



■ JORNADA DE DEBAT

# LA MEDICALITZACIÓ CREIXENT DE LA VIDA

Comitè  
Consultiu  
**Bioètica**  
Catalunya

■ JORNADA DE DEBAT

---



# LA MEDICALITZACIÓ CREIXENT DE LA VIDA

Comitè  
Consultiu  
**Bioètica**  
Catalunya

# ■ ÍNDEX

■ La contribució de la bioètica a reorientar els sistemes de salut cap a les necessitats dels usuaris .....	1
■ La deliberació moral en el si dels grups de treball del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya .....	2
■ I. És més aprensiva la societat actual? .....	3
■ II. La invenció de malalties .....	17
■ III. La imatge social de la persona: La dinàmica de la joventut eterna .....	36
■ IV. Cartera de serveis: Cal establir límits a la inclusió de prestacions? Amb quins criteris? .....	43
■ V. Conclusions .....	51

© 2007 Generalitat de Catalunya  
Departament de Salut

Tiratge: 5.000 exemplars

Producció editorial: Prous Science, S.A.

Queda rigorosament prohibida, sense l'autorització per escrit del titular del Copyright, sota les sancions establertes a les lleis, la reproducció parcial o total d'aquesta obra per qualsevol mitjà o procediment, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, així com la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec públic.

Dipòsit legal: B-48338-07  
ISBN: 978-84-8124-252-2

# ■ LA CONTRIBUCIÓ DE LA BIOÈTICA A REORIENTAR ELS SISTEMES DE SALUT CAP A LES NECESSITATS DELS USUARIS

El reconeixement del dret a la salut com un bé a garantir pels estats democràtics, juntament amb un increment de les necessitats dels ciutadans per raons diferents, ha comportat que el sector productiu relacionat amb la provisió d'atenció sanitària sigui actualment el sector més dinàmic de l'economia mundial, sempre malauradament compartit amb el de la indústria de l'armament.

Si bé això representa un avantatge considerable per poder donar resposta a les necessitats creixents de les persones i a les expectatives de millora en qualitat de vida, de vegades pot produir una medicalització excessiva de la vida, allò que en un article ja famós el *BMJ* va anomenar *Too Much Medicine?*, i que molts autors en altres publicacions -que segurament s'anomenaran en el dia d'avui- han tractat.

El primer és reconèixer que les accions dels múltiples agents presents en el sector de la salut contribueixen a la millora del funcionament del sistema sanitari i, per tant, a la millora del benestar dels seus usuaris. Però, com en totes les organitzacions, les sanitàries sovint han de qüestionar-se el que estan fent i si realment la seva activitat respon a les necessitats dels pacients.

Per això, si volem promoure una política sanitària pública centrada en les persones, que ajudi a definir uns serveis de salut que veritablement responguin a les seves necessitats, cal fomentar i acompanyar la participació dels representants dels pacients en l'elaboració de les polítiques públiques. Però cal tenir present que això possibilita que també es reclamin dispositius assistencials nous i prestacions noves que, en haver de prioritzar-los necessàriament, comporten conflictes de valors i dilemes.

Per tant, el dilema en el sistema sanitari públic és fonamentalment social i es genera en plantejar-se fins a quin punt hi ha límits a les prestacions i serveis que el sistema sanitari ha de finançar per atendre les necessitats de la població assegurada.

De manera errònia, s'ha transmès la impressió que els sistemes de salut poden afrontar il·limitadament tots els reptes de salut. En el darrer segle, s'han produït avenços molt importants que han permès, entre d'altres, duplicar la nostra esperança de vida en néixer, situació que probablement no es produirà mai més. Però aquesta situació d'eufòria no ens ha de fer oblidar que les malalties

continuaran existint i la mort també. Per això, la qüestió no es tant de quants mitjans disposem sinó quins objectius ens proposem a la vida. És a dir, allò que en l'eslògan tenim força assumit «Vida als anys i no anys a la vida», que planteja el problema des d'un punt de vista social i cultural i no solament mèdic i que, per tant, ha de fer-nos també replantejar quina és la contribució dels sistemes de salut a aquesta qualitat de vida.

És en aquest context que resulta molt útil recordar un cop més un document clau en l'àmbit de la bioètica i que amb el nom de *Les finalitats de la medicina* va publicar The Hastings Center de Nova York, ja fa deu anys. En aquest document es reflexiona sobre el que fa bé i no tan bé la medicina, i es redefeixen quines són les finalitats a l'inici del segle XXI, que han d'anar més enllà de la curació de la malaltia i de l'allargament de la vida. S'ha de posar èmfasi especial en aspectes com la prevenció de les malalties, l'alleugeriment del dolor i el sofriment que han d'estar al mateix nivell que curar i cuidar, i evitar perllongar la vida de manera indeguda i que sempre s'arribi acompanyat a la mort.

Sembla clar, doncs, que són necessaris fòrums de debat, com ara el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya (CCBC), que permetin la reflexió sobre les implicacions ètiques, socials i legals dels progressos biomèdics i la utilització que en fem. O d'altra naturalesa, sobre l'atenció canviant a les persones i, en general, sobre tots aquells avenços i canvis de comportament que repercuteixen en la seva salut. Aquesta reflexió, que ha d'estendre's tant a la pràctica dels professionals com al conjunt de la societat, és a la qual avui volem contribuir donant resposta a una sol·licitud que ens va fer la Societat Catalana de Medicina de Família.

Assabentada de la demanada, la Comissió Permanent del CCBC va creure adient tractar el tema i va encarregar que el Sr. Francesc Borrell i el Sr. Josep M. Busquets elaboresin una proposta d'un grup de treball al respecte. Aquesta proposta va ser presentada al CCBC a la reunió del 19 de setembre de 2006 i avui ens trobem aquí, com inici d'aquest debat, que esperem que sigui d'interès però, sobretot, d'utilitat per a tots. ■

## **RAFAEL MANZANERA**

*Coordinador del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

## ■ LA DELIBERACIÓ MORAL EN EL SI DELS GRUPS DE TREBALL DEL COMITÈ CONSULTIU DE BIOÈTICA DE CATALUNYA

En principi, el debat d'avui l'havíem previst limitat a les persones que formen part de les diferents taules, tal com fem en els altres grups de treball del Comitè, però suposant que el que es debatia podia ser d'interès més ampli, finalment hem optat per un format públic i alhora poder incorporar els parers i matisacions de moltes altres persones. D'aquesta manera, també donem transparència i difusió al debat, una de les premisses en les quals s'ha de sustentar la dinàmica del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya (CCBC).

Però ha de quedar clar que aquest és un debat impulsat pel Comitè, en el qual hi participen alguns dels seus membres, però no és el debat del Comitè. Ben segur que les conclusions de la jornada poden constituir un element més per al posicionament que en el seu dia faci el CCBC, però no és el seu parer.

Hem estructurat la jornada en quatre àmbits:

- En el primer, intentarem aproximar-nos a alguns aspectes de la societat actual i veure si és cert que és més aprensiva, com sovint es diu, o, simplement, ens expressem en relació amb la salut i la malaltia més o menys com hem vingut fent sempre.
- En el segon, seguint l'estela del ja cèlebre article «In research of 'non-disease'» de Richard Smith al *BMJ*, abordarem el tema de la invenció de malalties amb el qual s'han d'enfrontar els professionals de la salut i que està una mica en l'origen del document elaborat per la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, «Malalts de salut?», i també en la convocatòria d'aquesta jornada.
- Potser remourem l'esperit de la coneguda sentència de J. M. Valverde, *nulla estetica sine etica*, i entrarem en el debat de la tercera taula sobre la imatge social de la persona o la recerca de l'eterna joventut: un

àmbit on la força dels mitjans té repercussions molt importants en la salut de les persones.

- Finalment, en la darrera taula debatrem sobre la sostenibilitat de tot plegat, perquè els recursos, i això ens ho han dit sempre, són limitats; fins a quin punt hem de limitar les prestacions que proveeix el sistema sanitari públic i quins elements són importants per prioritzar.

Dos àmbits molt medicalitzats com són el del naixement i el de la mort no es tractaran de manera específica, encara que, de ben segur, al llarg del dia s'hi farà alguna referència. Val la pena recordar que el Comitè ja tracta sobre aquests aspectes mitjançant els seus grups de treball constituïts a l'efecte. El del bon morir, que completarà les reflexions de l'informe sobre l'ajuda al suïcidi, l'eutanàsia i el de les voluntats anticipades, i tots els aspectes relacionats amb les tecnologies lligades a la reproducció, mitjançant dues comissions, la de recerca biomèdica i la de reproducció humana assistida.

Per fer més àgil la jornada, hem fet arribar a cadascuna de les persones que intervenen una sèrie de qüestions perquè poguessin emmarcar les seves intervencions, les quals pretenem que fomentin el debat i la reflexió per ajudar-nos a conèixer quines poden ser les millors opcions a prendre respecte a situacions controvertides.

L'eina de treball volem que sigui la deliberació; és a dir, la mirada plural sobre els factors que intervenen en una situació tan complexa com la que ens ocupa. Aquesta deliberació que ens ajudarà, no avui però sí amb la contribució del que puguem dir avui, a buscar una solució òptima o, si no és possible, la menys lesiva.

Esperem, doncs, que l'experiència ens resulti profitosa. ■

### JOSEP M. BUSQUETS

Secretari del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya

## ■ I. ÉS MÉS APRENSIVA LA SOCIETAT ACTUAL?

### ■ EDUARDO MENDOZA

*Escriptor, Vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

*Et suggerim un viatge on comparis referències literàries, (per exemple La muntanya màgica, de T. Mann, o S. Sontag, o d'altres), amb l'observació quotidiana de la malaltia i l'encaix que la gent en fa.*

És estrany, i al mateix temps és innegable, que la malaltia té una representació escassa en la literatura universal de tots els temps. És estrany perquè, de totes les experiències, la malaltia és la més compartida pels humans. Només la mort sobtada o violenta ens en pot deslliurar. Al mateix temps, és obvi perquè és un tema poc gratificant. A tots ens agrada llegir històries d'amor o d'aventures; a ningú li agrada la narració d'una malaltia. També intervé un altre factor: els escriptors acostumem a ser gent sana. En molts casos, la malaltia inhibeix l'esforç creatiu; en d'altres, la creació literària serveix justament per pal·liar els efectes de la malaltia.

De fet, la descripció de la malaltia en si, com a tema literari, no apareix fins a ben entrat el segle XX, de la mà de la literatura confessional, l'anomenada *literatura del jo*. A partir d'aquest moment, trobem llibres en els quals el malalt descriu minuciosament el procés de la seva malaltia. Abans, mai. Ni tan sols en els diaris o en les memòries. Només als reculls de correspondència trobem una presència tan poderosa de la malaltia que ens provoca una gran sorpresa, ja que considerem la seva absència com a part de la realitat descrita. Si en un text escrit per ser llegit apareix la malaltia és sempre com un fet extern, com un succés que intervé en la trama, però no com a motiu substancial d'aquesta mateixa trama.

Aquest fet, prou conegut, no només té interès per a la història de la literatura, sinó també per a la història de la medicina, ja que la literatura no crea la realitat ni tan sols la descriu, però sí que reflecteix i condiona la forma en què les persones, individualment i col·lectivament, entenem la realitat. El fet que la literatura amagui o defugui una qüestió que està present d'una manera conspícua en la vida diària, té conseqüències importants.

En primer lloc, en la concepció de la malaltia a l'imaginari col·lectiu, cal distingir entre la malaltia causada per la conducta del pacient i la malaltia sobrevinguda sense

causa justificada. En el primer cas, tenim les malalties de transmissió sexual, especialment la sífilis, i les derivades de conductes desordenades: alcohol, drogues, abusos alimentaris, etc. Són malalties explicables, que no plantegen problemes morals. Es poden entendre com un fet natural o com el càstig diví a una conducta excessiva o desviada.

Més difícil d'entendre és la malaltia que ve sense causa i d'una manera indiscriminada, la qual no distingeix edat, sexe, creença o condició social.

També en aquesta categoria podem fer una subdivisió entre les malalties individuals i les col·lectives, és a dir, les epidèmies.

Les primeres tenen un reflex literari escàs i, com he començat dient, esbiaixat. Els textos als quals em referiré no tracten la malaltia en si, sinó, per dir-ho d'alguna manera, els seus efectes espirituals o filosòfics sobre el malalt i les persones que l'envolten.

Segurament, en aquest punt el paradigma és el *Llibre de Job*, un estrany component de la Bíblia, distint a tot el que l'acompanya, i en el qual, com és ben sabut, Déu, gairebé per joc, per una aposta, permet que el fidel i devot Job pateixi les malalties més doloroses. Abans li ha enviat altres mals: la pèrdua dels éssers estimats, la ruïna econòmica. Però, com res de tot això li trenca la fe en la bondat divina, Déu accepta sotmetre'l a la prova de la malaltia. És llavors quan Job comença a dubtar d'un Déu que li envia el sofriment físic sense haver fet res per merèixer el càstig. En el debat que segueix entre Job i uns amics, i en el qual intervé Jehová, no es justifica la bondat de Déu, sinó la seva omnipotència. Déu pot premiar o castigar qui vulgui i quan vulgui, amb motiu o sense. A Déu no se li demanen comptes. A qui li toca sofrir, només li queda resignar-se i seguir lloant Déu.

Aquesta visió és importantíssima, perquè resumeix l'actitud de la humanitat davant la malaltia des dels temps més remots fins als nostres dies. De fet, encara avui està vigent, i influeix poderosament en alguns debats, com ara el de l'eutanàsia. També, minoritàriament, pot influir

en la conducta de les persones davant la malaltia: la negativa a rebre un tractament que contradiu la voluntat divina o la recerca de la cura per mitjà de la fe.

Si repassem l'Evangelí, comprovarem que la major part de miracles de Jesús consisteixen en curacions. N'hi ha d'altres, però són anecdòtics i, per poc que els analitzem, són més espectaculars que seriosos, com ara transformar l'aigua en vi o caminar sobre les aigües. Això mateix passa amb les vides de sants, encara que aquí, com pertanyen més a la literatura popular que a la teologia, trobem més successos pintorescs. Avui dia, els únics miracles que l'Església considera són els que pertanyen al món de la medicina. En cap expedient de canonització trobarem algú que calmi tempestes o que parli amb els ocells.

Quan la malaltia és col·lectiva, ningú dubta del càstig diví. Malgrat això, no ens ha arribat molta literatura que faci referència a la pesta negra que va assolir Europa al segle XIV. El *Decameró* és un cas significatiu pel que fa a la relació entre literatura i malaltia. Fugint de la pesta, uns nobles florentins es refugien al camp i tracten d'oblidar l'horror que han deixat enrere mitjançant l'explicació d'uns contes una mica escabrosos.

Segurament, la millor descripció d'aquest tipus de plagues la trobem a *El diari de l'any de la pesta*, de Daniel Defoe, l'autor de *Robinson Crusoe*. És un llibre estrany, ja que no es tracta d'un veritable diari, sinó d'una obra imaginària, basada en fets reals que havien passat abans del naixement de l'autor, i que són fruit de les investigacions de Defoe. Al marge dels mèrits literaris i fundacionals, val la pena assenyalar que en aquesta obra, potser per primer cop, no es dona una interpretació religiosa a l'epidèmia. L'epidèmia és un fenomen natural, biològic, que, una vegada produït, provoca diferents reaccions de tipus religiós i social. A diferència del *Decameró*, que està a cavall entre l'Edat Mitjana i el Renaixement, l'obra de Defoe pertany clarament a la Il·lustració.

No obstant això, en tots els casos, sobre la malaltia en si, poc es diu perquè poc es pot dir. Així com la violència és objecte d'una descripció minuciosa i fins i tot morbosa, i el mateix passa amb les relacions sexuals i altres fets corporals, descrits amb delit, la malaltia no pertany al món de les coses que poden ser objecte de creació literària.

Un canvi fonamental es produeix amb el Romanticisme, quan l'individu i la seva experiència íntima esdevenen el centre de gravetat intel·lectual i artístic. La malaltia deixa de ser una manifestació exclusiva de la voluntat divina i es converteix en una circumstància més de la vida; un element que forma part de l'experiència personal de

l'artista, com l'altre gran tema del moment, el desengany amorós. Una malaltia, especialment la tuberculosi, adquireix un prestigi poètic extraordinari. La consumpció lànguida és sinònim de delicadesa, d'abnegació i de superioritat espiritual i, per estrany que sembli, constitueix un element d'atracció sexual. La dama de les camèlies és, ella mateixa, una flor que es marceix. La tuberculosi és la malaltia per excel·lència de les heroïnes de l'òpera romàntica: la *Traviata*, la Mimí de *La Bohème*, l'Antònia de *Els contes de Hoffmann*. I en trobaríem més si ens hi poséssim.

Més rara, però no insòlita, és la presència de la sífilis a l'òpera. Apareix a *Lulú*, d'Alban Berg, a *A rake's progress*, de Stravinski, a *Candide*, de Leonard Bernstein i, segons alguns crítics, fins i tot a *Parsifal*.

La tuberculosi és també la malaltia dels artistes romàntics, com és el cas de Chopin. Sense abandonar el món de l'òpera, la tuberculosi que patia Caruso i que va acabar amb la seva vida ha estat sempre part de la llegenda. Més recentment, la tuberculosi és un element indissociable de la vida i l'obra de Franz Kafka.

Tan unida va la tuberculosi a la poesia romàntica que, probablement, aquesta malaltia és el tema del poema de Keats titulat *La belle dame sans merci*. El poema explica la trobada d'un cavaller amb una dona misteriosa, suposadament un fada, que el sedueix i el fa esclau dels seus encants. En realitat, és la revisió d'un poema galant francès del mateix nom, escrit al segle XIV per Alain Chartier. En el poema original, integrat en la llegenda artúrica, la dama és simplement una dona bella i esquiva. En el poema de Keats, les metàfores apunten a un altre tipus de fascinació. Vegem uns fragments en traducció de Marià Manent:

**Oh, cavaller, quin mal t'acora,  
Tan sol i pàl·lid i indolent?  
Al llac ja s'han marcit els lliris  
I no refila cap ocell.**

**Oh, cavaller, quin mal t'acora,  
Que ets tan esquerp i apesarat?  
Té l'esquirol la seva menja  
I ja messes han segat.**

**Un lliri al front, humit d'angoixa  
I amb rou de febre, et veig lluir;  
També una rosa a cada galta  
Massa de presa se't marcí.**

I acaba dient:



**Prínceps i reis i guerrers pàl·lids,  
Com si la mort els fes llanguir,  
Cridant: «ja et pren en esclavatge  
La belle dame sans merci!»**

**Llavis de fam en la tenebra  
De l'hòrrid dany prou m'han parlat  
I fos el somni, ací em trobava,  
En la fredor d'aquest serrat.**

Un gir nou important en la presència de la malaltia es produeix molt a l'inici del segle XX, i el màxim representant és Thomas Mann. *La muntanya màgica*, com saben els que han tingut la paciència de llegir-se-la, transcorre, precisament, en un sanatori, però la malaltia és, més que res, un símbol d'un altre fenomen social, intel·lectual, filosòfic i polític. El mateix passa, d'una manera més clara, a *La mort a Venècia*, també de Thomas Mann. Encara que en època recent la novel·la s'ha llegit, amb molta raó, com un manifest sobre l'homosexualitat o sobre el fet de sortir de l'armari, tot sembla indicar que la intenció amb què va ser escrita no era aquesta, sinó una altra, de caràcter metafòric. El protagonista és un cèlebre filòsof afligit d'una greu malaltia. Per buscar la curació, va al Lido de Venècia. Allí, amb gran sorpresa i desesperació, s'enamora apassionadament d'un adolescent polonès de gran bellesa. A causa d'aquesta passió, que mai arriba a manifestar, el malalt es nega a abandonar Venècia quan es declara una epidèmia i, conseqüentment, mor. Des d'un punt de vista realista, la història és poc creïble. Ni al malalt pitjor aconsellat li passaria pel cap anar-se'n a la ciutat més insana d'Europa, ni instal·lar-se en un hotel on l'atenció mèdica que pot esperar és mínima. La novel·la té, doncs, una interpretació metafòrica, segons la qual l'adolescent seria l'àngel de la mort, l'*angelo della morte* de la tradició medieval, i el filòsof sentiria la fascinació de la malaltia de la mateixa manera que el cavaller errant de *La belle dame sans merci*.

*La mort a Venècia* va ser publicada el 1911, arran d'un conflicte diplomàtic greu que augurava l'esclat immediat de la Primera Guerra Mundial. En aquest context cal interpretar la visita d'un filòsof, que sap que el seu temps és a punt d'acabar, a una ciutat malaltissa, decadent i d'una bellesa mòrbida, que representa l'Europa condemnada a la seva destrucció. Val la pena assenyalar que l'any de publicació de *La mort a Venècia*, 1911, és l'any en què Kafka escriu, encara que no publica, *La metamorfosi*, que és, en certa manera, la descripció d'una malaltia peculiar, les seves causes i la reacció que provoca al seu entorn.

En aquests casos, la malaltia s'ha convertit en allò que més tard Susan Sontag definiria com a metàfora. El que

no queda clar és de què és metàfora la metàfora. Probablement, com deia Roland Barthes, els símbols només són símbols d'ells mateixos.

En l'etapa postmoderna, caracteritzada per la fusió de diferents escoles, la malaltia ha recollit alguns dels significats anteriors, per exemple en l'obra teatral de Tony Kushner *Angels in America* (*Àngels a Amèrica*), on la sida esdevé d'una banda l'àngel exterminador, i de l'altra, purifica i converteix en àngels un sector marginal de la societat americana.

He començat dient que aquest repàs no era exclusivament erudit i ho repeteixo ara. La literatura no és un art, sinó una epistemologia, una forma de coneixement. De la mateixa manera que la concepció del món depèn del que proposa el coneixement científic, la ciència només pot actuar sobre paràmetres determinats pel coneixement metafísic. Dit en termes més senzills, només veiem el que ens han ensenyat a veure.

Creure que la malaltia és un càstig als nostres pecats o un caprici combinatori d'elements de la naturalesa que segurament no va aturar el progrés de la medicina, però sí condiciona d'una manera decisiva l'actitud del metge i del malalt. I, sobretot, de la societat. I la malaltia és, juntament amb la violència, el fet individual que més interacciona en el context social on es produeix.

I aquí acabo. No he tractat de descriure res que vostès no coneguin, i molt menys d'aportar idees noves. Simplement, de descriure d'una manera sintètica el terreny en què ens movem. ■

## ■ JORDI CAÏS

Sociòleg, Universitat de Barcelona

***La percepció de salut és pitjor conforme més bona salut es té. Anem cap a una societat negadora de la mort? Possiblement tot això els sociòlegs ho han treballat, i han desenvolupat eines metodològiques... o potser no? Com influeix la secularització en la qualitat de vida? Relació entre valors i percepció de salut. És cert que les societats més subdesenvolupades tenen millor percepció de salut, com apunten alguns treballs? O estem davant d'un artefacte propi de treballs que no tenen en compte les diferències interculturals?***

Les ciències socials han tractat molt poc el tema de l'aprensió social a la malaltia i a la mort. No hi ha el camp d'estudi de sociologia de la mort o del procés de morir. La por a la malaltia mortal i també a la malaltia que discapacita i que comporta la mort social, que és prèvia i

tant o més dolorosa que la mort física, ha esdevingut un tema tabú per a la nostra societat, que viu d'esquena a la mort. Els sociòlegs sovint es veuen incapaços de preguntar directament sobre un tema que ja fa molt que és un tabú social més gran que el sexe. Ensenyar la mort als nens ha esdevingut obscè. No hi ha pràcticament estudis o tesis doctorals sobre persones moribundes, i en els pocs que hi ha, no es parla quasi mai de la por a la mort. El tema de la mort, i el tabú social que aquesta representa, acaba matant el treball. Entre els pocs exemples que hi ha, a l'àmbit internacional, es pot parlar de dos llibres de referència en el camp de les ciències socials, que tracten el tema de l'aprensió a la mort i a la malaltia: *La soledad de los moribundos* (1987), de Norbert Elias, i *Mortality, Immortality and Other Life Strategies* (1992), de Zygmunt Bauman. A l'àmbit espanyol es pot destacar la tesi doctoral d'Omar Ponce de León, *El médico enfermo* (1995), on s'estudia la manera com els metges afronten i gestionen la malaltia, que en algunes de les persones que participen a l'estudi és terminal. També és important la tesi doctoral de Marga Marí-Klose, *Soledad y sociedad: análisis del capital social en la viudedad* (2007), on es parla de la malaltia i la mort de les persones que estimes i amb les quals comparteixes la vida. Un bon exemple de la mort social que representen les malalties o accidents que comporten discapacitat el trobem en el llibre de l'antropòloga Marta Allué, *Discapacitados y reivindicación de la igualdad en la diferencia* (2003). Finalment, cal citar dos articles acadèmics que tracten directament el tema de la mort i que estan publicats en revistes de sociologia: «El último deseo: para una sociología de la muerte en España» (1995) i «El canon de la muerte» (2000). Els dos articles són de Jesús M. de Miguel, que és un dels pocs sociòlegs espanyols que ha estudiat específicament el tema de l'aprensió social a la mort. El primer el va publicar en solitari i, el segon, amb la sociòloga Marga Marí-Klose com a coautora. D'aquests dos sociòlegs són la major part de les idees que s'expressen en aquest article.

Cada vegada tenim més bona salut. Les millores en la salut de les persones al llarg del segle xx han estat impressionants. L'esperança de vida a Espanya l'any 1900 era de 35 anys. Cent anys després, l'any 2000, ja era superior als 80 anys. Tenim més coneixements científics i informació sobre les malalties que mai i, possiblement, també tenim més por que mai a les malalties que poden portar a la mort o a la discapacitat, que generalment impliquen una mort social prèvia a la física.

Durant la segona part del segle xx, el pas d'una societat moderna a una postmoderna ha implicat sobretot l'augment de la individualitat de les persones. Hem passat de ser una societat força gregària, on es valorava el fet de pertànyer a un grup o a una classe social, a una socie-

tat individualista on es valora la singularitat, la capacitat de ser diferent, de ser un mateix. Fa 75 anys, moltes persones estaven orgulloses de pertànyer a un gremi i la seva vida voltava entorn al seu ofici i als companys; fa 50 anys, hi havia l'orgull de ser de classe obrera; fa 25 anys, els *rockers*, els *heavy* o els *mods* durant anys i anys vestien sempre amb el mateix tipus de roba per demostrar la fidelitat al grup i a les seves idees. A Loquillo ara li diuen «Don Loco», però segueix vestint de negre i portant tupè. Avui dia es valora que siguis únic, diferent i especial. Cal canviar contínuament l'estil de la roba que portes, no et pots quedar desfasat. El mercat laboral ha obligat les persones que reciclin els seus coneixements. Cada cop són necessàries més carreres universitàries i més màsters. Com explica Richard Sennet al llibre *La corrosión del carácter* (2000), en un mercat laboral molt flexible on s'ha passat de valorar la seguretat d'un treball rutinari per a tota la vida a valorar l'estratègia de canviar sovint de feina com a manera de millorar el sou i les condicions laborals, la responsabilitat de perdre la feina ja no recau sobre l'empresa, sinó sobre el treballador que no ha estat capaç de reciclar-se, de posar al dia els seus coneixements. Vivim en una societat del risc: laboral, mediambiental o econòmic, vinculat a la globalització, que ha convertit l'economia internacional en un joc d'accions, futurs i valors on el de menys és allò que vens i factures, ja que el prestigi i el valor de les grans empreses depèn d'altres factors. Però, ahora, som una societat obsessionada amb el control, i estem absolutament convençuts que tenim un grau de control altíssim sobre les nostres vides. Si no fos així, no seríem capaços de donar tant de valor a la nostra singularitat individual, a la nostra imatge social.

Només hi ha una cosa que no som capaços de controlar: l'infortuni de patir una malaltia i la mort. Tal com explica Norbert Elias (1987), hi ha diverses maneres d'afrontar el fet que tota vida, i per tant, també les de les persones estimades i la pròpia, té un final. Es pot mitologitzar la mort mitjançant la idea d'una vida posterior en comú com al paradís (o l'infern, depenent dels casos), que és la manera més comuna i antiga d'espantar la por a la mort. També podem utilitzar els coneixements, que hem adquirit després de tants anys d'història per mirar la mort de cara com una part més de la nostra existència. Acomodar la nostra vida a l'espai limitat de què disposem i considerar una feina com fer que l'acomiadament de les persones, el final (tant el propi com el dels altres), un cop arribi, sigui el més plaent possible. Però la societat actual no ha tendit a aquesta manera d'afrontar la mort. Weber ja parla del desencantament de la societat derivat de la superació de les creences religioses. En aquest cas, sembla que el coneixement científic del segle xx no ha comportant pau i seguretat, sinó angoixa

social. S'intenta evitar el pensament de la malaltia i la mort allunyant al màxim la seva presència indesitjable de nosaltres. Tendim a amagar-lo, a reprimir-lo tant com sigui possible. La mort ha passat a ser el tabú social màxim, és un tema obscè. La vida s'ha allargat molt i no cal pensar en el final. «Altres emmalalteixen i moren, però això no em passarà a mi», pensen les persones. Els estudis sociològics realitzats per analitzar quin tipus d'anuncis són més eficaços per a les campanyes antitabac, fetes a diversos països, demostren que apel·lar al fet que el tabac provoca càncer i altres malalties, o dir directament que mata, no és efectiu. Les persones pensen que a ells no els passarà mai. El que s'ha demostrat més efectiu perquè les persones deixin de fumar és apel·lar al fet que el tabac fa malbé la imatge social, que fumar és brut, fa pudor la boca i la roba i que això perjudicaria l'estètica de les persones. La nostra societat està cultivant l'esperança vana de la immortalitat.

Es té por a la malaltia que pot portar a la mort en un termini més o menys curt de temps, però també a les malalties degeneratives o als accidents que comporten discapacitat. Les persones malaltes, i també les discapacitades, pateixen un procés d'aïllament i de mort social. Les malalties degeneratives impliquen una mort social que es va produint a poc a poc i de manera irremeiable. La pèrdua de la salut, de la normalitat social, separa els malalts de la resta de mortals. La seva decadència, en una societat que idolatra l'èxit, els aïlla. A vegades ells també es tornen menys sociables, però de cap manera s'extingeix la necessitat pels altres. Una de les parts més crues de patir una malaltia greu és el procés d'aïllament al qual se sotmet a qui la pateix. Se l'aïlla de la comunitat dels «normals», es refreden les relacions que tenia amb altres persones i que precisament són les que li proporcionaven una sensació de seguretat i de quotidianitat. La malaltia no és dura només pels dolors o la incertesa de futur, sinó per la soledat que comporta. El fet que es faci de manera deliberada, que l'ocultació i l'aïllament social a què es veuen sotmeses persones amb segons quin tipus de malalties, precisament a les societats més desenvolupades, constitueix una de les mancances més importants d'aquestes societats. La majoria de persones es veuen incapaces d'identificar-se amb els malalts i els discapacitats. Els és difícil enfrontar-se a la malaltia i a la discapacitat de les altres persones pel simple fet que és un indicador que en un infortuni els pot passar a ells. El contacte amb els malalts i els que pateixen els mostra el que poden arribar a perdre.

