

I. LES BASES

1. LA PROMOCIÓ DE LA SALUT, OBJECTIU PRIMORDIAL DE LA MEDICINA I DE L'ORGANITZACIÓ SANITÀRIA

RAMON ESPASA I OLIVER, metge cirurgià
(Barcelona)

Dels grecs ençà, dues actituds fonamentals han polaritzat les preocupacions i les inquietuds dels metges tant per a entendre com per a combatre les malalties. Els mateixos grecs ja les diferenciaren i les simbolitzaren en dues divinitats menors: Hygeia i Panacea.

Hygeia representava totes les potencialitats benèfiques de la influència del medi ambient en la prevenció i el manteniment de la salut.

Panacea, en canvi, coneixedora de les drogues, simbolitzava la creença que les malalties poden ser guarides mitjançant la utilització enginyosa de substàncies derivades de les plantes o de la terra.

Aquestes dues actituds bàsiques, la prevenció mitjançant la modificació del medi ambient, i la curació mitjançant la utilització de drogues i tècniques especials, han estat i són dos aspectes complementaris i inseparables de l'activitat mèdica. Al llarg dels segles i a causa dels desiguals coneixements que sobre aquestes dues àrees del saber han tingut els metges, ha senyorejat, ha predominat, l'una o l'altra manera d'entendre, i per tant de combatre, les malalties.

No resulta exagerat d'afirmar que fins molt recentment ha predominat quasi totalment en medicina la visió curativa i individual d'entendre els malalts i les malalties. És a dir aquella actitud que els grecs simbolitzaven en Panacea. El progrés dels científics per a arribar a construir una praxi realment científica i sortir dels àmbits de la màgia i de la fe s'han dirigit fonamentalment a conèixer la «màquina humana». Fou necessari aïllar l'home, el cos humà, del seu context, les condicions materials i socials de la vida, per a fer-lo més comprensible i assimilable. Aquesta actitud de dissecció i fixació científico-experimental de l'objecte d'estudi —l'home malalt i la malaltia— ha resultat enormement profitosa, però portava com a conseqüència ineludible la preponderància d'aquella visió enfront de les malalties que els grecs encarnen en la deessa Panacea.

Un brevíssim resum de l'història de la Medicina permetrà veure com primer va aparèixer l'anatomia, l'estudi de l'estructura del cos humà, després vingué l'anàlisi de les formes anatomo-patològiques que prenen les malalties i la morfologia començà a classificar les malalties. Finalment, i íntimament imbricat amb l'etapa anterior, aparegué el coneixement del

funcionament normal i patològic del cos humà, és a dir, la fisiologia i la fisiopatologia.

A partir del 1935 el descobriment de les sulfamides per Domagk donà pas a la irrupció d'un potent i real arsenal terapèutic com fins aleshores no s'havia conegut. Apareixeran els més diversos fàrmacs i els antibiòtics. La validesa d'una visió individualitzada i resolutiva d'apropar-se als problemes de les malalties tant pel que fa a llur estudi i comprensió com pel que fa a llur curació quedava des d'ara científicament confirmada.

En canvi la consideració de la interrelació de l'home amb el medi i les conseqüències terapèutiques o patològiques que aquesta relació comportava, va ser pràcticament oblidada fins al final del segle XVIII.

De tota manera importants excepcions, sempre aïllades i sense representar una real i continuada línia de treball, han existit. Una de les més importants, com ha assenyalat Farrington, és sens dubte l'obra de Bernardino Ramassini, «De les malalties ocupacionals», publicada el 1713. Aquest autor, impressionat per les condicions de treball dels netejadors de comunes de la ciutat de Mòdena, on ell vivia, inicià una formidable enquesta per a descobrir i descriure les malalties que més freqüentment afectaven els artesans del seu temps, segons llur ofici. Estudià mes de setanta-cinc oficis, i indicà en cada cas quines eren les malalties més freqüents i (fins on podia arribar amb els seus limitats coneixements) quines eren les possibles causes.

Un altre peoner en aquest terreny fou J. P. Frank amb el tractat «System einer vollständigen medicinischen Polizei», començat a publicar el 1779 i generalment considerat com el pare de la medicina preventiva. Una de les seves nombroses conferències i ponències, p. e., portava el significatiu títol de «La misèria del poble: mare de totes les malalties».

