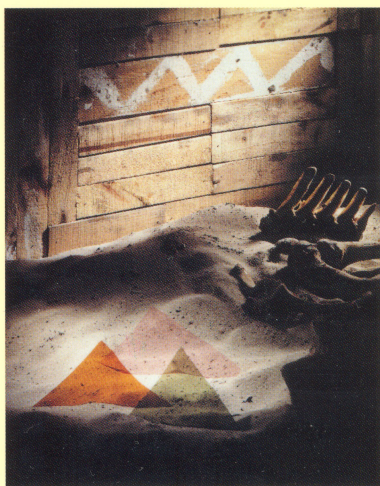


COL·LOQUIS DE VIC

IX

LA SALUT



UNIVERSITAT DE BARCELONA

COL·LOQUIS DE VIC (IX)

LA SALUT

COL·LOQUIS DE VIC

IX

LA SALUT

Edició a cura de Josep Monserrat Molas
i Ignasi Roviró Alemany

UNIVERSITAT DE BARCELONA

© dels autors

© d'aquesta edició, Grup KAL. Universitat de Barcelona,
maig del 2005.

Edició promoguda gràcies al Vicerektorat de Recerca
de la Universitat de Barcelona

Fotografia de portada: Antoni Bover, 2004.

Fotografies interiors: Francesc Jiménez

ISBN: 84-95091-74-7

Dipòsit legal: B-17.096-2005

Impressió: I.G. Sta. Eulàlia, de Sta. Eulàlia de Ronçana

PRESENTACIÓ

Em plau, un any més, presentar l'edició dels treballs exposats i debatuts en els Col·loquis de Vic. Aquesta és la novena edició, realitzada els dies 7 i 8 d'octubre de 2004 a la seu del Consell Comarcal d'Osona i organitzats per tot un seguit d'institucions acadèmiques i culturals de primer ordre, entre elles la Universitat de Barcelona, a qui represento. En aquesta ocasió el tema debatut va ser «La salut». He de felicitar al comitè científic per l'encert dels temes que escull per al debat, sempre tan vius per a la nostra immediatesa i sempre tan essencials per a la vida humana.

Es diu que Tales afirmava que la felicitat del cos es fonamenta en la salut; la de l'enteniment, en el saber. I, per la seva part, Sòcrates deia: «Si algú cerca la salut, pregunta-li si està disposat a evitar en el futur les causes de la malaltia; en cas contrari, abstén-te d'ajudar-lo». Aquests dos savis, pares fundadors de la incipient cultura europea, ja avisaven que la salut no és solament un terme mèdico-científic. Fent una bona teràpia mèdica al membre o òrgan malalt, no necessàriament s'obté la salut. Salut i felicitat, com molt bé proclamaren els metges àrabs i jueus de l'edat mitjana, són dos termes inseparables; pràcticament sinònims. Insistia també en aquesta veritat, que la història s'ha entossudit a arrossegat al llarg del temps, el nostre Arnau de Vilanova, que la proclamava vivament a reis i a papes medievals.

Els textos dels professors que podreu llegir a continuació també estan amarats d'aquesta veritat, més o menys explícitament en tots els grans metges i filòsofs que ha generat la nostra cultura occidental. L'esplèndida

l·liçó del Dr. Ramon Valls, concretada en la bioètica, n'és una bona aplicació. Ho són també les sàvies reflexions del Dr. Lluís Duch, que des del pensament antropològic i filosòfic s'interessa profundament per la relació entre la salut, la malaltia i la religió. Per què cercar aquest lligam si no es partís de la convicció que existeix sinonímia entre salut i felicitat? Segueix persistent el tema en les preocupacions de les infermeres i doctors que participen en la jornada del divendres al matí, així com en els debats que originen i, també, en les experimentades reflexions que el Dr. Antoni Bayés adreça a la sala. No són cap excepció d'aquest binomi les interessantíssimes concrecions i el col·loqui que generen els Drs. Antoni Anglada i Albert Planes quan es pregunten per la sostenibilitat del nostre sistema sanitari.

I és clar que només amb apostes com aquestes, interdisciplinàries, es poden arribar a copsar els veritables fonaments del nostre teixit cultural, fet amb el pòsit de segles. Per això, una vegada més, la Universitat de Barcelona promou el pensament reflexiu, veritable estímul de posteriors investigacions. Unes jornades científiques com són els Col·loquis de Vic són el millor remei per a trobar l'eficàcia del pensament aplicat.

Dr. Jordi Suriñach Caralt

Vicerector de Política Científica (UB)

INTRODUCCIÓ

Els novens Col·loquis de Vic s'obriren la tarda del dijous dia 7 d'octubre del 2004 amb unes paraules de la Sra. Rosa Maria Collell, consellera delegada de Cultura del Consell Comarcal d'Osona, la qual, en nom del president, donà la benvinguda als assistents. Remarcà la disposició reiterada per part del Consell Comarcal a mantenir i potenciar aquesta trobada anual de professionals del sector de les humanitats. Observant la feina feta els anys anteriors, augurà unes sessions interessants i intenses, alhora que encoratjava tots els presents a plantejar-se el tema de la salut amb la radicalitat que necessita un país com el nostre. Donant els novens Col·loquis per oberts, passà la paraula al Sr. Ignasi Puig, que, en representació del Sr. Alcalde de Vic, indicà la importància que en la Ciutat se celebrin, any rere any, aquests debats. Vic sempre ha apostat per la cultura, essent-ne, d'anys, un motor, i un bon exemple de com en aquest important àmbit es pot ser creador. Per aquest motiu, sempre ha estat al costat d'una iniciativa tan important com són els Col·loquis de Vic. El Sr. Ignasi Puig agraià a tots els presents i a les institucions que fan possible la trobada els esforços realitzats i els insistí a continuar amb la iniciativa. Després es donà pas a les paraules del Dr. David Serrat, rector de la Universitat de Vic, que, com a membre d'una de les institucions organitzadores, remarcà la importància del fet que un grup de professors i científics es trobessin anualment per debatre temes en profunditat. Assegurà que una veritable universitat, per bé que havia de potenciar la recerca tecnològica en tots els seus àmbits, no havia d'oblidar que les idees i la filosofia eren motor dels avenços i, de

passada, era allò que feia mantenir el més valuós que hi ha en l'home.

El Dr. Ignasi Roviró indicà les traces generals per on es desenvolupava el programa de les sessions que s'anaven a iniciar i tingué un record pel Dr. Francesc J. Fortuny, membre del comitè científic, mort en el transcurs de l'any. Després prengué la paraula del Dr. Jordi Sales, que presentà les actes de l'any anterior, destacant-ne l'interès que suposa tenir aplegades en un volum les aportacions i els debats d'una sessió tan valuosa com aquella.

Tot seguit el Dr. Jordi Sales donà pas, després d'una acurada presentació, al Dr. Ramon Valls, catedràtic emèrit de la Universitat de Barcelona, que inicià la lliçó inaugural. Com podreu llegir, les seves reflexions tenien com a eix central que els canvis tecnològics han marcat la vida humana des dels seus inicis i exposava com a principis rectors de la bioètica el principi d'autonomia, el principi de beneficència i no maleficència i el principi de justícia o solidaritat.

Acabada la lliçó, s'inicià seguidament el primer àmbit de treball, sota el títol de «Salut i filosofia». La ponència anà a càrrec del Dr. Lluís Duch. En va fer la presentació el degà de la Facultat de Filosofia de la Universitat de Barcelona, Dr. Salvi Turró. El ponent remarcà que sempre que s'ha produït un estat col·lectiu de desorientació i de desconfiança en els sistemes socials han fet acte de presència les mil formes de la *gnosi*. Així, la recerca de la salut es convertia en una autoteràpia, és a dir, en l'intent d'assolir una situació d'autosuficiència que tenia com a conseqüència la desarticulació de la relacionalitat responsable respecte a Déu i al proïsme. Després d'un col·loqui viu i apassionat es donà pas a la lectura de les comunicacions que s'encabien en aquest primer àmbit. La sessió s'acabà passades les vuit del vespre.

El divendres 8 d'octubre, de bon matí, començà el segon àmbit de treball, «Salut, ciències i art». El Sr. Joan López Carol, del Consorci Hospitalari de Vic, dirigí la sessió, que

s'inicià amb un seguit de tres ponències consecutives, totes a l'entorn del paper de la infermeria en la salut. En primer lloc, es llegí la ponència de la Dra. Anna Bonafont, infermera i antropòloga, professora de la Universitat de Vic. Seguidament s'escoltà la intervenció de la Sra. Núria Cuxart, del Col·legi d'Infermeres de Barcelona, i van cloure aquest seguit d'aportacions les paraules de la Dra. Àngels Vives, del Congrés Català de Salut Mental. Seguí el col·loqui que transcrivim i la lliçó del Dr. Antoni Bayés de Luna, catedràtic a l'Hospital de Sant Pau, que parlà de *La importància de la recerca per a la Salut*. En el col·loqui, el Dr. Bayés es va adreçar especialment a les persones més joves, insistint en la formació dels futurs investigadors.

La tarda del divendres es dedicà monogràficament al debat amb els professionals de la salut. Dirigí la sessió el president del Consell Comarcal d'Osona Sr. Jaume Mas, bon coneixedor dels recursos que l'administració destina al món de la sanitat. Varen intervenir-hi el Dr. Antoni Anglada, gerent del Consorci Hospitalari de Vic, i el Dr. Albert Planes, director del CAP nord de Vic. El debat amb els doctors va centrar-se especialment en l'estat actual de la sanitat i del sistema sanitari que, en particular, es dona a Catalunya. Es buscà, críticament, la característica pròpia del nostre sistema i es defensà com un dels millors del món.

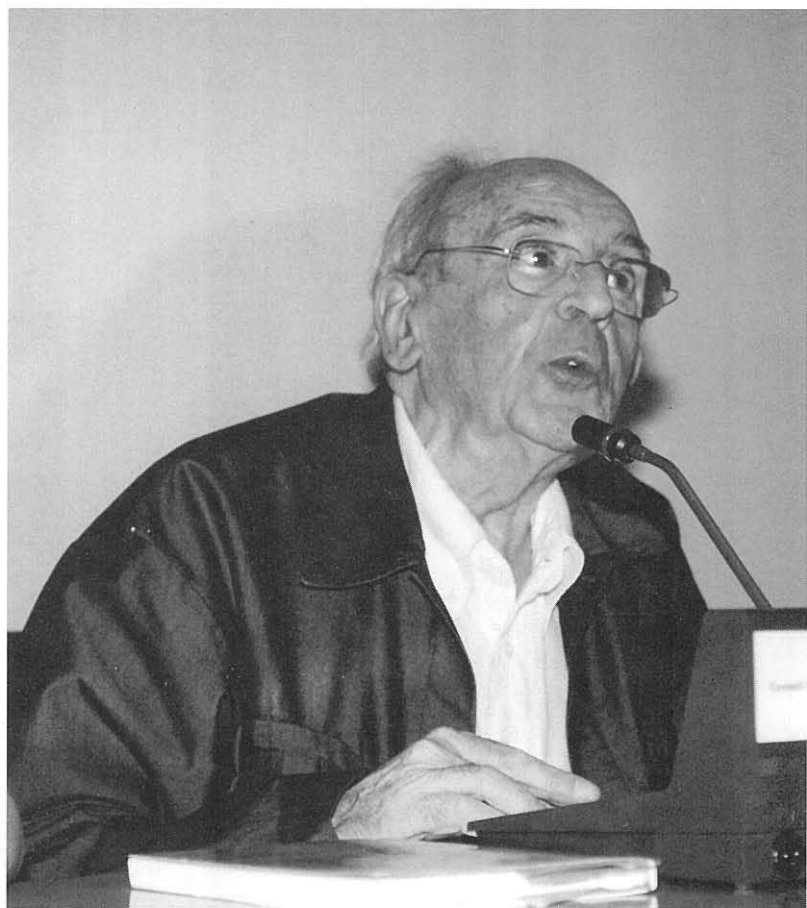
En la cloenda dels novens col·loquis de Vic va prendre la paraula el Dr. Dídac Ramírez, president de la Societat Catalana de Filosofia, que remarcà l'amable acolliment que any rere any rebien els assistents als col·loquis de Vic i, en especial, els membres de la Societat Catalana de Filosofia. En donà les gràcies tant a la ciutat de Vic com al Consell Comarcal d'Osona. Recollí aquest agraïment, per part de l'Ajuntament de Vic, el Sr. Jaume Puig, regidor de Cultura. En la seva intervenció indicà l'alt interès dels debats i la necessitat que un esdeveniment així perduri, pel bé de la ciutat i del país. Després de les paraules del regidor, va in-

tervenir, tancant la sessió, el president del Consell Comarcal d'Osona, Sr. Jaume Mas, que indicà l'orgull de rebre a la seu del Consell els debats que es generen, cada any, en aquestes trobades. Demanà que l'any vinent no es faltés a la cita.

Hem d'agrair els esforços del Dr. Andreu Grau Arau quant a la redacció de les intervencions dels assistents, de les interpel·lacions entre els comunicants o de les explicacions dels ponents a les preguntes de la sala. També es deu al treball del Dr. Grau la transcripció de la intervenció del Dr. Bayés i dels Drs. Antoni Anglada i Albert Planes.

Ignasi Roviró Alemany i Josep Monserrat Molas

LA SALUT



LA IRRUPCIÓ DE LA BIOÈTICA AL FINAL DEL SEGLE XX. LA REVOLUCIÓ BIOLÒGICA I SANITÀRIA NO HA FET SINÓ COMENÇAR

DR. RAMON VALLS PLANA,
Universitat de Barcelona

Tots els qui acudim al metge (i som tots!) ho experimentem. No cal recordar la infantesa de cadascú per a saber que aquelles visites a domicili del metge de família, a qui aleshores encertadament anomenàvem metge de capçalera, s'han acabat. Per molt que enyorem aquell tracte veritablement personalitzat que incloïa bons coneixements de la història clínica no escrita de tota la família i dels seus hàbits alimentaris, higiènics, etc., ara ens en podem acomiadar definitivament. Com també s'han acabat del tot tants i tants remeis de l'àvia com eren les fregues amb ungüent de serp, les purgues i els cataplasmes de Sor Virgínia. Ben al contrari, tots passem per alambinats aparells de diagnòstic, potser perillosos, sense dir ni piu, tots patim la incomunicació entre els metges especialistes i el de medicina general, i tots ens empassem la pastilla que l'any passat no existia i que comporta potser efectes no desitjats. En resum, la revolució tecnològica, amb els perills que comporta, la tenim a casa i, per a més ensurt si hi pensem, dins la pròpia pell. I això sense dir res de les preguntes veritablement morals que afecten les persones més corrents, com ara les parelles que es

plantegen la possibilitat d'elegir el sexe d'un fill, la de recórrer a la fecundació assistida per a resoldre un problema d'esterilitat o altres possibilitats més problemàtiques.

Ara bé, per a fer-nos càrrec de l'abast i el significat d'aquesta autèntica revolució que no ens deixa ni temps per a reflexionar, cal considerar-la en primer lloc com un mer capítol de la total revolució tecnològica que estem vivint. Observem, en efecte, que el conjunt dels canvis es deixa dividir bé en dues branques principals: la biològica i sanitària, a la qual avui em cenyiré, i la de les comunicacions. Entenc, però, que, malgrat la relativa independència de les dues branques, hi ha entre elles tan contínues transferències de coneixements, de tècniques i de mètodes que resulten potenciades mútuament. Per exemple, la facilitat de comunicació electrònica permet l'existència de veritables comunitats científiques i d'equips de recerca internacionals sense proximitat física, per una banda, i, per l'altra, la tecnologia informàtica i electrònica en general ha estat decisiva en la revolució dels aparells de diagnòstic, de l'instrumental quirúrgic i de l'ortopèdia. No cal aquí entrar en gaires detalls, però sí que crec imprescindible una descripció elemental del fenomen per a entendre també que, prescindint de l'acceleració dels canvis, resulta que l'esmentat fenomen revolucionari no és estrictament nou.

Efectivament, just al començament del meu llibre sobre *Ética para la Bioética... y a ratos para la Política*¹ he escrit que la combinació dels resultats de la Paleontologia i la Genètica ens permeten avui d'afirmar que des de fa aproximadament 400.000 anys es produïren entre els primers humans canvis tan transcendents que marquen encara la nostra vida. Cito allí el domini sobre el foc, robat als déus segons el mite de Prometeu, com un dels canvis més dignes de considerar i recordar. El foc va convertir en llar l'abric

1. Barcelona: Gedisa, 2003.

que proporcionava qualsevol cova i ens va distanciar així de la vida merament animal. Des d'aleshores la domesticació, val a dir humanització i consegüent transformació de la natura, no ha cessat. ¿Dubta algú que la cocció del fang, l'aparició de l'agricultura i la ramaderia que configuraren l'anomenada *Revolució del neolític* canviaren la natura de moltes plantes, fruits i animals, creant-ne fins i tot de nous, com el gos o la mula? De manera semblant, ja en els temps moderns, la superació de la medicina hipocràtica i galènica gràcies al descobriment de la circulació de la sang, els anestèsics i l'anestèsia, els raigs X i els antibiòtics, no solament revolucionaren la pràctica mèdica sinó que modificaren la nostra natura en el que fa, per exemple, a la resistència davant determinades malalties o a l'aparició d'altres, abans desconegudes. Afegiu-hi, si voleu, els efectes, volguts o no, dels remeis de laboratori i de les noves tècniques quirúrgiques, menys agressives certament que les tradicionals, però que ara arriben a teixits orgànics més profunds, i us convencereu que les transformacions no han fet sinó començar i que l'intent de profetitzar seriosament sobre quines formes concretes adoptarà aquesta revolució en el futur és senzillament impossible, la qual cosa no ens impedeix de profetitzar amb molta certesa que el moviment general continuarà. Això, diguem-ho clar, no hi ha qui ho parí!

La tesi, doncs, que vull deixar ben subratllada, com a conclusió de la primera part d'aquesta exposició, és que els canvis tecnològics han marcat la vida humana des dels seus inicis sobre la terra. I no solament ens han canviat a nosaltres humans, sinó també a tota la natura prehumana en general. Les doctrines evolucionistes per una banda, i la història i la prehistòria dels humans per l'altra, ens ensenyen plegades que el fixisme de la naturalesa és una simple il·lusió causada per la curtedat de vista pròpia del qui no hi veia més enllà de dues o tres generacions quan els canvis eren pocs i molt distants en el temps. Ara, però, al fil dels molts canvis que

s'esdevenen en pocs anys, se'ns fa inevitable de repensar no solament el concepte vulgar i tradicional de natura sinó també el filosòfic. Qüestió que tractaré més endavant, en la tercera part d'aquest discurs.

Una resposta als fets: els principis rectors de la Bioètica

De moment considerem solament una de les respostes a l'allau de novetats, i més en concret, als nous coneixements biomèdics. Malgrat que el mot *Bioètica* havia estat inventat i emprat alguns anys abans, el naixement d'aquesta nova disciplina se situa convencionalment en l'anomenada Declaració de Belmont (Estats Units d'Amèrica) de l'any 1978. Malgrat que la Declaració havia estat feta per una comissió merament consultiva i es referia de manera limitada a l'experimentació de nous fàrmacs en éssers humans, els tres principis que la Declaració va formular tingueren tan bon ressò que, amb algunes variacions, són avui generalment acceptats com els principis de la Bioètica. Segons la seva formulació més comuna, aquests principis són tres: el d'autonomia, el de beneficència / no-maleficència i el de justícia (o solidaritat). S'entén que tots ells es refereixen als humans i que, per tant, no s'apliquen sense més als problemes ètics que també se susciten a propòsit del nostre comportament amb animals, sobretot els «de laboratori».

Principi d'autonomia. Aquest principi ocupa el primer lloc en totes les enumeracions i som molts els qui li atribuïm una primacia certa. Crec, fins i tot, que els autors que regategen la primacia a aquest principi, almenys en alguns casos, delaten una mentalitat excessivament conservadora del paper que tradicionalment havien assumit els metges en les decisions assistencials. En efecte, el principi d'autonomia afirma que és el malalt o la persona que se sotmet a un experiment qui ha de decidir lliurement si accepta o no el tractament que li

és proposat, la qual cosa exigeix que abans de prendre la decisió hagi estat convenientment informat sobre els esperats avantatges i els riscos que aquell tractament comporta, com també del risc que el malalt assumeix si es nega a acceptar-lo. Tot això explica que en la pràctica més habitual el principi d'autonomia es concreti en la necessitat d'allò que en diem «consentiment informat». Avui, sobretot abans d'una operació quirúrgica o d'una prova que comporta algun risc, se'ns lliura un paper a signar en el qual declarem que hem estat informats i acceptem el tractament o la prova en qüestió. Però és ben clar que el consentiment informat es degrada fins a la pura inexistència quan es converteix en un simple paper mal llegit amb una firma atabalada al capdavall.

Respecte encara del principi d'autonomia en la Bioètica, cal dir que en si mateix, tal com històricament ha aparegut i tal com ha estat generalment acceptat, no es refereix directament a l'autonomia moral en el sentit filosòfic; autonomia que fou enèrgicament formulada i sostinguda per Kant fa més de dos-cents anys i és avui el fonament més sòlid de la moralitat moderna i de la sobirania popular com a font suprema de la llei en els Estats democràtics. D'això en resulta que el principi d'autonomia pot interpretar-se en Bioètica entenent senzillament el mot *autonomia* com la capacitat de la persona adulta en ús de les seves facultats psíquiques per a decidir lliurement si accepta o no allò que li és proposat; interpretació que no exclou que la llibertat humana s'entengui al mateix temps com a moralment vinculada a una llei aliena, sigui «natural» o «divina». Més cert, però, és que la paraula *autonomia* en contextos morals evoca Kant, i a més invoca per ella sola (*vi verbi*), no la capacitat d'acatar la llei d'un altre (*heteronomia*), sinó la d'autoimposar-se una llei veritablement universal, és a dir, que obligui *per se* tots els humans. I és ben cert també que, per a una bona i ampla teorització de la Bioètica, la interpretació, diguem «kantiana», del principi d'autonomia

resulta cabdal. Des d'aquesta interpretació, en efecte, resulta fàcil entendre que la resolució dels conflictes ètics i d'interessos que avui sorgeixen tant en la recerca biomèdica com en l'assistència sanitària és una competència irrenunciable del poder legislatiu de l'Estat sostingut per un consens social suficient. Resulta així que la invocació d'una llei aliena pretesament natural o divina que obligui abans de crear llei pròpia és impertinent. I no perquè Kant fos ateu, que no ho era gens, sinó perquè ell, com abans Hug Grotius, varen veure encertadament que la moral ha d'aguantar-se sola, encara que no hi hagués Déu (*etsi Deus non daretur*). Segons Grotius, doncs, i segons Kant, val com a fet inevitable que alguna forma de moralitat acompanya sempre l'ésser humà², i és a partir d'aquest fet que és possible afirmar l'existència de la divinitat. La qüestió sobre l'existència de Déu, en resum, és lògicament posterior al reconeixement de la presència de la moralitat en les societats humanes. La fe en Déu no és antecedent ni fonament de la moral sinó que, com a màxim, n'és garantia i confirmació.

Finalment, per tal d'acabar aquesta succinta exposició del principi d'autonomia de la Bioètica i per tal de reforçar el seu enllaç amb l'autonomia moral, cal dir una paraula que destrueixi la tendència a associar aquesta autonomia amb l'individualisme modern. Una lectura atenta dels textos de Kant percep clarament que la sòlida argumentació que sosté

2. Hi ha moralitat quan es dona 1) una taula amb les dues columnes del bé i del mal, i 2) un imperatiu que prescriu fer el bé i evitar el mal. Les accions concretes, però, inscrites a la taula del bé i del mal, són molt variables, segons els diferents grups humans i les èpoques històriques. Una formulació molt abstracta pot fer coincidir alguns preceptes dels codis de diferents pobles (p.e., *no mataràs*), però aleshores cal veure que la interpretació del precepte quan s'aplica a supòsits o casos fàctics resulta de fet diferent (p.e., *no mataràs... l'enemic*). Igualment la prohibició de l'incest, si no absolutament universal, sí molt general. Si preguntem fins on arriba –arriba solament als parents de primer grau (pares, fills) o va més enllà?–, apareixeran aleshores les diferències.

la seva tesi de l'autonomia moral exclou de manera terminant una interpretació que podríem dir-ne vulgar, i que fent peu que és la llibertat de cada individu la que es dóna la llei, acaba creient que la moralitat, si n'hi ha, és la pròpia de cadascú. Conclusió absurda que destruiria senzillament la moralitat perquè en permetria tantes com individus. Acceptar que en moral «tants caps, tants barrets» sense cap mena d'obligació comuna, seria la pura i simple destrucció de tota moralitat.

No és així, però, perquè l'ésser humà és fi en si mateix, insisteix Kant. No pot mai, per tant, ser subordinat a un altre, per bé que li pugui ser útil. I si no pot ser sotmès, això significa necessàriament que ha de ser subjecte d'obligacions autoimposades envers els altres, perquè tots els altres exigeixen ser respectats com a fins en si mateixos amb el mateix respecte que jo demano per a mi. Si no, incorro en contradicció pràctica: demano respecte per a mi, i no respecto els altres que disposen del mateix títol que jo per a demanar respecte, és a dir, la pròpia llibertat.

Dit d'una altra manera: l'ésser humà, perquè és fi en si mateix, és legislador, la qual cosa significa que ell no solament adopta determinades formes obligatòries de conducta habitual, per exemple, tornar els préstecs (*màximes*, en diu Kant), sinó que d'ell neixen autèntiques normes universals obligatòries per a tothom, per exemple, que els préstecs s'han de tornar sempre i per tothom (*lleis*). Ara bé, per molt que la llei moral neixi de la nostra llibertat, això no comporta de cap manera que aquella llei s'origini en cada un de nosaltres *com a individu aïllat*, sinó que *la norma universal descansa en el respecte a la llibertat de tots els altres com a fins en si mateixos*. Kant ho diu en el seu argot: la màxima de la meua conducta passa a llei universal quan no vulnera la llibertat i el respecte a la dignitat de tots. En terminologia lògica, això equival a dir que el terme mitjà del raonament que universalitza la màxima i la transforma en llei és precisament la igual llibertat de tots.

Principi de beneficència i no-maleficència. Pel que fa al segon principi, diré solament que ve a ser com la substància del vell jurament hipocràtic³ i, per tal d'evitar malentesos, diré també que beneficència i no-maleficència no són termes equivalents. En efecte, les intervencions mèdiques sempre han de ser encaminades al bé del malalt i mai al seu mal. Això és clar, però també ho és que moltes vegades el bé del malalt implica inevitablement causar-li algun mal, per exemple, amputar-li una cama per salvar la seva vida. O tants fàrmacs que causen un bé indubtable però que originen també «efectes no desitjats». Aquest nexa ineludible entre bé i mal recomana de mantenir les dues coses associades en un sol principi, i no partir-lo en dos (un «de beneficència» i un altre de «no-maleficència» com fan alguns autors. I cal advertir, en qualsevol cas, que aquest principi haurà de subordinar-se al d'autonomia, perquè en última instància haurà de ser el malalt i no el metge qui jutgi sobre què és un bé o un mal per a ell. Amb aquest principi, per tant, entès tal com l'he explicat, s'evita allò que ha estat anomenat «segregre mèdic» això és, que solament el metge decideix el tractament tot dient implícitament «vostè calli que qui entén de medicina sóc jo»). I la primacia del principi d'autonomia evita igualment l'abús que en molts casos acompanya el «segregre mèdic» consistent en l'acumulació de proves i tractaments inútils que potser allargaran la vida una mica però que de cap manera no conduiran a recuperar-la amb un mínim de qualitat i dignitat.

Principi de justícia o solidaritat. Finalment, el tercer principi de la Bioètica és fàcil de declarar però extremadament difícil d'aplicar. Sobre la base certa, en efecte, que els recursos materials i personals que es poden destinar a l'assistència o a la recerca biomèdica són sempre limitats, el

3. Vegeu el seu tenor literal i el petit comentari que jo mateix en faig dins *Estudios de Bioética y Derecho*, coordinats per María Casado, València: Tirant lo Blanch, 2000, pp. 286-288.

principi afirma que no és just dedicar-los a l'assistència d'alguí o a una determinada recerca científica en detriment d'altres malalts que en podrien treure un major profit. Posem un parell d'exemples senzills i delicats a la vegada. En una unitat de cures intensives tots els llits estan ocupats. De sobte arriba un jove ferit greu en un accident el qual pot morir tot seguit si no és convenientment atès. Hi ha gran esperança de recuperació si és instal·lat en un llit amb tots els aparells adequats. Preguntem-nos, doncs: no serà més just i solidari traslladar a la llitera el malalt amb poques esperances de vida i deixar el llit per a aquell que acaba d'arribar? ¿No ens diu a tots un cert instint moral que no és just ni solidari dedicar uns recursos a la recerca mèdica més cara i sofisticada, la qual beneficiarà moltes menys persones que si els mateixos recursos es dediquen a investigar malalties molt freqüents en poblacions nombroses i pobres?

És clar que en els exemples proposats hi intervenen molts més factors ben complicats que s'hauran de tenir en compte per a una bona solució del cas. Però hem pretès solament encetar la problemàtica real i difícil que es planteja a l'hora de destinar amb justícia i solidaritat recursos escassos per a necessitats la despesa de les quals supera les quantitats disponibles. Passa aquí el mateix que amb el concepte de «bé comú». Tots concedim fàcilment que el bé comú ha de prevaler sobre el bé particular. Però cal preguntar, comú per a qui? Comú a un grup limitat de persones o comú a tota la població d'un hospital, d'un municipi o d'una nació? Comú a tota la humanitat actual o comú també per als que naixeran en el futur?

Conseqüències revisionistes

Ciència. En primer lloc, cal remarcar que la Bioètica, com a resposta a l'allau de transformacions tecnològiques i socials, ha assumit un caràcter modèlic respecte de les altres disciplines científiques. La ciència en general mira la Bioètica

com a model a imitar perquè en ella són clarament observables dos trets: la seva interdisciplinarietat i la impregnació ètica dels processos cognitius. Pel que fa a la interdisciplinarietat, tots els universitaris sabem que ha estat molt sovint invocada però rarament practicada. N'hi ha prou amb una immersió elemental en qualsevol ciència per a veure tot seguit que la parcel·lació del coneixement comporta una gran dificultat pràctica en l'exploració sistemàtica de les relacions entre una i altra de les ciències convencionals. I quan aquesta mancança ha estat abordada en converses, seminaris o trobades entre especialistes de diferents matèries, els resultats han estat minsos, perquè sovint s'ha vist que el llenguatge d'una ciència no l'entén qui en conrea una altra, la qual cosa transforma la trobada interdisciplinària en un diàleg de sords. La Bioètica, però, ha forçat la necessitat de comprensió mútua i col·laboració de tal manera que en ella el treball conjunt de biòlegs i metges ha estat immediat. Naturalment, atès que la Bioètica nasqué a partir de problemes ètics en l'assistència mèdica i la recerca biològica, es varen incorporar tot seguit a les primeres cèl·lules de la nova disciplina professionals de l'Ètica filosòfica, dita també Filosofia pràctica. I com que la resolució pràctica dels conflictes d'interessos i de consciència ha de ser transferida moltes vegades als legisladors i als juristes, el Dret es va fer present ben aviat en els grups de treball que abordaven les qüestions bioètiques. Grups als quals s'incorporaren igualment els antropòlegs, els sociòlegs, els economistes i els informàtics... En una paraula, els fets forçaren la col·laboració efectiva que avui existeix en tots els grups que conreen la Bioètica, i aquest exemple és per fortuna contagiós.

Sobretot, però, el caràcter modèlic de la Bioètica rau en la inserció de la dimensió moral en les microdecisions que se succeeixen en qualsevol procés de recerca científica. És clar que l'Ètica ja abans era present en la recerca (per exemple, en les investigacions sobre l'energia nuclear), però no hi era

de manera tan conscient i sistemàtica. Ara tots veiem que cap recerca no és èticament neutral del tot. Les línies d'investigació es promouen des d'interessos econòmics i socials (de vegades, bèl·lics) i tenen conseqüències per a la vida social dels humans. Dit d'altra manera, la pretesa pura de la curiositat i el coneixement científic és il·lusòria. Sense negar que el coneixement és per si mateix bo, en la pràctica (i l'adquisició del coneixement és una pràctica) no hi ha res absolutament desinteressat.

Filosofia moral. Pel que fa a la Filosofia moral o Ètica filosòfica, cal prendre nota que la Bioètica ha contribuït a dissipar la creença en l'existència d'un codi moral invariable o etern que s'havia d'aplicar si per ventura apareixia un problema nou. La novetat, però, dels problemes que s'han plantejat i es plantegen en Bioètica fa impossible de fet i estèril la invocació al pretès codi invariable. Posaré un exemple que pot servir per a escurçar l'exposició. Atès que el precepte de no matar ha estat molt sovint entès com un dels que formarien part del codi moral fix i universal, resulta ara que qüestions com l'avortament voluntari, l'experimentació amb embrions sobrants de la fecundació assistida o la petició voluntària d'eutanàsia obliguen de manera peremptòria a noves interpretacions d'aquell mandat que l'ajornin i el facin més proper a les noves situacions. És clar que l'antic precepte pot sostenir-se mentre es mantingui en els termes completament abstractes de la fórmula tradicional, però aleshores resulta que el pas des del «no mataràs» al nou supòsit no pot fer-se sense un conjunt de determinacions i matisos que sorgeixen del mateix precepte, sinó que cal anar a demanar la concreció imprescindible per a obrar als avenços de les ciències biològiques i a noves i diferents concepcions de la vida humana que de cap manera no podien sospitar els moralistes d'altres èpoques.

Cosa que no hauria d'estranyar massa si hom pren en consideració que immediatament a la promulgació dels codis

més venerables (el codi de Moisès, per exemple) foren imprescindible interpretacions que suavitzessin la formulació abstracta. És evident que per a tots els autors del Vell Testament (i actualment per a Ariel Sharon) l'obligació de no matar no s'estenia ni s'estén fins als enemics. La pena de mort, per altra banda, ha estat molt generalment acceptada durant segles com a legítima moralment en el cas dels crims més horribles, crims que en molts casos no són els mateixos en les diferents cultures i èpoques. Fins i tot entre nosaltres, que pertanyem a una cultura que repudia avui la pena de mort, es donen persones que en demanen la reinstauració per a castigar els terroristes. Dit, doncs, això per fer veure que no hi ha codi moral sense «talmudista» o intèrpret més o menys autoritzat, podem concloure que l'existència del codi moral fix solament pot sostenir-se lligant-lo a formulacions tan abstractes que el fan inservible. Dit d'una altra manera, no són «aplicables» sense més als nous supòsits. I aleshores hem de demanar ajut a les ciències i als valors socialment acceptats per tal d'anar construint dia a dia i cas a cas la nostra ètica realista.

