalitat, de la història del seu tractament i malaltia. Apareixen dues actituds "aparentment contradictòries": la seva recerca d'ajut inicial i el seu rebuig a ser hospitalitzat després. Això s'explica a partir del fet que el seu nivell cultural el possibilita de conèixer els beneficis d'un diagnòstic i un tractament precoç, però el seu nivell econòmic l'impedeix de portar-ho a la pràctica.

Més endavant es troba amb la realitat objectiva d'un pabelló de cancerosos, la qual cosa li provoca un profund rebuig, que obeeix —pensem— a les primeres impressions que suposem va tenir a la presó.

Basaglia descriu en un interessant article les seves primeres impressions de la presó comparant-les amb un manicomi; nosaltres recollim aquestes impressions i fem un paral·lel amb la percepció que el senyor Romero té de l'hospital. Respecte a la presó, Basaglia es refereix en els següents termes:

"el primer cop que vaig entrar a una presó... era l'hora en què buidaven les gibrelletes en la cel·la i la meua primera impressió fou la d'entrar dins una enorme sala anatòmica on la vida tenia l'aspecte i l'olor de la mort"(7)

Respecte a la institució hospitalària, el pacient comenta el següent:

"Al començament, hagués ingressat en qualsevol lloc perquè no sabia el que era això. Jo mai no havia estat malalt. No sabia el que era un hospital, però quan ho vaig veure allò era terrible, els mateixos metges ho reconeixen".

"Allà un malalt entra malalt i es posa més malalt encara, en veure aquest ambient... no es podia parlar amb ningú, hi havia com una disciplina de caserna, brutícia pertot arreu... allò era espantós, m'havia de tapar el nas amb un mocador, fugir i anar per aquells passadissos enormes per no sentir aquella pudor."(8)

Observem l'analogia en la percepció d'ambdues institucions a través dels comentaris d'ambdós autors. Analogia entre cel·la i sala, la disciplina de caserna, la incomunicació "no es podia parlar amb ningú", barregen així la noció de "mort social" a través de l'aïllament, amb la "mort real" com a càstig, tant en el sentit real com figurat. Mort social, reforçada per la interacció amb el personal autoritzat que fomenta el procés de pèrdua d'identitat dels que ingressen allà. En relació a aquest aspecte, Basaglia ho descriu d'aquesta manera:

"L'equip (...) estava compost per detinguts privilegiats que podien sortir de les cel·les, la qual cosa posava en evidència com en les presons existia una estratificació social sobre la qual es fomenta un tipus de vida completament autònom: la vida de la segregació. L'home i la presó eren una realitat, el carceller i l'empresonat, ambdós havien perdut tota qualitat humana adoptant el segell i la importància de la institució. ... l'home havia perdut la seva dignitat humana"(9)

Respecte a la deshumanització del personal, el pacient es queixaria de tot:

"El tracte en general del personal és bastant dur. És un tracte completament deshumanitzat, el malalt és un ens, un número que els interessa per a la seva carrera, però no com a malalt ni com a persona humana, aquesta és la veritat".

La deshumanització en el tracte, i la despersonalització dels individus en les institucions totals, pensem que no són més que el reflex d'una mateixa situació: el lloc que ocupa l'individu no productiu en la societat capitalista (10).

Presó i hospital presenten, aleshores, una sèrie de semblances en el sentit de Goffman

(11). Un hospital és una institució total per tal com genera una pèrdua d'identitat, una submissió a horaris, una submissió al personal, una "diferència" respecte als que estan fora. A partir d'aquestes semblances recordem que el pacient va estar empresonat per motius polítics en la seva joventut i suposem que la seva descripció d'hospital està molt influenciada per aquestes experiències primerenques.

És a partir de l'anàlisi minuciosa (que va més enllà de la primera percepció global) que pensem que hi van haver altres causes que motivaren el rebuig; són aquestes:

L'aïllament: entès com a humiliació perquè separa el pacient del seu medi, del món exterior. Aïllament que genera tensió, i que és utilitzada com a palanca estratègica per al maneig dels homes. A nivell hospitalari, el malalt és un desviat social, incomunicat amb l'exterior i que es veu sotmès a una sèrie de normes establertes per la institució.

Privació de l'autonomia: tant la institució carcellera com l'hospitalària forcen l'individu a realitzar accions en contra de la seva voluntat; no és lliure d'elegir horaris, ni distraccions, ni tan sols amistats, com quan diu: "anava cada dia a les set del matí per aquells terribles soterranis" o més endavant "en veure'm en una saleta amb altres tres senyors de 80 anys, no es podia parlar amb ningú". Aquesta manca d'autonomia i de llibertat d'acció es tradueix en la impossibilitat de realitzar tots els actes en els quals en la realitat civil l'actor demostra el domini que té sobre el món.

En aquest cas concret, aquests aspectes contrasten amb la vida bohèmia que sempre ha dut el pacient, essent per tant la privació de l'autonomia molt més rebutjada. No obstant això, la lluita pel manteniment d'aquesta s'observa en més d'una ocasió: "prefereixo morir en un prat qualsevol que jo em busqui", o quan diu "quan vegi que la cosa es complica és molt probable que prengui alguna decisió pel meu compte (...) no permetré que el càncer acabi amb mi".

Sentiment de pèrdua de temps: atès que l'estada del pacient en el centre no està totalment acceptada, té la sensació que li estan robant el temps. Pel fet d'estar internat, l'individu no pot portar a terme les seves activitats habituals, aguditzades pel coneixement de l'estat terminal de la seva malaltia. Al respecte manifesta:

"allà vaig estar una setmana... finalment, veient el que s'havia de fer —una biòpsia, d'operació res—, em vaig dir: i per què m'haig de quedar més dies aquí, si no hi faig res. Me'n vaig al carrer."

La consciència del seu estat terminal el porta a voler decidir el que vol fer amb el temps que li queda, reafirmant d'aquesta manera la seva autonomia:

"el metge ha d'ésser un home honest i dir amb tota la cruesa el diagnòstic; per exemple, dir-li: Vostè té un càncer, viurà tant de temps, aprofiti'l i faci el que hagi de fer; si té càncer, fins i tot animar-lo perquè faci algunes coses".

Violència institucional: com element comú entre ambdues institucions, pensem que el despull dels objectes personals constitueix la primera violència que atempta contra la identitat de la persona. En la presó l'agressió física de què pot ser objecte un individu aguditzada aquesta pèrdua de seguretat personal, així com els privilegis que beneficien injustament altres persones poden generar una forta tensió psíquica.

En l'hospital segons quins fets, com pot ser una intervenció quirúrgica, en el cas del senyor Romero la biòpsia, generen una forta tensió perquè impliquen una pèrdua d'integritat física que es tradueix en una tensió psicològica per por de no poder mostrar als altres la pròpia imatge habitual.

D'altra banda veiem l'agressió verbal manifestada en el maltractament que rep, així com en el desconeixement del tractament que li apliquen en cada moment.

Aquestes agressions s'observen al llarg de quasi tota la seva vida, primer a la presó on possiblement fos objecte de violència física, després en relació a la seva vida matrimonial i ara respecte a l'assistència institucional que és captada pel pacient d'aquesta manera:

"a l'esquerra hi ha una zona de quiròfans, a continuació una saleta sense portes... hi havia senyors desfets, nusos amb aparells i tubs pel ventre i pel nas... allò era horrible, crec que estaven en recuperació. Després hi havia una sala amb dos o tres malalts queixant-se, acabats d'operar, anaven a operar-se com si anessin a menjar xurros... allà la gent no té ni idea del que és això."

Com diem abans, tots aquests actes poden provocar en el pacient una pèrdua de la seva seguretat personal, la qual genera una forta tensió psíquica. En ella també influeixen altres factors com pot ser la manca d'afectivitat, el fet que la seva esposa el visiti només un cop durant la seva estada a la presó i l'absència de qualsevol altre tipus de sosteniment, va poder marcar-lo profundament.

Pèrdua d'identitat: si bé aparentment l'ingrés voluntari a una institució no causa aquests efectes, la manca d'interès per part dels professionals mèdico-sanitaris, així com les males atencions que el pacient cita, bé poden provocar aquestes conseqüències.

Així en una institució carcellera l'individu constitueix un objecte que és classificat i programat, la qual cosa comporta un canvi en la seva imatge. Paral·lelament, en un hospital el malalt és considerat com a un objecte, un número, i sovint ni se'l coneix pel seu nom, i així ho capta el pacient:

"... el tracte en general és bastant dur. És un tracte completament deshumanitzat, el malalt és un ens, un número que els interessa per a la seva carrera, però no com a malalt ni com a persona humana..."

Pèrdua d'identitat que està agreujada per la manca de comunicació dels pacients per raó, sovint, de l'heterogeneïtat de les persones amb les quals es veuen obligats a conviure, "en veure'm en una saleta amb tres senyors de més de 80 anys, no podia parlar amb ells, no podia parlar amb ningú."

A més dels factors abans esmentats, pensem que existeixen altres que reforcen la percepció negativa de la institució hospitalària; d'una banda, l'ambivalència en els diagnòstics mèdics i el consegüent desengany, i de l'altra, la possibilitat de contrastar la realitat que li toca viure amb una experiència passada, que és el coneixement d'un hospital als Estats Units, on el tracte era més humà a causa, en part, de les dimensions d'aquest hospital.

La diferència entre ambdues institucions es reflecteix a través de les seves observacions:

"era una clínica privada d'una fàbrica siderúrgica... allò era una meravella, hi havia habitacions privades, un afecte en la gent, una atenció tremenda. Sempre hi havia poca gent, entre setanta i cent malalts, mai no superaven aquesta xifra, i no aquesta massificació enorme que hi ha en aquest hospital."

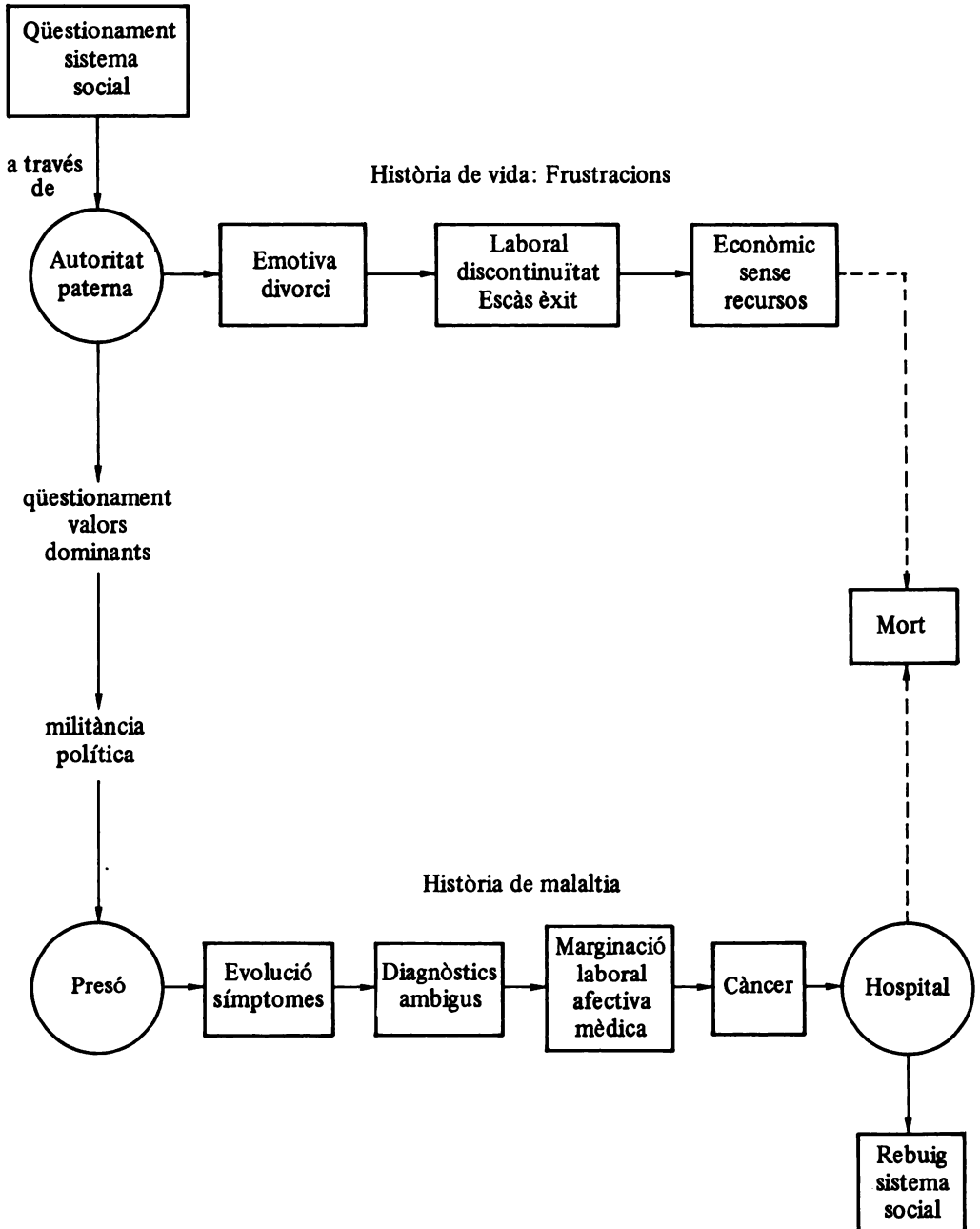
"vaig estar en una mena de tub subterrani, una cosa depriment (...) hi havia uns senyors desfets, nusos, amb aparells i tubs pel ventre, pel nas, allò era horrible, crec que estaven en recuperació."

Surt un detall que explica més encara la percepció de la diferència i és que el pacient un dia preguntà a l'encarregat de l'hospital de Barcelona quants anàlisis feien cada dia, i aquest li respongué: "el matins en fem 250 anàlisis de sang de consulta externa, a més els de l'hospital després", això donava una idea de la massificació només en un aspecte.

Aquesta experiència positiva als Estats Units va poder ser en un començament una raó favorable a l'ingrés. Però el xoc amb la realitat actual és el que li fa canviar d'actitud, sumat a l'ambivalència diagnòstica i al fet de reviu experiències conflictives vinculades amb la seva situació carcellera, són tots elements que, pensem, expliquen la seva negativa a ésser hospitalitzat.

La visió de l'hospital i la percepció del seu acabament li fan reflexionar en allò que re-

REPRESENTACIÓ GRÀFICA DEL CAS: CONCLUSIONS



presenta una mort institucional respecte a l'idea que ell tenia de morir, a casa seva, voltat dels seus sers estimats. L'actitud davant la mort ha variat a través del temps, així com la forma i el lloc (12). S'ha passat de morir en família a fer-ho en el si d'una institució hospitalària a causa, sobretot, dels progressos tècnics que generen canvis d'actitud a nivell de les persones. La seva actitud d'enfrontament directe amb la mort: "... hom ja l'ha viscuda i està tip de tot o de quasi tot, tant se val morir 10 anys abans que després", és també una causa d'enfrontament amb el personal, el qual igual com la resta de la població tendeix a negar els aspectes conflictius de la realitat, fins i tot la mort.

Això té conseqüència en la polarització de les opinions dels professionals i és un fet que accelera encara més la sortida de la institució.

Després d'analitzar aquest cas ens preguntem davant de quin tipus de pacient ens trobem, i en conseqüència quin és la millor manera d'ajudar-lo. La concepció del pacient està determinada pel grup que el tracti i la seva ideologia.

La seva estructura de personalitat que es manifesta a través de la seva curiositat per conèixer la realitat de la seva situació, els problemes que planteja el personal sanitari, els seus problemes econòmics, socials i laborals, el poc habitual de la seva concepció de la malaltia i la mort, el rebuig a la institució, etc. poden configurar-lo com un bon o mal pacient.

Creiem que és un "bon pacient" en el sentit que no és un malalt passiu al qual se li apliquen unes tècniques més o menys rutinàries, sinó que provoca un qüestionament que enriqueix el personal i determina que tinguin un concepte diferent del malalt i de l'atenció que se li ha de tenir.

D'altra banda, podríem dir que "és un mal pacient" atès que si bé accepta els diagnòstics, no col·labora en el tractament malgrat que rep ajut extern (financiació AECC). A més a més és molt exigent tenint en compte la realitat hospitalària, és a dir, la situació del personal, sotmès a un desgast pel tracte quotidià amb un nombre elevat de malalts, els quals, a més, són terminals en la majoria dels casos.

BIBLIOGRAFIA

- 1 D. DELÈGE, *Humanisons les hôpitaux*, Institut Sandoz d'études de santé et d'économie sociale, (Maloine éditeur, París 1978)
- 2 FRANCES COOKE MAC GREGOR, *Las Ciencias Sociales y la Enfermería: Su Aplicación para el Cuidado del Paciente* (la Pemsá Médica Mexicana, Mèxic 1968)
- 3 R. MUCCHIELLE, *El Método del Caso*, (Ibérico Europa Ediciones, Madrid 1970).
- 4 E. KUBLER-ROSS, *Questions and Answers on Death and Dying*, (MacMillan Publishing Co., Inc., New York 1974)
- 5 Declaracions del pacient el cas del qual s'analitza.
- 6 G. CHAUVENETTE, *Medicine au Choix, Médecine de Classes* (P.U.F. Ed. politiques, París 1978).
- 7 F. BASAGLIA, El Hombre en la Picota, en *Psiquiatría, Antipsiquiatría y orden manicomial*, (Barral Editores 1975).
- 8 Cites del pacient.
- 9 F. BASAGLIA, op. cit.
- 10 J. C. POLACK, *La Medicine du Capital*, (Ed. Francois Masperó, Cahiers Libres, París, 1972)
- 11 I. GOFFMAN, *Internados*, (Amorrortu Ediciones, Buenos Aires 1976)
- 12 A. KAUFMANN, "La muerte en la sociedad industrial: una perspectiva sociológica", (Revista Rol de Enfermería núm. 27, octubre 1980).

TENDÈNCIES D'INVESTIGACIONS EN PSIQUIATRIA SOCIAL I TEORIES SOCIOLÒGIQUES

J. Agustín Ozamiz Ibinarriaga

Entre els psiquiatres ens trobem amb enfoc teòrics que en la majoria dels casos barregen diverses perspectives que d'alguna manera tracten de compensar pràctiques Biologistes amb teories socials que donin un suport al coneixement de la realitat psicosocial del pacient.

És tradicional ja en la Psiquiatria espanyola desenvolupar una pràctica Biologista pensada amb plantejaments fenomenològics del desenvolupament del comportament del pacient.

Hi ha tota una gamma de plantejaments —des d'aquests, fins aquells que, amb plantejaments crítics, tracten de fer una sòcio-anàlisi, o anàlisi institucional, amb un suport teòric Psicoanalític— en els quals és comú admetre la necessitat d'aprofundir els aspectes Psicosocials de la malaltia mental.

L'enfoc mèdic ha suposat un avenç en el tractament de l'anomenat malalt mental. Però una xifra cada vegada major de professionals dedicats a la salut mental ha anat admetent que aquesta pot ser entesa com una exageració de conductes concretes comunes a tots els homes en les quals incideix l'estress molt sovint, conseqüència del qual es produeix una deterioració en l'expectativa i els estàndards socials adoptats. Es concebeix la psicopatologia com a producte de transaccions entre l'individu i el seu entorn. Al començament es consideraven els símptomes psiquiàtrics com a signes de malaltia física, però més tard en el marc psicoanalític de referència es van veure com defenses contra processos interns de l'individu. No obstant això ara és cada vegada més corrent definir un símptoma com un mode d'enfrentar-se als aconteixements externs o a les altres persones.

La substitució en la psiquiatria del model mèdic per un model de salut psicosocial, representa un canvi bastant recent de manera de veure entre els professionals d'aquest àmbit.

Però el Psicosociòleg que s'apropa a la psiquiatria ha d'aclarir el seu marc teòric i la seva relació amb el grup social. Això l'ajudarà en la seva tasca d'investigació i d'intervenció.

De fet ens trobem en aquest camp amb investigacions desenvolupades sobre diversos aspectes de la psiquiatria social, però enormement debatudes en allò que es refereix a la interpretació de les dades recollides.

Podem distingir entre altres els següents temes estudiats més freqüentment en psiquiatria social:

- Actituds envers la malaltia mental, i la seva influència en la cronificació
- Procés d'estigmatització i marginació del pacient mental
- Processos socials del pacient cronificat
- Aculturació i esquizofrènia
- Classe social i malaltia social.

En la cronificació de la malaltia mental, al marge de factors clínics i socials, té també influència l'anomenat fenomen d'etiquetació.

Diverses investigacions en les darreres dècades han demostrat que determinats tipus d'interacció poden produir desequilibris mentals.

Els mateixos adjectius o etiquetes que són utilitzats per designar el malalt mental, porten una càrrega valorativa i emocional per part de la població que els utilitza, que condiciona la pròpia interacció.

En la teoria de l'etiquetació són utilitzats els conceptes d'estereotip, rol i actitud, clàssics en la descripció de la interacció humana, el seu procés i conseqüències. Sobre aquest tema han estat abundants les investigacions, les crítiques han estat minucioses, però hi ha un acord general sobre la seva validesa.

En ella es parteix del fet que tot individu necessita d'un marc de referència estable, punts d'orientació fermes per relleçar la seva interacció. Aquest marc de referència hauria de constar d'ancoratges interns i externs a disposició de l'individu, conscients o inconscients per a ell. En absència d'aquest marc estable tractaria d'establir-ne un mitjançant el seu propi esforç o utilitzant informació significativa i pertinent oferta dins el context de la interacció.

Aquests punts de referència són fonamentalment les actituds que els interactuants amb l'individu tenen envers ell, i les expressions verbals que utilitzen per a designar-lo o etiquetar-lo.

Dues situacions àlgides de la influència d'aquest procés en la carrera del malalt mental són: El diagnòstic i l'ingrés en una institució psiquiàtrica.

Són també coneguts treballs de diferents autors, que assenyalen com hi ha caràcters clínics que fan predir des del començament del quadre esquizofrènic la seva probable evolució. El concepte de pronòstic és el preferentment usat a l'hora de parlar d'esquizofrènia processual, d'una banda, i d'esquizofrènia aguda, bouffé delirant o síndrome delirant, per l'altra. Són també coneguts els treballs d'altres autors que troben variables sociològiques diferencials entre els síndromes aguts i els processuals.

Fonamentats en aquestes premisses realitzem una investigació entre els 1.972 malalts hospitalitzats en els Serveis Psiquiàtrics de Biscaia el 1978. Els apliquem una enquesta en la qual es tractaven variables demogràfiques, clíniques i socio-laborals.

Com es podia esperar en els resultats de la nostra investigació hi va haver concordància en línies generals amb els estudis ben coneguts, que, fins i tot diferint molt en mètodes i plantejaments, coincideixen en observar l'existència de relacions entre factors com l'estat civil, la posició i classe social i l'acompliment d'un treball, amb les conseqüències psiquiàtriques mesurades pel temps d'hospitalització.

S'observa en aquestes investigacions el fet que estar casat va molt lligat amb una sortida més ràpida de l'hospital. Així també és descrit sovint com els pacients de classe social baixa tendeixen a tenir llargues i continuades estades en els hospitals, amb un període de tractament més prolongat i una taxa de reincidència major. Hi ha autors que mostren com l'acompliment deficient d'un treball està relacionat significativament amb la possibilitat d'un nou internament. Pocs dubten de l'existència d'aquestes relacions, però hi ha hagut un considerable debat sobre la forma en què han d'ésser interpretades. L'existència d'una causalitat entre les variables socials i el procés de la malaltia mental és la qüestió fonamental. Però això és posat en qüestió pels qui plantegen l'observació d'una correlació com a fruit d'un procés de selecció social. Aquesta qüestió és difícil o quasi bé impossible de dirimir en les investigacions analitzades.

Defensors de l'associació causal consideren que els factors socials influeixen els sistemes de tractament en els quals poden estar involucrats els individus, determinant en gran mesura quan i durant quant de temps pot tenir lloc aquest tractament.

Des de la perspectiva del mecanisme de selecció social, aquestes relacions són considerades com a conseqüència de diferents graus de desequilibri o incapacitat.

Respecte al fenomen de l'aculturació, hi ha plantejaments normalment admesos com el que l'estructura cultural delimita la múltiple possibilitat de l'organisme humà perfilant-lo d'una manera determinada. Aquesta delimitació no s'estableix sense tensió per a l'individu,

tensió que produirà una ansietat fonamental en la persona. I aquesta ansietat, al seu torn, és una condició necessària de la persistència dels sistemes socials. No obstant això, si ells no donessin l'esperança de la satisfacció d'aquesta ansietat, així com la d'altres impulsos de l'individu, es produiria una frustració que podria, al seu torn, desencadenar conseqüències de diferent índole. Les conseqüències poden ser de dos tipus: socials o intrapsíquiques.

En l'aculturació, l'esperança de satisfacció es veu amenaçada, i la frustració pot ser produïda; poden donar-se com a conseqüències intrapsíquiques diverses remodelacions dels mecanismes de defensa de l'individu amb certes alteracions cognitives que, fins i tot, poden esdevenir —i acostumen a ser— deformacions.

En una situació d'aculturació es produeixen infinitat de circumstàncies que susciten ambivalències afectives en l'individu.

Davant de motivacions o estímuls que comporten amenaces i compensacions no del tot conegudes i, fins i tot, enigmàtiques, l'individu reacciona amb sentiments ambivalents i, fins i tot, contradictoris.

No obstant això, aquest tipus d'investigacions que estudien aquestes qüestions són més aviat pròpies de l'antropologia social. D'aquí es dedueix que per investigar veritablement el fenomen de l'aculturació en psiquiatria social són necessaris equips interdisciplinaris que lògicament per treballar necessiten un marc teòric comú o mútuament comprensible i acceptable.

En resum, els investigadors en psiquiatria social poden ser tipificats en dos grans grups. Els uns s'interessen per l'agrupació de les malalties psíquiques en grans famílies observant la influència de l'herència genètica en els seu naixement.

Altres se centren en mostrar que les malalties mentals poden sorgir d'un conjunt específic de distorsions en la comunicació interpersonal incrustat en l'estructura de les comunitats humanes.

Una interpretació que tractaria de compaginar aquests dos enfocaments defensaria la tesi segons la qual la malaltia mental representa alguna inadequació multigenètica transmesa hereditàriament, però que rep la seva darrera expressió i diferenciació en base a una complexa interacció entre factors genètics o entre ells i el medi ambient.

La interpretació de les dades és difícil. Però el marc teòric pot ajudar a adonar-se del que es pretén investigar i conseqüentment referir-ho al seu veritable context en el qual la unidireccionalitat, causalitat determinada o determinisme es rebutjarà.

En definitiva, en Sociologia ens adonem que la tasca és justament investigar la relació entre genotip i ambient en la manifestació d'un fenotipus determinat. Precisament en Sociologia de la malaltia mental i intervenció social en conseqüència, ens adonarem que és més difícil modificar o prevenir l'ambient que el genotip.

BIBLIOGRAFIA

- AKERS, R.L., KROHN, M.D., LANZA-KADUCE, L. i RADOSEVICH, M. (1979) "Social learning and deviant behavior: a specific test of a general theory". *Am Sociol. Rev.* Vol. 44 (August)
- AVIRAM, U. and SEGAL, S. (1973). "Exclusion of the mentally ill: Reflection of an old problem in a new contest". *Archives of General Psychiatry.* 29, 126-131
- BASTIDE, ROGER (1978). "Sociología de las enfermedades mentales". Siglo XXI editores. México.
- BAYES, RAMON (1978). "Psiquiatría, Psicología y Reforma Sanitaria: en De Miguel J.M. "Planificación y reforma sanitaria" Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid
- BECKER, H. (1971). "Los extraños, sociología de la desviación" Ed. Tiempos contemporáneos. Buenos Aires.
- COHEN, J. and STRUENING, E.L. (1965). "Opinions about mental illness: hospital differences in attitudes for eight occupational groups". *Psychol. Rep.* 25-26, 14
- DUNHAN, H. WARREN (1974). "Ecología de las psicosis funcionales en Chicago" en Theodorson, G.A. "Estudios de ecología humana. Ed. Labor. Barcelona
- EATON, WILLIAN W. (1974). "Mental hospitalization as a reinforcement process". *Am Sociol. Rev.* Vol. 39. April, 252-60
- GABEL, JOSEPH (1973). "Sociología de la alineación". Ed. Amorrortu. Buenos Aires
- GARRONE, G. et FISCHER, W, (1875). "L'évolution psycho-sociale des schisophrenes" en "Le probleme de l'integration sociale du malade psychique". 1 ere Biennale Baloise de Psychiatrie ds: Monographie Sandoz, Bale 74-89
- GOVE, WALTER R. and CHAUNCEY, ROBERT L. (1975). "The Labelling Theory of Mental Illness: A Reply to Scheff" i ss. *American Sociological Review.* 40, 2 Apr. 242-243
- GUIMÓN, J. i ROJAS MARCOS, L. (1976) "Psiquiatría de comunidad, una visión crítica". *Archivos de Neurobiol.* 39, 2 (77-98)
- HOLLINGSHEAD, A.B. and REDLICH, F.C. (1967). "Social class and mental illness". Ed. John Wiley and Sons. New York
- KIEV, A. (1972). "Transcultural psychiatry" Free Pres. N. York
- KOUTRELAKOS, J. GEDEON, S.M. and STRUENING, E. (1978). "Opinions about mental illness: A comparison of American and creek professionals and laymen" *Psychological reports.* 43 (915-923)
- AJURIAGUERRA, GUIMÓN, ORAMIZ (1980) "Investigación para la reestructuración de la asistencia psiquiátrica en Vizcaya." Diputació Foral de Biscaia.
- ORGANITZACIO MUNDIAL DE LA SALUT (1960). "Epidemiología de los trastornos mentales" Série d'Informes Tècnics. Octau Informe del Comitè d'Experts en Salut Mental. 185
- RABKIN, J.G. (1972). "Opinions about mental illness". A review of the literature. *Psychological Bulletin.* 153-171,77
- SCHEFF, T.J. (1974). "The labelling theory of mental illness". *Am Sociol. Rev.* Vol. 39 (444052)
- SZASZ, THOMAS (1978). "El mito de la enfermedad mental", en Basaglia, F. "Razón, locura y sociedad". Ed. Siglo XXI. México.
- TOWNSEND, J. MARSHALL (1975). "Cultural Conceptions, Mental Disorders and Social Roles: A Comparison of Germany and America". *Am Sociol. Rev.* 40, 6 7390752
- VERDIGLIONE, ARMANDO (1976). "Locura y sociedad segregativa" Ed. Anagrama. BARCELONA

IDEOLOGIA, PSIQUIATRIA I TEORIA SOCIOLÒGICA

Ignasi Pons i Ada Ruiz

... el món real està trastocat, i el món trastocat és real; no es pot cedir ni a la irracionalitat d'allò trastocat quant a racional, ni a la racionalitat d'allò trastocat quant a irracional. El món trastocat és el racional com a raó fonamentada sobre el real existent, i és l'irracional com a realitat basada sobre la raó existent...

Gianni Scalia La raó de la follia

Les claus interpretatives fonamentals del sentit i la funció actuals de la psiquiatria i la sociologia es troben en l'anàlisi dels seus orígens. D'acord amb el paradigma explicatiu del psicoanàlisi, podríem dir que el naixement i les primeres etapes de la vida d'ambdues "ciències" han condicionat de forma significativa el seu posterior desenvolupament. O prenent el model religiós, diríem que la sociologia i la psiquiatria arrossegueu el seu pecat original, el d'haver mossegat la poma que els oferia la serp del poder.

La història de la sociologia i la psiquiatria com a corpus teòrics "autònoms" s'inicia, coincidint en el temps i l'espai, en el marc que proposa la Il·lustració en intentar consolidar un ordre fonamentat en la raó i l'experiència, tot pretenent abandonar definitivament les formes de pensament passiu, derivats de l'especulació metafísica i la indocctrinació teològica com a explicació del món i justificació de l'ordre existent.

L'herència de la filosofia racionalista del segle XVII i els avenços científics recents provocà la il·lusió de l'aplicabilitat universal de les lleis naturals i els començà a treballar amb la utilització dels conceptes i les tècniques de les ciències físiques per a estudiar tots els aspectes de la vida social. Totes les institucions (polítiques, religioses, socials, morals) són passades pel tamís de la crítica i l'autocrítica racional permanent. D'aquesta manera l'Il·luminisme s'esforçà en substituir el Déu esotèric i etern, que dominant el present des de les altures se'ns farà present i pròxim només en el llunyà futur *postmortem*, per un déu domèstic i quotidià, la Raó.

El sistema filosòfic trobà, però, la seva consagració i aplicabilitat quan fou instrumentalitzat per un nou ordre històric que precisava d'una nova cobertura ideològica per a desenvolupar els seus continguts i justificar-se. Aquest ordre és el que es gestà en la Revolució anglesa i madurà amb la Revolució Francesa.

L'assumpció i el desenvolupament de l'Il·luminisme pel poder postrevolucionari suposà el triomf i la mort del sistema filosòfic per desvirtuació. De la mateixa manera que el casament bizantí entre religió i poder en el costantinisme suposà el triomf del cristianisme i ensems la seva mort com a idea, per la desvirtuació provocada per les exigències laiques del poder. Com en tot "bon matrimoni" l'amor s'adulterà en mans dels requeriments d'adaptació i de subordinació propis de la institucionalització.

Així es perdé la dinàmica autocrítica, i el criticisme es transformà en nou dogmatisme, mecanicisme i acriticisme pseudoracional. I el racionalisme esdevingué una autèntica religió amb el seu déu o ídol (la pseudoraó), els seus rites (acadèmics i polítics), els seus sacerdots (intel·lectuals i tècnics) i els seus creients (els ciutadans sotmesos).

La raó i la seva relació amb la realitat són adulterades en la manipulació i transformació

pel poder que determina una nova orientació i condicionament de la ciència. El paradigma d'aproximació a la realitat es configura amb les següents coordenades:

a) A nivell social

- A curt i mig termini es propugna l'acceptació de la realitat tal com està conformada en l'estructura vigent, resultat de les relacions de dominació operants.
- A llarg termini, es distingeix en dos tipus d'utopia. En primer lloc "la utopia possible", la del reformisme que promet per al futur la realització de les esperances frustrades en el present. I en segon lloc "la utopia impossible", la de la revolució o tot projecte que, per a aconseguir la realització dels ideals frustrats en el present, proposi un canvi substancial en l'estructura i/o la direcció de la relació de dominació present.

b) A nivell individual

- L'adaptació a la realitat immediata com a única possibilitat "d'equilibri" i/o "realització" personal.
- L'intent d'atribuir les deficiències i insatisfaccions actuals a la "naturalesa" de l'home, identificant les dificultats d'adaptació als mecanismes de dominació presents amb alteracions accidentals de les lleis constitutives permanents.

El positivisme i els orígens de la vida autònoma, com a "ciències", de la teoria sociològica i la psiquiatria.

De l'esmentada operació amorosa entre la societat postrevolucionària i l'il·luminisme neix el primogènit, el qual es batejà amb el nom de positivisme, i que es posa immediatament a treballar per a consolidar i augmentar el patrimoni familiar.

Animat per la creença de l'equivalència regularitat social = llei natural inspirada en la proposició newtoniana de l'ordre immanent a l'univers, evidenciable per l'observació i l'acumulació de dades, busca, amb afany i fe, la regularitat dels fenòmens socials i individuals. Dita proposició newtoniana té un avantatge molt valuós per als propòsits del positivisme, que consisteix que permet la identificació de la raó amb l'ordre evolutiu i d'aquest amb l'ordre actual. D'aquesta manera qualsevol sistema social pot ésser declarat des d'ell mateix com a darrera etapa de l'evolució, perfectible però no mutable substancialment.

Amb una lleugera manipulació d'aquest sistema teòric es produeix el canvi en la relació ordre-raó, fent aquesta darrera subordinada a l'ordre. A partir d'aquesta mutació neix la coartada ideològica del sistema i la justificació dels mecanismes de dominació.

En aquest marc teòric, el positivisme tot i pretenent fonamentar-se en la raó i la realitat, oblida massa sovint la raó i es queda simplement amb els fets més immediats, en les coordenades de temps i espai. Es proposa transmetre els fets pretesament basats en la raó, però deixa de costat la transmissió dels mecanismes de "raonament" tal com eren concebuts pels "philosophes" del segle XVIII. D'aquesta manera el pensament esdevé novament passiu.

Aquest corpus teòric, aparentment derivat de la realitat i aplicable a aquesta realitat, es configura en forma d'organització de polítiques adaptatives que donen lloc a dues "ciències" complementàries en els seus objectius primaris: la sociologia i la psiquiatria. Des de llavors, la primera aconsegueix preferentment el paper de justificació ideològica amb reduïdes aplicacions pràctiques immediates i la segona, acomplint també la funció ideològica, es desenvolupa més en l'aspecte polític immediat i ofereix mecanismes d'adaptació i/o segregació individual.

La sociologia en el seu inici es presenta com "una fisiologia social, constituïda pels fets materials que deriven de l'observació directa de la societat, i una higiene, tancant els preceptes aplicables a tals fets, són conseqüentment les úniques bases positives sobre les quals es pot establir el sistema d'organització reclamat per l'estat actual de la civilització".¹ En la seva positivitat pren el model de les ciències físiques, però atribuint-se un valor messiànic superior"... químics, astrònoms, físics, en virtut de quins drets ocupeu ara l'avantguarda de la ciència? El gènere humà està passant una de les més agudes crisis que hagi experimentat des

de l'origen de la seva existència. Quin esforç realitzeu per a conjurar-lo? Què feu, us pregunto, un cop més, per a establir la pau?. Res. I què podeu fer? Res. L'únic que pot conduir-nos a descobrir els mitjans per a conciliar els interessos dels pobles és el coneixement de l'home, i aquesta ciència no l'estudieu vosaltres".²

Amb Compte s'accentua més la idea d'adequació entre raó i realitat social esperant la desaparició, en virtut del mètode positiu, de tota contradicció entre el sociòleg i la seva societat. De tota manera, la mateixa raó que havia inspirat l'inici de la revolució no aconseguí ni la coherència ni la conseqüència total en la societat revolucionària com observà Carlos Moya: "...La immediatesa entre la raó i el poder resulta explosiva quan les diferències socials reals es mantenen malgrat l'evolució legal dels privilegis estamentals. L'abstracció lògica de la naturalesa amb què la burgesia definia els seus interessos en termes d'universalitat humana s'enfrontaria amb llurs primeres contradiccions reals: els interessos del "poble" de París explicitats i racionalitzats, per aquesta mateixa lògica, xocarien amb els interessos dels "convencionals". El terror seria el suport del domini absolut de la Raó, protagonitzat en un llenguatge abstractament clàssic per Robespierre i Saint-Just".³ Aquestes contradiccions en el camp polític es reproduïen en el camp teòric de la ciència que intenta donar-li suport, de tal manera que "la possible reconciliació de la raó sociològica amb la seva realitat social és sempre una alienació de la raó científica en benefici de la racionalització ideològica".⁴ Es tracta en definitiva d'una raó d'accés exclusiu al dominant com a coartada "indiscutible" de la seva dominació, preservant-la del possible ús per part dels dominats.

Finalment la raó, que per als pensadors del segle XVIII havia de dur l'home, "essencialment racional", a la seva llibertat a partir de la seva adequació a la realitat, no acabà de relacionar-se tan directament amb ella, ja que la realitat queda eclipsada i mediatitzada per l'ordre establert, "la raó sociològica implica evidència de la necessitat d'ordre social".⁵ D'aquesta manera ja en el seu origen la sociologia suposa una alienació de la raó científica per a esdevenir racionalització de l'ordre. La ideologia de l'ordre també serà l'eix fonamental al voltant del qual es desenvoluparà la psiquiatria com a teoria i com a pràctica assistencial.

La psiquiatria com a filosofia i ciència de la bogeria neix també amb l'il·luminisme i la consagració de la raó moderna per la Revolució burgesa. De fet, com assenyala Castilla del Pino, la història de la bogeria és molt més antiga que la història de la psiquiatria, "el problema de conceptualització de la bogeria depèn naturalment de les circumstàncies històriques i del transfons socio-econòmic-cultural de cada època... a partir de final del segle XVIII s'institucionalitza com a psiquiatria..."⁶

Es tractava en un primer moment de naturalitzar el problema, d'abandonar les explicacions teopatològiques deslligant la bogeria de la màgia substituint el concepte de pecat pel de malaltia i el de salvació pel de guarició. Si bé en un principi la referència positiva es cobreja en el si de la medicina, ja Samuel Tuke a Anglaterra proposa que la malaltia mental sigui tractada més com a problema moral que com a problema mèdic, apel·lant a la raó i a la reconducció dels malalts cap a les normes morals de convivència. Poc més tard Pinel i la seva escola, malgrat unes primeres oscil·lacions, acaben per decantar-se pel tractament moral enfront del plantejament organicista. Tanmateix aquesta moral de referència es correspon amb el model de convivència imposat per la Revolució burgesa del qual els alienistes en són creients i els permet manifestar un cert optimisme guaritiu que els fa variar substancialment el tracte als malalts i intentar eliminar les repressions i segregacions no justificades terapèuticament.

El valor clau que s'utilitza és el de raó sobre el qual s'ha fonamentat la nova societat "contractual" (racional) en què el boig representa la no-raó, el que està fora o no respecta el contracte, esdevenint "la part no social de la societat, la part inhumana de l'humà, i la funció irracional de la racionalitat".⁷

La referència, però, igual com succeeix amb la sociologia, és a una raó adulterada, més aviat a una pseudoraó o racionalització de la ideologia de l'ordre establert. Naturalment el

seu naixement i especialment el seu desenvolupament posterior no s'escapa al positivisme dominant que confon la realitat amb la conformació d'aquesta en una situació històrica determinada. A aquest positivisme ja apareixia lligat el darrer desenvolupament de la medicina convertida, tal com l'anomena Robert Castel, en "tecnologia del cos social", i la psiquiatria que intenta obtenir credibilitat com a saber científic ho fa a l'empar d'aquesta medicina que conferirà al psiquiatre la patent de científic alhora que de tècnic especialista en l'arranjament d'uns problemes "funcionals" a nivell individual i social.

Es pretén construir una ciència de l'alienació utilitzant el mètode taxonòmic de la medicina general del segle XVIII, heretada a la vegada de les ciències naturals.⁸ En principi el que es fa és classificar, descriure i assignar nova denominació "científica" a comportaments ja tradicionalment condemnats i codificats pel poder. La reconversió suposa un canvi d'orientació valorativa, una sèrie de conductes "desviades" deixen d'ésser delictives per a ésser considerades patològiques, no són imputables a una voluntat transgressora sinó a una irresponsabilitat no voluntària atribuïble a la pèrdua de la raó, de vegades recuperable.⁹

D'aquesta manera la psiquiatria esdevé funcional per al poder i s'espera d'ella resultats més concrets i immediats que de la sociologia, i en conseqüència mentre aquesta queda relativament al marge i sense gaire audiència en l'aparell de l'Estat, la psiquiatria s'incorpora a aquest i es veu pressionada per una demanda concreta i continuada per part del poder que condicionarà considerablement els continguts del seu desenvolupament teòric, tècnic i assistencial.

La principal funció que aconsegueix és la de legitimar els sistemes repressius, fins el moment sospitosos d'arbitrarietat, amb la raó i la tècnica, desculpabilitzant tant el poder com els transgressors de l'ordre, mantenint, però, la repressió que procura garantir l'acceptació de les normes i la prevenció respecte als que s'aparten d'ella.

En definitiva es disfressen uns principis i actuacions vulgars amb signes externs de científicitat basats en una sofisticació semàntica i unes tècniques més o menys esotèriques.

La convergència entre poder i psiquiatria s'articula al voltant d'aquesta demanda i de l'oferta que els alienistes del segle XIX fan, intentant fer-se "reconèixer com a especialistes... especialistes d'un cert perill general que recorre el cos social, amenaçant-ho tot i tothom, perquè ningú no està cobert de la bogeria ni de l'amenaça d'un boig. L'alienista, que és, abans que res, el parapet d'un perill, s'ha presentat com a realitzador d'un ordre que és el de la societat en el seu conjunt".¹⁰

La psiquiatria s'estén per tota l'amplària de la xarxa social, deixant al dret l'actuació sobre els que presumiblement són subjectes de raó i responsabilitat, es fa càrrec dels que no compleixen aquestes condicions a través de l'aplicació de normes i sancions diferents de les que s'assignen per als subjectes "normals" que permetin el restabliment de l'ordre i l'exercici de les funcions i les facultats.¹¹

Els conceptes d'anòmia i desviació: punt d'articulació entre la patologia individual i la patologia social; lloc d'encontre entre la teoria sociològica i la psiquiatria

En identificar la raó amb l'ordre social, no es posa en qüestió l'estructura general del sistema social concret sinó que es fa una anàlisi interna de funcionament referida a aquest ordre, prioritzant-lo en el sistema referencial d'anàlisi i d'acció. D'aquesta manera, com ja s'expressa de forma inequívoca en Durkheim, la societat passa a ésser considerada, no com un simple agregat d'individus, sinó com una realitat sui generis que està per sobre dels seus components de forma que les lleis socials dominen els homes amb absoluta necessitat i aquests no poden fer una altra cosa que sotmetre's. La cohesió d'aquesta societat ve assegurada per les idees morals que estan impreses en la consciència col·lectiva de la qual la consciència individual no és més que una projecció. L'enunciació de les idees morals necessàries per a aquest ordre social, que Durkheim vol de totes totes, l'encomana a la ciència que ac-

tuant com a religió laica assegura un model referencial comú de comportament i l'organització de les diferents funcions que reforcin la solidaritat social.

La proposta de substitució de la religió en l'orientació de la conducta dels individus ja s'havia iniciat abans de Durkheim en la sociologia i la psiquiatria postrevolucionària i ha continuat vigent fins els nostres dies amb un procés de substitució-complementació d'ambdues, ciència-religió.

L'eficàcia de la submissió la veu Durkheim en la conveniència de l'ordre social per a ambdues instàncies, la societat i l'individu. Aquest aconsegueix, segons ell, la llibertat i l'autonomia amb la submissió a l'ordre fàctic existent. Al contrari, el rebuig de la conducta regularitzada i controlada és patològic, promou l'inestabilitat perpètua tant de l'individu com del conjunt de la societat. La disciplina moral és un bé per a la salut mental de l'individu que amb la ruptura no pot trobar més que patiment i dolor.

A partir d'aquests pressupòsits la sociologia dominant es desenvoluparà situant com a eix central la preocupació per la integració i adaptació dels individus i quan no es donin aquestes intentarà cercar els mecanismes de reconducció o de segregació. En aquest context, confiarà a la psiquiatria un paper clau en la xarxa d'aquests mecanismes.

L'objectiu adaptació-integració durà ambdues disciplines científiques a adoptar, com a concepte central i originari del seu cos teòric, la desviació i el seu control. En un primer moment, es pretengué definir les regularitats que conformen les lleis "naturals" de la societat, operació que consistia en la proposta com a tals de les situacions, processos i funcions que es reflectien en l'ordre social existent, per, a continuació, identificar, descriure i classificar les desviacions mitjançant el mètode taxonòmic après i pres de les ciències naturals. Finalment la ciència havia de preveure i instituir les tècniques de control d'aquestes desviacions i la correcció de la "patologia social" amb una doble acció a nivell social i individual. Això "comporta l'aplicació dels mecanismes conceptuals per a assegurar-se que els desviats, de fet o en potència, es mantinguin dins les definicions institucionalitzades de la realitat o, en altres paraules, per a impedir als "habitants" d'un univers "emigrar", la qual cosa s'efectua aplicant l'aparell legitimador als "casos" individuals ... els seus ordenaments institucionals específics, des de l'exorcisme fins la psicoanàlisi, des de la cura pastoral fins els programes d'assessorament personal, corresponen, per suposat, a la categoria de control social... com s'han d'ocupar de les desviacions que s'aparten de les definicions "oficials" de la realitat, cal desenvolupar un mecanisme conceptual que doni compte de tals desviacions i mantingui les realitats qüestionades. Això requereix un cos de coneixement que inclogui una teoria de les desviacions (és a dir, una patologia), un aparell per als diagnòstics (és a dir, una simptomatologia) i un sistema conceptual (catàleg de tècniques) per a la cura d'ànimes..."¹²

En definitiva, ambdues "ciències" dediquen la major part dels seus esforços, per una banda, al disseny d'un laberint taxonòmic que es justifica i tanca en si mateix, i per l'altra banda, a l'elaboració de teories i tècniques que es fonamenten en aquests artilugis taxonòmics com si fossin entitats "naturals-racionals". Això amb la pretensió i l'esperança de construir per mitjans científics un receptor per al govern de la societat i les conductes del ciutadans, dotant-se de les tècniques de socialització dels nous valors i de redreçament i/o segregació d'aquells que voluntàriament s'allunyen dels models "racionals" socialitzats.

Un altre concepte bàsic en què convergeixen patologia social i patologia individual és el d'anòmia, tema central de la sociologia de Durkheim, en el seu doble aspecte de situació social sense normes i dels individus en tant que reactius a aquesta situació. Tant aquest autor com més tard T. Parsons consideren com a punt de partença de la no-salut mental aquesta situació d'"absència de processos d'interacció estructurats completament o la ruptura d'un ordre normatiu".¹³

La definició de l'estat de confusió i de "trencament dels lligams afectius i morals que vinculen la societat"¹⁴ coincideix de forma significativa amb la descripció d'algunes psicosis i neurosis, tant en l'aspecte etiològic com simptomàtic, de la psiquiatria clàssica.

La font de confusió dels individus pot provenir de la distància i/o oposició entre la cultura i pautes ideals, i la cultura i pautes reals, tant com a proposta subjacent en la pràctica del poder o com a realitat conductual, ja sigui positivament valorada o simplement tolerada. Aquesta oposició freqüentment és tal que el compliment estricte de la norma ideal proposada pot ésser considerada com a anòmica o desviada i ésser font de qualificació com a patologia. Merton redueix la inadequació a la divergència entre les metes o aspiracions culturalment prescrites i els mitjans o camins socialment estructurats.

Enfront de la situació anòmica, des d'una certa sociologia (Parsons) s'estudia una estratègia de plantejaments de propostes institucionals integratives i una certa psiquiatria s'encarega d'intentar les correccions individuals adaptatives.

Aquest discurs, que des de la teorització de les ciències socials es fa de l'anòmia, obeeix a l'exigència de manteniment de l'ordre social i el seu teixit normatiu, en conseqüència quan es fa referència a la carència de normes del subjecte qualificat d'anòmic, es té en compte exclusivament aquesta perspectiva. Cal pensar, però, que sovint fora més apropiat parlar de manifestació d'aparent carència de normes o es pot sospitar que l'individu en qüestió es regeix per una altra lògica normativa o per una normativa "no racional". El que es produeix per part de l'observador és el desconeixement o incomprensió de la lògica normativa del subjecte pretesament anòmic.

La relació entre els conceptes d'anòmia i alienació posa en evidència la radical antinòmia entre dues concepcions del terme alienació. En el plantejament de Durkheim i Parsons apareix com a exigència de l'equilibri social i individual, un tipus d'adaptació-integració al sistema social que té característiques d'autonegació personal en funció de les instàncies normatives i funcionals exteriors i sovint estranyes a l'individu.¹⁵ Per a Durkheim l'educació té la funció exclusiva de preparar l'individu per a viure en la societat tal com és, i destaca com a valors essencials de l'educació: el fre, la renúncia, l'autosacrifici i la subordinació. T. Parsons, per la seva banda, planteja una estratègia d'ordre basada en la suposada existència de característiques tals com la dimensió "conformitat-alienació, en el sentit d'una disposició a conformar-se d'acord amb les expectatives d'altres o estant alienats a elles.¹⁶ És a dir, que per a Parsons i Durkheim cal alienar-se per a aconseguir un ordre social o la pervivència d'un sistema social, sense el qual es corre el risc de caure en una possible situació d'alienació mental.

