

POBLACIÓ I SALUT,

A CÀRREC DE

JOSEP LAPORTE,

MEMBRE DE LA SECCIÓ

DE CIÈNCIES BIOLÒGIQUES

DE L'INSTITUT D'ESTUDIS CATALANS,

18 D'OCTUBRE DE 2004

Vaig acceptar la petició que em va fer amb insistència Salvador Giner per a participar en aquest cicle perquè fa exactament dinou anys, concretament el 17 d'octubre del 1985, vaig pronunciar a la inauguració del curs de l'Institut un discurs d'ingrés sobre el tema «Població i salut a Catalunya». Per això, van pensar que valia la pena que duigués a terme una revisió sobre una qüestió de la qual ja havia fet intervencions altres vegades en diferents llocs; sempre està bé —em sembla a mi—, comparar el que ha passat durant aquest temps. Tractaré exclusivament de salut, no de població —com vaig fer aquell dia—; de població en tractarà una persona molt més qualificada, la professora Anna Cabré, que en té una gran experiència.

Voldria començar per ressaltar una cosa que tothom sap: entre la població i la salut, entre el país i la salut —per a dir-ho d'una altra manera—, hi ha un lligam molt estret; la salut és bàsica per al benestar individual, però també per al benestar col·lectiu, i no hi ha dubte que millorar la salut mitjançant l'assistència sanitària i diverses mesures és un dels punts forts d'allò que en diem l'*Estat del benestar*. La salut, de tota manera, també influeix quantitativament sobre la població i, viceversa, la població influeix sobre la salut; com veurem de seguida, hi ha una interdependència molt clara. I veurem també de seguida que els paràmetres per a mesurar la salut són, sobretot, paràmetres demogràfics. Només voldria assenyalar, per a acabar aquesta introducció, les aportacions d'un metge català, malauradament poc conegut, Pere Felip Monlau, que va viure al segle XIX, entre 1808 i 1871, que a més era demògraf, higienista i polític; va fer moltes coses a la vida i és qui va convocar per primera vegada uns congressos d'higiene i demografia. Monlau va escriure, entre d'altres, dues obres molt importants: l'una, *Elementos de higiene pública*, i l'altra, *Abajo las murallas*. Aquest últim treball, *Abajo las murallas*, presentat i publicat el 1841, anava a

favor d'enderrocar les muralles de Barcelona per motius poblacionals. La ciutat antiga de Barcelona era una població massa densa i les condicions higièniques no eren prou favorables, i per això Monlau va portar la bandera d'aquest objectiu. Finalment va aconseguir que tot anés com havia d'anar.

Seguidament explicaré una mica què és la salut, la mesura de la salut, els canvis que s'han esdevingut en la salut i les seves perspectives de futur. Definir la salut no és fàcil, perquè n'hi ha moltes definicions, i cada vegada són més àmplies. L'Organització Mundial de la Salut (OMS) la va definir ja fa uns quants anys dient que «la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, no solament l'absència de malaltia», per tant, és molt més que no estar malalt. En el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana de l'any 1976, que va tenir lloc a Perpinyà, el malaguanyat Jordi Gol va formular una definició de la salut com «una manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa». I, posteriorment, Diego Gracia, l'eminent professor de la Universitat Complutense, ha definit la salut d'una manera que a mi encara m'agrada més: «la capacitat de dur a terme el projecte de vida que un es marca». Per tant, això és una definició molt més biogràfica que no pas biològica. I afegeix Gracia: «Si jo volgués ser practicant de l'esport, córrer els 100 metres lllisos, o nedar, o competir en qualsevol esport, seria una persona malalta, però com que el meu objectiu ha estat ser professor universitari, em considero una persona sana.»

Així, doncs, els límits de la salut són difícilment delimitables. I una altra cosa que ho demostra és l'error que es va produir quan es va crear el National Health Service a Anglaterra, al Regne Unit, després d'acabada la Segona Guerra Mundial. La teoria dels que aleshores manaven, Beveridge, etc., era que dins de la població del Regne Unit hi havia una part molt important de la població que estava sana i una part més petita que estava malalta, per tant, van pensar: si fem un

esforç durant uns anys per a intentar posar bons els qui estan malalts, l'esforç serà inicial, però després cada vegada estarem millor. Els fets han demostrat que les coses van al revés, que com més assistència es dóna, més assistència es demana. El ciutadà vol estar bo i sa amb aquest concepte ampli que s'ha subratllat, i per això els mateixos anglesos acaben dient que hi ha una frontera borrosa entre la salut i la malaltia, i que aquella imatge que la salut es podia considerar una gota de líquid mesurable ha passat a ser una mena d'atmosfera planetària de densitat de creixement. Per tant, és molt difícil establir els límits exactes de la salut.

No cal dir que, sent tan difícil definir la salut, mesurar-la encara ho és més, perquè ben bé no sabem què hem de mesurar, i la prova és que els principals indicadors sanitaris es basen no en la salut sinó en la no-salut, és a dir, en la mortalitat i la morbiditat, en la freqüència de les malalties, en el temps i en el moment en què la gent es mor. No hi ha dubte, des d'aquest punt de vista, que un dels indicadors principals i més indicatius —com es veurà de seguida i és ben sabut— és el de la mortalitat infantil. La mortalitat infantil és la proporció d'infants que moren el primer any de vida. L'evolució que la mortalitat infantil ha fet a Catalunya és la següent. Durant el segle XX, l'any 1900, el primer any morien cent cinquanta de cada mil nadons. Aquesta xifra ha anat baixant progressivament. L'any que vaig donar la conferència, el 1983, era d'11,3, i actualment és de 3,5, una xifra que és difícilment superable o disminuïble, perquè hem de tenir en compte que hi ha nadons que neixen sota unes condicions que fan la vida d'aquests pràcticament impossible i, per tant, si milloréssim tant, el que fariem de vegades és fer sobreviure monstres. Aquesta és realment una mesura molt exacta de les condicions sanitàries de cada país. A la figura 1 es mostra la mortalitat infantil als països més desenvolupats; s'hi pot comprovar que la xifra de Catalunya és absolutament com-

SUÈCIA	3.40	GRÈCIA (1999)	6.15
FINLÀNDIA	3.61	POLÒNIA	8.11
DINAMARCA (1999)	4.17	HONGRIA	9.22
FRANÇA (1999)	4.32	PORTUGAL	5.54
CATALUNYA	3.48	BULGÀRIA	13.31
NORUEGA (1999)	4.03	ALEMANYA (1999)	4.54
HOLANDA	5.13	ROMANIA	18.63
IRLANDA	6.17	ITÀLIA (1999)	5.21
ÀUSTRIA	4.83	EUA	6.90
ESPANYA (1999)	4.47	REPÚBLICA TXECA	4.10
ANGLATERRA I PAÍS DE GAL·LES	5.58	ISRAEL	5.95

FIGURA 1. Mortalitat infantil en els països desenvolupats. 2000.

parable a la dels països més avançats des d'aquest punt de vista, que són els països escandinaus (Suècia, Finlàndia, etc.). En canvi, a mesura que el PIB i el nivell socioeconòmic de les diferents societats disminueix, la mortalitat infantil s'incrementa fins a xifres com les que teníem nosaltres fa molts anys, i actualment, a països del Tercer Món, en lloc de tenir una ràtio de 3, 8 o 10 morts ‰, en tenen 60 o 80‰.