La malaltia està fortament vinculada a la classe social. No fa gaire, la Fundació Bofill feia una anàlisi de les enquestes de salut de Catalunya. A les notícies de la televisió, en referir-se a l'estudi, indicaven que potser la troballa més rellevant de l'estudi sociològic era que les

persones amb menys recursos econòmics estaven més malament de salut que la resta de persones, és a dir, que hi havia una correlació significativa entre classe social mesurada a partir de recursos econòmics (pobresa) i mala salut. Es parlava que aquesta dada es devia a problemes en l'estructura del sector sanitari. Això no és del tot cert, ja que els sociòlegs sabem que les correlacions causa-efecte són bidireccionals, que el que en un principi es pensa que és la causa, de fet, és l'efecte i a la inversa, l'efecte és la causa. En aquest cas, és principalment el que passa i explica la correlació entre pobresa i mala salut. És possible que les persones amb menys recursos tinguin mala salut, però el que és segur és que les persones malaltes (mentals i físiques) i discapacitades tenen menys diners, són més pobres, ja que no poden treballar. La correlació s'explica més aviat a l'inversa, no és tant que les persones pobres tinguin poca salut, sinó que les persones amb poca salut (malalts, discapacitats, etc.) són pobres. Catalunya no té gaires programes d'ajut a la inserció laboral de persones malaltes o discapacitades, per exemple. La malaltia fa por, donat que en gran part condueix a la pobresa. Els sociòlegs saben que una de les poques maneres de baixar ràpidament de classe social és deguda a contraure una malaltia. Això la societat ho percep. En una societat on l'èxit té molt a veure amb l'aspecte físic de la persona, la malaltia o la invalidesa porta a la marginació social; a ser ignorat i, moltes vegades, mirat amb rebuig.

Fa uns anys em va visitar a Barcelona una amiga anglesa. És una companya dels estudis del mestratge que vaig fer ja fa 15 anys a la London School of Economics. Fa menys de 90 centímetres d'alçada, l'han operat diverses vegades de les cames i li costa caminar. A Londres, tot i els problemes de mobilitat i el seu aspecte diferent, mai ha tingut gaires problemes. A Barcelona, ho va passar força malament i jo, que l'acompanyava, també. Les persones feien cares de rebuig i angúnia quan ens veien, o si estàvem asseguts en un local, s'apartaven sistemàticament del nostre costat. Semblava que la seva presència fos obscena; com si fos una raresa digna de la pel·lícula *Freaks* (estrenada aquí amb el títol de *La parada de los monstruos*) o de ser fotografiada per la fotògrafa Diane Arbus, que va fer una famosa sèrie de fotografies de persones que mostraven deformitats físiques i que en el seu moment, van ser considerades molt transgressores, ja que trencaven el tabú social de mostrar allò que la societat creu que és obscè per antiestètic i que cal amagar.

A la nostra societat, on cada cop es valora més ser diferent, exclusiu o únic, la diferència de veritat causa rebuig o almenys estranyesa. A més a més, no sabem gaire com comportar-nos davant de persones que considerem diferents, o xocants pel seu aspecte físic. Això ho explica molt bé l'antropòloga Marta Allué al seu llibre *Perder*

la piel (1996). Ella va patir un accident que li va provocar cremades al 80% del seu cos. En el llibre, a més d'explicar el seu dur procés de recuperació, també explica com canvia la relació amb les altres persones a causa dels canvis en el seu aspecte físic derivats de les cremades al cos, especialment les més visibles a mans i cara. Al llibre ella diu: «M'irrita que em mirin. Reconec que hi ha poques persones com jo pels carrers, però un cert grau d'educació eliminaria la indiscreció de molts. En determinades circumstàncies em molesta tant que contesto amb una expressió de la cara terrible o amb un prolongat !Uuuuuuh! gutural que desconcerta el més agosarat. [...] Si aquí les persones se'm queden mirant com paralitzades i amb aquella cara d'estúpida incomprensió, els americans acostumen a optar per dos tipus de sortides: si el xoc de mirades és fugaç, perquè es produeix al carrer mentre camines, componen el que s'anomena un *flash smile* o riure ràpid que s'ha d'interpretar con a solidari. És una manera d'emascarar l'impacte i, a la vegada, un gest de suport. Una cosa com «estem amb tu» o «et comprenem». Si, pel contrari, la situació permet l'abordatge, no dubten a acostar-se per iniciar un diàleg curt. Pregunten sense embuts mostrant a la vegada cert suport» (Allué, 1996: 220-221). Sembla que el tabú sigui encara més fort per a la nostra societat que per a les societats anglosaxones. La correcció política de les societats multiculturals permet crear mecanismes automàtics per tractar la diferència.

Però tot i l'aprensíó social a les malalties degeneratives i als accidents que comporten invalidesa i marginació, el que encara fa més por és la mort; però no tant des d'un punt de vista genèric i abstracte, sinó com a punt final d'una malaltia que implica desesperança i patiment. S'ha construït un tabú de la mort. Un fet normal i familiar ha passat a ser un succés estrany i institucionalitzat. L'experiència que tenim de la mort d'altres persones és escassa, especialment les generacions més joves de la família. Mostrar la mort als nens es considera obscè. La socialització sobre la mort es realitza a través de l'experiència moribunda d'altres éssers estimats dins de la família. Però una gran part dels familiars que moren avui dia ja no ho fan a casa, sinó a l'hospital. Els avenços mèdics i hospitalaris han fet que durant el segle xx l'agonia, el procés de morir i, en molts casos, la mort s'institucionalitzi, es tregui de la llar i de la quotidianitat de la vida familiar. La mort de les persones s'oculta o es disfressa simbòlicament.

Tal com explica Jesús M. de Miguel en l'article «El último deseo» (1995), fins al segle XVIII a Europa, les persones estaven familiaritzades amb la idea de la seva mort. La mort era un ritual organitzat per la persona que moria. Era una cerimònia pública al voltant del llit del moribund, amb els familiars i veïns, incloent-hi els nens.

No s'evitava als nens la visió d'una persona en el procés de morir o morta, més aviat al contrari. La mort era un assumpte de la família i el seu entorn, però hi participaven força persones. La gestió del procés de morir requeria bàsicament en les mans de les dones de la família; i el dol i la vetlla del mort, òbviament, es feien a casa. Posteriorment, i per raons d'higiene, es va començar a limitar l'accés de les persones al dormitori dels moribunds; i, a la llarga, la gestió de la mort es retira de la llar de les persones i es transforma en un assumpte d'experts (majoritàriament homes): metges, hospitals, i finalment funeràries i empreses que se n'encarreguen de la vetlla, l'enterrament o la incineració de la persona morta. Cada cop s'incineren més persones, s'ha fet romàntic aquest procés de tractar les despulles mortals respecte a l'enterrament i cada cop és més popular, però la seva funció és fer desaparèixer qualsevol vestigi de restes humanes; i els morts que ja no són visitats als cementiris cauen més ràpidament en l'oblit.

L'historiador i sociòleg Norbert Elias (1987) ens explica que a l'edat mitjana, en el món cristià, hi havia la creença que l'existència de les persones no s'acabava amb la seva mort, sinó que continuava de manera diferent fins al Dia del Judici Final, on serien jutjades individualment i gaudirien d'una visió de la seva vida sencera i del que haguessin fet bé i malament. A partir del segle XVIII i del Romanticisme, les persones es comencen a preocupar de la mort dels altres. És normal situar escenes d'amor literàries als cementiris. Les dones pàl·lides, lànguides i normalment físiques i, per tant, moribundes, són un prototip de bellesa. Es cultiva el gènere de la novel·la romàntica de terror amb exemples inoblidables con *Frankenstein* o *Dràcula* o la menys coneguda, *Carmilla*. La mort fa por, però no tant la pròpia com la de les altres persones i el fet que puguin tornar en forma d'espectres des de l'altre món.

Avui dia, la mort pròpia o la dels altres és un tema prohibit o tabú, tant en l'acte de morir, com en el funeral i en el dol. L'espècie humana és l'única que sap que morirà; però vivim com si no haguéssim de morir mai. En primer lloc, no es permet la idea de la mort pròpia ni la de les persones properes. És veritat que Espanya és un país on es fan força assegurances de vida, però l'interessant és que les assegurances es diuen de vida i no de mort, que és com lògicament s'haurien de dir. Les assegurances d'incendi no es diuen assegurances de no-incendi, o les d'accident no es diuen assegurances de no-accident; el que s'assegura és la família davant de l'eventualitat de morir, no de viure que ja és el que està fent. Fa tanta por la mort que quan l'assegurem ni tant sols l'anomenem. Possiblement, si es diguessin assegurances de mort, la gent les evitaria només pel nom. En segon lloc, en el moment de morir, lluny de la idea que la mort és el moment d'entendre la vida pròpia i de con-

gregar les persones estimades al voltant del llit en el dormitori familiar, moltes persones acaben morint institucionalitzades i a vegades soles.<sup>1</sup>

Posteriorment, les persones no saben ben bé què fer amb els morts; necessiten altres institucions que s'encarreguin del cadàver i que preparin la vetlla, l'enterrament o la incineració. Les persones tampoc estan socialitzades a les sales de vetlla i enterraments, especialment les joves. Els períodes de dol, les cintes i vestits negres es consideren anacrònics; com a molt es porten corbates negres als enterraments. Les persones cada cop saben menys com comportar-se en un enterrament i com expressar els seus sentiments. Això es deu sobretot a l'oblit de les normes socials i la tradició que proporcionaven formes d'expressió estereotipades i formes de comportament estandarditzades que permeten alleugerir la càrrega forta d'emotivitat que comporten aquestes situacions. Les fórmules convencionals de donar suport als familiars es van utilitzant cada cop menys, ja que sonen antiquades i falses. Les persones joves quan senten un «t'acompanyo en el sentiment» poden pensar, de manera errònia, que la persona amb què parla és hipòcrita, ja que no coneixia pràcticament el mort i que és impossible que la mort d'aquesta persona, que per a ell no és ni l'avi ni el pare ni el germà, el pugui afectar de la mateixa manera que a ell o a ella. No s'adonen que el que se'ls està dient és que entenen el tràngol pel qual estan passant. La persona que pronuncia la fórmula retòrica de «t'acompanyo en el sentiment» el que realment està dient és «ànim, jo també he passat per aquesta situació i sé com n'és de dur perdre un avi, un pare o un germà». Però com que avui dia estem poc socialitzats amb la mort i la vivim d'una manera molt individualista, sembla que no ens adonem de la normalitat del fet. Entenem la mort com un fet excepcional; ningú hi pensa gaire; pensar-hi molt sovint es pot considerar un signe de malaltia o fins i tot de perversió. Es viu com si un mateix o els éssers estimats mai s'haguessin de morir. No fa gaire, una poetessa jove, de vint i un anys, i ja amb un parell de llibres publicats, explicava en una entrevista televisiva que la frase que més la fascina l'ha trobada en una cançó d'un dels seus grups preferits i diu: «Mai has pensat que totes les persones que coneixes moriran algun dia?» El fet que a una persona jove li fascini una frase tan òbvia indica que no es pensa en la mort com

un fet real i tangible, i que gran part de la població se sent immortal.

Als països més desenvolupats, on la vida s'ha allargat fins a edats molt avançades i l'absència de conflictes bèl·lics i un estat de dret sòlid ens ha donat seguretat personal, es pot argumentar que el tabú de la mort ha substituït el del sexe com a tema prohibit i secret. Les imatges de les zones en guerra. on els nens caminen entre els morts i on la violència i la mort sobtada és tan comuna que permet imatges tan impactants per a la nostra mentalitat com la recent de nens vetllant el cadàver amortallat del seu company mort en un atac israelià a Palestina, ens resulten violentes i quasi pornogràfiques. Tal com comenta Jesús M. de Miguel (1995), parlar de la mort en públic és de mal gust. Les persones eviten el tema; i el problema és que els científics socials també. La mort no s'ensenya a les carreres de sociologia, no s'investiga i a Espanya no es publica gairebé res a l'àrea de ciències socials sobre aquest tema. Només els antropòlegs han analitzat el tema de la mort, però més des del punt de vista dels rituals funeraris i no tant des del tema de l'aprensió social a la mort; només uns pocs antropòlegs, com és el cas de Marta Allué, han anat més enllà analitzant la gestió i els processos de mort.

Per a un científic social investigar la mort és difícil, ja que preguntar a les persones per la mort i aconseguir que no es tanquin en banda i et contestin és molt complicat. Això es va poder constatar clarament durant la realització de l'estudi *La sociedad transversal* (1994), de Jesús M. de Miguel, Emilio J. Castilla i Jordi Caïs. En aquest estudi, a partir d'entrevistes en profunditat a persones de tres generacions diferents, es feia una anàlisi sociològica de l'evolució de la societat espanyola al llarg del segle XX i en els protocols d'entrevista s'inclouïen diverses preguntes sobre la mort. En un article posterior, Jesús M. de Miguel explica els problemes que van representar aquestes preguntes i la dificultat per obtenir informació de les persones entrevistades sobre el tema de la mort: «La nostra experiència de recerca sobre la mort no ha estat fàcil. Sovint, els entrevistadors se saltaven la pregunta sobre la mort. Les persones entrevistades no contestaven. Els grups de discussió no discutien aquest punt [...] En els pocs casos que l'entrevistador sí que va preguntar, les respostes van ser evasives i estereotipades.

<sup>1</sup>Amb les dades de l'*Informe d'activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya* (2000), del Departament de Sanitat i Seguretat Social, el Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya, a l'*Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi*, afirma que «el 54% dels catalans moren hospitalitzats, el 38% en hospitals d'aguts, de curta estada, i el 16% en centres de convalescència, d'estada perllongada. Això sovint representa l'agreuament de la solitud i la deshumanització en els darrers dies de la vida. El 35% de les defuncions hospitalàries són al servei d'urgències o en unitats d'hospitalització vinculades a aquest servei, amb estades inferiors a 72 hores. El 20% dels malalts, és a dir, un de cada cinc, moren a les unitats de cures intensives, caracteritzades per disposar de tecnologies de suport vital, com la ventilació mecànica, que poden perllongar la vida i també l'agonia. Així, menys de la meitat de les persones que moren a l'hospital (45%), ho fan en habitacions convencionals, i només la meitat d'aquests moren als serveis d'oncologia o a les unitats de cures pal·liatives. En resum, més de la meitat de les morts hospitalàries succeeixen en llocs dissenyats per proporcionar una atenció urgent i mesures de suport vital, però en absolut pensats per acollir el procés de l'agonia, l'acompanyament i el dol». (2006: 55-56).

[...] A les entrevistes no es va aprofundir en el tema. No es va parlar de la neurosi que produeix la possibilitat de tenir una malaltia terminal o un accident. Mai es va parlar d'haver estat a prop de morir, d'haver tingut una malaltia i haver-se plantejat seriosament la mort. Es va parlar en termes molt genèrics de la mort, però no de la mort en concret» (De Miguel, 1995: 122). La resposta típica de les persones entrevistades quan se'ls pregunta per la mort és: «no em preocupa en absolut, ja m'arribarà». Parlar de la mort genèricament com un fet futur i abstracte és fàcil. El més difícil és parlar de malalties, de patiment i del procés tangible i real de morir; és a aquest concepte pròxim i real de la mort al qual les persones tenen por. A la mort associada a malaltia i patiment.

En aquell primer estudi es va veure que el tabú era tan gran que si el tema es deixava en mans dels entrevistadors no apareixia mai; simplement no s'atreuen a formular les preguntes sobre la mort, els semblaven políticament incorrectes. Així ho explica un dels entrevistadors: «Jo, quan vaig passar el qüestionari i arribava a les preguntes finals sobre la mort, hi havia preguntes que no podia fer-les. No sé. Culturalment hi havia unes coses que no podia dir: Com li agradaria morir a vostè? Jo no ho podia preguntar». (de Miguel 1995: 122). Això és el que va decidir els sociòlegs Marga Mari-Klose i Jesús M. de Miguel a agafar el brau per les banyes i fer un estudi específicament al voltant de la pregunta: Com li agradaria morir-se? I que va concloure amb la publicació, l'any 2000, de l'article «El canon de la muerte» a la revista acadèmica *Política y Sociedad*. Van dur a terme l'estudi en sis mostres diferents de població. Es van triar sis grups d'estudiants de diverses disciplines acadèmiques, de diferents nivells de població i de diferents edats. En total eren 315 persones. A cada grup de persones se'ls va fer la pregunta «Com li agradaria morir-se?» La pregunta es va formular per escrit abans de l'inici d'una conferència sobre el tema de la mort, i sense avís previ. Els assistents disposaven d'un full de paper i de deu minuts per contestar. Els testimonis recollits en les sis mostres (de València, Barcelona i Lleida) permeten elaborar una primera anàlisi sobre la forma ideal de mort, i fins i tot, definir-ne un model.

Tal com expliquen els autors a l'estudi, el cànon de la mort és un model idealitzat de mort, la manera com la major part de les persones anticipen la seva mort. S'analitzen els diversos components de la mort ideal. La resposta a la pregunta «Com li agradaria morir-se?» explica poc sobre la mort real. Més aviat es refereix als simbolismes, metàfores i imaginari associats a ella. La mort és un fenomen col·lectiu que es defineix a partir de símbols i de significats compartits. El cànon de la mort explica aquest model de mort ideal dominant en la població estudiada. El cànon de la mort que es proposa a l'estudi de Mari-Klose y De Miguel (2000) es defineix a partir

de sis pautes, que expressen els desigs explícits de les persones sanes sobre com volen que sigui la seva mort. La majoria coincideixen en una sèrie de característiques, combinades de manera semblant. Aquests traços comuns permeten construir un model de la mort ideal que desitgen les persones:

1. Primer de tot, i com a característica més important, es desitja morir sense dolor i sense patiments. Sentir dolor resulta el més aterrador i preocupant de la mort, fins i tot més que la mort mateixa. Potser aquesta preocupació obsessiva pel possible dolor previ a la mort sigui una estratègia per emmascarar el tabú de la mort. Es percep com un avís, o un senyal, d'alguna cosa que està passant i que s'amaga. No només es tracta d'abolir la mort, sinó qualsevol de les seves manifestacions o símptomes. Sovint, és pitjor el remei que la malaltia. Algunes persones prefereixen fins i tot la mort al dolor.
2. Es desitja preferentment morir dormint o inconscient. És una forma d'evadir-se del dolor i sobretot de la consciència sobre la mort. L'estat d'inconsciència resulta una forma efectiva de reprimir la mort i les seves manifestacions. Es desitja morir de la mateixa manera que s'ha viscut: d'esquenes a la mort. Es pretén així una mort sense coneixement que està produint-se. Hi ha una gran insistència a morir sense adonar-se, i a vegades s'indica que fins i tot somiant. No es desitja que la mort sigui una experiència individual, sinó que els altres s'encarreguin de gestionar la mort d'un mateix.
3. Es prefereix morir de manera ràpida per evitar al màxim l'angoixa i el patiment. La mort deixa de ser un procés per al qual es requereix una preparació especial. No s'espera, però arriba. Sense tenir tasques específiques de preparació, el procés de morir s'escurça. El que consideren millor les persones és que sigui tan ràpida que no permeti la reflexió sobre el fet que s'està morint, ni permeti l'acció. La mort ha de representar un incident, però no s'és partidari que sigui causada per accident, sinó que és preferible la mort instantània, fortuïta, imprevista, casual i sobtada. L'accident és una mort dolenta. La bona mort no existeix, és de no-accident i de no-malaltia, és a dir, el que les persones anomenen morir simplement de vell; però obliden que els vells també moren per malalties o per accidents.
4. Es vol morir acompanyat, envoltat de familiars i amigats íntims, encara que resulti fins a cert punt contradictori amb les dues pautes anteriors. No és fàcil combinar inconsciència i rapidesa amb la presència de familiars i amics en els últims minuts de vida, tots al voltant del llit. Però s'expressa idealment

com preferència a la soledat i l'abandonament. Es tem la marginació que acompanya la persona moribunda i l'anomenada mort social prèvia a la mort física. Es considera que el pitjor per a la persona moribunda és la soledat que pateix. I l'èxit social de les persones i de les famílies es mesura moltes vegades pel nombre de persones que assisteixen a un funeral.

5. És preferible morir en edat avançada. Es vol arribar a viure almenys fins als vuitanta o noranta anys. Es desitja que la mort succeeixi quan la persona ha completat un cicle vital, és a dir, morir en l'ancianitat. Llavors, biològicament, el cos, com tota màquina, s'espatlla, es deteriora i deixa de funcionar de manera previsible. Fins i tot, es considera la vellesa com una de les causes de la mort, denominada de manera poc concreta com a «mort natural». Comporta esperar el desenllaç natural de la vida. En l'ancianitat es considera que decreix bastant la por a la mort.
6. S'idealitza també morir a casa i no hospitalitzat, ni a una residència d'ancians. S'espera que la mort sobrevingui a l'entorn domèstic propi. Les persones prefereixen morir on han viscut, a casa seva i al seu llit. Aquest és el somni de tot espanyol.

El cànon de la mort definit per aquestes sis pautes especifica les normes idealitzades del bon morir. Però, tal com diuen els autors de l'estudi, les característiques de la mort que desitgen les persones reflecteixen una negació de la mort, o almenys del seu coneixement; es tracta del cànon de la no-mort. A la nostra societat, el cànon de la mort derivat dels desigs de les persones no és realista, però reflecteix els màxims temors socials. Primer de tot, i de manera principal, el temor a la malaltia, al patiment. Es vol evitar aquest patiment i l'angoixa d'esperar la mort tenint una mort ràpida, sobtada i que, si pot ser, es produeixi dormint o inconscient. El cànon també reflecteix de manera clara la por a la mort social que impliquen les malalties i els accidents. Les persones volen evitar la soledat que comporta la mort social morint a casa, de vell, acompanyat pels familiars i amics que t'estimen. Ens girem d'esquena a la realitat, al fet que marginem socialment les persones malaltes i discapacitades i institucionalitzem en hospitals i residències la gestió de la mort, que si poguéssim faríem invisible. Finalment, el cànon de la mort demostra que la nostra societat ha evolucionat fins a límits de benestar tan elevats que intenta desterrar la malaltia, el patiment en qualsevol circumstància, i quan no pot fer-ho, els gira l'esquena i els ignora. La societat postmaterialista ha entronitzat l'individu descontextualitzant-lo del col·lectiu, i els individus vivim aferrats desesperadament a la creença falsa de la nostra immortalitat.

## ■ BIBLIOGRAFIA

- Allué, M. Discapacitados y reivindicación de la igualdad en la diferencia. Barcelona: Editorial Bellaterra, 2003.
- Allué, M. Perder la piel. Barcelona: Planeta/Seix Barral, 1996.
- Bauman, Z. Mortality, Immortality and Other Life Strategies. Cambridge: Polity Press, 1992.
- Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya. Informe sobre l'eutanàsia i l'ajuda al suïcidi. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut, 2006.
- Elias, N. La soledad de los moribundos. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.
- Glaser, B.G., Strauss, L.S. Time for Dying. Chicago: Aldine Publishing, 1968.
- Mari-Klose, M. Soledad y sociedad: análisis del capital social en la viudedad. Barcelona: Universitat de Barcelona. Tesis doctoral, 2007.
- Mari-Klose, M., de Miguel, J.M. El canon de la muerte. Política y Sociedad 2000; 35: 115-143.
- De Miguel J.M. El último deseo: para una sociología de la muerte en España. Revista Española de Investigaciones Sociológicas 1995; 71-72: 109-156.
- De Miguel, J.M., Castilla, E.J., Caïs, J. La sociedad transversal. Barcelona: Fundació la Caixa, 1994.
- Ponce de León, O.G. El médico enfermo. Barcelona: Universitat de Barcelona. Tesis doctoral, 1995.
- Sennet, R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama, 2000. ■

## ■ MARC BROGGI

*Cirurgià, Vicepresident del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

***Fins a quin punt una persona sana es pot sentir malalta i una persona malalta es pot sentir sana? Pot ser fins i tot causa d'error clínic? A què es deu que una persona entri al quiròfan tan tranquil·la i una altra tan afectada? De debò podem parlar d'una societat més negadora de la mort que abans?***

A la primera pregunta ja inclouria una reflexió sobre la definició de malaltia i salut, qüestió que plana sobre tota la jornada, i a la qual, evidentment, no puc respondre del tot, i menys en una fracció dels 8 minuts que m'han assignat. Per tant, sé que seré esquemàtic, potser contradictori.

A la pregunta concreta contesto que sí: que una persona «sana» es pot sentir malalta, i no és rar. Però ens podem interrogar aleshores si fem bé etiquetant de sa qui se sent malalt. Un dels canvis que estem vivint és precisament que, de ser els professionals els qui definíem el que era estar malalt, hem passat a estar disposats a atendre opinions i demandes dels ciutadans sobre el particular. Per exemple, de seguida em va xocar una situació habitual quan començava: la d'algú que venia a urgències amb una molèstia i, després d'un seguit de proves i

exploracions, algú li deia: «Miri, no s'amoïni que no té res», el que produïa en general, i amb raó, una certa indignació: «Com que no tinc res... si he hagut de venir a urgències?», pensava el «malalt». He dit *malalt* perquè la definició que aquesta persona tenia al cap era que malalt és qui va al metge demanant ajuda. I aquest darrer, com resumeix a vegades Màrius Morlans, no hauria de confondre objectivitat amb realitat. Sempre dic que la por i l'angoixa formen part de la realitat i que sovint provoquen més necessitat d'ajuda que la seva causa, el que és important tenir en compte, no només per al tractament a prescriure, sinó sobretot per al tracte a donar. El metge que contestava d'aquella manera a urgències cometia un error.

Ara bé, també en cometria un altre, al meu entendre, si es limités a dir el que l'altre espera sentir. Seria una dimissió professional «cultivar» (no dic *atendre*) un sentiment de malaltia només per evitar el «conflicte» o per sentir un agraiement. Seria una irresponsabilitat augmentar en aquests casos l'adherència sanitària, l'assiduitat (i no parlo ara d'eficiència ni d'equitat). No és rar que passi, sobretot si el malalt és exigent; potser menys entre cirurgians (encara que hi ha intervencions supèrflues apel·lant a una «pendicofòbia», a una «cancerofòbia»).

És cert que hi ha una confusió molt actual entre el respecte a l'autonomia i el que no és més que una medicina defensiva i «a la carta». Una cosa seria atendre la demanda d'un ciutadà angoixat, i una altra acceptar que sigui ell qui defineixi quin és el seu tractament oportú o l'exploració a fer. I aquesta confusió pot portar certament a errors clínics de gruix.

Però és cert que la frontera és poc nítida: varia segons les cultures i és evolutiva en el temps, i també que està molt influenciada per expectatives generades dins i fora del camp sanitari. Ja s'ha dit aquí. En aquest sentit, crec que la definició de salut del Congrés de Perpinyà (i de l'OMS) propicia aquesta confusió creixent en equiparar benestar i salut. Ajuden una mica més les distincions esquemàtiques i solament apuntades en l'Informe Hastings entre malaltia, dolença, malestar i patiment. Però m'agrada molt més l'esforç de Rogeli Armengol per distingir el que és trastorn del que és malaltia.

Altra cosa és preguntar-se si el sol patiment, ni que sigui sense causa objectiva aparent, o classificada, legítima per se la seva medicalització (amb medicació o no). La meua resposta seria que sí, si és que pot resultar eficaç (ni que sigui potser amb placebo). Però una fita important i ineludible de la medicina és lluitar contra el patiment; en això sí que coincideixo plenament, és clar, amb l'Informe Hastings. És una qüestió de límits, però també d'objectius. Sé que pot semblar que em contradic amb el que deia abans sobre la irresponsabilitat del següidisme.

Precisament, per explicar-ho, sempre afegeixo una altra fita de la medicina, una cinquena, a les quatre ja clàssiques de Hastings, que és la «d'ajudar a comprendre i a conviure amb la malaltia». El professional ha de mostrar comprensió i tolerància envers la irracionalitat, però ha d'aportar racionalitat. Ha d'ajudar a integrar: no següidisme però sí interès i compromís.

Des d'aquest punt de vista, hi hauria «formes més sanes», com deia Jordi Gol, «d'estar malalt» que hauríem de propiciar. De la mateixa manera, podríem dir que hi ha formes malaltisses de voler «adquirir» la salut (o d'exigir-la o d'enyorar-la), fins i tot de proporcionar-la. I establir una relació purament contractual i consumista amb una medicina idealitzada, per exemple, no ajuda gens al progrés personal. I crec que salut i progrés van relligats: els dos inclouen la lluita contra el sofriment, però també la comprensió dels límits, del que és raonable d'acceptar en el present i d'esperar per al futur. Tant contraproductiu és tenir por excessiva a la intervenció quirúrgica com esperar d'aquesta una panacea miraculosa i segura. Abans era corrent haver d'insistir en les possibilitats d'èxit per mitigar la por; i ara és corrent haver d'insistir en els possibles riscos a assumir per evitar una certa temeritat. És difícil dir què és millor. Diria que s'ha perdut resignació, però s'ha augmentat la confiança en l'eficàcia contra el sofriment, i és lògic que això porti al que parlem avui, al que Foucault en deia la «medicalització de la vida».

I, és clar, de la mort. Crec que sí, que la mort la mantenim lluny de la vida quotidiana i que ara a més se la intenta delegar a una medicina que suposem que sabrà gestionar-la quan arribi l'hora. Hi ha més esperança a poder-ho fer. De fet, crec que sempre s'ha intentat viure d'esquenes a la mort. Ja Arjuna, el protagonista del *Mahabharata*, bastants segles abans de J.C., a la pregunta que li fa un oracle sobre «què seria el més incomprendible en l'home» ell contesta: «Que, sabent-se mortal, visqui com si no ho fos». No és un problema nou, i potser és sa no pensar massa en la mort mentre es pugui. Però segur que també és sa poder pensar-hi quan es fa oportú fer-ho: sigui per ajudar-nos al final, o per ajudar algú pel camí. És a dir: s'ha de poder tolerar com a horitzó natural, i és cert que els professionals hem d'afavorir que així sigui, o almenys no dificultar-ho. Però admetem també com a natural no pensar massa en la mort: els animals no hi pensen.

El que passa és que qualsevol mort que no sigui imprevista comporta decisions prèvies, de fer o de no fer, o de parar... El possible és molt sovint massa, i ajustar-ho al que és convenient costa. I, com que depèn de nosaltres, necessitem més i millor formació, durant la carrera... i després; però també, potser sobretot, abans. Recordo encara una pel·lícula que, de nen, em va colpir en



aquest sentit: era *Capitanes intrépidos*, on Spencer Tracy quedava atrapat en la ferralla del pal major trencat i caigut al mar, i s'havia de decidir si enfonsar-lo per evitar-li més sofriment, com ell demanava. Aquella decisió dramàtica i l'elaboració fins al final de la pel·lícula del dol del nen, amic seu i amb el que jo, és clar, m'identificava, van ser una lliçó per mi. Hi ha valors i virtuts que entren més fàcilment a través de l'exemple que mostra l'imaginari literari o cinematogràfic. Ho sabien els grecs i, per això, posaven Homer com a programa central en les escoles.