S'estableix, també, una relació entre la salut mental i la desviació, concepte complementari del d'anòmia en el paradigma integració-adaptació. Així per a Durkheim la desviació es relaciona amb la no acceptació del paper en el sistema d'interconnexió funcional de la societat. Per a Parsons la desviació és una "conducta que o bé és positivament lesiva o bé implica abandó d'activitats funcionalment importants".¹⁷ Aquesta concepció de la desviació coincideix de forma significativa amb la valoració que fa la psiquiatria dominant de la malaltia mental, tant quant a la seva descripció com a la valoració del seu grau de gravetat o de resolució. Malgrat no tenir sovint en compte de forma suficient l'etiologia social, la identificació i descripció simptomatològica estan impregnades més per valoracions referents a l'"associalitat" del comportament que per la preocupació pel patiment del subjecte. Es presta atenció prioritària a les conductes anormatives, diferents, socialment afuncionals o disfuncionals o a la capacitat de suportar l'ansietat, però, per sort o per desgràcia, presta poca atenció a les conductes "normalitzades", que sovint poden suposar personalitats socialment alienades o situacions d'ansietat més o menys suportades.

En aquest sentit resulta il·lustratiu el model de normalització implícit en la definició de malaltia mental publicada l'any 1960 per l'Organització Mundial de la Salut: "Alteració manifesta del funcionament mental suficientment específica en els seus caràcters clínics per a ésser uniformement identificable per referència a un model clarament definit i suficientment greu per a provocar una pèrdua de capacitat professional o adaptació social que es tradueixi concretament per l'absència al treball o per intervencions judicials o socials".¹⁸

Nota final

Cal remarcar que ens hem referit a les línies dominants i més reconegudes pel poder en virtut de la seva funcionalitat. Tot i que tant la psiquiatria com la sociologia ofereixen possibilitats crítiques i transformadores, i en aquest sentit la seva història deixa constància del desenvolupament d'importants corrents que s'han esforçat i s'esforcen per a esborrar el pecat original del "constantinisme científic".

Notes

- 1 Saint-Simon, *La psychologie social, Oeuvres Choisies* Ed. de G. Gurvitch, París 1965 p. 58
- 2 Saint-Simon, op. cit. p. 40
- 3 Moya, Carlos, *Sociólogos y sociología* ed. Siglo XXI, Madrid 1970, pp. 19 i 20
- 4 Moya, op. cit. p. 45
- 5 Moya C., op. cit. p.35
- 6 Castilla del Pino C. *Introducción a la Psiquiatría*, Alianza ed. Madrid 1980, T. I p. 22
- 7 G. Scalia, en Bassaglia, *La mayoría marginada* Ed. Laia Barcelona 1977 p. 146
- 8 "... donada una malaltia, determinar el seu veritable caràcter i el rang que ha d'ocupar en un quadre nosològic" (Pinel)
- 9 De fet, en realitat, no es tracta tant de la raó com dels "valors de la raó, és a dir, dels principis que regulen i les finalitats que defineixen el nou equilibri" G. Scalia op. cit. p. 146
- 10 Foucault M., Castel R., en *El orden psiquiátrico* ed. La Piqueta Madrid 1980 p.8
- 11 "... el metge es l'únic que pot discernir si un individu ha d'ésser posat dins o fora del dret comú" Esquirol (1818) en Espinosa, en Lain Entralgo *Historia universal de la medicina* T. VI Barcelona 1975
- 12 Berger P. i Lukman, *La construcción social de la realidad* Amorrortu Buenos Aires 1973 p. 145
- 13 Parsons T. *El sistema social* Ed. Revista de Occidente. p. 46 Madrid 1976
- 14 Yuste F. J. *SiQuiatría y sociedad* Ed. Pulso, Barcelona 1971 p.44 i 45
- 15 "... Perquè imperi l'ordre social ... el que necessita la massa per a estar contenta no és que tingui més o menys, sinó que estigui convençuda que no té dret a més. I per això és important que hi hagi una autoritat de la qual reconegui la superioritat i que li digui què és el que és correcte." E. Durkheim *El sistema industrial*, Aguilar, Madrid 1966 p. 200.
- 16 Parsons, op. cit. p. 40.
- 17 Parsons, op. cit. p. 37.
- 18 *Epidemiologia dels trastorns mentals* Octau informe del Comitè d'Experts en Salut Mental. Sèrie d'Informes Tècnics núm. 185 Ginebra 1960.

BIBLIOGRAFIA

- ACKERKNECHT, *Breve historia de la psiquiatría* Eudeba, Buenos Aires 1968
- BASSAGLIA, F. *La mayoría marginada* Ed. Laia, Barcelona 1973
- BERGER i LUCKMAN, *La construcción social de la realidad* Amorrortu, Buenos Aires 1968
- CASTILLA DEL PINO C., *Introducción a la psiquiatría* Alianza ed. Madrid 1980
- CASTEL R., *El orden psiquiátrico* Ed. La Piqueta, Madrid 1980
- CLIHARD, H.B., *Anomia y conducta desviada* Ed. Paidós, Buenos Aires 1967
- DURKHEIM E., *El suicidio* Ed. Schapire, Buenos Aires, 1971 *El sistema industrial* Ed. Aguilar Madrid 1969 *L'Education morale* P.U.F. Paris 1963
- EY E., *Tratado de psiquiatría* Ed. Toray-Masson, Barcelona, 1980
- FOUCAULT M., *Historia de la locura en la época clásica* F.C.E., México, 1979 *Microfísica del poder* Ed. La Piqueta, Madrid 1978
- GONZALEZ-CHAVEZ, *La transformación psiquiátrica* Ed. Mayoría, Madrid 1980
- LAIN ENTRALGO, *Historia universal de la medicina* T.6 i T. 7 Barcelona 1972-75
- MAIER GROSS W., *Psiquiatría clínica*. Paidós, Buenos Aires 1974
- MERTON R.K., *Teoría y estructuras sociales* F.C.E. México 1976
- MOYA C., *Teoría sociológica* Ed. Taurus, Madrid, 1971 *Sociólogos y sociología* Ed. S. XXI, Madrid, 1970
- PARSONS T., *El sistema social* Ed. Revista de Occidente, Madrid, 1976
- SAINT-SIMON, *Oeuvres choisies* Ed. de G. Gurvitch, Paris 1965
- SALOMON P., *Manual de psiquiatría* Ed. Manual Moderno, México 1972
- SCHNEIDER K., *Patopsicología clínica* Ed. Paz Montalvo, Madrid, 1975
- SIGG B.W. *Psychiatrie? non science?* C.E.R.M. Paris 1978
- SZASZ T., *La teología de la medicina* Tusquets, Barcelona 1980
- TORRES GONZÁLEZ F., *Los marginados en España* Rd. Fundamentos, Madrid 1978
- YUSTE F.J., *Siquiatría y sociedad* Ed. Pulso, Barcelona 1971
- ZEITLING I., *Ideología y teoría sociológica* Ed. Amorrortu, Buenos Aires 1973

EL CONSUM DE MEDICAMENTS EN EL NOSTRE SISTEMA SANITARI

*M. Porta
J.R. Laporte
D. Capellà
R. Gisbert
M.L. Martin*

1. Introducció

Els estudis sobre l'ús de medicaments ("drug utilization") han estat definits com els centrats en "la comercialització, distribució i ús de medicaments en una societat, amb especial èmfasi en les conseqüències mèdiques, socials i econòmiques". (1)

Aquest és un enfoc sanitari de la Farmacologia clínica. L'estudi dels medicaments també es realitza en les fases prèvies a la comercialització (les anomenades fases I, II, i III de l'assaig clínic) i en la fase IV o de postcomercialització, en la qual l'objectiu és detectar (principalment a través d'estudis epidemiològics) efectes dels medicaments que, per inesperats o per poc freqüents, no és possible observar en les fases anteriors. (2) Segons el tipus d'efectes observats, el fàrmac serà modificat, retirat del mercat o utilitzat per a una altra indicació.

En els darrers quinze anys la recerca en Farmacologia Clínica ha demostrat repetidament que, sovint, els medicaments no són emprats amb profit de tot el seu potencial, tant en termes d'eficàcia com de seguretat. Els medicaments, per si sols, no són suficients per a proporcionar una assistència sanitària adequada, però juguen un paper important en la protecció, manteniment i recuperació de la salut de la població. La preocupació pel seu ús inadequat o subòptim sorgeix de la presa de consciència de dos fets: el seu cost econòmic i el risc que produeixin reaccions adverses.

Les àmplies deferències en els perfils de consum dels diferents països es deuen a diferències culturals, sanitàries, econòmiques i polítiques, que es reflecteixen també en diferents sistemes d'informació i de control. (3)

En una època en què sectors de la població i de professionals sanitaris tenen la impressió que generalment els medicaments fan més mal que bé, convé engegar estudis d'utilització de medicaments per tal d'establir relacions benefici/risc i benefici/cost; el càlcul objectiu d'aquestes relacions esdevé la base per a la presa racional de decisions en salut pública.

La manca d'uns criteris absolutament precisos sobre les pautes de tractament, és a dir, la impossibilitat d'una resposta total a la pregunta "en què consisteix una terapèutica farmacològica òptima?", afegeix complexitat a aquest controvertit camp sanitari.

2 Els estudis d'utilització de medicaments

Objectius. Els estudis d'utilització de medicaments són emprats per als següents objectius:

1. Detectar problemes i definir àrees prioritàries d'investigació sobre la seguretat i eficàcia absolutes i relatives dels fàrmacs (relacions benefici/risc i benefici/cost).
2. Assenyalar —després d'una interpretació correcta de situacions terapèutiques rellevants— l'ús inadequat de medicaments o de grups terapèutics.

3. Fer estimacions de l'exposició a medicaments de poblacions específiques.
4. Mesurar la incidència de reaccions adverses.
5. Mesurar els canvis en l'exposició a fàrmacs amb el temps, i particularment en relació a les mesures informatives i reguladores de les autoritats sanitàries.

Fonts d'informació. Existeixen bàsicament les següents fonts d'informació sobre ús de medicaments: (4)

- A. *Fonts oficials.* Dades sovint poc elaborades estadísticament, amb retard i amb déficits respecte a la prescripció individual dels metges, indicacions del tractament, característiques dels pacients i medicaments de venda sense recepta.
- B. *Fabricants i distribuïdors.* La indústria farmacèutica i els majoristes distribuïdors posseeixen bona informació —quantitativament i qualitativament—, però d'accés restringit, per raons de competitivitat comercial.
- C. *Informes de farmàcies.* Aporten dades de medicaments venuts amb i sense recepta de protegits per la Seguretat Social (treballadors i pensionistes, diferenciabls entre ells), i no protegits per la Seguretat Social.
- D. *Consumidors.* Són l'única via de conèixer el consum real pel pacient, tant dels fàrmacs receptats pel metge com dels "de mostrador". La informació obtinguda de l'usuari permet conèixer fins a quin punt els fàrmacs són adquirits però no consumits, o no són consumits segons les indicacions del metge prescriptor.
- E. *Històries clíniques de metges.* Forneixen informació que relaciona la prescripció amb l'edat, sexe, ocupació, estatus social i patologia dels pacients. Són realitzades a petita escala i poc representatives del conjunt de metges d'una comunitat.
- F. *Històries clíniques d'hospitals.* La seva limitació principal és el fet que els centres hospitalaris només són responsables d'una petita i específica part de la prescripció.
- G. *Mostratges de vendes.* Serveis realitzats per empreses especialitzades que venen els resultats a empreses del sector. Es fan a través de metges, pagats per a informar dels seus hàbits de prescripció, que són relativament poc representatius de tota la professió mèdica.

3. Aproximació quantitativa a l'estudi del consum de medicaments en el sistema sanitari espanyol

La despesa de medicaments per càpita a Espanya és la més alta d'Europa en relació a la renda per càpita (vegeu la Taula I).

El mercat espanyol representa aproximadament un 3% de tot el mercat mundial, amb una xifra de negocis d'uns 1500 milions de dòlars, i ha ocupat sempre un lloc entre els deu primers països consumidors, en xifres absolutes. (5)

És per tant important constatar que "la desviació del consum de medicaments, a Catalunya com a la resta de l'Estat Espanyol, fa inevitable que les despeses exagerades en medicaments redueixin la possibilitat de beneficiar i potenciar altres serveis de salut que són neament insuficients, en molts casos, per cobrir les necessitats essencials".(7)

A Espanya el consum de medicaments augmenta d'una manera continuada i ha arribat en l'actualitat a xifres molt notables. La Taula II mostra l'evolució de les vendes de productes farmacèutics en el mercat espanyol durant els darrers anys. Bé que l'augment del preu per unitat de consum pot haver influït en les xifres recollides, és evident que ha augmentat també la quantitat de medicaments dispensats, tal com mostra la Taula III.

La despesa de farmàcia suposa una proporció elevada del pressupost global de la Seguretat Social. Per raons que més endavant examinarem, aquesta proporció ha disminuït els darrers anys. Tanmateix, la Seguretat Social s'ha anat convertint en un monopoli de consum, i la seva participació en el mercat global de productes farmacèutics ha augmentat molt (vegeu la darrera columna de la Taula II). Aquest fenomen ha fet afirmar a molts

Taula I. Consum farmacèutic per càpita en relació a la renda per càpita en alguns països europeus (1977)

País	(1) Consum farmacèutic per càpita (\$, 1977) [~]	(2) Renda per càpita (\$, 1977) [*]	(1) com a % de (2)
Àustria	24.3	5564	0.44
Bèlgica	46.2	7394	0.62
Dinamarca	25.2	8295	0.30
Finlàndia	42.6	5652	0.75
França	46.0	6304	0.73
Grècia	25.3	2795	0.91
Irlanda	16.3	2420 ≠	0.67
Itàlia	28.1	2730 ≠	1.03
Espanya	30.6	2925	1.05
Regne Unit	16.9	3831	0.44
R.F.A.	48.7	7328	0.66

([~]) Dades d'Arranz (5).

(^{*}) Dades de *Statistical Yearbook* (1978) (6).

(≠) 1976.

Taula II. Percentatges de la prestació farmacèutica de la S.S. sobre el cost total de l'assistència sanitària de la S.S. i sobre el Mercat Total

Any	Assistència sanitària (en milions) (a)	Total prestació farmacèutica ([*]) (en milions, cost)(b)	% de (b) sobre (a)	% S.S. sobre M.T.
1967	20.780	10.083	49	41
1968	25.550	12.860	50	44
1969	32.654	17.366	53	51
1970	44.059	21.692	49	58
1971	56.738	28.056	49	63
1972	76.333	35.187	46	69
1973	105.088	46.670	44	69
1974	133.699	53.834	40	70
1975	175.108	63.614	36	74
1976	221.927	76.910	35	74
1977	312.202	88.395	28	80
1979	435.737	95.862	22	80
1980	480.075	100.816	21	80

(^{*}) Inclou aportació del treballador.

Font: 1969 a 1977, Arranz (5); 1979 i 1980, De Istúriz et al. (8), Gisbert (9) i Duran (10).

autors que el creixement de la indústria farmacèutica s'ha realitzat fonamentalment a càrrec de la Seguretat Social.

Hom pot observar que la prestació farmacèutica de la Seguretat Social continua essent molt important, tant en si mateixa (uns cent mil milions), com pel que representa en relació a la renda nacional (un 13%) i al mercat general (un 80%).

Malgrat aquest fet, la Seguretat Social no assumeix el paper que li pertoca de monopoli de consum. És obvi que la racionalització del consum de la Seguretat Social repercutiria extraordinàriament en el consum total.

Per tenir una idea del que aquestes xifres representen, cal indicar que la despesa de medicaments als Països Escandinaus oscil·la entre un 8% i 10% del pressupost total dedicat a assistència sanitària, i la mitjana de la Comunitat Econòmica Europea se situa al voltant del 12%, mentre que les xifres espanyoles són similars a les d'alguns països africans i d'Amèrica Llatina.

La farmàcia hospitalària representa entre un 3% i un 4% de la despesa global de farmàcia (vegeu la Taula IV). Està clar que qualsevol intervenció racionalitzadora feta a nivell hospitalari no sols millora la qualitat de l'assistència als malalts hospitalitzats sinó que a més té repercussions culturals indirectes cap a fora dels hospitals, sobretot si aquesta mena d'intervenció es realitza en els hospitals petits de nivell comarcal. Però malgrat que les experiències, són encara escasses, en el camp de la Farmacologia clínica hospitalària i de la Farmàcia hospitalària realitzades en el nostre país, llur repercussió ha estat més qualitativa que quantitativa, i es limitarà sempre a la institució hospitalària.

Tornant a la despesa global de medicaments a la Seguretat Social, cal assenyalar que la contenció, molt relativa, produïda en els costos farmacèutics no s'ha donat en els costos hospitalaris i de personal, els quals han influït molt en l'expansió dels costos de l'assistència sanitària general.

Alts càrrecs de l'Administració han reconegut que aquestes xifres són absolutament injustificables i han demanat que siguin "asumidas las responsabilidades de la demora (de mesures correctores) a partir del informe al Gobierno de Julio de 1969". Només si des de 1970 la proporció esmentada de despesa de medicaments per la Seguretat Social hagués estat del 20%, l'estalvi hauria estat de més de dos-cents mil milions de pessetes.

Deixem, doncs, per a un altre moment l'anàlisi en profunditat de les mesures que les autoritats sanitàries espanyoles han pres aquests darrers anys; creiem que, per elles mateixes, no han determinat cap progrés remarcable, i que les mesures instaurades no han suposat cap progrés social en el control del consum. Assenyallem ara només que, sense revisar la normativa dels medicaments d'una manera seriosa, sense retirar del mercat les especialitats ja obsoletes, sense millorar la normativa per a la realització d'assaigs clínics, sense millorar la dotació material i sobretot de personal del "Centro Técnico de Farmacología", sense controlar i eventualment censurar la publicitat sobre medicaments, l'Administració només ha pres una mesura d'efectivitat real, però discutible: l'augment progressiu, del 10% al 40%, de l'aportació directa de l'assegurat en el pagament de les medecines que li són prescrites en règim ambulatori.

Una mesura positiva, tanmateix, ha estat el control del "tarugo" (és a dir, les percepcions rebudes pel metge com a premi per receptar productes de determinats laboratoris farmacèutics). Però és important remarcar que no coneixem bé els factors determinants del consum. Aquest punt és tractat en una altra part del present treball.

4. Aproximació qualitativa a l'estudi de l'ús de medicaments en el sistema sanitari espanyol

Per la realització d'estudis sobre l'ús dels medicaments hom acostuma a dividir-los segons els anomenats grups terapèutics. Un medicament forma part d'un grup terapèutic o d'un altre segons les seves característiques químiques i farmacològiques, però sobretot segons la seva principal indicació terapèutica. La classificació per grups terapèutics no acos-

**Taula III. Evolució del nombre de receptes per assegurat
(mitjana mensual)**

ANYS	Nombre RECEPTES
1967	1,62
1968	1,79
1969	2,11
1970	2,18
1971	2,28
1972	2,37
1973	2,63
1974	2,59
1975	2,73
1976	2,79
1977	2,89

Dades d'Arranz (5).

**Taula IV. Proporció de la prestació farmacèutica sobre el cost de l'Assistència
Sanitària de la Seguretat Social**

ANY	(a) Assistència Sanitària	(b) % Farmàcia extra- hospitalària sobre (a)	% Farmàcia hospita- l·l·ria sobre (b)
1967	20.780	48.9	3.2
1968	25.550	49.8	2.9
1969	32.654	52.8	3.1
1970	44.059	48.4	3.3
1971	56.738	49.5	3.6
1972	76.333	46.0	3.9
1973	105.088	48.1	3.5
1974	133.699	43.9	3.7

Dades d'Arranz (5)

tuma a suposar cap problema quan l'especialitat farmacèutica considerada té un sol principi actiu, és a dir una sola indicació terapèutica. Malgrat alguns inconvenients, aquesta classificació serveix per tenir una idea aproximada del consum de medicaments en un país.

L'ús d'alguns grups terapèutics és entre nosaltres exageradament elevat. Una anàlisi detallada del consum per grups terapèutics ens mostra, durant el període 1970-74, el gran pes dels antibiòtics. Aquests ocupen el primer lloc tant en unitats consumides com en valor, amb molta diferència respecte als altres grups terapèutics. Hom observa també un sensible augment en el consum de fàrmacs amb activitat sobre el sistema cardiovascular i de psicòtrops, així com una disminució relativa del consum d'hormones i especialment de vitamines. En comparar el consum per grups terapèutics entre diferents països hom observa grans diferències. A tall d'exemple, mentre a Espanya els antibiòtics representen 27,3% del mercat, a Alemanya el tant per cent que aquest grup representa és de 4,1% (vegeu la Taula V).

Taula V. Consum de productes farmacèutics en els principals mercats. Any 1973. Tant per cent que cada grup terapèutic representa sobre el mercat total en valors

	U.S.A.	Japó	Alemanya	França	Itàlia	Espanya	R.U.	Brasil	Mèxic
Analgèsics	5,9	2,0	5,0	5,5	4,4	3,3	5,1	4,7	4,2
Antireumàtics	2,6	5,8	6,3	4,0	4,0	3,7	7,5	2,1	2,0
Antibiòtics	9,4	22,6	4,1	8,5	10,8	27,3	13,5	18,1	19,6
Psicòtrops	1,8	5,4	5,0	7,0	1,9	4,5	7,9	4,4	4,5
Terap. cardiovascular	9,3	9,8	18,2	14,6	8,1	5,2	11,0	5,2	4,2
Terap. ap. respiratori	1,7	1,7	6,7	7,2	6,2	4,1	6,4	5,4	5,8
Terap. dermatològica	2,6	3,8	5,9	4,6	4,7	4,3	1,5	2,8	2,7
Hormones	9,9	2,9	2,9	4,4	8,4	4,3	7,2	10,4	9,9
Vitamines	6,9	8,0	3,4	3,0	5,1	5,4	2,2	7,9	6,6

Font: James, B.G. The future of the multinational pharmaceutical industry to 1990 Associated Business Programmes London, London 1977. Citat per Gisbert (9).

Taula VI. Grups terapèutics més venuts a Espanya, 1968-1975

Any	Classificació dels grups terapèutics per vendes			
	1	2	3	4
1968	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Hormones
1969	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1970	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1971	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Antianèmics
1972	Antibiòtics	Ap. respiratori	Vitamines	Ap. cardiovascular
1973	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Tònics i reconstituents
1974	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Tònics i reconstituents
1975	Antibiòtics	Ap. respiratori	Ap. cardiovascular	Ter. dermatològica

En el període 1975-79 s'ha produït un augment del consum d'antibiòtics, vasodilatadors perifèrics i analgèsics, bé que el consum d'antibiòtics (en unitats consumides) es manté entre els tres primers grups terapèutics.

En la Taula VI indiquem els grups terapèutics més venuts per la Seguretat Social a Espanya el període 1968-1975. La informació comparativa entre grups terapèutics pot venir donada en unitats venudes o en despesa originada per cada grup en milers de pessetes. Així com aquesta darrera dóna una orientació del pes econòmic de cada grup, la primera dóna una informació de més valor sanitari. L'anàlisi del consum de medicaments, expressat en unitats venudes, permet identificar quins grups són més prescrits pel metge i quins són més objecte d'automedicació. La figura 1 representa la proporció en què cadascun dels vuit grups terapèutics més consumits contribueix al consum del mercat total i de la Seguretat Social. Hom pot veure com els analgèsics són molt més objecte d'automedicació (són un 13,2% del mercat total de medicaments) que de prescripció mèdica (són un 5,1% del consum de la Seguretat Social), mentre que en els antibiòtics i antitoxígens i expectorants es dóna un fenomen invers.

En la figura 2 representem l'evolució del consum de diversos grups terapèutics, expressat per unitats per càpita, el període 1975-1978. Tanmateix, el nombre d'unitats venudes d'un determinat grup de medicaments no dóna una informació molt exacta. Així, hi ha unitats (caixes, flascons, sobres, etc.) que contenen 2 píndoles i unitats que en contenen cinc-

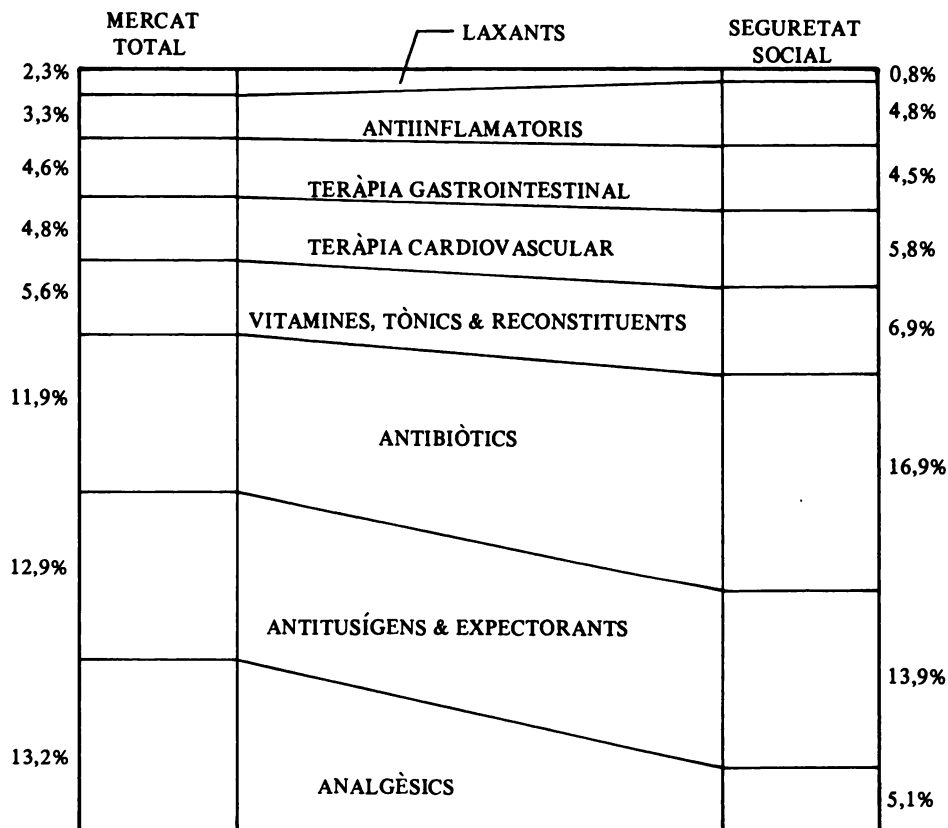


Figura 1.- Consum dels vuit grups terapèutics més consumits a la Seguretat Social i al mercat total.

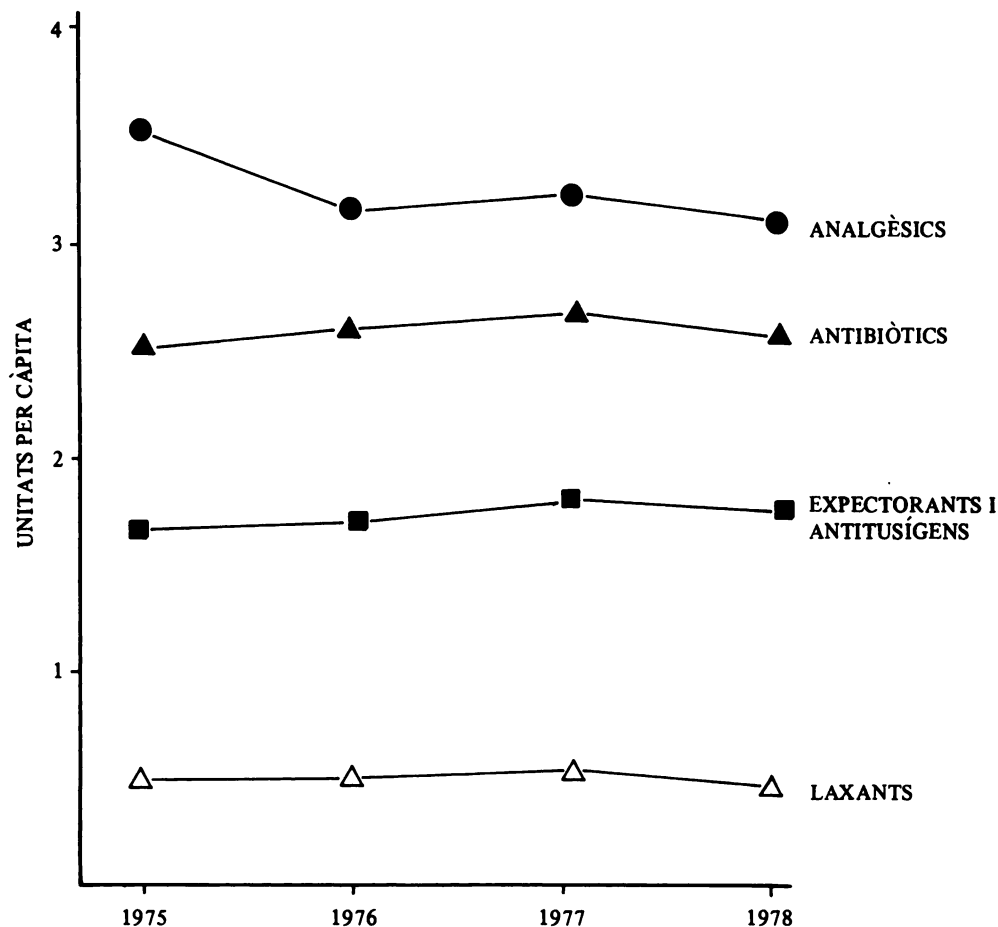


Figura 2.- Evolució del consum de quatre grups terapèutics, en unitats per càpita. 1975-1978.

centes. A més, el contingut del fàrmac de les píndoles pot variar d'un país a l'altre, o fins i tot d'un any a l'altre en el mateix país.

Per aquest motiu hom utilitza una unitat internacional arbitrària de mesura i comparació de consum, la dosi diària definida (DDD) de cada principi actiu. El nombre de DDD d'un producte consumit per 1.000 habitants i per 24 hores dona una idea del nombre de pacients tractats amb aquest producte en un moment determinat. En la figura 3 representem el consum d'analgèsics menors a Espanya l'any 1980, expressat en dosis diàries definides. Aquest tipus d'estudi, que aquí presentem de manera molt sintètica, pot ajudar a identificar prioritats d'intervenció sanitària, pot proporcionar denominadors de consum quan hom estudia la incidència de reaccions adverses produïdes per medicaments, i en definitiva construir una base sòlida per a una política de racionalització del consum de medicaments.

5 La necessitat de la selecció de medicaments

Les dades anteriors, necessàriament sintètiques, donen una idea de la importància potencial del medicament a l'hora d'elaborar una política sanitària. Però els medicaments no sols tenen una repercussió econòmica directa sobre la despesa sanitària del país: com és ben sa-

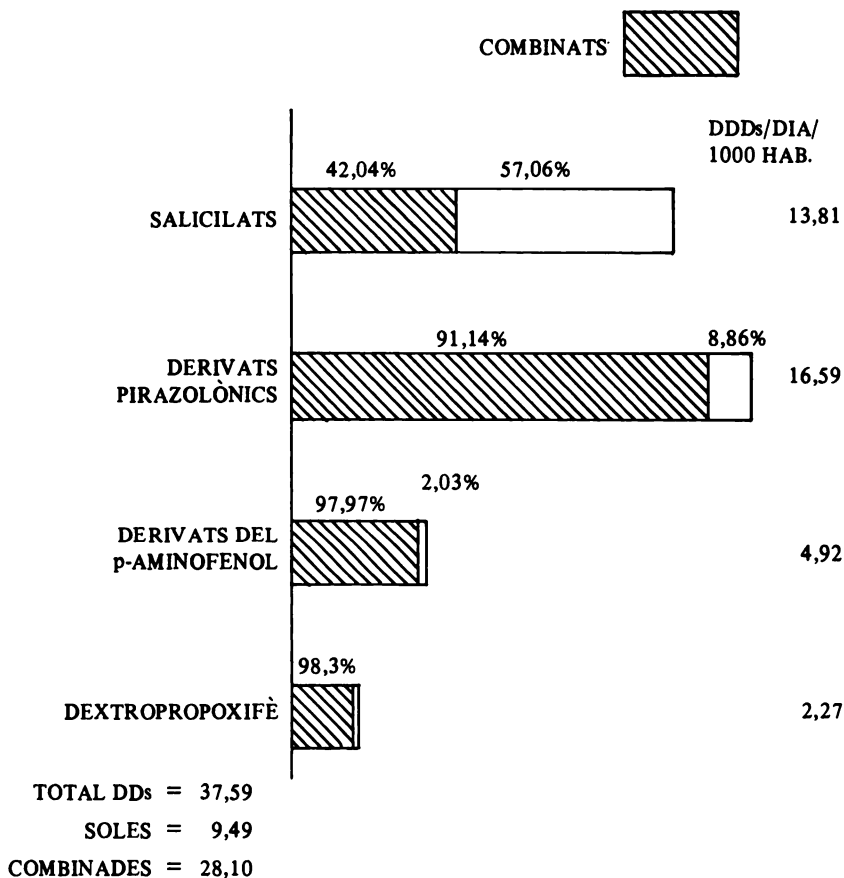


Figura 3.- Consum d'analgèsics menors a Espanya, 1980. (Expressat en DDDs/1000 habitants/dia). Els derivats de les pirazolones suposen el 44,13% del total del consum d'analgèsics.

but, es tracta de productes que, ben utilitzats, poden constituir veritables eines de salut; però, malauradament, poden no tenir cap eficàcia o fins i tot produir efectes lesius sobre el que els rep. Les repercussions sanitàries de l'ampli ús de medicaments que es fa al nostre país no han estat avaluades, ni pel que fa als possibles beneficis que es puguin derivar de llur ús, ni pel que fa a les reaccions adverses o efectes indesitjables que produeixen.

El nombre d'especialitats farmacèutiques registrades a Espanya és molt elevat. El "Catálogo General de Especialidades Farmacéuticas" editat pel "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos", i que és l'únic document oficial existent a Espanya sobre medicaments comercialitzats, descriu 6822 especialitats en la seva edició de 1981. Tanmateix, segons el banc de dades "Espes" del CINIME (Centro de Información de Medicamentos, organisme que depèn de la Seguretat Social) hi ha a Espanya 8003 especialitats farmacèutiques, amb 17778 presentacions diferents. D'aquestes, 7879 (44,3%) contenen un sol principi actiu, la resta són combinacions. Al mercat farmacèutic espanyol hi ha 2477 principis actius. De fet, dades obtingudes de CINIME indiquen que el consum està molt polaritzat cap a determinades especialitats, i que d'algunes gairebé no se'n venen. Hom ha calculat que les 500 especialitats més venudes suposen aproximadament el 70% del valor del mercat farmacèutic total.

En la nostra opinió l'oferta de principis actius i d'especilitats és excessiva. Aquest fet resulta obvi si hom compara aquestes xifres amb el nombre de principis actius inclosos a la darrera edició de la *Llista de Medicaments Essencials de l'OMS*, (11) que és de 210-220, incloent vacunes, líquids d'infusió, vitamines, alguns productes diagnòstics i alguns antídots (dels 160 fàrmacs que queden quan hom resta els esmentats, uns 55 són antibiòtics i quimioteràpics antibacterians, 20 són cardiovasculars i només 6 són psicòtrops). És més: després de la publicació de la primera edició de la Llista de l'OMS, diversos grups i comitès a diferents països han elaborat llistes, índexs o formularis de medicaments, tot seguint les recomanacions de l'OMS en el sentit de confeccionar llistes, adaptades a la realitat de cada país. (11)

Doncs bé, quan l'objectiu de treball és escollir el medicament adequat per a un pacient determinat sobre la base de criteris terapèutics fiables, les decisions coincideixen. Així, hom ha pogut comprovar que, malgrat llurs diferents entorns culturals, polítics i sobretot sanitaris, el *British National Formulary* (1976), el *Formulario Nacional de Medicamentos* de Portugal (1978), el *Prontuario per la Practica Terapeutica Extraospedaliara* de la regió Lombarda (1978) i l'*Índex Farmacòlogic* de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (1980) no es diferencien de manera significativa en el nombre de medicaments que inclouen. (12)

La necessitat de reduir la lliure circulació de fàrmacs en les nostres societats, mitjançant l'adopció de criteris de selecció adequats, no és sols una qüestió de qualitat del producte (que ha de ser garantida pels fabricants i per les autoritats sanitàries), sinó que a més és qüestió de qualitat de la *utilització dels medicaments* per part dels prescriptors i dels usuaris. Així, mai ningú no ha demostrat que un nombre infinit de fàrmacs doni lloc a més grans beneficis per a la salut pública que una oferta més reduïda. Al contrari, un nombre elevat de medicaments pot provocar confusió a tots nivells de la cadena terapèutica, i constituir un malbaratament de recursos humans i monetaris. L'experiència de selecció de medicaments per comitès d'experts als Països Escandinaus ha demostrat que hom pot cobrir les necessitats dels tractaments *de rutina* amb uns 200 fàrmacs. (13)

6 Possibles actuacions per corregir el mal ús dels medicaments, reduir-ne la despesa innecessària i encoratjar la comercialització dels productes que prestin una millor relació benefici-risc.

- 6.1. Cal millorar les normes de registre de medicaments en el nostre país. La normativa sobre aquest tema ha variat des de l'any 1962, però amb una lentitud exasperant. Així, per exemple, només l'any 1974 es fa pública i legal la necessitat de l'assaig clínic de medicaments per llur comercialització. La realització espanyola no dona cap normativa sobre la realització d'aquests assaigs. Cal que els organismes autònoms que tinguin transferides funcions d'assistència sanitària elaborin normes de realització d'assaigs clínics, que garanteixin el respecte als drets dels pacients o voluntaris sans que hi participen, i que alhora garanteixin la necessitat i l'oportunitat de la investigació.
- 6.2. Cal restringir la promoció publicitària dels medicaments, de manera que només hi puguin ésser esmentades les indicacions d'eficàcia comprovada en assaigs clínics.
- 6.3. Cal encoratjar l'adopció d'un sistema d'"*eficàcia relativa*" per al registre de nous productes. Aquest tipus de sistema no hauria de permetre el registre de congèners de productes ja comercialitzats, a no ser que els nous congèners tinguessin l'avantatge demostrat d'una superior eficàcia clínica, una menor incidència d'efectes indesitjables o un menor cost. Aquesta mesura encoratjaria la investigació de la indústria en dues direccions: la recerca de nous productes i la recerca de noves indicacions i normes d'ús per als vells productes.
- 6.4. Afavorir el desenvolupament d'especialistes en Farmacologia clínica (com a especialitat mèdica), a fi que l'avaluació dels efectes desitjables o indesitjables que produei-

xin els medicaments, l'avaluació de la publicitat de la indústria farmacèutica que ha de fer l'Administració i l'avaluació dels assaigs clínics sigui feta per personal amb la formació suficient.

- 6.5. Avaluar els efectes de la comercialització de nous medicaments mitjançant l'ús d'estudis epidemiològics, com l'anàlisi de les estadístiques vitals, els estudis prospectius de morbiditat i altres tècniques utilitzades correntment en altres països.
- 6.6. Realitzar estudis sobre ús de medicaments, que permetin establir àrees d'interès prioritari en la informació i en la investigació.
- 6.7. Engegar programes de formació i informació continuades sobre els medicaments, dirigits sobretot als professionals sanitaris. Experiències com la recent publicació entre nosaltres de l'Índex Farmacològic haurien d'estar emmarcades entre les tasques d'un centre d'informació sobre els medicaments, amb altres funcions: assegurar la continuïtat d'aquests programes; difondre materials informatius sobre aspectes nous o poc coneguts de l'ús de medicaments; elaborar materials per situacions específiques, com per exemple: assistència hospitalària, pediatria, psiquiatria, etc.; organitzar reunions i seminaris sobre aspectes concrets de l'ús de medicaments (per exemple contracepció, tractament de la hipertensió i altres malalties cardiovasculars, ús de psicofàrmacs etc.).
- 6.8. Posar en marxa programes de detecció de reaccions adverses en medicaments, en col·laboració amb altres centres, i concretament amb la xarxa de centres de Farmacovigilància de l'OMS.
- 6.9. Cal que la Seguretat Social assumeixi en conseqüència el seu paper de monopoli de consum de medicaments: exigint les dades de consum de medicaments de què disposa la indústria farmacèutica, negociant el preu dels medicaments, intervenint en l'elaboració dels materials informatius sobre medicaments elaborats per la indústria farmacèutica, establint mecanismes de control de la prescripció mèdica de la Seguretat Social, etc.

Com hom pot veure, aquestes mesures parteixen d'una observació: els medicaments eficaços no són dolents, el que passa és que estan mal utilitzats; i tendeixen a afavorir una pràctica: l'ús racional dels medicaments.

BIBLIOGRAFIA

1. *The Selection of Essential Drugs. Report of a WHO Expert committee (1977)*. Who Tech Rep Ser, 615. Who, Geneva 1977
2. La problemàtica de l'assaig clínic en les seves diverses fases depassa els límits d'aquest treball. Vegeu: Goldstein, A.; Aronow, L.; Kalman, S.M. *Drug Evaluation in man. A Principles of drug action: the basis of pharmacology*, 2nd. edition; wiley. New York, London, Sydney, Toronto, 1974.
3. Lunde, P.K.M., Levy, M. Drug Utilization-Geographical Differences and clinical Implications. A *Advances in Pharmacology and Therapeutics*, 6. Clinical Pharmacology. P. Du-chêne-Marullaz (ed.) Pergamon Press. Oxford and New York, 1978.
4. *Drug Utilization Studies, Methods and applications* (1978) Berman, U, Westerholm, B. Copenhagen/ who Regional Publication, European Series.
5. Arranz, L. *La prestación farmacéutica*. Ministerio de Sanidad y Seguridad Social. Instituto Nacional de Previsión. Madrid, 1979.
6. Departament of International Economic and Social Affairs *Statistical Yearbook 1978*. New York: United Nations, 1979.
7. Bonal, J; Laporte, J.R. Estudi-Dictamen sobre Prescripció, Dispensació i ús de Medicaments a Catalunya. A *Estudis i Dictàmens sobre Sanitat*, pp. 153-174. Generalitat de Catalunya. Barcelona, 1980.
8. De Istúriz, J., Anguera, V., Fontela, E., Mantero, A., *Problemas actuales de la Seguridad Social en España*. (pp. 170-171). Instituto de Estudios Económicos. Madrid, 1981.
9. Gisbert, R. La demanda y el consumo de medicamentos en España durante el periodo-1970-1979. Comunicació a les primeres jornades sobre Economia de la Salut. Barcelona, 1980.
10. Durán Heras, A. La financiación de los gastos de salud. Comunicació a les Primeres Jornades sobre Economia de la Salut. Barcelona, 1980.
11. Comité d'Experts de l'OMS. *The selection of essential drugs*. Technical Report Series, 641. WHO. Ginebra, 1979.
12. Laporte, J.R. Essential Drugs. *Ann Intern Med*. 1981; 94: 281.
13. Lunde, P.K.M, Drug and product selection, an essencial past of the therapeutic benefit/ risk ratio strategy. A *Drug induced sufferings. Proceedings of the Kyoto International Conference Against Drug-Induced Sufferings*, editat per T. Soda (pp. 129-134). Exerpta Medica. Amsterdam, 1979.

PART IV
LA SANITAT A CATALUNYA

LA SANITAT A CATALUNYA. REFORMA O CANVI DE MODEL

*Ll. Bohigues; J. Clos; J. Martí i F. Solè Sabarís**

Per a nosaltres es difícil fer una crítica objectiva del contingut dels documents del “Mapa Sanitari de Catalunya” ja que, com Ajuntament de Barcelona, vàrem participar activament en la seva elaboració; és per aquest motiu que no serem jutges sinó part interessada i, com a tal, aportarem una sèrie d'arguments que defensen un canvi de model sanitari en el camí que apunta el treball del “Mapa Sanitari”.

De fet, en l'esmentat treball, hi ha dues parts ben diferenciades: l'una, que es l'aprova pel Consell Executiu de la Generalitat, respon al mandat del Decret d'elaboració d'un balanç de la situació sanitària a Catalunya i d'unes propostes de territorialització; l'altra part, continguda en la publicació *La Sanitat a Catalunya: Anàlisi i propostes del Departament de Sanitat i Assistència Social*, no va ésser demanada ni sotmesa al Consell però era imprescindible perquè configura a grans trets les principals línies del model sanitari que fan comprensibles les propostes de territorialització.

Ningú no pot negar la importància del treball realitzat, inèdit fins aquell moment tant a casa nostra com a la resta de l'Estat, la sola realització d'un inventari de recursos sanitaris, entre els quals no s'han oblidat els d'assistència primària, farmacèutics, veterinaris i de medi ambient, a més dels hospitalaris, és ja una eina inestimable.

El que hauria calgut, i queda pendent de fer, és que les Institucions representatives dels ciutadans de Catalunya definissin, prèviament a fer les propostes tècniques d'ordenació sanitària, l'ordenació del territori de Catalunya i el model sanitari que s'ha de desenvolupar a casa nostra.

Aquesta tasca està pendent i és urgent, doncs avui amb competències sanitàries transferides a la Generalitat cal començar a donar resposta a totes les expectatives que els ciutadans de Catalunya i els professionals sanitaris tenen enfront dels problemes heretats.

Cal en aquest moment analitzar el sistema sanitari que ens han transferit i optar per la via de les reformes de l'actual sistema o recuperar el treball del “Mapa Sanitari” i aprofundir en un canvi de model.

1. L'actual model sanitari centrat en l'assistència hospitalària

Epidemiologia i demanda sanitària

Últimament per l'àmbit de l'administració és moda parlar dels pressupostos en base zero. Tothom en parla però encara ningú no l'ha utilitzat. Als profans en aquest tema ens diuen que consisteix en pressupostar no en base al que s'havia pressupostat l'any anterior més un tant per cent determinat per cobrir la inflació i/o expansió, sinó en revisar tota l'activitat de cada servei amb ànim crític qüestionant cada element del pressupost respectant única-

* Àrea de Sanitat de l'Ajuntament de Barcelona.

ment els objectius formals del programa. En altres paraules, pressupostar en base als objectius de cada servei, sense estar subjecte a la demanda interna de la institució de què es tracti.

En el terreny sanitari també existeix un debat interessant, principalment impulsat pels grans epidemíolegs (Morris, Brotherston, Logan i altres) en uns termes semblants.

La cosa habitual és gastar els recursos sanitaris segons la demanda de la població. Una anàlisi més detallada de la demanda ha permès una categorització més minuciosa del procés de la utilització dels recursos sanitaris.

En un esquema teòric exhaustiu, encara que sigui general, es pot dir que es parteix d'unes necessitats sanitàries que té la població. Una part d'aquestes necessitats es transforma en demanda de recursos per part de la població. Resten necessitats sanitàries que la població no converteix en demanda, com podrien ésser hipertensos que no coneixen la seva malaltia, diabètics, depressius, etc.

La necessitat expressada com a demanda encara pot ésser assolida per l'estructura sanitària, o pot ésser rebutjada. El rebuig pot provenir de manca de capacitat per assumir-la o bé perquè sanitàriament es consideri que darrera d'aquesta demanda no existeix una veritable necessitat (simuladors, certes patologies neuròtiques, etc.).

La construcció teòrica expressada ha estat criticada principalment pels economistes sanitaris britànics. En primer lloc critiquen fortament el concepte de necessitat sanitària, com una entelèquia generalista i no quantificable. El que en cada moment i lloc es considera una necessitat sanitària és molt variable i és definit pels professionals sanitaris, bàsicament els metges. Per exemple la taxa de histerectomies és aproximadament el doble als Estats Units que a Anglaterra. Per tant no existeix "la necessitat sanitària" sinó que els metges en delimiten una determinada en cada moment i lloc.

Encara es troba una altra crítica important en el model necessitat-demanda-utilització, i el fet que l'oferta de serveis sanitaris condiciona la demanda. Alguns, fins i tot consideren que l'oferta és el principal creador de la demanda, amb el que evidentment ens trobem amb el nostre esquema inicial capgirat.

El panorama amb què es troba un planificador sanitari que vulgui determinar prioritats i objectius a llarg termini és, per tant, enormement incert i potser per això interessant. La situació de què parteix un tal personatge avui en el nostre país és si fa no fa la següent: Preponderància hospitalària a l'hora d'utilitzar recursos, assistència primària descoordinada, poc èmfasi en salut pública.

Aquest retrat instantani es pot matisar amb perspectives més profundes. Per exemple, els hospitals en el nostre país han evolucionat molt els últims quinze anys. De fet, bona part dels avenços qualitius de la medicina han estat lligats a aquesta evolució, principalment als programes MIR i a la jerarquització dels hospitals conjuntament amb l'increment de la dedicació horària dels metges i als nous equipaments generats en la dècada daurada dels seixanta.

La taxa de llits per 1000 hb. a Catalunya és de 5, dels que es podrien catalogar probablement com a hospitals generals el 3 per mil.

L'assistència primària és un terreny més desconegut. La Seguretat Social ofereix una assistència primària en dos esglaons; el metge de capçalera amb molta feina de clarificació i tramitació burocràtica i l'especialista que ha de resoldre el tema com pot. Això fa la sensació que és sols una cara de la moneda, ja que tant pel que fa al de capçalera com a l'especialista el fet és que la pràctica lliberal de la professió rep bona part del pes de l'assistència, utilitzant la població el metge de la Seguretat per les receptes.

La pràctica lliure té molta incidència en obstetrícia, pediatria, psiquiatria, odontologia, oftalmologia i en canvi ha disminuït en la cirurgia.

La Salut Pública està molt immersa en l'Administració i llevat dels programes històrics, com el control d'aigües, resta aïllada sense una connexió íntima amb els altres actors del panorama sanitari. Pateix especialment l'atomització dels seus cossos i també l'antiga mül-

tiple titularitat dels recursos sanitaris. A més dels dermatòlegs de l'Estat, tissiòlegs de l'Estat, epidemiòlegs, Cuerpo de Sanidad Nacional, metges del registre, metges de la sanitat local, etc., resten encara amb competències sanitàries diverses, però sempre infravalorades, els metges de medicina preventiva hospitalària, els Inspectors de la Seguretat Social amb tasques sanitàries, els metges d'empresa...

Davant d'una tal diversificació de cossos i de funcions, conjuntament amb la manca d'una renovació profunda com la que han viscut els hospitals en el terreny de la salut pública i l'atenció primària de salut, podem concloure que ens trobem en el clàssic sistema sanitari centrat en la demanda assistencial guaritiva i aquesta es porta a terme, almenys amb certa garantia dins del sector públic, fonamentalment en el marc de l'assistència hospitalària.

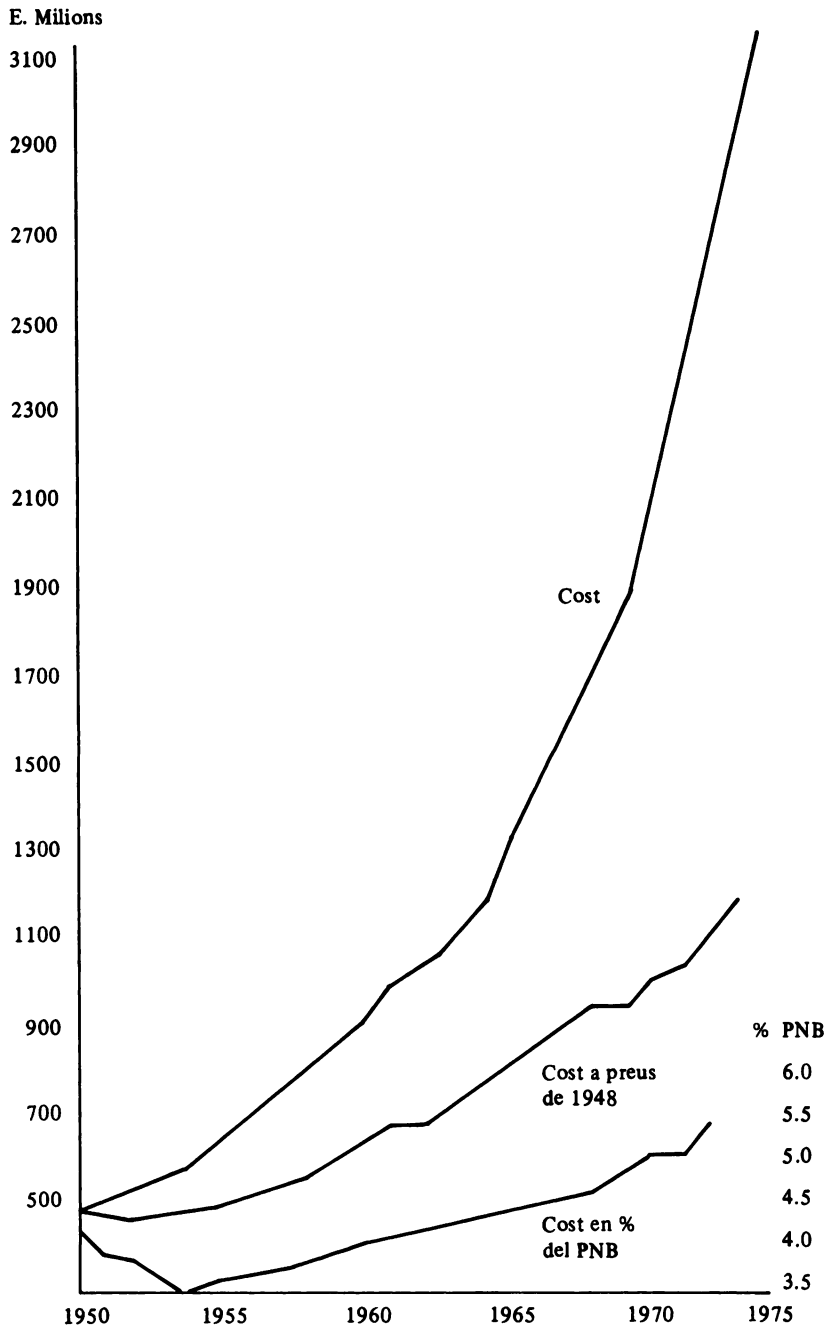
2. El cost de la sanitat actual

L'assistència sanitària ha multiplicat de forma prodigiosa els seus costos en anys recents. Les quantitats econòmiques gastades en sanitat es varen multiplicar per 6 a Anglaterra entre 1950 i 1975 (veure gràfic adjunt). Tot i tenint en compte la inflació que hi va haver durant aquests anys, la xifra es va doblar. Comparant aquesta xifra amb el valor total de la producció anglesa aquests anys (Producte Nacional Brut), la participació de la Sanitat va augmentar del 4% al 5,5% (veure també el quadre adjunt). Així i tot, Anglaterra no és el país que gasta més en sanitat, Suècia i Estats Units gasten prop del 10% del seu P.N.B. en sanitat.

