

LA SALUT COM A PROBLEMA

"SOBRE L'OBLIT"

ROSA M. BOIXAREU VILAPLANA
Universitat Ramon Llull

RESUM: Des del s. XVIII fins a mitjan s. XX s'ha posat més l'accent en la malaltia com a realitat biològica que en la salut com a vivència complaent, harmònica i participativa. Oblidant, sovint, que en la salut intervenen factors socials, psicològics, mediambientals, polítics... i biològics. També s'ha posat més l'accent en la guarició, alleujament, de la malaltia que no pas en la prevenció, promoció i manteniment del benestar, o bé de la salut, si així se'n vol dir. Tampoc se sap ben bé on queden les qualitats essencialment humanes en la consideració de la salut. L'article "recorda", una vegada més, que la salut s'encarna en el benestar i, aquest, és quan la vida es viu amb un "sentiment" de complaença compartit i participatiu.

PARAULES CLAU: persona, factors socials, salut/benestar.

11

Health as a problem. "About oblivion"

ABSTRACT: From the 18th century until mid-20th century, emphasis was laid upon disease as a biological reality rather than upon health as a pleasant, harmonious and participatory experience; overlooking, sometimes, that in health the relevant factors can be social, psychological, environmental, political... and biological. There was also more focus on curing and alleviating the disease rather than on preventing, promoting and keeping well-being, or health, if you like. The role of those essentially human qualities when considering health is also uncertain. This article "reminds" us, once again, that health lies in well-being, which is when life is lived with a shared and participatory "feeling" of pleasantness.

KEY-WORDS: person, social factors, health/well-being.

“Les gens bien portants sont des malades qui s’ignoren”¹.

Una reflexió essencial: el paisatge de la condició humana

La realitat està en moviment permanent² i, així, les necessitats, els desitjos, les preocupacions, les possibilitats... van paral·leles a la pròpia actualitat. El paisatge humà és canviant, com ho és el de la natura, però hi ha en ell quelcom que roman en permanència: les qualitats humanes, és a dir, la intel·ligència que possibilita la consciència i la llibertat. Tot plegat, allò que canvia i allò que roman per poder canviar, construeix l'experiència i les seves significacions sempre en constant evolució: som éssers itinerants, nòmades, en reinterpretació d'aquesta experiència, en camí de la construcció de la convergència entre el pensar, el dir i el fer. Vist així, la pretensió de la certesa demana la flexibilitat d'allò dit més amunt, demana amanir aquesta certesa amb la disponibilitat de la reflexió crítica.

Sovint, les coses no són el que semblen i, també sovint, les paraules les traeixen. Ens ho diu, entre altres, René Magritte (*Ceci n'est pas une pipe*) i ens ho diu l'experiència quan la representació de la realitat no lliga amb el coneixement o la comprensió que se'n té. Cal tenir-ho en compte davant la intenció de cercar i trobar unes paraules en les quals encapsular l'experiència humana de què és salut, què és el benestar; i, també, a l'hora de saber de què es parla quan es parla del seu contrari³. L'experiència del benestar és canviant, en constant evolució, en l'itinerari humà al llarg de la història, en l'itinerari personal de la pròpia biografia, però sabent, alhora, que hi ha un substrat, com en la condició humana, que roman com un pòsit comú que és essencial. El benestar demana un component de complaença sensible oberta, i ofert, a l'entorn. A partir d'aquí, entenc que la salut posa l'accent en l'*ethos* del benestar i la cooperació⁴ apel·lant

¹ “La gent sana són malalts que s’ignoren”: Jules Romains. (1924). *Knok ou Le triomphe de la Médecine*. Acte I. Paris: Gallimard. Comèdia satírica que es mou al voltant d'aquesta hipòtesi que Knok atribueix a Claude Bernard, i posa en evidència al llarg de l'obra. Més tard, Aldous Huxley dirà: “La medicina ha avançat tant que ja ningú està sa”, (1980) *Un món feliç*. Barcelona: Plaza Janés.

² Heràclit d'Efes (cir. VI-V aC) és conegut per la seva reflexió sobre el moviment i el canvi constant de la realitat: *panta rei*, “tot flueix”.

³ A consciència, estalvio la paraula *malaltia* perquè no necessàriament és el contrari de salut-benestar: quantes vegades la malaltia aporta lucidesa, descobriment, del que és realment el benestar!, malgrat una resolució no volguda.

⁴ “L'altre”, també sóc jo mateixa en la seva circumstància.

a una lectura humanista en el sentit més genuí del terme: la salut, és una *crisi* (un impàs actuant) que demana una resposta moral que s'enquadra, si més no, ens uns paràmetres d'observació, reflexió i acció. Abordar la salut solament des d'una perspectiva sanitària és empobrir el seu abast i posar límits a les possibilitats humanes: salut no és un concepte ni una definició, és una manera de viure, un estil de vida, que relliga benestar i cooperació. Anem a veure-ho.

Quatre eixos clau

El 1974, *l'Informe Lalonde*⁵ obre un marc de comprensió per analitzar problemes de salut i proposar respostes d'actuació: tal model s'ha perllongat en el temps i, quan es parla sobre què determina la salut es parla de *l'Informe*, s'hi fan retocs actualitzant-lo, però el seu rerefons sempre hi és. *Medi ambient, estil de vida, biologia humana i assistència sanitària*, aquests són els quatre eixos que intervenen (determinen) el benestar de les persones i de la població segons *l'Informe*⁶. Si hi afegim el component de la cooperació amarant aquests quatre eixos, tenim un marc d'actuació que fuig de les individualitats ni que siguin corporativistes: ens *recorda* (en sentit de present) allò comú en el paisatge humà, reclamant "fer alguna cosa" més enllà de mi mateixa. No solament això, aquests quatre eixos clau reclamen la intervenció dels sectors socials fixant l'atenció en les desigualtats socials i els seus efectes en el benestar de persones i comunitats⁷. Òbviament, el disseny d'aquest marc porta al reclam de la reflexió ètica en allò que afecta la salut i els seus determinants cercant les causes socials, biològiques o polítiques, o millor, la relació entre elles, i, amb certa

⁵ *L'Informe Lalonde* desenvolupa el model de salut presentat per Hubert Lafambroise el 1973. A Europa, la gènesi dels determinants de la salut, segurament hem d'anar-la a trobar en el moviment politicoeconòmic de finals del s. XIX que cerca la millora de les condicions de vida de la classe treballadora, segons riscos i necessitats, arran de la revolució industrial sobretot en sanitat, educació i ocupació; vegeu Elena Idoate i Valerià Molina. "L'estat de benestar. Una aproximació conceptual i estadística", a *Papers de treball*. 1/2008, any VIII. Generalitat de Catalunya. Departament d'Economia i Finances.

