
SALUT I SOCIETAT A LES PORTES DEL SEGLE XXI

MEMORIAL FÉLIX MARTÍ IBÁÑEZ
(1911-1972)



Josep Pardo Tomàs i Àlvar Martínez Vidal
(coordinadors)

PUBLICACIONS DE LA RESIDÈNCIA D'INVESTIGADORS, 28

SALUT I SOCIETAT
A LES PORTES DEL SEGLE XXI

«PUBLICACIONS DE LA RESIDÈNCIA D'INVESTIGADORS»

SALUT I SOCIETAT A LES PORTES DEL SEGLE XXI



MEMORIAL FÉLIX MARTÍ IBÁÑEZ
(1911-1972)



Josep Pardo Tomàs i Àlvar Martínez Vidal
(coordinadors)

RESIDÈNCIA D'INVESTIGADORS
CSIC-GENERALITAT DE CATALUNYA

Barcelona, 2006

**Consorci de la Residència d'Investigadors
CSIC-Generalitat de Catalunya**

President del CSIC: CARLOS MARTÍNEZ ALONSO

Conseller d'Educació i Universitats (DEU):

JOSEP MANUEL DEL POZO

Consell de Govern

President del Consorci: XAVIER TESTAR

(Director General de Recerca del DEU)

Director: FRANCESC FARRÉ RIUS

Director científicocultural: LLUÍS CALVO CALVO

Vocals:

RAFAEL RODRIGO MONTERO

(Vicepresident d'Organització i Relacions Institucionals del CSIC)

ÀUREA ROLDÁN BARRERA (Directora de Serveis del DEU)

LLUÍS CALVO CALVO (Coordinador Institucional del CSIC a Catalunya)

© DELS AUTORS

Primera edició: desembre de 2006

Impressió: Alta Fulla · Taller

D. L. B 54067-2006

Sumari

<i>Presentació</i>	7
Félix Martí Ibáñez (1911-1972): perfil(s) d'un metge del segle xx a les portes del segle xxi.	
JOSEP PARDO TOMÁS	9
Malaltia, classe obrera i revolució a l'Espanya del primer terç del segle xx.	
JORGE MOLERO MESA.....	29
Individu, salut i societat: reptes per als sistemes de salut en el segle xxi	
JOSEFINA CAMINAL HOMAR	55
Salud e inmigración. Agentes de salud en pediatría, atención sanitaria y social a menores inmigrantes en el Área Básica de Salud «Raval Sud» (Ciutat Vella) de Barcelona.	
AMELIA CAPITÁN, F. JAVIER MARTÍNEZ ANTONIO	79
<i>Consideraciones sobre tan repugnante tendencia sexual.</i> L'homosexualitat en la psiquiatria del franquisme	
ANTONI ADAM DONAT, ÀLVAR MARTÍNEZ VIDAL	101
La salut, un repte de futur: una aproximació des de la història de la medicina	
ÀLVAR MARTÍNEZ VIDAL, ANTONI ADAM DONAT	125

Presentació

EL GRUP DE RECERCA CONSOLIDAT «FRANCESC SALVÀ», del qual formen part historiadors de la ciència, la tecnologia i la medicina de la Universitat Autònoma de Barcelona, de la Universitat Politècnica de Catalunya i del Consell Superior d'Investigacions Científiques, es va proposar, cap a finals de l'any 2002, d'organitzar el «Memorial Félix Martí Ibáñez (1911-1972)». La intenció era que la sèrie d'activitats programades per als anys 2003 i 2004 (conferències, exposicions, cursos de doctorat, etc.) anaren més enllà d'una voluntat commemorativa de la figura d'aquest metge, sexòleg i llibertari, la memòria del qual pensàvem que era necessari recuperar. Perquè recuperar la memòria d'un personatge com Martí Ibáñez és projectar cap al nostre present i futur una manera d'entendre i de practicar la medicina com una activitat social encaminada sobretot a promoure la salut dels individus i dels pobles.

Per això ens va semblar que una bona manera de tancar els actes del Memorial era organitzar un cicle de conferències que, partint de la situació històrica on Martí Ibáñez va iniciar la seua complexa i variada activitat mèdica, política i cultural, arribara a plantejar també una mirada crítica i preocupada a la situació del nostre present i del futur més immediat. Sorgí així la idea d'un cicle sota el títol de «Salut i societat a les portes del segle XXI», al qual vam invitar a participar diversos especialistes en salut pública i en història de la medicina.

La Residència d'Investigadors va acollir generosament i entusiasta aquesta idea i ens va oferir la possibilitat de muntar de bell nou l'exposició que el Taller d'Història de Gràcia havia dedicat a la vida i l'obra de Félix Martí Ibáñez. La col·laboració

de les biblioteques de la Institució Milà i Fontanals (CSIC) i de la Universitat Autònoma de Barcelona, del Museu d'Història de la Medicina de Catalunya i d'alguns particulars, ens va permetre afegir-hi unes vitrines que mostraven una selecció de documents, imatges i publicacions relatives a Martí Ibáñez.

Amb tot, aquell esforç concretat en els mesos de gener i febrer de 2004 no podria aspirar a gaudir d'una major incidència si no fos per la nova proposta de la Residència d'Investigadors de publicar en un llibre aquelles conferències, afegint-hi una petita ressenya biogràfica de Martí Ibáñez i una bibliografia que donara l'oportunitat a tots els interessats d'acostar-se a la seua obra i al temps que la va fer possible.

Per tot això, l'obligat capítol d'agraïments ha de començar per la Residència d'Investigadors i les persones que fan possible la seua activitat cultural. També volem fer constar el nostre agraïment a José V. Martí Boscà i a Antonio Rey, les dues persones que amb la seua recerca rigorosa i pacient sobre Martí Ibáñez han fet possible el nostre acostament i han estimulat des del principi l'organització de les activitats del Memorial. A la gent del Taller d'Història i de la Junta municipal de districte de Gràcia hem d'agrair també el suport i la bona voluntat que han mostrat sempre al llarg d'aquests anys. I a tots els que d'una o d'altra forma han participat en les activitats organitzades.

JOSEP PARDO TOMÁS
ÀLVAR MARTÍNEZ VIDAL

FÉLIX MARTÍ IBÁÑEZ (1911-1972): PERFIL(S) D'UN METGE DEL SEGLE XX A LES PORTES DEL SEGLE XXI

JOSEP PARDO TOMÁS

*Departament d'Història de la Ciència. Institució Milà i Fontanals
(CSIC), Barcelona*

LES DIFERENTS ACTIVITATS que, englobades sota el títol «Memorial Félix Martí Ibáñez», vam organitzar, com a membres del Grup de Recerca «Francesc Salvà», al llarg dels anys 2003 i 2004 (vegeu-ne la relació al final), tenien com a objectiu principal la recuperació de la figura d'aquest metge *cartagenero*, *gracienc* i *new yorker*. Aquesta recuperació, però, no volia quedar limitada en cap cas al nostre estret món professional d'historiadors de la ciència i de la medicina, ni convertir-se en un exercici d'evocació nostàlgica, sinó que volia aconseguir la recuperació d'un fragment de memòria històrica amagada, ignorada o menyspreada durant llargues dècades. Aquesta recuperació, a més, calia projectar-la en tot moment cap al nostre entorn més proper i aprofitar-la, sense perdre la voluntat de reivindicació original, per a la reflexió dels nombrosos problemes plantejats en el nostre present i futur més immediat en el complex univers que es defineix sota l'etiqueta «salut i societat». El mateix Martí Ibáñez va treballar i reflexionar sempre, sota qualsevol dels seus complexos i (aparentment?) contradictoris perfils, sobre els innumerables aspectes de la complexa relació entre la societat i la salut. Per això, hem considerat necessari començar aquest volum amb el qual hem volgut tancar el nostre «Memorial», amb un breu recorregut per la biografia de Félix Martí Ibáñez, així com oferir als lec-

tors un recull bibliogràfic de la seua producció i de la que altres han dedicat a la seua obra.

Nascut a Cartagena el 26 de desembre de 1911, fill del pedagog valencià Félix Martí Alpera, Martí Ibáñez va vindre a viure a Barcelona quan encara no tenia deu anys i s'installà amb la seua família al barri de Gràcia, al carrer Benet i Mercader, número 15. Va fer el batxillerat a l'Institut General i Tècnic de Barcelona i, a partir de 1928, va estudiar medicina a la facultat del carrer Casanova, on es va llicenciar el 1933; després, va anar a Madrid per fer el doctorat (amb una tesi d'història de la medicina) i va tornar a sa casa de Gràcia a finals de l'any 1934. Hi va instal·lar el seu consultori, que s'anunciava a la premsa com el d'un «Médico psicólogo», especialitzat en «Enfermedades nerviosas y mentales. Conflictos espirituales y sexuales».

Martí Ibáñez començà a col·laborar a la revista llibertària *Higia, Revista Mensual d'Higiene i Divulgació Sanitària* (1935-1938), que es publicava a Barcelona. Però sobretot varen ser les seues quotidianes intervencions, entre 1934 i 1937, a la revista llibertària valenciana *Estudios* les que donaren aviat al jove metge un renom ampli entre anarquistes i simpatitzants del pensament llibertari. Els seus temes d'interès giraven entorn de l'eugenèsia i la higiene, la psicologia i la psicoanàlisi, la sexualitat i la reproducció humana, i la història de la medicina, la filosofia i la cultura.

A més d'aquestes tasques com a metge, va ser el promotor, junt als companys de l'Associació d'Idealistes Pràctics, del «11 Club», més tard anomenat «Conversa Club», on es debaten temes d'actualitat cultural amb molts diversos convidats.

L'any 1935, col·laborà a la creació de l'Organització Sanitària Obrera (OSO), entitat catalana de la Confederació Nacional del Treball (CNT), que pretenia presentar una alternativa global al sistema d'assistència benèfica liberal imperant a l'època mitjançant la collectivització dels serveis mèdico-sanitaris. A l'OSO pertanyien vint-i-dos metges, entre generalistes i espe-

cialistes. En acabar l'any 1935, després de set mesos d'activitat, afirmaven haver assistit més de deu mil malalts, a una mitjana de seixanta visites diàries, a més d'haver fet nombroses intervencions quirúrgiques al Consultori Central de l'OSO, al carrer Casanova, 33; a més d'aquest lloc, altres generalistes i especialistes passaven consulta en els seus consultoris. A Gràcia, trobem Martí Ibáñez com a especialista en «malalties nervioses i mentals».

En produir-se l'alçament militar del 18 de juliol de 1936, Martí Ibáñez es dedicà a treballar de ple com a metge en diferents centres sanitaris, en organitzacions espontànies d'assistència —fins i tot al front— i a oferir la seua veu en nombrosos actes, mítings i conferències. Amb l'entrada de la CNT al govern de la Generalitat, fou cridat pel conseller García Birlán com a director general de Sanitat i Assistència Social.

Com a director general dels serveis sanitaris i socials de la Generalitat, Martí Ibáñez dugué a terme una reorganització de tots els serveis sanitaris, socialitzant-los en l'àmbit professional i, en l'àmbit assistencial, fent-los servir a una veritable medicina social i preventiva. Creà un cos de serveis tècnics amb voluntat de fer-lo efectiu i flexible; reorganitzà els grans centres hospitalaris i en creà d'altres com ara el «Màxim Gorki» a Santa Coloma, el «Tres Torres» a Sarrià i el «Sergent» a Horta, a més del Dispensari Central i Preventiu Anti-tuberculós, que el novembre de 1937 havia vacunat ja més de huitanta mil persones. D'altra banda, dissenyà tota una reorganització dels serveis psiquiàtrics. Fou també iniciativa seua el projecte de creació d'un servei d'incineració de cadàvers, que contemplava com a pas previ la consulta de les principals institucions mèdiques per valorar la conveniència de la mesura. Així mateix, va figurar entre els seus projectes la creació de «liberatoris» per a prostitutes, centres d'informació sexual per a la joventut i un Institut de Ciències Sexuales. Destacà Martí Ibáñez per l'esforç desenvolupat en les lluites antivenèria, antileprosa,

antiràbica, antipallúdica, antitracomatosa, antireumàtica i anticancerosa. Per últim, Martí Ibáñez fou l'autor de la legislació sobre interrupció voluntària de l'embaràs, aprovada per decret de la Generalitat del 25 de desembre de 1936, que va servir com a base del decret del govern de la República signat per la ministra Federica Montseny (CNT) i la sots-secretària Mercedes Maestre (UGT).

A l'estiu de 1938, abandonades les seues responsabilitats polítiques a la Generalitat després de l'eixida de la CNT del govern, va anar com a delegat llibertari al Congrés Mundial de les Joventuts per la Pau, celebrat a Nova York sota la presidència d'Eleanor Roosevelt. En acabar el congrés va recórrer els Estats Units impartint conferències organitzades per la Solidaritat Internacional Antifeixista i celebrant reunions amb sindicalistes i professors, com ara l'historiador de la medicina alemany Henry Sigerist, exiliat als Estats Units després del triomf dels nazis al seu país i una figura clau per a entendre la recepció del propi Martí Ibáñez quan, a penes un any més tard, tornaria al país com a exiliat.

En acabar el viatge americà, Félix Martí tornà a Barcelona i es va incorporar al front com a comandant del cos de sanitat de l'aviació militar. Fou ferit al camp de batalla i traslladat a Barcelona, on va ser operat. Però la situació per als republicans els darrers mesos del 1938 era ja molt desesperada. Fugint de les tropes franquistes, Martí Ibáñez va creuar la frontera a peu i, amagant-se per a evitar els camps de concentració francesos, va arribar a París, on va aconseguir un bitllet per als Estats Units. Instal·lat primer a Los Angeles i després a Nova York, inicià l'any 1939 una nova etapa en la seva vida, en la qual aviat va destacar com a professor universitari i com a editor d'importants revistes de medicina.

El 1955, en reconeixement de la seva tasca educativa, li fou atorgada l'Orden de Carlos J. Finlay per l'Academia Nacional de Ciencias de Cuba, i l'any següent fou nomenat professor i

director del Departament d'Història de la Medicina al New York Medical College.

Poc després, va fundar *MD Medical News Magazine*, la revista cultural adreçada als metges de major impacte a la seua època, de la qual fou també director en cap. Publicà articles d'història de la medicina en les més prestigioses revistes mèdiques internacionals, així com contes i petites històries infantils. Va ser membre de les més importants societats europees i americanes de medicina, història i literatura, i va participar en multitud de congressos a Europa, Amèrica i, àdhuc, al Japó, on va impartir nombroses conferències. Dels seus viatges, va deixar imprès un llibre titulat *Journey Around Myself*, on narra les experiències viscudes. Va escriure també una tetralogia d'història de la medicina; els dos primers volums — *Centaur: Essays on the History of Medical Ideas* i *Men, Molds, and History*— van aparèixer el 1958 i tres anys més tard publicà *A Prelude to Medical History*, seguida de *The Fabric of Medicine*. De caire més literari o assagista, són els seus llibres *All the Wonders We Seek* i *Ariel: Essays on the Arts on Medical Philosophy*. Encara que, cap al final de la seua vida, va poder tornar en alguna ocasió a Barcelona, morí a Nova York el 1972. Hi ha constància que l'any 1998 encara se celebrava un funeral del seu traspàs a la catedral de Sant Patrici seguit d'un acte commemoratiu a Tuscan Square.

Bibliografia

Selecció d'obres de Félix Martí Ibáñez

Articles publicats a la revista *Estudios*
entre 1934 i 1937 (selecció):

- «Nueva moral sexual» (núm. 134), 13-15.
- «Comentarios en torno de una campaña eugénica» (núm. 135), 3-5.
- «Erótica, matrimonio y sexualidad» (núm. 136), 21-23.
- «El sexo en la historia» (núm. 137), 18-22.
- «Carta a una muchacha sobre el problema sexual» (núm. 138) 4-6.
- «Comentarios en torno a una campaña eugénica» (núm. 140), 3-5.
- «La línea amorosa» (núm. 142), 6-8.
- «El estilo amoroso» (núm. 143), 14-16.
- «Consideraciones sobre el homosexualismo» (núm. 145).
- «Eugenesia mitológica. España abole de modo oficial la prostitución» (núm. 146), 18-21.
- «Sexo» (núm. 154), 30-32.
- «Carta de amor a Fredes» (núm. 155), 25-28.
- «Mensaje revolucionario a la España proletaria» (núm. 156), 4-7.
- «Mensaje eugénico a la mujer» (núm. 159), 4-7.
- «En torno a la reforma eugénica del aborto» i «Sanidad, asistencia social y eugenesia en la revolución social española» (núm. 160), 11-12 i 34-38, respectivament.

Ensayo sobre la historia de la psicología y fisiología místicas de la India. Estudios de psicología religiosa, Madrid, Universidad de Madrid, 1935.

Higiene sexual. Fisiología e higiene de las relaciones sexuales y del anticoncepcionismo, València, Biblioteca de Estudios, 1936.

Yo rebelde. Novela juvenil y de inquietudes, València, Biblioteca de Estudios, [1936?].

Un parell d'articles dels publicats
a la revista *Tiempos Nuevos*:

«Freud» (núm. 6, juny de 1936), 278-280.

«Eugenesia y política» (núm. 9-10, setembre-octubre de 1937).

Obra: diez meses de labor en sanidad y asistencia social, Barcelona, Tierra y Libertad, 1937.

L'assistència social en la revolució, Barcelona, Oficina de Propaganda de la Conselleria de Sanitat i Assistència Social de la Generalitat de Catalunya, [1937].

Mensaje eugénico a los trabajadores / Missatge eugènic als treballadors. [S.l.] Comité Regional del Norte CNT-FAI, [1937?].

Psicoanálisis de la revolución social española, Barcelona, Tierra y Libertad, 1937.

Grandezas y miserias de la revolución social española. Conferencia pronunciada en el cine Coliseum de Barcelona el día 7 de marzo de 1937, [Barcelona], Oficina de Propaganda de la CNT-FAI, [1937].

Los milagros curativos en la historia de la medicina, Barcelona, Ediciones y Reportajes, 1937.

El sentido de la vida, València, Biblioteca de Estudios, 1937.

Aventura. Poemas de juventudes, València, Ediciones FIJL, 1938.

Mensajes a la juventud revolucionaria, València, Ediciones FIJL, 1938.

La canción sin palabras. Novela corta inédita, Toulouse, Librairie des Éditions Espagnoles, 1947.

El pensamiento médico en la historia, Guatemala, Universidad de San Carlos, 1947.

Antibiotics Annual 1953-1954 (junt a H. Welch, ambdós anaren publicant aquests informes anuals sobre els antibiòtics fins el 1960), Nova York, Medical Encyclopedia, 1953.

Medical Writing (junt a H. Sigerist, H. Clegg i altres), Nova York, MD Publications, 1956.

- Psychiatry and Religion* (introducció i edició), Nova York, MD Publications, 1956.
- A History of Public Health*, de George Rosen (introducció i edició). Nova York, MD Publications, 1958.
- The Pageant of Medicine*, Nova York, MD Publications, 1960.
- Henry Sigerist on the History of Medicine*, Nova York, MD Publications, 1960.
- A Prelude to Medical History*, Nova York, MD Publications, 1961.
- Ariel. Essays on the Arts and the History and Philosophy of Medicine*, Nova York, MD Publications, 1962.
- The Epic of Medicine*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1962.
- All the Wonders We Seek. Thirteen Tales of Surprise and Prodigy*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1963.
- Los buscadores de sueños: trece cuentos de maravilla y prodigio*, Madrid, Victoriano Suárez, 1964.
- A Pictorial History of Medicine*, Londres, Spring Books, 1965.
- Waltz and Other Stories*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1965.
- Journey Around Myself: Impressions and Tales of Travels Around the World*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1966 [traducció al castellà: Madrid, Alfaguara, 1967].
- The Patient's Progress*, Nova York, MD Publications, 1967.
- The Ship in the Bottle and Other Essays*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1967 [traducció al castellà: Madrid, Alfaguara, 1972].
- The Adventure of Art*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1968.
- Tales of Philosophy*, Nova York, Clarkson N. Potter, 1969.
- La flecha de cristal. Ensayos sobre literatura, viajes, arte, amor y la historia de la medicina*, Madrid, Alfaguara, 1970.
- Consultorio psíquico-sexual* [Selecció i pròleg d'I. Vidal], Barcelona, Tusquets, 1975.
- Antología de textos de Félix Martí Ibáñez* [edició de J. V. Martí Boscà i A. Rey], València, Biblioteca Valenciana, 2004.

Sobre Félix Martí Ibáñez

- Aisa, F., *Una història de Barcelona: Ateneu Enciclopèdic Popular (1902-1999)*, Barcelona, Ateneu Enciclopèdic Popular-Virus Editorial, 2000.
- Alonso Sentandreu, J., «Doctor Martí Ibáñez», *Cuadernos Republicanos*, núm. 16 (1993).
- Álvarez Peláez, R., «Eugenesia y darwinismo social en el pensamiento anarquista», a B. Hoffman, P. Joan, M. Tietz (eds.), *El anarquismo español y sus tradiciones culturales*, Frankfurt-Madrid, Vervuet-Iberoamericana, 1995, 29-40.
- Ausín, J. L., Calbet, J. M., «Félix Martí Ibáñez i l'Institut de Medicina Pràctica (1931-1938)», *Gimbernat*, 34 (2000), 181-198.
- Bodgan, H. A., «Félix Martí Ibáñez Iberian Daedalus: the Man behind the Essays», *Journal of the Royal Society of Medicine*, 86 (1993), 593-596.
- Cleminson, R., *Anarquismo y homosexualidad*, Madrid, Huerga y Fierro, 1995.
- , «Sexuality and Revolution of Mentalities: Anarchism, Science and Sex in the Thought of Félix Martí Ibáñez», *Anarchist Studies*, 5 /1 (1997), 45-58.
- , «Anarchist, Poet, and Sex Radical. The *Estudios* writings (1934-1937) of Dr. Félix Martí Ibáñez», *International Journal of Iberian Studies*, 12 /1 (1999), 14-25.
- , «Martí Ibáñez, Félix», a David William Foster (ed.), *Spanish Writers on Gay and Lesbian Themes: A Bio-Critical Sourcebook*, Westport, Conn./Londres, Greenwood Press, 1999, 108-111.
- , *Anarchism, Science and Sex: Eugenics in Eastern Spain, 1900-1937*, Berna, Peter Lang AG, 2000.
- Cortejoso, L., «Félix Martí Ibáñez», *Jano*, 564 (1983), 142-149.
- Jiménez, I., Molero, J., «Per una "Sanitat Proletària". L'Organització Sanitària Obrera de la Confederació Nacional del Treball (CNT) a la Barcelona republicana (1935-1936)», *Gimbernat*, 38 (2003), 211-221.

- Laín Entralgo, P., «Un triunfador muerto», *Asclepio*, 24 (1972), 497-500.
- Llavona, R., Bandrés, J., «Psicología y anarquismo en la Guerra Civil española: la obra de Félix Martí-Ibáñez», *Psicothema*, 10 /3 (1998), 669-678.
- López Piñero, J. M., «El horizonte actual del médico y la obra de Félix Martí Ibáñez», *Noticias Clínicas*, 2 (1961), 2-5.
- Madrid, F., *La prensa anarquista y anarcosindicalista en España desde la Iª Internacional al final de la Guerra Civil*, Tesis doctoral inédita, Universitat de Barcelona, 1988.
- Martí, J. V., Rey, A., «Félix Martí Ibáñez: aportación biográfica a su etapa española (1911-1939)», *Medicina & Historia*, 2 (4ª época) (2001), 1-15.
- , «La etapa española de Félix Martí Ibáñez: bases para el exilio como plenitud profesional», a Mª F. Mancebo; M. Baldó; C. Alonso (eds.), *L'exili cultural de 1939. Seixanta anys després*, València, Universitat de València-Biblioteca Valenciana, 2001, vol. 1, 447-454.
- , «El viaje de Félix Martí Ibáñez a Norteamérica en busca de apoyos internacionales. Agosto-diciembre, 1938», a J. L. Barona (comp.), *Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència, 2003, 169-223.
- , «Félix Martí Ibáñez: de la Revolució al triomf», *Afers*, 43 (2003), 609-616.
- (eds.), *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, historia e ideología*, València, Biblioteca Valenciana, 2004.
- Nash, M., «Una experiència fracassada. L'avortament legal a Catalunya», *L'Avenç*, 58 (1983), 188-194.
- Navarro Monerris, J., *Generación consciente. Sexualidad y control de natalidad en la cultura revolucionaria española*, Alacant, Mimeo, 1988.
- Navarro Navarro, F. J., «El paraíso de la razón». *La revista Estudios (1928-1937) y el mundo cultural anarquista*, València, Edicions Alfons el Magnànim, 1997.