Dins la despesa sanitària, el capítol més important és el de l'hospital; aquest factor equivalia per ell sol al 36% de la despesa sanitària francesa de 1973. La despesa en medicina primària i preventiva no arribava en conjunt al 27% de la despesa global. Així l'hospital que només atén una part petita de la població gasta molt més que l'assistència primària i preventiva. Aquesta conclusió també és certa en el nostre país. Si prenem un exemple tan pròxim com l'Ajuntament de Barcelona, que té per llei competències plenes en Prevenció de la Salut, veurem que en el pressupost de 1980, va gastar un 80% de la despesa sanitària en hospitals i només un 20% en les altres activitats.

Estudis sobre la distribució de la despesa sanitària entre la població han demostrat que una part molt petita de la població gasta una enorme quantitat de recursos sanitaris. A França l'any 1966, un 10% de la població va gastar un 50% de la despesa sanitària global (font: Credic). Un estudi sobre la causa de la gran despesa sanitària a Estats Units (Bohigas Tessina de Master, Houston 1978) va demostrar que les tres causes més importants són: les malalties cròniques, la gran tecnologia mèdica i la proximitat de la mort. Les malalties cròniques que son tractades hospitalàriament produeixen una despesa petita en un dia determinat però molt important al cap de l'any a causa de les estades perllongades. La gran tecnologia mèdica en forma d'unitats de vigilància intensiva, grans medis de diagnòstic com el Scanner, i costoses operacions quirúrgiques com les intervencions a cor obert, són una altra causa important de la gran despesa. Per fi la proximitat de la mort fa que es dediquin extraordinaris medis tècnics per tal de perllongar una vida, a vegades en condicions infrahumanes i a uns costos elevadíssims.

En el nostre país es donen totes aquestes causes així com algunes altres com la despesa farmacèutica. El problema d'aquest tipus de despesa és un sistema sanitari que té el medicament com a sortida fàcil als seus problemes estructurals.



EL COST DEL SERVEI NACIONAL DE LA SALUT (REGNE UNIT)

Font: Annual Abstract of Statistics, 1974

EL MAPA SANITARI, DOS ANYS DESPRÉS

Joan R. Villalbí

La publicació del *Mapa Sanitari de Catalunya*, elaborat durant l'any 1979, marca un punt d'inflexió en el desenvolupament sanitari de Catalunya: en efecte, constitueix el primer inventari exhaustiu de recursos físics i humans fet al país, en la seva vessant mèdico-assistencial, tant a nivell primari com hospitalari (excloent els llits per a malalts crònics), i pel que fa als serveis veterinaris, de farmàcia i de medi ambient.

Abans de fer una anàlisi dels continguts del Mapa, cal situar-lo en el seu context: quan comença la seva elaboració la Generalitat Provisional és tot just engegada, encapçalada per l'anomenat "Govern d'Unitat" dirigit pel Senyor Tarradellas. A la Conselleria de Sanitat hi seu un militant del partit comunista. És aleshores que es publica al *Boletín Oficial del Estado* un decret que afecta tot l'Estat, pel qual s'encomana a unes comissions provincials l'elaboració d'un mapa sanitari de cada província. En cada mapa es recolliran la totalitat dels recursos sanitaris provincials. Les comissions podran formular propostes, que potser tindran en el futur un caràcter indicatiu. La Generalitat de Catalunya no va acceptar aquesta normativa del ministeri, i es van produir unes negociacions, que van culminar amb la vinguda del ministre de sanitat del govern de Madrid a Barcelona. El resultat d'aquest regateig fou l'encàrrec a la Conselleria de Sanitat de la Generalitat d'elaborar un mapa, únic per a tot el territori català. En aquell moment, en què no s'han efectuat traspassos a la Generalitat de l'Estat ni de les Diputacions, i en què el patrimoni sanitari de la Diputació de Barcelona, presidida pel President de la Generalitat, no està tampoc sota el control de la Conselleria del Doctor Espasa, el mapa Sanitari es converteix en la principal feina pendent per a la Conselleria de Sanitat, mentre espera uns encara hipotètics traspassos. Aquest fet fa que el Mapa esdevingui un tema presentat i representat arreu amb un èmfasi notable, tant per la Conselleria com pels grups polítics que hi són presents.

Prop d'un any més tard es publica el Mapa, sota dues formes diferents: com a Decret al *Diari Oficial de la Generalitat* i com a llibre editat per la Generalitat amb el títol *La Sanitat a Catalunya*. Ambdues formes mantenen discrepàncies, que no ens interessa tractar aquí. Pel que fa al seu contingut, després d'unes consideracions prèvies, es presenta un inventari de recursos, amb un accent molt marcat sobre els aspectes mèdico-assistencials, i posteriorment passa a desgrenar propostes. Aquestes s'articulen al voltant d'una premisa bàsica, que és l'Àrea Sanitària, que constitueix un intent de racionalització de la distribució i la gestió dels equipaments. L'Àrea Sanitària es perfila com a entitat territorial, regida jeràrquicament, dotada de tots els equipaments sanitaris, i per tant de serveis d'assistència primària i hospitalària, i també de serveis de Salut Pública, dirigits a l'acció sobre el medi ambient i la col·lectivitat. Posteriorment es fa una proposta més detallada de les necessitats que haurà de cobrir cada una de les diverses Àrees Sanitàries.

El Mapa com a tal té per tant dues vessants: una d'inventari de recursos, l'altra de planificació. Passem a comentar-ne alguns aspectes.

Com a inventari, el mapa recull prou bé la situació del moment en què fou fet, i això ja és molt, ja que abans no n'hi havia cap. Evidentment, no té present els aspectes qualitatius, es tracta d'un inventari tipus "estadillo", però això és d'altra banda prou lògic: es fa difícil de creure que la realització d'un balanç de la situació valorant aspectes qualitatius fos possible en el moment en què es va fer. A més, el mapa fa unes propostes per al futur, unes propostes de planificació, construïdes entorn de la definició geogràfica de les Àrees. Encara que algunes d'aquestes han estat contestades, com ha succeït al Priorat, la seva delimitació correspon als criteris d'accessibilitat física i és més aviat "enginyeril". Ara bé, el Mapa sembla haver ignorat en la seva confecció la necessitat de serveis que té la població concreta de cada territori, que ha estat tractada potser de forma molt més homogènia del que és. Això resulta parcialment comprensible, ja que de fet no disposem de gaires dades que ens permetin calcular les necessitats assistencials de la població. Però la Generalitat no va assumir la tasca de millorar aquestes dades, cosa que les seves competències, cal dir-ho, tampoc no li permetien assumir. Cal tenir present que la consideració d'aquestes variables podria exigir en el futur canvis en les formulacions que fa el Mapa.

En tot cas, el Mapa queda com una fita. Serà una referència en el futur. Amb tots els seus defectes, s'ha elaborat extrapolant dades d'altres països i consultant els professionals sanitaris i representants polítics de totes les comarques. Possiblement respon bé al que era possible de fer en les condicions del seu moment. Les actuals circumstàncies, després del rellevament a la Conselleria que va comportar la victòria de Convergència i Unió en les eleccions catalanes, semblen indicar que la posta en pràctica de les seves propostes quedarà indefinidament ajornada: el Parlament Català encara no ha discutit sobre planificació sanitària, ni terminis, ni etapes per a la seva aplicació. Això fa pensar que, en el fons, *el que queda del Mapa* és allò que era originàriament: un inventari de recursos i algunes orientacions indicatives per al futur. Però les circumstàncies polítiques i les migrades capacitats d'actuació de la Generalitat en el moment de la seva confecció semblaven convertir-lo en el primer pla quinquennal de la Conselleria de Sanitat. No ho ha estat mai, ni ho podia ésser. Cal recordar que l'Estatut vigent no permet a Catalunya més que la gestió dels recursos sanitaris, i mai no la pràctica d'una política sanitària pròpia i diferenciada de la de la resta de l'estat. Però tots els qui treballem en el camp sanitari creiem que, malgrat les seves mancances, després del Mapa no serà possible continuar amb el grau d'improvisació i pastifejada a què el desenvolupament (?) sanitari dels darrers anys ens havia anat acostumant. I això no tan sols pels seus continguts concrets, sinó pel que la seva elaboració va comportar de canvi d'estil i de metodologia respecte a temps anteriors, que volem creure totalment depassats.

BIBLIOGRAFIA

1. ARTIGAS, JOSEP, *El Mapa Sanitari: Objectius i Contingut* Debat, 7: 5-14, Barcelona, Centre d'Estudis Socialistes, 1980.
2. Boletín Oficial del Estado, Real Decreto 2221/1978 de 25 de Agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario de territorio nacional.
3. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, Decret de la Presidència de 15 de Gener de 1979, que faculta el Conseller de Sanitat i Assistència Social per a prendre decisions per a l'elaboració del Mapa Sanitari de Catalunya.
4. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, Decret de Gener de 1980.
5. Generalitat de Catalunya, *La Sanitat a Catalunya*, Servei Central de Publicacions de la Generalitat de Catalunya, Barcelona 1980, 330 pàgs.

ALGUNES REFLEXIONS CRÍTIQUES SOBRE EL MAPA SANITARI DE CATALUNYA

Àngel Zaragoza

En aquestes breus notes, l'autor considera que el lector està mínimament familiaritzat amb el contingut de l'informe i per tant podem passar directament a fer, sense cap mena d'introducció prèvia, una valoració d'aquest. En la valoració ens interessarà fer referència als aspectes positius (mèrits) i als aspectes negatius (defectes) que l'informe presenta des del nostre punt de vista.

Bàsicament, l'informe presenta dos *avantatges*. D'una banda, el fet de ser un dels pocs intents que fins ara s'han fet de globalitzar el problema, de presentar una visió de conjunt del sistema sanitari català. D'una altra banda, l'informe fa un balanç bastant complet dels equipaments actuals de la sanitat catalana (Capítol II, pp. 77-162), sense oblidar una avaluació dels dèficits existents a les diferents comarques o "zones d'homogeneïtat" (Capítol IV).

En relació a les *deficiències*, volem subratllar que pel que fa als *metges* no troben en l'informe cap referència a l'atur professional, a la massificació de les facultats de medicina, al problema de la selectivitat, a la manca d'un reciclage postuniversitari, a les relacions amb la indústria farmacèutica —visitadors mèdics versus informació farmacològica, comissions, etc—, a la dependència de la Seguretat Social, a la responsabilitat envers els malalts, etc. Tots aquests aspectes són també la sanitat catalana i calia tractar-los. La sanitat no és solament el nombre de llits o metges per 10.000 habitants, és també aquests problemes i molts d'altres.

Quant als *farmacèutics*, el plantejament del mapa sanitari és quelcom idealista. Com diu la Generalitat, la "principal missió del farmacèutic és l'assistencial, és la d'aconseguir que el medicament arribi al pacient el més aviat possible i en les millors condicions (. . .) ha d'informar metges i pacients de possibles contraindicacions, interaccions, molt sovint indesitjables, dosis normals segons edat i pes del pacient, i també de simples reaccions pròpies del medicament (. . .) la seva funció, tant a nivell rural com urbà, és el contacte constant amb el públic i ser el seu assessor davant qualsevol dubte sorgit sobre la medicació dispensada (. . .) l'assessor qualificat per a informar el metge sobre el medicament i, juntament amb ell, col·laborar en el tractament psicològic del pacient (. . .) Pel que fa a la Salut Pública, el farmacèutic té unes funcions fonamentals que afecten qüestions tan transcendents com el control de les aigües, aliments d'origen vegetal" (Generalitat de Catalunya: 1980, p. 144). Nogensmenys, aquesta definició del farmacèutic i indirectament de l'oficina de farmàcia

* Aquestes reflexions crítiques sobre el mapa sanitari formen part d'un informe que finançat per la Caixa de Pensions, estan realitzant per a l'I.C.E. de la Universitat de Barcelona, Jaime Martín Moreno, Josep Sala i Àngel Zaragoza, per tal d'estimar l'oferta i la demanda d'ensenyants i sanitaris a Catalunya.

—doncs és en aquesta on té lloc fonamentalment avui dia el treball sanitari del farmacèutic— contrasta bastant amb la realitat d'un farmacèutic de vegades absentista, d'unes oficines ateses normalment per personal auxiliar no qualificat, i on únicament es compren i venen unes medecines prèviament preparades als laboratoris industrials. En l'informe no es fa referència a la importància que té dintre del sector la Seguretat Social, a la presència de les multinacionals, al fet que les oficines de farmàcia són més aviat adrogueries sanitàries que no centres de salut, etc.

Pel que fa a la *Seguretat Social* no hi ha tampoc una anàlisi exhaustiva del seu paper dintre del sistema sanitari. Hi ha òbviamment referències, però breus i al mateix nivell que les referències a la Creu Roja, Municipis, Diputacions etc. Caldria haver analitzat els concerts econòmics amb les clíniques privades i públiques, i fins a quin punt això sosté el subsector privat del sistema sanitari. D'alguna manera es respecta l'estatu quo actual, i no es concreta com la reforma sanitària proposada resoldrà el problema de la divisió pública i privada de la sanitat. Es deixen sense suscitar moltes qüestions importants que pel seu caràcter polèmic haguessin probablement pogut perjudicar el consens i el pacte polític existent al si de la Generalitat en el moment de la seva redacció (Presidència de Josep Tarradellas i Consell d'unitat política, és a dir, amb representació de tots els partits polítics parlamentaris a Catalunya). Si tenim en compte el caràcter comunista del Conseller de Sanitat d'aleshores i qui constituïa l'equip redactor, aquests oblits resulten sospitosos. Nosaltres pensem que tots aquests descuits i llacunes no són pas gratuïts, que es deuen al fet que no interessava en el context de la política unitària del President Tarradellas que se suscités sin debats entorn del caràcter públic o privat de la sanitat catalana, i molt menys encara es suggerissin mesures de caire socialitzant. L'informe, tenint en compte la realitat actual, és poc crític. És sobretot potencialment poc conflictiu.

A nivell tècnic, voldríem també subratllar que en l'informe de la Generalitat no s'inclou un estudi econòmic dels costos que la implementació d'aquesta proposta suposaria. Hi ha, en el capítol III apartat 1 —“marc econòmic de la proposta”—, la filosofia econòmica del pla, però no una quantificació econòmica d'aquest. De fet, al mapa sanitari de la Generalitat se li podria fer la mateixa crítica que en el moment se li va fer a la llei General d'Educació, és a dir, néixer morta per manca de previsions econòmiques.

De la mateixa manera que no hi ha una quantificació econòmica no hi ha tampoc una quantificació dels aspectes professionals de metges o d'infermeres i ocupacionals. D'alguna manera, i tenint en compte el nombre de llits per 1.000 habitants que hi ha a d'altres països desenvolupats, la Conselleria de Sanitat en indicar quants hospitals, ambulatoris, o centres de salut convindria afegir al sistema sanitari actual (capítol IV apartat 2 —proposta de dotació sanitària de les Àrees—), podria haver especificat també quins efectes multiplicadors tindria en termes ocupacionals la reforma sanitària. És a dir, quants nous metges es necessitarien, de quines especialitats, a quins llocs, quantes infermeres, quantes comadrones, etc. No es calcula doncs l'increment que en termes de llocs de treball suposaria l'aplicació del pla. Tampoc no hi ha al final del mateix apartat un resum que sintetitzi el nombre de nous hospitals a crear, el nombre dels hospitals que s'eixamplen, quants llits suposa tot això, quina relació sanitat pública sanitat privada quedarà al final del procés etc. En aquesta línia de crítica substantiva i metodològica, cal afegir que el mapa 9 (projecte mapa sanitari), per exemple, especifica quants centres hi haurà, i la seva localització, sense precisar quants d'aquests presentats ho són de nova creació i quants eixamplats.

Des del nostre punt de vista, la part més positiva del mapa sanitari és aquella en la qual es descriuen els equipaments actualment existents —capítol II sobre recursos físics i humans—, així com els déficits hospitalaris i ambulatoris per comarques (capítol IV). Ara bé, si considerem la manca d'un estudi econòmic al mapa sanitari, i la manca d'una anàlisi ocupacional en termes de mercat de treball, caldrà raonablement preguntar-se sobre la viabilitat política i pràctica de l'esmentada reforma. Nosaltres pensem que en el context de la crisi econòmica

i fiscal actual aquest mapa sanitari no és a curt termini viable. La Generalitat no te *encara* pràcticament cap capacitat decisòria en el terreny sanitari, sobretot en relació a la Seguretat Social. No té tampoc cap autonomia fiscal, i les reformes de qualsevol mena tenen un cost. Hi ha també el problema polític de si l'actual Consell de C.D.C. assumirà aquest pla. De fet, i com dèiem al principi de la crítica, el gran mèrit de l'informe és el constituir-se en un primer intent globalitzador per tal d'assolir la racionalització sanitària a Catalunya, és donar una visió de conjunt que encara que incompleta i deficient es demostra útil.

SOCIOLOGIA DEL TREBALL

LES CONDICIONS DE TREBALL: EL PLANTEJAMENT OBRER

Juan José Castillo-Carlos Prieto

En començar hem de deixar ben clar que si, en comptes d'observar només els deu o quinze darrers anys, aixequem els ulls fins aconseguir els orígens de la forma de treball assalariat, podrem veure, amb tota evidència, com la història del problema de les condicions de treball es confon per als treballadors amb la pròpia història del capitalisme. I el mínim que es pot dir és que mai no hi ha hagut per part seva una acceptació voluntària d'aquestes. N'hi ha prou que refresquem la memòria amb una sèrie de dades.

La primera alliberació de la força de treball que faria possible l'acumulació primitiva del capital, va ésser, amb freqüència, violenta. L'anterior sistema de producció i de vida generalment no va ser abandonat mai de bon grat. El fenomen dels encerclaments de terres a Anglaterra ("enclosures") no és res més que un episodi, entre tants, del rebuig dels futurs treballadors assalariats a transformar-se en això, en "treballadors assalariats". Amb la imposició per la força de l'"Enclosure Act", el consum d'aliments baixà entre els pagesos la segona meitat del segle XVIII fins a reduir-se a una dieta composta bàsicament de pa i formatge, perquè "el sistema d'enclosures els havia arrabassat llurs pastures i la terra on recollien la llenya per coure llur menjar" (L. Drummond i A. Wilbraham. *The Englishman's food*, 1957, pàg. 206). Alhora es reduïren llurs possibilitats de caçar amb paranys o de pescar, perquè en les terres encerclades els propietaris invocaven terribles lleis de caça i protegien llurs vedats amb paranys contra éssers humans i pistoles disparades amb ressorts". (Phyllis Deane, 1972, pàg. 50). Òbviament, del "pa i el formatge" al treball assalariat només hi ha un pas, però, per suposat, no és un pas voluntari.

El rebuig, però, del treball assalariat per part dels treballadors no es manifestava només en aquesta resistència inicial a transformar-se en assalariats. Un cop integrats, a contracor, en aquest sistema, llurs comportaments de rebuig continuaren mostrant-se sense solució de continuïtat. Els assalariats a domicili continuaren desenvolupant llur feina en funció de llurs interessos immediats i no dels propietaris del capital que els remunerava. "L'únic mitjà que trobaren els empleadors per aconseguir el control del temps de llurs obrers va ser el de crear fàbriques per a fer-los treballar en elles sota la presència de capatassos vigilants" (P. Dubois, 1977, pàg. 18.). Stephen A. Marglin, en el seu famós article sobre els "Orígens i funcions de parcel·lització de les feines", demostra amb rigor, entre altres coses, com, en comptes del que s'acostuma a pensar, "l'origen i l'èxit de la fàbrica no s'explica per una superioritat tecnològica, sinó pel fet de desposseir l'obrer de tot control i donar al capitalista el poder de prescriure el tipus de treball i la quantitat a produir. Des d'aquest moment, l'obrer deixa d'ésser lliure per decidir com i quant vol treballar per a produir el que li és neces-

(*) Aquestes notes formen part dels treballs que dirigim en el Grup d'investigació en Sociologia de Treball, compostat, a més, en el moment de la redacció, per Víctor Barragán, Pilar Marcos, José Martín, Dolores San Román i M^a. Victoria Selgas. En la seva posta a punt final ha col·laborat també Natividad Gómez de León.

sari i es veu obligat a escollir entre treballar en les condicions imposades per l'empresari o no treballar en absolut" (S.A. Marglin, 1973, pàg. 46).

I amb tot, un cop inventada la fàbrica, no per això aconseguiren definitivament els empresaris fer treballar llurs obrers el temps i al ritme que ells consideraven necessari. Testimonis dels segles XVIII i XIX i les investigacions dels historiadors ens ho fan veure d'aquesta manera. La pràctica de festivar el "Sant Dilluns" era, segons sembla, un costum extès (Tompson, E. P., 1977) i no només a Anglaterra. P. Dubois (1977, pàg. 18) recull un testimoni restrospectiu d'un obrer francès: "Menjàvem bé, bevíem millor, amntenint el costum dels sabaters de celebrar la festa de Sant Dilluns amb amor i perseverància" (Michaud, R., 1967). "L'empresari industrial de l'època creia, amb una certa justificació, que la seva mà d'obra era força refractària a treballar de la manera que a ell li convenia i fins i tot ho era, de fet, a complir com fos amb les seves obligacions. Tal com observava Townsen el 1780: "Per al pobre no hi compten massa els motius que estimulen l'activitat de les classes socials més elevades: dignitat, honor i ambició. Generalment, només la fam pot esperonar-lo i incitar-lo a treballar". I podríem afegir, només la disciplina pot fer que continuï treballant. Als patrons els era lògic, doncs, recórrer a la compulsió —tant econòmica com no econòmica— per reclutar mà d'obra i mantenir-la en el seu treball. D'aquesta manera la primera meitat del segle XIX es caracteritza per qualsevulla cosa menys per la seva política de *laissez-faire* en matèria de relacions laborals. A Gran Bretanya va suposar la codificació d'una llei de relacions laborals (Master and Servant Law), que castigava els incompliments de contracte amb més duresa en el cas dels obrers que en el dels empresaris" (Hobsbawm, E. J., 1979, pàg. 364). Els empresaris no deixaran mai de fustigar el comportament obrer que ells qualificaven de "mandra i indociliat" i que era un impediment per a la prosperitat de llurs manufactures, heus ací el testimoni d'un d'ells citat per Moissonier, M. (1975) i recollit per P. Dubois (1976, pàg. 179): "Per assegurar i mantenir la prosperitat de les nostres manufactures, és necessari que l'obrer no s'enriqueixi mai, que no tingui més que el més estrictament necessari per alimentar-se i vestir-se. Per a certa classe del poble massa desfogament ensopeix la indústria i engendra l'ociositat i tots els vicis que en neixen".

Resumint, com pot veure's, l'"alèrgia al treball" de la qual ens parla Rousselet no és pas d'ara. Ens la trobem ja en els començaments de la història de les relacions socials capitalistes i en el seu llarg primer període de desenvolupament. Hom podrà sempre dir, malgrat tot, que aquells temps ja queden molt lluny; i així mateix també les dures condicions de treball d'aleshores. Fa temps que ningú no pot escriure aquelles pàgines que redactà Villermé en el seu conegut "Tableau de l'état physique et moral des ouvriers dans les fabriques de coton, de laine et soie" de 1840: "A Mulhouse i Dernach, el treball començava a les cinc del matí i acabava a les cinc de la tarda, tant a l'estiu com a l'hivern (...) Cal veure'ls arribar cada matí a la ciutat i marxar cada nit. D'entre ells hi ha un gran nombre de dones pàl·lides, descarnades, que caminen amb els peus nus entre el fang i que, mancades de paraigües, quan plou o neva, es posen el davantal per sobre el cap per preservar-se la cara i el coll; i un nombre encara més gran de nens, no menys bruts i macilents, amb la roba bruta de l'oli de les màquines que els va caient a sobre durant el treball.

"Aquests nens, millor preservats de la pluja que la impermeabilitat de llurs vestits, ni tan sols no tenen, com les dones, un cabàs sota el braç on portar les provisions del dia: duen en llurs mans sota el sac, o com poden, el tros de pa que els ha de sustentar fins que tornin a entrar a casa seva...

"(...) al cansament d'una jornada desmesuradament llarga, que ultrapassa les quinze hores, aquests desgraciats han d'afegir l'anada i tornada, tan penoses i tan freqüents. El resultat es que arriben a la nit a casa seva, aclaparats per la necessitat de dormir i que, l'endemà, sense haver reposat prou, han de llevar-se per arribar puntualment a l'hora d'obrir". (Citat per P. Lafargue, 1977, pàg. 103).

Afirmen que fa temps que cap Villermé no pot tornar a escriure textos semblants... i,

malgrat tot, les múltiples formes de rebuig obrer al treball —concret— assalariat no han pas desaparegut. Fa ja gairebé deu anys que la gran revista americana de les grans finances *Fortune* (juliol, 1970), donava el crit d'alerta: "Alguns obrers que treballen en cadena, deia, odien la fàbrica fins a tal punt que se'n van a mitja jornada i ja no tornen ni tan sols a exigir llur sou... En algunes fàbriques la fúria obrera es tradueix en sabotatges ben caracteritzats: boles en els frens de tambor, mànecs d'eines llençats en les ales en el moment de soldar-les (la qual cosa provoca sorolls de llautó misteriosos, persistents, impossibles de localitzar), pintura ratllada, seients estripats, claus de contacte trancades en el pany... Tot això comporta, com a conseqüència, una gran quantitat de mà d'obra, baixa en el rendiment, creixement dels costos, la necessitat de contractar un nombre cada vegada més gran d'inspectors i retocadors, de reparacions d'automòbils en període de garantia i la còlera dels usuaris". Dos anys abans havia tingut lloc a França l'anomenada "Revolució de Maig"; i un any abans "la tardor calenta italiana"... Si les diferents formes de rebuig obrer de les condicions de treball no han desaparegut mai (no oblidem, per exemple, que en els orígens de l'Organització Científica del Treball es dona l'intent per part de Taylor de vèncer la "mandra natural" i la "mandra sistemàtica" dels treballadors —F.W. Taylor, 1969— i que d'E. Mayo (1933) a Donald E. Super (investigació en curs) passant per Mc Gregor (1960), F. Herzberg (1968), L. E. Davis (1957), F. E. Emery i E. Thorsrud (1964), tota la psico-sociologia del treball dominant no ha parat de plantejar-se la qüestió de com interessar els treballadors en llurs tasques atès que, segons sembla, l'interès no sorgeix espontàniament), sembla, no obstant això, que ens trobem davant d'un increment inesperat d'aquestes formes de rebuig. En què i com es manifesten?

Podem distingir dues grans categories de comportaments obrers relacionats amb algun tipus de rebuig de les condicions de treball. D'una banda, la dels comportaments col·lectius i organitzats, com ara vagues i pràctiques sindicals. I, de l'altra, els comportaments individualitzats com l'absentisme, el "turn-over", el sabotatge, el rebuig general a acceptar determinats llocs de treball i, fins i tot, el mateix treball assalariat, etc.

En aquest treball farem referència exclusivament als comportaments anomenats individuals, atès que són menys coneguts que els col·lectius. Per a una informació i anàlisi d'aquests en la primera meitat de la dècada anterior, poden consultar-se, entre d'altres, les obres de J. D. Reynaud i d'altres (1974) i la de L. Magri i d'altres (1975).¹

Juntament amb els comportaments obrers que hem qualificat de col·lectius (vaga i pràctiques sindicals) es donen aquells que es poden considerar com *individuals*, però que, no per ésser-ho, deixen de ser tan significatius com els primers de la importància que per als treballadors tenen el medi i el contingut de llur treball. En ells incloem l'absentisme, la rotació, el sabotatge, la frenada i la resistència a ocupar un lloc de treball. Cada un d'ells podria donar lloc a una investigació particular. En aquesta introducció ens limitarem a destacar els aspectes més ressaltants d'aquests en llur relació amb el tema que ens ocupa.

1. L'ABSENTISME

Comencem pel comportament obrer individualitzat més debatut i que, potser, més passions arrossega en l'actualitat: l'*Absentisme*.

Amb la qüestió de l'absentisme succeeix un fenomen relativament curiós. Quan qualsevol estudiós, sindicalista, empresari o director general del Ministeri de Treball en fa referència de forma ràpida i transitòria, dona la impressió que es tracta d'un fet social obvi i fàcil d'entendre. Però quan l'absentisme és tractat expressament, sorgeixen dificultats pertot arreu, es presenta, aleshores, com un fet social tan complex, divers, indefinit i difícilment definible que hom no sap si decidir-se a dir quelcom sobre ell.

En tot cas això és clar: la pròpia ambigüitat del fenomen es troba lligada a la seva politització. O si es prefereix, potser sigui la seva politització la que el fa ambigu. Davant de qualsevol anàlisi de l'absentisme, sense llegir el nom de l'autor ni conèixer la seva biografia, és

perfectament possible d'establir la ideologia política d'aquell qui ho escriu i, fent un petit esforç, fins i tot el rol i l'estatus des d'on es porta a terme l'anàlisi. Si es considera com absentisme qualsevol absència del lloc de treball (fins i tot les hores utilitzades pel Comitè d'Empresa en negociar amb la direcció) i es culpa d'aquest a la irresponsabilitat obrera ajudada per la irresponsabilitat de la medicina de la Seguretat Social: heus ací un empresari². Si es defineix com absentisme tan sols un determinat tipus d'absència (particularment les voluntàries i les de malaltia de curta durada) i es pensa que pot negociar-se una reducció d'aquell per mitjà d'una millora de les condicions de treball: ens trobem davant d'un sindicalista "responsable" (sense que hi hagi, ben entès, cap connotació pejorativa). Si algú considera l'absentisme (tot tipus d'absentisme i, en concret, el voluntari) no ja només com la manifestació del rebuig del treball imposat per la manera de producció capitalista, sinó també una "forma de revolta individual de massa" (G. Pala, 1979) carregat d'energia revolucionària: es tracta d'un esquerranista (això sense cap connotació pejorativa), per exemple, de la "esquerra extraparlamentària italiana", etc.

L'ambigüitat (política) de l'absentisme la trobem així mateix en les dades estadístiques. D'entrada, n'hi ha poques; almenys, fetes públiques (les empreses sí semblen tenir-les, les seves, però acostumen a ésser secret d'empresa). I quan existeixen, sovint no són uniformes; això impedeix elaborar i analitzar amb rigor qualsevol sèrie. A més a més, en haver estat produïdes amb objectius que no tenen cap relació amb llur estudi, és molt difícil treure'n cap conclusió.

Només les dades elaborades per investigacions que estudien expressament el tema, ofereixen una informació rigorosa; però aquestes dades són reduïdes i es troben molt localitzades. A més, l'orientació disciplinar (i no sols disciplinar) de les investigacions marca profundament les dades recollides: poc té a veure la informació aportada per H. Berend i J. Pocok (1976) amb la de B. Maggi (1968).

De tota aquesta acumulació de problemes creiem que cal extreure una conclusió important: la necessitat d'un especial rigor teòric i metodològic a l'hora d'enfrontar-se amb qualsevol estudi del fenomen. B. Maggi, el sociòleg que probablement ha estudiat amb major profunditat i sistemàtica el tema, proposa una sèrie de "regles elementals" que cal respectar:

- "a) identificar concrets comportaments d'absència;
- b) especificar el criteri de mesura, i distingir entre *frequència* de l'absència i *durada* de l'absència;
- c) especificar la naturalesa de l'absència, i remarcar: dades de tot tipus que es distingeixen de les altres; particularment l'absència per malaltia es presta millor que la resta de comportaments per estudiar el "fenomen", sobretot per indagar les raons per les quals es determinen les absències en una població de treballadors, és a dir l'"eziologia" de l'absentisme" (B. Maggi, 1979, pàg. 85).

Reconeixent la necessitat d'aquesta prudència científica, pensem que de la informació i els estudis existents poden establir-se una sèrie de punts rellevants en allò que concerneix la relació entre l'absentisme i el nostre tema de les relacions de treball. En resum, poden ser els següents:

1. El fenomen de l'absentisme no és d'ara. Es troba present, com d'altres fenòmens ja indicats, en tota la història del capitalisme, des dels seus orígens fins els nostres dies. Recordem la celebració de "Sant Dilluns" per part dels teixidors anglesos. P. Dubois en el seu breu estudi sobre l'absentisme a França escriu: "En el segle passat l'absentisme obrer era molt important, potser més del que ho és avui dia" (P. Dubois, pàg. 15).

Més pròxim a nosaltres, B. Maggi senyala que els estudis sistemàtics sobre absentisme s'inicien als EEUU els anys trenta i quaranta (B. Maggi, 1979, pàg. 86).

2. Sembla que es dona una accentuació de l'absentisme els darrers anys.

A Espanya, segons les dades ofertes per J. Iglesias Fernández, s'hauria passat d'un 4,6% el 1974 a un 8,04% el 1977 (J. Iglesias Fernández, 1979, pàg. 44). El 1976, segons un estudi realitzat per l'Escola d'Organització Industrial (E.O.I.) i resumit en el diari "El País" (10/5/78) s'assenyala que, malgrat que es refereix a les dades de 1976, any de gran conflictivitat laboral, les hores perdudes per absentisme en l'empresa de

la mostra són superiors en més de vint vegades a les perdudes amb motiu de vagues. Segons un promig, de cada 100 hores, 87,6 es perderen per raó de l'absentisme i el 4,1 per raó dels conflictes laborals. El mateix any, i referint-se a una sola empresa (Hunosa), el mateix diari donava la següent notícia recollida de la revista de l'empresa: "L'absentisme està aconseguint en l'empresa Hunosa nivells difícilment sostenibles (...) Durant la part d'any transcorregut i tenint en compte el conjunt de la plantilla de l'empresa, el nombre de dies en els quals s'ha causat baixa per malaltia supera en un 50% el del mateix període de l'any anterior" (El País, 7/12/76).

El mateix que a Espanya succeeix a d'altres països. "A Gran Bretanya (...) el nombre de jornades perdudes per malaltia testimoniada amb certificat mèdic fou superior en prop del 10% el 1970-74 al nombre de 1960-64". (H. Berend i J. Pocock, 1976, pàg. 351). En la indústria metal·lúrgica francesa, "segons una enquesta de l'U.I.M.M., la taxa d'absentisme obrer passa de 8,20% el 1968-69 a 8,86% el 1971 i a 9,5% el 1972-73". (P. Dubois, 1977, pàg. 22). A Itàlia, l'absentisme referit als sectors més importants de la producció industrial, ha augmentat al voltant d'un 2% entre 1969 i 1971 (B. Maggi, 1979, pàg. 89). "A EEUU en les tres grans empreses de l'automòbil, l'absentisme ha passat d'un 4% el 1950 a un 7,5% el 1970. (...) A Alemanya la taxa d'absentisme ha pujat del 4% el 1966 a l'11% el 1972. (...) Als Països Baixos i en un mateix període, idèntica evolució que en l'automòbil a EE.UU. (J.M. Montel i G. Le Gall, 1974, pàg. 19, nota a peu de pàgina).

En conjunt, doncs, sembla evident que l'absentisme ha augmentat els darrers anys a tots els països occidentals.

3. Les causes de l'absentisme, més enllà de la formalment assenyalada (malaltia, permisos reconeguts per l'administració, absències no justificades, etc.), es troben justament en la situació de treball dels absentistes. "Un encarregat de personalitat rígida, perfeccionista, dirà, per exemple, M. Varela, pot provocar més absentisme que no pas una epidèmia de grip" (Citat per A. García Pérez, 1976).

Els estudis que més sistemàticament han estat realitzats sobre l'absentisme, arriben a aquesta conclusió (B. Maggi, 1968; F. Novara, 1971): "*L'estreta dependència del binomi presència-absència de la concreta situació de treball.* (...) En una paraula, a pitjors condicions correspon un major absentisme, el comportament d'absència és la primera, la més elemental defensa de l'obrer enfront del sistema organitzatiu i de les seves formes de coerció" (B. Maggi, 1979, pàg. 88, el subratllat és de l'autor).

L'absentisme és, per tant, un comportament de rebuig d'un treball realitzat en unes condicions que, amb major o menor grau de consciència, no s'accepten. És la fugida d'un treball insatisfactori". (P. Dubois, 1977, pàg. 30).

Hom pot anar més lluny. Perquè l'absentisme pot ser no només negació de les condicions d'una activitat, sinó també afirmació de les condicions de l'activitat no-laboral—assalariada realitzada durant el temps d'absència (veure J. Iglesias Fernández, 1979, pàg. 48; P. Dubois, ob.cit. i H. Simon, 1978). Darrera d'això s'amagaria no ja un rebuig d'un treball assalariat concret, sinó del treball assalariat com a tal i, alhora, de l'estructura social que el fa existir: el capitalisme.

Tant si és una cosa com una altra, un punt que s'aferma bé és el següent: el fenomen de l'absentisme està directament relacionat amb les condicions de treball i amb el seu creixement els treballadors posen, alhora sobre la palestra, aquell i aquestes³

2. EL SABOTATGE

Si l'absentisme és un tipus de comportament obrer que ha ultrapassat àmpliament les parets de les empreses fins arribar a ocupar grans titulars de la premsa i fins i tot emissions de TV⁴, no succeeix el mateix amb d'altres comportaments obrers individualitzats que, igual que l'absentisme, posen en qüestió les condicions de treball actualment existents. Entre aquests, un que té connotacions històriques de veritables revoltes obreres: el *Sabotatge*.

Sobre l'absentisme hi havia problemes d'informació vàlida. Sobre el sabotatge els problemes encara ho són més grans. Només les empreses poden arribar a disposar d'unes dades suficientment vàlides i quasi mai no les comuniquen; i quan ho fan, es tracta de dades globals que fan impossible una anàlisi rigorosa.

I, no obstant això, hom sap que existeix i que, segons totes les estimacions, augmenta després d'un llarg període d'almenys aparent inexistència o d'existència en uns termes admesos com a normals i no problemàtics. Les paraules amb què comença el primer capítol un dels pocs treballs que tracten expressament la qüestió (P. Dubois, 1976, pàg. 19)⁵ són significatives⁶:

"El sabotatge obrer, és cosa del passat". El darrer segle els obrers trencaven les màquines al crit de "Fora les menjadores de llocs de treball! Fora les destructores de braços". Avui els obrers són disciplinats: han aconseguit avantatges socials i sindicats que els defensen: les estructures de negociació funcionen, la moral de respecte de l'eina de treball és admesa per tots. Aquesta oposició passada-present podia encara existir, verificada no fa més de deu anys. Avui, al contrari, hi ha com una revifalla del sabotatge obrer".

El sabotatge obrer, doncs, sembla renèixer. Però, què s'entén exactament per sabotatge?

Aquí succeeix el mateix que amb l'absentisme. Tothom dona per suposat que se sap el que és quan hom parla d'ell en termes generals. Però si es tracta de parlar d'ell d'una manera més concreta, les coses es posen més difícils. P. Dubois el defineix així: "Qualsevol acte intencional, individual o col·lectiu, que té com a objecte el producte fabricat o l'eina de treball i del qual se'n segueix una disminució quantitativa o qualitativa de la producció, tant si és temporal com definitiva" (op. cit., pàg. 10). I distingeix tres tipus de sabotatge: "sabotatge per destrucció de màquines o productes (incendis, ruptures de màquines, rebuig d'assegurar els serveis de seguretat, saqueigs, robatoris); sabotatges per destrucció de la producció (vagues i tècniques de bloqueig de la producció sense destrucció), i sabotatges per reducció de l'activitat (frenades, reducció unilateral de l'horari de treball, vaga de zel, treball a contracor, absentisme, turn-over, rebuig del treball industrial)" (op. cit., pàg. 19).

Com es pot veure, la seva definició inclou un ventall de pràctiques obreres, tant individuals com col·lectives, realment diverses. Entre d'altres, inclou algunes de les quals nosaltres ja hem tractat explícitament (absentisme) o implícitament (vaga de bloqueig de producció, vaga de zel) i que, en aquest cas, només són modalitats dels conflictes (tot i que P. Dubois vol remarcar el caràcter d'anormalitat).

La nostra definició de sabotatge tindrà un contingut més limitat: *Qualsevol acte obrer intencional i individual que té com a objecte el producte fabricat o l'eina de treball, del qual se'n deriva una disminució quantitativa o qualitativa de la producció i realitzat durant el treball*. Es tracta d'una definició merament operativa, però, almenys de moment, no tenim més pretensions. En relació al que diu l'autor citat, deixem a part qualsevol comportament col·lectiu i qualsevol comportament individual que no tingui lloc en el temps real de treball.

A partir d'aquesta definició podem establir dues grans categories de sabotatge: el *sabotatge actiu*, que consisteix en *fer positivament* alguna cosa que influeixi en una disminució de la quantitat o qualitat del producte, i el *sabotatge passiu*, que consisteix en la reducció voluntària del ritme de producció (*frenada*) o en una manca d'atenció que comporti com a conseqüència l'increment de fallades en les unitats produïdes.

Els casos de *sabotatge actiu* són els menys coneguts i estudiats. Però sabem que es donen. Recordem les manifestacions del que la revista *Fortune* anomena "ràbia obrera", abans citades: "Boles dins del tambor, mànecs d'eines llençats en les ales en el moment de soldar-les, pintura ratllada, seients estripats, claus de contacte trencades en el pany,...". J.P. Dumont assenyalava l'existència de comportaments semblants en l'empresa Renault (França): "Carrosseries ratllades, cargols llençats per aquí i per allà per bloquejar la cadena o la màquina" (J.P. Dumont, 1973, pàg. 100). P. Dubois dóna altres exemples: "1970: les instal·lacions elèctriques d'algunes cadenes són fetes malbé en els astillers de France-Dunkerque. (...) En una planta de laminació, l'operador de l'acer deixa laminar un lingot massa fred; resultat: l'acer ha d'ésser reciclat, els cilindres de la caixa de laminació resten fora de funcionament. (...) En la societat d'"Eaux de Vittel" el 1970 (...) ampolles de plàstic són foradades amb punxons: quan arriben a llur destí ja estan buides..." (op. cit., pàgs. 24-28).

El sabotatge actiu és el més escandalós. Però no és el que té pitjors conseqüències per a l'empresa. Les conseqüències del *sabotatge passiu* són incomparablement més significatives.

Pel que fa a la manca d'atenció en els processos de treball i els seus efectes en l'incre-

ment d'errors i descens de la qualitat, disposem d'una dada que ens mostra la seva clara existència i importància: la multiplicació dels llocs de control i de reparació. P. Dubois ens ofereix l'exemple d'una empresa concreta: "Milers de pneumàtics, 15.000 al dia. En vuit hores un verificador de qualitat controla varis centenars, un cada quaranta segons. Descobrir visualment i tàctilment els defectes, aïllar els pneumàtics defectuosos: heus ací el seu treball. I si ell fa sabotatge? Què succeiria? Un pneumàtic defectuós, deu de defectuosos continuarien el seu camí enmig dels bons. És tan senzill no controlar: només cal la passivitat. I aleshores? Fa sabotatge per manca d'atenció? Hom no ho sap, de fet en aquesta empresa, la direcció, havent-se adonat que pneumàtics de qualitat dolenta passaven a través dels llocs de control, ha creat un lloc de treball de supercontrolador, la feina del qual consisteix en efectuar per sondatge un segon control. El supercontrolador controla el treball del verificador, el verificador controla el treball del que els confecciona i el cercle viciós es dibuixa: el confeccionador pot deixar-se anar i fer-ne de dolenta qualitat; algú vigila al seu darrera, el risc per al client és doncs molt feble. El verificador pot deixar-se anar; però també té algú que vigila darrera" (P. Dubois, 1976, pàg. 9).

En segon lloc, el fenomen mil vegades explicat i estudiat de la *frenada*. És com si els treballadors no acabessin mai de realitzar els ritmes que l'empresa considera necessaris i justos. Des de Taylor fins els nostres dies, la gran batalla empresarial sembla haver estat la de vèncer la frenada obrera; una batalla tan llarga que, més aviat, sembla una guerra.

La frenada pot adquirir diverses formes (P. Dubois, 1976, pàg. 46-48), però els seus efectes són sempre els mateixos: la producció prevista no és aconseguida i fins i tot la normalment aconseguida es veu reduïda.

Els últims episodis (la frenada ha augmentat els darrers anys) els estem vivint actualment. D'una banda els acords anglesos de "*productivity bargaining*" de fa uns anys; i d'altra, a Espanya, tots els tripijocs empresarials per imposar uns ritmes de producció que consideren excessivament baixos i la negociació sobre "productivitat".

A què es deu aquest tipus de comportament obrer? Per què el fenomen de la frenada després d'una llarga història, que mai no ha cessat, reapareix els darrers anys amb una força especial? Potser hagin formulat la resposta a aquesta qüestió millor que ningú P. Bernoux, D. Motte i J. Saglio en llur investigació ja citada. Amb poques matisacions, llur resposta és també vàlida per a fer intel·ligible tot tipus de sabotatge (almenys, tal com ho hem definit en aquestes pàgines).

Els autors assenyalen dues raons fonamentals.

En primer lloc, la penositat del treball. "El primer (argument) és una justificació presentada també als capitosts; és d'ordre físic i es parla de la penositat del treball (...): "No volem rebentar. D'acord, podríem treballar al ritme que ens demanen, però, pensa, o observa els vells. Ja no poden més. Quan han acabat, l'any en què se'n van, moren. Creus que això és normal? Aleshores, el que no pots fer ara és rebentar-te a treballar" (1973, pàg. 52).

En segon lloc, l'autonomia. "Aquest segon argument conté una reivindicació d'autonomia (...): si ens deixem manejar, això serà com la presó, deien sovint" (1973, pàg. 53).

En resum, escriuen els autors:

"Es dona una combinació de diferents factors que no són idèntics. *Penositat més nerviosa que física de les tasques, manera d'efectuar una disciplina considerada com una obligació que té per objecte més aviat afirmar un poder que organitzar una producció, almenys tal com és captada, i finalment, absència d'autonomia en el treball*". (P. Bernoux, D. Motte i J. Saglio, 1973, pàg. 52-53).

3. ALTRES COMPORTAMENTS INDIVIDUALS

A l'absentisme i al sabotatge afegim uns altres dos comportaments obrers individualitzats que, com ells, són una manifestació del fet que els treballadors qüestionen les condi-

cions de treball: *La rotació i la resistència a ocupar un determinat tipus de llocs o, fins i tot, a ocupar qualsevol lloc de treball assalariat.*

La *rotació* consisteix en l'abandonament voluntari i intencionalment definitiu del lloc de treball ocupat en una empresa. Correspon al terme anglès de "turn-over" tan utilitzat que sovint s'utilitza sense traduir tant en llengua castellana com francesa.

Com tots els altres, es tracta d'un fenomen tan antic com l'existència de la classe obrera. F. W. Taylor parla d'empreses americanes del seu temps amb una taxa d'absentisme d'un 40% i com tots els altres, sembla (també aquí hi manca informació) accentuar-se la seva incidència.

"En la major part dels grans països industrials, el turn-over aconsegueix percentatges considerables: 10, 20, 30 i de vegades, fins i tot un 50% en la mà d'obra sense qualificació. Se citen xifres del 100% en alguns sectors de la SAAB a Suïssa (...). En la Chrysler, el 1970, la meitat dels peons especialistes no tenien en l'empresa més de 90 dies d'antiguitat" (J.M. Montel i G. Le Gall, 1974, pág. 19, en nota a peu de pàgina). "*Le Nouvel Observateur* revelava, en una enquesta de Michel Bosquet (el 24 de maig de 1971) que en la Ford, durant 1970, el 25,2% dels seus efectius van renunciar... (...); que en la Volvo (Suècia) la taxa anual d'abandonaments és d'un 35%; que en les fundicions de Fiat, la rotació de la mà d'obra supera el 100% al cap de l'any" (J.P. Dumont, 1973, pág. 80).

A què poden deure's unes taxes tan elevades de rotació? Per suposat, no sembla que les raons fonamentals siguin les pecuniàries. En un breu estudi publicat en la revista *Industrial Relations* se'n diu com "those who voluntary left their previous employer earn about 3 per cent less than those who do not change job" (William N. Cooke, 1979, pág. 224).

Malgrat que es refereix a un país de l'Est⁷, creiem que els resultats d'una enquesta realitzada a Rússia sobre aquesta qüestió són vàlids per als països occidentals.

Motius donats per treballadors que abandonaren voluntàriament el seu treball en quatre grans empreses metal·lúrgiques de la RSS d'Ukrània.

	%
1. Descontent amb el contingut del treball	14,0
2. Descontent amb l'organització del treball	6,7
3. Descontent amb relacions personals en el lloc de treball	1,8
4. Descontent amb les condicions de treball	15,7
. Treball penós 7,7	
. Treball perillós 7,1	
. Treball monòton 0,9	
5. Descontent amb la remuneració	15,0
6. Motius relacionats amb condicions de vida i problemes personals	46,7
Total abandonaments voluntaris	100,0

(L. Köszegi, pág. 236)

El 15% dels "empleats" abandonen l'empresa per "descontent amb les condicions de treball".

La resistència, però, al treball no es dona només entre els joves. Un dels significats més profunds del tan atacat i tan poques vegades ben comprès fet de l'anomenat "frau en el

subsidei d'atur" és, sens dubte, el prendre's un respir enfront d'un tipus d'activitat poc o gens satisfactòria. I en ell no estan implicats només els joves.

Cal assenyalar, d'altra banda, que si es pot parlar d'una resistència més o menys generalitzada a treballar, aquesta resistència s'accentua en un cert tipus de treball, justament en el d'aquells les condicions de treball dels quals són pitjors. Si P. Dubois indica que a França "les demandes d'ocupació industrial habitualment són poc més que no pas les ofertes" (P. Dubois, 1976, pàg. 56), a Espanya succeeix un fenomen semblant: segons els nostres càlculs a partir de les dades ofertes per l'INEM, mentre la relació entre demandes i ofertes de treball en el sector de serveis en el darrer trimestre de 1978 era 2,3 (per cada oferta hi havia 2,3 demandes), en el sector industrial la relació era de 1,9.

A través de tots aquests comportaments obrers una cosa sembla clara: la darrera dècada s'està donant un renaixement de la consciència obrera envers les condicions de treball. A l'hora de treballar, no només interessa rebre una retribució adequada, sinó també compta el que, qualitativament, el treball sigui realitzat en condicions diferents.

