

Alerta sanitària i sistema de salut: lliçons de la història

Discurs de presentació de Josep Lluís Barona Vilar com a membre numerari de la Secció de Ciències Biològiques, llegit el dia 19 d'octubre de 2020



Institut
d'Estudis
Catalans

SECCIÓ
DE CIÈNCIES
BIOLÒGIQUES

Alerta sanitària i sistema
de salut: lliçons de la història

Alerta sanitària i sistema de salut: lliçons de la història

Discurs de presentació de Josep Lluís Barona Vilar
com a membre numerari de la Secció de Ciències
Biològiques, llegit el dia 19 d'octubre de 2020

Barcelona, 2020



Institut
d'Estudis
Catalans

SECCIÓ
DE CIÈNCIES
BIOLÒGIQUES

Biblioteca de Catalunya. Dades CIP

Barona, Josep Lluís, autor

Alerta sanitària i sistema de salut : lliçons de la història. — Primera edició

Bibliografia

ISBN 9788499655598

I. Institut d'Estudis Catalans. Secció de Ciències Biològiques II. Títol

1. Epidèmies — Història 2. Salut pública — Història 3. Política sanitària — Història

616-036.22(091)

614(091)

351.77(091)

© Josep Lluís Barona Vilar

© 2020, Institut d'Estudis Catalans, per a aquesta edició

Carrer del Carme, 47. 08001 Barcelona

Primera edició: octubre del 2020

Text revisat lingüísticament per la Unitat de Correcció del Servei Editorial de l'IEC

Disseny de la coberta: Azcunce | Ventura

Compost per la Unitat de Producció del Servei Editorial de l'IEC

Impressió a Open Print, SL

ISBN: 978-84-9965-559-8

Dipòsit Legal: B 19046-2020

Són rigorosament prohibides, sense l'autorització escrita dels titulars del *copyright*, la reproducció total o parcial d'aquesta obra per qualsevol procediment i suport, incloent-hi la reprografia i el tractament informàtic, la distribució d'exemplars mitjançant lloguer o préstec comercial, la inclusió total o parcial en bases de dades i la consulta a través de xarxa telemàtica o d'Internet. Les infraccions d'aquests drets estan sotmeses a les sancions establertes per les lleis.

Sovint la història es fa servir com a referent erudit. La meua llarga experiència com a docent universitari me diu que per a la majoria de científics, biòlegs, metges, periodistes i comunicadors la història aporta un *coneixement* complementari, que amplifica la perspectiva. És obvi. Tanmateix, vull començar aquest discurs fent meu el manifest programàtic que l'historiador francès Lucien Febvre, fundador de l'escola dels *Annales*, va titular *Combats pour l'histoire* (1952). Fins i tot m'agradaria anar una passa més enllà i afirmar amb rotunditat que la història no sols amplia perspectives i és un recurs erudit, sinó que és la clau imprescindible que obre la porta del coneixement, un camí indispensable per comprendre el present i projectar el futur. La història és una vacuna contra la ignorància, símptoma de decadència quan s'estén entre les elits professionals i dirigents, que la fan servir, no com a eina de coneixement, sinó com a buida retòrica. La ciència, la tecnologia i la medicina, despulades de la dimensió humana que aporten les ciències socials i la història, són buides: un simple saber instrumental. La història aporta al metge i al biòleg la dimensió humana i social del coneixement, i és per això un antídote contra la mercantilització de la salut i la sacralització de la tecnologia.

El 2003, els mitjans van retransmetre per primera vegada una guerra en directe: la Segona Guerra del Golf. Ara, la pandèmia de COVID-19 (*corona virus disease 2019*, malaltia del coronavirus 2019) és la primera que hem seguit en directe, dia a dia, contagi a contagi, mort a mort. Mesos de retransmissió documental i de confinament han mostrat el drama humà i la dimensió mundial de la malaltia, les tensions polítiques, el desconcert i la impotència davant una tragèdia inèdita. Hem vist en primera plana la impotència d'experts i polítics, hem vist un sistema sanitari amenaçat i els riscos d'una catàstrofe inesperada. Hem

vist desfilant davant els mitjans, en directe, nous «experts», viròlegs, epidemiòlegs, periodistes, tertulians, historiadors. Sembla que el relat ha arribat a la saturació i potser és temps de serena reflexió.

La invitació de la Secció de Ciències Biològiques a impartir aquest discurs de presentació m'ha fet pensar que, sent historiador de la salut pública i vivint les circumstàncies actuals, no podia defugir orientar el meu parlament com una reflexió al voltant del significat històric de les epidèmies i dels sistemes de salut.