Això va absolutament lligat a l'expectativa de vida. A la figura 2, es mostra l'expectativa de vida, que depèn naturalment de la mortalitat més o menys precoç. A la ban-

17

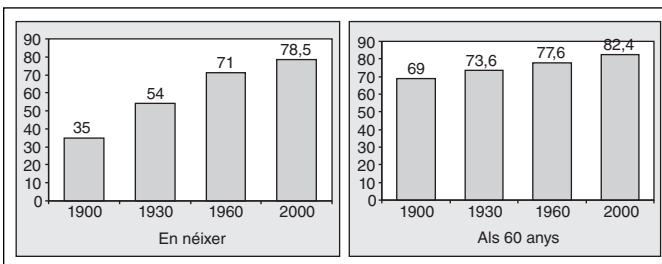


FIGURA 2. Evolució de l'esperança de vida en néixer i als 60 anys a Catalunya (1900-2000).

da esquerra, l'expectativa de vida en néixer, que l'any 1900 era només de 35 anys —sobretot per la gran mortalitat infantil que hi havia—, va anar pujant fins als 54 el 1930, als 71 el 1960 i als 78,5 l'any 2000. Quan l'any 1985 vaig fer aquesta explicació a l'IEC, era si fa no fa com ara, de 77,5 anys, pels 78,5 d'ara. Però també es pot calcular l'esperança de vida a partir dels seixanta anys. Per exemple, es pot calcular a partir de moltes edats, però no amb un ritme tan acusat. També la supervivència a partir dels seixanta anys s'ha anat incrementant, a partir del 1900 fins al 2000: una persona de seixanta anys el 1900 podia esperar de viure'n nou; una persona de seixanta anys l'any 2000 pot esperar, de mitjana, de viure'n vint-i-dos. Per tant, són aspectes absolutament lligats: mortalitat infantil i esperança de vida. Hi ha, naturalment, altres indicadors, però sempre giren més o menys a l'entorn del mateix —anys perduts de vida, mortalitat perinatal, el que modernament en anglès se'n diu DALY (*disability-adjusted life year*), o sigui, el càlcul dels anys de vida perduts, o viscuts amb una deficiència determinada, etc. Més endavant es tornarà a reprendre aquesta qüestió.

No tot és degut realment a la medicina, n'hi ha moltes més causes, i això es veu molt clar, sobretot, en la transició epidemiològica. Com hem explicat, fa cent anys el principal flagell per a la humanitat, aquí i a tot arreu, eren les infeccions. Avui ja no és així —a casa nostra; en altres llocs ho continua sent. I aquest fet tan important que és la transició epidemiològica és el que ha produït el canvi en les causes de les malalties i de mort. No hi ha dubte que en això la sanitat hi ha fet molt, però tots els especialistes coincideixen a afirmar que tant o més que la sanitat hi han intervingut molts altres factors: la millora de la nutrició, sobretot, la revolució de la natalitat, la higiene, les mesures preventives, d'asèpsia i de vacunació, per exemple; en aquest sentit, un gran epide-

miòleg anglès, Mc Ewen, deia ja fa bastants anys: «La salut de l'home és determinada especialment pel seu comportament, l'alimentació i el món que l'envolta, i està influenciada més marginalment per l'atenció mèdica personal.» No hi ha dubte que hi ha grans diferències històriques, però també encara ara hi ha grans diferències geogràfiques. Han millorat molt, però no d'una manera total i uniforme.

Tot el que s'ha comentat fins aquí es reflecteix en les projeccions següents. La figura 3 ha estat editada en una

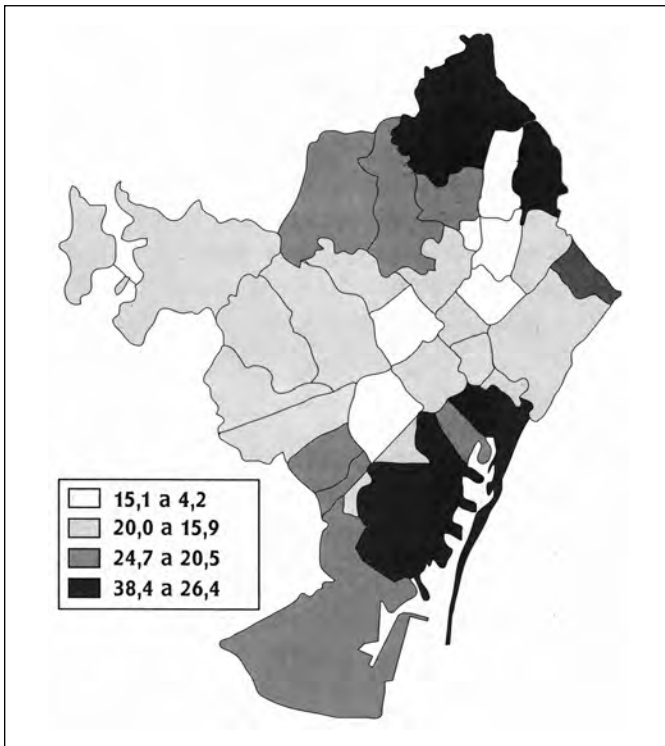


FIGURA 3. Analfabetisme a la ciutat de Barcelona, per barris.

publicació sobre salut de l'Ajuntament de Barcelona, en què es marca amb més intensitat els barris on l'analfabetisme és més gran. A la figura 4, treta de la mateixa publicació, es mostren els anys de vida perduts segons els barris. Pràcticament coincideixen analfabetisme i nivell de vida baix precisament amb les morts prematures més importants. I encara més, a la figura 5, que ja té uns quants anys, s'ha dividit la mortalitat prematura, els anys de vida perduts, pels deu dis-

20

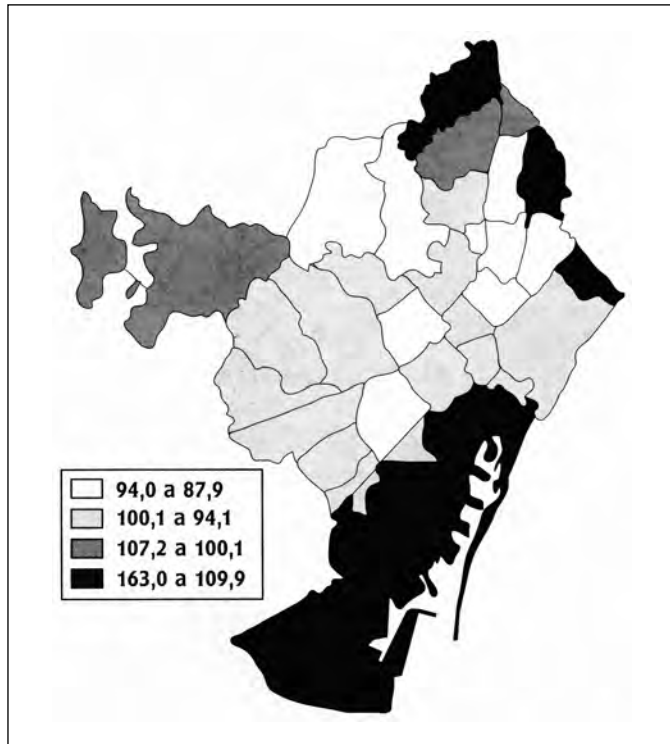


FIGURA 4. Mortalitat prematura relativa a la ciutat de Barcelona, per barris.