En la meua experiència veig, això sí, una intolerància creixent a viure l'agonia, la pròpia i la del pròxim. Es vol fer tot el possible per mantenir la vida i, quan la mort es veu inevitable, que es faci tot el possible medicament perquè vingui ràpidament. Sempre em pregunto si aquesta intolerància a l'agonia, aquesta por a veure's morir o a veure morir (tot i que són dues coses diferents), és ja per si mateixa una indicació per a la sedació terminal, fins i tot sense cap símptoma refractari acompanyant. Crec que es tracta d'una demanda legítima que potser no demostra més aprensió social que abans, sinó que la gent té més consciència de les possibilitats a mà, i de l'accés més fàcil, per tal d'estalviar-se el que li resulta desagradable. Segons això, seria sa no esperar gaire a Dackar o a Harlem, si no hi ha possibilitats a l'abast, però aquí potser és sa esperar més medicalització i reivindicar el que ja hem fet possible i convenient. És un luxe que ens hem guanyat. Però, és clar, perquè sigui més sa hauríem de comprendre els canvis de la voluntat, la nova direcció, l'esforç i els límits. ■

### ■ CARMEN CABEZAS

*Metgessa, Subdirectora de Promoció de la Salut del Departament de Salut*

***Es pot parlar d'un impacte en termes de salut pública de l'aprensivitat de la gent? A vegades fa la impressió que les autoritats tenen només una prioritat: que la gent no s'esveri. I aleshores el ciutadà desconfia de les autoritats... Té base aquesta desconfiança? De debò no podem dir les coses a la ciutadania «tal com són»? Hem de desconfiar de la seva capacitat d'encaixar les males notícies? Estem vivint en societats histèriques?***

Vivim en una societat en què el canvi és una constant. Han canviat les condicions socioeconòmiques, culturals i ambientals i, molt relacionat amb elles, ha canviat l'estil de vida d'una gran part de la població. També les eines curatives i preventives s'han desenvolupat molt i, per exemple, la gran extensió de l'ús de vacunes i la seva efectivitat ha condicionat un canvi d'escenari radi-

cal en l'aparició d'algunes malalties. En part, això determina una disminució d'algunes malalties, com una gran part de les infeccioses, i l'aparició d'altres noves, molt lligades a l'excés i a una societat de l'abundància. Cada vegada vivim més anys i cada vegada demanem més qualitat a aquests anys de vida guanyats. La nostra esperança de vida és una de les més altes del planeta: una persona que neixi avui a Catalunya viurà una mitjana de 80,8 anys, uns anys més si és dona (84,0) que si és home (77,4) (registre de mortalitat, 2004). En l'enquesta de salut de Catalunya (ESCA, 2006), quasi 8 de cada 10 persones afirmen que la seva salut és bona, molt bona o excel·lent (78,6%: 83,4% dels homes i 73,8% de les dones).

En aquest marc, la malaltia esdevé un fet cada vegada menys tolerat. Malalties comunes, quasi universals només fa unes dècades, com les malalties exantemàtiques de la infància, han passat a ser notícia en els diaris, i motiu de preocupació per a la gent. Malalties que se solucionaven en l'àmbit privat, de la família, han passat a ser motiu de consulta habitual als centres de salut. Els dies que dura un refredat s'assumien com un patiment lògic i habitual que s'alleugerava amb mesures com repòs, beure molts líquids calents, i paciència...; això ha canviat i ara es demanda atenció urgent i/o visites a domicili. A més, malgrat que, com he afirmat anteriorment, vivim cada vegada més anys i la nostra percepció de salut és bona, arriba un moment en la vida en què una gran part de la població conviu amb algun tipus de problema de salut crònic. La mateixa ESCA 2006 ens diu que més del 80% de la població entre 45-64 anys declara tenir almenys un problema de salut crònic, i aquesta proporció puja encara més en edats més avançades. Quan mirem quin tipus de problemes són, en la majoria de les ocasions són dolors articulars o musculars, i després, problemes de salut cardiovascular o problemes de salut mental. És a dir, arriba un moment, una mica passada la meitat de la vida, en què la malaltia passa a ser una constant i la persona ha de fer un esforç per integrar-la en la normalitat de la seva vida. Recordem que, segons la definició de salut, encara no superada, d'en Jordi Gol al X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà, 1976), la salut és una qualitat de vida o una manera de viure autònoma, solidària i joiosa; i que pot desenvolupar-se encara i tenir en aquell moment una malaltia. Representa una manera d'afrontar-la i viure integrant-la.

Des del Departament de Salut, intentem treballar des del concepte de promoció de la salut de l'OMS, que diu que és el procés de capacitar les persones per augmentar el control sobre la seva salut o millorar-la (OMS, 1994).

En aquest sentit, el concepte d'*empowerment* és central. La persona i les poblacions són les protagonistes de la

seva salut. Des dels sistemes de salut hem d'actuar facilitant, ajudant aquest *empowerment* (capacitació, presa de poder) de la població.

La Primera Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut va desenvolupar un dels documents més citats en promoció de la salut, la *Carta d'Otawa* (1986), que incloïa, entre les tres grans estratègies en promoció de la salut, la capacitació de la població, tant creant un entorn saludable com donant-li la informació i les habilitats necessàries per prendre decisions saludables.

A la Quarta Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut de Jakarta, el 1997, es prioritzava la promoció de la responsabilitat social sobre la salut, augmentant les inversions per desenvolupar la salut i augmentant la capacitat de la comunitat i «apoderant» les persones.

La darrera conferència que s'ha fet fins ara, la sisena, que va tenir lloc a Bangkok el 2005, recull entre els compromisos principals fer de la promoció de la salut un objectiu fonamental de les comunitats i la societat civil. Com que les comunitats i la societat civil són amb freqüència les que lideren la posada en marxa, el disseny i el desenvolupament de les activitats de promoció de la salut, necessiten tenir els drets, els recursos i les oportunitats que els permetran ampliar i sostenir les seves contribucions.

Si tenim en compte tots aquests conceptes i perspectives, les «autoritats» hem i intentem informar al màxim la població perquè pugui prendre les decisions relacionades amb la seva salut. Moltes vegades aquesta informació passa per posar les coses en un context, ja que les notícies que surten en alguns mitjans de comunicació ressalten sovint les complicacions, els casos estranys, els efectes adversos... No es tracta de no esverar, es tracta de transmetre la informació en el seu conjunt. A vegades, l'únic que fem és recordar, informar, els remeis d'auto-cura que la nostra cultura tradicional tenia i la transmissió dels quals s'han perdut dintre de les famílies o les comunitats. Per exemple, costums antics com no sortir a passejar a hores de ple sol, la migdiada, beure molts líquids a l'estiu, han de ser recordats quan fem estratègies de prevenció dels efectes de les onades de calor.

A més, la capacitat de la societat d'encaixar males notícies es comprova cada dia quan llegim diaris o veiem/escoltem les notícies. En un món global, estan presents contínuament les guerres, les catàstrofes naturals, la gana, la violència, la malaltia i la mort. Tot arriba en directe i entra de forma visual en les nostres vides. Això ens fa poc sensibles a alguns aspectes del patiment, i ens allunya del patiment dels altres. Però al mateix temps genera por i visualitza, dóna relleu, a les pitjors conse-

qüències de les malalties o de la vida humana. No crec que visquem en una societat històrica, crec que vivim en una societat en què les persones sovint tenen por, i prefereixen mirar cap a altres costats quan hi ha problemes. També en algunes ocasions a la societat, a les persones que la formen, els costa assumir el seu paper de protagonista. Però l'ésser humà adult té molts recursos, que ha hagut de desenvolupar per poder afrontar la vida. Cal tractar-lo com una persona, informant-lo i donant-li els elements perquè pugui prendre la millor de les decisions en el marc de la seva salut i de la seva vida. El treball, doncs, de promoció de la salut és un treball de capacitació de la persona i de la societat per desenvolupar tot el seu potencial. ■

## ■ Debat de la taula: Taula 1

**Sabel Gabaldón**, psiquiatre infantil-juvenil. Hospital Sant Joan de Déu

Hi ha dos aspectes de la intervenció del Sr. Eduardo Mendoza que m'agradaria assenyalar.

D'una banda, la literatura com a transscriptora o narradora de la malaltia del patiment i de les passions. D'altra banda, com a inductora o definidora de patologies.

Estic pensant en R.E. Raspe, on el baró Münchhausen delimita una síndrome; en *Pickwick*, de C. Dickens, que caracteritza una síndrome prou coneguda; o B. d'Aureville amb el personatge de Lasthenie de Ferjol, que delimita una altra síndrome en psiquiatria.

Però, també penso en un autor com Lope de Vega, que en dues obres, potser desconegudes, com *El acero de Madrid* i *La hermosa aborrecida*, en les quals parla de la malaltia i dels aspectes socials de la malaltia. Es posa d'exemple la pal·lidesa de les dones com a ideal de bellesa, cosa que feia que mengessin fang per estar pal·lides. També veiem com una de les protagonistes es manté en la malaltia per obtenir un guany secundari. És a dir, els literats tenen aquesta capacitat d'observació i s'avancen a aquestes possibilitats que també dóna la malaltia, que de vegades els clínics no sabem percebre.

A més, em preocupa com des de la vessant psiquiàtrica, agafant el codi DMS de classificació de malalties mentals, aquestes s'han multiplicat per cinc, i com des de la societat se'ns demana que convertim en patològics o psicopatològics comportaments disruptius. Per exemple: la violència, l'agressivitat, les disruptcions socials, el soroll social i, en

canvi, ens oblidem de patologies mentals silencioses mentre tractem comportaments sorollosos que no són patologies; i, això, per exemple, és freqüent en l'adolescència.

### Eduardo Mendoza

La literatura, efectivament, a més de ser una transmissió de coneixement, és també la transmissió de l'observació. En el cas de Dickens, transmet un comportament social; fins i tot picaresc. Acaba donant nom al tipus de malalt que s'està adormint constantment.

Escoltant la intervenció d'en Jordi Caïs em recordava les *Coplas a la muerte de mi padre*, de Jorge Manrique, on el fill agràia que el seu pare tingués la sort de morir al llit, ja que per a una persona d'armes el més habitual hauria estat morir al camp de batalla, assassinat en una intriga de palau o bé executat. Això, influeix en la nostra visió de la malaltia ara que no hi ha guerres o són llunyanes i fetes per professionals...

Potser som la primera generació que no ha anat a la guerra com una cosa normal i natural i, per tant, estem condemnats a morir de malaltia i, això, ens crea una certa aprensió. Abans era una bona alternativa a morir a la trinxera.

Encara que no se'n parli, més o menys tothom assumeix que s'ha de morir. La gent té l'assegurança de malaltia, assegurança de vida, pensa a donar una bona educació als fills per a quan falti i fa testament de manera natural.

A la televisió constantment s'està morint la gent; fins i tot en els programes d'humor. La gent s'entreté mirant programes a la televisió que parlen de metges i hospitals, de gent que s'està morint o que els estan reanimant.

### Jordi Caïs

Els metges reestructuren la realitat social, tenen molt de poder. La malaltia o la salut són fets definits pels metges. En molts casos, la malaltia i la salut estan vinculades a la norma social. És el cas de la hiperinèsia pediàtrica; a Espanya es diagnostiquen i mediquen, proporcionalment, menys del 10% dels casos que es diagnostiquen i mediquen als EUA, on el metge viu en una estructura social on el comportament hiperactiu dels infants es defineix i s'entén d'una manera diferent.

Un altre exemple és el de la definició d'una bona mort. Els metges discuteixen i decideixen a partir de premisses tècniques, però, de fet, es pot veure l'opinió de les persones al respecte en un estudi sociològic publicat per Marga Mari-Klose i Jesús de Miguel en el qual les persones expressen específicament com volen morir. Expressen un cànon de sis punts de com pot ser la mort bona:

- Sense dolor.
- Inconscients.
- Amb una mort ràpida.
- Acompanyats.
- A casa.
- De vell, quan hagin viscut prou.

**Isabel Miró**, metgessa. Hospital Vall d'Hebron

Em sorprèn això últim, ja que no sé si els acompanyants o familiars volen que el malalt mori a casa.

### Jordi Caïs

Certament, hi ha una incongruència entre el desig de com vol morir un mateix i la manera com gestionem la mort dels nostres éssers propers.

**Eduard Prats**, metge. Director de Docència i Recerca. Grup SAGESA

El nivell de cultura sanitària de la població és baix respecte al de les societats anteriors. No se sap què fer davant d'una contusió o d'una picada d'insecte, no se sap què fer amb un mal de gola banal. Sovint s'han enviat missatges que han contribuït a augmentar aquesta aprensió en contra de l'automedicació, a favor del diagnòstic precoç importantíssim, però que no s'ha sabut explicar bé.

A més, tinc la impressió que la població és una mica histriònica respecte a les seves malalties: necessita explicar-ho molt. Hi ha un boom de la malaltia als trens, als bars, a les sales d'espera, necessitem exterioritzar molt.

### Carmen Cabezas

La idea que jo volia transmetre és coincident amb el fet que ha disminuït la responsabilitat sobre l'autocuració. Són molts els agents que hi intervenen: des dels mitjans de comunicació, els professionals i els centres, en el sentit que davant del mínim risc es consulti. Encara que sigui difícil, des del Departament de Salut intentem o intentarem treballar per redreçar la situació.

**Núria Terribas**, jurista. Directora de l'Institut Borja de Bioètica

A més de la intolerància a la malaltia, s'afegeix la urgència vital en què vivim avui dia. Quan ens passa alguna cosa ens hem de curar ràpidament. La gent no pot deixar fer el seu curs a una grip o un refredat que han coincidit amb la producció farmacèutica per llançar medicaments que aturin la simptomatologia. «Vagi al seu centre de salut que alguna cosa li receptaran perquè la seva rinitis sigui menys...» Tot va lligat a aquest ritme de vida

en què no podem faltar a la feina, ningú ens supleix, la feina se'ns acumula.

### Carmen Cabezas

És cert que hi ha aquesta voluntat de voler escurçar la malaltia, però també és cert que hi ha malalties com la grip o el refredat que anem on anem duraran el que hagin de durar.

Una altra cosa és que vulguem alleujar els símptomes d'aquests processos i que en altres societats aquests remeis estiguin en supermercats i, per tant, siguin més fàcils d'utilitzar per a l'autocuració.

Recentment, he estat a Londres i he tingut l'oportunitat de visitar una exposició del British Museum sobre el procés d'automedicació, com afrontem els processos d'estress, les malalties en les diferents cultures.

En aquesta exposició hi destaca un panell on es mostren el nombre de píndoles que ens prenem des del moment de la nostra concepció fins que ens morim, i la majoria d'elles tenen un valor terapèutic petitíssim.

Crec que tradueix una mancança en l'àmbit social, buscar suport en les píndoles quan no el trobem en l'ajuda familiar o la comprensió en el treball.

**Lluís Balagué**, metge de família de l'EAP Anoia rural. La Llacuna

Voldria fer una pregunta a Jordi Caïs sobre si els sociòlegs heu percebut que les mares actuals han perdut capacitat per afrontar malestars dels nens, que sí tenien les nostres mares; i demanaria a Carmen Cabezas si creu que això és conseqüència del Programa del nen sa.

### Jordi Caïs

Nosaltres treballem amb tendències de més anys com per poder explicar aquests fenòmens. De tota manera, la generació «superdones» que han cuidat pares, marits, fills i ara néts i que han ajudat a aguantar el país en els

períodes durs de la guerra o de la transició, encara transmeten els seus coneixements a filles i a nétes.

### Carmen Cabezas

El Programa del nen sa és un programa, a vegades, de màxims. Moltes vegades es va al centre quan els infants estan sans i en algunes ocasions, amb malalties intercurrents, no hi van.

Podria ser que en algun període, pràcticament cada setmana, estiguin visitant el centre de salut. Estem en una fase de repensar el Programa del nen sa ja que, si bé els professionals de salut demanen que ens ho replantegem, la societat encara demana més vistes.

Cal replantejar una mica aquesta dependència que hem generat. Sobre les àvies cuidadores és cert que cuiden, però hi ha una manca de definició sobre qui pren les decisions. És habitual que la mare encarregui a l'àvia cuidadora que si el nen té febre el porti al centre de salut o bé que no li doni un menjar determinat o que n'hi doni un altre d'acord amb la ciència en què s'ha convertit la introducció d'aliments als infants.

### Marc Broggi

En relació amb això, crec que una cosa és descriure malalties i orientar tendències sobre com prevenir-les i cuidar-les, que crec que és una obligació, i l'altra definir què és salut i què és l'apropiat en la manera d'utilitzar els serveis de salut, i no sé si en això tenim prou autoritat.

Fins a quin punt no hem d'ajudar la societat a fer allò que aspira a fer? Potser sí que hauríem d'evitar que no estigui tan exposada a altres influències, si són excessives i amb interessos egoistes, com és el cas de la indústria. També hem d'intentar sempre introduir racionalitat: informant millor perquè es pugui triar bé. Però intentar canviar els hàbits o desitjos... no sé fins a quin punt. Crec que no hem d'ensenyar a estar malalt o a viure o morir millor, sinó ajudar a fer-ho a la seva manera, i dins d'uns límits.

## ■ II. LA INVENCIÓ DE MALALTIES



### ■ FRANCESCA ZAPATER

*Metge de família, CAP Vilanova del Vallès*

**Límits raonables de les estratègies comercials. Els perills d'una medicalització massiva de la societat i repercussió als serveis assistencials. La influència dels programes televisius més populars.**

#### Què entenem per malalties inventades?

D'uns anys ençà, en diversos entorns professionals i socials, s'està parlant de les malalties inventades, tant en el nostre país com en altres. Hi ha un interès creixent pel tema perquè no se'ns escapa que les malalties inventades és un fenomen que té i tindrà en el futur importants implicacions en els comportaments socials relacionats amb la salut i la malaltia així com en el paper dels sistemes sanitaris en les nostres societats i també en el treball dels professionals de la sanitat. Les malalties inventades són un dels components, no l'únic, del que anomenem *medicalització de la vida* i que és motiu d'aquesta jornada.

Entenem per malalties inventades aquelles situacions o trastorns que no comporten un problema de salut, o representen un problema poc rellevant, però que se'ls dóna la categoria de malaltia, amb l'objectiu d'augmentar els mercats i els beneficis econòmics per aquells qui venen o prescriuen tractaments (Ray Moynihan, David Henry. 2006. *Plos Medicine*).

El procés d'invenció o promoció d'una malaltia consisteix a exagerar la prevalença i la gravetat dels problemes i popularitzar-los a través dels mitjans de comunicació i de la propaganda directa als professionals. Els creadors d'aquest fenomen han estat les companyies farmacèutiques, i també empreses de relacions públiques, grups de metges, advocats de pacients i polítics que han difós els seus plantejaments a la societat per convèncer molts ciutadans que el seu problema era una condició mèdica i tenia un tractament farmacològic possible. S'han creat veritables epidèmies de malalties que en realitat afecten una proporció petita de la població (síndrome d'hiperactivitat i dèficit d'atenció, per exemple).

Entren dins d'aquesta categoria: aspectes de la vida ordinària com ara la menopausa i el dol; característiques

de personalitat com ara la timidesa; trastorns benignes com ara la síndrome del budell irritable o la síndrome de les cames inquietes; factors de risc com ara l'osteoporosi o els nivells elevats de colesterol; o altres com la disfunció sexual femenina, a la qual es va arribar a donar una prevalença del 43%.

La materialització de la malaltia inventada es produeix en l'acte assistencial, a la consulta mèdica, quan el metge oficia la cerimònia de fer un diagnòstic (posa un nom «mèdic» a un problema) i estableix un tractament (indica un fàrmac). És en aquest moment que el desconfort, el patiment o la preocupació excessiva que la persona porta a la consulta del metge, esdevé malaltia.

És conegut a la literatura i a la medicina l'anomenat malalt imaginari. Ara estem davant d'un altre fenomen que és les malalties imaginàries. La gran diferència és que, en el primer cas, és el malalt qui s'inventa la malaltia i, en el segon cas, som els metges qui les inventem i decidim fer seguiments i tractaments a vegades per a tota la vida. Aquests tractaments innecessaris van acompanyats d'efectes secundaris que poden ser greus. Les implicacions són totalment diferents en un cas i altre: per les seves dimensions, i per les implicacions a les persones, a la societat i als sistemes sanitaris.

#### El context en què es donen les malalties inventades

L'entorn social posa les condicions favorables perquè es desenvolupi el fenomen de les malalties inventades: por, ansietat, pressió, inseguretats i incertesa, economia de mercat també per al sector sanitari, la pressió que fan les companyies farmacèutiques sobre els metges..., de manera que a la consulta, davant de certs problemes, és relativament «fàcil» categoritzar-los com a malalties.

El desenvolupament en les últimes dècades de les teories sobre els factors de risc, la ideologia de la prevenció i la promoció de la salut, l'anomenat *imperatiu tecnològic i l'imperatiu terapèutic*, així com la pèrdua de visió global dels problemes de salut, ens ha portat als metges (uns més que altres) a donar respostes mèdiques i farmacològiques a problemes de naturalesa psicològica, social o laboral. Problemes per als que la medicina

no té solució. Respostes mèdiques i farmacològiques lligades en moltes ocasions a l'obtenció de beneficis professionals o econòmics per als metges.

En aquest procés, les institucions sanitàries no han estat alienes: o bé hi han assistit amb passivitat o han impulsat de manera directa la medicalització donant tàcitament o explícitament un paper determinant a la indústria en la formació dels metges o impulsant el procés de posar un diagnòstic mèdic a situacions o a etapes vitals, amb el desenvolupament de programes i unitats especials per a cada ocasió (com és el cas de la menopausa o l'adolescència). El sistema sanitari, i els metges en concret, hem estat i som els principals agents medicalitzadors. Sense disposar de dades, però basant-nos en l'observació de la realitat a les consultes, sembla que hi ha diferències entre el sector públic i el privat, i és en aquest últim on més diagnòstics i tractaments de malalties inventades es fan.

No hi ha gaires dades sobre la prevalença de les malalties inventades ni l'impacte a la consulta i en l'activitat del sistema, però en comencem a tenir: alguns metges d'atenció primària (com es va exposar al Congrés de la SEMFyC 2006, València) han quantificat en el 20% de les consultes el pes de les malalties inventades. Probablement, hi ha molta variabilitat entre zones i evidentment entre països. En el futur, caldrà investigar el tema.

Entre 1990 i 2002, la indústria ha invertit uns vint mil milions d'euros en fàrmacs de l'estil de vida (Puig-Junoy, 2006). Als EUA han calculat que si el 30% de la factura sanitària no es gastés, la gent estaria igual de bé (Vicente Ortún. Entrevista a *El Periódico*, 23 d'octubre 2006). Cal afegir els efectes adversos, incloses milers de morts, produïts per fàrmacs que s'han usat amb caràcter preventiu (teràpia hormonal substitutiva, algunes estatines, per exemple).

Posem uns exemples de la consulta diària per il·lustrar el tema:

- L'Àngels, una dona sana de 50 anys, ha anat a la consulta privada del ginecòleg a fer-se una revisió. El ginecòleg li comenta que és important mirar com té els ossos i, per tant, fer-se una densitometria òssia. Abans de fer-se la prova, l'Àngels, preocupada, ho comenta amb el seu metge de capçalera, a qui demana tota mena d'explicacions sobre l'osteoporosi, els dolors musculars i les possibilitats de tractament. La consulta dura 15 minuts.
- La mare d'en Joan, de 15 anys, va al metge de família per demanar-li una recepta del sistema públic, de metilfenidat, que li ha donat el pediatre privat de tota la vida. En preguntar què li passa a en Joan, la mare

diu que és nerviós, com ella, i últimament no estudia molt. Entre preguntar què li passa al noi, valorar un possible trastorn patològic i explicar-li a la mare la no-necessitat de tractament farmacològic, han passat 20 minuts.

- El mateix dia de consulta, més tard, i entre altres visites, perquè l'agenda ja estava plena, el metge atén un senyor amb antecedents de malaltia pulmonar obstructiva crònica i cardiopatia que consulta per un augment important de la dispnea. Aquest no demana massa explicacions, només que li alleugerim la dispnea.

Les malalties inventades estan a les nostres consultes de l'atenció primària cada dia, ja siguin les que hem inventat nosaltres mateixos o les inventades per metges d'altres nivells assistencials o del sistema privat. La situació ens planteja un conjunt de problemes i preguntes que ens hem de respondre i que formulo des de la perspectiva que em dóna la meua feina de metge de capçalera:

1. Perjudicis per a les persones: Les visites, les proves, l'etiqueta, els tractaments, poden causar perjudicis a les persones. L'ús de fàrmacs està associat a la presentació d'efectes adversos que poden ser assumits pels professionals, els pacients i la societat com un mal menor sempre que hi hagi un benefici clar amb l'ús del fàrmac. Però els efectes adversos no poden ser acceptats quan s'usen sense que hi hagi evidència del seu benefici.

Quin mal estem fent quan participem en la invenció de malalties?

Podem els metges seguir indicant tractaments sobre els quals no hi evidència de seguretat i efectivitat?

Cal una reflexió en aquest sentit i polítiques més actives de les institucions per vetllar per un ús adequat dels fàrmacs?

2. Estem davant d'una versió nova de la llei de cures inverses: Dedicuem un temps als sans que deixem de dedicar als malalts. La inversió de part dels recursos sanitaris a les malalties inventades (proves, consultes, tractaments...) té un cost directe i un cost d'oportunitat en l'atenció a les persones que pateixen malalties reals.

Com impacta això en l'equitat del sistema sanitari?

Desplacem malalties de complexitat baixa als serveis especialitzats perquè a primària no tenim temps per atendre'ls?

3. S'ha creat una sensació de malaltia més gran, amb l'efecte de victimisme que comporta el rol de malalt, la dispensació d'afrontar alguns problemes (personals, familiars o laborals), l'abandonament d'hàbits de conducta saludables (ja pren la pastilla pel colesterol o la tensió arterial) i la renúncia a viure plenament (sentiments, transicions vitals...).

Com pot contribuir això a fer ciutadans cada cop menys autònoms i amb menys capacitat per comprendre les causes dels problemes i per tant més vulnerables davant les adversitats i les dificultats que comporta la vida?

4. Els mateixos metges estem perdent el concepte de malaltia, de diagnòstic i el sentit de la nostra feina, la qual cosa ens crea frustració i infelicitat.

Com podem mantenir la dignitat professional?

Com podem resistir en el dia a dia l'epidèmia de malalties inventades?

Aquestes preguntes, algunes de les quals els ponents que em seguiran abordaran, les hem de respondre des dels diversos àmbits professionals i socials. I evidentment, des del camp de la bioètica.

Moltes organitzacions professionals estan debatent el problema de les malalties inventades i plantegen la necessitat de lluitar en contra. Hi ha dos elements que són cabdals en aquesta lluita:

- Separació de la professió mèdica de la indústria farmacèutica. Hi ha d'haver més controls sobre la qualitat dels estudis i les publicacions que se'n deriven. Els poders públics han de posar límits a les estratègies comercials. I els metges hem de posar límits a la nostra relació amb la indústria, límits que han d'estar basats en criteris ètics i de legalitat.
- Un paper «nou» del metge, que és artífex de la medicalització, però també n'és víctima. Un paper nou, que no en té res de nou, és el que la majoria de metges hem fet sempre: treballar per millorar la salut dels nostres pobles i pacients. Pobles i pacients als quals podem fer consumidors passius de productes i serveis sanitaris, o coproductors intel·ligents de salut. Si hem contribuït a tenir cobertures vacunadores altes, a la disminució de l'ús d'antibiòtics, a endarrerir les complicacions de la diabetis, o a un compliment terapèutic més gran, també podem frenar la invenció de malalties i les seves conseqüències a partir d'una pràctica honesta i segura per als pacients.

Els metges de capçalera ens trobarem amb problemes per afrontar les malalties inventades. Problemes d'incomprensió d'alguns usuaris i problemes amb alguns companys, que haurem d'assumir.

No hem d'oblidar que els metges tenim molt poder per canviar coses. El metge, que fins ara ha estat agent de medicalització, té l'oportunitat de començar a ser agent de desmedicalització.

Vull acabar amb unes paraules que Tudor Hart va dirigir als metges del Congrés de la WONCA rural, el 2003:

«En el treball i en els resultats de l'atenció clínica, vostès tenen el poder definitiu. Utilitzin-lo i no el deixin anar.» ■

## ■ FRANCESC BORRELL

*Metge de família, CAP Les Gavarres, Cornellà de Llobregat, Vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

***Cuidar-se implica obsessionar-se i tornar-se hipocondríac? Les reaccions dels professionals en l'àmbit privat i públic. Els perills dels discursos tipus I. Illich (àmbit públic) o el cultiu de l'aprensió i la medicalització (àmbit privat).***

## Medicalització: la tesi conspiradora

Sempre ens ha interessat –i molt– definir allò que pogués ser i fer l'ésser humà, però en cap altra època han conviscut maneres tan radicalment diferents d'entendre'l. ¿Ens mou l'egoisme o la generositat, la llei o les ganes de ser millors, l'ambició o la solidaritat? Les respostes que ens donem a aquestes i d'altres preguntes pressuposen qualitats de l'ésser humà, i fins i tot una naturalesa que ens pugui ser pròpia. Una d'aquestes maneres d'observar el fenomen humà és la tesi conspiradora, tesi que trobem tant en l'obra d'intel·lectuals importants, com en les converses de la gent del carrer. No oblidem que venim d'una història molt atzarosa i a vegades plena d'injustícies. No és pas d'estranyar –ni que sigui com un reflex de protecció– que tinguem certa tendència a una interpretació dels fets quotidians de tipus conspirador: gent poderosa que ens manipula, forces econòmiques que ens marquen les tendències en les modes de consumir, o en altres aspectes importants. Aquestes tesis tenen bona acollida i fins i tot, a vegades, són certes. S'expressen en acudits com en un de «El Roto», en què es veu un farmacèutic mirant un prestatge de medicines i preguntant-se: «¿Por qué será que los que descubren las enfermedades son también los que hacen las medicinas?»

L'acudit ens fa riure, però òbviament amaga una mentida... el descobriment de malalties sempre ha anat per endavant del descobriment dels remeis, i l'ha protagonitzat gent observadora. Potser ara mateix sí que es dona l'intent, per part de certa indústria farmacèutica,

de crear necessitats on no hi són, o per part d'empreses dedicades a la imatge pública de les persones, de distorsionar el que és o no és acceptable del nostre cos, per tal d'afavorir determinades opcions farmacològiques o de cirurgia estètica. En parlarem, però, de tota manera, si volguéssim interpretar el panorama actual sota aquesta clau conspiradora, acabaríem defensant l'existència d'una gent «dolenta» o unes multinacionals «dolentes», responsables de tot el desori. No crec que per aquest camí capturem la complexitat del món actual.