1. SOBRE LES CAUSES DE LA PANDÈMIA: DEL REDUCCIONISME VÍRIC A LA CRISI DE L'ECOSISTEMA

Els historiadors de la medicina estem familiaritzats amb la lògica galènica, inspirada en l'aristotelisme, segons la qual en els fenòmens naturals es poden distingir una causa eficient, una causa material, formal i final. Davant un brot epidèmic, els metges galenistes distingien una causa còsmica remota que alterava l'equilibri ambiental (causa intermèdia) i corrompia els humors (causa eficient). Segurament no és moment ara d'aplicar models galènics, però cal reconèixer que hem perdut perspectiva quan adoptem el reduccionisme que suposa considerar sols la causa eficient: el virus. Caldria preguntar-se si el coronavirus és la causa de la malaltia o és l'efecte d'un ecosistema malalt i d'una societat malaltissa. Quan al deteriorament mediambiental s'hi afegeix la pobresa, la manca d'higiene, la marginalitat, la misèria, llavors tenim el còctel perfecte per a l'esclat. Per actuar contra la pandèmia no només es tracta de produir vacunes o caçar microbis, sinó també, i sobretot, d'establir programes de salut global que aturin el deteriorament del planeta.

Tota malaltia infecciosa és conseqüència de la pèrdua d'equilibri microbià entre l'individu i l'entorn. El *microbioma* forma part de la nostra identitat biològica i és part essencial de les defenses immunitàries. Per això, tota infecció i tota epidèmia —en tant que ruptura de l'equilibri microbià amb el medi— representen una crisi ecològica a escala individual i col·lectiva. Cada període històric ha tingut el seu particular botxí epidèmic, associat a crisis ecosistèmiques: la pesta negra de mitjan segle XIV en el context de migracions, guerres de religió i croades. També la verola va causar més de huit milions de morts a Mesoamèrica arran de l'arribada dels espanyols, i el *cocoliztli* o venjança de Moctezuma (avui identificat per la biologia molecular com a salmonel·losi) va superar els quinze milions de morts en diverses onades epidèmiques durant el segle XVI, un temps en què el treponema, abans benigna causa del *mal del pinto* o el pian, es va fer més virulent i estengué la sífilis arreu del món.

Des de l'antiguitat fins al present, la majoria de les grans catàstrofes sanitàries han estat conseqüència del contacte entre comunitats humanes que havien evolu-

cionat aïllades entre si. El colonialisme europeu va expandir la verola durant segles; el còlera i la febre groga es van estendre amb el comerç internacional des de les colònies d'Àsia i Amèrica amb una gran virulència al segle XIX, i van propiciar les primeres quarantenes i els primers llatzerets marítims i fluvials. El còlera provocava una mortalitat molt alta, per sobre del 30 %. Una de les pandèmies de còlera més mortíferes va arribar a Espanya a l'inici del 1885 i va afectar unes 450.000 persones, un 35 % de les quals, unes 150.000, va morir. El País Valencià va ser la zona més afectada: uns 75.000 casos i la mort de 33.681 persones, el 45 % dels afectats. A Catalunya, la incidència va ser menor, i a Barcelona va morir el 34 % dels malalts. És quan Jaume Ferran va assajar a les poblacions de la Ribera del Xúquer la seua controvertida vacuna.

El referent contemporani més dramàtic, la grip de 1918, va sorgir en moments de profunda pobresa, fam, migracions, guerra i destrucció, dins una població desnodrida i afectada pel tifus i el parasitisme. Desenes de milions de morts a tot el món, entorn del 2,5 % de la població mundial. Es calcula que es va contagiar més del 40 % de la població espanyola, uns huit milions de persones, i que va causar unes 260.000 defuncions en el període 1918-1920. Aquesta grip va provocar una espectacular caiguda de l'esperança de vida a Espanya, que era de 44 anys el 1916 i va caure als 30 anys el 1918. Va afectar sobretot zones urbanes, i es va generalitzar tant que la va patir fins i tot Alfons XIII. Es calcula que a Catalunya va afectar unes 800.000 persones i va provocar entre 25.000 i 30.000 morts.

La segona gran pandèmia vírica del segle XX va coincidir precisament amb l'inici de la nostra globalització: la sida. Després, l'Ebola i les successives pandèmies de coronavirus han causat brots epidèmics greus. El 2003 va esclatar la SARS (*severe acute respiratory syndrome*, síndrome respiratòria aguda greu) a la Xina, que va afectar més de 8.000 persones, amb unes 800 morts a 32 països (10 % de mortalitat). També l'epidèmia de MERS (*Middle East respiratory syndrome*, síndrome respiratòria de l'Orient Mitjà) el 2012, causada per un coronavirus a l'Orient Mitjà, afectà 2.500 persones i causà 850 morts en 27 països (35 % de mortalitat).

