

# INDIVIDU, SALUT I SOCIETAT: REPTES PER ALS SISTEMES DE SALUT EN EL SEGLE XXI

JOSEFINA CAMINAL HOMAR

*Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia  
i de Medicina Preventiva. Universitat Autònoma de Barcelona*

## 1. Introducció

L'entorn, els estils de vida, la biologia i les intervencions dels serveis sanitaris són alguns dels factors o determinants relacionats amb la salut que expliquen per què algunes poblacions estan més sanes que unes altres. El coneixement més i més exhaustiu d'aquests determinants i la complexitat de les seves interaccions conformen un políedre de relacions en un espai on conflueixen la responsabilitat de l'*individu* i la de la *societat*. Els estudis que tracten d'integrar tots aquests elements per explicar la seva relació amb el desitjable ideal de *salut i benestar* han generat diversos marcs conceptuals. Aquests marcs teòrics de referència, també anomenats *models de salut*, corresponen a l'actual model de salut bio-psico-social contraposat al model biomèdic. Es pot dir que de models teòrics de referència n'existeixen tants com autors els han estudiat, i han sigut dissenyats bàsicament per fixar les polítiques socials i sanitàries.

Tot i que en les darreres dècades hi ha hagut un gran desenvolupament d'aquests marcs teòrics, les constants aportacions al llarg de la història fan pensar que el conflicte entre salut i malaltia i la relació amb els seus determinants són inherents al concepte de societat que determina un model de salut dominant. Per exemple, ja l'any 1790 Johann Peter Frank, en el seu

discurs titulat *La misèria del món, mare de les malalties*, feia una crida sobre aquestes circumstàncies:

Com que cada classe social sofreix unes malalties determinades per la seva diferent manera de viure, el ric i el pobre tenen patiments peculiars sota qualsevol forma de govern. No dedicaré, malgrat tot, el meu discurs a les malalties originades per la inevitable disparitat social, sinó a la consideració de les tremendes conseqüències que per a la salut pública té la pobresa extrema que oprimeix la part més nombrosa i útil de la població.

En aquest treball es revisen els principals models de salut de referència internacional, se n'identifiquen els trets comuns i les discrepàncies i, finalment, es revisa el paper dels serveis sanitaris des de la perspectiva que ofereixen aquells models.

## 2. Marcs teòrics sobre els determinants de salut

Les primeres conceptualitzacions de salut determinada per la biologia, l'entorn, els estils de vida i el sistema sanitari van ser popularitzades l'any 1974 per Lalonde, primer ministre del govern canadenc. El model de salut proposat en l'informe «Noves perspectives en la salut dels canadencs», també conegut com «Informe Lalonde», era part del Programa de Salut Poblacional (*Program in Population Health*) del Canadian Institute for Advanced Research (CIAR), que treballava per comprendre els determinants de salut i poder-hi actuar. Aquest model és encara citat i utilitzat com a prototipus, malgrat que actualment es faci necessària una major precisió en la relació de causalitat per a la presa de decisions polítiques.

El coneixement dels determinants de salut ha anat canviant en les darreres dècades; les perspectives prèvies han estat qüestionades, amb arguments diversos, per disciplines diverses i plantejades en àmbits diversos a audiències diverses. No és fins

l'any 1994, amb la publicació del llibre titulat *Per què una gent està sana i una altra no?*, coordinat per Evans, Barer i Marmor, que no es materialitza l'intent de reunir amb rigor tota la literatura sobre la salut i els seus determinants amb el propòsit de donar-hi sentit dintre d'un marc conceptual. La tasca de compilació d'aquesta informació va ser estimulada també pel CIAR, en el marc del seu Programa de Salut Poblacional. La seva idea fonamental era que la manera més efectiva de tractar problemes científics i socials complexos, subsidiaris d'instruments i maneres de pensar interdisciplinàries, era mitjançant xarxes d'individus no restringits per límits institucionals o disciplinaris, reunits en un «institut sense parets». El CIAR va donar suport a investigadors de camps diversos, des de la cosmologia i la biologia evolucionista, al creixement econòmic i la legislació. Una aportació rellevant d'aquest treball és l'establiment del criteri segons el qual «els determinants de salut poblacionals han de mostrar els seus efectes sobre individus concrets», tot i que els orígens d'aquells poden molt bé residir «per sobre» o «per sota» del nivell individual; per posar-ne un exemple, l'atur multitudinari o la predisposició genètica.

