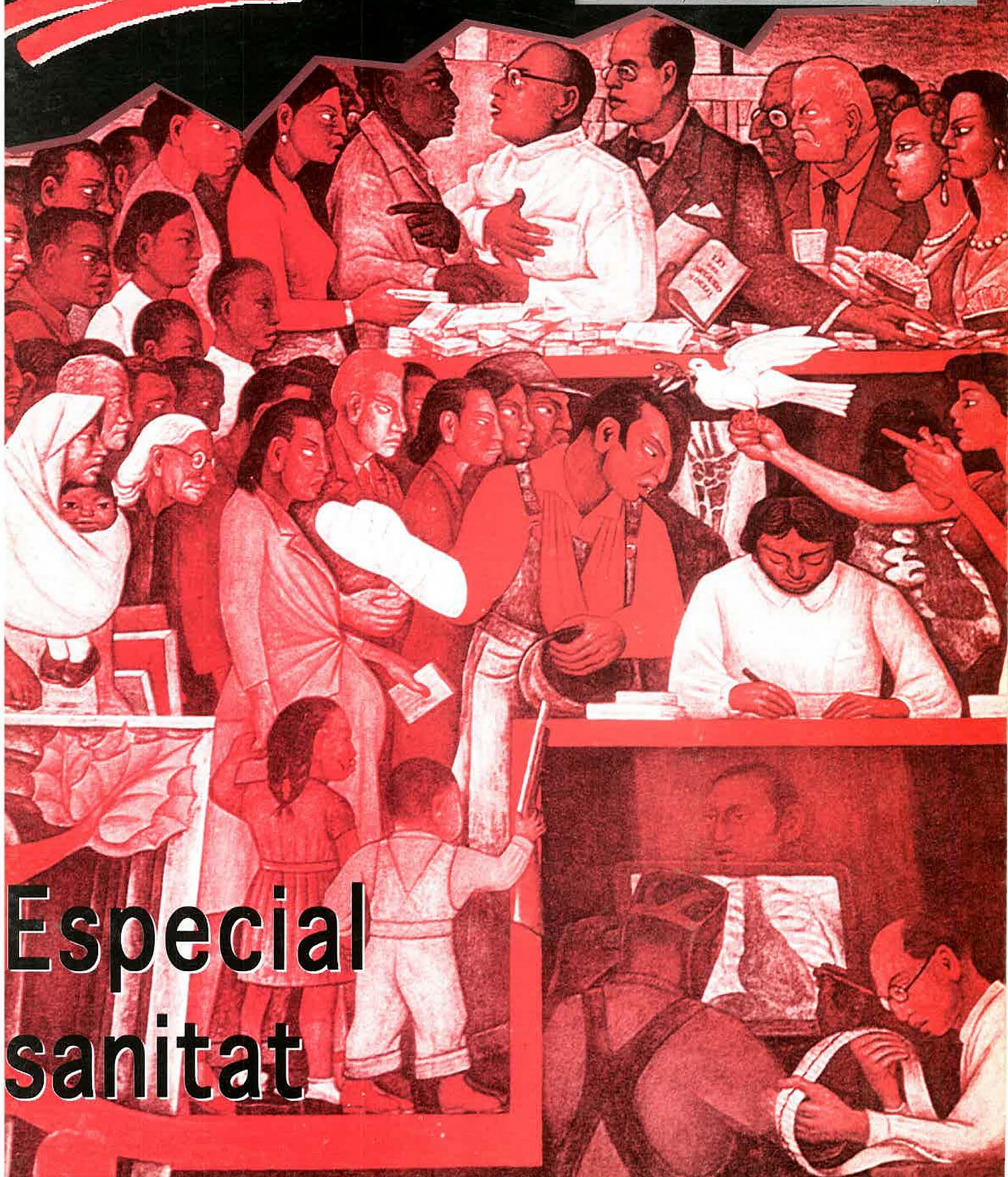


Realitat

Número doble, 64-65 4art trimestre 2001 1.000 ptes.



**Especial
sanitat**



Directora:

Àngels Martínez i Castells

Consell de redacció:

Maria Pere

Celestino Sanchez

M. José Pardo

Jordi Miralles

Adelina Escandell

Jordi Ribó

Juan Lou

Josep Sarradell-Roman

Jordi Gasull

Teresa Domènech

J.M. Céspedes

Juan Manuel Patón

Joan Josep Nuet

Agustí Ruiz

Gines Martínez

Quim Cornelles

Toni Franco

Xaver Cutillas

Miguel Peláez

Miquel Àngel Sòria

Toni Salado

Asun Garcia

Luis Gallego

Secretaria de redacció:

Anadna Aguilera

Laila Forné

Luis Juverías

J.M. Patón

José Manuel Rúa

Redacció:

c/ Portal de l'Àngel, 42.2on

Tel. 93 318 45 51

Fax. 93 318 48 35

08002 Barcelona

Edita:

Realitat,

revista teòrica del PCC

Impressió:

Dehams, scc

Depòsit Legal:

B-46.492-88

Preu: 1.000 ptes

Sumari

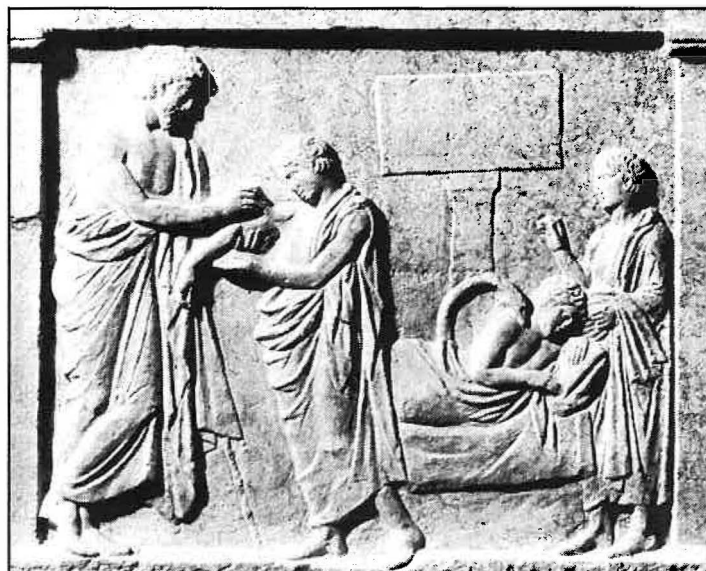
Presentació	4
La sanitat pública a debat	5
De la salud y la sanidad en los inicios del milenio	8
Dona i salut	23
Reflexió sobre els grans processos involutius de l'home d'avui	25
Problemes escolars	31
Un mundo cada vez más envejecido y más femenino... ¿también más discriminador?	33
La Justicia es bona per a la salut	37
A modo de conclusión: apología de Dimitri Shostakovich, compositor soviético y defensor de la ciudad de Leningrado	47
El poema	51

Presentació

Teniu a les mans un nou Realitat força especial. Com podreu constatar es tracta de una publicació monogràfica al voltant del tema de la Salut.....O de la Sanitat?. Aquesta possible dualitat enunciadora podria ser ja una de les primeres qüestions a debat, com veureu. Trepitjem fa uns dies el nou mileni i s'imposa la reflexió, sobre els vells - nous grans temes que ens ocupen a les esquerres. La salut és per tradició un dels nostres habituals objectius... fin i tot "consustancial" pels comunistes. Parlem de la salut des del seu abordatge social i polític que no tant de "medicina"..doncs els determinants en salut són basicament socials i mediambientals. I és que les coses de la salut són massa importants per deixar-les només en mans de metges i sanitaris. El Consell de Redacció de Realitat ha fet aquesta aposta conscient de la complexitat del tema. Tanmateix conscient també, de la necessitat de posar al dia el nostre pensament i experiències al respecte, així com de donar a la esperança fonament científic, aspiració, a la fi, fundacional de la pròpia revista. Aquesta monografia no preten ser un text acadèmic, ni tampoc un tractat complert i exhaustiu, ni tan sols ordenat. Tan sols un recull d'opinions de diferents autors i autores propers al temari i des de posicions plurals dins l'ample ventall de les esquerres. Els diagnòstics i propostes poden o no coincidir necessàriament, però en qualsevol cas suposen elements per al debat dins un sector on el neoliberalisme rampant ha fet estralls i on no abunden malauradament opinions autònomes i exter-

nes al propi sector sanitari, corporatiu i cada dia més endogàmic, més excloent, més tecnocràtic. Ens ha semblat molt adient recuperar alguns documents que formen part del nostre bagatge col·lectiu. Tot i que no tan llunyans en el temps ens poden semblar gairebé peces perdudes dins aquesta perversa amnèsia històrica avui tan protegida. És sempre un bon moment per recuperar la nostra memòria històrica i contrastar les nostres anàlisis amb la realitat. Com podreu veure sovint algunes reflexions han esdevingut gairebé profètiques. Hem volgut també incloure alguns treballs que relacionen els temes de la salut humana amb d'altres qüestions ben punyents: l'ensenyament, la dona, la justícia, la droga, la vellesa.. I és aquesta visió panoràmica i global la que justament ens pot permetre establir una dialèctica enriquidora dins un món que ens volen amagar i que diuen correspon només als seus sacerdots de "bata blanca". Volem denunciar aquest parany i tornar a reivindicar les coses de la salut com un front més de la lluita emancipadora. Segur que trobeu conceptes polèmics i discutibles. Si després de llegir aquest Realitat voleu contradir, esmenar, corregir, discrepar, opinar sobre els articles recollits serem tot oïdes i ens sentirem ben gratificats... doncs haurem recuperat una eina ben estimada a la nostra tradició i que la pretesa modernitat ens vol liquidar: el debat i la participació. Mercès per la vostra atenció i una bona lectura.

Antoni Barbarà



LA SANITAT PÚBLICA A DEBAT

Ignasi Fina

És evident que anem cap a una nova concepció dels serveis públics i en aquest cas del concepte de salut, que lluny d'entendre's com l'absència de malaltia ha adquirit un sentit més ampli, en constant evolució, però que es pot sintetitzar en la qualitat dinàmica de l'organisme quan posseeix la plena capacitat per exercir totes les seves funcions, incloent la salut psíquica i la capacitat mental.

Una cosa és per tant la salut individual i d'altre ben diferent la col·lectiva, que inclou a més la qualitat dinàmica de la societat quan les seves estructures i sistemes de valors permeten i fomenten la salut dels homes i la solidaritat entre els pobles o les comunitats.

El debat actual es tradueix sovint en un debat centrat en els sistemes de salut que haurien de protegir i de promoure el dret individual i col·lectiu en termes reals i efectius, de manera integrada o interdisciplinària, equitativa i gratuïta, de qualitat i per tothom.

Hem vingut seguint tot un procés de degradació generalitzat dels sistemes públics de salut, encapçalat pels nous gestors i les noves formes de gestió prèviament establertes



per normatives que han permès un creixent protagonisme dels serveis privats i l'adopció per part dels serveis públics de formes i mètodes propis de l'assistència privada: copagament dels medicaments i serveis assistencials, llistes d'espera com a mecanisme de derivació dels malalts a l'assistència privada, control de les incapacitats temporals per part de les mútues patronals que se situen per sobre de les decisions dels

serveis públics de l'atenció primària, i tanmateix el trencament de l'assegurament únic a partir de la reforma de la llei del IRPF, que promou l'assegurament privat enfront el deteriorament financer del públic, producte de la mateixa política.

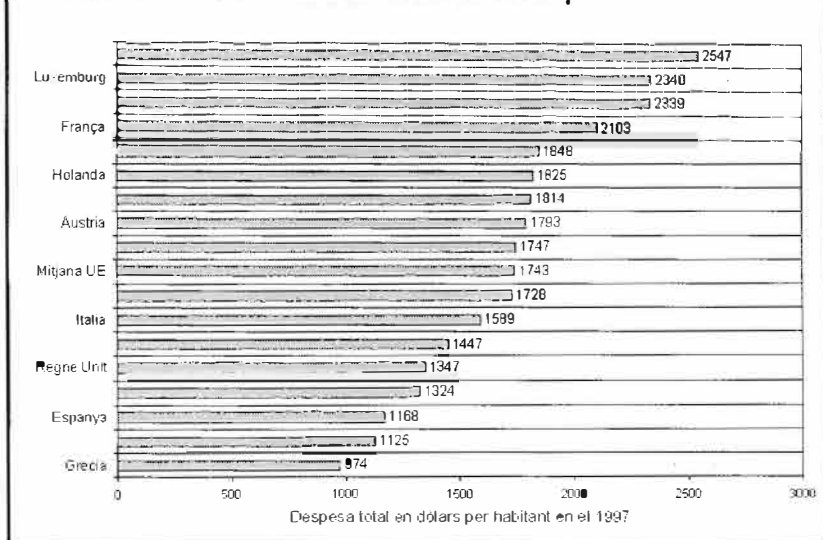
Això no treu que el debat segueixi viu i molt participat per tothom i per tant intentaré establir quines són les principals dades que l'informen, així com quines són les posicions dels principals participants en l'àmbit professional i científic que s'hi han manifestat, al mateix temps recollint també les principals opinions i corrents que han guanyat més reconeixement social dintre i fora de l'administració sanitària. Cal, doncs diferenciar els posicionaments socio-polític-sanitaris que cal dir que en el col·lectiu es troben fortament extrapolats, o bé en tantes ambigüitats que fan pensar en una estreta relació amb les directrius dels responsables polítics actuals, és a dir amb les polítiques neoliberals.

Consideracions sobre el marc internacional.

Les directrius per modificar els sistemes sanitaris públics han estat dissenyades en el conjunt de les polítiques neoliberals que sota

quadre 1

El sistema sanitari a Europa



la era de la globalització han impulsat els governs dels EEUU junt amb els estats de la U.E. i que bàsicament responen als interessos dels grans sectors financers del capital transnacional dominant. Així la mercantilització progressiva de la sanitat, des dels tractats de Maastricht, els pactes d'estabilitat, els plans de convergència amb la col·laboració del Banc Mundial, el Fons Monetari Internacional, i darrerament l'Organització Mundial del Comerç son el referent que permet interpretar la presència cada cop més evident el desmantellament dels serveis públics de salut i també d'ensenyament i de mediambient.

En termes generals la privatització dels serveis públics de salut només ve afectant a les activitats més productives, no deixen en mans dels estats la cobertura sobre els aspectes més susceptibles d'oferir guanys de forma ràpida i en grans quantitats com la indústria del medicament, les noves tecnologies, i la captació dels clients en els diferents àmbits.

El sector serveis donada la caiguda de beneficis del sector industrial ha adquirit una gran importància per les inversions de les grans empreses dels EEUU i de l'U.E. com ho demostra que el creixement econòmic als EEUU darrerament ha estat degut en més d'un terç a les exportacions de serveis i representa a l'U.E. dos terços de la seva economia.

No n'hi ha dubte que el procés de globalització o de concentració del capital de les transnacionals és el principal perill per avançar en l'extensió i generalització dels serveis públics.

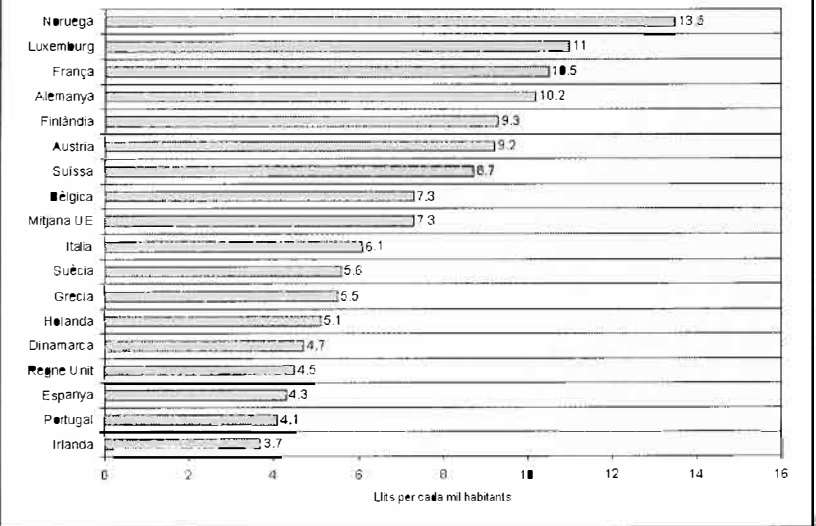
Tot i així en el gràfic "El sistema sanitari a Europa" quadre 1, veiem com la despesa en dòlars/habitant és a Espanya molt deficitària en relació a la resta d'estats i en el quadre 2, es confirma el mateix pel que fa als llits hospitalaris per cada mil/habitants

Situació sanitària actual a Catalunya.

El govern de CiU, ha creat un marc legal que a permès la separació de les funcions de finançament, compra i provisió de serveis i la privatització de la gestió mitjançant la creació d'empreses públiques, consorcis, fundacions i/o instituts clínics, que no son més

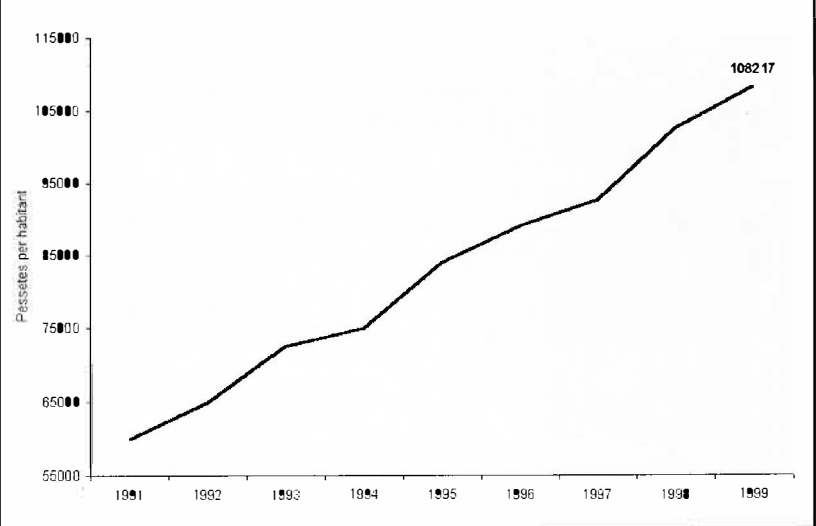
quadre 2

Llits hospitalaris



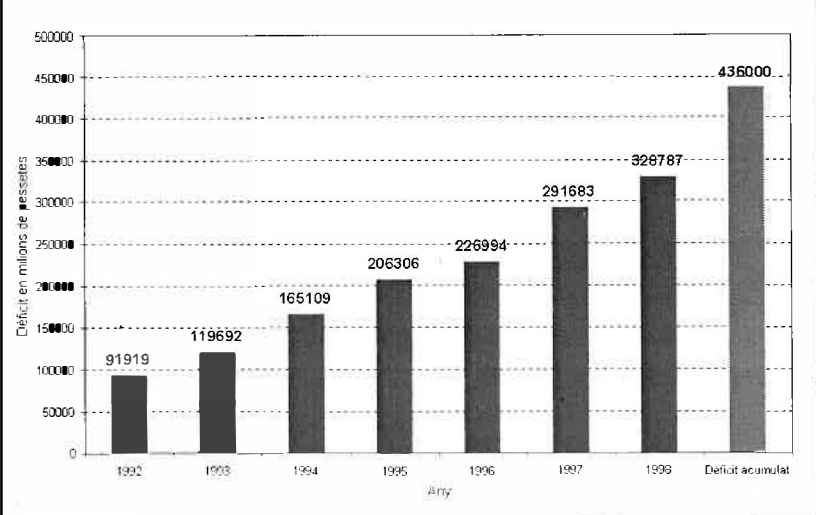
quadre 3

Despesa a Catalunya



quadre 4

El dèficit de la sanitat pública catalana

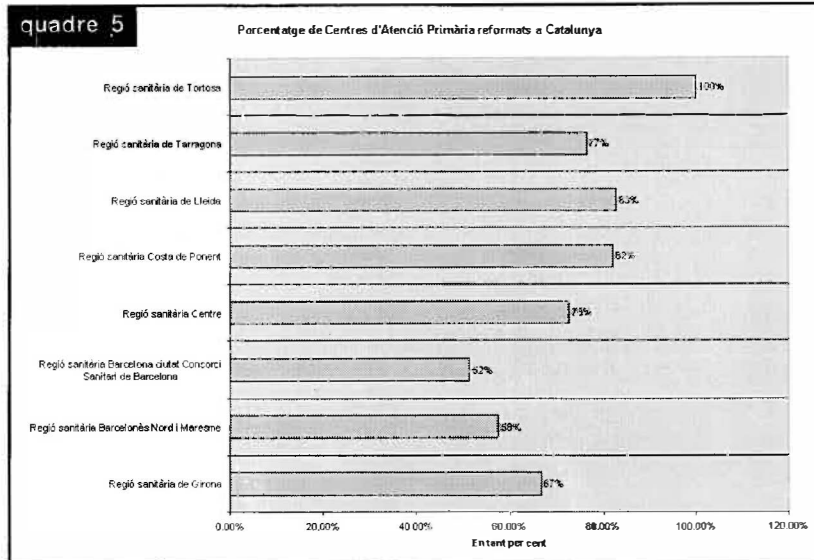


que els agents que controlen els diners públics sense cap mena de control ni de fiscalització, en un terreny d'oferta i demanda que ha determinat una creixent davallada de la qualitat assistencial en la gran part dels centres, com ho han demostrat les darreres vagues de personal sanitari de la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP) en els seus trenta-sis centres, i el malestar en la resta de centres públics, (onze centres).

A partir dels traspassos de l'Insalut a conseqüència de la Llei 1/1981, totes les competències passen en mans de la Conselleria de Sanitat, i a partir de la creació de l'ICS com entitat gestora de Seguretat Social a Catalunya, es produeix un constant increment de la despesa sanitària, quadre 3, que a més de no millorar les prestacions les empitjora notablement, produint-se les llistes d'espera i les greus mancances assistencials en matèria d'infeccions intrahospitalàries, errors mèdics, que avui per avui estan a l'ordre del dia i que lluny de resoldre creixen de forma incontrolable. També passa el mateix amb el dèficit de la sanitat pública catalana, quadre 4, que actualment té un dèficit acumulat de mig bilió de pessetes i que es pretén resoldre amb l'impost sobre els carburants, fent encara menys equitatiu el sistema, tot carregant sobre els usuaris part dels medicaments i dels serveis que la xarxa assistencial no dona cobertura en el sistema públic i/o tancant serveis en el sector públic per després obrir-los en el privat, creant situacions de necessitat que només la derivació dels malalts al sector privat pot afrontar efectivament.

La gravetat del endeutament del sector públic és tant més greu donada la dinàmica pressupostària que no preveu augmentar l'aportació al sector i en canvi si els ajuts a les iniciatives privades con és el cas de l'Hospital de Catalunya i tants d'altres. Contràriament el sector privat veu duplicar el seus beneficis any per any i l'única explicació del fenomen és la creixent dependència del sector privat d'aquests serveis, dependència que com he dit abans sinó existeix es crea de forma expressa i adaptada a les "lleis del mercat".

Amb tot el principal defecte de la sanitat catalana és la manca d'una xarxa d'assistència primària de manera que sembla un ele-



fant: amb 47 hospitals i amb peus de fang; una assistència primària per concloure, a mig camí de la reforma con es pot veure en el gràfic 5 per regions sanitàries.

Conclusions:

En les societats anomenades desenvolupades com la nostra, on més de 668.000 persones viuen en condicions de pobresa a Catalunya, la classe dominant ha imposat el seu model de sanitat, uns serveis per rics i altres per pobres, uns amb llistes d'espera i

nom i on el culpable no ha de seure davant de cap tribunal.

Així i en d'altres conseqüències es perfilen les condicions de vida i de salut sempre en consonància amb els valors imperants i al servei dels interessos de la classe generats per la pròpia dinàmica del sistema, fonamentalment assentats en els patrons culturals vigents socialment. És en aquesta perspectiva que el poder establert farà costat a les opcions ideològiques que més concordin i s'avinguin amb els seus privilegis, els propis de classe dominant, si la pressió social no ho impedeix serà impossible aturar el procés de privatització sanitària i el reforçament de la mercantilització es farà imparabile.

No és el moment per tant de mirar enrera, tenim l'obligació de mirar endavant de cara a una ràpida recuperació dels valors col·lectius i d'equitat, junt amb la mobilització de les nostres forces. És per això que hem d'organitzar-nos i preparar-nos, definint-nos tal com som, amb personalitat pròpia, després d'una experiència tant perllongada com alligadora dels efectes del liberalisme portat a les seves pitjors conseqüències, portats d'aquesta veritat tant elemental; el socialisme a Catalunya ha d'ésser obra de nosaltres mateixos, amb els marginats, els treballadors sobreexplotats, les dones foragitades del món laboral, els joves i en definitiva els que no formen part ni dels valors de la burgesia, ni dels seus interessos.



altres amb l'assistència immediata, veiem com amb la precarietat laboral i de les condicions de treball, estem al cap davant d'Europa en sinistralitat laboral, seguim amb els llocs de treball on l'assassinat no rep aquest

De la salud y la sanidad en los inicios del milenio

Antoni Barbarà

Introducción.

En la misma sustancia de los debates al uso que reflexionan sobre la nueva situación de la civilización humana a inicios del segundo milenio, se inscribe, inevitablemente, el análisis de lo referido a la salud.

En el contexto del fenómeno globalizador, los elementos de la salud y la sanidad resultan coprotagonistas y paradigmas ilustradores del "modus operandi" de los objetivos mismos del neoliberalismo económico hoy campante y rampante.

Los temas referidos a la salud humana entendida en toda su amplitud están presentes en los medios de comunicación de forma permanente. Ciertamente vivimos una época que, entre otros aspectos relevantes y trascendentes, la aplicación de los avances científico-técnicos en el terreno de la salud humana suponen una verdadera revolución.

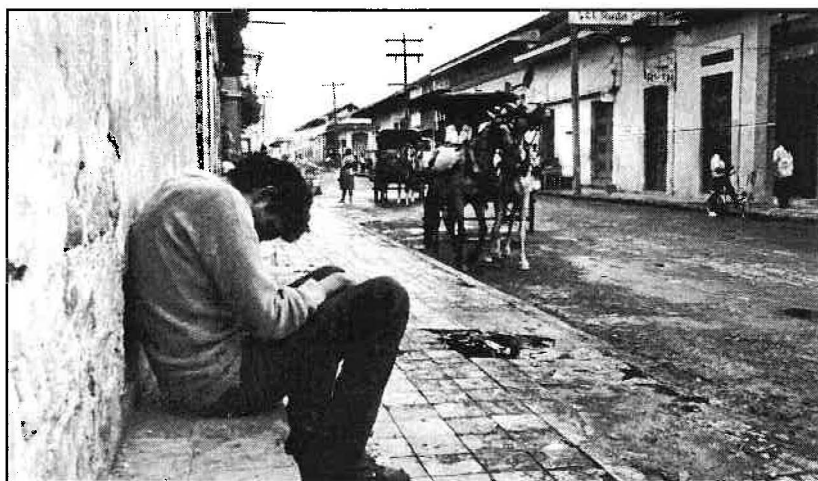
Sin embargo la propia cotidianidad de esas nuevas aportaciones, a ritmo de vértigo, hacen que pueda perderse la verdadera perspectiva científica, social y por supuesto política de esa misma evolución. Apenas disponemos de tiempo, y aún menos de interés desde los poderes fácticos, para un mínimo e imprescindible análisis crítico y autocrítico, y para un debate sosegado que permita tomar posiciones.

Se produce una interesada metabolización cultural y mediática en manos de los *mass media* en una perversa simbiosis entre populismo pseudocientífico-divulgativo y un hermetismo tecnocrático excluyente, que a las dosis precisas acaba conformando un estado de opinión pública que presenta una sociedad en buenas manos, en la que los

usuarios-beneficiarios-clientes deben sentirse, individualmente protegidos, y personalmente estimulados a ensoñar objetivos de perdurabilidad y calidad de vida inimaginables hace solo unos años. Claro está que tan inalcanzables metas como la salud garantizada y la longevidad extrema se re-

saje digerido de la bondad del propio sistema, de la inviabilidad de cualquier alternativa, de la impertinencia de toda crítica.

Ese determinismo fatalista, de que las cosas solo pueden ser como son, impregna a la gran mayoría de la sociedad y se teoriza desde los intelectuales mercenarios del sis-



servan a minorías que puedan y dispongan de recursos económicos o de status sociales de privilegio.

Paradójicamente, nunca se había dispuesto de un arsenal tan magnífico y sofisticado para preservar la salud como en estos tiempos, en que cada día mueren más personas por hambre, miseria, y enfermedades perfectamente curables y erradicables.

El otro gran fenómeno explicativo de la situación de acriticismo hoy imperante. Sin duda lo que se viene llamando *Pensamiento único*.

Los amos y señores del sistema, a nivel planetario, utilizan con notabilísimo éxito para nuestra desgracia, la inmensa máquina de los medios de comunicación de masas para vender, sin apenas resistencias, su men-

tema como pragmatismo y posibilismo. Esta reflexión global incide de pleno en el sector salud que nos ocupa.

El presente texto contempla este análisis desde una percepción amplia del sector y desde la realidad que se da en Cataluña. La reflexión, pero, es extensiva con los matices de rigor a todo el Estado español.

Salud versus Sanidad.

Porque conviene separar conceptos que tienden a equipararse cuando en realidad son claramente autónomos y diferenciados.

Por **salud** entendemos aquel estado de vida humana armónico y gratificante entre el propio individuo y su cuerpo, su pensa-

miento y su entorno. Otras definiciones a considerar serían la de la OMS (1946) como: Aquella situación de completo estado de bienestar, físico, psíquico y social. O como proponía el Congreso de Médicos y Biólogos catalanes reunidos en Perpignan en 1976: "...Aquella manera de vivir, autónoma, solidaria y feliz". En cualquier caso parece ya indiscutible que salud es siempre mucho más que ausencia de enfermedad.