Notes

- (1) Una versió més completa d'aquest treball, en la qual es tractarà també la qüestió dels comportaments obrers col·lectius, formarà part de la investigació que hem realitzat sobre condicions de treball i que serà publicada durant el curs de l'any 1982 pel C.I.S.
- (2) Una crítica excel·lent a la delimitació empresarial d'absentisme pot trobar-se en J. Iglesias Fernández, 1979.
- (3) Existeix una manera de plantejar el problema de l'absentisme que, segons la nostra manera de veure, ningú no ha formulat i que, no obstant això, no ha d'ésser exclosa de bell antuvi. Si ens limitem a exposar-ho en nota a peu de pàgina és perquè ignorem a hores d'ara les seves capacitats teòrico-heurístiques. Breument -amb excessiva brevetat- és la següent.
Per molt que després es pugui matisar, existeix un principi d'acord en la definició de l'absentisme: es tracta d'una relació entre les hores (o jornades) de presència efectiva en l'empresa i les hores (o jornades) de presència teòricament obligatòria. Doncs bé, pensem que aquesta definició pot considerar-se com a ideològicament orientada: malgrat que després es relativitzi, es dona en ella una valoració positiva de l'obligatòria presència del treballador en el seu lloc de treball. Amb això s'oblida que aquesta presència suposa l'absència d'una altra activitat (que no cal que sigui simplement no-treball). En aquest sentit la presència o absència en l'empresa, passa a tenir un significat bipolar: l'absentisme en el treball és presència en una altra activitat i la presència en aquell és absentisme en aquesta. D'aquesta manera no hi ha res que impedeixi una inversió en el plantejament de la qüestió que ens dugui a aquesta formulació: quines hores (o jornades) són les que els treballadors estan absents de l'activitat que consideren més interessant i significativa (temps de presència en la empresa = absentisme d'una altra activitat; i es podrien calcular les taxes) i per què. En aquesta perspectiva, doncs, el que s'hauria d'explicar no seria el perquè de les absències sinó més aviat el perquè de les seves presències.
Volem dir que un plantejament semblant podria fer-se quant al tema de les "frenades". Però això ho deixarem per una altra ocasió.
- (4) El dia 26/XI/79 en el programa "Tribuna Pública" fou organitzada una taula rodona composta per empresaris, sindicalistes i experts per discutir justament aquest tema.
- (5) La importància i la raresa d'aquest llibre es manifesta en el fet que els anglesos, tan poc propicis a les traduccions, ho hagin publicat ràpidament en llengua anglesa i en col·lecció de butxaca: *Sabotage in Industry*, Londres, Penguin Books, 1976.
- (6) N'hi ha molt poques investigacions portades a terme d'una manera específica sobre aquest problema. Si repassem la llarga bibliografia utilitzada per P. Dubois en la seva obra, hi trobem tan sols dos dels treballs citats que en facin referència expressa. I un d'ells és d'E. Pouget, sindicalista revolucionari francès de començament de segle!
- (7) Lluny de nosaltres pretendre validar la tesi agressiva dels qui sostenen d'una manera absoluta i condemnatòria que "els joves no volen treballar, i per tant..." L'única cosa que sostenim és que el col·lectiu juvenil sembla resistir-se a *treballar en segons quines condicions*. Els joves poden arribar a trobar-se en situacions angoixoses d'atur enfront de les quals reaccionen com qualsevol treballador. Davant de la frase "analitzant les característiques i preferències del teu lloc de treball", un jove treballador deia en una reunió de grup sobre el treball: "quina preferència has de tenir si el que vols es treballar? Per què vols tenir una preferència si no trobes el treball" (Anónimo, SEAF-PPO, Los trabajadores... 1978, pàgs. 110-120).

BIBLIOGRAFIA

1. BEHREND, H. i POCKOCK, S. Absentismo: el caso de una empresa en *Revista Internacional del Trabajo*, Nov.-Des., 1976.
2. BERNOUX, Ph., MOTTE, D. i SAGLIO, J. Trois ateliers d'Q.S. París, Les Editions Ouvrières. 1973.
3. COOKE, William N. Turn-over and larnings: Some empirical evidence en *Industrial Relations*, Vol. 18, núm. 2, primavera 1979.
4. DAVIS, L.E. Job design and productivity: a new approach en *Personnel*, núm. 33, 1957.
5. DUBOIS, Pierre. L'absentéisme ouvrier dans l'industrie. En *Revue Française des Affaires Sociales*, Abr.-Jun. 1977.
6. DUBOIS, Pierre. Le sabotatge dans l'industrie. París, Calmann-Lévy, 1976.
7. DUMONT, J.P. La fin des O.S.? París, Mercure de France, 1973.
8. GARCIA PEREZ, A. El absentismo laboral, una protesta inconsciente contra el sistema de trabajo. En *El País*, 5 de Febrer de 1980.
9. HERZBERG, F. Work and the nature of man. Londres, Staples Press, 1968.
10. HOBBSAWN, E. J. Trabajadores. Estudios de historia de la clase obrera, Barcelona, Ed. Crítica, 1979.
11. IGLESIAS FERNANDEZ, J. Absentismo laboral: una dudosa reivindicación empresarial. En *Transición*, núm. 7, Abril 1979.
12. KOSZEGI, L. Rotación de la mano de obra y estructura del empleo en países socialistas de Europa, en *Revista Internacional del Trabajo*, vol. 197, núm. 2, 1978.
13. LAFARGUE, P. El derecho a la pereza. Madrid, Fundamentos, 1977.
14. MAGGI, B. L'assenteismo: cos'è, come si studia. Quali sono le cause, en *Sapere*, núm. 820, juliol 1979.
15. MAGGI, B. L'assenteismo operaio in una grande azienda, en *Quaderni di Sociologia*, núm. 4, 1968.
16. MAGRI, L. i altres. Movimiento obrero y acción política. México, Era, 1975.
17. MARGLIN, Stephen A. Origine et fonctions de la parcellisation des tâches, en GORZ, A. i altres, *Critique de la division du travail*, París, Seuil, 1973.
18. MC GREGOR, J. The human side of enterprise. Nueva York, Mc Gran Hill, 1960.
19. MOISSONIER, M. La révolte des Cannuts. París, Eds. Sociales, 1975.
20. NOVARA, F. Aspetti psicologici dell'assenteismo e del ricambio del personale, en *Studi Organizzativi*, vol. III, núm. 2, 1971.
21. PHILLIS, D. La primera revolución industrial. Barcelona, Península, 1972.
22. REYNAUD, J.D. Características actuales de las huelgas en Europa, en Spitaels, G. i altres. Los conflictos sociales en Europa, Madrid, Eds. de la Revista de Trabajo, 1974.
23. SEAF-PPO. Los jóvenes ante el empleo. Madrid, SEAF-PPO, Ministeri de Treball, 1978.
24. SEAF-PPO. Los trabajadores ante las oficinas de empleo. Madrid, SEAF-PPO, Ministeri de Treball, 1978.
25. SIMON, H. Les motivations de l'absentéisme, en *Sociologie du Travail*, 3/1978.
26. TAYLOR, F.W. Management científico Barcelona, Oikos-Tau, 1969 (1ª. Ed. 1911).
27. THOMPSON, E.P. La formación histórica de la clase obrera. Inglaterra: 1780-1832. Barcelona, Laia, Ed. de Butxaca, 1977.
28. THORSRUD, S. i EMERY, F.E. Forms and contest in industrial democracy, Oslo, University Press, 1964.

LA SOCIOLOGIA DEL TREBALL A CATALUNYA (1974-1980)

Jordi Estivill-Josep Tomàs-Pilar Carrasquer-Teresa Torns

Pòrtic

Aquesta comunicació ¹ intenta realitzar un balanç bibliogràfic del que s'ha publicat respecte a la temàtica del treball a Catalunya des de 1974 fins l'any 1980.

El món del treball, o d'una manera més precisa, el conjunt de relacions tècniques i socials lligades a unes formes productives, es troba en els fonaments de l'organització social, econòmica i política. D'on la importància del seu tractament teòric, la seva significació per part de les diferents ciències socials i la necessitat d'un tractament global i interdisciplinari².

Des de tal perspectiva, interessa més l'examen del conjunt de la producció escrita, es digui o no sociològica, que no únicament el de les publicacions de Sociologia del Treball, "strictu sensu". Moltes vegades hom troba explicacions molt més acurades de la realitat social en les primeres que no en molts manuals per molt acadèmicament correctes que siguin.

Concretament, aquesta comunicació continua una recerca precedent en la qual es feia un balanç dels estudis del treball de 1939 a 1973 als Països Catalans³. Per això, ella abasta el període posterior que s'estén de 1974 a 1980, tot i el caràcter arbitrari d'aquesta divisió cronològica. Tanmateix es pot caracteritzar aquesta fase, per una readaptació de l'hegemonia econòmica i social anterior i l'adopció de formes polítiques distintes. És el moment en què esclata, a nivell internacional, una crisi encara present i que transforma profundament el món del treball. Tot això es tradueix, en un primer temps, en una major preocupació intel·lectual pel marc polític i econòmic en connexió amb les relacions de treball. En un segon temps, es palesa un tractament més circumscribit a aquestes darreres⁴.

Metodològicament s'ha procurat ésser exhaustiu en la inclusió dels llibres publicats en el període esmentat, i s'han pres els articles de revista més significatius, perquè marcaven una fita, un corrent, un canvi de signe temàtic, etc. . . En general s'ha exclòs la premsa quotidiana ja que només excepcionalment el seu ressò del món del treball ultrapassa el caràcter estrictament informatiu. Ni el lloc de publicació, ni la llengua han estat motius d'exclusió, mentre el material imprès tingués relació de prop o de lluny, amb els problemes del treball a Catalunya⁵. És evident que la pretensió d'exhaustivitat no ha estat aconseguida, però en qualsevol cas és una certa garantia de globalització d'aquest balanç bibliogràfic.

La sortida a la superfície del moviment obrer i l'eufòria productiva dels anys 1976-77

El fet que tant en els anys trenta com en el període que ens ocupa, l'eclosió de formes més democràtiques es produeixi en moments de crisi econòmica internacional, condiciona, i en quina mesura!, la sortida a la superfície i el desenvolupament del moviment obrer, així com els de les organitzacions empresarials.

En una primera fase, que s'estendria fins l'any 1977, la majoria de publicacions sorgides

del món del treball o que el concerneixen, s'entenen precisament a partir de les necessitats i exigències que els planteja la nova situació creada amb la mort del dictador. Necessitats que podrien agrupar-se al voltant dels eixos següents:

A.— Des de la repressió física i organitzativa fins a la censura més subtil⁶ — que sabia combinar lliberalitat aparent amb negativa sistemàtica envers el més substancial, amb un discurs alienant, unit a mecanismes d'integració ideològica (televisió, certa premsa, etc. . .) i pràctica (consum, política paternalista, etc. . .)—, tota una xarxa d'interferències procuraven mantenir els treballadors als nivells de consciència més empobrits que els procurava un sistema formatiu discriminatori i manipulatiu.

Per tot això i malgrat la creixent participació popular i el considerable esforç publicista que aprofitava totes les excletxes legals, les qüestions i drets més elementals eren ignorats per la gran majoria de la població. Lògicament les noves possibilitats (legalització dels partits i sindicats, regressió paulatina de la censura, etc..) foren aprofitades per a impulsar una onada informativa amb llibres petits, bàsics, de poc cost, a l'abast d'un màxim de gent. Aquest *esforç pedagògic* se centra en donar informació a nivell polític sobre què són els partits, la democràcia, el feixisme, el socialisme, les llibertats democràtiques, etc. . . i la publicació de textos d'autors ja clàssics de les diferents tendències (Marx, Proudhon, Bakunin, Lenin, Trotsky, etc. . .). En els aspectes que més interessen, mereixen ressaltar-se A. Comín *¿Qué es el sindicalismo?*, A. Marzal, O. Samedor *Com són els sindicats?*, M. Ludevid *¿Qué es y cómo funciona un sindicato obrero democrático?* i Equipo Análisis Laborales *¿Cómo se negocia un convenio?*⁷. Fins i tot s'editen alguns vocabularis i la quasi totalitat de manuals acaben amb una llista explicativa de sigles.

B.— Simultàniament l'altra prioritat és la de la *clarificació interna i externa* del que cada organització és i vol. Això genera un conjunt de dossiers en els quals s'especifica d'on sorgeixen, quins són els seus principis ideològics, la pròpia estructura, etc. . . La gran majoria van signats pels principals líders o pels òrgans corresponents. (N. Sartorius *¿Qué son las Comisiones Obreras?* J. Ariza *Comisiones Obreras*. CC.OO. *La Confederación Sindical de Comisiones Obreras*. UGT *Unión General de Trabajadores*. J.M. Zufiaur *Unión Sindical Obrera* i M. Zaguire, J.M. de la Hoz *Presente y futuro del sindicalismo* i J. Serrallonga *Sindicalismo agrario* Taula de Canvi num 4). Molts d'aquests treballs són editats per Nova Terra, La Gaya Ciencia i Avance, que junt amb Laia, són les editorials que més es distingeixen en aquesta línia.

C.— Continuant en la tradició anterior a aquests anys, la *constitució de la memòria* ocupa un lloc important. Es vol fer conèixer els protagonistes més destacats. Així molts llibres prenen la fórmula de presentar les biografies personals (J. Boix, M. Pujades *Conversaciones sindicales con dirigentes obreros*, M. Camacho *Charlas en la prisión* —publicat primer a França— i el ja citat de Zaguire y de la Hoz).

Mereix subratllar-se el llibre que presentava F. Rodríguez Ocaña, *Candidato de los trabajadores* perquè es connecta amb una altra de les vetes testimonials de llavors: l'articulació de les lluites obreres amb les reivindicacions dels barris populars que els anys precedents han tingut una gran importància política (E.D.E. *La lucha de los barrios de Barcelona*, D. Giménez Plaza *Sabadell: el pueblo unido*. . ., D. Fabregat, D. Jiménez *La Huelga y la reforma, Sabadell, metal otoño*, Colectivo de Estudios por la Autonomía Obrera *Luchas autónomas en la transición democrática*).

Des dels anys 74, si bé més marcadament el 1976-1977, continuen apareixent explicacions d'experiències concretes de determinades empreses, (F. Miguélez, *Seat, la empresa modelo del régimen*, D. Giménez Plaza, *Roca, organización obrera y desinformación*) o de sectors i zones (F. Miguélez, *La lucha de los mineros asturianos bajo el franquismo*, I. Riera, J. Botella, *El Baix Llobregat, 15 años de luchas obreras*) que s'han distingit per una especial combativitat.

A partir de 1977, i amb la salvetat d'un llibre publicat a Suïssa (CC.OO. *Luchas obreras*

en España 1972-73), veuen la llum pública un conjunt de reflexions històriques que traceten de fer un balanç del progrés del moviment obrer però també de les seves crisis, contradiccions, etc. . . (J.A. Díaz Luchas *internas en CC.OO. 1964-1970*), M. Ludevid *El movimiento obrero en Catalunya bajo el franquismo*). En aquest esforç de reconstitució de la memòria obrera es publiquen dues recerques sobre el moviment vaguístic: una més de tipus general (I. Ferri, J. Muixí, E. Sanjuán *Las huelgas contra Franco*) i més concreta l'altra (F. Fanés *La vaga de Tramvies de 1951*). El Centre d'Estudis Socialistes organitza el mes d'abril de 1977 unes Jornades sobre *Història del socialisme a Catalunya (1939-1972)* publicades en els exemplars 4 i 5 de la revista *Debat*, on, al voltant de quatre ponències sobre el Moviment Socialista, el Front Obrer de Catalunya, els socialistes i la lluita sindical, i la lluita per la democràcia, s'agrupen 22 comunicacions d'interès diferent però que reflecteixen —a partir dels testimonis vivents— força bé quin va ésser el paper d'uns homes i organitzacions en la clandestinitat en el si d'una determinada família política.

Els despatxos dels advocats "laboralistes" varen jugar un paper destacat com a llocs de reunió, de reflexió i de defensa dels treballadors. Per la qual cosa val la pena senyalar que malgrat llur retracció escriptural, molts d'ells posseeixen arxius molt importants. Com exemples caldria citar els d'en Gasch, Farrés, Gay, Gallego, Gallissà i Oliveras, Fortuny, Gispert, la temptativa unitària i pluridisciplinar de CEALSA, Casares, Fina, etc... Dels dos darrers tenen interès llurs articles i el llibre més recent d'A. Fina *Des del nostre despatx*.

La majoria dels autors esmentats han publicat també escrits sobre determinats conflictes. No és possible referenciar-los tots encara que tinguin un pes específic de Gil sobre la Chrysler, de Luchetti sobre la SEAT, de Roma sobre el Grup Mundo, i els números 51-53, 58-60 de Cuadernos del Ruedo Ibérico on es ressenyen diverses vagues i s'elabora una certa tipologia del moviment obrer.

No hi ha gaires estudis del paper del sindicat vertical encara que tothom hi faci referència sobretot per a mostrar-ne el seu caràcter repressiu (M. Ludevic *Cuarenta años de sindicato vertical*, M.A. Aparicio *El sindicalismo vertical y la formación del estado franquista*), però aquest organisme va tenir funcions més complexes, que resten per aclarir, i que afecten la situació actual del sindicalisme, tot i que és en aquest terreny on la ruptura assoleix el nivell més alt.

Es pecaria d'injust si en els esforços de reconstitució de la memòria obrera no es parlés dels dos treballs, potser més acabats (F. Almendros, E. Jiménez-Asenjo, F. Pérez, E. Rojo *"El sindicalismo de clase en España"*, F. Claudín *"El nuevo movimiento obrero español"*). El primer és una bona i precisa pel·lícula de l'evolució dels diversos sindicats des de 1939 fins 1977, però potser li falti allò que caracteritza el segon, una valoració del conjunt.

D.— El combat del moviment obrer per a obrir-se pas, el porta a plantejar-se un conjunt de problemes que constitueixen *reptes importants per a les organitzacions* que es mouen entre unes definicions ideològiques i unes expectatives de transformació político-social, i una realitat molt més dura i que només amb grans esforços aconseguirien de fer evolucionar.

Un primer tema present els anys 74-75 que continua el 1978 i actualment, és el de les Eleccions Sindicals. De bell antuvi perquè les organitzacions no estaven totes d'acord en presentar-s'hi. Mentre UGT i CNT continuaven condicionades pels vells esquemes d'una certa oposició, CC.OO. i USO en canvi utilitzaven els canals institucionals legals. Dos llibres, el primer segrestat, E. Martín, i J. Salvador *"Los enlaces sindicales"* i *"Las elecciones sindicales"*, donen una visió explicativa dels mecanismes i possibilitats institucionals. Els ja referenciats de Zaguire, De la Hoz, i Boix, Pujades presenten de fet les biografies dels principals candidats. El darrer, però, incideix sobre l'altre punt conflictiu en què s'enfrontaven en el si de Comissions dues tesis: una primera maldava per pràcticament constituir el nou moviment sindical a partir del càrrecs elegits, l'altra, defensava l'opció que no havia de desarticlar-se l'estructura clandestina, tot jugant amb les possibilitats del marc legal (M.

Camacho "El debate de CC.OO."). El debat reflectit en els diaris i centrat a Catalunya, s'esfilagarse, no sense sensibles ruptures, per la victòria de les Candidatures Unitàries i Democràtiques i per l'evolució política posterior.

Relacionat amb aquest tema apareix una altra gran qüestió: la de la unitat del moviment obrer i sindical. Antiga aspiració dels treballadors a tots el països, element clau de llur força, voluntat reafirmada en la clandestinitat però també per l'existència d'un únic sindicat obligatori, aquesta perspectiva és ampliament debatuda en totes les publicacions de l'època. La constitució de la COS (Coordinadora d'Organitzacions Sindicals), les accions unitàries victorioses (CC.OO., USO, UGT, SOC "Presente y futuro del sindicalismo en Catalunya"), les tradicions unitàries en el si de CC.OO, CNT i USO i el ressò positiu en la gran majoria d'obers, xoquen amb la voluntat d'hegemonia dels diferents corrents polítics que pugnen pel control i l'adscripció dels diversos sindicats a llur línia. Malgrat que aquesta surti victoriosa de la discussió, el debat continua obert i reneix freqüentment en publicacions posteriors, sobretot entroncat amb la perspectiva d'autonomia sindical.

Lligats als dos anteriors temes sobresurten el de la concepció del sindicat com a organisme de transformació i de la seva dimensió política. Una vegada més, la clandestinitat i la politització inherent a ella i als trets del franquisme, havien portat als sindicats a prendre un espai polític superant els aspectes estrictament reivindicatius de tipus econòmic. La tradició històrica de la CNT també hi ajudava. Per a explicar aquesta nova perspectiva s'encunya una terminologia, especialment entre els autors lligats a CC.OO (N Sartorius "El resurgir del movimiento obrero" i "El sindicalismo de nuevo tipo"). Les idees autogestionàries semblen avançar molt, però llur petjada es reflecteix més en els programes dels partits que en els sindicats, amb les excepcions de CNT i USO (AA. VV. L'autogestió a debat).

Per fi, una nova pregunta condiciona el debat del moment. Com articular les reivindicacions socials amb les nacionals?. L'actualitat d'aquest eix de reflexió es projecta en diferents trobades: El col·loqui de Barcelona de 1974, l'Encontre de Ciències Humanes i Socials de Perpinyà de 1976, el debat de Barcelona de 1977, etc... de les quals en surten substancials publicacions. (Col·loqui d'historiadors, els núm. 3 i 4 de la revista Aïnes, el debat sobre els Països Catalans, etc. . .). Precisament, en aquests encontres s'hi barreja una relativament nova concepció dels Països Catalans reflectida en diferents números de les revistes "Taula de Canvi" (núm. 3 i 4), "Quaderns d'Alliberament" i "Nous Horitzons" (núm. 47 i 48).

Pràcticament hi ha l'acord sobre que una i altra reivindicació van més o menys lligades, encara que no necessàriament de forma cronològica, però les divergències apareixen en les formes concretes que aquesta connexió ha d'adoptar. En el cas de Catalunya el recent allau immigratori ho fa més complex (V. Alba *Els problemes del moviment obrer de Catalunya, 1976*). De fet, l'eufòria autonomista d'aquests anys és latent en molts treballs i pràcticament en un consens molt ampli de les forces sindicals que manifesten llurs opinions positives (CC.OO, SOC, UGT i USO *Els treballadors per l'autonomia, 1977*).

Les publicacions lligades als interessos i la perspectiva empresarial

El món empresarial veu, després de la mort del General Franco, la necessitat d'adoptar noves formes organitzatives per a defensar els seus interessos. Els esforços per a dotar-se d'una estructura organitzativa adequada van acompanyats d'una intensa campanya en els mitjans de comunicació, destinada tant a convèncer els mateixos empresaris dels avantatges d'estar associats com, paral·lelament, per a netejar llur imatge pública d'anteriors velleïtats franquistes.

Per a dur-ho a terme, a més de la premsa diària, utilitzen revistes i publicacions que, o bé estan vinculades a una organització empresarial (com les del Fomento del Trabajo Nacional: "Fomento de la Producción" i "Economía Nacional e Internacional de la empresa"

que cap a l'any 1976 reforma el seu format i inclou uns continguts més adients a aquesta etapa, i passa a intitular-se "Horizonte Empresarial"), o bé se'n fan eco des d'una perspectiva afí (vegi's "Alta Dirección" de la Asociación Para el Progreso de la Dirección, "Actualidad Económica", etc. i tot el seguit de publicacions aparegudes durant 1977-79 com "Nueva Empresa", "Dinero", etc.).

La tasca efectuada pels centres d'estudi existents vinculats a diferents associacions d'empresaris com, per exemple, el Centro de Estudios y Asesoramiento Metalúrgico *El futuro de la metalurgia española*; *Salarios en la metalurgia: resultados de la encuesta 1975*; *Absentismo laboral* es veu enriquida per les aportacions dels nous gabinets de recerca i assessorament creats per les patronals. Així, el del Foment elabora des d'informes periòdics sobre la conjuntura econòmica fins a d'altres de caire més puntual com l'Estatut d'Autonomia de Catalunya, les eleccions al Parlament Català o les iniciatives de la Generalitat en matèria laboral. Normalment, aquests informes són publicats, totalment o parcialment a "Horizonte Empresarial". El mateix podria dir-se d'altres agrupacions territorials o federacions sectorials que, segons llurs possibilitats, confeccionen estudis que consideren necessaris per a l'acció empresarial i que tracten temes que els proporcionen un coneixement de l'àmbit o sector en el qual operen i, també, argumentacions per a les seves propostes.

En canvi, per a valorar la producció escrita en el terreny de la gestió i direcció d'empreses, de les tècniques de "managament" i de relacions humanes, hem d'apropar-nos fonamentalment a les publicacions editades per les diferents institucions pedagògiques encarregades de formar nous empresaris i directius (ESADE, IESE, EADA, Etc.). De la col·lecció d'ESADE es poden citar els següents títols: L. Pugés Cambra, *Economía, beneficio y ética*; J. Baruel Coll, *El desplazamiento industrial y sus efectos en la moral laboral*; M. Peña Batzán, *Dirección de personal: organización y técnicas*; E. Recio Figueras, *Planificación de los recursos humanos*. De l'IESE assenyalaríem: F. Errasti, *Retos actuales de la revolución industrial*; F. Domínguez del Brío, *Estrategia del crecimiento y del desarrollo económicos* i *Retos de la economía moderna*; F. Figuerola Esquins, *Naturaleza y método de la acción política en la empresa*. Aquestes institucions introdueixen també els debats que puguin produir-se a l'exterior, tot traduint les publicacions estrangeres més significatives.

Les noves tècniques d'organització, el canvi en la manera de gestionar el personal de l'empresa —dels "departaments de personal" es passa als "departaments de recursos humans"— i, darrerament, la preocupació entorn de la irrupció de la informàtica en el sector dels serveis, semblen ser els temes més analitzats. Últimament, també, el món empresarial dedica esforços a reivindicar públicament el benefici com a mòbil de la seva actuació, justificant el guany com a motor capaç de generar nova inversió, o senzillament, com a element intrínsec de la seva activitat.

Vegi's a títol d'exemple de tot el publicat durant el període citat: J. Lluís Navas, *El jefe o director de empresa*; E. Fondevila Roca, *El diagnóstico financiero de la empresa*; A. Valero Vicente, *Perspectiva de la dinámica social en la empresa mercantil*; J. Muro Sáenz, *Práctica de la inversión operativa empresarial*; A. Abad, *La empresa y el empresario ante el desarrollo*; A. Marzal, *Empresa y democracia económica*; A. Barella i Miró, *Principio del diseño de experimentación y optimización de procesos industriales*; J.M. Anzizu, *Cambio y desarrollo de las organizaciones*.

Les revistes anteriorment citades ("Horizonte Empresarial", Nueva Empresa"...) realitzen una important tasca de divulgació al públic menys especialitzat, dels temes abans esmentats.

Entitats com el Cercle d'Economia, editen periòdicament informes i celebren conferències, i les Cambres de Comerç, amb les seves publicacions, constitueixen un banc de dades important per al seguiment de la realitat empresarial i econòmica del nostre país.

En concret, la Cambra de Barcelona, demés de butlletins periòdics, publica d'altres in-

formes sobre temes específics. Vegi's els balanços anyals sobre l'economia i l'exportació catalana —*Memoria económica de Catalunya i Catalunya exporta*—; els informes sobre la integració a la CEE —*España y las comunidades europeas: situación y perspectivas, L'empresa catalana enfront de la nostra integració a la CEE*—; l'anàlisi de la crisi econòmica, *La crisis económica internacional. Reflexiones y propuestas*; el lligat a la qüestió autonòmica, *Estudio sobre la distribución de funciones, especialmente las de naturaleza económica en el marco de una autonomía regional. Aplicaciones a Catalunya*; l'estudi sobre *Investigación tecnológica en la Industria*, o la publicació de les *Jornadas sobre ingeniería, tecnología e investigación* de l'any 1978.

Per últim, cal fer referència als múltiples Congressos, Jornades i Seminaris organitzats el voltant de la problemàtica empresarial. Entre altres el Segon Congrés de la Petita i Mitjana Empresa, celebrat l'any 1978 i la celebració periòdica de la "Semana Económica Internacional" (anomenades també "Jornades Costa Brava").

Autors, idees i models forans.

És important remarcar aquí la influència de determinats autors —alguns traduïts en l'indicat període, altres encara inèdits—, corrents i models estrangers sobre la producció autòctona⁸.

En termes generals d'Itàlia i França arriben els textos més influents, i és el primer país el que fa notar més el seu pes en els sindicats i el moviment obrer en general.

Globalment pot dir-se que la producció intel·lectual de la península transalpina marca força els debats teòrics i polítics, i àdhuc científics, que afecten el món del treball. Un cert nombre de circumstàncies històriques que acosten els dos països expliquen aquest fenomen. Però també la riquesa del discurs polític i teòric italià i sobretot l'interès mutu per les dues realitats, i la solidaritat real palesa en tantes ocasions han provocat que fins i tot es publiquin llibres a Itàlia referits a les realitats d'ací. Val la pena esmentar M. Calamai *Storia del movimento operaio spagnolo del 1960 al 1975* i F. Bentivogli *Spagna, sindacato e democrazia*, que estan caracteritzats per un bon coneixement del tema i, especialment, per donar una gran quantitat de textos i documents històrics de gran valor per a comprendre l'evolució de les organitzacions obreres en la clandestinitat, en particular CC.OO. i USO.

El conjunt de la premsa obrera, i les revistes polítiques i científiques més destacades (Crítica Marxista, Primo Maggio, Enquesta, Classe, Sociologia del Lavoro, Rassegna Sindacale, Prospettiva Sindacale, etc. . .) són fonts en les quals beuen amb més o menys regularitat la gent d'aquí. "Il Manifesto", "Lotta Operaria", "Autonomia operaria" han estat pols de referència per al debat de certs sectors de l'esquerra.

Pel que concerneix la salut i el treball, el model italià d'intervenció en la fàbrica i el model de territorialització de la salut, coneguts a través d'autors con Oddone, Marri i la revista "Medicina dei Lavoratori", s'han vist reflectits en experiències iniciades darrerament per alguns Ajuntaments com és el cas del Centre de Salut Laboral de Cornellà i el de Barcelona. Tant l'Escola de Formació i Acció Sindical (EFAS) de la USO com després l'editorial Avance, han publicat la traducció de "L'ambiente di Lavoro" on s'exposa el model d'anàlisi sindical dels riscos derivats de les condicions de treball. També en els models de formació sindical, s'hi troba la petjada italiana; així com en les discussions sobre la ciència i el progrés tècnic mercès a les aportacions de Momigliano, de l'Institut Gramsci, etc...⁹.

Amb menys intensitat, també han arribat influències dels sindicats i moviment obrer francès. Posicions com les de la CFDT, potser més irradiants en anteriors temps, i autors com Mallet, Belleville, Gorz han assenyalat nous camins per a l'acció sindical i plantejat les noves formes que prenen certs sectors de la classe obrera.

Però el pes dels autors francesos s'ha fet més notori en el camp de l'estudi del Treball. Per exemple, es podrien citar les obres, del ja anomenat Gorz, de Coriat, de Linhart, sobre la divisió del treball i el Taylorisme, de Freissenet sobre la desqualificació de la força de treball, els mètodes de LEST i del R-NUR per a l'anàlisi de les condicions de treball, etc. . .

Els autors més incidents en les bibliografies per a estudiants de Sociologia del Treball a casa nostra, continuen essent els francesos. Es tradueix el manual de P. Rolle que prossegueix la tradició dels Friedmann-Naville, Bolle de Bal i Mottez.

En la vessant de l'òrbita empresarial tampoc no han passat desapercebudes i curiosament estan arribant al gran públic, les obres de Servan Schreiber.

En canvi el paper dels països anglosaxons és un xic diferent. L'ideari produït a la República Federal Alemanya perd en aquests anys un cert terreny. Els diferents sistemes de participació, i la cogestió en particular, han deixat d'ésser un dels grans temes de debat. Els autors alemanys, no són gairebé traduïts i tampoc no es veuen reflectits en l'obra escrita de la gent d'aquí. Talment passa amb els textos sindicals, malgrat que les bases que inspiren el model sindical alemany semblen orientar les actuacions de l'UGT.

Tanmateix Gran Bretanya i Estats Units continuen pesant ja sigui en els sectors empresarials com en els dels estudiosos del treball. Per tant, no són desconegudes les tesis de les Escoles de Relacions Humanes i les de les Relacions Industrials a través d'autors com Roberts, Kerr, Clegg, Flanders i Dunlop, alguns dels quals han estat traduïts. Bell en el camp de la informàtica i els ordinadors, Druker en el de la gestió operacional i la investigació operativa, Levinson en el de direcció per objectius o els mateixos Galbraith, Argyris, etc. . . també tenen ací un relatiu ressò. Cal assenyalar també a un nivell més divulgatiu, l'obra de Toffler, i el fet que la dita "Escola de Harvard" aporta moltes de les obres traduïdes i publicades en les col·leccions empresarials autòctones.

Per acabar, en el terreny de la història, però també afectant la metodologia i molts dels temes implícits dels sociòlegs del treball, cal ressaltar les últimes recerques dels historiadors anglesos com Thompson i Hobsbawm. Sense desconèixer la presència minoritària però real, del pensament radical americà i les seves aportacions sobre el valor del treball productiu, improductiu, domèstic, etc. . .

Per a un balanç temàtic

Estudiades les principals àrees d'interès d'aquests darrers anys dins la Sociologia de Treball, bo serà que s'explicitin més acuradament quins han estat els temes més tractats en les diverses publicacions.

En primer lloc, hi ha una sèrie dedicada als principals teòrics sobre el sindicalisme, el moviment obrer, i la seva estratègia, on apareixen reflexions entorn de les diferents formes d'entendre el sindicat ¹⁰. També cal fer menció d'un seguit d'articles que reflecteixen les diverses ideologies i opcions del moviment obrer (els de J. Martínez Alier i d'Aulo Casamayor a "Cuadernos Ruedo Ibérico" núm. 43-45 i 58-60; els de J. Estivill, A. Martín, J. Aznar i J. Vergés a la revista "Transición" núm. 10-11, 17 i 20; el de M. Pujades a "Taula de Canvi" núm 4). Tots són però en la seva major part, fruit d'una visió encara massa puntual, posat que la conjuntura, de la qual són fills, no ha permès una reflexió més global sobre la teoria sindical.

Dins l'apartat teòric, podem considerar un grup de publicacions que fan referència a la formalització jurídica que ha modelat les relacions de treball durant aquesta etapa i les qüestions més concretes de l'acció sindical (I. Albiol Montesinos, *Representación sindical en España*; F. Pérez Amorós, F. Almendros, E. Rojo, *Régimen sindical, participación y regulación del despido en el Derecho Europeo (Francia, Italia, Inglaterra, R.F.A.)*; J. Lluís i Navas, *El condicionamiento jurídico del ejercicio de la dirección o jefatura de empresa*. I els

articles de F. Celada, J.A. Villamor, M.Ludevid, E.Durán a "Transición" núm. 30,4,12 i 18).

A continuació cal destacar tot un seguit de publicacions que mostren la creixent preocupació vers el tema de l'organització del treball. Les aportacions de J.N. García Nieto en el llibre *Tiempos Modernos*, i de J. Molsosa en *La organización del trabajo: cómo funciona la empresa capitalista* són els exemples d'una tasca que s'ha vist acompanyada recentment pels articles de J.R. Tomás i J. Estivill a la revista "Sociología del Trabajo" núm. 1, els de Recio i Vergara a "Revista Mensual" Vol. 4 núm. 5, dedicada monogràficament a aquesta problemàtica.

Una altra qüestió que veu augmentar el volum d'escrits, és la que gira a l'entorn de la salut i el treball; incidint tant en l'estudi dels aspectes qualitius per damunt dels quantitius com en els esforços evidents per a explicitar les causes que hi ha darrera les xifres. Dels primers moments on regnaven els informes elaborats per metges i tècnics en Seguretat i Higiene s'evoluciona cap a una perspectiva molt més lligada al món del treball, tot i que els sindicats encara no manifesten directrius sobre un terreny tan primordial per als treballadors. Vegi's els diversos articles a la revista "Medicina de Empresa" núm. 3, vol. 10 i núm. 1 vol. 8, de M. Baselga, E. Castejón, S. Ripoll, A. Guarnier i el llibre *El accidente de trabajo* coordinat pel doctor Valverde; les ponències presentades: a les "Jornades de Salut i Treball" de març de 1979 a Barcelona; a les Primeres "Jornades de Sanitat del PSUC" del febrer de 1978; al VII, VIII i IX Congrés Nacional de Medicina de 1973, 1976 i 1979 respectivament, i al Congrés de Metges i Biòlegs que es va fer a Reus l'any 1980. També existeixen publicacions d'un nivell que podríem considerar més divulgatiu, com poden ser el llibre d'I. Fina i S. Castejón, *¿Qué son las enfermedades Laborales?*, i els articles apareguts a "Transición" núm. 17 d'I. Fina, E. González Duro, a "Mientrastanto" núm. 1 d'E. Rodríguez Farré, i a "Lluita Obrera" escrits pel col·lectiu J. Bialel.

La incidència de l'absentisme és un dels aspectes relacionats amb el procés productiu que ha estat tractat més tardanament al nostre país. Els empresaris són els primers interessats en parlar d'aquesta qüestió. Només cal recordar l'estudi de l'Institut Industrial de Terrassa l'any 1972, els del CEAM de l'any 1974 i la recerca feta al sector de la construcció per la FEC: *El absentismo en la construcción: una experiencia*, primer estudi que es planteja un seguiment en el temps del fenomen. Aquests estudis, són els primers en presentar una visió quantitativa del fenomen absentista, tenint en compte que la seva tipificació és producte del punt de mira empresarial. En el camp de les propostes teòriques sobre l'absentisme senyalem la ponència presentada per J. Estivill i I. Pons al Congrés de Toledo, de l'any 1980, així com les aportacions fetes des del camp de la medicina laboral, pels Doctors Gili Maluquer i Martí Mercadal, a "Medicina de la Empresa" núm. 1 i 2.

La incidència de la crisi en el món del treball, és un dels temes que darrerament està essent el protagonista dels escrits elaborats pels sindicats. Vegi's entre d'altres, el llibre de l'Equipo de Análisis Laborales. *Los trabajadores de la construcción frente a la crisis*; l'informe de la CONC *Sacar a Tarragona de la crisis. Alternativa de CC.OO. de Tarragona* i l'article a la revista "Sociología del Trabajo" núm. 4 de A. Martín *El movimiento sindical en una encrucijada: la lucha frente a las multinacionales*. La crisi també ha estat tractada des d'altres perspectives més globals i properes a la perspectiva empresarial. Vegi's J.M. Cullell, *Capitalisme i crisi econòmica a l'àrea occidental i peninsular*. Altres escrits també prou nombrosos intenten una aproximació més crítica al tema. Com a més representatius d'aquest tipus de reflexió teòrica podem citar A. Estradé i J. Abel Casado, *El nuevo corporativismo. Una salida capitalista a la crisis*. "Transición" núm. 14 i J. Iglesias, *Crisis, pactos y distribución de la renta en España*, "Revista Mensual" vol. 2 núm. 9.

El temari del mercat de treball i l'atur és també centre d'atenció preferent en aquests darrer anys, provocat per les repercussions de la crisi. Encara que una vegada més no s'ha assolit el cos d'una teoria elaborada, el debat és força intens, malgrat que no sempre s'ha

vist reflectit de forma escrita. En el núm. 30-31 de la revista "Documentación Social" hi trobem dos articles (J. Estivill i M. Roiz) que analitzen factors i sectors concrets del mercat de treball. En el núm. 4 i al 14 de "Transición", els articles de M. Gil i L. Fina apunten cap a consideracions de tipus més general sobre els salaris, el mercat de treball i la política econòmica: els núm 1 i 2 de la revista "Sociología del Trabajo" es fan ressò de la problemàtica sobre la qualificació i desqualificació de la mà d'obra, lligada al tema de l'organització del treball i de la Formació Professional, tot posant en qüestió les teories que relacionen l'augment de la qualificació amb un major grau de desenvolupament capitalista. Per a la Formació Professional vegi's els treballs publicats per O. Homs, J.E. Sanchez, F. Pesqueria, M. Comas i J. Vives.

La qüestió de l'atur i de l'ocupació ha estat tema d'interès per a la Conselleria del Treball de la Generalitat, la qual l'any 1979 va organitzar unes "Jornades sobre l'Atur" amb la participació de diversos especialistes, sindicats, partits i patronals,

L'anàlisi sociològica de les professions ha estat de sempre una àrea molt treballada. J. Marcos és un dels capdavaners d'aquestes investigacions. Ja el 1974 publicava *Los ingenieros entre el pasado y el futuro. Un estudio sociológico entorno a la práctica y a la imagen de la profesión entre los ingenieros industriales en Catalunya*; i posteriorment, *El conflicto de las clases técnicas, un falso problema*. Seguint aquest camí trobem l'estudi de J. Estruch i A. M. Güell *Sociología de una profesión: los asistentes sociales*. I a l'ensens cal esmentar els articles de J. Crespán. *Éls tècnics i els professionals en l'acció sindical* a "Taula de Canvi" núm. 4, de A. Zaragoza. *Tècnics i classes socials* a "Mientrastanto" núm. 1, i *Abogacía y Política*.

El tema de l'ecologia i de l'impacte de les noves tecnologies en el món del treball és una de les qüestions que acaben d'incorporar-se a l'àrea de la Sociologia del Treball. Encara que tot el publicat fins ara incideix marginalment en aquesta especialitat, es fa evident la influència de les publicacions d'autors estrangers, i el seu ressò en les revistes que tenen una visió més crítica sobre aquests fets. Veure "Transición", l'antiga "Materiales", l'actual "Mientrastanto", etc.).

S'ha volgut deixar per al final un punt poc tractat pels especialistes i estudiosos del món del treball, i que darrerament ha vist com emergien algunes aportacions provinents del món del feminisme, i de les militants sindicals més conscients: les qüestions de la relació entre les dones i el treball. En el primer cas hi ha una manca clara de teoria autòctona. La major part d'aproximacions al tema són derivacions dels estudis fets per les pensadores anglosaxones sobre l'anàlisi del treball domèstic. Vegi's "Transición" núm. 17 i 20, Genoveva Rojo *El trabajo doméstico, trabajo peligroso*, i S. Martí *El trabajo doméstico a revisión*; l'article de G. Adinolfi a "Mientrastanto" núm. 3: *Esquema sobre el trabajo doméstico*, i les ponències presentades per M. J. Izquierdo i A. Berengueres a les Jornades de Dones Independents, l'octubre de 1980. En el segon cas, cal parlar molt especialment de les publicacions de la Secretaria de la Dona de la CONC, que demés d'ésser les pioneres en aquesta mena de treball fins ara en tenen l'exclusiva. Vegi's les ponències presentades a les Primeres i Segones Jornades de CC.OO. sobre la dona treballadora: *La mujer un paro silencioso* (també publicat a Transición núm. 27) i *Proteccionismo y Discriminación de la Mujer en la Legislación Laboral*. Els llibres publicats sobre aquest tema són escassos. Una petita mostra del que s'ha fet pot ésser L. Falcon, *Los derechos laborales de la mujer*; M. K. Benet, *El ghetto de las secretarias* i AA. VV. *El ama de casa bajo el capitalismo*.

El paper de la sociologia del treball

El període de temps que abasta aquesta anàlisi es també el del reconeixement de la Sociologia del Treball com a especialitat a Catalunya. Un primer indicador pot ser-ne el que més

d'una vintena de membres de l'Associació Catalana de Sociologia, segons el seu anuari, diuen estar interessats o dedicar-se professionalment a aquesta especialitat. Segons dades del 2n. butlletí són més de 10 els Centres on s'imparteix la docència d'aquesta matèria, a la Universitat i a les Escoles Universitàries d'Estudis Empresarials, o bé a d'altres institucions similars¹¹, i ja sigui sota el nom de Sociologia del Treball, Sociologia de l'Empresa o Sociologia Industrial.

Tal procés d'institucionalització, especialment a la segona etapa d'aquest període, passa per l'aparició, l'any 1979, de la revista *Sociología del Trabajo*, que recull aportacions sobre els temes més punyents del món del treball. És l'època de la creació de l'"Asociación de las Relaciones de Trabajo del Estado Español" (ARTEE), que promou l'intercanvi entre tots els que viuen i s'interessen per l'anàlisi de les relacions de treball, tot tractant-ho des d'una perspectiva interdisciplinària. Amb aquest motiu l'ARTEE va convocar un primer col·loqui l'any 1978 sobre el "Movimiento Obrero y la Organización del Trabajo" celebrat a Madrid.

Aquesta capacitat d'organització i de presència pública de tots els interessats per les qüestions del treball queda reflectida igualment pels diversos Congressos i Jornades realitzades aquests tres darrers anys. Les ja citades "Jornades sobre l'Atur" de 1979 i el seminari del LEST celebrat a l'ICE de la Universitat Politècnica, l'any 1978; les "Jornades de Salut i Treball" convocades per la Coordinadora de Laboralistes de Catalunya i la Societat Catalana de Seguretat i Medicina del Treball, i el seminari sobre Economia i Treball realitzat a la Universitat Autònoma, l'any 1980.

La presència del tema treball al món editorial, si bé veu desaparèixer una de les col·leccions pioneres en les seves aportacions a l'àrea de la Sociologia del Treball —"Trabajo y Sociedad" de l'editorial Nova Terra— també veu el naixement de la col·lecció "1º de Mayo" a l'editorial Laia. Seguint un enfoc diferent continua la tradicional "Serie de Estudios Jurídicos" de l'editorial Tecnos i desapareix definitivament la col·lecció "La Empresa y el Hombre" de Rialp.

Les investigacions, sempre estan vinculades a les necessitats i als objectius més directes dels sindicats, dels empresaris o dels universitaris. Serveixen d'exemples, les enquestes i estudis fets per la CONC sobre "Comités de Empresa", "Condicions del Treball al Sector del Metall" i "Condicions de Treball de la Dona". Els estudis sobre "La Patronal", "El moviment obrer i la qüestió nacional", "Les Seccions Sindicals", "Les Multinacionals", "Les condicions de Treball a les Mines d'Astúries, a l'Hosteleria de Mallorca i al sector químic de Catalunya", realitzats per membres del Centre d'Estudis Socials de Barcelona¹².

Nogensmenys interessants són les recerques desenvolupades a l'Institut Territorial de Seguretat i les encapçalades per M. Baselga sobre qüestions de Salut i Treball. (Recordem entre d'altres la confecció del mapa de sinistralitat de Catalunya).

Unes primeres conclusions

Enllà del problema ja posat de manifest repetides vegades en aquestes pàgines sobre la manca de teoria i metodologia específiques, la impressió que es dedueix d'una primera aproximació a la Sociologia del Treball d'aquest període, és el procés de clarificació que s'ha seguit en aquest terreny després de la mort del dictador. Aquest aconteixement, propicia la irrupció pública dels veritables protagonistes del món del treball, fet que es tradueix tant en llur institucionalització com en llurs escrits, i facilita la identificació en el seu respectiu bàndol de cadascuna de les parts interessades.

El procés de desemascarament d'una situació generada pel franquisme passa per una doble etapa. En un primer nivell les forces protagonistes del món del treball es veuen abocades a unes necessitats que segueixen una doble dimensió. Com ja s'ha vist en l'anàlisi dels

anys 1974-76, en aquest període queden reflectides les aportacions fetes per a explicitar qui són i quina és la seva actuació. Aquesta etapa és també la del tractament i l'estudi d'una temàtica de signe més generalitzador per oposició a una segona on predominen les publicacions sobre temes més puntuals i específics.

Així aquests anys, tant els sindicats com les associacions patronals dediquen llurs esforços a aconseguir cohesionar-se internament per mitjà fonamentalment del que es podria qualificar com procés d'informació-formació. Per un costat reforcen els canals de comunicació interna (butlletins, informes, enquestes...) per tal d'informar llurs afiliats de l'estratègia de l'organització, de les resolucions preses davant de temes concrets (eleccions, pactes, estatut dels treballadors, crisi econòmica, etc.), i de llurs activitats. I per l'altre, la formació és també considerada com a vehicle transmissor de les idees i els valors que configuren el marc de les respectives organitzacions.

Si hom fixa l'atenció en els membres que constitueixen la major part dels equips que elaboren els papers d'informació-formació, hom troba difícilment altres noms que no siguin els d'especialistes lligats a les organitzacions fins ara considerades. Això no significa una condició sine qua non per a tots els qui desenvolupen llur tasca en el terreny de la Sociologia del Treball. Però posa de manifest la problemàtica existent a l'entorn de l'articulació dels intel·lectuals amb el món del treball. Aquesta articulació sempre complexa, fa que en aquest cas la relació entre coneixement científic i ideologia sigui encara més laboriosa.

Sigui com sigui l'enfoc que els diversos especialistes donin a llurs recerques i publicacions, queda prou clar que la Sociologia del Treball pren noves orientacions posat el nou marc de les relacions del treball. Si a la dècada dels 60 el desenvolupament econòmic basat en una forta industrialització generava una Sociologia del Treball que podria ésser caracteritzada com a pròpia del sector secundari, els anys 80, hereus de la crisi iniciada vers la meitat del 70, continuen les reflexions encetades per aquesta i hom pot parlar d'una Sociologia del Treball del sector terciari i àdhuc del que molts anomenen quaternari. La necessitat de trobar sortides a un model "desarrollista" que ha fet fallida, qüestiona el valor del treball productiu, qüestionament sentit per un nombre cada vegada més important de treballadors. Les velles idees sobre l'alèrgia al treball, el treballar menys per a treballar tots, el dret del treballador al lleure, etc...

El canvi que tot això comporta motiva l'afany per a analitzar qüestions tals com la crisi de valors culturals o el sorgiment de noves actituds vers les institucions tradicionals. Darrerament tant els sindicats com les associacions patronals reforcen l'estudi de la incidència de llurs organitzacions enfront de l'Estat i dels processos autonòmics. Conjuntament amb aquesta perspectiva global, sembla que cada dia esdevingui més fort l'interès envers les recerques sobre el que podria anomenar-se "Micro-Sociologia del Treball" o anàlisi de les relacions del treball tal i com es produeixen a l'interior de les fàbriques (estudis sobre les condicions de treball, les noves tècniques d'organització del treball, les qüestions de salut, etc.).

L'ampli ventall d'oportunitats que tots aquests temes suggereixen, fan que aquestes notes puguin rubricar-se amb un cert grau d'optimisme. El repte però implícit en l'evolució del marc de les relacions del treball, planteja una alternativa a la Sociologia del Treball. Una possibilitat, passa pel tancament sobre si mateixa, no volent reconèixer les noves dimensions, i l'altra, per l'obertura i acceptació d'aquestes, tot i corrent el risc de perdre allò que constitueix el nucli més substantiu de la seva perspectiva. Aquest fet implica qüestionar bona part dels seus supòsits teòrics i metodològics dominants, fins ara, a la Sociologia del Treball.