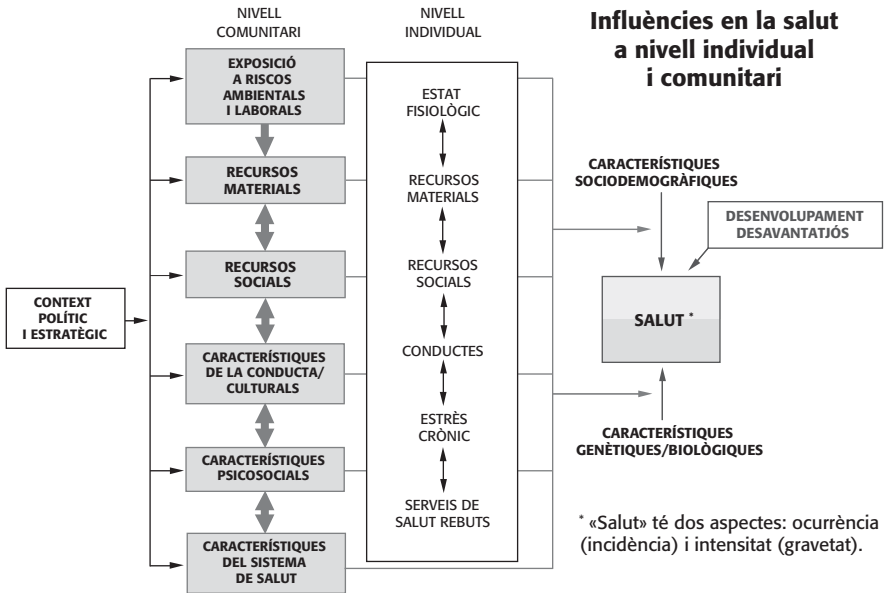
La majoria de les iniciatives per entendre millor els determinants de salut i les seves interaccions han estat dirigides a poder prendre decisions més ben fonamentades i elaborar polítiques sanitàries més eficaces. D'una banda, aquestes iniciatives són degudes a les preocupacions polítiques o morals sobre les desigualtats intra o inter-poblacionals. D'aquestes preocupacions sorgeixen dos grans interessos: el primer és mesurar la salut a nivell poblacional, desenvolupant sistemes de dades més amplis i de millor qualitat que permetin saber amb més precisió com evoluciona la salut i quins factors l'afecten; el segon és millorar la comprensió del paper del sistema d'assistència sanitària, dels seus punts forts i de les seves limitacions, en tant que vehicle per mobilitzar els recursos disponibles per millorar la salut. D'altra banda, cal també fer palès l'interès

econòmic que hi ha darrere de totes aquestes iniciatives. Les societats modernes dediquen una part important dels seus recursos econòmics a la producció i distribució de l'atenció sanitària. La «indústria de l'atenció sanitària» uneix els recursos per convertir-los en productes relacionats amb la salut, de manera que s'ha convertit en un dels sectors de més activitat econòmica dels països rics.

En els darrers anys es genera una extensa producció científica que ha contribuït a afegir coneixement al que Evans, Barer i Marmor van resumir de manera molt adequada l'any 1994. Szreter rastreja l'origen de les discussions actuals sobre els models de salut poblacional i destaca la relació entre prosperitat material i salut de la població. L'any 2003 Evans i Stoddart reconsideren el seu article de 1990 a la llum dels factors infravalorats en aquell primer treball: l'herència genètica i la seva manifestació al llarg del cicle vital, la complexitat de les interaccions entre factors i la dependència de la relació ingressos econòmics-salut de l'entorn social i cultural. Kindig i Stoddart proposen la definició de salut de la població com «els resultats de salut d'un grup de persones, inclosa la distribució dels resultats dintre del grup», i urgeixen la diferenciació entre salut poblacional i els seus determinants. Kickbusch contextualitza els models de salut de població en el marc de les polítiques de les dues darreres dècades i explica com s'ha evolucionat des de fer especial esment als factors de risc individual fins a abordar els determinants de salut de la població; alhora, proposa fomentar la participació de la comunitat en la millora de la salut. Glouberman i Millar revisen els determinants de salut al Canadà des de la publicació de l'Informe Lalonde, així com el seu impacte en la política sanitària. Coburn i col·laboradors revisen els supòsits subjacents en la conceptualització del Canadian Institute for Advanced Research i presenten perspectives alternatives als paradigmes actuals de salut de la població. Friedman i Starfield proposen la utilització dels models de salut

als Estats Units per comprendre les desigualtats en salut entre poblacions, i en destaquen la importància en la recerca mèdica.