La **sanidad** es una estructura organizativo-científica que centra su objetivo en la protección de esa salud y su recuperación ante la enfermedad. Son las atenciones personales y/o socio-ambientales destinadas a promover, restablecer y cuidar la salud.

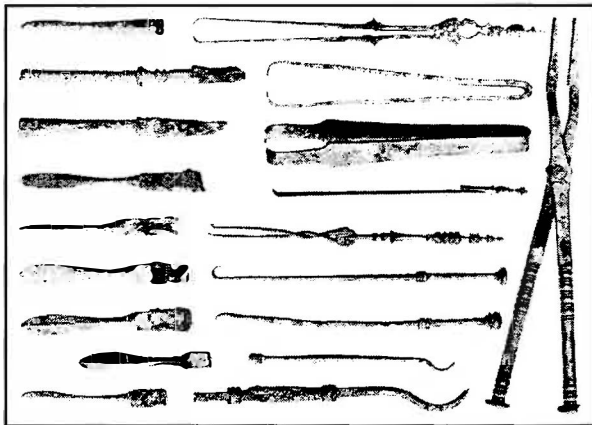
Distinguir entre ambas no es un capricho semántico. Como veremos **los temas de salud son inexcusablemente sociales, económicos, culturales y políticos**, siendo el ser humano un animal social y político, y por lo tanto objeto y sujeto de cualquier análisis y propuesta social y política.

Los aspectos de carácter asistencial, las actuaciones en materia de salud, son competencia de la sanidad y por lo tanto presuponen un determinado conocimiento-información previos de la cuestión... Conocimiento que en todo caso no debiera limitar el acceso protagonista de la población no "titulada", y aún menos las aportaciones desde disciplinas bien diversas que no se reducen a las médico-biológicas.

La equiparación confusa y premeditadamente ambigua entre temas de salud y/o sanidad ha acabado por secuestrar la incidencia social pública sobre la cuestión a la ciudadanía -usuaria-receptora-, para quedar a merced casi exclusiva de los profesionales y técnicos del sector, quienes celosamente cierran cualquier "ingerencia a los profanos". No es solo una anécdota que aún hoy día se siga hablando de "la clase médica", entendida como un clan corporativo y sectario, que posee incluso su propia jerga semántica para excluir a los no iniciados.

Los Colegios Profesionales de médicos, ATS, psicólogos, asistentes sociales, etc. que

debemos recordar tienen carácter obligatorio para poder ejercer la profesión juegan un papel fuertemente corporativo. En el caso de los médicos la tradición demuestra una reiterada vocación conservadora en sintonía con la derecha gobernante (en Cataluña con CiU) con lo que su función se limita a ocupar una representatividad que garantice la pervivencia del actual estatus profesional con todos sus privilegios.



Se trata, en definitiva, de que los no introducidos en la máquina sanitaria, los "sin bata", se abstengan prudentemente de cualquier incidencia o incordio en un sector en que se les niega sutilmente el derecho a intervenir por presunta ignorancia... a no ser para utilizar el socorrido buzón de reclamaciones o la vía judicial en casos graves.

Los recursos estatales: Prioridades y tendencias. Conciertos y privatizaciones. Del estado protector al neoliberalismo de mercado pasando por el pragmatismo y la "insostenibilidad" de la demanda.

Desde los artículos de la Constitución española, pasando por los programas de todos los partidos políticos, declaraciones institucionales, y la misma realidad heredada de la Seguridad Social conseguida durante la dictadura franquista gracias a las reivindicaciones y la lucha del movimiento obrero y democrático, se reconoce el carácter público, universal y exigible del derecho a la pro-

tección de la salud de todos/as los ciudadanos y ciudadanas.

Los Presupuestos Generales del Estado, ya sea vía Estatal o a través de las Comunidades autónomas competentes (Generalitat en el caso de Cataluña) en esta materia contemplan la viabilidad de esa prestación social. Independientemente se recoge también en los marcos jurídicos la existencia de "libertad de empresa" y por lo tanto de una red privada, comercial, también legítima en las actividades del sector.

A nivel del Estado español cabría una distinción entre las Comunidades Autónomas que tienen plenamente traspasadas las competencias en materia sanitaria como es el caso de Cataluña, Euskadi o Andalucía, y las que todavía no, y que se conocen popularmente como territorio "Insalud". Las reflexiones del

presente documento son, en cualquier caso, extensibles a todo el territorio tan solo con algunos matices en función de la/las fuerzas políticas que gobiernan en cada territorio.

La actual situación se caracteriza por la creciente **política privatizadora** de servicios sanitarios, por la **externalización** progresiva de actuaciones, el recorte financiero y de oferta para la red pública de salud y el progresivo desvío finalista de partidas presupuestarias hacia empresas privadas. Se recortan presupuestos sociales y se destinan progresivamente al mercado privado-concertado.

Esta práctica privatizadora, drenando recursos públicos limitados y escasos a la red privada resulta a corto-medio plazo liquidadora del sistema de salud público existente. Se inició desde el mismo proceso de la transición política (Informe Abril Martorell) y se ha ido acentuando con el advenimiento de gobiernos autonómicos y central de la derecha política y económica.

El argumento esgrimido como justificación de base es la incapacidad del erario público para satisfacer las crecientes e imprevistas demandas de nuevos servicios, ya sean diagnósticos por técnicas costosas y

complejas, ya tratamientos farmacológicos o quirúrgicos. Es la misma manida insuficiencia económica alegada para "soportar" el sistema de pensiones a que tienen derecho contraído y cotizado los/as pensionistas y jubilados de este país.

Se expone y acepta que el Estado gasta "demasiado" en sanidad y se oculta que España está a la cola de la Unión Europea en gasto social y sanitario: Media europea de gasto sanitario 7'3% del PIB. En España el 5'8% del PIB (y además el 20% de esa cifra dedicada solo a gasto farmacéutico)

Con esta misma música de la insuficiencia financiera, el Gobierno impone nuevos impuestos indirectos sobre carburantes (4 pts, por litro) y otros, que dice destinará a soslayar este déficit. Siempre, eso sí, manteniendo el señuelo de su "déficit 0" y como de costumbre con la propina ofertada y cómplice para que cada gobierno autónomo pueda cargar algo más a su conveniencia.

El manejo neoliberal del teórico problema es el habitual tratamiento de "mercado" para el sector. Oferta y demanda de salud como supremo regulador de la actividad, siempre desde

critérios económico-economicistas que determinan a priori lo que puede o no puede sufragar el estado.

El Parlamento español, en manos de la derecha económica y política ya ha aprobado para el 1 de enero de 2002 la apertura más absoluta de inversiones y actuación de empresas extranjeras del sector salud y asegurador en España. La fecha es digna de ser retenida por su gravedad aunque solo se nos recuerde por la implantación de la nueva moneda europea.

La fiebre privatizadora alcanza, como iremos viendo, todos los niveles del sector salud y aparecerá como un reiterado elemento definidor de las políticas en curso.

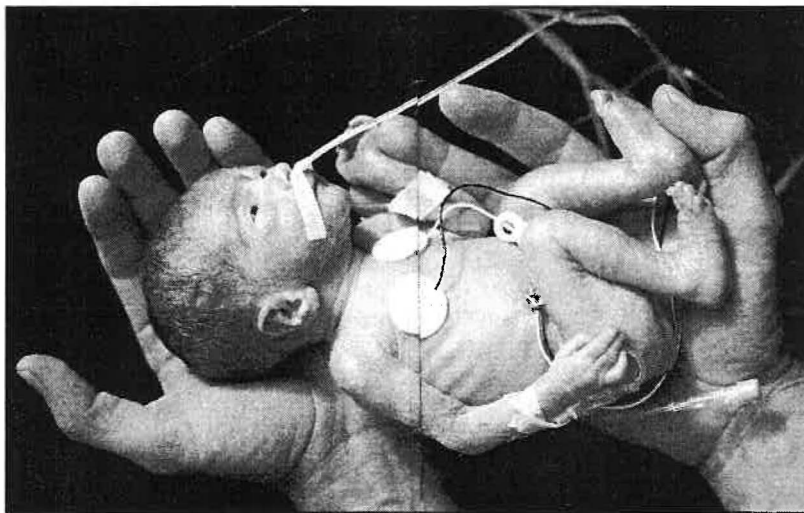
En una concepción sanitaria manifiesta-

mente curativista, mecanicista, reparadora, atomizada en superespecialidades (...y generadora de beneficios tangibles), más que preventiva o promotora de salud colectiva, toda la percepción de las atenciones vienen referidas o relacionadas desde el templo del sistema, es decir el hospital. Llamamos a esa distorsión *Hospitalocentrismo*.

Vamos a empezar por este capítulo cualitativa y cuantitativamente abrumador.

- **Hospitales:** El nuevo marco del PP y de CiU: Las F.P.S. Titularidad y modelo de gestión.

El 14 de enero de 2000 el PP (con el voto favorable de CiU) aprobó la Ley que desarrolla las llamadas "**Fundaciones Públicas Sanitarias**". Así los centros y hospitales del Sistema Público y Nacional de Salud pasarán a ser "Fundaciones" como



fórmula jurídico-administrativa que liquida el carácter netamente público del Sistema. Las Fundaciones rinden cuentas a un Patronato y actúan según criterios y métodos de "mercado". Subcontratan y externalizan servicios, se orientan a la mayor rentabilidad económica como criterio mayor, su personal se precariza, se reduce, se atiene a moviidades geográficas, pierde condiciones de protección social y en definitiva se degrada la calidad asistencial. Está calculado: En un hospital de 1000 camas, el paso a "Fundación" significa 1300 trabajadores menos. A partir de ya los nuevos hospitales serán Fundaciones y los viejos se irán reconvirtiendo progresivamente. Se impone por Ley la gestión de "mercado": la Salud

pasa de ser un derecho constitucional a una mercancía.

En las Fundaciones se pierde la capacidad de control y participación por parte de trabajadores y de usuarios. Se pierde la titularidad previa...

Se instauran los llamados "Elementos de gestión empresarial" con la sacralizada disposición argumental: Los indicadores económicos son y serán quienes se impongan por encima de los indicadores sanitarios.

La ratio de camas por habitante es en Cataluña de 4'3 camas / mil habitantes. La cifra mínima aceptada por la OMS es de 8/1000 y la recomendada como deseable de 12/1000. No es cierto que sobren camas hospitalarias, sino todo lo contrario.

Se abre la anunciada puerta de par en par a las compañías de seguros sanitarios pri-

vadas en competencia desigual con la red pública: Con la reforma del IRPF se va a la ruptura de la Seguridad Social al conceder un 36% de reducción de la cuota patronal y eliminación del 6% de IVA a los empresarios que contraten pólizas colectivas con aseguradoras privadas.

Los déficits de cuenta de explotación oficiales en los hospitales

corresponden casi siempre al impago de las cuotas de la Seguridad Social.

A partir de enero de 2002 las disposiciones legales aprobadas abren definitivamente y de par en par la inversión y acción a las grandes empresas transnacionales del sector de la sanidad.

- **Listas de espera**

En los últimos tiempos se denunció con escándalo que pacientes cardiopatas en listas de espera fallecían antes de ser operados. El mal ya es viejo y en todas las especialidades, quirúrgicas y también médicas. Los centros públicos tienen programas de atención cada día más limitados y recortados económicamente por unos presupuestos a la baja del centro. Esto produce las inme-

atas listas de espera que pueden ser fatalmente de muchos meses. Pero este déficit conlleva una gran ventaja en la lógica privada que aprovecha las demoras para captar clientes particulares, o bien cuando el propio centro concierta con las compañías privadas esa asistencia. Se “conciertan” “lotes” de pacientes en lista de espera.

Un hábil manejo de la estadística permite a las Administraciones pretender ilustrar su eficacia en este siempre escandaloso tema. Los datos tratados son tan irreales como tendenciosos. Aún así el tiempo medio de resolución calculado en 62 centros y sobre 14 procedimientos quirúrgicos es de 3'65 (años).

En Cataluña, con una competencias sanitarias - recordemos otra vez, una vez más completamente transferidas a la Generalitat (CiU), más del 50% del dinero de los presupuestos sanitarios se va a entidades “concertadas” privadas que hacen el gran negocio con los “clientes” que le manda el propio sistema público. A ese invento tan elemental como rentable le llaman XHUP.

- **El invento de CiU: La XHUP** (Xarxa hospitalaria d'utilització pública) o el sistema “mixto”. Los concertados.

Es sencillo y es infalible: Con el dinero de los impuestos generales se pagan negocios privados. Es habitual que facultativos del sistema público sean a la vez empresarios privados que se autoderivan pacientes. No hay una Ley de incompatibilidades real que lo impida. Mientras los servicios públicos se masifican, se degradan, se estropean, los privados hacen turnos y sobreexplotaciones, que les dan facturaciones millonarias, a abonar por el propio ICS. (Intitut Càtala de la Salut). Los amiguismos y el nepotismo fructifican a placer. (ya Romanones dijo: Al amigo como amigo, y al que no se le aplica el reglamento..)

No se trata pues, como pregonan de una “simbiosis” entre sistemas o complementariedad sino de una **parasitación** indefectiblemente letal para el huésped, para lo público.

- **Las “tasas” o el “Copago”** de servicios.

Seguendo el estribillo oficial de “demasiado gasto sanitario” hace años que inspirados por los pioneros gestores de CiU, el gobierno del PP planifica la manera de im-

poner fórmulas de “Copago”, o sea de introducir Tasas, o tarifas para que el paciente pague, dentro de la red pública, si quiere acceder a determinados servicios o exploraciones, de “alto nivel tecnológico” dicen, es decir “caros”, como un TAC, o unas ciertas intervenciones.

Otra ilustración muy reciente puede ser la aparición de una vacuna en tres dosis contra la meningitis neumocócica que suele afectar a la primera infancia. Su precio: 45.000 pts. No se incluye en la prescripción pública, excepto en casos de “alto riesgo” como la

Eso rompe la universalidad e igualdad del Sistema Público discriminando a quienes puedan pagar frente a quienes no puedan hacerlo. Y de eso se trata precisamente: de establecer que “hay que pagar”. Hablando con propiedad: **el “Repago”**

Las fuerzas políticas y sociales de izquierda y progreso, pudieron frenar este atentado hasta hace poco, pero hoy la nueva situación política nos hace temer que argumentando que es un sistema establecido ya en otros países puedan imponerlo. De hecho ya aparecen los primeros “copagos” disfrazados o no en algunos centros: Comida a la carta en el hospital, cama de acompañante, acceso inmediato a consulta externa sin turno de espera, intervenciones quirúrgicas inmediatas en hospitales públicos en horario “privado”, etc.

Un ejemplo ilustrador: Lista de espera en el Hospital Clínico Provincial de Barcelona para una intervención de prótesis total de rodilla: 3 años... Si es privado: acceso inmediato (semanas).

Un año después de la “intervención” en Cataluña del ICS para reducir listas de espera mediante aportaciones finalistas a este fin, se constata de que todo sigue casi igual..

Por otra parte en las estadísticas oficiales (¡que gran invento la mentira estadística o las verdades aritméticas!) no contabilizan en la “espera” todo el tiempo que transcurre desde la primera asistencia en la red primaria hasta la concreción del diagnóstico y la consiguiente inclusión en lista de espera para la terapia que se indique. Este tortuoso proceso que se inicia en el médico generalista y transcurre por el/los especialistas,

sumando las demoras para realizar exploraciones o pruebas diagnósticas resulta un espacio de meses...y puede superar incluso el año.

- ¿Donde van los presupuestos públicos? Como hemos explicado más de la mitad de ese dinero que pagamos todos va a las cuentas de explotación y beneficios de compañías privadas.

El déficit de la sanidad supera en Cataluña los 436.000 millones por los mecanismos de concertación externa descritos. En cambio el sector privado tiene un nivel de actividad actual alrededor de los 455.000 millones anuales con un incremento anual previsto del 12%. De esa cifra de negocio, 136.000 millones se ingresan del erario público.

No nos dejemos seducir con tratamientos aduladores que nos “elevan” a la categoría de “clientes” de la Sanidad Pública, que es en definitiva nuestra y al servicio de un reconocido derecho teórico a la Salud: **DI- NERO PÚBLICO (solo), PARA LA SALUD PÚBLICA.**

Cambios presupuestarios. Prevención y promoción de salud. Asistencia primaria. Costos asistenciales y gasto farmacéutico.

Medicamentazos. Las medicinas alternativas y paramédicas.

Los últimos ejercicios presupuestarios de la derecha gobernante (PP) y la derecha periférica (CiU o CC.) se caracterizan por el referido “déficit”. Para conseguir este objetivo económico se aplican políticas tan elementales como demoleedoras: Por una parte recorte de inversión social a todos sus niveles, y por otra ingreso contable en un presupuesto ordinario deficitario de los beneficios por superávit (medio billón) de las mismísimas cuentas de la Seguridad Social. Sobran matices y explicaciones.

- **Prevención de enfermedades y promoción de la salud**

Esta concepción fundamental en cualquier sistema avanzado y socializado de salud es la

cenicienta de nuestro sistema. Parece evidente que la mejor inversión pública es la misma prevención de enfermedades. Pero por el contrario el gran negocio de las multinacionales de la farmacia y de la biotecnología es la enfermedad. Así se explica la escasez de recursos dedicados a prevenir y a promover hábitos higiénicos, dietéticos y formas de vida promotoras de salud colectiva.

La tendencia debiera ser, y así lo defendemos, una mayor dedicación a los aspectos preventivos y promotores de salud. Sigue vigente aquello que el mejor tratamiento, y además el más inocuo y barato, es evitar contraer la enfermedad.

Los aspectos de promoción de hábitos y usos saludables alcanzan a multitud de conductas de la vida cotidiana, personal y colectiva. Es significativa la ausencia sistemática de este criterio global en las pautas y conductas de las Administraciones.

Otro sector comprometido de pleno en la promoción de salud es la **Investigación**. La situación sigue siendo patética. El "Que inventen ellos" parece seguir en plena vigencia. ... Aunque en muchos casos los inventores, los investigadores, sean nacionales que han tenido que emigrar a países que si ponen medios y recursos para esta actividad tan fundamental para quien se precie de moderno y desarrollista. La fuga de cerebros sigue siendo una realidad cotidiana vistas las penosas condiciones y los miserables recursos que se destinan a investigación (I+D) en este país.

En España el **I + D** inferior al 1 % del PIB (0'89 % según El País de 21/10/01). En Europa la media es de casi el 2% (1'9%) y en Japón del 4%. Pero además en la cifra española se incluyen camufladamente los gastos de Defensa que suponen un 39'33 % del Presupuesto para el 2002. Tan solo Grecia y Portugal están por debajo en la UE.

La desatención a la investigación desde las Instituciones es la norma y cuando la promueven empresas privadas se reclama un resultado crematístico a corto o muy corto (6 minutos por visita)plazo. Son los estudiantes de universidades dirigidos por algu-

nos profesores la mano de obra investigadora. No tienen contrato y en cambio pagan IRPF. No disponen de medios ni estabilidad y trabajan con objetivos de rápida rentabilización empresarial.

- **La asistencia primaria:** La reforma de los ambulatorios a CAPs de nunca acabar

Hace más de 10 años que están en la promesa incumplida de la Generalitat de reformar todos los viejos Ambulatorios en CAPs (Centros de Asistencia Primaria) con personal sanitario de total dedicación. Tan solo un 50% de centros de primaria está hoy día reformado. Persisten viejos ambulatorios obsoletos (de 3 minutos por visita) con dos horas de dedicación por facultativo y necesariamente masificadas. Los nuevos CAPs (6 minutos por visita) se dan con cuentagotas y por otra parte surgen nuevos barrios, *temporalidades altas* y realidades vecinales que reclaman nuevos centros no planificados.

A inicios de los años 90 existían en

entidad competente S.C.S (Servei Català de la Salut) directamente y se gestionan mediante empresas interpuestas. Naturalmente las condiciones de contratación del personal trabajador no son las mismas para centros propio del ICS sujetas a régimen estatutario que en los concertados de libre mercado.

- **Las especialidades y las urgencias**

Aumentan las insuficiencias en la atención de especialistas, concentrados en pocos centros de asistencia y ya sobrepasados, cuando sería racionalmente exigible la extensión descentralizada de algunas de estas prestaciones. La imprescindible relación y seguimiento del especialista y el centro hospitalario actuante no suele estar ni siquiera contemplada.

Las urgencias siguen siendo el fondo de saco del Sistema. Desconectadas del resto de la red, se limitan a parchear necesidades puntuales, sin llegar a integrarse realmente

y con eficacia. Se consiente y se acepta por su bajo costo la confusión entre la verdadera emergencia médica con la visita domiciliaria a horas no convencionales. Los profesionales de estos servicios están profundamente desmotivados y son conscientes de la escasa utilidad de su trabajo que tal como está estructurado difícilmente gratifica por su eficacia y acaban aceptando un papel de peonaje exculpatorio del desguisado.

Cada temporada, las Urgencias se ven desbordadas en cada epidemia estacional y previsible, careciendo de medios y recursos de mínima fiabilidad y eficacia cuando de situaciones de urgencia real se trata.

- **El transporte sanitario,** las ambulancias, aportan un elemento complementario al deterioro de estos servicios. Desde ambulancias equipadas, competentes y con personal muy eficiente de servicios públicos como el 061 en la capital, hasta situaciones tercermundistas de demoras intolerables en zonas infradotadas, periféricas o rurales. Desde mayo del 2000 en Cataluña este tipo de servicio debe ser prestado necesariamente por una empresa. La propia Cruz Roja, ONG radi-



Barcelona ciudad 53 centro públicos de salud. Actualmente son 21 los CAP en actividad y con la planificación vigente solo se recuperará la cifra anterior de más de 50 hasta dentro de 10 años...

Muchos de los nuevos CAPs no dependen del ICS (Institut Català de la Salut) o su

cional en este tipo de atención debe operar como Consorcio Sanitario de Cataluña. Las empresas privadas forma parte de la realidad de cada día contratadas por las propias Administraciones públicas como los Ayuntamientos que en aras a su imagen turística y a fin de superar el mal servicio público acaban destinando partidas a la compra o contratación de ambulancias por cuenta municipal. A partir de aquí las indicaciones, convenios, acuerdos y ententes de todo tipo campan en cada casa y cada caso.

- Los medicamentos: Medicamentazo 2ª parte.... Una ruina y un agravio

Después de una nefasta experiencia llevada a cabo por el último gobierno del PSOE en el recorte de medicamentos acogidos al Sistema Público de Salud y que se conoció como "Medicamentazo", el actual gobierno del PP ha insistido en la misma agresión en una segunda versión. Cada vez se excluyen más medicamentos que hay que pasar a pagar del bolsillo particular. Paradójicamente se argumenta que son especialidades "ineficaces" o para patologías "leves" pero siguen usándose masivamente. En efecto un laxante o una vitamina con hierro no es un medicamento vital pero si necesaria en muchos casos y legítimamente reclamable por parte del paciente, muy en especial en ancianos y/o jubilados y pensionistas.

En cualquier caso lo más lamentable del caso es que como ya muchos anunciábamos en su día, esta medida ha acabado representando MÁS gasto farmacéutico y no menos.

Y es que en buena lógica, ante la imposibilidad de prescribir ciertas especialidades, generalmente sencillas y baratas, los grandes laboratorios farmacéuticos no han desaprovechado la ocasión para introducir nuevos o repescados fármacos más caros, más complejos... y con frecuencia más agresivos.

Otra cuestión no menor es la seguridad y la farmacovigilancia con las especialidades farmacéuticas y el material sanitario. Debemos aceptar que el sistema está demostrando muy preocupantes déficits también en

este sentido. Los recientes casos de la Cerivatatina, el Lipobay de Bayer cuando se asocia a otro fármaco hipocolesteremiante llamado gemfibrozilo o las muertes de enfermos sometidos a hemodiálisis en Valencia, Madrid y Barcelona usando filtros de la multinacional Baxter (ya anteriormente responsable de una infección por hepatitis C en sus productos y que en fechas posteriores a los casos españoles -octubre 2001-

primaria que no sobrepasen una determinada cantidad económica en sus recetas...

- Los genéricos: Esta propuesta de utilización sustancias o principios activos "sin marca comercial" de laboratorio, sustancialmente más baratos es una cuestión que en principio y desde la garantía de igual eficacia y biodisponibilidad, la izquierda debe apoyar, a pesar de alguna incomodidad. Se trata de no pagar gastos comerciales, publicitarios y promocionales que utilizan las empresas farmacéuticas para su mayor beneficio, además de los enormes márgenes netos habituales. El ejemplo más ilustrador nos lo da el caso de los fármacos antiSIDA (la tríada de antivirales) producidos como genéricos en Brasil o la India y que el gobierno de Sudáfrica ha decidido comprar para afrontar la terrible epidemia de Sida en ese país (como en el resto de África donde se barajan cifras del 20 y 25 % de la población seropositiva). El precio de los genéricos es el 95% !! más barato que los de marca. La OMC y 30 grandes empresas farmacéuticas, ante la pasividad de la OMS, denunciaron al gobierno sudafricano ante algunos tribunales internacionales. Conocido el escándalo público que generó la noticia, unos meses más tarde la demanda fue retirada.

Solo se puede conseguir un verdadero ahorro farmacéutico con mayor rigor en la prescripción, es decir, con mejor asistencia sanitaria, mejores exploraciones, más tiempo de visita, más

rapidez en la atención y mayor prevención. En definitiva debemos reivindicar **TODOS los medicamentos necesarios, y SOLO los necesarios.**

- Las medicinas llamadas alternativas:

En este cajón de sastre se incluyen muy diversas disciplinas médicas o terapéuticas. Desde algunas plenamente reconocidas por la comunidad científica Acupuntura, Naturopatía, Homeoterapia, Quinesoterapia, Talasoterapia etc o diversas medicinas tradicionales como la china, hasta técnicas empíricas u otras mágico-esotéricas más que menos discutibles.



produjeron otras decenas de muertes en Croacia y otros países), ambos con resultados fatales ponen en evidencia la insuficiente garantía en el lanzamiento, seguimiento e interacciones de productos comercializados por firmas enorme potencia.

- El "ahorro" farmacéutico:

Con este enunciado las Administraciones justifican todas las medidas restrictivas, que no racionalizadoras. No se trata de prescribir bien, sino de "ahorrar". La última aportación en este objetivo es la concesión de suculentas bonificaciones-incentivos, del orden de las 400.000 pts. a los médicos de

La característica común para estas alternativas es de una parte la creciente confianza que generan en pacientes maltratados o dados por irresolubles en la medicina convencional alopática, y de otra el prestigio que supone el trato humanizado y no agresivo o yatrogénico. Tan solo en las prácticas más abiertamente acientíficas con un fuerte componente fanático-religioso y sectario pueden derivarse auténticos peligros para la salud, ya sea como consecuen-



cia directa de su aplicación como indirecta por la demora o inexistencia de tratamientos efectivos o contrastados.

La desregulación jurídico-legal sigue siendo la gran asignatura pendiente en este sector.

Esa misma laguna normativa o la misma falta de criterios y avales formativos permite la proliferación de verdaderos "intrusos" que actúan impunemente desprestigiando a los profesionales éticos y con nefastos resultados.

Es inaplazable la inmediata constitución normada de estas prácticas, que en muchas de sus disciplinas más seguras y efectivas deberían incorporarse, con los controles pertinentes, a la oferta de servicios posibles en la red asistencial pública.

Mercantilización de la sanidad: nuevas ofertas, publicidad para-médica y farmacéutica. Criterios economicistas y de mercado.

Como vamos desgranando la presunta modernidad en todo el tratamiento del tema salud es la consideración incuestionada de su carácter económico-mercantil. La progresiva desatención y desregulación neoli-

beral, liquidando sistemáticamente lo que fueran derechos sociales adquiridos, abre el camino a un pingüe negocio. En esta línea se introducen los mecanismos habituales de publicidad y generación de demanda. En general el grandiscurso de los

servicios privados se basa en el propio deterioro, lentitud, incomodidad del servicio público, cuando existe, o la no prestación en la red pública en otros casos.

Acorde con los mensajes estéticos del sistema y la moda, incardinado con la filosofía anglosajona del "winner" del ganador social y económico, con el culto al cuerpo y a la imagen, se multiplican ofertas de cirugía y técnicas más o menos sofisticadas con finalidades estéticas, que en tantos casos banalizan los riesgos o esconden puros montajes fraudulentos, y que siempre generan grandes beneficios. Adelgazar, crecer, recuperar cabello, depilaciones definitivas, liposucciones, mastoplastias, rinoplastias, varices "antiestéticas", etc son hoy el catálogo de empresas que se publicitan profusamente en todos los medios. Una intervención de "lifting" es hoy un reconocido regalo social. Nuestros/as jóvenes suspiran por las tallas 50 de ropa para adolescentes que predicán la delgadez extrema como desideratum estético y que sin ninguna duda están en la etiología de nuevas y gravísimas patologías como la anorexia o la bulimia.

En el otro extremo ponderal, los abandonados y claudicantes presentan índices de obesidad patológica y estadísticamente en preocupante crecimiento.

La publicidad en todos los medios, y especialmente demoledora en televisión, de

los medicamentos se ha acabado imponiendo...con el conocido latiguello final ininteligible de "consulte a su farmacéutico", etc. Se abunda en la auto-prescripción y la automedicación, se insiste en el tratamiento de los síntomas (dolor, picores, cefaleas, as-tenias...) en un ejercicio temerario de eludir el diagnóstico científico y con los enormes riesgos que estas conductas pueden ocasionar.