Pàmies, T., *Quan érem capitans*, Barcelona, Dopesa, 1976.
Salas, M. (coord.), Especial Martí Ibáñez, *Polèmica*, 8 /41 (1990).
Tavera, S., *Solidaridad Obrera. El fer-se i desfer-se d'un diari anarco-sindicalista (1915-1939)*, Barcelona, Diputació-Collegi de Periodistes, 1992.

Relació d'activitats del Memorial Félix Martí Ibáñez

– 27 DE MARÇ DE 2003: col·locació d'una placa commemorativa a la casa de Félix Martí Ibáñez, carrer de Benet Mercadé, 15. A càrrec del Taller d'Història de Gràcia i l'Ajuntament de Barcelona.

– 27 DE MARÇ DE 2003: taula rodona amb la participació de Raquel Álvarez Peláez (CSIC, Madrid), Moisès Broggi (Acadèmia de Medicina de Catalunya), José Vicente Martí Bosca (Servei Valencià de Salut) i Antonio Rey González (Universitat de València). Organitzada pel Grup de Recerca «Francesc Salvà» (UAB, CSIC, UPC) i l'Ajuntament de Barcelona.

– 14 D'ABRIL DE 2003: presentació de la proposta de la Junta de Districte de Gràcia, de l'Ajuntament de Barcelona, per donar el nom de «Félix Martí Ibáñez» a un Centre d'Atenció Primària a Gràcia.

– DEL 28 D'ABRIL AL 9 DE MAIG DE 2003: curs de doctorat «La salut pública en el món contemporani», a càrrec d'Isabel Jiménez Lucena (Universidad de Málaga) i de Jorge Molero Mesa (Universitat Autònoma de Barcelona). Organitzat pel Grup de Recerca Consolidat «Francesc Salvà» i el Centre d'Estudis d'Història de les Ciències (UAB).

– 6 DE MAIG DE 2003: inauguració de l'exposició «Memorial Félix Martí Ibáñez (1911-1972)» a la seu municipal del districte de Gràcia. Oberta fins al 20 de maig. Organitzada pel Taller d'Història de Gràcia.

– 8 DE MAIG DE 2003: conferència d'Isabel Jiménez Lucena «Sanitat i anarquisme a Catalunya durant la II República», a la seu municipal del districte de Gràcia. Organitzada pel Grup de

Recerca Consolidat «Francesc Salvà» i el Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.

- 30 DE MAIG DE 2003: conferència de Richard Cleminson (Bradford University) «Estudi del discurs científic sobre la sexualitat en l'anarquisme català i valencià, 1900-1939», a la seu de l'Institut d'Estudis Catalans. Organitzada per la Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica.

- DEL 2 AL 5 DE JUNY DE 2003: curs de doctorat «La cultura sexual a Catalunya a principis del segle xx: discursos mèdics i populars i la construcció de la sexualitat», a càrrec de Richard Cleminson. Organitzat pel Grup de Recerca Consolidat «Francesc Salvà» i el Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.

- 2 D'OCTUBRE DE 2003: inauguració de l'exposició «Memorial Félix Martí Ibáñez (1911-1972)» al Centre Cívic «La Sedeta». Oberta fins el 24 d'octubre. Organitzada pel Taller d'Història de Gràcia.

- 9 D'OCTUBRE DE 2003: conferència de Jorge Molero al Centre Cívic «La Sedeta».

- 14 DE GENER DE 2004: inauguració de l'exposició «Memorial Félix Martí Ibáñez (1911-1972)» a la Residència d'Investigadors, de Barcelona. Oberta fins el 6 de febrer. Organitzada pel Taller d'Història de Gràcia i el Grup de Recerca Consolidat «Francesc Salvà».

- DEL 14 DE GENER AL 6 DE FEBRER DE 2004: cicle de conferències «Salut i societat a les portes del segle XXI» a la Residència d'Investigadors, de Barcelona. Organitzat pel Departament d'Història de la Ciència de la Institució Milà i Fontanals (CSIC) i el Grup de Recerca Consolidat «Francesc Salvà».

- 21 DE GENER DE 2004: inauguració de l'exposició «Viatge al voltant del doctor Martí Ibáñez», a la Sala Permanent de la Biblioteca Valenciana. Oberta fins el 26 de març. Organitzada per José V. Martí Boscà i Antonio Rey González.

- 21 DE GENER DE 2004: presentació a València del llibre *Antología de textos de Félix Martí Ibáñez*, editat per José V. Martí

Boscà i Antonio Rey González i publicat per la Biblioteca Valenciana.

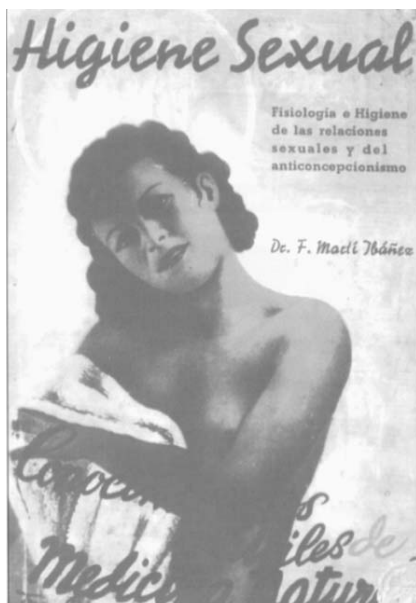
– 12 DE FEBRER DE 2004: Primer Simpòsium Internacional «Félix Martí Ibáñez: medicina, història i ideologia», celebrat a València, a la seu de la Biblioteca Valenciana. Organitzat per José V. Martí Boscà i Antonio Rey González.

– 23 DE FEBRER DE 2004: publicació del llibre *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: medicina, historia e ideología*, editat per José V. Martí Boscà i Antonio Rey González i publicat per la Biblioteca Valenciana.

– 25 DE FEBRER DE 2004: inauguració de l'exposició «Memorial Félix Martí Ibáñez (1911-1972)» a la Sala d'Exposicions de la UAB, Plaça Cívica del Campus de Bellaterra. Oberta fins el 19 de març. Organitzada pel Taller d'Història de Gràcia i el Grup de Recerca Consolidat «Francesc Salvà».

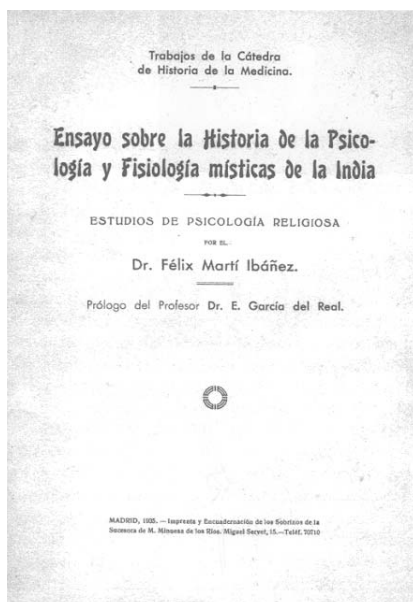


Retrat de Félix Martí Ibáñez que apareix a la contracoberta del seu llibre A Prelude to Medical History (Nova York, MD Publications, 1961).



Portada del llibre Higiene sexual, publicat per la revista llibertària valenciana Estudios l'any 1936.

Portada de la tesi doctoral de Félix Martí Ibáñez, publicada per la Càtedra de Historia de la Medicina de la Universidad Complutense de Madrid l'any 1935.



*Carnet d'estudiant de
Martí Ibáñez per al curs
1928-1929, localitzat per
José V. Martí Boscà i
Antonio Rey a l'Arxiu
de la Universitat de
Barcelona*



Martí Ibáñez
Alfons Sánchez

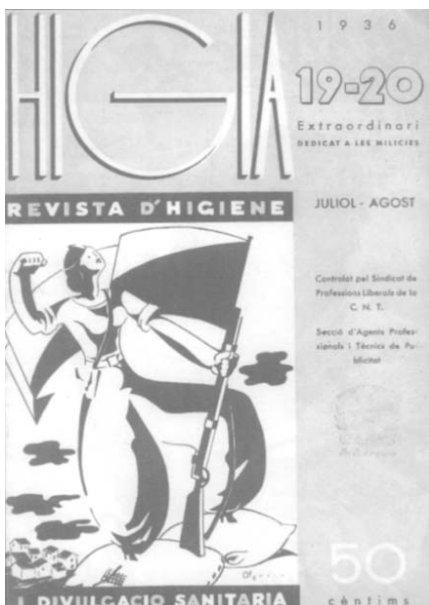
Nació el dia 26 de desembre en 1914
en Cartagena prov. de Múrcia
Domicili en Barcelona San Benito 15

Padre, tutor o encargado: D. Félix Martí

que viu en San Benito 15
Curso de 1928 a 1929 : Enseñanza oficial.
(Se adjunta la fotografía del alumno)

EL OFICIAL DE SECRETARÍA,
[Signature]

Expedida la carta de identidad en _____ de _____
de 19 ____ con el número _____



*Portada del número
extraordinari (juliol-agost
de 1936) de la revista Higia,
publicació anarquista
dedicada a la divulgació
sanitària.*



Félix Martí Ibáñez, tercer per l'esquerra dels asseguts en primera línia, a la seu de Solidaritat Internacional Antifeixista, a Nova York, durant el sopar celebrat l'11 de desembre de 1938. Fotografia procedent de l'arxiu personal de Federico Arcos (Ontario, Canadà), localitzada per José V. Martí Boschà i Antonio Rey.



FELIX MARTI-IBANEZ

KYOTO, JAPAN

"Félix Martí-Ibáñez - - psychiatrist, author, editor, publisher, medical historian, and world traveler - - had many loves, but none greater than that for the written word. Happily, this grand love affair has manifested itself in some of the finest essays, short stories, travel books, and novels of our century."

Robert H. Boyer and Kenneth J. Zahorski from their introduction to Martí-Ibáñez' essay, "Tell Me A Story," which they included in their anthology, *Fantassists On Fantasy: A Collection of Critical Reflections by Eighteen Masters of the Art*. A Discus Book / Published by Avon Books

You are cordially invited to the
Twenty-sixth Memorial Mass for

Dr. Félix Martí-Ibáñez

which will be offered on
Wednesday, June 17, 1998
at three o'clock in the afternoon
at the Lady Chapel of
St. Patrick's Cathedral
New York, N.Y.

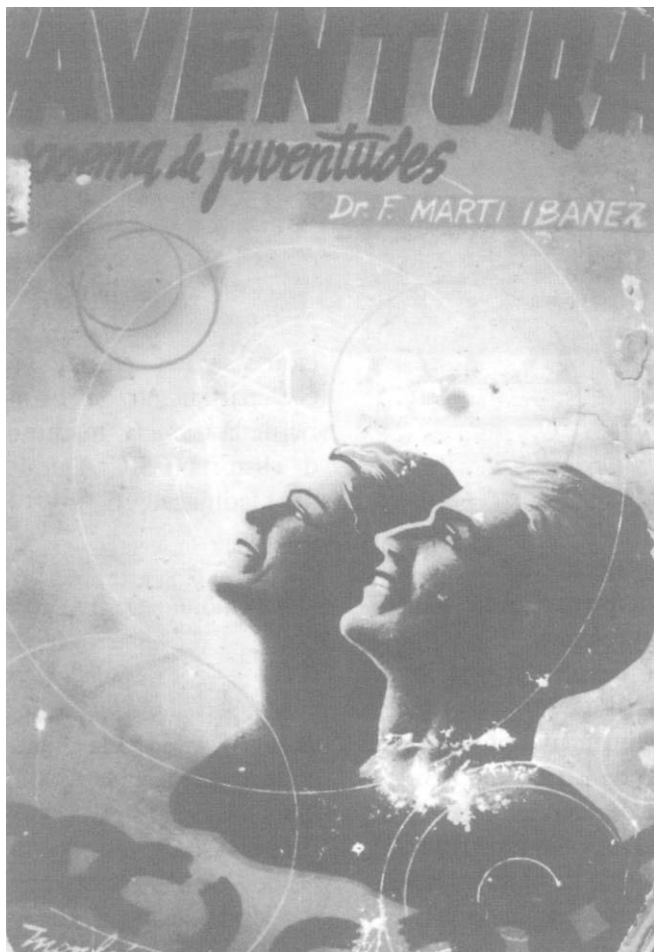
It is my pleasure to invite you to
Tuscan Square
16 West 51st Street
after the Mass at three forty-five in the afternoon
for our annual celebration of the
incomparable Félix.

Verna Sabelle • 21 East 66th Street • N.Y. N.Y. • (212) 288-1936



Retrat de Félix Martí Ibáñez a Ohio (EUA). Fotografia procedent de l'arxiu personal de Federico Arcos (Ontario, Canadà), localitzada per José V. Martí Boscà i Antonio Rey.

◀ *Invitació a la commemoració del vint-i-sisè aniversari del traspàs de Félix Martí Ibáñez, celebrada a la catedral de Sant Patrici (Nova York). Cortesia de Verna Sabelle, arxiu personal de Josefina Barrera Martí, Barcelona.*



Portada de la novella Aventura (València, 1938).

MALALTIA, CLASSE OBRERA I REVOLUCIÓ A L'ESPANYA DEL PRIMER TERÇ DEL SEGLE XX

JORGE MOLERO MESA

*Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.
Universitat Autònoma de Barcelona*

Misèria, malalties collectives i «qüestió social»

Un dels fenòmens més característics del procés d'industrialització que va tenir lloc a tot el món occidental va ser sense cap dubte el pauperisme. Aquest fenomen social s'acompanyava d'un estat d'extrema debilitat orgànica del proletariat i suposava un terreny abonat per al desenvolupament de qualsevol de les greus malalties infeccioses que predominaven a l'època.

Entre els autors que van analitzar aquest problema al llarg del segle XIX, van ser els metges higienistes, basant-se en la teoria miasmàtica, aquells que van situar l'origen del deteriorament orgànic col·lectiu en les males condicions ambientals que regnaven, tant als llocs de treball com als habitatges de les classes populars. A més, van assenyalar la insuficient alimentació, l'excés de treball i els costums dels obrers com a factors responsables de la demacració orgànica i de les malalties col·lectives que prenien amb inusitada virulència en aquells cossos debilitats i famèlics. Davant aquesta realitat, els higienistes espanyols, seguint les orientacions imperants a Europa, van proposar un programa per acabar amb el pauperisme basat en el sanejament del medi i en la moralització dels treballadors.

Aquest treball forma part del Projecte d'Investigació PB94-0813-C03-03.

Són múltiples les descripcions que aquests higienistes van fer de les condicions de vida de les classes humils al llarg del segle XIX per explicar la seva influència en l'origen de les malalties collectives. Així, per exemple, Ciriaco Ruiz Jiménez, oficial del Consejo de Sanidad del Reino, obligat a entrar als habitatges de Madrid per elaborar el cens de població, va descriure davant el primer Congreso Médico Español reunit en aquella ciutat el 1864, com vivien moltes persones en el districte sud:

... en habitaciones miserables y reducidas, encontrándose hacinadas las familias, faltándoles, no ya el sol, la luz, que es el principal estímulo de la vida, sino hasta el pan de los pulmones, el aire necesario para respirar, resultando aglomeradas toda clase de personas en atmósferas fétidas, corrompidas y naturalmente alteradas, por carecer de ventilación y limpieza, por la descomposición de géneros de sus industrias, por la estrechez, por el exceso de calor o frío, por la humedad y deterioro de paredes y pavimentos, constituyendo un conjunto que hacía repugnante entrar en ellas (Ruiz Jiménez, 1864 : 516).

El problema era descrit en termes similars en el cas de Barcelona per Jaume Queraltó i Ros (1868-1932). A la seva obra *Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis*, publicada el 1910, va descriure les pèssimes condicions de vida als barris obrers de Barcelona on s'amuntegaven famílies i la tuberculosi era la malaltia predominant:

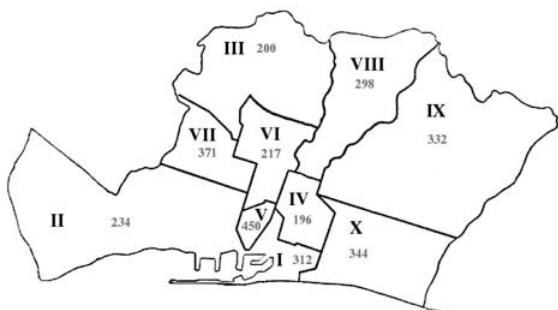
Las casas están como estupidas de habitantes; cada rellano es un pueblo; cada puerta una tribu; cada alcoba una familia. La escalera es pestilente; las puertas exhalan el vaho del pudridero; el aire acre, pastoso, averiado, mugriento, abrasa la garganta [...] Entre trapos pingües, el enfermo se agita; en su misma cama lloriquea un niño; a sus pies, en el estiércol, otro juega. La luz es turbia; muchos cuartos lóbregos [...] Por el corredor las gentes

van, vienen, tropiezan, se deslizan, y son como pedazos de la misma casa que se mueven; su color, el pardo de los muros; su mugre, la mugre de los cuartos; y el aire grasiento los envuelve y como adhiere y encola a las paredes, y así su pastosidad congutina seres y objetos (Queraltó i Ros, 1910 : 14).

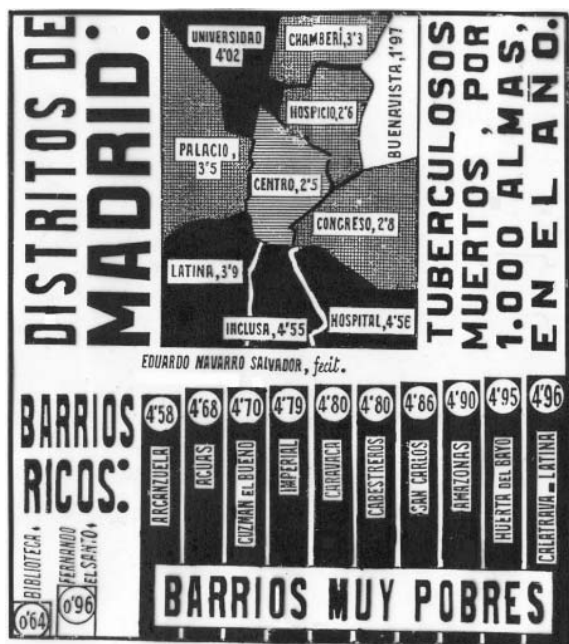
Tots els estudis medicosocials realitzats per higienistes espanyols des de les darreres dècades del segle XIX assenyalaven el repartiment desigual de les malalties prevalents entre les diferents classes socials. En el cas de la tuberculosi, podem observar que el nombre de persones mortes a Barcelona i a Madrid durant els primers anys del segle XX era directament proporcional al grau de misèria que imperava als diferents barris i districtes d'ambdues ciutats (figures 1 i 2, p. 32).

Aquest tipus de treballs epidemiològics que demostraven fefaentment la desigualtat humana enfront de la malaltia i la mort, van reflectir, a tot Europa de manera paral·lela, el procés d'industrialització, però també el desenvolupament de les organitzacions obreres que incorporaren la visió etiològica, ambiental i social de les malalties als seus programes polítics. Aquest clar exponent d'injustícia social donava suport «científic» al canvi polític revolucionari com a solució «real» contra les malalties, la qual cosa els va portar a ignorar intencionadament les propostes merament higièniques i moralitzadores que se'ls marcava des de la medicina.

Davant aquest grau de conflictivitat social no ha de sorprendre'ns que la defensa de l'ordre social i de la propietat fos el principal argument donat pel legislador per justificar la creació de la Comisión de Reformas Sociales l'any 1883. Els assumptes que havia de tractar de forma prioritària aquesta comissió, creada pel primer govern liberal de la recent restaurada monarquia, incidien en les condicions de la vida dels treballadors i la forma de pal·liar els seus mals: jurats mixts; caixes de retirs i de socors per a malalts i invàlids del treball;



1. Mortalitat per tuberculosi per 100.000 habitants a Barcelona per districtes (1916). Elaboració pròpia a partir de Xalabarder i Serra, E. (1916): «La tuberculosis en Barcelona», La Medicina Social Española, 3, pp. 587-593.



2. Mortalitat per tuberculosi per 10.000 habitants a Madrid per districtes (1924) (Lucha oficial contra la tuberculosis. Campaña de 1924 a 1925. Madrid, Publ. Real Patronato Antituberculoso de España).

condicions de treball de dones i nens; higiene, salubritat i seguretat als tallers; crèdits agrícoles; societats de socors mutus i cooperatives; i, per últim, condicions dels habitatges obrers.

Tant la formulació de les preguntes del qüestionari com els diversos testimonis dels informadors assumien les teories ambientalistes que els metges higienistes havien elaborat durant el segle per explicar l'origen de les malalties collectives. En elles, destacava la misèria com un dels factors etiològics més importants per les seves conseqüències directes en la vida dels treballadors. La desnutrició, l'habitatge insà, la roba insuficient, l'amuntegament, l'excessiu nombre d'hores de treball sense descans, els tallers immunds o el treball infantil, entre d'altres, eren factors que convivien amb les malalties que produïen les majors taxes de mortalitat. Patiments com la tuberculosi, la febre tifoide, la diftèria, la pneumònia o el paludisme provocaven la mort dels treballadors o agreujaven encara més la seva debilitat orgànica i els deixaven desprotegits enfront les periòdiques visites de malalties virals com la grip, la verola o el xarampió. D'aquesta forma, el concepte de «malaltia social» que va sorgir amb l'era industrial lligat a la desigualtat humana, estava molt present a la problemàtica que significava l'enfrontament de classes a l'Espanya de la fi del segle. Les anomenades «malalties socials» eren considerades pels treballadors com el resultat del procés d'explotació capitalista, la conseqüència natural de la misèria i el pas previ a una mort prematura.

Encara en el darrer decenni del segle XIX, i malgrat reconèixer-se la desigual distribució de la malaltia entre les distintes classes socials, la majoria dels metges higienistes insistien a responsabilitzar els treballadors dels seus propis mals a causa dels seus hàbits antihigiènics. Aquesta visió caracteritza el llibre de Félix Antigüedad, *La cuestión obrera bajo el punto de vista médico*, publicat el 1892. Poc després de la seva publicació i des de *La Gaceta Médica Catalana*, va ser ressenyat pel metge Lluís Marlés de Cusa (n. 1847) de la guisa següent:

para el Sr. Antigüedad, el obrero se deja arrastrar por las malas ideas, manifiesta poca afición a instruirse, no sigue una conducta irreprochable, está rodeado de condiciones físicas y morales las más lastimosas, usa una alimentación insuficiente, no cuida de su limpieza, no guarda método en el uso de las bebidas alcohólicas, vive en habitaciones insalubres, es poco previsor, está expuesto a las enfermedades graves porque olvida la economía y la higiene, etc.; de todo lo cual se deduce que el obrero es un individuo y un ser social casi despreciable, porque todo en él es malo y perjudicial (Marlés de Cusa, 1893 : 282).

Així mateix, el Director General de Sanidad l'any 1900, Francisco Cortajarena y Aldebó (1835-1919), davant el tercer Congreso Español de la Tuberculosis (Sant Sebastià, 1912), va responsabilitzar les «noves teories socialistes» de ser les causants de les misèries orgàniques, ja que, en imposar les vagues per aconseguir els seus fins, minvaven els recursos de l'obrer. De forma paral·lela, les vagues arruïnaven les indústries ja establertes i retreien la inversió capitalista a les noves, fent augmentar la fam i, per tant, la malaltia. Finalment va responsabilitzar els líders obrers d'aquestes iniciatives i va afirmar que «lo primero es vivir, y que por muchos ideales que pregonen los que se consideran regeneradores de la sociedad, si no se preocupan de la salud de los ciudadanos, poco tendrá la humanidad que agradecerles» (Cortajarena y Aldebó, 1914 : 502).

Segons els higienistes, la manca d'educació també entrava en joc a l'hora d'afavorir, entre els obrers, la transmissió i el desenvolupament de les malalties infeccioses. Era lloc comú entre ells el convenciment que aquesta mancança feia que les classes proletàries fossin molt fatalistes en la seva manera de pensar i que es resignessin amb les seves misèries i malalties. L'alt grau d'analfabetisme entre els obrers, xifrat al començament del segle xx en un 45-50 per cent, era per a aquests metges un obstacle per a la transmissió i l'assimilació eficaç dels missatges d'educació sanitària.