⁶ Vegeu OMS (2005) *Determinantes sociales de la salud*: "Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas". http://www.who.int/social_determinants/es/ [en línia].

⁷ Vegeu Taula d'entitats del Tercer Sector Social de Catalunya. *Disfuncions entre els àmbits de salut i social. Afectació a les xarxes d'atenció a les persones sense llar, a la salut mental i a la drogodependència*. <http://www.tercersector.cat/admin/repositori/file/INFORME-DISFUNCIONS-AMBIT-SALUT-I-SOCIAL.pdf> [en línia].

freqüència, és una injustícia social la distribució de la salut-malaltia entre la població perquè el “lloc” on hom neix i viu determina les possibilitats de vida i de benestar⁸. De tal manera que el camp de la recerca científica ja no pertany a un sol àmbit, sinó que té, o hauria de tenir, la perspectiva àmplia de diversitat de factors. És per això, si més no, que més endavant es dedica un apartat a “Medicina i medecines” entenent que la investigació mèdica és, alhora, social.

Poc temps després, la *Declaració d'Alma Ata* (1978) demana als governs del món, a la comunitat internacional, mesures urgents per protegir i promocionar la salut de la població. Qualifica aquest *benestar* com un dret humà fonamental i com un objectiu social en el qual són implicats els sectors socials i econòmics a més del sector salut en sentit restringit (el sector sanitari): és a dir, l'educació, la prevenció, l'alimentació i nutrició, l'aigua potable, la immunització, l'habitatge... Vist així, aquest benestar, que anomeno salut, o a l'inrevés, és una necessitat bàsica i un bé social essencial. Des de 1978? Des de temps ben llunyans⁹, però *Alma Ata* ens ho *recorda* amb sentit de present continu; també ens *recorda* que la majoria de la població d'aquest planeta està molt lluny de veure satisfeta aquesta necessitat, aquest bé, aquest dret, que anomenem salut¹⁰.

14

A Europa, venim d'un segle XIX, per no anar més enrere, amb una concepció biologista del *benestar*: la persona és l'hostatge d'un agent agressor que ve de fora (un agent extern): va adquirint protagonisme el laboratori, la farmacologia, la microbiologia.... Hi ha una causa que es focalitza i un efecte que s'anomena malaltia. També venim d'un segle XX, a Europa, on hi ha una evolució en la manera d'apropar-se a aquest *benestar* en la millora de les condicions de vida (alimentació, salubritat, higiene, millores socials, etc.): per exemple, el “model ecològic” de salut, entre altres¹¹, pot servir per il·lustrar-ho.

⁸ Vegeu A. Puyol. (2011) “Ética, equidad y determinantes sociales de la salud”. *Gac Sanit.* [http://www.elsevier.pt/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111\(11\)00311-6.pdf](http://www.elsevier.pt/sites/default/files/elsevier/eop/S0213-9111(11)00311-6.pdf) [en línia]. També, Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud. Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. Río de Janeiro (Brasil), 21 de octubre de 2011. (Consulta 6/08/2012.). http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf [en línia].

⁹ Vegeu, per exemple, “L'antropologia de la salut. La salut en el pensament dels clàssics grecs”, a (1998) *Ars Brevis*. Anuari de la Càtedra Ramon Llull Blanquerna, núm. 4. p. 27-43.

¹⁰ Joan Benach i Carles Muntaner (2005) *Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud*. Barcelona: Editorial El Viejo Topo. Disponible a: http://www.bvs.org.ve/libros/Aprender_a_Mirar_la_Salud.pdf [en línia].

¹¹ En els darrers temps, les aproximacions a la salut, o bé l'intent per definir-la, són nombroses. La literatura sobre el tema és gairebé inabastable, solament algu-

En aquest model, hi ha un hoste (la persona) ubicat en un medi (el seu¹²) i un agent causal: és a dir, al meu entendre, el protagonisme es cedeix al "medi"; segons sigui aquest, l'agent causal és i és com és¹³ amb possibilitats diferents. Un canvi notable, des de la concepció hipocràtica de la salut que reduïa el "medi" als elements d'aire, aigua, terra i foc, malgrat unes possibilitats semàntiques ben actuals. Més si es fa una lectura àmplia, no restringida, del "medi", "lloc", de vida: físic, biològic, social, cultural, espiritual, si més no. És això tan repetit i sentit: no és el mateix viure en un "lloc" afavoridor de *benestar* que en un altre en sentit contrari; un exemple, entre molts, és la malaltia crònica com a "lloc" de vida que dóna molt de joc teòric per il·lustrar el model ecològic i per fer el mateix amb *l'Informe Lalonde*: la conseqüència (malaltia) esdevé causa en una seqüència on no es veu l'aturador; semblantment amb la vellesa, la pobresa, i un etcètera inacabable. Per exemple, J. P. Frank, al segle XVIII, afirma que la "misèria és causa de malaltia", i Charles Dickens ho corrobora en la seva obra que és extrapolable a l'actualitat¹⁴: el "lloc" és un factor clau en salut.

Un "lloc" (medi) divers i canviant: pensar allò humà

15

Solament cal *recordar* que, si bé el protagonisme del model ecològic el situava en el "medi" amb totes les implicacions que li donava, això no treu una qüestió fonamental: el tema de la salut interessa perquè afecta les persones i entenc que en són la seva essència perquè tant el benestar com el seu contrari es viuen, es pateixen, i es construeix, s'afavoreix, o el seu contrari, amb la implicació directa i personal de tots plegats: és a dir, el "medi" humà. Un breu repàs a aquesta implicació (responsabilitat) personal em fa fer memòria

na referència com a "mostra": *Informes SESPAS Bienales*. <http://www.sespas.es/informes.php> (temàtiques d'interès sobre el tema); J. Elola Somoza (2001) "Salud". En *Política Sanitaria Española*. Madrid, Díaz de Santos; Laza Vásquez Celmira, Cárdenas Martínez Fernando José. (2009) "Abordaje Interdisciplinario de la Salud y la Enfermedad: Aportes a la Enfermería". *Index Enferm* [revista en la Internet]. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100008&lng=es. Revistes d'Antropologia Mèdica: <http://web.mac.com/josepmcomelles/iWeb/REDAM/BACBA13C-2085-4989-82A4-C1E74B087DAE.html>

¹² El terme "medi" el faig servir en sentit ampli; per exemple, el cos forma part del "medi", com també en forma part l'habitatge, l'àmbit educatiu o el medi ambient.

¹³ La biologia humana, com a "lloc", és un factor determinant, com els altres ja esmenats.