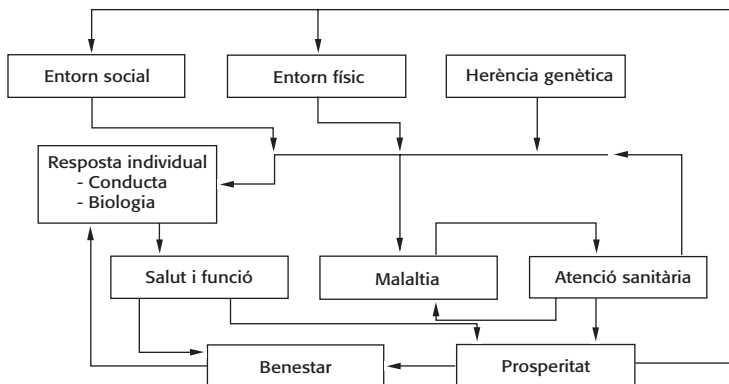
La contribució d'aquests treballs ha fomentat el debat i la recerca sobre la relació entre diversos determinants i la salut, especialment al Canadà, a Anglaterra i als Estats Units. Alguns autors han proposat representacions gràfiques de les interaccions entre tots els possibles determinants per explicar-los d'una manera més comprensible (figures 1, 2 i 3, pp. 60, 61 i 62). Els determinants es recullen en diferents grups etiquetats com «Factors de l'entorn» (“entorn natural”, “entorn construït, que també inclou el transport”, “entorn laboral”), «Factors biològics» (“genètica”, “biologia i desenvolupament infantil”), «Factors socials/comunitat» (“desigualtats”, “xarxa de suport”, “cohesió”, “estructura”, “estrès crònic”), «Factors socioeconòmics» (“recursos materials a nivell individual”, “desigualtat d'ingressos a nivell de grup”), «Factors culturals» (“estils de vida”, “educació i accés al coneixement”) i «Context polític» (taula 1, p. 63). En general, els marcs conceptuals proposats en els darrers vint anys tenen trets en comú i alhora presenten divergències importants. D'una banda coincideixen a reconèixer la importància del context i la capacitat dels entorns (social, econòmic, cultural i físic) per modificar la relació entre la salut i les característiques individuals, com també la complexitat de les interaccions entre molts dels determinants de la salut, encara que no tots siguin coneguts; coincideixen també a desplaçar l'atenció sanitària del centre d'interès, i a parar més atenció no a com curar sinó a saber per què s'emmalalteix. D'altra banda, discrepen pel que fa al concepte de salut, al llistat de factors que actuen com a determinants de la salut de les poblacions i al diferent èmfasi posat sobre els mateixos factors; també discrepen pel que fa a les relacions de causalitat entre factors i entre aquests i la salut, com també a les diferents interaccions entre ells. En tot cas, ens trobem davant d'un complex



La part més fosca representa el grau en el qual les característiques es mesuren a nivell ecològic (color més clar) o a nivell individual en conjunt amb la comunitat.

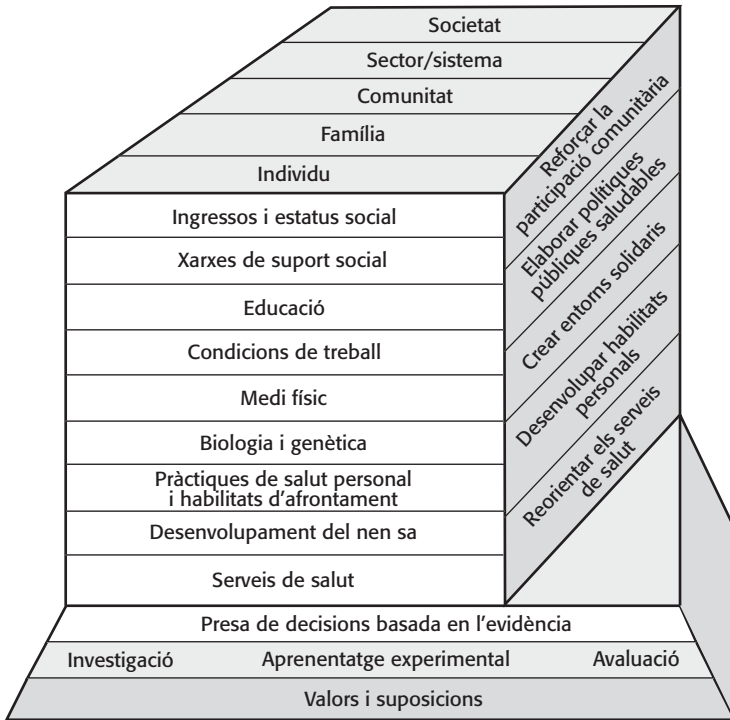
1. Font: Friedman, D. J., Starfield, B. (2003): «Models of Population Health: Their Value for US Public Health Practice, Policy and Research», American Journal of Public Health, 93 (3), pp. 366-369.

## Factors clau i condicions que determinen l'estat de salut



2. Font: Hamilton, N., Bhatti, T. (1996), Population Health Promotion: an Integrated Model of Population Health and Health Promotion, Ottawa, Health Promotion Development Division.

### Combinació dels diferents determinants per a treballar la promoció de la salut de la població



3. Font: Evans, Stoddart (1990).



<i>Coincidències</i>	<i>Divergències</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Reconeixen la importància del context i la capacitat dels entorns social, econòmic, cultural i físic per modificar la relació entre la salut i les característiques individuals.</li> <li>▪ Reconeixen la complexitat de les interaccions entre molts dels determinants de la salut, encara que no tots siguin coneguts.</li> <li>▪ Desplacen l'atenció sanitària del centre d'interès.</li> <li>▪ Fan més atenció no a com curar sinó a per què s'emmalalteix.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inexistència d'una sola definició de salut comunament acceptada.</li> <li>▪ El llistat de diferents factors que actuen com a determinants de la salut de les poblacions.</li> <li>▪ Èmfasi diferent sobre uns mateixos factors que afecten la salut de les poblacions.</li> <li>▪ Diferents relacions causals entre factors, i entre aquests i la salut de les poblacions.</li> <li>▪ Diferents interaccions entre factors.</li> </ul>

TAULA 1. *Coincidències i divergències entre marcs conceptuals.*

mapa de factors interrelacionats, encara inacabat, que ens apropa d'una manera holística al coneixement d'allò que pot contribuir a la salut i al benestar socials (taula 2).