El concepte de «salut» a la premsa obrera

Les acusacions que acabem d'escoltar en boca de polítics conservadors i de metges higienistes no van impedir el desenvolupament de l'ideari obrer, que va seguir considerant com a vàlid l'axioma que també havien gestat els higienistes vuitcentistes: que la misèria era l'origen de les malalties collectives. Per consegüent, la lluita relacionada amb la millora de les seves condicions d'existència era entesa pels obrers com a lluita política i econòmica i en cap cas com a «sanitària», tal i com se'ls demandarà més endavant des del reformisme burgès. En aquest sentit, resulta molt significativa la resposta donada pel diari *El Socialista* a l'article del doctor Óvilo, que, des de les pàgines d'*El Liberal*, el novembre de 1899, acusava les societats obreres de no preocupar-se en absolut de les qüestions higièniques:

[El obrero pone en práctica los principios de la higiene] cuando reduce las horas de trabajo y ahorra las fuerzas que gasta en detrimento de su salud, [...] cuando reclama contra el destajo y evita que dos obreros hagan el trabajo de tres en el mismo tiempo, [...] al reclamar un día de descanso semanal para tener 24 horas de descanso de un trabajo consecutivo de 6 días durante los cuales pueda recrearse, hacer ejercicio sano y vivir en una atmósfera más pura que la del taller, [...] cuando exigen la reglamentación del trabajo infantil para impedir que el niño por carecer del debido desarrollo, sea débil y muera en edad temprana, [...] al reclamar la reglamentación del trabajo de la mujer y de los accidentes de trabajos peligrosos, [...] en definitiva, los obreros luchan contra lo que se opone a que se generalice [la higiene] en el medio en que viven («Higiene y las Sociedades Obreras», 1899).

Aquestes reivindicacions «higièniques» foren contestades quasi punt per punt pels governs conservadors promulgant una nombrosa legislació d'indole social entre la qual es trobava

el restabliment de la Dirección General de Sanidad (1899), la Ley sobre el Trabajo de las Mujeres y Menores (1900), la Ley de Accidentes de Trabajo (1900), la Ley de Protección a la Infancia (1904), la Ley del Descanso Dominical (1904) o la definitiva posada en marxa de la Instrucción General de Sanidad (1904).

No obstant això, i malgrat el progressiu augment de la legislació social, els obrers organitzats van continuar mobilitzant-se a favor de la millora de les seves condicions de vida, com va ser el cas de la campanya realitzada entre 1904 i 1911 en contra de l'impost de consums. Aquest impost indirecte era conegut com la «contribució sobre la fam i la misèria» ja que gravava els articles de primera necessitat sense tenir en compte el nivell econòmic del comprador.

El problema de la fam, reflectit a la premsa obrera com un signe inequívoc d'injustícia social i argument indiscutible per al canvi revolucionari (figura 3), també fou motiu d'anàlisi per part de la medicina. La debilitat orgànica, com ja hem assenyalat, donaria pas a greus malalties i a la mort prematura de les persones que pertanyien als estrats socials més desfavorits. En aquest cas, els estudis mèdics demostraven que amb els diners que ingressava al dia una família obrera no es podien comprar els aliments necessaris per compensar l'aportament calòric imprescindible per conservar la salut.

El balanç negatiu entre el jornal i la dieta i les conseqüències que tenia perquè les malalties infeccioses es desenvolupessin entre els obrers, no eren fenòmens desconeguts pel proletariat organitzat, que els va utilitzar per reivindicar millores salarials. Un article publicat a *El Socialista*, l'any 1899, reivindicava un salari de tres pessetes diàries, basant-se en el treball de dos metges espanyols. Citava els càlculs de Parada y Santín, secretari de la Sociedad Española de Higiene, el qual el 1879 considerava que l'obrer havia de gastar en menjar l'equivalent a un valor de 1,50 a 1,75 pessetes al dia, ja que, afirmava, viure amb menys d'aquella quantitat era



Contraste social.

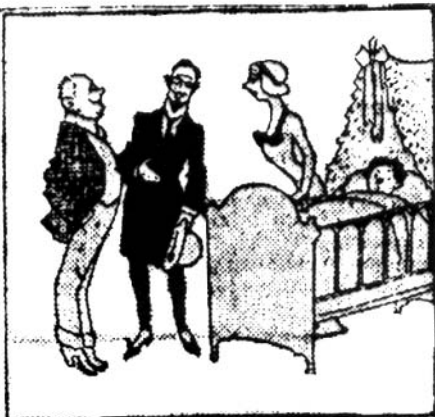
3. «Contraste social», El Socialista, 22 de març de 1924.

EL ORDEN SOCIAL



LOS POBRES

—¿No hay esperanza, doctor?
 —Miren ustedes: el pequeño podría curarse. Bastaría llevarlo a vivir en el campo durante ocho ó diez meses y darle una alimentación especial, distinta de la que pueden darle ustedes con sus pobres recursos. Así podría salvarse.
 —Pero, ¿no hay ninguna medicina?
 —La única medicina capaz de curarlo serían unos billetes de 1.000 pesetas.



LOS RICOS

—Es grave lo que tiene. El niño ha comido demasiado y tiene enfermos los órganos de la digestión.
 —¡Ay, Dios mío!
 —Pero se pondrá bien limitándole la alimentación, dándole cosas sanas: vida de campo, paseos y baños de mar. De esta manera se curará pronto.
 —¡Bendito sea el cielo! A Dios gracias, tenemos recursos para todo eso y para más aun.

4. «El orden social», El Socialista, 9 de maig de 1913.

arruinar fisiològicament a la espècie, creant generacions de escasses condicions de vitalitat i de nul·l vigor físic, i augmentant horrorosament el contingent donat a la mortalitat prematura i a la tuberculosi, la anèmia, la escrófula, la depauperació de la raça (Morato, 1899).

Totes aquestes consideracions podem veure-les reflectides a la vinyeta extreta d'*El Socialista* (9 de maig 1913) i que reproduïm a la figura 4. En aquesta vinyeta podem veure la clara consciència que tenien els sectors militants de la classe obrera sobre la desigualtat humana davant la malaltia. Si analitzem ambdues consultes mèdiques, percebem que el «contrast social» no resideix només en l'assistència sanitària (el metge de la beneficència rural enfront de l'especialista de la capital), sinó també en el tipus de malaltia que pateixen els nens (tuberculosi per fam en un cas i «empatx» per menjar massa en l'altre) i en la disposició o no de fons per solucionar el tractament, que, en aquest cas, és similar.

El sistema d'assistència liberal i la medicina social

Enfront del problema que suposaven aquestes desigualtats socials i sobretot enfront de la consegüent confrontació de classes va sorgir a l'àmbit burgès un moviment de reforma social que tindria com a primer objectiu, encara que no l'únic com més endavant veurem, millorar sensiblement les condicions de vida dels més desfavorits i contribuir d'aquesta manera al manteniment de la pau social.

Una parcel·la essencial d'aquesta reforma fou l'ocupada per la medicina social, una disciplina que va sorgir a tot el món industrialitzat per intervenir activament en la «qüestió social». D'entre les iniciatives medicosocials podem citar, a més a més de la campanya organitzada contra la tuberculosi, que va ser la

de major abast en tots els països industrialitzats, les realitzades contra la mortalitat infantil, les malalties venèries, el càncer, el paludisme, el tifus exantemàtic, l'alcoholisme i les malalties i els accidents laborals.

La nova higiene social, emparada tant en els coneixements científics i suposadament neutrals que li aportava la doctrina bacteriològica així com en els procedents de les ciències socials, va tenir la capacitat d'intervenir directament i massivament en el medi social i familiar obrer. Entre les seves característiques destaquen l'ús sistemàtic de l'estadística, la incorporació de l'assistència al malalt com a element de la prevenció, la consideració social de la malaltia i el compromís de «millorar la raça» mitjançant l'eugenèsia. Totes elles van convertir la medicina social en la disciplina idònia per a la reforma que es pretenia dur a terme a Espanya: no en va les activitats higièniques van ser dirigides en exclusivitat cap a les classes proletàries.

En aquest sentit, i prenent com a model les campanyes sanitàries, podem assenyalar les justificacions que van fer sorgir el moviment medicosocial a l'Estat espanyol i que, al nostre judici, contribueixen a explicar l'inici de la intervenció dels poders públics en la «qüestió social» i la configuració de les ideologies reformistes en els darrers anys del segle XIX. Junta-ment a la hipòtesi tradicional de defensa social, tant política com sanitària, la millora de les condicions de vida dels treballadors i, per tant, la disminució de la seva mortalitat prematura, estaria justificada per dos motius. En primer lloc, per allò que podem denominar factor *econòmico-demogràfic*, que pretenia aconseguir un major «rendiment nacional», tant en l'àmbit productiu com en el militar, mitjançant la reproducció d'una població sana i nombrosa amb la qual nodrir aquests sectors socials. Aquesta consideració es va reflectir en els estudis que valoraven monetàriament la vida del treballador, en l'evolució del quadre d'exempcions de l'exèrcit i en els plantejaments eugenistes implícits a les campanyes sanitàries. I en

segon lloc, un objectiu *polític a llarg termini*, i per tant *ideològic*, en servir com a instrument d'acció social dirigit a dotar les classes treballadores d'un nou valor normatiu, la salut.

En el cas de la tuberculosi, aquest darrer argument queda patent en confirmar-se que, malgrat reconèixer-se'n l'origen social, la campanya sanitària generada des dels mitjans oficials no s'encaminava a millorar la precària vida del treballador, sinó que es va dirigir cap al seu vessant educatiu per considerar-se, en últim extrem, que la causa de la malaltia residia en la «forma de vida» de les classes populars, única responsable de la transmissió del bacil de Koch. L'educació sanitària no només es va convertir en una arma decisiva per l'extensió de les practiques higièniques, sinó que, al mateix temps, les teories bacteriològiques descarregaven de responsabilitat política l'origen de la tuberculosi. Tot això, unit a l'esquema assistencial gratuït, garantiria la integració de la classe treballadora a la nova realitat científica i industrial, i consegüentment s'aconseguiria la disminució de la temuda confrontació social. Es tractava, al cap i a la fi, d'aconseguir la transformació de les masses populars en prototipus de l'*homo hygienicus*, persones que havien d'ordenar tota la seva existència al voltant del concepte de salut i, per tant, de subordinar el seu estil de vida als principis derivats de la medicina.

Per assolir aquest objectiu, es va desenvolupar una campanya basada en l'autoresponsabilitat i orientada a «culpar la víctima». La por generada per la propaganda aconseguiria la internalització de nous hàbits culturals, fenomen que evitaria la repressió directa, ja que qualsevol desig per part de les persones de reproduir els vells hàbits seria reprimit per pròpia voluntat. Aquesta estratègia queda patent en estudiar l'anomenada «guerra a l'esput», un dels nuclis centrals d'actuació de les campanyes antituberculosos, com també la vida interna dels sanatoris, on sovint l'educació higiènica era exercida mitjançant la repressió física.

La caritat com a provocació: «La Festa de la Flor» y «El Dia de la Flor Vermella»

Mentre a altres països les actuacions medicosocials es van veure aviat ajudades per la implantació de les assegurances obligatòries de malaltia (Alemanya, 1883 o Gran Bretanya, 1911), a l'Estat espanyol van sorgir sota l'esquema benèfic liberal. La tradicional manca de pressupostos que arrossegava tant la beneficència provincial com la municipal, juntament amb la paràlisi de l'Estat en la tasca d'assistir els malalts pobres, va fer que les campanyes contra la malaltia es desenvolupessin gairebé sempre per iniciativa privada.

Des del segon terç del segle XIX, el sistema benèfic públic a Espanya s'organitzava segons els tres nivells administratius: estatal, provincial i municipal. Al mateix temps les iniciatives filantròpiques privades, com les de l'Església catòlica, entraven dins la beneficència particular, que va ser la que va assolir un major desenvolupament en el règim d'assistència liberal. A principis del segle XX, la irrupció dels postulats medicosocials dins la beneficència particular va significar una novetat en els plantejaments tradicionals dels centres dedicats a atendre les malalties dels pobres. Els nous dispensaris no es limitaven a la cura i assistència material dels necessitats, sinó que el seu principal objectiu era la prevenció i el control de les malalties socials o la lluita contra la mortalitat infantil, com ara les anomenades «gotes de llet». El seu caràcter laic i les seves actuacions basades en la medicina de laboratori els convertien en un instrument vàlid per a la reforma social enfront del rebuig que suscitava l'assistència benèfica entre els sectors obrers, sobretot la prestada per l'església.

El protagonisme de la beneficència particular en el sistema d'assistència liberal comportava que el finançament, al marge d'escasses subvencions institucionals, consistís en la recollida de diners que donaven els particulars. Els «patronats de senyo-

res» lligats als centres medicosocials organitzaven balls i sopars als hotels més luxosos de les ciutats, demanaven diners casa per casa i organitzaven rifes, tómbols i fins i tot curses de braus. Amb aquests diners repartien roba, menjar, matalassos o escopidores, però també organitzaven concursos amb premis en metàl·lic entre «les famílies més higièniques» o entre «les mares que millor endreçaren els seus fills». En alguns casos es costejava l'estada de nens als preventoris o a les colònies escolars que organitzaven durant els mesos d'estiu.

El fort rebuig que provocaven aquest tipus d'actuacions entre la classe obrera podem exemplificar-lo mitjançant els esdeveniments que es van produir entorn de l'organització a Madrid de l'anomenada «Fiesta de la Flor» o «Día de la Tuberculosis». La proposta fou realitzada, al gener de 1913, per la Liga Popular contra la Tuberculosis, una associació de metges, polítics i aristòcrates sorgida a l'entorn del «Dispensario Antituberculoso María Cristina» d'aquella ciutat, i consistia en una collecta a càrrec de les dames del patronat, ajudades per «señoritas postulantes». Els fons recaptats anirien destinats a la creació i sosteniment d'un sanatori antituberculós per a Madrid. Al mateix temps, el dia de collecta s'aprofitaria per fer propaganda higiènica contra la malaltia i perquè el poble madrileny prengués consciència del problema.

La «Fiesta de la Flor», o «Día de la Tuberculosis» es va celebrar per primera vegada el tres de maig de 1913. Després de l'èxit obtingut a la recaptació, 113.983,81 pessetes, que sobrepassava la quantitat anual que l'Estat lliurava per a les tasques antituberculosos a tot Espanya, una «Real Orden circular» de 10 de juny de 1914 va anunciar als governadors civils la generalització a tot Espanya del «Día de la Tuberculosis». Les dames integrants de les juntes de patronat dels dispensaris estaven encarregades d'organitzar i de presidir les meses petitòries instal·lades a llocs estratègics de la ciutat. Des d'allà partien les postulants, «señoritas de todas las cla-

ses sociales», que, a canvi d'un donatiu, oferien al públic una flor de drap.

Al dia següent de la realització de la festa, *El Socialista* la va definir com un «curioso festival de la cruz de mayo» consistent a improvisar una «porción de altares en la vía pública y en pedir un óbolo por el sistema del *atraco*». La festa va ser considerada com un «alarde» propagandístic de la burgesia i de l'església, desitjosa de demostrar que, per mitjà de la caritat, es podia arribar al desitjat equilibri social. També es va denunciar la «idea mercantilista» que significava la propaganda clerical encoberta, utilitzant els esquàlids cossos dels tuberculosos com a reclam de la seva «fingida piedad». Malaltia que, per a més sarcasme, l'havien adquirit «a causa de la miseria y la dureza de entrañas de una sociedad de acaudalados que es, por si sola, el más temible bacilo del mal». Això feia que la festa fos un adorn de flors que en realitat encobria «la cruz real del calvario por que atraviesan los desheredados». En aquest context, els mitjans obrers rebutjaren les manifestacions dels organitzadors, que sostenien que, a la festa, no hi havien anat a exposar idees polítiques sinó tan sols «sentimientos caritativos y tradiciones artísticas y pintorescas», i adduïen que a la festa no es va veure ni caritat, ni art i sí un moviment «francamente clerical y reaccionario». L'article comentava la celebració de la següent manera:

Casi todos los magnates y grandes de España también han engalanado sus domicilios con flores de trapo y cruces enormes. Y a todo esto, lo de los pobres tuberculosos, no se ve por parte alguna, y el bacilo de Koch continúa hecho el amo de los pulmones de la clase indigente, y muerto de risa al ver las cruces madrileñas y la candidez de algunos escritores liberales que han caído en el lazo tendido por la reacción y les han hecho el juego a las damas católicas y al obispo de la diócesis («Cruces, altares y flores», 1913).

La unió entre la burgesia i l'església va fer que l'articulista culpés el cristianisme d'haver inventat la tuberculosi en marginar els treballadors a la perifèria de les ciutats i «al hacer que en el foco del trabajo y de la actividad se hacinen y amontonen los obreros, los empleados, los trabajadores y sustentadores de la ciudad para exprimirles el jugo». Perquè, segons l'articulista, el causant de la tuberculosi era l'industrialisme insà, del qual eren responsables les mateixes persones que aleshores organitzaven la festa.

Després de la celebració, els metges van ser objectiu dels atacs, considerats com a col·laboradors de la campanya, quan en realitat havien sigut els responsables de la idea i de la celebració de la festa. Per als socialistes, d'acord amb un article aparegut el dia 5 de maig, els fins de la medicina havien estat «vilmente mercantilizados por unos cuantos médicos y boticarios», tot i que la responsabilitat principal era atribuïda a burgesos i a certs metges comparses d'ells:

hombres que pasan por científicos y personas que pretenden pasar por respetables. Nosotros, el pueblo, conocemos a unos y otros y vamos a lo nuestro: a barrerlos a todos ellos, única medicina que extirpará la tuberculosis de la Humanidad («Caridad miserable», 1913).

L'impacte que va produir la Festa de la Flor, considerat un gran èxit pels organitzadors, es va mantenir a les pàgines d'*El Socialista* durant l'any següent. En aquell període de temps, l'informatiu obrer va afirmar que els propietaris havien seguit llogant habitacions antihigièniques a preus elevats, els botiguers venent articles adulterats, els patrons pagant salaris curts per jornades de treball llargues, és a dir, tot l'any «produciendo la tuberculosis» per després

dar una pesetilla o dos el día tres de mayo para los tuberculosos, con objeto de obtener una margarita de trapo que viene a ser el vergonzoso título de *corazón piadoso* que gusta ostentar a los más desalmados explotadores («La farsa de las flores», 1913).

Conseqüentment, la resposta del Partit Socialista a la celebració anual de la «Festa de la Flor» va ser l'organització del «Dia de la Flor Vermella» a partir de 1915. Els obrers van escollir el Primer de Maig per realitzar la seva col·lecta a càrrec de les joves militants, que donarien una flor vermella a canvi d'aportacions per a la premsa socialista. La idea, que va partir d'Astúries, va ser assumida immediatament pel diari com una solució a la crisi financera que travessava. A més a més, segons apuntava Andrés Saborit l'abril de 1915, «nuestra fiesta del Primero de mayo se revestiría de un tono de belleza que le haría tener más atractivo». Després d'un inici modest a Astúries i Madrid, el Dia de la Flor Vermella es va celebrar en anys posteriors a diverses localitats espanyoles. Un article d'*El Socialista* a les vespres del Primer de Maig de 1917, reconeixia que «esta práctica tan simpática había reportado notables ingresos a nuestro querido diario» i animava per aquell any els lectors: «La Flor roja florece, compañeros. Su semilla es fecunda y hermosa. ¡Viva la flor roja!» («Para Primero de mayo. La flor roja», 1917).

Les flors, insistia un article del 22 d'abril de 1915, igual que quan es llançaven al pas dels monarques, havien estat profanades per «viles criaturas» en recaptar diners en nom d'unes idees religioses i d'un sistema de societat que eren «el más terrible foco de toda tuberculosis». No obstant això, l'organització del Dia de la Flor Vermella es va convertir en un símbol per a la transformació social no exempta de matisos poètics:

Ahora nosotros, los obreros, los socialistas, vamos a reivindicar a las flores. Y hemos elegido las flores rojas, flores de color encendido, como encendidas están nuestras almas y no apagadas

y frías tal que las de los fariseos contra quienes luchamos; flores de color de la sangre, esto es, de la vida, de la fuerza, flores socialistas («Flor roja», 1915).

El 1915, la Festa de la Flor, després del rebuig que havia provocat entre la classe obrera, va ser traslladada al dia 2 de juny i així va quedar allunyada de la festa dels treballadors i la seva «particular» visió del problema tuberculós. No obstant això, les crítiques no només no es van refermar, sinó que la Festa de la Flor Vermella va començar a estendre's per tot Espanya. El 1916 es publicava el resum de la recaptació feta per les organitzacions obreres en algunes localitats espanyoles que havien organitzat la collecta i que, sumada als ingressos anteriors, arribava a una xifra propera a les setanta-cinc mil pessetes. Els diners recaptats, com ja hem assenyalat, anaven destinats a costejar les despeses d'*El Socialista*, la qual cosa va fer afirmar l'articulista que les dones socialistes que treballaven per mantenir la premsa obrera

hacían más, infinitamente más, por la salud del pueblo, por la salud moral y física de la humanidad entera, que las que tan aparatosamente recogían pesetas para los tuberculosos en nombre de unas doctrinas de una sociedad, de unos sentimientos que son virus permanentes de la tuberculosis que corroe los organismos de los pobres («Por *El Socialista*. La flor roja», 1916).

Conclusions

L'existència de les malalties socials és un fenomen imprescindible per comprendre els fonaments subjacents a l'origen de l'anomenada «qüestió social» i les seves repercussions polítiques i ideològiques. L'alt grau de politització dels aspectes relacionats amb la salut entre la classe treballadora provenia de la clara consciència que tenia aquella sobre l'etiologia social de

les malalties. El reconeixement explícit, als estudis epidemiològics de l'època, que la misèria era la causant de les malalties collectives va fer que un sector important del proletariat utilitzés el concepte de malaltia com a arma política, en ser aquest l'exponent més evident de la desigualtat entre les classes socials. En conseqüència, l'existència de malalties socials significava un argument a favor de la lluita revolucionària i de la subversió de l'ordre social establert, única alternativa que, per si sola, tornaria la salut i el benestar a les classes treballadores.

D'aquesta manera, s'introdueix una variable més entre les utilitzades pels estudiosos de l'anomenada «qüestió social» per explicar satisfactòriament l'origen i la finalitat del procés reformista, el naixement de les ideologies que el defensaven i la definitiva implicació de l'Estat en l'esmentat procés. De forma paral·lela, la medicina social va adquirir un paper fonamental en la consecució de l'objectiu reformista d'assimilar pacíficament les classes treballadores, però, en aquest cas, mitjançant el concepte de salut. Es tractava en definitiva de contrarestar un problema social amb solucions tècniques que, a més, per ser en teoria «neutrals» tindrien l'avantatge de ser assumides voluntàriament per les classes populars. Al nucli d'aquest procés reformista també s'hi amagaven objectius poblacionistes i regeneracionistes —això últim tant en el sentit biològic com en el moral— que aspiraven a l'adquisició, per part de l'Estat, d'una població sana i abundant amb la qual nodrir el sector productiu i militar.

Malgrat tot, hem vist les dificultats que va tenir la medicina social per complir els seus objectius sociopolítics d'integrar la classe obrera al sistema liberal i burgès. L'afany de despolititzar la malaltia mitjançant l'aplicació de teories bacteriològiques que responsabilitzaven els microorganismes de l'origen del mal i la implantació de centres sanitaris que seguien les tendències científiques de l'època per a la prevenció de la malaltia, no va trobar un bon aliat en el sistema d'assistència liberal. Les

resistències obreres a acceptar els postulats medicosocials es van exacerbar a l'estar immersos en una estratègia dirigida per l'alta burgesia, l'aristocràcia i l'església, verdaderes «bèsties negres» per a la classe obrera militant. L'organització, des de 1913, de l'anomenada «Festa de la Flor», on es barrejava la propaganda sanitària amb la collecta a favor dels tuberculosos pobres, va ser interpretada per un sector important del proletariat com una provocació que mostrava el pitjor de la societat burgesa: la hipocresia d'un sistema social que intentava remeiar amb almoines un problema generat per ell mateix.

En tot el primer terç del segle xx, el dret a la salut va ser reivindicat des dels mitjans obrers en termes polítics i estretament relacionat amb les condicions de vida, alhora que es rebutjava l'acció merament sanitària. L'organització per part del Partit Socialista Obrer Espanyol i de la Unió General de Treballadors de la «Festa de la Flor Vermella» per finançar *El Socialista* marca l'inici d'una contestació política organitzada en resposta a una altra iniciativa també considerada política i en cap sentit «neutral». La mera difusió, mitjançant la premsa obrera, dels postulats socialistes revolucionaris era considerada una acció que tindria com a darrera finalitat la consecució de la plena salut del poble. No és d'estranyar, per tant, que l'Estat finalment es decantés per assumir les polítiques de previsió social, de forma clara a partir de 1917, i que, significativament, fos el Partit Falangista el que acabés implantant l'Assegurança Obligatoria de Malaltia («Seguro Obligatorio de Enfermedad») a l'Espanya de la postguerra.