¹⁴ Unicef, "Estado Mundial de la Infancia 2012". <http://www.unicef.org/spanish/sowc2012/fullreport.php> [en línia].

de quina és l'estructura bàsica de l'ésser humà que es reconeix com a ésser personal.

Molt breument: l'ésser humà gaudeix d'una característica fonamental que anomenem intel·ligència: aquesta li dona la capacitat de conèixer i ésser conegut, reflexionar sobre aquest coneixement, transmetre'l i alimentar-se d'aquest procés per tornar-lo a començar amb variants més o menys significatives. Tot això comporta unes conseqüències comunes: consciència, llibertat, sensibilitat, llenguatge (simbologia)... És a dir, l'ésser humà sap i sap que sap, es fa preguntes, respon, decideix què fer i ho transmet. Un procés que, per cert, no deixa indiferent, afecta, fa "patir" a ell mateix i a l'entorn. L'ésser humà és canviant, es modifica i modifica el seu "lloc". Però també és vulnerable i limitat. Qualitats totes elles que posseïm com a espècie i de les quals es deriven un tipus d'actes que ens fan ser com som segons l'ús que els donem, i és aquesta particularitat la que ens distingeix d'allò comú, la que ens permet qualificar-nos com a persona singular i no com una altra realitat amb la qual vivim i que ens envolta. Tot això, però, es desenvolupa en un marc històric, cultural, social, que influeix i en el qual s'influeix. La persona està integrada en una xarxa de relacions i aquesta xarxa intervé en allò que hom és.

16

És a dir, no tot està fixat ni determinat. El benestar es pot millorar, construir, i el seu contrari, es pot alleujar, prevenir: l'educació és un recurs, entre altres, és un esforç amb què s'aconsegueixen coneixements, s'aprenen actituds, s'avaluen experiències, es plantegen qüestions, s'exploren nous horitzons, s'orienta vers aquest benestar individual i comunitari que s'anomena salut. Però l'educació demana, necessita, un "medi" adient que la faci possible amb la paradoxa que qui més la necessita és qui menys condicions naturals té per accedir-hi: el nivell socioeconòmic hi té molt a dir¹⁵. Dit d'una altra manera, els indicadors culturals i socials ens diuen sobre les necessitats de salut d'una població i les possibilitats de promocionar-la. La pregunta és: com fer del benestar un modus de vida quotidià, habitual, universal?

Pensar allò humà: filosofia, història, sociologia, ètica... o el desenvolupament de la capacitat per qüestionar i qüestionar-nos sobre la realitat i els seus límits, sobre allò que ens sobrepassa, possiblement no té resposta, però sí hi ha l'exercici de cercar-la i reconèixer que no

¹⁵ Vegeu, també, Carme Borrell i Joan A. Benach (coord.) (2005) "Evolució de les desigualtats en la salut a Catalunya". *Informe CAPS-Fundació Jaume Bofill*. Barcelona: Editorial Mediterrània. <http://www.fbofill.cat/intra/fbofill/documents/publicacions/414.pdf> [en línia].

es troba amb certesa satisfactòria. Però no és solament qüestió, sinó, ahora, saber dir-hi una paraula malgrat que sigui provisional. Ahora, cal saber que tant la salut com la malaltia s'aprenen: l'aprenentatge social condiciona hàbits, creences, valors, relacions, estils... Salut i malaltia són fenòmens biològics i, també, culturals que es perceben i s'interpreten des d'un marc cultural après malgrat sigui lligats a una patologia socialment reconeguda. Pensar allò humà demana integrar-hi la diversitat d'aspectes que hi intervenen.

La filosofia ensenya i convida a mirar, veure, pensar. La història ens parla d'un temps que, malgrat que és el passat, configura el present i, en aquest mateix present, hi ha imatges, fets, extrapolables; per tant, també és un mirall on mirar-nos. La història és la narració dels fets valorables des del punt de vista del moment narrat i de qui aprehèn. En la història de la salut, noms com Sigerist, Ackerknecht o José M. López Piñero, entre altres, construeixen un saber sobre fets, relacions, peculiaritats, de la salut i la malaltia en el marc sociocultural en què es viuen¹⁶. Fets que s'objectiven, es valoren, s'aprecien, en positiu o no: el dolor, la malaltia, la salut, la mort. Fets, cultura i valors van junts. Però no van sols. Els acompanya un context on altres valoracions també tenen veu: les idees, la política, l'economia, la religió, l'ètica... Salut, malaltia, sí, però sobretot qui la viu i qui la pateix, perquè estem parlant de persones en situacions de frontera. Cal no *oblidar*-ho. Com, també, val la pena no *oblidar* que la realitat humana té uns trets comuns de feblesa, vulnerabilitat, coratge... que convida a pensar, reflexionar, des de la perspectiva d'allò comú i d'allò propi, des de la semblança i la diferència: és el diàleg, l'escolta, l'intercanvi d'arguments que fan créixer qui els practica i relativitzen posicionaments absoluts.

La ciència i la tecnologia, solució i problema?

No es tracta de preparar un revulsiu al paper de la ciència i la tecnologia en favor d'una manera d'entendre el benestar, ho entenc desassenyat, si més no. La tecnologia innova i progressa sense treva en el sector sanitari, diagnòstic, farmacèutic, en cirurgia, en recerca... responsables de les millores en l'esperança i qualitat de vida de

¹⁶ Diego Gracia, *art. cit.*: "...La naturaleza es aquello con lo que el ser humano se encuentra en la vida. La cultura es todo lo que hace con ella, con la naturaleza, con el objeto de incrementar sus posibilidades de vida. La naturaleza ofrece recursos. Todo lo que el ser humano hace en la naturaleza es transformar estos recursos en posibilidades de vida. Esta transformación se hace mediante el trabajo, y el resultado es la cultura".

la població¹⁷. Però també entenc que, si bé la ciència i la tecnologia formen part de la solució a certs problemes sanitaris de salut, sovint les notícies sobre els avenços i aplicacions en aquest camp van acompanyades d'altres que alerten sobre els problemes que generen¹⁸. Si bé, en termes generals, hi ha un augment de l'esperança i qualitat de vida en societats com la nostra, alhora, amb ella, també hi ha un augment de situacions de cronicitat, efectes col·laterals i altres patologies (per ex. demències, dependències...) que fan apreciar la solució com a part del problema, i demanen del model tecnològic, per dir-ho d'alguna manera, consciència de límit i capacitat de resposta, necessitat d'humanització i consciència moral en la presa de decisions¹⁹.