Ara som conscients que la pandèmia de COVID-19 no és aliena a la crisi ecosistèmica d'abast mundial. El canvi climàtic comporta l'increment de riscos per a la salut humana que deriven de l'escalfament global, que provoca episodis extrems d'onades de calor, canvis en el règim de precipitacions, del nivell dels mars, inundacions, incendis... catàstrofes naturals que incideixen sobre una ampla tipologia de malalties: cardiovasculars, respiratòries, renals, mentals i infeccioses. La conferència de Greifswald (Alemanya, 2009) sobre canvi climàtic i malalties infeccioses («Climate change and infectious diseases») va identificar un seguit de malalties que poden afectar els humans i que assoleixen una major incidència en les poblacions de climes temperats com és el nostre. És així perquè les poblacions dels hostes primaris (animals que pateixen una malaltia que secundàriament pot afectar

humans) o dels vectors (animals que no pateixen la malaltia, però que la transmeten) es desplacen cap a latituds més temperades i amb l'increment de temperatura poden sobreviure durant les estacions més fredes.

Per tot això, cal associar l'esclat de la COVID-19 i de futures pandèmies al deteriorament dels ecosistemes i a les conseqüències negatives del canvi climàtic sobre la salut humana. És l'efecte pernicios d'un model de globalització que destrueix l'equilibri del sistema ecològic global. L'explosió demogràfica, la pobresa extrema i la fam són altres factors coadjuvants. No obstant això, sembla que fins ara no s'ha obert un debat en l'opinió pública sobre la necessitat d'afrontar amb polítiques globals aquests factors patògens. L'origen últim de la pandèmia és un planeta malalt; la prevenció s'ha d'enfocar en el context de polítiques i acords internacionals per a la sostenibilitat, la lluita contra el canvi climàtic i la pobresa extrema. La vacuna és necessària, però no suficient.

2. LA RESPOSTA SOCIAL: IMPORTÀNCIA DELS SISTEMES DE SALUT

Al llarg del segle xx hi ha hagut un canvi fonamental en la dimensió social i política de la salut a les societats occidentals. Això ha provocat canvis profunds en el perfil professional del metge, la seua funció i el seu estatus. Són molts i complexos els factors que han impulsat aquest procés de canvi: l'evolució dels coneixements, la revolució tecnològica, l'organització professional i assistencial, l'especialització professional, les demandes socials... Coneixem bé l'evolució de la sanitat posterior a la Segona Guerra Mundial, l'impuls del model Beveridge i la influència del keynesianisme en la construcció dels sistemes nacionals de salut. Però hi ha poques investigacions sobre l'etapa anterior, especialment del període d'entreguerres.

Hem de recordar que el punt d'inflexió en la dimensió política i social de la salut s'arrela al moviment intel·lectual i polític de la Il·lustració. La decadència de l'Antic Règim —societat estamental i senyorial— va inspirar el reformisme liberal i les primeres constitucions, com la fallida Constitució de Cadis (1812), en què es definia la salut com a dret civil i factor essencial per a la riquesa i la grandesa de les nacions. Health is Wealth afirmava el moviment salubrista britànic. Les malalties infeccioses, les bosses de pobresa i l'elevada mortalitat desmentien la idea força del primer liberalisme: «laissez faire». L'evidència mostrava com el mercantilisme portava a allò que els historiadors de l'economia anomenen «market failures», deficiències del mercat, que sols la intervenció de l'Estat i l'Administració pública poden compensar. És per això que al llarg del segle XIX es va viure a Europa una transició des del model de caritat al de beneficència i més tard a les polítiques de *l'estat providencial*, antecessor de l'estat del benestar. En l'Antic Règim, la caritat era el nus de l'atenció als pobres i als exclosos, perquè

sols una elit minoritària gaudia de drets civils. Després, la beneficència prestava atenció social i sanitària als pobres en hospitals, asils, maternitats, nosocomis... o a les *workhouse* britàniques que acollien pobres, rodamons, expresoners, orfes, vídues i gent destituïda sota unes condicions de vida molt dures. Les bosses de marginalitat, la pobresa extrema i l'exclusió eren font de conflicte i d'inestabilitat social i per això les *lleis de pobres (poor act)*, com ara la nostra Llei de beneficència (1854), maldaven per atenuar els efectes perniciosos de la pobresa: malalties, delinqüència, conflicte social.