Al Regne Unit l'obra del peoner periodista i enquestador sanitari Chadwick representa un paper similar a la de J. P. Frank en el continent europeu. En el seu «Informe sobre l'estat sanitari de la població obrera» del 1842, comprengué plenament la relació existent entre els habitatges poc salubres i l'augment de les malalties. Concloïa advertint al govern sobre la conveniència de construir cases en bones condicions higièniques per als obrers, a fi d'evitar la prolongació i difusió de les malalties.

A la segona meitat del segle XIX la consolidació del concepte de microorganisme, que recollia des de les inicials aportacions de Leeuwenhoek i Spallanzani fins als definitius i inqüestionables experiments de Pasteur i Koch, tancà definitivament la polèmica sobre l'existència dels microorganismes i sobre la pretesa generació espontània de la matèria viva.

Sobre aquestes bases pogué aparèixer, *ja científicament assentada, tota una nova actitud en medicina, la prevenció de les malalties a través del control del medi ambient, és a dir, la higiene de les aigües, dels habitatges, dels llocs de treball, etc.*, al marge dels progressos que representaren també la vacunació primer i l'antibioteràpia després.

En definitiva, el que interessa de remarcar és la potencialitat i fecunditat d'aquesta *nova visió de l'activitat mèdica*, la prevenció de la malaltia gràcies al coneixement dels elements multifactorials (biològics, socials, etc.) que determinen la seva aparició i el seu curs. En aquest sentit la medicina preventiva actual ha superat ja àmpliament l'àrea d'on va sorgir, és a dir, el control i prevenció de les malalties infeccioses i transmissibles. Avui, gràcies als estudis epidemiològics de metges, enginyers biomèdics, tècnics en salut pública, estadístics, etc., sabem que l'estat de nutrició, el tipus de vida i el grup social condicionen (més fortament que no pas l'herència genètica o l'origen racial) l'aparició de certs tipus de malalties en els grups humans. Siguin d'origen africà, indoamericà o europeu, sigui la que sigui la complexitat de llurs mescles racials, les poblacions humanes suporten en general les malalties característiques de l'àrea geogràfica i del grup social en què han nascut i viuen. Mèdicament parlant, l'home és més un producte del seu medi que no pas de la seva herència genètica.

Un aspecte ja clàssic de les relacions entre societat i malalties, és la desigual situació dels homes enfront de la mort i les malalties, segons l'àrea geogràfica, l'època històrica i la classe social a què pertanyen. A França, Sully i Lederman han demostrat que l'esperança de vida és de 72 a 74 anys per a les professions lliberals, de 63 a 65 per als obrers i de 58 a 65 per als miners. A Londres, Douglas i Blomfield («Children under five», 1958), demostraren l'existència d'una desigual gravetat per a una mateixa malaltia segons la classe social a què pertanyen els nens que pateixen la dita malaltia. Varen veure que l'augment de morbiditat per infeccions específiques com és ara xarampió, parotiditis, pulmonia, etc., en les classes socials menys afavorides era petit respecte a la mateixa morbiditat en les classes altes. En canvi, sí que hi havia una gran diferència en la mortalitat que produïen aquestes malalties segons la classe social de referència. Aquests resultats suggereixen que la diferència entre els índexs de mortalitat segons la classe social és degut més a diferències en la gravetat de les malalties, que no pas a diferències en la incidència d'aquestes. L'explicació d'aquest fenomen rauria en el fet que els infants de les llars pobres són més vulnerables per a unes mateixes infeccions, perquè estan subalimentats, viuen d'una forma més precària i la malaltia cursa en ells d'una manera més greu.

Hollingshead i Redlich (Social Class and Mental Illness, 1958) demostren també, a partir de les dades recollides a New Haven, que el nombre de malalties mentals psicòtiques i en particular les esquizofrènies és molt més elevat en les capes socials baixes. Dedueixen que és l'estructura de classe la principal determinant del nombre i natura de les malalties mentals.

Finalment, també resulta socialment determinant que avui, en plena segona revolució industrial o r. c. t., les malalties més freqüents siguin els traumatismes (accidents de treball i accidents de circulació) i les neurosis. Malalties que no responen a un origen biològic sinó que presenten un ori-

gen clarament antropogen, que no representen un tret casual de l'organització de la nostra societat industrial i competitiva, sinó que tradueixen prou fidelment els caràcters deshumanitzadors d'aquesta formació social.