No és aquest el lloc ni la pretensió de fer una anàlisi crítica d'aquests sectors, però sí que hi ha la intencionalitat d'encendre una llum ambre que convidi a la reflexió i ponderació: la imaginació no arriba a copsar fins on pot arribar el desenvolupament de la ciència, les expectatives que pot generar i les seves possibilitats d'actuació de benefici, o no, en la vida humana. Cal demanar que tals beneficis siguin en "tota" vida humana. Paral·lelament, el cost econòmic de tals possibilitats planteja, a nivell personal, social i de política (gestió) nacional i internacional, unes qüestions i un repte ètic de dimensions tan fantàstiques i espectaculars, en grandària i complexitat, com el mateix progrés i els factors que hi intervenen²⁰.

I malgrat tot, els reptes del benestar per al segle XXI a nivell mundial no es generen dins la complexitat anunciada en aquest apartat, sinó dins el context d'una cooperació i solidaritat que va més enllà de les paraules, però no sense elles: els organismes internacionals, les administracions públiques, ¿poden forçar línies de recerca que

¹⁷ Vegeu David Jou (2005) "Actualitat i perspectives de la ciència", a Diversos autors. *Mirades al segle XXI*. Eumo editorial-Universitat de Vic.

¹⁸ Vegeu Lluís Duch (1999) *Simbolisme i Salut*. Barcelona: PAM, p. 327-401.

¹⁹ Per exemple, en el cas del pacient, aquest no solament ha d'estar informat sinó, també, acompanyat i orientat en les seves decisions: molt distinta aquesta perspectiva de la del pacient abandonat, manipulat, imposat... Vegeu Albert Jovell (2012) *El metge social. Apunts per a una medicina humanista. Canvi social i sanitat*. Cànoves-Samalus: Ed. Proteus; Tullio Seppilli (2000) "De que hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación". *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina*. p. 33-44. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=619718> Apunta a un canvi en les societats occidentals en la manera de comprendre la salut i la malaltia, per exemple, creixement de la medicina alternativa, retorn a les pràctiques tradicionals o formes de sanació provinents d'altres cultures (ioga).

²⁰ Vegeu, entre altres, "Ética y Salud Pública" (2012) A *Cuadernos de la Fundació Víctor Grifols i Lucas*, núm. 27. Barcelona.

afavoreixin el dret a la salut, al benestar, malgrat que siguin rendibles econòmicament?²¹ Resoldre els problemes de salut pública associats a la pobresa i que generen pobresa és un d'aquests reptes que encara tenim pendent des de fa temps i temps²². El context de cada lloc social convida a plantejar la formació dels professionals centrada en les necessitats de la població.

Medicina i medecines, un problema de salut?

No és l'únic problema, com anem veient, però n'és un. De la Medicina i medecines se'n pot dir allò que ja es coneix com a medicalització. Es coneix com a *medicalització* la irrupció creixent dels sabers i de les pràctiques mèdiques no solament en el dia a dia sinó també en l'àmbit familiar: diversitat de pastilles, xarops, i altres estris, resten a la farmaciola d'un munt de llars i, sovint, amb la data de caducitat sobrepassada; de l'ús que se'n fa, popularment, se'n diu automedicació: l'origen del seu receptari és divers, el sistema sanitari, el veïnatge, la publicitat, coneixement adquirit... Informació-solució-remei és la triada que acompanya qualsevol trasbals, ¿de salut? En la nostra mentalitat, sovint, salut s'equipara a invulnerabilitat, poder, associat al temor de perdre-la, ja que, llavors, hom esdevé vulnerable, dependent, i *oblida* les qualitats de la dimensió humana que inclou una colla de recursos propis, com hem vist més amunt; ens costa acceptar el propi límit i vulnerabilitat²³ però, potser, sobretot, ens costa desenvolupar les nostres habilitats humanes per fer front al trasbals o a l'acceptació: *benestar* i *cooperació* donen molt de si per a la reflexió²⁴. El relat mitològic ens pot ajudar a entendre què som i com som²⁵.

La història de la medicalització és la història del reconeixement de la malaltia com a realitat eminentment biològica (exclusivament?),

²¹ Vegeu OMS (2010) *Informe sobre la salud en el mundo*. "Financiación de los sistemas de salud". <http://www.who.int/whr/2010/es/index.html> [en línia].

²² Entre altres reptes com, per exemple, el de les persones en situació de dependència, el consum de drogues, la violència domèstica, els accidents, el silenci del malestar profund (l'angoixa...)...

²³ Diego Gracia (2006) "Contribución de las Humanidades Médicas a la formación del médico". En *Humanitas, Humanidades Médicas*. núm. 1. <http://www.fundacionmhm.org/tema061/articulo.pdf> [en línia]. Em permeto recomanar-ne la lectura a tot professional de la salut, entenent que la llegenda del títol "... formación del médico" s'hi fa extensiva.

²⁴ "Qui no sap reflexionar corre el perill d'emmalaltir" (Dietrich Grönmeyer). Aquí, l'autor associa malaltia a feblesa no constructiva.

²⁵ Som una barreja de personatges com Prometeu, Afrodita, Atles, Ícar, Antígona, l'Esfinx... revolta, seducció, bellesa, força, creativitat, gosadia, saviesa, crueltat, enigma...

destructora de les possibilitats de benestar (com si el benestar estigués lligat, solament, a la biologia). Comença al s. XVIII amb l'anomenada medicina moderna i amb l'inici del model biològic comentat més amunt, i s'incentiva al s. XX sobretot amb el descobriment de les sulfamides i dels antibiòtics els anys 1940-1950, amb la introducció de la quimioteràpia, juntament amb tractaments quirúrgics que tantes vides han salvat i millorat²⁶, també amb la vinculació de l'economia a la gestió sanitària: el màrqueting i la comercialització entren en el món de la salut i la malaltia sobretot en els països desenvolupats, on es consideren patològiques situacions quotidianes que no ho són i que s'etiqueten com a disfunció, dèficit, síndrome, etc.; per exemple, la síndrome distròfica premenstrual, o bé el dèficit d'atenció, la timidesa o el sentiment d'infelicitat. Tot plegat, i en la nostra societat benestant (?), contribueix a una obsessió per un tipus de salut, a una tergiversació d'aquesta: s'identifica salut amb èxit, reconeixement social, cànon de bellesa, joventut, aparença... Al mercat, els anomenats "productes de salut" tenen un èxit que, òbviament, no té apel·lar a la reflexió, al seny, a l'experiència... *oblidant* la capacitat personal per gestionar la pròpia vida, per fer front als seus reptes quotidians, i la capacitat del grup de relació (família, amics, comunitat) per fer costat a les mancances pròpies. És ben sabut que és Ivan Illich qui alerta sobre la medicalització de la vida en detriment de la capacitat de les persones per a fer front a les dificultats del dia a dia, al sofriment i a la mateixa mort, que transformen situacions de normalitat en malalties; fa una crítica al sistema mèdic occidental dient que "la medicina institucionalitzada és una amenaça per a la salut".