Natura. Una altra revisió ens imposa la Bioètica: la del concepte de natura. Entre nosaltres ha calat tan profundament la vella distinció entre cos i ànima com dues realitats substancials que reemergeix contínuament en contextos diferents. La distinció cartesiana entre *res cogitans* i *res extensa* o la contraposició kantiana entre *el món estelat damunt meu* (la natura) i *el món moral en mi* (l'esperit)⁴ en són dos bons exemples. Avui, però, els humans no ens sentim tan llunyans del animals superiors. Alguns d'ells els considerem fins i tot avantpassats nostres. Les diferències certes entre el llenguatge humà i el de les bèsties no ens amaguen les similituds entre la comunicació d'informació objectiva i d'afectes que es dona tant entre humans com

4. Conclusió de la *Crítica de la raó pràctica*.

entre individus de diferents espècies animals. I sobretot la identitat entre els processos de reproducció i socialització dels animals superiors i nosaltres fa insostenible l'existència de l'abisme kantià entre els dos mons i ens obliga a aproximar la nostra visió a la que sostingué Schelling contra Kant.

S'imposa, doncs, partir del fet que nosaltres pertanyem també a la natura i no elevem el cap per defora d'ella. Per molt que siguem l'animal més complex i, en conjunt, més ben dotat, no podem veure'ns com a radicalment diferents. Som senzillament l'esglaó més alt de l'escala dels éssers a l'abast de la nostra percepció. Un tret, però, cal subratllar. En nosaltres, humans, es perfecciona de tal manera la consciència, que també existeix en tants animals (i potser en alguns vegetals), que tot el món de la cultura es reflecteix en el mirall de la nostra consciència. En nosaltres el món es duplica, apareix. Sense necessitat d'apel·lar a la concepció leibniziana de la mònada, segons la qual tots els elements més simples de l'univers en posseeixen una percepció completa, podem dir que la consciència forma un plec cognitiu de la mateixa natura. Si, doncs, la natura es fa conscient en nosaltres, i nosaltres mateixos som natura, resulta que nosaltres som l'autoconsciència de l'univers.

Religió. Finalment cal registrar la modificació que la Bioètica imposa a la perspectiva massa habitual que mira la religió com a fonament de la moralitat. Ben al contrari, la moralitat ens és immediata, mentre que la creença en la divinitat descansa sempre en un raonament més o menys rudimentari que fa peu en la percepció sensible del món i dels altres i constitueix una mediació. En efecte, prescindint ara dels arguments que es basen en la percepció de la natura (especialment dels fenòmens finalístics), observem que ningú de nosaltres no s'acaba en la pròpia pell. A tots ens constitueix un espèss teixit de relacions que ens lliguen a la natura i al grup social al qual pertanyem. I és precisament d'aquesta relació immediata amb els altres humans d'on surt l'obligació ètica.

Més amunt he exposat abastament per què l'autonomia moral com a capacitat de crear i donar-se llei no s'ha d'entendre individualísticament, sinó que descansa immediatament en la relació inevitable amb la llibertat dels altres. No hi insistiré, però sí que vull dir una paraula sobre una bajanada que corre entre les opinions de moltes persones. La bajanada afirma que *si no hi ha Déu, tot és permès*. No, no és veritat, precisament pel que acabem de dir, que l'obligació moral és immediatament present, i la hipotètica existència de la divinitat, no. Per això Hug Grotius, benemèrit creador modern del Dret internacional, afirmava, com ja he dit, que la moralitat existeix *etsi Deus non daretur* (encara que no hi hagués Déu). Què vol dir, doncs, la bajanada que sosté el contrari? ¿Que he de resar perquè el meu veí creient no perdi la fe, perquè si la perd la meua cartera perilla?

Conseqüència final

Les obligacions i les decisions morals són socials perquè neixen de la relació amb la llibertat dels altres. Això els atorga un caràcter sobreemocional, val a dir, racional. Aquesta racionalitat és cabdal quan la decisió moral accepta de ser il·lustrada pels coneixements científics i històrics. La relativitat que aquest tret li confereix no significa que aquí i ara no sigui obligatòria... *fins a nova ordre*. És revisable en virtut de nous coneixements o experiències desfavorables. Resulta així que la *bona praxi* és flexible. Apareix en els Comitès d'Ètica que deliberen i prenen resolucions dins les institucions que dirigeixen o controlen l'assistència sanitària o la recerca. D'entrada, solament obliguen dins l'àmbit d'aquestes institucions, però a continuació es divulguen i, si s'accepten per altres institucions perquè les bones solucions són contagioses, passen així a *bona praxi* generalment acceptada i vigent. I quan la bona decisió generi conflictes que en dificultin l'exercici, feina serà dels poders públics, en primer lloc del legislatiu, de reforçar-la per tal que la moralitat no resti aigua de roses.

PRIMER ÀMBIT

SALUT I FILOSOFIA



SALUT/MALALTIA I RELIGIÓ

DR. LLUÍS DUCH

1. Introducció

En totes les cultures humanes, antigues i modernes, orientals i occidentals, ha existit una forma o altra de relació entre la salut/malaltia i la religió¹, en la qual la contraposició entre els dos termes manifesta alguns aspectes rellevants de la presència de l'ésser humà en el –en *el seu*– món. En

1. La bibliografia sobre aquesta temàtica és bastant àmplia. Tan sols consignem els estudis que hem tingut l'oportunitat de consultar. P. TILICH, «Die Beziehung zwischen Religion und Gesundheit – Geschichtliche Betrachtungen und theoretische Fragen»: *Id.*, *Die religiöse Substanz der Kultur*. Studien zur Theologie und Kultur (GW IX), Stuttgart: Evangelisches Verlagswerk, 1967, 246-286; *Id.*, «Die Bedeutung der Gesundheit»: *id.*, 287-296; L. E. SULLIVAN, «Healing»: M. ELIADE (ed.), *The Encyclopedia of Religion*, VI, New York-London: Macmillan, 1987, 226-234; A. N. TERRIN, «Salute e salvezza. Riflessione fenomenologica sul compito terapeutico delle religioni»: *Id.*, *Il sacro off limits*. L'esperienza religiosa e il suo travaglio, Bologna: Dehoniane, 1995, 141-185; D. E. MILLER, *Reinventing American Protestantism*. Christianity in the New Millennium. Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press, 1997; R. DERICQUEBOURG, «Les religions de guérison. Perspectives sur une recherche»: *Religiologiques* 18(1998), 1-13; F. LAPLANTINE, *Antropología de la enfermedad*. Estudio etnológico de los sistemas de representaciones etiológicas y terapéuticas en la sociedad occidental contemporánea. Buenos Aires: Ediciones del Sol, 1999, 4ª part (349-396); L. DUCH, *Simbolisme i salut*. Antropologia de la vida quotidiana, Montserrat: PAM, 1999; *Id.*, «Símbol, salut, mal»: *Id.*, *La substància de l'efímer*. Assaigs d'antropologia, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2002, 71-118

efecte, salut/malaltia i religió són expressions de la radical «qüestionabilitat de l'ésser humà» (Max Seckler). Per això no és gens sorprenent que Talcott Parsons, un dels sociòlegs més influents del segon terç del segle xx, escrivís que «probablement, la salut i la seva negació, la malaltia, han estat els objectes de preocupació i dedicació més grans des que existeix alguna cosa semblant a la societat humana»². En l'actualitat, per raons molt diferents, des d'una perspectiva religiosa, la preocupació per la salut (i, negativament, per la malaltia) posseeix un renovellat interès. Potser és oportú indicar que aquest canvi de perspectiva contrasta vivament amb la forma de pensar i d'actuar que va pretendre imposar la Il·lustració i la seva herència posterior en relació amb el religiós³.

2. T. PARSONS, «Health and Disease: A Sociological and Action Perspective»: ID., *Action Theory and the Human Ambition*, New York-London: The Free Press-Collier Macmillan, 1978, 66-81, 66.

3. Creiem que el renovellat interès que, des de perspectives molt diferents, suscita actualment la salut es deu, *en primer lloc*, a la tecnològització que, des del segle xix, de manera creixent, ha sofert la praxi mèdica habitual (els models biomèdics), amb la progressiva pèrdua de rellevància del metge de família (cf. L. DUCH – J.-C. MÈLICH, *Escenaris de la corporeïtat*. Antropologia de la vida quotidiana 3, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2003). *En segon lloc*, com a contrapartida al primer punt, la presència, cada vegada més intensa, de medicines alternatives que, en molt casos, es presenten com a «religions de substitució» (*Ersatzreligionen*, segons la terminologia de Paul Tillich). *En tercer lloc*, l'actual crisi de la raó i de la història, almenys indirectament, també incideix en l'interès per la salut/malaltia perquè aquesta crisi, en realitat, significa una nova comprensió històrica del *cos* humà, de les seves experiències, de les seves patologies i, en definitiva, del seu «estar en el món». *En quart lloc*, i com a conseqüència de la crisi indicada anteriorment, l'interès pel mite constitueix la contrapartida, segons Hans Blumenberg, *necessària* a la crisi de la raó i de la història (cf. L. DUCH, *Mito, interpretació y cultura*. Aproximación a la logomítica, Barcelona: Herder, 1998) i, com a conseqüència del renovellat interès pel mític, adquireixen una nova vigència les articulacions mítico-simbòliques – sovint, en forma d'«arqueologies psíquiques i culturals» – de la salut i, sobretot, de la malaltia.

Perquè las concrecions mèdico-simbòliques de la salut i de la malaltia són eminentment realitats «antropohistòriques», els canvis epocals que es produeixen en una determinada societat incideixen directament en la comprensió que, *hic et nunc*, se'n té. Per a l'ésser humà no existeix cap possibilitat extracultural. Això implica que, inevitablement, les concrecions d'allò que és saludable i d'allò que és malaltís es veuen afectades molt directament per les peripècies de tota mena que són inherents al canvi cultural, al qual sempre es troben sotmeses les societats i els grups humans.

2. La societat terapèutica

És prou evident que qualsevol aspecte del pensament i de l'acció dels éssers humans es troba datat, contextualitzat en un temps i en un espai precisos. Per tant, no hauria de causar cap sorpresa que, actualment, tant la problemàtica a l'entorn de la salut/malaltia com les relacions que mantenen aquests dos termes amb la religió també es facin ressò de les tendències, els desigs i les propostes predominants en la nostra societat. Fa alguns anys, un grup d'investigadors sota la direcció de Robert N. Bellah feia notar que, en els Estats Units, «la teràpia com un concepte general de la vida [...] havia passat de ser la posició d'una elit restringida i culta a l'actitud majoritària de la classe mitja nord-americana»⁴. Amb una certa sorna, Neil Postman fins i tot arriba a afirmar que la quasi totalitat de la programació emesa per la televisió nord-americana pot ser equiparada a una cura terapèutica. «El negoci dels negocis és ara mateix la pseudo-teràpia. El

4. R. N. BELLAH *et al.*, *Hábitos del corazón*, Madrid: Alianza, 1989, 153. Tot el capítol cinquè d'aquest llibre (pp. 153-168) està dedicat a aquesta problemàtica. Creiem que pot completar-se aquesta exposició amb la que porta a terme H. BLOOM, *La religión en los Estados Unidos. El surgimiento de la nación posteristiana*, México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

· consumidor és un pacient confortat amb psicodrames»⁵. En aquesta societat (i pot dir-se quasi el mateix de la nostra), «fixada culturalment en la salut» (David B. Morris), la *teràpia* s'ha constituït en la «relació model» o «tipus essencial de relació»⁶ que, amb summa freqüència, substitueix les formes tradicionals de relació i d'intercanvi socials, les quals basades en la tradició religiosa i política, havien permès, pràcticament des del segle XIX, la formació de grups i classes socials relativament estables amb rols individuals definits amb força precisió⁷. Per a un nombre creixent de persones, la «relació terapèutica» constitueix l'única forma possible d'evitar la «desestructuració simbòlica» i la incursió en el «caos» que comporta (per exemple, en forma de depressió)⁸. Ha de tenir-se en compte que, en una societat el tret característic de la qual és l'individualisme, els «desajustaments psíquics» acostumen a constituir la «matèria primera» de les patologies, de la mateixa manera que, en altres èpoques, foren els «desajustaments socials» els que van incidir més durament sobre el cos social (i, en especial, sobre els cossos de carn i ossos dels individus concrets). A més,

5. N. POSTMAN, *Divertim-nos fins a morir*, Badalona: L'Índex, 1990, 162.

6. VEGEU BELLAH, *o.c.*, 164-165. Creiem que l'estudi de D. B. MORRIS, *Illness and Culture in the Postmodern Age*, Berkeley-Los Angeles-London: University of California Press, 1998, estableix d'una manera molt interessant la fesomia i les relacions dels actuals processos patològics amb la cultura actual (postmoderna). Allò que, segons Morris, caracteritza la cultura actual és una extensa «hipocondria cultural» (*culturalwide hipocondria*). «En els sectors amb salaris més elevats, la recerca d'un bon estat físic (*fitness*)—sovint es tracta d'una recerca per a mantenir a ratlla l'envelliment i la malaltia—ha substituït totalment la salvació religiosa» (*id.*, 64).

7. En clau humorística, però amb un indubtable realisme, la novel·la de D. LODGE, *Teràpia*, Barcelona: Anagrama, 2001, ofereix una acceptable aproximació a la «societat terapèutica» dels nostres dies.

8. Sobre la «desestructuració simbòlica», cf. L. DUCH, *Religión y mundo moderno. Introducción al estudio de los fenómenos religiosos*, Madrid: PPC, 1995, 300-312.

resulta comprensible que, en un marc preponderantment urbà en el qual, a partir del darrer terç del segle XIX, s'està produint una progressiva i descomunal *sobreacceleració* del temps, els individus –sobretot, encara que no exclusivament, els pertanyents a les «classes mitges»– cerquen solucions terapèutiques a aquest «nerviosisme difús» (Simmel), a aquest «caos en moviment» (Baudelaire), a aquesta «societat sorollosa» (Rilke), que és la vida quotidiana actual⁹. Sobreacceleració que acostuma a produir, al mateix temps, una «desidentificació social» i una recerca –sovint, amb trets patològics– d'una nova «identitat (identificació) psicològica».

En el moment actual, la importància de la «societat terapèutica» pot concretar-se a partir d'una altra dada que, a més, incideix en gairebé tots els aspectes de les societats occidentals de començaments del segle XXI. Ens referim a allò que s'acostuma a designar amb l'expressió «cultura del jo» (Béjar) o «litúrgia dels deures envers un mateix» (Lipovetsky) o «societat de vivència» (*Erlebnisgesellschaft*) (Schulze)¹⁰. No hi ha dubte que es tracta d'un dels punts culminants de l'individualisme occidental en la seva llarga i complexa història¹¹. Aquesta nova societat ha desactivat un

9. Sobre l'abast i les conseqüències de la sobreacceleració del temps en la societat actual, vegeu L. DUCH, «Cultura i societat tecnològica: l'Espai i el Temps»: *Id.*, *La substància de l'efímer*, ja citat, 217-244. Un aspecte interessant de la problemàtica el constitueix la incidència del *soroll* en la salut/malaltia de la societat actual. Ens hem ocupat d'aquesta qüestió en DUCH –MÈLICH, *Escenaris de la corporeïtat*, ja citat, cap. VII.

10. H. BÉJAR, *El ámbito íntimo. Privacidad, individualismo y modernidad*, Madrid: Alianza, 1990; *Id.*, *La cultura del yo. Pasiones colectivas y afectos propios de la teoría social*, Madrid: Alianza, 1993; G. SCHULZE, *Die Erlebnisgesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*, Frankfurt-New York: Campus, 1997.

11. Cal ser molt caut en relació amb la temàtica plantejada per l'individualisme occidental. Sobretot, perquè hi ha moltes menes d'individualisme, el qual, com assenyala Bellah, abasta des de

dels elements més significatius de la cultura occidental moderna (tant en el seu vessant clerical com laic): el *deure*. Per tot plegat, Gilles Lipovetsky ha pogut parlar de «crepuscle del deure» o de «situació de postdeure»¹². «L'era del postdeure significa la victòria progressiva del dret a disposar d'un mateix sobre els deures incondicionals, del psicologisme sobre el moralisme, del "sexe psicològic" sobre el "sexe morfològic"»¹³. Una conseqüència important del psicologisme imperant consisteix en la modificació radical de l'òptica *valoral* tradicional per part de la societat terapèutica. El «lloc» des d'on es pensa, s'interpreta, es viu i se sent la realitat d'un mateix i de l'entorn ja no es construeix, prioritàriament, com acostumava a esdevenir-se abans, a partir de les exigències del vincle i dels rols socials, sinó a partir de les «relacions emocionals» d'un amb si mateix. Aquest canvi d'òptica *valoral* implica, a més, que els «estats d'ànim» del jo —la qüestió «com em trobo?»— i no pas la responsabilitat ètica constitueixen el criteri fonamental per a establir la quasi totalitat dels valors i de les preferències que tenen vigència en la nostra societat. Aquest estat de coses pot comprovar-se ben fàcilment a partir de la intensa i extensa «desafiliació» que experimenta la immensa majoria d'associacions del teixit polític, religiós i cultural de la nostra societat o, si es vol

l'«individualisme consumista» fins a l'«individualisme expressiu». No és necessari afegir que, en molts casos, totes dues formes d'individualisme posseeixen trets no sols diferents, sinó francament oposats. Sobre la problemàtica a l'entorn de l'individualisme, vegeu BELLAH *et al.*, *o.c.*, 189-216, i *passim*.

12. Cf. G. LIPOVETSKY, *El crepúsculo del deber. La ética indolora en los nuevos tiempos tecnocráticos*, Barcelona: Anagrama, 1994.

13. LIPOVETSKY, *o.c.*, 95. D'una manera una mica caricaturesca i simplificada, però no enterament injustificada, podria dir-se que, en els nostres dies, Jung s'ha imposat a Kant, l'emocional prima sobre l'ètic. Sobre les relacions de «l'emocional» amb «el religiós», cf. D. HERVIEU-LÉGER — F. CHAMPION (ed.), *De l'émotion en religion. Renouveaux et traditions*, París: Centurion, 1990.

expressar d'una altra manera: ha tingut lloc la quasi total desaparició de la «militància» com a clima polític, sindical, social, religiós i cultural dels nostres dies¹⁴. A més, el desencís polític i religiós també ha estat un factor important en l'origen de l'absentisme social de l'hora present, el qual, quasi com una espècie de resposta d'urgència, ha donat lloc a les variadíssimes i fugaces figures i avatars que, actualment, adopta la «cultura del jo». D'aquí que, amb fesomies i adaptacions culturals molt diferents (amb freqüència, fent ús de termes «orientals»), la recerca de la «vivència emocional» sigui una nota recurrent en la nostra societat.¹⁵ Amb

14. Resulta prou comprensible que com a reacció a l'actual situació de desafiliació apareguin grups i organitzacions basats en una rotunda i incondicional «hiperafiliació». Hem analitzat les dues situacions «desafiliació i hiperafiliació» en L. DUCH, «Els valors entre fonamentalisme i "nova era"»: ID., *La substància de l'efímer*, ja citat, 143-166. Amb unes indubtables arrels vuitcentistes, la idea de militància [i el militant] va constituir, a nivell polític, sindical i religiós, l'ànima ideològica dels anys seixanta i setanta del segle xx. Curiosament, aquest terme, en la pràctica, ha desaparegut de la vida quotidiana dels nostres dies. Des d'una perspectiva antropològica, la idea de militància suposava la indiscutible primacia «del sociològic» en la configuració de la societat. En l'actualitat, en canvi, «el psicològic» és el primordial i, aleshores, la militància [i el militant] apareixen com a quelcom estrany i antiquat, aliè a las preocupacions i interessos de l'individu el centre de referència del qual és la pregunta: «com em trobo?»

15. Per a portar a terme una anàlisi una mica exhaustiva de la societat actual caldria tenir en compte la significació que ara com ara té l'«Orient». En diferents moments històrics, l'ús (abús) que, en la nostra societat, s'ha fet [i es fa actualment] «de l'oriental» ha posat en relleu la crisi global, la incapacitat orientativa dels sistemes socials i la fractura de les transmissions. En aquests moments s'ha pretès canviar el signe *extrovertit* de la nostra cultura pel suposat tarannà *introvertit* de «l'oriental». Per això resulta comprensible que, en l'actualitat, els innombrables avatars «del psicològic» s'imposin sobre «el sociològic», és a dir, sobre la responsabilitat ètica (política). En relació amb aquest estat de coses, hem analitzat la situació de les transmissions en la nostra societat dins L. DUCH, *La educación y la crisis de la modernidad*, Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós, 2003 (2ª reimpr.).

tot, estic completament d'acord amb Manuel Fraijó, que escriu: «Personalment no crec que Europa pugui convertir-se, des del punt de vista religiós, en una espècie de sucursal oriental. Pesa molt la pròpia història monoteïsta. Ni de l'Índia, ni de cap altre lloc, no pot venir la “gran solució”. De l'Índia, i d'altres latituds, vindran, han vingut ja, impulsos, complementarietats, correcció d'unilateralitats. Però, a Europa, la solució haurà de ser europea. I, per tant, almenys culturalment, monoteïsta i, prevalentment, cristiana. “Ser enterament no cristians –va escriure Kolakowski– significaria no pertànyer a aquesta cultura”»¹⁶.

Qualsevol anàlisi realista de la societat actual ha de considerar amb molta atenció els canvis profunds que, en aquests darrers decennis, s'han introduït en la comprensió i la vivència de l'*espai* i del *temps*. És quelcom d'indiscutible que la qualitat de l'*espai* i del *temps* propis de l'ésser humà concret –l'*espai* i el *temps antropològics*, segons la denominació de Maurice Merleau-Ponty– incideix directament sobre allò que, aquí i ara, és, pensa, fa i sent realment. No podem entrar en aquesta qüestió que, des de qualsevol perspectiva antropològica, posseeix una importància decisiva¹⁷. Tan sols ens permetem d'assenyalar que l'augment de la *velocitat* –la «sobreacceleració» del *temps* i la «banalització» de l'*espai*–, que ha experimentat la vida social i cultural en el seu conjunt, ha tingut com a conseqüència que, d'una banda, la *provisionalitat* sigui el valor central del moment present i, de l'altra, la «cultura del jo» (narcisisme) sigui per a molts l'únic valor ferm i indiscutible¹⁸. Augment de la *velocitat*

16. M. FRAIJÓ, «¿Religión sin Dios en suelo monoteísta?»: AA. VV., *Pensar la Religión*, Madrid: Fundación Juan March, 2000, 89.

17. Ens hi hem referit amb una certa extensió en L. DUCH, *Llums i ombres de la ciutat. Antropologia de la vida quotidiana* 3, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2000, 287-382; Id., «Cultura i societat tecnològica: l'Espai i el Temps», ja citat, *passim*.

18. Sobre la cinètica de la societat actual, vegeu P. SLOTERDIJK,

que, indubtablement, incideix en la fesomia característica de les patologies modernes, perquè, en última instància, les malalties, d'una manera o altra, sempre són malalties *del* temps i *en* el temps, *de* l'espai i *en* l'espai.

3. La religió en l'actualitat

Abans de procedir a exposar breument l'enunciat que ens ocupa, hem d'insistir en el fet que la religió és una magnitud summament complexa, que pot ser abordada des de perspectives molt diverses, que es refereix a àmbits molt diferenciats de l'ésser humà (el cultural, el psicològic, l'econòmic, el sociològic, el femení, el masculí, etc.). Per això és prou evident que qualsevol aproximació als fenòmens religiosos serà sempre unilateral i hi intervindrà de forma decisiva allò que en altres ocasions hem designat amb la expressió «factor biogràfic»¹⁹. Crec que és una obvietat, encara que en aquest context no ens sigui pas possible d'endinsar-nos en l'àmplia problemàtica que suscita, que, en la cultura occidental dels nostres dies, la *religió com a problema* és una temàtica posterior a la de *Déu com a problema*²⁰. Aquest «gir», que té diverses fases i intensitats en la història de la nostra cultura, creiem que determina d'una manera o altra tot allò que es pot pensar i dir sobre les relacions de la salut/malaltia amb la religió.

En efecte, en relació amb la complexa problemàtica a l'entorn de les relacions de la salut/malaltia amb la religió, tan sols ens permetem d'indicar que, de la mateixa manera

Eurotaóismo. Aportaciones a la crítica de la cinética política, Barcelona: Seix Barral, 2001, esp. 19-63 («L'era moderna com a mobilització»), en referència al *Mobilmachung* d'Ernst Jünger.

19. Vegeu DUCH, *Mito, interpretación y cultura*, ja citat, 25-29.

20. El següent aforisme de Cioran subratlla pertinentment el que volem dir: «Mentre més s'allunyen els homes de Déu, més avancen en el coneixement de les religions.»

que s'esdevé amb la raó i la història, també la religió experimenta en l'actualitat un canvi de valoració bastant significatiu que contrasta vivament amb el que va rebre per part del pensament il·lustrat i postil·lustrat ²¹. No hi ha dubte que Émile Durkheim tenia raó quan afirmava que les religions tendien més aviat a les modificacions que a la desaparició. No és aquest el lloc oportú per a exposar amb detall per què, vistes les coses antropològicament, la religió mai no pot desaparèixer definitivament de l'horitzó humà ²². O si es vol expressar d'una altra manera: l'ésser humà *sempre* serà un possible *homo religiosus*. Recentment, Clifford Geertz ho ha expressat amb contundència: «El món no es regeix solament per les creences. Però gairebé no funciona sense elles» ²³. No fa pas gaire, Rafael Díaz-Salazar escrivia que «en l'Occident podem afirmar, a la llum de les dades empíriques disponibles, que existeix una persistència de la religió. La religió no desapareix, la societat no es dessacralitza, la religiositat no és quelcom marginal i irrellevant. Al contrari, d'allò del qual sí que es pot parlar és

21. Ens hem ocupat d'aquesta problemàtica en alguns treballs anteriors. Vegeu, per exemple, L. DUCH, *Reflexions sobre el futur del Cristianisme*, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 1997; ID., *Antropología de la religión*, Barcelona: Herder, 2001; ID., *Armes espirituals i materials: Religió. Antropologia de la vida quotidiana* 4, 1, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2001; ID., *Sinfonía inacabada. La situación de la tradición cristiana*, Madrid: Caparrós, 2003.

22. Hauria de tenir-se molt en compte que una cosa és la «religió reprimida» i una altra de ben diferent la «religió suprimida». Amb freqüència s'ha donat per descomptat que la religió (la qual cosa, en el fons, significa exclusivament una articulació cultural concreta del religiós) havia desaparegut de l'horitzó humà, quan, en realitat, sols es tracta d'una manca d'incidència i de capacitat orientativa d'unes determinades formes religioses. Convé, per tant, distingir finament allò reprimint d'allò suprimint.

23. C. GEERTZ, *Reflexiones antropológicas sobre temas filosóficos*, Barcelona-Buenos Aires-México: Paidós, 2002, 154.

d'una absoluta fractura de la cultura atea i cientifista com a cultura de masses»²⁴.

Caldria no oblidar que les previsions sobre el futur de la religió que havia formulat allò que per comoditat podríem designar amb la expressió «crítica clàssica» de la religió (Marx, Feuerbach, Stirner), no s'han realitzat o, almenys, no s'han realitzat de la manera prevista²⁵. En qualsevol cas, però, és innegable que, almenys en el món occidental i, més concretament encara, en la vella Europa, les religions constituïdes –o, potser, fóra més adequat de referir-se als

24. R. DÍAZ-SALAZAR, «La religión vacía. Un análisis de la transición religiosa en Occidente»: R. DÍAZ-SALAZAR – S. GINER – F. VELASCO (ed.), *Formas modernas de religión*, Madrid: Alianza, 1994, 106-107. En el seu moment, l'estudi de H. LÜBBE, *Religion nach der Aufklärung*, Graz-Viena-Köln: Styria, 1986, va constituir una fita important en la revaloració de la religió després de les pretensions destructives de la crítica de la religió per part dels «pensadors de la sospita». Des d'una perspectiva sociològica, una anàlisi més actualitzada i innovadora de la persistència del religiós l'ofereix D. LYON, *Jesús en Disneylandia. La religión en la posmodernidad*, Madrid: Cátedra, 2000. Des d'una perspectiva més crítica i, al mateix temps, més històrica, vegeu el llibre de D. DUBUISSON, *L'Occident et la religion. Mythes, science et idéologie*, Bruxelles: Éditions Complexe, 1998. J.-L. VIEILLARD-BARON, *La religion de la cité*, Paris: Presses Universitaires de France, 2001, presenta una aproximació filosòfica extraordinàriament interessant a la persistència de la religió. Creiem que l'estudi de Vieillard-Baron, un dels millors especialistes europeus en filosofia de la religió, ofereix alguns punts de vista d'un enorme interès per als qui desitgin comprendre les diferents formes d'arrelament del religiós en l'ésser humà i, per això mateix, la seva insuperabilitat.

25. Aquesta afirmació de cap manera no qüestiona els efectes positius més que no pas negatius que ha tingut la crítica clàssica de la religió en els sistemes religiosos constituïts. Aquí caldria considerar extensament la qüestió del retorn de la religió o, potser millor, del religiós. És possible que, en realitat, no es tracti d'un «retorn», sinó d'una identificació d'allò que, per raons molt diverses, es trobava difús, quasi de contraban. De la religió pot dir-se el mateix que Ernst Cassirer diu del mite: «El coneixement no domina el mite, sinó que es limita a desterrar-lo més enllà de les seves fronteres». Allò que Cassirer afirma del coneixement pot afirmar-se també de la raó.

«sistemes religiosos» vigents— no sembla que, en el moment present, gaudeixin d'una salut molt esponerosa, sinó que, més aviat, donen mostres d'un cert esgotament doctrinal, litúrgic, jurídic i cultural, posant en relleu amb freqüència una manca d'incidència real en amplis segments de la població de totes les edats, sexe i condició²⁶. Tal com ja va exposar fa una pila d'anys Alfred Schütz, en les societats occidentals, els actuals sistemes religiosos, de la mateixa manera que els altres sistemes socials, pateixen les penoses conseqüències de la *fractura de la confiança*, que és la base ferma i imprescindible per a l'exercici de l'autoritat (*augeo, auctoritas, auctor*); exercici que, evidentment, no pot ni deu confondre's amb la simple conquesta i administració del poder (*potestas*)²⁷.

Tradicionalment, les religions han operat contemporàniament en dues esferes o dos pols ben diferents de l'existència humana. La primera, de caràcter *públic*, social, ha estat la més important en determinades èpoques històriques, especialment quan la religió portava a terme funcions de consolidació social, de legitimació políticoreligiosa i d'administració dels simbolismes compartits pels membres d'una determinada societat²⁸. A Europa, sobretot a partir del segle XVIII, sovint, les esglésies van haver d'exercir

26. No ha d'oblidar-se l'advertència de George Steiner, segons la qual els «recursos verbals» de la cultura occidental s'havien esgotat. En l'Occident, sobretot en les velles cristiandats europees, l'articulació de la religió *també* es troba en una situació d'esgotament i de pèrdua de capacitat orientativa.

27. Sobre el pensament d'Alfred Schütz en relació directa amb aquesta temàtica, vegeu DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 108-109, 142-143, 262-268.

28. En aquestes societats (premodernes), al marge de les creences dels individus, Déu i la religió posseïen un «lloc social» reconegut com a font de legitimació no sols religiosa, sinó, pròpiament, políticoreligiosa. Convé recordar que en aquelles societats qualsevol decisió de caràcter polític tenia un abast religiós, i qualsevol decisió de tipus religiós tenia conseqüències polítiques.

(o van intentar exercir) el poder que antany havia estat a la seva disposició en dura concurrència i competència amb l'Estat liberal que, molt sovint, va imposar-se la tasca de monopolitzar-lo –incloent també en aquesta competició el poder sobre les consciències²⁹. La segona esfera de la religió, en canvi, és més aviat de caràcter *individual*, i es refereix directament a un especial «estat de consciència» de la persona humana (Simmel), gairebé completament al marge de la situació social i política del seu moment històric precís³⁰. Evidentment, sempre, d'una manera o altra, aquests dos pols de la religió han aparegut units i estretament coimplicats, mantenint unes relacions –més aviat hauria de parlar-se de tensions en forma, per exemple, de «eleccions diferents» (*airesis*, heretgia)– que, amb una relativa freqüència, han desencadenat conflictes entre persones que pensaven i actuaven de manera diferent; conflictes que no exclouen nombroses situacions de cruel violència³¹. Amb tot, és innegable que, en la diversitat d'espais i de temps, el fet que s'hagi accentuat més intensament una esfera o l'altra constitueix una dada molt significativa no sols per a fer-se càrrec de l'estat de la religió en un moment històric determinat, sinó també del de la societat en el seu conjunt.

29. Sobre aquesta problemàtica que inclou també la qüestió de la secularització com a fenomen històric, que consisteix en el canvi de propietari del poder incondicional (religiós), que passa (o es pretén que passi) de les mans de l'Església a les de l'Estat, vegeu DUCH, *Sinfonia inacabada*, ja citat, 2ª part. L'eslògan «l'Església a la sagristia» expressa molt bé aquest nou estat de coses.

30. Vegeu, per exemple, G. SIMMEL, «Contribuciones para una epistemología de la religión» [1902]: ID., *El individuo y la libertad. Ensayos de crítica de la cultura*, Barcelona: Península, 2001, 213-229.

31. Creiem que ací s'aplica sense restriccions allò que indicàvem en un altre estudi sobre la insuperable condició logomítica de l'ésser humà (vegeu DUCH, *Mito, interpretación y cultura*, ja citat, 456-502; ID., «El context actual del mite»: ID., *La substància de l'efímer*, ja citat, 11-44).

És una evidència innegable que, actualment, el primer pol de la religió que hem assenyalat (el sociopolític), amb l'excepció de les reaccions de caràcter fonamentalista, es troba immers en una situació de profunda precarietat, indiferència i irrellevància creixent. Pot observar-se que, a més de les conseqüències no sempre positives que es desprenen de la seva pròpia història, els sistemes religiosos, especialment a Europa, comparteixen també els efectes de l'actual crisi que, en l'hora present, afecta de manera molt aguda el conjunt dels sistemes socials. En efecte, la galopant «desafiliació» que experimenten les religions occidentals no és un fenomen aïllat, que tingui lloc exclusivament en l'esfera «religiosa», sinó que una gran majoria d'institucions de caràcter molt divers (polític, familiar, sindical, cultural, esportiu, etc.) també sofreix els efectes de la crítica situació dels processos d'institucionalització. El fenomen paral·lel de la «hiperafiliació», d'altra banda, no deixa de ser una forma de resposta, sovint en termes quasi patològics, a la fractura de les seguretats i de l'orientació que antany oferien els sistemes socials i, d'una manera molt especial, el religiós³². Per tot això resulta comprensible la proliferació de grups molt diversificats que, amb mitjans i fins i tot amb configuracions ideològiques molt diferents, cerquen amb deler tant la reconstitució de mecanismes idonis per a assolir la seguretat psíquica i social com la presència de líders «infal·libles i carismàtics» que, en altre temps, per mediació d'una forma o altra de «institució total» (Goffman), es creu que van oferir, davant les incerteses, enigmes i reptes de l'existència humana, seguretat, ordre i salvació. En aquests grups, explícitament o implícitament, acostuma a propugnar-se una nova vertebració harmoniosa del religiós i del polític, que es

32. Sobre els actuals processos de desafiliació i d'hiperafiliació, vegeu L. DUCH, «Nous subjectes d'alliberament»: ID., *De Jerusalem a Jericó. Al·legat per a unes relacions fraternals*, Barcelona: Claret, 1994, 57-71.

considera que podria ser l'antídoto eficaç per a fer front al caos que, segons ells, amenaça amb dissoldre enterament la societat i totes les seves creacions³³.