Bibliografia

- Atenza, J., Martínez Pérez, J., eds. (2001): *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha.
- Barona Vilar, J. L. (2003): «Ciencia, salud y revolución en la prensa obrera», *Ciencia, salud pública y exilio (España 1875-1939)*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Barona Vilar, J. L., Lloret Pastor, J. (1997): «El moviment higienista i la classe obrera: fets, valors i ideologia», a Blanes, G. *et al.* coord., *Actes de les IV Trobades d'història de la ciència i de la tècnica*, Alcoi-Barcelona, Societat Catalana d'Història de la Ciència i de la Tècnica, pp. 269-280.
- Campos Marín, R. (1995): «La sociedad enferma: higiene y moral en España en la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX», *Hispania*, 55 (191), pp. 1093-1112.
- (1997): *Alcoholismo, medicina y sociedad en España (1876-1923)*, Madrid, CSIC.
- «Caridad miserable. Ni a D. Juan de Robles» (1913): *El Socialista*, 5 de maig.
- Castillo, S., Ortiz de Orruño, J. M^a., coords. (1998): *Estado, protesta y movimientos sociales*, Bilbao, AHS - Universidad del País Vasco.
- Cortajerena y Aldebó, F. (1914): «Acción social moderna ante la tuberculosis», a *III Congreso español de la tuberculosis. Segundo con carácter internacional celebrado en San Sebastián 9-16 septiembre 1912*, Sant Sebastià, Soc. Esp. Papelería, vol. 2, pp. 501-502.
- «Cruces, altares y flores» (1913): *El Socialista*, 3 de maig.
- Esteban de la Vega, M. (1992): «La asistencia liberal española: beneficencia pública y previsión particular», *Historia Social*, 13, pp. 123-138.
- Esteban de la Vega, M., ed. (1997): *Pobreza, beneficencia y política social*, Madrid, Marcial Pons [monogràfic de la revista *Ayer*].

- «La farsa de las flores» (1913): *El Socialista*, 25 de noviembre.
- «La flor roja» (1915): *El Socialista*, 22 d'abril.
- «La higiene y las Sociedades Obreras» (1899): *El Socialista*, 10 noviembre.
- Huertas García-Alejo, R., Campos Marín, R., Martínez Pérez, J. (2000): *Los ilegales de la naturaleza. Medicina y degeneracionismo en la España de la Restauración (1876-1923)*, Madrid, CSIC.
- Huertas, R., Campos Marín, R., eds. (1992): *Medicina social y movimiento obrero en España (siglos XIX y XX)*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Huertas, R. (1994): *Organización sanitaria y crisis social en España. La discusión sobre el modelo de servicios sanitarios públicos en el primer tercio del siglo XX*, Madrid, Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Jiménez Lucena, I. (1997): El Estado como aliado. Los médicos y el proceso de estatalización de los servicios sanitarios en la Segunda República española, *Asclepio*, 49 (1), pp. 193-216.
- (1998): «La cuestión del regeneracionismo sanitario y su debate durante la Segunda República: elementos de clase e ideología», *Dynamis*, 18, pp. 285-314.
- (2003): «De intereses y derechos. Elementos del debate en torno a la asistencia médico-sanitaria durante la Segunda República», *Trabajo Social y Salud*, 43, pp. 67-90.
- Jiménez Lucena, I., Molero Mesa, J. (2003): «Per una “sanitat proletària”. L'Organització Sanitària Obrera de la Confederació Nacional del Treball a la Barcelona republicana (1935-1936)», *Gimbernat*, 39, pp. 211-221.
- Labisch, A. (1985): «Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of “Health” and the “Homo Hygienicus”», *Journal of Contemporary History*, 20, pp. 599-615.
- (1992): *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt, Campus Verlag.

- Marlés de Cusa, L. (1893): «Reseña del libro de Félix Antigüedad *La cuestión obrera bajo el punto de vista médico*», Béjar, 1892, *Gaceta Médica Catalana*, 16, p. 282.
- Martí Boschà, J. V., Rey González, A., eds. (2004): *Actas del Primer Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: Medicina, historia e ideología*, València, Generalitat Valenciana.
- Molero Mesa, J. (1987): *Estudios medicosociales sobre la tuberculosis en la España de la Restauración*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1999): «Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo xx español», *Trabajo Social y Salud*, 32, pp. 19-59.
 - (2001a): «“¡Dinero para la Cruz de la vida!” Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración», *Historia Social*, 39, pp. 31-48.
 - (2001b): «La lucha antituberculosa en España en el primer tercio del siglo xx», a Atenza, J., Martínez Pérez, J., eds., *El Centro Secundario de Higiene Rural de Talavera de la Reina y la sanidad española de su tiempo*, Toledo, Junta de Comunidades de Castilla la Mancha, pp. 131-147.
- Molero Mesa, J., Martínez Antonio, F. J. (2002): «Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina», *Trabajo Social y Salud*, 43, pp. 119-148.
- Montoya Tamayo, M^a. A., Frías Fernández, J. C. (1991): *La condición obrera hace un siglo. Los trabajadores madrileños y la Comisión de Reformas Sociales*, Madrid, Editorial Universidad Complutense.
- Morato, J. J. (1899): «El salario y la vida en Madrid», *El Socialista*, 8 de diciembre.
- «Para Primero de Mayo. La flor roja» (1917): *El Socialista*, 21 d'abril.
- «Por *El Socialista*. La flor roja» (1916): *El Socialista*, 12 de juny.
- Queraltó i Ros, J. (1910): *Aspecto social de la lucha contra la tuberculosis*, Barcelona, Tip. La Académica.

- Rodríguez Ocaña, E. (1987): *La constitución de la medicina social como disciplina en España (1882-1923)*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- (1992): *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Akal.
- Rodríguez Ocaña, E., Molero Mesa, J. (1993): «La cruzada por la salud. Las campañas sanitarias del primer tercio del siglo xx en la construcción de la cultura de la salud», a Montiel, L., ed., *La salud en el estado de bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense, pp. 133-148.
- Ruiz Jiménez, C. (1865): «Intervención», a *Actas de las sesiones del Congreso Médico español celebrado en Madrid, septiembre de 1864*, Madrid, Imp. José M. Ducazcal, p. 516.

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 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.

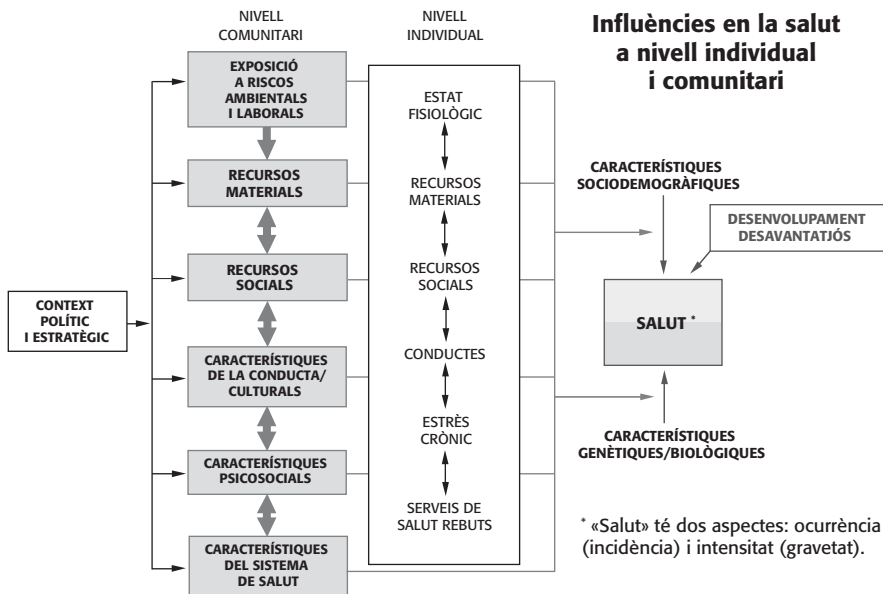
La majoria de les iniciatives per entendre millor els determinants de salut i les seves interaccions han estat dirigides a poder prendre decisions més ben fonamentades i elaborar polítiques sanitàries més eficaces. D'una banda, aquestes iniciatives són degudes a les preocupacions polítiques o morals 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.

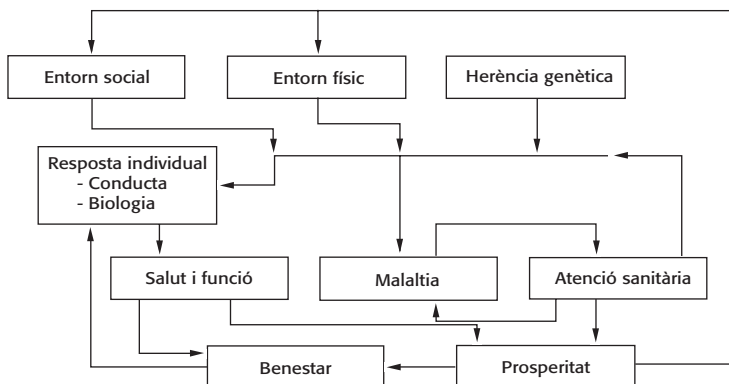
La contribució d'aquests treballs ha fomentat el debat i la recerca sobre la relació entre diversos determinants i la salut, especialment al Canadà, a Anglaterra i als Estats Units. Alguns autors han proposat representacions gràfiques de les interaccions entre tots els possibles determinants per explicar-los 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.

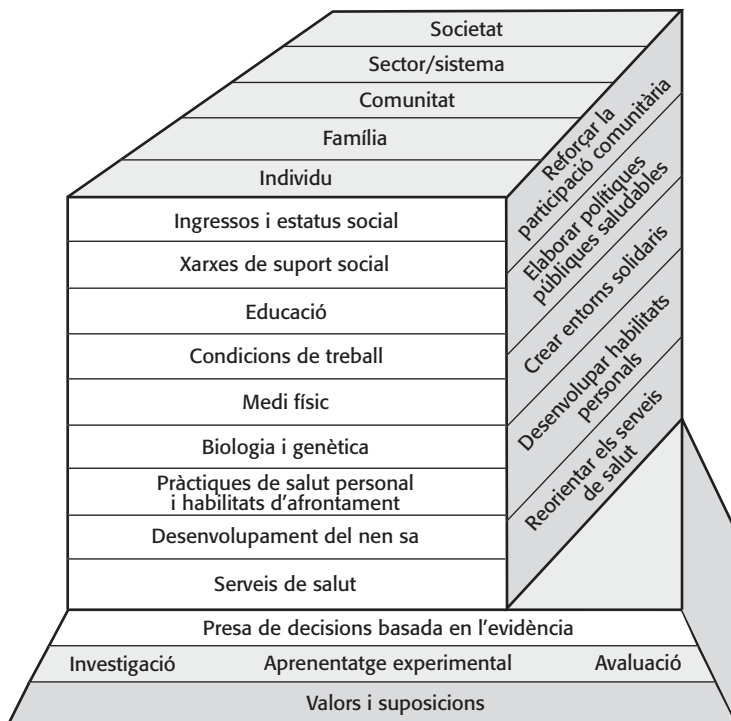
1. Font: Friedman, D. J., Starfield, B. (2003): «Models of Population Health: Their Value for US Public Health Practice, Policy and Research», American Journal of Public Health, 93 (3), pp. 366-369.

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

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, hissenda 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*¹

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 gelats. 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'influeix 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 persuassió 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*²

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 psicosomàtics, 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 racio-nament 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».

SALUD E INMIGRACIÓN

Agentes de salud en pediatría, atención sanitaria y social a menores inmigrantes en el Área Básica de Salud «Raval Sud» (Ciutat Vella) de Barcelona

AMELIA CAPITÁN*

*Enfermera de Pediatría. Área Básica de Salud «Raval Sud»
(Ciutat Vella) de Barcelona*

F. JAVIER MARTÍNEZ ANTONIO

Unitat d'Història de la Medicina. Universitat Autònoma de Barcelona

Cultura y salud: la inmigración

Según el sociólogo Charles Taylor (1989), la cultura comprende un conjunto de conocimientos, creencias, expresiones artísticas, leyes, normas y costumbres adquiridas por las personas como miembros de una sociedad. A partir de ellas, se conforma un conjunto integral de valores, actitudes, conductas y modos de vida que configuran patrones determinados de mentalidad y comportamiento, es decir, «identidades».

En este sentido, por ejemplo, la identidad de hombres y mujeres no se concibe como producto de una esencia masculina o femenina eterna e inmutable, sino construida en forma de «género» mediante procesos de aculturación y socialización. A

* La información sobre las actuaciones pediátricas con familias inmigrantes, que constituye la base empírica de este trabajo, procede de la actividad profesional de Amelia Capitan como enfermera de pediatría. Cuando se emplee en ocasiones el plural «nosotros» para hablar sobre dicha información y actuaciones, deberá entenderse que hace referencia exclusivamente a Amelia Capitan.

través de ellos se impone un modelo concreto que establece las conductas y actitudes consideradas «apropiadas» para cada sexo. Para Taylor, la construcción de la identidad personal, de género, de clase, de raza u otras constituye un proceso que tiene lugar en todas las etapas de la vida, y no tan sólo en la infancia. Este proceso está condicionado, entre otros factores, por la experiencia adquirida en diferentes momentos vitales, así como por las posiciones que se van ocupando sucesivamente en el entramado social.

Sobre esta base, se debe considerar la salud no como un fenómeno de carácter meramente biológico o exclusivamente definible desde un punto de vista científico-médico, sino como un hecho sociocultural. La forma en que las personas perciben y expresan el dolor físico o el malestar psíquico, la manera en que abordan el tratamiento de sus enfermedades varía en las distintas sociedades y culturas, y también son diferentes las características de la organización sanitaria y los usos que se hacen de la misma. Cada sociedad y cada cultura tiende a definir de manera específica los «conceptos» de enfermedad y salud, la «identidad» de los profesionales sanitarios y la de los pacientes, la «asistibilidad» por parte del sistema sanitario o las «expectativas» y «actuaciones» de individuos, grupos e instituciones.

Disciplinas como la antropología médica o la historia social de la medicina se han ocupado en las últimas décadas de mostrar la influencia de los condicionantes socioculturales en el campo de la salud, cómo se han constituido y cómo han variado en el curso del tiempo y en los distintos ámbitos geográficos.¹ Entre los múltiples temas abordados ocupa un lugar im-

1. Entre las publicaciones recientes internacionales y españolas sobre «salud y cultura» o «factores culturales en salud» destacamos: Ackerknecht (1985); Helman (1990); Rosenberg, Golden (1992); Vaughan (1991); Hahn (1995); Maccormack (1997); Vulpani, Comelles, Dongen (2002); Co-

portante el de la inmigración, que cada vez ha ido adquiriendo una mayor relevancia en Europa y también, desde los años 90 especialmente, en España y en Cataluña. Según los datos de la Delegación del Gobierno para la Extranjería y la Inmigración, a 31 de diciembre de 2002 había en España 839.714 extranjeros extracomunitarios regularizados, de los cuales 328.461 residían en Cataluña (Collegi Oficial de Metges, 2003 : 4).

El fenómeno de la inmigración ha puesto de manifiesto de forma especialmente clara y a menudo dramática la diversidad en las vivencias del proceso de enfermedad, en las características del diagnóstico, tratamiento, cuidado y curación de las dolencias, así como en las actuaciones sanitarias y en los mecanismos y estructuras de protección y respuesta correspondientes, por un lado, al modelo sanitario «dominante» en las sociedades receptoras y, por otro, a las sociedades de origen de las comunidades de inmigrantes.

Entre otras cosas, el paciente que ha inmigrado recientemente todavía no ha abandonado las prácticas sanitarias específicas propias de su sociedad y su cultura de origen y no está dispuesto en muchas ocasiones a renunciar a ellas para adaptarse a la medicina occidental. Por su parte, los profesionales y las instituciones sanitarias de los países receptores tienen dificultades para conseguir ampliar su radio de acción a los colectivos de inmigrantes y para comprender adecuadamente su mentalidad y sus prácticas en relación con la salud y la enfermedad. Estos hechos merman la eficiencia de los servicios y de los profesionales sanitarios, dificultan la comprensión y el ac-

nelles (1984); Arrizabalaga (1991); Comelles, Martínez Hernández (1993); Barona (1995); Perdiguero, Comelles (2000). Sobre la historia social de la medicina y la salud, ver, entre otras, Goubert (1982); Labisch (1985); Faure (1990); Jordanova (1995). En España, López Piñero (1984 y 1987); Rodríguez Ocaña (1998 y 2000); Molero Mesa (1999); Molero Mesa, Martínez Antonio (2002); Arrizabalaga (1992); Navarro (1999).

ceso a ellos por parte de los inmigrantes y tienen importantes repercusiones para el estado de salud del conjunto de la población (Seppinelli, 2000 : 34).²

En definitiva, los retos sanitarios planteados por el fenómeno de la inmigración en las actuales sociedades transculturales han obligado a revisar profundamente múltiples aspectos en relación con la enfermedad y salud, con la utilidad de las medidas diagnósticas y terapéuticas, con la organización de los servicios asistenciales y preventivos, con la formación de los profesionales de la salud, con la orientación de la política sanitaria o con la relación que debe existir entre los gestores y los usuarios del sistema sanitario. En este proceso de cambio las tensiones son difícilmente evitables y oscilan entre la ignorancia o la falta de atención al problema, la tendencia de la sociedad receptora a «culpabilizar» sistemáticamente a los inmigrantes o la falta de flexibilidad por ambas partes para establecer bases de diálogo y negociación.

En este sentido, nuestro trabajo presenta un ejemplo de los esfuerzos actuales por crear mecanismos que permitan acercar los servicios sanitarios a la población inmigrante, al tiempo que respeten y tengan en cuenta sus especificidades socioculturales. Se trata de mostrar un proyecto personal de formación de agentes de salud en Pediatría dirigido a las comunidades de inmigrantes provenientes de países islámicos —con especial énfasis en los colectivos paquistaní y magrebí y en los denominados «niños de la calle»— llevado a cabo desde nuestra posición de enfermera pediátrica en el Àrea Bàsica de Salut «Raval Sud» del distrito de Ciutat Vella de Barcelona (Centre d'Atenció

2. Algunas referencias generales recientes sobre inmigración o migración y salud en España son: Tizón, Salmero, Pellejero, Sáinz, Atxótegi, De la Lama (1993); Bada Aínsa, Bada Jaime (1996); Kaplan (1998); Institut Municipal (2002); Comelles, Bardají, Mascarella, Allué (2002); Col·legi Oficial de Metges (2003).

Primària Drassanes). Los proyectos de este tipo son todavía bastante escasos en España y en Cataluña, y creemos que es importante promoverlos tanto para favorecer su «visibilidad» como para que se valore su relevancia a la hora de organizar las estructuras sanitarias.

Antes de proceder a la exposición de los detalles concretos, debemos señalar que nuestra actuación ha sido guiada por ciertos principios, algunos de ellos ya definidos desde campos científicos diversos como «antropología y salud», «enfermería transcultural» o «salud comunitaria», y otros, fruto de nuestra experiencia personal.³ Entre ellos han figurado, por ejemplo, no atender sólo a objetivos de la organización sanitaria «dominante» o mayoritaria y no contemplar a la comunidad inmigrante exclusivamente como posible objeto de intervenciones. También la necesidad de dar tiempo a la población inmigrante para que desarrollase una participación no condicionada, es decir, para que pudiera tener lugar un intercambio real y un aprendizaje mutuo entre ella y los profesionales sanitarios.

Por otra parte, nuestra actuación se ha basado en el hecho de que muchos conceptos, como el de prevención, no son aborables sin la contribución activa de todas las partes implicadas y de que la participación conjunta en los programas educativos, ya fueran de salud o sociales, debía partir de un enfoque interdisciplinar. El análisis de diferentes «espacios de identidad» ha sido importante, como también el ver las diferentes estrategias que tienen los grupos en su adaptación a la cultura receptora.

Creemos que este trabajo puede interesar a profesionales sanitarios y a gestores de los sistemas de salud, pero también a

3. Sobre la enfermería transcultural ver, entre otros, Leininger, Macfarland (2002); Spector (2000); Purnell, Paulanka (2003). Para la aplicación de las investigaciones de estos campos al ámbito concreto de la pediatría, ver, por ejemplo, Back (1999); Allué (2000).

sociólogos, antropólogos e historiadores que se ocupan de las relaciones entre cultura, sociedad y salud, en todos los casos relacionados con el fenómeno concreto de la inmigración y, más en concreto, con el colectivo de inmigrantes procedentes de países islámicos.

Día a día en la atención a la población inmigrante magrebí y paquistaní que acude a la consulta de Pediatría del Àrea Bàsica de Salut «Raval Sud»

En el curso de nuestro trabajo, que se prolonga ya durante más de cuatro años, con la población infantil inmigrante del distrito de Ciutat Vella de Barcelona, se han planteado una serie de cuestiones que consideramos imprescindible aclarar y unos problemas que necesitamos abordar para poder atender de forma «culturalmente competente» a los niños de las comunidades magrebí y paquistaní establecidas en la citada área urbana. (Existen varios protocolos de atención a niños inmigrantes: Masvidal, 2002; Huerga, López Vélez, 2002b).

Estos problemas y cuestiones podrían agruparse de la siguiente manera:

1. Dificultades en la atención y seguimiento de los problemas de salud o patologías.

a) Dificultades de comunicación (idioma no conocido, contacto difícil con las personas y grupos en función de cuestiones de género, trabajo, residencia y situación legal, nivel de asociacionismo o rol familiar y social).

- La mayor parte de los padres magrebíes y paquistaníes que acuden a la consulta no hablan castellano o catalán, o lo hacen insuficientemente.

- Las mujeres son menos accesibles que los hombres. Los hombres ocupan claramente la posición de «cabeza de familia»

y además han sido generalmente los primeros en inmigrar, por lo que suelen tener algún conocimiento de idioma y cierto grado de integración sociolaboral. Las mujeres, por el contrario, suelen llegar por reagrupación familiar y a menudo permanecen la mayor parte del tiempo en casa. Esto es especialmente claro en las mujeres paquistaníes, a las que les resulta difícil contactar con su realidad social circundante. El caso de las mujeres jóvenes magrebíes es diferente, ya que por diversos factores, como el menor número de hijos, su nacimiento ya en España o su propia diferencia de mentalidad, suelen tener más acceso al trabajo y disponen de más mecanismos de sociabilidad.

- Los inmigrantes «sin papeles» suelen tener prevenciones a la hora de acudir a los servicios sanitarios, especialmente a los especializados, por miedo a que se descubra su situación y se tomen medidas de repatriación o que afecten a su empleo.

b) Diferencias en los conceptos de salud-enfermedad, en la prevención de enfermedades y promoción de la salud.

- Los padres de los niños paquistaníes y magrebíes no suelen estar acostumbrados a que haya un seguimiento tan exhaustivo del estado de salud de sus hijos, y no suelen considerar necesario que se tomen medidas en un niño al que no le duele nada o no parece tener ninguna dolencia. En el caso de los inmigrantes procedentes de zonas rurales, alejadas de las ciudades principales, las dificultades para llevar a cabo medidas de seguimiento, de prevención o vacunación son mayores que en los que proceden de zonas urbanas. En Marruecos, los programas de vacunaciones son distintos, ya que, por ejemplo, se aplica la BCG de manera masiva, mientras que en Cataluña esta práctica preventiva se abandonó en los años 80 como consecuencia de la baja prevalencia de tuberculosis. Otro ejemplo es que en algunos países del Magreb, cuando nace un niño, no

se le practica el diagnóstico precoz de hipertiroidismo y de fenilcetonuria.

c) Diferencias en el seguimiento del tratamiento.

– Hay veces en que no se entiende la importancia del tratamiento. Este sería el caso de la quimioprofilaxis de la tuberculosis en niños con «Mantoux positivo». Habitualmente, dado que los niños no tienen la sensación de estar enfermos porque no les duele nada, los padres abandonan el tratamiento.

d) Los niños traductores.

– Algunas veces nos encontramos con que vienen las madres con sus hijos mayores (6-12 años), y son ellos quienes hacen de intérpretes y explican los motivos de la consulta y qué necesidades o problemas tienen. Esto también es un origen de conflicto, puesto que normalmente los niños son pequeños, en edad escolar, y no tendrían por qué tener tales responsabilidades. De cara a la efectividad de nuestra actuación, es habitual que simplemente traduzcan de manera literal, lo que no siempre conduce a los resultados esperados.

– También hay veces en que, como el personal sanitario desconoce completamente su idioma, las madres se sienten mal interpretadas y prefieren no acudir a la consulta. En este caso, vienen los niños mayores acompañando a sus hermanos menores que se encuentran mal. Estos niños están de nuevo asumiendo responsabilidades de adulto que no les corresponden. Además, esto implica que no se pueda prescribir un tratamiento, ni explicar las medidas curativas y ni tan siquiera poner vacunas, ya que todo ello requeriría la presencia y el consentimiento de un adulto.