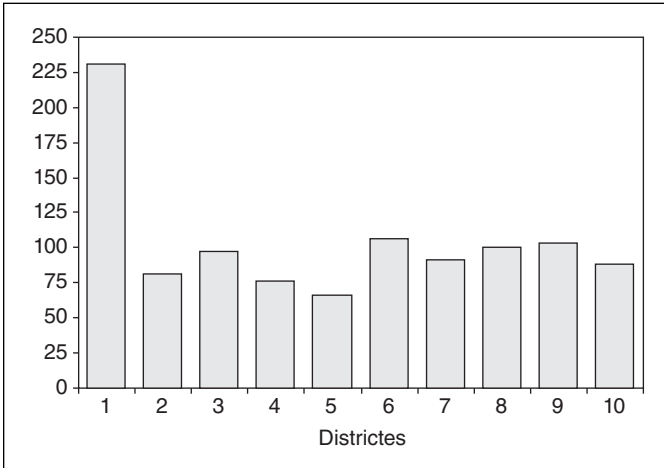


FIGURA 5. Anys potencials de vida perduts, en funció del districte de residència.

trictes de Barcelona. El districte primer té una mortalitat prematura molt més gran que no pas la resta de districtes; val a dir que això s'esdevé des de fa cinc o sis anys, i que —com es veurà de seguida— aquesta mortalitat ha estat determinada en part per la sida. Actualment, moment en què la sida ha deixat de ser, afortunadament, la primera causa de mort entre la nostra joventut, la supervivència en aquest districte segurament ja és més gran.

Alhora hi ha hagut molts canvis qualitius. La figura 6 és treta d'un treball d'un epidemiòleg català, Andreu Segura, que ha fet un estudi mitjançant una enquesta en què es preguntava a la gent el grau de salut. Això, naturalment, és una cosa molt subjectiva; d'una banda, els homes, i, de l'altra, les dones. Mirem només les dones: se'ls pregunta com es troben, si es troben molt bé, si es troben regular, o si es troben malament o molt malament; les columnes indiquen, segons

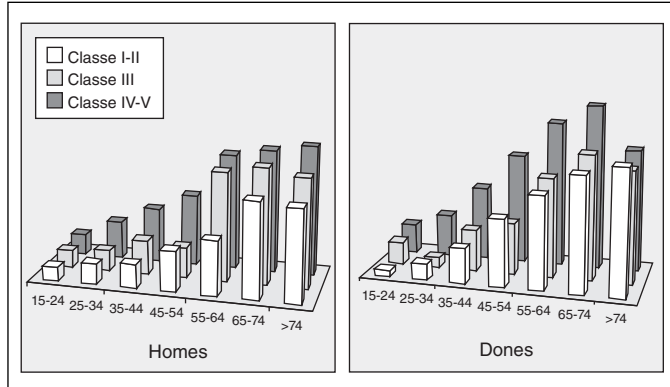


Figura 6. Individus amb salut «dolenta», segons la classe social, edat i sexe. Enquesta de salut de Catalunya, any 1994.

22

les diverses edats i classes socials, el nombre de persones que diuen que no es troben bé. Les més altes són sempre les corresponents a les classes socials inferiors.

Reprement el que deia més amunt, la mortalitat ha canviat molt. Per què ha canviat, tant quantitativament com qualitativament? L'any 1900 la mortalitat total era de 26,3%, el 1940 era de 13,5%, el 2000 era només de 10,1%. Però tant o més important que el percentatge —a conseqüència de tot el que s'ha comentat— són les causes d'aquestes morts. Al començament del segle XX la causa principal eren evidentment les infeccions, estretament relacionada amb allò que s'ha comentat sobre la mortalitat infantil, les malalties respiratòries, el sistema nerviós, etc. L'any 1940, evidentment, les causes eren completament diferents: primer, les malalties circulatòries; segon, els tumors; tercer, les malalties de l'aparell respiratori; quart, les del digestiu, i una altra que està creixent, que són les causes externes, de què tractarem més endavant.

Parem-nos un moment, abans d'entrar en més consideracions, en l'evolució de les infeccions. Les infeccions han baixat molt. Es pot comprovar a la figura 7, amb dades del Regne Unit, amb un descens constant de la mortalitat per milió d'habitants deguda a la tuberculosi des de l'any 1830 fins a l'any 1970. No va ser fins aproximadament l'any 1875 que es va identificar la causa de la malaltia; els miasmes es van transformar en un bacil tuberculós, en el bacil de Koch. La mortalitat va continuar baixant gràcies sobretot a la millora de la nutrició, a les mesures preventives, a la higiene, etc. La quimioteràpia, realment eficaç contra la tuberculosi, no va aparèixer fins al final de la dècada dels cinquanta, quan la mortalitat per tuberculosi ja havia baixat d'una manera extraordinària, tot i que després, naturalment, diríem que

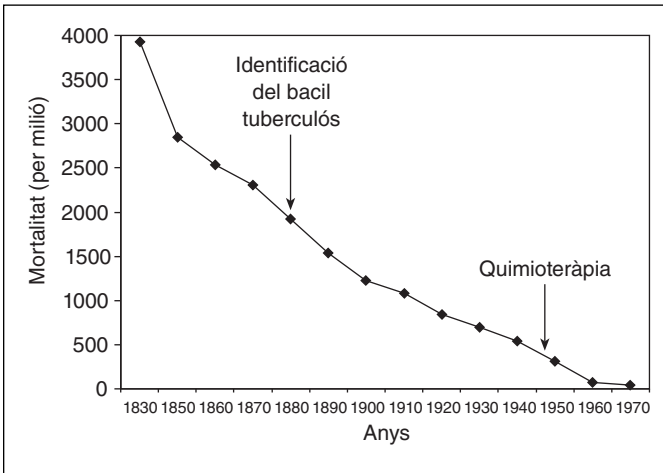


FIGURA 7. Taxes de mortalitat per tuberculosi respiratòria a Anglaterra i al País de Gal·les, amb indicació dels moments en què fou descobert el seu agent causal i en què hom disposà de fàrmacs antituberculosos eficaços. En aquest segon moment (cap al 1947) la mortalitat ja s'havia reduït més de deu vegades (de Mc Keown).

els fàrmacs, de què afortunadament disposem, donen un cop molt fort a la infecció tuberculosa. Les infeccions en general han baixat, doncs, en tots els sentits. A la figura 8 es mostren les infeccions més corrents a Catalunya; això sí que és una comparació directa entre el que vaig comentar l'any 1985 i el que comento aquí, que és la freqüència de tres tipus d'infeccions corrents, la brucel·losi, la febre tifoide i la tuberculosi; són dades tretes del butlletí d'informació sanitària, que recull les declaracions obligatòries que els metges fan sobre les malalties que són de declaració obligatòria i, entre d'altres, hi ha aquestes infeccions. La brucel·losi ha baixat de 9,5 malalts per cent mil habitants a 1,14 malalts; la febre tifoide ha baixat de 8 a 0,38 —ara disposem d'una teràpia realment molt eficaç—, i la tuberculosi no ha acabat de desaparèixer, però ha baixat més de la meitat: ha passat de 44,6 a 19,28. També aleshores feia un estudi de la freqüència diferent de les infeccions per comarques; ara també l'he fet en aquest estudi. Tant pel que fa a la febre tifoide com pel que fa a la tuberculosi podríem dir que l'ordre de comarques ha variat totalment i és una mica a l'atzar; en canvi, és curiós que,

	1982	2002
BRUCEL·LOSI	9,5	1,14
FEBRE TIFOIDE	8,0	0,38
TUBERCULOSI	44,6	19,28

Taxes per 100.000 habitants

FIGURA 8. Freqüència d'infeccions corrents.

quant a la brucel·losi, que és una zoonosi —o sigui, una malaltia que pateixen determinats animals—, les tres comarques que segueixen ocupant els tres primers llocs, molt destacades, sobre la freqüència de brucel·losi, són, tant ara com l'any 1982, el Pallars Sobirà, la Vall d'Aran i el Pallars Jussà, o sigui, comarques pirinenques on hi ha realment una quantitat de bestiar important, perquè la brucel·losi es pot contreure a través de la llet o dels derivats làctics, però també es pot contreure directament per contacte amb els animals infectats.