### 3. La posada en pràctica dels models de salut

Actualment, encara existeix un buit entre la comprensió teòrica dels determinants de salut reflectits en els models descrits i la seva aplicació pràctica com a objectiu principal de la política sanitària per proveir una atenció sanitària equitativa, efectiva i eficient. Això és degut en gran part a la persistència de models polítics obsolets o marcs de referència intel·lectuals incomplets en què determinades dades es tenen en compte i en canvi unes altres perfectament útils són descartades. Per exemple, existeixen proves suficients del vincle entre mortalitat i la no disponibilitat de mecanismes de suport social, com també entre mortalitat i classe social, nivell d'ingressos o educació i posició en la jerarquia social. Malgrat tot, cap d'aquests factors no apareix en la formulació de la política d'atenció sanitària. En canvi, el que sí que esdevé sempre és l'aparició de nous fàrmacs o l'aplicació d'alta tecnologia. Això podria ser explicat per la persistència del model biomèdic, on les relacions causals s'estableixen entre malaltia, atenció i curació, mentre que les altres connexions causals amb la salut, per no semblar tan evidents, són ignorades.

La incorporació dels models de salut proposats pot enriquir els programes de salut pública, la vigilància i estadístiques sanitàries i la recerca. Els sistemes de vigilància actuals que no presten atenció a les influències del context ja no seran útils per comprendre les raons de les desigualtats sanitàries entre grups de poblacions. La recerca científica caldrà que se centri en la salut de la població i no tan sols en l'individu; haurà de plantejar-se de manera que compregui tot el cicle vital i no situa-

<i>Determinants de salut</i>	
<i>Factors de l'entorn</i>	Entorn natural Entorn construït, també inclou el transport Entorn laboral
<i>Factors biològics</i>	Genètica Biologia i desenvolupament infantil
<i>Factors socials / comunitat</i>	Desigualtats Xarxa de suport Cohesió Estructura Estrès crònic
<i>Factors socio-econòmics</i>	Recursos materials a nivell individual Desigualtats d'ingressos a nivell de grup
<i>Factors culturals</i>	Estils de vida Educació i accés al coneixement
<i>Context polític</i>	Geo-política

TAULA 2. Síntesi dels determinants de salut identificats pels diferents autors.

cions puntuals en el temps; i haurà d'aportar una definició de resultats de la salut de la població que inclogui l'estat funcional i el benestar físic i mental. La utilització dels models de salut en recerca pot ajudar a centrar-se en tots aquells factors que influeixen la salut de la població, incloent-hi el context polític en què cada societat es desenvolupa. Així, la recerca basada en els models proposats exploraria la interacció de factors que influeixen la salut de la població des de la perspectiva que uns mateixos factors poden influenciar de manera diversa al llarg del temps i a diferents nivells geopolítics.

#### **4. Les limitacions dels marcs teòrics sobre els determinants de salut i els reptes per als sistemes sanitaris en el segle XXI**

Els models explicatius de la relació entre els diferents determinants de salut presenten algunes limitacions o mancances, tant de conceptualització com d'aplicació, alguns dels quals es podrien assumir com a reptes que els sistemes sanitaris i la societat en general tenen plantejats per al segle que comença. Entre les limitacions, hi hauria la inexistència d'una sola definició de salut comunament acceptada, l'efecte de determinats factors en la salut (l'herència genètica i l'entorn) i el valor del factor temps; entre els reptes, el dilema en la consideració del sistema sanitari com un determinant de salut i les limitacions per la presa de decisions polítiques.

##### *4.1. La definició de salut*

Tot i la inexistència d'una sola definició de salut comunament acceptada, la implícita en la majoria dels models és l'absència de malaltia o de lesions. L'OMS va rebutjar aquesta defi-

nició i en va donar una de més àmplia, però encara poc precisa: «La salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties». L'aproximació antropològica és més precisa i s'adequaria millor als models proposats: «La salut és el procés d'adaptació d'un grup humà o d'un individu al seu medi ambient físic i social i, a més a més, és un acte vinculat amb la cultura, la religió i els mitjans de producció».

Des del punt de vista operatiu, els models teòrics proposats utilitzen una definició de salut que sigui fàcilment mesurable. Hem d'entendre que per comprendre millor la complexitat de les interaccions entre els diferents determinants de la salut (els serveis d'atenció sanitària, l'herència genètica dels individus, la higiene de l'entorn, la nutrició i l'habitatge adequats i de qualitat, l'estrès i el suport social, l'autoestima, el sentit d'acceptabilitat personal o control, entre altres), s'utilitzi la definició més curta de salut. Aquesta té l'avantatge que es pot representar mitjançant fenòmens qualificables com ara la mort, la supervivència o la incidència de certes malalties. Malgrat tot, aquesta simplificació té un cost elevat i representa un límit explicatiu per als propis models. La salut no consisteix en un sistema linial de relacions, sinó que depèn de tots els factors alhora. Les caselles dels diagrames no representen entitats sinó portes que s'obren a mons complexos (reveure les figures 1, 2 i 3, pp. 60, 61 i 62).