2. Desconocimiento de las necesidades y expectativas de los inmigrantes respecto al sistema sanitario.

a) Es necesario saber qué esperan de nuestros servicios sanitarios y qué percepciones tienen del nuevo modelo que empiezan a conocer. Esta percepción puede variar considerablemente dependiendo de factores como si tienen tarjeta sanitaria o no, o de la disponibilidad de los profesionales sanitarios para valorar las particularidades de su situación.

b) También es necesario conocer qué necesidades tienen. En nuestro caso, a los que acuden por primera vez a la consulta se les hace una «visita de acogida» en la que se les informa de por qué y para qué hay que realizar medidas de seguimiento, prevención y vacunación. En realidad, se trata de un procedimiento que se aplica a todas las personas que acuden por vez primera a la consulta, sean inmigrantes o no, aunque en el primer caso se preste una mayor atención por las dificultades idiomáticas y culturales. Esta primera visita debe servir para empezar a conocer la situación personal, laboral, legal o social del inmigrante, lo que permitirá valorar las necesidades sanitarias más urgentes.

Agentes de salud, mediadores culturales. Talleres

Como respuesta a las dificultades identificadas y a las cuestiones planteadas en el punto anterior, hemos establecido un plan estratégico que valora la necesidad de formar agentes de salud o mediadores culturales. La formación de los agentes de salud surge por la necesidad de comunicación social, cultural y sanitaria con los inmigrantes. Se trata de personas representativas dentro de la comunidad de origen, líderes dentro del colectivo y por tanto dignos de respeto. Este es el perfil que se necesita para poder integrar a esta persona en la red sanitaria y establecer los medios comunicativos que nos ayudarán a va-

lorar los problemas y necesidades de cada colectivo de inmigrantes. En estos momentos su colaboración resulta imprescindible para estas cuestiones.⁴

El primer centro sanitario de Barcelona y de Cataluña en formar agentes de salud ha sido el Centro de Enfermedades Importadas del CAP Drassanes, mediante un proyecto que comenzó en 1998. A partir de él se reconoció que la implementación de un programa de formación era básica para poder crear una red de acogida, de información y de detección de necesidades de salud. La formación de agentes de salud ha permitido realizar tareas de prevención y promoción de salud, así como tratamientos de una forma muy cercana a la población. Un ejemplo es la administración del tratamiento directamente observado de la tuberculosis que aconseja la OMS. En la actualidad están trabajando en este programa agentes de salud originarios de Paquistán, Magreb, África subsahariana y Sudamérica.

En la línea de este proyecto, desde el mes de mayo de 2001 contamos con agentes de salud de dos de los colectivos de inmigrantes con más presencia en Ciutat Vella, que son el magrebí y el paquistaní (ver gráfico). El programa piloto de agentes de salud ha sido puesto en marcha para estos dos grupos con la intención de que pueda ser ampliado y modificado en función de las necesidades que se vayan detectando después de un periodo de cuatro a seis meses y de efectuar la evaluación de los resultados obtenidos a lo largo del mismo.

En el caso de la comunidad paquistaní, se ha visto que es mejor que la mediadora sea una mujer, ya que en el ámbito de la pediatría su actuación se traduce en un contacto más directo

4. Entre las no muy abundantes publicaciones sobre «pediatría e inmigración» y sobre agentes de salud en España figuran, por ejemplo, Níguez, Amoraga, Bernal (2001); Huerga, López Vélez (2002a); Blázquez Rodríguez, Mazarrasa Alvear, Otero García (2004); Cortés Marina (2004).

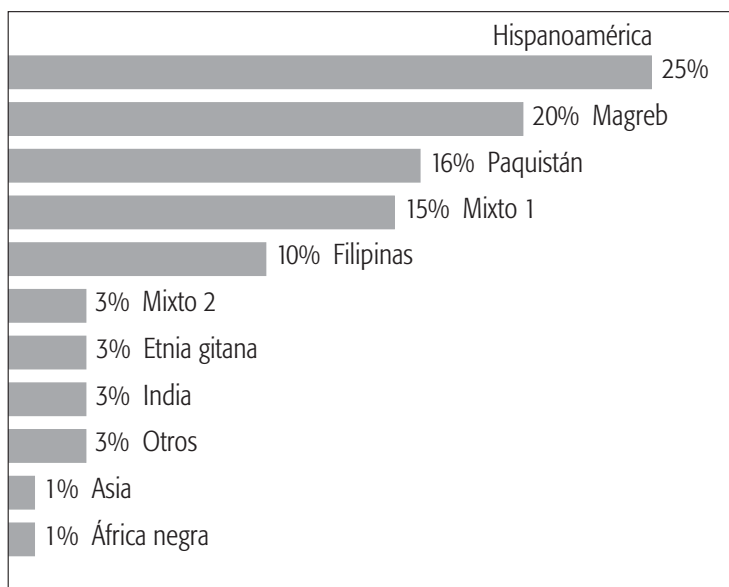


GRÁFICO. *Distribución porcentual de los principales colectivos de inmigrantes en el distrito de Ciutat Vella (Barcelona) en 2004.*

con las madres y niños. Nuestra agente paquistaní es Sahida Shahehe, una mujer que tiene cuatro hijos, dos niños y dos niñas. Lleva viviendo en Ciutat Vella unos diez o doce años y conoce perfectamente el idioma catalán y también el castellano, el inglés, el francés y el hindi. Tiene una tienda de telas en la calle Hospital, en el centro de Ciutat Vella, y es una persona muy representativa para su colectivo. El contacto con esta mujer pudo realizarse por el hecho de que colaboraba en la realización de traducciones al castellano para la Unidad de Enfermedades Tropicales del CAP Drassanes. Esta unidad, con una trayectoria de veinte años en el campo de la salud internacional y de la salud de los inmigrantes, está ubicada en nuestro mismo CAP.

Nuestra otra agente, Fátima Idrissi, es magrebí y domina el

castellano, el árabe, el francés y diversos dialectos de la zona del Magreb y de Argelia. Lleva viviendo en España aproximadamente diez años, dos de ellos en Cataluña. También en este caso es muy importante que cuando acude una madre magrebí, sea una mujer quién trate con ella, y no un hombre, pues el nivel de confianza y contacto sería muy distinto.

Con la ayuda de ambas personas se ha puesto en marcha desde mayo de 2001 un programa de actividades con madres procedentes principalmente de India, Bangladesh y Paquistán, cuyo núcleo básico es la realización de talleres educativos sobre temas de salud infantil. Para facilitar la difusión de información y la captación de las madres, se han editado trípticos sobre temas específicos (alimentación, diarreas-estreñimiento, resfriados, analgésicos, fiebre, hábitos higiénicos). La difusión de trípticos y otros soportes informativos se realiza en nuestra consulta y en todo el servicio de Pediatría en general, en el Centro de Enfermedades importadas y directamente en las comunidades inmigrantes a través de los agentes de salud.

Sobre la base de la información general contenida en los trípticos, preguntamos a las madres o ellas mismas deciden qué temas más concretos quieren tratar. También se les pregunta a las madres sobre sus conocimientos previos sobre salud infantil. Como resultado, se elabora un programa educativo en función de las demandas y necesidades que se van detectando. Los talleres se realizan en la consulta de pediatría normalmente dos veces al mes, aunque, dadas las demandas, han pasado a realizarse semanalmente. Al finalizar los talleres se hacen preguntas concretas a las madres para saber si los conceptos que queremos transmitir a través de los talleres han sido asimilados.

Actuaciones específicas con los «niños de la calle» o «menores inmigrantes no acompañados» (MINA)

Al ir profundizando en el conocimiento de las diferentes expectativas y de las necesidades en salud infantil de los colectivos paquistaní y magrebí, nos hemos encontrado con la existencia de un sector de niños preadolescentes y de adolescentes que carecen de puntos de referencia familiares o de recursos económicos. Se trata de los así denominados «niños de la calle» o, más técnicamente, «menores inmigrantes no acompañados», un fenómeno que viene dándose desde hace décadas en países latinoamericanos o del sudeste asiático, pero sólo más recientemente en Europa o en España (Jiménez, 2003; Human Rights Watch, 2003; Canal Solidario, 2004; Bermúdez, 2004; Vidal, 2004; <http://www.enscw.org/esp/newsletters.htm#>). Se trata de niños generalmente de entre 10 y 17 años de edad y mayoritariamente de origen magrebí (en especial, marroquí) que han emigrado de forma autónoma desde la otra orilla del estrecho de Gibraltar y que, por las particularidades de su situación, requieren formas alternativas de ayuda, acercamiento, información y educación sanitaria.

Hemos contactado con el Casal d'Infants del Raval para conocer mejor la realidad y las necesidades de estos niños en el distrito de Ciutat Vella. Esta organización no gubernamental, fundada en 1983, tiene entre otros objetivos acoger durante un periodo de seis a ocho meses a niños que han pasado a ser tutelados por la Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència —organismo dependiente de la Generalitat de Catalunya—, para proporcionarles alojamiento y manutención y para promover su escolarización e inserción sociolaboral. Esta labor se realiza a través del centro «Marhaba», creado en 1999, y del proyecto «Mirall» (más información en <http://www.casaldelraval.org>). El contacto era lógico, dado que los niños del Casal acuden al CAP de Drassanes para hacer el segui-

miento de sus enfermedades, acompañados por una voluntaria que trabaja en aquel centro. Después de nuestros primeros contactos con el Casal hemos puesto en común un conjunto de puntos importantes a nivel de prevención y promoción de la salud que estos niños en especial situación de marginación y de riesgo deberían conocer.

Sobre esta base se ha elaborado un programa educativo organizado en dos partes fundamentales. En primer lugar, información y educación sobre prevención de diversas enfermedades, como la tuberculosis (conceptos sobre la enfermedad, prevención, quimioprofilaxis y tratamiento), el sida (concepto, transmisión y prevención), las enfermedades de transmisión sexual (ETS), las adicciones a drogas, alcohol, inhalaciones y tabaco, o las enfermedades respiratorias; también sobre hábitos higiénicos y alimenticios (conceptos básicos sobre la dieta equilibrada). En segundo lugar, temas abiertos, según propuestas formuladas por los propios niños, y temas específicamente orientados a necesidades relacionadas con su incipiente actividad laboral. Así, por ejemplo, conjuntamente con Fátima Idrissi estamos llevando a cabo un programa de prevención de riesgos laborales desde el año 2003.

Los objetivos incluyen fomentar hábitos saludables mediante la información y la educación sanitaria, promover actitudes positivas hacia los cambios de hábitos, abordar problemas específicos de salud laboral y facilitar la participación y la interrelación entre los profesionales sanitarios y los preadolescentes/adolescentes. El programa incluye talleres grupales de 10 a 14 asistentes y mesas redondas para facilitar la comunicación bidireccional. Ambas actividades suelen desarrollarse en el propio Casal. Se emplean métodos audiovisuales diversos en función de los temas, y pósters para reforzar los contenidos orales.

Evaluación cualitativa de los talleres en Pediatría

Respecto al programa puesto en marcha para las madres paquistaníes y magrebíes, hasta la fecha han acudido a las charlas unas diez madres cada sesión. Las madres magrebíes suelen acudir menos que las paquistaníes por su mayor nivel de integración sociolaboral, al que ya hicimos referencia: en ocasiones, sucede que los talleres coinciden con su horario de trabajo y, en otras, que acuden sin dificultades a los servicios sanitarios y, por eso mismo, no asisten a los talleres.

Las madres hacen muchas preguntas sobre los temas tratados y manifiestan sus necesidades, así como los temas concretos que les gustaría abordar. Asimismo, muestran su satisfacción por tenerlas en cuenta no sólo desde el punto de vista de las charlas sino también de un agente de salud que tenga capacidad para dar información y traducir. En definitiva, se ha avanzado en temas como *a)* mejorar la comunicación y la relación asistencial; *b)* disminuir la *ratio* de consulta; *c)* aumentar el nivel de confianza hacia los profesionales sanitarios; *d)* mejorar el cumplimiento del tratamiento y el seguimiento de las prescripciones; *e)* concretar mejor las solicitudes de necesidades; y *f)* incrementar la petición de talleres de educación sanitaria en el Casal del Raval.

Los resultados positivos de este proyecto han sido posibles, sin duda, en gran parte, gracias a la figura del agente de salud. Su participación ha permitido mejorar significativamente la aproximación a —y la comunicación con— las comunidades de inmigrantes, ayudando a avanzar en la implementación de medidas de prevención de la enfermedad y de promoción de la salud sobre la base de una mayor interrelación y proximidad humana y cultural. Los agentes de salud reciben formación en temas de comunicación y sanitarios. Esta formación se evalúa constantemente y se actualiza periódicamente en función de las demandas y necesidades de los colectivos de inmigrantes.

Los talleres educativos dirigidos a los niños tutelados en el Casal del Raval han logrado una gran participación y deseos de continuidad. Su evaluación se ha efectuado en términos de valoración del interés, actitud, asistencia y comunicación de los niños, así como de la observación directa sobre la participación y preguntas concretas. Al finalizar los talleres se hacían preguntas abiertas para valorar el grado de comprensión.

En definitiva, creemos que estos proyectos son sin duda susceptibles de mejora a través de la evaluación sistemática y de su trayectoria en el tiempo. En cualquier caso, su valor reside en que contribuyen a impulsar una corriente innovadora de proyectos teóricos y prácticos orientados a contar con la población inmigrante a la hora de abordar la necesaria transformación de las mentalidades, hábitos, instituciones y estructuras de salud y enfermedad que exigen nuestras sociedades actuales en un marco de creciente mundialización.

Bibliografía

- Ackerknecht, E. (1985): *Medicina y antropología social*, Madrid, Akal.
- Allué, X. (1996): «Present i futur de la utilització dels recursos pediàtrics a Catalunya», *Pediatría Catalana*, 56, pp. 7-9.
- (2000): «De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales», en Perdiguero, E., Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona, Bellaterra, pp. 55-70.
- Arrizabalaga, J. (1991): «Historia de la enfermedad. Nuevos enfoques y problemas», *Dynamis*, 11, pp. 317-385.
- (1992) «Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social», *Arbor*, 142, pp. 147-166.
- Back, M. R. (1999): «Culturally Effective Pediatric Care: Education and Training Issues», *Pediatrics*, 103, pp. 167-170.

- Bada Aínsa, J. L., Bada Jaime, R. M. (1996): «Repercusiones sanitarias de la inmigración en España», *Formación médica continuada en Atención Primaria*, 3, pp. 277-278.
- Barona, J. L. (ed.) (1995): *Malaltia i cultura*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Bermúdez González, M^a. M. (2004): *Los MINA: niños de la calle en la España del siglo XXI*, Barcelona, Tempora.
- Blázquez Rodríguez, M^a. I., Mazarrasa Alvear, L., Otero García, L. (2004): «Aproximación a las asociaciones africanas como agentes de salud en sus comunidades inmigrantes. Experiencias desde la práctica», *Suplementos OFRIM*, 11, pp. 71-90.
- Canal Solidario (2004): «Los niños de la calle en España», *Rebelión*, 26 de mayo. Revista electrónica: <http://www.rebellion.org>
Acceso: 23/11/2004.
- Collegi Oficial de Metges de Barcelona (2003): «Els immigrants i la seva salut», *Quaderns de la Bona Praxi*, 16. [<http://www.comb.es/quaderns> Acceso: 5/11/2004].
- Comelles, J. M. (comp.) (1984): *Antropologia i salut*, Barcelona, Fundació Caixa de Pensions.
- (1997): «De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual». *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*. [<http://www.maya.org.ar/articulos/medo1.htm> Acceso: 3/10/2004].
- Comelles, J. M., Martínez Hernández, Á. (1993): *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la antropología social y la medicina*, Madrid, Eudema.
- Comelles, J. M., Bardají, F., Mascarella, L., Allué, X. (2002): «International Migrations and Health Care Policy in Spain», en Vulpani, P., Comelles, J. M., Dongen, E. Van (eds.): *Health for All, All for Health. European Experiences on Health Care for Migrants*, Perugia, Cidis Alisei, pp. 84-112.
- Cortés Marina, R. M^a. (2004): *Características de la población inmigrante de origen marroquí atendida en una consulta de Pediatría de Atención Primaria en Cataluña* (Sant Feliu de Guíxols). [<http://www.aepap.org> Acceso: 9/11/2004]

- Faure, O. (1990): «The Social History of Health in France: A Survey of Recent Developments», *Social History of Medicine*, 3, pp. 437-451.
- Glittenberg, J. (2004): «A Transdisciplinary, Transcultural Model for Health Care», *Journal of Transcultural Nursing*, 15, pp. 6-10.
- Goubert, J. P. (1982) : *La médicalisation de la société française 1770-1830*, Waterloo, Historical Reflections Press.
- Hahn, R. A. (1995): *Sickness and Healing. An Anthropological Perspective*, Cambridge, Yale University Press.
- Helman, C. (1990): *Culture, Health and Illness*, Londres, Wright.
- Huerga, H., López Vélez, R. (2002a): «Infectious Diseases in sub-Saharan African Immigrant Children in Madrid, Spain», *Pediatric Infectious Diseases Journal*, 21, pp. 830-834.
- (2002b): «Enfermedades infecciosas en el niño inmigrante», *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 4, pp. 73-80.
- Human Rights Watch (2002): «Callejón sin salida. Abusos cometidos por las autoridades españolas y marroquíes contra niños inmigrantes». <http://www.hrw.org/spanish/informes/2002/callejon9.html>.
- Institut Municipal de la Salut Pública (2002): *La salut dels immigrants estrangers (Informe 2000)*. Barcelona, Institut Municipal de la Salut Pública.
- Jiménez, M. (2003): «Menores inmigrantes en España: fracaso compartido, responsabilidad compartida», *Rebelión*, 21 de febrero. Revista electrónica: <http://www.rebelion.org> Acceso: 23/11/2004.
- Jordanova, L. (1995): «The Social Construction of Medical Knowledge», *Social History of Medicine*, 8, pp. 361-381.
- Kaplan, A. (1998): *De Senegambia a Catalunya: procesos de aculturación e integración social*, Barcelona, Fundació La Caixa.
- Labisch, A. (1985): «Doctors, Workers and the Scientific Cosmology of the Industrial World: The Social Construction of “Health” and the “Homo Hygienicus”», *Journal of Contemporary History*, 20, pp. 599-615.

- Leininger, M. (2002): «Culture Care Theory: A Major Contribution to Advance Transcultural Nursing Knowledge and Practices», *Journal of Transcultural Nursing*, 13, pp. 189-192.
- Leininger, M., Macfarland, M. (2002): *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research & Practice*, 3ª ed., NovaYork, McGraw-Hill.
- López Piñero, J. M. (1984): «Introducción. Los estudios histórico-sociales sobre la medicina», en Lesky, E. (selecc.), *Medicina social. Estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, pp. 9-30.
- (1987): «Los modelos de investigación histórico-médica y las nuevas técnicas», en Lafuente, A., Saldaña, J. J. (eds.), *Historia de las ciencias*, Madrid, CSIC, pp. 125-150.
- Maccormack, C. (1997): «Medicine and Anthropology», en Bynum, W. F., Porter, R. (eds.), *Companion Encyclopedia of the History of Medicine*, vol. 2, Londres, Routledge, pp. 1436-1448.
- Masvidal, R. M. (2002): «Protocolo de atención a los inmigrantes e hijos de inmigrantes», ABS Raval Nord, Barcelona. [<http://aepap.org/inmigrante/RavalNord.htm> Acceso: 10/11/2004].
- Molero Mesa, J. (1999): «Fundamentos sociopolíticos de la prevención de la enfermedad en la primera mitad del siglo xx español», *Trabajo Social y Salud*, 32, pp. 19-59.
- Molero Mesa, J., Martínez Antonio, F. J. (2002): «Las campañas sanitarias como paradigma de la acción social de la medicina», *Trabajo Social y Salud*, 43, pp. 119-148.
- Navarro Brotons, V. (1999): «Constructivismo e historia de la ciencia: ¿por qué resistirse al constructivismo?», *Cronos*, 2, pp. 157-184.
- Níguez, J. C., Amoraga, J. F., Bernal, P. J. et al (2001): «Vacunaciones en escolares inmigrantes del Área II de la Región de Murcia. Estrategias de captación». *Resúmenes del Congreso de la Sociedad Española de Vacunología*, Cádiz.
- Perdiguerro, E., Comelles, J. M. (2000): *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra.

- Purnell, L., Paulanka, B. (2003): *Transcultural Health Care: A Culturally Competent Approach*, 2ª ed., Filadelfia, F. A. Davis.
- Rodríguez Ocaña, E. (1998): «La construcción de la salud infantil. Ciencia, medicina y educación en la transición sanitaria en España», *Historia Contemporánea*, 18, pp. 19-52.
- (2000): «Social History of Medicine in Spain: Points of Departure and Directions of Research», *Social History of Medicine*, 13, pp. 495-514.
- Rosenberg, C., Golden, J. (eds.) (1992): *Framing Disease. Studies in Cultural History*, New Brunswick (N. J.), Rutgers University Press.
- Seppinelli, T. (2000): «De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. A modo de presentación», en Perdiguer, E., Comelles, J. M. (eds.), *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*, Barcelona, Bellaterra, pp. 33-44.
- Spector, R. (2000): *Cultural Diversity in Health and Illness*, 5ª ed., Englewood Cliffs (N. J.), Prentice Hall.
- Taylor, C. (1989): *Sources of the Self. The Making of the Modern Identity*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Tizón, J., Salmero, M., Pellejero, N., Sáinz, F., Atxótegui, J., De La Lama, E. (1993): *Migraciones y salud mental*, Barcelona, PPU.
- Vaughan, M. (1991): *Curing their Ills. Colonial Power and African Illness*. Cambridge, Polity Press.
- Vidal, C. (2004): «Niños y niñas de la calle», *Oneworld España*, septiembre de 2004. [<http://www.oneworld.net/article/archive/1344/> Acceso: 20/11/2004].
- Vulpani, P., Comelles, J. M., Dongen, E. Van (eds.) (2002): *Health for All, All for Health. European Experiences on Health Care for Migrants*, Perugia, Cidis Alisei.



Una alumna en prácticas y las madres paquistanís, junto a la enfermera, en la sala de atención de pediatría del Centro del ABS Raval Sud.



Los monitores del Casal del Raval con la enfermera de pediatría.



Mohamed Elkabouri.

CONSIDERACIONES SOBRE TAN
REPUGNANTE TENDENCIA SEXUAL.
L'HOMOSEXUALITAT EN LA
PSIQUIATRIA DEL FRANQUISME*

ANTONI ADAM DONAT

*Unitat de Salut Mental, Paterna. Conselleria de Sanitat
de la Generalitat Valenciana*

ÀLVAR MARTÍNEZ VIDAL

*Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.
Universitat Autònoma de Barcelona*

EL SENTIMENT de repugnància davant l'homosexualitat es pot trobar pertot arreu a l'obra d'Antonio Vallejo Nágera (1888-1960), un dels psiquiatres més influents a l'Espanya de la postguerra. Aquesta forma d'abordar l'homosexualitat pot considerar-se representativa de la psiquiatria del franquisme, una psiquiatria que participà de les senyes d'identitat del règim i que Casco Solís (1995 : 206) ha qualificat de «simple, personalista, arbitraria e impropia».

Durant la dictadura, el món acadèmic —no tan sols el de la medicina— es va mostrar impermeable davant qualsevol apropament científic al voltant de la sexualitat, i no anava més enllà dels temes relatius a la reproducció o d'aquells capítols reser-

* Aquest article és una versió ampliada de la nostra conferència del febrer de 2004, dins del Cicle organitzat per la Residència d'Investigadors; una versió en castellà ha estat publicada a *Orientaciones. Revista de homosexualidades* (núm. 7, primer semestre 2004, pp. 51-72), editada per la Fundació Triángulo, de Madrid. Volem agrair al consell editorial de la revista el permís per publicar-ne aquesta nova versió catalana.

vats a les malalties venèries. En general, els assumptes relacionats amb el sexe es deixaven en mans de la moral o, si de cas, de les autoritats governatives com una matèria d'ordre públic.

Malgrat l'absència d'un discurs sistemàtic, és possible rastrejar les idees hegemòniques sobre l'homosexualitat en la psiquiatria oficial i, en concret, en l'obra docent dels dos psiquiatres més representatius del règim franquista, l'esmentat Vallejo Nágera i el famós Juan José López Ibor (1906?-1991). Tots dos van ser professors a la Universidad Complutense de Madrid i autors de llibres de text per a l'ensenyament de la psiquiatria i de la psicologia mèdica. Sota el seu magisteri directe —o mitjançant el dels seus deixebles— es formaren successives generacions de metges i d'especialistes en psiquiatria i en medicina forense.