A partir dels inicis del segle xx hi hagué a Europa un seguit d'iniciatives que podem englobar dins el concepte *estat providencial* i que van regular l'educació obligatòria, el treball infantil i femení, els accidents laborals, la protecció a la infància i l'atenció als malalts mitjançant sistemes de caixes de malalts, iguals o societats de socors mutus i mutualitats. Amb peculiaritats a cada país, era un moviment internacional dirigit a configurar un model d'administració sanitària d'abast estatal partint d'organitzacions obreres i d'empreses, municipis i mancomunitats, un moviment que va reforçar la dimensió social i política de la pràctica mèdica. Es va configurar un perfil molt marcat del metge com a professional liberal que intervenia de manera molt activa en la lluita contra infeccions i epidèmies, en les polítiques higienistes sobre urbanisme i habitatge, salubritat dels espais públics, inspecció d'escoles, campaments i colònies escolars, sanatoris marítims... un perfil del metge liberal compromès amb la salut social.

El procés d'higienització del medi urbà i rural, les campanyes sanitàries contra les malalties socials dominants, el naixement de la medicina colonial i les polítiques preventives que caracteritzaren les iniciatives sanitàries de l'*estat providencial* se sustentaven en una ideologia higienista per fer front als grans botxins de la salut: les malalties infeccioses i les grans epidèmies. Era la reacció davant d'un panorama epidemiològic desolador que quedava al descobert amb els primers sistemes de recollida de dades epidemiològiques, unes dades que permetien la comparació entre grups socials, regions i països. L'impacte de les grans epidèmies de còlera entre 1834 i 1885 va estimular un model de sanitat municipal articulat des de les grans ciutats com València o Barcelona, la creació d'un cos municipal de sanitat, laboratoris microbiològics i instituts municipals i provincials d'higiene.

La Instrucció General de Sanitat (1904) establia a Espanya una administració sanitària al voltant del Ministeri de Governació sustentada sobre tres pilars. Hi havia un òrgan executiu, coordinador de les polítiques sanitàries, i un òrgan consultiu, el Reial Consell de Sanitat, amb el suport de les juntes provincials i municipals de sanitat. El tercer òrgan, de caràcter tècnic, era la Direcció General de Salut Pública, amb un inspector general, i una divisió entre interior i exterior (fronteres) en què operaven inspectors generals, provincials i locals, encarregats d'avaluar la situació sanitària i gestionar la salut pública.

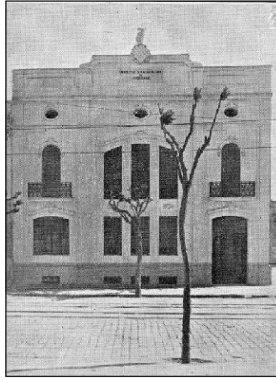


FIGURA 1. Institut Provincial d'Higiene de València, anys 1920.

FONT: Biblioteca Historicomèdica. Institut Universitari López Piñero. Universitat de València.

Els inspectors provincials coordinaven les polítiques sanitàries a cada província, incloses les àrees rurals, i les seues principals comeses eren la lluita contra les malalties infeccioses, la millora de la salubritat pública, la higiene dels aliments i de l'habitatge, les campanyes de vacunació i el recull de dades epidemiològiques. Des de mitjan anys 1920, la tasca dels inspectors provincials va ser clau en el marc dels instituts provincials d'higiene, formats per quatre seccions: epidemiologia i desinfecció, clínica, anàlisi química i higiene i vacunacions. A València, aquesta funció va ser desenvolupada per Joan Peset Aleixandre, mentre que Josep Pérez Fuster dirigia l'Institut Municipal d'Higiene, resultat de la fusió dels laboratoris químic i bacteriològic de la ciutat. La sanitat exterior o de fronteres s'organitzava al voltant de la Brigada Sanitària Central (1909) i l'Institut de Seroteràpia, Vacunació i Bacteriologia, anomenat Institut Nacional d'Higiene (1914) i dirigit inicialment per Santiago Ramón y Cajal. Al començament dels anys 1920 s'havien instal·lat uns setanta laboratoris químics i bacteriològics en capitals de província i ciutats de més de 15.000 habitants en trenta províncies espanyoles. Disposaven de serveis d'inspecció sanitària i instituts de vacunació.