Amb les tesis conspiradores –i possiblement donant la cobertura filosòfica a aquest estil de pensament–, un altre reflex d'aquesta por al poder mèdic és la crítica de Nietzsche que amb tant d'èxit ha prosseguit I. Illich. Nietzsche deia allò prou conegut que «el metge cura el mal de dents arrancant totes les dents», i Illich afegeix llenya al foc tot assegurant que els metges debiliten les defenses naturals de la gent i la fem dependent, com un exercici de poder, amb la finalitat de minvar l'autonomia i el desenvolupament personal i grupal. En casos extrems, surt una mena de militància antimèdica, sobretot des de medicines alternatives (però a vegades entre els mateixos metges!), on es denunciaven els excessos preventius (tots hi estaríem d'acord), com si aquests excessos fossin la tendència dominant del sistema (aquí ja no hi estaríem d'acord), i tinguessin propòsits de manipulació sobre l'autonomia de la persona (novament en desacord). Els metges passem a ser els dolents de la pel·lícula, al servei de multinacionals i altres forces obscures, en una típica trama conspiradora. Tot plegat massa senzill i massa ingenu.

Afegiu en aquesta línia tota la crítica que va florir sobre els anys 70 al voltant de la psiquiatria (recordeu la famosa «antipsiquiatria?»), o de manera més general les tesis de Foucault, on possiblement la tesi conspiradora aconsegueix el millor nivell filosòfic.

Fixem-nos per un moment en les tesis de Michel Foucault. Per a aquest autor, la societat ha anat teixint un biopoder que té una extensió individual (anatomopolítica, en diu; una tecnologia de fragmentació de l'individu en «rendiment», adaptació als diferents medis socials, etc.), social (biopolítica, en diu, amb tècniques per manipular la natalitat, els fluxos migratoris, etc.) i «pastoral» (heretada de les tècniques cristianes desplegades amb la confessió i d'altres sagraments, i per tant, tècniques de poder dirigides al nucli de la persona, als seus pensaments i sentiments de culpa). La medicina en concret desenvolupa un «discurs» de poder per afirmar-se ella mateixa, però també per delimitar allò normal del que no ho és. Aquesta delimitació pot arribar al cas de «fer fora» una persona de la societat (els manicomis). La icona que millor resumeix aquesta línia de pensament és el panòptic de Jeremy Bentham (vegeu figura 1), que

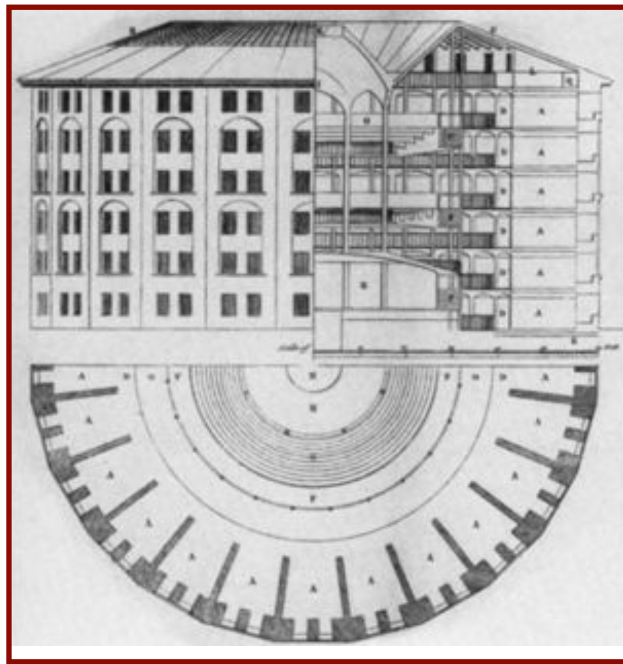


FIGURA 1. El panòptic de Bentham. Un sol vigilant era capaç d'observar què passava en totes les cel·les d'aquesta presó.

tant va inspirar Foucault, o l'Ull del «Gran Germà» d'Orwell (1984). La medicalització de la societat apareix com una estratègia de poder d'una minoria, els professionals de la salut, per assegurar-nos una posició social privilegiada.

No podem negar que algunes apreciacions puntuals d'aquests autors són clarividents, però possiblement ens podem considerar afortunats que la societat en el seu conjunt els faci un cas limitat. Podríem dir que la societat sol tenir una visió molt realista, fins i tot, poc arriscada. Incorpora lentament allò millor de cada teoria, o de cada perspectiva, sempre aplicant el criteri pragmàtic que allò que incorpori i representi algun tipus d'avantatge col·lectiu. Val a dir que les xarxes d'intel·lectuals ofereixen un ventall ampli a la societat per tal que pugui escollir, tant en el camp de teories filosòfiques com científiques i religioses (i també ètiques i estètiques). Randall Collins ens recorda que en un determinat moment històric els intel·lectuals competeixen per fer-se un forat en el camp de l'atenció del públic, i només uns quants ho aconseguiran (d'això en diu «la llei dels petits números»). Per aconseguir-ho es desmentiran entre ells, s'atacaran, faran aliances, etc. No estaran potser tan interessats a perseguir la veritat com a ser escoltats. O també podríem dir: la societat promou visions (tesis) molt divergents justament per donar-se l'oportunitat d'escollir. En el tema que ens ocupa, la medicina i l'impacte sobre l'home, potser a alguns dels autors que hem mencionat els ha passat una mica això: han estat més atents a cercar l'aplaudiment d'una part de la societat que a cercar una visió equilibrada de la medicina i els seus avenços. El



resultat és prou curiós: les tesis conspiradores tenen una posició privilegiada. Ningú les defensa seriosament en el camp acadèmic, però estan de manera permanent com una possibilitat de diàleg. Ens serveixen per xerrar i explicar-nos el món, tot i que sabem que és una visió desequilibrada.

En oposició a aquestes tesis, defensaré les següents: les teories conspiradores són falses, expliquen fenòmens parcel·lars i donen munició als professionals de la salut per sustentar actituds que poden malmetre una bona relació amb els pacients. També defensaré que la gent es queixa amb raó, i que encara que una part pugui estar empesa per modes, i pugui ser manipulada, el gruix de la població adopta actituds racionals i no es queixa per queixar-se. Tanmateix, la població, els professionals de la salut i les institucions raonem sobre una base comuna de pensament màgic, pensament que adopta el miratge que en dic «efecte clausura de perills», que ens du a un «efecte de clausura epistèmica» i que ens proposa models idealistes d'emmaltir i guarir-nos, amb el denominador comú d'una voluntat personal que «ho pot tot». Fora la «temptació màgica».

### Malalties noves o bé un espai nou perceptiu?

Una de les tesis més anacròniques és postular un ésser humà que «abans», en temps històrics remots, era feliç i sa, i ara, vés per on, la societat (i la medicina) l'ha fet feble i infeliç, més infeliç que mai. Aquesta tesi segueix la vella cançó que «qualsevol temps passat era millor», i compta amb un poderós aliat psicològic: ara mateix afrontem pors ben concretes i presents (el canvi climàtic, l'explosió demogràfica, la capa d'ozó...), però, en canvi, no ens recordem de les pors dels nostres avis (el canvi de mil·lenni, les epidèmies, la gana, el fred, el mal de queixal...).

Deixem de banda la posició més grollera que defensa aquesta tesi i centrem-nos en una varietat una mica més subtil: el progrés, ens diu, no fa la felicitat, ni tampoc dóna avantatge en la percepció del cos propi. Aquesta tesi, a més, pot defensar-se amb treballs de camp. Per exemple, tenim alguns estudis transculturals que comparen la percepció de salut en països molt pobres amb la percepció que tenim en societats opulentes, i no en sortim ben parats. La gent, en les societats opulentes, resulta que té una percepció més dolenta de la seva salut. Aleshores, per què ens gastem tants diners en medicines i hospital?

No crec, sincerament, que la gent –la nostra gent– es conformés amb xamans o amb medicines alternatives «barates». Però aquesta constatació no elimina el tema de fons: d'on ve i a on va la insatisfacció amb què molta gent percep el seu cos?

En primer lloc, val a dir que les comparacions d'aquest tipus estan carregades de trampes. Primerament, caldrien estudis que haurien d'estratificar clarament les poblacions, ja que no és el mateix preguntar sobre la percepció de salut a una població envellida que a una població jove, encara que aquesta darrera visqui en un país subdesenvolupat. També s'hauria de precisar el que es pot entendre per bona salut. Ara bé, estic disposat a admetre que, en una societat en què la gent viu arran de les necessitats més bàsiques, es donen percepcions radicalment diferents a les d'una població que viu en l'opulència (o opulència relativa).

En la mesura que les necessitats bàsiques de l'ésser humà queden cobertes, emergeixen necessitats d'ordre psicològic i espiritual que novament el desestabilitzen. A més, la percepció del cos propi es torna més «fina». Aquell doloret de genoll que ignoraríem si tinguéssim gana, resulta que es fa omnipresent, envaeix l'espai subjectiu i es torna una prioritat per a un jubilat que no té altres preocupacions. L'opció que li dóna el metge, una analgèsia que l'alleuja sense curar, potser no li semblarà del tot acceptable, i demanarà segones opinions, i fins i tot, forçarà opcions quirúrgiques.

Podríem admetre provisionalment una tesi que diria el següent: l'ésser humà ha lluitat per sobreviure durant segles i segles, pensant què es posaria a la boca el dia següent. Quan aquesta preocupació tan bàsica ha estat coberta, i coberta també la necessitat d'una llar, i la seguretat d'un entorn, etc., aleshores emergeix una sèrie de problemes diferents: com ocupar el nostre temps, com divertir-nos, com relacionar-nos. Molta gent ho sap fer, però molta altra gent està sola i avorrida, amb massa temps per escorcollar el seu cos i amplificar símptomes relativament normals, o xacres pròpies de l'edat. Quan l'estómac deixa de ser la primera preocupació, l'espai perceptiu «intern» l'ocupa el sistema osteomuscular, massa vulnerable a les xacres pròpies de l'edat.

No podem pas criticar-ho. És normal que la gent vagi al metge per veure si ha sortit algun remei per al seu dolor, no ens pot estranyar ni podem dir que sigui irracional fer-ho. El problema potser és les expectatives: saber el que la medicina pot o no pot fer. O el preu que s'hauria de pagar per millorar una mica –una mica gairebé insignificant– alguns d'aquests símptomes molestos.

### On rau el malentès entre medicina i societat?

Així doncs, defenso que la gent és prou sàvia com per endevinar on li fa mal la sabata (el seu cos), i també defensaré que tot allò del que es queixa acostuma a tenir una base somàtica o psicològica i que, per tant, té racionalitat, en general no és una queixa destinada a dis-

treure'ns ni a fatiguar-nos a nosaltres, els professionals de la salut. Tanmateix, tenim oberts tres fronts de discrepàncies entre les institucions que tenen el poder (polític i professional) i la gent del carrer. Analitzem-los:

### *Confusió entre malestar psicològic i malestar corporal*

Els professionals de la salut estem obsessionats que força queixes somàtiques en el fons deriven d'un malestar psicològic, no pas d'un dany tissular o ni tan sols d'un malestar fisiològic. A vegades, ens sortim amb la nostra per dues vies: perquè «psicologitzem» el pacient arriba a admetre aquesta interpretació; perquè donem medicacions psicotròpiques que milloren les molèsties orgàniques, i les demandes minven o desapareixen, i el pacient acaba per creure's la nostra versió dels fets.

Aquesta discrepància a vegades és dramàtica, per exemple quan un pacient diagnosticat de «nervis» (o ansietat, o depressió), resulta que té una neoplàsia. Hi ha un autèntic terrabastall. Però sense que s'arribi a aquest punt d'erosió en la confiança entre metge i malalt, diguem que hi ha flotant en l'ambient la sospita generalitzada per part de la població que els metges exagerem l'efecte del malestar psicològic sobre el cos; que en realitat els metges fem servir aquest argument per no aprofundir amb més proves la clínica del pacient, per estalviar recursos i esforç; o que, senzillament, la medicina no en sap prou. Però compte! Aquesta conclusió és molt minoritària, quasi testimonial, perquè la gent, com veurem a continuació, vol confiar en els metges.

Val a dir que un coneixement profund del context familiar i biogràfic ajuda molt a fer «entrevistes d'integració», on aquest lligam entre els símptomes i el malestar psico-social queda de manifest d'una manera diguem-ne «natural» o «no forçada». Però afegim en el costat dels desavantatges que aquesta mateixa familiaritat pot dur-nos a menystenir uns símptomes que haurien d'alarmar-nos i haurien de posar en marxa un seguit d'exploracions complementàries.

### *Clausura de perills*

El segon malentès entre medicina i societat és que la societat ens exigeix que tinguem tots els perills apamats i controlats. Òbviament, es tracta d'una fantasia producte de la por col·lectiva davant les epidèmies i els perills remots que tanmateix veiem al nostre voltant. Tolerem que un fumador tingui un càncer, ja que, a fi de comptes, ja se li havia dit que no hauria de fumar, però no tolerem que no hi hagi res de res per prevenir o fer un diagnòstic precoç, o fer un tractament, per a un càncer de pàncrees. El públic necessita bones notícies, que se li digui que aquest càncer és molt improbable, que si es fa una revisió anual el podrà prevenir, etc.

La medicina té aquest paper fonamental en la clausura de perills. Els professionals –i els polítics– que tenen bones notícies per anar escampant, són metges o polítics que tenen èxit. Però, des de la perspectiva que ara analitzem, més aviat els hauríem de considerar polítics i professionals contaminats per l'efecte clausura de perill, que s'han arribat a creure que aquesta clausura és possible. Necessitem controlar el nostre entorn i el nostre organisme, tenir la seguretat que tot «ha d'anar bé» si seguim les mesures preventives que hem de seguir. Per això, a la gent li resulta més fàcil admetre que els metges s'equivoquen o no han fet bé la seva feina, que una malaltia determinada no tingui prevenció o tractament, o que unes molèsties no tenen un diagnòstic clar. Heus aquí que la medicina científica té un ús màgic, o millor dit, se li encarrega una missió que abans ocupava el ritual màgic: foragitar els mals auguris, els esperits dolents, tot allò que faci incontrolable les nostres vides. La clausura de perills deriva en clausura epistèmica. Vegem-la.

La contaminació d'aquest efecte clausura sobre la professió mèdica la podem observar en un supòsit: acostumem a pensar que els nostres coneixements abasten el gruix de la patologia humana, llevat d'alguns serrells (una cosa semblant afirmava Max Planck en el camp de la física, en tombar el segle XX, com ens recorda Popper). La realitat és ben diferent. Sabem uns serrells de la realitat humana, i possiblement dintre d'alguns segles ens mirin amb una mena de somriure pietós. Quan parlavem dels pacients amb dolors corporals no explicats, potser ens hauríem d'apuntar a la tesi que «no en sabem prou» d'aquests símptomes i que a vegades posem l'etiqueta de patiment mental a situacions clíniques que en un futur tindran un diagnòstic i tractament molt més acurat, ja sigui en l'àmbit psicològic com en l'estrictament orgànic. Però la clausura de perills ens demana aquesta fantasia: que ens creguem dominadors de la realitat humana. Heus aquí la conseqüència de la clausura epistèmica, una renúncia encoberta a mirar la realitat per descobrir-ne nous enfocaments.

### *Preu a pagar per cada mínima fracció en la millora de la qualitat de vida. I qui ho ha de pagar*

El tercer malentès és un malentès que afecta sobre tot els polítics i la societat. La societat veu els polítics com agents de poder, investits amb tant de poder que si volguessin podrien resoldre de la nit al dia la majoria dels problemes i augmentar *ad infinitum* la qualitat de vida dels ciutadans. Per extensió, creu que els drets poden adquirir-se per un acte de voluntat política. Només cal que vulguem donar-nos drets per tenir més drets. I ja com a conclusió necessària de tot això, creu que la seva salut és un problema de tothom i que fins i tot les molèsties més mínimes han de ser assumides pel Servei Nacional de Salut.

Una societat que defensi que la mort i les malalties han de ser eradicades, ens diu D. Callahan, no dona cap oportunitat a crear models sostenibles. Òbviament, estem davant d'un miratge màgic. Tornem a veure aquí un efecte de contaminació de les creences de la societat sobre els polítics, consistent en el fet que alguns polítics assumeixen les tesis ingènues i prometen el que no poden prometre, i a més, abaixant els impostos. Aleshores els diferents partits polítics han de competir en promeses que difícilment es podran acomplir i resulta molt difícil engegar un debat social regit per la racionalitat.

Una reacció tant dels polítics com dels professionals és justificar per què hi ha problemes en el Servei Nacional de Salut. L'aproximació majoritària endevina la complexitat d'interessos en joc, els intents del ciutadà de maximitzar els beneficis que rep de les prestacions públiques, el creixement en població coberta i els avenços farmacològics i tecnològics... Però també hi ha terreny per a les tesis conspiradores: els pacients hiperutilitzadors, els serveis d'atenció primària que no són prou resolutius, la indústria farmacèutica que s'inventa fàrmacs cada vegada més cars, els mitjans de comunicació que esveren la gent i indueixen necessitats falses, la publicitat que distorsiona la imatge de les persones també amb el propòsit de vendre solucions innecessàries. Tot això existeix en alguna proporció, però no són els elements que haurien de guiar una explicació seriosa de les tensions actuals en el Sistema Nacional de Salut. Les tesis conspiradores i maniquees coexisteixen amb altres de més serioses, però emergeixen quan el sistema tecnocràtic i polític afronta crisis importants, i pot impregnar el discurs polític en moments concrets (sobretot el discurs del polític que està atemorit).

Què hi podem fer a tot això? V. Camps ens recorda que crear una deliberació col·lectiva és part de la tasca. Hem de crear oportunitats per deliberar el que és o no és possible i que aquest debat el pugui entendre tothom. La deliberació és part de la nostra llibertat... i racionalitat!

### **Respostes inadequades: crítiques al progrés de la medicina**

En aquestes deliberacions tan necessàries, algunes veus guiades per tesis conspiradores arriben a posar en dubte els avenços de la medicina, ja sigui en el pla preventiu com terapèutic. Parlen, per exemple, de prevenir els efectes iatrogènics de les estratègies preventives, i com exemple preferit mencionen els tractaments hormonals per a la menopausa.

Com sol passar en aquests casos, val a dir que, en efecte, hi ha hagut desencerts i errors en la prevenció, com

també a vegades esforços terapèutics poc realistes, ja sigui per l'edat del pacient o per la naturalesa de la seva malaltia. Però hauríem de ser molt curosos per no treure'n conclusions precipitades. En termes generals, no estem fent «massa» prevenció, sinó massa poca. Hi ha milers i milers de ciutadans amb risc cardiovascular alt que no estan detectats, o pacients que es beneficiarien d'estratègies molt senzilles per tal que millorés la seva adhesió a pautes preventives sobre estils de vida o de tipus farmacològic. No parlo per parlar. Al nostre centre de salut, per exemple, portem dos anys seguits fent cada any un seguiment personalitzat dels diabètics amb risc cardiovascular, i després de dos intervencions pacient per pacient, encara teníem a final de 2006 el 25% de pacients que es podien optimitzar. Altres estudis revelen que més o menys estem en el 50% de la prevenció necessària en el camp cardiovascular, això en el millor dels casos. El repte és enorme.

Pel que fa al camp diagnòstic, fa només un segle els metges dèiem gandul al depressiu, neurastènic a l'hipotiroidiàtic, despistat al narcolèptic i «manca de circulació» a les cames inquietes. Fa només 20 anys dèiem reumatisme psicogen a la fibromiàlgia, dèiem que l'origen de l'esquizofrènia era el patró comunicatiu de les famílies dels esquizofrènics (el famós «doble vincle»), dèiem que la causa de l'ulcus duodenal era la personalitat tipus A...

En la mesura que la medicina és capaç de «veure-hi més» i explicar més, en aquesta mesura va donant legitimitat a una colla de queixes de la gent que, fins aleshores, en cada moment històric, s'havien interpretat com «peculiaritats» d'algunes persones, maneres que aquestes persones escollien de viure o de percebre el seu cos, però símptomes, en definitiva, que queien fora dels marges de la semiologia. Quan un fenomen humà no l'entendem, tendim a responsabilitzar el subjecte, per exemple per la via que «ell/a ho vol», encara que aquesta volició sigui «inconscient» i el pacient ho negui o no ho percebi. Triomf rotund del pensament màgic.

El progrés de la medicina parteix d'una actitud contrària: dona legitimitat als símptomes de la persona, i elimina la voluntat de la persona com a productora d'aquests símptomes per cercar altres causes. Aquesta actitud naturalista parteix de la base que no hi ha tanta llibertat interpretativa en la percepció del cos propi. Les persones tenen estils expressius molt diferents; unes són molt sofertes, altres molt poc, però totes compartim un aparell sensitiu similar. El clínic sap destriar allò d'universal que amaga un estil expressiu peculiar. Justament en això rau una de les virtuts més apreciades del clínic i de l'escolta i interpretació de què és capaç. I de la medicina en el seu conjunt en aquest camí apassionant de «veure-hi més clar».

## La fibromiàlgia com un exemple de l'efecte clausura

Malauradament, ens costa molt aprendre aquesta lliçó. Posaré un exemple: durant molts i molts anys han anat passant per davant dels metges (i dels reumatòlegs!), milers de pacients fibromiàlgics, sense que la regularitat de les seves molèsties ens duqués a proposar una malaltia nova. Per quina raó els clínics han estat tan poc coherents amb ells mateixos, per quina raó s'han negat a conceptualitzar una malaltia nova que afectava milers de pacients (no pas una síndrome rara)? Tenien por de crear una malaltia falsa i nova?

Estava operant l'efecte clausura epistèmica. És veritat que per aquesta regularitat en l'expressió humana del malestar, i per l'existència d'un grup de persones que es queixaven de manera més o menys igual, hom hauria d'haver sospitat una entitat gnoseològica. Però aleshores entra de bell nou «l'efecte clausura» i els líders de la comunitat científica pensen que és impossible que hi hagi un grup de pacients tan nombrós que no hagi estat etiquetat prèviament. Dit d'una altra manera, no s'atreveixen a mostrar-se perplexos, sinó que prefereixen raonar en termes de «peculiaritats en la manera de percebre el propi cos» o emprar el calaix de sastre del «reumatisme psicogen» per no trencar l'efecte clausura epistèmica, aquest miratge que ens diu que «ho sabem quasi tot d'allò que és important».

Ara caldria fer-nos la resposta simètrica a l'anterior: qui va ser finalment el que va «descobrir» la fibromiàlgia? Un descarat? Possiblement va néixer d'un consens fet pas a pas en una comunitat de científics que se sabien en la punta del zigurat de la reumatologia. Vull dir que el primer pas sempre el fa un agosarat, un descarat, però és un pas de tota manera tímid, i si té la sort que resulta ben acollit en el seu grup, i si aquest grup és influent, té més probabilitats que la nova definició prengui volada. Els grans avenços en medicina els fan gent agosarada, però que tenen la sort de moure's en ambients poc dogmàtics i ben situats en el zigurat del saber oficial.

En tot cas, la pregunta incòmoda encara és: quantes altres entitats similars a la fibromiàlgia ens manquen per descobrir?

## I l'*helicobàcter pylori*? La crisi d'un model biopsicosocial idealista

El cas de l'*helicobàcter pylori* també és molt interessant; un bacteri que es va descobrir a començament dels anys 70! Més de 15 anys de retard fins que no van ser admeses les conseqüències d'aquella troballa. Sens dubte, és difícil trobar un canvi de paradigma més brutal en la medicina recent, una malaltia «psicosomàtica»

que esdevé bàsicament –de la nit al dia– una malaltia infecciosa! I creieu que se n'ha extret una reflexió filosòfica seriosa d'aquest afer? No hauria d'haver comportat un correctiu fort per a moltes posicions emparades pel model biopsicosocial, que defensaven una mena de predomini absolut dels aspectes psicològics sobre el món orgànic?

Durant els anys 70 s'havia estès el terme «medicina psicosomàtica» per encarrilar un seguit de malalties i «veure-hi més clar» incorporant elements psicosocials en els mecanismes patogènics. Els resultats han estat positius i negatius. Positius pel fet que han permès relacionar variables aparentment molt distanciades, com l'efecte de variables climàtiques sobre el curs de malalties mentals o dels règims dietètics sobre malalties cròniques. Perfecte.

Però, a més va permetre una versió del model biopsicosocial «fort», que afirmava el naixement «d'un paradigma nou» dintre de la medicina. Aquest paradigma nou en el fons consistia en un predomini dels elements psicosocials sobre els orgànics. Es tractava de la intromissió d'un monisme idealista sobre els models patogènics. Molts clínics van quedar meravellats per aquesta versió mèdica de l'idealisme filosòfic. Algunes petites evidències donaven empenta a les seves posicions, per exemple l'estrès com precipitant de determinades malalties. D'aquí es va postular la personalitat tipus A. Tot plegat anava molt bé per a l'efecte clausura epistèmica, perquè ja teníem un individu estressat que es deixava contaminar per malalties... i si aconseguíem que la nostra voluntat regís novament el nostre medi intern, ens veuríem lliures d'emmalaltir. L'estrès va ocupar el paper de «cailaix de sastre» de diferents models, però en aquest punt la recerca quedava en via morta. Les «bones notícies» (dominar la malaltia dominant l'estrès) quedaven en males notícies: la recerca de l'estrès no donava els fruits esperats. O bé els avenços desmentien la seva importància, per exemple en el cas del risc cardiovascular, la colitis ulcerosa, l'asma...

No vull pas desmerèixer la importància dels aspectes psicosocials! Però hem de saber distingir entre un model biopsicosocial que fa aportacions rigoreses en el si de la recerca mèdica científica i una versió que millor en diríem psicosocial, sense el «bio», i que renuncia al model de causalitat epidemiològic i cau en posicions de monisme idealista. Davant d'aquesta tendència hem postulat una versió feble del model biopsicosocial, que el precinitza sobretot en l'àmbit relacional, en l'acte de comprendre la realitat del pacient.

## «Veure-hi més clar» en la taxonomia psiquiàtrica

En el camp de la salut mental es produeix també un trencament epistèmic brutal als anys 80, un trencament que crec que no ha estat mai analitzat de manera deta-

llada. En aquests anys aterra el famós DSM, el sistema americà de classificació de malalties mentals, basat en una fenomenologia detallada d'arrel naturalista. El treball epistèmic es produeix sense cap discussió: diferents líders dels diferents corrents de la psiquiatria espanyola adopten aquest sistema, en una confluència sense precedents en el llenguatge comú a emprar. Un sistema que, a més a més, incorpora un seguit de diagnòstics nous, entre d'altres l'estrès posttraumàtic o el trastorn d'angoixa, que es classificaven com depressió o com ansietat, sense més matisacions. Es pot ben dir que en la dècada dels 80 molts psiquiatres aprenen de bell nou la taxonomia psiquiàtrica en qüestió de mesos! De cop i volta un llenguatge comú ens porta a «visualitzar» l'espectre de malalties mentals d'una manera similar, incorporant una sèrie de «malalties noves» que fins aleshores eren classificades com «histeria» o altres calaixos. La neurosi histèrica, tan emprada fins aleshores, desapareix de la nit al dia! S'inicia una dinàmica nova en la qual resulta possible parlar entre les diferents escoles psiquiàtriques de manera profitosa, compartir casos i fer dissenys policèntrics, entre d'altres avenços. Tot sota l'enfocament naturalista que hauria encantat Kraepelin, encara que també incorporava alguns termes psicodinàmics, com ara els mecanismes de defensa del jo.

El més interessant és que tot això passa sense un debat, senzillament en un moviment de confluència que té per *primum movens* un reflex d'obediència envers una autoritat externa (l'Associació Americana de Psiquiatria). Podríem dir, de manera optimista, que aquest debat no es va produir perquè els líders d'opinió van assumir que els creadors del DSM ja s'havien posat d'acord. O potser perquè alguns van tenir l'encert de pensar que era una batalla perduda i que si no es plantava cara potser podien fer veure que «no passava res». Esculli el lector la hipòtesi que li sembli més creïble. El cas és que la psiquiatria espanyola es posa d'acord, en el seu conjunt, per parlar de la mateixa manera i, en conseqüència, per «veure-hi» de la mateixa manera.

En aquest punt, un antropòleg o un sociòleg hi sucarien pa, com se sol dir, i potser aprofitarien per emfasitzar el component social que té la construcció d'una taxonomia. Sense dubte tindrien part de raó, però no capturarien el fonament epistèmic de qualsevol taxonomia científica, que és acostar-nos a la descripció d'una realitat, tot i que sapiguem (com ens diuen els filòsofs del racionalisme crític) que no hi ha una «veritat» última, que les taxonomies són aproximatives, amb zones borroses, i que anem construint i deconstruint. Però no, de cap manera és un simple joc social.

I no és un simple joc social, encara que hi puguem veure molt de joc social, perquè tenim un criteri que en aquest cas ens salva de qualsevol especulació, el criteri de cura-

ció o millora clínica. En aquest punt, el pragmatisme, com a corrent filosòfic, ens ajuda i molt. Diagnòstic i tractament van de la mà, fins al punt que un bon tractament, coherent amb un model d'emmalaltir, ve a ser la prova del nou. I a l'inrevés, un tractament que no acaba de funcionar o un tractament que va bé per dues entitats que volem separar, posen ombres de dubte als models d'emmalaltir.

En resum:

- a) Estem immersos en uns moviments de construcció i deconstrucció de noves malalties on els nuclis de poder estan llunyans. Espanya, en el seu conjunt, hi té un paper molt minso.
- b) Es produeixen terratrèmols que són acceptats de manera disciplinada sempre que hi hagi un aval extern. Terratrèmols que no condueixen a treure lliçons del que acaba d'ocórrer, sinó que s'interpreten de manera que afavoreixin l'efecte de clausura epistèmica. Això preserva les ideologies de cada escola, encara que la seva pràctica professional pateixi canvis importants. Ara bé, a la llarga, aquests canvis en la pràctica professional produeixen un relliscar de les idees; i sense debat, sense vencedors ni vençuts, certament, però també amb una pobresa de reflexió, uns paradigmes substitueixen els altres. Diguem-ne del fenomen «canvi per lliscament».
- c) L'orientació de tot el procés ve regida –recentment– per una filosofia de fons de tipus pragmàtic, expressada en el que se n'ha dit “medicina basada en evidències”. Els models d'emmalaltir queden legitimats quan tenim un tractament específic (o senzillament «un tractament millor»). A diferència dels anys 70, avui el metge clínic està fortament desproveït d'ideologia, atent a les novetats i a substituir creences velles (per exemple, no barrejar insulina amb un antidiabètic oral) per conductes noves (en l'exemple anterior, gradació terapèutica on barregem diferents antidiabètics i, fins i tot, la insulina). El principi d'autoritat personal ha cedit al principi de proves. L'arquitectura ideològica «oberta» del metge espanyol del segle XXI no té res a veure amb la mentalitat dogmàtica del metge espanyol dels anys 70. Aquesta modèstia del metge espanyol possiblement té molt a veure amb un sentiment d'inferioritat vers el món anglosaxó. Però, globalment, ha estat molt positiu i ha impregnat la medicina espanyola d'un pragmatisme impensable només fa 50 anys.