La medicalització²⁷, per una banda, mostra la capacitat de la ciència per donar resposta al dolor, a patologies que, en un altre temps, eren letals, o a prevenir-les en certa manera (malgrat algunes veus crítiques, al meu entendre, la vacunació de la població ha suposat un salt qualitatiu en la salut de la població²⁸); per altra banda, tal

²⁶ Actualment, l'anunci del tractament individualitzat, sobretot de càncer, ofereix un futur fascinant. Jesús García-Foncillas y Eva Bandrés (2008) "La medicina individualizada: la farmacogenómica en cáncer". En *Humanitas, Humanidades Médicas*. núm. 33, noviembre. http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero33/papel.pdf [en línia].

²⁷ Vegeu, entre altres, Josefina Caminal (2008) "La medicalización y sus escenarios". A R.M. Boixareu (coord.) *De la antropología filosófica a la antropología de la salud*. Segunda Parte. Barcelona: Editorial Herder. També Josep M. Comelles (2008) "Medicalització, medicaments i cultura". En: http://www10.gencat.cat/catsalut/rsb/farmacia/efarma/articles/medicalitzacio_medicaments.pdf. [en línia].

²⁸ La recerca, en aquest sentit, segueix amb perspectives esperançadores, per exemple, la vacuna de la malària, malaltia causant de la mort d'un milió de persones l'any i

medicalització respon a necessitats "expressades" per la població: per exemple, el cas de l'envelliment i en el tractament i prevenció de diverses malalties que històricament feien estralls. Però, com apunto més amunt, és una forma d'induir al consum del medicament o a medicalitzar determinades situacions que poden tenir respostes més simples²⁹, que demanen posar en marxa l'engranatge de les capacitats humanes (individuals i comunitàries), o bé són degudes a problemàtiques socials de les quals no es pot exonerar la responsabilitat de l'Administració pública, o bé, a un estil de vida de causalitat múltiple; per exemple, per una banda, l'alcoholisme i la violència, i, per altra banda, el sedentarisme: ambdós exemples poden ser causa d'un tipus de patologies, però la resposta més aviat va per via de reforma social, educació i, també, mitjans de comunicació³⁰. Nombrosos factors socials, estructurals, de relació, d'identitat, laborals... poden explicar un tipus de patologies que són objecte de medicalització quan el plantejament i la resolució del problema no va únicament per via del sistema mèdic, com s'ha fet notar més amunt. Un exemple clàssic és el de la pobresa generadora de malaltia i a l'inrevés³¹.

Assistència, atenció, construcció, de la salut i de les desigualtats

21

Quan es parla d'assistència-atenció en salut, el referent espontani és el marc sanitari. Aquest article, volgudament, s'allunya d'aquesta espontaneïtat sense deixar-la de banda. Però, sovint, en el discurs sobre la salut s'ha *oblidat* la relació entre desigualtat social i benestar. Les xifres estadístiques ens parlen no solament de les malalties de la pobresa o de la riquesa, sinó també de la relació entre qualitat i

causa, també, de pobresa. Una altra cosa és la comercialització del producte. Vegeu la referència a la Declaració d'Alma Ata. Vegeu Who. The Malaria Eradication Research Agenda (malERA) initiative: <http://www.who.int/malaria/elimination/malera/en/> [en línia].

²⁹ Per exemple, reduir l'estrès, fer exercici físic, massatge... o bé aprendre a resoldre un tipus de problemes que no són pas mèdics però sí que demanen una educació bàsica familiar i institucional.

³⁰ Allò que ens arriba, i com ens arriba, a través dels mitjans de comunicació influeix en la manera de pensar i fer. Vegeu Milagros Pérez Oliva. "Medicamentos en busca de enfermedad". 09/07/2012. El País. http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/07/09/actualidad/1341863741_294998.html [en línia].

³¹ Vegeu Aula Salut Blanquerna. (2005-2006). *La salut, un dret social i un deure personal*. Ponència: Dr. Pedro Alonso, "Enfermedad, pobreza y subdesarrollo". <http://bsalut.blanquerna.url.edu/AulaSalut/Anteriors/2005-2006/index06.htm> [en línia].

esperança de vida segons el nivell socioeconòmic i les condicions de vida de la població en concret i com a comunitat o país³².

Si bé la possibilitat d'accés a un sistema sanitari de qualitat hauria de ser un dels objectius de qualsevol política sanitària, no és menys cert que l'accés a unes possibilitats reals de qualitat i condicions de vida hauria de ser un dels objectius prioritaris de qualsevol política social d'arreu del món. A casa nostra, això queda ben reflectit en la definició de la salut com "aquella manera de viure autònoma, solidària i joiosa"³³, o bé, a nivell internacional, dient que "la salut es construeix allà on la gent viu, estima, treballa, juga"³⁴, on es recull, així, que l'autèntica salut no es dona sense la implicació dels seus determinants i drets socials³⁵ i, afegeixo, psicosocials i personals: autonomia, treball, lleure, suport i reconeixement social (família, amics, xarxes socials...), etc. És a dir, sovint, les condicions de vida determinen un grau de benestar o el seu contrari, de tal manera que l'accés als serveis de salut pot resoldre insuficientment un patiment la causalitat del qual no està en mans dels serveis de salut, sinó en un marc més ampli i, per cert, més complex i compromès, com és el marc social.

Des de la perspectiva que dibuixa aquest article, al meu entendre, el dret al benestar, a la salut, és inqüestionable; malgrat que no es respecta per a la majoria de la població mundial, malgrat les elucubracions teòriques mentre les desigualtats socials, de gènere, de grup d'edat³⁶, de condicions de vida, siguin causa de manca de salut, de benestar, siguin causa de diferències peyoratives en les oportunitats d'una qualitat de vida. La salut no és un dret perquè així ho digui la *Declaració de drets humans* (1948), ni perquè abans ho hagi declarat

³² Vegeu, per exemple, Instituto Nacional de Estadística. *Encuesta de condiciones de vida*. Año 2010. Datos provisionales. Nota de prensa de 21 de octubre de 2010. (Consulta 6/08/2012.) <http://www.ine.es/prensa/np627.pdf>. També, Sebastià Sarasa i Albert Sales. 2009. *Itineraris i factors d'exclusió social*. Sindicatura de Greuges de Barcelona.

³³ Xè. Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana. Perpinyà 1976.

³⁴ OMS. Carta d'Ottawa, 1986.