Notes

- (1) Seguint les indicacions dels organitzadors de les I Jornades de Sociologia a Catalunya, va constituir-se el grup de Sociologia del Treball, en el si del qual, els autors, membres i col·laboradors del Centre d'Estudis Socials de Barcelona, varen responsabilitzar-se de portar a terme un balanç bibliogràfic en aquesta àrea d'acord amb les línies del treball senyalades. Aquesta comunicació, resultat de llur esforç col·lectiu, pren una forma necessàriament esquemàtica a causa dels límits d'espai de la publicació. Tanmateix s'ha constituït en el Centre d'Estudis Socials un fitxer consultable amb més d'un centenar de referències. Els autors tenen la intenció d'ampliar aquesta recerca passant a una lectura més valorativa.
- (2) Per a una ampliació de la discussió sobre la necessitat de globalitat i el caràcter interdisciplinari del tractament científic del treball, veure entre altres: Milton Daiber "*Divergent tendencies in Industrial Relations research*". *Industrial and Labor Relations Review*. Vol. 17. núm. 4. 1964, Kysley Laffer "*Relaciones de trabajo: su enseñanza y ámbito de aplicación*". Butlletí de l'Institut Internacional d'Estudis Socials núm. 5. Novembre 1968. F. Ferrarotti "*La sociologia industriale in America e in Europa*". Ed. Taylor. Torino. 1960 (pàg. 10 a 18). Rodolfo Quintero "*Elementos para una sociología del Trabajo*". Universidad Central de Venezuela. Caracas, 1963 (pàg. 14 a 23). Michael Hronsky "*Rôle et fonctions des Centres de Relations ouvrières et professionnelles en Tchécoslovaquie*". II Congrès Mundial de l'A.I.R.T. Ginebra, 1970. A. Etzioni "*Industrial sociology: The study of economic organizations*". *Rev. Social Reserch*. 1958. Guy Gaire "*Les syndicats ouvriers*" P.U.F. Paris, 1971 (pàg. 24 a 32).
- (3) Jordi Estivill "*Notes per a una història recent dels estudis del treball i producció intel·lectual i lluita de classes*". *Revista Aínes* núm. 1 Universitat de Perpinyà. Desembre 1974 (pàg. 101 a 134). També ha estat publicat en el recull de documents agrupats sota el títol "*Trabajo y sociología del Trabajo en España (1937-1975)*". Editat per J.J. Castillo, S. Castillo, J. Estivill, C. Prieto en el marc de la Facultat de Ciències Polítiques i Sociologia de la Universitat Complutense de Madrid.
- (4) No és d'estranyar que, pràcticament, els números de la revista *Sociología del Trabajo* estiguin presidiats per aital preocupació.
- (5) Una de les diferències entre aquest article i l'anterior és el del territori que abasta. El País Valencià en major grau i les Illes i Catalunya Nord tenen un volum prou considerable de publicacions, que encara haguessin complicat més la temptativa dels autors.
- (6) Algun dia caldrà escriure la història de la censura i no únicament des del punt de vista literari. La censura mesurava molt bé a qui anaven dirigides les publicacions. Així, les editorials obreres entre les que van sobresortir Nova Terra i ZYX eren molt més reprimides que les altres. A títol d'exemple, per a la col·lecció *Trabajo y Sociedad* varen ésser rebutjats més de 100 títols proposats en poc més de tres anys.
- (7) Per raons d'espai no es donen les cites bibliogràfiques completes. S'ha triat indicar només el nom de l'autor i el títol del llibre a fi d'exemplificar els diferents apartats. La referència completa es pot trobar en el fitxer confectionat esmentat en la nota núm. 1.
- (8) S'agrupen els autors i tendències en funció de llur país d'origen.
- (9) És evident que una recerca a portar a terme seria precisament el que aquest apartat intenta suggerir. Llavors es podria ésser molt menys "l·listogràfic" i més explicatiu. Una vegada més, raons d'espai obliguen un determinat estil. Per a un aprofundiment de les primeres influències estrangeres, vegi's el pròleg de Jordi Estivill a l'obra de Dunlop *Sistemas de Relaciones Industriales*. Ed. Península. Barcelona, 1978.
- (10) Vegi's els llibres esmentats a l'apartat sobre l'eufòria productiva dels anys 1976-1977.
- (11) Vegi's el programa dels cursos a ESADE, EMI, EADA, ICESB, etc.
- (12) Per a veure les recerques lligades al món empresarial, vegi's l'apartat on es parla de la producció elaborada pels centres d'estudis de les organitzacions patronals.

NOTES PER A UN DEBAT SOBRE CORPORACIONS MULTINACIONALS I ACCIÓ SINDICAL

Antonio Martín Artilles

A. Introducció

El tema de les corporacions multinacionals ha estat abordat en general des d'una perspectiva econòmica. Malgrat això, el seu pes, com a vehicle dinamitzador i modificador de les relacions socials, polítiques i sindicals, i homogeneïtzador de la vida social i cultural, el situa també dins l'àrea de la sociologia.

Així, doncs, l'objecte d'aquestes línies és plantejar la problemàtica de les multinacionals des de l'angle de la sociologia. I més concretament des de la sociologia lligada amb el moviment obrer i sindical en la mesura que la presència cada vegada més activa d'aquestes corporacions a l'Estat espanyol posa de relleu la necessitat d'estudiar, debatre i formular enfront d'elles unes línies d'actuació per raó de la creixent dependència socio-política i econòmica amb els centres de poder transnacionals.

En aquests fulls es pretén d'atreure l'atenció sobre els límits que les empreses multinacionals imposen a l'acció sindical, així com els nous camins de resposta que tracta de formular el sindicalisme. En aquest sentit, la present comunicació (que forma part d'un conjunt de reflexions sobre multinacionals i sindicats desenvolupades en l'àmbit del Centre d'Estudis Socials) té com a objecte atreure l'atenció vers el terreny de la confrontació entre les corporacions multinacionals i els treballadors. És a dir, sobre un aspecte del problema que aplega experiències de lluita i reflexió de treballadors i sindicalistes de diverses empreses i països. Aquestes aportacions s'han realitzat de tres maneres:

1) Contacte directe amb els treballadors de corporacions multinacionals de diferents punts d'Espanya, als quals se'ls va fer entrevistes de *tipus qualitatiu*, partint d'un *qüestionari obert i focalitzat*, durant el Seminari sobre Multinacionals i Sindicats realitzat per la Unió Sindical Obrera (USO) i la Confederació Mundial del Treball (CMT) el mes de setembre de 1979 a Barcelona. La informació obtinguda correspon a declaracions de delegats de les següents empreses: Ford Espanya, Stàndard Elèctrica, Robert Bosch, Michelin, Bayer Hispània, Solvay, Minnesota Mining and Manufacturing, Derivats del Fluor, Klein, Rexpack, Alter, Bimbo, Danone i Avon.

2) Un altre tipus d'informació recollida és la que es derivà d'una *enquesta lliure* a delegats de CC.OO. de Catalunya empleats a Nestlé, Pirelli, Aiscondel, Coca-Cola, Seat i Solvay el mes de juliol de 1979. L'octubre d'aquest any també es va fer l'enquesta amb delegats de la USO de Catalunya del sector elèctric i electrònic de les següents empreses: AEG, Philips Ibèrica, Vanguard, Grundig i Asea-Ces.

A nivell internacional un devesall important d'informació és la procedent del Seminari de la Comissió de Multinacionals de la CMT reunida el març de 1980 a la localitat de Houffliffe (Bèlgica) i en la qual hi foren representats sindicats d'àrees desenvolupades i del Tercer Món. Europa: CFDT (França), CGIL, UIL, CISL, ACLI (Itàlia), CSC (Bèlgica), CNV (Holanda), PASKE (Grècia), DISK (Turquia), CSY (Iugoslàvia); Àsia: SOHIO (Japó), APTUC

(Pakistà), BATU (Filipines), NCTL (Tailàndia), BSSF (Bangladesh); Àfrica: SEKRIMA (Madagascar), FETRABENIN (República Benin), TUC (Gàmbia), PFWU (Serra Lleona), i Organisation of African Trade Union Unity (Regional CMT d'Àfrica); Amèrica Llatina: FAT (Mèxic), UNAMUT (República Dominicana), FUT—exterior (Xile), CLAT (Regional CMT d'Amèrica Llatina); Amèrica del Nord: CSN (Canadà).

3) Finalment, una altra via d'informació és la recollida en documents de les centrals sindicals i materials bibliogràfics d'especialistes en aquest tema, alguns dels quals se citen a peu de pàgina.

Un cop assenyalats breument els canals d'informació, tan sols manca determinar els eixos de l'exposició. En primer lloc realitzaré unes notes entorn de les relacions Estat i Multinacionals. En segon lloc una caracterització de les dificultats inherents a la confrontació. Després un esbós tipològic de les respostes sindicals i finalment una menció als principals interrogants que com espases rutilen sobre el moviment obrer i sindical, tot i situant-lo en una cruïlla.

B. Aproximació a les relacions Multinacionals i Estats.

Els anys següents a la Segona Guerra Mundial les empreses multinacionals han extès acceleradament llurs tentacles per quasi bé tot el món. Aquest moviment d'expansió de llur poder mitjançant la circulació de capitals i mercaderies en la seva forma capitalista ha portat a concentrar el poder polític i econòmic cada vegada en menys mans.¹ La gran força de les multinacionals per impulsar aquesta dinàmica deriva de llur capacitat de *mobilitat geogràfica* i del *control* de la *tecnologia* que les permet de realitzar innovacions "salvatges". Aquests dos elements situen les multinacionals en una relació hegemònica enfront de l'Estat, institucions intergovernamentals, treballadors i sindicats.²

El poder de les empreses multinacionals ha arribat fins el punt que el volum de vendes d'algunes d'aquestes és *més gran* que el PNB de països industrialitzats. Per exemple, el volum de vendes de l'ITT és superior al PNB de països com Bèlgica, Holanda o Suïssa. Aquesta situació en termes de poder col·loca les companyies en millor posició a l'hora de negociar amb els Estats de manera que tendeixen a imposar llurs condicions. Aquest és el cas de la General Motors: abans de decidir el seu establiment a Espanya negocià amb el govern austríac i el francès cercant condicions més avantatjoses. Si tenim en compte que l'atur afecta també aquests països, la inversió de la General Motors suposava un mitjà per mitigar la desocupació que tant preocupa els governs europeus. En aquest context, la posició negociadora de la General Motors era dominant.

Finalment fou el govern espanyol el que oferí majors facilitats i la General Motors imposà les seves condicions: construcció d'una infraestructura adequada, només el govern serà el seu interlocutor i concessió d'un préstec de 10 mil milions de pessetes. Abans de concretar el punt de la instal·lació, el govern proposà que la fàbrica s'ubiqués a Cadis o a El Ferrol amb l'objecte d'absorbir l'atur procedent de la restructuració del sector naval, però la General Motors elegí Saragossa per establir-se.³

Altres exemples del paper cada vegada més rellevant de les firmes transnacionals enfront dels governs són el cas de l'ITT a Xile, que contribuï de manera singular a l'enderrocament de Salvador Allende o el sabotatge econòmic que realitzaren les multinacionals a Portugal arran de la Revolució dels clavells.

Per tant, els programes econòmics dels governs cada cop es veuen més *desbordats* per l'acció de les *multinacionals* que, amb l'ajut d'institucions claus del sistema financer internacional (FMI, Banc Mundial, etc.), bombardegen els reduïts que es resisteixen a la internacionalització del capital obligant-los a baixar les barreres aranzelàries a fi que puguin circular capitals, béns i serveis per anar modelant la divisió internacional del treball favorablement a llurs interessos.⁴

En efecte, les *institucions financeres* internacionals tendeixen a *imposar condicions* en favor de les firmes multinacionals, atès que aquests organismes es troben *infiltrats* pels interessos i la ideologia del capital multinacional⁵. Així, doncs, el recent assalt de la banca estrangera en l'Estat espanyol fou acompanyat d'un bombardeig dels esmentats organismes amb l'objectiu d'esfondrar les muralles dels set bancs espanyols que controlaven el 40% dels havers industrials. En aquest atac conjunt entre institucions internacionals i els grans bancs es posa de manifest la complementació d'uns i altres com a instruments del capital monopolista transnacional.

En aquest sentit, les institucions financeres recomanaren al govern espanyol la lliberalització del sector bancari en el moment en què el deute exterior del país estava en un 75% en mans de bancs comercials estrangers. Un cop aprovada pel Consell de Ministres l'esmentada lliberalització i un cop difosa amb gran alegria a través dels mitjans de comunicació internacionals, ja hi havia 65 bancs esperant autorització... I després, la corresponent gratitud del capital transnacional es manifestà a través d'un crèdit de 295 milions de dòlars per mitjà del FMI, ensems amb un ajut del Congrés USA de 70 milions de dòlars no reemborsables.

Alhora, les pressions d'aquests organismes i de la banca internacional també es dirigien a estimular les exportacions espanyoles, amb la qual cosa augmentava la dependència de la producció envers els mercats internacionals.

Totes aquestes qüestions posen de manifest la *imbricació creixent* de les *economies nacionals* amb l'economia internacional, el comerç de la qual es controlat per les multinacionals en un 40%. Però a més a més, posa de relleu la supeditació dels programes de desenvolupament econòmic dels estats en funció dels interessos del capital monopolista, així com la limitació de l'acció dels sindicats per l'*espai territorial* de la lluita i per la pròpia estructura organitzativa reduïda a l'àmbit nacional en contraposició a l'àrea internacional en què desenvolupen llurs activitats les corporacions multinacionals.

C. Sobre les dificultats del sindicalisme enfront de les multinacionals.

En aquest ambient l'acció sindical enfront de les corporacions multinacionals topa a més a més amb els nombrosos mecanismes que utilitzen aquestes en la recerca d'una relació de forces favorable en la confrontació amb els treballadors. Enumerem uns quants d'aquests mecanismes:

- internacionalització del procés de fabricació per evitar la *dependència* d'una sola planta que pugui bloquejar en cas de conflicte tota la corporació⁶;
- una capacitat financera que li proporciona resistència perllongada en els conflictes, quan no el "lock-out";
- transferència de producció d'un país a un altre o bé la intensificació de la producció en algunes filials en cas de vagues;
- diversificació de les inversions en un bon nombre d'empreses aparentment inconnexes per a dividir els treballadors en diferents convenis i condicions de treball⁷;
- transferència de preus i beneficis a la casa matriu o bé als "paradisos fiscals" mitjançant el comerç entre les filials amb la qual cosa evita mesures de control i capacitat informativa envers l'Administració dels països en els quals operen⁸;
- inflar preus de mercaderies que circulen entre les filials, amb la qual cosa poden desestabilitzar la política monetària d'un país;
- i una altra mesura desestabilitzadora consisteix en subfacturar, vendre o autovendre's per sota del preu de cost, la qual cosa fa que a poc a poc va portant a la ruïna a una filial concreta quan ho considera oportú la casa central⁹.

Dins d'aquest context, doncs, l'acció dels sindicats esdevé difícil atès que llur aparell organitzatiu és d'àmbit estatal a diferència de les corporacions multinacionals que operen i s'articulen en un nivell internacional. D'altra banda, per al sindicalisme existeixen d'al-

tres esculls derivats de llur pròpia naturalesa: divisió política i ideològica dels sindicats, fins i tot a nivell de les Internacionals sindicals¹⁰, diferents procediments legislatius en matèria de negociació col·lectiva; duració desigual dels convenis; diversitat dels continguts de la negociació col·lectiva segons els països; diferents reivindicacions en funció de la lluita sindical; opcions de política econòmica diferenciada; major o menor grau d'implantació sindical i, per tant, de força; diferents estructures organitzatives dels sindicats i, encara, l'existència de quantitat de llengües que dificulten la coordinació de les Seccions Sindicals i/o dels Comitès d'Empresa per fer intercanvi d'informació.

En resum, les multinacionals s'envolten d'una sèrie de barreres per posar-se fora de l'abast dels treballadors i dels sindicats. Malgrat les contrarietats esmentades, el sindicalisme tracta de desenvolupar una estratègia. Però la qüestió és com recomposar l'acció sindical. Com articular una solidaritat efectiva de la classe obrera a nivell internacional en la mesura que la seva imbricació i interdependència és cada cop més tangible i "material" com a resultat de la creixent internacionalització del capital?

D. Vers una tipologia d'acció sindical en la confrontació amb les multinacionals.

El sindicalisme, en correspondència directa a la problemàtica suscitada per les corporacions multinacionals, apunta (a més a més de la constitució d'un organisme supranacional, com és el cas de la Confederació Europea de Sindicats —CES—)¹¹ vers noves línies d'acció la tipologia de les quals, esquemàticament, i segons els programes d'acció i les experiències de lluita, podria ésser ordenada de la següent manera:

1r. *Negociació col·lectiva* en l'àmbit internacional entre Federacions Internacionals d'Indústria i Empresa multinacional¹². Amb l'objectiu d'aconseguir les mateixes condicions de treball i salaris per als treballadors de les diferents filials. Per arribar a aquest estadi de lluita cal fer diferents passos previs:

- . Formar comitès (o consells) mundials d'empresa.
- . Extensió de la coordinació i de la solidaritat.
- . Simultanejar en les mateixes dates les negociacions en els diferents països.
- . Recollir informació de les filials.
- . Elaborar plataformes conjuntes entre els treballadors dels diferents punts de la multinacional, etc.

2n. *Control de la transferència de producció*. El mecanisme de transferir la producció vers altres àrees geogràfiques que no es trobin en conflicte és un recurs que pot ésser bloquejat si hom coneix els punts vulnerables de les corporacions multinacionals. És a dir, com es relacionen les filials entre elles; què és el que pretenen; a on i com es munten els productes; mapa de distribució de filials; empreses subcontractades a les quals recorre; circuit de comercialització; vies de transport utilitzades i connexió amb les federacions de transport per establir una acció eficaç i solidària.

3r. *Control tecnològic* per impedir la mobilitat en el temps i l'efecte brutal sobre l'ocupació, la qual cosa erosiona paral·lelament la força sindical, alhora que contribueix a desqualificar la mà d'obra. El tema del control sindical sobre les innovacions tecnològiques comporta també plantejar temes relacionats amb la salut, condicions de treball i organització del treball que poden formar part del contingut de la negociació col·lectiva¹³.

Així mateix una altra sortida consisteix en pressionar davant les institucions corresponents a fi de promoure el desenvolupament tecnològic. La qual cosa és indispensable per trencar les cadenes de la dependència exterior¹⁴.

4t. *Control de la transferència de beneficis i de la política d'inversions*. Sovint aquest tipus d'informació està a l'abast dels treballadors, que coneixen el comerç entre les filials. I de vegades, fins i tot les transferències entre preus reals, inflats i desinflats. Aquesta informació, cal fer-la arribar als Comitès (o consells) Mundials d'Empresa, els quals, cotejant

aquesta informació, poden conèixer les jugades que realitza la firma a escala internacional¹⁵.

Un altre punt que afecta el sindicalisme és quant a les inversions amb l'objectiu d'aturar la dinàmica de treure diners d'un país per invertir-lo en un altre amb l'únic criteri de la rendibilitat. De fet existeixen algunes experiències d'intents de control i orientació de les necessitats socials, dels serveis públics, d'àrees geogràfiques deprimides, sectors en crisi, etc. Aquesta política de control es complementa amb la intervenció del Parlament en la política de control¹⁶. L'espectre d'aquesta política de control troba també ressò en les institucions internacionals com l'ONU, OIT, OCDE, etc.¹⁷

5è. *Nacionalització i extensió del sector públic*. La nacionalització d'empreses multinacionals pot esdevenir un factor progressiu, especialment quan aquestes controlen sectors claus de l'economia. Com ha succeït a Xile amb el coure o la nacionalització del petroli a Irak. Experiències d'aquest tipus existeixen a Gran Bretanya, on les TUC van pressionar per la nacionalització de la indústria naval i de l'aeronàutica¹⁸. En aquesta direcció es dirigeixen també les pressions d'alguns sindicats europeus amb l'objectiu de controlar sectors claus de l'economia, com l'energia, el transport i les finances. Aquest és el cas, per exemple, de la FGTB a Bèlgica.

6è. *Control a través de l'Estat*. En línies generals, l'intent de fer una política sobre les inversions estrangeres s'orienten en el sentit de crear comissions-intersindicals, que intervinguin en el Parlament i en altres organismes de l'Estat per controlar, dirigir i racionalitzar les inversions en funció de les necessitats sectorials i territorials. Així mateix, un altre aspecte de la intervenció sindical consistiria en establir negociacions a tres bandes: sindicats - multinacionals - govern, per fixar els termes d'un contracte. Aquest hauria de moure's entorn de:

- . protecció de l'ocupació enfront de les inversions en alta tecnologia que afecti els llocs de treball o bé que per efecte de la competència ocasioni un daltabaix en l'ocupació de determinats sectors;
- . adequar les condicions d'inversió i finançament als plans del sector i a les necessitats del desenvolupament territorial per corregir el desenvolupament desigual;
- . establir una legislació que fixi els marges d'actuació i les càrregues fiscals;
- . fomentar el desenvolupament i la investigació tecnològica autòctona;
- . control dels pagaments i transferències de beneficis a la casa matriu per evitar moviments desestabilitzadors, repatriació de guanys, transferència de producció, etc.;
- . i establir una legislació de protecció del medi ambient¹⁹.

E. Mitjans i instruments del sindicalisme multinacional.

Aquests sis punts assenyalats en la tipologia resumeixen d'alguna manera els objectius estratègics de la lluita sindical enfront de les corporacions multinacionals. Ara bé, amb quins instruments i mitjans compta el sindicalisme per impulsar la seva estratègia? Si les vagues i la solidaritat constitueixen les eines de contestació ja clàssiques, la confrontació amb les multinacionals exigeix noves formes. Aquestes cal que detectin els punts *vulnerables* en l'estructura i l'organització de la corporació multinacional a fi de saber a on dirigir l'acció. Aquests punts acostumen a trobar-se en:

- . l'articulació de la pròpia estructura productiva i financera.
- . la circulació de mercaderies interfilials.
- . circuit comercial.
- . subministració de matèries primeres.
- . canals de comunicació, etc.

Tot això exigeix obtenció i canalització de la informació de la qual disposen els treballadors en contacte directe amb la producció, així com els administratius i tècnics. En algun

moment es filtra informació a través dels quadres directius quan aquests són de diferents nacionalitats, per raó de les rivalitats, diferències culturals i idiosincràsia²⁰. La informació subministrada per l'empresa als treballadors no acostuma a ésser fidedigna de la situació real, però, malgrat tot, hom tendeix a recollir-la i canalitzar-la.

I quant als mitjans de pressió, a més a més dels ja esmentats, n'hi ha dos que excel·leixen especialment: *la publicitat de la informació i les campanyes de premsa*. La intervenció del sindicat en campanyes de premsa boicotejant el consum de productes d'una determinada firma acostuma a ésser molt efectiva. D'una banda el sindicat posseeix una estructura territorial, que, junt amb la pròpia imatge, permeten incidir en ciutats, barris, comarques i associacions de veïns. I, d'altra banda, la intervenció del sindicat en aquest marc pot deteriorar seriosament la imatge comercial de les multinacionals. Imatge que les multinacionals treballen amb especial cura sabent que és en la publicitat on es troba un dels motors de llur expansió comercial²¹.

Cal afegir a aquests instruments i mitjans de lluita la remodelació *organitzativa* dels sindicats pel vessant de les federacions d'indústria, derivada del major protagonisme dels Comitès d'Empresa (CE) articulats en el nivell internacional amb els CE d'altres filials. L'organització sindical sorgida de la connexió dels CE té com a corollari el que s'anomena Consells Mundials Permanents d'Empresa. Existeixen uns seixanta en la indústria química (ICF) i uns quaranta en la metal·lúrgia (FITIM). Els existents es troben vinculats a la CIOSL. És per això, que per les divergències polítiques d'altres sindicats no circumscrits dins l'àrea d'aquesta internacional apunten a crear els anomenats Comitès Mundials d'Empresa²². Potser un terreny de convergència comuna sigui a no massa llarg termini la Confederació Europea de Sindicats (CES)²³.

Són aquests Consells o Comitès els que coordinen la lluita, recullen i difonen la informació, armonitzen i conjunten els diferents terminis de les negociacions realitzades en el nivell estatal, i duen a terme la negociació amb la més alta direcció de la multinacional. Llur acció es recolza alhora en la base organitzativa de la Federació d'Indústria corresponent, així com en el recurs a d'altres federacions com, per exemple, el transport (en cas de necessitat de bloqueig). La recollida d'informació és un punt notori que es contempla en l'activitat d'aquests òrgans del sindicalisme. Els continguts en la circulació de la informació giren entorn de les condicions de treball i política de relacions de treball; producció i organigrama d'aquesta; situació i força sindical en les diferents filials, i estructura financera²⁵. Arribats a aquest punt, cal assenyalar que el sindicalisme en aquest nivell utilitza també els instruments de la informàtica moderna per obtenir una informació ràpida i àgil igual com les empreses multinacionals.

De la qüestió de la informació també se'n deriva la creació de Centres d'Estudis o Bancs de Dades sobre les multinacionals. Precisament la CMT té en projecte realitzar el que s'ha donat a conèixer com a Xarxa d'Antenes, el servei de la qual tindria un caràcter intersindical²⁵. Per a la difusió de la informació un canal que es contempla en les estratègies dels sindicats és la *formació*, sobretot quan aquesta és considerada com a vehicle per a la transformació social.

E. Alguns interrogants.

De tot el que s'ha exposat fins ara es dedueix una tendència a la centralització del poder de representació i negociació dels treballadors. Si, d'una banda, portar la negociació per "dalt" pot suposar un cert avenç, en equiparar condicions de treball i exercir un determinat grau de control sobre la multinacional, no representa potser això una major rigidesa estructural del marc polític i sindical en la mesura que l'acció tendeix a allunyar-se de les "bases"? Quina significació pot tenir la realització de Convenis Col·lectius d'empresa a escala internacional: no afavoreix això l'aparició del corporativisme?²⁶ N'hi ha prou amb la limi-

tació de l'acció sindical contra les corporacions multinacionals a nivell de la firma i de la Federació d'Indústria, o bé es tracta d'una lluita més global, intersectorial? En aquest cas, com es pot plantejar?

Una de les mesures suggerides era la intervenció, per mitjà de l'Administració, vers una política de control. Però, aquesta política no topa avui amb els objectius d'aconseguir majors inversions a fi de pal·liar l'atur?

El desafiament és precisament aquest. Així, doncs, per acabar recordo les paraules que poc abans de morir va pronunciar Walter Reuther, president de la United Automobile Workers:

"Les grans empreses s'han internacionalitzat i han transformat les economies nacionals dintre de les quals ens guanyem la vida en un ampli mercat internacional... Avui hem de restar units en un sentiment de solidaritat internacional sindical, doncs si continuem dividits, serem els testimonis impotents de l'erosió de les nostres condicions de vida actuals per l'automatització, pels desplaçaments de les empreses i pel joc cec del cicle econòmic. Aquest procés d'erosió s'agreuja encara més per la competència que es puguin fer els treballadors dels diferents països per raó de llurs salaris, de llurs condicions de treball i de llur nivell de vida"²⁷.

Notes

- (1) Sobre aquest particular cfr. les diferents aportacions de : Wilkins, Mira: *The maturing of multinational enterprise. American Business abroad from 1914 to 1970*. Harvard University Press. New York. Bertin, G.Y. *L'expansion internationale des grandes entreprises*. La documentation française. Travaux et Recherche, núm. 25. 1972. Hymer, S.: *Las empresas multinacionales: la internacionalización del capital*. Ed. Periferia. Buenos Aires, 1972. Del mateix autor: *L'impact des firmes internationales en la politique industrielle de l'Europe intégrée et l'apport des capitaux extérieurs*. Ed. PUF, París, 1968. Del mateix autor: *Mercado mundial e internacionalización del capital*. Balance de 25 años. Rev. Monthly Review, vol. 2, núm. 3. Sep.-oct. 1978. Jalee, Pierre: *El imperialismo en 1970*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1975. Levinson, C.: *Capital, inflación y las multinacionales*. Ed. Ariel. Barcelona, 1976. Magdoff, H.: *La empresa multinacional en una perspectiva histórica*. Rev. Monthly Review, núm. 6. Vol. 3. Gener 1980. Palloix, C.: *La internacionalización del capital*. Ed. H. Blume. Madrid 1978, i també *Las firmas multinacionales y el proceso de internacionalización*. Siglo XXI. Madrid, 1975. Un debat interessant es pot apreciar en AA.VV.: *Teoría y práctica de la empresa multinacional*. Ed. Periferia. Buenos Aires, 1974. Cal fer especial esment de l'obra dels clàssics sobre aquest tema dels quals, per raó d'espai, no faig la citació. Només em refereixo a l'obra de Vidal Villa: *Teorías del imperialismo*. Ed. Anagrama. Barcelona 1976, el qual de forma succinta recull les diferents aportacions teòriques consubstancials a la internacionalització del capital.
- (2) CGIL. Per a un estudi sobre l'estratègia utilitzada per les corporacions multinacionals en la confrontació amb els sindicats, veure CGIL: *Multinazionali e controllo sindacale*. Editrice Sindacale Italiana. Roma, 1979; CMT: *Para una acción sindical renovada frente a las multinacionales*. 19è Congrés, Brussel·les, 1977. Levinson, C.: *El contrapoder multinacional. La réplica sindical*. Ed. Dopesa. Barcelona, 1974. Ferrari Bravo, L.: *Imperialismo e classe operaia multinazionale*. Ed. Feltrinelli, Milan, 1977. Quant a l'Estat, veure Català Oliveras: *Empresas multinacionales y la socialización de la producción. Efectos sobre el Estado y los sindicatos*. I Christensen, R.: *Empresas multinacionales y Estado-Nación, Tortuosa convivencia*. Ed. Depalma. Buenos Aires, 1976. Vernon, Raymond: *Les conséquences économiques et politiques des entreprises multinationales*. Laffont, París 1974. Vernon, R.: *Soberanía en peligro. La difusión multinacional de las empresas de Estados Unidos*, Ed. F. C.E. Mèxic, 1973.
- (3) AA.VV. *Debate contra la General Motors*. Saragossa, 1980. I també cfr. A. Martín Artilles: *Multinacionales, Estado y Sindicatos*. Rev. Catalunya Obrera, núm. 2. Nov. 1980. Barcelona. Per al tema de l'acció relacionada entre multinacionals i estats, cfr.: Sweezy, P.M.: *Las sociedades anónimas, el Estado y el imperialismo*. Rev. Monthly Review, vol. 2, núm. 9. Abril 1979. Garcia Petit, J.: *La transnacionalització de la política*. Rev. Debate núm. 7. Ed. Centre d'Estudis Socialistes, Barcelona, 1980.

- (4) Folker Fröbel, J. Heinrichs, O. Kreye: *La nueva división internacional del trabajo*. Ed. Siglo XXI. Madrid, 1980. Dels mateixos autors, veure també: *Industrialización orientada hacia la exportación de los países subdesarrollados: la nueva división internacional del trabajo*. Revista Mensual, Febrero 1979, Vol. 2-7. Barcelona.
- (5) CMT-USO. *La internacionalización bancaria en España*. Brussel·les, 1979. Sobre la relació banca-empreses multinacionals, veure P.M. Sweezy: *Empresas y Bancos multinacionales*. Pàg. 83. Monthly Review, Vol. 1-5. Sep. 1977. Jeff Frieden: *La Comisión Trilateral: economía y política en los años 70*. Monthly Review, núm. 11. Vol. 1. Maig 1978.
- (6) Cas de la Ford, que després de diverses experiències ha optat per aquest tipus d'organització. Cfr. FITIM: *La Ford y sus trabajadores*. València, 1980. Un esment al tema també es troba en Roldán, S.; Muñoz, Y.; Serrano, A.: *La internacionalización del capital en España*. Ed. Cuadernos para el Diálogo. Madrid, 1978. Beynon, H.: *Working for Ford*. Ed. Penguin Books. London, 1973.
- (7) Aquest és el cas que ha esclatat amb la vaga del grup Philips el 1974. Aquesta ramificava els seus tentacles en les següents empreses: Fiesa, Copresa, Miniwat, Taisa, Lámparas Zeta, Lámparas Día, Segad, Hispano Ferritas, Surheysa, Iresa, Excel, Duphar Askar i Euroservice.
- (8) Herbolzheimer, E.: *Los precios de transferencia entre las empresas multinacionales y los gobiernos*. Ed. Banca Catalana, núm. 41. Junio 1976. También Lall, S.: *Precios de transferencias y empresas multinacionales*. ICE, núm. 508. Madrid, 1975.
- (9) Experiència de Standard Eléctrica a Portugal, que pertany al grup de l'ITT. Anthony Sampson: *El Estado soberano de la ITT*. Ed. Dopesa. Barcelona, 1974. Quant al cas de Xile, veure Beaud, M.; Danfou, P.; David, Y.: *Chile: Les documents du complot d'ITT*. Ed. Syros. París, 1974. També 180° Informe Secreto Especial nº 5.
- (10) Per a una explicació de les estratègies de les Internacionals Sindicals CMT, CIOLS i FSM, confrontar A. Martín Artiles: *El movimiento sindical en una encrucijada*. Rev. Sociología del Trabajo, núm. 5. Madrid, 1981. A. Martín Artiles: *Multinacionales y control sindical*. Ed. Unión Sindical Obrera. Barcelona, 1980.
- (11) Aznar, Jaime: *Los sindicatos y la CEE*. Rev. Transición y la CEE núm. 10/11. Més detall, cfr. Ange-la Sarcina: *Sindacato e multinazionali*. Editrice Sindacale Italiana. Roma, 1978.
- (12) CLAT: *Bases de una propuesta frente a las transnacionales*. Ed. CLATRAM. Venezuela, sep. 1979. Kassalow, E.: *Aspectos de las relaciones laborales en compañías multinacionales*. OIT. Ginebra 1978. Gunter, H.: *Reseña panorámica de algunas investigaciones recientes acerca de las empresas multinacionales y la mano de obra*. OIT. Ginebra, 1973.
- (13) Sobre aquest aspecte consultar Helios Prieto: *Consideraciones relativas a los acuerdos sobre introducción de nueva tecnología*. (El caso Lucas). Revista Mensual. Febrer 1981. Vol. 4, núm. 5. I Comité de delegados de Lucas Aerospace: *Plan Alternativo*. Rev. Transición, núm. 3. Desembre 1978.
- (14) Peñas, A.: *La dependencia tecnológica en España*. Ed. TPC-CC.OO. Madrid, 1980. Peñarrubia, A.: *La Conferencia Mundial de Viena sobre Ciencia y Tecnología para el desarrollo*. TPC-CC.OO. Madrid, 1980. CMT. *Las transferencias de técnicas, Reflexiones sindicales*. Brussel·les, 1976.
- (15) En l'obra de C. Levinson: *El contrapoder multinacional. La Réplica Sindical*. Ed. Dopesa. Barcelona, 1974, es pot veure l'experiència dels Consells Mundials de la FITIM i de l'ICF, Federacions d'Indústria depenents de la Confederació Internacional d'Organitzacions Sindicals Lliures - CIOSL.
- (16) A França durant el Programa comú es desenvolupà una experiència de política de control sobre la Honey-Well, IBM i CII; més detall a les pàgines annexes del llibre del PSF: *Socialismo y multinacional*. Ed. Blume, Madrid, 1978. D'altres mesures com la política fiscal es contempla també com una eina d'intervenció. Per una perspectiva general de la situació espanyola, cfr. Alvarez Malón, S.: *Algunos aspectos de la fiscalidad española de las empresas multinacionales*. ICE núm. 508. Desembre 1975. Aznar, Y.: *Las inversiones extranjeras en España. Su régimen jurídico*. Madrid, 1976. Alvarez Pastor, D. y Eguidazu, F.: *Comentario al nuevo decreto sobre inversiones extranjeras en España*. ICE, núm. 1559. Febrer, 1977. Martínez Genique: *La problemática fiscal de la empresa multinacional*. Comunicación en la XXII Semana de Derecho Financiero. Madrid 1974.
- (17) Cfr.: ICE, núm. 556 Control de cambios y transacciones exteriores, i núm. 559 Declaración OCDE sobre inversión internacional y empresas multinacionales, de desembre 1979 i març 1980, respectivament.
- (18) Rosanvallon, P.: *Crisi du capitalisme et stratégies syndicales en Europe*. Rev. CFDT- Aujourd'hui, núm. 27. Sep.-oct. 1979.
- (19) PSOE: *La estrategia económica del PSOE*. Madrid, 1980.
- (20) En aquesta direcció cfr. CC.OO.: *La Federación Mundial de Trabajadores Científicos ante las socie-*

- dades multinacionales*. Rev. TPC-CC.OO. núm. 2. Gener 1980. Es interessant atès que conté una llista de les ponències presentades. Així mateix cfr. Caballero, M.: *Los técnicos y cuadros en una multinacional*. Rev. TPC-CC.OO. núm. 4. Juliol 1980.
- (21) La publicitat de la informació sobre les característiques, beneficis, composició del consell d'administració, vendes, estructura i pràctiques comercials constitueix un arma important. Un exemple d'això és l'experiència de denúncia en un article sobre els enormes beneficis de les multinacionals del petroli (Exxon, Chevron, Standard Oil, Gulf, Socal) durant 1978, que va provocar la intervenció del Govern Carter i del Congrés USA imposant un impost extraordinari sobre aquests beneficis. Cfr. EL PAIS, 26-X-79.
- (22) FTM-USO. *Conferencia de Sindicatos metalúrgicos del Mediterráneo*. Roma, 1979.
- (23) CES. *Programa d'azione europeo per il controllo dei gruppi multinazionali*. (Publicado en Sindacati e Multinazionale). Editrice Sindacale Italiana. Roma, 1978.
- (24) CES: *Las Secciones Sindicales de Empresa, hoy*. Ed. USO. Barcelona, 1980. Un exemple d'intercanvi d'informació ens l'ofereix l'experiència de CIBA-GEIBY, cfr. annex.
- (25) CMT: *Las Multinacionales: por una política sindical*. Brussel·les, 1972.
- (26) Per a una visió del creixent corporativisme, veure Salvador Giner-Pérez Yruea: *La sociedad corporativa*. Ed. CIS. Madrid, 1979. Referències a aquest tema es troben també en les obres de la CMT i de la CLAT ja citades.
- (27) CMT. Obra citada, pàg. 148.

ASPECTES INSTITUCIONALS DE L'ADVOCACIA

Angel Zaragoza

1. El Col·legi d'advocats: la col·legiació

El Col·legi professional és l'òrgan col·lectiu de la professió. En ell s'articulen els membres d'aquesta per la defensa dels seus interessos i per la realització d'aquells aspectes que es consideren necessaris (prestacions mèdiques, pensions de viudetat, etc.). La pervivència d'aquesta institució corporativa en el context de les societats industrials s'explica en part per les arrels gremials que els col·legis professionals tenen.

Entendrem en certa manera per associació professional (Col·legi), aquell grup "de persones que practiquen la professió d'advocat coalitzats per promoure l'administració de justícia conforme a la llei i fomentar i sostenir els objectius i esperit de la professió". (Roscoe Pound, 1953: p.4). La perspectiva funcionalista condueix Pound, com ja vàrem veure, a destacar aquells elements més ètics de l'exercici professional. En realitat no ens interessa tant donar una definició com analitzar el paper que el Col·legi, com a òrgan dels professionals, realitza.

Els objectius del Col·legi seran: "1r. fomentar la ciència de la jurisprudència; 2n., promoure l'administració de justícia en la jurisdicció en la qual l'associació existeixi; 3r., defensar l'honor de l'advocacia, i 4t., establir cordials relacions entre els membres de l'associació". (Roscoe Pound, 1953: pp 14-15).

En aquesta línia, Horacio Viñas diu que "els fins dels Col·legis són els següents: 1r., defensa de la professió (...). Contínuament cal vigilar per conservar, reafirmar, i millorar les condicions d'exercici professional; 2n., defensa de la dignitat professional. (...) solidaritat que es posa en joc a cada moment, però especialment quan es pretén de consumir un ultratge o injustícia contra qualsevol advocat; 3r., la jurisdicció disciplinària. L'origen i fonament de les facultats disciplinàries de les associacions, estan determinats per la necessitat d'aconseguir el fi col·lectiu proposat. (...) Aquestes sancions, que impediran qualsevol pèrdua de l'esperit associatiu o qualsevol classe d'inconducta ètica és necessari que estiguin dotades d'eficàcia; 4t., assegurar bases econòmiques dignes per a la professió i la previsió social. La defensa d'honoraris justos i equitatius, (...); 5è., vetllar pel prestigi i independència del poder judicial, censurar els seus defectes, i intervenir en la designació i promoció de magistrats; 6è., vetllar per un ordre jurídic-social just, procurant les reformes i perfeccionament del Dret positiu". (Horacio Viñas, 1972: pp. 299-303). Es donen, per tant, tres grans funcions. Unes, en relació al propi grup (disciplina, mantenir relacions cordials entre si). Altres, en relació a altres grups o persones (defensa de la professió, dels honoraris, de la independència). Per últim, altres en relació al sistema social en el qual estan integrats (desenvolupament de la jurisprudència, defensa d'un ordre jurídic-social just, promoure l'administració de justícia). Aquest darrer grup és el que ofereix més dificultat per a la seva anàlisi, fonamentalment pel seu caràcter més valoratiu. En cada un dels tres camps podem

trobar decisions col·legials. Així, doncs, l'expulsió d'un membre, validació judicial d'uns honoraris, i intervenció en el procés de reforma legislativa.

Tanmateix, si bé aquests són els fins més o menys comuns als Col·legis d'Advocats, cal afegir que els òrgans a través dels quals aquests poden articular-se, canviaran o no d'uns països a altres. En els països sotmesos a la influència francesa normalment aquesta organització s'articula a través del Col·legi. Existeix un Degà, un Consell i unes Assemblees Generals. Cada un dels càrrecs s'elegeix per vot democràtic directe amb la participació dels Col·legiats. Al Degà li acostuma a correspondre la representació del Col·legi, i té una importància decisiva el Consell professional també elegit democràticament. En ell se situen les funcions col·legials més importants. Manifestació d'aquesta tendència democràtica és el fet que en la llei francesa del 31 de desembre de 1971, s'afirma que correspon al "Consell de l'Ordre", "modificar les disposicions del reglament interior", "exercir la disciplina", "mantenir els principis de rectitud i desinterès", "vigilar que els advocats siguin exactes en les seves intervencions en els tribunals", i més en general "tractar de totes les qüestions que afectin l'exercici de la professió, la defensa dels drets dels advocats i l'estricta observació dels seus deures". (Art. 17, llei 31 desembre 1971). Amb això es pretén fer un pas específic decisiu a la pròpia autoconsciència professional del grup.

Hi ha un darrer punt que ofereix un especial interès, i és el relatiu a la realitat d'aquesta defensa dels interessos dels Col·legiats. L'intent legal francès i les normes que regulen els despatxos col·lectius en el Col·legi d'Advocats de Barcelona, poden ésser exemples d'aquest esperit innovador davant d'una crisi professional i un canvi social.

Abans, hem mencionat el problema de la burocratització dels professionals. Els Col·legis han contemplat tradicionalment la figura del professional aïllat, treballant pel seu propi compte i risc, i han marginat els nous fenòmens que s'han produït. D'una banda, l'associació professional (despatxos col·lectius, empreses legals) i, de l'altra, la integració a burocràcies públiques i privades. És obvi que en canviar les circumstàncies, les normes han romàs desfasades. Cal preguntar-se fins quin punt els Col·legis professionals defenen en l'actualitat els interessos dels seus associats empleats en estructures burocràtiques.

"En el cas del dret i de l'arquitectura, existeix una tendència recent a l'abandonament del sistema professional independent i a la seva substitució pel d'una firma semicomercial suficient per desenvolupar una clientela estable i contínua" (Caplow, 1958: p. 291). "Una gran proporció dels professionals són assalariats d'organitzacions burocràtiques" (Caplow, 1958: p. 288). En aquests paràgrafs es posa en evidència aquest doble fenomen burocratitzador. No obstant això, des d'un punt de vista corporatiu, l'associació entre professionals exclusivament presenta menys problemes que la seva assalariació. La raó és que en darrer terme el control directe el continuen exercint professionals i sobre professionals". I sempre amb una autonomia relativa en relació a les seves fonts d'ingressos.

La burocratització significa que els "titulars de funcions burocràtiques depenen de forces externes a ells: 1r., la seva autoritat és prestada, és a dir, es tracta d'una autoritat delegada (...); 2n., els interessos que constitueixen el contingut material de l'autoritat burocràtica li han estat donats". (Dahrendorf, 1970: p. 315). Amb això els professionals adscrits a aquestes organitzacions perden la seva autonomia. No controlen el seu treball, ni el client per al qual treballen, ni tampoc els seus honoraris. A més a més estan vinculats per lligams de disciplina amb els seus empresaris.

El problema és greu per als professionals. La defensa de llurs interessos que es feia de forma impersonal i indirecta contra tercers normalment no organitzats ni amb grans possibilitats financeres, s'ha de fer contra tercers perfectament organitzats i dotats, com en el cas de l'Administració Pública, d'un gran poder.

Hi ha un altre element que canvia de naturalesa. El professional lliure tradicional era alhora empresari. Era un empresari individual, que si bé el seu mòbil explícit no era obtenir un benefici determinat, en realitat aconseguia un resultat econòmic de l'explotació del seu

capital intel·lectual. En aquest sentit els professionals burocratitzats passen de ser empleats a ser assalariats. És a dir, alteren completament la seva relació amb les forces productives.

La realitat que s'imposa als Col·legis, i amb la qual lluiten en exigir en certs casos que el contingut dels contractes d'aquests professionals, hagi d'ésser autoritzat en cada cas pel respecte al Col·legi, és la divisió, la pèrdua de l'homogeneïtzació professional. D'una banda els professionals assalariats, els quals en no ésser massa defensats pels seus Col·legis poden passar a constituir qualsevol tipus d'associació de naturalesa defensiva substitutiva de l'anterior. D'altra banda, els qui han heretat el vell professionalisme que continuaran utilitzant els Col·legis professionals, si bé afeblits per la seva manca de cohesió.

En el cas dels professionals assalariats, aquests podran associar-se segons el tipus d'activitat, com fins ara, o si prenen consciència de la seva nova situació depenent, associar-se a aquells que es troben en la seva mateixa situació, prescindint de la naturalesa del seu treball. És a dir, sindicant-se.

2. L'ètica professional

La funció pública que l'advocacia realitza en la seva actuació davant l'Administració de justícia, així com el caràcter privilegiat d'aquesta professió en relació a d'altres, seran dues raons que determinaran l'existència d'una ètica particular d'aquest grup professional. Com a integrants d'aquesta ètica són considerats pels advocats el secret professional, els honoraris, històricament la prestació gratuïta de serveis en el cas d'ofici, les incompatibilitats, etc. Si partim del caràcter monopolístic de la professió, aquest sembla suavitzar-se per tal com en principi aquesta normativa ètica determina que per a l'advocat la primera cosa sigui l'interès de la col·lectivitat, després el del seu client i, en últim lloc, el seu. Ens trobem, si hom accepta la vigència d'aquest model, amb una professió privilegiada pel seu desinterès.

Aquesta visió desinteressada, quasi sacral, de l'advocacia és la que ha portat a dir que "no existeix, sens dubte, cap altra professió en el desenvolupament de la qual un hom tingui ocasió de fer-se útil als seus semblants. No existeix cap altra en la qual hom pugui conèixer i alleugerir tantes misèries i tants infortunis dignes d'interès. No hi ha cap altra, finalment, en la qual egoïstament, i si no cerca més que una ocupació agradable i intel·ligent, estigui al seu abast el fer de les seves facultats l'ocupació més digna en condicions més variades i interessants". (Henri, 1926: pp.66-67). S'ha arribat fins i tot a dir que "No hi ha existència més fatigant, ni que acapari més el cervell i el temps del qui es dedica a ella que la de l'advocat". (Henri, 1926: p.68).

En l'ètica professional distingirem dos nivells. El primer, el de les relacions amb els clients, el segon, el de les relacions amb els companys i amb el Col·legi. Les infraccions que es cometien al codi ètic es referiran a qualsevol d'aquests dos aspectes, o fins i tot als dos. Caldria afegir un tercer nivell, en relació amb l'administració de justícia i a la societat.

S'assenyalen com a "formes més freqüents d'inconducta professional (...): 1, negligència en l'atenció dels assumptes; demora injustificada en el tràmit dels judicis; 2, ineficiència en les tasques de patrocini; manca d'estil en els escrits; 3, demora o omissió a retre comptes al client; 4, incompliment dels deures de probitat i bona fe; expressions ofensives al col·lega en la seqüela del judici; 5, inobservància dels deures de cortesia entre els col·legues en el plet; 6, promoció de judicis innecessaris; no esforçar-se en aconseguir conciliació de les parts oposades; exagerar els imports de les demandes; realitzar tràmits inútils; 7, desviar les qüestions civils a la jurisdicció penal, amb propòsit coactiu; 8, associació amb persones llegendes sense la deguda delimitació de funcions i sense assignar al lletrat la categoria que li concedeix la seva condició de professional universitari; publicitat d'aquest tipus d'associacions; 9, no mantenir en tots els actes de la vida privada i pública el decòrum exigut per la jerarquia professional" (Viñas, 1972: pp.11-12). A més de complir amb diligència les

obligacions de la professió, a l'advocat se li exigeix respecte al client, i distància envers ell. També se li exigeix respecte envers els seus companys i l'administració de justícia (no promoure amb engany causes penals, no realitzar tràmits inútils, etc.).

Hi ha un aspecte d'aquests que és especialment greu. En el tracte amb el client, i tenint en compte que sempre es dona una relació amb altres companys, i de vegades amb l'administració de justícia, prevalen sovint sobre el primer les relacions amb els darrers. Subratllem que això no significa que el client sigui vexat. Més encara, sense client no hi ha, per suposat, professió. Això significa que en aquests casos l'advocat és més considerat amb els seus companys i amb els jutges que amb el seu client. Això entès en termes generals. Ens referim sobretot al cas d'una clientela nombrosa, dispersa i d'escasa quantia. En el supòsit que sigui un únic client per tot el despatx, la hipòtesi seria la de l'eventual control d'aquest client sobre el despatx. La independència és fruit de l'equilibri de la clientela. Si l'equilibri desapareix el mateix fonament d'aquesta independència trontolla.

La raó d'aquest tracte més favorable per als companys, i per als jutges, és que aquests són subjectes permanentment presents en la seva vida professional. És cert que el client en abstracte sempre existeix, però aquest no sempre és el mateix, canvia. Una anàlisi de la jurisprudència disciplinària francesa posa en relleu que "les sancions es refereixen més a l'honorabilitat de l'advocat i a les seves relacions respectuoses amb els seus companys, i amb els magistrats, que al desinterès i independència de la vida quotidiana de l'advocat. (...) comprometre's en les maniobres fraudulentès del client, fer afirmacions inexactes en el tribunal. L'honorabilitat del Col·legi es prefereix a la intimitat amb el client; l'advocat ha d'ésser digne i respectable; els costums l'impedeixen desplaçar-se per anar al domicili del client, o aconsellar en un lloc públic" (Raguin, 1972: p. 181). Tota aquesta normativa apareix recollida en el capítol VII (regles professionals) del decret de 9 de juny de 1972. S'intenta d'alguna manera mitificar la funció i donar-li amb això un major prestigi social.

La identificació entre advocacia i sistema judicial, ha estat posada en relleu per Abraham S. Blumberg en estudiar l'exercici de l'advocacia en els tribunals penals nord-americans. "Les persones acusades arriben i passen per l'esquema donat pel sistema del tribunal, però l'estructura mateixa i els seus ocupants ocupacionals romanen per continuar en les seves respectives carreres. (...) és necessari (malgrat les tensions que el cas presenti) conservar a qualsevol preu la probabilitat de relacions i interacció futura continuada. (...) el client és només una figura secundària en el sistema del tribunal (...) es converteix en un simple mitjà per la realització d'altres fins propis dels ocupants dels càrrecs de l'organització". (Blumberg, 1971: p.339). L'advocat, sobretot quan actua en els tribunals, sap que el seu èxit o fracàs depèn de la decisió judicial. És ell el qui està en una posició de subordinació. La decisió judicial el vincula a ell i el seu client, mentre que no succeeix el mateix a l'inrevés. Això determina un desig de col·laboració. L'administració de justícia no pot funcionar sense advocats. Són una part bàsica d'aquesta. Per tant, de la coincidència entre ambdós elements es produeix un millor funcionament d'aquest aparell. Com diu Raguin, "la justícia ha d'estar ben administrada, segons l'esperit del dret, i ho és perquè l'advocat i el jutge comparteixen els mateixos valors, el mateix moralisme i el mateix llenguatge" (Raguin, 1972: p. 184). Això, un cop més, en termes globals. Hi ha un altre condicionament que pot donar-se en aquesta relació advocat-jutge. Ens referim al supòsit de l'advocat famós que actua davant de jutges que comencen. La seva reconeguda vàlua, i els seus èxits, poden en certa manera produir disfuncions alienes a l'objectivitat del procés.

En conclusió, el posar els companys per sobre del client, les vinculacions reals i valoratives, ocasionen una certa subordinació del que en un principi ha d'ésser un dels valors màxims. L'interès del client. Aquest certament és defensat, però en certes ocasions resta en desavantatge o no atès en les seves expectatives. Això vol significar que el tracte que se li dona (fins i tot en el supòsit que ell no sigui conscient, o no se'n adoni) és disfuncional en relació al model teòric que l'ètica professional del grup d'advocats determina.