Se acepta sin resistencias el llamado "culto al cuerpo". Es la mejor presentación de la persona misma como pro-

ducto a vender. Proliferan los centros psudodeportivos con sugerentes propuestas anglosajonas de "body, fitness, jogging, etc" o de inspiración orientalista. En esos talleres repletos de maquinaria se suda, resopla, muscula, estiliza, se pierde peso, o no, y siempre se paga mucho y se piensa, acompañado y con fondo musical, tan solo de epidermis propia para adentro.

Otra novedad en boga que puede acabar siendo preocupante es la extensión entre sectores especialmente jóvenes de los "pearcing" (es decir agujerearse el organismo con instalación de metales diversos) practicados por "expertos" sin mayores garantías sanitarias, o los tatuajes ("tatoos") más o menos "artísticos" e invasivos. ¿Alguno de los clientes tatuados se ha parado a pensar un minuto en el aspecto "estético" que tendrán torsos y nalgas, orlados y dragados, dentro de 20 o 30 años? Al parecer, los motivos para someterse, y pagar, estas labores dérmicas indelebles se mueven con bastante ambigüedad entre la moda de autoanunciarse como transgresor social y la adscripción gregaria a una difusa o inconsistente corriente, secta o clan postmoderno.

Se publicita el carácter "biológico" o "natural" de los productos alimentarios en un intento generalmente fraudulento de incorporar la "moda" ecológica a los argumentos

de venta. Las consideraciones de precaución, de utilidad social y el balance riesgo-beneficio, siempre vienen supeditadas a la expectativa del negocio.

Las nuevas tecnologías, los avances científicos y su aplicación y financiación.

Exploraciones y pruebas diagnósticas:

Las modernas técnicas médicas exigen cada día mayor sofisticación en las exploraciones y terapias. Aquí, las listas de espera se convierten en interminables, deteriorando la salud y la paciencia de los enfermos. En paralelo son centros privados y con afán de lucro quienes acaban recibiendo las prestaciones del sistema público...

Debemos afirmar que los niveles de sofisticación técnico en biomedicina han experimentado en las últimas décadas un avance descomunal. Las aportaciones al estudio diagnóstico y al tratamiento de los últimos descubrimientos ha supuesto un cambio brutal en la práctica médica.

Inmediatamente debemos afirmar que la distribución y generalización de estas aportaciones científicas es terriblemente distinta en cada lugar o sociedad del planeta.

Mientras en el primer mundo y en los estratos acomodados de la población el acceso a estas nuevas técnicas se ha ido extendiendo y normalizando, en la inmensa mayoría de planeta, y en el tercer mundo sobre todo, estas acciones son verdaderas quimeras inalcanzables. La Resonancia Magnética y la cirugía láser coexisten con la muerte por inanición, las epidemias mortales de malaria o fiebre amarilla. Las técnicas de fecundación in vitro y las expectativas de clonación se dan a la par que la muerte obstétrica o perinatal y el aborto ilegal y clandestino. Las patologías de sobrealimentación y el exceso frente al hambre. La inmunización sistemática versus la ausencia absoluta de cualquier vacunación ni profilaxis. Las distancias se siguen agrandando y el hiatus es verdaderamente insostenible e injustificable.

Los textos usados en la docencia universitaria de hace tan solo unos años son hoy

verdaderas piezas de museo bibliográfico en los aspectos tecnológicos. No es así en otras ramas de esta ciencia, en las que primaba la observación ("clínica" significa "lo que acontece junto a la cama del enfermo"), el contacto humano, la percepción del entorno, la transferencia afectiva.

Los grandes clínicos han dejado paso a los técnicos superespecialistas, y con ello se han ganado y se han perdido cosas. Cada día se vuelve a reivindicar más el papel del médico, el sanitario, de familia, de cabecera: aquel profesional próximo, accesible, consultor, de trato humano y capacidad de complicidad y escucha de las dolencias propias.

Una de las explicaciones del incontestable éxito de la medicina cubana, paradójicamente escasa en alta tecnología y determinados fármacos por el conocido bloqueo económico a que los somete el gobierno norteamericano, consiste en la proximidad del agente de salud: el **médico de familia**. Pequeñas unidades básicas, compuestas por dos personas: médico y auxiliar, implantadas a lo largo y ancho de todo el país, en zonas urbanas y rurales, y cuya misión consiste en la atención integral de una pequeña colectividad humana de la que conocen todos sus hábitos, vicios y virtudes de cada día y por lo tanto de la que forman parte consustancial, incluso físicamente.

De la medicina hipocrática a la informática. Humanista o técnica. La medicina defensiva y el contrato médico-asistencial. La muerte y la eutanasia.

La imagen antagónica la ofrece la modernidad en los centros asistenciales de nueva generación, equipados al más alto nivel, pero en los que la falta de calor humano, la prioridad burocrática, el tratamiento informático, la despersonalización generan desajustes, desinformaciones y falta de transferencia -entente- confianza entre los profesionales y los pacientes. Ilustra lo anterior el tiempo creciente dedicado por el profesional sanitario a la pantalla de su inevitable ordenador de consulta. Si ya se dispone de

un tiempo irrisorio para la atención a cada paciente (en muchos casos no puede superar los 2 minutos), resulta un verdadero despilfarro negar ese mínimo tiempo a la observación "clínica" del enfermo y concederlo a las pautas y protocolos de la pantalla del ordenador. Hoy es muy difícil contradecir, rectificar, o corregir lo que dicta el ordenador de la consulta, absoluto conocedor y evaluador de cada caso, sobretodo en pacientes crónicos y/o portadores de patologías diversas y complejas.

Otro grave problema puede aparecer, y naturalmente ya lo ha hecho, como consecuencia de una praxis incorrecta de estos nuevos instrumentos. Un error informático "borró" 19.000 historias clínicas de pacientes del Insalud en San Sebastián de los Reyes según publicaba El País de 3 de octubre de 2001.. Evidentemente las copias de seguridad también habrían sido inutilizadas por otro error del sistema informático (de la empresa estadounidense Bull). Dos años de trabajo esfumados y lo que es peor miles de pacientes sin ese elemento capital que es la historia clínica.

Una vez más, la aportación de la informática, que nadie puede ni debe cuestionar como un instrumento de gran validez, se convierte en protagonista y desvirtúa su utilidad. El ordenador permite ahorrar tiempo, actualizar ficheros, tratar estadísticamente, contrastar información, revisar protocolos... controlar prescripciones y sus costos !!, pero no puede sustituir la infinita riqueza de la exploración y el diálogo (la anamnesis) con el enfermo.

Siguiendo el mismo hilo conductor, parafraseando al dicho popular francés "cherchez la femme" por el "cherchez el negocio" abordamos la revisión de los viejos principios hipocráticos en el quehacer médico. Se ha liquidado en muy pocos años mucho del carácter humanista, del "sacerdocio" médico, del "arte" de sanar, del altruismo y la entrega que ponían al paciente como principio y fin último de toda la práctica sanitaria.

Un debate actualizado y apasionante sigue siendo la opción entre "enfermedades" (tendencia tecnocrática) o tratar "enfermos y enfermas" (escuela humanista).

Pienso que técnica y arte no son antagónicos y sí complementarios en un ejercicio deseable. Otra cosa es la clara decantación abusiva por lo tecnológico, lo masificado...y lo crematísticamente rentable.

Se ha introducido la concepción mecanicista de “reparar o sustituir” aquella pieza o sistema que no funciona correctamente. En algunos casos, léase trasplantes de órganos, los beneficios han supuesto un evidente logro. ...Pero sigue siendo más lo que ignoramos que lo que sabemos sobre la complejísima maquinaria humana, y en ocasiones se tiende a violentar las más razonables reglas de la naturaleza y el sentido común. Sellega a verdaderos “**encarnizamientos terapéuticos**” donde la calidad vital del sujeto receptor de tanta parafernalia, instrumental, prótesis y utillaje diverso pone en tela de juicio la consideración última de tanto ensañamiento, generalmente estéril a corto plazo.

Nuevas técnicas
diagnósticas y
terapéuticas: Farmacología
y técnicas agresivas.
Yatrogénia y
medicalización. Debate
ético en genética:
Clonación, genoma,
reproducción asistida

Con estas técnicas, a veces cruentas e invasivas, se ha disparado la **yatrogénia**, es decir la producción de efectos adversos motivados por una presunta acción originalmente destinada a curar. Esa misma agresividad facilita la inevitable aparición de defectos de técnica y de errores a menudo involuntarios con consecuencias fatales. Por otra parte dentro de la cultura de la infalibilidad del estado de derecho liberal, han proliferado las acciones judiciales y penales por parte de un sector especializado en las demandas por errores o presuntas negligencias médicas que en demasiados casos pretenden una compensación económica como respuesta a la denuncia. La respuesta del sector sanitario ha sido lo que se denomina “**medicina defensiva**”, es decir de trámi-

te e involucración muy colateral pensando en evitar posibles reclamaciones ulteriores. Se traslada al paciente, se inhibe en momentos decisivos y comprometidos, se deriva a otra especialidad, etc, Cada día aumenta el protocolo legal de autorizaciones previas firmadas por el paciente ante una determinada actuación de riesgo, con renuncia explícita a demandas, y cada día las compañías aseguradoras aumentan las coberturas tanto para profesionales como para usuarios. Otro negocio nada desdeñable.

Hemos mencionado la yatrogénia. Un término de la jerga sanitaria con muy poca promoción en la opinión pública. Sin embargo la cantidad y calidad de efectos adversos generados por la utilización masiva y no siempre rigurosa de los nuevos fármacos y las nuevas técnicas asombraría a los más profanos. No se trata de crear alarmismos sociales que aumenten la reticencia entre los actores del binomio médico-enfermo, pero sí es imprescindible denunciar la permisividad prescriptora (acogida al principio inatacable de la “libertad de prescripción” de cada facultativo), sobretodo cuando se objetiviza una muy deficiente información de riesgos, efectos secundarios e interacciones medicamentosas, sutilmente **minimizados** por la propaganda presionante de las grandes firmas y laboratorios transnacionales.... tolerados por los estados amigos o cómplices.

En medicina y farmacología cada especialidad tiene su particular dialéctica **Riesgo/Beneficio**, y lo justo y lo científico es sopesar prudentemente en cada caso particular estas dos aristas del mismo producto. Lamentablemente la imperiosidad de vender-vender, anula o anestesia una conduc-

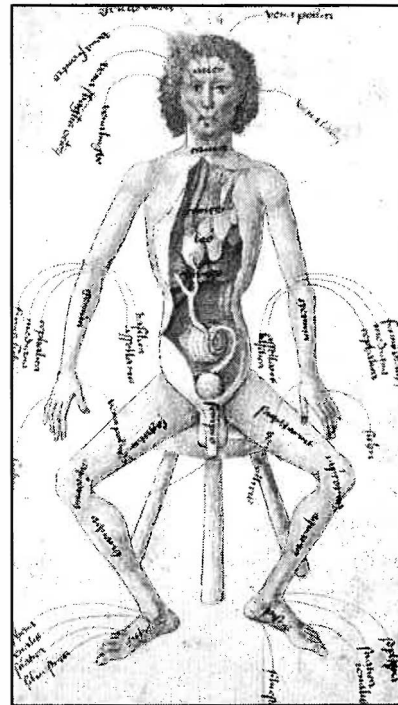
ta previsor y asumida responsablemente.

Otra afirmación subconsciente y errónea del pensamiento colectivo imperante es la “**medicalización**” que pretende que todo (o casi todo) es tratable y resoluble cuando se invierten medios sanitarios suficientes. La enfermedades más terribles y fóbicas pueden tratarse, según ese predicado de la modernidad, en elitistas y exclusivos centros médicos de altísima cualificación y costo. En el vergonzante panorama sanitario del líder del sistema, los USA, determinadas clínicas privadas o de fundaciones selectas, tratan y curan, dicen, enfermedades que la mayoría de los humanos, menos privilegiados en recursos por ser “perdedores” sociales, no podrán superar en su propio país y acabarán muriendo, Afortunadamente la biología, tozuda y contundente, acaba negando esa pre-

tensión esnob e incluso las más altas estrellas del firmamento mediático acaban feneciendo como cualquier otro mortal. Un amigo cristiano corroboraba que esa igualdad irrefutable ante la muerte era uno de los pocos consuelos que lo sostenían ante tanta injusticia.

En una sociedad competitiva, pragmática y triunfadora se rechaza implícitamente tratar de otra gran protagonista de la biología: **la muerte**.

Es de mal gusto, y seguro que acusable de negativismo y necrofilia hablar de un hecho tan importante como ineludible. La muerte que ha ocupado inmensas reflexiones y páginas a lo largo de la historia y la filosofía es hoy un tema a evitar. Tan solo los aspectos sacrosantos de la herencia y testamentarios merecen, en vida, alguna atención. Otra cosa es el negocio funerario, que basa sus lucros sustanciales en la coyuntura precipitada ante



el hecho consumado y la imagen social que hay que dar del difunto por parte de sus deudos...o sea de sus herederos cuando los hay. La vieja y casi entrañable tradición de una España negra que priorizaba el puntual pago de la cuota mensual del entierro ha dejado paso a las novedades y al diseño en el negocio funerario. La incineración como alternativa al entierro tradicional avanza muy lentamente sustentada en las conductas religioso-atávicas de la resurrección de la carne o de la vida eterna.

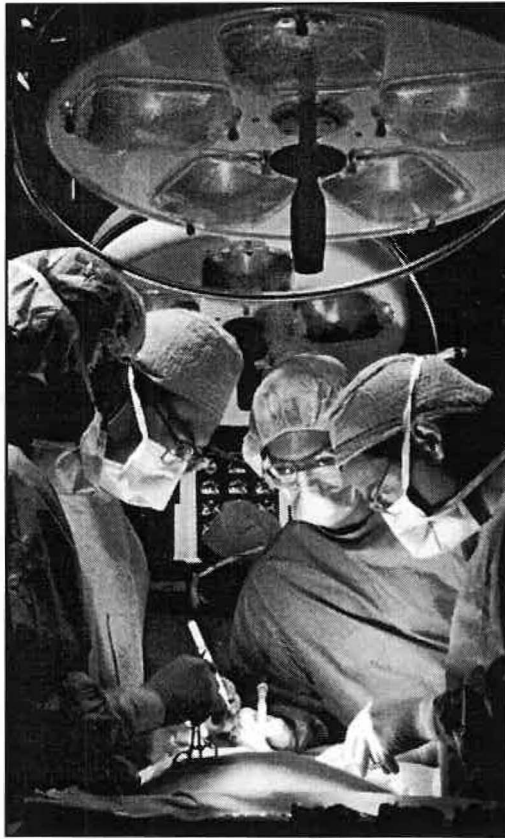
La eutanasia es hoy un debate abierto en nuestra sociedad. Algunas personas y colectivos empujan con más convicción que apoyos para conseguir medidas legales que permitan la soberana decisión personal de acotar la propia supervivencia en función de las circunstancias vitales y la dignidad personal que cada uno estime.

Una vez más, como sucedió en el caso del aborto, se confunde a la opinión pública desde los medios interesados del sistema, presentando la eutanasia (etimológicamente: buenamuerte) como un crimen punible y un atentado a la voluntad divina. Parece que se pretende obligar a poner fin a la propia vida, como en su día a abortar, cuando lo que se plantea es la despenalización de la acción eutanásica cuando esta cumpla todos los requisitos exigibles de determinación lúcida, situación irreversible, degradación de la calidad de vida, etc. El Parlament de Catalunya aprobó en la actual legislatura (2000) la llamada Carta Vital, donde se recogen por primera vez en el estado algunos considerandos a este respecto. Básicamente se plantea la despenalización de la llamada eutanasia "pasiva", es decir consistente en suspender actuaciones médicas vitales en casos de absoluta irreversibilidad.

Pensamos que finalmente la razón humanitaria acabará imponiéndose y se superarán inútiles debates puristas sobre los límites sutiles de la eutanasia si activa o pasiva.

Más que nunca se abre la necesidad de un replanteamiento y una reflexión actual del código ético, de las prácticas deontológicas en una actividad que se interroga so-

bre el trasfondo moral, a remolque (y con evidente torpeza y retraso), de las innovaciones que suponen el descubrimiento del genoma humano y de otras especies, la manipulación genética, la clonación de seres



repetidos a partir de un material genético.

La Iglesia católica en su actual etapa pontifical de corte reaccionario y oscurantista se limita a cerrar el debate con el argumento que niega la mayor: el hombre no debe intervenir en cuestiones solo competentes a la divinidad. La comunidad científica, todavía atónita ante la tozudez irresponsable de un Papa capaz de seguir negando las bondades - necesidades de un sistema profiláctico como el preservativo, ha iniciado su propia discusión laica al respecto, pero no parece que las virtudes de los próceres tecnológico-científicos vayan paralelas, en calidad, a su talla ética o moral.

Los actuales descubrimientos en genética harían palidecer a los infames médicos nazis que experimentaban sadicamente con sus prisioneros y deportados sobre como alcanzar la prometida "raza aria pura" y el exterminio de las "razas inferiores".

Existe constancia, a título de ilustración,

de una experimentación avanzada en la superada Sudáfrica racista del "apartheid" de cultivos microbiológicos genéticamente modificados para afectar exclusivamente a la población de raza negra, y pensados para la guerra bacteriológica.

Hace unos días se publicitaba el primer caso de "clonación" humana por parte de un laboratorio estadounidense. Aunque ciertamente la experiencia acabó en un relativo fracaso al no alcanzar auténticas "células madre" operativas, queda constancia que se está trabajando en esta línea. En una situación de ausencia de consenso internacional y de legislaciones ambiguas o contradictorias los hechos consumados acabarán imponiéndose y es más que previsible que con financiaciones privadas se canalice esta importantísima aportación científica hacia beneficios aún más privados y excluyentes.

Sin un profundo código ético y un inquebrantable pacto de prioridad humanista, científica y solidaria a escala supranacional, la genética en manos de mercaderes irresponsables puede ser una pesadilla en un futuro demasiado próximo.

Ya no es ciencia-ficción sino una realidad que reclama posiciones actuales y garantías inmediatas...y la experiencia histórica cuando se han dado otras innovaciones técnicas revolucionarias no permite albergar excesivas confianzas con solopensar en cierta utilización de la energía atómica.

Determinantes de salud colectiva: La enfermedad en relación a las desigualdades sociales, raciales y sexuales.

Entramos en el núcleo fundamental: Medio ambiente y crisis ecológica, Urbanismo, Hábitos y modelo alimentarios, higiénicos, tóxicos. Drogodependencias. Cultura: destrucción cultural y transculturización.. Solidaridad. Empleo: paro, precariedad laboral y desigualdad en función del sexo. Seguridad social.

Los factores determinantes de la salud de un colectivo o de una sociedad son fundamentalmente sociales y medioambientales.

La argumentación profunda y detallada de esta afirmación es el campo de batalla permanente de los salubristas y epidemiólogos. Hay que recomendar aquí, al interesado en Salud Pública, una lectura muy próxima: Introducción a la Medicina Social del Dr. Oriol Martí Casas (ICESB).

Resulta demostrable y cuantificable como los factores culturales, económicos y sociales, sexuales, ecológicos, etc determinan el estado de salud del colectivo.

Sin lugar a dudas, viviendas pequeñas e insalubres, ciudades contaminadas y ruidosas, tráfico automovilístico abusivo, analfabetismo estricto y funcional, hábitos alimentarios inducidos por las grandes cadenas de producción alimentaria como los "fast food", tabaco y alcohol extendidos y promocionados como modas de prestigio social, cualquier otras drogodependencias, intoxicaciones alimentarias, radioactividad, barrios de exclusión social y ghettos, ausencia de higiene personal y/o pública, stress, precariedad laboral, paro estructural, consumismo presionante, sexismo y machismo, degradación de valores solidarios, individualismo de mercado, apología de la violencia, alineación mediática, limitaciones a la comunicación interpersonal, por no hablar ya cruda y llanamente de hambre y guerras, son elementos que se sitúan en la etiopatogenia (causa) de la mayor parte de enfermedades.

El todavía activo escándalo de las mal llamadas "vacas locas" (locos los humanos que las envenenan), aunque ya muy relegado en los mass medias, demostró una cadena de fallos nada casuales que han acabado por desarrollar una nueva letal patología humana (nuevo Síndrome de Creutzfeldt-Jakob) a partir de la encefalopatía espongiiforme bovina. Solo la suma de diversos factores como la adulteración de piensos cárnicos como alimento de una especie herbívora, la ganadería intensiva, la ausencia de controles veterinarios estrictos, la

ocultación de la epidemia por parte de estados como la Gran Bretaña, la incapacidad de las autoridades de la U.E, la eliminación de barreras sanitarias, la guerra subyacente de la oferta alternativa de piensos vegetales de soja norteamericanos, la incompetencia de los responsables sanitarios estatales a nivel de ministros, el fraude y el descontrol alimentario y a la postre el sometimiento a

estas: Mortalidad infantil en Cuba 10/1000 nacidos vivos versus Haití 92/1000.

En España la tasa de mortalidad infantil bajó de 1980 al 93 desde 12'3 a 5'5 muertes por 1000 nacidos vivos. A partir del 93 ya no baja e incluso asciende al 5'7.

Esta consideración amplia de las atenciones sociales y medioambientales nos remite al enunciado de que, en consecuencia, las cosas de la salud son sociales y políticas.

- **La persona como agente productor/consumidor:** Inserción y re-inserción laboral y social. El sistema sanitario como elemento fiscalizador y burocrático del trabajador. Las Mutuas patronales y la asistencia "complementaria".

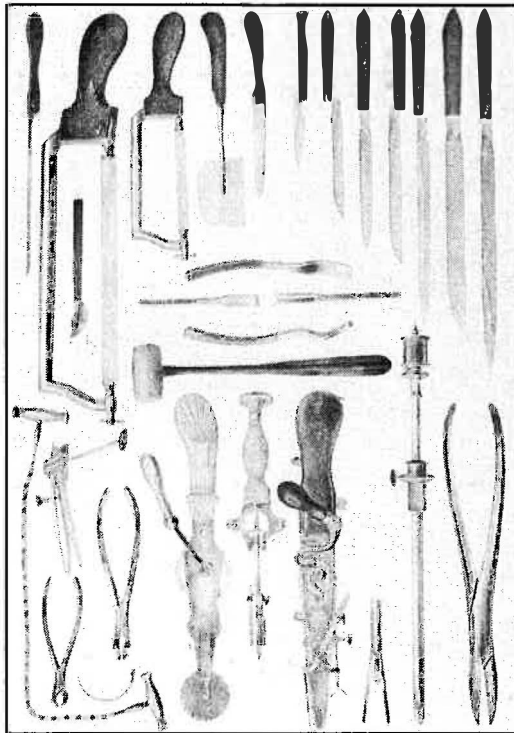
En sintonía con esta concepción neoliberal perversa presentada, aparece un nuevo motivo de interés y de intervención desde quienes planifican y deciden en este mundo globalizado en aras a la mayor y mejor consecución de beneficios: el individuo, sano o enfermo, es a la vez el elemento productor y consumidor de bienes y por lo tanto desde la sanidad y su entorno se debe incidir en como mantener al máximo su fuerza productiva laboral y su capacidad de consumo. El paciente

ya no es solo una persona enferma sino una pieza defectuosa del sistema, que no produce y que además grava la economía estatal mediante el cobro de subsidios, bajas, etc, a la vez que cambia sus consumos habituales hacia el "mercado" de la salud...donde le esperan tentadoras ofertas privadas, cuando no llegue, o llegue mal, la red asistencial pública.

- **Las bajas por enfermedad (ILT) y las Mutuas patronales.**

Bien cuantificadas las pérdidas de beneficio empresarial por bajas de enfermedad, cada día se van imponiendo nuevas medidas de "control" para esas incapacidades temporales. Hoy ya es habitual la existencia de compañías privadas que ejercen de superinspectores propios de las empresas para revisar-controlar esas bajas.

El propio ICS encarga y paga a aseguradoras y empresas privadas esa función po-



los intereses todopoderosos del beneficio industrial-empresarial, han hecho posible una tan grave situación sanitaria. Las intoxicaciones de cada día por salmonelas, la recidivante peste porcina clásica, las intoxicaciones por dioxinas, clenbuterol, pesticidas, hormonas y antibióticos masivos, y tantas otras forman ya parte de nuestro escenario natural.

En otro orden de cosas, cada punto de incremento en la cifra de paro de una sociedad se traduce inevitable y matemáticamente en un aumento conocido de suicidios o tentativas, asistencias en salud mental y en muertes.

Las estadísticas de referencia fiables en salud: Perspectivas de vida, tasa bruta de natalidad y de mortalidad, mortalidad infantil reflejan inequívocamente la dedicación o la desatención en estos parámetros. Las cifras pueden llegar a ofrecer distancias escandalo-

licial que presupone que el paciente es un defraudador a descubrir in fraganti. Esas mismas compañías evalúan y redactan los informes de incapacidad.

- Siniestrabilidad y mortalidad laboral

El abandono y desidia en las condiciones de higiene y seguridad en los puestos de trabajo nos ha llevado a ocupar los más altos índices europeos de siniestrabilidad laboral. Cifras de escándalo en muertes laborales, enfermedades profesionales y accidentabilidad. Tradicionalmente las atenciones sanitarias en el mundo laboral no dependen de la red sanitaria pública sino de Compañías privadas contratadas por la empresa, las famosas Mutuas patronales, que atienden servilmente los intereses de quien les paga y manda: la empresa.

Según fuentes sindicales los accidentes laborales con resultado de muerte en Cataluña durante el primer semestre del año en curso (2001) han aumentado un 15 % respecto del mismo tiempo del año anterior. Hasta julio se han accidentado en Cataluña mientras trabajaban 116.000 personas frente a las 110.000 del año 2000. Y 817 de esos accidentes han sido mortales.

Se habla mucho menos, probablemente por la menor espectacularidad de sus fracasos, de la Enfermedades Laborales, y sin embargo es esta otra lacra creciente en una sociedad agresiva y competitiva a ultranza. Los riesgos de contraer una enfermedad superan hoy, con mucho, los históricos flagelos de la silicosis, asbestosis, etc e invaden nuevos campos de patologías relacionadas con el stress (depresiones y síndromes del "profesional quemado"), la contaminación radioactiva o bacteriológico-virásica, las alergias, neoplasias por causas medioambientales, síndromes respiratorios y cardiovasculares, etc. Las Administraciones prefieren negar su existencia o defenderse exigiendo causalidades complejas.

- Incapacidad e invalidez.

Desde las nuevas condiciones de dureza en el reconocimiento de incapacidades y discapacidades por parte de las Administraciones (ICS) en un anunciado propósito de

abaratarse el gasto social, constatamos la progresiva aplicación de criterios denegatorios a estas tramitaciones. Es usual que sean empresas "especializadas" privadas las que atiendan argumentaciones contrarias a la demanda de pensiones. Los Pactos de Toledo argumentando la limitación económica del sistema público de pensiones reducen cada vez más la banda de trabajadores con derecho a prestaciones de jubilación.

A buen seguro en la actual coyuntura la derecha gubernamental seguirá imponiendo nuevas restricciones en revisiones de la actualidad vigente y será imprescindible la resistencia social y la respuesta sindical sin claudicaciones. No es cierto que falten recursos para atender las pensiones (En la actualidad las cifras brutas de ingresos a la Seguridad Social arrojan cifras de supera-

ción. Y quien las reciba será en cantidades claramente insuficientes. La alternativa pasa por los Planes de pensiones privados...para quien pueda suscribirlos.

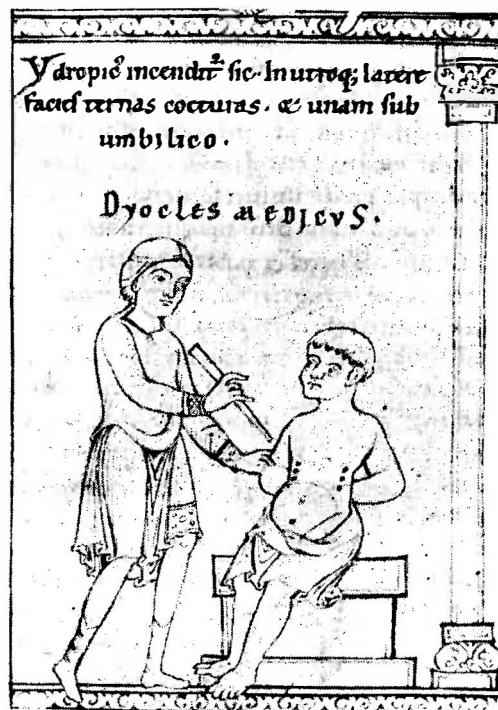
Discapacidades y discapacitados. ¿Qué hacer?

Este sector poblacional, discriminado en tantos aspectos, se contempla desde la anterior visión productivista como una lacra a soportar de mala gana por las Administraciones, para no evidenciar su rostro más inhumano, insolidario y capitalista. Los recursos destinados a estos ciudadanos/as son un "mal necesario" que no pretende pasar de un tratamiento paliativo. Generalmente son los propios afectados y su familia más próxima quienes deben asumir un tremendo esfuerzo de supervivencia. Los enunciados grandilocuentes de igualdad, reinserción social, discriminación positiva, etc no suelen pasar de su simple verbalización y los programas electorales.

Una sociedad de futuro deberá volcarse en el problema humano y social, personal y colectivo, de estas personas con alguna discapacidad, ya sea física, psíquica o sensorial. No basta con la actuación de Entidades benéficas, con caridad cristiana, con ONGs, ni siquiera con Fundaciones tan poderosas como la ONCE. Desde los poderes públicos se impone una estrategia, dotada de medios y acordada con los colectivos afectados, para una verdadera incorporación plena (salvo la discapacidad puntual) a la sociedad.

Ayudas económicas (?) para prótesis y material sanitario: Dentro de la lógica de "ahorrar" prestaciones sociales, se han recortado y seguirán eliminando las ayudas económicas para materiales o prótesis prescritas por los mimos facultativos del Sistema: Lentes, dentaduras, ortopedias, etc. Generalmente son pacientes ancianos y de bajo poder económico quienes más necesitan este tipo de materiales.