Altrament, el plantejament de la salut i la malaltia com a expressions complementàries i no contraposades que formen part intrínseca de l'individu com a ésser únic i indivisible pot oferir unes noves perspectives al procés de la cura i l'organització dels serveis de salut. Perspectives que si bé encara són impensables en la cultura occidental, sí que formen part de la cultura oriental i àdhuc se les troba en cultures ancestrals.

#### 4.2. *L'efecte controvertit de determinats factors en la salut*

Les malformacions *in utero* poden afectar la salut futura, però la majoria dels models consideraven el genoma humà com a element fix i clar en les seves implicacions per a la salut, l'anomenat «destí genètic». Actualment ja se sap que l'expressió «herència genètica» està condicionada per l'entorn físic i, en concret, social.

L'entorn pot provocar certes respostes de comportament, com també biològiques. Aquests factors han estat tractats de maneres molt diverses: alguns autors, amb encert, proposen la combinació del comportament amb la biologia; mentre uns altres pensen que mantenir-los com a dos factors independents reforça la dicotomia del tipus «llibertat contra determinisme». Els entorns socials haurien de quedar incorporats en la biologia individual com també en els patrons de comportament.

#### 4.3. *El factor temps com a limitació*

Un factor que no apareix en cap dels models proposats és el paper que juga el temps. Aquesta mancança revela la formació econòmica estàtica de la majoria dels autors. Els diversos determinants de salut tenen el seu efecte en temps real i se sap que els efectes de l'entorn social operen al llarg del curs de la vida. Les noves línies de recerca en epidemiologia, anomenades *early life course*, integren característiques socials i biològiques de la vida passada de les persones. Malgrat les dificultats en la representació i la consideració del factor temps, no hi ha cap dubte que la interacció entre determinants al llarg del cicle vital és essencial per comprendre els efectes dels diferents factors. A efectes de la recerca, el disseny de les investigacions hauria de tendir a ser longitudinal per poder oferir una imatge global de la trajectòria vital.

#### 4.4. *El sistema sanitari com a determinant de salut: un dilema*

Un altre punt clau és el paper dels serveis sanitaris com a determinant de salut. L'atenció dels determinants de salut no mèdics ha estat qualificada per alguns com a «nihilisme mèdic» i com a justificació de la contenció i la reducció de la despesa en atenció sanitària. Atès que moltes activitats mèdiques són innecessàries o innecessàriament cares i que la salut s'associa al benestar econòmic, una pràctica mèdica malgastadora pot representar una amenaça per a la salut. Malgrat tot, la medicina clínica té una importància central com a resposta a tots aquells que estan malalts o ferits. També hi ha proves que una adequada atenció primària pot repercutir positivament en la salut de la població. Tot i que cal recordar que una defensa exaltada de la medicina pot comportar la negació d'aquells factors que influeixen de manera determinant en la incidència de les malalties o lesions. L'argument que el nivell de sofisticació de les intervencions mèdiques, sovint decisives per a la vida d'un individu, i les diferències en la despesa total d'atenció sanitària poden constituir l'explicació de per què unes poblacions estan més sanes que unes altres, és quedar-se a la superfície del problema.

#### 4.5. *La presa de decisions polítiques i els models de salut*

Els models de salut han estat ben rebuts sobretot per la majoria d'acadèmics perquè ofereixen una imatge global de la situació i estan connectats a diverses disciplines. No obstant això, han tingut poc impacte entre els economistes, ja que en la teoria econòmica els entorns, els contextos socials i àdhuc continguts biològics tenen escassa importància. Els responsables d'economia i hisenda de molts dels països que han treballat

sobre els marcs teòrics discutits, mostren escàs suport a l'hora de considerar els determinants de salut com a element fonamental a tenir en compte en les iniciatives polítiques, i poca preocupació per investigar els elements concrets no mèdics de la salut i, en conseqüència, inverteixen poc en accions polítiques o investigacions relacionades amb aquells factors.

Aquest impacte limitat sobre els economistes, un grup amb una gran influència en la presa de decisions polítiques, pot ser degut a dos factors:

1. Si els ministeris encarregats de l'economia no assumeixen la proposta de la diversitat de factors no biomèdics relacionats amb la salut, no es mostraran sensibles al poderós impacte que les polítiques macro-econòmiques tenen de cara a l'establiment de l'entorn social i no finançaran les iniciatives que altres ministeris puguin tenir. En la majoria de països, hisenda afavoreix aquells que guanyen més diners, i això fa augmentar les desigualtats econòmiques.

2. El redireccionament del suport públic a l'acció sobre els determinants no mèdics podria comportar «millor salut a menys cost», però representaria el redireccionament dels ingressos d'algú. A més a més, no existeix una idea concreta sobre cap a on s'haurien de dirigir aquests recursos.