Des del final de les guerres napoleòniques, una nova diplomàcia internacional s'havia anat configurant per prevenir noves guerres. També al voltant dels grans problemes sanitaris. Les epidèmies de còlera i febre groga afectaven profundament la navegació i el comerç internacional amb les colònies a causa de la disseminació de pandèmies i de les quarantenes establertes unilateralment pels estats. Les principals potències colonials tenien molt d'interès a assolir acords internacionals i, al llarg de la segona meitat del segle XIX, se celebraren una dotzena de conferències sanitàries internacionals a París, Constantinoble, Dresden, Viena, Berlín, Londres,

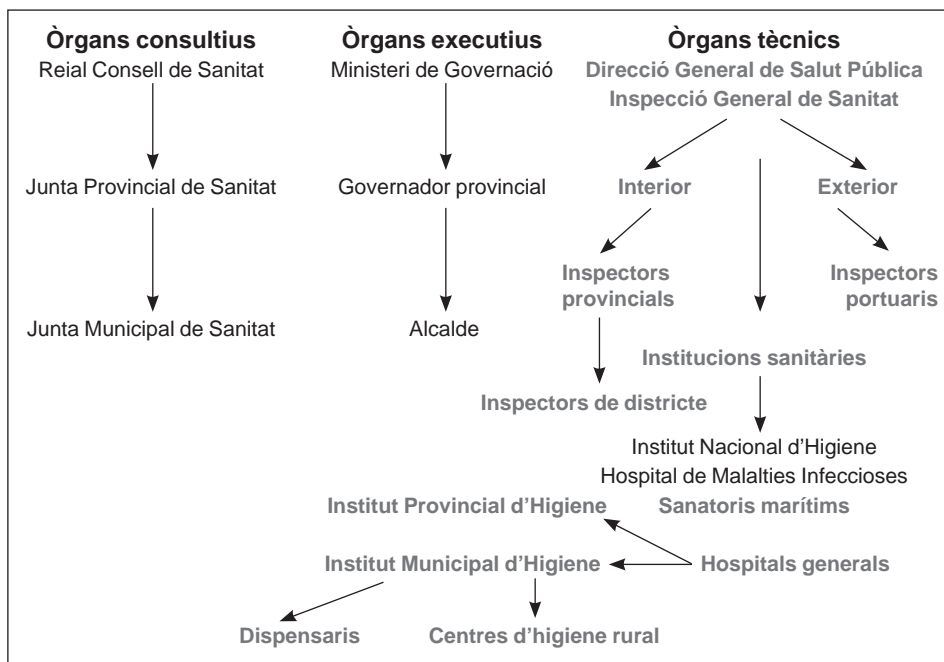


FIGURA 2. Organització sanitària a Espanya (1920-1936).

FONT: Elaboració pròpia.

a més de congressos internacionals sobre higiene i demografia, tuberculosi, malalties venèries, salut maternoinfantil i beneficència. El primer fruit d'aquest moviment sanitari fou el Pan-American Sanitary Bureau (1902, Washington) i l'Office International d'Hygiène Publique (1907, París). Després de la Gran Guerra, la Societat de Nacions va fundar el Comitè d'Higiene (1920) per impulsar el treball epidemiològic, crear una comissió internacional d'epidèmies i coordinar acords sobre estàndards de productes biològics, nutrients, dietes, desenvolupament infantil i dosis de medicaments. Aquesta tasca de salut pública internacional es va fomentar amb conferències internacionals i comissions d'experts per assessorar els països membres, les administracions sanitàries i la comunitat científica sobre prevenció i lluita contra les malalties socials dominants. Durant el període d'entreguerres es va crear un vincle de col·laboració internacional entre la Societat de Nacions, l'Organització Internacional del Treball, la Lliga de Societats de la Creu Roja i l'Institut Internacional d'Agricultura (precursor de la FAO). La immensa tasca de coordinació internacional en salut pública va estar principalment finançada per la Rockefeller Foundation a través de l'International Health Board. També va ser la principal font de finançament dels instituts nacionals d'higiene a Europa els anys 1920 a

partir del model creat a Johns Hopkins (Baltimore), que va inspirar la majoria dels instituts europeus.

Els instituts nacionals d'higiene s'ocupaven de la lluita contra epidèmies i malalties socials com l'alcoholisme, malalties infeccioses (tuberculosi, sífilis, paludisme, tracoma...), polítiques alimentàries, racionament i deficiències higièniques. Impulsaven programes experimentals de producció de sèrums, vacunes i altres productes farmacèutics i campanyes de vacunació preventiva, a més de coordinar i autoritzar les polítiques d'higiene social executades pels instituts provincials i municipals.

Normalment estaven integrats pels departaments següents:

- Estadística sanitària
- Bacteriologia i serologia experimental
- Fabricació i distribució de sèrums i vacunes
- Anàlisi química
- Aliments i béns de consum
- Sanejament de l'aigua
- Higiene mental.

