

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 temibles 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 mediamambiental (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'incloïen 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 antigòniques.

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 posseïxen 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 permetessen 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) *Prevenió 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 tothom 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.

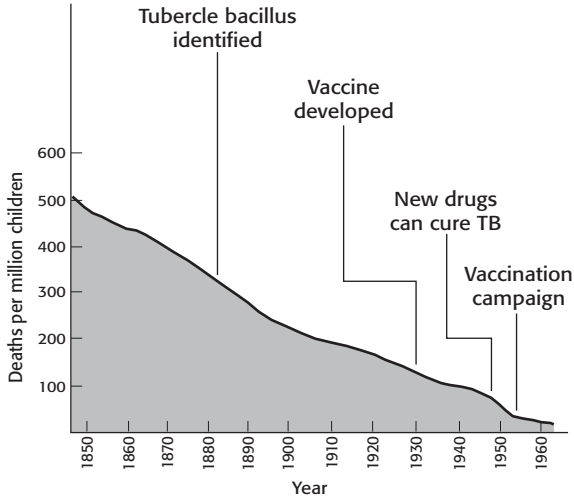
Bibliografia

- 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.
- Lain 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.

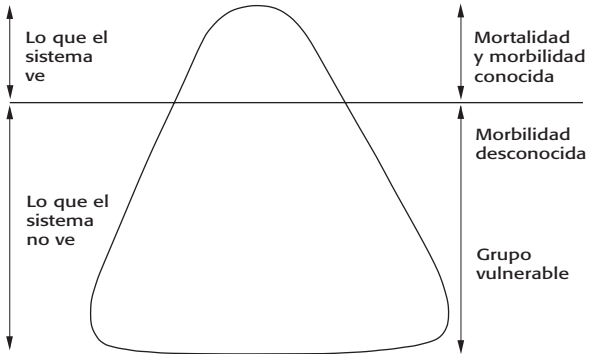
- Montiel, L. (1993): *La salud en el Estado de bienestar. Análisis histórico*, Madrid, Editorial Complutense.
- (1997): *De la responsabilidad individual a la culpabilización de la víctima*, Aranjuez, Doce Calles.
- Navarro, V. (2002): *Bienestar insuficiente, democracia incompleta: sobre lo que no 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 Galles. 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).