En el cas de López Ibor, a més de l'obra docent cal recordar que la publicació d'*El libro de la vida sexual* va marcar una fita en el panorama editorial espanyol dels anys anteriors a la transició democràtica, entre altres coses perquè assolí quasi vint edicions fins al 1983. La primera edició, de 1968, venia precedida per anys de beateria, hipocresia i repressió sexual imposades per la dictadura militar.

La psiquiatria oficial durant el franquisme limitava la sexualitat a unes quantes consideracions al voltant de «l'instint sexual», i s'adaptava més a les exigències del nacional-catolicisme que no als coneixements científics de l'època. Pel que fa a l'abordatge de l'homosexualitat, entre aquests dos autors hi ha diferències notables, però també algunes similituds. Ni l'un ni l'altre no menciona en els seus escrits les obres de les autoritats en matèria de sexologia, ni tan sols les de Gregorio Marañón (1887-1960), les aportacions del qual al capítol de l'homosexualitat es remuntaven a la fi de la dècada dels anys vint.

En aquest treball revisarem els plantejaments teòrics que sobre l'homosexualitat es poden trobar a les obres, principal-

ment les de caire docent i divulgador, dels professors Antonio Vallejo Nágera i Juan José López Ibor.

L'homosexualitat en la sexologia espanyola anterior a la Guerra Civil

Al llarg del segle XIX, alhora que la tradicional figura del boig es transformava en la del malalt mental, es conformava una assistència mèdica que tendia més al confinament que no a la recuperació dels malalts. A Espanya, les institucions mentals existents mancaven, en la immensa majoria, d'objectius terapèutics definits. Durant la II República es plantejà la necessitat de canviar d'arrel aquesta situació. L'objectiu de la reforma era que l'assistència psiquiàtrica integrara els diagnòstics i els tractaments científics sense deixar de banda els aspectes socials implicats, tant en l'etiologia com en el manteniment de la malaltia. D'aquesta manera s'intentava superar l'exclusió que patien els pacients i eliminar el component marcadament asilar dels vells manicomis, que alguns psiquiatres de l'època havien denunciat com a expressió manifesta de la desastrosa situació que patia l'assistència al malalt mental.

Abans de la Guerra Civil, a diferència d'altres països, no existia la psiquiatria com a disciplina acadèmica independent a la universitat espanyola. La incipient especialitat precisava ampliar els coneixements sobre la malaltia mental en aquelles direccions que venien marcades per les investigacions més acreditades i els corrents teòrics dominants. Aleshores, els neuropsiquiatres espanyols s'acolliren a la potent psiquiatria alemanya (sobretot a l'Escola de Heidelberg), com abans ja ho havien fet al corrent psiquiàtric francès.

Després de la conflagració, va continuar la relació amb l'escola alemanya de psiquiatria però des de postulats diferents. Ara es plantejava la necessitat d'adquirir un saber que assegu-

rara l'autoritat, efectiva i reconeguda, de la psiquiatria en l'àmbit de la medicina. En la dècada dels quaranta, la finalitat principal no era tant el saber en si mateix com la recerca del poder i la legitimació que aportava la ciència, per tal d'exercir el control sobre i des d'aquesta parcel·la de la medicina.

Si, en general, la psiquiatria espanyola precisava de contribucions foranes perquè es conformara com a especialitat, en el terreny de la sexologia el nucli central de les teories i els coneixements foren elaborats per un autor espanyol amb forta repercussió internacional: l'esmentat Gregorio Marañón, l'obra del qual va mantindre una gran vigència al llarg de diverses dècades.

Al seu famós llibre sobre els estadis evolutius de la sexualitat, Marañón dedicà un ampli capítol a l'homosexualitat, que concebia com un «estadi intersexual» (Marañón, 1929 : 125-158). Abordava l'evolució del concepte d'homosexualitat, la constitució somàtica de l'homosexual i la gènesi del suposat trastorn. Aquests plantejaments ja els havia apuntat Marañón en una obra anterior en la qual, tot referint-se a l'homosexualitat com una fase de l'evolució filogenètica, afirmava:

Puede asegurarse que el homosexualismo, producto aún de la insuficiente diferenciación sexual, es menos frecuente a medida que, en la vida de las especies, nos acercamos al hombre. Y en el hombre tal vez hubiera desaparecido ya si influencias psicológicas y pedagógicas desgraciadas no lo hubiesen dificultado. De todos modos, ésta, como todas las demás manifestaciones aberrantes del amor, disminuye cada día (Marañón, 1998 : 156).

L'autor postulava que «todo ser es, en sus principios, bisexuado, y que sólo posteriormente, en el curso de su desarrollo, se decide el sexo definitivo a que pertenecerá durante toda su existencia» (Marañón, 1998 : 144-5). A diferència de Freud, Marañón entenia aquesta bisexualitat com la presència, en ambdós sexes, de característiques somàtiques i funcionals de

l'altre sexe, característiques que no residien en la imaginació sinó que estaven «circulando en su sangre» (Marañón, 1998 : 141). Elaborà una teoria de la diferenciació sexual mascle-femella basada en l'evolució dels caràcters sexuals des del naixement fins a la senectut i en l'aparició de caràcters sexuals propis de l'altre sexe, ja en condicions fisiològiques (climateri), ja en estadis patològics (alteracions endocrinològiques, tumors de les glàndules suprarenals, lesions testiculars, etc.) (Marañón, 1929 : 15-63). També afirmava que entre l'home perfecte i la dona perfecta existien tipus intermedis amb característiques sexuals menys nítides, fins a arribar a «una zona de conjunción intersexual en la que la pureza y la diferenciación de los tipos extremos se torna en ambigüedad y confusión» (Marañón, 1998 : 142-143).

Si aquest plantejament de la «conjunción intersexual» pot fer-nos pensar en el concepte del «tercer sexe» d'Ulrichs, que explicava l'homosexualitat com a *anima mulieribus in corpore virile inclusa* i arribà a la conclusió que aquesta persona representava un «tercer sexe», cal aclarir que Marañón mai no va defensar aquesta idea. En la seua elaboració personal de l'homosexualitat, integrava teories endocrinològiques, ontogenètiques i filogenètiques, sense oblidar-se de les aportacions de les grans figures del camp de la sexologia (Krafft-Ebing, Ellis, Hirschfeld, Bloch o Freud). Sobre la base d'aquests criteris explicava l'homosexualitat com una malaltia subsidiària de rebre diferents tractaments: des de l'opoteràpia (amb extractes d'òrgans animals) i els implants testiculars, fins als exercicis «virils» o l'anomenat «ambiente psíquico». Però, la contenció seria el millor remei contra aquesta perturbació sexual:

La fe y la disciplina religiosa suelen ser la razón suprema de que la conducta [en el subjecte que opta per la castedat] se haya mantenido limpia y el alma en paz. En ésta, como en todas las tempestades del espíritu, la ayuda de Dios es, claro, lo esencial

[...], lo demás, lo que intentamos los médicos, es muchas veces útil, pero, por ahora, secundario (Marañón, 1998 : 158).

No ens hauria d'estranyar aquesta interrelació entre rigor científic i moral cristiana en defensa d'una única manera d'entendre la sexualitat: la dirigida al matrimoni i la procreació (Marañón, 1998 : 167-82), perquè aquesta concepció, que confon ciència i moral, no deixava de ser pròpia de l'època. Tal vegada, potser per aquesta mateixa interrelació, l'autor considerava un «progreso no solamente científico, sino social y moral» (Marañón, 1929 : 125) el fet d'incloure l'homosexualitat entre els estadis intersexuals. Per tant, no se l'hauria d'incloure com a delictes en el codi penal, «pues no sólo se trata de una insensatez en el terreno científico, sino, socialmente, de una táctica, a más de inhumana, notoriamente contraproducente, dada la peculiar psicología de los homosexuales» (Marañón, 1929 : 126). Des d'aquesta visió despenalitzadora, arribava a plantejar que «el invertido es, pues, tan responsable de su anormalidad como pudiera serlo el diabético de su glucosuria y que cada cual, en este mundo, no ama lo que quiere, sino lo que puede» (Marañón, 1929 : 127). Aquesta proposta, que per l'època es considerava avançada i innovadora, fou acceptada per metges d'orientació anarquista, com ara Félix Martí Ibáñez.

Durant la II República, Marañón i la seua obra sexològica van assolir una gran popularitat, ultrapassant àmpliament l'àmbit acadèmic. Basta recordar que apareix citat en la novel·la d'Álvaro Retana *A Sodoma en tren botijo* (1933). Els seus estudis sobre la figura d'Amiel, el superhome, i la del seu oposat, el «don Juan», eren objecte de forts debats a la premsa diària i a les tertúlies de la capital. Catòlic, però de tarannà liberal, es distancià de la causa republicana i, de fet, mentre durà la Guerra Civil va viure a l'exili. En tornar a Espanya va acatar el règim militar, sense, però, aconseguir la plena acceptació d'a-

quells que aleshores exercien el poder en els estaments culturals, universitaris i professionals. Així, mentre se li reconeixien els seus mèrits com a clínic, endocrinòleg i assagista, les seues aportacions a la sexologia mèdica eren més aviat ignorades per aquells que protagonitzaven la docència de la medicina i, en particular, pels titulars de la càtedra de psiquiatria de la Universidad Complutense de Madrid.

Antonio Vallejo Nágera: de malalts a «desechos de presidio»

L'actitud de Vallejo Nágera davant l'homosexualitat s'entén millor en conèixer la seua trajectòria militar i l'afinitat per l'ideari falangista, anteriors al seu magisteri universitari. Amb només quinze anys va ingressar voluntari a l'exèrcit i en 1910, un any després d'obtindre la llicenciatura en medicina per la Universitat de Valladolid, entrà a formar part del cos de sanitat militar.

Destinat a Larache, al Protectorat espanyol del Marroc, va participar en les maniobres d'ocupació militar. Pel seu afany en el compliment de les obligacions de caire sanitari, fou condecorat amb la medalla de la reina Maria Cristina. Després d'aquesta etapa colonial i d'una breu estada a Barcelona, l'any 1918 fou destinat, com a representant d'un país neutral en els camps de concentració de presoners, a la comissió militar de l'ambaixada espanyola a Berlín. En Alemanya, tot mantenint les preferències per la psiquiatria que havia manifestat quan era estudiant, Vallejo visità alguns manicomis, es va relacionar amb psiquiatres i psicòlegs i reforçà el seu interès per l'obra d'Ernst Kretschmer (1888-1964), autor de la coneguda classificació biotipològica que porta el seu nom.

En els anys següents la carrera de Vallejo continuà el seu ascens imparable: en 1928 fou admès en l'Academia Nacional

de Medicina, en 1929 va ser nomenat director del Sanatorio Psiquiátrico Militar de San José de Ciempozuelos i, pocs anys després, proclamada ja la República, va accedir al càrrec de professor de psiquiatria de l'Academia de Sanidad Militar.

Adversari visceral del sistema democràtic, postulava una idea arcaïtzant de la «hispanidad», que no basava tant en un substrat biològic, com en un «sentimiento espiritual diferencial», barreja d'antisemitisme, valors aristocràtics i virtuts patriòtiques. Des d'aquests postulats, volia que es reinstaurara la Inquisició i defenia «la creación de un Cuerpo de Inquisidores, centinela de la pureza de los valores científicos, filosóficos y culturales del acervo popular que detenga la difusión de ideas extranjeras corruptoras de los valores universales hispánicos». Vallejo també compartia les inquietuds del grup falangista liderat per Ramiro de Maeztu al voltant de la revista *Acción Española*. Amb aquesta trajectòria, no resulta estrany que en 1936 fóra nomenat Jefe de Psiquiatria del Ejército Nacional i que, amb el suport explícit de Franco, organitzara en 1938 el Gabinete de Investigaciones Psicológicas amb la finalitat primordial d'«investigar las raíces biopsíquicas del marxismo». Era llavors un professional de renom, que tenia una biografia a l'*Enciclopedia Espasa* i que gaudia de la plena confiança de les autoritats del règim.

En 1946 guanyà per oposició la càtedra de psiquiatria de la Universidad Complutense de Madrid, quan encara la psiquiatria i la neurologia constituïen una única especialitat mèdica: la neuropsiquiatria. Vallejo posseïa una bona formació com a neuròleg, però les seues aportacions al camp de la neurologia eren poc originals, tancades a l'experiència i a la investigació, i per sota el nivell dels seus antecessors.

L'obra psiquiàtrica podria qualificar-se en termes similars, però en aquest cas a les característiques esmentades caldria afegir la subjectivitat i la manca de rigor, ja que la seua ideologia ultraconservadora impregna tot el discurs científic. Els

valors i les creences personals estan presents pertot arreu i no tan sols en obres d'un clar contingut doctrinal, com ara *La psicología de los sexos* (c. 1943) o *Higiene de la raza. La asexualización de los psicópatas* (1934), sinó que l'equiparació entre ciència i creença traspua tota l'obra, fins i tot els llibres de text que redactà per a la docència de la psiquiatria. En el *Tratamiento de las enfermedades mentales* (1940) i en el *Tratado de psiquiatría* (1944), com també en les repetides edicions de les *Lecciones de psiquiatría* (1948), que foren els textos centrals de la seua docència universitària, es pot observar que Vallejo reforçava els seus arguments amb cites d'autoritats eclesiàstiques, com ara sant Albert Magne i sant Tomàs d'Aquino, o el papa Lleó XIII.

Malgrat la tendència a ignorar l'homosexualitat, en el *Tratado de psiquiatría* (1944) es troben les referències més extenses a aquesta «malaltia». En principi, Vallejo Nágera la defineix en els següents termes:

Desígnase con la denominación de uranismo la inversión del instinto sexual presupuesta una conformación normal de los órganos sexuales, denominándose pederastia la inversión sexual en el hombre y tribadismo o safismo la de la mujer. La homosexualidad puede ser activa y pasiva, adoptando el homosexual activo [sic] los vestidos, costumbres, gestos y ademanes de la persona del sexo contrario, por lo cual experimenta repugnancia para las relaciones sexuales normales (Vallejo Nágera, 1944 : 213).

No cita cap dels autors reconeguts en l'àmbit de la sexologia mèdica, i la inclou en un capítol titulat «Trastornos del instinto sexual», amb la qual cosa retornava l'homosexualitat al camp de la perversió dels instints. També s'alludeix a l'homosexualitat en el capítol de les psicopaties. Per a Vallejo, els «psicópatas homosexuales» són, en gran mesura, «deficientes mentales», o «verdaderos enfermos mentales». En ells, afegeix tot se-

guit, «la tendencia homosexual es un síntoma accesorio» (Vallejo Nágera, 1944 : 1191).

Pel que fa als orígens de l'homosexualitat, considera rellevant l'antecedent d'un episodi d'encefalitis que haguera evolucionat sense presentar seqüeles neurològiques però sí canvis del caràcter i de la personalitat:

Adquieren estos postencefalíticos todas las características propias de las personalidades psicopáticas: holgazanería, importunidad, mala intención, hábitos viciosos, amoralidad, tendencias cleptómanas, agresividad, vagabundeo, etc., impulsivos [sic]. Lo característico es la labilidad cinética y la tendencia a la acción, sin finalidad o con fines perversos. Son sujetos que se entremeten en todo, se hacen insoportables, es imposible el aprendizaje escolar o profesional, se permiten bromas groseras y pesadas con las personas mayores, importunan al médico con peticiones imposibles de satisfacer, *propenden a la homosexualidad* (Vallejo Nágera, 1944 : 834; la cursiva és nostra).

També té en compte altres possibles causes. En el capítol dedicat a la teoria psicoanalítica, en referir-se a la sexualitat puberal, suggereix la possibilitat d'una «homosexualidad de transición», que en un medi favorable, com seria un col·legi religiós (!), podria perllongar-se per més temps del normal (Vallejo Nágera, 1944 : 1047). Més endavant, en l'apartat que dedica a l'origen sexual de les neurosis, apunta que les perversions sexuals serien efecte del «proceso de fijación». Així, per exemple,

El onanismo sería la expresión del narcisismo, efecto de la fijación de complejos sexuales infantiles; y la homosexualidad, resultado de la fijación del desarrollo en la fase indiferenciada de la sexualidad (Vallejo Nágera, 1944 : 1048).

Vallejo, en el *Tratado de psiquiatría*, no indica quin era el tractament que se'ls hauria d'administrar a aquests «psicópats». Tanmateix, en dues obres anteriors, sí que havia apuntat algunes conviccions al respecte, tot i que fent servir arguments contradictoris. Així, en la *Higiene de la raza* considerava que ni la castració ni la «reglandulación» corregien les tendències homosexuals (Vallejo Nágera, 1934 : 85-127). Però, en canvi, en el *Tratamiento de las enfermedades mentales* no dubtava d'assenyalar les tendències psicopàtiques sexuals entre les indicacions de l'esterilització terapèutica. Adduïa que diversos autors havien descrit «rotundos éxitos en casos de verdadero delirio sexual» i que amb tal mesura havien aconseguit, com a resultat, «la total extinción del apetito genésico» (Vallejo Nágera, 1940 : 26). En resum, no oferia cap alternativa terapèutica definida i, al contrari que Maraón, que s'havia oposat a la penalització de l'homosexualitat, Vallejo remetia el problema als juristes perquè s'encarregaren del tractament d'aquests delinqüents:

Aterra el estudio de estos casos monstruosos, infanticidas, violadores, *homosexuales* y pervertidos de todas las categorías, de manera que, en realidad, pierde poco la sociedad en privar del derecho a la paternidad a tales *desechos de presidio*. Mas no son los médicos ni los biólogos los que deben decidir sobre la sanción que corresponde a los delincuentes sexuales, sino los juristas, y a ellos endosamos el problema (Vallejo Nágera, 1934 : 89; la cursiva és nostra).

Després de revisar el posicionament de l'autor davant l'homosexualitat, cal concloure que Vallejo Nágera situava l'homosexual més a prop del delinqüent que no pas del malalt. Aquesta actitud suposava una regressió respecte a les idees que havia defensat Maraón, així com la invalidació del model mèdic de la sexualitat que s'estava construint des de la fi del segle XIX. I, encara molt més pitjor, amb aquest abordatge de

l'homosexualitat es justificava l'internament indiscriminat als sanatoris psiquiàtrics o a les presons, i l'obligatorietat de seguir uns tractaments inhumans.

Juan José López Ibor: lliçons de vida sexual

Cap cosa semblava indicar que el nom de López Ibor, successor de Vallejo Nágera a la càtedra de psiquiatria de la Universidad Complutense, quedaria indissolublement unit al títol d'una obra de divulgació de sexologia: *El libro de la vida sexual* (1968).

Després de llicenciar-se en medicina per la Universitat de València en 1929, amplià estudis de medicina legal i de neuro-psiquiatria a Suïssa, França i Alemanya. Posteriorment, va ocupar les càtedres de medicina legal i toxicologia a Santiago de Compostella, València i Salamanca. La seua adhesió al Movimiento Nacional, juntament amb una excellent preparació, el portaren, en plena Guerra Civil, a la direcció del Centro Neurológico Militar, creat a Valladolid en gener de 1938. Amb la victòria de les tropes franquistes, ascendí en la jerarquia professional fins a arribar al càrrec de Jefe del Servicio de Neuropsiquiatria de l'Hospital General de Madrid, i regentà interinament la càtedra de psiquiatria en la universitat madrilenya des del 1940 (López Ibor, 1946 : 5-6).

López Ibor va firmar un manifest a favor de D. Juan de Borbón, just quan les derrotes de les forces de l'Eix presagiaven un nou ordre polític internacional i, fins i tot, el relleu de la dictadura militar a Espanya. Tal vegada per aquest motiu, fou desterrat a Barbastro (Osca) durant uns mesos, però rectificà la seua postura i acabà reconciliant-se amb el règim. És possible que aquest «mal pas» li minvara possibilitats quan en 1946 es presentà a les oposicions a la càtedra de psiquiatria de Madrid, que, com ja sabem, va guanyar Vallejo Nágera. Malgrat tot, en

els anys que seguiren, va ser promogut, primer com a professor de psicologia mèdica i, després de la jubilació de Vallejo, com a successor seu a la càtedra.

Es pot afirmar que, des de la seua posició de poder, López Ibor va col·laborar amb la defensa, assentament i difusió de la ideologia victoriosa, però d'una forma més elaborada i molt menys radical que la practicada per Vallejo Nágera. Els contrastos entre ambdós neuropsiquiatres no tan sols es reflectien en els historials acadèmics i militars; també es manifestaven en la distinta capacitat per a adaptar-se a l'evolució política del règim franquista.

Un altre contrast entre l'un i l'altre era el diferent posicionament davant l'homosexualitat. Si bé podem trobar alguna similitud al respecte —el poc interès que els mereixia—, les principals diferències venien marcades pel fet que l'actitud de López Ibor no era tan manifestament agressiva com la de Vallejo Nágera, i perquè els seus plantejaments se situaven dins els límits del model mèdic establert.

En una obra datada en 1949, López Ibor mencionava breument un cas clínic de Freud, en el qual s'assenyalaven les relacions entre paranoia i homosexualitat (López Ibor, 1949 : 50). Però, serà en les *Lecciones de psicología médica*, editades per primera vegada en 1955, on es poden trobar referències més extenses (López Ibor, 1968a : vol. II, 65-90).

Les *Lecciones*, que significativament se subtitulen «según apuntes tomados en la cátedra», recollien el contingut de les seues classes i constituïen el llibre de text fonamental per a la docència de l'assignatura. L'edició de 1968 conté una lliçó dedicada a «el instinto sexual» amb un apartat destinat a la «normalidad y anormalidad sexual», on es menciona l'homosexualitat entre altres «perversiones sexuales», per cert sense fer cap referència d'autoritat, ni tan sols a Marañón. Tanmateix, l'autor s'intenta justificar per no ocupar-se d'aquestes perversions, tot afirmant que «no nos corresponde a nosotros, sino a la Me-

dicina y a la Psiquiatría legal» (López Ibor, 1968a : vol. II, 84). Cal recordar ara que aquell mateix any, 1968, es publicava als Estats Units la segona edició del *Diagnostical and Statistical Manual for Mental Disorders* (DSM-II), la qual provocà un enfrontament obert entre els partidaris de l'alliberament homosexual i l'American Psychiatric Association (APA). Aquesta controvèrsia inicià una inflexió decisiva en el procés de desclassificació del diagnòstic d'homosexualitat.

Davant la pregunta què cal considerar normal o anormal en la vida sexual, admet com un fet cert que «el médico no puede dar una respuesta científica acerca del problema», ja que mai no havia après allò que s'hauria de considerar «como una sexualidad normal, en este sentido de sexualidad standard» (López Ibor, 1968a : vol. II, 85). Per tal d'il·lustrar el significat de la «sexualidad standard», López Ibor explica als estudiants, al llarg de diverses pàgines, allò que ell denomina el «famoso Kinsey rapport», oferint un resum del treball de l'investigador nord-americà alhora que desqualificant la major part de les seues conclusions.

En la seua versió, López Ibor assenyala que Alfred Kinsey havia publicat un estudi basat en les respostes de «unos cinco mil varones» i que, tot i que s'estava ampliant la mostra a dotze mil, contenia alguns errors estadístics i metodològics elementals (López Ibor, 1968a : vol. II, 85). L'obra de Kinsey, però, estava dedicada a les «dotze mil persones que han proporcionat aquestes dades i a les huitanta-huit mil més que, algun dia, ajudaran a completar aquest estudi» (Kinsey, 1948). López Ibor hi contraposa casos aïllats de la seua experiència clínica per a rebatre alguns resultats de l'informe, sobretot els referits a la relació entre la precocitat de l'edat puberal i l'activitat sexual. Atribueix l'increment de l'activitat sexual de les classes baixes a la millora en les condicions d'alimentació, i opina que les dues guerres mundials no havien tingut cap influència en la vida sexual de les persones (López Ibor, 1968a : vol. II, 87-88).

Quant a l'homosexualitat, a les *Lecciones de psicología médica* es fa una transcripció de l'informe Kinsey bastant poc fidedigna. Així, mentre que aquest conclou (Kinsey, 1948 : 650) afirmant que, entre l'adolescència i l'edat adulta, el 37% del total de la població masculina havia tingut almenys alguna experiència homosexual i que el percentatge arribava fins al 50% entre aquells homes que romanien solters després dels trenta cinc anys, López Ibor diu:

Entre los varones solteros mayores de treinta años las relaciones homosexuales alcanzan una gran importancia, el 39 por 100 de los casos, cifra naturalmente aumentada, porque entre los casados quedan absorbidas todas las tendencias heterosexuales [sic]. El grupo de solteros ya suponía una cierta selección, de manera que ésta es una cifra con error estadístico básico (López Ibor, 1968a : vol. II, 87; la cursiva és nostra).