Detectamos la incipiente práctica de sub-



vit) y si es cierto que estos dineros se desvían a otros capítulos del presupuesto.

En paralelo las captaciones de clientes para planes de pensiones privadas, fórmulas de capitalización y ahorro particular van creciendo ante la previsible situación futura. Las generaciones actualmente en activo y los jóvenes que intentan entrar y consolidarse en el mercado de trabajo ven como se anuncia ya que no van a tener derecho en el futuro a percibir prestaciones por jubila-

terráneos acuerdos mercantiles entre médicos prescriptores de estos materiales y fabricantes avispados. Hoy día resulta sorprendente, como poco, constatar como una consulta por lumbalgia a un Servicio de Urgencias pueda suponer la adquisición inmediata, in situ, de una ortopedia "personalizada".

- Gerontología. Una población envejecida: liquidación de valores de experiencia vital. Viejos y viejas pobres o viejos ricos. Sistema de pensiones "mixtos". Asistencia a crónicos y sociosanitaria:

La población mayor crece a la par que la expectativa de vida y los avances científicos. Cada día hay más ancianos y por contra la atención sanitaria a este importante colectivo recibe cada día menor atención en el sistema público, campañas publicitarias y electorales aparte. Hablamos de un colectivo mayoritariamente sustentado por su paga de jubilación, casi siempre insuficiente (por debajo del SMI) y por lo tanto con una enorme dependencia del sistema público de salud.

Pero existen excepciones económicas más boyantes que explicarías porqué en cambio cada vez se les mimas más como potenciales clientes de servicios y aseguradoras privadas.

Debe exigirse desde toda la sociedad y en especial desde las organizaciones propias de jubilados y pensionistas la mayor dotación presupuestaria y atención especializada para toda esa necesidad de gerontología.

- Centros sociosanitarios.

Son los conocidos hospitales de enfermos crónicos, o terminales, o de ingreso asistido de ancianos. Los públicos son escasos y mal dotados. Como resulta caro atender la nómina de trabajadores y este tipo de centros requiere una dotación de plantilla de trabajadores inexcusable, se tiende a perpetuar una escasez flagrante y unas condiciones a veces lamentables. En paralelo, los centros privados ofrecen las mil una maravillas asistenciales. Una vez más quien puede pagar será atendido y quien no... a la cola.

El ICS paga conciertos totalmente insuficientes para este tipo de centros con lo cual resultan, si son plenamente públicos, ruinosos y solo se pueden sostener gracias a

desvíos de ingresos económicos procedentes de otros conceptos, como agudos o por aportaciones de otras Instituciones u organizaciones.

- Crónicos que dan beneficios... o no.... Hemodiálisis. Rehabilitación...

Como ya hemos explicado de la necesidad de atención a ciertas enfermedades se puede hacer un excelente negocio: Los "clubs" privados para enfermos renales que precisan continuamente sesiones de rñón artificial (hemodiálisis) o simplemente los centros privados-concertados de rehabilitación y fisioterapia repletos de pacientes reumáticos, o traumatológicos son una fuente de beneficios enorme.

Así se explica que no existan apenas más que rudimentarios servicios de estas terapias en los hospitales públicos y que se autoderiven los enfermos. En efecto, suele ser habitual que los propios médicos responsables en el hospital sean propietarios de centros privados concertados. No es necesario ni siquiera captar a los "clientes" que el propio sistema público los aporta y paga. Un gran invento en extensión vía "conciertos" y externalizaciones.

Ocasionalmente salta algún escándalo a la prensa por defectos de materiales en uso en algún centros pero el verdadero escándalo cotidiano es la titularidad y la facturación de esos centros a la red pública. En las situaciones de alarma como la de la hemodiálisis las autoridades sanitarias tranquilizan a la opinión pública evocando el estado crítico o terminal de estos pacientes.

**El fenómeno inmigratorio.
Un impacto anunciado.
Exclusión social y marginalidad. Destrucción cultural y transculturización.
Situaciones de emergencia social.**

Vivimos en este país las primeras sacudidas de un fenómeno ya extendido en otras latitudes del llamado primer mundo o países desarrollados: La inmigración.

Durante años, España fue país exportador de emigrantes. Sobre todo desde las re-

giones meridionales empobrecidas por los latifundios se generó un fuerte corriente migratoria hacia la Europa central en desarrollo o Latinoamérica y hacia las zonas del norte peninsular, sustancialmente Cataluña y Euzkadi. En las crisis económica del medio-franquismo la llegada de capitales desde el exterior supuso un reconocido alivio bendecido por el régimen. Esta experiencia próxima aún en el tiempo parece haber dejado poca memoria y sensibilidad histórica. Ha sido en la última década cuando la inmigración ha empezado a cobrar las primeras dimensiones de un fenómeno social, económico y cultural como inevitablemente debe aparecer en una situación de desigualdades e injusticias regionales tan insostenible. A España empiezan a llegar de forma notoria oleadas de inmigrantes fundamentalmente magrebis, subsaharianos, centro-sudamericanos y europeos de los países orientales exsocialistas.

Demográficamente esta presencia justo empieza a ser relevante. Se habla, en el pasado año 2000 de la existencia de unos 500.000 inmigrantes legales y de unos 200.000 "sin papeles". Una cifra total de 700.000 personas irrisoria en el conjunto de 40 millones de habitantes y desde luego muy inferior a la de otros países europeos.

España es puerta de entrada a la Europa de la Unión, percibida como El Dorado de las oportunidades para millares de personas condenadas desde su nacimiento a la miseria irredenta. Los "espaldas mojadas" mexicanos en la frontera de Río Grande con los USA o los africanos de las "pateras" de Tarifa han decidido irreversiblemente la fuga al mundo rico que les llega por la televisión y el cine y está dispuestos y resignados a dejar la vida en el empeño.

La violenta colisión entre sus culturas de origen, rurales, mágico-religiosas y arcaicas con la proletarización, la cultura industrial, el tecnicismo, representa una situación en la que difícilmente pueden sobrevivir a caballo de la pérdida de identidad cultural, el enquistamiento defensivo de protección, o la **transculturización** resultante de una caótica imbricación de todo. Esta situación tiene su traducción inmediata en las cosas de la salud y la enfermedad: patologías er-

radicadas que irrumpen desde nuevas resistencias a las viejas terapias, enfermedades propias del desarrollo que causan estragos en una población inmunológicamente indefensa, bolsas de marginalidad estricta, etc.

Pero inclusive desde una pura óptica económica las cifras son reveladoras: en 1999 los ingresos vía impuestos y Seguridad Social de los inmigrantes supusieron a las arcas del Estado 80.000 millones de pts. Los costos y atenciones a este mismo colectivo 3.000 millones.

Nuestra sociedad, y la izquierda ética y transformadora antes que nadie, deberá inexcusablemente afrontar de una vez este fenómeno, por encima de actitudes caritativo-compasivas y de legislaciones xenófobas y excluyentes como la actual evolución de la Ley de extranjería.

La inmigración es por lo tanto una de las principales fuentes de bolsas sociales excluidas y marginalizadas.

Pero también las situaciones cada vez más frecuentes de exclusión laboral. Todo individuo que voluntariamente o por circunstancias ajenas se aparte del guión productor-consumidor establecido se acaba convirtiendo en un caso marginal y asocial.

Es la llamada **exclusión social**. Casos de personas o colectivos que malviven en la marginalidad en una supervivencia a menudo inhumana y con habituales componentes sociosanitarios implícitos. El propio modelo de globalización neoliberal excluye a miles de personas, del mismo primer mundo, fuera del mercado laboral y los aboca a la marginación irreversible en lo que se viene denominando 4º mundo.

Tradicionalmente se actúa desde los servicios sociales de las Instituciones o desde las entidades filantrópicas en una labor meritosa pero insuficiente y demasiadas veces inspirada en concepciones de caridad cristiana. Nosotros proclamamos la absoluta vigencia de los "derechos" de toda y cualquier persona que merece atención social por deber y legislación y no solo por "solidaridad" humana. Si esta sociedad mal llamada



del bienestar no es capaz de ocuparse desde la dignidad y la justicia de estos casos, es una sociedad fracasada.

Salud mental y psicopatología social: Las enfermedades psicosomáticas. La sociedad del Prozac. Atenciones en salud mental. Psicofármacos.

Cada día, en esta sociedad competitiva y agresiva, son más frecuentes las enfermedades mentales. En una dura supervivencia los enfermos depresivos, ansiosos, y con trastornos nerviosos aumentan en cantidad y gravedad. La atención sanitaria a las enfermedades mentales en la red pública, por contra, sigue anclada en unas evidentes insuficiencias de recursos. Es una necesidad urgente una adecuación integral y coordinada de recursos públicos para atender este tipo de patologías.

La incidencia de las llamadas enfermedades psicosomáticas sobrepasa cualquier

aproximación y sigue incrementándose cada día. Los fármacos psicotropos se han ido imponiendo con tal extensión que ya es algo normal y habitual el consumo, y a veces y aún peor el autoconsumo, de sedantes, ansiolíticos, antidepresivos, etc. que permitan sobrevivir a las duras condiciones de vida impuestas. Se habla con acierto de la generación Prozac, una sustancia (fluoxetina del mastodónico Laboratorio Pfizer-USA, el mismo de la famosa Viagra) originalmente antidepresivo de uso psiquiátrico que se usa y recomienda para una mayor competitividad social, como desinhibidor, estimulante, positivizador de "ganadores" empresariales, ... como un doping laboral.

Otra vez el modelo USA a imitar nos orienta a la consulta del psicoanalista para alguien que se precie socialmente ... y pueda costearla. Los enfermos mentales "públicos" y sus familiares se enfrentan a una desatención sabida y consentida que tan solo actuará en casos de descompensación aguda en centros psiquiátricos- frenopáticos-competentes por zona geográfica con el fin de desactivar la alarma social que generan esos casos.

Me permito acentuar la gran morbilidad de las patologías mentales en esta sociedad, hasta el punto de señalarlas como un elemento a considerar para la viabilidad o no, la sostenibilidad o no del propio sistema. Pienso que **vivimos una sociedad mentalmente enferma**, en la que vale el triste consuelo del "mal de muchos"...

Las dependencias a las drogas, es decir las adicciones (que no "la droga") son un capítulo tan importante y específico que merece por sí otro espacio y tratamiento (Ver artículo final del Dr. Oriol Martí).

Nuevas y viejas plagas:
SIDA, Hepatitis B y C,
Tuberculosis, Malaria y
paludismo. Hambre.

Algunas enfermedades particulares, denominadas "sociales" como las drogodependencias, el SIDA, exigen especial dedicación de recursos y de atenciones sanitarias y socioambientales.

Se habla de nuevas plagas o de epidemias. Algunas como el SIDA han generado tremenda alarma social e incluso lecturas religiosas, ideológicas, homófobas, etc. Otras menos mediáticas han ido progresando de forma alarmante: hepatitis B y C, herpes genital, y las viejas y recrudescidas clásicas como la tuberculosis, la malaria, la fiebre amarilla, el sarampión, la viruela o la más cruenta desnutrición.

En síntesis cualquier abordaje serio a estos graves problemas debe contemplarse como una cuestión de salud pública y de estricta intervención estatal, es decir de Política sanitaria.

Las patologías derivadas de la **contaminación y el deterioro ecológico** y medioambiental son otro bloque de enfermedades en progresión que reclaman mayor la dedicación y atención.

Desde el fenómeno planetario del Recalentamiento con las devastadoras consecuencias de sequías o inundaciones desconocidas, pasando por la destrucción de la capa de ozono, la contaminación química y radioactiva con resultados ya objetivables en malformaciones genéticas o cánceres diversos, el efecto invernadero y la deforestación, la liquidación de diversidad de especies, la colonización de la cadena agroalimentaria y la amenaza creciente de los alimentos transgénicos, se configura un pronóstico tan sombrío que cualquier planificación o actuación que no contemple como premisa esencial la Sostenibilidad ecológica no merece otra consideración que la de suicida o psiquiátrica. A pesar de ello constatamos conternados como el flamante equipo Bush del gigante imperialista se niega a ratificar los tímidos acuerdos de Kyoto respecto a emisiones de CO₂, como abandona unilateralmente el tratado antimisiles e impone su escudo antimisiles (??) o como se plantea reanudar pruebas atómicas....

A modo de conclusión:

Este es un gran negocio en expansión: El mercado de la salud humana.

Recordemos inevitablemente el modelo norteamericano: En ese país, reconocido "paradigma" por los sectores neoliberales en activo, dentro y fuera de las Administraciones, no existe otra atención sanitaria real que la privada y tan solo quedan para asistencia de primeros auxilios, social y marginal quienes no puedan costearse su atención personal. En definitiva, 40 millones de personas sin asistencia y 100.000 muer-



tes cada año por falta de atención o tratamiento médico.

En España, años de lucha social, obrera y sindical permitieron alcanzar un cierto estatus de atención pública. Hoy está en vías de demolición y liquidación progresiva. Hay que cerrar filas sin esperar a que vaya tocando a cada quien en su momento.

A peor asistencia pública más clientes privados: las compañías y mutuas de seguros sanitarios han declarado públicamente que este país es hoy una verdadera mina para sus expectativas de negocio.

Pautas de acción desde la izquierda transformadora.

- Los determinantes de salud son básicamente sociales, culturales, económicos, medioambientales y por lo tanto políticos. Es imprescindible incorporar a la ciudadanía al debate, control y decisión. Toda esta cuestión no atañe solo a los profesionales del sector, sino a todo ciudadano/a consciente.

- Frente al ataque neoliberal liquidador del sistema público de salud y todas sus medidas privatizadoras es necesaria la resistencia activa, y coordinada de la sociedad. Las formas organizativas pueden ser diversas en cada caso, y como una propuesta viable proponemos la constitución y extensión de las Plataformas en Defensa de la Sanidad Pública. Para evitar "mixtificaciones público-privadas" debe analizarse en cada caso Titularidad-Financiación y Gestión.

- También es precisa la inclusión sistemática y el desarrollo de los temas de salud en la elaboración política o programática, y en los foros sociales que cuestionan la globalización neoliberal. Y siempre en los análisis y reivindicaciones del movimiento obrero-sindical y vecinal.

- En la etapa actual y futura asistiremos a la desnaturalización misma del concepto Salud como derecho y valor social, confundido y substituido por la peor mercantilización de los servicios sanitarios. Debemos dar la batalla conceptual.

- Las izquierdas reales y transformadoras deben aportar alternativas concretas, además de la mera resistencia.

Debemos disponer de una estrategia a corto plazo, de acción unitaria inmediata, y a la vez desarrollar el debate teórico que sitúe los objetivos y aspiraciones a medio-largo plazo. También en y desde las Instituciones, así como en los medios de comunicación.

- No podrá alcanzarse la emancipación social a que aspiramos, ni la abolición de la explotación humana, ni la justicia y la democracia real, sin resolver en clave de progreso civilizatorio y de socialismo los temas de la salud.

Diciembre de 2001

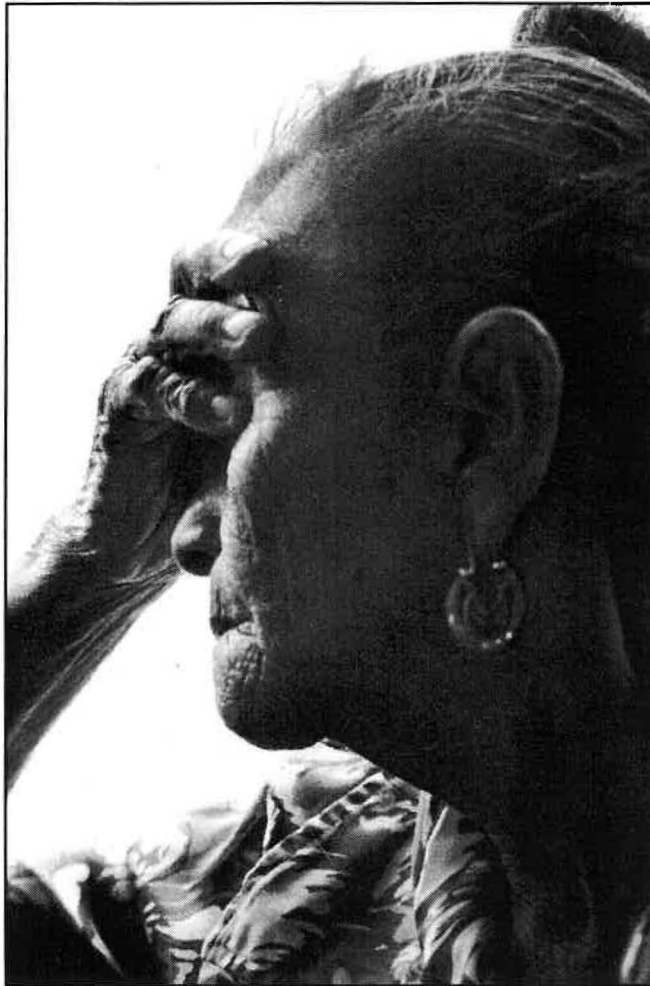
Dona i salut

Nafis Sadik

Segons el Dr. Nafis Sadik, Director Executiu del Fons de Població de les Nacions Unides, en els darrers cinc anys s'estigui produint una revolució silenciosa en la salut de les dones. Finalment, la comunitat internacional s'adona del fet de que reconèixer els drets de salut de les dones significa també, reconèixer la seva autonomia per a prendre decisions sobre les seves pròpies vides. Ja fa temps que estem acceptant que la salut es molt més que l'absència d'infermetat, però hi ha una altra manera de decidir el que, salut. Podríem acceptar que salut, s'un estat de benestar complet mental, físic i social. Però. Qui pot mesurar el benestar? A mitjans dels anys 90, a la conferència de El Cairo sobre població i desenvolupament i a la Conferència de Beijing sobre les dones es va analitzar a fons en el que això havia de significar per arribar a definir que, era una dona sana. Les dones varen arribar a la conclusió de que no podien encara exercir el seu dret a la salut inclosa la salut reproductiva. Un dels motius es que les necessitats especials de salut de les dones no es reconeixen o bé, en el cas de que es reconeixin, no s'han arribat a satisfer. En moltes societats la cultura potser més que no pas el gènere representa una diferència fonamental: les noies arriben al món millor preparades per a sobreviure que no pas els nois: en el moment de néixer els seus sistemes nervis, res-

piratori i immune estan millor desenvolupats. Tant mateix, la seva taxa de supervivència en el primer any de vida, s'ovint pitjor; a les nenes se les alimenta molt pitjor que als nens; allò on l'aliment, s'limitat, es dona de menjar primer als nens; tampoc, s

un certificat d'estudis. La proporció de noies a l'ensenyament es menor a mesura que es van pujant els nivells d'ensenyament. És molt més improbable que s'atenguin les necessitats de salut especials de les noies durant i després de la pubertat, i això és especialment cert quan es casen molt joves i comencen a tenir fills immediatament. La protecció en l'embaràs, les malalties de transmissió sexual i els abusos sexuals es neguen de forma rutinària a les casades joves. Les noies i les dones són molt més vulnerables a la violència dins i fora de la llar. Aquesta vulnerabilitat s'incrementa si decideixen sortir o són obligades a sortir de la suposada «protecció» que la família representa. Dins la pròpia família, les noies són vulnerables a les practiques tradicionals com per exemple la mutilació genital femenina. La societat tolera o ignora massa vegades la violència domèstica. La violència no és només una amenaça física: la menor consideració social i el menor grau de protecció que la llei dona a les noies i a les dones les fan més vulnerables a pressions i coercions en la sexualitat, el matrimoni, el divorci, en la successió i en el món laboral. El fet més senzill de la vida quotidiana de les dones incrementen els riscos per a la salut: el fum dels cuinats, portar càrregues pesades, llargues hores de treball, embaràs combinat amb malnutrició i anèmia: tot contribueix a una salut deficient. La triple responsabilitat del treball a la llar,



probable que les nenes tinguin atenció mèdica quan estan malaltes, especialment si el cost, s'un factor que es te, en compte; ,s també, menys probable que vagin a l'escola i quan hi van tenen menys anys > s d'escolarització i, s menys probable que acabin amb

el treball remunerat i embarassos repetits són una càrrega molt dura per a la salut de les dones. En aquests casos, el factor realment decisiu en la salut de les dones és la cultura en la que viuen. No, no és només una qüestió de pobresa o de riquesa; fins i tot en les societats més riques es donen diferències importants en temes de salut. És important observar que s'estan produint canvis cada dia que passa. En molts països, la salut maternal és ara una part important de l'atenció sanitària primària. La planificació familiar per evitar, o no fer tant seguits els embarassos esta acceptada en la majoria de països. La informació i educació sobre salut reproductiva s'està convertint en un assumpte de diari i s'exigeix als homes que assumeixin la seva

part de responsabilitat. En molts països s'extén l'opinió de que la gent jove estigui o no casada necessita informació i serveis que li permetin protegir la seva salut reproductiva.

EL DRET A ESCOLLIR

A mesura que anem aprenent més sobre el que la salut significa per a les dones, els seus límits s'extenen més enllà dels límits de la medicina. La salut reproductiva significa molt més que la capacitat de portar al món nens sans: significa ser capaços de decidir si volem o no quedar-nos embarassades, evitar els riscos per a la salut i evitar

les conseqüències de la conducta de risc d'altres per a la nostra salut. Tot això implica el poder d'elegir de manera que podem veure que millorar i protegir la salut de les

ven barata. La violència i la coerció dirigides contra les dones encara son considerades infraccions menor de la llei, i no pas com un assalt als drets humans. Perquè es

pugui parlar de dones sanes aquesta situació ha de canviar. Però això significa canviar els valors culturals. Com pot ser saludable una cultura si els seus valors estan malalts? En gairebé tots els països del món s'endeguen actuacions encaminades a protegir a les dones de la violència, a permetre que es puguin protegir elles mateixes, que assegurin la seva autonomia i impulsin la igualtat. S'ha iniciat un gran moviment basat en el dret universal a la salut reproductiva. El nostre objectiu per al segle XXI ha de ser que acompleixi els seus fins. La salut de les dones depèn fins a cert punt de la sa-



luta de la societat en la que viuen. Les dones es preocupen especialment per les qüestions relacionades amb la salut però durant molt de temps la medicina no els hi va donar cap atenció especial a excepció de les atencions relacionades amb la reproducció. Fins i tot avui en dia hi ha encara poca recerca específica sobre la salut de les dones, i la majoria de sistemes sanitaris tendeixen a assumir que les preocupacions de salut dels homes si de les dones són les mateixes. I malgrat que la reproducció s'hagi considerat la seva funció important, 'tot i així s'ha donat molt poca atenció a la salut reproductiva de les dones.

Reflexió sobre els grans processos involutius de l'home d'avui *

Josep Trueta i Raspall

Sr. President, autoritats, membres, senyores i senyors: Estic segur que la vostra benevolència m'excusarà que dediqui un parell de minuts a recordar la meva connexió espiritual amb els Congressos de Metges i Biòlegs de la Llengua Catalana. El meu pare fou un dels membres del Primer Congrés, reunit l'any 1903, i jo, trenta-set anys després que ell, vaig tenir l'honor de compartir la tasca d'una ponència sobre hidatidosiòsia amb el company perpinyanès J. Baillat, al darrer Congrés que, precisament també tingué lloc a Perpinyà el 1936. Malgrat el cúmul d'adversitats que hom ha hagut d'eludir durant aquests quaranta anys, em plau que, ara com llavors, l'inici del meu viatge a Perpinyà hagi estat des de la Barcelona on vaig néixer; ho fa encara més plaent que el doctor Baillat es trobi també entre nosaltres col·laborant a les tasques del Congrés.

Satisfet amb aquesta mirada entera el meu desig de no oblidar el passat, em plau ara d'endinsar-me en les frondositats del tema que he elegit per a la meva dissertació, tema que m'interessa per la meua manera d'haver exercit la medicina en el seu doble front, l'un eminentment clínic i l'altre situat en el camp de la medicina experimental. Del primer hem extret l'experiència de l'observador que intenta, amb èxit més aviat migrat, de valorar les dades recollides com si fossin aconseguides en un laboratori de recerca animal. Del segon ens ve la informació d'allò que passa en la intimitat dels teixits durant el procés que segueix un organisme, un teixit, o simplement, una cèl·lula, quan es mou pel camí regressiu, vers la seva fi. Tenint en

compte la limitació natural del temps a la meua disposició i també el caràcter inespecífic de l'auditori, començaré per ocupar-me de quelcom del que sabem avui sobre alguns dels fenòmens que acompanyen el procés involutiu a nivell tissular. Una consideració prèvia pot ésser profitosa. Cal rebutjar la idea que l'envelliment és una malaltia de l'organisme viu més o menys controlable amb una terapèutica apropiada. L'envelliment forma part del cicle vital de les cèl·lules com ha estat demostrat semblant una cèl·lula aliada d'embrió animal i conreant-la en un medi apropiat, on es repeteix un nombre específic de vegades i després, infal·liblement, mor. El període de vida i el nombre de reproduccions de la cèl·lula cultivada és «especie-específic» i es correspon amb l'expectació de vida de cada animal. Quedi, doncs, ben entès que, fins excloent l'entrebanc de la malaltia, el procés involutiu segueix el seu curs. Ara bé: la interferència de la malaltia sovint accelera el procés que fins llavors podíem dir normal, introduint-hi nous factors o incrementant els adversos ja existents a la base de l'envelliment. El gran avenç en aquest terreny és contemporani i ha produït l'augment del nombre de vells de la societat moderna, en la qual, en el que va de segle, s'ha passat d'una mitjana d'expectació de vida de cinquanta anys a una de setantacinc. No ens cal perdre temps ocupant-nos dels factors que han contribuït a aquest miracle biològic; simplement el progrés de la higiene, la millora de l'alimentació i els mètodes antiinfectius de l'era amfibiòtica, en

són els principals responsables. Aquesta extraordinària revolució deguda al progrés de la investigació ha posat al descobert el fet que, si bé avui hi ha una munió d'éssers que arriben a sobrepassar la vuitantena, realment no es viu ni tres anys més del que es vivia fa un segle. Aquest fet indubtable depèn de l'imperatiu genètic inscrit en el codi corresponent a cada espècie animal. Aquesta constatació no ha deturat els investigadors de la biologia molecular en la tasca d'esbrinar els elements que entren en joc en el procés de l'envelliment, car a la majoria dels països capdavanters són molt nombrosos els laboratoris dedicats a aquestes investigacions. En un treball de B. L. Strehler es mencionen trenta-tres models diferents d'investigació que han estat recollits per l'«Association for the Advancement of Aging Research», dels Estats Units. El nostre President, doctor Alsina i Bofill, féu un pertinent estudi de molts d'ells en el seu discurs d'entrada a la Reial Acadèmia de Medicina de Barcelona, l'any 1970. Des de llavors, l'interès no ha pas minvat, ben al contrari, com ho denoten el nombre de publicacions d'aquests últims anys.

Els estudis han estat duts a terme principalment damunt el comportament del col·lagen, l'elastina i la reticulina, bases de la substància fonamental i elements de suport cel·lular, i s'ha trobat que amb el pas del temps s'estableixen connexions i lligaments entre les fibres d'una mateixa cèl·lula, que esdevenen menys solubles i redueixen el contingut d'àcid hialurònic cap a la meitat del normal en arribar a la seixantena. El perquè s'estableix amb els anys l'entrelligament de les fibres d'una mateixa cèl·lula i d'aquestes amb les de les veïnes, no és ben conegut

* Reproduït del Llibre d'Actes del Xè Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana (Perpinyà 23-26 de setembre de 1976)

del tot, si bé sembla que un factor de natura física, com és la manca d'espai, hi pot tenir quelcom a veure.

L'elastina també esdevé menys maleable amb els anys, i es torna rígida, amb la qual cosa pateixen els teixits de que forma la base, com és ara les arteries i el teixit pulmonar.

A nivell cel·lular s'ha estudiat amb cura l'aparició de la granulació pigmentaria en les cèl·lules fixes com és ara les nervioses; el pigment és una lipoproteïna, probablement producte residual del metabolisme normal en oxidar-se els lípids no saturats. Aquest producte podria ésser degut a la intervenció dels lisosomes amb els quals la lipofuscina té moltes propietats en comú. Les alteracions deduïes a l'edat en les cèl·lules dites intermitòtiques, o de la gran majoria de teixits orgànics, és molt més difícil de valorar, car hom ignora l'edat exacta de la cèl·lula que s'estudia. En general amb l'edat hi ha una tendència a la disminució del nombre d'emissions. Considerant la

substància viva en el seu conjunt, és sabut que gairebé tots els òrgans perden pes amb els anys. El cervell humà pot perdre el deu per cent del seu pes entre els vint anys i els setanta. Tornarem sobre això més endavant.

La part que en aquest procés regressiu tinguin els enzims i les hormones ha estat també copiosament estudiada, amb resultats més aviat poc il·lustratius. Els enzims respiratoris en els teixits que embolcallen l'os minven en la seva acció amb el temps, la qual cosa pot explicar la reducció reparadora dels ossos vells. Pel que fa a les hormones, els esteroides suprarenals que propulsen la síntesi proteica declinen amb l'edat. És gairebé segur que l'activitat endocrina, obeïnt el comandament genètic, segueix el seu curs des de l'ou fins a la senescència, i que la

intervenció endocrina és molt més acusada per les alteracions intercurrents de l'òrgan degudes a les malalties, que no per canvis radicals en la involució de l'aparell endocrí corresponent. La hipòfisi comanda la posició destacada que se li reconeix en la coordinació endocrina i, per tant, també en el procés d'envelliment.