No hi ha dubte, doncs, que les malalties infeccioses han estat molt reduïdes, molt contingudes a casa nostra i, en general, a tots els països del món occidental. Però això no passa a tot arreu, les infeccions segueixen sent un flagell al Tercer Món. L'OMS explica, per exemple, que cada any moren tres milions d'infants a causa de diarrees infantils. Això és degut al fet que moltes poblacions encara no disposen d'aigua potable. N'hi ha altres causes: han aparegut resistències a certs productes antibiòtics o quimioteràpics que fins avui s'havien mostrat realment molt eficaços. Un d'aquests casos és el paludisme, que segueix sent una de les pandèmies mundials més importants, tot i que a casa nostra no n'hi ha. Abans hi havia hagut endèmia, però ara només n'hi ha, podríem dir, d'importació. Especialment a l'Àfrica subsahariana el paludisme és un flagell; en conjunt, a tot el món, produeix més de dos milions de morts. S'ha parlat últimament del possible descobriment i aplicació d'una vacuna contra el paludisme, perquè els fàrmacs actius contra el paludisme en molts llocs es fan resistents i fan poc efecte. Tot i que diuen que aquesta vacuna només té un 35% d'eficàcia, si realment poguéssim disminuir el 35% aquests dos milions, se salvarien set-centes mil vides cada any; si es demostra l'eficàcia d'aquesta vacuna, és un pas molt important.

Però, seguint amb les infeccions, a part de les infeccions antigues, n'hi ha de noves i hi ha funcions que no hi havia, o si més no jo no recollia, fa dinou anys. Hi ha una trentena d'infeccions noves que han aparegut durant aquest últim temps; esmentaré només la legionel·losi, de la qual de tant en tant es produeix un brot en determinades circumstàncies o ciutats; ja no cal dir la malaltia de les *vaques boges*, l'encefalopatia espongiforme bovina, produïda per un prió, no per un virus ni per un microbi, sinó per un prió; i sobretot el gran flagell actual ha estat a tot arreu, i molt especialment aquí a Catalunya, la sida, la síndrome d'immunodeficiència adquirida. És una malaltia que va ser identificada al començament de la dècada dels vuitanta; a la figura 9 se'n mostra l'evolució, els casos de sida per any, diagnosticats, que són les columnes; s'han anat incrementant d'una manera molt accelerada des del 1985 fins al 1994, però a partir d'aleshores afortunadament baixa. La línia que hi ha a sota de les columnes és el nombre de morts que hi ha hagut a Catalunya cada any per causa de la sida. Aquesta baixada és deguda no a mesures dietètiques ni nutritives, sinó completament a una acció terapèutica eficaç dels fàrmacs retrovirals, que tenen una eficàcia considerable; no curen, o sigui, el malalt que té la sida no es guareix, però es transforma en un

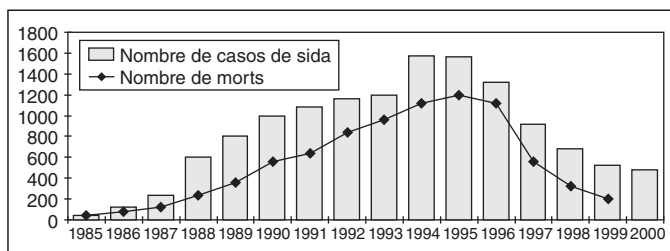


FIGURA 9. Casos de sida per any de diagnòstic i morts, Catalunya 1985-2000.

malalt crònic que haurà de continuar indefinidament un tipus de tractament o un altre. A Catalunya ha estat un problema greu, però on ha tingut realment un efecte devastador ha estat als països subsaharians, fins al punt que, en molts d'aquests països, no solament s'ha incrementat la mortalitat, especialment la mortalitat juvenil, sinó que ha disminuït també l'expectativa de vida d'una manera significativa.

A continuació tractaré succintament sobre les malalties no transmissibles, que són realment un grup heterogeni. Els problemes de nutrició són molt importants a tot arreu; hi ha molts nens de països desenvolupats que pateixen diarrees, però molts d'aquests nens pateixen també desnutrició i, segons l'OMS, actualment a tot el món hi ha cent setanta milions de nens amb risc de morir de gana. Però, al contrari d'això, i com a contrapartida, als països que formem part del que es diu la *societat opulenta*, no hi ha aquestes misèries, sinó que de menjar n'hi ha força, i potser massa i tot, i el que s'està convertint cada vegada més en un problema és l'obesitat. L'obesitat produeix a l'any, a tot el món, mig milió de morts, i s'està estenent cada vegada més entre nosaltres. Abans pensàvem que això era propi dels Estats Units i d'altres països semblants, però cada vegada veiem més obesos al nostre país, especialment entre la població infantil. No hi ha dubte que està relacionat amb el canvi de la dieta; la dieta mediterrània, que es diu que és tan sana —i que en el fons ho és—, ha estat en gran part substituïda per altres dietes molt nutritives, però massa nutritives i molt menys higièniques. A part d'això, aquesta societat opulenta a què m'he referit pateix sobretot les anomenades *malalties degeneratives*, que en part són degudes a factors genètics, però en una part important a factors de risc que moltes vegades són factors conductuals, o sigui, que depenen de la conducta de cadascú, de l'alimentació, de l'exercici, de la contaminació atmosfèrica, de la intoxicació, de les drogues, de la hipertensió, etc. La

conseqüència és que actualment el que predomina com a causes de mort són les malalties cardiovasculars i els tumors, i no perquè no s'avanci. A la figura 10, que és un esquema tret d'una publicació estrangera que mostra la tendència de la mortalitat deguda a malalties cardiovasculars a diversos països del món, cal fixar-se que, en general, tret de Rússia, que ha tingut una ondulació, les malalties cardiovasculars, amb tota certesa, van disminuint, perquè estan més ben tractades i hi ha més prevenció.

Hi ha una altra qüestió, a la qual m'he dedicat bastant a la meua vida, que m'interessa de tractar: les drogues. No hi ha dubte que les drogues han tingut i tenen una gran importància en el conjunt de la història de la humanitat, amb grans diferències geogràfiques i històriques, i la segueixen tenint avui. I sempre, a tots els llocs, i encara actualment, hi ha dos tipus de drogues: les drogues assumides per la societat i les drogues no assumides o prohibides. No m'estendré amb les prohibides, tot i que no deixen de ser un problema molt

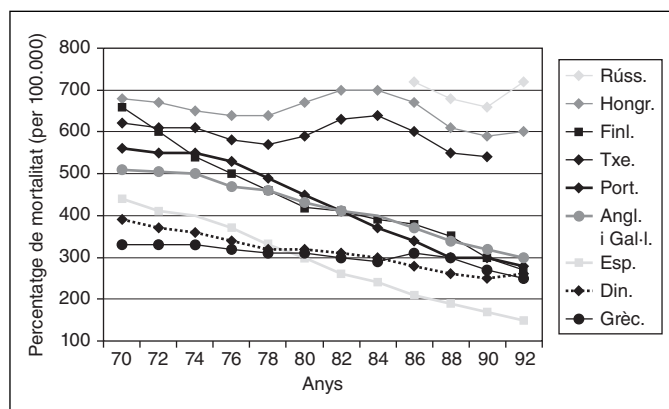


FIGURA 10. Tendència de la mortalitat deguda a malalties cardiovasculars a diversos països.

important, especialment entre la joventut, però vull insistir una mica, en canvi, en les drogues assumides, que entre nosaltres són sobretot el tabac i l'alcohol. El tabac és un exemple extraordinari de causa de malalties i de mort; a tot el món, segons dades de l'OMS, moren cada any tres milions de persones a causa directa o indirecta del tabac, i a Catalunya en moren nou mil, és a dir, una sisena part del total de morts que hi ha a Catalunya. El tabac pot produir moltes afeccions: càncer de pulmó, malalties cardiovasculars, etc. S'han fet moltes campanyes per combatre l'hàbit tabàquic, però aquestes campanyes, en general, a fora i aquí, tenen una eficàcia limitada. Unes dades: l'any 1983, el Departament de Sanitat va començar a fer una campanya intensa en contra de l'hàbit tabàquic; l'any 1983 hi havia un 58 % d'homes fumadors i un 20 % de dones fumadores; actualment, fa poc, la freqüència dels homes ha baixat del 58 % al 39 %, en canvi, la freqüència d'hàbit tabàquic en dones ha passat del 20 % al 30 %, o sigui que, de mitjana, poca cosa hem guanyat. Tal com diu l'OMS, no hi ha cap dubte que el tabaquisme és el primer problema sanitari evitable. No n'hi ha cap altre d'evitable que tingui la transcendència del tabac, perquè el tabac, a més a més, no solament pot influir negativament en la salut de qui practica l'hàbit, sinó que també té influència sobre el que se'n diuen *fumadors passius*, o sigui, sobre la gent que viu al voltant d'un fumador més o menys intens.