### El drama de la psicoanàlisi

Aquest pragmatisme que impregna el pensament mèdic de soca-rel ha portat a una crisi de la psicoanàlisi en el terreny de la pràctica però també dels models teòrics.

L'any 1895, Freud va escriure una obra, *Projecte d'una psicologia per a neuròlegs*, d'orientació (i vocació) biològica clara. El seu respecte per la biologia queda remarcat en molts paràgrafs, entre d'altres en «Psicoanàlisi i medicina», datat el 1927, a les acaballes de la seva vida, on postula tenir en compte el diagnòstic diferencial somàtic davant determinades neurosis i consultar amb un internista en cas de dubte.

Tanmateix, els deixebles més descarats de Freud no van dubtar a abandonar aquest dualisme prudent i apostar per un monisme idealista que els havia de donar un prestigi ràpid, un aplaudiment de minories determinades, però al preu de l'allunyament irremeiable de la comunitat científica. És el cas de W. Reich, P. Marty, Benoit, Groddek i tants d'altres, que aposten per la força de la voluntat i de l'inconscient en els models d'emmalaltir. Aquest discurs sempre té la mateixa estructura: tenim pulsions o conflictes que es tradueixen en forces negatives que emmalalteixen el cos. Si entrem en la comprensió del llenguatge ocult, inconscient, en què s'expressen aquestes forces, podrem dominar-les i guarir-nos. Fixem-nos que aquesta tesi bufa a favor de l'efecte clausura epistèmica: tot queda «lligat i ben lligat». Ara ja coneixem el secret de les malalties, i ara, a més a més, podem guarir-nos si estem disposats a fer un camí de reflexió i a mobilitzar les energies i la voluntat necessàries.

Aquesta derivació d'una part de la psicoanàlisi resulta dramàtica perquè la psicoanàlisi en el seu conjunt és incapaç de reaccionar. I no ho pot fer perquè li manca el principi pragmàtic al qual al·ludíem més amunt, el principi de «model teòric lligat a millora clínica». Sense aquest «terra» discursiu tot queda en opinions i «autoritats» que «fan escola», i a veure qui la diu més grossa (cas d'en Lacan) per atraure més públic (recordem la llei dels petits números d'en Collins). Una dinàmica d'aquest tipus és imparable, a menys que no hi hagi un grup de gent amb molta autoritat que reimplanti el principi pragmàtic: els millors models són els que funcionen millor a efectes de guarir o alleujar, i per tant s'ha d'adoptar la metodologia d'assaig clínic per veure-hi «més clar». La bondat d'un model no deriva de la seva bellesa formal, sinó de l'eficàcia predictiva i curativa. Pragmatisme contra estètica! Veurem si una reacció d'aquest tipus és possible, ja no a Espanya —en sóc pessimista—, sinó a l'arena internacional. Però permeteu-me una predicció: si al capdavant es produeix aquesta reacció, també s'esdevindrà sense un debat, s'esdevindrà per «lliscament».

Ara com ara, la derivació idealista de la psicoanàlisi ha donat munició a les medicines alternatives, que fan un «poti-poti» entre idees vingudes del taoisme, del budisme i de la psicoanàlisi, configurant una ideologia esotèrica que dóna un control quasi absolut al ciutadà fidelit-

zat davant les angoixes quotidianes. Una ideologia que comparteixen quasi sense fissures un homeòpata, un naturista o un osteòpata, deixant les seves discrepàncies en l'ordre de les tècniques a aplicar (i moltes vegades adoptant un sincretisme que els fa emprar remeis alternatius de diferents orígens de manera simultània en el mateix pacient). Llàstima que es tracti d'un control fals. Llàstima que tot plegat torni a ser un exemple de l'efecte de clausura epistèmica!

### La relació entre medicines alternatives i medicina científica

Ja hem dit que l'efecte clausura epistèmica funciona tant en la medicina científica com en les alternatives... aleshores, on rau la diferència entre ambdues? La diferència òbviament està en el criteri d'autoritat que s'adopta.

Per a la medicina científica, el criteri d'autoritat per dirimir entre dos models o dues opcions terapèutiques és l'assaig clínic. Això porta automàticament al fet que la medicina científica hagi d'admetre diferents paradigmes a vegades competint per explicar la mateixa malaltia. Podríem dir que dintre del magma de pensament màgic sobre el que tots els éssers humans pensem, deixem (permetem, ens contenim per no enfonsar-les) determinades illes de racionalitat. En canvi, les medicines dites alternatives pretenen explicar-ho tot des d'un sol paradigma, per exemple, les energies positives i negatives de la medicina tradicional xinesa o la força vital dels homeòpates (en diem «invasió epistèmica»).

El caos aparent dels models explicatius de la medicina científica tenen una superioritat pragmàtica evident (encara que són «poc estètiques») i les medicines alternatives s'han de conformar a omplir els forats de patologies mal resoltes o no resoltes. Ara ja no ho recordem, però va ser el cas de la SIDA, amb què van fer «l'agost» fins que la medicina científica hi ha posat remei (mai millor dit). Però és clar, encara hi ha molt sofriment i per tant força camp per a les medicines alternatives. A més, aquest tipus de medicines no tenen cap mena de filtre ètic i s'aprofiten descaradament de les inquietuds, temors i modes de la societat. I poden emprar els instruments potents del pensament màgic.

En la frontera entre medicina científica i pràctiques alternatives, se situen un seguit de professionals sanitaris, amb titulació oficial, que poden fer un ús prudent, ètic i compassiu de determinades pràctiques o bé en poden fer un ús clarament abusiu. Cap problema ètic quan una pràctica alternativa deriva en pràctica complementària a la medicina científica, però a vegades aquesta premissa (recollida en el codi deontològic) no està completament clara. És el cas d'un metge acupuntor que s'arrisca a tractar una pneumònia sense antibiòtics.

L'estratègia que semblen haver adoptat les institucions oficials és la de deixar un espai a aquestes pràctiques a canvi que s'ajustin als codis deontològics i, per tant, que deixin de ser pràctiques alternatives per esdevenir pràctiques complementàries. El preu que es paga és una certa legitimació de les pràctiques esotèriques. Un altre efecte menys aparent és el de medicalitzar una sèrie de pràctiques que s'estaven efectuant en un àmbit extern al sistema sanitari. Ara sembla que aquestes pràctiques s'haurien de fer fins i tot als ambulatoris, per què no? Fins i tot li semblaria al públic que aquells centres de salut que poguessin oferir pràctiques alternatives serien superiors als centres de salut normals.

I ens podem preguntar, més seriosament, i per què no? Per què no incorporar tècniques com el reiki o l'homeopatia? De ben segur que inicialment un assaig clínic deixaria ben parades aquestes tècniques, perquè pel simple fet d'actuar sobre una població adolorida, a la qual escassament podem oferir teràpia física, rehabilitació o d'altres recursos que no siguin farmacològics, de ben segur comportaria una millora. I en aquest punt la confusió podria ser delirant. Podem arribar a afirmar (assaigs clínics en mà) que determinades pràctiques esotèriques «funcionen» senzillament perquè estem actuant sobre una població on els recursos emprats per donar resposta a les seves necessitats són molt inferiors al que es necessitarien. I de manera conseqüent amb les troballes «científiques», podríem destinar recursos públics a posar en marxa aquests tipus de medicines alternatives en detriment d'altres recursos del tot necessaris i infradotats, com és el cas dels serveis de rehabilitació.

M'interessa destacar una tesi que apareix repetidament quan es parla de les medicines alternatives. La tesi ve a dir que aquestes pràctiques floreixen perquè són més humanitàries i més centrades en el pacient que la pràctica mèdica «oficial». No ho crec pas. Es pot practicar una medicina alternativa respectuosa amb l'ésser humà, però també tan distant com la que més. I no crec que els continguts vitalistes, o animistes, i sempre idealistes, d'aquestes pràctiques clíniques s'hagin de considerar un tret «humanista». Parlar d'energies positives no implica un enfocament més humà que parlar d'una infecció. I finalment, resulta admissible afirmar que són pràctiques centrades en el pacient, quan introdueixen elements interpretatius màgics que l'aparten d'una visió més objectiva del seu cos i de la seva biografia? Més aviat el que fan és allunyar el pacient d'una interpretació més acurada i objectiva del seu cos. Aleshores, per què tenen clients? Molt senzill, a la gent li agrada contactar amb el seu «residual» màgic. Accepten l'autoritat de la medicina oficial, però els va bé conservar una mica (o un molt) del pensament màgic. En aquest punt, ens hem de mostrar comprensius. Res a dir en l'ús dels instruments màgics per part de l'individu, però molt a dir

quan traspassa al debat públic. Perquè en el debat públic ens juguem el procés d'humanitzar-nos, és a dir, el procés de fer-nos «més persones».

### La gent, sap el que vol? La racionalitat del ciutadà del segle XXI

Entrem aleshores en el voraviu del debat... Quina contribució ha de fer la medicina en aquest esforç col·lectiu per humanitzar-nos, per avançar vers un ideal d'ésser humà? I apareix a l'horitzó una pregunta inquietant... Ah!, però és que podem dir que la gent avança cap a un ideal? Podem dir que la gent sap el que vol? Sense anar més lluny, Espanya és un dels països europeus amb més intervencions de cirurgia estètica, unes 400.000 l'any 2006, amb un volum de negoci d'uns 800 milions d'euros. Ens hem tornat bojos? A això en podem dir avançar cap a un concepte d'humanització?

La definició aristotèlica de l'ésser humà com animal racional sembla quedar desplaçada per una altra definició més modesta, d'un ésser humà com animal que de vegades raona. Estem en plena metafísica de l'ésser humà com a ésser emocional. La història arrenca en una conjunció de científics i filòsofs, a mitjan del segle XX. Paul McLean defineix la seva teoria del sistema límbic, un cervell emocional com a nucli del cervell «superior» dels mamífers. Damasio hi afegeix llenya en proposar el «marcador somàtic», un marcador de tipus emocional, imprescindible per prendre decisions. Gardner i Goleman troben bons motius per proposar una intel·ligència que arranca justament de les emocions. Ara ja tot és «intel·ligència emocional». Michel Lacroix ha volgut fer-ne un retrat sociofilosòfic parlant del culte a l'emoció com el tret més específic del moment actual. Per a aquest autor l'ésser humà ha posat en els altars l'emoció immediata en detriment dels sentiments, més reflexius. Tot ha de ser «ara i aquí», tot ha de ser emocionant, qualsevol esforç es justifica si emociona.

Això porta automàticament a la lectura contrària. Hem d'evitar caure en la cerca d'emocions i més aviat ens hem de concentrar a educar els sentiments (J. Marías), hem de practicar les virtuts de la cortesia, de les bones maneres (S. Giner, V. Camps), per crear una xarxa familiar i social al nostre voltant, única capaç de dotar de sentit la nostra vida. Emergeixen aleshores dos corrents filosòfics que són els que atrauen més pensadors al voltant, dos enfocaments humanistes nascuts en el món occidental, és cert, però que tenen la virtut d'estructurar les fortes tradicions cristianes i laiques. Em refereixo al personalisme (en les seves variants cristiana o hedonista) i l'ecologisme (o humanisme ecològic).

Ara bé, apareixen dubtes que aquests moviments humanistes siguin de debò representatius de l'home modern. Potser tot plegat són especulacions d'unes minories

intel·lectuals més o menys extenses, però el gruix de la població fabrica un estil de vida amb valors materialistes, hedonistes, individualistes, que tendeix sempre a la descohesió social, però també a la cerca d'elements de fascinació que els permetin identificar-se amb un país, o un grup, i augmentar l'autoestima, en explosions col·lectives més que no pas en una tasca civilitzadora persistent i constructiva.

Aquesta visió posa ombres molt pessimistes sobre l'ésser humà. En l'àmbit de la medicina, afirmaria que la gent maximitza allò que en pot treure dels serveis sanitaris sense importar-li de fer-ne un ús excessiu. Ens diria també que la gent a vegades es queixa per queixar-se, per donar curs a les seves ansietats, o que actua a remolc de modes i interessos econòmics que els manipulen. Tot això té força sentit i, sens dubte, en alguna mesura, està passant. Però també hi ha motius per defensar una racionalitat de fons d'aquest ciutadà del segle XXI.

En primer lloc, diré que la gent no es queixa per queixar-se. La percepció del cos en general és força consistent, constant i, fins i tot, previsible. Ens queixem de les digestions, de l'aparell locomotor, de la pell, de les sensacions propioceptives que ens esveren (justament, les nostres vísceres estan mal representades corticalment i poden experimentar destruccions tissulars importants de manera molt silenciosa, i això sembla com si la gent ho sabés de manera intuïtiva!). Quan la gent es queixa ens ho hem de prendre seriosament sempre. I la gent voldria explicacions per a tot, per «aquesta punxada que tinc en el tòrax de vegades, quan em poso nerviós», o «per aquesta sensació opressiva només quan em poso pla al llit»; voldria clausurar la sensació de perill, de descontrol. En aquest punt, es perd la racionalitat. La por ens fa menys racionals. Però fins i tot això és molt humà.

En segon lloc, la gent pot caure en modes, però no és ximple i allò que fa té una lògica que hem d'examinar sense prejudicis. No podem agafar la conducta d'algunes minories elitistes com fets generalitzats (cas de la cirurgia de mames) ni tampoc podem basar-nos en la percepció que poguéssim tenir els metges assistencials i pensar que un sector de pacients hiperutilitzadors del sistema, o pacients hipocondríacs, són representatius de la majoria dels pacients. En el cas dels professionals de la salut, per ser objectius, cal eliminar cert cansament derivat de les nostres pràctiques clíniques (tenir molt present el perfil de «pacient difícil» és un exercici pèssim per analitzar la realitat sanitària d'un país, perquè tendim a magnificar la seva importància i a fer una anàlisi des de la irritació).

Tot això no vol dir que la gent sàpiga el que vol. Hi ha un percentatge de gent que no sap ni sabrà mai el que vol, perquè per «saber el que volem» hem de configurar

un sistema de valors, uns projectes i, en conseqüència, una certa «vida de l'esperit», que diria Compte-Sponville. I això vol reflexió i compromís, i un percentatge de gent no té ni una cosa ni l'altra... Per això resulta possible manipular la gent i aquesta manipulació pot arribar a tenir un efecte «ona» que arrossegui milers de persones incautes. És el cas de la cirurgia estètica. Però no ens hem pas d'escandalitzar. Hem de procurar, això sí, que hi hagi informació precisa i equànime als mitjans de comunicació per augmentar la llibertat de la gent a l'hora de prendre les seves decisions. Però tampoc ens hem de sentir horroritzats pel fet que la gent s'equivoqui, si aquesta equivocació pertany a l'àmbit privat, i a més en paga la factura. Tenim dret a equivocar-nos, fins i tot a experimentar les modes, per què no? Però això sí, hem de ser coherents!; i cada persona ha d'assumir, si cal, els seus fracassos. Cal una certa pedagogia que faci la gent més responsable dels seus actes (activar el seu *locus de control intern*).

Ara bé, en conjunt, la societat possiblement avança en la direcció correcta. Anteposa una ètica de mínims (A. Cortina), com ara la justícia, la igualtat, a d'altres valors; anteposa la norma abans que el convenciment... Tot això és cert, però són els mecanismes d'enginyeria social que hem après. Per desgràcia, la hiperconnectivitat de l'home modern, envoltat de televisions i amb accés a ingents quantitats d'informació, no ens està fent més bons de manera automàtica. També ens fa a vegades més dolents i més perillosos per al conjunt de la humanitat. Mai les minories delinqüents han estat tan perilloses, i això ens obliga a nous ajustos en les normes de convivència, en els mecanismes de control de la delinqüència, en la manera de respondre a les demandes de les altres persones. L'home hiperconnectat ha de ser una persona amb més paciència. Una persona que ha de saber donar més raons per enraonar perquè el seu destí és enraonar molt. I potser per aquí, per imperatiu de les noves normes que ens donem, potser partint d'una ètica de mínims (però sense conformar-nos), arribarem a saber dialogar i a ser més respectuosos.

### **Més respostes inadequades: formes ideològiques justificatives**

El món comença a ser massa complex per entendre'l. Els professionals de la salut contacten diàriament amb aquesta complexitat. Viuen, en el millor dels casos, compartint ideals d'igualtat, d'equitat, de solidaritat amb la persona que sofreix. Però quasi cada dia han de decidir entre valors institucionals o privats, entre fidelitats degudes al pacient o a l'empresa que el contracta. També diàriament afronten un fracàs moral, el fracàs de les franges de població desclassades i marginals que no troben lloc en una societat llançada a l'èxit. Un fracàs moral extern i un fracàs moral intern, no tenir temps per donar una res-



posta òptima als pacients, ni mitjans, i a vegades, tampoc prou energia o motivació.

Novament, ens trobem amb respostes a aquesta complexitat profundament equivocades. Una primera resposta és el professionalisme com a corrent ideològic promogut des d'instàncies institucionals per esperonar els professionals «cremats», desencisats o mediocres. Un discurs d'integritat professional creïble només pot partir dels professionals que lluiten diàriament amb el sofriment de l'ésser humà. Un moviment d'aquest tipus, teledirigit des del poder, estaria destinat al fracàs més rotund i aconseguiria just els resultats contraris: activar la reactivitat del col·lectiu sanitari. Ho diré d'una manera més clara: un gerent no pot ensenyar professionalisme als professionals de la salut. En tot cas, pot facilitar els corrents favorables a una renovació moral de les professions. I per cert, aquests moviments són cíclics i sempre necessaris. Vénen a ser un retrobament necessari, un «carregar piles» que cada generació de professionals clínics ha de fer diverses vegades en el seu desenvolupament biogràfic.

Aferiré que l'impuls més meritori al professionalisme que es pot fer des de les gerències és no confondre un bon professional amb aquell que té uns bons indicadors d'activitat. Avui dia, podem trobar que els professionals millor situats en indicadors poden ser efectivament els millors professionals, però també especialistes a treure's del damunt els pacients complexos o a foragitar els hiperutilitzadors.

Un dels fenòmens que preocupa els polítics és que la gent fa cada dia que passa més demandes als serveis sanitaris. S'havia especulat els anys 80 que una bona medicina preventiva havia d'abaixar costos, i heus aquí que sembla quasi a l'inrevés: pel fet d'allargar la vida també ens sobrecarreguem amb patologies cròniques noves. La prevenció possiblement allarga la vida, però no ens lliura de les xacres pròpies de l'edat. I a més a més, sembla que la gent exigeixi més als serveis sanitaris, més rapidesa en l'atenció, més accessibilitat, més procediments diagnòstics, etc. El polític, davant d'aquesta realitat tan complexa i exigent, necessita veritats indubtables per actuar i comprarà les tesis que vegi coherents per donar-li resposta.

El millor que pot passar és que el polític vulgui reflexionar col·laborativament, amb gent que li aporti enfocaments diferents. El pitjor és que compri les tesis més boniques i senzilles, i les tesis conspiradores i justificatives ho són. Ja hem parlat de les primeres, fem-ho de les segones.

Les tesis justificatives ens porten a defensar la realitat social tal com és. Quan hi ha protestes són protestes interessades, fruit de certa manipulació, però no responen

a res important o real. Si els serveis de rehabilitació estan a vessar és perquè la gent o els professionals en fan un mal ús. Ídem pel que fa als serveis d'urgències. Les tesis justificatives empenen força bé la culpa i desplacen la responsabilitat vers els estaments o les parts de l'organització que tenen menys poder i menys capacitat de respondre a les acusacions de manca de productivitat o manca d'esforç. L'atenció primària hem estat blanc predilecte de les tesis justificatives.

Però aquest perfil discursiu també el fa seu el professional de la salut amb resultats prou curiosos. El pacient artròsic que demana serveis de rehabilitació acaba sent «un pesat». Emergeixen una colla d'etiquetes per anomenar els pacients que d'una manera o d'altra queden mal solucionats: pacients hiperutilitzadors, pacients exigits... No negaré pas la seva existència, però ara m'estic referint a l'ús que fem d'aquestes etiquetes, com ens justifiquen en les nostres veritats, en la visió d'un sistema sanitari perfecte enutjat per gent poc responsable. Si voleu, vindria a ser l'efecte de clausura epistèmica, aquesta vegada projectat sobre les organitzacions.

Ara bé, les tesis justificatives es combinen amb el culte a l'opinió pública. Si en l'ordre econòmic el màrqueting i el *packaging* (la publicitat i l'embolcall) amaguen la qualitat del producte (R. Sennett), alguna cosa semblant passa en l'àmbit de la salut. La qualitat aparent costa menys d'aconseguir que la qualitat dels procediments, i sobretot, es tracta d'un objectiu assolible en una legislatura, justifica el polític que ho fa i dissipa les tensions del sistema. L'esforç més constant del polític no acostuma a dirigir-se a l'anàlisi de les tensions internes, sinó a apai-vagar els protagonistes que manifesten descontent.

El cas de l'atenció primària és força paradigmàtic de tot el que diem. En ser un graó institucional feble, recau sobre ella amb impunitat completa tot tipus d'acusacions; per exemple, que no filtra prou les urgències hospitalàries, o no és prou resolutiva, o que recepta malament. Amb una mica de traça, aquestes posicions poden enfrontar líders professionals d'aquests àmbits, o de diferents estaments (metges versus infermeria), i les tensions queden al final metabolitzades com picabaralles entre sectors professionals. Altres vegades es proposen mesures amb impacte mediàtic, però quasi mai mesures on més calen: que cada pacient disposi d'un historial clínic «reflexionat» i que integri —amb intel·ligència creativa!— les dades que hi figuren.

Aquest tipus de moviments culpabilitzadors els hem viscut en tot tipus de governs i partits, el que sembla indicar que són formes ideològiques «de fons», automatismes que sorgeixen com a estratègies de dissipació de tensions, fins i tot, coexistent amb formes ideològiques «superiors», és a dir, amb esforços més consistents i deliberatius per assolir una bona comprensió de la realitat.

## Algunes conclusions

Els poders polítics i professionals conflueixen en un diagnòstic de la situació actual. Hi ha, segons aquest diagnòstic, un «consumisme sanitari més gran d'una població més informada, amb una gran preocupació per la salut i amb poca tolerància a trobar-se malament» (Comissió d'ordenació de la professió mèdica, Consell de la Professi6, 2007). Podríem preguntar-nos si una definici6 semblant no l'haurien signat els metges dels anys 30 o 70 del segle passat. Potser estem fent diagn6stics semblants al que feia Plat6 del jovent, eixebrat i irresponsable, en una mena de miratge generacional. O potser estem descrivint un fenomen real, una tendència hist6rica vers una cura millor i m6s exigent de la nostra salut.

Si volem tenir un discurs m6nimament coherent hem d'intentar un diagn6stic equ6nime de la situaci6 que vivim, un diagn6stic allunyat de les tesis conspiradores, per6 tamb6 d'altres contaminants m6gics. Siguem una mica m6s concrets, encara que caiguem en el risc de simplificar el nostre discurs.

El pol6tic hauria de ser molt cur6s de no activar discursos basats en la culpa, en la voluntat dels agents socials, o en l'estigmatitzaci6 de les intencions d'aquells col·lectius que el repton. Per contra, hauria d'envoltar-se d'instàncies deliberatives i afavorir aquesta mateixa deliberaci6 en el si de la societat, com a garant de la llibertat individual. Tamb6 hauria d'esmerçar esforços vers la qualitat dels procediments davant la qualitat aparent o els «cops d'escena».

El professional tamb6 hauria de ser molt cur6s de no activar els discursos culpabilitzadors vers els pacients. Les tesis conspiradores, tipus Illich, donen munici6 a un metge «cremat» que de cop i volta troba plena justificaci6 a la seva insatisfacci6: pol6tics irresponsables, les forces obscures del mercat i un pacient que no sap el que vol. Un escenari perfecte que el justifiquen en la seva manca de motivaci6. Per contra, el professional hauria d'interrogar-se on situa la seva autoestima, si en el cistell de la relaci6 amb d'altres companys o en el cistell de la satisfacci6 i servei als seus pacients. Hauria de renovar el seu compromís amb els valors professionals, no pas des d'un discurs d'integritat professional teledirigit pels poders p6blics, sin6 per la mateixa dinàmica de les societats científiques i com un procés normal de renovaci6 de l'ideari.

El pacient hauria de tenir una visi6 realista del que pot fer o no pot fer la medicina en cada moment hist6ric i el que es pot o no es pot pagar. Avui, a començament del segle XXI, potser hem minvat el sofriment humà de les societats avançades, per6 encara en queda molt i molt, de sofriment, tant que no ens l'acabarem. Davant de

tesis confrontades, l'única estratègia viable és avançar amb les institucions i els professionals en un pacte renovat de bones maneres, corresponsabilitat i solidaritat.

Hauríem d'entendre que la felicitat del pol6tic consisteix a veure reconeguda la seva feina, la felicitat del professional de la salut a poder treballar bé, i la del pacient a ser atès amb eficàcia i preservar la seva dignitat. L'escenari actual no pot ser m6s decebedor. Cap d'aquestes tres condicions de felicitat es donen. La pol6tica està submergida en un descrèdit que minva els mèrits –i la recompensa– d'un pol6tic esforçat. El professional treballa amb una pressi6 notable i ha d'anar pidolant en l'àmbit de la primària els famosos 10 minuts. I el pacient, sobretot en les àrees d'urgències, és atès força vegades amb perill de la seva dignitat.

Les tres condicions de felicitat semblen conceptualment allunyades, per6 potser la distància entre pol6tics, professionals i ciutadans diuen molt del temps que ens toca viure. Hem decretat la mort de les utopies, per6 caiem en la temptaci6 de predicar-les. Apostem decididament per una visi6 científica dels nostres problemes, per6 no volem renunciar al consol del pensament m6gic. Ens queixem dels impostos –fins i tot no els volem pagar– per6 volem serveis de qualitat. Parlem de col·laboraci6 i creem i estimulem institucions amb un clima bàsicament competitiu.

Potser el denominador comú és una manca de criteri, entès a la manera de Balms. Tenir criteri, per a Balms, és comprometre'ns amb una idea i mantenir-la quan les conseqüències són o poden ser negatives. Tenir criteri pot confondre's fàcilment amb caure en posicions dogmàtiques. Res a veure. La reflexi6 i la deliberaci6 serveixen justament per canviar o afinar els criteris. En aquest joc de millora dels criteris hi trobem el nucli de l'enginyeria social, per6 tamb6 el motor de l'ètica m6s actual, basada en el diàleg i en un estil de pensament que deixa –i demana– espai a la discrepància. Una discrepància que, en darrer terme, ha de passar pel filtre dels resultats en salut com darrer jutge de les nostres actituds i accions. ■

### ■ FERRAN SALMURRI

*Psic6leg, Hospital Cl6nic i Provincial de Barcelona*

*Des de la psiquiatria i la psicologia a vegades s'ha intentat fer un diagn6stic de la salut mental de la societat. Per exemple, Freud parlava del malestar en la cultura. Altres autors han parlat del neuroticisme. El model de conducta A comportava tamb6 una certa aproximaci6 a l'estrès... Creus que aquests intents de dibuixar una psicopatologia de la nostra cultura ens d6na una perspectiva interessant? I d'altra banda, serveix d'alguna cosa, en relaci6 amb d'altres enfocaments?*

Des de la psiquiatria i, a vegades també, des de la psicologia s'ha intentat fer un diagnòstic de la salut mental de la societat. Ha estat l'intent d'entendre o explicar el comportament o comportaments de les suposades majories des d'una visió psicopatològica de la vida. Però aquest model basat en la suma de símptomes per poder establir un diagnòstic i després aplicar un tractament anti-diagnòstic és essencialment inapropiat i inadequat. No és possible parlar de patologia d'un grup, en tot cas, s'ha de parlar de la patologia de cada un dels individus del grup. Tot i que certa malaltia sigui majoritària, afecta cada individu. Confondre el grup amb la suma o mitjana d'una certa part de la població, amb freqüència porta a generalitzacions d'eficàcia dubtosa, ja que si el diagnòstic no serveix per a la intervenció, és a dir, per al tractament, llavors només és útil des de la perspectiva del lament i de la recerca de culpabilitats. Així, per exemple, davant de fets com la mort d'un nen o un jove a mans d'un o d'uns altres, solem cercar explicacions dels fets, freqüentment, establint diagnòstics i atribuint culpabilitats. Però tot això només serveix per quedar-se més tranquil, donat que si ja hi ha un culpable, nosaltres, els altres, no tenim la culpa. I tots tan tranquils! Aquest és un exemple de la ritualització i la banalització de la vida. Se sol caure en la rutina de valorar amb uns esquemes, amb unes coordenades, erronis. És l'hàbit internacional de fiscalitzar, jutjar i condemnar i no aportar solucions que és com donar voltes a la cadira. He de reconèixer que fins aquí és una opinió, la meua, sense que aporti cap dada científica que ho suporti i, per tant, absolutament susceptible de ser discutida, però des d'una perspectiva clínica no podem parlar de la patologia col·lectiva com a suma de la patologia individual. Altra qüestió serà que des d'altres àrees del coneixement es puguin establir i demostrar altres conclusions.

Se sol parlar dels factors de risc pel «malestar» i amb molta freqüència s'ignoren els factors protectors del «benestar». És ben coneguda la relació estreta entre emmalaltir i els factors emocionals. Però a l'hora d'abordar els tractaments, en els centres de salut mental, dia a dia es fa palès l'augment de l'ús dels fàrmacs. No ja en d'altres departaments de salut! Sense qüestionar l'eficàcia ni la conveniència de l'ús dels medicaments, un exemple clar el tenim en el cas dels nois amb un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat. La impulsivitat i les dificultats d'atenció sovint se solen abordar exclusivament amb medicació. Però aquesta no ensenya a estar-se quiet o a pensar abans d'actuar. I el mateix podem dir de les afectacions de l'estat d'ànim. La medicació no ensenya el pacient a prendre's la vida d'una manera més apropiada. Com, tampoc, a la persona amb excés d'ansietat, a controlar-la. Un altre cop estem davant d'una situació perversa per estar sotmesa a l'únic criteri de l'obtenció del benefici més immediat que en aquests casos és l'econòmic. Des d'aquesta vessant és del tot

imprescindible insistir en la necessitat de millorar l'educació, i no solament dels menors, sinó també, dels adults.

Els problemes dels éssers humans no solen derivar-se del que som ni, tampoc, del que tenim. Els problemes que es pretenen explicar per mitjà d'aquest model de salut-malaltia provenen de la ignorància. El que es pretén descriure no es deriva tant del que som o del que tenim, sinó que prové del que no sabem. Es parla del «neuroticisme» d'una societat o d'una cultura per referir-nos a la manca d'estabilitat emocional de la majoria, quan la qüestió està en si sabem o no, si tenim o no, una educació adequada de les emocions pròpies. El problema, doncs, està en el que no sabem. Estudiar o explicar aquests processos des del diagnòstic és, per tant, del tot insuficient, inadequat i, com sovint passa, ens porta a valorar la vida des de coordenades incorrectes i distorsionadores.