3. La relació advocat-client

Com afirma Prandstraller en el seu llibre, “la relació amb el client és fonamental en la professió legal; més exactament és vital, perquè al seu entorn es constitueix l'autonomia, sobre ell es basa la subsistència econòmica de l'advocat. (...) L'advocat no pot, si no és per mitjà de grans sacrificis, passar a una altra activitat; no té oberta, en general, ni la magistratura ni la carrera administrativa, ni cap altra carrera intel·lectual de tipus assalariat”. (Prandstraller, 1967: p.187). És a dir, sense el client no podria existir la professió. O com senyala González Seara, el professional és teòricament lliure “per acceptar o no la prestació de serveis sol·licitada pel client; però és indubtable que aquesta actitud de negativa no es pot prolongar d'una manera indefinida, per raons econòmiques que constitueixen el primer condicionament d'aquesta independència”. (González Seara, 1960: p.149). La supervivència econòmica del professional, per tant, és el que està en joc en l'existència del client. “Molts clients significa treball, diners, èxit; pocs clients vol dir fracàs”. (Corradi, 1966: p.220).

Tanmateix no és la justificació de l'existència i importància del client el que ens interessa aquí, sinó l'anàlisi del contingut i significat d'aquesta relació. Talcott Parsons ha fet en el seu estudi de la professió legal, una sèrie de precisions sobre la seva estructura interna a què ens referirem tot seguit. Amb elles ens apropem progressivament a la qüestió central del control que el client exerceix sobre l'advocat i viceversa.

Per a Parsons, “la tasca d'un advocat privat consisteix en assessorar el seu client en relació amb una situació concreta; és per això que la seva comprensió de les situacions en les quals es veuen implicats els clients del tipus amb el qual es relaciona és tan important com el seu coneixement del dret. A més, la seva funció no es redueix a la comprensió d'aquestes situacions i d'aquestes amb la llei, sinó que implica la seva intervenció en elles de diferents maneres”. (Parsons, 1967: p.327). “El segon context fonamental que desitjo analitzar breument es refereix al fet que l'advocat representa el seu client en situacions que sovint impliquen un conflicte d'interessos amb el contrincant del client, situació que es dramatitza especialment, per suposat, quan el cas és dut davant els tribunals” (Parsons, 1968: p. 327). Un altre “aspecte de la responsabilitat independent de l'advocat és la protecció de la naturalesa confidencial de la relació que manté amb el client”. (Parsons, 1967: p. 328). Per tant la relació amb el client s'articula en base a una “comprensió de la seva situació”, que s'emmarca en el context normatiu vigent (“coneixement del dret”) i que de vegades s'articula en situacions de conflictivitat i tensió emocional. Tot això presidit per la idea de la “naturalesa confidencial” de la relació advocat-client. Aquest caràcter confidencial es concreta en: a) el secret professional, i b) el respecte i invulnerabilitat del despatx, ambdues com a notes integrants de la pràctica i ètica professional.

La tensió que de vegades presideix la relació de l'advocat amb el seu client pot originar “conductes desviades” (Parsons). “Una d'aquestes consisteix en cedir davant la conveniència, especialment tal com s'encarna aquesta en les temptacions financeres i les pressions provinents dels clients (...). Un segon tipus de desviació consisteix en un exagerat “formalisme” legal, la tendència a insistir en el que se suposa que és la “lletra” de la llei sense la deguda atenció per un equilibri “raonable” de les diverses consideracions. (...) El tercer tipus de tendència desviada que predomina en el dret és l'exageració “sentimental” (...) per exemple, l'advocat que s'identifiqui amb un client perjudicat fins el punt de lluitar per obtenir una indemnització que un examen més fred revelaria excessiva, és culpable de “sentimentalisme” en aquest sentit”. (Parsons, 1967: pp. 324-325). És a dir que, segons Parsons, l'advocat ha d'ésser objectiu i racional. Racionalitat que li permetrà obtenir la solució més satisfactòria per la qüestió debatuda. El que no implica que sigui sempre una solució favorable.

L'advocat en l'exercici del seu paper realitza una funció de control de les activitats del

seu client. Un altre sentit no té el que els advocats assessorin els seus clients sobre el contingut de les normes jurídiques. Es tracta de mantenir el client dintre els canals legals, perquè aquest no tingui problemes en les seves activitats. No obstant això, el control no és unívoc sinó bilateral. El client realitza al seu torn un control de l'activitat de l'advocat. Però no només el client sinó també la Societat i els seus companys. La Societat a través de la normativa que regula la professió i també a través d'unes expectatives sobre la seva conducta social. El grup professional a través de l'establiment d'una disciplina corporativa, l'existència d'una ètica i també la determinació d'unes incompatibilitats funcionals.

La forma de control que aquí ens interessa subratllar és l'exercit pel client. En una situació en què l'advocat tingui una clientela formada per molts clients, és evident que la possibilitat de control que té un d'ells sobre el professional és petita. La situació canvia considerablement quan el professional treballa per a uns pocs clients o només per a un. Giovannini manifesta que "la dependència econòmica d'una o poques fonts de treball no pot traduir-se més que en dependència professional i extraprofessional. En l'exercici de la seva professió, l'advocat deixa d'estar en posició d'igualtat, si no de supremacia, en relació als seus clients, acabant per trobar-se en una situació de dependència similar a la d'un assalariat (...) es tradueix també en un precís condicionament del seu comportament polític-social (extraprofessional)" (Giovannini, 1969: p. 220). En una anàlisi comparativa de la medicina i l'advocacia, Dietrich Rueschmeyer, insisteix en aquesta idea. Senyala, diferenciant els clients dels metges dels de l'advocat, que "els pacients del metge són, amb algunes modificacions, persones individuals, mentre que els clients de l'advocat molt sovint són organitzacions formals. Les organitzacions forneixen de treball habitual amb major freqüència que el client individual ordinari o que el pacient, i molt sovint poden, si compten amb els seus propis assessors jurídics, controlar el servei prestat per l'advocat (...). Els clients amb personalitat col·lectiva (organitzacions) exerceixen, en conseqüència, un control social més poderós sobre el professional actuant que el que poden exercir el client individual o els pacients". (Rueschmeyer, 1971: p. 286).

Un exemple d'aquest tipus de control, en el cas d'un gran client, ens l'ofereix Giovannini en la seva investigació. Per suposat que es refereix al context italià i a una matèria en la qual és possible, més fàcilment que en altres, aquest tipus de monopoli. Ens referim al dret del treball, i a la relació entre advocats i sindicats de treballadors controlats per partits polítics. "A Florència, la Càmera de Treball tenia un advocat que gaudia del monopoli de totes les causes sindicals: la "relació laboral" continuà mentre l'advocat va tenir actuacions conformes a la línia del partit (...) al qual estava associat l'advocat; acabà, tanmateix, aquesta relació en el moment en què aquest adoptà un posicionament públic d'independència en relació a la línia oficial del partit, col·locant-se a la seva esquerra" (Giovannini, 1969: p. 222).

Aquesta influència dels clients sobre els advocats pot apreciar-se també en el canvi sofert per l'advocacia. L'especialització, l'associació entre professionals, sorgeixen com a respostes a unes necessitats funcionals plantejades pels clients. No són els clients els qui s'adapten a les necessitats dels advocats, o als serveis que ofereixen, sinó al contrari, els advocats són els que han de satisfer les exigències dels clients. Contràriament apareixeran probablement formes substitutives de la professió, que ofereixin els serveis que aquesta no és capaç de proporcionar.

L'altre aspecte d'aquesta relació bilateral de control, és el del control de l'advocat sobre el client. "Sociològicament les professions poden considerar-se com el que anomenem "mecanismes de control social". (...) La professió legal (...) impedeix la desviació mitjançant l'assessorament del seu client, conservant-lo en una posició correcta i també "apaivagant-lo" algunes vegades, i en segon terme si s'arriba a una situació greu aplicar el procediment pel qual s'arriba a una decisió socialment sancionada sobre l'estatus del client, en els casos dramàtics de dret penal, la determinació de la seva inocència o la seva culpabilitat d'un crim"

(Parsons, 1967: p. 329). És a dir, que l'advocat procurarà evitar que el seu client es desviï de la llei. Ara bé, si ho fa, haurà de col·laborar amb la Societat en la sanció d'aquest. El defensarà en el sentit que obtingui la pena més reduïda possible, però col·labora amb la seva defensa en el "joc" judicial de sancionar el seu client. És això el que assenyalàvem anteriorment en parlar de la col·laboració i coincidència entre jutge i advocat.

En relació a l'operativa d'aquesta relació, es plantegen certs problemes en la determinació de les formes d'obtenció dels clients, i en la institucionalització de la confidència. Tant un com l'altre han estat àmpliament considerats en els codis ètics professionals. Tradicionalment s'insisteix en l'existència del secret professional, l'absència de publicitat i la inviolabilitat de l'estudi professional. Aquest secret professional, i la inviolabilitat professional es defensen no només davant mesures de policia administrativa, sinó també en els tribunals. En certa manera l'existència d'aquestes dues institucions, i de la seva operativitat, són causa de caràcter privilegiat d'aquest tipus de professionals en relació a altres.

Sobre les formes d'obtenir clientela, Corradi distingeix entre formes "lícites i il·lícites. Entre les primeres considera els "clients que un advocat es fa treballant com a practicant, o substitut o col·laborador en l'estudi d'un advocat ja famós; se suposa que sense arrabassar-los-li. Una segona categoria igualment lícita és la provinent del cercle d'amics personals, dels coneguts, dels paisans. Una tercera categoria (...) comprèn els clients que un advocat adquireix quan els li envia un altre col·lega. Una quarta categoria pot ser el fruit d'una presentació per part de l'advocat (...), prendre part en debats públics, compilar i publicar monografies i textos, escriure en diaris professionals, participar en obres socials". (Corradi, 1966: p. 221). La publicitat només s'admet lleument per a aquest tipus de professionals i sempre restrictivament. En la guia telefònica, en la porta del propi domicili i del despatx, etc. El que no s'admet són fulletons propaganda, cartells en els autobusos, metro o en les carreteres, etc.

En síntesi, les consideracions anteriors han servit per posar en relleu la importància del client per a l'advocat, el doble mecanisme de control existent entre advocat i client, i per últim l'ètica professional que regeix la prestació d'aquests serveis.

4. La minuta. Minuta i ètica professional.

És en la idea d'honorari professional on trobarem un dels arguments més sòlids en contra de la visió altruista de les professions.

Actualment, les prestacions dels professionals no estan subjectes a tarifa obligatòria, és el lliure arbitri de cada professional el que determina el que li ha de pagar cada client. Encara més, les tarifes mínimes que s'estableixen és per garantir a tots els col·legiats que el mínim a percebre serà això, i contra aquesta quantitat cap particular no podrà sol·licitar una revisió d'honorari. És a dir, que l'únic intent de tarifar existent és utilitzat i creat com a instrument de defensa dels interessos econòmics dels professionals. No per a la defensa del client, sinó per a la defensa del professional. No obstant això, el professional encara té el recurs, si ho vol, de no cobrar res pel seu servei.

Tradicionalment, la raó que estableix aquest privilegi és la major valoració que de les funcions d'aquests professionals realitza la societat moderna. En certa manera també es recompensa la major qualificació d'aquests. Tanmateix, el tema que aquí ens toca no és el de la determinació de les causes d'aquest privilegi, sinó la seva constatació i l'estudi dels mecanismes a través dels quals actua.

Cal dir que, malgrat tot, el control dels professionals sobre el preu dels seus serveis no és total. Està en certa mesura subjecte als efectes de la llei de l'oferta i la demanda. Diem que en certa mesura, perquè si bé quan l'oferta és escassa els ingressos dels professionals pugen considerablement, quan la demanda disminueix, però l'oferta es manté, no disminueix per això el preu dels seus serveis. Indiscutiblement el grup es veu afectat,

perquè la manca de treball empitjorà la situació dels professionals pitjor situats i dificultarà l'entrada dels joves. A més a més, s'afavorirà en aquesta situació de crisi de demanda, la competència professional, fins i tot de vegades per mitjans no lícits (disminució del preu, publicitat, etc.). Amb tot, el preu dels professionals ben situats no baixarà. Per això compten amb el poder coactiu del Col·legi. En últim terme és una oferta inelàstica.

La raó d'aquesta inelàsticitat en relació al preu dels serveis professionals la trobem en la seva pròpia natura. Com diu Caplow, "el preu del treball professional està subjecte a una ideologia especial; els professionals són, teòricament, completament infungibles, el treball de cadascú es considera com una expressió individual, impossible de substitució directa (...). En les professions el valor de la unitat de treball manca de mesura teòrica; se suposa que el servei és únic; on afecta la vida, la propietat o el benestar general es veu el servei carregat de valors intangibles no traduïbles en diners. L'ètica professional, en insistir sobre l'intangible del servei, rebutja qualsevol intent d'estandardització de preus; amb la qual cosa només resta com a base per al pagament el que el mercat resisteixi, o més exactament, el que el client pugui pagar. Sempre que existeixi un sistema de pagaments per honoraris, aquest es basarà, almenys en part, en l'estatus econòmic del client. D'altra banda, aquesta mateixa ètica professional imposa l'obligació de prestar serveis de la mateixa qualitat, siguin quins siguin els honoraris que es rebin i en alguns casos prestar el servei sense honoraris". (Caplow, 1958: pp. 289-290). El mecanisme és bastant simple i eficaç. D'una banda el professional presta un servei que teòricament és inquantificable, d'importància vital per al client (la salut, la defensa dels tribunals, la construcció de la seva vivenda, etc.), i en ell expressa el més personal i individual dels seus coneixements tècnics. El preu es determina en funció no només del servei prestat, sinó atenent la qualificació del client, per, en teoria, si aquest no té mitjans, fer-li el mateix servei gratuïtament, i si els té fixar-li un preu més o menys proporcionat a la seva capacitat econòmica. Cal afegir que això de fer pagar més al qui més té no és formulat explícitament en cap codi ètic, al contrari, es considera lleument (és a dir, no hi ha sancions formals), però de fet és pràctica normal entre els professionals. D'aquesta forma tenim justificats la prestació de serveis professionals a un alt cost, perquè també està prevista la prestació contínua i imprescriptible d'aquests serveis a aquells que no tinguin mitjans. Com diu Raguin, "l'honorari de l'advocat s'allunya de qualsevol tarifa reglamentària. Aquest és un dels elements essencials del caràcter lliberal de la professió. És la llei de l'oferta i la demanda la que pot només establir els límits: l'advocat està subjecte al joc del mercat, suavitzat per l'ètica de confraternitat, i això pot preservar, un cop més, la seva independència". (Raguin, 1972: p. 172).

La legitimitat d'aquest honorari professional no està, pensem, en afirmacions de tipus ètic com les de Viñas. Aquest diu que "l'advocacia i la procuració, treballs molt dignes i altruistes, han de ser necessàriament retribuïts. És legítima l'aspiració de guanyar el suficient per la satisfacció de les necessitats materials i espirituals, d'aconseguir nivells de vida digna, acords amb la jerarquia de tan nobles professions". (Viñas, 1972: p. 336). Totes aquestes afirmacions són indeterminades. Les necessitats materials i espirituals, nivells de vida digna, etc., són afirmacions desproveïdes de referències concretes que poguem analitzar, tenen una validesa fàctica discutible. La legitimitat de l'honorari està més en l'aportació que aquests professionals fan a la productivitat i estabilitat del sistema, que no per causes "altruistes i dignes" de la seva funció. El professional està legitimat per rebre un honorari a partir del moment que realitza una funció i aconsegueix un treball útil a la societat. Que aquest honorari estigui qualificat en relació a altres, i que a més a més se li faci dipositar d'una mística especial, és una altra qüestió. El que ens interessa no és tant la mística com la raó d'aquesta positivitat. L'argument de Viñas, és purament valoratiu, i a més intragrupal. Les seves arrels són anteriors a aquest moment ètic en què ell se situa.

En aquesta relació directa amb el client, es poden produir certs abusos com els assenya-

lats per Blumberg. Per a ell, "la prestació de serveis jurídics es presta molt bé a aquests jocs o abusos de confiança. En general, un plomaire podrà demostrar empíricament que ha prestat un servei en netejar la canonada taponada, reparar l'aixeta que perd, i en conseqüència mereix cobrar la seva remuneració. (...) En dret, en canvi, es presenta en aquest respecte un problema especial, sigui quin sigui el nivell del professional o la seva posició en l'escala jeràrquica de prestigi. Bona part del treball jurídic és intangible, sigui perquè consisteix en unes poques paraules donades en consell, en alguna acció preventiva, en una trucada telefònica, en alguna negociació de cert tipus, en la presentació d'un formulari completat degudament, en una reunió ràpida amb un altre advocat". (Blumberg, 1971: 343). A això caldrà afegir el que sovint el client no entén, per manca de coneixements, el contingut de les gestions realitzades pel seu advocat. Aquests dos factors, units a l'anterior de control del professional sobre els seus honoraris, determina en certes ocasions l'aparició d'abusos i fregadisses en les relacions econòmiques del client amb l'advocat. Aquestes consideracions anteriors, suposen un equilibri en relació a la clientela, i també una manca de poder en el client. Si es tracta d'un gran client (una corporació, privada, per exemple) serà difícil que es donguin abusos per part de l'advocat. Més aviat ens inclinem a pensar que hi haurà límits a la seva llibertat d'honoraris, havent de fer preus "especials" que tinguin en compte el volum que aquest representa en el seu despatx.

En els serveis professionals, un aspecte important és el constituït per l'assistència gratuïta als pobres. Aquesta gratuïtat és l'alternativa al cost elevat dels serveis que normalment es presten. La imatge altruista que aquests tenen de si mateixos, és incompatible amb una prestació exclusiva de serveis als grups econòmicament poderosos. És més, la imatge es reforça amb l'existència d'aquest mecanisme gratuït. Hom és altruista no solament per la funció que s'acompleix, sinó també per la manera com s'acompleix. Tanmateix, en la nostra opinió, aquest mecanisme és justificatiu d'una posició real distinta a l'estrictament altruista.

Quan parlem de serveis gratuïts professionals (caritat professionalment organitzada) ens referim a un concepte estrictament enunciat en els codis ètics. Així la regla número 4 de les normes ètiques de la província de Buenos Aires diu que "dins la mesura de les seves possibilitats i amb subjecció a la llei i a les presents normes, l'advocat ha de prestar el seu assessorament a tota persona urgida i necessitada que ho sol·liciti, amb abstracció que sigui possible o no la seva retribució. Li està imposat en especial, com un deure inherent a l'essència de la professió, defensar gratuïtament els pobres". (Viñas, 1972: p. 153). La llei 5177 inclou "entre les obligacions de l'advocat (art. 59, inc. 2), la de patrocinar o representar els declarats pobres en els casos que la llei determini (...) cada col·legi departamental establirà el consultori gratuït per a pobres i organitzarà l'assistència jurídica d'aquests, d'acord amb el Reglament; admetent-se com a practicants en aquestes tasques els estudiants de Dret que ho sol·licitin, en nombre i condicions que estableixin els Consells Directius (molt plausible, per contribuir a la formació ètico-integral del futur advocat)". (Viñas, 1972: p. 154). També en aquest sentit la regla primera de l'Associació d'Advocats de Nova York diu que "en fixar els honoraris, els advocats han d'evitar l'estimació excessiva dels seus consells i serveis, així com avaluar-los massa poc. La capacitat del client per pagar, no pot justificar un compte excessiu i la pobresa no pot obligar a passar-li un compte menor, o no cobrar-li res. Les comandes raonables de col·legues, les seves vídues i orfes sense massa recursos, han de ser objecte d'especial i afectuosa consideració". (Viñas, 1972: p. 337).

No obstant això, i abans d'arribar a cap conclusió, hem d'aprofundir més en el tema. Referint-se a la justícia gratuïta i als passants, un advocat tan qualificat com Robert Henri subratlla que els passants tenen "al seu càrrec la tasca, ja prou pesant, de tots els actes de les actuacions judicials, de les comissions d'ofici per al correccional o criminal. Tenen també al seu càrrec les consultes gratuïtes, el treball per al seu "mestre" (...) les consultes

gratuïtes s'evacuen en el Palau de Justícia, en el secretariat de l'Ordre dels Advocats" (Henri, 1926: pp. 115-116), afegint més endavant que "els advocats surten fatigats d'aquestes sessions de varies hores com si haguessin sofert un examen de Dret, a causa de la gimnàsia mental i dels esforços de memòria a què han estat sormesos. Però el que els sap més greu, és l'haver, no diguem perdut —posat que un favor no ho és mai—, però sí esmerçat un temps preciós en aquesta obra filantròpica, quan aquest temps els manca sempre per a ells mateixos". (Henri, 1926: p. 117-118).

El diccionari enciclopèdic Espasa defineix com a Advocat defensor de pobres aquell qui es "defensa d'ofici, gratuïtament, segons un torn entre els advocats col·legiats de la demarcació en la qual el judici té lloc" (Diccionari enciclopèdic abreviat Espasa Calpe, 1954: Volum I, P. 47). Ja podem apuntar algunes conclusions del que hem analitzat fins aquí. S'estableix l'assessoria gratuïta, amb certs límits i oferint la possibilitat als joves estudiants i llicenciats de participar en ella (Argentina i França, respectivament). A Estats Units, país en el qual sobresurt el pragmatisme, no s'estableixen aquests mecanismes sinó que és la llei la que ho determina, prohibint-li a l'advocat el considerar les condicions econòmiques del seu client. El cas límit d'aquesta mentalitat és l'exemple de Robert Henri. Segons ell, assessoria gratuïta és quasi bé un favor, més que un deure professional. Favor que cal valorar i agrair degudament pels sacrificis que suposa. Es col·loca els familiars dels col·legues per sobre, fins i tot, dels mateixos pobres (Estats Units). Tot aquest conjunt de principis té un caràcter distint a l'estrictament altruista. S'afavoreix la pròpia comunitat professional abans que els estranys, fins i tot si aquests són necessitats. Aquests estranys són el camp d'experiència i aprenentatge dels futurs professionals. Són en realitat clients de segona categoria. Els millors professionals es reserven per als millors assumptes. Per als pobres tenim els joves, o també com a complement el qui la sort designi. No el més capacitat, l'especialista d'una matèria, no, el qui l'atzar determini.

Caplow afirma que "els serveis professionals resulten impossibles per a grans grups de població. Quan la demanda és molt baixa, el manteniment d'un mínim impedeix a molts clients la utilització dels serveis professionals, alhora que redueix molt fortament les rendes de la professió; quan la demanda és alta, la limitació del nombre de professionals fa que aquests abandonin les branques d'exercici menys remuneradores. Així, després de 1945, moltes comunitats importants als Estats Units es trobaren sense serveis mèdics, i molts metges de la ciutat abandonaren totalment les visites domiciliàries" (Caplow, 1958: p. 290). Rueschmeyer insisteix en aquesta hipòtesi quan sosté que els "serveis professionals són molt cars. En conseqüència, malgrat que quasi bé totes les professions sostenen l'ideal de servir tots els sectors de la població, en la clientela de les professions lliberals, les classes mitjana i superior es troben molt millor representades que les classes baixes, si els recursos fiscals o de beneficiència no es fan servir per pagar els honoraris professionals. En comparació amb la professió mèdica, aquesta tendència es veu sostinguda en les professions jurídiques per tres factors: 1) la incidència dels problemes definits com a problemes jurídics sol ser major en les classes mitjana i superior; 2) l'elasticitat de la demanda de serveis jurídics és major que en relació als serveis mèdics; 3) els fons fiscals o de beneficiència solen ser distribuïts amb més generositat per atendre problemes mèdics que jurídics". (Rueschmeyer, 1971: pp. 284-285). Des d'un punt de vista fàctic, senyala també Rueschmeyer citant Hurst que "el 1938, quasi les tres quartes parts de totes les famílies als Estats Units comptaven amb ingressos anuals situats entre 500 i 2.500 dòlars, amb un promig de 1.300 dòlars. Aquestes famílies pagaven, per terme mitjà, 60 dòlars al servei mèdic i menys d'un dòlar per serveis jurídics. Està clar, doncs, que els advocats extreuen els seus honoraris en gran mesura dels grups d'ingressos més elevats, que només abasta el 13 % de les famílies d'Estats Units. La massa de la població pràcticament manca de contacte amb l'advocat, en una relació de clientela". (Hurst, 1950: p. 289). Això pot significar que no hi ha interessos reclamables jurídicament en la classe baixa, o bé que si hi són no poden

fer-ho, perquè son excessivament cars els serveis professionals. Tot sembla apuntar la segona alternativa.

Un exemple suficientment aclaridor, i per a nosaltres definitiu, és l'ofert pel sistema judicial francès. A França està previst que el Tresor avanci una quantitat per cobrir les despeses dels testimonis, experts, transports i desplaçaments, etc., si bé al final del judici recupera aquesta quantitat, o bé a càrrec de l'adversari si és condemnat a les costes, o sobre el demandant si perd el judici. Hi ha un tribunal que selecciona d'entre els casos que se li presenten els que estan suficientment fonamentats, excloent els altres. Aquesta exclusió no es fa per raons concretes, sinó per motius que cada tribunal estableix prèviament. Com subratlla Raguin, la proporció de "peticions acceptades pels despatxos d'assistència no ha variat: la meitat només és acceptada. El 1935 hi va haver 66.000 admissions; el 1947, 42.000, i a partir de 1960, el nombre d'admissions en primera instància s'ha estabilitzat al voltant de 30.000. Podem considerar que el 6 % dels litigants es beneficien de l'assistència jurídica (...)". (Raguin, 1972: p. 173). Amb la reforma que s'efectuà el 1971 la situació canvià. S'establiren unes indemnitzacions a càrrec de l'Estat, que cobrien en part les despeses que els advocats tenen quan defenen d'ofici (200 francs per als assumptes de primera instància, 300 en el tribunal d'apel·lació, 400 en els superiors i 500 en la casació). Malgrat l'avenç que aquestes mesures suposen, hom està encara lluny d'una justícia gratuïta.

El fet que el justiciable sàpiga que si perd haurà de retornar els diners que el judici hagi costat, és un inconvenient que allunyarà molts de la mera sol·licitud. Fins i tot si tenen possibilitats, perquè només un estudi tècnic-jurídic de cada problema determinarà les possibilitats d'acord amb la llei de cada cas. La participació dels joves advocats, durant el període de pràctica, en aquesta tasca també és simptomàtica del caràcter residual que per a la justícia francesa té l'assistència gratuïta. Això és el que duu Raguin a dir que "la justícia per als pobres no és la mateixa que la justícia per als rics. El règim d'assistència jurídica ho prova. Els despatxos d'assistència judicial són tribunals sense garanties jurídiques, posat que rebutgen aquells processos que no els semblin seriosos. A més els advocats no són pagats, i fan les seves primeres pràctiques en aquests assumptes". "La major part de les vegades es rep el sumari al final del procediment" (Pleven)." (...) (Raguin, 1972: pp. 177-184).

En aquestes condicions, per tant, la hipòtesi que nosaltres defensem, és que la justícia d'aquesta naturalesa és una justícia residual. El caràcter privilegiat dels professionals jurídics, s'afirma pel seu altruisme funcional, i s'enforteix per mitjà d'aquests mecanismes de justícia gratuïta. En realitat, i per a nosaltres, l'assessoria gratuïta és una necessitat funcional del sistema judicial, en la mesura que, sense destorbar el seu funcionament, permet que els individus s'integrin millor en ell, atès que institucionalment i formalment aquesta assessoria i justícia gratuïta està garantitzada a tots. Realment després els professionals serveixen una minoria qualificada econòmicament, però els casos més extrems (els judicials) tenen ja un context "altruista" en el qual emmarcar-se. És a dir, i com a hipòtesi general, l'advocacia no exerceix realment una professió altruista, sinó al contrari una professió al servei d'interessos econòmics concrets la individualització dels quals és empíricament verificable. L'assistència gratuïta institucionalitzada, és la via de legitimació grupal i social d'aquest aparent i teòric desinterès.

BIBLIOGRAFIA

- BLUMBERG, ABRAHAM S., "El ejercicio de la profesión de abogado como un juego de confianza", pp. 337-348 en Vilhelm Aubert, *Sociología del Derecho* (Caracas: Tiempo Nuevo, 1971).
- CAPLOW, THEODORE, *Sociología del Trabajo* (Madrid: Instituto de Estudios Políticos, 1958).
- CORRADI, EGISTO, *L'avvocato* (Firenze: Vallecchi, 1966).
- DAHRENDORF, RALF, *Las clases sociales y su conflicto en la sociedad industrial* (Madrid: Rialp, 1970).
- GIOVANNINI, PAOLO, "La professione di avvocato in una fase di transizione", *Sociología, revista de estudios sociales*, any III, núm. 3 (1969).
- GONZALEZ SEARA, LUIS, "La independencia de las profesiones liberales", *Revista Instituto Estudios Políticos*, núm. 113-114 (1960) pp. 147-158.
- HENRI, ROBERT, *El abogado* (1926).
- PARSONS, TALCOTT, "Consideraciones de un sociólogo sobre la profesión legal", pp. 319-332 en Talcott Parsons, *Ensayos de Teoría Sociológica* (Buenos Aires: Paidós, 1967).
- POUND, ROSCOE, *The lawyer from antiquity to modern times* (St. Paul, Minnessota: West Publishing Co., 1953).
- PRANDSTRALLER, GIAN PAOLO, *Gli avvocati italiani* (Milano: Edizioni di Comunità, 1967).
- RAGUIN, CATHERINE, "L'indépendance de l'avocat", *Sociologie du travail*, núm. 2/72 (1972): 164-184.
- RUESCHEMEYER, DIETRICH, "Abogados y médicos: comparación de dos profesiones", pp. 279-290 en Vilhelm Aubert, *Sociología del Derecho* (Caracas: Tiempo Nuevo, 1971).
- VIÑAS, RAUL HORACIO, *Ética y derecho de la abogacía y procuración* (Buenos Aires: Pannedille, 1972).

SOCIOLOGIA URBANA

DESESTRUCTURACIÓ DE L'AGRICULTURA CATALANA PER RAÓ DEL FET URBÀ

Andreu Peix Massip

El principal fet territorial que defineix Catalunya és el que gairebé la meitat de la població es localitza, s'aglomera, a Barcelona i les seves rodalies. Si li sumem les seves comarques d'influència arribem al 70% i sumant-li el segon centre industrial del Baix Camp-Tarragonès ens trobem amb una estreta faixa litoral del Baix Camp al Maresme on es concentra el 77% de la població catalana.

En l'extrem oposat, es contraposa una àmplia zona de comarques deprimides que ocupen una tercera part del territori i en canvi sols engloba un 3% de la població.

Es produeix, per tant, una estructura dualista, hi ha dues Catalunyaes:

- per un cantó, a Barcelona i tota la faixa litoral que també inclou Reus-Tarragona, s'hi acumula més dels 2/3 de la població entaforada sobre una estreta faixa;
- més del 90% del territori, en canvi, és ocupat per menys del terç de la població.

En les zones d'alta concentració de la població es produeix una aglomeració excessiva ja que en elles s'acumulen la major part de les activitats a Catalunya, en elles però els nivells d'equipaments empitjoren, el trànsit està congestionat, s'arriba als índexs de contaminació més elevats, i es produeixen a més, greus diseconomies.

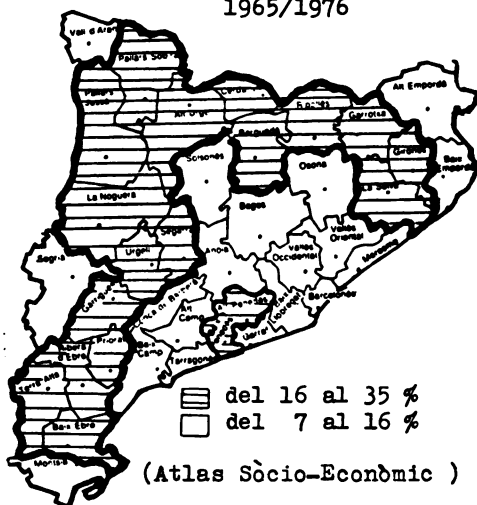
En les zones deprimides es produeix una major pèrdua de població activa agrícola que no pas en les zones densament poblades. Per això ens trobem que les vuit comarques d'Alta Muntanya (cota superior als 800 m) sols arriben a obtenir una producció agrícola, sumades, equivalent a la de les dues comarques urbanes veïnes de Barcelona (Baix Llobregat i Maresme).

Per exemple, el cens ramader de qualsevol de les comarques d'Alta Muntanya, ben dotades en pastos, és ben migrat. Un sol poble de la comarca d'Osona arriba a disposar d'un cens de vaques superior a qualsevol d'elles. La *desestructuració* d'àmplies zones del país és total, són les "comarques a tancar". En elles els serveis estan molt degradats. L'escola està concentrada, els tallers de reparació de maquinària, el fuster, l'electricista, el metge,... cada vegada s'han d'anar a buscar més lluny. Les condicions de vida es fan cada vegada més difícils. Les noies sols busquen casar-se amb els qui se'n van. L'índex de solters entre els agricultors, o els matrimonis en edat avançada, són molt elevats. El traspàs generacional de l'explotació agrària, cada vegada es fa més difícil en aquestes zones.

Però per a comprendre la interrelació entre el fet urbà i l'agricultura abans hauríem d'haver descrit, encara que fos breument, la realitat de la funció agrària al Principat, cosa que procurarem esbossar a continuació. El nostre és un país de pendents i per tant de marges de pedra seca, d'espones i de feixes, en els vessants de les muntanyes. Tota la Catalunya Nova es manté per sota els 650 mm de pluja anual en ella el regadiu es fa imprescindible. A l'Urgell es troba la zona regada més àmplia d'Europa amb les seves 70.000 *hes*, establertes

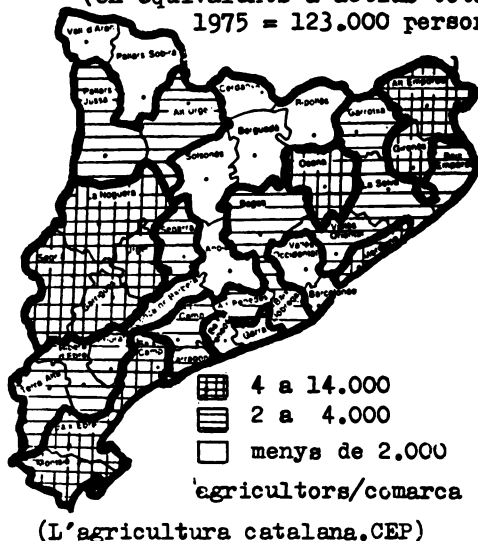
pàg. 2

Disminució de la població activa
1965/1976



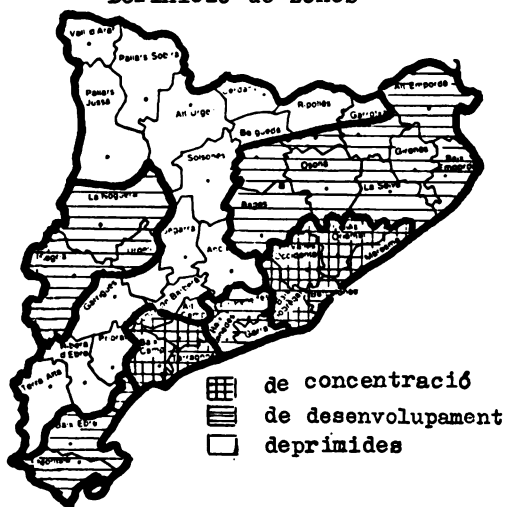
pàg. 3

Població activa agrària
(en equivalents a actius totals
1975 = 123.000 persones)



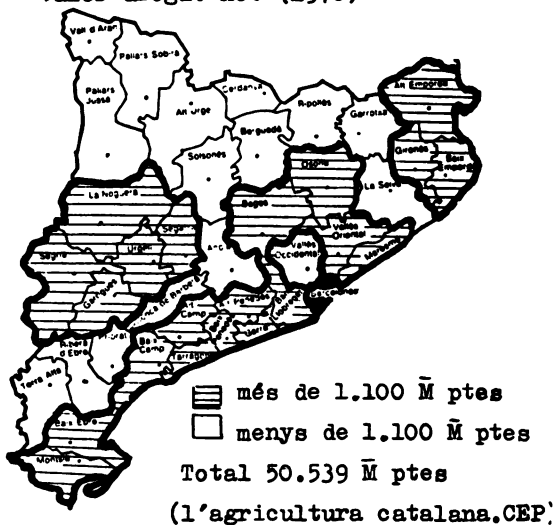
pàg. 19

Definició de zones



pàg. 3

Producció agrària
Valor afegit net (1976)



per iniciativa privada. La geografia catalana no ajuda per tant la funció agrícola i, en canvi, es produeix una agricultura més intensiva que a altres zones de l'Estat, suport d'un major nombre d'agricultors. La participació de la renda agrària entre la dels diferents sectors productius al Principat és reduïda i no permet apreciar *la importància de la producció agrícola que aconsegueix el 10% de l'espanyola*, superant altres regions típicament agràries com Aragó o Extremadura. La producció agrària no sols és important a Lleida (36% del total català), sinó també en les "províncies" del litoral: Barcelona (20%), Tarragona (14%) i Girona (10%).

De fet, estudiant la distribució de la població agrícola, ens trobem que, a major població no agrícola, es produeix una major fixació de població activa agrícola. L'explicació es trobaria que en requerir la població urbana uns aliments i, per tant, una agricultura específica horto-frutícola, subministradora de productes frescos adaptats a les necessitats del mercat, potencia la fixació d'una *agricultura periurbana aprofitant la renda de situació*, en la seva proximitat.

Per això, després del Segrià, de llarg la primera comarca agrícola catalana, ens trobem que el Maresme o el Baix Llobregat figuren entre les principals comarques productores agrícoles tot i les agressions que sofreixen a causa de l'impacte urbà. Apareix, per tant, el segon fet diferenciador de l'agricultura catalana en veure's afavorida pel fet urbà en el sentit de la proximitat a un important mercat de consum.

Aquesta renda de situació permet la supervivència d'una població agrària que sota les mateixes condicions agro-climàtiques a part el fet urbà, no seria rendible a altres zones de l'Estat. S'hauria de complementar també aquest efecte beneficiós de la proximitat a una gran concentració el fet que aquesta comporta el que a Catalunya es trobin el 30% de les indústries agro-alimentàries espanyoles. Les indústries agro-alimentàries han buscat la proximitat al consumidor, però afavoreixen així les zones agrícoles més pròximes que les hi subministren les matèries primes. Entre aquestes indústries destaca la dels transformats càrnics que s'ha desenvolupat conjuntament amb la de pinsos a partir dels ports de Tarragona i Barcelona per on arriba el panís i la soja americans. Catalunya és el primer centre productor de carn de pollastre i ous (Tarragona) i de porc (Lleida i Barcelona), en la seva major part en integració vertical, segons la qual la indústria financia tota la producció i l'agricultor únicament hi posa la mà d'obra i les instal·lacions.

Aquesta proximitat ha significat així mateix l'entrada de les innovacions més ràpidament que a altres zones per la proximitat de les empreses productores de mitjans de producció radicades a Catalunya (tractors, fito-sanitaris, adobs, instal·lacions ramaderes, maquinària...). D'aquesta manera s'han pogut mantenir elevades productivitats. Davant d'una propietat de la terra molt dividida, l'agricultor ha optat per augmentar el tamany de l'explotació per la intensificació, enfront de la rigidesa del mercat del sòl, amb una major inversió en mitjans de producció. També a partir de la ciutat s'hauria difós el que podríem denominar un cert esperit empresarial en tota la seva zona d'influència, tancant així el cicle de la "fertilització creuada" entre l'agricultura i els altres sectors a Catalunya.

Protegides per la serralada litoral, apareixen quatre comarques especialment dotades climatològicament per a la producció de primors. Es tracta del Maresme, el Baix Llobregat i el Baix Camp, a més del Delta de l'Ebre. A part aquesta darrera zona, les tres comarques citades coincideixen amb les zones de gran concentració industrial. En elles, tot i les agressions que sofreixen per la proximitat als grans nuclis urbanitzats del país, la funció agrícola continua reproduint-se. A mesura que el sòl urbanitzat va ocupant sòl agrícola, l'agricultura —l'horto-fructicultura— s'intensifica, s'especialitza. Al Maresme s'han especialitzat en la flor i el cultiu sota plàstic de planta ornamental de test. En els sòls de secà de gran pendent, però, sorrencs de descomposició granítica, per la seva orientació a llevant, han pogut desenvolupar el cultiu del maduixot primerenc, amb rec localitzat. Al Baix Llobregat, "l'horta de Barcelona", els antics arrossars van anar transformant-se en camps d'ensiam "trocadero"

per a l'exportació. Actualment aquesta producció s'ha traslladat al Delta de l'Ebre, amb majors disponibilitats de sòl. Per a sobreviure l'horticultor s'ha convertit en menudista. El vespre prepara els seus productes i a primera hora del matí, amb les dones de la família es trasllada a la parada que ha adquirit en els diferents mercats de barri. D'aquesta manera l'horticultor està plenament connectat amb els desitjos del consumidor i va variant la seva producció segons l'evolució dels seus gustos, al dia. En el secà del Baix Llobregat, en la montanya que té molt bona orientació a llevant s'han especialitzat en el cirerer primerenc. En ambdós exemples de comarques periurbanes ens trobem amb el cas típic de l'agricultura que es va adaptant a les diferents circumstàncies per les quals va travessant, reproduint-se en les zones més allunyades a mesura que és expulsada per la ciutat, però que de cap manera decreix sinó que es veu potenciada per la cada vegada major concentració de població, que comporta, per tant, una major demanda d'aliments frescos. Aquest fet queda reforçat en les dues comarques periurbanes descrites en tractar-se, a més, de zones especialment privilegiades per les seves característiques meteorològiques que les fan irrepetibles en altres punts del Principat (aquest no és el cas del Vallès o del Penedès), a part el Baix Camp i el Delta de l'Ebre, com ja hem indicat. Per tant hem de considerar el sòl agrícola d'ambdues comarques, junt amb el Baix Camp, com de no renovable amb el que pot comportar l'ocupació de cada hectàrea en el descens de la producció agrícola catalana. Molt sovint els urbanistes no comprenen que mitja hectàrea de plàstic en la zona permet viure àmpliament una família pagesa.

En aquestes zones es produeix la contradicció que *sobreviuen gràcies a la ciutat però serà finalment ella la que acabi per destruir-les*.

Un altre fet definidor de la nostra agricultura és el baix índex de *població activa agrària que assoleix escassament el 5%*, molt menor a la d'altres països veïns amb índexs de desenvolupament similars o fins i tot superiors (Suïssa el 6%, Holanda 6%, Itàlia 8%, França 10%). A partir de la necessitat en aliments del Principat, dels quals es veu forçat a importar-ne la meitat, es podria potenciar el sector. Però, en canvi, pel desequilibri produït amb la desertització d'àmplies zones en contraposició a la gran densitat de població del litoral, s'ha produït una *pèrdua de pes específic i fins i tot de "massa crítica"*, tant per desproporcionament per un cantó, com per l'ocupació dels millors sòls en les zones agrícoles privilegiades, el que impedeix la possibilitat de la continuació de la funció agrària en elles. D'aquesta manera es van desestructurant zones en les quals les explotacions podrien ser perfectament rendibles i racionals. Una política territorial equilibradora, permetria descongestionar el litoral dotant d'equipaments les zones deprimides, recuperar zones de conreu abandonades, frenar l'ocupació de noves terres de gran producció i recuperar índexs de població activa agrícola "europeus".

Però encara queda un altre element que és, al capdavant, el millor definidor del territori perquè és el més escàs. Per a Catalunya, el factor que definirà prioritàriament els diferents assentaments urbans o les produccions possibles, serà l'aigua. En general, tot el litoral català, el més urbanitzat, sofreix d'una gran escassetat d'aigua menys, és clar, el delta de l'Ebre. Però de fet, el que ha salvat la funció agrària en aquestes tres comarques repetidament citades ha estat l'escassetat d'aigua, factor limitatiu per a l'establiment en aquestes zones d'una encara major concentració industrial.

El fet d'iniciar el complex petro-químic a Reus-Tarragona pot ser degut a moltes causes, però recordem-ho, va néixer de soca-rel en un polígon industrial creat en combinació entre el president de la Diputació, l'alcalde de Tarragona i el Governador d'aleshores. En morir el President, l'alcalde va anar a parar a la presó i el Governador va haver de dimitir, davant de les irregularitats. Per l'altre cantó, de sempre, els cacics del Delta han procurat boicotejar qualsevol assentament industrial en la seva zona perquè tenien la repercussió en els salaris dels jornalers agrícoles nombrosos en la comarca.

Evidentment la política de trasvassos que es pretén realitzar portant aigua cap a les in-

dústries (a bon preu i sense contaminar), en comptes d'establir-les on es troba l'aigua, significarà l'anihilació final de les tres zones úniques de primors a Catalunya.

Una altra alternativa que lògicament haurien de pagar les empreses afectades, seria el de depurar les aigües brutes que llencen al mar contaminant-lo i tornar-la a aprofitar en comptes de sostreure-la de zones allunyades amb la intensificació dels desequilibris que això comporta.

Les agressions al medi agrari

En els ambients de l'ordenació del territori es menyspreen, per desconeixement, les agressions al medi rural que comporten tot tipus d'assentaments urbans amb tot el seu complex de necessitats en equipaments, comunicacions i servituds de tota mena. Aquestes agressions no es poden apreciar en tota la seva complexitat a menys que s'estudiïn de prop i des d'una òptica agrària. Per això, la descripció d'una realitat concreta, la de les agressions urbanes en les zones densament poblades —que és on s'agreugen— ens ajudarà a comprendre millor el problema, ja que solament repassant-les una a una i analitzant-les en la seva creació podrem comprendre la magnitud de les seves conseqüències. Aquestes agressions han produït unes accions concretes per part dels agricultors afectats en una ja llarga història de "lluïtes urbanes camperoles".

Per a una aproximació global al tema, hem agrupat els diferents tipus d'agressions en quatre apartats:

- vies de transport, de conducció i comunicació
- poblament dispers
- activitats esportives i d'oci
- extraccions d'àrids

Sota l'epígraf de *vies de transport, comunicació i conducció* agrupem autopistes, carreteres, línies de ferrocarril, canonades ("pipe-lines"), aqüeductes, línies elèctriques...

Les autopistes, en ser les primeres en haver afectat modernament àmplies faixes agrícoles, "lògicament" sobre els millors sòls de les valls, són les més conegudes. A la seva ocupació de sòl en concret, cal sumar-hi l'afectació fins a 100 metres a banda i banda de la via, amb la prohibició de construir. La forta oposició ha aconseguit paralitzar fins avui la continuació de l'autopista de Mataró en una zona privilegiada on una família pagesa pot viure de la terra amb mitja hectàrea d'hivernacle produint flor o planta de test.

Encara s'han de realitzar les obres de la xarxa arterial de carreteres així com el famós eix transversal de Catalunya que ha de travessar el Principat de Lleida a Palamós, per a desenrotllar les comarques interiors.

Ha de subratllar-se la funció implícita en el planteig de les noves vies de comunicació, de la transmissió de l'especulació del sòl des dels centres urbans (que ja han esgotat els sòls disponibles com és el cas de Barcelona) cap a les noves zones que posa en comunicació.

A nivell agrícola a part de la mateixa ocupació del sòl cal tenir especialment en compte totes les repercussions que produeix la irrupció en un sòl agrícola aïllat qualsevol de les activitats urbanes, amb les servituds que comporta. És el cas de les noves carreteres que, a més de la "incomunicació" que comporta en produir l'anul·lació de camins tradicionals, per la prohibició de la circulació de maquinària, pels embossos fan augmentar la duració del trajecte fins la finca...

Per això repetidament els pagesos demanen que en les zones densament poblades s'obligui a encerclar totes les finques afectades pel traçat de la nova via de comunicació a fi de preservar-les de les conseqüències de la millor comunicació (robatoris, violències sense sentit, pols...). A més insisteixen en la preservació dels camins agrícoles tradicionals i que s'ar-

ribi a prohibir la circulació dels no-agricultors. En el fons es tracta que es creïn “polígons agrícoles” si es vol que la producció agrària es mantingui en aquestes zones, amb tots els equipaments conjunts de portades d'aigua, drenatges, línies elèctriques, unificació de tipus de tanques per a reduir la pèrdua de terreny, servei de guarderia rural interior etc... a més dels camins interns.

Un altre factor no menyspreable produït per les vies de comunicació en les zones densament poblades és la creació de sòl marginal que queda envoltat restant incomunicades les parcel·les en quedar tancats tots els accessos a la possible entrada de maquinària. Aquests sòls s'abandonen, arriben a sumar superfícies importants i signifiquen focus de contaminació que afecten les zones agràries properes.

Encara s'està construint el *ferrocarril* que enllaçarà Montmeló amb El Papiol, creuant el Vallès, per tal de reduir el tràfec de trens pel centre de Barcelona (túnel del carrer Aragó i port), inclòs el famós tren nuclear. Evidentment travessa zones fortament afectades, produeix un fort fraccionament del territori aïllant parcel·les que resten d'aquesta manera abandonades, així com explotacions senceres, en reduir-se el tamany pel terreny expropiat i una vegada trencat l'equilibri, no resulten ja rendibles.

Ha de senyalar-se també la repercussió a causa de l'ocupació temporal i la consegüent destrossa de terrenys agrícoles durant la construcció de les obres, a més de l'eliminació de desguassos naturals amb la possible inundació d'àmplies superfícies durant les èpoques de pluges a causa dels nous terraplens.

Un altre signe dels darrers temps: la construcció de canonades, de “pipe-lines”, com són el gasoducte Barcelona-València-Bilbao, o anteriorment de l'etilenoducte Tarragona-Martorell (Solvay), a més del recent oleoducte Tarragona-Saragossa. A elles s'hi han de sumar les ja tradicionals esteses elèctriques entre les quals han destacat darrerament la de la Central Nuclear d'Ascó a Barcelona al llarg de la cadena prelitoral. En els tres casos els pagesos van haver de tallar camins, bloquejant-los amb els seus tractors o vehicles, fins arribar a un tracte amb les empreses expropiadores, que, com a mínim, els indemnitzés de les afectacions que implicaven.

Cada canonada significa l'ocupació de 16 metres d'amplada en què no es podrà realitzar cap plantació profunda. De totes maneres, potser la pitjor repercussió es produeix en el moment de la seva construcció: se segueixen les línies de màxima pendent, amb la futura repercussió en l'erosió del sòl, es construeix a preu fet i això fa que es trenquin desconsideradament tot tipus de marges, camins etc... a més de la destrossa que comporten els moviments de terres, les explosions, els moviments de les màquines, els robatoris en l'època de les collites... Fins i tot, el punt més “positiu” d'aquestes obres es troba que les afectacions es produeixen sempre en les mateixes finques en anar-se creant uns corredors de comunicacions, de transport, de canonades, energètics, amb la total desmembració de les explotacions afectades. Són molts els agricultors del Penedès afectats consecutivament pel tren, per l'autopista, per l'etilenoducte i el gasoducte que la segueixen paral·lelament, a més de les esteses elèctriques. La propera afectació la produirà l'aqüeducte Ebre-Barcelona.

Tota concentració urbanística o obra pública implica l'establiment en la seva proximitat, per estalviar els costos de transport de *plantes d'extracció d'àrids* a més de la seva manipulació (tritració i rentat). A una major concentració urbana li correspondrà una major superfície afectada per l'extracció d'àrids. En tot el Delta del Llobregat és pràctica comuna la venda de la capa superior d'al·luvió per a utilitzar-la en la construcció. L'empresa està obligada a reomplir el forat i arriba a pagar fins dos milions per hectàrea. En no controlar-se aquesta extracció, les empreses provistes amb excavadores per a grans fondàries assoleixen els 30 metres de profunditat, superant les permeses ja que arriben a nivells inferiors als dels aqüífers subterranis. La situació encara es complica més en reomplir aquests pous d'extracció amb escombraries, clandestinament i de nit, cobrint-les a continuació amb terra. Amb aquesta operació queden contaminats directament els aqüífers. Evidentment les escombra-

ries que es llencen clandestinament en aquests forats solen ser les no admeses pels serveis municipals d'escombraries, deixalles de productes químics altament contaminants. Aquests aquífers tardaran varis anys en descontaminar-se per la lentitud del seu moviment, a diferència de les aigües superficials en les quals les contaminacions no són tan greus en no repercutir els anys successius.

El pou d'extracció, quan es torna a l'agricultor, convenientment reomplert i anivellat, a causa de la fermentació de les escombraries a mesura que es va aposentant, es va desnivellant fins arribar a assolir un aspecte llunàtic. Rarament aquest sòl es tornarà a cultivar per la dificultat del seu anivellament. Àmplies faixes del Baix Llobregat estan quedant d'aquesta manera estèrils.