Si malaltia i salut, doncs, són sobredeterminades per la societat on es donen, sense oblidar però la base biològica que indubtablement tenen, és evident que la medicina no ha de ser concebuda sols com una forma de lluitar contra el dolor i la mort dels individus. Menys encara podrà definir-se com la restauradora de les possibilitats de supervivència dels homes, en funció d'una norma o d'un ideal de salut abstracta i intemporal.

Caldria remarcar que a més d'acceptar-ne el concepte biològic i científic, sempre que es pugui, s'ha de considerar també la interrelació dels aspectes socials de les malalties. Es tracta de reconèixer clarament que, a diferència del concepte de virus, inflamació, collagenosi o càncer, conceptes purament biològics, el concepte de malaltia té un contingut qualitatiu i valoratiu. Contingut que s'ha de buscar tant a dins (en l'aspecte biològic) com a fora de la malaltia (en les relacions socials).

Així es podrà entendre, sense recórrer a la fàcil al·lusió a l'actual càutica societat, per què s'utilitzen els poderosos coneixements biològics d'avui simplement per a curar o millor pal·liar les pneumoconiosis, i en absolut per a prevenir-les; per què els metges donen tranquil·lizants per a les neurosis en lloc d'ajudar el malalt a suprimir-ne la causa; per què recepten balsàmics i quimioteràpics respiratoris, en lloc de recomanar-los que respirin aire no polluit. La pol·lució atmosfèrica és exhaustivament estudiada en els efectes patògens que produeix en l'individu, però mai no és realment combatuda en tant que plantejant-ne l'eliminació completa. Es multipliquen les unitats de coronàries i els centres traumatològics a fi de recuperar el màxim nombre de malalts, i en canvi no s'és capaç de plantejar un tipus de vida que produeixi menys infarts i menys accidents de circulació. L'alcoholisme, l'excessiu consum de tabac, les malalties de la civilització (neurosis, stress, fatiga industrial, etc.) no seran realment previngudes fins que no es canviïn molts dels postulats de la nostra societat productiva i competitiva. Per a prevenir realment les afeccions pulmonars citades, els accidents de circulació, els infarts, l'alcoholisme, les neurosis per sobreesforç, etc., s'hauria de muntar un nou pla de vida que entraria en contradicció amb els interessos d'indústries tan importants com les de l'automòbil, del petroli, del tabac i del vi, per citar-ne sols algunes. Òbviament això representaria disminuir la competitivitat que caracteritza la nostra societat i és impensable sota les lleis de l'actual economia del benefici. La medicina queda per tant reduïda a curar o millor dit pal·liar les malalties que s'inscriuen en el marc de la nostra societat, però respectant sempre les regles del joc, actuant sempre a nivell individual i sense plantejar actituds terapèutiques que posin en qüestió el funcionament del sistema, com molt encertadament apunta J. Cl. Poyack.

Des d'aquesta perspectiva es pot comprendre que la praxi mèdica ac-

tual, a causa del seu enfocament predominantment curatiu, és a més del resum de totes les possibilitats terapèutiques que comporta el discurs teòric de la medicina, a més d'un mitjà de lluita contra la mort i per a allargar la vida, un reflex de la societat productiva i competitiva en què vivim.

Per a superar aquestes deficiències conceptuals i reals cal plantejar-se un nou concepte de medicina, de malaltia i de salut, que inclogui i superi aquelles dues actituds mèdiques bàsiques o genèriques —actitud curativa, actitud preventiva— que hem apuntat. Sense entrar ara en l'anàlisi dels conceptes i coneixements positius que informen cada una d'aquestes actituds o concepcions en medicina, la forma d'enfocar els problemes és la que pel seu exclusivisme o dogmatisme pot arribar a invalidar els pressupòsits científics i per tant pretesament neutrals, dels defensors (metges, sociòlegs, polítics) d'una o altra forma d'entendre l'activitat mèdica.

Per a superar aquest repte teòric i social en la nostra actual pràctica mèdica, s'hauria de reconèixer que l'estructura assistencial actual no respon adequadament ni al nivell de desenvolupament de la nostra societat, ni al de les diferents ciències o branques bàsiques de l'activitat mèdica.

Ens cal urgentment incorporar les ciències socials al discurs teòric i pràctic de la medicina, i alhora trobar una nova estructura organitzativa per a l'assistència sanitària que promogui el seu autèntic arrelament en les condicions de vida i en les relacions socials dels homes.