Per tant, són dos aspectes els que cal qüestionar. Un és si el model de salut-malaltia és l'adequat per valorar els diferents aspectes de la vida. L'altre és si, en el millor dels casos en què s'observa una certa eficàcia dels fàrmacs en modificar les emocions, per si mateix aquest fet justifica el seu ús quan, en la major part de casos, el que necessita el pacient és aprendre el que no sap. No pretenc en cap moment qüestionar ni l'eficàcia dels fàrmacs ni la seva idoneïtat o conveniència en molts casos. Només pretenc remarcar el fet tenint en compte que gairebé tots els pacients adults amb algun trastorn de l'àmbit de la psicopatologia reben tractament farmacològic i molt pocs accedeixen a tractament psicològic.

En l'actualitat, els trastorns psicopatològics motiven una de cada quatre consultes d'atenció primària i, entre aquestes, els trastorns de l'estat d'ànim i els d'ansietat representen el 80%. A l'any 2005, a Espanya, es van consumir 35 milions de fàrmacs de tipus ansiolític o tranquil·litzant. En aquell any, la despesa en antidepressius va superar els 450 milions d'euros (75.000 milions de les antigues pessetes). A l'actualitat, a Catalunya, el risc que un jove pateixi una depressió és tres vegades més alt que el risc que tenia el seu avi. L'altre dia se'ns informava que el suïcidi és la primera causa de mort en persones entre 16 i 45 anys. És un indicador del malestar i el patiment emocional. I tot plegat va en augment, com també l'aparició de trastorns nous, com els que es deriven del consum i abús de substàncies tòxiques o els trastorns alimentaris o dels addiccions als videojocs o a la compra compulsiva, per posar uns exemples. És de tota lògica pensar que la rapidesa dels canvis tecnològics i transformacions socials, alguna cosa poden tenir a veure. No és la meua intenció valorar les possibles causes d'aquests fets, però sí assenyalar les dificultats d'adaptació que tot això comporta, amb el subseqüent patiment emocional. El progrés emocional no està seguint

una evolució paral·lela a les noves formes de vida. En certa manera podem dir que encara estem emocionalment a la prehistòria.

El fet és que els éssers humans, després de dedicar-nos a la supervivència, el que pretenem, el que desitgem i cerquem és ser més feliços. És sentir-nos bé amb nosaltres mateixos i amb el que ens toca viure. Estem parlant de sentiments i emocions. I a falta de saber com aconseguir-ho, es busca en l'obtenció de riquesa, en omplir la nevera i, principalment per a la gent jove actual, en el consum de substàncies tòxiques. Sembla com si la realitat volgués donar la raó a Aldous Huxley quan en *Un món feliç* descrivia, el 1932, l'accés futur a la felicitat per mitjà, justament, de la droga. Sempre seguint allò del benefici més immediat amb l'esforç mínim. Anem com bojos a la recerca de sentir-nos bé o més bé, però no encertem el camí.

Però avui tenim alguns coneixements per aprendre i per ensenyar als menors, altres maneres d'accedir a aquests sentiments i emocions. Voldria des d'aquesta tribuna fer una crida en favor de l'actuació necessària en matèria preventiva. No ens donem una educació emocional adequada, és a dir, no ens facilitem uns factors de protecció, ni la proporcionem als nostres menors i després ens lamentem dels factors de risc, cercant culpes i culpables i actuant *a posteriori* apagant focs de la forma més econòmica, que no sempre és la més convenient. Si li dediquem una atenció més adequada a la prevenció, almenys en aquest terreny, no només podria pal·liar-se l'augment de demanda amb la càrrega econòmica subseqüent, sinó, el que és més important, reduïrem el patiment emocional. ■

## ■ JORDI SÁEZ

*Ginecòleg, President del CEA, Hospital de Terrassa*

***El tema del tractament hormonal substitutiu ha fet córrer rius de tinta... Es tractava senzillament d'un tractament per evitar els símptomes de la menopausa o hi havia al darrere l'intent d'allargar una certa joventut? Se'n pot treure de tot plegat algun tipus d'ensenyament o conclusió?***

La recerca de la joventut eterna és tan antiga com la humanitat, des que les persones són conscients de la seva condició de mortal. Les comunitats més primitives bevien la sang dels animals joves i forts com a font d'energia. Posteriorment, es va considerar que l'alè era el transmissor de la vida; és coneguda la història del romà Claudius Hermippus, que va viure 115 anys gràcies al fet que durant tota la seva existència va anar aspirant regularment l'alè de noies jovecetes. Exemples de la

recerca de l'elixir de l'eterna joventut els hem tingut a totes les èpoques de la història.

No voldria que d'aquesta petita introducció es tragués la conclusió que el tractament de la menopausa obeeix solament a la recerca de la solució màgica, de la conservació de la joventut.

Abans de continuar, crec oportú aclarir dos termes que sovint s'utilitzen com a sinònims, però que tenen significats diferents. M'estic referint als conceptes de menopausa i climateri. Quan parlem de climateri (del grec *klimakter*) ens estem referint a una etapa de la vida de la dona que marca la transició d'un període amb capacitat reproductiva a un altre que no la té. És, doncs, una transició de durada poc definida. El concepte ginecològic de menopausa té a veure amb un fet puntual: el final de la regla. Quant a concepte, serien equiparables als de pubertat i menarquia. Pubertat correspon a un període de temps en què es produeix una eclosió hormonal i la nena es transforma en dona, mentre que la menarquia fa referència al fet puntual de la primera regla. Em referiré aquí a la menopausa, no al climateri.

Certament, és un fet evident que la cultura occidental premia la joventut i penalitza l'edat. Quan ens referim als canvis que es produeixen des del naixement fins a la maduresa, s'utilitza habitualment la paraula *desenvolupament*, terme amb una connotació evidentment positiva. Per contra, quan ens referim al climateri ho associem a *envelliment*, amb un sentit de pèrdua.

La menopausa correspon a una etapa de la vida marcada per canvis tant biològics com psicològics i emocionals, en la qual hi tenen molt a veure les pautes culturals i els estils de vida. Al contrari que aquí, en altres entorns culturals, la dona, en fer-se gran, adquireix reconeixement i prestigi social. En països asiàtics, la percepció de la menopausa és molt més positiva i holística, i habitualment el conjunt de la població femenina presenta menys símptomes i de menor intensitat que a les societats occidentals. A gran part del continent africà, l'arribada de la menopausa es viu com un fet positiu, entre altres raons perquè per a una població amb accés difícil a tècniques de contracepció, la menopausa representa una despreocupació per futurs embarassos.

Un altre factor a tenir molt en compte quan parlem de tractaments és que ara la vida és molt més llarga. Una dona a l'antiga Roma vivia de mitjana 34 anys. Al segle XVII, tan sols el 5% de les dones feia els 75. Entre nosaltres una dona passa molt més d'un terç de la seva vida després de la menopausa.

Fent una mica d'història, el primer tractament informat pròpiament de teràpia hormonal substitutiva (THS) es remunta a l'any 1896. Una dona va ser tractada pels

seus símptomes, i sembla que amb èxit, amb extracte de teixit ovàric boví. El primer preparat comercial va ser introduït el 1926.

A partir de la dècada dels 70, s'inicia a tot el món occidental una autèntica ofensiva per part de la indústria farmacèutica, que té davant un mercat potencial extraordinari: una societat molt medicalitzada i que veu la menopausa quasi com una malaltia. Entre nosaltres, el 60% de la població femenina manifesta tenir símptomes relacionats amb la seva menopausa, i el 20% pateixen alteracions que condicionen el seu benestar de forma important i que són susceptibles de tractament. Tot i així, les taxes màximes de tractament hormonal substitutiu al nostre país es xifren en el 12%, molt inferiors a la majoria de països europeus.

A partir de la publicació de l'informe WHI, a l'any 2002, aquesta xifra va baixar espectacularment i actualment al nostre país estem entre el 6% i el 7%. És més, de les pacients amb THS només entre el 23% i el 30% segons dades actuals de la Societat Espanyola per l'Estudi de la Menopausa continuen el tractament passat un any.

La situació ha variat molt un cop coneguts els resultats del cèlebre informe, més per desconeixement i error d'interpretació que no pas pels resultats de l'estudi. La conseqüència, una disminució dels THS. Aquest retall ha afectat dones sotmeses a THS amb indicació de medicament qüestionable, però també a altres amb total indicació terapèutica a causa de la seva càrrega simptomàtica. La indústria farmacèutica, perjudicada per la caiguda dels seus beneficis, inicia una campanya de sensibilització, tant pel que fa als grans avantatges que el consum de productes amb fitoestrògens tenen per a la salut de la dona, com per la seva innocuïtat, i així es torna a recuperar mercat. S'ha creat una necessitat nova de consum.

Certament, els metges som uns dels grans responsables de tot aquest moviment. Alguns per desconeixement i altres per evitar-se problemes desaconsellen la THS, però la realitat és que sovint es recomanen altres tipus de tractaments tot cedint a la pressió de la indústria i deixant-se portar per la tendència actual de la que s'anomena «medicina del disig», tan extensa en els nostres dies. També els mitjans de comunicació hi han contribuït difonent una informació totalment esbiaixada i no sempre contrastada.

En conclusió, penso que no estem situats en un context de «medicalització» excessiva si parlem únicament del tractament simptomàtic de la dona menopàusica. Altre escenari és quan fem referència a tractaments de prevenció respecte a d'altres patologies.

Potser la qüestió seria: amb una esperança de vida al voltant dels 83 anys, no es lícit procurar-se una qualitat de vida màxima? ■

## ■ Debat de la taula: Taula 2

**Francesc Ferrer Ruscalleda**, metge internista. President del CEA. Hospital Creu Roja de Barcelona

Voldria fer un comentari arran d'una notícia apareguda en un diari recentment. Es tracta d'una sentència d'un tribunal de fora de Catalunya que va absoldre un professional no-metge davant d'una demanda que li havia interposat una persona que tenia càncer i a la qual se li havia cobrat al voltant de 12.000 euros i se li havia donat tot tipus d'esperances.

El tribunal va absoldre el professional sobre la base que infondre fe no és un delictes i que el professional mai no va dir que el curaria amb mètodes racionals, sinó amb mètodes que podríem anomenar quasi màgics. D'aquí es podria deduir que el ciutadà ben informat pot decidir el que cregui que més li convé.

La segona reflexió que volia fer era sobre el suposat dogmatisme dels metges i per això em remunto a la dictadura franquista. L'any 1939 es va impulsar la creació de sanatoris anti-tuberculosos a totes les províncies fent cas als experts i els metges davant de la manca d'alternatives, sembla que es van posar molt contundents amb les seves postures.

En tercer lloc, crec que hem de tenir en compte l'economia de mercat, que és la que regeix en la nostra societat i on la indústria, per tant, té el seu rol amb les normes establertes. Hi ha molts països dels anomenats subdesenvolupats que també tenen molts remeis també des del punt de vista cosmètic, potser diferents als nostres, com són les danses del ventre però que també tenen una finalitat medicamentosa.

En el canvi que s'ha produït en el nostre àmbit, els metges hi hem tingut molt a veure, però no hi hem anat sols, la societat ens hi ha acompanyat o, potser, ens hi ha portat i, això, sense ànims de voler fer una crítica al sistema sanitari anant potser massa enllà.

S'assembla als pares sobreprotectors que al final fan nens ximplers. Per tant, retorno al tema del començament, el sistema i els professionals han de procurar que, si el pacient realment és el centre del sistema, estigui ben informat i, això, l'ha d'ajudar a prendre una decisió.

Òbviament, si aquesta decisió no és compartida pel metge, aquest li pot indicar que ell no el pot atendre. Però, d'una manera resumida, voldria dir que la clau se centra a mantenir un ciutadà ben informat que pugui prendre decisions d'acord amb les seves preferències i necessitats i d'acord a un sistema públic que digui el que pot o no pot pagar, però no què s'ha de fer o què no s'ha de fer.

#### **Concepció Ricart**, metgessa de família. CAP Sort

Voldria parlar del cas de la menopausa com a exemple de la bidireccionalitat del pacient i del metge. Els pacients consulten per uns símptomes i en trobar-hi remei això retroalimenta les consultes i explica per què les dones ocupen bona part de les consultes mèdiques que consulten per les seves malalties, per les malalties de la família.

Aquesta freqüentació més gran, potser, portaria a fer alguns tractaments del climateri que potser no estan del tot justificats i potser no haurien estat prescrits en una situació equivalent per a homes.

#### **Jordi Sáez**

En una societat com la nostra, certament molt medicalitzada, sovint hi ha la impressió que un cert nombre d'intervencions mèdiques sobre la menopausa són innecessàries, es poden estalviar.

Però, la veritat és que hi ha un 20 a 25% de dones que són tributàries d'aquest tractament perquè els símptomes els condicionen la qualitat de vida. La realitat és que, a hores d'ara, solament el 7% de les dones prenen tractament hormonal substitutiu. Per tant, quedaria un ventall no menyspreable de dones amb simptomatologia important susceptibles de ser tractades. I no es fan més tractaments perquè la societat ha criminalitzat la THS, i es prescriuen tot un seguit d'alternatives d'una eficàcia més que dubtosa. Estic parlant estrictament del tractament de la menopausa. No del de l'osteoporosi, patologia que va en augment i que en el món occidental costa cada any 48.000 milions de dòlars; es tracta, doncs, d'un tema sanitari important.

#### **Milagros Pérez Oliva**, periodista de *El País*. Vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya

És cert que darrerament s'ha criminalitzat als mitjans el tractament hormonal substitutiu, però potser hi ha algunes raons.

Recordo la roda de premsa que van convocar quatre ginecòlegs eminents de la nostra ciutat en la qual recomanaven donar tractament hormonal substitutiu a totes

les dones de més de 50 anys durant 10 anys. Si algú pot imaginar el cost que això representa. És impressionant.

En aquell moment es deia sense la més mínima evidència científica al respecte i es venia aquest tractament per prevenir l'osteoporosi, que afectava el 24% de les dones més grans de 70 anys. A Barcelona, només hi havia un aparell de densitometria òssia.

Després es va presentar com un estudi que podia prevenir els infarts de miocardi en les dones. Davant de l'aparició de diversos estudis petits a revistes internacionals, la FDA va fer un estudi amb més de 20.000 dones que havia de durar 10 anys. Quan en portava quatre, l'estudi es va suspendre, ja que ja hi havia evidències que el tractament substitutiu no comportava prevenció davant de determinats riscos, sinó que incrementava el risc d'ictus.

L'evidència científica no ha protegit les dones. La comunitat científica ha seguit tova i és evident que s'ha fet un gran negoci amb el desig de les dones de no tenir fogots ja que, en el moment de suspendre l'estudi l'any 2004, el 30% de les dones dels EUA estava prenent teràpia hormonal substitutiva.

#### **Jordi Sáez**

És veritat que durant els anys 70 es va fer un bombardeig per part de la indústria farmacèutica i a molts països europeus es van fer barbaritats amb la teràpia hormonal substitutiva. Però una interpretació equivocada dels resultats, tant de l'estudi WHI (*Women's Health Initiative*) com dels estudis HERS 1 i 2 als que fas referència, van fer canviar radicalment l'actitud. L'estudi HERS es va suspendre quan es va comprovar que respecte als riscos de malaltia cardiovascular, la THS no protegia sinó que l'incrementava durant el primer any d'administració.

Amb els informes HERS i WHI sabem que la THS serveix per tractar símptomes de la menopausa, però no per a altres malalties.

Donar teràpia hormonal substitutiva durant 10 anys per evitar l'osteoporosi és una barbaritat.

Actualment, però, amb els coneixements del 2007 sobre perquè va bé i perquè no va bé, podem dir que el col·lectiu de dones amb trastorns de la menopausa està infratratat.

#### **Lluís Balaguer**

Crec molt interessant el punt de vista que tant en Francesc Borrell com la Francesca Zapater donen sobre la invenció de malalties. És una mica frustrant en el sen-

tit que no parlen solament de l'enemic triòic i habitual de la indústria sinó que aporten molts altres matisos i factors que ens fan haver d'estar atents a tots ells i, per això, crec que seria important que fruit d'aquesta jornada i d'altres fòrums com aquests tinguessin continuïtat i elaboressin recomanacions que ens serien molt útils sobretot des de l'atenció primària, ja que sovint el fet d'estar immersos en la mateixa barca ens fa perdre una perspectiva més objectiva sobre el que podem fer.

**Pablo Hernado**, psicòleg. Cap d'Admissions i Qualitat. Hospital Parc Taulí de Sabadell. Vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya

Voldria fer tres preguntes per a la reflexió:

- Quines estratègies hi ha per evitar la invenció de malalties?
- Què podem fer des de l'atenció primària?
- I des de l'Administració?

Sembla que les malalties no solament les inventen els metges o els professionals sanitaris, sinó que, a través de moltes demandes, és la societat la que genera aquestes noves demandes, i això ens incomoda.

Per evitar aquesta invenció de malalties, jo sí que trobo a faltar posicionaments de societats científiques o de col·legis professionals al respecte, però crec que és difícil si hi ha situacions com, per exemple, la d'una empresa de bancs de cordó umbilical amb finalitat autòloga, tot i que no hi ha cap evidència científica que tingui utilitat, i que dóna suport a la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO).

**Maria Pilar Núñez**, ginecòloga i màster en bioètica

Jo crec que en l'abordatge a les dones menopàusiques cal mesurar el risc/benefici en cada cas, individualitzar i humanitzar el tracte. Crec que el 25% de les dones tenen una menopausa «patològica», al 50% els pot ésser útil simplement un consell i el 25% ni tant sols se n'assabenten.

Per tant, hi ha un grup petit de dones a les quals els pot ser d'utilitat la teràpia hormonal substitutiva.

**Francesc Borrell**

Vull referir-me a les estratègies a emprar per part dels professionals de la salut en relació amb el tema que ens ocupa, les malalties noves. Crec que estan ben exposades en el document de la CAMFYC *Malats de salut*. Com s'hi esmenta, la resposta professional passa pels elements de comunicació que posem en joc, sobretot sobre la base del respecte a la persona: ni culpar, ni riure'ns-en, ni derivar la demanda cap a altres alternatives. Saber escoltar amb respecte.

El respecte requereix paciència, i, el que és molt important, sense paciència difícilment hi ha empatia. Si ens irriem per demandes que no considerem adequades, podem estar assumint un risc d'error clínic, ja que pot ser que hi hagi un problema real de salut que s'ha d'interpretar. Per tant, és rellevant que coneguem el que ens irrita, el perfil de demanda, dels pacients que tenen aquesta capacitat d'irritar-nos, i ho hem de saber posar a la balança.

A més, no oblidem que, senzillament, escoltar i parar atenció té ja una qualitat empàtica. L'atenció ja és empàtica si hi ha disposició d'aprendre i d'entendre el pacient. En canvi, tot el que és culpabilitzar dins el marc de la consulta és molt negatiu, ja que la gent retorna aquesta culpabilitat amb un efecte eco impressionant. Si el professional treballa amb culpa, rebrà culpa. En canvi, quan el clínic és capaç d'anul·lar la seva tendència a derivar en forma de culpa la seva irritació, tindrà, en conseqüència, que serà capaç de treballar més tranquil —el que resulta molt rellevant en el cas que ens ocupa— les anomenades «malalties noves».

**Francesca Zapater**

Ens equivocariem si parléssim de culpa o féssim aquest debat en aquests termes. El que pretenem és explicar perquè passen les coses i veure quina és la resposta que hi dóna el sistema sanitari.

Els professionals hem de donar respostes fonamentalment saludables i aquesta és la nostra feina guiada per uns principis ètics i uns principis científics. Tot el que s'escapi d'aquí no ho hem de fer. Cal recordar, com deia Tudor Hart, que a la professió sanitària tenim molt de poder per canviar les coses.

## ■ III. LA IMATGE SOCIAL DE LA PERSONA: LA DINÀMICA DE LA JOVENTUT ETERNA



### ■ LLUÍS LLONGUERAS

Estilista

*Podria ser que els estilistes tinguéssiu una certa responsabilitat social en el sentit de promoure l'autoestima o una autoestima pobra amb els missatges que llenceu als mitjans de difusió? No fa gaire, va sortir un programa a Tele 5 on es mostraven una sèrie de pits i es dictaminava si s'havien d'operar o no. La majoria, per no dir tots, eren perfectament normals. No n'estem fent un gra massa? I a un nivell més concret, quan us ve una persona completament errada –al vostre parer– sobre la seva imatge, però l'estilista li dona peixet i fa el que li demana aquest client, no està contravenint d'alguna manera un cert codi d'ètica?*

En primer lloc, he de dir que l'ètica és el que ha de regir la societat; sense ètica poques coses poden defensar-se.

Com a estilista estic immers en aquest compromís i voldria fer una sèrie de diferències, en primer lloc amb els modistes.

Un modista té la idea d'una perxa; ells el que busquen és una persona que tingui les menys corbes possibles perquè no li destrossin el vestit. Però els cossos pateixen canvis i els vestits s'han d'adaptar a aquests canvis. Les males alimentacions que es donen en la societat actual fan que els cossos canviïn i sovint hi hagi un excés de corbes. Per tant, l'alimentació també hi té un paper molt important, ja que no estem consumint productes naturals sinó productes industrials.

Això fa que determinats estats es vegin impulsats a intervenir per millorar la dieta dels adolescents i la que es dona a les escoles, com es el cas que hem vist recentment al Regne Unit. Tot plegat té la seva importància i la repercussió en el cos propi i en els problemes que se'n deriven, fins i tot de relació amb la parella i d'autoestima; en definitiva, en sentir-se menys feliç.

Respecte a la possibilitat de sotmetre's a determinades intervencions quirúrgiques per millorar la imatge del cos, això queda en l'àmbit privat, és una decisió personal. Altra cosa és que s'intervinguï davant de determinades situacions perquè s'entén que es fomenta l'anorèxia

entre les models, o altres tipus de riscs. De fet, es tracta d'un problema d'educació i d'informació; i tot i que no sóc un defensor del control, sí que crec que s'ha d'intervenir en situacions que afecten gent molt jove que encara no tenen el seu caràcter format, per prevenir situacions com l'anorèxia o la bulímia, que són situacions que van en contra de la persona.

Però jo estic aquí com a estilista i la meva feina és ressaltar les qualitats amagades o no prou evidenciades de les persones, i això ho considero totalment ètic. Sovint ens trobem amb persones que tenen problemes amb la parella, amb els amics, amb la feina, que vénen a nosaltres perquè els ajudem a recuperar l'autoestima. Llavors, nosaltres fem alguns canvis; potser les persones ja estaven bé abans, però els canvis alteren la personalitat positivament. Potser sí que de vegades algú pot «donar sabó», però jo no ho he fet mai perquè crec que la veritat és l'únic que es manté amb el temps.

Els estilistes tenim una sort: Igual que els professionals sanitaris, mantenim el contacte real i proper amb el client, i això ens ajuda a comprendre els seus desitjos i necessitats i també a orientar-los. És diferent d'aquells qui fan robes o sabates que dissenyen sense saber qui es posarà les seves peces.

Moltes vegades els problemes no es produeixen si hi ha professionalitat; ja he dit abans que de vegades es pot «donar peixet», però jo no he aconsellat mai la gent que treballa amb mi que ho faci, crec que no ajuda.

A Catalunya, hi ha molts companys meus que són molt bons professionals que ajuden la gent a acceptar-se com són: alts, baixos, lletjos, tothom pot tenir èxit en aquesta vida si sap acceptar-se. Ara bé, hem de reconèixer que aquesta societat ens demana que si ens podem arreglar ho fem, ja que en igualtat de condicions per a una determinada feina sempre escollirem el que tingui millor presència; per tant, hi ha una part que està entre el que és ètic i no és ètic que ho ha de decidir la persona segons les seves necessitats i això fa que la perruqueria sigui viscuda com una necessitat social, i estic



orgullós d'haver contribuït a la seva popularitat i a fer-la més accessible a tothom, donat que abans era possiblement molt més elitista. ■

### ■ VICTÒRIA CAMPS

*Catedràtica d'ètica de la Universitat Autònoma de Barcelona, Presidenta del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

***Fins a quin punt els poders públics poden o han d'intervenir en situacions que poden fer infeliç molta gent? Podem deixar que impunement es llencin misatges que agredeixen l'autoestima de molta gent? La decisió de no permetre a la passarel·la Madrid noies molt primes, és una intervenció en un àmbit privat intolerable? O és modèlica? Estem promovent una mena de despotisme il·lustrat on una minoria intel·lectual alligona les masses? Com afecta la bona pràctica professional aquesta demanda? La responsabilitat de tots els professionals sanitaris i no sanitaris. La responsabilitat de tothom de millorar les possibilitats que tenim davant la salut i davant la imatge.***

El que se m'ha demanat a mi és fins a quin punt les intervencions per part de l'Estat i de les administracions són correctes.

Abans d'entrar en aquest punt m'agradaria precisar un parell de coses:

- La primera, que la imatge de la persona és una construcció social i, per tant, té molt a veure amb l'ètica. Perquè ètica ve d'*ethos* i *ethos* vol dir caràcter, manera de ser. La imatge de la persona, la seva manera de ser, el seu caràcter es construeixen socialment. Simone de Beauvoir quan va escriure *El segon sexe* va dir que la dona no neix, sinó que es fa. La mateixa idea la podem estendre a homes i dones. Sí que hi ha uns condicionants genètics de la personalitat, però és sobretot la influència de la societat i de l'entorn el que determina, junt amb la nostra llibertat de decidir, què és el que serem i com serem. En això consisteix la dignitat de la persona: a poder escollir què vol ser i com vol ser. Si no, no seríem lliures.
- En segon lloc, si ens trobem davant d'una «medicalització de la vida i de la salut» és perquè la societat ens ofereix un determinat model de vida saludable. Si la imatge de la persona es construeix socialment, el tipus de vida saludable li ve donat d'alguna manera per allò que rep del seu entorn.

Ha anat molt bé la intervenció d'un estilista perquè crec que avui estem en un món que té una sobreestimació de la salut entesa en un sentit molt ampli. La salut abasta l'estètica: a través de tractaments diversos busquem l'autoestima que ve a través de la bona imatge o a través de la bellesa. La salut té a veure també amb la psicolo-

gia entesa com a protecció per tal d'evitar qualsevol mena d'adversitat o de frustració. Hem de poder comprar la manera de ser feliços, amb una concepció de la felicitat massa propera a la de benestar.

Tot i que no hi ha un sol culpable de l'evolució de la societat, crec que és cert que l'Organització Mundial de la Salut ha afavorit les dimensions del concepte de salut en definir-lo com «estat de complet benestar físic, psíquic i social». Aquí hi entra tot, la felicitat. Tenir salut és poder ser feliç i tot allò que enterboleix la felicitat s'ha de curar i s'ha de buscar un tractament adient. Un tractament que, generalment, és un medicament fàcil d'adquirir.

Avui tot es pot tractar i la gent ho sap i va a la farmàcia i demana pastilles per a qualsevol cosa. Un alumne meu em demanava què podia prendre perquè no li suessin les mans a l'hora de fer una presentació. Li vaig dir que no calia prendre res sinó aguantar-se els nervis i superar la situació. Un altre exemple és l'oferta desmesurada de balnearis (*spas* o *wellness centres*). Ja no són els balnearis d'abans per tractar la tuberculosi o el reuma o l'anèmia, sinó uns llocs i uns tractaments que prometen el benestar total.

En tot això hi ha una gran influència de les modes i de la publicitat. La publicitat té un poder potentíssim en la manera de veure quines necessitats tenim. Quasi tots els anuncis publicitaris el que ens diuen és que comprant el que sigui ens trobarem bé amb nosaltres mateixos. La publicitat té una gran influència i, a més, és contradictòria. Per exemple, pel que fa a la presentació de models de dona que inciten a aprimar-se i poden esdevenir en patologies com l'anorèxia. El missatge publicitari que avui reben els joves és absolutament contradictori perquè, d'una banda, és la publicitat del *fast food* (menjar de manera desordenada i que engreixa molt) i d'una altra banda la publicitat del model de noia prima, estilitzada, que ha de deixar de menjar per arribar a tenir aquesta imatge i per poder conservar-la.

Contradiccions com aquesta fan que la persona a l'hora de construir la seva imatge i la imatge de salut ho tingui bastant complicat, ho tingui bastant difícil si no disposa d'alguns elements que actuïn per contrarestar tot això que es troba en l'entorn social.

La imatge que tenim l'anem creant nosaltres mateixos. Què s'ha de fer per mirar d'evitar que aquestes influències de la societat siguin unes influències davant les quals la persona no pot fer res?

### Quines són les fórmules que ofereix l'ètica?

Bàsicament, introduir mesura en les nostres accions. No deixar-se endur per aquelles influències que ens poden dur a extrems que després haurem de lamentar. No hem

de ser excessivament pessimistes ni creure en conspiracions, ni rebutjar tota aquesta oferta de benestar que ens dona la societat perquè, entre d'altres coses, això vol dir que no passem gana i que podem tenir unes preocupacions que van molt més enllà de la pura supervivència. Tot això per si mateix no és nociu, és nociva la desmesura, el no tenir domini sobre un mateix; cal assolir el terme mitjà (els grecs definien l'ètica com la virtut, el terme mitjà entre els extrems).

La pregunta és qui ha d'introduir aquesta mesura, si calen missatges que ens facin veure els enganys, si s'han de prohibir certs missatges. Des del meu punt de vista, ha estat una bona mesura per part de les organitzadores de la passarel·la Cibeles dir que no volen determinades talles. Però, fins a quin punt el metge ha d'aconsejar en contra d'allò que els o les pacients li demanen en determinats moments, per aprimar-se, per exemple, o per operar-se els pits?

Quines mesures cal prendre? Hi ha d'haver una educació diferent? Qui ha d'intervenir? Qui ha de posar límits? Quins són els límits? Des de l'ètica no puc donar respostes massa clares. Però, crec que hi ha una diferència fonamental i és la consideració entre el que fan els adults i el que fan els adolescents i els menors. Els adolescents i els menors són molt més vulnerables als missatges de la societat i, per tant, no hauríem de ser massa temorosos a l'hora de posar límits clars perquè estan en període de formació i estan molt més exposats a influències que una persona adulta, teòricament, ha de saber combatre i ha de saber superar.

Aquest matí, Ferran Salmurri deia «la medicació no hauria de ser la solució total de qualsevol problema». L'ampliació del concepte de salut al qual m'he estat referint ens porta a mirar de trobar una medicació per a qualsevol mena d'adversitat, sigui de tipus estètic o psicològic. No és la medicació la solució de tot; pot ajudar, però no ensenya a la persona a esforçar-se per dominar situacions de nervis, a contenir-se de fer determinades coses... això s'ha de fer per una altra via que no és la de la pura medicació. L'esforç i l'autodomini s'inculquen a través de l'educació: educació familiar, escolar, sanitària, de l'Administració.

Preguntava fa una estona en Marc Broggi si els metges, davant de les demandes de la societat, han d'intentar posar fre o han de pensar que la persona és lliure i que si demana una cosa se li ha de donar. Crec que aquesta també és una pregunta interessant. No tots tenim el mateix coneixement de tot i davant de moltes qüestions el professional de la sanitat té un coneixement que el pacient, fins i tot el pacient exigent, no té. Si és veritat que per ser autònom s'ha de tenir informació, és una obligació d'aquells que són més savis donar bona informació a qui la necessita.