Quant a l'alcohol, tothom sap què és l'alcoholisme: l'alcoholisme crònic és una malaltia també massa arrelada a casa nostra; a part de trastorns somàtics importants, en produeix de psíquics i socials realment molt greus, però és molt important també, i això sí que surt al diari pràcticament cada dia o, si no, cada setmana, l'alcoholisme agut, que és una de les causes més importants d'accidents de trànsit. És un problema realment molt greu, perquè a Catalunya, tot i que ha

baixat una mica, moren cada any al voltant de cinc-centes persones per accidents de trànsit. La gran majoria d'aquestes persones són gent jove, o sigui que la quantitat d'anys de vida útils, o simplement d'anys de vida perduts, és extraordinàriament gran. Amb això, crec —no parlo del que s'ha de fer amb el tabac, que ja ho veurem— que la vigilància i, en fi, la penalització de conduir en determinades circumstàncies, ha de ser un dels grans objectius d'aquest país. No pot ser que perdem quatre-centes cinquanta o cinc-centes vides cada any per aquesta causa. Bé, hi ha moltes altres afeccions en les quals no hi entraré, com les afeccions congènites, els accidents i els traumatismes.

Finalment, quant a les perspectives de futur —ja ho he dit altres vegades—, jo tinc molt poca confiança en aquesta ciència que en diuen *prospectiva*, i sempre poso el mateix exemple: un autor, Gisbert, l'any 1990, va escriure una biografia del president Roosevelt, i una de les coses que hi deia era el següent: els anys trenta el president nord-americà, Franklin Delano Roosevelt, va encarregar l'elaboració d'un ampli estudi sobre les tecnologies futures. L'estudi va causar una gran impressió: resultava fascinant, però no preveia l'arribada de la televisió, ni la del plàstic, ni la dels avions de reacció, ni la dels trasplantaments d'òrgans, ni tan sols la dels bolígrafs. O sigui que sempre passen coses, evidentment, que no es poden esperar.

No hi ha dubte que es pot seguir millorant en la sanitat i el tractament del típus que sigui de les malalties i de la prevenció de la salut. I els grans progressos que s'estan fent ara en àrees com la genòmica, i com la proteòmica, juntament amb altres progressos tècnics de diagnòstic i terapèutic, no hi ha dubte que ens oferiran en el futur nous horitzons. Però de tota manera el que jo em pregunto i es pregunta molta gent —no és pas una originalitat meva— és: en el futur què passarà? Anirà millorant cada vegada més la salut —vull

dir la salut col·lectiva, la que es refereix a la dels ciutadans? Això és difícil de dir perquè no vull oblidar que, des del punt de vista del progrés i del desenvolupament, el Club de Roma i altres instàncies han assegurat que mai no hi ha un progrés indefinit, que s'arriba a un moment límit, que és la sostenibilitat, i que d'allà ja no es passa. Què passarà en el futur? No pronostico res, però sí que vull comentar un estudi que va publicar l'OMS sobre el futur de la salut que va encarregar a l'escola de salut pública de Harvard. Explica les diferències en les causes de mortalitat; inclou les principals causes de mortalitat al món l'any 1990 i les principals causes de mortalitat previstes per l'OMS l'any 2020. Cal fixar-se en el gran canvi que hi ha hagut: el 1990, encara, als països del Tercer Món les infeccions, i especialment les infeccions respiratòries i les diarrees, són importants, però en canvi, a casa nostra, evidentment ara —però a tot el món passarà si fa o no fa el mateix—, les principals causes de mort seran la cardiopatia isquèmica (és a dir l'infart de miocardi), les depressions, els accidents de trànsit, els accidents vasculars cerebrals, i també la pneumopatia obstructiva i les infeccions respiratòries, menys preeminents. A la figura 11 es mostra un altre esquema, extret del mateix treball, que representa la pèrdua d'anys de vida ponderats amb discapacitat, deguda a tres factors: la diarrea, representada per la línia descendent, que és des del 1990 fins al 2020; la sida, que tal com s'ha comentat més amunt pel que fa a Catalunya té un comportament similar; la freqüència de la mortalitat per sida s'incrementa fins al 2004 en el conjunt del món, i després s'estabilitza o bé té tendència a baixar fins al 2020; el tabac, en canvi, una de les causes previsible més importants de malaltia i de mort segons l'OMS, puja d'una manera continuada des de l'any 1990 fins a l'any 2020. I això fa, com es pot comprovar a la figura 12, que l'expectativa estimada de vida el 1990 i el 2020 pugi, però no a tot arreu igual. Segons l'OMS, els països del món

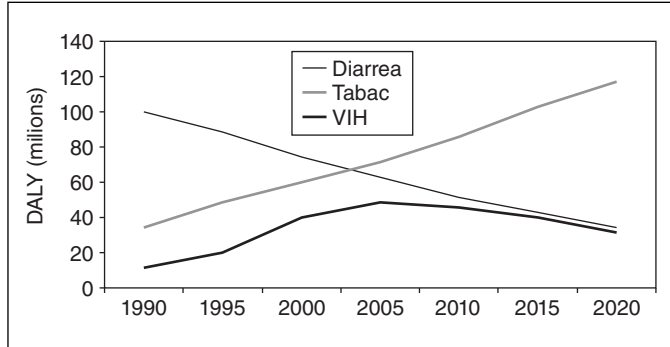


FIGURA 11. Pèrdua d'anys de vida ponderats amb discapacitat (disability adjusted life year or DALY). Projectió cap a l'any 2020.

estan dividits en set regions, que depenen del potencial econòmic, de la tècnica, del grau d'educació i del producte interior brut (PIB); Catalunya, evidentment i afortunadament, pertany a la primera. En el conjunt del món les perspectives de vida des d'ara fins al 2020 poden augmentar; a d'altres zones, no tant. També s'incrementaran a les zones menys desfavorides, però de tota manera l'any 2020 hi continuarà havent unes grans diferències —els punts negres que hi ha a dalt de la figura— entre les perspectives de vida del Primer Món i les del Tercer Món.