D'una manera molt simplificada, podria dir-se que, almenys fins a finals dels anys vuitanta del segle xx, va tendir-se a identificar la progressiva pèrdua de rellevància social de la religió amb el seu desmantellament definitiu i, en alguns casos, fins i tot amb la definitiva desaparició de la capacitat (i de la necessitat) religiosa de l'ésser humà. De manera bastant generalitzada, es confonia una dada de tipus *històric*, social, polític i institucional (les diferents formes de presència adoptades per la religió en la vida quotidiana com a *tal* «sistema social» concret) amb una dada de tipus *estructural* (la constatació que la *contingència* sempre constitueix l'«estat natural», omnipresent i insuperable, de l'ésser humà). Durant molt de temps –evidentment, amb les excepcions de rigor– s'ha intentat de fer coincidir la innegable pèrdua de rellevància social (i política) de la institució eclesiàstica amb la defunció inapel·lable de la mateixa possibilitat religiosa de l'ésser humà,

33. Hem fet una aproximació a aquesta problemàtica en L. DUCH, *Armes espirituals i materials: Política. Antropologia de la vida quotidiana* 4, 1, Montserrat: Publicacions de l'Abadia de Montserrat, 2001, *passim*. Ens sembla prou evident que l'acceptació que actualment troba en alguns cercles el pensament polític-religiós de Carl Schmitt, com a «pensador de la crisi» que és, es deu a les «seguretats» que ofereix a partir de la seva concepció, altament deshumanitzadora, de la sobirania i de la seva relació polític-religiosa clau: l'esquema «amic-enemic». En el volum suara esmentat, portem a terme una anàlisi del perillós pensament polític-teològic schmittià. Vegeu, a més, J. MANEMANN, *Carl Schmitt und die Politische Theologie*. Politischer Anti-Monothismus, Münster/W.: Aschendorff, 2002. Des d'una perspectiva bastant diferent, D. JOHNSTON i C. SAMPSON han editat una sèrie d'estudis (*Religion, the Missing Dimension of Statecraft*. Foreword of Jimmy Carter, New York-Oxford: Oxford University Press, 1994), que, a partir de situacions històriques molt diferents, replantegen, amb un innegable ímpetu restauracionista, la necessitat de la col·laboració del religiós i del polític.

la qual cosa significava que s'equiparava una realitat de naturalesa estructural amb les articulacions històrico-culturals que «el religiós en les religions», per emprar una expressió de Schleiermacher, ha adoptat en la varietat d'espais i de temps. Però, mentre l'ésser humà sigui algú insuperablement *contingent* (i ací fóra molt oportú d'estendre's amplament sobre la problemàtica entorn de la contingència)³⁴, la seva «possibilitat religiosa» mai no podrà excloure's del tot, mai no podrà ser definitivament superada, mai no arribarà a extingir-se mitjançant un discurs o una praxi històrico-cultural concrets; sempre serà, en la varietat d'espais i de temps, una possibilitat estructural inherent a la mateixa condició humana com a tal.

En els inicis del segle XXI, no pot dubtar-se que s'està procedint a una reconfiguració del «camp religiós»³⁵. Això

34. Sobre la qüestió de la contingència, vegeu l'ampli estudi de LÜBBE, *Religion nach der Aufklärung*, ja citat, *passim*, i DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 290-294.

35. Vegeu sobre el particular les excel·lents i agudes anàlisis de D. HERVIEU-LÉGER, *La Religion pour Mémoire*, Paris: Cerf, 1993. Creiem que el llibre de M. GAUCHET, *Le désenchantement du monde. Une histoire politique de la religion*, Paris: Gallimard, 1985, amb l'àmplia polèmica que va desencadenar a partir del supòsit del cristianisme com a «religió de la sortida de la religió», constitueix, *des d'una perspectiva político-cultural*, un diagnòstic interessant de la situació religiosa de la modernitat amb el consegüent «desencantament del món» (*Entzauberung der Welt*), d'acord amb els termes de Max Weber, que comporta. Amb tot, com ja hem apuntat amb anterioritat, la religió és un fenomen complex, susceptible de ser analitzat i interpretat des de múltiples perspectives, la qual cosa significa que la crítica de Gauchet (que també és aplicable en el moment actual al *polític*), pel fet de ser quasi exclusivament de caràcter político-cultural, ofereix alguna versemblança la «sortida de la religió» en termes polítics, però de cap manera no invalida l'«entrada de la religió» (o, si voleu, la seva primacia) en un altre o uns altres àmbits de l'existència humana. En aquest sentit, les obres ja clàssiques de Georg Simmel i d'Henri Bergson ofereixen punts de vista molt valuosos i *actuals*. En un petit llibre posterior, M. GAUCHET, *La religion dans la démocratie. Parcours de la laïcité*, Paris: Gallimard, 1998, sense abandonar la posició presa en la seva primera obra, afina, com qui diu, més els trets, ja que

no és, en termes absoluts, cap novetat: en moltes altres èpoques històriques, a causa de canvis profunds en el teixit social i polític, com a conseqüència de noves «visions del món», a partir de noves possibilitats expressives, etc., la religió (sempre es tracta d'«una» religió concreta) s'ha vist obligada a contextualitzar-se de nou, a col·locar-se adequadament, d'una manera històrica i cultural, en el temps i en l'espai de l'hora present, a orientar (o a intentar-ho almenys) els éssers humans pels nous camins que s'obrien al seu davant, etc. Actualment, almenys a l'Occident, en els universos religiosos sembla percebre's una nova situació, a causa, com ja he esmentat anteriorment, de la pèrdua de presència pública, social i política de les antigues confessions cristianes; pèrdua que té com a contrapartida l'accentuació cada vegada més intensa i extensa de l'esfera individual –l'anomenada «religió a la carta», per emprar una expressió de Peter L. Berger. Cada vegada més, la religió abandona –amb freqüència, s'ha vist forçada a abandonar– la funció de regulador social, que es trobava directament implicada en el manteniment de la identitat col·lectiva, i fins i tot en molts casos, de l'«ordre públic», que exercia, per tant, la funció de poderós reforçament del vincle social. En aquest sentit i en referència directa a la situació religiosa d'Europa, resulta altament significativa la progressiva dissolució d'aquelles confessions cristianes («el propi» del catolicisme, del luteranisme, del calvinisme, etc., és a dir, del «principi catòlic» o del «principi protestant»)³⁶ que, a partir del segle

se centra en l'espinesa qüestió de les relacions del religiós i del polític en una situació de democràcia. D'aquesta manera, Gauchet torna a plantejar la problemàtica, tan francesa, de la *laïcitat*. Per continuar aquesta exposició, hauríem de referir-nos a la problemàtica entorn de la «religió civil», però això és quelcom que es troba al marge dels objectius d'aquest petit estudi.

36. Vegeu L. DUCH, «Catolicismo» i «Protestantismo»: C. FLORISTÁN – J. J. TAMAYO (ed.), *Conceptos fundamentales del Cristianismo*, Madrid: Trotta, 1993, 164-173, 1085-1094, respectivament.

xvi fins a, pràcticament, la finalització de la Primera Guerra Mundial (1918), han influït decisivament –per acció o per reacció– en tots els àmbits de la vida dels europeus.³⁷

Després d'haver posat en relleu, d'una banda, la precarietat actual de la religió com a factor social i polític i, de l'altra, la força creixent dels aspectes experiencials, intimistes, amb matisos, sovint, clarament terapèutics de les noves religiositats (aquí seria molt convenient de referir-se a la incessant acció dels individualismes en la cultura occidental moderna), s'imposa no perdre de vista una evidència antropològica bàsica. En efecte, l'ésser humà és, al mateix temps i de forma indiscernible, interioritat i exterioritat. Això significa que, per expressar-ho d'una manera teològica molt clàssica en la nostra cultura, l'«església invisible» (la religió en els seus aspectes d'interioritat, conscienciació, experiència, etc.) no pot existir sense una forma o altra d'«església visible» (la religió com a diversitat de processos d'institucionalització, de proposicions dogmàtiques i ètiques, de litúrgies, etc.). No hi ha, no pot haver-hi, esoterisme sense exoterisme. Sí que, amb una certa freqüència, es dona la situació inversa. Creiem que, d'una manera o altra, aquesta realitat antropològica s'imposarà en la redefinició i la

37. La «desconfessionalització» que s'experimenta actualment a Europa, sobretot, com és prou comprensible, en els països que van sofrir les divisions confessionals, significa, de fet, una nova etapa en la història religiosa i cultural d'Europa. El fet que Europa deixés de ser el centre religiós, polític i cultural del món fou percebut molt clarament per un bon nombre de pensadors i d'artistes (Nietzsche, Hofmannsthal, Rilke, Mahler, Schnitzler, Kafka, Musil, Unamuno, Kraus, Roth, Schönberg, Klimt, etc.), que van veure en el desenllaç de la Primera Guerra Mundial el *finis Europae* i de la seva religió (cf. C. MAGRIS, *El anillo de Clarisse. Tradición y nihilismo en la literatura moderna*, Barcelona: Península, 1993; Id., *Lejos de dónde. Joseph Roth y la tradición hebraico-oriental*, Pamplona: EUNSA, 2002; J. LE RIDER, *Modernité viennoise et crises de l'identité*, Paris: Presses Universitaires de France, 2000; C. E. SCHORSKE, *Pensar amb la història. Ensayos sobre la transición a la modernidad*, Madrid: Taurus, 2001).

recol·locació del religiós en les societats humanes del segle XXI, perquè, en el fons, respondre a allò que, en la varietat d'espai i de temps, han estat —i són— la dona o l'home concrets: éssers finits, sotmesos incessantment a les insuperables determinacions de la contingència, però, també incessantment, amb desigs i anhels infinits. Com deia Gaston Bachelard, «l'home no és un fruit de la necessitat, sinó del disseny». De tota manera, l'antiga configuració de la religió, amb la qual es mostren tan encantats nombrosos líders religiosos de l'hora actual, no sembla pas que pugui arribar a imposar-se malgrat la inquietant presència, en l'àmbit polític, religiós, econòmic i cultural, de fortes tendències fonamentalitzadores. Mai no hauria d'oblidar-se que, tant en l'antiguitat com en el moment present, tota religió sempre té apetències polítiques (control de l'«ordre públic») i tota política mai no deixa de posseir, dissimulats o no, anhels de poder religiós (control de les «consciències»).

Serà l'existència humana concreta, allò que Heinrich Rombach designa amb l'expressió d'«home situat» (que va situant-se), el factor decisiu per a la configuració de la religió en el segle que acabem d'iniciar, perquè, en realitat, la possibilitat religiosa de l'ésser humà, que és universal en termes estructurals, sempre es manifesta, quan es manifesta, com a conseqüència dels interrogants que, en cada aquí i ara concrets, es plantegen els humans³⁸. O, si voleu i per emprar una expressió de Hermann Lübbe, «la religió és una praxi de dominació de la contingència». De la contingència com a «estat natural» de l'ésser humà que, a nivell individual i col·lectiu, s'articula sempre de nou d'acord amb les canviants situacions a què ha de fer front i respondre-hi. Com a resposta a la caotització que imposen les malalties modernes —potser fóra més apropiat de referir-se a l'«atmosfera malaltissa» pròpia del nostre temps—, la religió, sobretot a

38. Vegeu H. ROMBACH, *Strukturanthropologie*. «Der menschliche Mensch», Freiburg-München: Karl Alber, 1987, esp. 288-297.

partir de la primacia atorgada en l'actualitat al seu pol experiencial i individual, continuarà essent –tal vegada amb un ímpetu més gran que en altre temps– una «praxi de dominació de la contingència». Si es vol expressar d'una altra manera: en l'actualitat, els components terapèutics (soteriològics) de la religió –d'una manera o altra, sempre presents i actius en tots els universos religiosos– són molt més importants que els elements de caràcter dogmàtic o moral³⁹.

4. Salut i malaltia

Ja ens hem referit molt esquemàticament a la funció psicològica i social de les teràpies en la societat actual. També hem al·ludit a la situació de la religió en el moment present. Un moment present, convé afegir, caracteritzat per l'aguda crisi de la raó i de la història, tal com aquestes dues realitats havien estat compreses per la Il·lustració i la seva herència. Ara hem d'exposar alguns aspectes de la salut/malaltia en els nostres dies.

És prou evident que en el moment present la preocupació per la salut posseeix unes característiques molt concretes, que amb relativa freqüència són un eco més o menys pròxim de les patologies que imperen en el nostre entorn laboral, polític, social i religiós⁴⁰. En 1932, H.E. Sigerist manifestava que «la medicina es trobava estretament vinculada amb el conjunt de la cultura. Totes les transformacions en les concepcions mèdiques estan condicionades per les trans-

39. Sobre la capacitat terapèutica reivindicada per una gran majoria de moviments religiosos actuals, vegeu, en relació amb algunes esglésies cristianes dels Estats Units, MILLER, *Reiventing American Protestantism*, ja citat, esp. 88-89, 102-107. Des de l'òptica de les anomenades «religions de guarició», vegeu el breu article de R. DERICQUEBOURG, «Les religions de guérison», ja citat.

40. Sobre el que segueix, vegeu DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 317-320.

formacions imposades per les idees que imperen en cada època»⁴¹. Per la seva banda, Pedro Laín Entralgo assenyala que «l'home del Renaixement no va sentir la malaltia com l'home romà, i el burgès no la sent com l'asceta del desert»⁴². David B. Morris, en relació amb la idea de salut, ha indicat que «la psique del pacient –de tot pacient– és inseparable de les forces socials i dels sistemes simbòlics que constitueixen la cultura humana, de tal manera que el jo (*selfhood*), de la mateixa manera que la malaltia, és una construcció biocultural [...]. L'experiència personal de la malaltia sempre es troba mediatitzada per forces culturals»⁴³. Des d'una altra perspectiva, Fritjof Capra ha posat en relleu que «qualsevol sistema d'assistència sanitària, incloent-hi la medicina occidental moderna, és un producte de la seva pròpia història i existeix a l'interior d'un determinat context ambiental i cultural»⁴⁴. O, com indicava Ernst Bloch, ni la salut ni la malaltia no són exclusivament conceptes mèdics, sinó que primordialment són concepcions socials.

En el moment actual, la salut/malaltia també expressa els aspectes més rellevants de la vida quotidiana i la multiplicitat de relacions que hi mantenen els éssers humans. «Salut» i «malaltia» –amb l'enorme «flexibilitat semàntica» que les caracteritza– han estat, són i seran no tan sols formes globals amb el concurs de les quals s'expressen aspectes importants

41. H. E. SIGERIST, cit. M. TUBIANA, *Histoire de la pensée médicale*, París: Flammarion, 1995, 9.

42. P. LAÍN ENTRALGO, *Ocio y trabajo*, Madrid: Revista de Occidente, 1960, 118.

43. MORRIS, *Illness and Culture*, ja citat, 75. El cos humà, de la mateixa manera que la salut i la malaltia, també és una construcció simbòlic-cultural. El tema de la salut/malaltia, per tant, resulta inseparable de la problemàtica del cos (vegeu D. LE BRETON, *Anthropologie du corps et modernité*, París: Presses Universitaires de France, 41998; DUCH – MÈLICH, *Escenaris de la corporeïtat*, ja citat).

44. F. CAPRA, *El punto crucial. Ciencia, sociedad y cultura naciente*, Barcelona: Integral, 1985, 357.

de l'existència humana, sinó que també permeten que l'ésser humà prengui possessió del seu món i hi descobreixi, respectivament, el seu sentit o bé, per contra, la seva manca de sentit i de transparència. Per això pot afirmar-se que salut i malaltia, presents i actuant com a «germanes enemigues» en el si dels individus i de les societats, són les sigles que resumeixen la «visió del món» de cada època històrica: la malaltia expressa el fracàs, la desestructuració, les tendències caotitzants que, incessantment, fan acte de presència en el teixit social i psicològic dels humans; també pot ser considerada com el «costat nocturn» de la vida (S. Sontag). En canvi, la salut –terme molt proper a *salvació*– indica el sentit de la vida, el triomf –ni que sigui provisional– sobre les diverses formes de la negativitat⁴⁵. La salut –en el món premodern, equiparada freqüentment a la «salvació»– significa el triomf del cosmos sobre el caos, la victòria de l'afirmació de la vida sobre totes les formes de la negativitat⁴⁶. Sovint, la salut ha estat considerada com un tot complet –això és el que indica el terme àrab *salam*–, que es refereix al fet de trobar-se bé i reconciliat en tots els aspectes de l'existència: quasi podria dir-se que la salut és un estat de plenitud que s'havia aconseguit malgrat la conflictivitat i la precarietat inherents a la condició humana com a tal. En el pensament premodern –i també en nombroses formes del «new age» actual–, l'organisme humà saludable era el que es trobava en íntima correspondència amb l'ordre còsmic i amb les lleis que el

45. Sobre l'abast filològic del terme «salut» i el seu parentiu amb altres termes com, per exemple, «salvació», «sagrat» o «sant», vegeu TERRIN, «Salute e salvezza», ja citat, 146-148.

46. Vegeu P. TILICH, «Die Bedeutung der Gesundheit», ja citat, 295-296. Ha de recordar-se que els medievals veien en la malaltia un senyal evident de la creaturitat de l'ésser humà, la qual, molt sovint, es posava en relació amb la culpa. Sobre la identificació entre «salut» i «salvació», vegeu LAPLANTINE, *Antropologia de la malaltia*, ja citat, 391-396.

regulaven⁴⁷. Per això la malaltia no sols era la ruptura d'aquestes correspondències còsmiques («macrocosmos - microcosmos»), sinó que, a més, significava una profunda crisi de la identitat «normal» de l'individu que, d'aquesta manera, separant-se de les regularitats còsmiques, s'introduïa de ple en el caos, en l'anomia, en l'àmbit «amorf» (sense *morphé*, sense forma) de l'indistint i sense rostre⁴⁸. En definitiva, en nombroses cultures de l'Orient i de l'Occident, la malaltia es considera com l'exemple màxim de desordre còsmic i de manca d'harmonia espiritual, mentre que la salut/salvació constitueix l'expressió suprema de la recuperació de l'harmonia i d'una l'existència humana viscuda d'acord amb les lleis còsmiques⁴⁹.

Segons la interpretació del pensament mèdic de Paracels que ofereix Heinrich Schipperges, «la salut no és una ordenació natural, sinó una realització humana; encara millor: la possibilitat de conduir el cos a una esfera més elevada que la que és pròpia de la seva complexió congènita, amb la finalitat d'assolir, més enllà d'allò que és corporal, allò que és invisible i incorporeal»⁵⁰. En la tradició llatina, la salut és l'exacte equivalent de la *integritas*, que és un terme que Paracels tradueix a l'alemany amb l'expressió «Gesund und Gänze» (saludable i complet) i que, en la tradició grega, s'expressava mitjançant del terme *holon* (el tot). Segons l'opinió de Paul Tillich, una «ungesunde Gesundheit» (salut

47. Vegeu sobre el particular el notable estudi de W. J. HANEGRAAFF, *New Age Religion and Western Culture. Esoterism in the Mirror of Secular Thought*, Leiden-New York: E. J. Brill, 1996.

48. Vegeu TERRIN, *o.c.*, 148-156. Ha de tenir-se present que, tant per a la mentalitat premoderna com per als partidaris d'una forma o altra de «retorn a la natura», el cosmos institueix el model exemplar per excel·lència per a tota mena d'actuacions i de relacions.

49. Vegeu TERRIN, *o.c.*, 161-171.

50. H. SCHIPPERGES, *Paracelsus heute. Seine Bedeutung für unsere Zeit*, Frankfurt a. M.: Josef Knecht, 1994, 70; cf., a més, TERRIN, *o.c.*, 178-181.

no saludable) és aquella «salut» que no té prou en compte que *totes* les dimensions de l'existència humana (físiques, psíquiques i espirituals) es troben coimplicades i són actives en l'autèntica salut⁵¹. La «salut no saludable» té com a premissa una comprensió fragmentada i unilateral de l'ésser humà: no el considera, per tant, com una *coincidentia oppositorum*, sinó com el conjunt dispers de peces d'un «mecano» que pot descompondre's i recompondre's a voluntat.

No pot oblidar-se que, en totes les àrees culturals i en la varietat de situacions humanes, l'home gairebé sempre s'ha mostrat molt conscient de la immensa fragilitat i precarietat inherents a la condició humana com a tal. Per això, des que hi ha éssers humans sobre aquesta terra, la reflexió i les praxis a l'entorn de la salut i de la malaltia s'han situat en el centre existencial de les diferents cultures humanes. Com les altres activitats humanes, aquesta reflexió i aquestes praxis han consistit en actuacions concretes del «treball del símbol», que és coextensiu a l'«ofici d'home o de dona». En tots els temps i circumstàncies, l'expressió simbòlica de la salut i la malaltia ha constituït un dels aspectes més importants de la capacitat simbòlica dels humans, justament perquè el símbol posa en relleu que l'ésser humà constitueix una estranya combinació de limitació estructural i de desig també estructural per traspassar els límits imposats per la seva pròpia finitud i historicitat⁵².

Amb anterioritat ja hem indicar que, en tots els àmbits culturals, les malalties són «productes» del temps i en el temps, de l'espai i en l'espai de l'ésser humà concret. La salut, la malaltia i també la religió són exponents d'allò que en uns altres contextos hem denominat «condició adverbial» de

51. Cf. TILICH, «Die Bedeutung der Gesundheit», ja citat, 295.

52. Sobre la simbolització de la salut i de la malaltia, vegeu L. DUCH, «Símbol, Salut, Mal»: ID., *La substància de l'efímer*, ja citat, esp. 89-100.

l'ésser humà⁵³. Per això les patologies característiques de cada època històrica posseeixen, al mateix temps, la signatura específica que es desprèn directament d'ella i la situació relacional que ocupen en el seu interior l'home o la dona concrets⁵⁴. No podem considerar aquí les patologies del «cos postmodern» com són, per exemple, l'anorèxia, la vigorèxia, la sida, la depressió, el càncer de pulmó, etc.⁵⁵ En aquest context, creiem que és suficient reiterar la correlació que existeix entre la qualitat de l'espàcio-temporalitat d'un moment històric determinat i les malalties que el caracteritzen.

5. Salut/malaltia i religió

La proximitat –en alguns casos, pot parlar-se fins i tot de coincidència– entre medicina i religió que, en el món antic, va manifestar-se de tantes i tantes maneres, té com a fonament el fet que ambdues són –o almenys així van ser percebudes– «praxis de dominació de la contingència». Totes dues posen en relleu que l'home és un «esperit encarnat» la precarietat del qual ve donada pel fet que sols disposa d'una determinada «quantitat» d'espai i de temps. En el fons, en totes les etapes de la història de la humanitat, religió i me-

53. Vegeu DUCH, *Llums i ombres de la ciutat*, ja citat, *passim*.

54. És una dada summament important l'aproximació literària a la malaltia, la qual posa en relleu, a partir de la sensibilitat pròpia de novel·listes i poetes, alguns aspectes molt rellevants de determinades malalties en connexió directa amb la realitat religiosa, social i política que existia en el moment de la seva aparició. A partir de les obres d'una sèrie de novel·listes importants (Proust, Thomas Mann, Mansfield, Céline, etc.), LAPLANTINE, *Antropología de la malaltia*, ja citat, esp. 167-180 («Malaltia, novel·la i societat en el segle XX»), realitza unes interessants anàlisis de la malaltia com a «producte» psico-sòcio-cultural.

55. En el nostre estudi *Escenaris de la corporeïtat*, ja citat, cap. VII, hem fet una extensa exposició sobre aquesta qüestió. Vegeu, a més, MORRIS, *Illness and Culture in the Postmodern Age*, ja citat, *passim*.

dicina s'han edificat sobre l'experiència quotidiana que els humans, fos quina fos la seva condició, fortuna o sexe, sempre es trobaven exposats a les innumerables «estratègies del mal», i mai no aconseguien marginar del tot els efectes de la irreconciliació dels seus cossos i de les seves ànimes amb ells mateixos, amb el proïsme, amb la natura i amb el món supramundà. Fins i tot, amb una certa freqüència, la malaltia ha estat considerada com un càstig dels déus, com una «actualització biogràfica» del mal, a causa de les transgressions conegudes o desconegudes dels humans⁵⁶. Per això –i no sols a nivell popular–, en moltes èpoques de la història de la humanitat, els punts de contacte entre medicina i religió van ser extensament subratllats, ja que existia una espècie de transvasament entre el mèdic i el religiós. En efecte, en l'existència humana concreta, medicina i religió són *necessitats* insuperables a causa de la finitud, de les deficiències congènites, que són pròpies de qui tan sols posseeix una certa quantitat de temps, que és passible, per tant, i subjecte als canvis, les inclemències, els desafiaments del temps que *passa* i *s'esgota*. Totes dues per un igual –religió i medicina– són expressions tant de la caducitat pròpia de l'ésser humà com de la seva gosadia, que anhela, busca i fins i tot imagina la «terra sense mal», és a dir, la reconciliació definitiva de la condició humana⁵⁷. Aquesta proximitat de la religió i la medicina ha tingut com a conseqüència que, des de sempre, en un món constantment amenaçat pel desordre moral i físic, les religions hagin mantingut una comprensió de

56. Vegeu, per exemple, l'exposició de P. GERLITZ, «Krankheit. I. Religionsgeschichtlich»: TRE XIX, Berlin-New York: Walter de Gruyter, 1990, 675-680. Evidentment, aquí fóra necessari d'introduir la problemàtica a l'entorn dels mites que es fan ressò de l'entrada de la *mort* en el món dels humans.

57. Vegeu sobre aquesta problemàtica l'interessant llibre d'U. GALIMBERTI, *La terra senza il male. Jung: dall'inconscio al simbolo*, Milano: Feltrinelli, 1997.

la salvació íntimament associada amb la salut, l'ordre còsmic, la superació de totes les formes de bel·ligerància i el benestar.

En les cultures senzilles, el *xamanisme* és un indicador molt important de la relació que existeix entre religió i acció guaridora, entre salut i benestar global de l'ésser humà, entre el corporal, el psíquic i l'espiritual⁵⁸. «La visió que el xamanisme posseeix de la salut i de la malaltia contrasta molt intensament amb la que ha prevalgut –amb les excepcions de rigor– a l'Occident. En efecte, per al xamanisme la salut és un fet total, «holístic». Es tracta d'un «trobar-se bé» del cos i de l'esperit, els quals, en aquest moment, es troben en un just equilibri entre les forces de la natura i les forces espirituals. Això significa que es dona una situació saludable sempre que l'home manté unes estretes relacions amb tots els àmbits de la realitat, és a dir, quan la seva existència és un exercici ininterromput encaminat a obtenir l'harmonia còsmica. En aquesta concepció globalitzadora, tota malaltia, en canvi, serà l'expressió d'un conflicte no resolt amb el món, concebut com a enemic de l'ànima. Aleshores, l'angoixa, la por, l'odi posaran en relleu sentiments negatius de “separació” respecte al món i la societat en la qual es viu, i aquests sentiments seran, des de la perspectiva del xamanisme, la causa primordial de l'emmalaltir, és a dir, de la ruptura de l'harmonia còsmica»⁵⁹.

58. No podem considerar amb l'amplitud necessària aquesta problemàtica. Vegeu sobre el particular DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 325-332, amb bibliografia.

59. DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 331. Resulta comprensible que el xaman, després de penosos exercicis d'iniciació, sigui considerat com un guaridor qualificat (cuidador) del cos i de l'esperit. Justament perquè té accés al món supramundà està capacitat per a restablir l'harmonia còsmica perduda que és tota malaltia. En les cultures actuals i del passat on encara té vigència el xamanisme, aquesta recuperació equival al fet de recobrar la salut. No podem entrar aquí en la qüestió del paral·lelisme –amb les innegables diferències existents– entre els universos xamànics i els universos de les modernes psicologies de les profunditats.

Ja en l'antiguitat grega, les accions terapèutiques es trobaven sota els auspicis d'Asclèpios, déu de la medicina, que, posteriorment, a Roma, fou designat amb el nom d'Esculapi⁶⁰. El vincle entre la cura pròpia de la medicina i el sagrat també es tradueix en el pla semàntic: *therapneuma* en grec antic s'usa per a designar el culte a la divinitat, la cura del cos, els fàrmacs i la consideració deguda a les persones. El *therapeutés* és, al mateix temps, «el qui té cura» (servidor adscrit al santuari d'un déu) i el cuidador del cos (per exemple, el qui s'ocupa dels malalts que acuden en pelegrinatge a un santuari). A partir de l'esquema clàssic grec («cos-ànima»), en aquesta cultura –penseu, per exemple, en Plató–, és bastant freqüent atribuir a la filosofia (*saviesa*) la cura de l'ànima, i a la medicina, amb els trets sapiencials que la caracteritzen, la del cos⁶¹.

Des de diferents premisses ideològiques i axiològiques i en contextos històrics molt diferenciats entre ells, en la tradició cristiana també es troben mostres interessants de coimplicació entre religió i medicina⁶². No pot oblidar-se que el Fundador del cristianisme, Jesús de Natzaret, situat en l'horitzó de la tradició semita, irromp en la història com a «metge del cos i de l'ànima»: guaricions corporals i espirituals i resurreccions constitueixen *senyals* poderosos de la seva Bona Nova (*evangeli*) i de la irrupció del Regne de Déu⁶³.

60. Sobre aquesta problemàtica en el món grec, vegeu DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 332-346, amb abundants referències bibliogràfiques.

61. Vegeu J. PIGEAUD, *La maladie de l'âme*, Paris: Belles Lettres, 21989; A.-J. VOELKE, *La philosophie comme thérapie de l'âme. Études de philosophie hellénistique*, Friburg (Suïssa): Cerf – Presses Universitaires, 1993; DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 335-341.

62. En relació amb l'Edat Mitjana, vegeu DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 346-358, amb importants complements bibliogràfics.

63. No podem ocupar-nos aquí del tema central del missatge cristià: l'encarnació, la «in-corporació» de Déu en la història dels homes.

A partir d'aquí resulta comprensible que en algunes etapes històriques del cristianisme allò mèdico-religiós hagi tingut una especial importància⁶⁴.

Sobretot a partir del segle XIX, des de la perspectiva de les anomenades «religions de guarició», la salut és un estat de gràcia que es troba més enllà de les experiències comunes⁶⁵. En aquestes, caure malalt és un símptoma eloqüent que posa en relleu l'allunyament de Déu del malalt; mostra, en definitiva, la inconsistència de la seva fe. Per això la salut és un indicador de la qualitat espiritual de l'individu i el resultat d'una fe sense límits. En aquest tipus de religiositat, la salut és la gran passió dels seus adeptes, de la mateixa manera que la malaltia és la passió dels hipocondríacs. Aleshores, es dona la paradoxa que els qui volen «desfer-se del cos són els qui més se'n preocupen»⁶⁶. Cal afegir que, en les «religions de guarició», la intensa preocupació per l'experiència de la salut (guarició) sempre es troba acompanyada per

Hem fet una extensa aproximació a aquesta qüestió en *Escenaris de la corporeïtat*, ja citat, cap. III.

64. Vegeu l'excursus que dediquem al pensament mèdic de l'abadessa Hildegard von Bingen (1098-1179) en el nostre estudi *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 355-358. Un altre pensament mèdico-religiós que ha exercit una singular influència en la nostra cultura és el de Paracels (1493-1541) (vegeu DUCH, *Antropología de la vida cotidiana*, ja citat, 358-366).

65. Especialment en medis populars, les «religions de guarició» apareixen sobretot durant l'últim terç del segle XIX tal vegada com a antídote contra els profunds canvis de tota mena que van introduir-se en les societats d'aquell temps. Cal esmentar, entre una gran quantitat d'elles, la «ciència cristiana» fundada als Estats Units per Mary Baker Eddy (1821-1910), l'«antonionisme», fundat pel minaire belga Louis Antoine (1846-1912), la «cientologia», fundada pel nord-americà L. Ron Hubbard (1911-1986), la «invitació a la vida», fundada en 1983 per Yvonne Trubert (nascuda en 1932), que és una espècie de catolicisme popular, etc.

66. DERICQUEBOURG, o.c., 9. Vegeu, a més, R. DERICQUEBOURG, *Religions de guérison*, Paris: Cerf, 1988.

ingents esforços preventius (l'*ascesi*, en la terminologia religiosa tradicional cristiana). És per aquest motiu que els adeptes s'imposen duríssims treballs ascètics de caràcter físic, però sobretot psicològic, amb la intenció d'adquirir una nova «visió del món» (*Weltanschauung*) en el sentit que Sigmund Freud atorga a aquesta expressió: «Una construcció intel·lectual que resol de manera homogènia tots els problemes de la nostra existència a partir d'una hipòtesi que ho dirigeix tot, ja que cap problema no hi queda al marge i, a més, tot allò que ens interessa hi troba un lloc assegurat»⁶⁷. Segons l'antropòleg Régis Dericquebourg, les característiques comunes de les «religions de guarició» actuals són: 1) els fundadors acostumen a prendre com a punt de partença una experiència personal de greu malaltia corporal o espiritual, la qual els impul·leix a cercar un tractament espiritual que els condueixi a la seva guarició. La seva experiència poden repetir-la altres persones; 2) el tractament que proposen es basa en elements que són propis de tota forma de teràpia psicològica: demandes insistents de guarició a causa de profunds sofriments i afliccions, una relació basada en l'esperança (l'anomenada «espera ansiosa») amb un terapeuta reconegut per un determinat grup religiós, una teoria de la malaltia i del seu tractament, que no pot qüestionar-se a causa del fracàs eventual de la teràpia, un canvi profund en les actituds socials del pacient; 3) un deute moral contret pel pacient, que es tradueix no sols mitjançant actituds de gratitud envers el grup, sinó, amb freqüència, a través de la seva pròpia incorporació activa en la vida del grup⁶⁸.

67. S. FREUD, cit. DERICQUEBOURG, *o.c.*, 10. Per a Freud, la possessió d'una «visió del món» «forma part dels desigs ideals dels homes. Si s'hi creu, un pot sentir-se segur en la vida perquè sap vers on ha de dirigir-se, com poden concretar-se de la manera més apropiada els efectes i interessos que es persegueixen».