Totes aquestes consideracions no ens porten gaire lluny per a interpretar el mecanisme bàsic del pas del temps damunt l'organisme, car encara ens manca conèixer que ha canviat en la vida cel·lular en envellir. Per això ens cal entrar en el camp de les hipòtesis més o menys confirmades pels experiments animals. John Bjorksten, de



Madison, Estat de Wisconsin, suggereix que l'entroncament progressiu de les proteïnes i els àcids nucleics és a la base de l'envelliment, entroncaments que podrien alterar fins el codi genètic, produint mutacions en afectar dues molècules d'ADN. Una oxidació alta augmenta la tendència a l'entroncament proteic i per aquesta raó es considera un accelerador de l'envelliment el menjar excessiu, i, en canvi, que una dieta calòrica baixa d'oxidació doni productes finals inoços com és ara l'anhidrid carbònic i l'aigua. En la recent reunió de l'American Chemical Society, Bjorksten ha declarat que esta a punt de trobar l'enzim que ens pot fer viure vuitanta anys més que ara. L'altra teoria recolzada per bon nombre de dades experimentals, és la que, farà aviat deu anys,

avança Harmani que el pas del temps sembla inclinar cap a l'acceptació. Segons Harman, l'envelliment podria ésser degut a l'acció perturbadora dels radicals lliures HO i HO² part del metabolisme normal. La dissociació de l'aigua i l'acció d'enzims oxidatius i de l'oxigen, entre altres, en serien les causes principals. Els radicals lliures així formats produïrien ulteriors reaccions, com per exemple l'addició d'oxigen que porta a la formació de peròxids, a la degradació i dimerització. Les mitocondries en patirien, i els lípids no saturats portarien a la formació de grànuls de pigment senil. Els radicals lliures serien responsables de les alteracions oxidatives de les molècules permanents, del

col·lagen, de l'elastina i del material inert, que afectarien la membrana dels lípids i portarien a la fibrosi arteriocapil·lar per l'oxidació dels lípids del sèrum i de la paret vascular.

Recentment, en el «Monsanto Report N' 6», dels Estats Units, ha aparegut un estudi sobre l'ac-

ció d'un antioxidant sintètic efectiu, l'ethosaykin, patentat amb el nom de *Santoquin*, d'acció semblant a la de la vitamina E en la natura (tocoferol). Ja el 1974, a la reunió de l'«American Aging Association», Eddy i Harman demostraren l'efecte inhibidor dels antioxidants usats en la dieta sobre la formació de plaques d'amiloide senil, que experimentalment fou reduïda, en ratolins, del 65 % a prop de zero. Els eliminadors dels radicals lliures poden tenir un paper crític en retardar l'envelliment. La forma com el *Santoquin* actua és fent decreïxer l'absorció d'oxigen pels greixos no saturats i prevenint la formació de peròxids orgànics. En uns experiments en gallines s'ha aconseguit, per aquest simple mètode alimentari, d'allargar-ne el cicle vital i el temps de producció

d'ous, de manera que si de les gallines control el 20% sobrevisqueren divuit mesos i mig, les alimentades amb una dieta que contenia l'antioxidant sobrevisqueren vint-i-tres mesos. Referint aquestes dades a l'expectació de vida humana, faria possible una xifra de sobreviscència d'uns cent anys.

Aquest és sols un exemple de les recerques experimentals que s'estan efectuant i que potser ens ajudaran a corregir alguns dels canvis que condueixen a l'envelliment. D'altres ja en tenim esment, si bé en general no en fem encara el cas degut. Hem citat l'efecte del menjar excessiu, cosa que no té discussió per ben sabuda. La darrera guerra mundial ens proveí d'un material abundós al Regne Unit: els setze anys de fer cua per poder assolir «cupons» per a comprar carn i l'aprimament general dels adults que en resulta, coincidí amb un augment notable del nombre dels sobreviscents, cosa que malauradament desaparegué quan va acabar el racionament.

Voldria parlar encara d'una altra font important d'envelliment. Em refereixo al mal ús que fem del nostre organisme, particularment els qui vivim dins la civilització urbana. En aquest laboratori que és el nostre organisme, les cèl·lules no poden aïllar-se les unes de les altres i llur funció és en part interdependent i resta sotmesa a l'aportació i neteja dels elements nutritius un cop ja utilitzats. Un fet tan evident com la gran descalcificació de l'os quan l'activitat muscular ha estat suspesa, té molts punts de semblança amb la descalcificació senil, malgrat que pot ésser provocada per mitjans experimentals en els joves en ple període de creixement. El caràcter transitori de la depressió càlcica deguda a la immobilització, tant en els joves com en els vells, ens porta a unes investigacions de caràcter experimental quan treballàvem a Oxford, de les quals parlaré tot seguit. Ens cal recordar que el metabolisme del calci i dels fosfats segueix tan fidelment

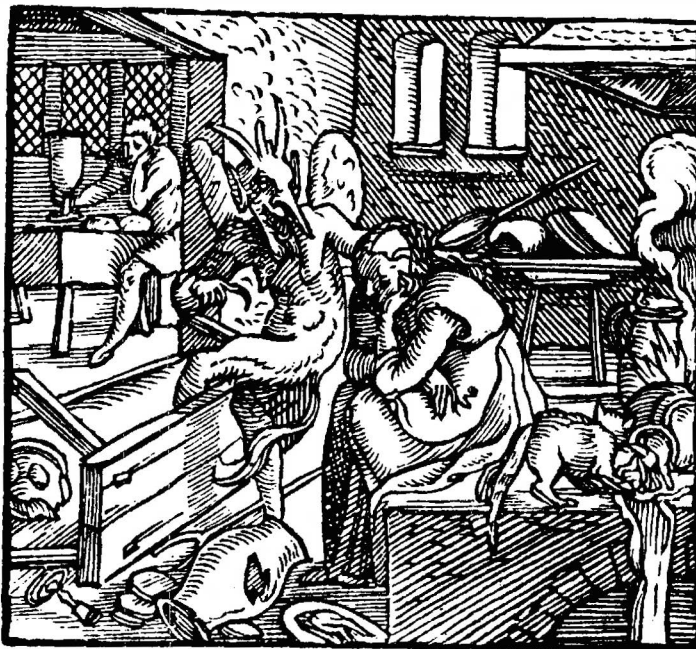
l'evolució de l'organisme humà — com el de tots els vertebrats — que l'ossificació que comença en el fetus humà cap al 48 dia des de la concepció, augmenta progressivament fins cap als 24 anys, s'estabilitza aleshores durant un període variable, i aquest és substituït pel període regressiu que no parará fins a l'acabament de la vida. Si considerem la formació de l'os un bon paràmetre per a l'estudi de l'envelliment, podem considerar l'edat de 24 a 25 anys l'acabament final del creixement, quan la involució o regressió comença a prendre la davantera a la gènesi de l'os que, sense que s'hagi extingit, no pot compensar la pèrdua dels cristalls d'hidroxipatita que té lloc inexhauriblement en el reemmotllament constant, característic del metabolisme del calci i dels fosfats.

Per esbrinar la part que l'activitat muscular pren en regular aquest metabolisme càlcic, ens endinsarem en una investigació escollint el conill com a animal experimental. En un medi asèptic tallarem el tendó d'Aquilles d'una pota de conill, amb la qual cosa l'animal es veu obligat a deixar de sal-

de la densitat òssia tenia lloc en pocs dies. Per tal d'investigar de més a prop allò que s'esdevenia en la intimitat de l'os, un nombre d'animals van ésser morts per mitja d'una injecció intravascular d'un líquid opac als raigs X, que permetia de fer-se càrrec de la vasculatura de l'os del costat operat, comparant-lo amb el costat control. La troballa sistemàtica fou que la pèrdua dels cristalls d'hidroxipatita anava acompanyada de la dilatació venosa intraòssia, i que s'omplien els grans dipòsits de sang que posseeix l'os. Per confirmar que era la immobilització la que causava els canvis que havíem observat, en lloc de seccionar el tendó d'Aquilles, immobilitzarem una pota del conill per mitja d'un embenat de guix. Exactament amb la mateixa cronologia, aparegué la descalcificació, que també fou seguida de recuperació en retirar el guix. Si això s'esdevenia a les tres setmanes aproximadament, al primer salt de l'animal amb la pota lliure es fracturava el calcani cominutament, amb una fragilitat que recordava dels vells en el coll del fèmur. Amb un mètode tan

simple com la pèrdua de l'activitat muscular havíem, doncs, imitat, en certa forma, una característica de la involució natural, cosa que suggereix que, en el mecanisme natural de l'envelliment hi contribueixen factors independents del comandament genètic del qual he parlat abans.

Un exemple semblant es pot extreure del procés degeneratiu assentat en les juntures dels vertebrats i que, com tots sabem, és un dels més enutjosos acompanyants de l'envelliment humà. El metabolisme del cartílag és prou conegut i el fet que pugui nodrir-se sense tenir vasos, que no podrien continuar funcionant sota les grans pressions que ha d'aguantar el cartílag, ha fet que pugui sintetitzar el sucre en medi anaeròbic. Les característiques del cartílag són l'elasticitat, la recuperació de la forma quan la pressió ha estat interrom-



tar sobre aquest pota. Valent-nos dels raigs X vam seguir el procés de descalcificació, comparant la densitat òssia dels dos calcanis. En el terme de quinze dies la pèrdua càlcica de l'os del costat operat era ben evident, i si aleshores el tendó del calcani era suturat o refet espontàniament, la restitució

puda, i la precisió d'encarar-se amb un altre cartílag per tal de poder viure. El fet que el cartílag no posseeixi vasopenetrants no vol pas dir que no els necessiti en el seu veïnatge, així com també li cal el moviment regular de launtura per a poder viure cent anys o més sense degenerar. N'hi ha prou amb una lleugera deformació del coll del fèmur durant el creixement, que en canvi l'angle de suport del cap femoral contra la cavitat cotiloide, perquè aquell cartílag articular que presumíem que podia viure amb salut cent anys, degeneri en quaranta o encara menys.

És evident que la perturbació aquí és nutritiva i també d'ordre físic, car tant el cartílag com l'os són resistents a les pressions però no poden sobrepassar uns límits concrets, que la deformitat adquirida en créixer ha fet excessius.

El convenciment que la forma i l'activitat muscular—recordem que l'activitat física és sempre muscular—condicionen en bona part el procés d'envelliment, ens porta a estudiar l'efecte de l'activitat muscular sobre la vida i la circulació òssia. Per això ens valguérem de gossos, als quals immobilitzarem transitòriament les extremitats posteriors mentre reposaven damunt la taula d'experimentació.

Per mitja d'una cànula enroscada travessant la cortical òssia d'una de les tíbies de l'animal, podíem valorar la pressió intramedul·lar, connectant la cànula a un aparell apropiat. En el mateix costat on havíem col·locat la cànula situàvem un elèctrode de corrent altern al voltant del tronc del nervi ciàtic, a nivell aproximat de la meitat de la cuixa de l'animal. Amb aquest en repòs absolut, el batec circulatori intravascular ens indicava les característiques de la circulació venosa, que es trobaven ben prop de les de la circulació venosa general. En activar la contracció muscular per mitja de l'estímul elèctric, es produïa un sobtat augment de la pressió que podia sobrepassar els valors de la pressió arterial; en deixar d'actuar l'estímul elèctric, les pressions intravasculars tornaven tot seguit a la normalitat. Hi ha, doncs, una interdependència de la

circulació òssia i l'activitat muscular, cosa que fa pensar en l'existència de la sístole i la diàstole complementàries que hom atribueix al sistema muscular, particularment al de les cames. Els fisiòlegs ens han mostrat experimentalment l'efecte dels canvis de posició o postura damunt la circulació, per mitja de la taula inclinada, la *tilting table* dels



anglo-saxons. Aquests canvis són deguts a la distensibilitat dels vasos sanguinis, que fa que la seva capacitat per a allotjar la sang depengui en gran part del grau de pressió exterior que els vasos reben i que la contracció muscular regula. Les pressions arterials i venoses en la posició erecta són molt diferents de les que s'aconsegueixen amb el cos horitzontal. Hi ha el fet que en un home d'un metre vuitanta d'alçada el cor sol estar a un metre vint dels peus i llavors la pressió hidrostàtica de les arteries del peu és aproximadament de 183 mm de mercuri en lloc dels 100 mm de pressió al nivell del cor. Encara pitjor per a les arteries del cervell que, trobant-se a uns 60 cm damunt del cor, estaran molt per dessota de 100 mm Hg, potser sols 50 mm Hg. L'efecte que la posició i l'activitat muscular tenen damunt la circulació ha estat estudiat a la taula incli-

nada. Amb l'individu en repòs absolut, la col·locació dels peus per dessota del nivell del cor, mentre els músculs es mantenen del tot inactius, causa als cinc minuts una sobtada reducció de la velocitat cardíaca i el descens de la pressió fins que es produeixi la síncope entre els 8 i els 12 minuts. Això és degut a la desviació de gran quantitat de sang dins els reservoris venosos de les cames, entre ells els ossis. La contracció intermitent dels músculs de les cames evita la síncope car, com si realment fos una sístole-diàstole, torna la sang de les venes al cor. És cosa sabuda que les venes de les cames perden llur to després d'un període d'allitament, amb que es produeixen els edemes del convalescent. És cosa sabuda també, que els soldats novells de la Guàrdia Reial Britànica solen caure síncoptes durant la revista anual que duu a terme el seu sobirà; els veterans, malgrat el quietisme aparent, contrauen els músculs de les cames per tal d'evitar l'anèmia cerebral.

Com es relaciona tot això amb el procés d'envelliment? Deixeu que m'expliqui. La calcificació va començar en els peixos fa uns cinc-cents milions d'anys. Van passar-ne molts milions abans que aparegués

el primer *homo erectus*, fa només uns tres milions i mig d'anys; fa menys que *l'homo sapiens* es mou damunt la terra. Això només és dit per a recordar les xifres còsmiques que acompanyen l'evolució valorable científicament, fins a arribar a l'adquisició de la posició erecta per l'home. En adquirir la posició erecta, el fenomen de situar el cap per damunt del cor va fer necessari el desenvolupament d'un sistema complementari d'ajuda a la circulació, ja que el batec cardíac tot sol—com hem vist—no hauria estat suficient per a elevar la sang de les extremitats inferiors fins al cap. Podem dir que, en perdre l'ús de les extremitats superiors com a elements de suport, es produïa la hipertrofia de les inferiors, per llur ús constant per a córrer, saltar, etc., desenrotllant les seves sures que cap quadrúpede no iguala, i no en podem negligir l'ús sense perjudicar serio-

sament el sistema circulatori i amb ell tot l'organisme humà.

Reflexionem ara sobre el producte actual de la civilització, l'home contemporani. Fills del descobriment remot de la roda, constituïm allò que s'ha pogut encertadament anomenar la *civilització de la roda*. La civilització europea s'inicia el dia que l'home va aconseguir desplaçar els materials pesants, que fins en aquell moment havia arrossegat o portat damunt les espatlles, utilitzant la roda per al contacte amb la terra. No hi ha dubte que ha estat la roda la que féu progressar la nostra civilització, però tampoc n'hi ha que és avui la roda el nostre pitjor enemic. En dir la roda, volem simbolitzar amb ella no solament aquest objecte circular, amb un eix central sobre el qual gira, sinó el procés pel qual l'home ha anat suprimint l'ús de les extremitats inferiors, incrementant així l'esforç necessari per a elevar la sang venosa de les cames al cor i als pulmons, sense la qual no aconsegueix de mantenir-se una bona circulació orgànica i cerebral. Cal recordar que les extremitats inferiors arrenquen no pas de les anques, sinó de la cintura, és a dir, que sense un balanceig de la pelvis, degut als músculs quadrats lumbar i psoas ilíacs, les cames no funcionen. Sense la contracció alternant dels glutis mitjans, la deambulació es fa extremament difícil i fins impossible. Per tant, en suprimir, amb el sedentarisme, tot aquest complex de contraccions musculars de la meitat inferior del cos humà, el cor se sent aclaparat i tendeix a produir la insuficiència circulatoria, i no sols coronària, sinó respiratòria, hepàtica, renal, etc. L'arteriosclerosi amb alteració del metabolisme de lípids i l'excessiva formació de colesterol en són una conseqüència. Tot aquest mecanisme degenerant ha anat incrementant-se fins a crear allò que a Amèrica anomenen «the disease of the executive man», la malaltia de l'executiu. S'ha cregut que la freqüència amb que una persona de 40 a 50 anys, aparentment pletòrica de salut, mor a causa d'un atac agut al cor és deguda a les angoixes inherents al càrrec, que no li deixen, segons diuen, ni un moment de descans. Això és totalment erroni; avui dia s'ha evidenciat estadísticament que la fallida car-

díaca no ve pas pel fet que l'individu en qüestió no tingui un moment de descans, sinó, al contrari, de no haver tingut un moment d'activitat. És perquè ha deixat que el seu cor sigui el sol motor responsable de la seva circulació central i perifèrica. Aquest cor aclaparat, fatigat per la sobrecarrega i la formació de dipòsits de colesterol que limiten cada vegada més l'aportació sanguínia, treballa fins a arribar a l'obstrucció vascular més o menys completa. Aquesta és la «malaltia de l'executiu». D'això, en tenim evidència: per exemple, a Anglaterra es va fer un estudi de les cardiopaties de les diferents professions. Aquest estudi dona la sorpresa que la professió que sembla immunitzada a la insuficiència cardíaca de tipus vascular és, precisament, la dels descarregadors (macips) del port. Cosa sorprenent, perquè molts d'ells són fumadors actius, bevadors i gent de pes, grossos, però que durant vuit hores diàries descarreguen fardells, resistents a la fatiga. Als Estats Units han trobat fa poc que no són els estibadors els més resistents a l'obstrucció coronària: els carterers els guanyen. Aquests carterers americans, amb llurs grans bosses penjades al coll, plenes de cartes i paquets, puguen a cada casa i xalet, tot caminant quilòmetres, distribuïnt sobre les cames, la correspondència en àrees extenses. Aquestes professions són les més immunes a la insuficiència coronària; a l'altre extrem, hi trobem les més fàcilment atacables per la malaltia: els pastors o sacerdots, de vida totalment sedentària. Després d'ells vénen els cirurgians i els executius, que, a més de no caminar, s'autointoxiquen amb el tabac amb que alguns es volen calmar la nerviositat, «per tonificar-se», diuen. Però d'emprar activament les cames, res: l'executiu surt del llit per a prendre el bany o la dutxa, esmorzar, agafar l'ascensor i pujar a l'automòbil, que el deixa davant l'oficina, a la qual puja també amb ascensor, i tot seguit s'asseu darrera la taula de treball; s'aixeca per anar a la sala del Consell i d'allí al menjador, i altra vegada al despatx, i arriba a casa o al club fatigadíssim, i així durant sis dies la setmana. El diumenge — o el dissabte al Regne Unit — n'és l'excepció, car hom es concentra amb els amics per a quelcom diferent. Aquell dia caminarà cinc quilòmetres

en un camp de golf fent els 18 forats, pegant fort a la bola, bevent i fumant també, i el dilluns al matí es morirà d'un atac cardíac, i aleshores la interpretació dels no *connaisseurs* serà: «Pobre home, no havia d'haver jugat al golf, perquè això és el que l'ha matat. I hi ha encara qui diu que l'ús dels músculs és convenient? Si no hagués jugat al golf potser encara viuria.» Poden tenir raó. L'esforç inesperat, per al qual no estava preparat el seu miocardi, és el que pot aproximar una mort que s'atansava més lentament de tota manera. Si aquest home hagués fet el que era lògic, i que sàviament li dicten fa tres mil anys les Sagrades Escriptures, que és treballar sis dies la setmana, no pas jugant necessàriament al golf, sinó dedicant mitja hora al matí i a la tarda a un exercici físic moderat, particularment de les cames, i el setè s'hagués quedat a casa descansant per llegir, pensar i escoltar música, aquest home viuria segurament els seus 80 a 90 anys, que és el que avui l'home té la possibilitat de viure com a terme mitjà si no s'escurça la vida per (encara que sembli una paradoxa) «poder subsistir».

Pel que respecta als processos degeneratius de l'esquelet, la manca d'ús i, encara més, el mal ús que se'n fa són la causa principal dels seus trastorns. Pot afirmar-se que els beneficiaris que han estat notats en osteologia amb l'ús controlat dels exercicis també s'observen en el sistema circulatori. Referent al cor, Barry ha notat que després de les sessions de bicicleta ergomètrica es produïa un augment del 75% del treball efectuat sense alteració electrocardiogràfica, un augment del 36% del consum d'oxigen i del 50% de la ventilació pulmonar. La taquicàrdia de l'esforç disminueix, els moviments són més precisos i les proves psicològiques d'imaginació i de discriminació visual milloren. En els vells d'asil, Plas ha efectuat comprovacions de tipus semblant. D'altra banda, Bosing i Epstein han demostrat que l'exercici físic millora la tolerància a l'esforç en els pacients amb coronariopaties i *angor pectoris* per un mecanisme encara desconegut. S'ha suposat que existeix una disminució del consum d'oxigen pel miocardi i que ensem es produeix un augment de la circulació col·lateral i una alteració de l'activitat fibrolítica sanguínia.

Després de sis setmanes de tractament, els autors han trobat un augment de la tolerància i una disminució del consum d'oxigen. També van notar que, quan apareixia l'atac angi-nós, el consum d'oxigen havia augmentat. Els autors d'aquest treball suggereixen que el repòs a que solen estar sotmesos aquests tipus de pacients pot augmentar encara el dèficit hemàtic del cor.

La rica sensibilitat òssia ens indica quan són necessaris moviments actius de les extremitats, particularment després de diverses hores d'inactivitat, com succeeix en llevar-nos del llit, i sentim la necessitat de «desempere-sir-nos», amb la qual cosa ens alliberem de la sensació d'envelliment. Així també els pacients incapacitats per l'artrosi, l'altra afecció que juntament amb l'osteoporosi acompanya la decrepitud, senten disminuir el dolor matinal després de buidar llurs ossos per mitja de diverses contraccions intermitents. Com hem dit, l'artrosi és motivada sovint per hàbits funcionals que no

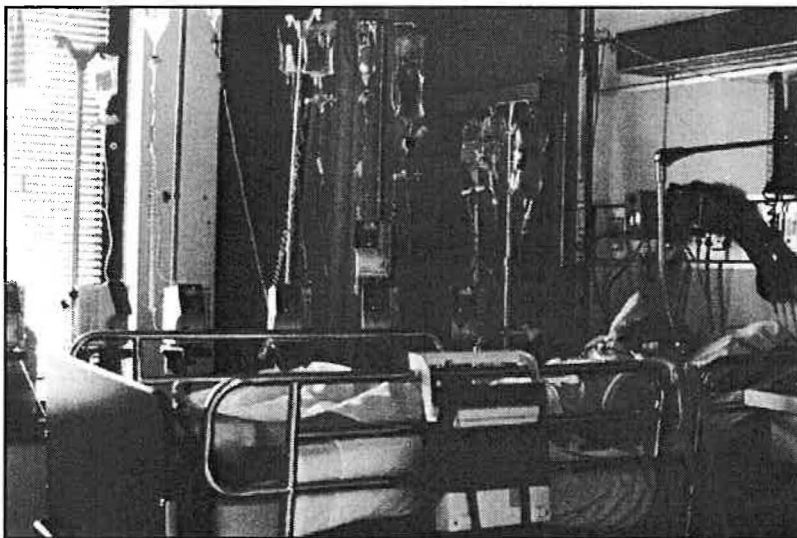
es troben en consonància amb l'estructura anatòmica de l'articulació en qüestió.

A les extremitats, en particular a les anques i als genolls, el desordre és important, ja que mena directament a la incapacitació. Com influeix el mal ús articular, ens ho evidencia la quasi inexistència d'artrosi d'anques a l'Índia i a Mèxic, on els nadius acostumen a asseure's a la gatzoneta i no sobre cadires. Amb això les anques se situen en flexió i abducció màximes, la qual cosa facilita el bon contacte i la bona nutrició de les dues superfícies cartilaginoses de l'articulació coxo-femoral. En canvi, tant a l'Índia com a Mèxic, l'artrosi de genolls és alhora freqüent i severa per la raó oposada a la que protegeix les anques, és a dir, pel fet de deixar sense cobertura els segments anteriors dels còndils femorals.

Finalment ens cal recordar que en aquest procés degeneratiu artrosi el reblaniment ossi causat per l'osteoporosi, incrementat

desgraciadament massa sovint per l'ús dels corticoides, prepara el terreny on s'implanta el procés regressiu que condueix a la incapacitat deguda principalment al dolor.

Per acabar voldria retornar a allò que he intentat de resumir a la primera part d'aquesta dissertació sobre els estudis encaminats a descobrir allò que fa que tot el que és viu envelleixi. Hem vist que fins les cèl·lules de fetus aïllades i mantingudes vives en medis apropiats es reproduïxen un nombre constant de vegades i després moren. Cada espècie estudiada fins ara sembla haver obeït



un comandament específic per a cada una d'elles. Això suggeriria que l'envelliment és una constant inescapable, però potser retardable el dia que coneguem millor els mecanismes íntims que el produeixen. De moment encara no sabem com hem d'actuar damunt el nostre medi intern per a allunyar la vellesa. En canvi, tenim prou dades per a poder evitar aquelles coses que sabem que ajuden els elements que envelleixen. N'hem citat un parell, com és ara la sobrecarrega alimentària i la manca d'ús de les cames. D'altres que no he citat, com per exemple l'ús de l'alcohol, se'n podria parlar llargament. La supressió d'aquests elements perturbadors deixa que el mecanisme d'envelliment actuï per ell tot sol, sense l'ajut insol·licitat que la «civilització» urbana li aporta.

Em cal retornar, ni que sigui per uns moments, a la pèrdua de pes de tots els òrgans a mesura que la involució s'estableix. És corrent de considerar bo el fet de no aug-

mentar de pes a mesura que els anys van passant, car el més freqüent és que s'incrementi de pes, a vegades en molts quilograms. Doncs bé, si l'evolució del pes total de l'organisme humà fos només deguda a la dels òrgans individuals que el constitueixen, a mesura que un es fa vell hauria de disminuir de pes com ho fan tots els òrgans. Cal sols pensar que, de lluny, el teixit més pesant del cos és l'ossi, molt més pesant que el muscular, que és el segon de la llista; el teixit greixós damunt el qual descansa la pell és, per contra, un dels més lleugers. Per això, per a

mantenir un pes constant durant el període regressiu — és a dir, després dels trenta anys — ens cal augmentar de volum pel fet que la pèrdua d'os i de fibres musculars és reemplaçada per l'augment del greix subcutani i perimuscular. La resultant és la sorpresa de moltes dames que no poden portar un ves-

tut vell només de cinc o sis anys, malgrat que la bascula refusi de mostrar cap tendència a «l'engrossiment».

De tots aquests fets ben provats es dedueix que, en envellir, ens cal preservar tant d'os i de múscul com sigui factible mentre l'activitat física i una dieta apropiada ens permeti de reduir el «volum» total del nostre cos, evitant l'acumulació de greix.

Tots els principis fonamentals que he citat tenen en contra el fet d'haver estat ignorats perquè eren massa senzills i, per tant, mancaven del poder carismàtic del preparat misteriós amb el qual se sol presentar allò que es pretén que allarga la vida. Per ara, i fins que Bjorksten i els seus col·legues americans no ens ofereixin l'element que per ell tot sol evita l'envelliment, el consell que ha estat més profitós és el que propaga Hume-land al segle XVIII: que el millor mètode per tal d'allargar la vida és de no fer res per a escurçar-la.

Problemes escolars *

Marta Mata

En la panoràmica dels problemes escolars, els que es relacionen amb la funció social de la medicina no per menys espectaculars són menys profunds. Al contrari. La relació entre educació i sanitat és múltiple i d'una gran importància per a la sanitat i per a l'educació. Per a la sanitat ho veuen clarament els metges, per a l'educació ho veiem clarament els mestres. I d'això parlar, ara. Treballem dins l'escola i la veiem com a institució bàsica de la societat per a la formació individual del noi i del noi com a membre de la societat. I no hi ha dubte que aquest noi o noia que aprenen d'ésser grans a l'escola ha de trobar-hi els elements per al domini de la seva salut física i de la seva salut mental. Però ja abans de començar ens trobem que ells mateixos hi aporten una situació sanitària. La salut del noi que entra a l'escola, la sanitat en el més ample sentit de la paraula, és ja un condicionament de la vida i l'aprofitament del noi a l'escola. La doctora Montessori, un dels dons més grans que la medicina ha fet a la pedagogia, com sabem va posar les bases de la seva pedagogia científica, el terme que aquesta metgessa-pedagoga va encunyar i va enarborar com una senyera enfront de tants enemics dels nens i de la llibertat del nen: el pare propietari, el mestre reaccionari, la societat competitiva... I va posar aquestes bases a partir precisament del coneixement del cos del nen. Els seus

sentits un a un, la seva capacitat de moviment, la seva atenció i resistència a la fatiga, tot va ésser estudiat minuciosament i traduït en aquesta litúrgia del parvulari montessoriana que alguns de nosaltres hem tingut la sort de conèixer, fet de silenci, de paraules, de moviment, de quietud, d'atenció, de res-

molt aviat també es definien uns petits que no seguien..., que no treballaven..., que no paraven atenció..., que no entenien..., que potser no se'n farà mai res..., que potser eren totxos...

La doctora Montessori, aquesta metgessa-pedagoga que havia vist ja tants de nens deficients, que recomanava a tots els estudiants de magisteri de fer almenys una investigació biològica, té una idea de la sociologia de la sanitat. Diu: Preguntem a totes les famílies que mengen els nens per esmorzar i on dormen... La resposta no pot ésser més contundent: Tots, aquests nens que no segueixen, dormen en habitacions atapeïdes i fan un mal esmorzar o no esmorzen.