³⁵ Vegeu Organización Mundial de la Salud. "Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos". Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, núm. 1, julio de 2002. <http://www.who.int/hhr/activities/Q&AfinalversionSpanish.pdf> [en línia]: «Deseo que la salud se deje de considerar como una bendición esperada, y se conciba en cambio como un derecho humano por el que se ha de luchar.» (Kofi Annan, Secretario General de las Naciones Unidas).

³⁶ Per exemple, una dona que dona a llum a l'Àfrica subsahariana té 100 vegades més probabilitats de morir en el part que una d'un país industrialitzat; més d'11 milions de nens moren al món per malalties tractables com la malària i la diarrea, i la tuberculosi mata als països pobres gairebé dos milions de persones. A. Puyol, *art. cit.*

l'Organització Mundial de la Salut (1946) en el seu text constitutiu, ni perquè ho digui el *Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (1966) de las Naciones Unidas (art. 12), ni la *Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos*, art. 14 (Unesco, 2005)...³⁷, sinó perquè tot ésser humà té el dret natural de poder desenvolupar les seves capacitats i de gaudir-ne. Les declaracions en aquest sentit ho recorden davant l'escàndol de tal *oblit*.

Què sabem sobre la salut?

La malaltia, com a tal, forma part de la condició humana: totes les persones emmalalteixen en un moment o altre al llarg de la seva vida. Això és així. Però no és el mateix emmalaltir com a seqüència de la pròpia condició que fer-ho com a provocació de: provocació d'un deteriorament de les condicions de vida, de les possibilitats de desplegar les pròpies capacitats o de limitar-ne les d'*altri*, per posar alguns exemples que ens permetrien fer un desplegament del gran abast de situacions que escapen a l'espai restringit d'emmalaltir propi de la condició humana. El tema és complex, certament, però quin tema hi ha que no ho sigui? I no per això hem de deixar d'abordar-lo des de l'observació, la reflexió, la proposta i l'acció.

 23

Què sabem sobre la salut?³⁸ Des de diversitat de disciplines i àmbits de recerca es fan aproximacions a la salut. Val a dir que, entre altres, destaco les reflexions i aportacions d'autors com Ll. Duch, J. M. Comelles, H. G. Gadamer, G. Canguilhem, entre d'altres, que ajuden a una perspectiva oberta sobre el tema perquè, si bé cadascú ho fa des dels seus plantejaments, la consideració global ens porta a tenir en compte els matisos, importants, que hi intervenen: de la condició humana, cultural, social, històrica, del pensament... Dit això, també val la pena dir que, sobre la salut, en sabem prou com per haver dissenyat un marc d'atenció, prevenció i cura, social i sanitari³⁹, certament no satisfactori ni suficient per a la població en general, i menys per a la població mundial, perquè grans sectors queden exclosos, o en situacions de mínims, d'aquest marc al qual feia referència més amunt.

³⁷ Art. 14: «Responsabilidad social y salud». <http://www.bioeticas.org/IMG/pdf/dl242258.pdf> [en línia].

³⁸ Vegeu Bernhard Badura (1994) "Che cos'è e cosa determina la salute", a Marco Ingrosso *La salute come costruzione sociale. Teorie, pratiche, politiche*. Milano: FrancoAngeli.

³⁹ No entro en l'anàlisi de la "crisi" econòmica i de gestió que afecta el sector sanitari actualment, però sí que el tinc ben present.

En sabem prou com per construir marcs teòrics que poden ajudar-hi, però manca molt, massa, com per estar satisfets d'allò que tenim, d'allò que hi ha. Perquè si alguna cosa bona té aquella primera definició de l'OMS de l'any 1946 és, sobretot, l'amplitud del punt de mira de la segona part: "... benestar físic, psíquic i social, i no solament l'absència de malaltia", entenent aquí com a malaltia el desordre orgànic, per dir-ho amb poques paraules. Des de llavors, i abans també, fins ara, els intents d'atrapar *què és la salut* han estat nombrosos i continuen amb més o menys consens, però ajuden a adonar-nos que això de la salut és com una mena de trencaclosques (com un joc de nines russes?), amb una variant que el fa diferent dels clàssics, i inaprehensible (és a dir, no hi ha, no pot haver-hi, un patró-model que ens orienti a l'hora de construir-lo, però sí que hi ha indicadors, referents). La variant personal, al meu entendre, és definitiva com ho és, alhora, la variant social: i és precisament l'ambivalència del sentit de tal afirmació el que contribueix al qüestionament de la salut. En aquest aspecte, hi ha diversitat d'experiències, seria una temeritat i una imprudència intentar abastar-les totes. Però aquí també se'ns obre una fissura: és cert que aquest sentiment (vivència) de vida benestant, o malestant, ho és a partir de les nostres pròpies possibilitats, però, si aquestes possibilitats fossin unes altres (poden ser-ho?), tal sentiment seria de la mateixa qualitat? Bé, o dit d'una altra manera: si s'eixamplen les perspectives personals, segueixo amb l'experiència de benestar? O bé s'hi han incorporat altres elements, fins llavors desconeguts o ignorats, que la matisen o la canvien? Què passa amb aquest benestar que ja em satisfia? Prendre consciència de la precarietat de vida de les poblacions vulnerables⁴⁰ properes i més llunyanes, no forma part d'aquest aspecte personal canviant? No introdueix un element "problema", qüestionador, en la pròpia experiència del benestar?

La salut, un procés sempre en qüestió

El primer apartat d'aquest article ja ens porta a comprendre que, quan parlem de salut, ho fem tenint en compte una colla de factors; ressaltó, si més no, el marc cultural des del qual es parla juntament amb les situacions socials que es generen al si d'una comunitat:

⁴⁰ Pocs ingressos, poca formació, atur, situacions de cronicitat, envelliment, marc de pobresa, sense cobertura o serveis sanitaris, en dificultat d'accés a aquests serveis, en exclusió social, prejudicis, sense llibertat d'expressió-participació pública o privada, sense xarxa de relacions socials... i un munt d'obstacles que impedeixen, dificulten, un confort vital (que no és el mateix que un confort de vida!).

ideologia i gestió política, la qüestió laboral en sentit ampli (atur, accidents, seguretat, risc, discriminació...), el món de l'educació i el lleure, l'estructuració familiar, els estils de vida, la planificació assistencial, els factors econòmics, el consum... Però no solament això. La salut d'una població també es considera des de la perspectiva de l'equitat social: oportunitats i possibilitats de benestar a l'abast de les persones concretes segons les seves necessitats i possibilitats, entenent el benestar com un sentiment de vida complaent que es viu d'aquesta manera i es comparteix. La salut d'una població ha de respondre a les exigències de les necessitats socials de benestar, i a les oportunitats que permetin resoldre-les. L'acció de salut és un servei social que ens estimula, i exigeix, a no ser observadors passius, sinó forjadors i consumidors dels valors socials que més apreciem i volem que configurin el nostre present i futur. Tot això està molt bé, però la salut té un cost, com ja hem vist. Un cost humà i econòmic. La seva gestió demana trobar l'equilibri entre necessitats-possibilitats, entenent que les necessitats bàsiques (alimentació, higiene, descans...) són també exigències bàsiques de salut. Si es cobreixen les exigències bàsiques de salut, llavors, podem aspirar a parlar-ne com a *Qualitat de Vida* individual i social, tot un repte⁴¹.