68. Vegeu DERICQUEBOURG, *o.c.*, 4.

Després del que hem exposat sobre la societat actual i les formes de presència del religiós que s'hi fan presents, creiem que no és necessari insistir gaire en el fet que les relacions entre la salut/malaltia i la medicina acostumen a traduir exactament en termes terapèutico-religiosos la situació real d'una determinada societat, tal com és percebuda i interpretada pels individus que estableixen vincles entre religió i curació. En el cristianisme actual, l'eclipsi d'allò dogmàtic i moral queda -o es pretén que quedi- compensat, en primer lloc, pel *terapèutic* i, en segona instància, per l'*estètic*. Potser té raó Odo Marquard quan afirma que la «estetització» de la realitat pot equiparar-se a una espècie de «compensació» davant el «desencantament del món» que ha tingut lloc en la modernitat⁶⁹. Amb tot, cal tenir en compte que l'objecte primer d'aquesta estetització és el mateix ésser humà, convertit en un «Narcís» quasi exclusivament preocupat per l'interrogant: «com em trobo?», el qual, a més, amb una certa freqüència, ha esdevingut el centre capital del treball de les ciències humanes. En les anomenades «religions del Llibre», el triomf de la religió (potser fóra més pertinent parlar de «religiositat») sobre Déu, al qual amb anterioritat vaig referir-me esquemàticament, dóna raó de la supressió ètica («irresponsabilitat») de la transcendència de l'Altre i de l'afirmació estètico-terapèutica de l'autotranscendència del mateix individu, el qual, d'aquesta manera, s'ha convertit en un ésser solipsista que viu atent quasi en exclusiva a les seves pròpies «vivències emocionals». En aquesta situació resulta comprensible que, sovint, la religió com a *autoteràpia* -a vegades, en competència amb els models biomèdics- troba una notable acceptació per part de molts que, en el nostre temps, volen ser «religiosos» sense tenir necessitat de Déu i del proïsme, és a dir, que se senten «autorelligats»

69. En relació amb el pensament de Marquard, hem considerat aquesta problemàtica en DUCH, *Llums i ombres de la ciutat*, ja citat, 181-186.

(*religare*), es «rellegeixen» (auscullen) (*relegere*) sense parar i es «re-elegeixen» (*re-elegere*) a si mateixos en exclusiva una vegada i una altra⁷⁰.

6. Conclusió

Conclourem molt breument. La peculiar situació de la societat dels nostres dies estableix el marc a l'interior del qual s'estableixen les relacions entre la salut/malaltia i la religió. Sovint, la profunda fractura de les transmissions que haurien de portar a terme els sistemes socials té com a conseqüència la recerca de la *salut/salvació* de l'individu al marge de la responsabilitat per l'altre. En molts individus amb preocupacions religioses es produeix una «immersió gnòstica». Això no és pas nou, en la nostra cultura. En efecte, sempre que s'hi ha produït un estat col·lectiu de desorientació i de desconfiança en els sistemes socials —especialment: la *condescendència* (família), *coresidència* (ciutat) i *cotranscendència* (religió)—, les mil formes i fórmules de la *gnosi* han fet acte de presència. I, com no podia ser d'una altra manera, la recerca de la salut es convertia en una autoteràpia, és a dir, en l'intent d'assolir una situació d'autosuficiència que tenia com a conseqüència la desarticulació de la relacionalitat responsable respecte a Déu i al proïsme.

Evidentment, en aquest treball sobre la relació entre religió i medicina, tan sols ens hem referit a algunes formes actuals de l'esmentada relació; aquelles formes que, segons la nostra opinió, l'exemplifiquen més clarament. Hem d'afegir, tanmateix, que, al marge d'aquestes formes actuals de relació, en totes les cultures, en tots els temps i circumstàncies, totes les formes religioses pressuposen que l'ésser humà, pel fet de ser —de la manera que sigui— un *homo religiosus*, té aspiracions a una salut no coartada pel mal i per les altres formes de la negativitat.

70. Aquí ens fem ressò de la triple etimologia del terme *religio* (vegeu DUCH, *Armes espirituals i materials: Religió*, ja citat, caps. II i VI).

COL·LOQUI

Antoni Bosch. Veig com, d'alguna manera, es pot comprendre la salut i la malaltia en una mena de situació de diàleg amb la realitat present, amb la cultura present i amb el món present, en totes les diferents facetes. El que no sé bé és si, en aquesta forma de dialogar, en la qual un es troba bé o malament, i el referent de la qual és tot això que té al davant, que és el seu moment present, malalt o amb salut, el que està formulant és una pregunta o és una resposta, o, potser, tot alhora. L'estat d'emmalaltir, segons com es miri, sembla que sigui una resposta a tota la situació present; però també sembla que sigui la pregunta que el malalt s'està formulant i que no sap com respondre amb la manca de sentit que el món li pot donar. No queda clar, doncs, si el diàleg és pregunta o resposta.

Lluís Duch. Jo crec que aquí la qüestió és més donada per la malaltia que per la salut. Una pregunta que sovint es fa el malalt és: «per què jo?» En aquest context, s'ha de tenir molt en compte la resposta. Es qüestiona tot alhora: un mateix, el món, Déu... En canvi, la salut és un estat gairebé d'inconsciència; és allò de «invocar santa Bàrbara només quan trona». S'ha de tractar la qüestió: salut-malaltia-religió; però, de fet, el que planteja problemes és la malaltia i, en això, els filòsofs tenen la paraula. Un mateix es fa un reguitzell de preguntes arran de la malaltia, no solament de la seva situació com a malalt, sinó de la realitat total; hom es pregunta per Déu, pels seus pares, per què va néixer... Sorgeix un complex de qüestions de la totalitat de la realitat.

Jordi Sales. Ha estat una ponència molt rica i que s'haurà d'analitzar a poc a poc. Voldria insistir, però, en dues coses. La primera: l'afirmació de l'any 1919 com una gran frontera en la continuïtat de la nostra civilització. En els meus estudis, trobo sovint aquesta data, la qual representa el xoc de la gent que s'estava formant, sobretot a Alemanya, en l'esquema neokantià, en els ideals de la Il·lustració i en la idea d'una cultura superior. Hi ha un sotrac que encara no està ben paït. Crec que aquesta crisi de 1919 ofereix una manera, no d'existir la malaltia, sinó d'existir l'individu. La segona: el sentit d'objectivitat-subjectivitat. Els plantejaments, molt sintètics, sobre les malalties com a fets culturals sempre m'han

semblat molt bé; ara bé, s'ha d'aplicar allò de «fíate de la Virgen y no corras»; és a dir, el primer que s'ha de fer és mirar què passa: si és que hi ha una infecció o no. Em sembla que el fet de poder tenir mitjans cada vegada més objectius, perquè ens analitzen més quan anem als metges, contrasta amb el fet de trobar-nos més subjectivament. És una espècie de doble direcció contradictòria d'un procés que no hauria d'existir, ja que, si l'anàlisi et diu com et trobes, per què has d'estar tot el dia pensant en la teva salut? Aquí hi hauria unes línies d'anàlisi de l'actitud de l'home actual davant d'ell mateix com a subjecte d'una malaltia, que és una cosa que, en el fons, no li hauria de passar.

Lluís Duch. Sobre la primera qüestió, la relativa a la data de 1919, a més de ser un tòpic, s'ha de dir que és una realitat. En el camp teològic, és clar: és el final de la teologia liberal i començament de la mal anomenada teologia dialèctica; però també passa en altres camps: la poesia, amb Rilke; la música, amb Schubert... Representen una mena de cesura, de trencament. Aquesta situació provocada per aquest final d'època, final gairebé d'un món, potser no l'hem païda prou bé i hauríem d'assumir aquesta situació. Com que sóc un gran afeccionat a les literatures danubianes, tinc una certa propensió a remarcar la influència negativa d'aquest trencament, que no sorgeix per generació espontània, sinó que té uns precedents que vénen de bastant enrere. Sobre la segona qüestió, em sembla que aquesta situació sovint malaltissa del propi «jo» ve donada per la fractura de dues coses: de la confiança i de les transmissions. Els qui ens dediquem a l'ensenyament ho hem pogut observar. Aleshores, el subjecte humà queda gairebé, per necessitat, auto-referit; no és un «nosaltres» el que es troba en un diàleg, sinó que la referència última és el mateix subjecte. Les transmissions, tant familiar, política —i entenc aquí política en un sentit global estricte: cultura, educació, esports...—, com religiosa, estan soffrint una ruptura molt intensa i, sobretot, una manca de credibilitat. Això que Morris diu, que les malalties postmodernes (anorèxia...) són sovint símptomes d'aquesta situació d'autoreferencialitat del subjecte amb ell mateix i, per tant, d'exclusió de qualsevol referència externa. He parlat del concepte de militància. Els qui som una mica vells sabem que va ser un concepte importantíssim, del qual, avui en dia, no se sent parlar. El que

suposava la militància pràcticament no ha estat substituït per res. D'altra banda, des d'una perspectiva antropològica, s'ha de tenir present l'existència de la sobreacceleració del temps. L'augment del «tempo» social té unes categories inassimilables. Vaig assistir a Stuttgart a un congrés sobre el tema del temps. Un gran metge internista alemany deia que, amb el temps, passa el mateix que amb la digestió: de la mateixa manera que no podem digerir a la velocitat que nosaltres voldríem, tampoc no podem augmentar el temps d'apropiació de novetats i de canvis. La qüestió del ritme en la nostra societat està molt malmesa. Aquest és també un dels fenòmens que incideix més negativament en aquesta autoreferencialitat del subjecte.

Dídac Ramírez. La ponència ha estat enormement suggeridora. Voldria plantejar, però, una qüestió. S'ha donat una dada concreta: els quatre milions de persones a les quals hom diagnostica depressió. Dit així, aquesta dada sembla indicar que la nostra societat, actualment, està molt malament: és una societat malalta, depressiva, amb problemes psíquics o espirituals. Ara bé, per acabar aquest diagnòstic, caldria veure com estava la societat abans. Em falta el terme de comparació. Una malaltia es diagnostica a partir d'haver-se definit, i abans d'haver-se definit no hi ha manera de diagnosticar-la. Com a hipòtesi, podríem considerar la possibilitat que, si només hi ha quatre milions, en termes relatius, la societat està més sana psíquicament que segles abans. Un treball de camp podria demostrar que un o dos segles abans estaven pitjor que ara. Aquesta és una hipòtesi que m'ha sorgit escoltant la ponència i crec interessant considerar-la i no descartar-la. A partir d'ara, reconsideraré el meu pensament sobre això, ja que, abans no tinguí dades comparatives, suspendré el judici sobre si aquesta societat és més depressiva que les anteriors. Què en pensa, d'això?

Lluís Duch. No en tinc cap resposta directa. Només li diré que, des de la perspectiva de les ciències humanes, hi ha hagut un canvi molt significatiu en aquest darrers quaranta anys. Els grans mestres de les ciències humanes, tant de les antropologies britàniques de finals del XIX, com de l'escola francesa d'Emile Durkheim, van centrar les seves anàlisis sobre el fet sociològic, sobre la qüestió social, sobre el rol i les interrogacions socials, és

a dir, sobre la vida exterior de l'ésser humà, descuidant, potser, la seva interioritat. És evident que les diverses escoles antropològiques britàniques i franceses van posar l'accent en l'aspecte sociològic. En canvi, des de fa quaranta anys, sembla que és l'aspecte psicològic el que té la primacia. És normal que es facin treballs de camp sobre l'estat mental d'una determinada societat; si no es van fer abans, probablement era perquè no sabien fer-ho o no donaven valor a les alteracions de l'estructura psicològica de l'ésser humà. Es pot afirmar que hi ha una intensificació de la cultura del «jo», és a dir, una autoanàlisi o una autoreferència al propi jo. Històricament, hi hauria molt a dir, especialment si tenim present una perspectiva que no té res a veure amb el que estem comentant ara: la de l'estètica romàntica alemanya. Els seus representants comencen a analitzar la nit, la foscor, les profunditats del propi jo. És un moviment que es dona en la cultura occidental, no solament a partir de Freud, sinó ja, com veiem, amb una certa antelació. En la cultura romàntica hi ha un afany per investigar l'aspecte psicològic i per posar l'accent no en les relacions socials sinó en la intimitat. Pel que fa a la qüestió dels quatre milions, hi ha una certa veritat. Vaig tenir una llarga amistat amb el doctor Ramon Sarró, conegut psicoanalista que va saber passar de freudià a jungià. A partir de la seva experiència psicològica —estic parlant de finals dels anys setanta—, va sostenir que la societat catalana estava emmalaltint psicològicament. En aquell moment, em va semblar que allò que el doctor Sarró afirmava era una mica agosarat. Jo diria que són diversos els símptomes que donen peu a creure que, concretament, la depressió és una malaltia; perquè les malalties són sempre malalties del temps i en el temps. La depressió és la malaltia del nostre temps i del nostre espai; però el que sembla difícil de respondre és per què es dona en el nostre temps.

COMUNICACIÓ

Jordi Sales Coderch (Universitat de Barcelona): *Ontologia del remei*

El propòsit d'aquesta breu comunicació és mostrar com l'anàlisi de la noció de remei ens pot instruir sobre l'autoconsciència humana de la viabilitat del vivent i les relacions amb l'alteritat que comporta. El Diccionari de l'Institut d'Estudis Catalans defineix la paraula «remei» com *allò* que és emprat per a guarir o alleujar una malaltia, un mal. Ens trobem amb *dues* realitats la *In-firmitas*, o sigui tot *allò* que revela que la viabilitat del vivent no és indefinida, i l'*allò, id* (universal), o sigui el referent d'una relació d'ús amb qualsevol cosa, cosa que implica la universalitat de l'ontologia. Quan Heidegger desqualifica la primacia de l'objecte en les actituds teòriques, dóna com a exemples el martell en *Sein und Zeit* (1927) i la gerra en *Das Ding* (1949). Són dos exemples d'*allò* que hom agafa amb la mà. Sovint els exemples il·lustren millor les actituds de fons dels pensadors que les variacions conceptuals que forgen en explicar-se. L'home que agafa amb la mà és diferent de l'home que simplement mira. El remei –com també l'aliment–, penso que ens il·lustra d'una dimensió de l'acció humana, la del restabliment possible mitjançant *allò* altre que ens incorporem, en la qual el mirar teòric i l'acció estan relacionats d'una manera no tan oposada. Per tal d'abreujar en l'enumeració dels elements d'una ontologia del remei, em referiré a la de tots coneguda rondalla de la flor del liri blau, sobre la qual ha fet un bell poema musical Joaquín Rodrigo (1934), la flor del penical o de la flor del romanial en la terminologia dels mallorquins¹. Ens mostra *tres* coses: «la raresa» del que pot

1. Ha estat recollida amb el nom de «La flor del romanial», aplegada per JORDI DES RACÓ, *Aplec de rondaies Mallorquines II*, Palma: Alcover, 1936, pp. 113-128; «La flor del penical», aplegada a Catalunya per Joan AMADES (*Folklore de Catalunya. Rondallística*, Barcelona: Selecta, 1982), i SERRA I BOLDÚ, *Rondalles Populares*, Barcelona: PAM; «La flor del liri blau», aplegada a Murla i Benissa per Chimo LANUZA, *Conte Contat (I). Contes i retalls*, València: Editorial Nova Valencia, 1989; «La flor del lilolà o la flor del liri blau», aplegada a Elx-Altabix i Crevillent per J. GONZÀLEZ *Rondalles del Baix Vinalopó. Contes*

ser remei —la flor del lliri blau cal anar-la a cercar, no n'hi ha moltes; l'exploració heroica en la seva recerca, i finalment l'enveja fratricida que és neutralitzada de forma meravellosa.

1) *La raresa dels remeis*. Hans Kelsen escrivia l'any 1922 en un article titulat *Gott und Staat*: «si hom vol explicar la sobirania de l'Estat com a poder cal acudir al poder, que utilitza la teologia per tal d'afirmar l'essència de Déu, poder que elevat a omnipotència absoluta també pot ser dit de l'Estat». El text és sorprenent, per més d'un concepte, i hauria de ser conegut, com vol Reyes Mate, per tots els juristes o filòsofs positivistes del dret que s'escandalitzen dels debats teològico-polítics que complicarien la seva sana tasca professional. Sembla ben sorprenent que encara ens calgui *elevat* l'omnipotència divina per tal d'explicar la de l'Estat, i que això ho faci el teòric del positivisme jurídic. Per tal de comprendre el que hi ha, és suficient notar que al Déu de la Creació alguna cosa se li resisteix si és que «després» ha de ser un Déu de la Redempció. Aquesta dualitat no es dona en la concepció de l'Estat que té Kelsen: *per això l'estat és com més omnipotent!* Hom repeteix des de Voltaire que el terratrèmol de Lisboa del primer de novembre de 1755 plantejà problemes irresolubles al que s'anomena optimisme de la teodicea leibniziana d'un ordre còsmic. Penso amb Kolakowski² que les burles de Voltaire són massa fàcils i, ultra que Leibniz ja era conscient de les atrocitats de la vida, convé recordar que el nombre i simultaneïtat no afegeix res al fet constant que tots els homes enmalalteixen i moren. Les morts per legionel·la produïda per la torre de refrigeració d'una clínica! —per a més inri—, i tots els casos semblants, plantegen un problema semblant a la kelseniana omnipotència jurídica estatal. Hi ha mals i, perquè hi ha mals, hi ha remeis. La flor del lliri blau com a símbol

Populars, Alacant: Aguacilara, 1993) i per últim d'una forma molt breu, «La flor del lliri blau», aplegada per L. TORRES i L. GIMÉNEZ, *Rondalles de la Ribera, contes de llar*, 21, JJ2, València, 1993. Aquesta rondalla ha inspirat el poema simfònic «Per la flor del lliri blau», d'Agustín ALAMÁN (Algemesí 1912, València 1994) i del Mestre Joaquín RODRIGO.

2. Leszek KOLAKOWSKI, «Leibniz y Job: metafísica del mal y experiencia del mal», revista *Letras Libres*, México, diciembre 2003, 60, Año V.

del remei ens permet de reflexionar a la inversa: essent tan escassos i difícils de trobar els remeis, com és que en tenim tants i de procedències tan diverses! Com han estat trobats i com són conservats?

2) *Hi ha un heroisme de la recerca.* Cada cop estic més convençut que un dels problemes més greus de les societats avançades és que no expliquem gens bé als seus membres més joves les característiques del «lloc» en què entren. Un lloc que acumula mediacions i mediacions en uns dispositius prou savis. Cada cop que ens prenem una aspirina o equivalent estem depenent d'un fragment de l'heroisme de la recerca, d'un fragment de civilització considerable. L'enorme varietat actual de remeis disponibles, en què fem servir com a remeis minerals, plantes, cèl·lules productes de síntesi, etc., etc., suposa en la seva totalitat les classificacions eficaces realitzades en una èpica de l'exploració. Quan explico el que diu l'apèndix a la dialèctica transcendental de la *Crítica de la Raó Pura* de Kant i dic que aquest treball de l'enteniment que Kant descriu com a possible ha estat en la seva major part realitzat, els alumnes se sorprenen.

3) L'esquema de la rondalla ens permet d'entendre com aquesta eficàcia de l'empresa cognoscitiva heroica implica *un augment de l'enveja*; per cada germà petit heroi descobridor hi ha un germà envejós i un de covard o ineficaç. Tampoc no som viables com a individus en l'enveja... indefinidament. Som febles en la naturalesa, febles en la ciutat. Mort, pesta, fam i guerra són els genets de l'Apocalipsi i van a cavall... en una adaptació cinematogràfica Jean Cocteau els feia anar amb moto... Ara ens fan més por les motos que els cavalls. Estem tan desatents a les constants de la vida humana que els «postmoderns» es pensen que han descobert l'escepticisme i una cultura de la protesta contra la maldat humana.

Com vèiem l'any passat amb el jardí, el remei ens alliçona. Si ens demanem què podem fer per la nostra salut, el bon humor amb què portarem la cosa depèn de com *celebrem* l'exploració heroica i la saviesa de la classificació i com *reduïm l'enveja* resultant i com *recordem que no som immortals*.

COL·LOQUI

Ignasi Roviró. A més d'interessant i intel·ligent, la intervenció l'he trobada divertida. Li voldria fer, però, una consideració. A la seva anàlisi de raresa, heroïcitat i enveja fratricida, potser s'hi podria afegir el fet de la màgia. La salut sembla que sigui un estat natural, mentre que la malaltia és vista com un fet extraordinari, fatal, és a dir, dominat pel fat. Es presenta com una sortida d'allò normal per a passar a un estat que no s'explica a través de les anàlisis mèdiques; posteriorment, aquestes poden ajudar a trobar els principis guaridors, però això és un altre àmbit, probablement d'algun tipus de consciència científica, però que no explica l'estat de passar d'una estat natural a un estat fatídic. Potser el remei diu d'aquest estat fatídic: potser hi ha algun element màgic que guareix. Per això, l'anàlisi de la raresa, del remei, de l'heroïcitat de la recerca i de l'enveja fratricida hauria de comptar amb un element màgic. Puc plantejar-me la següent pregunta: «Per què sóc jo qui he emmalaltit i com és que m'he guarit?» Em sembla que caldria sumar-hi aquest element màgic que comporta tant la malaltia com el remei.

Jordi Sales. Estar bons no és més natural que estar malalt. El microbi del tifus fa la seva feina, molt natural, i punt. Trobar-se malament o trobar-se bé és fruit d'un cert atzar. El fet d'anar vivint és la cosa meravellosa. Del que ens està passant, el més estrany és que estem molt amoïnats, però no per desagraïts. Trobar-se bé és gràcies al fet que hi ha flors del lliri blau.

COMUNICACIÓ

Antoni Bosch-Veciana (Facultat de Filosofia, URL): «Totes [les malalties] són divines i totes són humanes» (πάντα [τὰ νοσήματα] θεῖα καὶ πάντα ἀνθρώπινα) (*La malaltia sagrada*, xviii I*)

El tractat mèdic que porta per títol *La malaltia sagrada* (Περὶ ἰερῆς νόσου) pertany a la col·lecció d'escrits hipocràtics. El *Corpus Hippocraticum* el componen un conjunt de seixanta-dues obres que s'atribueixen, no sense reserves per part d'alguns estudiosos, a Hipòcrates de Cos (460-375/355? aC), el «pare de la medicina», aquell de qui Galè digué que fou l'«inventor de tots els béns»¹. Aquest tractat intitulat *La malaltia sagrada* –denominació tècnica per a referir-se a l'*epilèpsia*²– és, des de molts punts de vista,

* Seguim la numeració en capítols i paràgrafs de l'edició de JOUANNA (= Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, tome II, 3^e partie, Paris, 2003), que, pel que fa a la numeració dels capítols, segueix l'edició de LITTRÉ (= É. LITTRÉ, *Oeuvres complètes d'Hippocrate*, t. VI., París, 1948). L'edició de J. JOUANNA conté entre parèntesi la referència a la numeració de JONES (= W. H. S. JONES, *Hippocrates*, vol. II, Cambridge (Mass.)- London, 1923).

1. Vegeu Jacques JOUANNA – Caroline MAGDELAINE, Art.: «Hippocrate de Cos», en *Dictionnaire des Philosophes Antiques* III, Paris: CNRS, 2000, pp. 771-790. Aquest article conté una bibliografia especialitzada de fonts i d'estrís d'estudi d'una utilitat extraordinària. Vegeu també els volums apareguts en la *Collection des Universités de France* (CUF) que publica *Les Belles Lettres* de París sota el patronatge de l'*Association Guillaume Budé*. Els textos hipocràtics d'aquesta col·lecció van a càrrec del professor Jacques JOUANNA. També cal referir-se al llibre *Hippocrate. L'Art de la médecine*, traduction et présentation par Jacques Jouanna et Caroline Magdelaine, Paris: GF Flammarion (GF 838), 1999, 362 pp. En català disposem del volum de la Bernat Metge: *Hipòcrates. Tractats mèdics. I. El mal sagrat*. Text revisat i traducció de Josep Alsina. Introducció d'Eulàlia Vintró. Barcelona, Fundació Bernat Metge, 1972, 121 pp. En relació al sentit del *logos* en el *Corpus Hippocraticum*, vegeu: Pedro LAÍN ENTRALGO, *La curación por la palabra en la Antigüedad clásica*, Madrid: Anthropos, 1987. El capítol IV d'aquesta obra està dedicat a Hipòcrates: *La palabra en la medicina hipocrática*, pp. 162-196.

2. El terme *epilèpsia*, que en grec significa senzillament *atac*, no era el nom tècnic que aleshores tenia l'actualment anomenada *epilèpsia*. El nom

interessant. Tal com ha assenyalat amb raó el professor Jacques Jouanna, un dels més grans especialistes en els textos hipocràtics, professor a la Université Paris - La Sorbonne, aquest tractat ja en l'antiguitat cridà l'atenció de metges i pensadors, sobretot per dues raons: a) per la crítica contra els qui creien que les malalties eren causades pels déus; i b) per la tesi que s'hi sosté que és el cervell i no pas el cor o el diafragma, la seu del pensament³. A partir del proppassat segle xx, aquest tractat ha merescut una atenció especial, sobretot –segons el mateix Jacques Jouanna– per ser «un dels exemples més brillants del racionalisme del segle de Pèricles»⁴, el segle d'or atenès. El text de *La malaltia sagrada*, a més de ser, doncs, un dels textos més antics de medicina científica sobre l'epilèpsia, és un dels textos de l'antiguitat que més ens permeten de conèixer les concepcions populars i màgiques de la medicina, les quals tan directament combat el tractat al qual ens referim.

El text de *La malaltia sagrada* manté un to oral que fa pensar als estudiosos que ens trobem davant d'un tractat de medicina que devia ser, en la seva forma original, una exposició oral⁵, un

de *malaltia sagrada* era, malgrat que ens pugui semblar sorprenent, el nom tècnic que usaven els metges, en aquell segle d'Hipòcrates, per a anomenar allò que actualment la medicina entén amb la denominació d'*epilèpsia*. L'ús de *kaleoménês* en i,1 (περὶ τῆς ἱερῆς νόσου καλεομένης) indica que ens trobem davant d'un tecnicisme. Cf. Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée* (tome II, 3è partie), Paris: Les Belles Lettres (CUF), 2003, p. 2 nota 1.

3. Del capítol iii fins al xvii l'autor estudia el cervell i el considera la causa de l'epilèpsia. El cervell és, així mateix segons Hipòcrates, la seu del pensament i la font dels nostres plaers i les nostres joies, dels nostres riures i de les nostres bromes, de les nostres penes, de les nostres contrarietats, de les nostres tristeses i dels nostres plors. El cervell té el poder més gran (δύναμιν ἔχειν πλείστην, en xvi,1). Igualment, el cervell és el missatger (ὁ διαγγέλλων, en xvi,3) i l'interpret (τὸν ἐρμηνεύοντα, en xvii,1) de la comprensió (τὴν σύνεσιν, en xvi, 3 i xvii,1). Per a tota aquesta temàtica referida al cervell, vegeu: *La malaltia sagrada*, iii,1-xvii,4. Cf. Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, Paris: Les Belles Lettres (CUF), 2003, p. VII.

4. *Ibidem*, p. VII.

5. De cara a la determinació del to oral que transmet el text en el seu estat actual, vegeu: *Ibidem*, pp. X-XI.

curs sobre l'epilèpsia en el qual, a més, i sense estalviar arguments, es debatia sòlidament contra els rituals supersticiosos i màgics de la medicina popular. Aquest curs es devia posar ben aviat per escrit, sobretot atesa la importància de les argumentacions que s'hi sostenien. Aquest curs, posat per escrit, podia molt bé haver estat un utilatge intel·lectual de primer ordre per als estudiants de medicina d'aquell moment hel·lènic.

En els Col·loquis de Vic d'enguany, que tracten sobre *La salut*, resulta d'interès evocar –ni que sigui sumàriament– el primer text de medicina racional o científica. Sobretot allò que volem remarcar és la contraposició que es dóna entre la manera d'entendre i d'exercitar la medicina que vehicula *La malaltia sagrada*, és a dir, una manera racional d'entendre i exercitar la medicina, i la manera d'entendre i d'exercitar la medicina que la mentalitat màgica i popular propugnava en aquell segle hipocràtic. La frase final del text que intitula aquesta comunicació ens encamina en la direcció d'aquesta problemàtica. Amb tot, l'espai de què disposem tan sols ens permet de parar l'atenció en el fet que el racionalisme que respira de dalt a baix *La malaltia sagrada* no impossibilita a l'autor d'afirmar, just al final mateix de l'obra, que «totes [les malalties] són divines i totes són humanes» (xviii, 1), malgrat tractar-se d'una obra que lluita directament contra una medicina màgica i popular, que precisament situava en els déus l'origen i la causa de les malalties humanes⁶. És, doncs, el sentit d'aquest text que volem penetrar, tenint present el sentit del tot de l'obra en relació a aquesta temàtica.

* * *

Cal dir de bon principi que, de fet, l'afirmació final del text hipocràtic, això és, que «totes [les malalties] són divines i totes són humanes» (πάντα [τὰ νοσήματα] θεῖα καὶ πάντα ἀνθρώπινα, en xviii, 1), no agafa per sorpresa el lector d'avui, ni tampoc l'oient d'aquell present atenès. En efecte, al llarg de l'obra –i ja des del mateix inici– l'autor va remarcant, de diferent manera, aquest caràcter *diví i humà* de totes les malalties. Resseguim-ho:

6. “En particular, en aquesta malaltia, per cada forma d'afecció, atribueixen la causa a un déu” (ἐκάστω εἶδει τοῦ πάθεος θεῶ τὴν αἰτίην προστιθέντες, en i, 10).

1. En l'inici mateix de l'obra trobem una frase que posa en situació el lector (l'oient de llavors) en relació a la temàtica del curs: «Pel que fa a la malaltia anomenada sagrada, heus ací el que podem dir» (Περὶ τῆς ἱερῆς νόσου καλεομένης ὧδε ἔχει, en i, 1). Aquesta frase inicial, de to marcadament oral, fa la funció de títol de l'obra. De tota manera, el que segueix, sorprenentment, no és una explicació de la *malaltia sagrada*, sinó l'inici d'una llarga polèmica –ocupa els 13 llargs versos del primer capítol– contra els qui consideraven aquella *malaltia sagrada* com una malaltia divina, això és, com una malaltia enviada pels déus per raó d'una voluntat contrariada a causa, molt probablement, encara que sense cap certesa, d'alguna actuació humana reprovable.

La mentalitat que contemplava, en general, les malalties –i sobretot la *malaltia sagrada*, molt més espectacular– com un càstig divinal (i, en aquest sentit, per a ells, les malalties eren *divines*), la retrotrau, el nostre autor, a la llunyania dels temps, quan diu: *els homes* (οἱ ἄνθρωποι, en i, 2) creien que aquesta malaltia sagrada era una malaltia divina (ἐνόμισαν θεῖόν τι πρῆγμα εἶναι, en i, 2). Aquesta mentalitat que persisteix en el present hipocràtic vol ser bandejada ara amb arguments contundents que passen, en primer lloc, per determinar l'origen d'aquella mentalitat.

En el tractat *La malaltia sagrada* l'autor sosté que els homes han cregut que la *malaltia sagrada* (τῆς ἱερῆς νόσου, en i, 1) era divina (θεῖόν τι πρῆγμα εἶναι, en i, 2) a causa de la seva incompetència i del seu més gran astorament (ὕπὸ ἀπειρίας καὶ θαυμασιότητος, en i, 2), coses que fan que els homes creguin que es tracta d'una malaltia diferent de les altres malalties. En relació a la incompetència, l'autor para atenció en el fet que si els homes mantenen el caràcter diví de la malaltia sagrada i, al mateix temps, hi posen remei amb purificacions i encanteris (καθαρμοῖσί ... καὶ ἔπαοιδῆσιν, en i, 2), cauen en contradicció (τὴν ἀπορίην, en i, 2), ja que el caràcter diví (τὸ θεῖον, en i, 2) –entès per ells com a caràcter de la malaltia que la fa inguarible– desapareixeria si, amb els remeis, s'arribés a guarir la malaltia. D'altra banda, si és a causa del gran astorament que provoquen els atacs epilèptics allò que fa aquesta malaltia divina (εἰ δὲ διὰ τὸν θαυμάσιον θεῖον νομίζεται, en i, 3), aleshores hi ha igualment moltes altres malalties que són *sagrades* (πολλὰ τὰ ἱερὰ νοσήματα ἔσται, en i, 3; i més endavant llegim iJra; εἰῆnai, en i, 3,) i no únicament l'epilèpsia, que

és l'única qualificada en aquell temps de *sagrada*. S'escau que moltes malalties donen febre (οἱ πυρετοί, en i, 3) i algunes provoquen follia i deliris (μαινομένους ἀνθρώπους καὶ παραφρονέοντας, en i, 3), i no per això són menys sagrades que l'epilèpsia, ni pot dir-se que no les causi un déu, seguint el parer dels homes de mentalitat màgica i supersticiosa.

El text especifica qui són els primers (οἱ πρωῒτοι, en i, 4¹) que han atribuït un caràcter sagrat a l'epilèpsia. En efecte, llegim en i, 4: “Jo crec que els primers que van qualificar aquesta malaltia així [com a sagrada] eren homes semblants als que ara [en el present d'Hipòcrates] són els fetillers (μάγοι), els purificadors (καθαροὶ), els xarlatans (αἰγύριοι) i els engalipadors (ἀλαζόνες), tots aquells que fan veure que són molt piadosos (θεοσεβεῖς) i que tenen un saber superior (πλέον τι εἰδέναι). Aquests homes, emparant-se en el diví (τὸ θεῖον) per amagar la seva incapacitat per a trobar un remei útil que, administrat, pogués guarir, qualificaren de sagrada aquesta malaltia (ἰδὼν ἐνόμισαν τοῦτο τὸ πάθος) per no palesar llur absoluta ignorància. Aleshores hi afegiren explicacions apropiades i van prescriure purificacions (καθαροῦς) i encanteris (ἐπαιοιδάς), i ordenaven abstenir-se de banys i d'un gran nombre d'aliments inadequats als malalts”. I més endavant [en i, 5] l'autor insisteix: «Totes aquestes prescripcions les imposen pel caràcter diví (τοῦ θείου)[de la malaltia], com si disposessin d'un saber superior (ὡς πλέον τι εἰδότες), i hi afegeixen altres causes, amb la intenció que, si el malalt guarís, sigui per a ells el renom de la fama i la destresa (αὐτῶν ἡ δόξα εἶη καὶ ἡ δεξιότης); i si el malalt morís, la seva defensa (ἡ ἀπολογία) fos assegurada, tenint com a pretext que ells no en són responsables (αἵτιοι), sinó que ho són els déus (ἀλλ' οἱ θεοί), perquè ells no els han receptat cap medicament (φάρμακον οὐδέν) ni per a menjar ni per a beure, ni els han prescrit banys (οὔτε λουτροῖσι) per tal que no semblin ser-ne els responsables (ὥστε δοκεῖν αἵτιοι εἶναι)». Davant aquesta manera de pensar i de fer, l'autor de *La malaltia sagrada* argumenta en con-

7. Jacques Jouanna remarca que la recerca sobre «*el primer*» (d'alguna cosa) era una característica del segle V aC. Cf. Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, p. 38, nota 8, on fa esment de l'article d' A. KLEINGÜNTHER, Πρωτος εὑρετής, en *Philologus*, Supplément. XXVI/1, 1934.

tra posant exemples de pobles [els habitants de l'interior de Líbia] que fan el que els supersticiosos sostenen que provoca la malaltia i, per contra, són pobles que estan sans i bons (cf. i, 6). D'aquí l'autor conclou que «de cap manera Déu no és la causa de la malaltia» (οὐκ ἐστὶ ὁ θεὸς αἰτιός ἐστιν, en i, 6), i que «tampoc no hi poden res les purificacions, sinó que són els aliments els que guareixen la malaltia i els que la provoquen (*ibídem*), i d'aquesta manera hom elimina el poder de Déu [com a causa de la malaltia sagrada]» (τοῦ δὲ θεοῦ ἀφανίζεται ἡ δύναμις, *ibídem*). L'autor ja havia formulat, en l'inici mateix d'aquest tractat, la seva tesi de fons: que *la malaltia sagrada* no li semblava de cap manera «ni més divina (θειοτέρη) ni més sagrada (ιερωτέρη) que les altres [malalties], i de la mateixa manera que totes les altres malalties tenen un origen natural a partir del qual s'originen (ἀλλὰ φύσιν μὲν ἔχει ... γίνεται), aquesta malaltia té també un origen natural i una causa desencadenant (φύσιν δὲ αὕτη καὶ πρόφασιν)» (i, 1).