La pregunta que ens podem fer ara és si es continuarà allargant la vida humana gràcies a la situació socioeconòmica més favorable i als progressos de la sanitat. Hi ha gent que diu que sí; jo opino que això és molt difícil que passi per un sol motiu, un argument que a mi em sembla molt important: s'ha comentat més amunt l'esperança de vida en néixer, l'esperança de vida als quaranta anys, l'esperança de vida als seixanta anys, que s'ha anat incrementant, però tots els estudis demostren que l'esperança de vida als vuitanta-cinc anys,

que és de sis anys, fa vint anys que no es mou, o sigui, no s'incrementa la durada de la vida. El que s'incrementa naturalment és el nombre de persones que arriben a velles, d'una manera molt significativa, no cal dir-ho, als països més desenvolupats. Aquest fet planteja problemes molt greus: a Catalunya, per exemple, l'any 1900 hi havia quatre vegades més joves que vells, entenen per joves les persones fins a quinze anys, i entenen per vells les persones de seixanta-cinc anys o més; el 31% de joves i el 4% de vells, exactament. Avui les coses han canviat radicalment, l'any 2000 —avui encara deu ser pitjor—, hi havia un 13% de joves i un 18% de gent gran o vells, i això evidentment planteja greus problemes, d'una banda econòmics, però també greus problemes

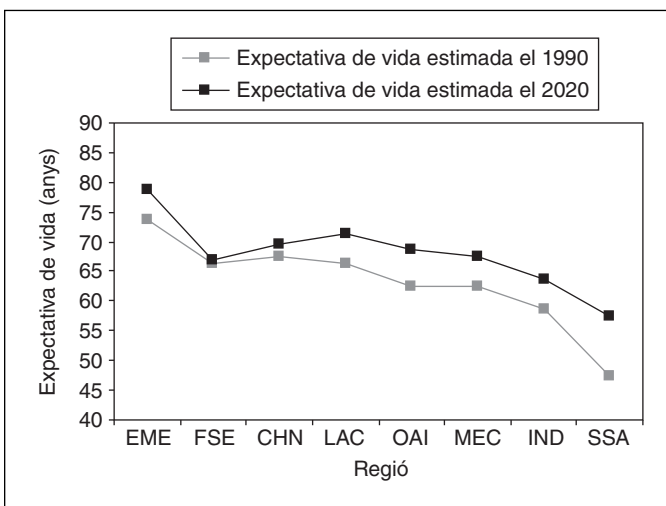


FIGURA 12. Esperança de vida al 1990 i projecció al 2020, en diferents regions del món.

EME: països d'economia de mercat; FSE: antic bloc soviètic; CHN: Xina; LAC: Amèrica Llatina i Carib; OAI: resta d'Àsia or. i Pacífic; MEC: Orient Mitjà i països islàmics; IND: Índia; SSA: Àfrica subsahariana.

morals: val la pena prorrogar la vida tant com es pugui, fent tots els esforços, gastant-se molts diners? Per a què?, es pregunta Kaplan, que és el president de l'Associació Americana de Bioètica. El que comenta és que el que aconseguirem anant per aquest camí és una gran collita de vells que repaiegen, i —afegeixo—, a més a més d'això, comporten una despesa sanitària i sociosanitària molt important. No hi ha dubte —tothom ho coneix, perquè els diaris en van plens—, que la despesa sanitària creix sense parar per molts motius. No hi vull entrar, però arriba un moment en què s'hi ha de posar un límit, i aquest és un dels problemes que tenim, no a Catalunya i a tot l'Estat, sinó pràcticament a tot el món. I al costat d'això, de la mateixa manera que sempre dic i afirmo que el sistema sanitari que afortunadament tenim a casa nostra, a Catalunya, i també en el conjunt de l'Estat, és un sistema sanitari capaç, amb defectes —no hi ha res perfecte en aquest món—, però que atén bé les persones, l'assistència sociosanitària, en canvi, no està a la mateixa alçada, especialment l'assistència a la gent gran, a la gran quantitat de gent gran que viu moltes vegades sola i amb unes condicions econòmiques molt deplorables. Encara ens queden moltes fites per assolir, si és que mai s'assoleix un perfecte Estat del benestar.

No hi ha dubte que la salut és un component essencial del benestar, i que el que hem de fer, com deia Sans i Sabrafen, és intentar, més que donar més anys a la vida, donar més vida als anys. Al costat d'això, no ens podem preocupar només de la salut de casa nostra, ens hem de preocupar —i en general es fa— de la salut mundial. Som en un món globalitzat, som en allò que ja en diuen l'*aldea total* i, és clar, el fet que a l'Àfrica, o en altres llocs, hi hagi problemes sanitaris importants no ens ha de deixar indiferents, no ja per humanitarisme envers les poblacions que ho pateixen, sinó també per la nostra pròpia seguretat. Avui tot es propaga a la

velocitat del llamp i qualsevol problema sanitari al món ens ha de preocupar —ja hem vist el que passa amb la sida.

Per a acabar, tal com s'ha dit moltes vegades, la salut és cosa de tots, i cal prendre mesures globals per a fer els possibles perquè aquesta salut es mantingui bé o millori, i no hi ha cap dubte —com he comentat molts cops i seguiré fent-ho— que la salut té un component individual. Cadascú ha de ser, i és moltes vegades, el guardià de la seva pròpia salut, perquè, a part dels factors genètics, els factors conductuals influeixen molt sobre l'estat de salut d'un mateix. Acabo amb la mateixa citació amb què vaig acabar l'any 1985, que no és d'ara, ni de l'any 1985, sinó que és de fa dos mil cinc-cents anys. Fa dos mil cinc-cents anys Heràclit deia: «Quan no hi ha salut el seny no es pot revelar, la cultura no es pot manifestar, la força no pot lluitar, la riquesa no pot ser útil i la intel·ligència no es pot aplicar.»

DEBAT

MODERADOR (SALVADOR GINER): Si algú vol intervenir, s'obre el debat.

JOSEP CARRERAS: Se m'acut que en alguns casos és evident que una causa de mort ha augmentat en el decurs del temps, però no hi ha situacions en què el que passa és que es diagnosticava com a tal malaltia la mateixa malaltia que abans no es diagnosticava, per exemple, les depressions? Ara diem que hi ha molta depressió i que va augmentant. No ho sé, perquè no és el meu camp; ja sabeu que jo sóc bioquímic i potser dic una cosa que no té gaire sentit, però és que abans no hi havia depressions o és que no es diagnosticaven? I sobretot en les dones, es deia: això són manies de les dones, que facin la seva feina i els desapareixeran les manies. Ho comentàvem amb la doctora Durfort: les malalties nervioses han disminuït, però han augmentat les de tipus circulatori. No pot ser que abans fossin classificades com a malalties nervioses, per exemple, malalties que són de circulació cerebral? Fins a quin punt diagnosticar amb més precisió comporta trobar un increment superior de malalties a l'increment real?

JOSEP LAPORTE: Estic absolutament d'acord amb aquesta observació. Les causes de mort varien perquè varien les malalties, però també perquè varien les tècniques de diagnòstic. Ara sabem que és bastant freqüent la malaltia d'Alzheimer entre la gent gran; abans aquesta malaltia no era coneguda i això s'atribuïa a trastorns circulatoris. No hi ha cap dubte que el perfeccionament dels mètodes exploratoris i del diagnòstic fa que la manera de catalogar les malalties no sigui igual que fa cinquanta anys i no cal dir, que fa cent anys, a l'època en què encara es parlava dels miasmes i no dels bacteris.

N. n.: L'increment de l'esperança de vida, és a dir, l'envelliment de la població, és molt preocupant. Com es pot fer front a aquesta qüestió des d'un punt de vista polític, social i tècnic?