També avui, es parla de salut en termes de desenvolupar les capacitats humanes com la contemplació, la reflexió, el silenci, l'escolta, l'admiració, el discerniment..., és a dir, saber veure més enllà de la immediatesa, de les seves formes, dels espais on hom es troba i es dóna a conèixer. És el que s'anomena *la intel·ligència espiritual*, que ens porta a endinsar-nos en la pròpia interioritat, en la dels altres, en la del món. Es tracta de la capacitat d'aprofundir en la vida i descobrir-hi un tipus de riquesa diferent a l'habitualment reconeguda. Es tracta del "sentit", d'allò intangible però capaç de ser font de benestar⁴². Tot allò que, avui i sovint, sembla *oblidat*.

El nostre temps no afavoreix gaire la mirada sobre les coses de la vida i del món com a signes de quelcom més d'allò que aparentment són. La sensibilitat simbòlica contempla la realitat amb curiositat i

⁴¹ El concepte *Qualitat de Vida* (QV) s'entén com un procés centrat en la persona en el qual els passos que es presenten s'han d'adequar a la realitat a la qual es refereix: a) La qualitat de les condicions de vida d'una persona; b) La satisfacció experimentada per la persona amb aquestes condicions vitals; c) La combinació dels components objectius i subjectius, és a dir, *Qualitat de Vida* definida com la qualitat de las condicions de vida d'una persona juntament amb la satisfacció que aquesta experimenta; d) La combinació de las condicions de vida i la satisfacció personal ponderades per l'escala de valors, aspiracions i expectatives personals.

⁴² Pot ajudar a comprendre el significat la visualització del documental Gröning, Ph. (2005) *El gran silencio*. Alemanyà.

admiració. La curiositat i l'admiració ens diuen que la vida i el món són un espai obert, dinàmic, plural, que el simbolisme pot ajudar a descobrir i desxifrar. Qualsevol tipus d'intel·ligència cal estimular-la perquè es desperti, cal educar-la per veure què pot donar de si i cal imprimir-li el matís propi de cadascú. Exercitar la memòria, el record, conèixer l'àmbit de les emocions, ser destres en tècniques i habilitats, educar per a la ciutadania, en valors... tot això, i més, s'ensenya i es pot aprendre. En quina "aula" es desperta el gust per les coses de l'esperit i s'educa en la contemplació, el silenci, el discerniment, el plantejament del dubte...? Quan s'educa per a la salut, quins paràmetres es tenen en compte?

"L'altre món..."

"L'altre món" és el nostre món: és el mirall del que podria ser el nostre món. Em refereixo als països anomenats en vies de desenvolupament, un eufemisme que no amaga la distància entre uns estils de vida antagònics en tots sentits fins i tot dins una mateixa població. Aquest "altre món" es caracteritza, si més no, perquè la majoria de la població viu en el llindar de la pobresa, en la inaccessibilitat a un tipus de medicaments bàsics, essencials, amb uns límits econòmics i estructurals que impedeixen resoldre els problemes bàsics de salut, com pot ser la facilitat d'accés a l'aigua potable, a l'alfabetització o a una atenció primària de salut. Per no parlar de la poca rendibilitat que suposa invertir en salut en segons quines poblacions perquè allò que es necessita no es pot pagar o bé interfereix segons quins interessos; però sí que aquesta mateixa població interessa com a "medi" d'assaig d'un tipus de productes que han de beneficiar l'altra població dels països anomenats desenvolupats⁴³.

Com s'ha de definir salut/malaltia des de la realitat de "l'altre món", que és el nostre? Recórrer a definicions clàssiques de salut com la de l'OMS o Perpinyà (per bé que és més realista i, en aquest sentit, possibilista) no ens serveix perquè ben aviat ens trobem en un atzucac. Però recórrer als determinants de la salut en les seves variants i reflexions sí que ens ajuda a dibuixar un marc de benestar que pot partir de la millora de les condicions socials, sovint bàsiques com, per exemple, l'accés a l'aigua potable, la cura del medi ambient, generador de malalties, la millora de les condicions i els estils de vida i, tot plegat, influeix positivament en la millora de la

⁴³ En ambdós sentits, vegeu TV3 (1996) *El bacil resistent*. Programa 30 minuts. I *El jardiner constant* (2005) Dir. Fernando Meirelles. EEUU-Anglaterra.

biologia humana com reconeix la mateixa OMS en el document dels determinants de la salut ja citat. Alimentació, educació, creixement econòmic són els fonaments per poder parlar de benestar d'una població. Tot plegat, ben lluny d'una part del nostre món on la imatge personal, allò que es mostra, es cotitza a l'alça: semblar que hom és, o no és, però aparentar-ho és un valor que preocupa i del qual es té cura⁴⁴. Portat a l'extrem, és una mena d'esclavatge, a vegades imposat, a vegades volgut, adoptat, que fins i tot pot desembocar en una patologia⁴⁵. Complexos vitamínics, antidepressius, gimnàs, esport, dietes dràstiques... han entrat en el mercadeig d'una manera d'entendre la salut. És una salut que es ven en els marcs publicitaris i genera la pregunta: és aquest el benestar que es vol?

"Les gens bien portants sont des malades qui s'ignoren"

Torno a l'inici. No per tancar un cercle. Aquest, el del benestar, és sempre obert i, a més, és flexible i ni tan sols té forma determinada; conceptualment inaprehensible però no inassolible, contradictori, paradoxal, inquietant... problemàtic, força problemàtic. Com s'ha dit diverses vegades i amb diversitat de veus, si bé hi ha moltes maneres de descriure la salut, el benestar, n'hi ha moltes més per a viure'l i construir-lo. El "rumiatge" sobre el dit al llarg de l'article pot ajudar a comprendre l'abast d'això dit.

Actualment, la preocupació per la salut encarna necessàriament l'aspecte social i les seves variants⁴⁶. La publicació *on-line* de l'OMS sobre els determinants socials de la salut és força il·lustrativa, si més no⁴⁷. La dita de Romaines es justifica no tant per la intencionalitat

 27

⁴⁴ Issac Amigó (2008) "Imagen personal y salud". *Humanitas. Humanidades Médicas*. http://www.fundacionmhm.org/www_humanitas_es_numero29/revista.html [en línia].