Aquesta consideració sobre l'etiologia de la malaltia anomenada sagrada –etiologia que l'autor desplegarà amb precisió al llarg del tractat (de ii, 1 fins a xvii, 4)– serveix a l'autor per a afirmar l'ateisme dels homes supersticiosos del seu temps que, sota el pretext de considerar *la malaltia sagrada* com a causada per la divinitat –a causa del seu desconeixement i el seu atreviment–, no fan sinó mostrar-se incrèduls respecte del caràcter sagrat i diví de la malaltia sagrada (οὔτε ἱερα νομίζειν εἶναι οὔτε θεῖα, en i, 7). Aleshores, amb aquest dir i fer, els qui fan purificacions i encanteris neguen amb aquestes pràctiques que la divinitat en sigui la causa i mantenen que és quelcom humà (ὥστε μηκέτι τὸ θεῖον αἴτιον εἶναι, ἀλλὰ τι ἀνθρώπινον, en i, 7), atès que sostenen que poden guarir aquestes malalties i, per tant, que també, d'alguna manera, les poden provocar; i «en aquesta tessitura argumentativa, el diví desapareix» (ἐν τούτῳ τῷ λόγῳ τὸ θεῖον ἀπόλλυται, en i, 7). Amb arguments així i amb les pràctiques màgiques enganyen la gent i “malgasten bona part dels seus discursos amb referències a la divinitat i als esperits (ὅ τε πολὺς αὐτοῖσι τοῦ λόγου ἐς τὸ θεῖον ἀφήκει καὶ τὸ δαιμόνιον, en i, 8). A aquests homes només els preocupa la seva glòria i el seu honor (αὐτῶν ἡ δόξα εἴη καὶ ἡ δεξιότης, en i, 5), desconsiderant la veritable naturalesa de Déu (τοῦ δὲ θεοῦ ... ἡ δύναμις, en i, 6). Les raons d'aquests fetillers no són pas raons de religiositat (εὐσεβείης, en i, 8), com creuen,

sinó d'impietat i d'ateisme (περὶ δυσσεβείης μᾶλλον καὶ ὥς οἱ θεοὶ οὐκ εἰσὶν, en i, 8). I afegeix l'autor del tractat de manera concisa i expeditiva: «el que ells creuen pietós i diví no és sinó impietat i blasfèmia» (τό τε εὐσεβὲς αὐτῶν καὶ τὸ θεῖον ἀσεβές ἐστι καὶ ἀνοσιον, en i, 8). A continuació dedica un llarg espai a mostrar aquesta tesi sobre el sentit impietós i blasfem dels rituals purificadors, i ens fa adonar que els mags i fetillers volen sotmetre el poder dels déus a la intel·ligència dels homes, quan els déus no posseeixen aquest poder que els mags i fetillers els atribueixen. Ho fan per raons econòmiques, per tal d'obtenir diners amb enganys (cf. i, 9-13). La frase darrera del capítol primer és clarament un final temàtic: «Aquest és el meu parer sobre les purificacions» (καὶ περὶ μὲν τῶν καθαρῶν οὕτω μοι δοκεῖ ἔχειν, en i, 13).

Aquesta mentalitat màgica, persistent encara en el temps d'Hipòcrates, mantenia que les malalties les enviaven els déus (i amb més raó l'epilèpsia, com ho mostraven els seus signes externs tan aparatosos), i tractava les malalties amb purificacions i encanteris màgics per tal d'allunyar-les dels homes. La polèmica contra aquella medicina ocupa –com acabem de veure– tot el primer capítol, un capítol particularment llarg (i, 1-13), si el comparem amb la resta de capítols del tractat que ens ocupa.

2. En el començ del capítol segon, tot just acabada la polèmica contra la medicina màgica i popular continguda en el capítol primer, referent a la manera de comprendre i de tractar *la malaltia sagrada*, l'autor fa una presentació breu sobre el discurs que es disposa a emprendre en relació a l'origen i la naturalesa de *la malaltia sagrada*. I comença amb aquestes paraules, que resumeixen bé el que ha dit en el primer capítol i orienten l'exposició que seguirà: «Segons el meu entendre, aquesta malaltia no és de cap manera més divina (θειότερον) que les altres, sinó que, així com totes les altres tenen un origen natural (φύσιν μὲν ἔχειν) a partir del qual cadascuna neix (ἕκαστα γίνεται), també ella té un origen natural (φύσιν) i una causa (καὶ πρόφασιν). És una malaltia divina (θεῖον γίνεσθαι) per la mateixa raó que ho són les altres. És una malaltia que es pot curar, i no pas menys que les altres, excepte en el cas que a causa de la seva llarga durada hagi agafat una força tal que fos més poderosa que els remeis que s'administressin» (ii, 1).

A continuació enuncia l'herència com a origen de *la malaltia sagrada*: «[Aquesta malaltia] s'origina, com les altres malalties, en

l'herència... (ἄρχεται δὲ ὥσπερ καὶ τὰ ἅλλα οσθήματα κατὰ γένος)» (ii, 2)⁸. Argumenta que, de la mateixa manera que altres malalties es transmeten hereditàriament a través de la semença [ὁ γόνος, en ii, 2] (que prové, segons l'autor, de totes les parts del cos: de les parts sanes i de les malaltes), també *la malaltia sagrada* es pot transmetre així. Més encara: els flemàtics poden heretar *la malaltia sagrada* (això és, els esdevé de manera natural [φύσει γίνεται, en ii, 3]); en canvi, no s'esdevé així en els biliosos, que no contrauen aquesta malaltia (cf. també v, 1). Aquesta és, per al nostre autor, una altra gran prova (ἕτερον δὲ μέγα τεκμήριον, en iii, 1) que *la malaltia sagrada* «no és de cap manera més divina que les altres malalties» (οὐδὲν θειότερόν ἐστι τῶν λοιπῶν νοσημάτων, en *ibidem*), perquè, si aquesta malaltia fos més divina que les altres (εἰ θειότερόν ἐστι τῶν ἄλλων, en *ibidem*), no es donaria en alguns sí i en d'altres no. I, en explicar la transmissió de la malaltia, en l'inici del capítol tercer, l'autor sosté que en la formació del cervell en el fetus és quan s'origina la malaltia i per això defensa argumentadament que «és el cervell, de fet, el causant d'aquesta malaltia» (αἴτιος ὁ ἐγκέφαλος τούτου του πάθεος, en iii, 1), com és també la causa de totes les malalties més greus (τῶν ἄλλων νοσημάτων τῶν μεγίστων, *ibidem*). En aquest punt l'autor explica amb detall i llargament tot allò referent a l'etiologia de l'epilèpsia, així com la simptomatologia, els efectes i la influència del medi ambient i dels vents, en relació al cervell, tot al llarg d'onze capítols (iii, 1 - xiii, 5).

3. Quan acaba aquest llarg argument demostratiu que acabem d'esmentar (iii, 1 - xiii, 5), l'autor conclou ratificant el caràcter natural de la malaltia amb aquestes paraules: «Vet aquí com aquesta malaltia neix i s'escampa (γίνεται καὶ θάλλει) a causa d'allò que

8. En la introducció a *El mal sagrat* de la Bernat Metge de l'any 1972, en nota, la Dra. Eulàlia Vintró va escriure: «Fins fa poc aquesta també era l'opinió dels metges; avui, però, eminents neuròlegs assenyalen el caràcter secundari de l'herència dins l'etiologia de l'epilèpsia (el tant per cent és de 5%). En canvi sí que hi influeix l'herència indirecta, és a dir, la predisposició específica a contreure el mal. Els fills dels alcohòlics, per exemple, solen heretar una certa predisposició a l'epilèpsia» (*Hipòcrates. Tractats mèdics. I. El mal sagrat*, ja citat, p. 107 nota 9). En altres indrets del *Corpus Hippocraticum* també es fa referència a la possibilitat que sigui l'herència l'origen de *la malaltia sagrada* (cf. el tractat *Prediccions II*, 5).

entra i surt (ἀπὸ τῶν προσιόντων τε καὶ ἀπιόντων); no resulta ser més difícil que les altres ni pel que fa a guarir-la (ἰῆσθαι) ni pel que fa a conèixer-la (γινῶναι), i no és de cap manera més divina que les altres (οὐδὲ θειοτέρη ἢ αἱ ἄλλαι)» (xiii, 5). L'autor ha volgut tancar la seva exposició sobre la naturalesa de la *malaltia sagrada* amb aquestes paraules que segellen una argumentació racional i en són la conclusió, com ho dona entenent el «vet aquí» (οὕτως, en xiii, 5) que encapçala aquest fragment. L'argumentació sobre l'etiologia de la *malaltia sagrada* és la més llarga explicació raonada que sobre l'epilèpsia podem trobar en tot el *Corpus Hippocraticum*. En el tractat dels *Vents* (xiv) també tracta la *malaltia sagrada*, encara que d'una manera notablement més breu⁹. D'aquí la força que té aquest final del capítol xiii, 5.

4. El darrer gran bloc textual, referit a la determinació natural i divina de la *malaltia sagrada*, és el darrer capítol, el xviii, un capítol breu, dedicat tot ell a deixar ben clara la conclusió que el lector (o l'oient) havia d'arribar a entendre de tot allò exposat argumentadament. Abans, però, l'autor de *La malaltia sagrada* ha obert un gran parèntesi: els capítols xiv-xvii. A començaments del segle xx aquests capítols havien estat considerats per part d'U. von Wilamowitz-Moellendorff (1901¹⁰) i O. Regenbogen (1914¹¹) un afegit al nostre tractat. De fet, en l'actualitat ningú no defensa aquesta tesi, sinó que els estudiosos consideren aquests quatre capítols (xiv-xvii) part integrant del tractat que fan la funció d'aprofundir en allò dit sobre el cervell en els capítols anteriors o, amb paraules del professor Jacques Jouanna, aquest bloc «donne ampleur et approfondissement en resituant l'explication de la maladie sacrée dans un système pathologique plus large, centré autour du cerveau, dont elle est un cas particulier»¹². En aquests

9. Una comparació dels dos tractats respecte de la *malaltia sagrada* es pot trobar en Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, ja citat, pp. XLIX-LII.

10. U. VON WILAMOWITZ-MOELLENDORFF, «Die hippokratischen Schrift Περὶ ἰερῆς νόσου», en *Sitzungsber. d. Preuss. Akad. der Wiss.*, 1901, pp. 2-23.

11. O. ROGENBODEN, *Symbola Hipocratea*, Dissertatio, Berlin 1914, pp. 36-42.

12. Vegeu Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, ja citat, pp. XVIII-XXII.

quatre capítols es parla sobretot de la funció del cervell (xiv, 1 – xvii, 2) i, també, breument, de la del diafragma (xvii, 2) i, en un parell de versos, de la del cor (xvii, 3–4). L'autor defensa que és el cervell –i no pas el diafragma o el cor– el que té a veure amb l'epilèpsia.

En efecte, el que l'autor de *La malaltia sagrada* ja havia escrit en iii, 1, ara, en xiv, 1 ho detalla: «Cal que els homes sàpiguen que d'on neixen els nostres plaers, les nostres joies, el nostre riure i les nostres bromes és d'aquell indret [el cervell], que és també el lloc de les nostres penes, de les nostres afliccions, de les nostres angoixes i dels nostres plors.» I, tot seguit, fa: «I és per ell [el cervell], principalment, que pensem i concebem (φρονέομεν καὶ νοέομεν)¹³, que veiem i escoltem, que distingim les coses lletges de les belles, les coses dolentes de les bones, les coses agradables de les desagradables, [...]» (xiv, 2). I, després d'una llista de disfuncions, afirma: «Tot això ens passa a causa del cervell (Ταῦτα πάσχομεν ἀπὸ τοῦ ἐγκεφάλου πάντα)» (xiv, 4). I, a partir d'aquí, exposa, basant-se en una explicació racional, per què el cervell és la causa de totes aquestes disfuncions. I acaba amb aquesta afirmació: «A causa de tot això, sostinc que, en l'home, el cervell és allò que té la més gran força» (Κατὰ ταῦτα νομίζω τὸν ἐγκέφαλον δύναμιν ἔχειν πλείστην ἐν τῷ ἀνθρώπῳ, xvi, 1). I la raó és que «ell és l'interpret (ἐρμηνεύς) de tot allò que prové de l'aire (ἀπὸ τοῦ ἡέρος, si està sa» (*ibidem*); i «l'aire causa en ell el pensament (τὴν δὲ φρόνησιν αὐτῷ ὁ αἶρ παρέρχεται)»; així com «la capacitat de pensar que hi ha en el cos és proporcional a l'aire que conté» (*ibidem*). En xvi, 3 llegim: «En tot allò referent a la comprensió, el cervell n'és el missatger (ἐς δὲ τὴν σύνεσιν ὁ ἐγκεφαλός ἐστιν ὁ διαγγέλλων), perquè quan l'home inspira l'aire (τὸ πνεῦμα), aquest arriba en primer lloc al cervell i, després, l'aire (ὁ αἶρ) es reparteix per tota la resta del cos, una vegada ha deixat el més actiu d'ell mateix en el cervell: el que conté de

13. Alguns estudiosos (JONES, per exemple), seguint el manuscrit θ, eliminen el καὶ νοέομεν. De tota manera, en el text de *La malaltia sagrada* trobem altres usos de relacions de verbs que designen accions del pensament: φρονεῖν τε καὶ νοεῖν, en xvii, 2. També en el text proper de xiv, 3 hi ha un altre lligam entre verbs: καὶ μαινόμεθα καὶ παρὰφρονέομεν. Vegeu Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, ja citat, p. 110, nota 9.

pensament i de coneixement (φρόνιμον τε καὶ γνώμην ἔχον)». I, més endavant, en l'inici del capítol xvii diu: «Per això afirmo que el cervell és l'interpret de la comprensió (διότι φημι τὸν ἐγκέφαλον εἶναι τὸν ἐρμενεύοντα τὴν ξύνεσιν, en xvii, 1).»

En relació al diafragma (αἰ φρένες, en xvii, 2) i al cor (τῇ καρδίῃ, en xvii, 3), l'autor mostra com aquests no intervenen en l'origen de *la malaltia sagrada* perquè no en coneix cap propietat que incideixi en el pensament, a part que la seva estructura física no ho permet (cf. xvii, 2-4). L'autor ho aprofita per a assenyalar que el nom de αἰ φρένες per a anomenar el diafragma és del tot inapropiat, perquè si bé el nom té a veure amb el *pensar* [φρονεῖν], de fet la seva funció ho nega: s'esdevé com en les anomenades aurícules [= orelletes] del cor, que no serveixen per a l'audició (cf. xvii, 2). Finalment, en xvii, 3 llegim: «No obstant això, cap de les dues parts [el diafragma i el cor] no té res a veure amb el pensament (φρονήσιος), sinó que de tot això el cervell n'és la causa (ἀλλ' ἀπάντων τούτων αἴτιος ὁ ἐγκέφαλός ἐστιν).» I explica la raó que ocasiona les malalties greus, com ara l'epilèpsia: «Així com el cervell percep el pensament que surt de l'aire abans que ho facin les altres parts del cos, de la mateixa manera si en l'aire hi ha algun canvi brusc efectuat a causa de les estacions, i l'aire esdevé diferent de com era, el cervell és el primer que ho percep (ὁ ἐγκέφαλος πρῶτος αἰσθάνεται). Per això sostinc que les malalties que l'afecten són les més agudes, les més greus, les més mortals i les més difícils de diagnosticar pels inexperts (τοῖσιν ἀπείροις)» (xvii, 4).

A partir d'ací s'inicia el capítol xviii, que conté quatre versets. Tal com ja hem assenyalat, constitueix un epíleg a tot allò dit en el tractat. El primer verset insisteix de manera conclusiva en el caràcter gens excepcional de *la malaltia sagrada*, ben al contrari, com les altres malalties és divina i no és pas, pel fet de ser anomenada *sagrada*, més divina que les altres: «Aquesta malaltia anomenada sagrada (αὕτη δὲ ἡ νοῦσος ἡ ἱερή) prové de les mateixes causes (ἀπὸ τῶν αὐτῶν προφασίων γίνεται) que provoquen les altres malalties, és a dir, del que entra [en el cos] i del que en surt, a saber, del fred, del sol, dels vents canviants i que mai no paren immòbils. Aquestes coses són divines (ταῦτα δ' ἐστὶ θεία), de manera que de cap manera no cal considerar aquesta malaltia a part i tenir-la com a més divina que les altres (θειότερον τῶν λοιπῶν), sinó que cal jutjar-les totes divines i totes humanes (ἀλλὰ πάντα θεῖα καὶ

πάντα ἀνθρώπινα). Cadascuna té un origen natural i una força que li és pròpia (φύσιν δὲ ἕκαστον ἔχει καὶ δύνανται ἐφ' ἑαυτοῦ), i no n'hi ha cap davant de la qual ens trobem sense recursos ni mitjans (οὐδὲν ἄπορόν ἐστιν οὐδ' ἀμήχανον).»

Com tota malaltia, la *malaltia sagrada* és *divina* (θεῖον) perquè els elements que entren i surten del cos humà –elements que són l'origen de les malalties (el fred, el sol i els vents)– són elements divins, és a dir, són aquells elements que obeeixen les lleis de la naturalesa, que amb la seva regularitat i necessitat mostren un ordre considerat diví. Però, al mateix temps, l'autor afirma que totes les malalties són igualment *humanes* (ἀνθρώπινα). En aquest punt defensa que «la majoria de les malalties són guaribles» (ἀκεστά τε τὰ πλεῖστά ἐστιν, en xviii, 2). I són guaribles aplicant allò mateix que les fa néixer, és a dir, seguint el principi que «allò que és aliment per a una [malaltia], és un dany per a una altra» (ἕτερον γὰρ ἐτέρῳ τροφή ἐστι, τῷ δὲ καὶ κάκῳσι», en *ibídem*). I, seguint aquest principi, el metge podrà guarir la malaltia, cercant un saber (τοῦτο οὖν δεῖ τὸν ἱητρὸν ἐπίστασθαι, en *ibídem*) que permeti de conèixer el moment oportú (τὸν καιρὸν διαγινώσκων, en *ibídem*) per a cada tractament: ja sigui prescrivint aliment o augmentant-lo, ja sigui prescrivint suprimir-lo o disminuir-lo. Aquest principi va acompanyat d'un altre principi, que formula així: «Cal (χρῆ) no augmentar les malalties sinó eliminar-les, administrant a cada malaltia allò que li sigui més hostil (τὸ πολεμιώτατον) i no pas allò que li sigui més afí (τὸ σύνηθες)» (xviii, 3). L'alimentació que el malalt pren de manera habitual fa que el malalt segueixi prosperant en la seva malaltia; en canvi, una alimentació contrària a l'habitual fa que s'alleugi i fins que resulti guarit. Així, doncs, el metge, amb el seu saber, intervé en la malaltia i pot arribar a guarir-la. En aquest sentit, la malaltia és *humana*, perquè pot ser tractada humanament, pel saber del metge.

En el final del tractat, en xviii, 4, l'autor ens dóna l'explicació de per què la malaltia és *humana* i ho aprofita en cloure el text per a tornar a fer una *crítica a la medicina màgica popular*, plena de supersticions: «Aquell que sàpiga produir en els homes el sec i l'humit, el fred i el calent amb l'ajut d'un règim alimentari, aquest podrà, igualment, guarir aquesta malaltia, sempre que sàpiga discernir el temps oportú per als tractaments útils, sense recórrer a les purificacions, a la màgia i a totes aquelles pràctiques manuals per

l'estil.» És a dir, quan un home fa el mateix que fa la naturalesa divina (produir el sec i l'humit, el fred i el calent,... i fer-lo entrar o treure'l del malalt), la malaltia pot ser guarida. D'aquí que «totes les malalties són alhora divines i humanes» (xviii, 1). La natura ho fa acomplint el seu ordre necessari; l'home amb el coneixement de la natura i gràcies a això, a través d'un estudiat règim alimentari, reproduint el fer de la naturalesa en el malalt i, d'aquesta manera, possibilitar la guarició del malalt.

* * *

La medicina hipocràtica empenia un nou rumb. Tot i ser d'una importància cabdal la nova manera amb què el metge s'adreçava al malalt i a la malaltia (mètodes d'observació clínica, teoria humoral d'equilibri dels humors, descripció de les diferents parts i òrgans del cos, la influència del clima en les malalties, etc.), també fou d'una importància decisiva la nova relació que la ciència mèdica de Cos suposava amb la comprensió religiosa de la malaltia. Aquest punt és posat en relleu d'una manera cabdal en el tractat hipocràtic *La malaltia sagrada*. En aquell temps hel·lènic l'epilèpsia era una malaltia que expressava d'una manera més visible el lligam entre l'humà i el diví, també, encara que d'una manera nova, per part de la medicina d'Hipòcrates.

La finor amb què *La malaltia sagrada* tracta la relació entre ciència i religió no obre pas una porta al conflicte entre aquestes dues maneres d'entendre el món, encara que ho pugui semblar. Hipòcrates, tot i que critica amb arguments racionals la intervenció personal d'una divinitat en l'àmbit de la patologia, es cuida prou d'oposar ciència i religió¹⁴. Hipòcrates no rebutja la noció de diví (τὸ θεῖον), però sí que li dóna un sentit nou. Posa en relació el diví amb el natural, com hem vist (cf. xviii, 1). Són divins els elements de l'univers que incideixen en les malalties: l'aire, el sol, el fred, etc. Hipòcrates, utilitzant l'adjectiu τὸ θεῖον (diví) en comptes del substantiu ὁ θεός (déu), està donant-nos entenent que no són les divinitats concretes les que intervenen en les malalties, encara que no nega, al contrari, que hi hagi un espai per al sagrat (el diví)

14. Seguim en aquest punt Jacques JOUANNA, *Hippocrate. La maladie sacrée*, ja citat, p. XXXIV i ss. La relació entre *La malaltia sagrada* i el sagrat és tractada àmpliament en l'article: Jacques JOUANNA, «Ippocrate e il sacro», en *Koinonia*, 12, 1988, 91-113.

en la consideració de les malalties. És diví tot allò que és natural, això és, tot allò que obeeix les lleis regulars –independents de la intervenció de l'home– ja sigui dins l'home o fora de l'home. En aquest sentit, tant la causa interna de les malalties com la causa externa apunten al diví.

Cal tenir ben present que Hipòcrates no combat la medicina religiosa que s'exercia en els santuaris dependents del déu Hermes. Un dels grans santuaris d'aquesta divinitat fou el temple d'Epidaure. La medicina que s'exercia en el santuari d'Epidaure (i, en general, pels metges partidaris d'aquella comprensió de la medicina d'Epidaure) era una medicina que prenia en consideració, sobretot, la comunicació entre el malalt i el terapeuta. Per contra, la medicina hipocràtica, que provenia més aviat dels cercles propers al santuari de Cnidos (és a dir, una medicina propera al déu Apol·lo), posava en relleu l'observació dels fets en els processos de diagnòstic i de pronòstic. El que interessava a aquesta medicina eren les causes naturals (αἱ αἰτίαι) de cara a fer universal el tractament de les malalties. Es rebutjava, doncs, l'origen diví de les malalties en benefici d'una causalitat purament racional i, en aquest sentit, la medicina hipocràtica suposà un salt epistemològic molt considerable: per primera vegada la medicina es determina conscientment com a ciència enfront de la màgia. El que sí que fa, doncs, el text de *La malaltia sagrada* és discutir la medicina màgica popular i no la medicina dels santuaris, a la qual respecta i la comprensió de la qual renova. Hi ha un text de *La malaltia sagrada* que té a veure amb això, que fa així: «Per la meua banda, jo no crec que el cos de l'home pugui ser contaminat per un déu (ὑπὸ θεοῦ), és a dir, que allò més corruptible pugui ser contaminat per allò que hi ha de més sagrat; i, fins i tot, en el cas que un cos humà fos contaminat o afectat per quelcom extern, crec que més aviat seria purificat i santificat per un déu (ὑπὸ τοῦ θεοῦ) que no pas contaminat. De tota manera, en el cas de les faltes més greus i les més impies, *és el diví allò que neteja* (τὸ θεῖόν ἐστι τὸ καθαῖρον), és ell el que les purifica i santifica. A més, nosaltres som els qui assignem els límits dels santuaris dels déus (τοῖσιν θεοῖσι τῶν ἱερῶν) i dels recintes sagrats (τῶν τεμενέων) per tal que ningú no els traspassi si no és pur, i en penetrar-hi aspergim el nostre voltant no perquè puguem contaminar-nos, sinó perquè, si de cas tenim alguna impuresa prèviament contraïda, la poguem purificar. Això

és el que penso respecte de les purificacions (περὶ τῶν καθαρμῶν)» (i, 13).

En relació al tractament que els cercles hipocràtics fan del diví, que no rebutgem, disposem d'un text que no deixa espai al dubte. Ens referim al *Jurament* hipocràtic, que avui ja ningú no defensa que sigui un text dels cercles pitagòrics, sinó que gairebé tots els estudiosos estan d'acord que ens trobem davant un text de l'entorn hipocràtic. En l'inici mateix del *Jurament* llegim: «Juro pel metge Apol·lo, per Asclepi, per Higea i Panacea, per tots els déus i totes les deesses, prenent-los per testimoni, de complir, en la mesura de les meves capacitats i del meu enteniment, aquest jurament i aquest contracte» (*Jurament*). Trobem, doncs, que si bé tota la professió mèdica s'encomana a una corrua de divinitats a l'hora d'iniciar la seva *art* mèdica, això no invalida de cap manera la seva comprensió racional de les malalties.

No és solament en *La malaltia sagrada* que trobem textos expressió d'un racionalisme manifest. També, encara que menys insistentment i menys detalladament, altres escrits del *Corpus Hippocraticum* respiren un racionalisme manifest, com ara en *Aires, aigües i llocs*¹⁵ i en l'escrit intítulat *Pronòstic*¹⁶, on trobem alguns textos similars, cosa que ens indica aquest conscient racionalisme de la medicina hipocràtica que no està en contradicció amb la consideració divina i humana de totes les malalties. La unitat harmoniosa del diví i de l'humà que es manifesta en la naturalesa i les seves lleis permet a la medicina refer l'equilibri harmoniós que en la natura del malalt es troba alterat per alguna o altra causa. Només la consideració que «totes les malalties són divines i totes són humanes» (*La malaltia sagrada*, xviii, 1), el text que hem considerat, permet al metge hipocràtic intervenir eficaçment en la guarició del malalt i en l'estudi de les malalties.

15. «Per la meua banda, també penso que aquestes afeccions [*homosexualitat dels sciïtes*] són divines, com ho són totes les altres afeccions, i penso que cap no és més divina ni més humana que una altra, sinó que totes són anàlogues i totes són divines» (*Aires, aigües i llocs*, 22). Vegeu Jacques JOUANA, *Hippocrate. L'art de la médecine*, ja citat, p. 284, nota 141.

16. «Hi ha alguna cosa de diví en les malalties» (*Pronòstic*, 1). Vegeu Jacques JOUANA, *Ibidem*, p. 189, i sobre la dificultat d'aquest text: *Ibidem*, p. 308, nota 6.

El text hipocràtic intitulat *La malaltia sagrada* ens permet, doncs, de comprendre la medicina racionalista del segle v aC des d'un doble vessant: des de la consideració de *ciència* que s'apropa, en aquest cas, a una malaltia específica: l'epilèpsia; i, sobretot, des de la consideració d'un *art* que polemitza amb altres maneres populars i màgiques d'aproximar-se a les malalties i, especialment, a aquesta *malaltia sagrada*. En aquest sentit, el tractat que hem presentat és una mostra de l'esforç que gira a l'entorn de l'escola mèdica hipocràtica de Cos per tal d'abordar, amb criteris racionals, una situació humana quotidiana que es mostrava com una alteració profunda de la salut de l'ésser humà. L'estudi de l'etiologia de l'epilèpsia suposava afrontar no sols la malaltia en si mateixa, sinó, i sobretot, fer front a tota una mentalitat i a una praxi d'aquell present que, ancorada en una comprensió màgica del mal, tractava els malalts, en general, i els epilèptics en particular, des de la consideració d'éssers tocats pel càstig diví, amb les conseqüències que de cara a la salut comportava aquest capteniment. És veritat, amb tot, que la medicina hipocràtica no posa en qüestió la medicina que s'exercia en els santuaris (la medicina lligada al déu Hermes, que s'exercia sobretot en el santuari d'Epidaure; i la medicina vinculada al déu Apol·lo, que s'exercia sobretot en el santuari de Cnidos i de la qual deriva la medicina hipocràtica). Amb el pensament i la pràctica hipocràtics entra, doncs, en escena una manera nova de comprendre la malaltia i l'art mèdica. El tractat que acabem de presentar, des de l'òptica del fragment xviii, 1, és un exemple d'aquella renovació intel·lectual i d'aquella nova praxi mèdica que anà prenent cos a Occident d'ençà d'aquell present, i fins a l'actualitat no ha defallit en el seu propòsit sempre inacabat de comprendre i tractar les malalties.*

* Escrit a Sabadell, els dies 3-6 d'octubre del 2004

Revisat a Sabadell, els dies 30-31 d'octubre del 2004

COMUNICACIÓ

Miquel Montserrat (Societat Catalana de Filosofia): *La fi de la salut en l'era biotecnològica*

Introducció

Un primer aclariment que pot semblar innecessari però que mereix de ser exposat per la seva significació en començar. No hi ha alguna cosa així com *un* món de la salut, sinó que hi ha diversos mons de la salut, a part del nostre, com a conseqüència de les divisions econòmiques i geopolítiques que clivellen la humanitat. El dret a la salut, un dret humà fonamental, sobre el qual es discuteixen en alguns indrets les condicions del seu exercici i l'extensió de les seves conseqüències, és en molts altres pura i simple impostura.

Aquesta obvietat, que, com dic, mereix de ser tanmateix recordada, ha de ser al·ludida en aquest inici amb més raó perquè la meua contribució sobre la salut s'emmarca en el quadre general de la societat biotecnològica, una societat dinàmica i poderosa, una societat de present i encara més de futur, però una societat desproporcionadament petita, minúscula si considerem les coses des d'una perspectiva global. Sens dubte, això ha de tenir l'efecte de relativitzar de manera notable l'abast del que segueix.

I el que segueix és una argumentació *de la hipòtesi de la fi de la salut en l'era de la biotecnologia*, una proposició que segurament semblarà, a més d'enigmàtica, grandiloqüent i el significat de la qual vull començar aclarint.

La proposició en qüestió, *la fi de la salut*, guanya claredat si es formula a través de la proposició que li és complementària: *la fi de la malaltia*. La meua hipòtesi, doncs, podria resar també, fet i fet significa igualment, *la fi de la malaltia* en l'era de la biotecnologia. Perquè no sabríem entendre la salut sense la malaltia i a la inversa, perquè salut i malaltia es troben indissolublement unides, la fi de l'una significa la fi de l'altra. Passa com amb la vida i la mort, que es necessiten i reclamen recíprocament, i, així, una expressió com «una vida immortal» no té en rigor sentit: la immortalitat pot ser qualsevol cosa que es vulgui excepte *una forma de vida*!

Encara que les expressions «fi de la salut» i «fi de la malaltia» siguin complementàries en el sentit establert, és preferible l'ús de la primera, perquè ofereix alguns avantatges. La idea de la fi de la malaltia en l'era biotecnològica no suscita avui cap reacció especial –si de cas, concita un acord unànim: de fet, és el que efectivament s'espera que ocorri espontàniament com a resultat del progrés de les ciències biomèdiques. El curiós pel que fa a aquest consens tan planer és que la fi de la malaltia ja no s'interpreta amb el correlat necessari de la fi de la salut, ans al contrari: la fi de la malaltia hauria de representar el començament del regnat absolut de la salut. En general, resulta intel·ligible i segurament desitjable que l'era biotecnològica suposi la fi de la malaltia, però de cap manera que suposi igualment la fi de la salut. La tesi de la fi de la salut, en conseqüència, és cridada a contrariar, a desvetllar protestes, a provocar un rebuig que no emergiria en el cas de la formulació complementària de la meua hipòtesi, un rebuig el qual, com és fàcil d'inferir, s'origina en prendre la tesi de la fi de la salut, en la línia d'interpretació precedent, com a sinònim del triomf definitiu de la malaltia.

Ja he dit que la fi de la salut no ha de ser interpretada en aquest sentit. Ara bé, aquesta interpretació hauria estat molt difícil, si no impossible d'evitar, en escollir l'enunciat alternatiu de la fi de la malaltia per a expressar aquella idea. Així, doncs, un primer avantatge de formular la nostra tesi de la fi de la salut (en comptes d'usar la complementària de la fi de la malaltia) és la resistència que presenta a ser acceptada amb naturalitat, però acceptada en el sentit justament contrari del que posseeix.

Amb tot, resulta que, com exposaré més endavant, efectivament la fi de la salut en l'era de la biotecnologia pot ser interpretada plausiblement sota la figura d'una victòria de la malaltia; per tant, encara dintre l'esquema trivial de la relació entre salut i malaltia. En aquestes circumstàncies, deriva de la fórmula escollida un altre avantatge: el de fer possible un contrast més clarificador entre les interpretacions de la fi de la salut com a sinònim de victòria de la malaltia i de la fi de la salut com a punt final, simètricament, també de la malaltia –entre el concepte de salut més habitual (*standard*) i el concepte reflexionat de salut que ja he avançat i que, atesa la limitació de temps, m'he d'accontentar a esbossar merament.