La promoció de la salut, en lloc de la lluita contra la malaltia, representa el gir copernicà que caldrà donar, tant per a conciliar aquelles dues i genèriques actituds que apuntàvem —opció curativa, opció preventiva— com per a aplicar el cabal de potencialitats de transformació i millorament social que avui comporten els coneixements mèdics.

La base organitzativa d'aquesta completa promoció i defensa de la salut, haurà de ser un Servei Nacional de la Salut. Aquesta és una organització integrada, ordenada i normalitzada sota una sola direcció de les cinc bàsiques activitats sanitàries —Prevenició, Guariment, Rehabilitació, Higiene i Epidemiologia, Educació Sanitària de la població— imprescindibles per a aconseguir avui una eficaç defensa enfront de les malalties i un real millorament del nivell de salut en la societat.

Els dos grans objectius que hauria d'assolir un Servei Nacional de la Salut, serien:

1. Superar els actuals desnivells en l'accés a l'assistència sanitària, tant entre les diferents classes i capes socials, com els purament geogràfics. Oferir realment igualtat d'oportunitats enfront de la malaltia i de la mort a tothom. En una paraula, ajudar a fer realitat un dret social avui reivindicat per les més àmplies capes de la població, el dret o la salut igual per tots.
2. Posar dempeus un eficaç dispositiu que coordinant la medicina preventiva, la higiene i l'educació sanitària de la població amb l'assistència curativa, faci front de forma coherent a les malalties *avui més freqüents*.

Els èxits de la higiene pública en la prevenció de les malalties infeccioses i parasitàries no ens serveixen ara per a combatre les noves malalties del nostre temps, malalties, com hem dit més amunt, de causa preferentment social: malalties cardíco-vasculars, degeneratives, traumatismes (accidents de treball, accidents de circulació). Aquestes malalties sols podran ésser dominades completament quan des de la nostra activitat sanitària siguem capaços de propiciar els necessaris canvis i modificacions del medi natural i social que facilitin o comportin llur desaparició. Avui és evident la relació entre nivell de salut i condicions econòmico-socials i ambientals. És per això que la política de les opcions productives, del desenrotllament de l'agricultura, la política dels transports i l'urbanisme, influeixen directament en les condicions sanitàries de la població. Per això hauran d'ésser orientades, no sols basant-nos en les exigències del profit i del rendiment, sinó també pensant en la necessitat d'eleva a través d'elles la salut de la població. Per tant, la participació democràtica en aquestes opcions i en la pròpia gestió dels serveis sanitaris són a més d'unes exigències intrínseques als objectius de promoció de la salut, dues activitats inseparables. La necessitat fins i tot de canviar el marc polític del país i de conquerir i eixamplar les bases de la democràcia a tota la vida del país és alhora *una premissa i una conseqüència* de la instauració i el funcionament d'un Servei Nacional de la Salut.

Podríem resumir en uns punts genèrics els requisits més amplis que ha de comportar un Servei Nacional de la Salut.

1. L'absoluta primacia en la participació o gestió democràtica dels usuaris i tècnics sanitaris a tots els nivells (Consell Nacional de la Salut, Consell Regional de la Salut, Consell Local de la Salut). Sense una profunda participació democràtica i especialment dels sectors més interessats, això és, les més àmplies capes de població, serà difícil d'emprendre o de fer empredre totes aquelles modificacions en l'estructura i en les relacions socials que com hem vist són causa de malaltia i de baixos nivells de salut. Són tan importants els interessos econòmics i polítics que una dinàmica sanitària d'aquest tipus tocarà sens dubte, que sense l'impuls i el recolzament democràtic de la majoria de la població es farà difícil avançar en tantes i tantes reformes sanitàries imprescindibles, si volem realment passar a l'ofensiva i promocionar la salut de tots, en lloc de sols curar les malalties dels pocs o molts que les pateixen.

2. El Servei Nacional de la Salut haurà d'ésser el senyal d'alerta de totes les incongruències socials que es tradueixen en dèficits de salut i malalties, alhora que l'instrument per a indicar i promoure les modificacions necessàries per a atendre la salut de tots.

3. El Servei Nacional de la Salut haurà de vetllar per la preeminència dels interessos públics —la salut de tots— sobre els interessos privats —la salut de pocs individus—, tot reclamant de l'Administració de l'Estat els adequats recursos operatius i administratius.