JOSEP LAPORTE: Aquest és un dels grans problemes, un dels grans reptes de la nostra societat. Evidentment no podem recórrer a l'eutanàsia, però sí que, a part de no entestar-nos a prolongar vides que ja sabem que són absolutament irrecuperables, no hi ha cap altra solució que preocupar-nos, des del punt de vista social d'aquesta qüestió —de fet aquesta és una qüestió en certa manera mèdica, però també és d'abast general i polític. Ja ho he dit abans i ho repeteixo ara: una de les coses que des del punt de vista del que anomenem *Estat del benestar* falla a casa nostra és l'assistència. L'assistència socio sanitària ha millorat, no n'hi ha cap dubte, però com que cada vegada hi ha més proporció de gent gran i més proporció de gent gran amb pocs recursos —perquè, és clar, una altra cosa que té a veure amb tot això, que hi va lligat, és que les persones grans tenen uns recursos limitats, que una cosa és el que cobra, per exemple, un catedràtic d'universitat que està en actiu, i una altra cosa és el que cobra de pensió un catedràtic d'universitat jubilat—, aleshores és quan vénen els problemes i quan la misèria, aquesta misèria que en diuen del Quart Món, s'incrementa a casa nostra. Jo malauradament no tinc la recepta per a arreglar-ho; només una aportació presupostària més gran, una atenció més gran a tots aquests col·lectius tan desfavorits, pot permetre de millorar la situació general.

MERCÈ DURFORT: El doctor Carreras diu que la medicina és excessivament intervencionista, sobretot en l'àmbit pediàtric. Justament ara a Anglaterra s'està vivint un cas que, des d'un punt de vista legal, ja s'ha diagnosticat. Però, per exemple, a casa nostra tinc constància que de vegades surten endavant

criatures que poden viure durant dos o tres anys, amb mala qualitat de vida per a elles i evidentment per als pares, amb el sacrifici que això representa. Ja sé que ara estic en un terreny relliscós. Hi ha comitès de bioètica, però... de quina manera es podria regular una mica? Perquè hi ha casos en què el cervell es desenvolupa una quarta part i sols garanteix una mala qualitat de vida durant quatre o cinc anys i el final és irreversible.

JOSEP LAPORTE: Segurament d'una manera indirecta ja m'hi he referit, a això. Quan he parlat de la mortalitat infantil he dit que la xifra actual ja és molt difícilment rebaixable, perquè ara, amb la tècnica que tenim, de la qual de vegades s'abusa, es fan sobreviure infants, alguns dels quals es recuperen, però en d'altres, la recuperació ja és molt difícil. Aquest és un tema, tant o més que sanitari, bioètic —ja ho he dit abans, també—, no cal dir que no sóc partidari de l'eutanàsia en cap cas, però sí de restringir l'activitat pretesament terapèutica en casos en què ja es veu que no hi ha res a fer. I des d'aquest punt de vista, penso que el testament vital és una eina molt important, evidentment no per als infants, però sí per a la gent gran, que és una cosa que a més a més, aquí ja es comença a practicar en certa manera.

MIQUEL ÀNGEL ASENJO: Jo no seré tan pessimista. Les cambres de comerç recentment han dit que fins ara l'habitatge era el motor de l'economia; a partir d'ara, en els pròxims anys, serà la salut, tot allò dedicat a la sanitat. Així, s'ha de creure que la major part del pressupost de despesa de la sanitat serà per als salaris del personal que treballa en la sanitat. Per tant, és un motor de l'economia, no és un consumidor. I, a més a més, si hi hagués una persona valenta que digués que les pensions haurien de ser retornades per tenir cura de persones, i hi hagués un fons de solidaritat perquè s'hi apuntés qui volgués

—podria ser aportant no sé si el tot o una part de la pensió—, no seria gens difícil aconseguir una bona assistència, perquè està demostrat que a partir dels seixanta-cinc anys es gasta el mateix, es mori a l'edat que es mori la persona, perquè es gasta en els últims sis o set mesos de la vida.

JOSEP LAPORTE: Realment jo no he de contradir el doctor Asenjo, que explica coses carregades de raó. No hi ha dubte que, per exemple, la indústria farmacèutica és un motor molt important de la nostra economia i que a la vegada que ens lamentem que la sanitat costa molts diners, això és una font de vida per a molta gent i per a moltes col·lectivitats. Però la despesa sanitària arriba un moment que és imparable i s'ha de parar. I si, a Catalunya, tenim un gran dèficit sanitari —hi ha molts metges—, jo voldria remarcar que encara és més gran aquest dèficit si tenim en compte els salaris que la sanitat pública dona als seus metges i a les seves infermeres, que és molt inferior al salari que reben els seus coreligionaris als altres països d'Europa. O sigui que si es fes, des d'aquest punt de vista, justícia, el dèficit seria encara més gran.

39

MIQUEL ÀNGEL ASENJO: Tinc una qüestió molt important a comentar. Això del dèficit és real. Real, però relatiu. Té més dèficit Televisió Espanyola, per exemple. I a Catalunya tenim una situació molt específica, que és d'agrair, però hi ha molts hospitals que són molt cars per a una sanitat que és possible fer-la igual o millor sense tants hospitals. Però ara bé, digues a la gent de Calella o de Blanes, etc., que no hi ha hospital... La sanitat hospitalària és molt cara i el Josep ho sap perfectament.

JOSEP LAPORTE: Jo volia parlar de salut, no de sanitat, i menys encara d'assistència sanitària, per motius obvis que vostè i tothom coneix molt bé, o sigui que em limito a dir el que he

dit i no faig més comentaris sobre el nostre sistema d'assistència sanitària, que ja he dit abans que em sembla molt correcte, sense cap mena de dubte. Perfecte en aquest món no hi ha res, els serveis sanitaris d'aquest país poden tenir les seves fallades i les seves insuficiències, però són, d'això sí que n'estic segur, perfectament equiparables als de qualsevol país de l'Europa occidental, i no cal dir que molt millor que els dels Estats Units, perquè no sé si s'hi han fixat, però la mortalitat infantil allà és del 6,5%, no del 3,5% que tenim aquí. Però, és clar, allà tenen un altre sistema, no hi ha Estat del benestar, ni s'hi apropen, hi ha aproximadament quaranta milions de persones que no tenen garantida una assistència sanitària. O sigui que, dins de tot, jo penso que no estem tan malament.

N. n.: Jo faré una pregunta absolutament naïf, però que em preocupa molt. El doctor Laporte ha dit que cap país no pot resistir la despesa sanitària, que és creixent i que en un moment o altre s'ha de parar. On es posa el límit i qui posa el límit? Perquè ara mateix s'ha dit una cosa molt interessant: als Estats Units, que són més productius i més competitius que nosaltres, la sanitat és pitjor. Llavors, què hem de fer, seguir els interessos de l'economia o intentar que l'economia s'adapti perquè l'assistència sanitària sigui la millor possible i, per consegüent, mantenir l'Estat del benestar com sigui i sacrificar-ho en altres aspectes? M'agradaria sentir la seva reflexió sobre on posem el límit, qui ho decideix, i aleshores, és clar, els que es queden a la cuneta, per què?

JOSEP LAPORTE: Bé, evidentment, aquesta és una pregunta no sanitària, és una pregunta política. Hi ha els diners que hi ha i no més, si no és que et vulguis endeutar successivament, com malauradament passa. Es parteix de la base d'un pressupost i dins del pressupost hi ha un ordre de prioritats, els diferents

polítics poden tenir un ordre de prioritats diferent, però el que és evident és que si el pressupost és de cent, aquests cent s'han de repartir, i s'han de repartir no solament amb la sanitat, sinó amb l'ensenyament i amb les infraestructures i amb el benestar social i amb moltes altres coses. Aleshores és quan el polític, que és qui té la responsabilitat de decidir això, estableix el que a ell li sembla el millor ordre de prioritats. Uns altres polítics poden no coincidir-hi. Des del punt de vista de la despesa sanitària, la despesa sanitària de Catalunya i la despesa sanitària del conjunt de l'Estat s'ha incrementat en relació amb la que era fa vint o vint-i-cinc anys en tant per cent del PIB, però encara no estem, no cal dir-ho, a l'alçada dels Estats Units, ni ganes, perquè els Estats Units, amb la mala situació que tenen, gasten aproximadament el 12% del seu PIB en despesa sanitària, i aquí no passem, si fa no fa, del 6%, però sí que ens podríem acostar al que tenen França i Alemanya, que és aproximadament del 8%. Però repeteixo, jo en política no m'hi vull ficar.