El problema que tenim és que tot això ho hem abandonat a la sobirania del mercat, a les regles de l'oferta i la demanda, a un deixar fer i que finalment ningú s'acaba fent responsable de posar límits. Per tant, la meua proposta és posar límits; hem de veure com i qui els posa, però si ho deixem només a l'albir del mercat entrarem en molts despropòsits que després hauré de lamentar. ■

### ■ MILAGROS PÉREZ OLIVA

*Periodista de El País, Vocal del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya*

*Se sol distingir entre una agenda mediàtica i una agenda de la societat... Creus que els temes mèdics i l'espai que ocupen en la televisió i els diaris (tant en continguts com en durada) s'ajusten al que la gent vol? I també, detectes algun biaix? Per exemple, un nombre més gran de notícies sobre especialitats que fan tècniques pròpies de la medicina privada (com és el cas d'intervencions de miopia).*

Jo enllaçaré bastant amb la teua última part perquè penso que és molt natural la continuïtat respecte dels mitjans de comunicació. Tu parlaves d'aquesta alumna teua que et demanava alguna cosa per no suar quan parlés en públic. Probablement, aquesta noia ja hauria tingut ocasió de llegir bastants reportatges i articles on li oferien la píndola de la timidesa. També tenim la de la felicitat, i tenim moltes píndoles per anar per la vida. Probablement, aquesta noia la demanda que feia no era una demanda espontània i innocent sinó per l'acció dels promotors d'aquesta famosa píndola de la timidesa, que es va presentar fent molt de soroll arreu del món com a tal. Va caldre modificar el DM3 per qualificar la fòbia social com un problema psiquiàtric major i incloure-hi aquí els problemes de timidesa normals i corrents de la vida. Per tant, aquí estem davant de problemes nous, i així com aquest matí es parlava que hi ha una tendència a medicalitzar aspectes de la vida quotidiana que no s'haurien de medicalitzar, tenim a l'altre extrem de la balança el fenomen oposat. S'està creant patologia real com a conseqüència d'influències socials i culturals i d'hàbits que no són fruit de la llibertat de les persones.

Fins ara, hem vist com totes aquestes noies que desfilen per aquí han millorat extraordinàriament i jo em pregunto si no hi ha una tercera fotografia d'aquesta sèrie. Hem vist l'abans i el després, i el que em pregunto és si a la tercera fotografia la noia continua estant contenta amb aquesta imatge o necessitarà deu fotos més amb deu canvis estilístics més. El que vull dir és que el discurs de posar l'èmfasi en la llibertat tots el subscriu; tots volem estar més macos, tots volem agradar més i, a

més, si ens hi juguem el lloc de treball imagineu-vos la càrrega d'angoixa que hi ha en el vestit que et posaràs o en el pentinat que et faràs si saps que, a més, d'això n'ha de dependre que tinguis feina els deu propers anys o no. És a dir, aquí hi ha un problema que és el món cultural en el qual vivim; si som realment lliures de triar o no i si estem condicionats, fins a quin punt estem condicionats i quines conseqüències tenen aquestes condicions que tenim.

La meua impressió és que el que ha canviat en aquesta societat és que el fet de tenir mitjans de comunicació de masses fa que fenòmens que haurien d'estar explicats per determinades tendències que abans podien tenir un abast limitat a petits grups poblacionals, en aquest moment qualsevol tendència potencialment queda sempre molt més enllà de qualsevol grup reduït de persones. És a dir, qualsevol problema que sigui un fenomen social nou, potencialment és un problema que pot afectar milers de persones i, per tant, estem davant de patologies noves i problemes socials nous que ens demanden intervencions noves.

La llibertat és un concepte que tots subscriuríem molt ràpidament, però la llibertat avui és un concepte molt en qüestió (llibertat per què o condicionats per què?) i, des d'aquest punt de vista és interessant veure la cultura que els mitjans de comunicació transmetem perquè és la cultura dominant en la nostra societat. Només cal analitzar bàsicament la publicitat; perquè la publicitat és la cinquena essència de la nostra cultura que ens diu que hi ha un predomini de l'aparença sobre el contingut. Aquest és el valor social més important que hi ha en aquests moments. És més important com vas que com ets. Primer es fixen en allò que portes, més que si tens un màster o tens una altra cosa. Després, ja hauràs de traure el màster, però el primer és mirar com vas.

Això crea, necessàriament, inseguretats perquè jo sí que puc fer coses per saber més, però probablement no em pugui traure el color dels cabells, o el nas que tinc, o moltes d'aquestes coses... Això no ho controlo tant. És a dir, que es posa l'èmfasi en els aspectes que no puc controlar i es valoren menys els aspectes que sí que depenen de mi, la qual cosa em crea, d'entrada, una sensació d'inseguretats. Aquest predomini de la imatge és molt evident i, a més, creixent; ho estem veient de una manera exagerada en aquests moments. No és normal, ens passa alguna cosa quan les nostres filles de deu anys comencen a tenir problemes sobre la seva imatge i, això, jo ho he vist a casa meua i a casa de les meues amigues; per tant, alguna cosa hi ha aquí que no acaba de funcionar.

Només cal veure la publicitat dels cotxes. Com es ven? Tu ets el que ets segons el cotxe que tens o et venen el cotxe perquè puguis demostrar que ets allò que ets segons el cotxe.

Per tant, aquí tenim una societat creixentment consumista; en què com diu Habermas «el valor social que més s'està instaurant en la nostra societat en aquests moments és el del benefici al preu que sigui. Tot pel benefici, tot pel compte de resultats. Aquest és un valor molt predominant en aquests moments; ja que això porta a un consumisme permanent d'aquests aspectes externs que són els que condicionen la nostra vida».

Com molt bé diu Sigmund Bauman, «en què consisteix aquesta vida líquida que nosaltres portem, en què constantment hem d'estar canviant per noves demandes constants?», demandes que constantment ens demanen començar de nou i massa vegades a la vida hem de començar de zero, i, què fem amb allò que tenim, ja no val? Allò que hem aconseguit en deu anys ja no val el que fa onze? Hem de començar de nou permanentment. Sabeu la càrrega d'angoixa que representa haver de començar de nou constantment? La vida líquida és el consumisme. Per què? Perquè és necessitat de l'economia de mercat que tenim que anem canviant constantment d'aspecte, de físic, de tot; perquè això implica que anem mantenint la roda del consum permanentment engraixada. Aquesta és la base de cercles cada cop més curts de moda (ara dura dos mesos). En aquesta societat consumista permanentment necessitada de canvi l'Amancio Ortega podria vendre més si cada setmana les noies que passessin per la seva botiga poguessin comprar coses barates que fossin diferents de la setmana passada. Les noies són lliures d'anar allà, comprar cada setmana un vestit, però qui es fa ric és l'Amancio Ortega i no sé si després les noies són tan felices com els agradaria ser canviant cada setmana de vestit.

Com a conseqüència d'això hi ha un problema cultural; perquè de la mateixa manera que hem de canviar de vestit cada setmana, també comencem amb què hem de canviar el nostre aspecte físic (no ens hem de conformar si se'ns cauen els cabells, no ens hem de conformar si tenim els peus massa no sé com, no ens hem de conformar si les orelles...); podem posar-hi remei. Per què? Perquè la medicina i la indústria mèdica també ofereixen ara resposta a aquestes demandes. Allà on hi ha oferta, hi ha demanda i allà on hi ha demanda i s'estimula la demanda, hi ha més oferta; i això és un cercle viciós que torna a començar. Per què es diu que Espanya és el país d'Europa que més cirurgia estètica practica, que és el país amb més indústria de la cirurgia estètica? No ho sé per què; seria interessant esbrinar-ho, però el cas és que hi ha una demanda creixent. Sempre es pot millorar al-

guna cosa. Si el clima és tolerància zero a allò que tens, sempre trobaràs algú que t'ofereix alguna cosa per millorar; el que no està clar és que aquesta millora et serveixi després, però la possibilitat la tindràs. Això crea un cercle viciós que ja s'ha demostrat, sobre el qual ja hi ha bastants estudis fets. Normalment, les dones que comencen amb una operació de cirurgia estètica després se'n fan una segona, una tercera, una quarta... i en el cas dels Estats Units, fins i tot més. És a dir, es pot arribar a crear una addicció a la cirurgia estètica. La tendència general a medicalitzar redueix la tendència a allò que som pensant que el que som no té vàlua; que el que té vàlua és el que podem arribar a ser, el que podem arribar a millorar; i posem l'èmfasi en allò que podem aconseguir més que en allò que ja tenim. El que val és allò que ens venen, el que podem comprar. Quins patrons hem de seguir en la moda, en l'estètica, ...?

No tenir tanta tolerància a les adversitats que patim respecte dels patrons que ens venen ens genera frustració. I, la frustració genera angoixa, i no deu ser casualitat que en aquests moments el Prozac sigui un dels medicaments més venuts a Espanya.

Aquesta cultura té efectes sobre tota la societat globalment perquè és la que marca els patrons, la que es transmet dels uns als altres. Ja podríem parlar, en alguns aspectes, de tirania cultural; jo ja no parlaria de llibertat. Afecta en general l'autoestima de les persones perquè mai en tenen prou ni mai demostren prou i, després, afecta particularment, i aquí ja entrem en la patologia: les persones vulnerables que tenen algun tipus de manca en relació amb aquests temes. No he trobat ni en la literatura, ni en cap tipus d'estudi, un fenomen com l'anorèxia abans dels anys 79-80 perquè no hi havia anorèxia, perquè és un fenomen del nostre temps. Noies que tenen una vulnerabilitat biològica –també hi deu d'haver algun aspecte genètic–, que a més tenen una personalitat vulnerable perquè són noies molt intel·ligents, molt autoexigents, molt perfeccionistes... Amb aquest bombardeig del patró de la moda des dels set, vuit, deu anys acaben desenvolupant un trastorn de l'alimentació. És una epidèmia en aquests moments i té el 10% de mortalitat; la majoria d'elles per suïcidi.

Per tant, no estem parlant de coses que no tinguin conseqüències: els psiquiatres ho diuen ben clar. No es pot dir que la moda creï l'anorèxia. La moda és la pistola, el tret és la dieta, però és el context cultural el que fa que hi hagi una pistola carregada amb una dieta que és la que dispara l'anorèxia.

Podem parlar de la llibertat i hem de parlar de la llibertat, però penso que en aquests moments ja comença a ser molt important que comencem a parlar de mecanismes de descodificació dels missatges culturals que rebem. ■

## ■ ANTONI BULBENA

*Psiquiatre, Hospital del Mar de Barcelona*

***En la teva trajectòria professional has estudiat acuradament l'epidemiologia de les malalties mentals... Podem dir que ara estem pitjor que abans, o és una exageració? I més en concret, temes com els trastorns alimentaris, tenen una relació científicament establerta amb els missatges que arriben dels mitjans de comunicació? Finalment, si els mitjans difonen notícies relatives a malalties mentals, ho haurien de fer sempre amb un bon assessorament per tal de no caure en un efecte iatrogènic?***

El concepte de psiquiatria és la barreja de tres coses: un problema biològic, un problema psicològic i un problema social. Encara que sigui un atac de pànic (vénen amb algunes malalties físiques). Però, els atacs de pànic tenen una estratègia d'enfrontament. El tema social també és molt important perquè també inclou l'entorn (un entorn tancat o un canvi de temps són pitjors per a una persona que té un atac de pànic). No es pot definir cap trastorn sense aquests tres problemes.

Els factors de risc. Hi ha factors predisposants, precipitants, protectors, mediadors i perpetuadors. Aquest és el llenguatge per descodificar què hem d'anar aprenent.

Quanta gent té trastorns mentals a Catalunya, a Espanya i a Europa? El 20%. Un terç és a causa de les drogues, però sempre és el 20%. Es dona més en dones que en homes. Espanya i Europa tenen un percentatge similar.

Què en fem d'aquests pacients? A Europa, tres quartes parts no es visiten. A Catalunya, segons dades del Pla de Salut, el perfil d'atenció és una mica millor en el sentit que el fet de tenir més metges de família fa que supe-rem bastant la mitjana europea.

Hi ha alguna influència dels mitjans de comunicació en l'anorèxia i en aquest tipus de trastorns? En un estudi que es va introduir a la televisió el primer mes, el primer any i al cap de tres anys, la incidència de problemes alimentaris (anorèxia i mala estimació pròpia) s'havien duplicat i triplicat els símptomes que configuren l'anorèxia.

Els mitjans s'haurien d'assegurar abans de difondre notícies? Amb el llibre de Goethe sorgeix l'efecte Werther. David Fielding és un sociòleg que l'any 1974 va descriure l'efecte Werther (una notícia de diari, de premsa, de televisió de suïcidi augmenta la probabilitat de suïcidis). Hi ha una sèrie de propostes de com tractar aquest tema en les notícies (evitar les repeticions,...), però encara no hi ha cap estudi que digui si això millora o no l'efecte Werther.

Estem pitjor que abans? No, estem millor, tenim la capacitat d'entendre, de respondre i de classificar les co-

ses millor. Encara que hi ha algunes malalties que augmenten, s'avancen o s'endarrereixen, no podem dir que estiguem pitjor que abans.

Els trastorns alimentaris tenen relació? Sí, però el que precipita més l'anorèxia no és la televisió, és la dieta. Hem de saber manejar els factors de risc.

Els metges s'haurien d'assessorar? Sí, evidentment. Crec que ja ho fan.

Vull plantejar una dicotomia: no és el mateix anar contra el que és lleig que a favor d'allò que és maco; no és el mateix anar en contra de la malaltia que a favor de la salut i no és el mateix anar en contra de la malaltia mental que a favor de la salut mental. Això, conceptualment, és molt clar, però de vegades no ens n'adonem i ho barregem. Aquestes dues coses estan en llocs diferents del cervell i és important que, quan un planteja aquest tipus de coses, no ho confonguem perquè el mateix entusiasme d'anar a favor de la salut de vegades... Els metges no en sabem tant de salut; sabem de malaltia; ara, com que seguim portant la mateixa bata, sembla que sí que en sapiguem. Hem de ser una mica prudents en aquest sentit. ■

## ■ Debat de la taula: Taula 3

**Francesc Ferrer Ruscalleda**

Ningú no ha discutit si una persona pot comprar-se un vestit de color vermell o d'un altre color, però potser sí que cal discutir si es pot prendre una píndola per la timidesa o no. La pregunta és: què és medicina i què no ho és?

**Victòria Camps**

El Dr. Bulbena ens recordava que una cosa és curar la malaltia i l'altra promoure la salut. Anthony Guidens, sociòleg i ideòleg d'en Tony Blair, diu que l'estat del benestar ha passat la fase del benestar negatiu i està en la fase del benestar positiu. Ja no es tracta d'alfabetitzar la gent, sinó de buscar la qualitat en l'educació. Ja no es tracta de curar les malalties, sinó de promoure estils de vida saludables.

Per tant, respondre a la pregunta sobre quina és la frontera entre allò que és malaltia i allò que no ho és és totalment difús i molt difícil de contestar.

**Milagros Pérez Oliva**

En el cas de la passarel·la Cibeles quan es va voler saber quan l'amagritment era massa prim es va encomanar

el dictamen a un endocrinòleg, perquè hi pot haver persones primes però hi ha uns paràmetres que són anormals.

A més, val a dir que la medicina és alguna cosa més que la relació metge-malalt que es fa a la consulta. La medicina és un fenomen social. Hi ha epidemiòlegs i especialistes en salut pública que es plantegen la medicina des d'una visió comunitària. Són uns metges no clínics que tenen moltes coses a dir.

**Antoni Bulbena**

És important, en primer lloc, tenir la visió de l'usuari. Actualment, participo en l'elaboració d'una guia sobre l'angoixa i el 40% dels qui participen en aquest grup que elabora la guia són usuaris i puc dir que són realment molt útils. Una altra cosa és qui té els coneixements, que segurament els té més elaborats: el professional.

Però és important saber què definim com a cas. En psiquiatria, això ha donat lloc a molt de debat; l'expressió *está loco* (és boig) s'utilitza amb molta freqüència, però no sempre volem dir el mateix.

En segon lloc, cal conèixer la maquinària que estem tractant: la por, l'angúnia o l'amenaça, el fet d'estar malament o l'aspiració d'estar bé o, de vegades, d'estar confonent una cosa amb l'altra; o fer-ne un híbrid.

Pel que fa a la persona que vol prendre la píndola contra la timidesa, el problema és saber perquè vol prendre-la, què hi ha darrera de la suor de les mans, per què ho demana a uns i no als altres. Tots hem de mirar com a pacients.

**Lluís Llongueras**

En tot hi conflueix un problema d'educació. L'educació, que no és simplement un problema de les escoles; l'educació es transmet de pares a fills.

**Carmen Cabezas**

Al Departament ens estem plantejant el paper de les talles i de les models en la gènesi de l'anorèxia i de la bulímia.

En parlar amb els responsables de les passarel·les que es fan a Barcelona, semblava que limitar l'accés a les passarel·les entrava en la dinàmica de culpabilitzar les víctimes. Si unes models són d'unes determinades mides és perquè uns dissenyadors volen aquest tipus de models per als seus vestits o perquè la societat demana aquest tipus de models.

Per tant, l'abordatge ha de ser molt més global, amb presència de tots els agents: passarel·les, agents de les models, mitjans de comunicació, programes d'exercici i d'alimentació...

Un article recent de la revista *Pediatrics* feia una anàlisi sobre els diferents articles que apareixen sobre amagritament i règims i la seva incidència en els trastorns alimentaris; per tant, hem de tenir cura amb els mitjans de comunicació.

A més, cal tenir present que una cosa és fomentar estils de vida saludables, ser més responsable amb la salut pròpia i un altra cosa diferent és medicalitzar la vida prenent una píndola contra la timidesa, que possiblement no servirà per resoldre gaires problemes.

### Lluís Llongueras

Voldria recordar que el Ministeri està fent un estudi molt ben fet sobre quines són les mides mitjanes de la dona espanyola. Crec que això pot ajudar molt, ja que sentir-se dins de l'estàndard normal ajudarà.

Crec que això serà d'utilitat com ho serà el fet que la publicitat ja comença a utilitzar persones normals i no solament models de mides molt difícils d'aconseguir per a la majoria.

### Victòria Camps

Estic d'acord amb la visió que tot és molt global, que s'hi veuen involucrats molts agents. Però la prohibició a desfilat a les models per sota de determinades mides ha desencadenat una sèrie de fets com aquest de la publicitat, o el fet que hi hagi botigues amb talles més normals, etc. Crec que ha estat important com a desencadenant.

### Milagros Pérez Oliva

Estic d'acord que posar unes normes molt rígides sobre les models pot criminalitzar aquestes models i fer-les sentir doblement víctimes. Però, la realitat no és així, i m'ha sorprès que la Generalitat no hagi intervingut més en aquest tema.

Els treballs de la Genet a Londres són molt clars: les dones que estan desfilant amb un índex de massa corporal per sota de 18 són dones que tenen la vida en risc i, de fet, després que la passarel·la Cibeles implantés

aquesta norma, han mort tres models. Per tant, establir aquestes mesures a qui primer protegeix és a les models.

Reprement una cosa que ha dit en Lluís Llongueras al començament, es tracta que allò que volen els dissenyadors de moda és una perxa sense corbes, sense forma de dona i, per alguns, sense sexe, amb formes híbrides i això certament és un problema, perquè aquesta gent dicten com volen la moda i com volen les models.

### Carmen Cabezas

Bàsicament estem d'acord que es tracta de no focalitzar en una mesura única.

### Marc Broggi

Voldria intervenir breument per recordar que en aquest entorn una de les fites dels professionals de la salut és la d'aportar racionalitat a tota aquesta escalada que sembla potser no tenir gaires límits.

### Núria Terribas

Voldria reprendre el debat que s'ha iniciat en la taula del matí per recordar que tota aquesta dinàmica en què estem immersos en la societat de les presses, del menjar poc sa (ràpid i fàcil), fa que es generin hàbits poc saludables que quan arriben a l'adolescència esdevenen obesitats i els conseqüents intents per sortir-ne amb trastorns de l'alimentació.

Per això, són lloables les iniciatives de les escoles que ja s'han adonat de la importància de crear bons hàbits alimentaris. Però a les famílies encara falta prendre consciència d'aquesta realitat. Caldria fer un programa de mentalització ciutadana, cadascú a casa seva.

Voldria preguntar fins a quin punt organismes com el Consell de l'Audiovisual de Catalunya poden entrar a regular la publicitat que incita a hàbits alimentaris insans.

### Victòria Camps

S'ha fet a altres països, nosaltres no ens atrevim. En el cas d'Anglaterra, la publicitat no existeix a la televisió pública i està limitada en els horaris infantils, igual passa a Suècia.

La directiva europea al respecte marca uns límits de publicitat, però deixa la possibilitat que els estats regulin de manera més restrictiva. Ara per ara, aquí hi ha molts interessos i encara no ens hem atrevit.

## ■ IV. CARTERA DE SERVEIS: CAL ESTABLIR LÍMITS A LA INCLUSIÓ DE PRESTACIONS? AMB QUINS CRITERIS?

### ■ XAVIER CARNÉ

*Metge farmacòleg clínic, Hospital Clínic i Provincial de Barcelona*

*La competència impulsa els proveïdors de serveis de salut a oferir noves possibilitats terapèutiques o simplement de confort. Hi ha mecanismes per destriar el blat de la palla? Exposa si et plau, de la teva casuística, aquells exemples d'innovacions farmacològiques en què la relació benefici-risc i benefici-cost és menys clara.*

La doble pregunta de l'encapçalament està plantejada de tal manera que si la resposta a la primera és negativa, la segona no cal contestar-la. Sembla, per tant, que, qui la formula, l'única resposta que espera és una resposta afirmativa. És un títol semblant a molts d'altres quan es parla d'aquest tema; de l'estil, per exemple, d'aquell text de la Fundació Gaspar Casal, prologat pel llavors secretari general de Sanitat, Fernando Lamata, que es titulava: *¿Todo para todos y gratis? El establecimiento de prioridades en el sistema de salud español*, publicat el 2004. Sembla, doncs, que tots assumim que la resposta a la primera pregunta només pot ser positiva i que el que hem de fer és decidir com cal fer-ho.

Jo també ho crec. Però, per què? També en el camp dels medicaments, que és el que conec, «novetat» no és igual a «innovació». El procés d'R+D és un procés incremental, que es fa a passos petits, però que permet que, de tant en tant, ens trobem davant d'una veritable innovació que aporta quelcom substancial al maneig d'una malaltia determinada. Però la majoria de vegades, no és així.

L'any 2000, el professor Silvio Garattini (director de l'Institut Mario Negri de Milà) va publicar a *Lancet* una avaluació dels quimioteràpics antineoplàstics introduïts al mercat europeu en els 10 anys anteriors. Va concloure que, malgrat un increment dels costos molt important, cap dels fàrmacs nous aportava canvis substancials en la supervivència de les malalties per a les quals estaven indicats, davant de les alternatives existents. Tan sols aportaven millores en la comoditat d'administració, en la posologia o en la tolerabilitat. Aquest mateix exercici, fet

avui, segurament no conclouria el mateix. Des de llavors, s'han introduït alguns fàrmacs que realment poden canviar el pronòstic de diferents tipus de càncers (per exemple, l'imatinib, com a representant d'una classe farmacològica nova); o que han demostrat posteriorment que, en subgrups de malalts prèviament seleccionats per les seves característiques genètiques, poden millorar el pronòstic de forma substancial (per exemple, trastuzumab).

Però, malauradament, en terapèutica, hi ha més exemples de «novetats falses» que d'innovacions que impliquin un canvi «real» del pronòstic. Una de les moltes estratègies que utilitzen els laboratoris fabricants per no perdre quota de mercat, quan la patent d'un *blockbuster* està a prop de vèncer, és desenvolupar un dels enantiòmers d'una molècula racèmica pròpia. Hi ha molts exemples, un dels més sonats és el de l'esomeprazol, enantiòmer S de l'omeprazol. Aquest, que fins al moment de vèncer la patent era venut com un veritable «fàrmac-estrella» per l'empresa, passa, en vèncer la patent, a ser considerat un producte obsolet, alhora que es canten les lloances del nou, sense que cap dada real justifiqui aquesta pretesa superioritat.

Tot això no seria més que un exemple nou del poder del màrqueting en el món actual, si no fos perquè aquestes «novetats falses» acostumen a tenir un preu molt superior als productes que substitueixen, i que, en un sistema d'assegurança pública, aquest cost l'assumim entre tots.

Fa dos anys es va publicar a l'NEJM una anàlisi farmacoeconòmica dels costos i els beneficis dels anticossos monoclonals nous afegits a la teràpia convencional en el càncer colorectal metastàtic. Segons les dades publicades, l'estratègia més nova, en la qual es combina irinotecan + cetuximab, augmentava la supervivència mitjana en 1,7 mesos, per a un cost calculat mitjà (8 mesos de tractament de primera línia + 4 mesos de la nova combinació) de més de 160.000 \$.

En la llarga correspondència que segueix a la publicació d'aquest tipus de resultats, sempre apareixen comenta-

ris crítics relatius a qui i a com s'havien calculat aquest costos, si s'havien tingut en compte solament els costos directes o també els indirectes, i quins d'aquests s'havien considerat i perquè.

Per a mi és obvi que les decisions sobre l'anàlisi cost-efectivitat dels medicaments no es pot plantejar mai a la capçalera del malalt. En un estat de dret aquestes decisions s'han de dur a terme amb arguments tècnics (dades de cost-efectivitat), supervisades per organismes independents, democràtics i transparents, traient fins a on sigui possible tota la càrrega emotiva que aquestes discussions comporten. El debat s'ha d'allunyar de la capçalera del malalt i s'ha de portar a l'abast de tota la ciutadania, utilitzant les noves tecnologies de la informació. El NICE britànic, malgrat totes les mancances i les crítiques que ha rebut, és per a mi un bon exemple de com s'han de fer aquestes coses. ■

## ■ VICENTE ORTÚN

*Economista, Universitat Pompeu Fabra*

***Fins on ha de pagar l'Estat tractaments molt cars i relativament ineficaços? Vertaderament la democratització de les decisions o el fet de socialitzar el dubte ha produït decisions més racionals o senzillament el que ha fet ha estat socialitzar les males solucions i diluir responsabilitats? Per què alguns casos de tractament que en el seu dia van ser polèmics, ja no ho són?***

La cartera de serveis és una de les formes, entre d'altres, d'establir prioritats, i establir prioritats no és solament un problema tecnocràtic, sinó també polític. Tots els països del món estableixen prioritats, bé pel mercat, que es regula per la llei de l'oferta i la demanda, bé per decisions preses per l'Estat o bé per normes clíniques, valors o formes de fer que una professió estima acceptables amb els mecanismes perquè això es dugui a terme.

Als Estats Units, per exemple, tot es dona de la millor qualitat, però no per a tothom. A Europa es dona per a tots, però no tot i de bona qualitat.

Als Estats Units l'exclusió és per disposició a pagar: si tens els diners bé i si no, no. Però en els estats on la sanitat és de provisió pública, de vegades hi ha sistemes que no són els més equitatius. Per exemple, la recomanació com a manera d'accedir al servei, no és ni eficient ni equitativa. En el nostre entorn, caldria tenir més present el que passa amb l'accés a serveis per recomanació, on hi excedeixen persones amb patologia senzilla a recursos preparats per atendre patologia més complexa solament pel fet de ser recomanats, i això no és ni eficient ni equitatiu.

Independentment que el sistema de limitació sigui el mercat o la decisió política, el que importa en els dos casos és la planificació: el nombre d'estudiants de medicina que entren a les facultats, el nombre d'hospitals que s'obren, etc. Perquè la disposició de l'oferta és el que defineix molt el tipus d'assistència que es farà.

Davant d'aquesta situació, la llibertat de fer, el marge de gestió clínica que permet el sistema americà al qui oferta serveis ve determinat perquè, si a qui paga, és a dir l'assegurador, no li convé el que fem, rescindeix el contracte.

A Europa és diferent. La limitació ve més marcada per la disponibilitat de poder comptar amb una prova diagnòstica o d'un llit per ingressar un malalt amb determinada patologia. La legitimitat política ens sembla millor, però ha de ser la legitimitat política que planifica la cartera de serveis que estarà disponible. Cal recordar que cada cop que decidim què farem amb els MIR estem decidint sobre cartera de serveis i pel que fa a la qualitat hi ha molts factors que incideixen en la qualitat: el malbaratament, les llistes d'espera, etc. El procés de prioritació és un procés difuminant en què intervé la política, la gestió i la clínica. Sembla més còmode que les prioritats es defineixin de manera implícita, però el cas és que si volem tenir en compte els valors d'una societat democràtica, hem de tendir a fer els criteris d'aquesta prioritat més explícits.

Per ser més eficients, doncs, cal que coneguem què és el que valora la nostra societat i en aquest sentit el camí cap a preferències sanitàries basades en preferències socials té dues potes:

- Política: Transparència, legitimitat.
- Tècnica: Avaluació, efectivitat, DAP AVAQs, compensacions entre eficiència i equitat...

Ja portem cert temps d'experiències que ens permeten veure diferents models arreu del món. En el cas d'Oregon, el racionament es fa per exclusió: determinades coses no entren.

A Holanda les atencions necessàries es prioritzen des d'un punt de vista d'impacte social, de l'efectivitat de la prestació, de la seva eficiència i que la seva atenció no es pugui deixar a la responsabilitat individual. D'aquesta manera, a Holanda s'exclou la reproducció assistida, ja que els mètodes de reproducció tradicional continuen funcionant.

Del model suec d'assegurament se'n pot aprendre bastant sobre equitat. Posa com a condició per donar certes cobertures que hi hagi responsabilitat en la cura de la salut pròpia –et financen el 50% d'un implant dental



si et fas un test d'estreptococ que demostris que tens cura de la teva higiene—. El model suec apel·la molt poc a problemes econòmics i més a qüestions sobre l'autonomia i la dignitat de la persona.

Una altra experiència és la de Nova Zelanda, que es basa en una llista amb inclusions condicionades a consideracions clíniques.

Pel que fa a la via política per a l'establiment de prioritats, el primer que cal dir és que el problema de la sanitat no és de tipus econòmic, el problema de la sostenibilitat es resol augmentant el percentatge d'impostos que destinem a sanitat i que pot arribar, si ens ho proposem, fins al 20%. Els problemes són de tipus polític i de si la societat està disposada a assignar els recursos suficients per disposar dels avenços tecnològics per afrontar les necessitats en salut, perquè per assignar segons disposició a pagar sempre estarem a temps, però per assignar segons necessitat s'ha de tenir un sistema finançat públicament. Segurament que d'aquí a uns anys estarem gastant molt més en sanitat en termes absoluts i relatius —perquè ens valorem molt més i, per tant, també valorem més estar bé— i que s'assignin els recursos públics suficients dependrà de l'opció política que hi hagi en aquell moment.