I afegeix que «el 37 por cien tiene relaciones homosexuales» (López Ibor, 1968a : vol. II, 88). Més endavant argumenta que «no debía deducirse de ello que tal conducta media del varón norteamericano» fóra la normalitat sexual, ni molt menys la normalitat desitjable. Considerava que «en el hombre, precisamente por ser hombre, la normalidad significa un arquetipo, un modelo ideal hacia el cual tender» (López Ibor, 1968a : vol. II, 89).

D'altra banda, planteja les possibles conseqüències legals que es podrien derivar de la recerca de Kinsey, i en aquesta línia es pregunta com, dins de la constitució americana, es podria «castigar» un homosexual «si esto no es vicio, sino una manera de actividad sexual, que realizan con una extraordinaria frecuencia los varones americanos». I acaba qualificant de «muy vidriosas» les conseqüències socials i polítiques que Kinsey pretenia deduir del seu treball (Kinsey, 1948 : 659-666; López Ibor, 1968a : vol. II, 89).

Però, en aquesta lectura interessada de l'informe Kinsey es deixa de banda una de les més transcendents conclusions de l'autor nord-americà, concretament aquella que rebutia la condició patològica de la conducta homosexual:

És difícil mantindre l'argument que les relacions psicosexuals entre individus del mateix sexe siguen rares i per tant anòmales o antinaturals, o que constitueixen per elles mateixes evidències de neurosi o fins i tot de psicosi (Kinsey, 1948 : 659).

Amb arguments similars i també sota l'epígraf d'«instinto sexual», abordava López Ibor l'homosexualitat en les *Lecciones de psicología médica* de 1970. En canvi, a l'edició de 1973 la lliçó ja no es titulava «instinto sexual» sinó «normal y anormal, salud y enfermedad»; el «Kinsey rapport» passava a ser l'enquesta Kinsey i els resultats s'utilitzaven com a exemple per a il·lustrar el «concepto de término medio en la conducta y en la biología» (López Ibor, 1973 : 365, 369). Ara, aquella afirmació del «37% [dels homes nord-americans] tiene relaciones homosexuales», que apareixia en les edicions anteriors, se substitueix per «una gran parte de los varones americanos habían mostrado a lo largo de su vida algún rasgo homosexual», i López Ibor afegeix que «si hay tal mayoría de tendencias homosexuales, la ley que reprime la homosexualidad es injusta» (López Ibor, 1973 : 371). No sabem el perquè d'aquesta nova actitud, però sembla que el canvi era més aparent que real, ja que alhora afirmava:

Si nosotros aceptáramos el criterio estadístico para definir la conducta humana y lo que es normal y anormal, tendríamos que pedir se suprimieran todas las restricciones, tanto penales como gubernativas, en el problema de la homosexualidad, puesto que, según la citada encuesta, [informe Kinsey] son mayoría. Claro es que aumentaría mucho más (López Ibor, 1973 : 371).

No es fa, en aquesta obra, cap referència a la terapèutica de l'homosexualitat, tal vegada perquè són unes lliçons de psicologia mèdica i no un tractat de psiquiatria.

En 1968, com ja s'ha dit, aparegué la primera edició d'*El libro de la vida sexual*, dirigit per López Ibor, que es presenta com a «Catedrático de Psiquiatría y Psicología Médica de la Universidad de Madrid. De la real Academia de Medicina. Presidente de la Asociación Mundial de Psiquiatría». L'obra comptava amb un grup de huit col·laboradors, els noms dels quals sols apareixen en la portada i, per tant, no se'ls pot atribuir l'autoria de cap dels capítols. En les més de cinc-centes pàgines, s'examinen temes com ara l'«antropología sexual», l'«evolución histórica del comportamiento sexual», la «sociología del tema sexual» i la «conducta sexual». Cal destacar que la primera edició, la de 1968, contenia un capítol dedicat a les «anomalías sexuales», el qual en l'edició de 1973 passà a denominar-se «trastornos de la conducta sexual», denominació que encara es conservava en la de 1980.

Llevat d'alguna petita diferència, en les tres edicions s'aborda l'homosexualitat amb idèntics plantejaments. S'assenyala, en primer lloc, que «en ciertas regiones geográficas y especialmente climáticas, tales como las riberas del Mediterráneo [...], esta perversión es más frecuente» (López Ibor, 1968b : 567). A continuació, s'argumenta el punt de vista psicoanalític i es presenta una interpretació antropològica de l'homosexualitat. Finalment, es descriu la freqüència de les pràctiques sexuals —masturbació mútua, coit anal i *inter femora*, etc.—, però considera que «la succión bucal del pene, unilateral o recíproca, según nos demuestran las historias clínicas de numerosos investigadores es mucho más frecuente» (López Ibor, 1968b : 568).

Caldria ressaltar que, a diferència de les *Lecciones de psicología médica*, en el *Libro de la vida sexual* es distingeix entre homosexualitat masculina i femenina. En el cas de la masculina

na, l'autor recorre a Freud per a basar el raonament i, en una ocasió, cita Marañón, mentre que en el cas de la femenina remet a Safo i Colette. En tots dos casos, s'alludeix a Kinsey, tot i que apuntant que els resultats de l'informe son vàlids per a les dones, però no per als homes.

Ja s'ha mencionat la lectura tan personal que havia fet López Ibor de l'informe Kinsey en els apunts recollits de les seues classes. Podem trobar una lectura similar en *El libro de la vida sexual*. Així, davant la pregunta «¿cuál es la difusión que en nuestros tiempos alcanza la homosexualidad?», respon:

Kinsey y su escuela encuentran que un 50% de la población es heterosexual y un 45% *exclusivamente* homosexual, quedará pues un 5% con ambivalencia erótica (López Ibor, 1968b : 568; la cursiva és nostra).

Tot seguit fa referència als percentatges obtinguts en una enquesta realitzada a Barcelona, en 1966, amb una mostra de cent homes, i conclou dient:

Creemos que estas cifras son más reales que las que nos da el rapport Kinsey y especialmente tienen el indiscutible mérito de revelarnos una incógnita mantenida largo tiempo por impene-trables tabús (López Ibor, 1968b : 568).

Pel que fa a les possibilitats terapèutiques, dubta que siga possible la «curación de esta desviación sexual». Malgrat tot, indica la psicoanàlisi i la psicoteràpia antropològica com els mètodes preferents de tractament, ja que «ofrecen posibilidades de ayuda en determinadas circunstancias» (López Ibor, 1968b : 572).

En el *Libro de la vida sexual*, on també s'esmenta el reiterat dilema de si l'homosexualitat és una malaltia o un delicte, ofereix una resposta més pròxima al model mèdic que la solució judicial adoptada per Vallejo Nágera: «Los homosexuales de-

ben ser considerados más como enfermos que como delinquentes» (López Ibor, 1968b : 568).

Amb la finalitat d'illustrar aquesta afirmació amb un exemple, s'hi descriuen de forma detallada els canvis en la legislació anglesa que, en la dècada dels seixanta, havien portat a la despenalització de l'homosexualitat a la Gran Bretanya. Curiosament, mai no es menciona la legislació espanyola. Aquesta absència sorprèn, més encara, en l'edició de 1980. Recordem que la «Ley de Peligrosidad y Rehabilitación Social», que contemplava la presó per a les relacions homosexuals consentides entre adults, va estar vigent des de 1970, i que, des de 1971, una ordre del Ministeri d'Educació prohibia als homosexuals treballar de mestres. L'abolició d'aquesta llei és va produir, per procediment d'urgència, pocs mesos després d'aprovar-se la constitució democràtica de desembre de 1978.

La condició de malalts defensada per López Ibor implicava un altre prejudici antihomosexual evident, que es manifesta en la següent afirmació:

Debe la ley [«la sociedad», en les edicions de 1973 i 1980] no obstante protegerse especialmente del proselitismo que puedan desarrollar [els homosexuals] en colegios, cuarteles, asociaciones deportivas, etc. (López Ibor, 1968b : 568).

En resum, a diferència de Vallejo Nágera, que considerava l'homosexualitat un delictes, López Ibor la tornava al si de la medicina, redimint el delinqüent del càstig i atorgant-li el rol de malalt i, més encara, de subjecte dependent del model mèdic paternalista. Un model que aleshores, pel que fa a l'homosexualitat, ja es trobava en crisi. En 1974 López Ibor sabia que els psiquiatres americans anaven a celebrar un referèndum sobre la desclassificació del diagnòstic d'homosexualitat i afirmava al respecte:

No tengo idea de lo que decidirán en ese referéndum ni, a decir verdad, me importa. Es curioso que la educación supertécnica conduzca a una discusión que sólo es comparable a las discusiones medievales que se califican de nominalistas (López Ibor, 1974 : 166).

Ja s'ha apuntat que, a l'igual que el règim, la psiquiatria del franquisme era personalista i arbitrària. Aquests atributs es manifesten clarament en l'abordatge de l'homosexualitat: mantenint-la invisible, tornant a models previs que la criminalitzaven, ignorant els autors de prestigi, manipulant els resultats dels treballs científics reconeguts i, per últim, desdenyant qualsevol intent de desmedicalització. Des de la perspectiva actual, es poden afegir altres dues característiques a la psiquiatria d'aquest període: una «repugnant» homofòbia i uns profunds i arrelats prejudicis antihomosexuals.

Bibliografia

- Adam Donat, A., Martínez Vidal, À. (2002): «La desmedicalització de l'homosexualitat: una simple qüestió de noms?», a Ò. Guasch (ed.), *Sociologia de la sexualitat. Una aproximació a la diversitat sexual*, Barcelona, Pòrtic, pp. 141-163.
- Álvarez Peláez, R. (1995): «La psiquiatria española en la Segunda República», a *Un siglo de psiquiatría en España. Actas del I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, Extra Editorial, pp. 89-108.
- Bayer, R. (1987): *Homosexuality and American Psychiatry. The Politics of Diagnosis. With a New Afterword on AIDS and Homosexuality*, Princeton, N. J., Princeton University Press.
- Calvo Borobia, K. (2002): «Polítiques d'(homo)sexualitat a Espanya. Les respostes de la democràcia davant d'un dilema moral», a Ò. Guasch (ed.), *Sociologia de la sexualitat. Una*

- aproximació a la diversitat sexual*, Barcelona, Pòrtic, pp. 164-189.
- Casco Solís, J. (1995): «Autarquía y Nacional-Catolicismo», a *Un siglo de psiquiatría en España*, *Actas del I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, Extra Editorial, pp. 197-226.
- Cleminson, R., Vázquez García, F. (2000): «“Los invisibles”: Hacia una historia de la homosexualidad masculina en España, 1840-2000», *International Journal of Iberian Studies*, 13 (3), pp. 167-181.
- Cleminson, R. (2004): «En las negruras de su horizonte vital un rayo de esperanza: El doctor Martí Ibáñez, la ciencia y la homosexualidad», a *Actas del I Simposium Internacional Félix Martí Ibáñez: medicina, historia e ideología* (J. V. Martí i A. Rey, eds.), València, Biblioteca Valenciana, pp. 39-56.
- García Albea, E. (2000): «La neurología (psiquiatría) nacional española. La obra neurológica de Vallejo Nágera y López Ibor», *Revista de Neurología*, 31 (1), pp. 91-95.
- González de Pablo, Á. (1995): «La escuela de Heidelberg y el proceso de institucionalización de la psiquiatría española», a *Un siglo de psiquiatría en España. Actas del I Congreso de la Sociedad de Historia y Filosofía de la Psiquiatría*, Madrid, Extra Editorial, pp. 229-249.
- Group for the Advancement of Psychiatry. Report núm. 144 (2000): *Homosexuality and the Mental Health Professions. The Impact of Bias*, Londres, The Analytic Press.
- Huertas, R. (1998): «Una nueva inquisición para un nuevo estado: psiquiatría y orden social en la obra de Antonio Vallejo Nágera», a R. Huertas i C. Ortiz (eds.), *Ciencia y fascismo*, Madrid, Doce Calles, pp. 97-109.
- (2002): *Organizar y persuadir. Estrategias profesionales y retóricas de legitimación de la medicina mental española (1875-1936)*, Madrid, Frenia.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., Martin, C. E. (1948): *Sexual Behaviour in the Human Male*, Filadèlfia, W. B. Saunders Company.

- López Ibor, J. J. (1946): *Curriculum vitae. Oposiciones a la Cátedra de Psiquiatría*, [Madrid], Universidad Central.
- (1949): *Los problemas de las enfermedades mentales*, Barcelona, Labor.
- (1968a): *Lecciones de psicología médica (según apuntes tomados en la cátedra)*, 3a ed., Madrid, Editorial Paz Montalvo. La primera edición es de 1955.
- (ed.) (1968b): *El libro de la vida sexual*, Barcelona, Danae.
- (1970): *Lecciones de psicología médica*, volum I, 6a ed., Madrid, Editorial Paz Montalvo, pp. 153- 172.
- (1973): *Lecciones de psicología médica*, Madrid, Editorial Paz Montalvo, pp. 365-389.
- (1974): «Referéndum sobre la homosexualidad», *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 2 (3), pp. 165-168.
- (ed.) (1980): *El libro de la vida sexual*, 3a ed., Barcelona, Danae.
- Marañón, G. (1929): *Los estados intersexuales en la especie humana*, Madrid, Javier Morata.
- (1930): *La evolución de la sexualidad, los estados intersexuales*, 2a ed., Madrid, Javier Morata.
- (1998): *Ensayos sobre la vida sexual*, 5a ed., Madrid, Espasa-Calpe, S.A. L'any 1926 Marañón publicà *Tres ensayos sobre la vida sexual* i, el 1929, un quart assaig sobre el mateix tema. El 1951 aquests quatre treballs foren reunits per l'autor en una nova obra, que titulà *Ensayos sobre la vida sexual*.
- Mondimore, F. M. (1998): *Una historia natural de la homosexualidad*, Barcelona, Paidós.
- Retana, Á. (2004): *Las «locas» de postín*, Madrid, Odisea Editorial. Inclou *A Sodoma en tren botijo*, publicada originalment a Madrid, 1933.
- Vallejo Nágera, A. (1934): *Higiene de la raza. La asexualización de los psicópatas*, Madrid, Ediciones Medicina.
- (1936): *Propedéutica clínica psiquiátrica*, Madrid, Labor.
- (1940): *Tratamiento de las enfermedades mentales*, Madrid, Sucesores de Rivadeneyra, S. A.

- (1941): *Niños y jóvenes anormales*, Madrid, Sociedad de educación «Atenas», S. A.
 - (1943?): *Psicología de los sexos. Conferencia pronunciada en el Círculo «Medina» de Madrid*, Bilbao, Ediciones de Conferencias y Ensayos.
 - (1944): *Tratado de psiquiatría*, Barcelona, Salvat Editores S. A.
 - (1952): *Lecciones de psiquiatría*, Madrid, Librería científico-médica española. La primera edición es de 1948.
- Vázquez García, F. (2001): «El discurso médico y la invención del homosexual (España 1840-1915)», *Asclepio*, 53 (2), pp. 143-162.
- Vinyes Ribas, R. (2001): «Construyendo a Caín. Diagnósis y terapia del disidente: las investigaciones psiquiátricas militares de Antonio Vallejo Nágera con presas y presos políticos», *Ayer*, 44, pp. 227-250.
- Weeks, J. (2000): *Making Sexual History*, Cambridge, Polity Press.

LA SALUT, UN REPTE DE FUTUR: UNA APROXIMACIÓ DES DE LA HISTÒRIA DE LA MEDICINA

ÀLVAR MARTÍNEZ VIDAL

*Centre d'Estudis d'Història de les Ciències.
Universitat Autònoma de Barcelona*

ANTONI ADAM DONAT

*Unitat de Salut Mental, Paterna. Conselleria de Sanitat
de la Generalitat Valenciana*

Introducció

Tothom té una idea més o menys aproximada, més o menys intuïtiva, sobre el que representa la malaltia en el decurs de la vida: malestar, dependència, defalliment; sovint, és un pas previ a la mort. Tots som malalts en potència, ja que la malaltia és consubstancial a la vida i, com a éssers vius, tots podem emmalaltir. Per això s'ha dit que la possibilitat de contraure una malaltia —la *enfermabilidad* en paraules de Laín Entralgo— és una propietat defectiva de qualsevol individu de l'espècie humana (Laín Entralgo, 1968 : 15-31). Pel que sabem, la malaltia ha estat present en tots els grups humans des dels temps més remots de la prehistòria i és el motiu que justifica els sabers i les pràctiques mèdiques a tot arreu. Els estudis paleopatològics ens mostren, a bastament, que la presència de lesions i altres indicis de malaltia són una constant en les restes humanes que s'han conservat fins als nostres dies; i la història de la medicina ens descobreix que tots els grups humans han desenvolupat formes més o menys complexes d'assistència als malalts.

Si vida i malaltia configuren un binomi indestriable, la idea d'eradicar la malaltia de les nostres vides és un objectiu utòpic. Certament, en el decurs de la història s'han adoptat diverses mesures per combatre el patiment i perllongar la vida, però la immortalitat és un desig fora de l'abast de l'home. Com diu Jordi Sans i Sabrafén: «No hi ha cap cas publicat de no-mort. Totes les vides que hi ha hagut i que hi ha, han tingut i han de tenir el seu últim minut i el seu últim segon» (Sans i Sabrafén, 2000 : 6).

Però la malaltia resulta tangible, palpable, i suscita la consciència del propi cos a conseqüència de l'alteració, la incapacitat i el patiment. La salut, per contra, seria «la vida en el silenci del òrgans», com deia René Leriche. Hom l'aprecia quan la perd. La salut té a veure amb allò que és desitjable: tothom voldria viure sempre sà, lliure de malalties. Ara bé, la salut no és una realitat immutable, sinó un concepte de caire subjectiu, que depèn en cada moment històric de les diferents percepcions individuals i/o socials. És a dir, un concepte que ha estat construït d'una manera variable per les diferents societats i cultures, d'acord amb els ideals estètics, polítics, econòmics, religiosos, etc.

Els orígens del concepte de salut

La peculiar organització de la societat grecoromana i el caire personalista de la medicina d'arrel hipocràtica van afavorir que la salut s'entengués com un afer bàsicament individual, tan sols a l'abast d'aquells que pertanyien als estaments més privilegiats de la societat. Per a la tradició mèdica occidental, la conservació de la salut i la prevenció de la malaltia —objectius de la higiene clàssica— suposaven l'equilibri entre l'individu i el medi ambient i l'adopció d'un determinat règim de vida, amb la finalitat d'assegurar l'harmonia de la *physis* corporal

amb la natura. El principal criteri higiènic era el *meson*, o terme mig, és a dir, la idea d'evitar els extrems exalçant la moderació. Calia regular, doncs, tots els aspectes de la vida (l'aire i l'ambient, l'exercici i el descans, el menjar i el beure, el son i la vigília, l'evacuació i la retenció i les passions de l'ànima), els quals eren coneguts com les «sis coses no naturals» dins la medicina galènica tradicional.

Aquesta concepció individualista de la salut es mantingué vigent al llarg dels segles, però resultà poc adient davant les terribles epidèmies de pesta que assolaren Europa a partir de 1348. Les municipalitats, per fer-hi front, van desplegar —sense apartar-se dels esquemes tradicionals— múltiples estratègies defensives, des del sanejament públic, la contractació de personal sanitari o l'auxili de pobres, fins a la vigilància de carrers, mercats i ports, o les mesures extraordinàries d'aïllament dels contagiats i de les seves pertinences en temps de pestilència.

A partir de la Il·lustració, la dimensió individual de la higiene clàssica es va restringir progressivament per acabar limitada al territori estricte de la neteja del cos. La revolució industrial va comportar canvis dràstics en els processos productius, l'èxode rural i l'aglomeració del proletariat en els suburbis insalubres de les grans ciutats. En un context caracteritzat per profundes desigualtats socials i l'assentament de l'Estat burgès, la higiene personal —entesa ara com a netedat, pulcritud en el vestir i morigeració en els costums— esdevingué un dels components fonamentals de la nova moral defensada per les classes dominants, que culpabilitzaven les classes treballadores de les malalties que patien com a conseqüència de les seves creences supersticioses, dels seus hàbits antihigiènics i de la seva manera depravada de viure. Pel seu costat, els moviments obrers van prendre consciència de les injustícies inherents al nou sistema econòmic i van atribuir la causa de les seues malalties a les penoses condicions de vida imposades pel capitalisme. Entre

d'altres reivindicacions inclourien, ultrapassant la beneficència sanitària proporcionada per l'Estat burgès, el dret del treballador a «estar sà» dins d'una societat més justa i igualitària.

En una societat marcada per les desigualtats davant la vida i la mort, la medicina i els metges van assenyalar les estretes relacions existents entre la misèria i les malalties, i van aportar una visió «sociològica», de base ambientalista, als problemes de salut pública. Les primeres teoritzacions estaven encaminades a defensar que la riquesa i la fortalesa de l'Estat es basaven en l'existència d'una classe treballadora sana i nombrosa. Per tal de controlar la conflictivitat social, evitar la propagació de malalties a les classes acomodades i alhora afavorir l'estat de salut dels treballadors, s'iniciaren, per part de les institucions municipals i estatals, diverses mesures sanitàries: drenatges de zones pantanoses, control de l'aigua i queviures, construcció de cementeris extramurs, desinfecció química (calç, fumigació) o la ventilació dels edificis públics (presons, hospitals, esglésies, etc.), dins el marc de l'anomenada «polícia sanitària». Aquestes i altres actuacions en matèria d'higiene pública, algunes de les quals ja es practicaven al segle XVIII, es van desenvolupar al llarg del XIX, i van contribuir a crear un espai urbà d'acord amb les noves exigències de salubritat mediambiental (construcció dels eixamples, sistemes d'aprovisionament d'aigua potable i d'eliminació d'aigües brutes, retirada i tractament de les escombraries, etc.), seguint les directrius de l'enginyeria sanitària.

Paral·lelament, la higiene pública es constituí com un cos de coneixements i de pràctiques més o menys especialitzades. Es van crear les primeres places acadèmiques, s'introduí el càlcul numèric per a l'anàlisi de la realitat, sobretot les taxes de mortalitat com a indicadors socials, i aparegueren les primeres publicacions periòdiques, com ara els *Annales d'Hygiène Publique et de Médecine Légal* (1829), on es recollia una gran

quantitat de treballs estadístics i demogràfics. El concepte d'*home mitjà* elaborat a partir de l'observació de certes regularitats socials (taxes de natalitat, mortalitat infantil, índex d'alcoholisme, de prostitució o de suïcidis), com també la correlació positiva entre la freqüència d'algunes malalties i els nivells de renda de la població, van ser algunes de les novetats més sorprenents de l'època. Per tot això, l'organització política, administrativa i econòmica d'un estat modern exigia la creació d'un registre civil i la recollida sistemàtica de dades demograficosanitàries.

Durant l'últim terç del segle XIX, el desenvolupament de la medicina de laboratori i, en concret, de la bacteriologia va permetre establir relacions causals entre certes malalties i determinats microorganismes. La idea de contagi, que inicialment tenia un significat més aviat moral, va ser substituïda per la noció d'infecció, que presumia que la transmissió d'algunes malalties s'efectuava a través d'éssers vius diminuts que no es podien veure a simple vista. Els microbiòlegs van reforçar els components biològics de la higiene en detriment dels sociològics. El medi ambient esdevingué un «univers microbià», susceptible de ser combatut, i alhora cada malaltia infecciosa es definia a partir del seu microorganisme causal específic. Al reduccionisme causal se sumava, dins el paradigma microbiològic, un optimisme preventiu i terapèutic, justificat per l'aparició de les vacunes i, més endavant, dels primers tractaments antimicrobians quimioteràpics, com ara les sulfamides. També es legitimava, per altra banda, la intervenció dels experts (higienistes-bacteriòlegs) en la lluita contra les malalties infeccioses —dominants en l'època— i es propiciava l'aparició de tota una terminologia bèl·lica en l'àmbit sanitari. Els microbis eren «enemics», «éssers invasors» als quals calia «combatre» organitzant «campanyes» sanitàries per tal de guanyar la «guerra» amb noves «armes» (vacunes i sèrums). Tampoc no podem oblidar que, a l'inici del segle XX, les potències occidentals es-

taven immerses en un procés d'expansió global (Àfrica, l'Índia, Indo-xina, Amèrica Central) i, en aquell context colonial, la bacteriologia es revelava útil i eficaç per controlar les malalties infeccioses i les seues implicacions socials.