En el primer decenni d'aquest segle, tot i que les estadístiques dels grans psicometres només parlend'una minsa relació entre desenvolupament somàtic i desenvolupament intel·lectual, una pedagogia científica ens dona una primera mostra de la relació entre aprofitament escolar i condicions de vida, condicions sanitàries incloses. Com sabem, la tesi de la correlació entre nivell socio-cultural i familiar i èxit escolar ha estat amplament desenvolupada, però cal remarcar que la seva vessant sanitària és d'una evidència meridiana i això de molts anys ençà.

Avui, però, entre nosaltres no podem pas dir que el problema sigui resolt, sinó, en moltes zones, agreujat. La suburbialització de les ciutats, la petitesa i les males condicions dels allotjaments i de l'urbanisme no



pecte, de creativitat. La doctora Montessori la va oficiar en els suburbis de Roma, en aquells asilo-nidi, guarderies o llars d'infants, que recollien els fills dels obrers. Molt aviat, en el primer decenni del 1900, van poder-se comprovar allí els avantatges de l'estudi i la cura minuciosa dels nois però

* Reproduït del Llibre d'Actes del Xè Congrés de metges i biòlegs de llengua catalana (Perpinyà 23-26 de setembre de 1976)

permeten als nois de tenir un lloc seu a casa, un lloc de trobada a la plaça, perquè cases i places i voravies s'han fet amb la mateixa gasiveria del pam quadrat i han llençat tots els nois d'una ciutat com Cornella a fer bandes per les coves dels barrancs així que surten de l'escola on han entrat menjant l'última pasta feta de farina barata i glutamat prohibit, però que la tele anuncia amb cromos de la Heidi o del Superman.

I quines condicions sanitàries troben a l'escola?

Més val que no en parlem. Des de la llum, a l'orientació, a la calefacció, als metres quadrats i cúbics de classe o de pati, a la qualitat dels materials, tots els mòduls i coeficients estan sotmesos a una economia de mercat. Any rera any, les disposicions ministerials retallen les xifres ja prou migrades que en un moment, considerat ara de megalomania, va donar la llei de 1970 i que, d'altra banda, ja eren ben lluny de les que un Ajuntament com el de Barcelona havia aplicat realment els anys trenta.

I damunt d'això, un nombre de nens per classe que impossibilita un tractament autèntic dels problemes de cadascun. Pensem només quins són els mestres que amb 50 nois poden fer l'enquesta tan simple que recomanava la doctora Montessori, sobretot, en poden treure les conseqüències per a dedicar una atenció especial als nois dins la classe i a les famílies fora de la classe. Un de tants drets humans que no veiem reivindicar entre nosaltres és que el nen ha d'ésser tractat com una persona, en classes reduïdes, que un organisme internacional com la UNESCO ha fixat en 28 per aula i que molts països civilitzats realitzen sobre 25.

Si hem pensat en quin nen ens ve i en com es l'escola, pensem que ara en el tercer aspecte; en el que de l'educació que hi troba.

Pel que fa a la salut física, és clar que l'escola ha d'actuar com de facultat de medicina popular que posi a l'abast de tothom els coneixements bàsics sobre el propi cos, anatomia, fisiologia, higiene, profilaxi, etc.

Però a més d'aquests coneixements, i com en tantes altres matèries d'estudi, cal que l'escola doni al nen unes tècniques de domini del propi cos a través de l'educació psicomotriu, l'alimentària, la distribució de l'activitat, el gimnàs, l'esport, la formació sexual, etc., i unes actituds envers el cos i la salut pròpia i dels altres.

Es precisament aquesta valoració del cos i de la salut que ens sembla un dels elements bàsics de la salut psíquica. Recordem-los: col·laboració, so-

psíquica, que ens fa pensar en una institució escolar en la qual, integrats en l'equip de mestres, treballin a ple temps algun metge i algun psicòleg, escolars l'un i l'altre, coses que ja hem vist realitzades en diversos països.

I, sobretot, ens fa pensar en una escola on l'adquisició de criteris i la visió crítica siguin instruments l'una de l'altra, per a la consecució d'un equilibri psíquic que capaci el noi i el potenciï en creativitat, en sentit del risc, en resistència, i tot això dins un context fonamentat no en la tradicional competitivitat de l'escola, sinó en el foment de la sociabilitat en tots els seus aspectes. Recordem-los: col·laboració, solidaritat, diàleg..

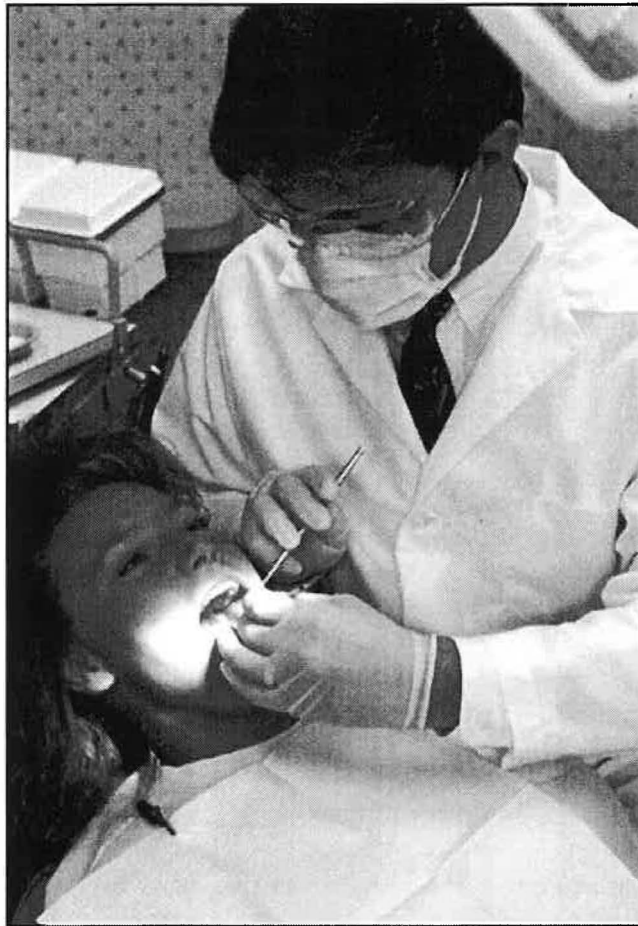
Al final de la correguda, atrem una altra vegada i pensem que la falta de tot això es manifesta en la separació de l'escola normal i corrent, dels nens amb dificultats, dels disminuïts físics, dels deficientes mentals. Aquests nens és entre llurs companys considerats normals que troben els estímuls més adequats a llur educació.

Un fet així s'ha produït en una escola pública italiana en una zona on els mestres, d'aquests "tan avançats i revolucionaris que no volen sinó adoctrinar els nens", han aconseguit de tenir 25 nens a classe i han exigint de tenir-hi tots els nens del barri tal com són.

Entrenosaltres, com sabem, les reivindicacions profundes per sota les normals de sou i d'estabilitat laboral, van encara pel camí de la formació professional del mestre. 6.000 mestres en una Escola d'Estiu són una reivindicació activa i van pel camí de la

participació coherent de l'equip de mestres en la gestió del centre, i del conjunt del Magisteri en el dibuix del sistema educatiu que volem integrador i no discriminador o fomentador del nen que ara són subjectes d'educació especial. Un sistema educatiu que per cap concepte previ separi els nens.

Prou sabem com n'estem de lluny...



dem, si no, que a l'arrel de tantes dificultats de tipus psíquic hi ha la mala formació sobre salut física, l'alimentació, la mala distribució d'activitats, el cansament, la repressió sexual, etc.

Però aquesta valoració del cos i de la salut al servei del projecte personal, només són una part de l'aportació de l'escola a la salut

Un mundo cada vez más envejecido y más femenino... ¿también más discriminador?

N. Pochtar Pszemiarower *

Las mujeres están representadas desproporcionadamente en el grupo de las personas más viejas y más desfavorecidas, pese a que son la piedra angular de los cuidados prestados en la comunidad (1).

Introducción

Sobre el "lugar" de la mujer en la familia y en la sociedad, existen una serie de "mitos y prejuicios" que están internalizados a través de las pautas culturales en las mismas mujeres, asociados estos al "envejecimiento sociogénico", que sabemos, es el papel que impone la Sociedad a las personas que envejecen y en el cual están involucrados todos los prejuicios que manifiesta en relación a los envejecientes.

En el comienzo del nuevo siglo, encontramos características bien precisas, que intentaremos desarrollar, en lo que se ha dado en llamar "Feminización de la Vejez".

Las mujeres, prácticamente en todo el mundo, sobreviven a los hombres (entre cuatro y siete años), lo real es que, según las proyecciones demográficas que nos alertaban hace diez o quince años, se trata de mujeres de edad mediana y avanzada y, valga la redundancia "avanzada-avanzada" -

nos estamos refiriendo a 40-59; 60-74; 75 y más años-, que hoy ya viven en nuestras comunidades. La mayoría de ellas no sólo comparten experiencias como el embarazo, la maternidad y la diversidad de roles en el seno familiar, sino que por una expectativa de vida mayor, también envejecen.

Es cierto que con el transcurrir del tiempo, tanto en la mujer como en el varón, se van produciendo cambios corporales y psicológicos y, no es menos cierto, que habrá que prepararse para ellos, sobre todo en estas épocas donde existe una especie de cultura de la "instantaneidad"; de lo "obsoleto", o como se suele decir comúnmente "light"; generando en no pocas ocasiones, una baja en la autoestima de quienes transitan estas etapas de la vida.

Nos toca vivir en un mundo tan competitivo, donde "ser joven" es un objetivo en sí mismo, fomentado aún más por los medios de comunicación, entonces quien no cumple con tal mandato social, aparece automáticamente desvalorizado. Como dice Beatriz Sarlo: "El tiempo transcurre tan velozmente y todo es tan leve, que las novedades que se van produciendo son "devoradas" y reemplazadas por otras; por eso no es sorprenden-

te, la pasión por el reciclaje". "La novedad del pasado se alimenta del olvido" (2).

El aumento de la proporción y el número de mujeres es muy significativo en el mundo desarrollado, pero avanza aceleradamente en los países en desarrollo o pobres, la causa principal de este fenómeno es el aumento de la proporción y número de mujeres, así como su mayor expectativa de vida.

Aspectos socio-demográficos

Para 1995, las Naciones Unidas estimaron que la población de 60 años y más (aproximadamente la décima parte de la población total del mundo) comprendía 302 millones de mujeres y 247 millones de hombres. En los países desarrollados las mujeres de 60 años en adelante representaban más del 20% de la población femenina total, mientras que en los hombres la cifra correspondiente era sólo del 16%. Según las proyecciones realizadas, esta divergencia se acelera a nivel mundial, pero es aún más rápida en el mundo en desarrollo. Esto se explica en gran parte por el hecho de que entre las personas de 80 años en adelante, la proporción de mujeres aumenta con más rapidez que en las edades más bajas. En la actualidad, el 61 % de todas las mujeres de más de 80 años viven en países desarrollados, mientras que en el año 2025 la mayoría de ellas vivirán en países en desarrollo (3).

Efectivamente, según el FNUAP (3), la esperanza de vida en los países en desarrollo ha aumentado significativamente en los últimos 50 años: en el caso de los hombres ha subido

*

Psicóloga

Ponencia presentada en la Mesa Redonda, Geriatria en el Siglo XXI". IV Congreso de la Sociedad Levantina de Geriatria y Gerontología.

Reproduit de *Geriatríka* (Revista iberoamericana de Geriatria y Gerontología) (Vol XVII · Año XVII · 4/2001)

desde 40.1 años en 1950 hasta 62.1 en la actualidad. Y en las mujeres, el alza ha sido desde 41.8 hasta 65.2 años en el mismo periodo. Mirando hacia el año 2150, en los países desarrollados se logrará una esperanza de vida de 87,5 años para los hombres y 92.5 para las mujeres. En el año 1998, el número de mujeres de 65 años aumentó en unos 9 millones en todo el mundo; y se estima que en el año 2010 crecerá en 14.5 millones y en año 2050 en 21 millones (un 97% de este último aumento se producirá en las regiones en desarrollo). El mismo explica que "la población senil, en particular los mayores de 80 años, son predominantemente de sexo femenino. Detalla que en los países desarrollados, hacia el 2050 un 10% de todas las mujeres tendrán más de 80 años y muchas de éstas serán viudas".

En nuestro país (como ocurre en casi todo el mundo) ya coexisten familias de 4 y hasta 5 generaciones. Tomando el caso más frecuente, cuatro, tenemos una mujer de cuarenta años con su madre de 60 y su abuela de 80 e hijos adolescentes. Con buen estado de salud la mujer de 60 trabaja o participa en actividades fuera del hogar, con un alto grado de autonomía de vida, es entonces que para los nietos y bisnietos respectivamente, hay dos modelos de abuela en el seno familiar; la de 60, independiente con proyectos propios y la bisabuela quien cumple el rol tradicional en la cocina, labores, etc. por lo cual permanecen dentro de la familia, aunque residan en domicilios separados. (Volveremos sobre esta cuestión).

En números, según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC)

Total de habitantes ambos sexos en el año 2000, 37.031.802 / en el 2025, 47.160.326

Totales 60 años y más en todo el País.

	2000	2025
Varones	2.097.724	3.347.245
Mujeres	2.838.673	4.499.145

Más allá que los fríos números es muy claro que la vida de la mujer difiere de la del hombre, especialmente al llegar la vejez, donde las sociedades se vuelven más femeninas y más pobres.

Cabe distinguir dos tendencias principales en la evolución de la condición femenina, cuyo ritmo es muy variable:

- En los países desarrollados las mujeres han alcanzado al igual que los hombres, mejoras en las áreas de educación, salud y vivi-

Las mujeres mayores desempeñan una función esencial en el desarrollo económico y en la estabilidad familiar en América Latina y el Caribe, mucho más allá de lo que podría esperarse por su número, hasta el punto de que, si de pronto se pres-



enda, lo que indudablemente influye sobre la calidad de vida de ambos sexos. De todos modos la sobrevivencia de las mujeres, no garantiza que tengan resueltos sus problemas, a saber, soledad, aislamiento, financieros, etc., tampoco se puede obviar que en estos países una franja de la población además es pobre.

- En el Tercer Mundo al dejar los servicios sociales particularmente los de Salud y Educación, fuera del alcance de los pobres, se ha desplazado una carga aún mayor sobre las mujeres; quienes se ocupan de la nutrición, salud y bienestar de la familia, además de las relaciones con la comunidad, son cuidadoras de sus hijos y también de sus ancianos padres.

Las mujeres siguen constituyendo el 70% de los pobres del mundo y de ellas las 2/3 partes son analfabetas. Este fenómeno mundial, que involucra a más de 1.300 millones de mujeres se conoce como "feminización de la pobreza". Según un estudio de UNICEF, por lo menos una tercera parte de la población de ingresos más bajos en América Latina y el Caribe, se ha mantenido a flote debido a que las mujeres pobres han trabajado más intensamente y durante más horas.

cindiera de sus recursos productivos y de sus funciones como prestadoras de cuidados, los efectos sobre la economía de la región y la estructura social serían devastadores. Sin embargo dichos aportes son subestimados, no valorados y, en muchas ocasiones desconocidos por quienes podrían capitalizarlos generando políticas sociales que las incluyeran, dándoles oportunidades para capacitarse ya que esto además de permitirles mejorar sus ingresos y así elevar su autoestima -los Gerontólogos sabemos que ello implica un aporte a su salud integral-. Por lo tanto, es preciso que tratemos de plantearnos cómo podemos lograr un mayor reconocimiento de las funciones productivas de las mujeres de edad avanzada y ayudarlas de este modo a superar su situación marginal en la sociedad.

"Las mujeres ancianas tienen mayores probabilidades que los hombres de ser pobres o analfabetas. La discriminación, las restricciones a su libertad de movilidad y asociación y su falta de experiencias financiera y jurídica a menudo las hace ser más vulnerables a la explotación" (3).

Al cumplirse cinco años de la IV Cumbre

Mundial de la Mujer (Beijing-1995), se expresó: "Las mujeres continúan tropezando con barreras que se oponen a su potenciación económica y a sus actividades empresariales. Entre éstos obstáculos se incluyen la discriminación de la mujer en la educación, la capacitación, la contratación, el acceso al crédito y el derecho a la propiedad y la herencia; los niveles de remuneraciones y frecuencia de promoción inferiores por igual trabajo; y las mayores responsabilidades domésticas".

Aunque el Documento no hace mención específica a las Ancianas, no cabe duda que las viudas y en general las Mujeres Mayores, enfrentan con frecuencia discriminación social y económica teniendo mayores probabilidades que los hombres de ser pobres y analfabetas; su pobreza se asocia con el menor acceso relativo a la seguridad social, también los montos de las pensiones por viudez son muy inferiores a las jubilaciones de sus parejas. Los derechos a la jubilación y la herencia; el matrimonio voluntario; los servicios de salud y la no-discriminación, son asignaturas aún pendientes para las mujeres Ancianas.

Volvemos a la Declaración de Brasilia (1) que refiriéndose a Mujeres Mayores propone: "La integración de las mujeres de la Región será posible en la medida que se planteen transformaciones a través de un nuevo estilo de desarrollo, que modifique no sólo las estructuras económicas, sino que también las incorpore al ejercicio del poder y a la toma de decisiones públicas. Ello implica no sólo mejorar o promover aspectos específicos de la realidad de las mujeres, sino abordada en lo que es el conjunto de la construcción de CIUDADANÍA para mujeres y hombres en América Latina y el Caribe".

Triple discriminación (por ser mujer, vieja y pobre)

R. Butler en 1975 equipara: "El proceso de estereotipar y discriminar a la gente por

ser anciana, con lo que el racismo o sexismo pueden lograr en la discriminación por sexo o hacer que los jóvenes visualicen a las personas de edad avanzada como diferentes a ellos y poco a poco dejen de identificadas como seres humanos".

La edad forma parte de la identidad, negarla va devaluando poco a poco la autoestima y esto a su vez se relaciona con los conceptos de imagen y autoimagen, que se influyen mutuamente como dice U. Lehr (5) "la imagen que los demás tienen sobre las viejas/os influyen sobre la propia imagen".

En los países en desarrollo, donde las mujeres siguen teniendo una situación muy inferior a la de los hombres (p. ej. altos índices de analfabetismo, salarios miserables, familias numerosas a cargo), precisamente el hecho de no acceder a niveles de educación y atención primaria de la salud dignos, influyen para que se produzca frecuente-



mente la maternidad precoz o maternidad adolescente, con las consecuencias que ello implica para el presente y el futuro, así como enfermedades que podrían evitarse y otras que reaparecen.

Como expresa el escritor Carlos Fuentes: "Ese dolor infinito que siente uno, en un siglo que ha logrado el mayor desarrollo técnico científico de la historia, y a la vez, el mayor retraso moral y político..

A fines de los años ochenta surge con mucha fuerza el enfoque de vulnerabilidad,

sobre todo a partir de la publicación de UNICEF "Ajuste con rostro humano", la que critica la conducta de las políticas neoliberales, apuntando a los efectos desastrosos de políticas drásticas de ajuste; el impacto fue particularmente cruel con los grupos que serían pronto llamados vulnerables. Las/los viejas/os por su vulnerabilidad, son sujetos en ocasiones, de violaciones de sus derechos fundamentales como personas, siendo sometidos incluso, a violencias y coacciones por falta de información o por presiones externas, familiares, sociales e institucionales.

Ambos tipos de "Feminización" se producen a pesar de las luchas del movimiento feminista y del incremento de la participación de la mujer en el campo laboral y social.

Es importante al reflexionar sobre los conceptos "feminización de la Vejez y de la pobreza", calificar a ésta como una forma silenciosa de violencia que hiere profundamente los Derechos Humanos. Nos estamos refiriendo a la victimización de la pobreza agravada por la "vulnerabilidad de las mujeres de avanzada edad".

Las representaciones sociales negativas internalizadas desde los primeros años de la vida, en las mismas mujeres y en la sociedad, aumentan la vulnerabilidad, y, al mismo tiempo estos estereotipos son generadores de aislamiento y marginación social.

Vivimos en un mundo donde impera la violencia, producto de una crisis integral, política, social y económica que castiga duramente a amplios sectores sociales. Dentro de este contexto, son excluidos del sistema social, un gran número de seres humanos pertenecientes a los sectores más vulnerables de la población: niños, jóvenes, discapacitados, mujeres y ancianos/as. Estos grupos son los que más sufren violencia social en sus múltiples facetas: las acti-

vidas violentas afloran y se descargan sobre los más débiles (6).

Así lo enfatiza el Dr. Juan C. Caballero García, con quien coincidimos: "Un porcentaje desconocido de conflictividad finaliza en maltrato, problema que aflige especialmente a los niños, mujeres y ancianos de nuestra "avarizada" sociedad de consumo.

La *violencia* es sinónimo de *abuso de poder*, por cuanto el poder se emplea para hacer daño a otra persona, tratándose de daño o abuso físico, psíquico, económico o sexual" (7).

Los derechos, concomitantes con deberes personales y sociales que todos tenemos, no son distintos en una u otra época de la vida. El énfasis en la protección de los Derechos Humanos en las personas viejas persigue la superación de las situaciones de desventaja existentes, más no generar sistemas que perpetúen las discriminaciones y las situaciones de inferioridad (6).

La violencia contra los grupos más vulnerables, tiene que tener su correlato de repulsa social, y la respuesta tiene que estar dada por la sensibilización de las personas que por su profesión o llegada a los diversos sectores comprometidos en el problema, deberán establecer estrategias para la acción (8).

Concluyendo

"Sólo queríamos cosas simples: trabajar, educar a los hijos, cuidar nuestra casa. ¿Por qué habría de sernos tan difícil? (9)

A pesar de las dificultades es mucho lo que las personas adultas y mayores pueden aportar, sobre todo cuando se trata de restablecer lazos con el pasado que no sean simplemente anecdóticos, sino que promuevan el rescate de las tradiciones, de los valores de la solidaridad, de la ética, de una distribución equitativa y de la igualdad ante el derecho.

En los albores del nuevo siglo, con un mundo "globalizado" y "contradictorio", son muchas las estrategias planteadas donde las mujeres de edad mediana y avanza-

da, se han ganado los derechos a ser protagonistas y participar. De una crisis se puede salir fortalecido, es decir habiendo crecido, y para ejemplificar podemos citar la etapa del climaterio, donde desaparece la capacidad biológica para "procrear" pero



pueden abrirse numerosos caminos para seguir "creando"; versus el estigma de una vejez deficitaria, debe nacer una nueva identidad encontrando las herramientas para construir, con el aporte de sus experiencias de vida, una Sociedad más digna y más justa para sus grupos de edades y para todas las generaciones. Para ello será indispensable reconocer a la familia como núcleo social básico, aportando para que las políticas del área fomenten la integración.

Nunca dejaremos de insistir en el rol imprescindible que debe tener la Educación y la Capacitación Permanente, ámbito en el que coexisten mujeres y hombres de todas las edades y condiciones a lo largo de sus vidas, y a través de las cuales cada persona y cada sociedad pueden ser sujetos activos de su propio

crecimiento y desarrollo. Mantengamos vigente el lema del Año Internacional de las Personas de Edad: "Hacia una Sociedad para todas las Edades", que sólo tendrá sentido si viejas/os y jóvenes participan activamente en el desarrollo. Como dijo O.P.S.

"Una sociedad para todas las edades significa una sociedad sin discriminación por motivos de edad, una sociedad en que cada persona tenga la oportunidad de realizarse libremente y de llevar una vida productiva y satisfactoria. Hemos intentado describir la situación de las mujeres mayores, hay un camino largo que recorrer junto

a ellas, para visibilizar lo invisible (o lo que no se quiere ver), lo cual sólo será posible si se respeta la autonomía de vida y su derecho a la autodeterminación como seres autoafirmantes de su condición humana.

Ese es nuestro compromiso militante con las/los viejas/viejos. Muchas gracias

Esta Ponencia fue realizada en colaboración con el Dr. Santiago N. Pszemiarower, con quien trabajo en Gerontología desde hace 30 años.

Bibliografía

1. Declaración de Brasilia sobre el Envejecimiento. Naciones Unidas. Julio de 1996.
2. B. Sarlo: Instantáneas. Ed. Espasa Calpe 1996.
3. FNUAP Fondo de Naciones Unidas para Población.
4. La Mujer 2000. Las Mujeres Senescentes. División para el Adelanto de la Mujer (CEDAW) Doc. N°3. 1991, Viena. Naciones Unidas.
5. U. Lehr: Psicología de la senectud". Edit. Herder 1980.
6. Pszemiarower, S. N., Pochtar Pszemiarower, N.; Finkelstein, S. A.: Abuso y maltrato en la vejez. 1995. (Inédito).
7. Caballero García, J. C.; Remolar Ribes, M. L.: Consideraciones sobre el maltrato al Anciano. Revista Multidisciplinar de Gerontología Vol. 10 N°3 julio-2000.
8. Pszemiarower, S. N.; Pochtar Pszemiarower, N.: Ancianidad y Derechos Humanos. Ed. Asamblea Permanente por los Derechos Humanos. Marzo, 2000.
9. Dal Masetto, A.: Oscuramente fuerte es la vida. Ed. Planeta 1995.

La Justícia es bona per a la salut

“Quant més gran sigui la igualtat econòmica, més hi sortirà guanyant la salut pública”

Norman Daniels, Bruce Kennedy, Ichiro Kawachi

Sabem des de fa temps que els membres més rics i millor educats d'una societat tendeixen a viure més temps i amb més salut. Aquest descobriment el va fer René Louis Villemé a 1840, i totes les societats humanes semblen confirmar-ho. Les investigacions més recents sugereixen però que les correlacions entre el nivell de renda i la salut no acaben aquí. Sabem, per exemple, que en els països on hi ha grans desigualtats econòmiques hi ha també desigualtats més grans en les condicions de salut; i també, que els grups d'ingressos mitjans de societats força desiguals tenen una salut pitjor que grups comparables, o fins i tot més pobres, de societats més igualitàries. La desigualtat, en resum, sembla que no és bona per a la salut.

A més, i potser de manera més sorprenent, l'accés universal a l'atenció sanitària no trenca necessàriament el vincle entre condició social i salut. La nostra salut no es veu afectada només per la facilitat amb la que podem ser visitats per un metge —encara que això és important— sinó també per la nostra posició social i la desigualtat de la nostra societat. Naturalment, no podem inferir causalitat a partir d'aquestes correlacions entre desigualtat social i salut desigual (encara que analitzarem algunes idees sobre com una cosa pot conduir a l'altra). Potser de moment n'hi ha prou amb dir que, encara que els processos exactes no

són plenament compresos, hi ha proves que existeixen *determinants socials de salut*.

Aquests determinants socials ofereixen un angle diferent sobre la justícia, la salut pública i la reforma del sistema d'atenció sanitària. Si volem assegurar més justícia en



l'atenció sanitària i estem convençuts que els factors socials juguen un paper per a determinar la nostra salut, no ens podem limitar al sector tradicional de la salut. La salut no és només el resultat de tenir accés a prevenció i tractament mèdic, sinó també, i en una mesura força considerable, als efectes acumulats de les condicions socials sobre el curs de la nostra vida. Quan una persona de seixanta anys arriba a urgències amb

un atac de cor, el seu cos acumula tots els problemes que ve arrossegant de tota la vida. Bona part de les discussions actuals sobre la reducció de les desigualtats sanitàries amb un millor accés a l'atenció mèdica obliden aquest fet. Hem de considerar de la mateixa importància la millora de les condicions socials —com per exemple l'accés a l'ensenyament bàsic, els nivells de benestar material, un lloc de treball en un ambient saludable i la igualtat en la participació política— que ajuden a determinar la salut de les societats.

Aquestes condicions, per desgràcia, s'han ignorat en el camp acadèmic de la bioètica i en els debats públics sobre salut i reforma sanitària. La bioètica mèdica està disposada a entrar en el terreny de les noves i exòtiques tecnologies i okantejant difícils qüestions als metges i als administradors de la salut que han de prendre decisions sobre l'atenció als pacients i l'assignació de recursos mèdics escassos. I tots ens preocupem de la relació pacient-doctor a mesura que les companyies asseguradores s'han anat organitzant un paper força agressiu en la presa de decisions de tipus mèdic. Però amb algunes excepcions significatives, ni els debats acadèmics ni els populars han mirat “a l'origen”, més enllà de les noves tecnologies, de l'atenció administrada i de l'organització del sistema d'assegurances mèdiques, fins arribar al contracte social que determina el nivell de salut de cada societat.

Esperem salvar aquesta deficiència analitzant algunes qüestions importants que

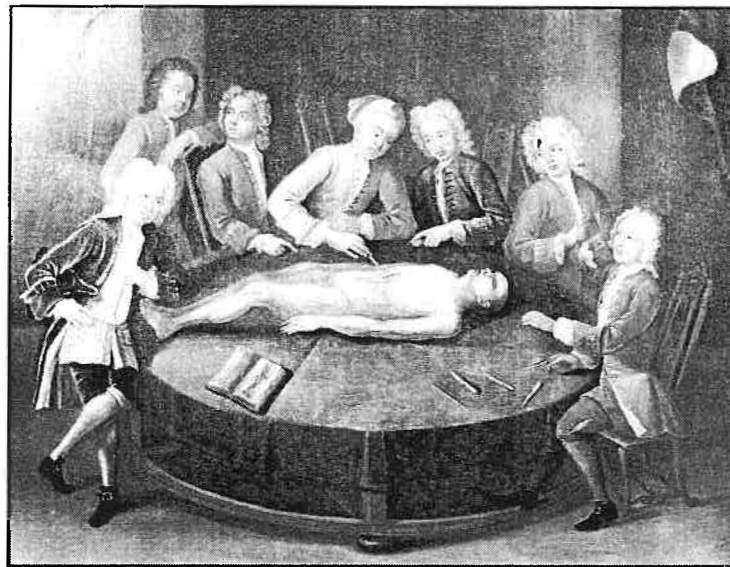
Traduït al català per Àngels Martínez i Castells

tenen a veure amb la salut i la justícia social. Per evitar generalitzacions poc concretes sobre la justícia direm d'entrada que la nostra línia d'argumentació s'inspira bàsicament en la teoria de la "justícia com igualtat" que va impulsar el filòsof John Rawls. Creiem que la teoria de la justícia de Rawls és força convincent al marge de la seva utilitat per ajudar-nos a plantejar el tema de l'atenció sanitària. Però fins i tot aquells que no comparteixin les nostres idees sobre la justícia poden trobar en els nostres arguments una primera ajuda per pensar sobre la justícia social i la salut pública.