Cal recordar que el nostre és un país on encara sembla tabú parlar de copagament, però el copagament hi és, tot i que és el segon més baix d'Europa. En els països amb nivell de benestar més alt que el nostre, el copagament hi és, és més alt i s'aplica a altres àmbits com és el pagament de les matrícules de la universitat.

Però per disposar dels recursos necessaris cal que la productivitat de la nostra economia millori. Possiblement, anirem ja no solament darrere de països com Estats Units, com hi hem anat tradicionalment, sinó de la Xina, l'Índia o d'altres països asiàtics. La indústria farmacèutica és un cas paradigmàtic ja que, sotmesa a protecció per part de les administracions públiques, possiblement no serà competitiva davant d'aquelles que han sobreviscut soles i han afrontat diferents daltabaixos.

Hi ha qui postula que per augmentar la productivitat hem de retallar l'estat del benestar, diuen que hi ha incompatibilitat entre pressió fiscal molt alta i els incentius a treballar. Però l'existència dels països nòrdics és la demostració que això no és veritat, ja que són els països més productius del món i els estats del benestar més consolidats. Si volem seguir el seu exemple, hem de copiar-ho tot, sempre han estat oberts a la competència internacional, amb un sistema d'estímuls de sentit comú on el sistema de benestar no pot tenir incentius dissuasius al treball i a la productivitat. És a dir, hi ha models d'on

copiar l'estat de benestar una mica diferent del nostre, un estat on es pugui parlar de responsabilitat individual, de copagament, que s'orienti als joves.

Si anem més lluny, hem de canviar l'Estat. Una societat funciona quan té estats que funcionen, quan un Estat funciona la indústria prospera, el comerç funciona, les arts floreixen; per contra, quan el Govern no va bé, ni la productivitat ni l'economia en general van bé i no es basa solament en un discurs abstracte sinó que es tracta de coses molt concretes que es poden fer.

Reprenen, doncs, el discurs des del punt de vista més tecnocràtic. Prioritzar vol dir assignar recursos segons preferències socials i això és un tema de participació, de transparència, per exemple, de fer públic el resultat de la central de balanços, de comparar i per això ens serà de molta utilitat l'anàlisi cost-benefici generalitzat.

La definició d'innovació que, segons criteris de mercat, és aquella cosa nova per la qual estem disposats a pagar, no ens serveix en sanitat. No podem parlar de la disposició a pagar sinó de l'efectivitat i per això hem d'avaluar, no ens serveix la sobirania del mercat. En aquesta anàlisi cost-efectivitat, els costos estan clars, es mesuren en euros o dòlars i és el cost d'un fàrmac o de determinada prova o intervenció i els beneficis són la millora en l'estat de salut. Hi ha també efectes secundaris d'impacte econòmic positiu —si una persona es cura i torna a treballar— o efectes sanitaris (si consumeixo molts antibiòtics estic contribuint a fomentar les resistències bacterianes a la meua comunitat, estic causant perjudicis a la resta dels meus conciutadans, o beneficis si em vacuno).

El professor David Cutler ha abordat per primera vegada la relació costos-beneficis en sanitat (la majoria de teràpies per afrontar l'IAM fibrinolítics, l'angioplastia, tenen una relació clarament positiva en la salut). Seguint aquesta anàlisi, podem saber que als Estats Units cada dòlar gastat en atenció sanitària ha produït quatre dòlars en salut. Però canviar estils de vida o invertir en educació des de principi de segle XX ha tingut una ràtio de 30/1. És a dir, per cada dòlar invertit se n'han generat trenta en salut. Per tant, una alternativa seria pagar per les innovacions que aportin veritablement valor a la salut. Lligar el cost de la prestació a la utilitat en salut. D'aquesta manera, s'envia un senyal a la indústria dient-li que estem disposats a pagar per innovacions que veritablement aportin millores a la nostra salut.

Per tant, més despesa no sempre surt a compte, el que importa no és el que es gasta sinó com es gasta. Gastar més no sempre és sinònim de millor salut. Això està especialment documentat sobretot per Eliot Fisher en l'estudi *The implications of regional variations in medical*

spending. Ens recorda que hi ha llocs on el tractament més efectiu no és el millor tractament, sinó que el millor tractament és el que millora més la utilitat del pacient; o el millor tractament que comporta un risc de mort no és el millor tractament efectiu. També demostra que hi ha una mena de serveis que és enormement sensible a l'oferta, és el cas de la insuficiència cardíaca congestiva. Fisher veu:

- Que quant l'atenció és sensible a les preferències, aquesta atenció és més petita en les zones de despesa més gran.
- Que quan l'atenció és sensible a l'oferta, és també més petita en les zones de despesa més gran.
- Que el risc relatiu de mort augmenta amb la despesa.

Per tant, la conclusió és que gastant més aconseguim pitjors resultats en l'atenció a l'infart, pitjors serveis preventius, pitjor atenció primària, temps d'espera més llargs, una satisfacció que empitjora, un estat funcional que empitjora i una mortalitat que empitjora. Més no és millor, està demostrat amb dades molt contundents.

Però, de mitjana, la despesa sanitària ha estat efectiva en desplaçar la productivitat cap amunt, però a nosaltres el que ens ha de preocupar és si estem molt lluny de la frontera, és a dir, del que el coneixement i la tecnologia disponible ens permet aportar per millorar la salut de les persones –l'eficàcia–. La gestió clínica el que ha de procurar és fer cada cop més petita la distància entre l'efectivitat teòrica i l'eficàcia real.

Finalment, doncs, respondré a les preguntes de manera explícita. Fins on ha de pagar l'Estat tractaments molt cars i relativament ineficaços? Diré que: fins on la societat vulgui. L'anàlisi cost-efectivitat és solament una eina, però no l'única. L'anàlisi econòmica és un ingredient de la política, però no substitueix la política, i aquí és important que la societat democràtica sigui transparent i pugui estar ben informada.

A la pregunta de si vertaderament la democratització de les decisions o el fet de socialitzar el dubte ha produït decisions més racionals o senzillament el que ha fet ha estat socialitzar les males solucions i diluir responsabilitats, diré que més racionals sí i més democràtiques sempre.

Finalment, per què alguns casos de tractament que en el seu dia van ser polèmics ja no ho són?

Doncs, perquè les coses canvien. Quan un medicament es llança al mercat no se saben tots els seus efectes sobre la seguretat. En el cas de les unitats coronàries, no es va demostrar la seva efectivitat fins ben bé 25 anys després de l'entrada en funcionament. ■

## ■ ANDREU SEGURA

*Metge especialista en salut pública, Institut d'Estudis de la Salut (IES)*

***Als anys 80 tothom posava en dubte la viabilitat econòmica de fer una analítica de cribratge cada cert temps a tothom. Ara, en canvi, estem discutint si fer una colonoscòpia a tots els ciutadans de 50 anys. És que això no té límit? On acabarem? I a un altre nivell, tens la impressió que els metges en general aconsegueixen prou bé les recomanacions d'organismes solvents, com ara el PAPS, o la Societat de Salut Pública?***

La primera qüestió a considerar no és la viabilitat econòmica, sinó l'efectivitat dels cribratges que, en general, són un instrument per dur a terme intervencions preventives, tradicionalment de prevenció secundària, però cada vegada més de prevenció primària, com ara quan el que pretenen és reconèixer si la població està exposada a factors de risc –no malalties– com la hipertensió arterial o les dislipèmies.

Una consideració preliminar és la de la pertinència del cribratge en relació amb la situació que es pretén detectar. Per això, cal tenir en compte la freqüència de la situació en la població diana i també la capacitat de les proves de cribratge per detectar casos reals, és a dir, la seva sensibilitat i la seva especificitat. És important tenir en compte que si l'especificitat de la prova no és del 100%, és a dir, que no hi ha falsos positius, la qual cosa en la pràctica és rara fins i tot quan es disposa de proves diagnòstiques molt acurades, perquè sempre hi ha limitacions pràctiques de la seva reproductibilitat (errors en l'obtenció de la mostra, mal estat dels reactius, errors de lectura dels resultats, etc.), llavors el valor predictiu positiu, és a dir, la probabilitat de fer realment cas a condició d'haver donat un resultat positiu, depèn molt de la prevalença de la condició en la població estudiada.

Naturalment, el que acaba de fer pertinent un cribratge és si la intervenció preventiva de la qual és un component instrumental implica una millora de la salut de les persones intervingudes o no. Per això, cal valorar si les proves sobre l'eficàcia de determinades intervencions preventives són prou per recomanar-la o, com passa sovint, si no hi ha proves concludents que permetin recomanar-la o no, situació que els grups de treball més prestigiosos com les *task force* americana o canadenca no acaben de resoldre atès que per a una bona part de les situacions considerades (vegeu els reculls de les recomanacions editades) literalment diuen que la decisió es pot prendre, en un sentit o un altre, segons les circumstàncies de cada pacient individualment considerat.

Posteriorment cal, pel que fa a les intervencions preventives que han demostrat raonablement la seva eficàcia, considerar quina efectivitat poden assolir en les circum-

tàncies concretes d'aplicació i això vol dir, per una banda, si les activitats es poden dur a terme amb els recursos disponibles i amb la qualitat de funcionament actual de l'organització dels serveis sanitaris com, per una altra, si la població convidada respondrà a la invitació, de forma quantitativament i qualitativament acceptable, de manera que s'assoleixi una eficiència i una equitat idònies.

Però, se suposa que l'eficàcia i l'efectivitat de les activitats preventives s'assoleixen exposant-nos a un grau acceptable d'efectes adversos, la qual cosa té tot el sentit en l'àmbit col·lectiu, però no acaba de resultar comprensible quan parlem dels individus per als quals el que passa és que hi haurà o no efectes adversos. En efecte, la informació que ens proporciona l'estimació de la probabilitat d'efectes indesitjables, opera en el grup i no es pot traslladar automàticament a una persona determinada.

La proliferació dels cribratges és un senyal de l'existència d'expectatives entre els sanitaris i la població que no sempre són raonables. En general, es menystenen els potencials efectes adversos i s'accentua el caràcter més fetitxista d'una intervenció que per se és exclusivament instrumental. Molta gent pensa que només per sotmetre's a un cribratge ja està cuidant la salut.

Els beneficis dels cribratges, quan es respecten els requisits raonables formulats per Wilson i Jugner a final dels anys seixanta del segle passat, no s'han de minimitzar, però tampoc no s'ha d'oblidar que per assolir un benefici net és inevitable afrontar una fase d'incertesa quan es reben resultats sospitosos i s'ha de confirmar el diagnòstic i, eventualment, el tractament precoç que de fet és la intervenció realment preventiva.

L'Administració sanitària té una responsabilitat especial a l'hora de no atiar expectatives falses i, sobretot, a l'hora de garantir que els programes de prevenció que inclouen cribratges es duguin a terme no solament respectant els requisits proposats per Wilson i Jugner, sinó supervisant rigorosament els procediments i els terminis de manera que es limiti efectivament al màxim la possible iatrogènia. Per exemple, cal utilitzar mamògrafs que irradiïn el menys possible o garantir que la mesura de la tensió arterial es fa d'acord amb els requisits necessaris per assolir un grau acceptable de precisió i d'exactitud.

Una altra possibilitat a tenir en compte és estimular la implicació activa de les persones convidades mitjançant alguna intervenció equivalent a la del consentiment informat, de manera que tothom tingui informació sobre els efectes adversos eventuais per poc freqüents que siguin.

Quant a la segona qüestió, la veritat és que hi ha poques investigacions que valorin la qualitat de les activitats clíniques preventives en la pràctica quotidiana. Una excepció és l'avaluació de les activitats preventives a l'atenció primària a Catalunya, que ja ha arribat a la tercera edició. En general, s'observa el creixement de pràctiques de cribatge que és paral·lel a l'augment de prescripció de medicaments i, en canvi, no té impacte sobre els comportaments saludables de la població.

Pel que fa al seguiment de les recomanacions del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), el nombre de centres afiliats al programa és relativament petit i, encara menys, el dels que se sotmeten a les avaluacions periòdiques que el mateix programa fa. Tot i que, en general, les recomanacions del PAPPS es limiten als problemes de salut sobre els quals hi ha proves d'eficàcia, el plantejament no deixa de ser molt parcial, en el sentit de limitar-se a la promoció d'activitats clíniques i amb el biaix de la perspectiva mèdica. ■

#### ■ FRANCESC JOSÉ MARÍA

*Advocat, Gerent de l'Institut Català de la Salut (ICS)*

***Recentment una senyora d'uns 67 anys es va fer inseminar enganyant, pel que sembla, sobre la seva edat. S'hauria de prohibir? No s'hauria de prohibir però hauria de ser una prestació exclosa de la Seguretat Social? Aquesta exclusió hauria d'abastar també el part?***

El cas que se'm planteja és el de la senyora que a l'edat de 67 anys va tenir una bessonada a l'Hospital de Sant Pau. S'han de prohibir o no aquestes actuacions? Ha de ser una prestació que quedi o no inclosa a càrrec del Sistema Nacional de Salut?

A la cartera de serveis del Sistema Nacional de Salut hi ha una prestació: la reproducció assistida que està assumida per uns supòsits d'infertilitat. Haurem d'entendre què són supòsits d'infertilitat:

1. Quan la dona està en edat que normalment hauria de ser fètil.
2. Aquells supòsits en què hi ha una indicació clínica clarament establerta.

Aquesta prestació té múltiples vessants: fecundació *in vitro*, inseminació artificial, etc.

El que ha passat amb aquesta senyora és que se'n va a l'estranger, queda inseminada artificialment a l'estranger, enganya la clínica pel que fa a l'edat i es produeix la fertilització i l'embaràs.

Després, torna a Espanya però, no se'n va al Sistema Nacional de Salut, se'n va al sistema privat. Durant els primers cinc mesos l'estan hormonant, i quan arriba al cinquè mes i ja hi comença a haver un factor de risc clar, o per voluntat pròpia o per indicació de la clínica privada on és hormonada, ve al sistema públic.

Des del punt de vista jurídic, el primer que ens plantejem és què passaria si aquesta situació d'engany es produís a Espanya, al nostre sistema públic de salut. Dintre del nostre sistema, d'entrada representaria un incompliment de dos deures dels ciutadans envers el sistema de salut:

1. L'ús adequat dels recursos i de la prestació de reproducció assistida que li pot oferir el Sistema Nacional de Salut.
2. La veracitat a l'hora de donar les dades (en aquest cas l'edat, una dada clau per a la prescripció).

Si la relació clínicoassistencial fos de naturalesa contractual, el contracte estaria viciat d'entrada perquè ens ha enganyat, ens ha induït a un error en les condicions de la persona, a la qual hem d'atendre i, per tant, en termes contractuals estaríem davant d'un contracte nul. Això, vol dir que és un contracte inexigible davant dels tribunals.

Des de la perspectiva medicolegal, la legislació de tècniques de reproducció assistida, en vigor des de l'any 1988, en el nostre país explica quins són els límits que hi ha a la indicació:

1. Que no hi ha d'haver un risc greu ni per a la dona ni per a la futura descendència.
2. Que la dona ha d'estar en un bon estat psicofísic de salut (a ella li neix el desig de ser mare als 67 anys després d'haver cuidat la seva mare fins als 101 anys).
3. El consentiment informat.

El nostre sistema legal no estableix una edat màxima per sotmetre's a tractament en el sistema públic. La indicació està entre els 23 i els 39 o 40 anys. A la clínica privada, on es va sotmetre a inseminació artificial era fins als 55 anys, per tant, sobrepassava el període del límit d'edat i, avui dia, el sector privat que es dedica a l'àmbit de l'atenció a la dona està demanant que hi hagi un increment en el període d'edat fins als 50 anys. A totes llums, els 67 anys sobrepassen amb escreix aquest límit d'edat establert, no legalment però sí, com a mínim, protocol·lariament per part dels professionals que hi intervenen.

Per tant, estem davant d'una situació que només mitjançant l'engany al Sistema Nacional de Salut es pot produir.

Com podem enfocar la perspectiva bioètica en aquesta problemàtica que se'ns planteja?:

1. Des de la perspectiva del malalt: el malalt sempre actua sobre la base del principi d'autonomia.
2. Des de la perspectiva del metge: parlem del principi de beneficència.
3. Des de la perspectiva del sistema: parlem del principi de justícia (enfocament que hauríem de donar a l'hora de trobar una solució bioètica des del Sistema Nacional de Salut).

**Reflexió:** El sistema públic ha d'assumir el cost d'una prestació la indicació clínica de la qual s'ha obtingut de manera fraudulenta? I, també ha d'assumir les seves conseqüències? El seguiment de tot el procés de l'embaràs, el part, la incubadora dels nadons un cop han nascut, i de tots els riscos que ha assumit voluntàriament la dona.

Estem parlant, doncs, d'una dona que mitjançant el frau ha optat per posar-se a si mateixa i a la seva descendència en risc. Perquè, després, per al part se'n va a l'Hospital de Sant Pau, a la unitat d'embarassos de risc i amb tot el cos de suport sanitari en una decisió presa fora del sistema.

**Conclusions:** Nosaltres no hem de prohibir en el sentit jurídic. Les indicacions des del punt de vista clínic estan prou clares com perquè no es donin aquestes situacions.

Però, un cop produïda aquesta situació la meua reflexió és: el Sistema Nacional de Salut no se n'ha de fer càrrec ni tampoc s'ha de fer càrrec de les despeses de seguiment de l'embaràs, el part i les possibles complicacions, ja que el risc, en el supòsit que estem analitzant, ha estat voluntàriament assumit per ella i ha obtingut fraudulentament la prestació. ■

## ■ Debat de la taula: Taula 4

Marc Broggi

Diferenciaries la mare i el fill?

Francesc José María

Possiblement s'hauria de diferenciar, perquè el fill no té culpa del que hagi fet la mare. Tot i així, hem de fomentar que les decisions dels pares envers els seus fills siguin també el màxim possible de responsables.

### Andreu Segura

Possiblement, el fet que aquesta senyora hagi volgut ser mare als 67 anys té a veure amb unes expectatives que hem contribuït a fomentar, que són responsabilitat, no culpa, col·lectiva, i com a sistema sanitari no estem lliures de responsabilitat de fomentar aquesta mena d'expectatives.

### Antoni Bulbena

Heu parlat de la transparència i potser s'estan fent esforços, però ara fa poc es va presentar el Pla de Salut Mental de Catalunya i la propera setmana es presenta el Pla de Salut Mental estatal. La meua percepció és que, si abans era difícil trobar informació sobre l'estat de la salut mental, recursos, activitat casuística, ara, amb l'estat autonòmic i els diferents plans de salut, la cosa ha empitjorat i és molt difícil trobar aquesta informació de manera global.

### Vicente Ortún

Crec que la pertinença a la Unió Europea servirà perquè això es resolgui, es milloraran els sistemes d'informació que ara certament estan sumits en una mica de desgavell.

### Núria Terribas

M'agradaria reprendre el tema de la reproducció i recordar que a Catalunya hi ha clíniques que han dit públicament que accepten casos de dones de més de 50 anys si hi ha possibilitats que prosperi mèdicament l'embaràs amb garanties. Hauria estat bé que la llei, recentment aprovada, hagués fixat un límit al respecte de l'edat en què es poden realitzar aquests tractaments. També em pregunto si en una societat multicultural com en la que vivim, és pertinent deixar d'atendre persones que, per raons culturals o creences religioses, volen fer la circumcisió al seu fill i que si no li fem en el sistema públic potser ho faran sense mesures de garantia i higiene.

### Francesc José María

La posició oficial de l'ICS és que la circumcisió ritual no té cabuda en les prestacions públiques i només té sentit per indicació clínica, perquè aquesta prestació està fora de la cartera de serveis que hem definit entre tots els nostres representants i els qui governen. Hi ha uns recursos limitats que hem decidit destinar-los a unes determinades prestacions que són finites i el debat, en tot cas, és que, si es fan determinades prestacions dintre del sistema amb les garanties d'higiene i seguretat, qui les ha de pagar?

### Núria Terribas

Però, potser no seguim aquest criteri en el cas de la reproducció humana assistida quan es permet que dones soles que no tenen criteris d'esterilitat accedeixin a aquestes prestacions.

### Francesc José María

Crec que hi ha una confusió. La llei permet que una persona sola, independentment de la seva condició, pugui fer-se un tractament de reproducció assistida. Una altra cosa és la cartera de serveis, publicada el setembre de l'any passat, que només dóna cobertura a aquelles parelles que tenen una indicació clínica derivada d'un problema d'infertilitat.

### Victòria Camps

Com ha dit en Vicente Ortún, el problema no és tant la quantitat de recursos sinó com es gasten. Sobretot si es tracta de grans prioritats, s'ha de decidir democràticament, amb transparència i participació; però una decisió democràtica que és la que està més legitimada no és necessàriament la més racional: si fem un referèndum per veure si s'introdueix el copagament, no sortirà mai.

### Vicente Ortún

El malbaratament social està en l'increment d'indicacions. Una prestació s'introdueix amb unes determinades indicacions i ràpidament es va ampliant, serveix per a tot i per a tothom. Òbviament, la democràcia no pot servir per revisar l'adequació de la prescripció de fàrmacs, però sí que els serveis de farmacovigilància, el braç armat de la democràcia, poden servir perquè es facin bé les coses.

És important vigilar què s'incorpora a la cartera de serveis, però vigilar molt més com s'utilitza el que tenim a dintre de la cartera de serveis, perquè hi ha dues pèrdues de benestar que estem patint.

Per un consum excessiu de recursos que es pot constatar en el document de variabilitat arbitrària en la pràctica mèdica d'Espanya. Digueu-me on vius i et diré si tens úter; digueu-me on vius i et diré si ets hipertens. Potser ens hem de fixar en quines coses molt efectives no estem donant.

També hem de pensar a introduir el copagament, entre d'altres coses perquè quan l'atenció és un *continuum*, dir que no a determinades prestacions és francament difícil.

### Andreu Segura

El problema és que les decisions es prenen per una majoria democràtica no tenen cap garantia que siguin més

racionals i, a més, hi ha el perill de la demagògia, que es pot utilitzar amb finalitats electorals. Es proposa fer coses que ja les pagarem o ja les pagaran els nostres néts.

Per tant, és una qüestió importantíssima i s'han de plantejar mecanismes de racionalització i no es pot deixar només en una qüestió de preferències que poden ser manipulades.

El nostre sistema sanitari no és tan meravellós com sovint es diu ja que hi ha, des d'aquest aspecte, molta barateria de recursos per una manca de presa de decisions en aquest sentit.

En el cas del canvi de sexe, per exemple, i deixant de banda que té una incidència petita perquè se suposa que seran pocs els que voldran fer aquest tipus d'intervenció, es plantegen, d'una banda, els efectes adversos i les complicacions de la intervenció i, de l'altra, si aquesta intervenció soluciona el problema.

No conec cap afirmació que digui que fer una intervenció solucioni el problema mental. I aquí potser caldria parlar de generar una sèrie de falses expectatives com la de concebre fills més enllà dels 60 anys, o tenir relacions 10 cops al dia als 70 anys, o no patir calvície, etc.

## ■ CONCLUSIONS

### ■ FRANCESC BORRELL I JOSEP MARIA BUSQUETS

#### La medicalització creixent de la vida com a conclusió

- A través dels temps, la malaltia ha estat vista com un càstig als nostres pecats o bé com un caprici combinatori d'elements de la naturalesa. Tant l'un com l'altre han condicionat d'una manera decisiva l'actitud del metge i la relació amb el malalt i també com veu la societat el fet d'emmalaltir. Encara que no és fins ben entrat el segle XX en què es fa més present en la literatura la descripció de com es viu la malaltia, hi ha moltes obres que reflecteixen aquesta dualitat al llarg de la història, des del *Llibre de Job*, passant pel *Decameró*, fins a *La mort a Venècia*.
- Actualment, a la societat postmoderna que fomenta l'individualisme, el tabú de la mort ha substituït el tabú del sexe i es viu de manera obsessiva el control de tot tipus de risc. No solament tenim por a la mort física, també tenim por a la mort social i ens preocupa cada cop més la imatge social que projectem.
- D'aquesta manera, la mort i la malaltia s'allunyen de la vida quotidiana i es delega en una medicina que suposem que sabrà com s'ha d'actuar. Hi ha una intolerància a viure el procés de l'agonia, tan la pròpia com la del pròxim, que justifica l'ús de la sedació terminal. En aquest punt, potser és important que el professional sanitari incorpori en el seu rol el d'ajudar a comprendre i a adaptar-se a la malaltia, ja que hi ha formes sanes d'estar malalt i formes malaltisses de procurar-se la salut. Possiblement, la pèrdua de resignació hagi anat aparellada amb l'augment de la confiança amb la medicina.
- En aquest context, els sistemes de salut han d'afrontar cada cop poblacions més grans i, consegüentment, amb més problemes de salut. Per això, a banda de procurar la correcta assistència, aquests sistemes han d'ajudar les persones a guanyar habilitats i capacitats per procurar-se la cura que tradicionalment es feia davant diferents tipus de molèsties o per prevenir problemes de salut.
- Els metges d'atenció primària calculen que atenen motius de consulta que fan referència a aspectes que formen part de la vida ordinària, com ara l'envelliment normal, o problemes adaptatius físics o psicosocials, que no s'haurien de medicalitzar. De manera conscient o inconscient, els diferents agents socials, mitjans de comunicació i del sistema sanitari mateix han estat i són els responsables d'aquest fenomen, el qual no sempre és innocu. Entre d'altres, destaquem l'ús de medicaments o fins i tot de la cirurgia estètica per a situacions que s'haurien de solucionar en l'esfera psicosocial; es destina més temps a tractar persones sanes en detriment de les malaltes, fomentant una visió vulnerable de la persona en detriment de la seva autonomia i certa dependència o victimització de persones sanes; i finalment els metges tenen el risc d'enteranyinar la frontera entre el que fóra normal i el que fóra malaltia. S'apunten dues respostes possibles: d'una banda, la formació permanent dels professionals de la salut en les estratègies que una part de la indústria farmacèutica empra en la creació de noves malalties, o en la comercialització d'antics medicaments com a novetats o per a indicacions noves no estrictament mèdiques; i d'altra, que els metges assumeixin el rol de desmedicalitzadors de situacions que no mereixen ser-ho, amb la normalització dels defectes estètics i prioritant la formació i apoderament de la persona.
- Per tal d'explicar aquest fenomen, sovint s'utilitzen teories conspiradores com les fomentades per I. Illich, Foucault o per Orwell. Segons aquestes teories, les forces econòmiques manipulen la societat. Una lectura ingènua d'aquestes tesis pot dur el professional de la salut a dissipar les seves tensions atribuint a la població unes demandes exagerades i fora de lloc. El professional de la salut està permanentment en risc de sucumbir en un fracàs moral doble. D'una banda, està frec a frec amb franges de població desclassades i marginals que no troben lloc en una societat llançada a l'èxit, com també franges de població anciana que viu sola o gent que viu mal acompanyada. Aquesta gent expressa de moltes maneres el seu malestar, un malestar que el professional pot acompanyar però, poques vegades, minvar. A aquest

repte afegirem el perill d'un fracàs moral intern: no tenir temps per donar una resposta òptima als pacients, ni mitjans, i a vegades tampoc prou energia o motivació. Davant de les teories conspiradores, cal una resposta basada no tant en «coneixements» com a tenir «ofici», no tant a culpabilitzar «aquesta població que no sap el que vol», ni tampoc a «la indústria farmacèutica creadora de malalties inventades», com a saber encaixar el sofriment (inexhaurible) de la gent i renovar el compromís amb els valors de la professió.

- En general, la gent es queixa amb raó, i encara que una part pugui estar empesa per modes, i pugui ser manipulada, el gruix de la població adopta actituds racionals i no es queixa per queixar-se. Quan l'estómac deixa de ser la primera preocupació, l'espai perceptiu «intern» l'ocupa el sistema osteomuscular, massa vulnerable a les xacres pròpies de l'edat. Hem d'estar a l'aguait d'aquestes queixes, fer-ne una avaluació professional, mai banalitzar-les, però tampoc amplificar-les o crear dependències que minvin l'autonomia.
- La població, els professionals de la salut i les institucions raonem sobre una base comuna de pensament màgic, pensament que adopta el miratge «efecte clausura de perills» (voldríem un risc zero, tenir-ho tot controlat). Això ens pot dur a pensar que «ja ho sabem tot» (n'hem dit «efecte de clausura epistèmica»), i a vegades caiem en maneres de pensar màgiques: «saber» i «comprendre» equival a guarir, i amb voluntat «positiva» de guarir-nos podem guanyar qualsevol malaltia. Aquesta temptació màgica és omnipresent en les «medicines alternatives».
- El cas de la teràpia hormonal substitutiva per apaiagar la simptomatologia de la menopausa és un exemple paradigmàtic d'aquesta confusió entre «malaltia» i «trastorn». Recordem que alguns agents de la indústria farmacèutica, en connivència amb líders d'opinió en el camp de la ginecologia i de l'endocrinologia, van estendre un ús massiu i no justificat científicament d'aquesta teràpia. Ara, però, ens trobem que hi ha un ampli acord en el sentit que es tracta d'un trastorn que no justifica un tractament que té efectes secundaris potencialment seriosos. Però, en una basculació típica poc reflexiva, aquest tipus de tractament ha quedat tan marginal que no l'aprofiten dones que se'n podrien beneficiar.
- La proliferació dels cribratges és un senyal de l'existència d'expectatives entre els sanitaris i la població que no sempre són raonables. En general, es menyspreuen els efectes potencials adversos i s'accentua el caràcter més fetitxista d'una intervenció. Molta gent pensa que només per sotmetre's a un cribratge ja està cuidant la seva salut. Caldria un esforç per tenir un impacte més gran en estils saludables i portar a terme les evidències que sorgeixen en aquest camp a tota la població.
- La sanitat, més que un problema de finançament, té un problema de distribuir equitativament els serveis i ajustar-se a allò que el ciutadà vol pagar amb els seus impostos. És previsible que en un futur aquest esforç econòmic augmenti, perquè anem històricament en la línia de valorar cada vegada més trobar-nos bé. Caldrà que hi hagi els mecanismes de racionalitat per tal que el ciutadà entengui que el seu esforç a pagar impostos està ben invertit. Les decisions sobre l'anàlisi cost-efectivitat dels medicaments no es poden plantejar mai a la capçalera del malalt. En un estat de dret, aquestes decisions s'han de dur a terme amb arguments tècnics (dades de cost-efectivitat), supervisades per organismes independents, democràtics i transparents, traient fins on sigui possible tota la càrrega emotiva.
- No hi ha cap dubte de la influència dels mitjans de comunicació sobre els hàbits i estils de vida. Això condiona patologies com ara l'anorèxia nerviosa. Per tant, s'imposa una supervisió dels missatges que es donen, respectant la llibertat, però també protegint les capes socials més febles d'aquests tipus de missatge i, notòriament, la infància.

El contingut i les conclusions d'aquest debat només reflecteixen les opinions de les persones que han intervingut i no necessàriament les del Comitè Consultiu de Bioètica de Catalunya.





Generalitat de Catalunya  
**Departament de Salut**