Tanmateix, a partir de 1900 s'estancà la millora, lenta però constant, del nivell de vida dels treballadors europeus i es començà una fase de retrocés agreujada durant la I Guerra Mundial, que va empènyer el proletariat cap a la vaga general i la revolució social com a mitjans per aconseguir l'emancipació de les masses d'obriers i camperols. En aquestes circumstàncies va nàixer l'anomenada «medicina social», que pretenia estudiar la influència de les condicions socials del medi, on els éssers humans viuen i moren, per tal d'eleva el nivell de salut i millorar la constitució de l'espècie, uns objectius íntimament lligats als ideals de regeneració que propugnava l'eugenèsia. Així, es va elaborar un discurs, pretesament neutral, a l'entorn de la salut i es va dissenyar tota una política d'intervencions massives sobre el conjunt de la població, dins les quals s'inclouïen l'assistència mèdica i la cobertura en cas d'infortuni familiar a càrrec del sistema de seguretat i previsió social. La revolució social esdevenia així una utopia més i més ajornable. Aleshores, el discurs salubrista podia servir de ciment d'unió entre propostes econòmiques, polítiques i socials que de vegades eren antagòniques.

A la recerca de la salut

Des de mitjans del segle XIX, el desenvolupament del comerç i la millora de les comunicacions terrestres i marítimes facilitaven encara més la transmissió de malalties contagioses d'un país a un altre i entre els diferents continents. L'amenaça que suposaven els repetits estralls del còlera i, en general, el temor que inspiraven totes les malalties epidèmiques van afa-

vorir que s'estengués per Europa i Amèrica el convenciment que calia una iniciativa supranacional —entre les potències colonials— per protegir la salut de la població. El compromís adquirit es va traduir en la celebració de successives conferències internacionals, que s'organitzaven primordialment per deliberar sobre les mesures de control sanitari aplicables als viatgers, les mercaderies i les instal·lacions frontereres. En el marc de la conferència de Chicago, l'any 1893, es van assentar les bases d'una nomenclatura per a designar les causes de defunció —coneguda com a «Classificació de Bertillon»—, que fos útil per comparar les taxes específiques de mortalitat entre els països. Aquest moviment de cooperació entre les nacions va culminar amb la creació l'any 1907, a París, de l'*Office International d'Hygiène Publique*, que tenia entre altres missions la de supervisar el compliment de les quarantenes i la de recollir informació epidemiològica. Després de la I Guerra Mundial, es va instituir a Ginebra un altre organisme, dependent de la Societat de Nacions, per previndre i controlar les malalties —en especial, el còlera, la pesta, el tifus exantemàtic i les diverses afeccions venèries—, com també per assolir l'estandardització, a escala internacional, de les unitats de mesura de les substàncies biològiques, la dosimetria dels medicaments i la terminologia relativa als trastorns patològics, independentment de si eren causa de mort o no.

Aquestes i altres oficines similars, existents a diversos països, serien la base sobre la qual es va fundar, l'any 1946, l'Organització Mundial de la Salut (OMS). Creada com a organisme independent i intergovernamental, s'encarregaria no sols de coordinar la lluita contra les malalties sinó també de promoure la salut a escala mundial, una important novetat en el panorama internacional que tindria una gran transcendència teòrica i pràctica. En les reunions constituents de San Francisco i Nova York, s'hi van apuntar alguns canvis conceptuals i de perspectiva decisius: la lluita contra la malaltia va passar a ser

un objectiu internacional, la idea d'higiene, entesa com a mera profilaxi, va ser substituïda per la de salut i la salut va ser considerada un dels drets personals bàsics, gràcies sobretot a la intervenció dels representants dels països tercermundistes, que ho van vindicar explícitament. Fruit de l'optimisme regnant en aquells anys postbèl·lics, hi havia el convenciment que es disposava de les eines necessàries i suficients (vacunes, antibiòtics i altres remeis terapèutics) per aconseguir l'acompliment d'aquest dret i, alhora, que la medicina podia contribuir activament a mantenir la pau i la seguretat a nivell mundial.

La nova perspectiva comportava innovacions fonamentals. En aquelles primeres reunions es plantejaren com a prioritats sanitàries el subministrament d'aliments, la disponibilitat d'habitatges, els recursos humans i mediambientals, el desenvolupament econòmic i l'assistència sociosanitària, etc. Així, la salut individual i/o col·lectiva deixava de ser un privilegi i es convertia en un dret humà inalienable. Els països membres de l'organització internacional adquirien uns compromisos mínims ineludibles i, pel seu costat, el personal mèdic hauria d'assumir noves responsabilitats en matèria de salut. Com a conseqüència, una de les primeres tasques de l'OMS fou dotar-se d'un concepte de salut que pogués ser acceptat universalment. En l'acta constitucional de l'organisme, que data de 1946, es va definir la salut com «un estat de complet benestar físic, mental i social, i no merament l'absència de malaltia o invalidesa».

Aquesta definició, que des d'aleshores constitueix un punt de referència obligat, representava un avenç sense precedents, ja que apostava per una visió positiva de la salut i ampliava els aspectes biològics i psicològics contemplats pel sistema mèdic hegemònic introduint-hi aspectes socials, com ara la distribució de la renda, l'habitatge, el sistema productiu, etc. La noció de salut de l'OMS s'inclou dins d'un ampli moviment que va sorgir, en acabar el conflicte mundial, per millorar la qualitat

de vida i aconseguir l'estat del benestar. Tot i això, la definició fundacional ha estat criticada perquè presenta problemes epistemològics importants. En primer lloc, afirmen els seus detractors, assumeix que hi ha un consens universal al voltant dels termes claus —«benestar» i «població»—, pressuposant que «salut» és un concepte apolític, elaborat científicament, aplicable a tots els grups socials i a qualsevol període històric per igual. En segon lloc, amplia de manera indefinida el concepte de malaltia a qualsevol àmbit de la vida humana i en la pràctica és una definició que resulta utòpica i poc operativa.

Un altre argument, utilitzat per criticar el concepte de salut de l'OMS, és que per a l'home, com a animal social que amb prou feina pot viure sol, el fet de gaudir de manera egoista de la salut podria suposar una aflicció, almenys en el terreny emocional. La salut hauria de ser el resultat d'una actitud conscient amb la qual l'individu aconsegueix una síntesi dels seus components —animal i social— en completa harmonia. La salut representaria, doncs, una adaptació, en tots els sentits, als àmbits físics, mentals, socials i culturals del subjecte. Des d'aquesta aproximació, s'identifica la salut amb balanç i adaptació, i la malaltia amb desequilibri i desadaptació; i es planteja una noció de salut com «l'ajustament perfecte de l'organisme al seu medi». Una altra alternativa a la definició de salut seria formulada des d'una aproximació funcional, fonamentada sobre les possibilitats d'actuació de la persona davant els reptes de la vida quotidiana. Entre les aproximacions perceptives a la noció de salut, basades en la idea de benestar individual i social, s'inclourien la ja esmentada definició de l'OMS i la suggerida per Henry Sigerist l'any 1943, el qual entenia la salut «no simplement com l'absència de malaltia, sinó com una cosa positiva, una actitud joiosa i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa a l'individu» (Sigerist, 1987 : 11-12). La consciència de salut, a més de ser una percepció subjectiva, estaria modulada per les experiències prèvies de l'individu i

pel sistema de valors i característiques socioeconòmiques del grup al qual pertany. En altres paraules, per tot allò que determina les actituds d'una persona davant la vida. Així, per exemple, en la cultura tradicional xinesa, el costum d'embenar i comprimir els peus de la dona per impedir-ne el desenvolupament espontani responia a uns ideals estètics i a uns valors que identificaven les deformacions pèdies amb la pertinença a un gènere, el femení, i a una classe social, la més elevada.

També se situa en la mateixa línia perceptiva la definició formulada en el marc del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà l'any 1976. En una de les sessions, específicament dedicada a debatre el concepte de salut, es va considerar necessari el reconeixement de la «capacitat d'experimentar satisfacció» com un dels seus aspectes fonamentals. La noció de satisfacció anava més enllà del fet de no sentir malestar o sofriment, i s'entenia com un sentiment de benestar que naixeria de la possibilitat, actual o futura, d'arribar al «benésser» (percebut com la capacitat de reaccionar, de continuar vivint, de créixer i d'estar satisfet, somàticament, psíquica o personal), i no sols la possibilitat d'evitar qualsevol malestar, adaptant-se com siga o al que siga. En les conclusions d'aquest congrés es recusà la definició de salut de l'OMS al·legant, per una banda, que la salut no és un estat i que no suposa sempre benestar ni absència de malaltia; i, per una altra, que el malestar i la mateixa malaltia són presents en la generació de salut evidenciant una sensibilitat i una capacitat de reacció adients. Per exemple, la febre com a resposta de l'organisme a una determinada situació ecològica o el dol davant la pèrdua d'un ésser estimat serien exemples de reaccions adaptatives sanes, tot i que la persona que ho pateix «no està bé». Finalment, en la dècada dels setanta, es va proposar, com a punt de referència, una afortunada definició: «salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa» (Font i Rodon, 1976 : 143-146).

Totes aquestes aproximacions al concepte de salut tenen en comú que deixen de banda la visió negativa de la salut (entesa únicament com a absència de malaltia) i es decanten de manera decidida per una concepció positiva. Però, mentre que en la definició clàssica de l'OMS es fa referència a «un estat de complet benestar», en moltes de les altres formulacions s'alludeix a quelcom més dinàmic, com ara el funcionament dels individus, l'adaptació al medi ambient, una manera de viure, l'actitud de les persones davant els problemes de la vida, etc. Tot un seguit de concepcions que fan de la salut una empresa de tota la societat i no sols dels experts, i que pressuposen la participació i la responsabilitat dels ciutadans per definir llurs necessitats en el marc d'una visió holística de l'atenció sanitària i social.

En els últims decennis del segle xx, coincidint amb la crisi de l'estat del benestar, les polítiques neoliberals han propiciat una tendència a fer partícips els individus del seu estat de salut, responsabilitzant-los d'aquelles conductes que poden influir en la prevenció de determinades malalties. Així, per tal de modificar els patrons de morbiditat i mortalitat i de reduir els costos dels serveis sanitaris, han proliferat les recomanacions a la població perquè adopte hàbits sans o estils de vida saludables (una dieta rica i variada, un hàbit d'exercici físic moderat, una higiene personal adequada, etc.), i perquè evite els comportaments o factors de risc (dietes uniformes, poc variades o riques en greixos, el sedentarisme, el consum d'alcohol, tabaquisme i altres conductes addictives, etc.) que poden predisposar a patir certes malalties, especialment les degeneratives, prevalents en els països més desenvolupats (Huertas, 1998 : 58-61).

Els anomenats «estils de vida saludable» constitueixen en certa manera una nova formulació de la higiene individual clàssica i posseeixen una eficàcia provada. Això no obstant, cal distingir entre, per una banda, «estils» i, per una altra, «condicions» o modes de vida (habitatge, treball, medi ambient, in-

gesta alimentària, etc.), determinats per les estructures socioeconòmiques i els patrons culturals que configuren les característiques pròpies —estables i constants— del dia a dia dels individus i les comunitats. Aquestes condicions de vida no depenen de la voluntat del subjecte ni poden ser reduïdes a un simple problema individual com pretenen les polítiques neoliberals de salut, que fan recaure el pes de la responsabilitat sobre l'individu i, alhora que culpabilitzen la víctima, legitimen les desigualtats socials, la crisi de l'estat de benestar i l'absència d'un sistema sociosanitari consolidat. Això no obstant, és evident que ni als països pobres ni als més desenvolupats els recursos són il·limitats i que cal afrontar, amb totes les exigències ètiques imprescindibles, el gravíssim problema del seu racionament.

La promoció de la salut

Pel que fa a la comprensió del procés d'emmalaltir en la perspectiva que implica la recerca de la salut, resulta aclaridora la imatge de l'iceberg que fa servir Vicenç Navarro. La medicina detecta una part mínima —la part visible, el gel que emergeix de les aigües— de la morbiditat existent i concentra l'atenció sobre aquell petit sector de la població que utilitza els seus recursos: els malalts reconeguts, que són diagnosticats i reben tractament mèdic. Alhora, relega la prevenció a un pla secundari i, sobretot, tendeix a ignorar que tothom és vulnerable a la malaltia, oblidant que el procés d'emmalaltir està determinat per factors socioeconòmics i culturals que no depenen exclusivament de l'individu. Si les condicions de vida no són saludables perquè l'alimentació és insuficient o inadequada, la jornada laboral és penosa, perillosa o extenuant i els habitatges són massa petits o insalubres, és del tot inviable assolir una vida autònoma, solidària i joiosa.

En aquest sentit, els estudis de l'epidemiòleg britànic Thomas McKeown constitueixen un punt de referència inexcusable. Adoptant una perspectiva diacrònica, va analitzar el creixement de la població a Anglaterra i Gal·les entre 1850 i 1970 i va concloure que els factors que més havien contribuït a l'increment dels nivells de salut en aquests països serien, per ordre d'importància, la limitació del nombre de fills per família, la millora de l'alimentació, la disponibilitat d'un medi físic saludable i, per últim, l'aplicació de mesures preventives i terapèutiques específiques. En els seus treballs, va afirmar que, als països industrialitzats, els guanys en matèria de salut, com ara l'increment de l'esperança de vida, no s'havien assolit gràcies a l'eficàcia de la medicina sinó més aviat a les intervencions efectuades des de fora de l'àmbit mèdic (McKeown, 1990 : 7-10).

Les reveladores tesis de McKeown, àmpliament difoses durant els anys setanta i huitanta, van ser el detonant d'una llarga controvèrsia sobre la contribució de la medicina a l'anomenada transició sanitària, és a dir, al procés de canvi cap a un patró epidemiològic caracteritzat pel predomini de les malalties degeneratives (càncer, afeccions cardiovasculars) i l'envelliment progressiu de la població. Si el paper de la medicina havia sigut tan escàs en la lluita contra les malalties infeccioses, es raonava en aquells anys, potser no tenia gaire sentit invertir la major part dels minsos recursos dels països subdesenvolupats en assistència mèdica, i potser calia donar prioritat a programes de salut comunitària centrats en la millora de les condicions de vida. Aquests i altres plantejaments radicals, juntament amb les insatisfaccions envers un model medicosanitari que no responia a les optimistes expectatives sorgides després de la II Guerra Mundial, propiciaren canvis substancials tendents a desplaçar la malaltia i a reemplaçar-la per la salut, que passaria a ser el vertader centre d'atenció de la política sanitària.

La reorientació del sistema sanitari cap a una organització participativa i dirigida envers la promoció de la salut es re-

munta almenys a l'any 1974, quan el ministre de sanitat de Canadà, Marc Lalonde, publicà un informe on denunciava el creixement incontenible de la despesa sanitària i proposava que, als països desenvolupats, es dirigira l'atenció cap als factors que incideixen en l'aparició de les malalties cròniques. Poc després, l'any 1977, la 30a. Assemblea Mundial de la Salut va decidir que «el principal objectiu social dels governs i de l'OMS hauria de ser l'accés de tots els habitants del món a uns nivells de salut que els permetessin dur una vida socialment i econòmicament productiva, d'ací a l'any 2000». L'any següent, a la Conferència d'Alma-Ata, es va constatar que l'augment dels pressupostos sanitaris dedicats als capítols assistencials no es corresponia amb majors cotes de salut ni de benestar. I, en conseqüència, es va proposar que es traslladés el centre del sistema sanitari des del vessant assistencial hospitalari cap a l'atenció primària, de manera que el màxim protagonisme es donés a la comunitat i a la promoció de la salut, tant individual com col·lectiva. En les últimes dècades del segle xx, la irrupció de malalties «emergents» (com la sida), els limitats resultats terapèutics (sobretot en les malalties cròniques i degeneratives) i les evidents desigualtats davant la malaltia imposaven un canvi del sistema sanitari, que hauria de basar-se en el concepte de promoció de la salut.

L'any 1986, sota els auspicis de l'OMS, es va celebrar a Ottawa la primera conferència internacional sobre Promoció de la Salut i es va publicar la primera edició d'un glossari amb l'objectiu de delimitar el significat dels nous termes relacionats amb la salut. Aquest esforç terminològic va culminar en la conferència celebrada el 1997 a Jakarta, on es va constatar la necessitat de comptar amb una «Guia per a la Promoció de la Salut al segle XXI». En la revisió del glossari publicada l'any 2000 es contemplen set definicions fonamentals relatives al concepte i als principis bàsics de la promoció de la salut, que ara es detallen:

a) *Atenció Primària de Salut (APS)*: és l'assistència sanitària essencial, accessible a un cost que el país o la comunitat puguen suportar, realitzada amb mètodes pràctics, científicament fonamentats i socialment acceptables. Aquesta visió de l'APS hauria de contemplar els següents elements: equitat, implicació/participació de la comunitat, intersectorialitat, adequació de la tecnologia i costos permissibles.

b) *Educació per a la salut*: comprèn les oportunitats d'aprenentatge que suposen una forma de comunicació destinada a millorar l'alfabetització sanitària, inclosa la millora del coneixement de la població en relació amb la salut, i el desenvolupament d'habilitats personals que condueixen a la salut individual i comunitària.

c) *Prevenició de la malaltia*: suposaria prendre les mesures destinades, no tan sols a previndre l'aparició de la malaltia (reducció dels factors de risc propis de cada patologia), sinó també a parar-ne l'avanç i atenuar-ne les conseqüències una vegada establerta.

d) *Promoció de la salut (PS)*: és el procés que permet a les persones incrementar el control sobre la seua salut per tal de millorar-la. La PS es consolida/planteja/constitueix com un procés polític i social dirigit també a modificar les condicions socials, ambientals i econòmiques, amb la fi de mitigar el seu impacte en la salut pública i individual. La participació de tot-hom és essencial per a sostindre les accions en matèria de promoció de salut.

e) *Salut*: entesa en aquest context com un instrument que permet a les persones dur una vida individualment, social i econòmicament productiva. Com a dret humà fonamental, la Carta d'Ottawa destaca alguns requisits previs, com ara la pau, uns mitjans econòmics i alimentaris adients, un habitatge digne, un ecosistema estable, un ús sostenible dels recursos i un accés fàcil als serveis sanitaris bàsics.

f) *Salut per a tots*: basada en el concepte de l'equitat en salut, suposaria la consecució d'un nivell de salut que permetés a les persones mantenir una vida socialment i econòmica productiva.

g) *Salut pública*: és la ciència i l'art de promoure la salut, previndre la malaltia i perllongar la vida mitjançant els esforços organitzats de la societat.

Malgrat els avanços conceptuals, les grans declaracions de principis i tots els esforços realitzats, el balanç que a hores d'ara presenta la salut a escala mundial no pot ser més pessimista. A l'inici del segle XXI, sabem que el lema tantes vegades reiterat de «Salut per a tothom l'any 2000» ha esdevingut una ingènua utopia, arrabassada per la lògica d'una globalització sotmesa a les lleis del mercat i una ideologia única que no concep un món sense l'explotació de l'home per l'home. La conferència de l'OMS sobre la promoció de la salut, celebrada l'any 1991 a Sundsvall (Suècia), es feia ressò de la catàstrofe sanitària que viu el planeta:

L'explotació en el treball, l'exportació de residus i substàncies nocives, el consum dels recursos mundials, fan palès que el model actual de desenvolupament està en crisi [...] Les despeses militars tendeixen a créixer, i la guerra, que causa invalidesa i mort, està introduint noves formes de vandalisme ecològic [...] El deute internacional està esgotant les fràgils economies dels països subdesenvolupats [...] Milions de xiquets no tenen accés a l'educació, i les dones estan oprimides, explotades, discriminades al treball i altres àmbits [...] Tot això fa de l'objectiu de la salut per a tothom l'any 2000 quelcom extraordinàriament difícil d'assolir.

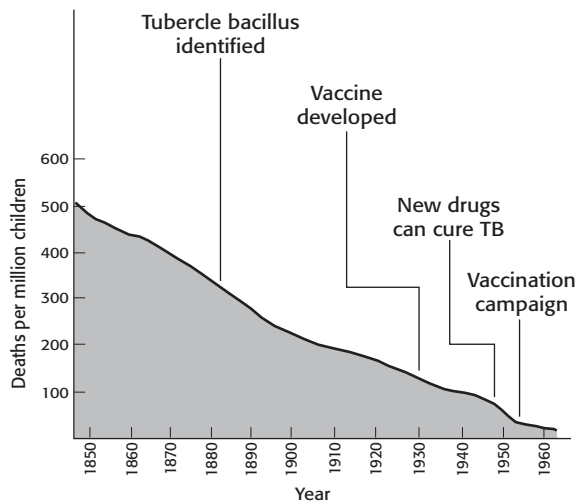
Bibliografia

- Álvarez Peláez, R. (1988): Eugenesia y control social, *Asclepio*, 40, pp. 29-80.
- Arrizabalaga, J., Martínez Vidal, À., Pardo Tomás, J. (1998): *La salut en la història d'Europa*, Barcelona, Residència d'Investigadors CSIC-Generalitat de Catalunya.
- Ashton, J. (1987): *La promoción de la salud, un nuevo concepto para una nueva sanidad*, València, Conselleria de Sanitat i Consum.
- Bernabeu, J. (1994): *Enfermedad y población. Introducción a los problemas y métodos de la epidemiología histórica*, València, Seminari d'Estudis sobre la Ciència.
- Brockinton, F. (1964): *La salud en el mundo*, Buenos Aires, Editorial Universitaria de Buenos Aires.
- Font Rodón, J. (1976): «Definició de salut: II Ponència. Funció social de la medicina», *Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà, 1976)*, Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears, 1976, pp. 143-146.
- Huertas, R. (1998): *Neoliberalismo y políticas de salud*, Barcelona, El Viejo Topo / Fundación de Investigaciones Marxistas.
- Laín Entralgo, P. (1968): *El estado de enfermedad*, Madrid, Sociedad de Estudios y Publicaciones.
- Lesky, E. (1984): *Medicina social: estudios y testimonios históricos*, Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Martínez Hernández, Á. et al. (2000): «Educación y promoción de la salud», *Trabajo Social y Salud*, 35, pp. 13-23.
- Martínez Navarro, J. F. (1984): *Assaig sobre salut comunitària*, Barcelona, Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.
- McKeown, T. (1990): *Los orígenes de las enfermedades humanas*, Barcelona, Crítica.
- Molero, J. (2001): «"Dinero para la cruz de la vida". Tuberculosis, beneficencia y clase obrera en el Madrid de la Restauración», *Historia Social*, 39, pp. 31-48.

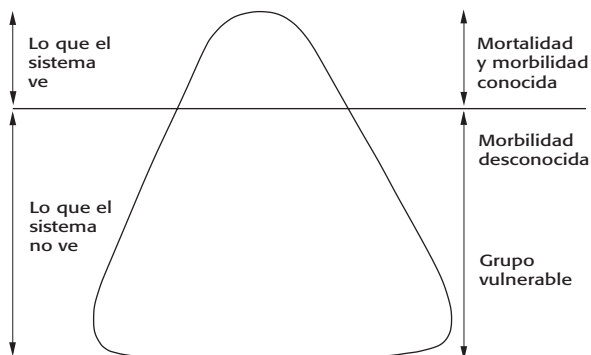
- Montiel, L. (1993): *La salud en el Estado de bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense.
- (1997): *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*, Aranjuez, Doce Calles.
- Navarro, V. (2002): *Bienestar insuficiente, democracia incompleta: sobre lo que no se habla en nuestro país*, Barcelona, Anagrama.
- Organisation Mondiale de la Santé (1984): *Les buts de la santé pour tous*, [Copenhague], OMS / Bureau Régional de l'Europe.
- Organització Mundial de la Salut <www.who.int/es/index.html>
- Perdiguero, E., Bernabeu, J., Huertas, R., Rodríguez-Ocaña, E. (2001): «History of Health, a Valuable Tool in Public Health», *Journal of Epidemiology and Community Health*, 55, pp. 667-673.
- Porter, D. (ed.) (1997): *Social Medicine and Medical Sociology in the Twentieth Century*, Àmsterdam, Rodopi.
- (1999): *Health, Civilization and the State: a History of Public Health from Ancient to Modern Times*, Londres, Routledge.
- Puyol, À. (1999): *Justícia i salut. Ètica per al racionament dels recursos sanitaris*, Bellaterra, Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rodríguez Ocaña, E. (1992): *Por la salud de las naciones. Higiene, microbiología y medicina social*, Madrid, Akal.
- Sans i Sabrafén, J. (2000): *L'exercici de la medicina entre la mort inevitable i la recerca de la immortalitat*, Barcelona, Institut d'Estudis Catalans.
- Sigerist, H. (1987): *Civilización y enfermedad*, Mèxic, Instituto Nacional de Salud Pública / Fondo de Cultura Económica.
- Weindlin, P. (1995): *International Health Organisations and Movements, 1918-1939*, Cambridge, Cambridge University Press.



Peus deformats per embenatges compressius en una dona xinesa.



Evolució de la mortalitat per tuberculosi a Anglaterra i Gal·les. Font: McKeown (1990).



Imatge de l'iceberg. Font: Navarro, V. (1997), «Concepto actual de la salud pública», dins de Martínez Navarro, J. F. (ed.), Salud pública, Madrid, McGraw Hill, pp. 49-54 (p. 50).