## **5. El paper dels serveis sanitaris des de la perspectiva dels models de salut. L'exemple pràctic sobre «els hàbits alimentaris» i «l'entorn de treball»**

La pràctica clínica actual encara es restringeix en molts casos a l'aplicació del coneixement biomèdic sense contemplar factors causals que fan referència a les condicions laborals, psicosocials o culturals entre d'altres, fet que limita poder donar una resposta adequada a les necessitats (expressades o no)



de l'individu. D'una banda, la complexitat de les interaccions entre els diferents determinants de salut; de l'altra, la manca de formació específica sobre el maneig d'aquests determinants; i, finalment, la inexistència del treball en equip interdisciplinari en salut, són alguns dels factors que expliquen la situació de pràctica clínica actual. Situació que sovint deriva en una creixent medicalització de la nostra societat per problemes o trastorns que tenen les seves causes en factors aliens al control biomèdic. Per il·lustrar la necessitat de reconduir aquesta situació incorporant-hi l'enfocament dels models de salut s'han seleccionat no patologies concretes sinó activitats humanes, els hàbits alimentaris i l'entorn de treball, l'alteració dels quals pot derivar en una gran diversitat de problemes de salut molt concrets. Prenent com a referència els models de salut proposats, es descriuen els hàbits alimentaris actuals i l'entorn de treball, se n'identifiquen algunes de les malalties associades i es planteja el repte que representen els actuals problemes de salut per als professionals sanitaris.

### 5.1. *Els hàbits alimentaris*<sup>1</sup>

Una alimentació saludable —dintre dels paràmetres establerts pels coneixements científics actuals— no tan sols és fonamental per permetre el bon funcionament de l'organisme sinó que a més a més pot prevenir hipotètiques malalties futures. Els hàbits alimentaris estan determinats pel plaer, la con-

1. Articles titulats «La familia no come junta» (*La Vanguardia*, 23-1-2004) i «El 60% de los catalanes duda de la seguridad de los platos preparados» (*La Vanguardia*, 28-1-2004). Informes referenciats: «La alimentación y sus circunstancias» (Jesús Contreras, antropòleg de la Universitat de Barcelona), informe encarregat pel Fòrum Internacional de l'Alimentació (Fira Alimentària, març 2004 a Barcelona); «Encuesta Nacional de Salud» (MSC, 2002) i «Enquesta de Nutrició de Catalunya 2002-2003».

veniència o la disponibilitat econòmica; la salut n'és un més, però no el més important. L'alimentació respon a la satisfacció d'una necessitat vital i depèn de factors materials, com les fonts d'alimentació, i no materials, com l'organització domèstica i/o les creences filosòfico-religioses, sovint englobades sota el terme d'hàbits alimentaris d'un grup humà determinat. L'alimentació respon a una necessitat bàsica dels éssers vius que té a més a més una dimensió relacional que la complementa. En els seus perfils fonamentals, els requeriments nutritius dels humans són els mateixos a tot el món i probablement no han canviat al llarg de la història. Però les necessitats nutritives dels humans no poden ser definides simplement en termes de calories, proteïnes, greixos, sucres i vitamines. Els hàbits ancestrals i les influències culturals limiten enormement el tipus d'aliments acceptables, i sovint imposen l'ús d'uns altres que fins ara havien sigut considerats perjudicials. D'altra banda, la malnutrició és gairebé tan comuna en èpoques d'abundància com la desnutrició ho és en temps d'escassetat: «Estan tan malalts aquells que s'afarten en l'abundància, com aquells que passen gana».

L'espai i el temps destinats a la nutrició tenen uns altres components importants més enllà de l'acte estrictament nutritiu, com ara l'aspecte relacional. Al voltant d'una taula amb menjar, s'estableixen vincles essencials entre aquells que el comparteixen. La importància del lloc i el temps de trobada, per als quals la informalitat també és un element important, constitueixen un espai màgic que sacia la gana de cada dia i alhora ens fa sentir acollits.

Informes recentment publicats identifiquen que els hàbits alimentaris familiars han canviat tant pel que fa a horaris com pel que fa a allò que es menja i on es menja. Menjar en família està en desús a causa de la disparitat horària (horaris laborals i educatius i activitats de lleure durant els dies festius). Cada vegada més les persones mengen en solitari, menús no habi-

tuals, en hores diverses i no sempre asseguts a taula. Aquests hàbits repercuteixen en els infants de manera que l'enquesta observa que els escolars deixen una quantitat considerable de menjar al plat i que el nivell de tolerància dels pares sobre allò que mengen els seus fills ha augmentat (ja no s'obliga a menjar el que no els agrada), i es permet menjar de forma capriciosa (forma de menjar que també s'observa en els adults).

Una observació rellevant és la discrepància entre el que es diu i el que es fa. La majoria dels entrevistats coneix bé quina és la «dieta sana», però no la segueix. En l'alimentació intervenen diversos factors com el plaer, la conveniència o la disponibilitat econòmica. La salut n'és un més, però no el més important. D'entre tots ells el que explica més aquest canvi d'hàbits és la conveniència: el que és més còmode pels horaris, l'activitat o la forma de vida de cadascú. Així, el temps és el major condicionant i afecta també l'activitat de cuinar, que «s'externalitza» fora de la llar. En aquest estil de vida hi encaixen els aliments preparats, els enriquits o els funcionals.