Paral·lelament es van fundar a Europa escoles nacionals de sanitat, impulsades per iniciativa de la Societat de Nacions a través de la Comissió Permanent d'Educació en Higiene i Medicina Preventiva, presidida pel francès Léon Bernhard (1924). Aquesta comissió internacional participava en la formació d'experts: inspectors de sanitat, enginyers, arquitectes, infermeres i tècnics de sanitat. També promovia programes de formació en salut pública per a estudiants de medicina i metges i agents socials com ara mestres, sacerdots o funcionaris. L'impuls a les escoles nacionals de sanitat també va venir de la mà de la Rockefeller Foundation, que va finançar les escoles de Zagreb, Budapest, Varsòvia, Bucarest, Praga, Madrid, Copenhaguen i Roma, i fins i tot un projecte d'abast europeu a París. La fundació americana va assolir un gran poder sanitari i polític.

Una iniciativa que convé destacar en relació amb l'assumpte que avui ens ocupa és la creació a Ginebra del Servei d'Intelligència Epidemiològica Internacional (SIEI, 1921), enfocat a detectar epidèmies i malalties infeccioses de declaració obligatòria (pigota, còlera, disenteria, paludisme, escarlatina, diftèria, sífilis...), un projecte també finançat per la Rockefeller Foundation. Les nombroses crisis després de la Gran Guerra demanaven amb urgència dades epidemiològiques homologables. El SIEI va encetar un *Bulletin Mensuel de Renseignements Épidémiologiques* (1923-1930), però la gran depressió dels anys 1930 en va impedir la continuïtat.

En el cas de la societat espanyola, la proclamació de la Segona República va iniciar un període breu, però intens, de reformes. La situació sanitària més lamentable afectava la població rural. La conferència europea d'higiene rural celebrada a Budapest (1930) i Ginebra (1931) per la Societat de Nacions va ser una iniciativa

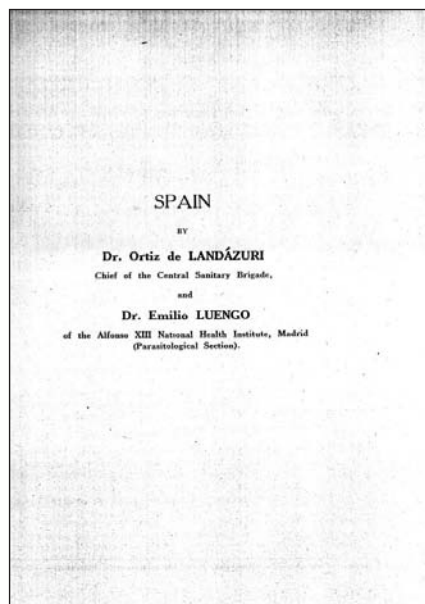
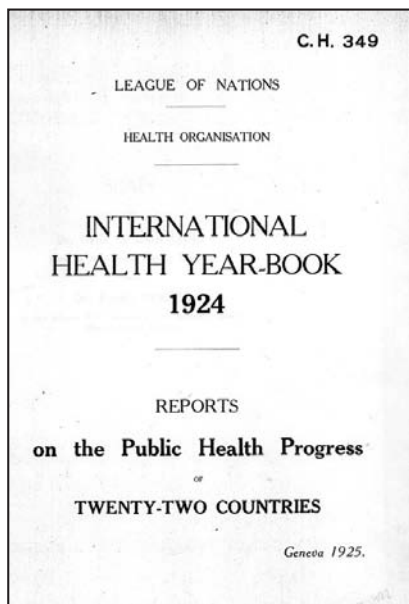


FIGURA 3. A dalt, mural de l'International Epidemiological Intelligence Service a la seu de la Societat de Nacions a Ginebra. A baix, *International health year-book* publicat per la Societat de Nacions (1925-1930). A la dreta, el capítol sobre Espanya redactat pels especialistes en salut pública Ortiz de Landázuri i Luengo.

FONT: Arxiu de la Societat de Nacions. Palais des Nations, Ginebra.

del Govern espanyol que, en proposar la conferència, pretenia acordar els principis fonamentals per a un model d'organització de la salut pública i l'assistència sanitària a les comunitats rurals. La proposta espanyola per a la conferència europea plantejava la discussió d'un model general de sanitat rural que valorés els factors que afecten la salut: el personal sanitari, l'organització assistencial, les infraestructures i les campanyes i els centres de salut pública a les zones rurals. Entre les qüestions debatudes hi havia la gestió de l'aigua, l'ús d'adobs i fems o la higiene de l'habitatge rural.