Tot això es complementa amb la injecció directa al subsòl de residus que les empreses químiques no poden llençar als rius superficials, ja que ho tenen prohibit; el control d'aquestes injeccions és especialment difícil. Aquest és el cas de les aigües amb bor al Baix Llobregat o els pous amb residus de pells adobades al Maresme.

Cal afegir a aquesta *contaminació dels aquífers* l'extracció incontrolada de les aigües subàlvies en les zones de gran escassetesa com són el Maresme, el Baix Llobregat i el Baix Camp, especialment per part de les empreses privades dotades de potents bombes. D'aquesta manera s'ha arribat ja a la salinització dels aquífers d'àmplies zones del litoral que les ha fetes irrecuperables, amb el consegüent abandó en no poder-se regar. Aquesta salinització que s'està introduint terra endins, al Delta del Llobregat arriba ja a St. Boi.

S'ha d'afegir-hi el problema de la realimentació dels aquífers. A l'extensió de les superfícies construïdes o asfaltades, s'ha de sumar-hi la dels pous d'extracció reomplerts amb escombraries que no filtren. La mateixa cosa passa amb el llit dels rius que queden recoberts d'una capa de productes químics, dels abocats als rius que n'impedeixen la filtració. Per descomptat que el sòl que millor permet la realimentació de les aigües subàlvies són els sòls agrícoles.

En el llit del Llobregat es produeix un nou fenomen combinat de destrucció d'aquífers: la Confederació Hidrogràfica permet aprofitar les arenas dels llits dels rius fins un metre de profunditat (en realitat es profunditza fins els 8 metres). Precisament se cita aquesta causa com la principal que va afectar els fonaments del pont medieval a Molins de Rei en la Nacional II als Quatre Camins. Curiosament l'empresa que té cedit aquest aprofitament, renta els àrids amb aigua del riu que torna a continuació amb l'argila, fruit del rentat, i que va recobrint els espais intersticials del llit, impermeabilitzant-lo. Ja que no permet la realimentació de l'aquífer, la Confederació els lloga els seus tractors perquè llaurin el llit per tal de preveure les grans avingudes d'aigua.

És clar, les plantes de manipulació d'àrids s'estableixen generalment sobre sòl agrícola quan signifiquen una funció totalment urbana.

Els millors sòls urbans solen ser els més bons terrenys agrícoles, amb pendents reduïdes. Més endavant discutirem aquest problema de l'ocupació del sòl agrícola per a les necessitats directament urbanes. Però els danys que l'urbanisme produeix sobre el sòl agrícola, més que els de la seva ocupació física i real, són sobretot els produïts per les expectatives que qualsevol activitat urbana produeix en les zones del voltant per raó de l'efecte especialment multiplicador del *problema dispers*.

Un dels grans problemes que afecta el país és la gran extensió del sòl urbanitzable que en molts anys no arribarà a ocupar-se. Els plans d'urbanisme que s'estan realitzant en aquests moments a Catalunya s'estan limitant en molts casos a legalitzar l'existent, prohibint l'ocupació de més superfícies ja que de moment tenim dotacions de sòl per a 50 anys com a mínim.

En principi, si no qüestionéssim el creixement urbà (almenys a les zones de gran concentració), hauríem de defensar el creixement tipus taca d'oli en el sentit que cada construcció s'hauria d'establir al costat d'una ja existent. El propietari d'una àmplia zona, tocant

una zona urbanitzada, que vulgui obtenir ràpidament importants rendiments, estarà interessat en iniciar la urbanització del sòl de la seva propietat a partir de l'extrem més allunyat de la zona ja urbanitzada. D'aquesta forma pot obtenir preus elevats per la venda del sòl urbanitzat, però també pot vendre l'espai intermedi a bons preus, per les expectatives que es creen en ell.

Avui dia, àmplies zones agràries del país en què en centenars d'anys no es podrà construir, es veuen afectades per aquestes expectatives d'especulació, que estan incidint greument en la funció agrícola, ja que l'agricultor no podrà adquirir-les a causa del seu preu elevat, en esperar-se futures rendibilitats urbanes, i haurà d'aconcentrar-se conreant-la a precari.

A més, tota zona urbana crea unes fortes servituds en el seu entorn. La població dispersa multiplica aquestes superfícies afectades per l'assentament urbanístic. Entre les principals conseqüències del poblament dispers destaca especialment el problema dels robatoris i dels actes vandàlics, que arriben a impossibilitar totalment la producció agrària en aquestes zones (robatoris de collites, de maquinària, destruccions gratuïtes d'arbredes...). Tal com han hagut de fer molts ajuntaments urbans, s'han reforçat els serveis de guarda rural. Segueixen en importància els problemes de la contaminació, des dels de la pols dels camins fins la de la contaminació de les aigües. A fi de no interferir amb les aigües del Llobregat que s'utilitzen per a ús domèstic, s'ha utilitzat el canal de reg agrícola, denominat de l'Infanta, construït al seu temps pels propis agricultors, per a canalitzar les aigües de l'Anòia, molt contaminades per les fàbriques de paper, així com les de la riera de Rubí. I els agricultors dels Delta del Llobregat utilitzen aquestes aigües per a regar. Les autoritats sanitàries s'han vist frenades fins avui de prohibir el reg amb aquestes aigües per les conseqüències socials que produiria. De totes maneres, en aquests moments, la Corporació Metropolitana de Barcelona té previst utilitzar el pressupost de cobriment d'aquest canal per a evitar-ne les emanacions en passar per les poblacions, per a depurar les aigües i eliminar el problema de les males olors i, a més, poder utilitzar les aigües per a regar sense cap risc per a la salut.

Sovint són també greus els problemes de la contaminació ambiental per les emanacions de les fàbriques; això és important en les proximitats dels polígons industrials amb problemes periòdicament de fitotoxicitat, a més de la dels cremadors il·legals. Els abocadors d'escombraries espontànies constitueixen també un problema greu per la presència incontrolada de rosegadors o de colles de gossos mig salvatges (això s'agreuja l'hivern en les zones de segones residències en quedar abandonats a la seva sort una vegada passat l'estiu.).

Un aspecte més greu que el de les segones residències en urbanitzacions és la construcció en sòl agrícola, mantenint les normatives sobre superfícies mínimes de sòl cultivat, de construccions per als caps de setmana. En aquest moment la Generalitat no concedeix cap permís amb aquesta finalitat. De totes maneres s'estan adquirint moltes masies abandonades per part d'urbans amb tot el que signifiquen d'*element distorsionador del món agrari*. Els no agricultors ràpidament posen cadenes en els camins utilitzats tradicionalment pels agricultors, tanquen boscos, impedeixen que s'instal·lin granges en les seves proximitats... Per la forta oposició d'aquests elements estranys al sector, l'agricultor no podrà realitzar les seves funcions productives en zones cada vegada més àmplies.

A major densitat de població en les zones urbanes, i per tant menor disponibilitat d'equipaments o de parcs en la ciutat, aquesta produeix una àrea d'influència en la qual s'estableixen aquests equipaments, les zones verdes que ella no ofereix, per a les *activitats esportives i de l'oci*. Evidentment sobre sòl agrícola que sempre resultarà més barat que l'urbanitzat i que a més permetrà un major apropament "a la naturalesa" al soci del club de lleure.

La defensa de la funció agrícola passa també, per tant, per la potenciació de les zones verdes en les ciutats. A títol d'exemple mentre a Roma es disposen de 20 m² per habitant, de parcs, i a París de 18 (i parlo de ciutats denses), a Madrid s'assoleixen els 10 m²/habitant i a Barcelona tan sols els 5,3 m²/hab. de verd públic.

Les motocicletes de trial, el buscador de bolets, de cargols, d'espàrregs, el caçador, els càmpings, els caravanings, les pistes de tenis, els petits aeroports privats... són clares activitats urbanes que s'estableixen sobre sòl agrícola i el distorsionen.

Ara, davant la crisi per la qual passen les urbanitzacions de segones residències, ens trobem amb la nova oferta de places de caravanings que apareixen als voltants de Barcelona i que no deixa de ser la nova modalitat de "caseta del Canadà" per al parcel·lista potencial, proletaritzat per la crisi. És clar que el caravaning il·legal o el club de tennis establerts sobre sòl agrícola denunciaren l'assentament d'una granja en les seves proximitats.

Alternatives aportades

No em puc sostreure de comentar el Document presentat al Parlament Català per part de l'actual Govern de la Generalitat denominat: "Directrius i esquema del Pla Territorial de Catalunya" publicat el passat mes de març de 1981 en el Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya i a partir del qual s'hauran de redactar les lleis ordenadores del sòl i de les aigües. Aquest material és especialment important per tot el que significa de síntesi de política territorial que s'espera per als propers anys.

Es tracta d'un document molt complet, de 35 pàgines en què sols una i mitja es dediquen al sector agrari (contra dues per a la indústria, dues i mitja per al turisme...). Per això no profunditza en els problemes del sector i no aporta gaires alternatives quan sobretot es queda en un nivell molt descriptiu, tot i que defineix l'agricultura com "l'activitat definidora de l'ocupació de la major part del territori".

Reconeix la gran concentració barcelonina i tarragonina qualificant-la d'aglomeració excessiva, establint que s'han d'evitar aquestes grans concentracions d'activitats concretes en aquests punts del nostre territori. Indica que fins i tot a Barcelona, els estàndars d'equipaments empitjoren, el trànsit està congestionat a més de la gravetat de la contaminació. En aquestes zones, afirma que el creixement haurà de ser qualitatiu en comptes de quantitatiu, contenint el seu creixement o millor encara fent-lo decreïxer.

En canvi, parlant de Tarragona i del seu sòl industrial, la defineix com la principal reserva de sòl industrial de Catalunya. De 4.000 *hes* sols estan ocupades 1.000 mentre que encara en queden 3.000 per ocupar. Per tant queda a l'aire la qüestió que si en aquesta zona definida de gran concentració, encara triplicarà la indústria que s'hi ha d'establir, així com la població, congestionant encara més la zona, a part el problema de la manca d'aigua per a aquestes indústries a establir. Per a tot Catalunya actualment es disposa de prou sòl industrial com per a *doblar* el parc actual i crear 450.000 nous llocs de treball (que correspondrien a més de 2 milions d'habitants, sense comptar els serveis necessaris per a aquesta nova població, el que pràcticament significaria doblar també la població catalana). El sòl industrial, a més es troba en les zones de concentració i és escàs en les de desenvolupament. Si hi afegim el que s'afirma més endavant que "la crisi dificulta les mesures coactives" tot i que la concentració "ja presenta diseconomies", sembla ser que no volen ser gaire exigents en aquest aspecte de limitar el model de concentració seguit fins ara i que irremediablement el creixement industrial es realitzarà en les actuals zones definides com de greu concentració.

També surt el paper de les comarques i del problema de la dicotomia catalana litoral/zones deprimides. S'afirma que la realitat del territori "significa la voluntat d'afirmació d'un poble que ha assumit uns valors i unes formes de vida que han conformat i conformen la seva personalitat" i que "s'ha de potenciar aquesta realitat anul·lant les implicacions negatives". El problema es troba però que la major part de sòl català no es tornarà a repoblar, el procés és irreversible i màxim es podria frenar; la crisi i l'alt índex d'aturats en les zones industrials ja l'ha parat. De totes maneres aquest redactat sols es queda en una declaració de bones intencions ja que no s'intenta cap mesura per a reequilibrar el país.

Se subratlla també que són els municipis entre 20 i 50.000 habitants els que ofereixen

els millors nivells de dotació essent ja acceptables a partir de 10.000. Cap a aquests nivells haurien de tendir els caps de comarca per a poder "comarcalitzar" de nou Catalunya; quan, a més, l'existència de bons nivells d'equipaments atrauen activitats industrials i població.

S'hi afegeix també que la rendibilitat de la inversió en equipaments no pot regir-se per un criteri tancat en ell mateix. Que s'ha de tenir en compte l'aspecte social (igualtat d'accessibilitat per a totes les comarques com a objectiu), i també l'econòmic (el manteniment de la població en determinades zones permet l'explotació dels recursos d'aquestes que beneficien el conjunt de la població). Es refereix principalment a les zones d'Alta muntanya.

Tot això haurà d'estar reforçat per una xarxa de punts centrals distribuïts per tot el territori que serveix de suport per al seu equilibri (les capitals de comarca).

Aquestes directrius proposen també una qualificació de Catalunya en zones. Qualsevol tipificació del territori és perillosa ja que condemna cada zona a unes "vocacions". De totes maneres la que proposa coincideix amb una realitat punyent, però que hi és i que no es pot deixar de cantó. En resum, apareixen principalment tres grans zones:

	% població	% territori
I. zones de concentració	71	6,5
II. zones de desenvolupament	25,5	53
III. zones deprimides i d'alta muntanya	3,5	40,5

Per al Delta de l'Ebre s'intenta una "zona de desenvolupament selectiu" que he assimilat a les de desenvolupament i possiblement significa una justificació per a no potenciar la seva industrialització i, per tant, legitimar la utilització de les seves "aigües sobrants" per a enviar a la concentració tarragonina (minitransvasament) o a la barcelonina.

Com a zones de desenvolupament també he inclòs les denominades com "d'estancament industrial" i que coincideix amb les valls altes del Llobregat i del Fresser (Bergadà i Ripollès). Amb la revolució industrial, al llarg del riu es van anar establint indústries principalment tèxtils i metal·lúrgiques, aprofitant l'aigua abundant a la zona, així com l'energia elèctrica que molt sovint se'n fabricaven elles mateixes. Són típiques les "colònies" de treballadors que els mateixos empresaris establien prop de les fàbriques buscant un millor "clima social". Actualment amb la crisi del tèxtil moltes d'aquestes fàbriques han quedat obsoletes essent greu el problema de l'atur en aquestes valls.

Però precisament davant la crisi actual de l'energia i de l'escassetat d'aigua a causa de la gran aglomeració del litoral, aquestes zones disposen de recursos renovables que haurien d'aprofitar-se per al seu relleu. Precisament en altres apartats parla del foment dels aprofitaments dels recursos industrials integrats en la comarca així com de l'explotació de salts petits i d'embassaments localitzats, a més de l'autogeneració d'energia.

Respecte a l'agricultura en concret, en el document s'indica que "s'haurà de potenciar perquè desenvolupi al màxim la seva capacitat de constituir una forma de vida estable i progressiva". Però és l'agricultura una forma de vida? Evidentment la frase ben bucòlica és un índex de la visió urbana del problema. Se subratlla també el paper estratègic de l'agricultura com a "proveïdora d'aliments i preservadora de l'estructura territorial".

Però la *bomba* es troba en la definició de l'agricultura periurbana del Maresme, del Baix Llobregat i del Baix Camp com d'una agricultura *residual*. En aquestes zones es protegirà l'activitat agrària però "donant sempre prioritat als imperatius industrials i urbans". Com queden els objectius de desconcentració d'aquestes àrees? Per a què hauran servit les accions dels darrers temps dels agricultors de la Unió de Pagesos d'aquestes zones? Aquesta agricultura certament és residual, però no en el sentit que utilitza el redactat d'aquestes directrius que comentem, sinó que és residual en el sentit de persistent, que-no-es-podrà-esbor-

rar, que aguantarà fins el darrer moment. A més aquesta agricultura és la que s'ha de definir com a estratègica ja que subministra productes frescos i a més en cas de conflicte, la ciutat continuaria menjant encara que no arribessin subministres de les zones valenciana, murciana o d'Almeria. Per a definir l'agricultura progressiva s'obliden d'aquestes zones periurbanes, el que és lògic si sols són residuals però per què s'obliden del Delta de l'Ebre, el principal centre hortícola de Catalunya? Per a poder treure l'aigua sense majors escrúpols?

Fins i tot s'arriben a definir les diferents zones agrícoles catalanes segons el percentatge de població activa agrària, quan lògicament en un pla territorial s'ha de pensar especialment en les rendibilitats segons els diferents tipus de sòls o circumstàncies meteorològiques, però aleshores tornariem sobre les ja tantes vegades citades comarques privilegiades del litoral, les "residuals" precisament.

És una llàstima també que aquestes directrius s'hagin oblidat de les diferents propostes que els agricultors han estat presentant durant els darrers temps per a la defensa dels seus sòls agrícoles:

- establiment de polígons agrícoles amb les seves dotacions d'aigua, desguassos, energia elèctrica, tancats, camins interns... en les zones d'alta densitat de població.
- Banc del Sòl per a controlar la compra de sòl agrícola per part dels no agricultors (com ja existeix a diferents països europeus).
- Llei de Cúmul per la qual a cada comarca cap comprador podrà adquirir més terra que la permesa.
- Llei de finques millorables adaptada a la realitat catalana, ja que els nivells que usa com a màxim corresponen a Andalusia.

És positiu, en canvi, el fet que a nivell municipal s'haurien de definir i localitzar cartogràficament, i amb detall suficient, la superfície agrària (fins el moment sols es pot definir com a sòl no urbanitzable). Tracta també de la importància de preservar els sòls més productius i que s'ha de realitzar un inventari de classes agrològiques. Aquí cal afegir que amb les noves tècniques agronòmiques de reg localitzat, i sota plàstic o vidre, s'ha de complementar amb un mapa climatològic en poder-se independitzar el cultiu del sòl.

Finalment tracta del problema més conflictiu, que treu espurnes, del que defineix com a "coll d'ampolla del desenvolupament", de l'aigua.

Ja que una zona escassa en recursos no atraurà indústria; en el text que es comenta es repeteix varies vegades que "s'ha d'assegurar la disponibilitat d'aigua, en tots els casos, a fi que no limiti els assentaments".

Compte! es parteix sempre del principi que l'aigua es gasta, quan no és així: l'aigua es contamina i descontaminar-la suposa un cost. L'aigua neta té un preu que s'ha de pagar. Enlloc del text apareix l'obligació que qui contamina ha de pagar (tot i que 4 pàgines es dediquen a l'aigua i 3 i mitja a la conservació ecològica). La depuració, en canvi, queda escrit, ha de ser pagada per tots.

Queda subratllada també la gravíssima situació de Tarragona i de Barcelona; es pren nota dels excedents d'aigua del Segre i de l'Ebre, mentre que el consum es produeix al litoral. S'afirma el principi de *solidaritat entre conques* i també que l'aigua no ha de limitar cap assentament. Conclusió ben clara: Les 3.000 *hes* de sòl industrial de la zona de Tarragona s'han de dotar d'aigua; per tant la indústria i la població a la zona podrà triplicar. És a dir, que aquesta i el Baix Llobregat no es desconcentraran.

Fins s'arriba a citar que els agricultors hauran d'utilitzar tècniques de reg que aprofitin millor l'aigua. Serà per a poder reduir les seves concessions d'aigua per al reg?

Per acabar, una part important es dedica a la salvaguarda dels aqüífers, a la limitació dels pous d'extracció d'àrids, a limitar la sobre-explotació dels aqüífers que produeix la intrusió marina, a reduir la infiltració d'aigües contaminades, al problema de la recàrrega dels aqüífers...

BIBLIOGRAFIA

1. CEP. L'agricultura Catalana. Barcelona 1980. 275 pp.
2. JORNADES D'URBANISME I AGRICULTURA. Dies 23 i 24 de setembre de 1980. Lleida. Varies Ponències.
3. MORELL, RAMON. Aspectes econòmics del procés d'urbanització de la plana de Lleida. Jornades d'Urbanisme i Agricultura 23-24 setembre 1980. Lleida.
4. OCDE. L'agriculture face aux politiques d'utilisation du sol. Paris 1976, 93 pp. L'agriculture dans l'aménagement des aires peri-urbaines. Paris 1979, 109 pp.
5. UNIO DE PAGESOS. Reflexions i propostes per a una política d'ordenació i protecció de l'agricultura al Baix Llobregat. Nov. 1980 24 pp. Per la defensa de l'espai agrari a la Comarca del Maresme 32 pp. L'ordenació del territori: L'agricultura en comarques densament poblades. (Primeres Jornades del Maresme. 1979) Barcelona 1980. 185 pp. Agricultura i Urbanisme. L'aigua un bé limitat i escàs (Segones Jornades del Maresme. 1980) Sense publicar. Sobre agressions al medi rural, especialment les comunicacions de Manel Canes i Ismael Santoja. Segon Congrés 1979. Ponències de La Terra i L'aigua. Barcelona 1980. 152 pp. La Terra. Varis articles anys 1980 i 1981.
6. VIDAL, TOMAS. Atlas Sòcio-Econòmic de Catalunya. Barcelona 1980.

SOCIOLOGIA DE L'EDUCACIÓ

EL PROFESSORAT D'EGB A CATALUNYA L'ANY 1990: UNA ESTIMACIÓ

J. Martín-Moreno – A. Zaragoza

Aquestes pàgines que aquí presentem intenten analitzar l'evolució futura de professors i alumnes d'Ensenyament General Bàsic a Catalunya, amb l'objecte de poder establir quina serà l'oferta de professors el 1990.

La primera cosa que hem d'examinar és l'evolució de la població de 6 a 14 anys el 1970 i 1975 (anys en què només hi ha dades per edat) i projectar aquesta població fins 1990. Partim del supòsit que a nivell d'EGB la totalitat de la població de 6 a 14 anys estarà escolaritzada el 1990.

Si tenim en compte que a Catalunya s'observa un descens de natalitat i alhora es dona un estancament en el procés immigratori, i si partim del supòsit que aquests processos aniran continuant en el futur, l'evolució de la població fins 1990 serà la següent:

POBLACIÓ REAL I PROJECTADA EN CADA EDAT, A CATALUNYA

Edat	Real		Projectada		
	1970(a)	1975(b)	1980(c)	1985(c)	1990(c)
6 anys	91.942	97.935	102.190	103.412	132.229
7 "	87.583	95.909	100.103	101.320	129.485
8 "	85.885	98.446	102.738	103.970	132.947
9 "	81.638	96.916	101.140	102.358	130.783
10 "	84.658	96.653	106.001	113.200	110.375
11 "	82.354	97.084	106.447	113.682	110.848
12 "	81.297	92.259	101.167	108.035	105.350
13 "	79.742	91.178	99.910	106.670	104.047
14 "	75.215	88.352	96.804	103.361	100.818
Total	750.314	854.732	916.500	956.008	1.056.882

Fonts: (a) INE, *Censo de la población de España 1970* (Madrid, 1974).

(b) INE, *Características de la población española deducidas del Padrón Municipal de Habitantes, 1975*, (Madrid, 1979).

(c) INE, *Panorámica Demográfica* (Madrid, 1977).

Observant les dades anteriors podem veure que la població catalana compresa entre els 6 i 14 anys passa de ser 750.314 el 1970 a 1.056.882 el 1990. L'increment anual mitjà en aquest període de 20 anys serà del 2 % anual. Si descomposem el creixement en les

dues dècades que abans hem considerat globalment, observem que en la dècada dels anys 70 el ritme de creixement ha estat major (2,2%) que en la dècada dels anys 80 (1,0%). Indubtablement la baixa natalitat està influïnt en el descens del creixement.

Podem dir sobre això que el 1975 la pràctica totalitat del Cens de nens compresos entre els 6 i 14 anys estava escolaritzat.

Podem veure les dades desagregades per a les quatre províncies catalanes:

Províncies	Població de 6-14 anys el 1975	Població escolaritzada de 6-14 anys el 1975	Taxa d'escolaritat el 1975
Barcelona.	671.658	638.778	95,1
Girona.	61.868	59.295	95,8
Lleida.	49.688	44.478	89,5
Tarragona	71.518	66.188	92,6
Total.	854.732	808.739	94,6

Si partim del fet que el procés d'escolarització és irreversible, no hi ha cap supòsit que ens indiqui que el 1990 la totalitat del cens de nens de 6 a 14 anys no estigui escolaritzat. Les dades anteriors ens mostren que el 1975 la totalitat del Cens que fa referència al grup d'edat que estem considerant està pràcticament escolaritzat. Les diferències existents entre les províncies catalanes són tan insignificants atès l'elevat nivell de les taxes, que es pot dir que aquestes es deuen més a problemes de quantificació que a diferències reals.

Si tenim en compte el que hem dit anteriorment (és a dir, la plena escolarització), podem predir quants alumnes d'EGB tindrà Catalunya el 1990, posat que sabem el nombre de nens de 6 a 14 anys que tindrà el Principat en aquella data: 1.056.882. Les dades desagregades per províncies el 1990 són les següents:

Províncies	Població escolaritzada el 1990
Barcelona.	860.544
Girona.	69.759
Lleida.	50.043
Tarragona.	76.536
Total.	1.056.882

La constant del gran pes de Barcelona continua essent notòria. De qualsevol manera el que aquí ens interessa és que per al total de Catalunya el nombre d'alumnes d'EGB sembla que serà superior al milió de nens. Bé. És correcta aquesta xifra? Podem donar-la com a plausible? Tots els indicis ens diuen que sí. Amb tot mirem de contrastar aquest resultat amb un altre que es deriva d'observar l'evolució del nombre d'alumnes d'EGB des de 1969 a 1977 a cada una de les províncies catalanes i, partint d'aquesta evolució, veure la projecció de la matrícula el 1990. Les dades de l'evolució real són aquestes:

EVOLUCIÓ DEL NOMBRE D'ALUMNES D'EGB A CATALUNYA. 1969 - 1977

Anys	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Total
1969	393.542	45.770	35.945	46.339	521.596
1970	421.437	45.131	36.917	46.868	550.353
1971	448.222	47.925	39.084	50.889	586.070
1972	479.666	51.276	40.829	54.730	626.501
1973	571.477	55.477	43.596	59.672	730.222
1974	626.169	59.498	45.643	64.616	795.926
1975	638.778	59.295	44.478	66.188	808.739
1976	651.795	59.508	43.747	67.919	822.969
1977	659.524	59.979	43.204	69.150	831.857
% Δ 69-73	45,2	21,2	21,3	28,8	40,0
% Δ 73-77	15,4	8,1	-0,8	15,9	13,9

Font: INE, *Estadísticas de la Enseñanza en España* (diversos anys).

Les dades del quadre anterior ens ofereixen les següents característiques:

1r) Si considerem el creixement de la matrícula escolar entre 1969 i 1973, obtenim en aquests 5 anys per al total de Catalunya un creixement de l'ordre del 40%. Aquest alt creixement es deu fonamentalment al pes de Barcelona el creixement de la qual en aquest període fou del 45,2 % . La resta de les províncies catalanes, en aquest període, creix molt per sota de la mitjana: Tarragona 29 % , Girona 21 % , Lleida 21 % . Les dades anteriors ens indiquen el creixement desigual entre Barcelona i la resta de Catalunya, que traduït a les seves respectives taxes de creixement anual i al temps que trigaria a duplicar-se aquesta població, seguint aquest ritme, en cada una de les províncies obtenim uns resultats que podem observar-los en les dades següents:

Províncies	Taxa de creixement mitjà anual 1969-73	Anys que trigaria a duplicar-se la matrícula escolar
Barcelona.	9,0	8
Girona.	4,2	17
Lleida.	4,3	16
Tarragona.	5,8	12
Total.	8,0	9

Barcelona és la província amb un creixement més ràpid i, com a conseqüència, de seguir aquest ritme, la seva població escolaritzada trigaria a duplicar-se 8 anys; en canvi Girona, que és la província que menys creix, trigaria 17 anys a duplicar la seva matrícula en EGB si mantingués aquest ritme que té en el període.

2n) Si, al contrari, considerem el creixement de la matrícula escolar entre 1973 i 1977 podem observar que la proporció d'increment resultant seria del 14 % (sensiblement inferior al període abans considerat). Podem observar com Tarragona i Barcelona són les províncies que tenen increments més alts (16% i 15% respectivament), enfront de Girona 8% i Lleida que pràcticament resta invariable.

Doncs bé, ens sembla plausible que l'increment de la matrícula escolar en la dècada dels 80 s'apropi més al segon quinquenni que al primer quinquenni de la dècada dels anys 70, a causa, segons abans apuntàvem, de la baixa natalitat.

Si comparem ara la projecció de la població que fa l'Institut Nacional d'Estadística per 1990 i la que es deriva de projectar la població escolar també el 1990 en base a la seva evolució en el segon quinquenni de la dècada de 1970, veiem com efectivament els resultats són molt semblants. L'INE, com ja abans s'ha indicat, ofereix per al total de Catalunya una població total (de 6 a 14 anys) de 1.056.008 el 1990, i la projecció que nosaltres fem partint del supòsit que la població matriculada creixerà en la dècada dels 80 a un ritme igual a l'experimentat en el segon quinquenni de la dècada dels 70, és a dir, a un 3% anual, ens ofereix un total de 968.533 nens matriculats de 6 a 14 anys el 1990. La diferència entre les dues projeccions és de 87.475. Aquesta diferència (8 %) tan curta (no s'oblidi que estem parlant d'un col·lectiu que s'apropa al milió), ens permet prendre com a vàlida la xifra de l'INE.

Hi haurà prou professors d'EGB el 1990 a Catalunya per atendre el milió de nens escolaritzats? Per respondre a aquesta pregunta cal, en primer lloc, tenir en compte quin nombre d'alumnes per professor prendrem com a ideal. Aquest criteri és bàsic com a punt de partida. En segon lloc, un cop coneguda la relació alumnes/professor, s'haurà de determinar quants professors seran necessaris sabent el nombre d'alumnes existents. Aquest segon punt ens donarà un criteri bàsic per saber si, donada l'evolució del nombre de mestres i del nombre dels que surten de les Escoles del Professorat d'EGB, l'oferta de professorat estarà d'acord amb la demanda.

Mirem, en primer lloc, la relació d'alumnes per professor. Per això hem de fixar-nos en l'evolució haguda el dos darrers cursos per als quals disposem de dades completes. Aquestes són les dades per a cada una de les províncies catalanes:

Províncies	Curs 1976-77			Curs 1977-78		
	A	B	A/B	A	B	A/B
	Alumnes	Professors		Alumnes	Professors	
Barcelona.	651.795	23.965	27	659.524	24.328	27
Tarragona	59.508	2.094	28	59.979	2.187	27
Lleida	43.747	1.858	24	43.204	1.849	23
Tarragona	67.919	2.287	30	69.150	2.409	29
Total.	822.969	30.204	27	831.857	30.773	27
Madrid	676.047	23.524	29	678.978	23.875	28
Total nacional. . . .	5.525.734	195.698	28	5.560.391	201.474	28

Font: INE, *Estadísticas de la Enseñanza en España* (anys corresponents).

Podem observar en les dades anteriors com la mitjana d'alumnes per professor els dos darrers cursos (disposem de dades exactes de professors que es dediquen a l'Ensenyament General Bàsic), és de 27 per Catalunya i de 28 per Madrid i el total nacional. Dins de Catalunya, Lleida sembla la millor equipada enfront de Tarragona, la pitjor. Aquestes mitjanes ens poden servir de guia per poder tenir una idea més exacta sobre quina relació podem prendre el 1990 entre alumnes i professors.

De qualsevol manera convé que observem què és el que succeeix en altres països europeus respecte al fenomen que estem estudiant. Malgrat que les comparacions internacionals

hem de prendre-les amb molta precaució, atès que de vegades comparem conceptes distints, no podem deixar d'incloure a continuació una llista d'una sèrie de països per veure què passa en ells pel que respecta a la seva relació alumnes/professor:

TAXA D'ALUMNES PER PROFESSOR EN PRIMER GRAU

Països	1973	1974	1975	1976
Dinamarca	10	10	10	10
Suècia	17	16	20	18
Itàlia	20	20	19	...
Gran Bretanya	21	21	20	...
França	26	27	18	18
Espanya	...	...	...	28
Catalunya	...	...	...	27

Fonts: - UNESCO, *Statistical Yearbook 1977-78* (París, 1980).

- INE, *Estadísticas de la Enseñanza en España 1976-77* (Madrid, 1978).

Les dades anteriors ens confirmen quelcom que sospitàvem: que la relació existent entre alumnes i professor és bastant alta a Espanya i a Catalunya respecte a una sèrie de països avançats europeus. Pel que podem observar la mitjana que es dona a l'Europa desenvolupada es troba entorn dels 20 alumnes per professor. Espanya i més concretament Catalunya es troba entorn de 27 alumnes per professor.

Això ja ens orienta a l'hora de tenir criteris clars que ens serveixin per establir quants alumnes per professor seria desitjable tenir el 1990. Un criteri conservador seria el mantenir per a Catalunya la taxa de 27 alumnes, és a dir, la mateixa que existia el curs 1977-78. Creiem que és conservador posat que pressuposem que la taxa no variarà al llarg de la dècada dels anys 80. D'altra banda, podem adoptar un criteri més avançat, basat en el fet que Catalunya el 1990 tindrà una taxa semblant a la dels països europeus centrals, és a dir, 20 alumnes per professor. Adoptats aquests dos criteris podrem establir quin nombre de professors serà necessari a Catalunya per poder atendre la població escolaritzada d'EGB. Els càlculs per províncies serien:

El 1990 nombre de						
Províncies	Hipòtesi moderada			Hipòtesi avançada		
	Alumnes	Taxa	Professors	Alumnes	Taxa	Professors
Barcelona. . .	860.544	27	31.872	860.544	20	43.027
Girona.	69.759	27	2.584	69.759	20	3.488
Lleida.	50.043	27	1.853	50.043	20	2.502
Tarragona . . .	76.536	27	2.834	76.534	20	3.827
Total.	1.056.882	27	39.143	1.056.882	20	52.844

Amb els càlculs anteriors ja tenim establertes dues quantificacions pel que fa referència al nombre de professors que es necessitaran a Catalunya tenint en compte ambdues hipòtesis:

- 1) Si mantenim que el nombre d'alumnes per professor és de 27, com l'existent l'últim curs de què disposem dades 1977-78, el nombre de professors que es necessitaran el 1990 serà de 39.000.
- 2) Si al contrari, establim que Catalunya s'aproparà al llarg de la dècada dels anys 80 a la taxa existent en els països avançats europeus en la dècada dels anys 70, la qual cosa no és gens incorrecta, suposarà que la relació entre el nombre d'alumnes per professor serà de 20 el 1990, i per això es necessitaria uns 53.000 professors d'EGB per cobrir les necessitats en aquella data.

Establertes aquestes dues futures necessitats de professors en base a les dues hipòtesis (moderada i avançada) per 1990, analitzem ara l'oferta de professors per poder determinar si la demanda serà satisfeta.

En primer lloc mirem l'oferta en base a la primera hipòtesi. D'acord amb aquesta el nombre de professors d'EGB que serà necessari el 1990 serà de 39.000. Si tenim en compte que el curs 1977-78 el nombre de professors existents era de 30.773, serà necessari que el creixement mitjà anual de graduats d'Escoles d'EGB sigui tal que en els dotze anys que separen 1978 i 1990 el col·lectiu de professors augmenti en 9.000 professors. Si determinem el creixement anual mitjà entre el nombre de professors existents i el nombre de professors hipotètics necessaris el resultat és el següent:

a) Professors el 1978: 30.773

b) Professors el 1990: 39.143

$$\text{Taxa de creixement anual mitjà} = \frac{b - a}{a} \cdot 100 \div 12, \text{ o el que és}$$

$$\text{el mateix} \frac{39.143 - 30.773}{30.773} \cdot 100 \div 12 = 2,3 \%$$

Aquesta taxa de creixement anual mitjà ens indica quin nombre haura de sortir de les Escoles de Professorat d'EGB de Catalunya anualment per poder cobrir la demanda de professors els dotze anys que hi ha entre 1978 i 1990. Si multipliquem 2,3 pel nombre de professors d'EGB el 1978, ens donarà el nombre mitjà de professors necessaris anualment: 708.

Ara bé, sabent que per cobrir la demanda de professorat d'EGB el 1990, tenint en compte aquesta primera hipòtesi, serà necessari produir 708 professors anuals, vegem ara quin és el ritme de graduació en les Escoles de Professorat d'EGB els darrers anys dels quals disposem dades, amb l'objecte de poder així establir si aquesta demanda es complirà o no. Aquestes són les dades:

EVOLUCIÓ DEL NOMBRE D'ALUMNES QUE ACABAREN ELS ESTUDIS DE PROFESSORAT D'EGB A CATALUNYA

Anys	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Total
1969	1.000	79	166	33	1.278
1970	551	97	334	204	1.186
1971	503	20	151	200	874
1972	597	100	239	154	1.090

(continuació)

Anys	Barcelona	Girona	Lleida	Tarragona	Total
1973	801	114	222	178	1.315
1974	1.227	108	115	139	1.589
1975	716	160	252	58	1.186
1976	724	325	236	192	1.477
1977	1.393	247	302	186	2.128

Font: INE, *Estadística de la Enseñanza en España* (varis anys).

Pel que podem observar a través de les dades del quadre anterior, des del curs 69-70 fins el 76-77 el nombre d'alumnes que acaben la carrera és més o menys constant apropant-se a una mitjana anual de 1.200. No obstant això, a partir del curs 77-78 és superior al nombre dels anys anteriors: 2.128 exactament. Podem pensar que el ritme de graduació s'incrementarà a partir d'aquest curs, o al contrari, aquest elevat nombre és quelcom anòmal. Ens inclinem més pel primer supòsit. La raó és perquè cada vegada és major el nombre d'alumnes d'Escoles del Professorat, tant pel que es refereix al total, com pel que fa al primer curs. Les xifres ens mostren que en 4 anys la matrícula s'ha duplicat tant en el total d'alumnes com els matriculats en primer curs. Més encara, les dades ens indiquen que cada cop és major la proporció d'alumnes matriculats en primer curs que acaben la carrera just tres anys després, és a dir, hi ha menys mortalitat. Aquestes són les dades:

Anys	Matriculats en Escoles de Professorat d'EGB	% que representen els matriculats en primer curs	Dels matricu- culats en primer curs % que acaba- ren 3 anys després
1969	4.752	37	50
1970	5.651	40	49
1971	5.752	39	58
1972	5.046	23	...
1973	4.771	40	62
1974	5.909	36	70
1975	7.325	46	65
1976	7.352	51	—
1977	11.290	44	—

Amb les dades anteriors obtenim ja uns criteris que ens serveixen de base per poder predir el futur de professors d'EGB. Mantindrem que:

- 1r. El 50 % dels alumnes estaran en primer curs fins 1990.
- 2n. Acabaran aproximadament el 65% dels matriculats en primer curs tres anys després.

No hi ha cap raó que ens digui que aquest procés hagi de disminuir, i sí hi ha raons per pensar que augmenti, la qual cosa ens permet d'afirmar que el nostre càlcul de futurs mestres serà conservador.

Si projectem el nombre d'alumnes de professorat d'EGB d'acord amb l'evolució haguda entre 1969 i 1977 i li apliquem els criteris abans esmentats, obtenim les següents dades:

Anys	Evolució del nombre de matriculats en Escoles de Professorat d'EGB	Previsió d'alumnes que acaben cada any	Previsió acumulada d'alumnes que acaben
1978	9.362	3.042	3.042
1979	9.948	3.233	6.275
1980	10.533	3.423	9.628
1981	11.119	3.614	13.312
1982	11.704	3.804	17.116
1983	12.289	3.994	21.110
1984	12.873	4.184	25.294
1985	13.457	4.373	29.667
1986	14.041	4.563	34.230
1987	14.624	4.753	38.983
1988	15.208	—	—
1989	15.790	—	—
1990	16.373	—	—

Entre 1978 i 1988 les Escoles de Professorat d'EGB catalanes hauran produït uns 39.000 professors. Però no tots estaran dedicant-se a Ensenyament General Bàsic. A aquest nombre haurem de restar un percentatge estimat en un 20 % de professors destinats a Preescolar, Adults i Ensenyament Especial, i per tant la xifra final es queda en 31.186 professors. Si el 1977 teníem 30.773 professors, vol dir que el 1990 hi haurà com a màxim 61.546 professors, quantitat que es veuria reduïda si, com sembla lògic, restem els que durant aquest període s'hauran jubilat o hauran mort. El coeficient de mortaldat professional podem estimar-lo en un 2%, el que ens dóna una xifra final d'aproximadament 60.000 professors el 1990.

Si mantenim aquesta xifra de professors el 1990, i hi ha molt poques raons en contra que demostrin el contrari, podrem determinar les següents conclusions:

- 1) El 1990 hi haurà a Catalunya uns 7.000 professors d'EGB en atur, tot i mantenint la baixa taxa de 20 alumnes per professor.
- 2) Si es manté l'actual taxa (1980) de 27 alumnes per professor, el 1990 els professors d'EGB que poden estar en atur poden superar els 15.000.

Per pal·liar el primer supòsit serà necessari dedicar un percentatge major del professorat a Preescolar, Adults i Ensenyament Especial. Pel que fa al segon supòsit, el problema és més greu i serà necessària una política més realista que vagi dirigida a establir criteris selectius en les Escoles de Professorat d'EGB a Catalunya.

EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ UNIVERSITÀRIA A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA (1976-77 a 1980-81)

Jordi Sobrequés i Callicó

Introducció

Probablement, des de fa algun temps, la Universitat catalana —en tant que catalana i en tant que Universitat— es troba en un dels tombants decisius de la seva evolució.

Com a Universitat perquè participa, i plenament, de les transformacions que ha experimentat el model d'Universitat que ha anat emergint al llarg dels darrers decennis als països industrials, el tret fonamental del qual rau en l'especialització accentuada, en el desenvolupament agut, d'una de les seves funcions, àdhuc en detriment d'altres que tradicionalment venia acomplint: la innovació, la creació de nous coneixements.

En efecte, és de general admissió que les societats actuals es fonamenten, funcionen i es reformen gràcies a un principi motor: la creació de nous coneixements, i en conseqüència, de la recerca.

A causa d'aquest fet, les Universitats es troben en el centre, en l'origen mateix del model cultural de les nostres societats. La seva aportació imprescindible, es fa a través d'una producció invisible, el saber, esdevinguda avui la primera i més important de les produccions, i la seva eina de treball és la investigació.

La nostra Universitat, dia a dia, es vegi o no, es vulgui o no, fa front a aquest gran repte. Entorn d'ell la Universitat es juga el seu destí: esdevenir una institució poderosa que animi i comandi la innovació i participi en el gran debat sobre l'apropiació i direcció d'aquella, o convertir-se, i no seria la primera vegada, en una institució marginal, sacsejada de tant en tant des de fora i que va a remolc del seu temps.

És ben cert, però, que la nostra Universitat, llastada pel pes d'un passat recent, feixuc i poc gloriós, fa front també a altres tasques no menys imperioses. Però seria una miopia imperdonable als universitaris que això els fes perdre el món de vista, mai millor apropiada l'expressió.

Cert, aquesta herència que en el cas de les Universitats catalanes, i precisament per catalanes és encara més carregosa, combina tràgicament qüestions d'ésser o no ésser amb resclosides batalles de reraguarda. Nogensmenys ha d'ésser assumida. Però sense oblidar allò que havíem assenyalat més amunt: les Universitats són per raó de la seva funció d'innovació i difusió científica, tècnica i cultural, les principals productores dels factors de canvi, i, per tant, han d'estructurar-se entorn d'aquest principi.

Copsar el sentit d'aquesta metamorfosi és tasca a la qual tothom està abocat. Al ciutadà i a l'investigador l'importa l'apropiació social, l'orientació i l'ús de la recerca. A l'home polític li interessa adaptar-s'hi i dirigir-ne els efectes. A l'administrador perquè ha de prescindir de les seves rutines i aplicar noves tècniques de gestió apropiades a les noves exigències.

És des d'aquesta darrera perspectiva que s'enfoquen les ratlles que segueixen i en la qual s'enquadra modestament el present treball.

Després de la II guerra mundial, la majoria de països occidentals varen optar per un model de ràpida expansió de l'Ensenyament Superior. Espanya, amb reticències i amb retard, no fou una excepció. Aquesta opció fomentava i satisfia la forta demanda social d'ensenyament i coincidí amb una oferta generosa de llocs de treball per a titulats superiors. La seva traducció en termes de gestió fou que s'encomanava a l'administració la feina d'adaptar-se, a qualsevol preu i amb els mitjans tradicionals heretats del passat, a aquest entorn en constant i descontrolat creixement.

Però des de mitjan dels seixanta, diversos factors començaren a fer variar substancialment la situació. A Europa i a USA, la vella estratègia d'una política universitària basada fonamentalment en la creença que tots els mals i en conseqüència la seva guarició es derivaven sobretot d'una manca de mitjans materials començava a declinar.

També a Catalunya aquesta òptica ha anat reculant; ja ningú no pensa que tot s'arreglaria incrementant només els efectius que concorren a la producció universitària: més locals, millors sous, més professors, més personal d'administració, més material, etc.

S'obria pas una nova actitud, més preocupada pels aspectes qualitatius, més atent a interrogar-se sobre les funcions, els objectius, la contribució de la Universitat al desenvolupament econòmic i social, més interessada a renovar els mecanismes administratius i les tècniques de gestió. En altres paraules, la prioritat ja no es concedia a una política de seguiment de la demanda, sinó a una altra de modulació de l'oferta educativa. Per això, avui, les organitzacions internacionals i altres, dedicades a la educació Superior, concentren els seus projectes de recerca entorn de dos eixos principals: l'un seria l'anàlisi dels objectius que les Universitats han d'acomplir i de la millor estructura institucional per assolir-los, i l'altre el millorament de les tècniques de direcció per fer més efectiva la seva gerència.

Però a tots els països europeus en iniciar-se la preocupació per aquest tipus de temàtica hom va constatar l'espantosa manca d'informació que les Universitats tenien sobre elles mateixes. Com si fos aquest un tret essencial del seu tarannà. Com si les Universitats, potser massa orgulloses de la seva alta significació, o potser massa porugues de la seva real contribució refusessin la confrontació amb el mirall de l'estadística.

A posar remei a aquest fet s'hi està dedicant una atenció preferent, arreu. Els treballs s'orienten vers la creació de sistemes d'informació automatitzats que, a part de subministrar un suport imprescindible a la direcció i a la gestió, va irradiant a tots els nivells administratius noves pautes i pràctiques més adequades a les noves necessitats. També al nostre país, amb intensitat i èxit divers, es camina per aquesta via.

Potser és ja arribada l'hora que un projecte interuniversitari de creació d'un Banc de dades Universitàries, que no sols permetés disposar d'informació per avaluar els recursos i les necessitats dels centres d'ensenyament Superior, sinó que també potenciés altres estudis afins, seria benvingut.

Les dades del present estudi concerneixen els darrers cinc anys acadèmics, des de 1976-77 al 1980-81. Hauria estat ben interessant i aquest és el projecte d'un futur treball, retrocedir més endarrera per tal d'abraçar un lapse més ampli, però això ultrapassava els límits d'aquesta primera publicació.

Potser el curs 1977-78 marcarà una fita en la història de la Universitat de Barcelona, car s'assoleix el màxim de matrícula (54.894 estudiants) després d'un període d'expansió ininterromput i s'inicia un altre d'estancament.

També el curs 1978-79 és important per tal com es produeix la gran davallada del primer curs a causa de la manca d'alumnes provinents del COU.

Les dificultats en la recopilació de la informació han estat nombroses. Molt sovint el Gabinet Tècnic de Programació no disposa de dades, en altres casos la informació està escampada, o és incompleta, o de poc fiar. Tampoc no era cap solució de recórrer a l'INE, les dades del qual són poc depurades, i encara, de menys confiança. Això posa de relleu, sigui dit de passada, una altra vegada més, la insuficiència dels mitjans informàtics, i, per

tant, de la quantitat i qualitat de la nostra producció estadística. Posar-hi remei ha d'ésser una tasca prioritària de cara al futur.

Totes les dades es refereixen als alumnes oficials. Certament hauria estat d'algun interès disposar de les altres matrícules (doctorat, lliures, fi de carrera, majors de 25 anys, Instituts i Escoles Professionals).

Som conscients que hom trobarà a faltar dades sobre matèries considerades molt decisives, com, per exemple, sobre repetidors, llicenciatures i doctorat, o pel que fa al professorat distribucions per Facultats, estructura per edats i sexes, relació alumne —ensenyant, etc.

Els comentaris sobre cada un dels capítols en què es desglossa l'estudi, es limiten a fer una breu descripció del material que l'investigador hi trobarà tot subrallant-ne els principals aspectes, per tal d'estalviar al lector simplement curiós la feina sempre costeruda de la lectura de les sèries numèriques. Ens hem obligat a emprar un llenguatge molt descriptiu que a voltes pot resultar enfarfegós, però que en canvi deixa plena llibertat a la tasca d'interpretació.

1. Evolució de l'alumnat des del curs acadèmic 1976-77 a 1980-81

Hom observarà durant aquest període una *progressió lenta* dels efectius discents en el seu conjunt (vid. quadre 1.9) i a partir del curs 1977-78 una *tendència a l'estancament*.

Pel que fa a Facultats i Escoles Universitàries cal assenyalar que els efectius escolars durant el present curs 1980-81 encara *són per sota de la cota assolida durant l'any 1977-78*, que representa el seu punt culminant (vid. quadre 1.10). Però dins el conjunt de les Facultats el desenvolupament de la població universitària ha estat molt desigual.

En efecte, mentre que *la màxima expansió* ha tingut lloc a les carreres de Biologia, Filologia i Empresarials, les carreres més afectades per *la recessió* han estat Químiques, Farmàcia, Econòmiques i Dret (vid. quadre adjunt i quadres 1.2, 1.4).

Situació de la població universitària en el curs 1980-81
en relació al curs 1976-77. (En números índexs, any base 1976)

Carreres en què ha disminuït la matrícula

Ciències	Lletres	Escoles Universitàries
Química (81)	Dret (96)	Infermeria (93)
Farmàcia (81)	Econòmiques (93)	
Matemàtiques (95)		
Medicina (99)		

Carreres en què ha augmentat la matrícula

Ciències	Lletres	Escoles Universitàries
Biologia (144)	Filologia (153)	Empresarials (222)
Física (114)	G ^a . i H ^a . (133)	E. G. B. Barna (112)
Geologia (130)	Filos. C. E. (104)	E. G. B. Tarrag. (103)

Fóra ben interessant poder comparar aquestes dades amb altres referides al conjunt de l'estat espanyol, per definir possibles tipus d'evolució, però, o bé no disposem d'informació

estadística pertinent, o bé les subministrades per l'I.N.E. són poc depurades per a establir sèries coherents. En canvi, sí que disposem, mercès al bon treball del "Gabinete de Análisis y Planificación" de la Universitat Complutense de Madrid¹ d'excel·lents referències numèriques sobre aquesta institució, la primera en nombre d'estudiants.

Si comparem els ritmes de creixement dels centres d'una i altra Universitat, agafant com a any base el curs 1976-77, i com a terminal el curs 1979-80, tenim:

Situació de la matrícula en el curs 1979-80 en relació
al 1976-77 (En números índexs)

	Universitat de Barcelona	Universitat de Madrid
Biologia	125	124
Medicina	111	110
E. G. B. Tarragona	105	105 ¹
Geologia	124	75
Filologia	140	128
G ^a . i Història	132	117
Empresarials	183	123
Física	111	105
Dret	96	83
Econòmiques	93	76
Química	80	109
Farmàcia	81	122
E. G. B. Barcelona	126	155

1. Hem considerat les dues Escoles d'E. G. B. de Ciudad Real i Toledo.

L'observació de les dues sèries suggereix algun comentari sobre els trets diferencials més marcats. Hom pot dir que hi ha una relativa coincidència entre les evolucions de la demanda universitària a les dues Universitats. La similitud és forta en els casos de les carreres de Biologia, Medicina i E.G.B. (de fora de Barcelona i de Madrid).

Les Facultats que han augmentat el seu alumnat ho han fet a un ritme *més intens a Barcelona que a Madrid*, llevat el cas d'E.G.B. de Barcelona. Cal destacar el cas de Geològiques que mentre a Barcelona ha pujat a un índex de 124, la de Madrid ha baixat a un índex de 75. Molt notables també les diferències a favor de Barcelona entre les carreres de Filologia, Geografia i Història i Empresarials, amb les seves homònimes de la Complutense.

Respecte a les Facultats que han vist minvar el seu alumnat, *les de Barcelona han tingut menys pèrdues que les de Madrid*. Tal és el cas de Dret i Econòmiques.

Interessants els casos de Química i Farmàcia que mentre a Barcelona han sofert pèrdues (80 i 81 respectivament), les de Madrid han crescut (109 i 122 respectivament).

Si contrastem les tres carreres que han tingut més i menys creixement en el període, en una i altra capital, tindrem:

1 Anuario Estadístico 1980. Número monogràfic sobre la Universitat Complutense. Gerència, Gabinet d'Anàlisi i Planificació.