Segons l'Enquesta de Nutrició de Catalunya, els consumidors desconfien dels aliments comprats. El 60% dels catalans no considera segurs els plats que prenen i gairebé la meitat de la població no es refia del marisc ni dels embotits, ni dels gellats. Els preocupa més el contingut en greixos que el problema de les «vaques boges» o el de les dioxines. Els dubtes augmenten quan es tracta de plats elaborats, tot i que això no n'influencia el consum, ja que són plats molt habituals. Es perceben com a amenaces l'excés de greixos (68%) i la manca de calci (56%), per la seva relació amb el colesterol i l'osteoporosi.

L'obra *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*, coordinada per Mabel García, de la Universitat Rovira i Virgili, defineix l'alimentació com una de les activitats humanes més polivalents i expressives, que permet la reciprocitat i l'intercanvi, com també el manteniment de la sociabilitat, i que classifica els individus i grups socials, genera

conflictes, manifesta les formes d'entendre el món i incorpora un gran poder d'evocació simbòlica. D'altra banda, els hàbits alimentaris incorporen aspectes relacionals necessaris, l'absència dels quals repercutirà en particular en els infants i els ancians.

Actualment, el paper dels professionals de la salut en els trastorns alimentaris consisteix en intervencions dietètiques relacionades amb problemes de salut reals o potencials. Exemples poden ser-ho els casos de pacients amb insuficiència cardíaca que necessiten un control de la ingesta hidro-salina, els de pacients amb gota que han de reduir el consum d'àcid úric, els de pacients amb diabetis que han de controlar la ingesta d'hidrats de carboni, o els de pacients amb una història cardiovascular prèvia, per als quals és recomanable mantenir els nivells de colesterol com més baixos millor. Massa sovint les indicacions dietètiques prenen un aire prescriptiu i en pocs casos s'adeqüen als hàbits alimentaris de l'interessat; d'aquí que el nivell de compliment sigui més aviat baix.

Si els exemples citats fan referència a casos clínics, s'ha de pensar en la resistència a adoptar canvis d'hàbits alimentaris no relacionats amb cap malestar. Els esforços per ajudar les persones a modificar els seus hàbits alimentaris han estat històricament eclèctics, dibuixant una conjunt de teories a partir de les ciències de la comunicació, l'antropologia, l'educació, la sociologia i la psicologia.

Els límits entre la informació i la persuasió han estat sempre difícils d'establir i sovint cal considerar-los una qüestió d'ètica. És més senzill incorporar un hàbit nou que modificar-ne un d'adquirit, i cal negociar amb el malalt quin esforç està disposat a realitzar. Si hom vol beneficiar-se dels efectes a llarg termini dels canvis en els hàbits alimentaris, caldrà incorporar mecanismes per reforçar aquest canvi en el temps, com també incorporar-los al seguiment i a la monitorització del consell dietètic. En els casos en què els metges estiguin mancats de

temps i de tècniques per desenvolupar un diagnòstic nutricional adequat per superar els obstacles que sovint el pacient mostra a l'hora de canviar els seus hàbits, o per oferir un consell específic per a la selecció i preparació dels aliments, caldrà que els pacients requereixin metges especialitzats, nutricionistes o dietistes (amb tots els obstacles que comporta l'escassetat d'aquests professionals en el nostre país). Així doncs, queda clar que les intervencions dirigides a modificar la complexitat dels hàbits alimentaris actuals requereixen estratègies intersectorials on els serveis sanitaris tinguin un paper important, però no exclusiu, i siguin reforçats mitjançant estratègies polítiques generals.

## 5.2. *L'entorn de treball*<sup>2</sup>

Els experts adverteixen que les condicions laborals i psicosocials es relacionen amb síndromes que afecten la salut mental de la població treballadora i s'associen amb l'increment de problemes de salut i d'absentisme laboral. Entre els factors que afavoreixen el desgast psicològic s'apunten la major exigència, els canvis indiscriminats de torn i de lloc de treball, l'atenció a persones o els treballs amb coneixements que exigeixen implicació emocional, el maneig de gran volum de dades, les empreses complexes, les repercussions greus que pot tenir un error, la burocratització i la deshumanització, els conflictes personals, l'excessiu aïllament del treballador afavorit per les noves tecnologies, els horaris perllongats, la distribució irregular de les càrregues del treball i la manca d'implicació laboral, de formació o de planificació prèvia.

2. Article titulat «Cuando el trabajo lleva a la enfermedad» (*La Vanguardia*, 20-1-2004). Informes als quals fa referència: Estudi del Servei Nacional de Salut Belga i Informe sobre l'estrès (Steven Poelmans, IESE).

Les síndromes a què fan referència les patologies relacionades amb l'entorn de treball són l'estrès, el *mobbing*, el *burn out* i la fatiga mental. Les malalties o expressions simptomàtiques que s'hi relacionen són la irritabilitat, els trastorns de la son, els trastorns psicossomàtics, les conductes addictives, la depressió, la hipertensió arterial, els intents de suïcidi, la impotència, els canvis d'humor, les molèsties visuals i les migranyes. El malestar psíquic del treballador va lligat a les condicions de treball, com el cas de les malalties músculo-esquelètiques, que es relacionen amb el treball físic i mecànic agrícola i industrial, fet llargament conegut i acceptat. La pràctica clínica que es restringeix a l'aplicació dels coneixements biomèdics, sense contemplar els factors causals que fan referència a les condicions laborals i psicosocials en què es duu a terme la feina, difícilment podrà donar una resposta adequada a les necessitats reals dels pacients.