La teoria de la justícia de Rawls com igualtat no estava pensada per aplicar-se a temes d'atenció sanitària. Rawls parteix del supòsit d'una població completament sana i argumenta que una societat justa ha d'assegurar a tothom unes llibertats bàsiques iguals que garanteixen que el dret a la participació política té valors semblants per a tothom, assegura la igualtat d'oportunitats, i limita les desigualtats a aquelles que beneficiïn als menys afavorits per la fortuna. I Rawls argumenta que si es compleixen aquests requisits de justícia podem confiar de manera raonable en que els altres ens tractaran amb el respecte essencial per a la nostra pròpia auto-estima.

Els descobriments més recent sobre els determinants socials de la salut posen de relleu que la manca de compliment dels criteris de Rawls per a una societat justa es pot relacionar amb desigualtats en la salut. Per tant, la nostra tesi és que si gaudim de llibertats iguals, un sistema robust d'igualtat d'oportunitats, una distribució justa de recursos i el suport necessari a la nostra auto-estima —les prioritats bàsiques de la justícia de Rawls— hem fet ja bona part del camí per eliminar les injustícies més importants en salut. Naturalment, la justícia social té valor més enllà dels seus efectes sobre la

salut, i la reforma social per aconseguir una justícia més gran no eliminarà la necessitat de pensar seriosament l'assignació de re-



ursos en el sistema sanitari. Tanmateix, actuar en el sentit de promoure la justícia social pot representar un pas decisiu cap a la millora de la nostra salut.

DETERMINANTS SOCIALS DE LA SALUT

Analitzem una per una les aportacions més importants que s'han fet darrerament sobre els determinants socials de la salut.

Desigualtats interterritorials

La prosperitat d'un país està vinculada amb la seva salut, mesurada, per exemple, amb esperança de vida; en els països rics les persones solen viure més anys. Aquest fet que ningú discuteix suggereix una ordenació natural de les societats en base a un ritme de desenvolupament econòmic determinat: a mesura que un país o regió es desenvolupa econòmicament milloren els seus indicadors de salut.

Però l'evidència ens diu que les coses són una mica més complicades. La renda per càpita i l'esperança de vida estan clarament relacionades, però només fins a cert punt, com podem veure en la Figura 1. La relació

entre la riquesa de les nacions, mesurada en renda per càpita, i la salut de les nacions, mesurada en esperança de vida, mantenen un creixement similar fins que la renda per càpita arriba al tram entre 8000 i 10000 dòlars: més enllà d'aquest dintell qualsevol increment de renda no significa de fet cap millora en l'esperança de vida. Aquest anivellament es veu encara més clarament en la Figura 2, que és la part superior de la corba de la Figura 1, i que correspon a les economies industrials avançades.

Però si inspeccionem de més aprop els dos gràfics hi descobrirem discrepàncies importants: en tant que Cuba i Iraq són igualment pobres (amb una renda per càpita d'uns 3,100 dòlars), l'esperança de vida de Cuba sobrepassa la d'Iraq en 17,2 anys. En un altre cas, les diferències de renda entre Costa Rica i els Estats Units són enormes (d'uns 21,000 dòlars) però l'esperança de vida de Costa Rica és més gran que la d'Estats Units (76,6 i 76,4, respectivament). De fet, malgrat ser el país més ric del món, els Estats Units presenten uns indicadors de salut realment pobres.

Per tant, el que acabem de veure ens demostra que la salut de les nacions pot dependre, en gran mesura, de factors diferents de la seva riquesa. La cultura, l'organització social i les polítiques públiques poden ajudar també a determinar la salut de la població, i els canvis en aquests factors poden explicar moltes de les diferències dels indicadors de salut que observem entre nacions.

Renda relativa

Un factor important per explicar la salut d'una societat es la distribució de la renda: la salut d'una població no depèn tan sols de la grandària del pastís de l'economia, sinó sobre tot de com es distribueix aquest pas-

tís. Les diferències dels indicadors de salut entre les nacions desenvolupades no sol s'expliquen per les privacions que associem amb un desenvolupament econòmic baix —manca d'accés a les condicions materials bàsiques necessàries per a la salut com aigua potable, alimentació i habitatge adequats i condicions generals sanitàries. El grau de pobresa relativa que existeix en el seu si també té la seva importància.

Hi ha força estudis que donen suport a la *hipòtesi de la renda-relativa* que ens diu que la desigualtat està correlacionada amb la mortalitat de la població i l'esperança de vida. Naturalment, els països més rics tenen en general una mitjana d'esperança de vida més alta, però també amb fortes diferències entre ells (Veure la Figura 1). Països rics amb una distribució de la renda més igualitària, com Suècia i Japó, tenen una esperança de vida més alta que no els Estats Units, on hi ha més desigualtat malgrat tenir una renda més elevada. I podem trobar igualment països amb una renda per capita baixa i amb una distribució més igualitària amb una esperança de vida força alta, com Costa Rica.²

Un model similar el podem trobar també dins els Estats Units. Els estats més rics tenen unes taxes de mortalitat més baixes, però la desigualtat de la renda explica gairebé el 25% de la variació interestatal de les taxes de mortalitat per edat. A més, un estudi recent de les àrees metropolitanes dels Estats Units ha posat de relleu que les àrees on és major la desigualtat en la distribució de la renda hi ha molts més morts en comparació amb les àrees amb una desigualtat menor. Aquesta diferència es molt gran, i equival a totes les morts produïdes per malalties cardíacques.³

El model utilitzat per aquest estudi compara diferents llocs (països, estats, àrees metropolitanes) en un mateix moment, però els estudis que es centren en un únic lloc en el temps també arriben a conclusions similars.

Els diferencials de renda en els Estats Units i el Regne Unit coincideixen amb una davallada de l'esperança de vida. En moltes de les àrees més pobres del Regne Unit la taxa de mortalitat per a determinats estrats de gent jove s'ha incrementat a mesura que la desigualtat de la renda també ho feia. En els Estats Units, entre 1980 i 1990, els estats amb una desigualtat de la renda més alta han tingut menors increments de la mitjana d'esperança de vida que els estats en els que la distribució és més equitativa.⁴



Finalment, si passem de comparar societats senceres a comparar els seus membres de manera individual també trobem, una vegada més, que la desigualtat és important. Són molts els estudis que documenten el que ja es coneix com el *gradient socioeconòmic*: a cada graó de l'escala socioeconòmica podem trobar millors indicadors de salut que en el graó inferior. Això indica que les diferències dels indicadors de salut no sols els podem trobar comparant els extrems entre rics i pobres, sinó a tots els nivells del status socioeconòmic.⁵

Aquest gradient no pot explicar-se per diferències en l'accés a l'atenció sanitària perquè el trobem en grups concrets d'indi-

vidus, com per exemple els funcionaris britànics, que disposen tots ells d'una atenció sanitària, habitatge i transport adequats.⁶

Interrelacions

Abans no volíem acceptar la correlació entre desigualtat i salut i creiem que no necessàriament havia d'existir una relació causa-efecte. Però ara s'ha identificat la manera com les desigualtats socials produeixen desigualtats en la salut. En els Estats

Units, els estats amb distribucions de la renda més desiguals inverteixen menys en ensenyament públic, tenen un nombre major de la població sense cobertura sanitària i gasten menys en xarxes socials de seguretat. El resultat pel que fa a la despesa en ensenyament i els nivells educacionals són especialment cridaners: a partir de la renda mitjana, la desigualtat de la renda explica un 40% de les variacions entre estats del percentatge de nens que en el quart grau queden per sota del nivell bàsic de lectura. De forma similar podem veure com hi ha una relació amb les taxes d'abandonament de l'escola secundària. És evident que les oportunitats a l'ensenyament en els estats amb fortes desigualtats en la distribució de la renda són completament diferents d'aquells estats on hi ha unes condicions més igualitàries. Aquests efectes sobre l'ensenyament tenen un impacte immediat sobre la salut, ja que s'incrementa la probabilitat de mort prematura durant l'infància i l'adolescència (com demostra la taxa de mortalitat molt més alta de nadons i nens em els estats amb altes taxes de desigualtat).

Quan comparem països trobem també que la inversió diferent en capital humà —en particular en ensenyament— és un fort predictor de l'estat de salut. A més, un dels predictors més importants de l'esperança de vida entre els països desenvolupats és l'alfabetització dels adults, en especial la disparitat que hi ha entre homes i dones i que ens explica les variacions de

Quant comparem països trobem també que la inversió diferent en capital humà —en particular en ensenyament— és un fort predictor de l'estat de salut. A més, un dels predictors més importants de l'esperança de vida entre els països desenvolupats és l'alfabetització dels adults, en especial la disparitat que hi ha entre homes i dones i que ens explica les variacions de

salut d'aquests països, després de les diferències de renda. Per exemple, entre els 125 països em vies de desenvolupament amb un PNB per capita menor de 10.000 dòlars la diferència d'alfabetització entre home si dones explicava el 40% de les expectatives de vida, una vegada descomptat els efectes de la renda per càpita. El fet que les desigualtats de gènere per accedir a l'educació bàsica impactin en les condicions de salut dona més importància al paper de les grans desigualtats socials per modelar les desigualtats en salut. De fet, en els Estats Units les diferències entre estats en la condició de les dones —mesurada en termes de la seva autonomia econòmica i participació política— estan fortament correlacionades amb taxes més altes de mortalitat de les dones.

Aquesta mecànica social —per exemple, la desigualtat de la renda que porta a la desigualtat en l'ensenyament i que porta a la seva vegada a la desigualtat en salut— està fortament relacionada amb els processos polítics que influeixen en la política del govern. Per exemple, la desigualtat de la renda sembla afectar la salut debilitant la societat civil. La desigualtat de la renda erosiona la cohesió social, mesurada per alts nivells de desconfiança social i reduïda participació en les organitzacions civils. La manca de cohesió social porta a una participació en activitats polítiques més reduïda (com votar, treballar per als governs locals, ajudar de forma voluntària en les campanyes polítiques). I una participació més baixa, a la seva vegada, debilita la resposta de les institucions del govern per fer front a les necessitats dels que estan en pitjor situació. Els estats amb desigualtats més altes en la distribució de la renda i per tant amb menors nivells de capital social i de participació política són els menys invertiran en capital humà i construiran una xarxa molt menys generosa d'assistència social.

En resum, els determinants socials sobre la

salut són molt clars. Quines són les implicacions d'aquest fet sobre les idees de justícia?

Manca d'igualtat i manca d'equitat

Quan les desigualtats de salut entre dos grups es converteixen en manques d'equitat? Margaret Whitehead i Goran Dahlgren proposen una resposta força útil i pràctica: les desigualtats en salut són una manca d'equitat quan poden evitar-se, són innecessàries i injustes.

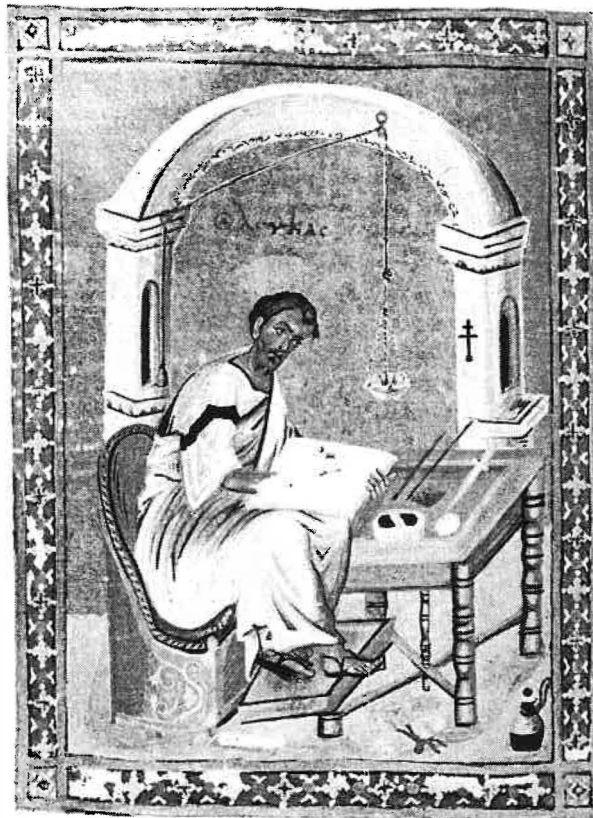
L'anàlisi que fan Whitehead i Dahlgren és poc concret de forma expressa. L'edat,

manca d'equitat). Aquesta no és una controvèrsia sense importància: a partir de la mitjana diferenciada per gènere de l'esperança de vida dels països desenvolupats podem obtenir diferents estimacions de la manca de equitat que pateixen les dones dels països en vies de desenvolupament. En qualsevol cas, l'anàlisi de la manca d'equitat ens serveix per descobrir el que pot evitar-se o és innecessari.

Aquest mateix raonament el podem aplicar a la equitat. És injusta la condició de salut dels grups més pobres formats per persones que són addictes a la beguda i al tabac? Podem pensar que no és injust, perquè adoptar aquestes conductes de risc és voluntari. Però si molta gent d'una classe social o grup cultural es comporta d'una manera similar, aleshores la seva conducta por tenir la qualitat de norma social —i en aquest cas ens hem de preguntar fins a quin puntaquesta conducta és voluntària (i per tant la responsabilitat individual que s'els hi ha de donar).

Els més pobres de molts països no tenen accés a aigua potable, instal·lacions sanitàries, habitatges adequats, ensenyament bàsic, vacunes i atenció prenatal i maternal. Com a resultat de la manca d'algun o de tots aquests factors les taxes de mortalitat dels pobres són molt més grans que la dels rics. En la mesura que les polítiques socials poden subministrar aquests determinants que manquen per a una infància saludable, es poden evitar les manques d'equitat.

Aquestes manques d'equitat són injustes? La majoria de nosaltres pensem que ho són. Potser perquè creiem que les polítiques que creen i mantenen la pobresa són injustes i potser perquè ens oposem a les polítiques socials que impliquen pobresa econòmica amb manca d'accés a instal·lacions sanitàries. Tanmateix, el problema de la justícia en l'atenció sanitària es complica més si recordem que no podem eliminar les desigualtats



el gènere, la raça i les diferències ètniques en els nivells de salut existeixen independentment de les diferències socioeconòmiques que hem anat veient i susciten preguntes diferents sobre equitat. Per exemple, hem de considerar la menor esperança de vida dels homes comparada amb la de les dones en els països desenvolupats com una manca d'equitat? Si la causa són diferències biològiques que s'imposen encara que no sabem per què, aleshores no podem evitar-les (i per tant no són cap

de salut eliminant la pobresa. Les desigualtats de salut persisteixen fins i tot en les societats en les que tothom té accés a un mateix nivell de salut pública i de serveis mèdics, així com a una renda bàsica i educació sanitària, i persisteixen com a gradient de salut en tota la jerarquia social i no sols entre els grups més pobres i els que estan per sobre d'ells.

Què hem de pensar, per tant, de les desigualtats de salut que persisteixen fins i tot si s'elimina la pobresa? Per eliminar les desigualtats de salut hem d'eliminar totes les diferències socioeconòmiques? Podem pensar que totes les desigualtats socioeconòmiques, o com a mínim les desigualtats que no escollim lliurement, són injustes —però són molt poques les persones que comparteixen una opinió tant radicalment igualitària. De fet, hi ha molta gent que creu que algun grau de desigualtat socioeconòmica és inevitable, o fins i tot és necessària, i per tant no és injusta. Sobre temes com aquest ens pot servir l'anàlisi de la justícia social de Rawls.

Justícia com Igualtat

A la seva *Teoria de la Justícia* Rawls intenta demostrar que un contracte social que vol ser just per a persones lliures i iguals, implica llibertats bàsiques iguals i igualtat d'oportunitats, i només ha de permetre desigualtats quan signifiquen que els grups menys afavorits en surten més beneficiats. Encara que l'anàlisi de Rawls abarca qüestions més generals de justícia social, dona també un conjunt de principis per a una distribució justa dels determinants socials de la salut.

Rawls no parla de malaltia o salut en el seu anàlisi original. Per a simplificar la construcció de la seva teoria assumia que totes les persones eren plenament funcionals en una vida de durada normal —ningú es posava malalt ni moria de manera prematura. Aquesta idealització ens dona la clau sobre com hem d'extendre la seva teoria al món real de malalties i morts prematures. L'objectiu del sistema sanitari públic i de la medicina és mantenir a les persones tant a prop de la idealització de funcionament normal com sigui possible amb les limitacions de

recursos raonables. Mantenir un funcionament normal, a la seva vegada, significa una contribució important, encara que limitada, a protegir la gamma d'oportunitats que estan obertes a totes les persones. De manera que podem considerar l'atenció sanitària com una norma que emana de l'igualtat d'oportunitats. Creiem que aquesta és una bona manera de descriure per què la justícia, tal com es descriu en els principis de Rawls, és bona per a la salut.

Comencem per considerar què es el que una societat justa exigirà en relació a la distribució dels determinants socials de salut. En una societat ideal, tothom té garantides les llibertats bàsiques, inclosa la de participar en política. A més, hi ha salvaguardes destinades a assegurar aquests drets a tothom, ja sigui ric o pobre. A més, com hem dit abans, la participació política és un determinant social de salut, i l'ideal de Rawls assegura la protecció institucional que contraresta els efectes de les desigualtats socioeconòmiques de participació —i també de salut.

A més, seguint a Rawls, la justícia requereix igualtat d'oportunitats. Aquest principi condemna les barreres discriminadores i exigeix mesures fortes destinades a mitigar els efectes de les desigualtats socioeconòmiques i altres contingències. A més d'un ensenyament públic equitatiu, aquestes mesures inclourien la provisió d'atenció de dia adequada i les instal·lacions que calguin per atendre als infants i promoure el desenvolupament de les seves capacitats al marge de les condicions concretes de les seves famílies. Aquestes mesures igualen, els millors models que actualment es poden ja trobar en alguns països europeus pel que fa a centres de dia i jardins d'infància, o fins i tot van més enllà. Observem que la importància estratègica de l'ensenyament per protegir la igualtat d'oportunitats té implicacions a tots els nivells d'ensenyament, inclòs l'accés a l'ensenyament superior i la formació professional.

El principi d'igualtat d'oportunitats exigeix també un servei de salut pública, atenció mèdica i social destinats a promoure el funcionament normal de totes les persones. Donat que el principi d'igualtat d'oportunitats vol assegurar que les persones puguin

desenvolupar-se amb normalitat, també va destinat a millorar la salut de la població i la reducció de les desigualtats de salut. Obviament, es requereix l'accés universal a una atenció sanitària total, inclosa l'atenció sanitària primària i els serveis de suport mèdic i social.

Per actuar amb justícia en política de salut hem de saber la manera com es produeixen diferències en la salut a partir de les desigualtats socioeconòmiques (i altres). Suposem que descobrim, per exemple, que l'organització del treball provoca stress i pèrdua de control, i que això deriva en desigualtats en la salut. Aleshores, i en base a la igualtat d'oportunitats, hem de pensar en modificar les característiques de l'organització del treball per a poder mitigar els seus efectes negatius com una exigència de salut pública.

Finalment, una societat justa ha de reduir les desigualtats de renda i riquesa per a beneficiar als que tenen menys. La coacció que implica aquest principi —juntament amb els principis d'assegurar igualtat d'oportunitats i el valor de la participació política— són probablement més suportables que la manca d'equitat que podem observar fins i tot en les societats més industrialitzades.

En resum, la justícia de Rawls —encara que no està pensada per a la salut— regula la distribució dels determinants socials clau de la salut, incloses les bases socials de l'autoestima. No hi ha res en la teoria que ens limiti als serveis mèdics. Entesa de forma adequada, la justícia com igualtat ens diu quina justícia és necessària per a la distribució de tots els determinants de salut socialment controlables.

I podem encara considerar una qüestió teòrica de força interès. Admetem que una distribució justa dels determinants de salut pot fer disminuir els gradients de salut més enllà del que podem observar en les societats més igualitàries dels països desenvolupats, però tot i així segueix existint un residu de desigualtats en salut: la gent que viu amb menys benestar econòmic seguirà tenint menys salut. La pregunta a fer és: Hem de reduir encara més les desigualtats econòmiques per les desigualtats en salut que creem?

Suposem que reduïm les desigualtats socioeconòmiques i que per tant reduïm les desigualtats en salut, però el resultat ha estat que la salut de tots ha empitjorat perquè s'ha reduït la productivitat i s'ha debilitat el funcionament de determinades institucions. Creiem que aquest resultat no és acceptable. El nostre compromís per reduir les desigualtats en la salut no ha d'exigir mesures que ens facin córrer el risc d'empitjorar les condicions de salut d'aquells que estan per sota del nivell mitjà. De manera que la qüestió teòrica es redueix a si seria raonable permetre alguna desigualtat de salut per a poder obtenir beneficis de no-salut per aquells que tenen les pitjors perspectives de salut.

Sabem que a la vida real la gent assumeix de forma rutinària riscos de salut per obtenir altres beneficis. Ho fan quan assumeixen un treball millor però més lluny de casa, o s'en van a esquiar. Aquest tipus de qüestions aixequen discussions sobre la igualtat. Per exemple, quan pot ser perillós donar una paga als treballadors per restringir les seves oportunitats laborals de forma injusta? Quan significa que estan actuant en base a la seva autonomia? Algunes compensacions són injustes; altres venen condicionades per paternalismes.

Rawls dona prioritat al principi de protegir les llibertats sobre una base d'igualtat perquè creu que una vegada les persones han trespasat el dintell de cert benestar material no canviaran la importància fonamental de la llibertat per altres béns. Fer-ho significaria negar-se a ells propis la llibertat per exercir els seus ideals més preuats, incloses les creències religioses, si guin les que siguin. Podem fer la mateixa argumentació en un hipotètic intercanvi de salut per altres béns?

Hi ha una bona base per creure que la gent racional no canviarà la seva salut per altres béns. La manca de salut pot impedir-nos aconseguir el que més volem a la vida. De fet, podem veure a les persones disposades a dependre's del que sigui per tornar a tenir la salut que han perdut.

Malgrat tot, hi ha motius per pensar que aquesta prioritat no és tant evident, especialment quan l'intercanvi es dona entre un risc per a la salut i altres béns als que la

gent hi dona també força valor. Prohibir (ex ante) qualsevol intercanvi de riscos de salut per altres béns, fins i tot quan es coneix perfectament tot el que pot implicar l'elecció, pot semblar injustificadament paternalista, en un sentit en que no ho és la prohibició d'intercanviar béns per les llibertats bàsiques.

Proposem una manera pragmàtica d'abordar aquest problema. La total igualtat d'oportunitats només es dona de forma aproximada, fins i tot en un sistema idealment just, perquè només podem mitigar però no eliminar, els efectes de la família i altres contingències socials. Per exemple, només si estem disposats a violar les llibertats paternes ampliament respectades podem introduir-nos en la vida d'una família i "rescatar" nens d'uns valors paternals que impedeixen el seu accés a la igualtat d'oportunitats.

Suposem, aleshores, que les decisions sobre els intercanvis els pren la legislatura en una societat democràtica en la que tothom té una clara igualtat per a participar. Donat que aquests principis exigeixen participació política efectiva per a tots els grups socioeconòmics, podem suposar que els grups més directament afectats per qualsevol decisió negociada tenen veu en la presa de decisions. Donat que hi ha un gradient residual de salut, els grups afectats per la negociació inclouen no només els que estan pitjor, sinó també els que estan en la mitjana de salut. Si és així, un procés democràtic que implica deliberar sobre l'intercanvi i els seus efectes pot ser la millor manera de resoldre la qüestió teòrica que ha quedat sense resposta.

D'altra banda, on el valor igual de la participació política no s'assegura de forma adequada —i nosaltres dubtem de que això s'asseguri fins i tot en les més democràtiques de les nostres societats— tenim molta menys confiança en la justícia d'una decisió democràtica sobre el punt d'equilibri entre salut i altres béns. És molt més probable sota condicions reals que aquells que més es beneficien de les desigualtats —és a dir, aquells que estan millor situats— disposin també d'un poder polític desproporcionadament gran i influeixin en les decisions que

afecten els equilibris per a servir els seus interessos. Pot ser fins i tot que l'ús del procés democràtic en condicions no-ideals sigui la solució més justa a la que poguem arribar a la pràctica, però de fet ens quedem molt per sota del que significaria un procés democràtic just.

Hi haurien desigualtats en salut encara que poguessim aconseguir una distribució justa de recursos. Però les decisions sobre si reduir encara més aquestes desigualtats són privilegi d'un procés democràtic. La justícia per si sola no obliga a la seva disminució.

Implicacions polítiques

Abans hem dit que l'anàlisi de Whitehead/Dahlgren sobre les desigualtats en salut (desigualtats que es poden evitar i que són injustes) ens és útil. I també que el que Rawls ens diu de la justícia com a igualtat ens serveix per explicar el que és just i que no ho és en la distribució dels determinants socials de la salut. La teoria ens ofereix una manera sistemàtica de pensar sobre les desigualtats i les iniquitats del tema. I arriba a la conclusió de que la majoria de desigualtats que ara podem observar en el món entre grups socioeconòmics, racials o ètnics són "iniquitats" que s'han de resoldre. Fins i tot els països amb els gradients de salut més reduïts, com Suècia i Gran Bretanya, consideren les seves desigualtats en salut inacceptables i han posat en marxa mesures polítiques per a mitigar-les.

Abans de seguir parlant del tipus de reformes que poden millorar la nostra salut al marge de les que es poden fer al sistema d'atenció sanitària, volem deixar clares les coses. No estem dient que s'han d'ignorar els serveis mèdics ni la reforma del sector de salut perquè hi hagi altres mesures que a un termini molt més llarg siguin més beneficioses per a la salut. Fins i tot si aconseguim una distribució justa dels determinants socials de salut i de mesures de salut pública, les persones seguiran posant-se malaltes i necessitaran serveis mèdics.

Per a poder copsar la importància de curar les necessitats mèdiques podem distingir entre "víctimes identificades" —gent que està ara malalta i té necessitats reconegudes

—i “víctimes estadístiques”, les vides dels quals podem allunyar de la malaltia amb mesures importants de salut pública i una distribució més igualitària dels determinants socials de salut. Pot ser una temptació jutjar aquestes vides de manera imparcial, i considerar que les vides estadístiques salvades tenen tant valor o són tant importants com les víctimes identificades. Però a l'hora de la veritat apareixen consideracions que frenen aquesta suposada imparcialitat entre víctimes identificades i víctimes estadístiques i ens impulsen a donar un pes moral especial per a satisfer les necessitats urgents dels que ja estan malalts. Els que donen serveis mèdics poden creure amb tota legitimitat que el bé que poden controlar amb la seva atenció mèdica té més efecte sobre els malalts actuals que el bé que es podria fer amb mesures indirectes que estan més enllà del seu control. De manera més general, la majoria de nosaltres tenim persones de la nostra família o amics que són víctimes identificades i ens sentim en la obligació d'assistir-los i no substituir la seva atenció per la que podem dedicar a amb víctimes més distants, o estadístiques.

Per tant, no estem suggerint que la nostra societat hagi de recolocar immediatament els recursos de la medicina a l'escola, per exemple, esperant i confiant en que una població amb millors coneixements serà més sana. I, tot i així, hem donat arguments que justifiquen la validesa de determinades reassignacions de recursos sempre que millorin els determinants socials.

Polítiques Públiques

Quin tipus de polítiques socials han de fer els governs per a reduir les desigualtats en salut? El menú d'opcions hauria d'incloure les polítiques destinades a igualar les oportunitats de la vida de les persones, com la inversió en ensenyament bàsic, te-

nir accés a un habitatge, obtenció d'una renda, i altres formes de polítiques anti-pobresa. Donat que la connexió entre aquestes polítiques socials i la salut pot semblar una mica remota, i quan es discuteixen les polítiques públiques rarament es connecten amb la salut, creiem que ens hauríem d'esforçar per incloure-les en el



debat. El tipus de polítiques que implica la perspectiva dels determinants socials comporta una gamma d'instruments molt més àmplia del que normalment es considera per a millorar la salut de la població.

Considerem, per exemple, quatre polítiques socials que poden millorar la salut reduint les disparitats socioeconòmiques: inversió en desenvolupament de la primera infància, programes de nutrició, millores en la qualitat de l'ambient de treball, reduccions en la distribució de la renda i més igualtat política.

1. *Intervencions en els primers anys de vida.* Cada dia estem més segurs de la influència que té l'ambient en el que es viuen els primers anys d'infantesa sobre la conducta, l'aprenentatge, i la salut que tindran les persones tota la resta d'anys de la seva vida. Assegu-

rar l'igualtat d'oportunitats implica intervenir tant aviat com es pugui en la vida de les persones. Hi ha estudis que demostren la importància dels ambients de suport en la primera infància. En el projecte Perry High/Scope nens de famílies pobres varen participar en un programa de desenvolupament entre els tres i cinc anys. Quan posteriorment es varen comparar amb altres grups, eren molts més els que procedien d'aquest programa i a l'edat de 27 anys havien completat els seus estudis, tenien feina i casa pròpia, s'havien casat i tenien fills i menys problemes amb la llei, s'havien detectat menys embarços en l'adolescència, i tenien molts menys problemes de salut mental.