⁴⁵ La societat dicta uns cànons d'imatge que empenyen a seguir-los malgrat tot; s'estableixen unes exigències d'imatge adobades per la publicitat i l'interès comercial que tenen poc a veure amb allò que popularment s'entén com "una bona imatge", perquè, com ha dit algú, "també som segons pensem, decidim i fem".

⁴⁶ Vegeu R.M. Boixareu (2010) "Enfermedad y pensamiento filosófico". A Maria Antonia Martorell, Josep Maria Comelles, Mariola Bernal (ed.). *Antropología y enfermería. Campos de encuentro. Un homenaje a Dina Garcés*. Tarragona: Publicacions de la Universitat Rovira i Virgili. També Sebastià Sarasa i Albert Sales (2009) *Itineraris i factors d'exclusió social*. Síndica de Greuges de Barcelona. Ajuntament de Barcelona: "L'exclusió social sempre té unes causes, una situació que afavoreix que hi hagi persones que no puguin gaudir del benestar social". (Pilar Malla. "Presentació"). De cap manera s'obvia l'àmbit sanitari que té cura de la salut de l'organisme que és una imatge ben visible d'un tipus de salut ben cobejada; l'àmbit sanitari, però, és força visible i fa sentir la seva veu amb multitud de matisos.

⁴⁷ Vegeu nota 4.

de l'obra (sàtira sobre l'exercici de la medicina), sinó per l'oblit de la condició moral de la persona: tant de qui du a terme tal exercici com a qui s'adreça. El propi *oblit*, i l'*oblit* de qui, amb responsabilitats més influents sobre la construcció del benestar, no du a terme accions d'eficàcia i eficiència en aquest sentit⁴⁸. És l'*oblit* de la condició moral humana? Els itineraris del benestar són nombrosos, així com els factors i les situacions de risc que compliquen, sovint impossibiliten, l'accés de les persones i llurs comunitats a tal benestar: factors personals, d'estructura social, de condició, gènere, polítiques, econòmiques... és un llistat que, sovint, cal actualitzar i adequar a la realitat individual i de grup, si més no, sabent que hi ha factors clau en la promoció del benestar i en la prevenció del seu contrari (per exemple, l'estructura familiar-domèstica en la qual l'infant creix, les relacions, possibilitats d'habitatge, alimentació, d'educació, lleure...). Les intervencions orientades a pal·liar les mancances, la precarietat, de benestar o a evitar la reproducció del seu contrari són accions de salut a què els seus destinataris tenen dret: així, doncs, dur-les a terme no és res més que respondre mínimament a la responsabilitat humana d'allò tan popular i universal com és la dita de "fes als altres allò que voldries que et fessin a tu" per no entrar en consideracions més profundes i ben vàlides. La bibliografia citada solament vol ser un exemple que ajudi a il·lustrar tal afirmació, vol contribuir a difondre el coneixement de les situacions actuals i els processos que hi condueixen a fi de provocar una sensibilitat social activa que es transformi en acció social per al benestar.

La salut com a problema perquè genera un munt de preguntes que no tenen una sola resposta i menys una sola línia d'actuació. Salut, malaltia, patiment, reflecteixen situacions humanes que s'emmirallen en fenòmens del dia a dia. La reflexió i la intervenció sobre aquestes

⁴⁸ Vegeu Jean Ziegler (2012) *Destrucción masiva. Geopolítica del hambre*. Barcelona: Ed. Península. El 1951, Josué de Castro publica *Geopolítica del Hambre*. Esdevé un best-seller. És una anàlisi de les causes socials de la fam: la fam és conseqüència (un producte) de l'acció humana, de l'organització social i econòmica. El problema segueix, és més, s'agreuja amb el temps i, actualment, J. Ziegler dona unes xifres espectaculars: cada cinc segons un nen menor de deu anys mor de fam... "en un planeta que vomita riquesas", cada dia moren de fam 57.000 persones, les seqüeles greus de la desnutrició afecta 1.000 milions de persones, quan l'agricultura mundial podria alimentar-ne 12.000 milions (som 7.000 milions)... El problema no és tant la relació població-alimentació, ni la climatologia (sense obviar-ne la seva influència), ni els desastres naturals..., com la manca d'una estructura de reserva alimentària semblant a altres països perquè el preu dels aliments no ho permet, i això solament a tall d'exemple. També Francesc Reguant (2009) "El mundo ante la escasez de alimentos". *Humanitas. Fundación Medicina y Humanidades Médicas*, núm. 36. http://www.fundacionmh.m.org/www_humanitas_es_numero36/revista.html [en línia].

els dóna una dimensió social, política, econòmica... que fuig d'un protocol homogeni d'actuació i que genera models plurals d'acció. Les preguntes es repliquen sobre elles mateixes amb dos riscos molt importants: per una banda, pot generar desànim en la presa de decisions, en la planificació i execució dels programes d'intervenció a favor del benestar i en les conductes de salut de la població segons la qualitat d'informació que arriba a fi de configurar un equilibri entre el saber i el poder fer; per altra banda, la prioritització de necessitats i possibilitats de benestar pot restar en una inacabable teorització sobre aquestes i col·lapsar, així, les accions de salut.

La situació socioeconòmica, a nivell personal i comunitari, és un condicionant i un handicap per a la salut. Se n'ha dit molt, sobre el tema, se n'ha fet prou? Òbviament, no. Però la insistent demostració de la relació salut-condició social-estil de vida té una trajectòria de lenta eficàcia en la història: noms com Villermé, Wirchov, Alison, Chadwick, Engels, entre d'altres més actuals, influeixen sobre la realitat/comprensió del problema i afavoreixen un coneixement que, incorporat a realitats concretes, introdueix millores laborals i en el sistema sanitari; en els treballs de tals autors es troba la llavor de la salut com un dret, i com un deure, per a la població perquè el benestar ho és en funció d'una colla de factors, com hem anat veient sumàriament al llarg de l'article, i no es pot reduir la salut a l'àmbit exclusiu de la individualitat i de la seva dimensió orgànica, ja que hi intervenen valors personals, socials, culturals, polítics que demanen encarnar-se en la realitat de cada comunitat.

Per acabar l'article, no la reflexió: I si la salut no fos altra cosa que la capacitat de donar valor a la pròpia existència i projectar-la vers l'entorn? Perquè és, precisament, quan la persona mira cap enfora que es constitueix com a tal. Llavors, parodiant algun autor, podríem dir que sense salut no hi ha persona?