Les línies mestres establertes per la Conferència de Budapest (1930) i Ginebra (1931) van ser aplicades pel primer govern republicà durant el bienni reformista. El 22 d'abril de 1932 es va publicar una ordre ministerial que introduïa canvis en l'organització sanitària a les àrees rurals. Es posava èmfasi en les activitats de prevenció a partir d'informes previs sobre condicions de vida, condicions assistencials i dades demogràfiques i epidemiològiques. Els inspectors i els governants eren conscients que l'atenció sanitària era molt deficient en comparació amb altres països europeus i assumiren la necessitat de desenvolupar polítiques de medicina social fonamentades en la coordinació entre assistència mèdica i atenció social. El model es va articular al voltant de tres nivells: centres primaris, secundaris i terciaris d'higiene. Els instituts provincials d'higiene es van convertir en el nivell assistencial terciari, responsable de coordinar els altres dos nivells i que assumia les polítiques de prevenció i assistència. Estaven dotats d'un laboratori d'anàlisis clíniques i d'equips de radiologia. Les funcions dels centres secundaris incloïen la prevenció i l'atenció mèdica, l'assistència maternoinfantil, la higiene escolar, les campanyes de vacunació, els serveis d'odontologia, oftalmologia i assistència a les malalties d'oida, nas i gola. Els centres secundaris es van encarregar també de coordinar campanyes contra la tuberculosi, les malalties venèries i d'altres com el paludisme o el tracoma. A la fi de 1932 hi havia setze centres secundaris d'higiene rural en funcionament a tot Espanya; quatre anys després, el febrer de 1936, ja en funcionaven quaranta-sis.

Al Primer Congrés Nacional de Sanitat (1934) es va debatre el model d'organització sanitària. Els projectes de reforma del primer govern republicà havien desencadenat debats parlamentaris molt intensos. El Partit Republicà Radical va utilitzar la salut com a argument en les crítiques al govern socialista. Els radicals comptaven amb un *lobby* sanitari de metges crucial en la seua estratègia política. L'Associació de Metges i Farmacèutics Titulars també influïa en la posició política de radicals i republicans, els quals enfocaven la sanitat des d'una visió purament liberal de l'exercici professional. No obstant això, el director general de Sanitat i veritable fundador de l'estadística sanitària a Espanya, el socialista Marcelino Pascua, creia que les crítiques condicions de salut de la població només es podrien resoldre mitjançant la implantació d'una assegurança obligatòria de ma-

laltia per a tota la població. L'intent de collectivització es va iniciar el 1932 amb la creació de centres secundaris i terciaris d'higiene, fet que va provocar l'oposició oberta de l'Associació de Metges i Farmacèutics Titulars. Alguns projectes fins i tot pretenien fusionar els serveis de prevenció i assistència sanitària amb els d'assistència social. El canvi de govern en 1934 va aturar les reformes i, encara que el Front Popular va reobrir el reformisme sanitari en 1936, el cop d'estat franquista i la guerra les van truncar.

3. ALGUNES REFLEXIONS FINALS SOBRE LA PANDÈMIA ACTUAL

Després de l'experiència viscuda, sembla que l'element central per a la gestió política d'una pandèmia és l'eficiència del sistema sanitari. Convé, doncs, recordar que els sistemes nacionals de salut són fruit de les polítiques públiques de l'estat del benestar que es van estendre a partir del programa keynesià després de la Segona Guerra Mundial. Abans no es pot parlar pròpiament de sistemes de salut, ni tan sols d'una administració sanitària capaç de fer front a la gestió coordinada de problemes sanitaris d'aquestes dimensions. És evident que la globalització —en tot el seu abast: informació, idees, objectes, productes i persones— amplifica l'escala de qualsevol fenomen. Els nostres sistemes sanitaris es van configurar com a instruments de polítiques a escala nacional per fer efectiu el dret a la salut, reconegut en les constitucions de la majoria de països democràtics.

Des de finals dels anys 1980, l'informe del Banc Mundial titulat *Invertir en Salut* va donar impuls al neoliberalisme sanitari tot obrint una estratègia d'atac dur contra els conceptes *salut universal*, *sistema públic* i *estat del benestar*. El rerefons ideològic no és altre que el neoliberalisme, versió postmoderna del *darwinisme social* i la sociobiologia amb el mateix rerefons ideològic, que consisteix a culpabilitzar la víctima: el pobre és culpable de la seua pobresa; el pecador, del seu pecat, i el malalt, de la seua malaltia. Per tant, la societat no l'ha de protegir, sinó més aviat deixar-lo que expie la seua culpa tot sol. De manera encoberta, el neoliberalisme va estendre una estratègia de crítica a la universalitat de l'assistència sanitària i de desmantellament dels sistemes públics al servei dels beneficis privats. A un nivell purament mercantil, aquesta estratègia representa la lògica de la cobdícia i el benefici econòmic. A molts països d'Amèrica, aquesta ideologia s'hi va introduir de la mà dels evangelistes. El neoliberalisme va transformar la idea del malalt com a individu a protegir —una idea que arrela fortament en la tradició catòlica— per un potencial client, usuari, que contracta serveis sanitaris. Qui no té recursos, no contracta. És la transformació, gens innocent, del pacient en client.