L'ensenyament compensatori i la nutrició en els primers anys de vida semblen tenir importants beneficis per als grups més pobres. Com a part de la Guerra contra la Pobresa, el govern federal va posar en marxa dos petits programes d'ensenyament complementari: Dead Start per a pre-escolars i Chapter 1 per a infants de l'escola elemental. Quan es varen valorar aquests programes es va descobrir que els nens que hi havien participat

aprenien molt més que els altres. El nivell d'ensenyament que s'adquireix és un predictor important sobre la salut de la que es disfrutará en els anys posteriors, en part perquè aquest nivell està fortament relacionat amb la renda que s'ingressará, i en part perquè té una influència directe en la conducta sanitària que es tindrà d'adulte, inclosa la nutrició, el consum de tabac i l'activitat física. De manera que el programa significava més igualtat en temes de salut.

2. — *Nutrició.* Podem argumentar de manera similar sobre els suplementos nutricionals per a nens i mares de rendes baixes. El National Maternal and Infant Health Survey va demostrar que la participació de les dones embarassades de baixos nivells de renda en el programa WIC (de nutrició suplementària per a dones, infants i nens) sig-

nificava una reducció del 40% de risc de mort dels nadons. L'estat nutricional de la mare afecta les possibilitats del seu fill de no morir en els primers anys de la seva vida, però també en anys successius. El pes de la dona pre-embarassada és un dels predictors més importants del pes del nen en el moment del seu naixement; un pes baix en néixer es relaciona amb riscos més alts de malaltia coronària, hipertensió i diàbetes en l'edat adulta. Per tant, invertir en polítiques que redueixin les primeres influències adverses pot ser beneficiosa no sols a curt termini, sinó també per a les generacions futures.

3.- *Ambient de treball.* Ja hem parlat abans de que els nivells de salut dels treballadors estan molt vinculats a la qualitat del seu ambient de treball, en especial a la quantitat d'autonomia que els treballadors poden tenir en la seva feina. Els ambients rutinaris (com per exemple treball marcat pel monòton ritme d'una màquina en les cadenes de muntatge d'una indústria) o treballs que impliquin poques oportunitats d'aprendre i utilitzar noves capacitats (per exemple, caixers de supermercats) —tendeixen a

concentrar-se en ocupacions per a les que es paguen salaris baixos. Michael Marmot i els seus companys han posat de manifest que les disparitats socials en salut surgen en part com a conseqüència de la manera en que els mercats de treball classifiquen a les persones en posicions d'autoritat i control desiguals. Les condicions de treball que exigeixen molt de les persones amb poca autonomia no només són característica de les feines de baixa qualificació, sinó que també representen per als treballadors un risc associat d'hipertensió, malaltia cardiovascular, enfermetat mental, malaltia muscoesquelètica, absentisme per malaltia i incapacitat física.

A partir de l'estudi d'un nombre creixent de casos de tot el món s'ha arribat a la con-

clusió de que es possible millorar la qualitat dels llocs de treball incrementant, per exemple, la diversitat de tasques en el procés de producció, animant als treballadors a que participin en el procés de producció; autoritzant més flexibilitat en el seu treball, per exemple alterant els torns per adaptar-los millor a la vida personal. En alguns casos ha estat possible redissenar el lloc de treball i millorar l'autonomia del treballador sense afectar la productivitat, ja que un lloc de treball amb millors condicions pot fer que disminueixin les baixes per malaltia..



4.- *Redistribució de la renda.* La majoria de polítiques derivades de la perspectiva dels determinants socials es redueixen a la política anti-pobresa. Tanmateix, els estudis sobre els determinants socials de la salut ens alerten de que les polítiques anti-pobresa no són massa efectives per a reduir les diferències injustes de salut. Encara que es millori la condició dels que estan pitjor, el fet és que les desigualtats en la salut es produeixen com gradient: els pobres tenen pitjor salut que els quasi-pobres, els quasi-pobres la tenen pitjor que la classe mitja-baixa, i la classe mitja-baixa que la classe mitja-alta, i així successivament per tota l'escala social. Les accions que s'han d'empendre impliquen molt més que l'eliminació de la pobresa.

Per abordar de forma total el problema

de les desigualtats de salut els governs haurien de començar directament per les desigualtats econòmiques. La magnitud de les disparitats socioeconòmiques —la magnitud de la diferència en la renda i riquesa entre els més rics i els més pobres d'una societat— és una qüestió determinant per aconseguir bons nivells de salut en una població, al marge del nivell mitjà de vida. De manera més important, les disparitats econòmiques semblen influir en el grau d'igualtat de la participació política, entre elles el vot, les aportacions als partits polítics, el

contacte amb els polítics elegits i altres formes d'activitat política. Quan més desigual sigui la distribució de la renda i la riquesa, més migrats els models de participació política i, per tant, més gran sera l'exclusió política dels grups més pobres.

Les desigualtats en la participació política determinen el tipus de política que fan els governs locals i nacionals. Per exemple, Kim Hill i els seus companys han estudiat la relació entre el grau de mobilització dels votants de classe baixa en temps d'eleccions i l'abast de les

mesures de benestar que han acordat els governs de l'estat. Fins i tot després d'ajustar el resultat amb altres factors que poden condicionar la política de benestar de l'estat —el grau de liberalisme de l'estat, la taxa de benestar del govern federal en relació a cadascun dels estats, el nivell d'atur de l'estat i la renda mitjana i els impostos estatals, es va descobrir una relació molt estreta entre la magnitud de la participació política per part dels votants de les classes baixes i l'abast de les mesures de benestar. En altres paraules, qui participa compta pels resultats polítics i les polítiques resultants incideixen de forma clara en la possibilitat de tenir més salut dels pobres.

Per les raons que acabem de donar — un nivell de salut més alt i major participació

política—la reducció de les desigualtats de la renda hauria de ser una prioritat de tots els governs preocupats per fer front a la manca d'equitat en salut. Encara que la discussió sobre les estratègies cau fora del nostre abast, existeixen una sèrie de palanques mitjançant les quals els governs poden fer front al problema de la desigualtat de la renda, i que van des d'una actitud radical (compromís a mantenir la plena ocupació, la negociació col·lectiva i la imposició progressiva) fins a mesures incrementals (impostos progressius, atenció als infants, augment del salari mínim, etc.)

Desenvolupament internacional

De la mateixa manera que el que estem discutint té implicacions per a les eleccions econòmiques dels països industrialitzats, també les té per a la teoria del desenvolupament internacional. El fet que la distribució de la renda incideix en el nivell de salut de la població no implica que donar tota la prioritat al creixement econòmic sigui l'estratègia òptima per a maximitzar el benestar social. Augmentar la renda de totes les persones millorà la salut dels més pobres, però no tant com donar més atenció a la distribució del producte social. En el món en vies de desenvolupament, podem comparar Kerala, que és un estat de la Índia, amb països altament desiguals com Brasil i Àfrica del Sud, per explicar el que volem dir. Malgrat que només té d'una tercera a quarta part de la renda de Brasil o de Àfrica del Sud (i per tant hi ha molta pobresa en sentit absolut) els ciutadans de Kerala viuen molt més temps, segurament com a resultat de la prioritat que el seu govern dona a una distribució més justa de l'economia.

La qüestió realment important per als països en vies de desenvolupament és quin tipus de creixement econòmic va millor amb la salut. Per això Jean Dreze i Amartya Sen distingeixen entre dos tipus d'èxit en la

reducció ràpida de la mortalitat, que coneixem com els processos "mediats pel creixement" o "dirigits pel suport". En el primer cas s'actua a través d'un creixement econòmic ràpid, com per exemple serien els casos de Corea del Sud i Hong Kong, amb reduccions de la taxa de mortalitat. El seu èxit es basa en un procés de creixement i d'amplia base (per exemple, amb polítiques de plena ocupació), i en que les millores del creixement econòmic s'utilitzen per millorar els serveis socials del sector públic, en especial l'atenció a la salut i l'ensenyament. Aquestes experiències contrasten amb la de països com el Brasil, on també s'ha produït un creixement econòmic força ràpid, però on les millores dels indicadors de salut han quedat molt endarrera.

En contrast amb els processos basats en el creixement, els de "suport", com per exemple Xina, Costa Rica o Kerala, operen no només en base al ràpid creixement econòmic sino a través de les prioritats que els governs respectius donen a la provisió de serveis socials que redueixen la mortalitat i milloren la qualitat de vida.

Les polítiques d'aquest tipus solen tenir èxit



en la millora de les condicions de salut de la població. En qualsevol cas, el seu èxit depèn de si aconsegueixen generar una distribució més igualitària de la renda. Una vegada més, la salut és producte de la justícia.

Ja hem dit abans que la bioètica acadèmica i les discussions populars sobre la refor-

ma de l'atenció a la salut tendeixen en general a centrar-se en la medicina en el seu punt d'atenció als malats i ha tractat de forma inadequada els determinants de salut "més enllà" del propi sistema sanitari. Les descobertes empíriques sobre els determinants socials de la salut ens porten a concloure que aquest és un error molt seriós, i que cal mirar "més amunt" per descobrir el seu origen. Si aquestes descobertes empíriques les ajuntem amb una teoria filosòfica de la justícia que es pugui aplicar a totes les societats obtindrem resultats sorprenents. En una societat justa les desigualtats en la salut quedaran minimitzades i el nivell de salut de la població millorarà: en resum, la justícia social és bona per a la nostra salut.

Perdut en la traducció

Steffie Woolhandler i David Himmelstein

En els anys vint del segle passat una corrent important de la planificació de la salut a la Unió Soviètica considerava l'ampliació de la medicina curativa. Eren molts els que creien que a mesura que el socialisme es convertís en comunisme—eliminant la desigualtat, la pobresa, l'alienació i l'opressió—la prevenció, en el sentit més ampli, faria innecessària la necessitat de metges i d'hospitals.

Aquestes idees d'alguns soviètics eren una versió extrema, gairebé una caricatura de una tradició socialista més global. Rudolp Virchow (fundador de la patologia moderna) i Frederich Engels havien analitzat els determinants socials de la malaltia a Silesia i a la classe obrera anglesa, respectivament. En els primers moments de la seva carrera, Salvador Allende (que va ser ministre de salut d'un govern de Front Popular) va descriure els orígens socials de la malaltia i el sufriment en el seu llibre *La Realidad Médico-Social Chilena*, i acabava dient que només un ampli canvi estructural de la societat xilena podia fer front de forma adequada als problemes de salut.

La tradició marxista ha delineat una biolo-

gia socialitzada; models de salut, de malaltia, fins i tot de fisiologia que actuen en interacció amb un ambient social específic. Com va assenyalar Richard Levins, hi ha un pàncrees capitalista “de finals del segle XX”, no en el sentit d’un òrgan especialment ric, sinó més aviat d’un òrgan estressat fins a la diabetes per una varietat de factors detenninats socialment: models de nutrició dictats pel agrobusiness; escola i manera de viure antagonistes de l’exercici; situacions laborals que obliguen a menjar programats i activitat física; i un sistema d’atenció de la salut guiat per l’obtenció del benefici que per tant no contempla la medicina preventiva.

Els treballs que s’estan fent sobre desigualtats en salut i que constitueixen els fonaments empírics de l’article de Daniels, Kennedy i Kawachi, són a la vegada un replantejament i una comprovació d’aquesta tradició: les descripcions de Virchow i Engels traduïdes al modern llenguatge científic de l’epidemiologia. Aquesta traducció fa un servei important: presenta idees alienes i sospitoses en un format acadèmic acceptable. La preocupació per la desigualtat social i de salut es converteix en un tema legítim de treball acadèmic, encoratjant l’altruisme entre col·legues i estudiants i donant arguments per a reformadors progressistes. La premsa hi dona ressò, i presiona als que fan les polítiques públiques perquè millorin les desigualtats.

Però en la traducció del socialisme a l’epidemiologia ens hem deixat alguna cosa. En analitzar el tifus, Virchow va descobrir la llavor social de la malaltia i va recomanar (i va participar) en les mesures que havien de derrocar un sistema social en el qual “milers de persones han de morir en la misèria per tal que un centenar pogui viure bé”. La recomanació d’Allende per a la mala salut derivada de la desigualtat social va ser el front unit per fer fora el capitalisme i l’imperialisme de Xile.

Daniels, Kennedy i Kawachi descriuen la fenomenologia de la desigualtat i la injustícia, però deixen en la foscor els seus orígens i els que en són responsables. Per això les seves recomanacions impliquen canvis de política, però no en el poder. Volen redistribuir la riquesa, però no renuncien ni

al regne del mercat ni a la inviolabilitat dels drets de propietat que són la mare i el pare de la desigualtat.

En no identificar els responsables de la pobresa i la manca d’equitat poden confondre’s en les eleccions polítiques. Daniels, Kennedy i Kawachi donen per suposat que els recursos poden desplaçar-se des de un sistema d’atenció sanitària malbaratador de recursos a programes que ajudin a augmentar el nivell de vida dels pobres. A Canadà, el Ministre de Sanitat va publicar una declaració encara més explícita en el mateix sentit. Però quan es va retallar l’atenció sanitària, els recursos es varen transferir als rics i no pas als pobres.

El poble i les institucions (la classe dirigent o l’élite empresarial) que es beneficien d’una provisió desigual d’atenció sanitària es beneficien també de la desigual distribució de la renda, l’ensenyament i el poder. Quan aquests grups tan poderosos es debiliten amb les mobilitzacions populars la desigualtat disminueix i l’atenció sanitària millora. Així, els programes socials dels anys seixanta varen disminuir de forma substancial les desigualtats de renda, ensenyament, riquesa i habitatge —i varen coincidir amb el pas de Medicare a Medicaid. A Suècia, la retallada que s’acaba de produir en la des-

pesa sanitària ha coincidir amb un atac més global contra l’estat del benestar.

Finalment, tres petites questions. La primera, l’atenció sanitària es tan cara en els Estats Units que per a la gent malalta una assegurança inadequada moltes vegades significa la pobresa. De fet, la mala salut és la principal causa de quebra personal. En segon lloc, no ens podem sentir còmodes amb la seva implicació de que la salut és una mètrica adequada per a mesurar una societat. Vol dir això que la longevitat dels japonesos i les japoneses converteix al Japó en una societat model? En tercer lloc, els anàlisi centrats en la desigualtat no haurien d’amagar la horrorosa i absoluta misèria de la nostra societat: a 1995, 11,6 milions d’habitants dels Estats Units patien gana, 4,4 milions tenien tallats els serveis de gas i electricitat i un milió havia estat desahuciat i s’els havia tret de casa.

Aquestes crítiques no han d’amagar el gran servei que Daniels, Kennedy i Kawachi han fet amb el seu article i continuen fent en altres indrets, ja que de fet es tracta de tres destacats acadèmics que lluiten per la igualtat i la justícia.

Aquesta rèplica es va publicar a la Boston review de febrer/ març del 2000

Notes

1 John Rawls, *A Theory of Justice*, rev. Ed. Cambridge Mass., Belknap Press of Harvard University Press, 1999. Existeix traducció al castellà com *Teoría de la Justicia*.....

2 Veure Richard G. Wilkinson, *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality* (Londres; Routledge, 1996).

3 John W. Lynch et. Al., “Income Inequality and Mortality in Metropolitan Areas of the United States”, *The American Journal of Public Health* 88 (1998): 1074-1080.

4 Ichiro Kawachi, Bruce Kennedy i Richard G. Wilkinson, *Income Inequality and Health: A Reader* (Nova York: New Press, 1999).

5 Veure Douglas Black et. al., *Inequalities in Health: The Black Report, The Health Divide* (Londres: Penguin Group, 1998).

6 Michael Marmot et al., “Contribution of Psychosocial Factors to Socioeconomic Differences in health”, *Milbank Quarterly* 76 (1998): 403-408

7 Per exemple, la correlació entre capital social, mesurat per una confiança interpersonal baixa, i el benestar màxim com a percentatge de la renda per càpita es de -0,76. Veure Kawachi et al “Social Capital, Income Inequality and Mortality”, *American Journal of Public Health* 87 (1997): 1491-1498.

8 Goran Dahlgren i Margaret Whitehead, *Policies and Strategies to Promote Social Equality in Health* (Estocolm: Institute of Future Studies, 1991).

A modo de conclusión: apología de Dimitri Shostakovich, compositor soviético y defensor de la ciudad de Leningrado (1)

Oriol Martí

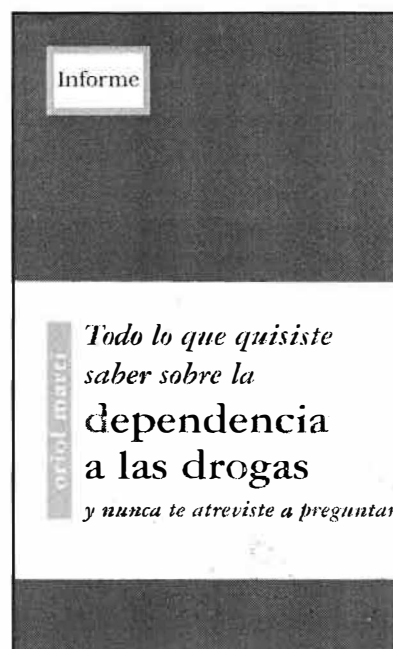
Resumamos con un corto ejemplo todo lo dicho en este libro: Imaginemos que estamos en invierno, hace frío y nieva. Subitamente, el tiempo escampa y aparece sobre el paisaje nevado un sol radiante que reverbera en la blancura de la nieve recién caída. Un personaje que padece ftofobia muy marcada, sale de su casa y la luz le ciega. Con los ojos medio cerrados va andando como puede y observa que sus vecinos le saludan y se felicitan de que después de tantos días de negrura el día ha amanecido muy hermoso. Pero el ftofóbico no ve la hermosura por parte alguna, para él andar por la calle llena de nieve, soportando la luz, es un sufrimiento creciente. Lleva los ojos casi cerrados, el cuello rígido, y muy a menudo se los cubre con las manos. Le duele la cabeza. Subitamente llega a «una esquina peligrosa».

Este ser humano, que vive con dolor lo que para sus vecinos es un inmenso placer, encuentra unas magníficas gafas de sol que alguien debió perder no hace mucho tiempo. Intenta abrir los ojos como puede para llamar al propietario de las gafas, que debe estar no muy lejos; no ve a nadie. Y, entonces, viendo que nadie le observa se pone

estas magníficas gafas de sol y todo, absolutamente todo, cambia para él: el blanco intenso de la nieve se convierte en un color amarillo-verdoso acogedor, el disco del

Astro rey, en algo cálido y amable, el día que empezó insoportable se convierte en agradable.

Pero esta persona es moral, y sabe que las gafas no son suyas, y se dice: «las devolveré a la oficina municipal de objetos perdidos», pero cada vez que intenta sacárselas, el trallazo de la luz sobre sus ojos le obliga a volvérselas a poner rápidamente. Es así que pasa por delante de un guardia municipal y no le pregunta donde tendría que devolver las gafas y, unos metros más adelante, se cruza con un grupo de vecinos a quienes saluda efusivamente, aún a sabiendas de que entre ellos podría encontrarse el propietario de estas magníficas gafas de sol. Sigue andando e intenta quitarse las gafas varias veces, pero no puede; hace los encargos que tenía que hacer y nuestro personaje llega alborozado a su casa. Durante los días siguientes, cada vez que ha de salir, limpia cuidadosamente estas gafas magníficas, alas cuales ha puesto nombre, se las pone y se lanza al mundo. Ni la luz, ni los vecinos, ni



la nieve, ni el frío le arredran, porque va con sus gafas.

Pero el invierno es muy largo, y las nevadas continúan. Inexorablemente, este personaje ha ido incorporando día a día estas gafas, al extremo que le funcionan como una prótesis, sin la cual no puede pasarse. Se le hace impensable salir a la calle -importa poco que haya sol o no- sin sus gafas. Forman parte de él mismo, hasta tal grado que no se separa de ellas nunca; sus vecinos bromean cariñosamente y le dicen si es que quiere parecerse al guaperas que anuncia un vermut por la tele. Y, obviamente, dice que no.

* Aquest text correspon al capítol 10 del llibre *Todo lo que quisiste saber sobre la dependencia a las drogas i nunca te atreviste a preguntar*. Ed. Argitaletxe HIRU, SL. Hondarribia 1997. Actualment l'autor prepara la segona edició que es publicarà al llarg del primer trimestre del 2002.

ciales a problemas cuya fuente se encuentra en otro lugar: son problemas políticos. Vamos a ver a continuación que futuro les espera a estos señores que suponen que acabaran con el «fenómeno de la droga». Ha llegado el momento de hablar de Dimitri Shostakovich.

Dimitri Shostakovich (1906-1975) es, sin lugar a dudas, uno de los músicos más importantes del siglo XX. Formado musicalmente durante los primeros años de la Revolución Rusa, el joven Dimitri, tuvo ocasión de conocer de adolescente, una de las épocas más creativas de toda la historia del arte en Rusia y en Europa. Poseedor de una formación musical fuera de lo común, conectó con los grandes cambios musicales que se producían en Europa en aquellos años, como eran el dodecafonismo de Schönberg y de Berg y otras corrientes vanguardistas. Mantuvo una cálida amistad con Prokofiev, y ejerció una labor pedagógica tan importante que es la base de esta generación de músicos que iluminaron con su rigor el panorama musical de varias décadas.

Pero la época florida de la Revolución Rusa duró poco y, en el plano artístico, se fueron imponiendo las ideas del llamado «realismo socialista», el cual apologeticamente atacaba a cualquier obra innovadora como «burguesa» y «degenerada». Es obvio que, rápidamente, el maestro Shostakovich formó parte de las listas de músicos que producían un arte «antiproletario» y «contra-revolucionario». Entre los personajes que defendían de forma más conspicua el «realismo socialista» en la música se encontraba el camarada Crenikov, el cual tenía la mente poblada por una única obsesión, que no tenía el menor pudor de expresar en público: aplastar a Shostakovich como se aplasta con el pulgar un insecto encima de una mesa. Otro gran músico, Kachaturian, hacía lo que podía para refrenar la obsesión de Crenikov, cuyas obras eran interpretadas en todos los conciertos oficiales. Pero la gente es lo que hace, no lo que dice. Llegó la II Guerra Mundial.

Cuando las tropas del III Reich rodearon Leningrado, este músico que «practicaba arte contrarrevolucionario y degenerado», decidió quedarse con sus conciudadanos en la

ciudad de Leningrado y se incorporó como bombero defensor de la ciudad frente a la barbarie nazi. Y mientras apagaba los incendios, producidos por las bombas, de una de las mejores máquinas de guerra de todos los tiempos, empezó a escribir su Séptima Sinfonía, que lleva por título: «Leningrado».

En medio del frío más atroz, del hambre y la desnutrición, fue capaz de escribir una de las más hermosas sinfonías de nuestro siglo, que se programa cada dos por tres en las salas de concierto de todo el mundo. Shostakovich abandonó la ciudad sólo cuando recibió órdenes de hacerlo y la sinfonía se convirtió en un auténtico himno antinazi. Es verdad que, como toda obra maestra, está rodeada de leyendas acerca de cuales eran los motivos que llevaron al músico a escribirla. Unos dicen que partía de una pieza que quería escribir a las víctimas del estalinismo, otros que intentaba reconciliarse con el poder... probablemente no se sepa nunca. Pero Shostakovich hizo otra cosa en medio de la soledad, la persecución estaliniana y el posterior asedio de los nazis: al poner el nombre «Leningrado» a su séptima sinfonía tendió el arco iris que sólo los genios saben tender hacia el futuro.

Han pasado muchos años, décadas, si nos remontamos a 1941, cuando el músico puso manos a la obra. Su sinfonía sigue sonando. En parte alguna se programa, que sepamos, la música de Crenikov. Y como que su sinfonía lleva por nombre Leningrado, hasta los más conspicuos amigos del señor Yeltsin, el señor del vodka, han de tragar el nombre Leningrado por mucho que les moleste. No lo podrán cambiar. En los años que vendrán, las posiciones tecnocráticas, burocráticas y policiales sobre el tema de la drogodependencia están condenadas al fracaso y al olvido como la música de Crenikov.

En la medida en que las gentes sean capaces de sentirse poseedoras de sus vidas y, en consecuencia, puedan escuchar los conflictos que nacen de sí mismos, y puedan colocarse mejor frente a los que vienen de fuera, las posiciones represivas irán perdiendo fuerza, porque no se sustentan más que en esto. Dicen fundarse en la ciencia, pero es falso, se fundan en una mala utilización de la ciencia.

Pero, las ideas no se imponen porqué sí, hace falta combatir por ellas y defenderlas con rigor. Es bueno que las personas nos reunamos para aprender y discutir sobre las cosas que nos preocupan y hacen sufrir porque es el primer paso para poderlas resolver. A lo largo de este texto he querido mostrarte, que si somos capaces de poner al ser humano en primer plano, podremos resolver este problema que tanto dolor produce y las relaciones de los seres humanos con estas substancias que cambian sus condiciones psíquicas serán bien distintas de las que actualmente son. Podrás argumentar en mi contra que siempre habrán seres humanos en los que el dolor del vivir, o su posición frente a los problemas del exterior, les incitará a ponerse las gafas de sol en forma de molécula química en mayor grado que los demás. Es verdad, tienes razón, pero te digo una cosa: cualquier ser humano ha de encontrar sus posibilidades de realización sea cual sea el grado de fortaleza o fragilidad psíquica. No olvides que los conceptos de «fortaleza» y «fragilidad» son muy relativos, porque todos somos fuertes y frágiles a la vez, otra cosa es que tengamos el valor de reconocerlo. Bien mirado, los seres humanos somos más frágiles que fuertes porque dependemos como ninguna otra especie de los demás y encima tenemos consciencia de que a la postre, nos morimos.

Recibe un fuerte saludo. Abrazos.

Notas

(1) La anécdota que se cuenta aquí la contó José Luis Pérez de Arteaga en una edición del «Mundo de la fonografía» de Radio2 Clásica. No he tenido ocasión de comprobarla en la biografía recién publicada de Shostakovich.

(2) En la traducción de Ballesteros de Torres, se da una solución que a mí me gusta más de la última frase: «No hace falta decir que una cultura que deja insatisfecho a un núcleo tan considerable de sus partícipes, y los incita a la rebelión no puede durar mucho tiempo ni tampoco lo merece».

Raó del cos

*La cicatriu
em divideix
en dues parts
l'aixel·la.
Cremallera
de carn
mal tancada
però
inamovible.
Inamovible*

*com el decret
que en llengua
imperial
m'exilia
a la terra
glaçada
dels malalts
sense terme
ni rostre.*

Maria-Mercè Marçal.

Realitat

Butlleta de subscripció

Enviar a Realitat, Portal de l'Angel, 42 2on,
08002 Barcelona Tel 93 318 42 82

Tarifa anual

Espanya 3.500ptes
Resta del món: 5.000ptes (45
)
subscripció d'ajuda: 5.000ptes

Nom _____ Direcció _____

Població _____ C.P. _____ Província _____ Telèfon _____

Desitjo subscriure'm a Realitat a partir del número: _____

Forma de Pagament: (Marcar amb una X la forma de pagament escollida)

- Per gir postal num: _____ dirigit a Realitat-PCC 210 3200 92 2201166778
- Taló bancari núm: _____ dirigit a Realitat-PCC
- Transferència bancària al compte corrent: Realitat-PCC 210 3200 92 2201166778
- Per domiciliació bancària (en aquest cas complimentar el recuadre següent:)

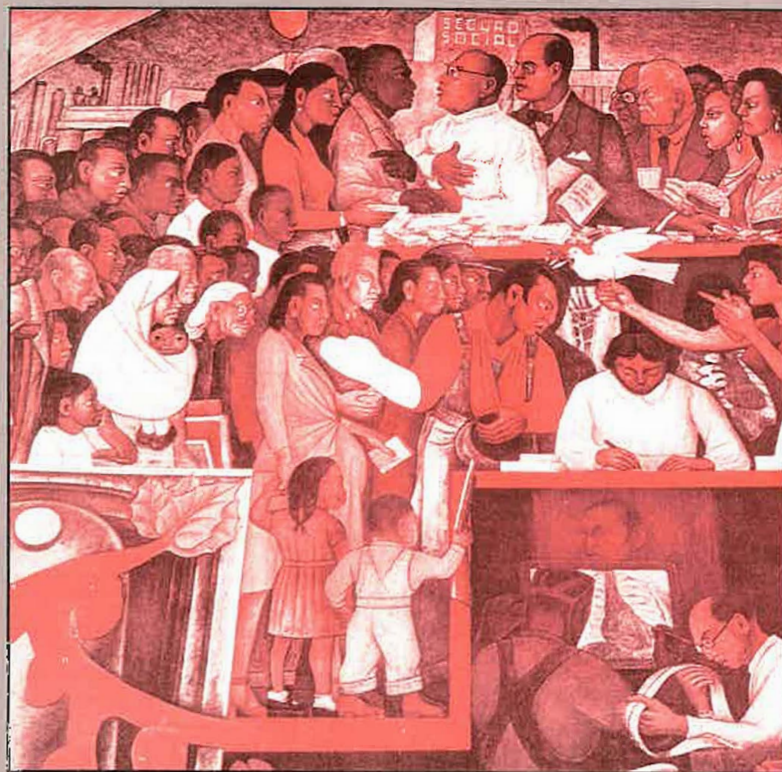
Dades a complimentar en cas de domiciliació bancària

Nom de la entitat bancària: _____

Domicili de la agència: _____ Població: _____

Numero de llibreta o compte corrent:

Banc	Agència	dígit control	numero de compte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



La medicina social, Fresc de Diego Rivera