Aproximacions al concepte de salut

D'acord amb la idea més habitual, entre salut i malaltia, normalitat i patologia, benestar i malestar hi ha solament una relació d'oposició, és a dir, cap relació positiva. L'una exclou directament l'altra. Allà on hi ha salut o normalitat, no hi ha malaltia, i a la inversa. Existeix un concepte que podríem anomenar minimalista de la salut com a *absència de malaltia* —que és el que la ciència mèdica elabora a través del seu model funcional de norma i desviació de la norma referides a variables biològiques mesurables i que li ha permès un progrés i un èxit més que notables i de tots conegut. En l'altre extrem, hi ha el concepte maximalista de la salut com un «estat d'absolut benestar físic, mental i social» —segons la polèmica i influent definició de la salut de l'OMS de l'any 1948—, un concepte del qual no pot negar-se, malgrat totes les seves dificultats, que aspira a desenvolupar de manera conseqüent les diverses dimensions que es contenen en la idea plena i positiva de la salut, i que inclouen aspectes tant objectius com subjectius, individuals i socials. Realment, la medicina no ha ignorat mai la diferència entre la dimensió subjectiva i objectiva de la malaltia: el que en anglès es denomina respectivament com a *illness* i *disease*. La cosa és que no ha pogut integrar-ho adequadament en el seu model, i és justament aquesta limitació el que es proposa d'esmenar la definició de la salut com a benestar. Però tant si la salut s'interpreta merament com a absència de malaltia (i.e., objectivament) com si s'opera amb el concepte més comprensiu de la salut com a benestar, integrant els aspectes subjectiu i objectiu de la malaltia, la tecnologia i després la biotecnologia han de posar-se al servei de l'erradicació de la malaltia, i, en aquell segon cas, encara amb més motius.

La meua pregunta és si la reflexió sobre l'experiència de la salut i la malaltia no pot donar-nos un altre resultat que aquest. Un indicatiu que això no és així el tenim en les concepcions clàssiques relatives a «la salut com a equilibri». En la perspectiva de la salut com a equilibri, la malaltia no pot ser considerada una entitat simplement oposada a la primera, absent en presència de l'equilibri i present en absència de l'equilibri. Més aviat, la noció d'equilibri associa salut i malaltia d'una manera dinàmica i nuclear: no és que la malaltia provoqui un desequilibri; la malaltia *és* el desequilibri o la manca d'equilibri. El que hi ha sempre és l'individu i, *en la*

totalitat d'ell, un cert equilibri o un cert desequilibri, on pròpiament no hi ha res a eliminar perquè l'equilibri conté en si mateix essencialment la possibilitat del desequilibri.

Evidentment, no tinc jo l'absurda i reaccionària pretensió de reeditar la teoria de l'equilibri dels humors. Però sí que crec que hauríem de pensar a recuperar l'interès de la noció d'equilibri per a la reflexió sobre la salut i la malaltia. En un pas més, espero de poder argumentar que aquesta noció ajuda a introduir una distinció entre la salut o el benestar com a *realitat* i com a *aspiració* que em sembla que avui, en l'era biotecnològica, resulta particularment rellevant i orientadora.

Des del meu punt de vista, l'equilibri de la salut, un equilibri precari, es refereix al joc interdependent de normalitats de la salut i la malaltia en sentit objectiu i subjectiu, a l'equilibri fràgil i sempre amenaçat de presència i absència de malalties i malestars. Considerant la salut des del punt de vista objectiu (com a concepte complementari de *disease*), no hi ha solament una normalitat de «l'estar sa» –com a manca de símptomes detectables de malaltia–, sinó que de la mateixa manera hi ha també una «normalitat» de «l'estar malalt»: les crisis de creixement, les respostes del cos a situacions d'estrès, les infeccions imprescindibles per a enfortir el sistema immunològic, dolences o malalties, congènites o no, de gravetat diversa que poden acompanyar una vida sense impedir-la..., són fenòmens que no he de descobrir pas jo aquí però que palesen la normalitat de la malaltia objectivament descriptible i la interdependència entre les normalitats de la salut i de la malaltia. Igualment, quan considerem la salut des del punt de vista subjectiu (com a concepte complementari de *illness*), hi ha una normalitat d'alternança entre el benestar i el malestar. Hi ha una normalitat del sentir-se bé com a sensació de capacitat vital adequada per a escometre les tasques que un es proposa i que pot anar des del simple «silenci del cos» fins a un rar sentiment de plenitud personal. Però hi ha també la normalitat del sentir-se malament, una sensació d'incapacitat o vacil·lació vital, similarment sotmesa a una infinitat de graus: des de la molèstia tolerable que un pot o sap arrossegar quotidianament fins a la dificultat viscuda com a insuperable.

Salut i malaltia, com el benestar i el malestar, són per a cadascú un equilibri viscut de manera absolutament individual (d'acord amb el caràcter únic de cada cos). De fet, és en el contrast entre

aquells conceptes viscuts que solament té sentit l'experiència de la salut, la qual té com a única norma la provisionalitat. No existeix la presumpta normalitat de la salut ni tan sols com a fenomen excepcional, de la mateixa manera que no existeix tampoc la presumpta excepcionalitat de la malaltia: l'excepcionalitat apareix quan aquesta malaltia o un determinat malestar trenca la norma de provisionalitat, el joc de l'equilibri, i esdevé, malauradament, permanent, és a dir, dificulta greument el viure o l'incapacita de manera significativa i persistent (no merament puntual), algunes vegades amb el tràgic desenllaç d'una mort prematura, i més usualment –i quan som prou afortunats– amb l'universal fi del cicle de la vida ja massa madura.

En definitiva, des d'aquesta comprensió de la salut com a equilibri, no és apropiat de considerar la salut i el benestar una «norma» que impliqui fer excepcional la malaltia i el malestar. Trobar-se malament, estar indisposat, no sentir-se del tot bé... no té res d'excepcional; és per sort ben normal (per bé que, això sí, més freqüent en uns casos que en altres i més freqüent en unes etapes de la vida que en altres). La salut configura en tot cas una realitat volàtil, inherentment efímera, una condició subjectivament desitjable com a permanent però objectivament vinculada al seu caràcter provisional i passatger –en l'extrem, això és, considerada la salut com a benestar, és un tast de plenitud que s'anhela de repetir sempre i que, amb sort, podem tornar a assaborir de manera puntual, gairebé clandestina, en diversos moments de la vida.

Ara podem veure millor, doncs, que el que expressa la normalitat de la salut, la idea de la salut com a «norma» de la vida humana, és una *aspiració* i de cap manera una *realitat*. Aquesta distinció –entre realitat i aspiració– és clau per a comprendre com el disseny de convertir l'aspiració en una realitat equival a posar fi a la salut com a concepte real, com a realitat viscuda, i com aquesta fi de la salut arrossega necessàriament (implica) igualment la fi de la malaltia.

Realització o revisió de l'aspiració a la salut?

Recuperem, en concloure, la tesi de la fi de salut en l'era de la biotecnologia a fi d'examinar ara el seu significat de manera més precisa i alhora més primordial. Articulada amb major o menor perspicàcia, vehemència o nitidesa, la idea rectora que impulsa la recerca biotecnològica contemporània en la medicina és l'erra-

dicació progressiva de tot obstacle i tota restricció a la salut. No és segur que sempre hagi estat així, com potser podria revelar el pertinent examen històric de la qüestió. En tot cas, la idea resulta essencial al projecte de la civilització tecnològica, al seu disseny d'utilització i domini objectiu de la naturalesa. La nova etapa biotecnològica dilata i aprofundeix aquest propòsit de suprimir la malaltia en un sentit ampli de la paraula d'una vegada per totes i, almenys en aquelles instàncies que representen la seva autopercepció més complaent (i, val a dir, més estesa) es postula capaç d'assolir-ho; més encara, creu haver fet el salt endavant decisiu mitjançant la possibilitat que ofereix la nova genètica de rellegir i refer la biologia humana.

Ara bé, a base de rastrejar i furgar els fonaments i mecanismes genètics de la salut, la ciència biomèdica pot efectivament acabar liquidant la salut. Aquest és un primer aspecte i una primera interpretació de la fi de la salut en mans de la biotecnologia. Una instància a considerar és el desenvolupament perfeccionat de les tècniques de diagnòstic genètic molecular, el qual es vincula amb raó a una revolució en tota regla en la medicina, l'anomenada *medicina predictiva*. No és cap exageració suposar que, després de ser sotmès a una simple revisió genètica rutinària, ningú no estigui lliure de predisposicions a determinades malalties, amb la consegüent bateria de mesures profilàctiques recomanables. O suposar com a mínim que tothom en sortirà sabent el seu grau de susceptibilitat en relació a les afeccions més comunes, amb la natural preocupació. D'altra banda, és impossible que ningú sigui ben bé normal quan se'n coneixen les particularitats genètiques i la seva combinació específica única en cada individu. La individualitat genètica és, per tant, en aquest esquema, la causa última responsable de la patologia, o, més aviat, és directament la patologia mateixa. L'escenari que emergeix és, realment, el de la fi de la salut, on tothom és alguna cosa així com un malalt virtual, un pre-pacient que ha de tenir alguna mena de cura o almenys de preocupació pràctica, més li val!, per la seva condició resultant d'un diagnòstic genètic pre-sintomàtic. Certament, resta la tènue esperança aquí d'una intervenció terapèutica de caràcter preventiu contra la predisposició, la susceptibilitat o la individualitat patològica; però això, més que anunciar el regnat de la salut, sembla preparar l'escenari molt improbable d'un regne de la humanitat

convalescent i en vies de recuperació d'una cascada ininterrompuda i intensiva d'intervencions genètiques.

Ara bé, de bon començament ja he advertit que volia anar més enllà de la interpretació ara descrita de la fi de la salut en l'era de la biotecnologia –no perquè aquesta resulti inadequada, que no ho resulta pas totalment, sinó perquè maneja un concepte de salut que estimo poc reflexionat: el concepte de la salut com a simple contrari de la malaltia. En última instància, la fi de la salut significa en aquest context que, paradoxalment, la biotecnologia acabarà incrementant el nombre de malalts o dels qui se senten malalts, que potser ens acabarà subsumint a tots en la categoria universal de malalts, culminant així el procés en marxa des de ja fa algunes dècades de *medicalització* de la vida humana.

Precisament al fil del fenomen de la medicalització –la tendència, en síntesi, a aplicar solucions mèdiques a problemes de naturalesa no mèdica– apareix una altra interpretació de la fi de la salut. Ja que, en efecte, quan s'esborra o esdevé del tot difusa la frontera entre salut i malaltia, entre normalitat i anormalitat patològica, queda obsolet el concepte de salut, i es diria que igualment el de malaltia. Amb tot, no és ben bé en aquest sentit que hem d'entendre la proposició de la fi de la salut com a complementària de la fi de la malaltia. La dissolució dels conceptes de salut i malaltia per la via de la medicalització expressa idènticament la dinàmica de triomf de la malaltia, d'un engrèixament gradual i imparable del concepte de malaltia, que, havent començat per la disfunció més o menys severa, continua engolint en la seva esfera les molèsties feixugues i no tan feixugues, les imperfeccions enfadoses, el desgast de l'edat, etc., en un descens sense aturador que arriba fins a les més lleugeres dificultats del viure. La fi de la salut que es contempla així, un fenomen en si mateix d'enorme interès i conseqüències, no respon tanmateix a una perspectiva de l'equilibri entre salut i malaltia, no representa la liquidació simultània de salut i malaltia, sinó que representa, d'una manera similar a la interpretació anterior, la universalització dels problemes de salut, de la malaltia en sentit ampli.

Quan la salut es pensa, tanmateix, a través del concepte complementari de la malaltia, la fi de la salut no es tradueix en una sobtada efervescència de la malaltia. Quan per salut s'entén l'equilibri precari i fràgil en què discorre i ha discorregut la vida de

la humanitat fins ara —un equilibri entre la presència i l'absència de les afeccions i disfuncions negatives, afligidores, incapacitadores, afeblidores, limitants, etc. que associem al concepte de malaltia, aleshores la fi de la salut en l'era de la biotecnologia significa sobretot l'amenaça a una «norma de vida» de l'ésser humà, a la normalitat indissociable del sentir-se bé o malament, de l'estar sa o de l'estar malalt. En un món sense patologies, què significaria estar sa? La resposta és simple: res de res. La salut i la malaltia haurien passat, totes dues, solidàriament, a millor vida. La serietat del repte a la condició humana actual que suposa la biotecnologia apareix des d'aquesta perspectiva amb tot el seu relleu i tota la seva transcendència. Ja que no es veu gens clar què resta de l'ésser humà si, per dir-ho d'alguna manera, li sostraiem la quota de salut i malaltia en el sentit ampli que he acordat a aquests conceptes.

Vist així, el menys important és arribar a esbrinar amb exactitud o simplement especular on pot arribar realment la biotecnologia aplicada a l'ésser humà: fins on resultarà efectiva, per exemple, la teràpia gènica i si algun dia aconseguirà d'eliminar la totalitat o part de les malalties genètiques; o fins on podrem millorar les nostres característiques físiques i mentals; fins on aconseguirem d'allargar la vida humana i en quines condicions aplicant els recursos biotecnològics disponibles, etcètera. Per contra, la qüestió que pren importància cabdal amb vista a la fi de la salut en el sentit explicat és *fins on volem arribar amb la biotecnologia*: quines malalties ens proposaríem d'eliminar si disposéssim d'una teràpia gènica prou poderosa; quines característiques físiques i mentals ens proposaríem de millorar si poguéssim i en quins casos; fins on voldríem allargar la vida humana, etc. Davant la perspectiva de la fi de la salut, és a dir, precisament ara que la biotecnologia —com el geni de la llàntia— es proclama disposada a satisfer aquelles aspiracions que fins ara cobejàvem o creiem que cobejàvem, el que cal és *reconfigurar la nostra aspiració humana col·lectiva*.

Jo diria que els canvis en la realitat han d'implicar paral·lelament canvis en les expectatives de futur que es projecten i en les il·lusions que es cobegen, un emplaçament que ha estat recomanat sempre amb el nom de sensatesa. Els avenços tecnològics i biotecnològics *constreñen a* madurar, però, malauradament, no produeixen per si sols aquesta maduració. Tot el que ara ens és a

l'abast o és fàcil d'imaginar que pugui ser-ho aviat, constitueix en conjunt un estadi que resulta ser el punt d'arribada d'ambicions i esperances que foren mobilitzadores i orientadores en *un moment diferent* del passat. Això ens obliga a demanar-nos el profit que ha de reportar-nos l'aplicació de les nostres capacitats biotecnològiques presents en funció de valors potser ja periclitats –i ens obliga a preguntar-nos, sobretot, la conveniència de convertir en la nostra orientació fonamental la realització d'uns somnis que potser ja no són, no poden ser o no han de ser els nostres.

Conclusió

La hipòtesi de la fi de la salut sembla contenir com un últim avís que la biotecnologia no està capacitada per a distingir entre el que la salut o el benestar és des del punt de vista de l'existència humana i el que és des del punt de vista del desig o l'aspiració humana –o, dit d'una altra manera, que la biotecnologia de la salut no pot evitar confondre realitat i ficció.



Dr. Miquel Montserrat

COMUNICACIÓ

Oriol Farrés i Juste: *La salut com a problema sistèmic*

La filosofia i la salut es relacionen de diverses maneres. Si donem una ullada als textos filosòfics de la Grècia de l'antigor, veurem que la salut era, normalment, una de les condicions per a l'autarquia, l'autosuficiència individual i col·lectiva. De fet, la mateixa filosofia, en la mesura que pressuposava temps de lleure i la satisfacció d'una sèrie de necessitats, també depenia de la salut. Aristòtil fou un dels primers a constatar aquest fet. Deixant de banda els tradicionals problemes de la «salut del cos» i la «salut de l'ànima» propis del dualisme, el gaudi de benestar s'ha associat sempre a una vida plena, a un acostament a la felicitat. Com és lògic, doncs, ha estat un tema que sempre ha preocupat pensadors diversos, fins i tot després que la medicina adoptés el mètode científic i es dissociés substancialment de la filosofia. Aquí, però, tractarem amb mirada analítica algunes de les definicions de salut que actualment tenen un cert pes. El coneixement de la salut, un tema que poc o molt ens interessa a tots, també passa per la filosofia, ja que en aquesta el principal problema i tendència és, al cap i a la fi, el mateix coneixement. Vegem-ho d'una vegada, doncs.

No es pot negar que la salut, en lloc de ser concebuda com un fenomen aïllat, amb la seva pròpia lògica i les seves lleis internes, es va pensant cada vegada més com un afer global i col·lectiu. La salut no és solament un estat de benestar individual, el quocient de la relació individualitzada metge-pacient, sinó també el resultat de múltiples interaccions a molts nivells. De la visió simple i reduccionista de la salut entesa com a bé individual que consisteix, bàsicament, a no estar malalt, s'ha anat passant a una concepció més rica, més completa, en la qual intervenen una gran quantitat de factors, a part dels purament biològics. La salut sembla que va esdevenint un problema de tots, un problema en el qual estan implicats una bona colla de professionals de disciplines diferents. Té, doncs, una dimensió social acceptada. Amb aquest col·loqui, sembla que el problema de la salut ha arribat fins a la filosofia. Què hi pot aportar aquesta? Doncs, la reflexió conceptual, el problema de la definició i una mica de perspectiva històrica. A efectes pràctics, tot s'ha de dir, no gran cosa. Però, com hem plantejat al

començament, l'àmbit del coneixement general –i del coneixement sobre com utilitzar el coneixement– no és gens menyspreable.

La cèlebre definició de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) de 1948 deia: «la salut és un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència d'afeccions o malalties». En aquest enfocament s'hi palesa una voluntat de definir la salut d'una manera més ambiciosa que la mera «aproximació per via negativa» –en el sentit d'identificar-la amb el fet de no patir malalties. Però, d'aquesta manera, la salut es converteix en l'estat ideal de benestar al qual tothom aspira. La salut, així, esdevé quasi utòpica. Es constata el següent: si som massa exigents amb les definicions, aleshores no seran prou factibles, ja que no contindran cap exemple particular i passaran a ser meres idees formals, buides de contingut. Potser li passa alguna cosa semblant a la definició de l'OMS. Tal vegada és relativament senzill de detectar un estat de benestar en el pla físic, però a ben segur que no succeeix el mateix amb els plans mental i social. Com podem saber si una persona és del tot sana mentalment i social? A partir de quins criteris? La conseqüència de tot plegat és que la salut és vista com una qüestió de grau i no de tipus. Més o menys salut, això és tot. I sempre de manera aproximada.

Jordi Gol va definir la salut en 1976 com «una manera de viure autònoma i solidària». Si fa no fa, veiem que, en aquest cas, es repeteix el mateix problema d'abans. El nivell d'exigència de la definició és alt i, a més, els criteris que s'usen són difícils de quantificar i, en aquest sentit, no gaire operatius. De les definicions, hom esperaria que fossin funcionals. Ara bé, no es pot negar que la clàssica definició de J. Gol ja va en la direcció de comprendre la salut d'una manera més holista, prenent en consideració les relacions de l'home amb la resta d'homes i amb l'entorn. Aquesta tendència és força interessant, almenys per tres raons: fa dependre la salut d'una multiplicitat de factors de diferent ordre; motiva el compromís social en la lluita per assolir una major qualitat de vida; conjumina benestar individual amb sostenibilitat social i ambiental. El model bio-psico-social de la medicina és, a hores d'ara, un dels més recents per a l'estudi de la salut. En efecte, doncs, la salut va guanyant més i més espai teòric i, en conseqüència, es va emplenant de sentit.

L'Escola de Salern, creada en el segle IX dC, representa el mite fundacional de la medicina europea a l'Edat Mitjana. Li devem

una de les frases més populars de la història de la medicina: *Medicus curat, natura sanat* (*Regimen Sanitatis Salernitanum*). La podríem traduir com: «El metge té cura (tracta), però la natura guareix.» Val a dir que caldrien estudis fets amb deteniment per a veure com es concebia l'art mèdica a l'època medieval. Tanmateix, ara això només ens interessa de manera superficial. De fet, aquest aforisme ens proporciona una idea interessant. El metge, tradicionalment, vetllava pel malalt, el tractava, en tenia cura, però conferia a l'entorn en general la funció del guariment. És allò de «deixem que les coses segueixin el seu curs». Avui dia, en canvi, hom espera una curació ràpida per part del metge, amb una medicina molt medicalitzada, depenent de les grans empreses farmacèutiques, que actua sobre els símptomes i les evidències enmig de grans incerteses. La idea reduccionista d'un remei per a cada mal ha portat a una concepció massa tancada i sectària de la tasca mèdica. A més, el prestigi de la ciència en la nostra societat no ha contribuït gens a moderar les expectatives pel que fa a la tasca dels professionals de la salut. Diguem-ho clar: ells tampoc no poden fer miracles.

Medicus curat, natura sanat, conserva tota la seva vigència a condició que operem una inversió en les seves implicacions. De fet, el que abans entrava dins la categoria de «natura» s'ha anat transformant a gran velocitat. Actualment, caldria traduir la natura dels medievals per la paraula genèrica d'«entorn». L'entorn, la societat i el medi ambient, en les seves interaccions mútues, podran contribuir a la curació del malalt si són sostenibles. És per aquesta raó que la salut ha de comptar amb una definició sistèmica. En l'actualitat, la natura, entesa com aquell lloc verge, privilegiat i no tocat per la mà de l'home, ha desaparegut. Tota la natura té l'empremta de l'home, el rastre de la seva presència. Per tant, convé no crear forts desequilibris, no abusar de la influència col·lectiva que es té sobre el medi ambient. I, al mateix temps, convé que la societat tingui uns mínims garantits de benestar per a tothom. La sostenibilitat té una doble aplicació: social i ambiental.

El tractament que ofereixen els metges constitueix un conjunt de mesures pal·liatives que s'efectuen sobre el cos dels pacients per tal que es mitiguin els efectes de les malalties. En un sentit, és cert que contribueixen a guarir. Ara bé, la importància del medi és tota una altra cosa. Té a veure amb la prevenció. I aquí és

precisament on s'inverteix la dita tradicional: l'entorn ha d'estar prou conservat ambientalment i ha de ser prou sostenible socioeconòmicament perquè pugui contribuir a la prevenció de malalties. Les mesures de política sanitària, d'educació en la salut, de disminució de riscos socials, ecològics o laborals, de lluita contra la pobresa i la baixa qualitat de vida, d'informació sobre els efectes dels productes consumits i tota la sèrie d'iniciatives socials encarades a la sostenibilitat contribuiran, sens dubte, a fer augmentar el nivell de salut. La prevenció, forçant una mica les coses, seria homologable a la virtut dianoètica de la prudència en Aristòtil. Una prudència col·lectiva, tanmateix. Ara toca dir que el metge cura, però que l'entorn hauria de ser font de prevenció. Fet i fet, així és com entenem la idea que la salut serà sistèmica o no serà.

En el fons, l'apel·lació a la sostenibilitat no deixa de ser una reminiscència de la definició hipocràtica de l'equilibri com a senyal de salut i benestar. Ara, però, ja no és equilibri dels humors, sinó més aviat equilibri social i del medi ambient. Els indicadors de salut, com que els fenòmens són complexos, encara estan a mig fer. Tot i això, els indicadors de malestar, malaltia i abús en general són cada vegada més evidents. Potser encara no tenim clar què és la salut, però ens enfrontem quotidianament a la malaltia. Es pot dir, fins i tot, que ja la coneixem. Durant aquestes darreres setmanes, l'opinió pública ha estat molt atenta a la problemàtica de Flix, el poble de la Ribera d'Ebre que acull l'empresa Ercros-Erkimia. Quan es filtrà la notícia de l'existència d'una gran quantitat de residus a l'Ebre, entre els quals hi ha DDT, mercuri i urani, l'alarma social es va disparar. S'ha parlat dels problemes ètics, les mesures legals, les responsabilitats polítiques, el risc ecològic i les pressions econòmiques que pateixen alguns territoris de Catalunya. I si hi ha hagut un *boom* mediàtic també és, en part, perquè aquest escàndol repercuteix clarament en la dimensió sanitària. L'exposició a substàncies tòxiques –i fins i tot radioactives– és una amenaça evident per a la salut de la població de la comarca. L'abocament de residus per part de la «Fàbrica» –que és com els habitants de Flix anomenen la planta química– palesa el lligam que hi ha entre la salut i les esferes de l'economia, la sociologia i el medi ambient. Aquesta complexitat és el que hi ha a l'arrel del que anomenem «salut». Vet aquí el repte per al coneixement i la prevenció.

COMUNICACIÓ

Roberto Augusto Míguez (Societat Catalana de Filosofia): *La filosofia de la salut de H.-G. Gadamer*

En diverses ocasions durant la seva extensa i prolífica carrera Hans-Georg Gadamer s'ha ocupat del tema de la salut. Mai no va consagrar una obra a l'estudi d'aquesta qüestió, però ens va deixar una sèrie de textos breus, molts d'ells conferències, que poden donar-nos una visió de conjunt sobre les reflexions que aquest pensador va dedicar a aquesta apassionant problemàtica. Aquests escrits s'han reunit en un llibre titulat *L'estat ocult de la salut*¹. Sobre aquesta obra centrarem la nostra comunicació. A partir de les idees desenvolupades en ella intentarem mostrar les aportacions més interessants de la filosofia de la salut de Gadamer per intentar, d'aquesta forma, contribuir al coneixement d'un aspecte que es pot considerar secundari dintre el conjunt de la seva producció filosòfica però que creiem que posseeix un gran interès.

L'art de curar restableix l'ordre natural, no produeix res artificial, com pot fer la ciència. El metge, a diferència de l'artesà, «no realitza una obra concreta. La salut del pacient no pot considerar-se així. Encara que, per descomptat, constitueix l'objectiu de l'acció mèdica, la salut del pacient no és res "fet" pel metge»². A més, la salut és «molt més un fet psicològic-moral que un fet demostrable per les ciències naturals»³. Afecta també la curació la confiança del pacient en el metge i el seu grau de col·laboració amb ell, circumstàncies importants no valorades en l'enfocament dominant en la medicina moderna. Això el porta a la següent conclusió: «el concepte de metge eficaç i fins i tot genial s'aproxima, com en tots els temps, més al d'artista que al d'un home de ciència»⁴.

1. H.G. GADAMER, *Über die Verborgenheit der Gesundheit*, Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1993. Hi ha una traducció castellana: *El estado oculto de la salud*, Barcelona: Gedisa, 2001. Citem seguint la traducció.

2. *Ibíd.*, p. 33.

3. *Ibídem.*

4. *Ibíd.*, p. 35.

La salut és, segons Gadamer, «un estat natural d'equilibri»⁵. Aquest concepte serveix no solament per a entendre la salut, sinó que també pot aplicar-se a la natura en el seu conjunt. La pràctica mèdica «pot definir-se com un intent de reinstaurar l'equilibri alterat. En això consisteix la veritable “obra” de l'art mèdic»⁶. Aquesta intervenció «no pot considerar-se, en realitat, com un fer o un produir alguna cosa, sinó com un reforç dels factors que determinen l'equilibri. Aquesta intervenció té sempre un doble aspecte: el de constituir ella mateixa un factor de pertorbació o el d'introduir un efecte específicament curatiu en el joc dels factors que estan en balanç»⁷.

Un element important a l'hora de tractar una malaltia és el seu reconeixement per part de qui la pateix, idea que és fonamental per a la psicoanàlisi. Aquesta admissió seria relativament fàcil des d'un punt de vista científic, però es complica quan es concep la malaltia com un fenomen vital. Gadamer assenyala que aquesta admissió és especialment complicada en casos greus de demència, ja que qui pateix el mal «ha perdut la capacitat de prendre distància respecte de si mateix i d'admetre que està malalt»⁸. El procés de reconeixement és fonamental, perquè «la malaltia no constitueix, en primer lloc, aquesta comprovació que la ciència mèdica reconeix com a malaltia. És, abans de res, una experiència del pacient, per mitjà de la qual aquest procura alliberar-se d'aquesta pertorbació així com ho faria respecte de qualsevol altra»⁹. Aquest procés previ d'acceptació del problema és fonamental per a restablir l'equilibri de la salut.

El nostre autor considera que la tradició filosòfica en la qual està immers, com a continuador de Husserl i Heidegger, no ha prestat suficient atenció al tema de la corporeïtat. En relació amb aquesta qüestió, assenyala que el cos no es fa present fins que hi apareix una pertorbació. Tal com assenyala Plató en el *Fedre*, «el tractament del cos per l'acció del metge no és possible sense el simultani tractament de l'ànima» i «sense el coneixement de l'ésser

5. *Ibíd.*, p. 50.

6. *Ibíd.*

7. *Ibíd.*, pp. 51-52.

8. *Ibíd.*, p. 67.

9. *Ibíd.*, p. 69.

en la seva integritat»¹⁰. El paper fonamental del cos, per tant, no ha de fer-nos oblidar la necessitat d'un tractament integral que englobi la totalitat de l'ésser humà.

Una qüestió preocupant en la medicina és el tracte al pacient en les nostres societats modernes. El tracte directe amb el metge de família, que coneixia el nostre entorn i hàbits, ha estat substituït per una freda relació impersonal entre el metge i el pacient. La medicina desenvolupada en els grans hospitals pot convertir el pacient en un subjecte anònim que espera en una abarrotada sala d'espera. Per això «hem d'aprendre a aixecar un pont entre el teòric, que sap de generalitats, i el pràctic, que ha de modificar la situació sempre única del pacient preocupat»¹¹. Cada «cas» mèdic és únic, i no hem d'oblidar-ho si volem donar un diagnòstic adequat que no sigui sols la submissió a una llei general.

Tal com diu l'autor, «d'una banda, tenim el fet de veure i verificar amb ajuda dels procediments de mesura: una espècie de reconeixement, gairebé aritmètic, de com es pot exercir una influència sobre la malaltia. D'altra banda, hi ha el *tractament*, una paraula molt eloqüent i significativa. En ella es reconeix literalment el fet de tractar amb algú entrenat per a curar malalties. El "tractament" va molt més enllà dels progressos desenvolupats per les tècniques modernes. Hi són presents la mà que palpa, l'oïda fina, l'ull d'alerta del metge que procura ocultar-se sota una mirada consoladora. Hi ha moltes coses que es tornen essencials per al pacient en la trobada amb el tractament»¹² i que no hem de passar per alt.

Gadamer subratlla també la importància de la conversa en la medicina. El tractament es desenvolupa a partir del diagnòstic, i aquest requereix el diàleg entre el pacient i el metge. La xerrada entre ambdós forma part del tractament, ja que «representa el primer acte comú entre el metge i el pacient [...] que pot suprimir la distància entre ambdós»¹³. S'ha de tenir en compte que «tot pacient representa algú amb qui s'ha de procedir amb cautela, algú indigent i extremadament indefens. Davant aquesta distància, el metge i el

10. *Ibíd.*, p. 90.

11. *Ibíd.*, p. 111.

12. *Ibíd.*, p. 116.

13. *Ibíd.*, p. 142.

pacient han de trobar un terreny comú en el qual puguin entendre's; i aquest terreny comú el constitueix la conversa, únic mitjà capaç de suprimir aquesta situació»¹⁴.

L'hermenèutica, definida per Gadamer com «l'art d'interpretar», ens proporciona «la comprensió d'allò desconcertant en l'economia mental i espiritual de l'home»¹⁵; això la fa especialment vàlida per a la medicina i la psiquiatria. Aquest corrent filosòfic «intervé en tots aquells terrenys en els quals no n'hi ha prou amb la simple aplicació de regles. I aquest fet té una particular validesa en tota l'esfera de l'experiència amb l'altre, perquè pot succeir que un mateix no s'entengui o deixi de comprendre's a si mateix i als altres»¹⁶. Aquesta capacitat de comprensió que ens proporciona l'hermenèutica és un instrument de gran valor en la curació de malalties, especialment de les psiquiàtriques.

Per finalitzar aquesta comunicació direm que Gadamer destaca elements importants de la pràctica mèdica que no han estat assumits per una visió purament científica de la medicina; aquest és l'aspecte que ens sembla més rellevant de la seva filosofia de la salut. Considerar certs aspectes d'aquesta disciplina com un «art», subratllar la importància de l'acceptació de la malaltia i assenyalar alguns dels perills de la medicina anònima en les nostres societats modernes i globals, ens semblen també contribucions que poden ajudar-nos a comprendre aspectes als quals la medicina no ha prestat suficient atenció.

14. *Ibidem*.

15. *Ibid.*, pp. 178-179.

16. *Ibid.*, p. 179.

COL·LOQUI

Dídac Ramírez. S'ha dit que la salut, segons Gadamer, és l'estat natural d'equilibri. L'estat natural d'equilibri és també una perfecta definició de la mort. La Lluna està en un estat natural d'equilibri i la Terra està en un estat natural de desequilibri; però la Terra és viva –diríem malalta– i la Lluna està morta –diríem sana o que té salut, segons com s'emprin els termes–. Tenint present el que ha dit el doctor Miquel Montserrat, hi ha una contraposició entre salut i malaltia que, a vegades, no es pot prendre com una contraposició, perquè la frontera és difosa. Quan acaba la salut i quan comença la malaltia? No es pot precisar; ens perdem. Els aquí presents, estem sans?, estem malalts? Jo, ara, ja no sé si estic sa o malalt. Tots plegats diríem que estem sans; però, en sortir d'aquí, potser tots manifestarem algun mal. Finalment, dius: un està sa quan val per a alguna cosa. El valor és estar sa. Precisament, hi ha una relació en tot això. Jo em llevo i puc anar a la universitat i dic que estic sa. Potser estic sa; però, si l'endemà em diagnostiquen una diabetis, ja no estaré sa, sinó que estaré malalt; i si no me la tracto i moro, ja no estaré malalt. Doncs bé, prefereixo estar malalt i tractar-me la diabetis i que em computin com a malalt que no pas deixar d'estar computat. La conclusió que en trauria és que, com més malalts, més sana està la societat.

Jordi Sales. Explicaré un acudit tradicional de pares i de fills metges. Arriba un dia molt content el metge fill i diu al seu pare: «Saps?, he guarit l'hepatitis de la senyora López.» Li respon el pare: «Què has fet, desgraciat? D'on creus que ha sortit la teva carrera?» En escoltar la intervenció sobre Gadamer, recordava els sermons que feia Álvarez Bolado: això de l'hermenèutica i de filosofia existencial per als metges és cosa de filòsofs que agrada als metges. Hi ha una retòrica sobre la salut i, això, Plató ja ho sabia. Gòrgies deia que ell era més important que el seu germà, que era metge, perquè ell era qui convencia els malalts de prendre's o no les medecines, mentre que els metges només podien saber quin era el remei que calia per a una determinada malaltia. L'art de la retòrica és, per tant, més eficaç que el del metge. L'aspiració humana a la plenitud és una cosa molt manipulable per aquell que sigui una mica llest, ja que els homes aspiren a la plenitud. La conclusió que en trec és que el més sa és estar malalt de bon humor.

COMUNICACIÓ

Ramon Montanyà. *El consorci hospitalari com a model*

L'acoblament d'aportacions i esforços entre l'administració pública i les organitzacions socials —en definitiva, la relació i cooperació entre l'Estat i la societat civil— és el tema que es tracta de considerar i l'objecte de la meua comunicació.

La reflexió, de fet, parteix de la praxi, d'una praxi viscuda, per extreure'n alguna conclusió teòrica general. No pas a la inversa, com seria inferir alguna conclusió pràctica de la pura elaboració teòrica.