La crisi de 2008 va sotmetre molts països —entre els quals el nostre— a polítiques d'austeritat que van deteriorar el sistema sanitari públic: recursos, instal·lacions, plantilles. El deteriorament va servir d'argument per a la privatització. La

pandèmia actual indica que va ser una estratègia equivocada, que va fer més vulnerable el sistema públic en situacions de gran estrès com l'actual. A més, els sistemes europeus de salut no es van concebre per fer front a grans alertes sanitàries, considerades reminiscència del passat, pròpies de països pobres i poc desenvolupats. Caldrà revisar molts plantejaments i pensar la salut com a fenomen global, reforçar la cooperació internacional i el paper de l'OMS i reorientar el sistema fent-lo més flexible, dinàmic i adaptable a demandes canviants. La rigidesa del model d'especialització professional i la compartimentació de l'assistència hospitalària en són un obstacle. La pandèmia ha demostrat la gran importància de l'atenció primària, els serveis d'urgències i les unitats de cura intensiva. S'imposa, doncs, l'adaptabilitat d'un sistema sanitari poc flexible i l'adaptació dels especialistes a les demandes urgents.

D'altra banda, he començat aquest discurs afirmant que la pandèmia de COVID-19 està profundament relacionada amb el deteriorament mediambiental i la crisi ecosistèmica derivada de l'actual model de globalització neoliberal. Revertir aquest model és imprescindible per lluitar contra la causa profunda. Però també cal prioritzar les polítiques públiques de recerca i revisar el model de patents i propietat intel·lectual que resulta inadequat en contextos com la pandèmia actual, perquè genera desigualtats i mercantilitza la salut. El terratrèmol ocasionat per la pandèmia hauria de servir per educar la ciutadania en un ús més auster i racional dels recursos i del consum desmesurat de fàrmacs, que és font d'addiccions. En definitiva, posar en valor la importància de tenir cura del bé comú, la sanitat pública. La gran catàstrofe fa més important la responsabilitat individual per preservar el bé públic.

BIBLIOGRAFIA SELECTA

- ANTÓNIO, D. C. [et al.]. *Toward climate change impact: Vectors carrying viral infection: What we should know*. Luxemburg: Publications Office of the European Union, 2018. JRC107421.
- BACH, Stephen. «Globalization and health». *Bulletin World Health Organization*, 85 (11) (2007), p. 897.
- BARONA, Josep L. *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy*. Londres: Pickering & Chatto, 2015.
- *Health Policies in interwar Europe: A transnational perspective*. Londres: Routledge, 2019.
- Canvi climàtic i salut a Catalunya: Informe de la Secció de Ciències Biològiques de l'Institut d'Estudis Catalans*. Coord. de Cèlia Marrasé i Jordi Camí; red. de Francesc Peters. Barcelona: IEC, 2019. 50 p.
- European Academies Science Advisory Council. *Climate change and infectious diseases in Europe* [en línia]. EASAC, 2010. 16 p. <https://www.interacademies.org/sites/default/files/2020-06/Climate_change_and_infectious_diseases_in_Europe.pdf>.

- GHEBREYESUS, T. A. «Urgent health challenges for the next decade». *World Health Organization* (13 gener 2020).
- PANG, T.; GUINDON, E. «Globalization and risks to health». *EMBO Rep.*, 5 (1) (2004), p. 11-16.
- PEÑUELAS J. [et al.]. «Evidence of current impact of climate change on life: a walk from genes to the biosphere». *Global Change Biology*, 19 (2013), p. 2303-2338.
- PÉREZ MOREDA, V.; NADAL, J. *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*. Madrid: Siglo XXI, 1980.
- PONS, J.; SILVESTRE, J. (ed.). *Los orígenes del Estado de Bienestar en España, 1900-1945*. Saragossa: Prensas Universitarias, 2010.
- UNEP. *Global Environmental Outlook 2000 (Overview)*. <<https://www.unenvironment.org/resources/global-environment-outlook-2000>>. [Consulta: 30 juny 2020].
- WORLD BANK. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press, 1993.