41

JORDI CARBONELL: Jo volia dir que la conferència del doctor Laporte ha estat un model de llengua, de precisió, de concisió i de claredat, i voldria felicitar-lo per la qualitat d'aquesta conferència.

JOSEP LAPORTE: Moltes gràcies. No puc dir res més.

MANERO: Jo vinc del camp de l'economia i, per consegüent, de salut i de sanitat en sé molt poc. El que passa és que vostè ha fet una definició al començament que trobo que encaixa amb la pregunta que volia fer. Ha parlat que la salut segurament era la capacitat de dur a terme un projecte de vida. Jo diria que possiblement un dels problemes, possiblement no sanitari, però en canvi sí de salut, que tenim en aquests moments és que hi ha molta gent a qui se li acaba el projecte de vida

d'una forma massa prematura. I aprofundint ja des d'un punt de vista més sociològic, diria que, a més, especialment amb un percentatge cada vegada més elevat, ens trobem possiblement amb una incongruència: la gent cada vegada s'incorpora més tard al treball i, en canvi, a partir dels quaranta i no sé quants, si per casualitat et quedés a l'atur, difícilment trobes feina. I suposo que això, des del punt de vista de salut, especialment insisteixo en aquella definició que ha fet vostè, hi té bastant a veure.

JOSEP LAPORTE: No puc dir que no. La definició que he donat de salut, que ha estat ara comentada, ja ho he dit, no és meva, sinó que és d'un professor de Madrid que es diu Diego Gracia. Jo precisament per aquest component més biogràfic que biològic que dóna la salut, hi estic molt d'acord. Ara, totes les consideracions ulteriors, sobre si es pot fer o no es pot fer, malauradament a casa nostra i a tot arreu hi ha molta gent que emprèn un projecte determinat i que després, pels motius que sigui, no el pot continuar. I, és clar, també tenim aquest concepte tan ampli de salut: una persona frustrada és una persona malalta, des d'aquest punt de vista, des d'aquest ampli concepte de salut. Abans no era així; abans qui no estava sa era qui tenia una malaltia molt determinada. Però avui dia, això ja ho deia Laín Entralgo, un home sa és aquell que no ha estat suficientment explorat; tots tenim o podem tenir un problema o un altre, o sigui que això ja és una qüestió molt personal i depèn de la consciència i de la decisió de cadascú.

MANERO: El que deia jo és que, d'alguna manera, si ho mirem des del punt de vista purament sanitari, ens trobarem que segurament moltes de les persones que reben atenció sanitària, o fins i tot, que dediquen el seu temps a l'atenció sanitària, és perquè no poden portar a terme el que en el seu

moment ha estat el seu projecte de vida, vinculat al seu treball, a la seva vida professional; i en canvi, jo diria que ens preocupem molt d'aquest dèficit sanitari i possiblement hi hauria una causa per a solucionar aquest dèficit sanitari. El que sí que és clar és que, d'alguna manera, això comportaria un canvi de salut en el sentit ampli de salut.

JOSEP LAPORTE: Sí, és evident. En aquesta vida, tots coneixem gent molt frustrada, perquè volia fer una cosa i no l'ha poguda fer. Si considerem aquest concepte tan ampli de salut, aquesta gent també són malalts, per definició; per la definició que dèiem de Diego Gracia. Ara, resoldre aquests casos està absolutament fora del meu abast i de les possibilitats que jo veig en un futur.

N. n.: Hi ha hagut un moment en què ha parlat del problema global de la salut i aquest és un dels que em tenen preocupat, perquè ara estem pensant com n'estem, de bé, com podríem estar-ne, de bé. Recordo una conversa amb una persona experta en l'Àfrica subsahariana que em va fer una reflexió a la qual no he trobat sortida i la plantejo aquí, per veure si hi reflexionem entre tots. Em va dir que, si enviem ajut mèdic a l'Àfrica subsahariana, aconseguim que les mares, en lloc de veure morir els seus fills de malaltia, els veuen morir de fam. Per a una mare és pitjor veure que un fill es mor de fam que no de malaltia.

JOSEP LAPORTE: Certament, malauradament les coses són així. I per això, abans deia, i tots hi estarem d'acord, que hem de pensar en el Tercer Món. No podem oblidar el Tercer Món, ni podem oblidar el Quart Món que hi ha aquí, en molts pisos i molts racons, gent que no té les condicions suficients per a viure. Però la gran amenaça, ja ho he dit, i això ho corrobora, i ho repeteixo, és que això és una bomba que ens pot

explotar i de la qual nosaltres també podem rebre les conseqüències.

MODERADOR: No sóc jo qui ha donat la conferència, i no sé si interfereixo, però la meua idea és que vostè ha plantejat una qüestió crucial. Arran de les intervencions del doctor Schweitzer, a qui fins i tot van donar el Premi Nobel de la Pau pel seu hospital al Camerun, s'ha plantejat aquesta qüestió d'una manera molt viva. Perquè, és clar, la introducció de les vacunes a l'Àfrica dispara la població. La població es dispara, i això es pot complicar amb prejudicis socials o racials, com ha passat entre els tutsis i els hutus. Ja l'any 1968, i lamento dir que algun col·lega meu, sociòleg o polítòleg —penso que va ser algun sociòleg—, ja va avisar que allò es repetiria, hem tingut les massacres espantoses que hem vist a Rwanda, Burundi, ara fa tres o quatre anys, abans de la guerra de Bòsnia. La fórmula, la coneixem; el més greu, el més tràgic, és que la coneixem, el que no podem introduir —com que hi ha tants científics, ho diré d'aquesta manera—, és només una variable, un factor, dins d'una població, per exemple, amb tota la bona fe, eliminar la malaltia amb una vacuna. A Europa ja va passar, amb el doctor Jenner, amb la invenció de la vacuna es va disparar la població europea; fins i tot amb la vacuna de la grip pot augmentar la població. El que s'ha de fer és que si s'intervé al Camerun s'ha de portar medicina moderna, bons hospitals, però s'ha de dur a terme un nou programa de protecció de l'ambient, perquè les selves del Camerun desapareixen; has de crear una millor agricultura i indústria; baixar l'expansió de la població, controlar la població. És molt fàcil: no cal introduir mètodes anticonceptius, només educant les dones baixa la població. A tota la badia de Bengala hi ha estudis que han fet sociòlegs i demògrafs, i la variable que realment canvia la població és l'educació de les dones, no l'educació universitària, que també,

perquè l'educació superior fa que les dones endarrereixin la reproducció, sinó només que s'introdueixin escoles. És un país musulmà i les nenes no tenen educació; en aquells poblets de la desembocadura del Ganges, que és tot el país, en alguns pobles tenim grups de control —perquè hi ha pobles que no tenen escoles per a nenes, allà on hi ha escoles per a nenes—, només que se'ls ensenyi educació primària, no sé perquè, aquestes nenes, quan són més grans, tenen menys fills. Responent a la pregunta, és qüestió de fer plans conjunts, introduir-hi tres o quatre variables, i no només un hospital, una vacuna. Una vacuna és anar amb la panxa inflada, fam, violència. És qüestió d'atacar el problema per quatre o cinc de les mil variables que hi ha. Això ho sap l'ONU, la UNESCO; n'hi ha proves i estudis, però fem molt poc, perquè els polítics internacionals de vegades no volen actuar. Perdoneu la meua intervenció, però no m'he pogut estar de dir la meua. Si no hi ha cap més pregunta, clouré la sessió agraint la presentació que ha fet el president d'un tema tan important.