No donaré cap definició concreta de la societat civil. Crec que pot quedar sobreentesa sense el risc de confondre ningú.

Com se sap, l'apel·lació a la societat civil s'esgrimeix contínuament en el debat polític, tothom la vol defensar i enaltir, i ha arribat a ser una opinió comunament compartida la consideració que el seu enfortiment és una de les condicions bàsiques de la vida democràtica.

El terme *societat civil* d'alguna manera sorgeix de Hegel i de la contrastació amb el terme *estat*.

Des de la visió, hegeliana, l'estat esdevé un «déu sobre la terra», i la burocràcia pública, la «classe universal» devot del bé públic, capaç d'entendre allò que reclama el bé comú i de realitzar-ho a través de la política corresponent. Contràriament, aquesta visió, implica la d'una societat civil mancada d'aquelles capacitats. Els seus membres es mouen essencialment per interessos particulars i egoistes i només tenen accés a un coneixement escàs, local i dispersat, que ni ells poden arribar a articular.

És el plantejament contraposat i enfrontat al liberal, propi del pensament escocès de la Il·lustració —de Smith, Ferguson, Kettler i Forbes, entre altres—, el pensament d'una societat emergent en la qual els servidors de l'Estat i les organitzacions polítiques tenen un paper útil en determinades condicions, però on el principal potencial per al desenvolupament cultural, el creixement econòmic i l'estabilitat de la societat radica en la iniciativa i l'autocoordinació espontània dels individus que la componen, els quals són capaços de contribuir a l'augment del coneixement i es mouen per sentiments morals que s'equilibren i es reforcen mútuament.

El maridatge entre la societat civil i l'Estat no sempre ha estat prou harmònic, i ha oscil·lat des de les concepcions del liberalisme pur, en les quals l'Estat ha de reduir al màxim la seva intervenció en la vida social i s'ha de convertir en un àrbitre que intervé quan els conflictes de la societat civil fan indispensable la seva presència, a les concepcions en què l'Estat ha d'ampliar progressivament competències i intervencions: és l'Estat anomenat social o benefactor, i, també, l'Estat-providència.

A l'Estat espanyol la crisi de l'Estat-providència es produeix en un moment especialment difícil. D'una banda, la transició política des del règim totalitari a la democràcia impedeix en moltes ocasions assumir les experiències d'altres països més consolidats democràticament. D'altra banda, la crisi arriba quan encara érem molt lluny d'haver obtingut les quotes de qualitat de vida que podien exhibir els altres països europeus.

Teníem dèficits importants que obligaven a continuar fent, com en els altres països, una política de progrés, malgrat la crisi i les limitacions. Fos com fos, ni que sigui amb més retard, també a l'Estat espanyol es van evidenciar els límits de l'Estat assistencial, i s'hagué d'anar fent la mateixa reconsideració en profunditat que en els països europeus ja s'havia iniciat abans.

Quan l'home se sent plenament lliure i intenta aprofitar racionalment i responsable la seva llibertat, no hi ha mecanisme estatal que sigui capaç d'absorbir aquest fet. Per això, en una societat idealment madura, l'Estat tendeix a desaparèixer, i esdevé una institució de reserva. El reconegut principi de subsidiarietat aquí s'ha d'aplicar vigorosament. A l'Estat li pertoca de procurar que la societat el substitueixi de manera progressiva, reservant-se només allò que la societat, impulsada perquè s'autogoverni, no faci. Però, alerta!, la dinàmica de la societat civil i fins i tot la seva supervivència depèn en últim terme de les institucions apropiades i de les disposicions dels individus per a adequar-hi les seves conductes, i és indispensable que unes i altres siguin molt fortes per tal d'evitar una realització precària i feble de la societat civil. L'exercici d'autogovernar-se s'ha de fer bé per part de la societat.

És lògicament un repte considerable i apassionant, i aquí, per a guanyar-lo, disposem d'alguns avantatges. Catalunya sempre ha estat una societat sense Estat. Durant segles ha tingut una administració pública estranya i sovint hostil a la pròpia realitat

social i cultural; per això, històricament, ha hagut d'espavilar-se per sobreviure i s'ha forjat en la consciència ciutadana una forta desconfiança respecte als aparells de l'Estat i de l'administració pública. Amb el retorn de la democràcia i la recuperació parcial de les institucions polítiques pròpies, es va produir un canvi d'actitud. D'una banda, en veure's més propera i més pròpia l'administració pública, es va generar més confiança respecte del poder públic; d'altra banda, el pas del «fer país» al «fer política» també va comportar un cert desmantellament momentani de la societat civil catalana, i amb una certa raó es parlava de la crisi d'aquesta societat.

Després la societat civil ha tornat a emergir amb força a través de formulacions actualitzades.

El nostre és un país que no es vol definir pel seu Estat; d'aquí la importància vital de l'emergència enèrgica de la seva societat civil, empeltada en una tradició immensament rica i sòlida. Com a país ben estructurat, Catalunya té i tindrà administració pública, però no li cal la dèria estatista. La necessària i imprescindible administració de Catalunya s'ha de voler senzilla i àgil i imprescindiblement oberta a propiciar i facilitar organitzacions amb sistemes mixtos de participació i cooperació entre els sectors privats i l'esfera pública, estimulants les actuacions pròpiament privades, encoratjant-les a actuar amb responsabilitat i sentit del col·lectiu, amb sensibilitat especial envers el sector privat sense ànim de lucre de tanta tradició i vitalitat en el país: l'ampli espectre que va de les cooperatives de producció a les associacions, de finalitats tan diverses, i des d'institucions bàsiques com les mutualitats fins a les fundacions, que constitueixen un patrimoni extraordinari i inapreciable.

És imprescindible l'harmonització efectiva entre l'esfera pública i la societat civil. Les administracions han de facilitar les tasques i les plataformes i la societat civil ha de generar les iniciatives i la imaginació.

L'evolució de la societat s'orienta cap a la potenciació de nivells cada vegada més alts de solidaritat i de treball voluntari, i això ha de facilitar la millora del benestar, amb una esperança de vida més llarga, millor estat de salut física i més oportunitats d'interrelacions personals i de comunicació. El paper de la societat civil serà de donar resposta a aquestes demandes, i el de les administracions públiques, de canalitzar-les i ordenar-les, afavorint el seu marc d'actuació.

La resposta al repte del manteniment de l'Estat del benestar només es podrà donar avançant per la via de la societat del benestar, estimulante-se i potenciant-se des dels poders públics la solidaritat i el treball voluntari de les associacions i ONGs, i optimitzant els rèdits de la riquesa que significa el fet de poder disposar d'un gran nombre d'entitats privades que estan fent serveis socials, o completant tasques de les entitats públiques.

Les antigues fundacions que van crear i sustentar al llarg dels segles molts dels hospitals històrics de Catalunya, també han mostrat en la seva dilatada evolució una eficaç capacitat per a adaptar-se a les exigències de cada època. El diàleg entre la Generalitat i aquelles entitats ha fecundat i ha originat l'establiment de vincles molt positius, que han permès la creació dels consorcis hospitalaris i altres fórmules de conjunció, mentre segueix decididament el camí del reconeixement del protagonisme de la societat, que permet l'aprofitament d'un valuós potencial –de fet, les fundacions privades són típiques emanacions de la societat civil.

S'ha dit que el sistema català de la salut ha de facilitar la participació individual i comunitària com a fórmula per a aconseguir una responsabilització de tota la societat per a la millora de la qualitat de vida. Crec que està molt ben dit. Naturalment que s'ha de facilitar la participació de la societat, perquè és del tot imprescindible per a aconseguir el sistema sanitari que el país vol i necessita.

SEGON ÀMBIT

SALUT, CIÈNCIES I ART



Sra. Núria Cuxart, Sr. Joan López i Dra. Àngels Vives

SALUT I ENVELLIMENT

DRA. ANNA BONAFONT CASTILLO

Universitat de Vic

L'any 1977 el X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana donava a conèixer una nova forma d'entendre la salut, considerant-la com «una manera de viure autònoma, solidària i joiosa». Jordi Gol, insigne metge i humanista, impulsor de la reforma de l'atenció primària en el nostre país, deia: «la salut es dona quan hom va assolint la pròpia realització» (J. Gol, 1984:168). Des d'aquesta òptica global, la salut forma part de la condició humana quan s'entén com un procés dinàmic que es desenvolupa al llarg de la vida, partint de les potencialitats individuals en relació a un mateix, l'alteritat i el context sociocultural on viu. No es basa en la dualitat salut/malaltia, sinó en la complexitat de l'ésser humà, en totes les seves dimensions.

Implícitament reconeix que, per a poder valorar la situació de salut d'un individu, cal conèixer també la percepció subjectiva de benestar i quines són les capacitats de les quals disposa per a decidir i menar la pròpia vida.

L'Organització Mundial de la Salut, a finals de la dècada dels noranta, va adoptar la perspectiva de cicle vital com un dels aspectes clau de l'estudi de la salut durant l'envelliment, posant de manifest la perspectiva temporal i social de la salut humana. Riley (1994) defensa que la percepció de l'envelliment individual és el resultat de la interacció entre dues forces o grups de processos que s'influeixen mútuament: a) els processos biofisiològics i psicosocials del desenvolupa-

ment humà, és a dir, l'experiència viscuda per cada subjecte, i els processos socials de canvi estructural i històric que han condicionat la seva trajectòria de vida.

També Bernice Neugarten (1973) parlava de les tres dimensions del temps durant l'envelliment: a) en primer lloc, el *temps de vida*, relacionat amb el temps cronològic, del qual formen part les experiències viscudes; b) segonament, el *temps social*, relacionat amb les representacions socials de l'entorn cultural on es desenvolupa cada subjecte, així com l'estatus i el prestigi que cada cultura atorga a la gent gran; c) i finalment, el *temps històric*, que es caracteritza pels esdeveniments socials, econòmics i polítics que han influït en el recorregut vital de cada individu.

Així, doncs, la perspectiva del cicle vital reconeix que les experiències, passades o presents, estan mediatitzades per l'entorn social, econòmic i cultural. En epidemiologia, aquesta perspectiva s'utilitza per a poder estudiar els riscos físics i socials presents durant la gestació, o fins i tot abans, la infància, l'adolescència, la joventut i l'edat adulta, els quals poden afavorir l'aparició de malalties cròniques en etapes posteriors de la vida. Durant els primers anys de la vida, les principals causes de malaltia o de mort són les malalties transmissibles, les malalties maternes o perinatals i els dèficits nutricionals. Al final de la infantesa, durant l'adolescència i la joventut, les lesions i les malalties no transmissibles assumeixen un paper important en la morbiditat, mentre que a la meitat de la vida i en els anys posteriors ho són les malalties cròniques i degeneratives.

L'evidència empírica posa en relleu que els orígens de les malalties cròniques, com és el cas de la diabetis o les malalties cardíques, comencen en la primera infància o fins i tot abans. Segons els experts de l'OMS, l'objectiu de la perspectiva de cicle vital és identificar els processos biològics, comportamentals i psicosocials que modulen la salut per tal d'intervenir de forma preventiva en les etapes primerenques.

Des d'un enfocament psicològic, les teories existents sobre el cicle vital consideren que existeixen períodes crítics associats a determinats moments del procés de desenvolupament humà, en els quals l'exposició a certs riscos ambientals pot ser molt perniciosa per a la salut global i afectar-la a llarg termini. No obstant això, estan mediatitzades per la personalitat de cada subjecte, les actituds, els hàbits i els valors per a afrontar la vida.

Si tenim en compte l'envelliment, la perspectiva de cicle vital deixa constància que l'envelliment és un procés individual i únic, atès que el vell, abans que vell, és un subjecte que ha fet tot un recorregut de vida previ en un context sociohistòric concret. No és el mateix una dona gran que va néixer a Catalunya l'any 1920, que aquella que va néixer en els anys cinquanta. Les oportunitats vitals que ha tingut, el context polític, cultural i econòmic en què va viure la seva infantesa o joventut, no són els mateixos que la generació nascuda l'any 1950.

En la segona Assemblea de les Nacions Unides sobre l'envelliment, la qual es va dur a terme a Madrid, l'any 2002, l'OMS va presentar el document *Envelliment actiu: un marc polític*, el qual havia estat debatut àmpliament per experts de diferents països d'arreu del món, sota la direcció de Peggy Edwards, assessora de Health Canadà.

El document parteix del supòsit que, perquè l'envelliment sigui una experiència positiva i es pugui viure amb plenitud, ha d'anar acompanyat d'oportunitats continuades de protecció de la salut, de participació en l'entorn i de seguretat, quant a accessibilitat a les prestacions, ajuts i serveis. Així, doncs, l'envelliment actiu i satisfactori seria aquell que permet desenvolupar al màxim el potencial físic, social i mental, participant en la societat, d'acord amb les pròpies necessitats, interessos o desitjos, mentre es proporciona protecció, seguretat i cures adequades, en el cas que es requereixi atenció o suport del seu entorn.

Respecte a la societat, un dels pilars que sostenen l'envelliment actiu i satisfactori són els drets humans de la gent gran, dels quals les Nacions Unides (2002) n'anomena cinc: *Independència*, que inclou la satisfacció de les necessitats essencials per a la supervivència: habitatge, alimentació adequada, així com l'accés als serveis, les prestacions i l'educació, entre altres. *Participació*, entesa com el dret a participar activament en la formulació de polítiques que afectin directament el seu benestar, compartir la seva experiència i coneixements amb els altres i formar part de moviments o associacions. El tercer dret fonamental és l'*atenció*, o el dret de rebre cures personals, quan temporalment o definitivament es necessita ajuda de l'entorn, ja sigui a través de la pròpia família o dels serveis socials o sanitaris. L'*autorealització* fa referència a l'oportunitat de continuar gaudint de la vida a través del lleure, la cultura, la formació o altres activitats. Finalment, el cinquè principi és la *dignitat*, que afirma que les persones grans han de viure d'una manera digna i segura, sense veure's sotmeses a maltractaments físics, psicològics o econòmics i ser tractades amb respecte i com a persones adultes, amb capacitats per a decidir sobre la pròpia vida, sempre i quan es conservin les seves capacitats mentals.

Per al grup d'experts que van elaborar el document, els factors que determinen aquest envelliment satisfactori són d'ordre molt divers i intervenen directament en la complexitat de garantir viure la vellesa amb plenitud. Dels resultats empírics que s'han obtingut fins al moment, no és possible atribuir a una causalitat directa cap d'aquests factors determinants. Tanmateix, cada un d'ells o la interacció entre ells actuen com a predictors de les condicions de vida i de salut durant l'envelliment.

Els factors determinants d'un envelliment satisfactori s'agrupen en sis categories: 1) els que estan relacionats amb els sistemes de salut i les polítiques socials; 2) els factors

comportamentals, que tenen a veure amb les formes de viure de cada individu; 3) els factors personals, tant els que guarden relació amb la biologia i la genètica de la persona com els factors psicològics, innats o adquirits; 4) l'entorn ambiental; 5) l'entorn social, i 6) els factors socioeconòmics. Tots aquests factors, a la vegada, estan influïts per factors d'ordre transversal: la cultura on s'inscriu l'individu i el gènere al qual pertany.

Certament, la cultura que ens envolta té una marcada influència en la forma com envellim. Les representacions socials de la vellesa, la forma d'imaginar o interpretar el que significa «ser vell», ja sigui a través de les nostres experiències o dels missatges que ens arriben dels mitjans de comunicació, les arts o la interrelació amb els altres, són percebudes, reinterpretades i introjectades de manera que condicionaran les nostres actituds davant del propi envelliment o el dels altres.

En les societats més desenvolupades econòmicament i tecnològicament, que també són les que tenen una proporció més elevada de gent gran, els valors socials predominants s'organitzen al voltant del treball i la productivitat. En conseqüència, socialment té més valor el que representa la imatge «jove», com a contrapunt del que representa la imatge de «la vellesa». Els fils conductors d'aquestes dues imatges contraposades s'articulen en base a dos eixos: *Productivitat/No productivitat i Acceleració i Alentiment*. Segons Teresa San Román (1989), la valoració social d'un determinat col·lectiu s'expressa mitjançant el prestigi i l'estatus social que ocupa. Segons ens diu ella mateixa en el seu llibre *Vejez y cultura*, les persones d'edat avançada són devaluades progressivament per la societat, cosa que afecta l'autoestima de l'individu i condiciona les oportunitats que se li ofereixen. Aquesta actitud devaluadora i discriminatòria repercuteix severament sobre el tracte que reben i la qualitat d'atenció.

Posem un exemple. L'altre dia, una companya m'explicava que la seva mare, de setanta-dos anys, amb una greu afecció en ambdós genolls, la qual restringia severament la seva mobilitat, pràcticament no podia sortir de casa. Fa uns mesos va anar a trobar un especialista, el qual va indicar la conveniència de posar una pròtesi. Tanmateix hi havia una llista d'espera de dos anys. Certament, per a una persona gran, en aquestes condicions, dos anys és un temps d'espera molt llarg. La despesa sanitària que representa la inserció d'una pròtesi és elevada, però la urgència per a la persona és vital, de la mateixa manera que per a una persona més jove és vital un trasplantament sobretot si està en joc la seva vida.

Pel que fa al sexe, cal dir que tot i que l'esperança de vida de les dones és més elevada que la dels homes, també és cert que en les dues enquestes de salut realitzades a Espanya (1994, 2000), coincideixen les dades que ens mostren que les dones, en general, tenen una pitjor percepció del seu estat de salut que els homes. Ara per ara, les dones són les principals cuidadores d'altres persones grans amb dependència. D'altra banda, les dones d'edats molt avançades són el grup social que presenta un nivell d'analfabetisme més elevat, ja que formen part d'unes cohorts generacionals amb escasses oportunitats socials: la pobresa i la solitud condicionen severament les seves condicions de vida i de salut. Moltes d'aquestes dones han patit els efectes d'una mala alimentació, una salut reproductiva molt precària i unes condicions de treball difícils. El document de l'OMS (1998) *Mujeres, envejecimiento y salud: conservar la salud a lo largo de la vida*, preparat per Ruth Bonita per a la Comissió Mundial de la Salut de la Dona, posa en relleu que el gènere, que determina el valor social de les dones, els condiciona negativament un envelliment satisfactori.

A tall de resum, es pot afirmar que cultura i gènere actuen, doncs, sobre la resta de factors que influeixen en el procés d'envelliment individual.

Pel que fa a les cinc categories de factors que poden influir en la salut, citarem primer els que guarden relació amb l'accessibilitat als serveis socials i sanitaris, així com l'accés a la informació necessària per al manteniment de la salut i la prevenció de la dependència o les malalties. Aquests aspectes són fonamentals, no únicament durant l'etapa del final de la vida, sinó durant tot el cicle vital, i especialment en els períodes crítics, ja sigui per raó de l'aparició de malalties o bé per les crisis maduratives del cicle de vida.

La gran diversitat de situacions i experiències que viuen els individus, així com la complexitat del sistema sanitari i social actual, fan necessari que ambdós sistemes coordinin les seves intervencions per tal de poder garantir l'assignació del servei més idoni, si s'escau, per a cada cas i una atenció continuada.

De manera que la promoció de la salut, la prevenció de la dependència, la detecció de part dels professionals de la població gran fràgil o de risc, així com els serveis preventius, curatius o de suport, són alguns dels elements indispensables per a assegurar que les persones que envelleixen puguin incrementar els anys de vida viscuts amb un màxim de qualitat i seguretat.

El segon grup de factors que influeixen en la salut té a veure amb els comportaments que cada individu ha adoptat en les diferents etapes de la seva vida. És cert que els estils de vida i la relació amb el nostre entorn influeixen en la nostra salut, tant física com mental. Això no obstant, el *quid* de la qüestió rau en com en l'edat adulta podem modificar alguns dels comportaments que estan tan arrelats en les nostres formes de vida. En aquest sentit, l'any 1998 l'OMS va fer públic un document on es considera l'educació terapèutica com el conjunt de pràctiques orientades a facilitar que la persona adquireixi, de forma responsable, competències per tal de poder modificar els hàbits perjudicials i tenir cura de la salut, en col·laboració amb els professionals de la salut.

El document destaca la necessitat d'implantar programes de formació centrats en el subjecte, donant l'oportunitat que adquireixi un saber fer que li garanteixi un cert equilibri en la seva vida quotidiana. Aquest tipus d'educació ha de formar part d'un procés continuat i sistemàtic d'aprenentatge en diferents etapes de la vida i és especialment necessari en el moment que apareix una malaltia crònica. Ha d'incloure accions de sensibilització, d'informació i d'adquisició d'aprenentatges, però també ha de ressaltar el valor de la comunicació i de les relacions amb els altres. Aquesta perspectiva d'intervenció apel·la a la responsabilitat individual, retornant-li el reconeixement de les seves capacitats i compromís per a exercir un cert domini sobre una situació determinada i, en conseqüència, participar activament en el seu propi benestar.

Els determinants de la salut relacionats amb els factors personals reconeixen la influència de la biologia i de la genètica en el procés d'envelliment de cada subjecte. Tot i que el genoma humà té a veure amb la causa de moltes malalties, els factors mediambientals també influeixen en la seva aparició. Existeix un cert consens entre la comunitat científica que la salut i la malaltia són el resultat de la combinació entre la genètica, el medi ambient, l'estil de vida i la nutrició i, en bona mesura, també l'atzar.

Segons els pocs estudis longitudinals que s'han fet respecte al declivi del rendiment cognitiu en les persones d'edat avançada, molts asseguren que pot ser una conseqüència del desús, de la malaltia o de factors psicològics. Entre ells destaquen la pèrdua d'interès en l'entorn, la manca de confiança en un mateix o la pèrdua del desig. La confiança en la pròpia capacitat per a afrontar i adaptar-se als canvis i esdeveniments que afecten la pròpia vida o d'elaborar les pèrdues tant de persones significades com el declivi físic o la pèrdua de rols dins la societat, influeixen en la salut.

La quarta categoria de factors és l'adequació de l'entorn físic. És ben cert que un entorn físic que tingui en compte les

necessitats d'una persona gran pot marcar la diferència entre la independència i la dependència. Tot i no disposar de dades, les informacions de les quals disposem ens diuen que no és gens menyspreable el nombre de persones grans que viuen aïllades socialment i que no poden sortir de casa en funció de tres variables: la restricció de la mobilitat, la manca de suport extern, formal o informal, i el fet de viure en un habitatge sense ascensor.

Un entorn segur i accessible, lliure de barreres arquitectòniques i condicionat per tal d'evitar el risc de caigudes o accidents, és essencial per a garantir que la persona pugui escollir lliurement allà on vol viure.

L'entorn físic es relaciona en bona mesura amb el cinquè grup de factors determinants, l'entorn social. La manca de suport extern (ja sigui personal, material o emocional) s'associa a un major risc de morbiditat i mortalitat, però també amb la percepció subjectiva de benestar o, ans al contrari, amb la davallada de les capacitats, la pèrdua del desig de continuar vivint, l'abandonament personal i l'autoexclusió. La manca de vincles afectius, la soledat o les relacions familiars conflictives són una font d'estrès i de manca d'adaptació, mentre que les relacions significatives i el suport emocional són una font de satisfacció i d'enfortiment de la pròpia identitat.

Finalment, cal considerar també un altre determinant, l'econòmic. Tenint en compte un doble vessant: els ingressos i la protecció social.

Segons l'Observatori de la Gent Gran de l'IMSERSO, el percentatge de persones grans que l'any 2000 vivien per sota del llindar de pobresa a Espanya era aproximadament d'un 21%. La mateixa font diu que entre les persones que tenen més de setanta-nou anys, pràcticament un 29% viuen per sota del llindar de la pobresa. D'aquestes dades es desprèn que moltes persones d'edat avançada no tenen suficients ingressos per a accedir a una nutrició adequada o

a un habitatge en bones condicions. Els més vulnerables són aquells que no disposen de béns propis, a penes tenen estalvis i no disposen d'una xarxa familiar que els doni el suport material indispensable.

La protecció social de les persones grans en situació de vulnerabilitat, d'extrema fragilitat i de dependència és un dels reptes més importants que la nostra societat ha de resoldre de manera immediata i eficaç. Som encara molt lluny d'arribar als nivells de prestacions o de serveis socials que tenen altres països europeus, com és el cas dels països nòrdics. Certament, el nostre país va incorporar molt tard els principis bàsics de l'Estat de Benestar que es van imposar en bona part d'Europa després de la Segona Guerra Mundial. A casa nostra, la protecció social apareix com a dret universal l'any 1982 amb la primera Llei de Serveis Socials. En aquests anys s'ha avançat molt, però el camí per recórrer és encara molt llarg.

Durant el segle xx, a Europa, l'esperança de vida dels homes i dones s'ha allargat fins a uns límits que eren impensables als inicis d'aquest segle. Avui dia, en els països anomenats «desenvolupats» (on, paradoxalment, s'incrementen les bosses de pobresa i d'exclusió social), l'esperança de vida es mou entre 75 anys per als homes i 82 per a les dones. Malgrat que aquestes xifres ens fan palès l'increment de la longevitat d'un grup important de la població, encara són molts els polítics, comunicadors o científics que parlen de l'envelliment com un problema de la societat actual. A propòsit d'aquesta imatge social força negativa de l'envelliment, Gro Harlem Brundtland, de l'OMS, deia l'any 1999: «L'envelliment de la població és, sobretot, la història de l'èxit de les polítiques de salut pública i de les millores que ha suposat el desenvolupament social, tecnològic i econòmic...»

Per bé que són moltes les persones que arriben a edats avançades amb una pèrdua d'autonomia lleu, moderada o severa, també és cert que moltes hi arriben amb un nivell de salut excepcional.

L'envelliment no és, en si mateix, un problema; forma part de la condició humana. Ara bé, significa un gran repte, personal i social: personal, quant a, com a subjectes, el nostre recorregut vital és únic i irrepetible, i també depèn de nosaltres mateixos fer camí per descobrir què és allò que dóna sentit i valor a la nostra vida i actuar en conseqüència. La vellesa és, segons Erikson (1968), el final d'un llarg recorregut, on cal fer balanç d'allò viscut. Una actitud positiva davant el propi envelliment és aquella que reconeix i accepta el cicle de vida propi amb realitat, conscient de les limitacions però també de les oportunitats que un ha viscut, dels fracassos però també dels èxits, apropant els ideals a la realitat viscuda. És aquella actitud serena que fa dir: «Val la pena continuar vivint.» Al contrari, la desesperació és aquella actitud que ens mena a pensar que estem lluny d'haver assolit la nostra satisfacció vital i realització personal, que les circumstàncies en què hem viscut, és a dir, el món extern, ens han impedit de trobar satisfacció en allò que som o allò que fem.

Tal com diu Edgar Morin (2001), cal reconèixer que qualsevol subjecte és potencialment no sols actor, sinó autor, amb capacitat de *Cognició/Tria i decisió*. La societat no està pas lliurada solament, ni tan sols principalment, a determinacions materials; la societat és un joc d'*Enfrontament/Cooperació* entre individus subjectes, entre «nosaltres» i «jos».

Però també l'envelliment satisfactori és un repte polític, el qual significa crear o facilitar les condicions necessàries per què els homes i dones puguin arribar fins a edats avançades, gaudint d'oportunitats de participació en el seu entorn, de salut i de seguretat. Aquests són els pilars bàsics del document *Envelliment actiu: un marc polític*, que ha centrat la meua exposició.

Bibliografia

- BONITA, R. (1998), *Mujeres, envejecimiento y salud: conservar la salud a lo largo de la vida*. Ginebra: OMS.
- ERIKSON, E. (1968, 1993), *El ciclo vital completado*. Mexico: Paidós.
- GOL, J. (1984), «Ideología i actituds predominants en el nostre sistema sanitari. Bases conceptuals per a un canvi», en GOL, J. *Salut, Sanitat i Serveis Socials*. Barcelona: Publicacions de l'Escola de Treball Social.
- Help Age International (2000), *El sello de una sociedad noble: derechos humanos y personas mayores*. Londres: Help Age International.
- MORIN, E. (2001), *Tenir el cap clar: per organitzar els coneixements i aprendre a viure*. Barcelona: La Campana.
- NEUGARTEN, B. (1999), *Los significados de la edad*. Barcelona: Herder.
- Observatorio de las personas mayores. (2002), Datos estadísticos estatales y por CCAA. Informe 2002. Madrid: IMSERSO.
- Organització Mundial de la Salut (2002), «Envejecimiento activo: un marco político», *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. N 37 (S2), pp 74-105.
- OMS (1998), *Therapeutic patient education: continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases: report of a WHO Working Group*. Copenhagen: WHO.
- RILEY, J. W. (1994), «Más allá del concepto de vejez productiva. Cambios en las vidas y en las estructuras sociales». *Revista de Gerontología*, nº 3, pp. 202-206.
- SAN ROMAN, T. (1990), *Vejez y cultura*. Barcelona: Fundació La Caixa.

LA SALUT, LES INFERMERES I LES CURES INFERMERES

SRA. NÚRIA CUXART I AINAUD
Col·legi d'Infermeres de Barcelona

En primer lloc, agraeixo a les entitats organitzadores d'aquest col·loqui la invitació a participar en aquest fòrum anual que enguany heu volgut dedicar a la salut, agraïment que voldria fer arribar de manera especial a la Societat Catalana de Filosofia. És força habitual que en fòrums infermers hom convidi a participar-hi filòsofs, però us puc assegurar que no ho és gens que en fòrums filosòfics hom hi convidi infermeres. Per tant, moltíssimes gràcies per la invitació.

Una altra cosa és el repte que suposa. Per tant, i sense que hagi tingut la força per a renunciar-hi a temps, he seguit la recomanació –crec que era Horaci qui la feia– que diu: *Barreja un xic de follia amb prudència: hi ha moments bons per a perdre el cap*. Bé, he cregut que era un bon moment per a perdre el cap, i aquí em teniu.

En segon lloc, permeteu-me que faci algunes consideracions sobre el meu treball. Com vosaltres us podeu imaginar, la meva intervenció és fruit d'un encàrrec, fet i concretat a través del Dr. Ignasi Roviró –de tots vosaltres conegut– i del bon amic Joan López Carol –infermer amb una intensa trajectòria de contribució a la infermeria catalana– que em varen demanar que posés a la vostra consideració algunes de les reflexions que, en el si de la disciplina infermera, es plantegen en relació a la seva aportació específica a l'atenció per la salut.

És per això que, davant altres possibilitats més formals utilitzades en altres ocasions, he optat per un plantejament més personal, fruit d'una reflexió individual però excel·lentment nodrida per altres infermeres compromeses amb el desenvolupament científic i disciplinar de la infermeria que, a través de la seva producció científica o de la seva contribució en fòrums professionals o a través de converses mantingudes amb elles, han servit de base per a la meua intervenció i que citaré convenientment.

Espero, doncs, ser capaç de posar prou elements sobre la taula i que el meu compromís d'avui —no pas els futurs— comenci i acabi en aquesta reflexió en veu alta, perquè de ben segur s'ha de veure enriquida amb el debat entre tots vosaltres.

Fetes aquestes consideracions, permeteu-me que us presenti els objectius de la meua intervenció. Podrien concretar-se en tres:

El primer, fer un recorregut rapidíssim pel que és la professió infermera avui, de manera que us permeti situar-vos en les bases del seu exercici professional.

El segon, unes breus referències al fet de *tenir cura*, com el veiem, com el vivim les infermeres, atès que n'hem fet la raó de ser de la nostra professió.

El tercer, que al llarg d'aquesta intervenció sigui capaç de plantejar qüestions que es debaten en el si de la professió infermera, que entenem que en són trets diferenciadors i que esdevenen, en tot cas, aspectes fonamentals del desenvolupament disciplinar de la infermeria.

Per a complir el primer dels objectius, cal recordar de manera molt ràpida que l'origen de moltes infermeres catalanes i espanyoles en l'actualitat prové de la fusió forçada l'any 1952 entre infermeres, llevadores i practicants. Fusió desafortunada que va acabar en una denominació i en uns estudis —els d'Ajudant Tècnic Sanitari— que les infermeres intentem oblidar però que sobretot intentem que la societat obliidi.

Cal recordar també que, malgrat que la consideració social de què gaudia la infermera en els anys 1940-1950 era molt baixa –ja que la formació era escassa i existia una forta associació entre el rol professional i l'estereotip femení–, l'orientació de moltes de les infermeres d'aleshores i molt especialment de les catalanes era clarament orientada al *tenir cura*.

Les infermeres, les més perjudicades amb l'esmentada fusió, vàrem perdre dues coses fonamentals: el nom i l'objectiu professional¹: el nom d'*infermera* i el punt de referència que guiava i justificava les nostres accions. Ens embarcaren en una tasca destinada al fracàs, perquè no existia un model professional comú per a la majoria del col·lectiu o perquè n'havien adoptat un altre que no els corresponia: el biomèdic. En resum, ens van plantar un nom altament definidor. Definidor de la indefinició de la tasca que li era pròpia i de l'eix al voltant del qual devia haver-se estructurat i justificat la nova professió². Una professió que en molts altres països –nord i sud-americans i també europeus– ja anava construint-se a la manera que avui entenem la infermeria moderna.

L'any 1977, amb l'entrada dels estudis d'infermeria a la universitat, es permet una formació amb mires més àmplies i, sobretot, es fomenta que les infermeres comencin a construir un patrimoni d'escrits professionals: articles, manuals, treballs de recerca, entre altres; que les escoles d'infermeria passin a tenir una entitat professional pròpia i a compartir responsabilitats de la universitat en el terreny de la docència i de la recerca³.

1. R. ALBERDI CASTELL, «Las enfermeras para el tercer milenio», *Revista ROL de Enfermería*, 178, juny 1993.

2. *Ibid.*

3. R. VALLS MOLINS, *Història de la professió d'infermeria*. Textos docents, 66. Departament d'Infermeria Fonamental i Mèdico-quirúrgica. Divisió de Ciències de la Salut, Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona, 1998.

Amb la construcció de diferents marcs teòrics, l'aplicació del mètode científic —que nosaltres en diem procés infermer— i els nous dissenys curriculars, s'iniciava un camí de desenvolupament professional i la formació de les noves infermeres des d'una perspectiva ben diferent.

Avui les infermeres ens preparem amb il·lusió per a l'adequació dels actuals estudis al nou espai europeu i esperem veure resolta la vella aspiració de l'accés al segon i tercer cicle universitari sense haver de fer-ho a través d'altres estudis. De fet, ja són moltes les infermeres que s'han llicenciat en antropologia, psicologia, humanitats o sociologia, entre altres, perquè no els ha estat permès de fer-ho des de la seva disciplina.

Les infermeres, avui, treballem en moltes de les circumstàncies en què es troben les persones. És per això que les infermeres:

Orientem, guiem i acompanyem les persones en tot el seu recorregut vital (des que les persones neixen ajudades per una llevadora, a l'escola quan són infants, en el món del treball, quan ens fem grans, quan morim), fent especial atenció a aquells grups de població en situacions específiques on l'acció de la infermera és determinant (en situacions de discapacitat, o en situacions de pobresa o d'immigració, i moltes, moltes d'altres).