Carreres amb més creixement

A Barcelona		A Madrid	
Empresarials	183	E. G. B. Madrid	155
Filologia	140	Filologia	128
G ^a . i Història	132	Empresarials	123

Carreres amb més recessió

A Barcelona		A Madrid	
Químiques	80	Geologia	75
Farmàcia	81	Econòmiques	76
Econòmiques	93	Dret	83
Dret	96		

Cal referir-se a l'aconteixement més remarcable esdevingut durant aquests cinc anys: *la caiguda de la matrícula durant el curs 1978-79*, a causa de l'allargament en un any de l'escolarització secundària, fet que va provocar que durant aquest curs no hi hagués, amb prou feines, alumnes que ingressessin a la Universitat provinents del COU.

Hom advertirà (vid. quadre 1.9) que aquell any la disminució dels efectius va ésser diferent segons els tipus de centre: més notable a les Escoles Universitàries que a les Facultats, i inexistent a les Delegacions. En efecte, en aquestes, la matrícula no sols no baixà, sinó que augmentà. És també a les Delegacions on es dona el màxim ritme de creixement durant els cinc cursos (vid. quadres 1.9 i 1.6).

Cal indicar que *l'espectacular davallada* de la matrícula en el curs 1978-79 experimentada pel conjunt de les Facultats i Escoles Universitàries no sols *no afectà tots els centres per igual*, sinó que, àdhuc, alguns van experimentar augments considerables: tal és el cas de les carreres de Ciències, dels estudis de Biologia i Medicina, i de les de Lletres dels de Filologia, Geografia i Història, i E.G.B. de Tarragona (vid. quadres 1.2 i 1.4).

2. Evolució de la participació dels centres docents segons el nombre dels seus alumnes dins el conjunt Universitari.

Mentre el volum d'alumnes matriculats a les Facultats, en relació al total universitari, durant els cinc anys té una lleugera *tendència a la baixa* (1976: 81,3 % i 1980: 79,2%), el de les Escoles Universitàries *augmenta decididament* (1976: 11,5% i 1980: 14,2%), i el de les Delegacions mostra *una lleu puja* (1976: 5,3% i 1980: 6,4%).

Les Facultats amb major participació segons la quantitat d'alumnes en el total de la Universitat, en el curs 1980-81, són: Dret que comprèn el 12% del total, Filosofia i C. Educació l'11,3%, Medicina l'11,1%, Geografia i Història el 9,1% i Econòmiques el 9,1% i *les que menys*, Geològiques que té el 0,5% i Matemàtiques l'1,1%.

Aquest ordre s'ha mantingut aproximadament igual durant tot el període. Quant a les carreres de Ciències cal assenyalar que la de Farmàcia, que el 1976 ocupava, després de Medicina, el primer lloc, s'ha vist sobrepassada per la de Biologia,

Durant aquests cinc anys les Facultats han sofert diferents variacions quantitatives que podem simplificar en tres grups. En el primer, *les que han incrementat la seva presència* en el total universitari, com: Estudis Empresarials 2,3 punts més, Filologia, 1,9 punts

1. 2. EVOLUCIÓ DE L'ALUMNAT TOTAL OFICIAL DE LES FACULTATS

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

FACULTATS	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	100	106	108	125	144
FÍSICA	100	107	96	111	114
GEOLOGIA	100	128	105	124	130
MATEMÀTIQUES	100	85	73	88	95
QUÍMICA	100	101	82	80	81
DRET	100	112	103	96	96
FARMÀCIA	100	110	77	81	81
FILOSOFIA I C. E.	100	111	103	105	104
FILOLOGIA	100	108	120	140	153
G ^a . I HISTÒRIA	100	105	120	132	133
MEDICINA	100	113	125	111	99
ECONÒMIQUES	100	114	97	93	93
BELLES ARTS	—	—	100	125	124

1. 4. EVOLUCIÓ DE L'ALUMNAT TOTAL OFICIAL DE LES ESCOLES
UNIVERSITÀRIES

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

ESCOLES UNIVERSITÀRIES	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
E. U. EMPRESARIALS	100	162	151	183	222
E. G. B. BARCELONA	100	154	139	126	112
E.G. B. TARRAGONA	100	89	102	105	103
E. U. INFERMERIA	—	100	96	118	93

1. 9. EVOLUCIÓ DE L'ALUMNAT DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA
RESUM GENERAL

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

CENTRES	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
FACULTATS	100	110	107	108	108
ESCOLES UNIVER.	100	160	150	152	150
DELEGACIONS UNIVER.	100	115	125	135	144
COL.LEGIS. ADSCR.	100	—	84	95	117
TOTAL UNIVERSITAT DE BARCELONA	100	114	112	114	115

1. 10 EVOLUCIÓ DE L'ALUMNAT. RESUM GENERAL PER FACULTATS,
ESCOLES UNIVERSITÀRIES, DELEGACIONS I CENTRES ADCRITS.
Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Nombres Absoluts)

CENTRES	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	2231	2363	2405	2795	3203
FÍSICA	676	725	848	750	771
GEOLOGIA	201	258	211	249	261
MATEMÀTIQUES	643	550	470	569	608
QUÍMICA	1895	1908	1559	1516	1527
DRET	6842	7630	7080	6585	6537
FARMÀCIA	3683	4038	2828	2977	2987
FILOSOFIA I C. E.	5935	6580	6113	6215	6165
FILOLOGIA	2663	2876	3203	3726	4085
G ^a I HISTÒRIA	3705	3890	4440	4904	4943
MEDICINA	6085	6866	7597	6744	6035
ECONÒMIQUES	5328	6065	5180	4967	4955
BELLES ARTS	—	—	847	1065	1051
TOTAL	39888	43749	42581	43063	43116
E. U. EMPRESARIALS	1253	2032	1901	2293	2785
E. G. B. BARCELONA	3179	4888	4425	4001	3546
E. G. B. TARRAGONA	755	669	769	792	778
E. U. INFERMERIA	—	698	688	821	650
TOTAL	5187	8287	7763	7907	7759
FILOS. C. E. TARRAG.	517	553	489	450	462
FILOLOGIA TARRAG.	183	209	223	261	268
G ^a . HISTÒRIA TARRAG.	328	331	282	326	334
QUÍMICA TARRAG.	271	304	258	259	228
MEDICINA TARRAG.	—	199	230	276	349
MEDICINA LLEIDA	—	160	212	241	306
FILOLOGIA LLEIDA	73	97	123	175	242
G ^a . HISTÒRIA LLEIDA	139	169	179	251	272
DRET LLEIDA	685	836	874	877	875
MEDICINA MATARÓ	278	—	231	233	232
TOTAL	2482 ¹	2858	3106	3349	3586
DRET "ABAT OLIBA"	275	—	246	286	349
ECONÒMIQUES	215	—	166	181	224
TOTAL	490	—	412	467	573
TOTAL GENERAL	48047	54894	53862	54786	55034
TOTAL (sense Col.legis)	47557	54894	53450	54319	54461

1. S'inclouen els vuit alumnes de la Delegació de Tarragona de la Facultat de Matemàtiques, que fou suprimida a partir del proper curs.

més, Geografia i Història 1,3 punts més i Medicina 0,3 punts més. En el segon grup, *les que han perdut posicions*: Dret, Farmàcia i Econòmiques (2,2 punts menys cadascuna), Química i Filosofia i C.E. (1,2 punts menys cadascuna). En el tercer grup, es troben les que s'han mantingut *en posició estable*: Física, Geologia, Matemàtiques, E.G.B. i Infermeria.

Pertocant a les Delegacions, hom pot veure que si el 1976 Tarragona (52,7% del total d'alumnes de les Delegacions), avantatjava Lleida (36,1%), cinc anys més tard la relació s'havia invertit (Lleida 47,2% i Tarragona 45,8%). Tocant a les Delegacions de Tarragona, cal assenyalar la baixa important de matrícula en els estudis de Filosofia i C.E. i Química, i l'increment a Medicina. Quant a Lleida, amb l'excepció de Dret que ha perdut efectius, les restants delegacions (Medicina, Filologia i Geografia i Història) els han augmentat.

2.1 EVOLUCIÓ DE LA PARTICIPACIÓ DE CADA FACULTAT PEL NOMBRE DELS SEUS ALUMNES DINS DEL CONTEXT DE LES FACULTATS¹ I DINS DE LA UNIVERSITAT² *

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (En percentatges)

FACULTATS	1976-77		1977-78		1978-79		1979-80		1980-81	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Fac.	Univ.	Fac.	Univ.	Fac.	Univ.	Fac.	Univ.	Fac.	Univ.
BIOLOGIA	5,6	4,6	5,4	4,3	5,0	4,5	6,5	5,1	7,4	5,5
FÍSICA	1,7	1,4	1,7	1,3	1,5	1,2	1,7	1,4	1,8	1,4
GEOLOGIA	0,5	0,4	0,6	0,5	0,5	0,4	0,6	0,5	0,6	0,5
MATEMÀTIQUES	1,8	1,4	1,3	1,-	1,1	0,9	1,3	1,-	1,4	1,1
QUÍMICA	4,8	4,-	4,3	3,5	3,7	2,9	3,5	2,8	3,5	2,5
DRET	17,2	14,4	17,4	13,9	16,6	13,2	15,3	12,-	15,2	12,-
FARMÀCIA	9,2	7,7	9,2	7,4	6,6	5,3	6,9	5,5	6,9	5,5
FILOSOFIA I C. E.	14,9	12,5	15,-	12,-	14,4	11,4	14,4	11,-	14,3	11,3
FILOLOGIA	6,7	5,6	6,6	5,2	7,5	6,-	8,7	6,9	9,5	7,5
G ^a . I HISTÒRIA	9,3	7,8	8,9	7,1	10,4	8,3	11,4	9,-	11,5	9,1
MEDICINA	15,3	10,3	15,7	12,5	17,8	14,2	15,7	12,4	14,-	11,1
ECONÒMIQUES	13,4	11,2	13,9	11,-	12,2	9,7	11,5	9,1	11,5	9,1
BELLES ARTS	-	-	-	-	2,-	1,6	2,5	2,-	2,4	1,9
TOTAL	100	81,3	100	79,7	100	79,5	100	78,7	100	79,2

* En el "Total Universitat" no s'inclouen els Col.legis adscrits.

2.2 EVOLUCIÓ DE LA PARTICIPACIÓ DE CADA ESCOLA UNIVERSITÀRIA DINS DEL CONJUNT DE LES ESCOLES¹ I DINS DE LA UNIVERSITAT²

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (En percentatges)

ESCOLES UNIVERSITÀRIES	1976-77		1977-78		1978-79		1979-80		1980-81	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Esc.	Univ.	Esc.	Univ.	Esc.	Univ.	Esc.	Univ.	Esc.	Univ.
EMPRESARIALS	24,2	2,8	24,5	3,7	24,5	3,5	29,-	4,2	36,9	5,1
E. G. B. BARCELONA	51,3	7,-	59,-	8,9	57,-	8,3	60,6	7,4	45,7	6,5
E. G. B. TARRAGONA	14,5	1,7	8,1	1,2	9,9	1,4	10,-	1,5	10,-	1,4
INFERMERIA	-	-	8,4	1,3	8,6	1,2	10,4	1,5	8,4	1,2
TOTAL	100	11,5	100	15,1	100	14,5	100	14,6	100	14,2

En el "Total Universitat" no s'inclouen els Col.legis adscrits.

**2.3. EVOLUCIÓ DE LA PARTICIPACIÓ DE CADA DELEGACIÓ DINS DEL
CONJUNT DE LES DELEGACIONS¹ I DINS DE LA UNIVERSITAT² ***
Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (En percentatges)

DELEGACIONS	1976-77		1977-78		1978-79		1979-80		1980-81	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.	Delg. Univ.
FILOSOFIA TARRAGONA	20,8	1,1	19,3	1,-	15,7	0,9	13,4	0,8	12,9	0,8
FILOLOGIA TARRAG.	7,4	0,4	7,3	0,4	7,3	0,4	7,8	0,5	7,5	0,5
G ^a . I HISTÒRIA TARRAG.	13,2	0,7	11,5	0,5	9,1	0,5	9,7	0,8	9,3	0,5
QUÍMICA TARRAG.	10,9	0,6	10,5	0,6	8,3	0,5	7,7	0,5	6,4	0,4
MEDICINA TARRAG.	—	—	7,-	0,4	7,4	0,4	8,2	0,5	9,7	0,6
MEDICINA LLEIDA	—	—	6,-	0,3	6,5	0,4	7,2	0,4	8,5	0,6
FILOLOGIA LLEIDA	2,9	0,2	3,4	0,2	3,5	0,2	5,2	0,3	8,7	0,4
G ^a . I HISTÒRIA	5,6	0,3	5,9	0,3	5,8	0,3	7,5	0,5	7,5	0,5
DRET	27,6	1,4	29,3	1,5	28,1	1,6	26,2	1,6	24,4	1,6
MEDICINA MATARÓ	11,2	0,6	—	—	7,4	0,4	7,-	0,4	6,5	0,4
MATEMÀTIQUES TARRAG.	0,4	—	—	—	—	—	—	—	—	—
TOTAL	100	5,3	100	5,3	100	5,6	100	6,1	100	6,4

* En el "Total Universitat" no s'inclouen els Col·legis adscrits.

3. 7. EVOLUCIÓ DE LA MATRÍCULA DE 1r. CURS EN LES FACULTATS
Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

FACULTATS	ANYS ACADÈMICS				
	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	100	145	72	146	
FÍSICA	100	114	183	113	
GEOLOGIA	100	145	64	125	
MATEMÀTIQUES	100	106	61	100	
QUÍMICA	100	112	62	65	
DRET	100	129	98	92	
FARMÀCIA	100	99	37	63	
FILOSOFIA I C. E.	100	130	64	73	
FILOLOGIA	100	124	76	115	
G ^a . I HISTÒRIA	100	108	53	88	
MEDICINA	100	96	80	34	
ECONÒMIQUES	100	119	56	56	
BELLES ARTS	—	—	100	138	
TOTAL	100	117	76	79	

3. Evolució de la població estudiantil per cursos

La contemplació del quadre 3.7 suggereix tres comentaris principals sobre l'evolució del primer curs: El primer que totes les Facultats aconseguixen el rècord de matrícula de primer curs el 1977-78, excepció feta de Medicina i Farmàcia que l'assoleixen en el curs anterior.

El segon és la brusca caiguda (un 35% menys) del volum d'alumnat el 1978-79 a causa de la desaparició, aquell any, de l'aportació del COU.

El tercer, la feble recuperació durant l'any següent, però, sobretot les notables diferències entre Facultats pel que fa a la intensitat d'aquest amillorament.

En relació al primer punt, cal subratllar l'accentuat acreixement de les carreres de Biologia i Geologia, i en menys grau, de les de Filosofia i C. E., Dret i Filologia.

Quant a la minva de la matrícula el 1978-79, afectà de manera molt diferent les Facultats, i pot ésser útil classificar-les en: a) *Facultats molt afectades* (és a dir, les que es trobaren amb un primer curs amb menys de la meitat del nombre d'alumnes que en el curs anterior), com Biologia, Geologia, Farmàcia, Filosofia i C. E. i Econòmiques, i b) *Facultats menys afectades* (amb pèrdues inferiors a la meitat), com Matemàtiques, Químiques, Medicina, Dret, Filologia i G.^a i Història.

3 9. EVOLUCIÓ DE LA MATRÍCULA DE 1r. CURS EN LES ESCOLES UNIVERSITÀRIES

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

ESCOLES UNIVERSIT.	ANYS ACADÈMICS				
	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
EMPRESARIALS	100	157	135	154	
E. G. B. BARCELONA	100	137	101	66	
E. G. B. TARRAGONA	100	—	47	96	
INFERMERIA	—	—	—	100	
TOTAL	100	127	184	105	

4. Evolució de la relació estadística home-dona

Potser l'esdeveniment més remarcable que posen de relleu els quadres abans esmentats, sigui la ràpida progressió del nombre d'estudiantes fins arribar a la total equiparació amb els seus col·leges masculins. De fet, s'abasta la *completa igualtat estadística*, àdhuc numèricament rodona, perquè la proporció home-dona és exactament la unitat o 100, *durant el curs 1979-80* (vid. quadre 5.5). Curs que, sens dubte, marcarà una fita important en la secular història de la participació femenina a la Universitat, i més particularment, a la de la Universitat de Barcelona.

Si comparem la situació amb la de la Universitat Complutense, veurem que en aquesta les noies ja han superat els nois en el conjunt, i que, tant en Facultats com Escoles Universitàries, la Universitat de Madrid està més "feminitzada" que la de Barcelona.

Proporcions Home-Dona en el curs 1979-80 a les Universitats de Barcelona i Complutense
(Nombre d'homes per 100 dones)

	Facultats	Esc. Universitàries	Total
Universitat Barcelona	108	62	100
Universitat Complutense	101	48	92

4. 5. EVOLUCIÓ DE LA POBLACIÓ ESTUDIANTIL PER EDAT I SEXE A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA TOTAL GENERAL

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Nombres absoluts)

ANYS ACADÈMICS	EDAT												TOTAL H	TOTAL GENERAL		
	17 i menys H D	18 H D	19 H D	20 H D	21 H D	22 H D	23 H D	24 H D	25 H D	26 H D	27 H D	28 H D			29 H D	30 i més H D
1976-77	1901 2070	2711 2778	3128 2906	2638 2408	2275 2156	1928 1809	1607 1380	1263 1039	1135 784	795 613	705 457	622 406	496 310	2468 1555	23543 20677	48847
1977-78	2093 2358	3469 3438	3774 3335	3451 2906	2881 2260	2345 1880	1837 1359	1356 957	1216 1012	871 554	743 504	613 461	681 460	2310 1545	27640 23029	54894
1978-79	714 217	2821 2935	3752 4133	3396 3848	3013 3350	2537 2344	1980 1595	1511 1254	1227 945	982 768	785 686	731 511	620 478	3199 2307	27768 25291	52559
1979-80	455 521	2349 3096	3467 4004	3420 4107	3095 3534	2691 2596	2070 1764	1622 1279	1302 1012	1098 874	878 691	768 581	648 488	3576 2800	27439 27437	54786
1980-81																

1 Curs 1976-77 no es disposa d'informació desagregada per edat i sexe dels Centres Universitaris corresponents a E.G.B. de Tarragona, Delegacions i Col·legi Universitari; sí però, que estan comptabilitzats en el total general.

2 Curs 1977-78 ídem. que el curs anterior, més l'Escola d'Infermeria del Clínic.

4. 7. EVOLUCIÓ DE L'ESTRUCTURA PER EDATS DE L'ALUMNAT A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

(Total General) Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

EDATS	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
17 anys i menys	100	112	23	25	
18 anys i menys	100	126	104	99	
19 anys i menys	100	118	131	124	
20 anys i menys	100	126	144	144	
21 anys i menys	100	116	144	150	
22 anys i menys	100	113	131	141	
23 anys i menys	100	107	120	128	
24 anys i menys	100	101	120	126	
25 anys i menys	100	116	113	120	
26 anys i menys	100	101	124	140	
27 anys i menys	100	107	120	135	
28 anys i menys	100	104	121	131	
29 anys i menys	100	142	136	141	
30 anys i més	100	96	137	158	
TOTAL	100	114	119	124	

Aquesta afirmació global *ha d'ésser matisada* en el cas particular d'algunes carreres, com per exemple Biologia i Medicina que a Barcelona tenen proporcions més altes de noies que a Madrid.

A partir de les dades de l' "Anuario" de la Universitat de Madrid¹ hem calculat les taxes de sexe per poder-les contrastar amb les de Barcelona. Els resultats són els següents:

Quantitat de dones matriculades a les Facultats
Curs 1979-80
(Les xifres senyalen el nombre d'homes per cada 100 dones)

Mes dones a Barcelona que a Madrid

	<i>Barcelona</i>	<i>Madrid</i>
Belles Arts	81	106
E. G. B. Barcelona	28	38
E. G. B. Tarragona	33	48 (1)
Biologia	75	83
Medicina	122	127
Infermeria	25	30

Més dones a Madrid que a Barcelona

	<i>Madrid</i>	<i>Barcelona</i>
Empresarials	126	373
Econòmiques	270	442
Física	241	321
Dret	162	202
Ge i Història	43	69
Filosofia i C. E.	43 (2)	57
Química	153	168
Geologia	262	272
Filologia	45	52
Farmàcia	43	49
Matemàtiques	112	117

1 Inclou les E. G. B. de Toledo i Ciudad Real.

2 Engloba la Facultat de Filosofia i C. E. i la Facultat de Psicologia.

Notem que l'única de les carreres amb majoria masculina a on el procés de feminització és més avançat a Barcelona que a Madrid, és Medicina. Quant a les carreres tradicionals amb dominant femenina només a Biològiques, també, el grau de feminització és més alt a la Universitat de Barcelona que a la Complutense. Hom pot veure que en alguns casos les diferències entre les dues Universitats són notables.

El quadre 5.5, que mostra el moviment de les proporcions home-dona per curs durant quatre anys, admet diverses lectures. Una de vertical que permet seguir els canvis de l'estructura de la població universitària; una altra d'horitzontal que ens dona les transforma-

1 Op. cit. cap. 1r.

cions experimentades per cada curs al llarg del període. En aquest ordre, la dada més interessant ens la proporciona l'observació de la línia corresponent al primer curs, la qual ens dóna la composició home-dona del nou alumnat, és a dir, de les diverses promocions en el seu primer any de vida universitària. El lector curiós observarà els anys 1977-78 i 1978-79 una brusca pèrdua de participació femenina, cosa que caldria explicar.

Més interessant és procedir a una lectura en diagonal que permet seguir una promoció durant diversos anys de vida escolar. En disposar únicament de quatre sèries anuals, només podem fer-ho durant un màxim de quatre cursos i un mínim de dos (el sisè curs pertany a la carrera de Medicina i planteja problemes específics).

La constatació més remarcable és la d'una tendència a la progressiva presència femenina dins de cada promoció a mesura que passen els anys, cosa que permet preguntar-nos si la mortalitat universitària femenina no és menor que la masculina.

Hom troba a faltar estudis sobre la progressiva presència de les dones a la Universitat de Barcelona, per bé que M. de Borja Solé hi ha dedicat unes planes en el seu llibre, pioner en la matèria¹.

A continuació presentem una sèrie fragmentària que hem construït a partir de diversos materials i que permet copsar el ritme de moviment de transformació de l'estructura per sexes de la població universitària catalana (vid. taula A al final del capítol).

A partir de 1972 s'incorpora a la Universitat l'Escola d'E.G.B., i el 1977 l'Escola d'Infermeria, provocant, a causa del seu considerable nombre de dones, una alça d'aquestes en la taxa general del sexe.

5.1 EVOLUCIÓ DE LA RELACIÓ ESTADÍSTICA HOME-DONA EN LES ESCOLES UNIVERSITÀRIES

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81

(La Taxa del sexe s'indica pel nombre d'homes per 100 dones)

FACULTATS	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	93	93	85	75	
FÍSICA	345	282	1078	321	
GEOLOGIA	328	285	277	272	
MATEMÀTIQUES	125	131	146	117	
QUÍMICA	198	186	181	168	
DRET	214	214	211	202	
FARMÀCIA	49	48	46	49	
FILOSOFIA I C. E.	62	118	61	57	
FILOLOGIA	48	48	46	52	
G ^a . I HISTÒRIA	69	67	73	69	
MEDICINA	136	127	121	122	
ECONÒMIQUES	474	481	463	442	
BELLES ARTS	—	—	86	81	
TOTAL	121	132	116	108	

1 M. de Borja Solé: Carreras y sexos. Editorial Nova Terra. Barcelona 1970 (ens ha servit de font per calcular les taxes dels sexes dels primers cursos del quadre).

TAULA A

EVOLUCIÓ DE LA PARTICIPACIÓ FEMENINA A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA

(En la columna 1 de taxa del sexe expressada pel nombre d'homes per cada 100 dones, i a la columna 2, el nombre de dones)

	TOTAL UNIV.		DRET		ECONÒMIQUES		MEDICINA		FARMÀCIA		CIÈNCIES		BIOLOGIA		QUÍMICA	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
1939-40	1175	511	3155	51			4461	33	328	149	828	67				
1944-45	691	735	4631	29			4551	37	141	310	949	89				
1949-50	512	1233	3210	50			2533	72	138	358	514	170				
1954-55	396	1650	1497	117	5320	5	851	213	119	420	342	303				
1959-60	423	2222	1162	125	1347	72	1222	151	137	582	317	436				
1964-65	361	3713	543	253	954	225	319	514	107	511	244	653				
1966-67	320	4831	432	364	901	225	458	465	77	668	165	1039				
1976-77	112	21878	214	2178	474	1928	136	2578	49	2466			93	1154	198	636
1977-78	120	23029	214	2429	481	1043	127	3021	48	2737			93	1223	186	667
1978-79	108	25291	211	2275	463	920	121	3439	46	1942			85	1298	181	555
1979-80	100	27347	202	2184	442	916	122	3037	49	2003			75	1594	168	565

TAULA B

Situació en funció de la taxa del sexe (nombre d'homes per 100 dones)
de les carreres que es cursen a la Universitat de Barcelona. Curs 1979-80

Carreres amb dominant femenina		Carreres amb dominant masculina	
Infermeria	25	Econòmiques	442 ⁴
E. G. B. Barcelona	28	Empresarials	373
E. G. B. Tarragona	33	Físiques	321
Farmàcia	49	Geologia	272
Filologia	52	Dret	202
Filosofia i C. E.	57	Química	168
G ^a . i Història	69	Medicina	122
Biologia	75	Matemàtiques	117
Belles Arts	81		

5. 2. EVOLUCIÓ DE LA RELACIÓ ESTADÍSTICA HOME-DONA EN LES ESCOLES UNIVERSITÀRIES

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81

(La taxa del sexe s'indica pel nombre d'homes per 100 dones)

ESCOLES	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
EMPRESARIALS	673	458	430	373	
E. G. B. BARCELONA	30	30	29	28	
E. G. B. TARRAGONA	45	44	43	33	
INFERMERIA	—	25	25	25	
TOTAL	66	61	59	62	

5. 5 EVOLUCIÓ DE LA RELACIÓ ESTADÍSTICA HOME-DONA A LA UNIVERSITAT DE BARCELONA, PER CURSOS

Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81

(La taxa del sexe s'indica pel nombre d'homes per 100 dones)

CURSOS	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
1 ^r	115	125	132	102	
2 ⁿ	108	105	97	112	
3 ^e	106	112	95	85	
4 ^t	164	138	104	102	
5 ^e	109	135	110	101	
6 ^e (1)	202	204	188	193	
TOTAL	112	120	108	100	

(1) 6^e Curs: Facultat de Medicina

Hom pot veure a la primera columna del quadre adjunt, que han calgut *quaranta anys per passar d'una relació d'onze homes per dona (1940) a la total equiparació (1979-80)*.

Es clar que aquestes dades es refereixen al total de la Universitat, car *les evolucions de les distintes carreres han seguit camins i ritmes molt diferents*. El lector interessat podrà entretenir-se estudiant les progressions a nivell de cada Facultat, Escola Universitària i Delegació, durant els darrers quatre anys, i àdhuc en el cas de les Facultats de Dret, Econòmiques, Medicina, Farmàcia i Ciències (fins el 1967), podrà seguir-los les petges fins el 1940, servint-se del quadre anterior.

Per acabar presentem una classificació de les Facultats en funció de la taxa del sexe (vid. taula B al final del capítol).

5. Evolució de la procedència geogràfica dels alumnes

Donada la migradesa d'efectius d'estudiants estrangers a nivell d'Estat, els hem reagrupat en vuit zones. No cal dir que hem procurat que aquestes siguin homogènies, però en alguns casos les dificultats són insuperables. A peu de plana del quadre 6.3 s'especifiquen els estats que hem inclòs a cada àrea.

També a nivell de l'Estat espanyol la zonificació planteja problemes que hem resolt seguint el criteri tradicional sobre les nacions i regions històriques, i en el cas dels Països Catalans, que absorbeixen *més del 75% de l'alumnat* de la Universitat de Barcelona, baixant a nivell provincial.

Hom podrà constatar una *lleugera tendència* a l'increment dels alumnes catalans, que és paral·lela a la disminució dels procedents d'altres àrees de l'Estat, i *un augment important* del nombre d'estudiants estrangers (vegeu quadre 6.4).

Els estrangers són avui, després dels barcelonins (60%), lleidatans (7%) i tarragonins (6%), els que ocupen el quart lloc, juntament amb els andalusos i aragonesos, amb un 4% cadascun.

Dins el domini dels Països Catalans cal destacar la baixa dels estudiants originaris de Girona, Illes i País Valencià, i l'augment dels de Lleida i Tarragona.

Pel que fa als estudiants provinents d'enllà de les fronteres, la major representació la tenen els sudamericans (48%), seguits pels àrabs (22%), i els europeus del Mercat Comú (15%). Hom constatarà durant aquests anys una propensió a l'increment dels estudiants procedents d'Amèrica Llatina, Països Àrabs i Àfrica, i en canvi una disminució dels nascuts al Mercat Comú, resta d'Europa i Amèrica del Nord.

6. Dades sobre la llengua catalana

Tres anys són massa pocs per copsar el sentit d'una tendència, i caldrà per tant esperar els resultats dels propers anys; tot i així poden ésser útils a l'investigador per a contrastar-los amb altres fonts.

Hom notarà, no gensmenys, *una important millora* en el darrer curs (1979-80) en relació als anteriors, de les proporcions dels que diuen que l'escriuen bé.

El quadre 7.4 ens dona a conèixer que, aproximadament, *un 90%* de l'estudiantat declara entendre bé el català, *un altre 70%* diu que el parla bé, i només *un 25%* manifesta que l'escriu bé. Aquesta darrera xifra és ben il·lustrativa del baixíssim nivell de coneixença que té del català la població universitària, i permet sense exageracions parlar d'un problema d'analfabetisme.

Les millors taxes d'alfabetisme (i entenem per tal els que saben escriure bé) les trobem a la Facultat de Filologia (44%) i Delegacions de Tarragona i Lleida també de Filologia. Resulten preocupants per la seva repercussió de cara al futur, els nivells assolits per l'E.G.B. de Barcelona (28%) i l'E.G.B. de Tarragona (34%).

6. 2. EVOLUCIÓ DE LA PROCEDÈNCIA DELS ALUMNES ESTRANGERS PER ZONES

Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Percentatges)

LLOC DE NAIXEMENT	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BARCELONA	60'45	62'77	57'71	59'57	
TARRAGONA	3'95	4'98	6'67	6'47	
LLEIDA	5'44	5'32	6'83	6'76	
GIRONA	3'10	2'90	2'75	2'53	
TOTAL	72'95	75'98	73'97	75'33	
VALÈNCIA	0'75	0'72	0'77	0'73	
CASTELLÓ	0'68	0'63	0'66	0'59	
ALACANT	0'41	0'37	0'36	0'34	
TOTAL	1'84	1'72	1'79	1'66	
ILLES BALEARS	2'53	2'21	2'16	1'90	
TOTAL PAÏSOS CATALANS	77'32	79'91	77'92	78'90	
EUZKADI	0'82	0'78	0'73	0'65	
NAVARRA	0'63	0'55	0'62	0'55	
TOTAL	1'45	1'34	1'35	1'20	
GALÍCIA	1'61	1'64	1'50	1'42	
ANDALUSIA	4'35	4'63	4'64	4'38	
ARAGÓ	4'02	3'98	4'24	4'03	
ASTÚRIES	0'35	0'35	0'34	0'35	
CASTELLA LA VELLA	3'65	1'44	3'26	2'48	
CASTELLA LA NOVA	1'26	1'26	1'14	1'28	
MADRID	1'24	1'20	1'35	1'18	
EXTREMADURA	1'41	1'01	1'07	1'08	
LLEÓ	2'08	2'07	2'07	2'59	
MÚRCIA	0'59	0'68	0'81	0'81	
ILLES CANÀRIES	0'37	0'30	0'33	0'32	
TOTAL	100	100	100	100	

6. 4. EVOLUCIÓ DE LA PROCEDÈNCIA DELS ALUMNES ESTRANGERS PER ZONES

Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Percentatges)

ZONES	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
MERCAT COMÚ	16'73	12'69	14'20	14'97	
RESTA EUROPA	9'54	6'50	6'83	7'92	
PAÏSOS ÀRABS I ALTRES	21'07	22'14	25'23	22'13	
ÀFRICA	1'61	2'56	3'31	3'43	
AMÈRICA LLATINA	45'47	52'75	47'02	47'86	
AMÈRICA DEL NORD	3'10	2'41	2'09	2'18	
ÀSIA	1'12	0'90	1'21	1'42	
OCEANIA	0'37	—	0'06	0'05	
TOTAL	100	100	100	100	
Nom. D'ESTUDIANTS	807	1323	1478	1690	
(1) %	1'67	2'41	2'74	4'05	

(1) % de nascuts a l'estranger sobre el total d'alumnes de la Universitat.

Els nivells més alts d'analfabetisme estan localitzats a l'Escola d'Infermeria, Estudis Empresarials, Dret (tant a Barcelona com a la Delegació de Lleida) i Econòmiques.

Quant a la necessitat expressada per l'alumne *que s'ensenyi el català a la Universitat, un 80% ho creu necessari.* Aquest percentatge, però, ha disminuït en el decurs dels tres darrers anys. Hom notarà que els centres que tenen les taxes d'analfabetisme més altes són també els que menys creuen necessari que s'ensenyi l'idioma oficial de Catalunya, i la coincidència també es dona, però al revés, entre taxa d'alfabetisme alta i alt interès que s'ensenyi el català.

Al voltant d'un 50% de l'estudiantat en el curs 1979-80, manifestava que assistiria a un curset (vid. quadre 7.8). També aquí com en el cas anterior trobem en relació als tres últims anys una minva, en aquesta ocasió important, de l'interès d'amillorar la coneixença del català. La baixa respecte del curs 1977-78 és del voltant de 20 punts, i arriba en alguns casos a 30 punts, afectant totes les Facultats quasi per igual. Només a les Escoles d'E.G.B. el desinterès és molt inferior a la mitja general.

La voluntat d'aprendre el català ateny la seva *màxima intensitat* a les Escoles d'E.G.B. (Barcelona 76% i Tarragona 78%), molt per damunt dels restants centres. A continuació trobem en els primers llocs: G^a i Història 61%, Infermeria 59% (recordeu que és el Centre amb més analfabetisme) i Filosofia i C.E. 59%, i en els darrers: Matemàtiques 40%, Geologia 40% i Farmàcia 42%.

El quadre 7.10 presenta l'evolució de les demandes d'horari (matí, tarda, nit) per al curset de català, i permet conèixer a nivell de cada centre les diferents preferències de torn del seu alumnat. D'acord amb això podem parlar de Facultats amb vocació nocturna, en realitat coincideixen amb les que ja imparteixen torns de nit, com Empresarials, Dret, Filosofia i C.E., Econòmiques, G^a i Història, i Facultats matinals, com Farmàcia, Física, Medicina, Belles Arts i E.G.B..

7.4. EVOLUCIÓ DEL CONEIXEMENT DE LA LLENGUA CATALANA PER FACULTATS, ESCOLES UNIVERSITÀRIES I DELEGACIONS
(Percentatge d'alumnes que l'entenen, el parlen bé i l'escrivien bé)
Anys acadèmics 1976-77 a 1980-81

	L'ENTENEN			EL PARLEN			L'ESCRIVEN					
	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80
BIOLOGIA	-	92'2	92'4	91'7	-	74'8	73'3	73'5	-	20'5	21'3	32'1
FÍSICA	-	86'9	-	85'7	-	70'5	-	65'6	-	24'9	-	29'4
GEOLOGIA	-	89'5	94'1	90'-	-	60'9	70'6	72'1	-	22'3	24'-	30'8
MATEMÀTIQUES	-	90'7	93'3	89'5	-	71'4	72'1	71'1	-	36'4	13'-	29'7
QUÍMICA	-	90'2	92'-	93'3	-	71'5	70'-	71'1	-	19'7	24'-	28'4
DRET	-	87'7	86'6	83'-	-	66'9	62'3	61'8	-	16'9	15'2	20'7
FARMÀCIA	-	90'9	92'9	89'5	-	79'5	75'5	73'4	-	17'5	18'6	25'6
FILOSOFIA I C. E.	-	83'3	81'8	83'4	-	64'5	63'-	63'3	-	18'4	18'2	24'8
FILOLOGIA	-	87'6	50'1	56'7	-	72'-	71'9	60'9	-	38'3	41'8	43'7
G ^a . I HISTÒRIA	-	84'8	83'7	84'1	-	68'5	66'9	66'4	-	23'4	24'1	29'7
MEDICINA	-	89'5	89'3	87'7	-	70'5	67'4	67'8	-	17'7	17'-	25'1
ECONÒMIQUES	-	89'7	91'2	89'2	-	69'1	68'4	68'7	-	16'-	16'8	21'1
BELLES ARTS	-	-	84'8	78'6	-	-	65'2	61'2	-	-	21'5	25'7
EMPRESARIALS	-	59'5	-	85'9	-	68'9	-	65'6	-	13'3	-	19'2
E. G. B. BARCEL.	-	87'-	68'9	88'5	-	63'4	63'1	54'1	-	13'2	17'3	28'2
E. G. B. TARRAG.	-	93'-	93'8	92'5	-	79'9	79'9	79'4	-	15'7	18'6	33'9
INFERMERIA	-	-	-	80'-	-	-	-	59'2	-	-	-	17'2
MEDICINA Mataró	-	-	94'3	94'4	-	78'4	78'4	76'6	-	-	17'3	25'7
FILOSOFIA Tarrag.	-	-	83'4	-	-	-	70'1	-	-	-	17'9	-
FILOLOGIA Tarrag.	-	-	97'3	87'9	-	-	88'5	72'6	-	-	55'5	32'8
G ^a . i H ^a . Tarragona	-	-	85'8	-	-	-	64'7	-	-	-	14'8	-
QUÍMICA Tarrag.	-	-	92'5	91'3	-	-	70'9	75'1	-	-	19'2	24'5
MEDICINA Tarrag.	-	-	83'7	84'5	-	-	73'1	67'8	-	-	18'4	25'2
MEDICINA Lleida	-	-	92'9	86'9	-	-	71'2	70'5	-	-	11'7	19'2
FILOLOGIA Lleida	-	-	94'6	93'1	-	-	77'-	78'2	-	-	33'6	42'5
DRET Lleida	-	-	86'-	81'3	-	-	68'4	67'4	-	-	14'2	18'3
G ^a . i H ^a . Lleida	-	-	92'8	92'5	-	-	78'1	74'3	-	-	21'1	29'3

7. 6. EVOLUCIÓ DE LA NECESSITAT QUE S'ENSENYI EL CATALÀ A LA UNIVERSITAT PER FACULTATS, ESCOLES UNIVERSITÀRIES I DELEGACIONS *

Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81. Percentatges dels que volen que s'ensenyi el català.

CENTRES	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	89'8	90,—	84'7	
FÍSICA	83'5	—	74'4	
GEOLOGIA	89'4	87'3	83'3	
MATEMÀTIQUES	89'5	88'3	81,—	
QUÍMICA	90'1	85'2	83'6	
DRET	84'5	79'2	73'2	
FARMÀCIA	78'4	77'7	72'9	
FILOSOFIA I C. E.	89'—	88'—	85'6	
FILOLOGIA	95,—	93'7	89'7	
GEOGRAFIA I HISTÒRIA	94'5	92'5	87'5	
MEDICINA	84'4	79'3	76'4	
ECONÒMIQUES	85'7	82'8	77'3	
BELLES ARTS	—	87'3	74'5	
E. U. D'EMPRESARIALS	83'1	—	71'8	
E. G. B. DE BARCELONA	95'7	95'3	93,—	
E. G. B. DE TARRAGONA	93'1	93,—	90,—	
INFERMERIA CLÍNICA	—	—	77'3	
MEDICINA DE MATARÓ	—	75'7	72'1	
FILOSOFIA C. E. TARRAG.	—	91,—		
FILOLOGIA DE TARRAG.	—	97'7	84'1	
GEOGRAFIA I H ^a . TARRAG.	—	88'7		
QUÍMICA TARRAG.	—	80,—	77'9	
MEDICINA TARRAG.	—	71'6	65'4	
MEDICINA DE LLEIDA	—	78'5	68'3	
FILOLOGIA LLEIDA	—	95'5	90'2	
DRET DE LLEIDA	—	75'5	69'2	
GEOGRAFIA I H ^a LLEIDA	—	96'8	88'8	

* La pregunta del qüestionari era "Creu necessari que s'ensenyi català a la Universitat?"

7. 8. EVOLUCIÓ DE LA VOLUNTAT D'ASSISTIR A UN CURSET DE CATALÀ PER FACULTATS, ESCOLES UNIVERSITÀRIES I DELEGACIONS *

Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Percentatges dels que sí assistirien a un Curset)

CENTRES	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
BIOLOGIA	74'5	63'7	47,—	
FÍSICA	61'1	—	43'4	
GEOLOGIA	69'6	56'3	40,—	
MATEMÀTIQUES	75'5	58'2	39'8	
QUÍMICA	65'7	55,—	49'7	
DRET	66'1	57'8	48'9	
FARMÀCIA	67—	59'1	42'4	
FILOSOFIA I C. E.	76'5	68'1	59'1	
FILOLOGIA	77,—	68,—	54'3	
GEOGRAFIA I HISTÒRIA	77'9	70'7	61'4	
MEDICINA	67'6	57'2	47'1	
ECONÒMIQUES	69'3	80'5	49'5	
BELLES ARTS	—	65'7	44'9	
E. U. D'EMPRESARIALS	70'3	—	53'1	
E. G. B. DE BARCELONA	87'8	83'7	75'5	
E. G. B. DE TARRAGONA	82'6	78'8	77'9	
INFERMERIA CLÍNICA	—	—	59'4	
MEDICINA DE MATARÓ	—	63'6	53'6	
FILOSOFIA C. E. TARRAG.	—	80'2		
FILOLOGIA DE TARRAG.	—	75'6	84'7	
GEOGRAFIA I H ^a . TARRAG.	—	73'9		
QUÍMICA TARRAG.	—	67'4	56'9	
MEDICINA TARRAG.	—	69'8	52'3	
MEDICINA DE LLEIDA	—	74'7	62'1	
FILOLOGIA LLEIDA	—	84'8	70'1	
DRET DE LLEIDA	—	67'9	58'4	
GEOGRAFIA I H ^a LLEIDA	—	81'8	70'3	

* La pregunta del qüestionari era "Assistiria a un Curset de Català a la seva Facultat?"

B. Dades sobre l'evolució dels efectius docents

L'evolució general dels efectius docents en conjunt durant els darrers cinc anys s'ha caracteritzat pel seu *feble creixement* (1976: any base 100, 1980: 102,6) i per l'*estancament* en els dos últims cursos (vid. quadres 1 i 2).

Per cosos l'únic que ha tingut una *alça notable*, ha estat el d'Agregats (1980 : 132,4) seguit pels Professors Encarregats de Curs (1980 : 114'2), Adjunts (1980 : 108) i Catedràtics (1980: 102,3), i, contràriament, *han baixat* el nombre de professors Ajudants i Especials.

Tampoc no s'han produït canvis considerables en la distribució de les categories del professorat (Numeraris, Interins i Contractats). Podríem, tan sols detectar una *lleugera tendència a l'alça dels Numeraris*, una feble propensió a la *baixa dels Interins*, i *increment en els Contractats*.

El quadre 4 permet, a més, seguir l'evolució d'aquestes categories per cada cos; posada la poca importància quantitativa de les variacions, presentem una taula resum de les tendències.

Tendències de l'evolució del professorat per cos i categoria des del curs 1977-78 fins al 1980-81

Categoria	Cos	Tendència
Numeraris	Catedràtics	a la baixa
Numeraris	Agregats	estable
Numeraris	Adjunts	en alça
TOTAL NUMERARIS		lleugera alça
Interins	Catedràtics	estable
Interins	Agregats	en alça
Interins	Adjunts	a la baixa
TOTAL INTERINS		a la baixa
Contractats	Catedràtics	estable
Contractats	Agregats	estable
Contractats	Adjunts	en alça
Contractats	Encarregats de curs	en alça
Contractats	Adjunts	a la baixa
Contractats	Especials	estable
TOTAL CONTRACTATS		en alça

Quant a les variacions experimentades per les dedicacions, hom pot veure que en el conjunt de la Universitat, la dedicació Exclusiva és la que *ha augmentat més*. No obstant això en el cas dels professors numeraris ha estat la Normal, seguida de l'Exclusiva i la Plena.

Evolució del règim de les dedicacions. Situació en el curs 1980-81 en relació al 1977-78 (any base : 100)
En números índexs

Tipus de Dedicació	Categoria		TOTAL
	Numeraris	No Numeraris	
Normal	132	101	106
Plena	107	105	105
Exclusiva	120	106	108

EVOLUCIÓ DELS EFECTIUS DOCENTS A LA UNIVERSITAT, PER COSSOS I CATEGORIES

Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

ANYS ACADÈMICS					
	1976-77	1977-78	1978-79	1979-80	1980-81
CATEDRÀTICS					
Numeraris		100	100	97,3	98'9
Interins		100	122,6	119'4	110,-
Contractats		100	233'3	233'3	233'3
TOTAL		100	105,-	102'3	102'3
AGREGATS					
Numeraris		100	104'2	114'6	125,-
Interins		100	100,-	113,-	137,2
Contractats		100	100,-	100,-	100,-
TOTAL		100	101'4	126'9	132'4
ADJUNTS					
Numeraris		100	118'1	123'9	137'7
Interins		100	92'6	75'2	73,-
Contractats		100	196,-	197'3	198'7
TOTAL		100	114'1	105'5	108,-
ENCARREGATS DE CURS		100	102'8	115'7	114'2
AJUDANTS		100	99'2	97'9	96'9
ESPECIALS I VARIS	100	108	308,-	83,-	83,-
TOTAL GENERAL	100	96,1	101'8	102'6	102,6

RESUM DE L'EVOLUCIÓ DE LES DEDICACIONS SEGONS NUMERARIS I
NO NUMERARIS, A LA UNIVERSITAT
Anys Acadèmics 1976-77 a 1980-81 (Índexs)

ANYS ACADÈMICS	NUMERARIS			NO NUMERARIS (Int. i Centr.)			TOTAL		
	Nr.	Pl.	Ex.	Nr.	Pl.	Ex.	Nr.	Pl.	Ex.
1976-77									
1977-78	100,-	100,-	100,-	100,-	100,-	100,-	100,-	100,-	100,-
1978-79	136,-	107,2	104,-	129,8	100,3	104,8	130,7	101,-	104,7
1979-80	132,-	100,-	112,1	116,6	106,-	105,1	118,7	105,4	106,3
1980-81	132,-	107,2	120,2	101,3	104,9	105,9	105,7	105,2	108,4

SUMARI

INTRODUCCIÓ

Un llarg camí: La publicació de les actes de les primeres jornades de sociologia. <i>Jordi Estivill</i>	7

ESTRUCTURA SOCIAL

Aproximació a la problemàtica migratòria, social i laboral de la població marroquina a Barcelona. <i>Carme Arranz, Maria Roca i Àngels Roger</i>	17
La integració nacional a Barcelona. <i>Montserrat Cunill i Serena Rabinad</i>	23
La identitat social de Catalunya. <i>Jordi Estivill i Salvador Giner</i>	35
El procés de desvetllament de la cultura local: El cas de Torroella de Montgrí. <i>Pere Guanter i Subirà</i>	43
Per una teoria de la nació. <i>Francesc Hernández, Francesc Mercadé i Benjamí Oltra</i>	53
Metodologia d'anàlisi d'intel·lectuals i qüestió nacional. <i>Francesc Mercadé</i>	61
Integració dels immigrants i qüestió nacional a Catalunya. <i>Carlota Solé</i>	73

SOCIOLOGIA DE LA MARGINACIÓ

Els factors etiològics en els problemes de drogodependències. <i>Manuel J. Bárcena-Benedicto</i>	85
La història de vida en l'estudi de la delinqüència juvenil a Barcelona: Possibilitats i límits. <i>Juli Sabater, Josep Ma. Pascual i Raimon Bonal</i>	93
Assistim o trenquem amb els marginats? <i>Ma. Aurora Giralde</i>	97

SOCIOLOGIA DE LA MEDICINA I LA SALUT

Pròleg. <i>Felip Solé</i>	105
Breu història de les relacions entre les ciències socials i la medicina a Espanya. <i>Jesús M. de Miguel i Joan Campos</i>	107
Investigació sociològica, i sociologia de la medicina. <i>Esteban Pinilla de las Heras</i>	115

PART I. ESTRUCTURES I IDEOLOGIES DE LES PROFESSIONS I INSTITUCIONS SANITÀRIES

Anàlisi sociològica de la professió d'infermeria a Espanya. <i>Carmen Domínguez-Alcón</i>	127
L'ensenyament de la sociologia a la infermeria: Utilitat i problemes. <i>Francesc Mercadé</i>	139
Cap a un model sociològic per l'anàlisi de les ideologies en pediatria—puericultura. <i>Jesús M. de Miguel</i>	143
Processos de cristallització de l'associacionisme professional mèdic. <i>Jaume Ribas</i>	157
Hospitals per a pacients o pacients per a hospitals? Anàlisi sociològica de l'evolució del sistema hospitalari espanyol els darrers trenta anys. <i>Josep A. Rodríguez</i>	169
Models d'organització de la salut i professió mèdica a Catalunya i a l'estat espanyol. <i>Eugeni Sabaté i Muro i Xavier Cuadrat i Ciurana</i>	185

PART II. SALUT I MALALTIA

El metge, un placebo de luxe per a una societat pobra. <i>Ramon Bayés</i>	199
El moviment de salut integral (holistic health) als Estats Units. <i>Grace González-Glenn i Antonio Ugalde Blasco</i>	211
Impacte socio-cultural de la grip "Espanyola" de 1918. <i>Xavier Granero i Xiberta</i>	223

PART III. ORIENTACIONS TEÒRIQUES I PROBLEMES METODOLÒGICS

La transformació del model d'assistència psiquiàtrica a Catalunya. <i>Josep Ma. Comelles</i>	241
El paper de la dona en la cura de la salut. <i>M. Àngels Duran i Cristina Càmarà</i>	251
La dimensió sociològica del càncer a través del mètode de casos. <i>Alicia E. Kaufmann</i>	257
Tendències d'investigacions en psiquiatria social i teories sociològiques. <i>J. Agustín Ozamiz Ibinarriaga</i>	267
Ideologia, psiquiatria i teoria sociològica. <i>Ignasi Pons i Ada Ruiz</i>	271
El consum de medicaments en el nostre sistema sanitari. <i>M. Porta, J.R. Laporte, D. Capellà, R. Gisbert i M.L. Martín</i>	279

PART IV. LA SANITAT A CATALUNYA

La sanitat a Catalunya. Reforma o canvi de model. <i>Ll. Bohigues, J. Clos, J. Martí i F. Solé Sabarís</i>	293
El mapa sanitari, dos anys després. <i>Joan R. Villalbí</i>	297
Algunes reflexions crítiques sobre el mapa sanitari de Catalunya. <i>Àngel Zaragoza</i>	299

SOCIOLOGIA DEL TREBALL

Les condicions de treball: El plantejament obrer. <i>Juan José Castillo i Carlos Prieto</i>	305
La sociologia del treball a Catalunya (1974-1980). <i>Jordi Estivill, Josep Tomás, Pilar Carrasquer i Teresa Torns</i>	317
Notes per a un debat sobre corporacions multinacionals i acció sindical. <i>Antonio Martín Artilés</i>	329
Aspectes institucionals de l'advocacia. <i>Àngel Zaragoza</i>	339

SOCIOLOGIA URBANA

Desestructuració de l'agricultura catalana per raó del fet urbà. <i>Andreu Peix Massip</i>	353

SOCIOLOGIA DE L'EDUCACIÓ

El professorat d'EGB a Catalunya l'any 1990: Una estimació. <i>J. Martín-Moreno i A. Zaragoza</i>	367
Evolució de la població universitària a la Universitat de Barcelona (1976-77 a 1980-81). <i>Jordi Sobrequés i Callicó</i>	375

**ACABAT D'IMPRIMIR
A ROMARGRAF, S.A.,
DE L'HOSPITALET DE LLOBREGAT
EL DIA 29 DE MARÇ DE 1985**