D'altra banda, poques empreses assumeixen el problema de l'estrès i en dicten plans de prevenció. A Espanya, existeix la Llei de Riscos Laborals de 1995, que incorpora l'obligació de vetllar pel benestar dels treballadors, però no totes les empreses posen en marxa accions dirigides al benestar, més enllà de les intervencions puntuals (protecció amb màscares, ús de casc a les obres, etc.). La millor eina és la prevenció. Els experts opinen que caldria ensenyar ja des de la infància o l'adolescència a controlar el desgast emocional i a saber relaxar-se; tasca que hauria de ser promoguda a les escoles i als centres d'educació en el lleure. En aquest marc, els serveis sanitaris i les unitats de salut laboral tindrien un paper primordial en la detecció precoç i en el tractament de les síndromes descrites, com també la declaració de malaltia laboral, susceptible d'estratègies de prevenció en el propi lloc de treball. Un altre cop es reforça la importància de les intervencions intersectorials en matèria de salut i benestar social.

## Bibliografia

- Callahan, D., *The Goals of Medicine: Setting New Priorities*. The Hastings Center Report (Suplement especial, novembre-desembre 1996).
- Campillo, Antonio (1995): *Adiós al progreso. Una meditación sobre la historia*, Barcelona, Anagrama.
- Campillo, José Enrique (2002): *El mono obeso*, Barcelona, Crítica.
- Coburn, D., Denny, K., Mykhailovskiy, E., McDonough, P., Robertson, A., Love, R. (2003): «Population Health in Canada: a Brief Critique», *American Journal of Public Health*, 9 (3), pp. 392-396.
- Dubos, René (1996): *Mirage of Health. Utopias, Progress and Biological Change*, New Brunswick, New Jersey, Rutgers University Press.
- Evans, R. G., Barer, M. L., Marmor, T. R. (1994): *Why Some People are Healthy and Other not?*, Nova York, Walter and Gruyter.
- Evans, R. G., Stoddart, G. L. (1990): «Producing Health, Consuming Health Care», *Social Science and Medicine*, 31 (12), pp. 1347-1363.
- (2003): «Consuming Research, Producing Policy?», *American Journal of Public Health*, 93 (3), pp. 371-379.
- Generalitat de Catalunya (1993): *Llibre Blanc Bases per a la integració de la prevenció en la pràctica assistencial*, Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Ediciones Doyma, SL; Barcelona, 1993.
- *Estratègies de salut per a l'any 2010*. Pla de salut de Catalunya 2002-2005. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. Ediciones Doyma, SL; Barcelona, 2003.
- Getz, L., Sigurdsson, J. A., Hetlevik, I. (2003): «Is Opportunistic Disease Prevention in the Consultation Ethically Justifiable?», *British Medical Journal*, 327, pp. 498-500.
- Glouberman, S., Millar, J. (2003): «Evolution of the Determinants of Health, Health Policy, and Health Information Sys-

- tems in Canada», *American Journal of Public Health*, 93, pp. 388-392.
- Gracia-Arnaiz, M. (coord.) (2002): *Somos lo que comemos. Estudios de alimentación y cultura en España*, Barcelona, Ariel Antropología.
- Kickbusch, I. (2003): «The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health», *American Journal of Public Health*, 93, pp. 383-388.
- Kindig, D., Stoddart, G. L. (2003): «What is Population Health?», *American Journal of Public Health*, 93, pp. 371-379.
- Lalonde, M. (1981): *A New Perspective on the Health of Canadians*, Canada, Minister of Supply and Services.
- Lizcano, Emmánuel (1996): «Ser / No Ser y Yin / Yang/ Tao: Dos maneras de sentir, dos maneras de contar». Intervención en el Congreso de Filósofos Jóvenes de Valencia. Cita: <http://www.uned.es/dpto-sociologia-I/Lizacano/lizcano/artco.htm>.
- López Piñero, J. M. (1998): *Antología de clásicos médicos*, Madrid, Triacastela.
- Puyol González, Àngel (1999): *Justícia i salut. Ètica per al raonament dels recursos sanitaris*, Bellaterra, Servei de Publicacions de la UAB.
- Ramos, X. «El mapa de la pobresa de Catalunya III», dins Ayllón, S., Mercader, M. (coords.), *Un sol món és possible*, Barcelona, Fundació Caixa de Catalunya, 2004.
- Rogers, W. (2003): «We still need to ask “What is Disease?”», *Journal of Health Services Research and Policy*, 8 (4), pp. 245-247.
- Sontag, Susan (2003): *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas*, Madrid, Santillana.
- Szreter, S. (2003): «The Population Health Approach in Historical Perspective», *American Journal of Public Health*, 93, pp. 421-431.
- World Health Organization (2003): *The World Health Report 2003. Shaping the Future*, Ginebra.
- Zittoun, R., Dupont, B.-M. (coord.) (2002): *Penser la médecine. Essais philosophiques*, París, Ellipses Éditions Marketing, S.A. Collection «Sciences Humaines en Médecine».