Ajudem o suplim quan la persona té un problema de salut a través de les activitats relacionades amb el desenvolupament de la nostra aportació autònoma. En base a una valoració de la persona, la infermera desenvolupa la seva tasca identificant una sèrie de problemes que són de la seva àrea de competència i emet un judici professional sobre la resposta de la persona, la família i la comunitat enfront de problemes vitals o problemes de salut.

Col·laborem amb les actuacions de diferents professionals a través d'activitats interrelacionades en l'àmbit sanitari, sociosanitari i social. Aquesta darrera, probablement la més coneguda, i, segur, la més estereotipada.

El centre d'atenció i objectiu de la tasca de la infermera ja no és un altre professional ni tan sols una situació patològica, sinó la persona que atén i els seus requeriments d'ajuda per a seguir un tractament o per a controlar o manegar adientment la seva patologia. És aquí la gran diferència i és per això que les infermeres diem orgullosament que *tenim cura de les persones*.

De fet, les dificultats que sovint hem tingut en aquest camí de la nostra professionalització han estat, entre altres, precisament per la naturalesa del nostre objectiu professional: *tenir cura*. Pel seu valor indeterminat i intangible i perquè la infermera l'ha hagut de recuperar com a objectiu professional.

Permeteu-me aquí una referència als treballs de la infermera Rosamaría Alberdi, que ens donarà peu a l'abordatge del segon dels objectius d'aquest treball— i que fa referència a les característiques i els elements que configuren la base sobre la qual se sustenta el desenvolupament de qualsevol professió i a partir dels quals aquesta autora ha aprofundit en la professió infermera (Alberdi, 2003).

La definició d'aquests elements —des d'una perspectiva general— la formula amb els termes en què ho fa la filòsofa Adela Cortina (1997) i que anomena el bé intrínsec. És a dir, allò que la professió proporciona de forma única a la societat i que constitueix un servei indispensable per al seu manteniment.

En base a aquesta premissa, la professió infermera ha evolucionat vertiginosament els darrers anys —i sempre a la meua manera de veure— en tres aspectes fonamentals: en la recuperació de *la seva orientació, en el seu acte i en el seu caràcter*⁴.

Intentaré explicar-me.

L'orientació: o del bé intrínsec de la seva professió.

4. Com anomena R. ALBERDI, *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental, *en el sentit ètic de la paraula*, Bilbao, 2004. No publicada.

S'admet de manera general que *tenir cura* significa ocupar-se, preocupar-se d'algú o d'alguna cosa. D'això de *tenir cura*, que en principi tots sabem què vol dir i fins i tot n'hem viscut l'experiència en algun moment de la nostra vida, les infermeres n'hem fet el nostre bé intrínsec, la nostra raó de ser, el nostre objectiu professional.

L'exercici de *tenir cura* té un destinatari evident, que és la persona. Això significa un coneixement molt profund del que és la persona i les seves múltiples dimensions.

Tenir cura d'una persona és vetllar pel seu desenvolupament integral, acompanyar-la des de diferents perspectives cap a la seva reestructuració global. Acompanyar significa caminar al costat, al mateix pas, respectant el seu ritme, vetllant aquest recorregut. Tan sols és possible *tenir cura* si existeix aquesta sincronització, aquesta complicitat.

Les infermeres entenem que l'exercici del «cuidar» és sols possible si es concep la persona com un ésser únic i singular i que els gestos, les paraules i fins i tot els ritus, en les sol·licituds de cura varien en cada context, en cada persona i en cada cultura. No hi ha una única manera de cuidar, ja que, en el marc on es desenvolupen les cures, cada relació és diferent, perquè els protagonistes són diferents. I és per això que les infermeres hem convertit en reivindicació tossuda que no es pot «cuidar» en sèrie sinó que exigeix individualitat.

El fet que *tenir cura* és més complex que assegurar el menjar, el beure, l'eliminar, la roba, la mobilitat o el descans de la persona. Tenir cura és també tractar de crear les condicions necessàries en l'entorn o adoptar actituds d'acompanyament i de suport que permetin que la persona destinatària de les nostres cures pugui conduir la seva vida d'una manera saludable i en base al propi criteri⁵. O potser hauríem de dir en base a la seva pròpia formulació.

5. A. BONAFONT I CASTILLO, *Tenir cura. Lliçó inaugural del curs acadèmic 1998-99*. Escola Universitària de Ciències de la Salut de la Universitat de Vic, 1998.

Diu Anna Bonafont⁶, una altra infermera que ha aprofundit molt en el significat del *tenir cura*, que aquesta expressió *tenir cura* engloba activitats quotidianes, és a dir, accions que garanteixen la satisfacció de les necessitats més bàsiques i indispensables per a la vida, però engloba també aquelles altres activitats que permeten de vincular-s'hi, com mantenir relacions significatives i gratificants, comunicar-nos amb els altres, gaudir de les pròpies realitzacions o adequar el nostre desig i les nostres expectatives a la realitat. *Tenir cura* és un fet quotidià, que implica la globalitat de l'individu i que cadascú aprèn a aplicar-se a si mateix a mesura que va adquirint autonomia per tal de garantir la pròpia supervivència.

Cuidar és un acte de relació i té un requisit previ: conèixer i comprendre la situació tal com l'altre la percep i la viu. La situació objectiva és una informació imprescindible, però el que s'haurà de treballar en el marc de la relació assistencial és la subjectivitat de la persona, és a dir, la seva visió del món, per tal de desvetllar-li l'energia i la voluntat de superació. *Tenir cura* és un acte de reciprocitat, perquè l'usuari rep un servei i el professional sanitari, a través de la relació, avança un pas més en la comprensió de la persona i de les pròpies potencialitats⁷.

Aquestes afirmacions d'Anna Bonafont ens donen peu a introduir el segon aspecte fonamental que caracteritza aquesta nova infermeria.

L'acte, el fer infermer o el contingut de les seves actuacions

Hi ha nombroses definicions del paper de la infermera, però una de les més utilitzades, pel consens internacional de què gaudeix, correspon a una infermera americana, Virginia Henderson, que podria resumir-se dient que la infermera

6. *Ibid.*

7. *Ibid.*

supleix la persona destinatària de les nostres cures quan es troba en una situació de manca total o parcial, temporal o permanent, de la seva capacitat física o psíquica per a realitzar per si mateixa les accions necessàries per a satisfer les necessitats bàsiques (que concreta en 14) i *ajuda* o *complementa* quan la resposta real o potencial de la persona vers una situació de vida pot ser apropiada però millorable.

És a dir, fem *per* la persona quan no pot fer-ho per ella mateixa, però també fem *amb* la persona quan cal, potenciant la força, la voluntat o els coneixements d'aquesta perquè pugui evitar perills, comunicar-se satisfactòriament o ocupar-se de la seva pròpia realització, entre altres coses. I tot això amb l'objectiu final que la persona assoleixi la seva independència, entesa com el nivell òptim de desenvolupament del potencial de la persona per a la satisfacció de les seves necessitats bàsiques d'acord amb l'edat, sexe, etapa de desenvolupament i situació de vida i de salut.

La seva funció no és, doncs, guarir la malaltia –malgrat que sovint contribueix a fer que així sigui–, sinó ajudar que la persona retrobi la seva força i desplegui novament les capacitats per a recuperar la seva quotidianitat o crear les condicions necessàries per a ajudar a viure fins al darrer moment. La seva fita és la independència i, de nou amb paraules d'Anna Bonafont, entesa com la responsabilitat i el dret que cada persona té de fer-se càrrec de la pròpia vida, a la seva capacitat d'escollir, de prendre decisions respecte de la seva salut o de les cures que ha de rebre i de participar activament en el procés de realització personal.

Aquest «acte», la infermera el desenvolupa amb tres factors determinants:

- En el que Alberdi⁸ anomena *zona fosca* referint-se a la part menys amable de les situacions personals, perquè es desenvolupa, quasi sempre, en l'esfera de la intimitat.

8. R. ALBERDI CASTELL, «La identidad profesional de la enfermera», *Revista ROL de Enfermería*, núm. 170, 1992.

- En el convenciment que està disposada a substituir l'altre, és a dir, la persona que no ho pot fer per ella mateixa, però deixant que aquest *altre* sigui i intentant ser ràpidament substituïda: és a dir, promocionant l'autocura.

- Situant la persona destinatària de les nostres cures com a subjecte (no pas objecte) capaç d'opinar.

El caràcter, en el sentit ètic de la paraula, és a dir, el conjunt de valors, d'idees morals, que formen el substrat des d'on desenvolupem la nostra manera de ser, les nostres *actituds* que condicionen el desenvolupament de les nostres *aptituds* i defineixen les nostres habilitats⁹.

Vull referir-me als valors que van constituint el caràcter de les «noves infermeres». Ni joves, ni grans. Vull dir noves. Vull dir les dedicades a tenir cura. Manllevant de nou un text de Rosamaria Alberdi¹⁰, les que entenen la salut com la possibilitat de desenvolupar les capacitats de cada persona i de col·laborar en el desenvolupament del seu projecte vital. L'autora proposa afegir al marc ètic de referència de les infermeres el de la bioètica, el valor de tenir cura entenent aquest com l'especial sensibilitat i interès per reconèixer i atendre les necessitats de les persones, d'acord amb la seva pròpia formulació. És a dir, com la perceben i com l'expressen.

El tercer objectiu, que és plantejar algunes d'aquestes reflexions que actualment es debaten en el si de la professió infermera en relació als seus trets diferenciadors i que esdevenen eixos del desenvolupament disciplinar de la infermeria, espero haver estat capaç d'expressar-lo al llarg de la meua intervenció.

Són molts els trets diferenciadors que ofereix la professió infermera. Segurament el principal consisteix, senzillament, en la seva pròpia raó de ser. El centre d'interès de la professió infermera és *tenir cura* de la persona, família o

9. R. ALBERDI, *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004. No publicada.

10. *Ibid.*

comunitat que, en contínua interacció amb el seu entorn, viu experiències de salut. Kérouac *et al.* van més enllà i determinen una pràctica infermera que s'ocupa del *design* de la cura, és dir, una cura que utilitza la reflexió, el pensament crític, la integració de creences i valors de la persona, el judici clínic, la intuïció i l'aplicació de coneixements.

Resulta contradictori que, per una banda, diferents organismes internacionals, estatals i autonòmics hagin fet aquesta anàlisi i la disciplina infermera hagi aconseguit un important nivell de desenvolupament (amb el potencial que això atorga a les infermeres com a agents de salut) i que, per l'altra, persisteixi el model sanitari preponderant, orientat a la malaltia i sota el prisma del paradigma biològicista, lluny d'una concepció holística de la persona que permeti una prestació integral de les cures infermeres. D'aquesta manera, el paper de la infermera es veu relegat a la realització de tasques que complementen la intervenció mèdica i tan sols amb moltes dificultats pot valorar l'estat de necessitats de la persona, les seves respostes humanes, el nivell de cures que requereix, intervenir per facilitar la comunicació, la protecció, l'educació, etcètera.

El concepte actual de salut i el model d'atencions per a la salut, que recullen les disposicions legals per tal de garantir el dret constitucional a la protecció de la salut i les que regulen les activitats del sistema sanitari, parteixen d'uns conceptes centrals de persona, entorn i salut que determinen un model d'atencions per a la salut centrat bàsicament en la promoció, educació, prevenció i readaptació, i no exclusivament en la curació de la malaltia. Aquesta concepció de la salut encaixa perfectament en la definició de la professió infermera.

La professió infermera ha avançat molt en el camí cap a nous aspectes del coneixement que s'apropen a la demanda que ciutadans i ciutadanes fan respecte als serveis sanitaris, sociosanitaris i socials. Les organitzacions sanitàries ho saben i hauran de tenir-ho en compte.

Bibliografía

- ALBERDI CASTELL, Rosamaría, *La identidad profesional de la enfermera*. Revista ROL de Enfermería, núm 170, 1992
- , *Las enfermeras para el tercer milenio*. Revista ROL de Enfermería, núm 178, juny 1993
- , *Un futuro de cuidados*. Conferència en el XXI Congreso Nacional de Enfermería en Salud Mental. Bilbao, 2004.
- BONAFONT i CASTILLO, Anna, *Tenir cura*. Lliçó inaugural del curs acadèmic 1998-99. Escola Universitària de Ciències de la Salut de la Universitat de Vic, 1998.
- COLLIÈRE, M. F., *Promover la vida: De la pràctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería*. Madrid: Interamericana, 1993.
- HENDERSON, Virginia, *La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años después*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1994.
- LUIS M. T., FERNÁNDEZ C., NAVARRO M. V., *De la teoría a la pràctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson, 1998.
- VALLS MOLINS, Roser, *Història de la professió d'infermeria*. Textos docents, 66. Departament d'Infermeria Fonamental i Mèdico-quirúrgica. Divisió de Ciències de la Salut. Edicions de la Universitat de Barcelona. Barcelona, 1998.

LA UTILITAT DEL CONCEPTE DE SALUT EN LA PRÀCTICA CLÍNICA

DRA. ÀNGELS VIVES BELMONTE
Congrés Català de Salut Mental

En primer lloc, vull agrair-vos la invitació de poder compartir amb vosaltres, aquí a Vic, unes hores de reflexió i debat sobre el tema de la salut.

La intenció d'aquesta breu ponència és destacar la utilitat, la practicitat, en suma l'ajuda que l'exercici de conceptualització al voltant de la salut ens procura en la nostra pràctica quotidiana. No es tracta d'un entreteniment de filòsofs, psicoanalistes o pensadors desocupats. Reflexionar interdisciplinàrment sobre la salut és un exercici imprescindible i que ha de generar salut i una millor pràctica assistencial en benefici dels pacients, així com una millor perspectiva per tal de fer una anàlisi crítica del sistema sanitari actual.

Això que sembla tan evident és, en realitat, una rara pràctica. Hom convoca poc, des dels professionals implicats en una responsabilitat sanitària, altres professionals per poder pensar junts què és això que en diem salut.

M'agrada especialment la manera en què Hans-Georg Gadamer pensa la salut. En el seu llibre *El estado oculto de la salud* introdueix la idea d'aproximar-nos a la salut com a misteri. Pensa en un equilibri de múltiples factors que va tractant al llarg de la seva obra, entre els quals destacaria la relació que un té amb la seva pròpia mort, l'experiència de la corporalitat, el paper de la natura i el paper de l'art i la creativitat, l'autoritat, la llibertat i l'art de curar.

Després d'aquesta citació, voldria fer un breu recorregut per les definicions que en el medi en què treballem aquí han estat més útils o, si més no, més conegudes.

En 1948, just acabada la Segona Guerra Mundial, l'OMS publica la seva cèlebre definició de la salut, rescatant-la de ser relegada a ser la mera absència de malaltia, per a ser tractada com un estat que contempla tres dimensions: la biològica, la psicològica i la social.

No em sembla casual que sigui just després d'una guerra que es mobilitzi pensament nou, per tal de veure si som capaços de comprendre millor què ens porta al desastre i per tal de rescatar-nos de la desfeta.

Aquest moment és important, en la mesura que ens proposa un canvi des de les idees de salut pública i higiene de finals del segle XIX i principis del XX, on ja és clara la dimensió del que és col·lectiu, del que és social, però aplicat a idees de contaminació, neteja...

La nova definició obre les portes a la consideració de la importància dels fets mentals, de la relació de les emocions amb la corporalitat i del que és col·lectiu, en el sentit de quina és la significació que l'individu té per als grups als quals pertany. Com està a l'escola o a la feina. Si té feina o està en atur, actiu o jubilat.

Tot aquest esforç, sabem que sovint queda en la caricatura que deia Benedetto Saraceno (responsable de SM de l'OMS) d'un dispositiu assistencial on el despatx del psiquiatre està al costat del psicòleg i del treballador social (l'infermer sovint no té ni despatx).

Aquesta molt bona definició de l'OMS en aquell moment, no troba una sustentació en un correlat teòric que ens ajudi a pensar aquest «sistema cos-ment-grup». No hi ha un desenvolupament teòric que ens permeti pensar de què parlem quan ens referim a la salut humana i com conèixer millor aquest sistema pluridimensional, quines lleis el regeixen, quina relació hi ha entre les diferents dimensions, etc.

És clar que, a pesar dels tics del dualisme ment-cos, hi ha una consciència que existeix una relació entre els esdeveniments corporals i els mentals. I, a més, hi ha una apetència per conèixer aquesta relació. L'èxit del pensament «oriental», entre altres coses, té a veure amb això: amb la capacitat de pensar i sentir un sistema cos-ment més integrat.

No obstant això, no tenim un nom per a aquest sistema. A la FCCSM tenim un grup de debat pluridisciplinar que treballa en aquesta línia. Denominar aquest sistema cos-ment-grup, posar-li un nom, per tal de treure tants guionets. (Al Japó sembla que aquesta realitat cos-ment té un nom precís.) Tenim un nom provisional (Sistema TEN) i volem continuar pensant com anomenar-lo, conèixer-lo, definir-lo, descriure'l, etc.

Trenta anys més tard, en 1976, el Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana en la seva XI edició (quaranta anys després de la X en 1936) després de la dictadura franquista defineix a Perpinyà la salut com «una manera de viure autònoma, solidària i joiosa».

En 1999, el Primer Congrés Català de SM «Què és la SM?» convoca filòsofs, periodistes, ensenyants, economistes, urbanistes, juristes, intel·lectuals, artistes... perquè necessitem pensar la salut des de molts vèrtexs. Es proposa de pensar la salut com un estat en què hi ha consciència d'un viatge cap a la mort, promovent, en aquest camí, bellesa i passió.

Altres definicions: Freud: la capacitat d'estimar i treballar.

Panorama sanitari actual

El panorama actual de la pràctica assistencial té poc a veure amb tot això. Té a veure amb uns serveis sobresaturats per una demanda excessiva per a la disponibilitat que tenen, uns professionals esgotats amb una excessiva medicalització de tot malestar, amb unes expectatives de trobar resposta ràpida i «científica» al malestar o a la malaltia.

En realitat, sabem que es treballa amb un raquític bagatge teòric que deforma la realitat i ens imposa empassar-nos la «píndola» que els avenços científics, en especial en el terreny de la farmacologia, ens salvaran de les malalties infeccioses, oncològiques, mentals... i ens portaran a una longevitat excepcional (vacunació/malalties autoimmunes, investigació genètica/poca investigació sobre el medi-radiacions...).

L'aspiració a aquesta matusalemització comporta forts ingressos a la indústria farmacèutica (per cert, la segona en potència econòmica després de l'armamentística i al davant de les petrolieres) i la ruïna del sistema públic de salut (pacients de més de setanta anys consumeixen antihipertensius, antidiabètics, anticolesterol, antireumàtics, calci, vitamines, hipnòtics, antidemència-parkinson...).

El raquític bagatge teòric comporta una lectura interessada i parcial dels avenços en la genètica i un estudi abusiu i simplista de la fisiologia corporal, a més d'una negació brutal de tots els aspectes mentals, relacionals, ètics i estètics implicats, tan necessaris per a recuperar la salut. Crec que no és científic, perquè és parcial, i això deforma la realitat que pretén tractar.

Així, doncs, sense tenir en compte els avenços científics sobre el medi, l'ecologia, la psicoanàlisi—el concepte d'inconscient que fa més de cent anys que està vigent, el paper que juguen les emocions en la corporalitat, sense tenir-la en compte—, proclamen les seves veritats científiques... caríssimes i que porten a la ruïna un sistema sanitari aconseguit per les lluites de ciutadans progressistes des de fa més de cent anys.

De manera que aquesta advertència cal prendre-la en consideració, no des del pessimisme, sinó des de la responsabilitat de tots nosaltres com a ciutadans, usuaris i els qui paguem aquesta despesa (el 25% del pressupost de sanitat és despesa farmacèutica).

El meu treball clínic

Voldria dir algunes coses respecte al fet que pensar la salut em resulta útil per a treballar amb els meus pacients.

En la meua presentació destacaria el fet que estic dins una associació dedicada a l'observació de nadons. És una tècnica utilitzada per a la formació de psicoanalistes i que consisteix en la visita setmanal d'un observador a casa on hi ha un nadó i la seva família. El material de l'observació és posteriorment recollit i treballat en un seminari.

La primera qüestió que se'n deriva, i no és banal, és que serà a partir de l'estudi d'una situació natural de creixement que inferirem com es fa el desenvolupament, i no partirem de la situació des de la patologia.

Naturalment que això no estalvia tot el treball personal, teòric i clínic que a un li permeti de fer reconeixible què és això que en diem ment, i la seva relació amb la corporalitat i amb els altres. Des de la meua perspectiva com a metge i psicoanalista, tracto de tenir en compte la complexitat d'aquest sistema, alerta al cos i a les seves lleis i manifestacions i també a la ment, igualment amb els seus funcionaments i manifestacions, i al grup de pertinença i les seves particularitats, sistema finalment transitat per l'inconscient.

En la formació de cadascú, un necessita construir una topografia de la ment, de les diferents instàncies, dels diferents funcionaments de cada una d'elles, dels elements constituents, de com es processen les emocions i els pensaments, de com s'introjecten experiències, de com s'evacuen o projecten, de com se separen, es refreden, es mantenen dissociades, s'obliden, es reprimeixen, s'integren. Quins són els mites funcionants, siguin universals, personals o familiars...

Després de conèixer com es dóna la salut, cal conèixer com es perd, com es dóna el procés d'emmalaltir. No des del causalisme, sinó des de com succeeixen les coses i, per tant, com es poden revertir els processos. I també com es manifesta la malaltia mental i la seva expressió clínic i fenomenològica.

Necessito tenir un concepte que em permeti de reconèixer tendències que porten a la recuperació de la salut. I això tant ha de valer per al pacient al divan com en una agitació psicomotriu al servei d'urgències de l'hospital.

Em resulta especialment útil observar el fet que el pacient es recupera millor quan pot viure i transitar pels parells d'oposats. Habitar, transitar de la bellesa a la lletgesa, de la serietat a l'humor, de la radicalitat a la moderació, d'allò pesat a allò lleuger, del dolor al plaer, de la tristesa a l'alegria, del repòs al moviment, i a la inversa. Fer-se conscient de l'altre pol i no quedar fixat en un dels pols. En aquest sentit, el concepte d'inconscient i la dimensió onírica és fonamental.

Buscar una síntesi creativa entre els dos oposats, com entre allò dur i allò tou surt allò tendre i entre l'alegria i la tristesa neix la serenitat i l'assossec.

A un pacient en què predomina l'obturació, la inhibició i l'aïllament, caldrà ajudar-lo a recuperar un relat de si mateix i de les coses que li passen i de la seva manera d'estar al món i de com viu el món.

A un pacient perdut en les coses externes, que no pot parar, en una permanent distracció cap a fora, en una adaptabilitat excessiva, caldrà portar-lo cap a dintre, cap al seu món intern, a descobrir tot el seu anhel de calma i tranquil·litat.

A un pacient confús, caldrà ajudar-lo a recuperar la separació de les idees i de les emocions i ajudar-lo a veure, tal vegada, la separació rígida i la intolerància a la incertesa. La creativitat, la música, la dansa, el cant són camins de salut.

Naturalment que en cada persona el camí de la recuperació de la salut és únic i intransferible.

Quan el que es tracta és una família (generalment amb nens, adolescents o trastorns mentals severs), en l'entrevista hem de crear un clima d'acolliment i de respecte, de reconeixement generacional i del lloc que cada un dels membres hi ocupa. Escoltar, tractar de donar sentit i significat al que cada membre expressa, etc., aquests són alguns dels elements que promouen salut i creixement.

COL·LOQUI

Ignasi Roviró: S'han dit moltes coses i molt brillants en aquestes intervencions. M'adreço a la senyora Núria Cuxart. En primer lloc, la felicito per la seva interessant exposició; però crec que ens ha explicat una situació massa ideal, quan el que tristament trobem és la realitat dels hospitals plens de malalts. Li plantejo dues qüestions. La primera: com s'atenen les persones, com es veu l'evolució, si només es veu la fragmentació? La segona: és tabú parlar de malaltia? No sé si és bo que les infermeres no parlin de malaltia. No sobredimensionem el paper de la infermera?

Núria Cuxart: Podríem muntar un col·loqui només per parlar d'això. La situació de la infermera és molt complicada. Evidentment que he parlat d'una situació ideal. Quan pensem en les infermeres, que, a la demarcació de les comarques de Barcelona, són moltes (unes 32.000), no pensem en les que estan només als hospitals. La feina de la infermera a l'hospital és la que veiem. Des del Col·legi d'Infermeres vam buscar la manera d'explicar què era la infermera. D'una banda, orientem, guiem, acompanyem la persona en el seu recorregut vital, i això no es fa a l'hospital, sinó que es fa en la comunitat, en les escoles, en els centres d'assistència primària, que és on es comença a veure la feina de la infermera de manera més àmplia, com he explicat. El cas de la infermeria hospitalària és complex, i ho és especialment perquè les persones que ingressen ara són cada vegada més grans i són més pluripatològiques; això, sens dubte, provoca un esgotament, com ha indicat l'Àngels. El tercer sector, que és el de les infermeres que treballen en l'àmbit sociosanitari, és minoritari. Pots trobar que, en una residència assistida o en una residència de gent gran, si és pública, probablement hi hagi una infermera i, si no ho és, amb dificultats. És un paper que sí que és ideal; és el paper que nosaltres volem i pel qual treballem, i és el que desenvolupem en algun dels aspectes, sobretot en l'atenció primària i comunitària, però de cap manera, i en això vostè té tota la raó, en l'hospitalari, que és el que probablement es coneix més. En l'assistència d'avis, si es públic, no hi ha gaires treballadors. Certament, no parlem de malaltia; i no ho fem perquè ara no tenim departament de Sanitat, sinó de Salut; per tant, parlem de salut i no de malaltia; i no ho fem tampoc, no

perquè no hi donem importància, ja que col·laborem amb altres professionals de la salut, principalment amb metges; però nosaltres no guarim malalties, ja que no és la nostra feina; contribuïm, això sí, que es guareixin; qui guareix malalties són els metges, que és el seu objectiu professional. Quan parlem en fòrums no infermers, fem èmfasi en la part de la infermeria, que té més relació amb la salut que amb la malaltia.

Jordi Sales: Primerament, agraeixo, per la seva saviesa i la seva bellesa, les seves intervencions. Una reflexió: ara parlaven que el departament de Sanitat s'ha de dir de Salut i el d'Ensenyament, d'Educació. Començaré per on ha acabat la doctora Vives: «viure i transitar el parell d'oposats». Aquí hi ha un problema que ens fa posar de molt mal humor. Hi ha un increment d'aspiracions: la definició de l'OMS és més bona que no feinejar traient malalties. Això és el mateix que ha passat a Educació: ensenyar coses, no; el que has de fer és educar la personalitat. Aleshores elevem el nivell d'adscripcions, amb la qual cosa elevem el nivell d'insatisfaccions, perquè estàs pensant possibilitats que no pots realitzar. A la dona que té una malaltia als genolls li diuen que se li pot posar una pròtesi, però que haurà d'esperar dos anys. El que s'està fent difícil és celebrar que tenim una educació global, que tenim un sistema de sanitat que no es tenia. Estem creixent conceptualment en el nivell d'aspiracions perquè estem en la realitat. S'ha dit aquí que hem d'entendre la salut com un viatge cap a la mort provocant bellesa i passió. Això és com anar un dilluns a fer classe a les vuit del matí si ha perdut el Barça. Aquest sistema d'incrementar la bellesa de les aspiracions s'ha de donar a la gent, que són els consumidors del sistema educatiu o sanitari. Porti el nen al col·legi o tingui un malalt a l'hospital, el que provoca de seguida és valorar el servei que hom li ha donat, perquè és client d'un servei del qual té dret. Tot és jutjat amb els conceptes que fem circular i la solució no s'ha de trobar en el fet de no fer circular aquests conceptes. Hi ha el gust pel concepte i el disgust de la realitat. Els dos canvis dels dos departaments són significatius: van per aquest sistema. Si el discurs, el polític o el que es pot pronunciar en un col·loqui com aquest, tendeix cap al món de llum de les definicions i de les aspiracions, anem a un dualisme gnòstic, perquè la realitat se'ns fa insuportable, perquè les classes són plenes de nois que estan

molt malament i els has de posar un servei de vigilància. A una infermera molt jove de la família, que havia començat a treballar en un hospital, li vam preguntar com estava. Ens va dir que estava molt bé i que hi havia bon ambient, tant per part dels metges com de les infermeres. Però, «i els malalts?», li vam demanar; i ens va contestar: «Els malalts són molt pesats». Els conceptes són bons, les planificacions són bones i el que prometen els polítics que faran com a servei al públic és el paradís. És el món de llum del dualisme gnòstic; però després hi ha una realitat que cada dia es fa més feixuga. Una associació que programa cursos va fer uns col·loquis parlant de l'escola i es demanava: «l'escola des de l'aula», que és la que aguanta la primera línia. Aquesta gent està cada vegada de més mal humor perquè, en aquest món de llums i tenebres, ells estan a la trinxera de la dura realitat rebent de tot arreu, i no poden fer una comunicació que realimenti les aspiracions. El que primer cal fer és ensenyar totes les cartes i dir el que tenim per civilització; perquè, contràriament, cada vegada que pensem en la línia de la llum, estarem més malament en la realitat, i arribarem a dir, com la infermera, que «la realitat és molt pesada».

Dídac Ramírez. Reprenc la intervenció del doctor Sales i la de la doctora Vives: «viure i transitar el parell d'oposats». Ahir vam parlar del parell d'oposats: salut-malaltia; i ens adonàvem, a partir de la intervenció del doctor Montserrat, on acabava la salut i on començava la malaltia. La doctora Vives ha destacat la zona intermèdia; ha posat l'exemple que és molt clar: dur-tou-tendre. Això m'ha agradat molt, perquè dóna llum. No hauríem, però, de fer èmfasi en els parells d'oposats, sinó en aquesta zona d'intersecció, que és on caldria treballar i cap on caldria anar, on caldria considerar-la i què caldria destacar. La meua pregunta és: en la zona salut-malaltia, quin seria l'equivalent a la tendresa i com es podria treballar per mantenir-la? D'aquesta manera evitaríem el neguit que ha esmentat el doctor Sales: no estar a la llum ni a l'ombra. Com que no estàs a la llum, t'ho passes molt malament. Si un no està a la foscor, però està en una tenebra que s'hi veu, i que li fan veure que això ja està bé –en la situació salut-malaltia–, potser estarà bé i, fins i tot, content. Si no, pensarà que està malalt.

Doctora Vives. Jo he simpatitzat amb això d'estar a la llum i després ens trobem amb tota la dificultat. En la línia que tu proposaves

—com fer creativa aquesta zona de trànsit— em venien al cap dues coses. En relació al tema concret de la llum, si tu mires un nadó, t'adones que està interessat per la llum; però està interessat per la manera particular com entra la llum: pels determinats jocs que la llum fa, la qual dóna una lluminositat, unes variacions en la projecció i que provoquen l'existència d'ombra i llum. Dic això perquè, seguint aquesta idea, en relació a la salut i a la malaltia que demanaves, penso que des de la transició de la malaltia a la salut i de la salut a la malaltia, creixem, aprenem. Hi ha tot un element de desenvolupament si aquest és un procés que el sabem fertilitzar com un moviment de coneixement. Normalment, es diu que els nens han crescut quan han estat malalts. En relació a la malaltia, tant la somàtica com la mental, és clar que et pot causar un deteriorament; però penso que, sovint, si hi ha una cura d'aquesta situació, es produeixen canvis i transformacions de creixement. Per aquí pensava que era la síntesi: crear un treball en aquesta intersecció salut-malaltia, en aquest anar i venir d'una situació a una altra que promou creixement. Però crec que, de la mateixa manera que cal estar en la intersecció, en el trànsit d'una situació a una altra, també s'ha d'estar bastant en els extrems. No sempre hem d'estar tebis, sinó poder-nos radicalitzar. Les persones que més m'ajuden a pensar són les persones que tenen una malaltia mental greu, no els depressius, sinó els qui pateixen un trastorn greu: els qui pateixen una autèntica bogeria. Són persones que et porten realment a un extrem i que t'ajuden a conèixer les coses com són: a conèixer-te i a mirar de treballar amb la dificultat d'existir i de fer. Jo pensava una mica per aquí.

Miguel Candel. Aquests col·loquis demostren la necessitat de la filosofia una mica per a tot. De fet, les tres ponències, encara que s'hagi parlat de temes de salut, eren fetes amb la metodologia filosòfica. Sempre m'ha cridat l'atenció que un dels trets clàssics típics de la gent que es considera que parla bé, i els ponents han parlat bé, és que descomponguin els conceptes en apartats. Això denota ment ordenada, sistema i mètode; i això és el que fa la filosofia tradicionalment, i això és crear idealitats, la qual cosa és necessària i imprescindible. No és cap ximpleria parlar d'idealitats. El que fem quanensem és idealitzar i jo, francament, no conec una altra manera de pensar que no sigui idealitzar, ja queensem a

través de conceptes que són sempre genèrics o universals, com es deia abans, i que no es corresponen amb cap cosa de la realitat, evidentment; és a dir, com a conceptes, no corresponen a res de la realitat i, en canvi, són necessaris per a pensar la realitat. Aquí rau, probablement, la paradoxa del coneixement humà. Una professió que no filosofa no és tal professió: és el caos de les experiències totalment caòtiques. Ara bé, també és cert que hem de ser conscients que aquestes idealitzacions són idealitzacions, i aquí està el problema. El científicisme, del qual s'ha parlat en una de les ponències, consisteix a confondre els models amb la realitat. Recordo allò de l'equació dels gasos perfectes que ens ensenyaven en les classes de física; de seguida et deien que no hi havia gasos perfectes. Naturalment, aleshores, preguntàvem: per què estudiar-ho? Perquè és l'única manera d'entendre com funciona un gas imperfecte, a partir de l'equació dels gasos perfectes. Només es pot entendre la realitat imperfecta a partir d'aquestes idealitats de perfecció. Cal tenir el criteri de distingir model i realitat o universal i particular, perquè tots dos són pols necessaris. També aquests són dos contraris necessaris per a crear, en la seva atenció, coneixement, realitat, etc. L'excés d'idealització porta a aquest concepte de salut absolutament utòpic, segons el qual, si aquest concepte de salut és prenguésser seriosament, als pavellons de maternitat, als hospitals, igual que es posa: «Fumar perjudica greument la salut», haurien de posar-hi el rètol: «Viure perjudica greument la salut», perquè viure és gastar una dotació inicial que et dona la natura. Com més vius, més gastes la vida: més t'estàs gastant la salut. Per això, la metàfora aquesta del trànsit cap a la mort és així: viure és morir; és el procés de morir, i mirarem de fer-ho com més agradable millor. Quan jo era petit, em sorprenia molt sentir la meua iaia dir, quan un moria, que «ja descansava». Això estava molt bé, perquè quan arribava cansat de jugar a futbol, al final del dia, descansava; però això em plantejava molts dubtes. Aquesta situació respon a la mitificació prometeica que es fa l'home de la vida, del que pot fer la vida, quan es troba amb el desengany profund que la vida no dona el que sembla prometre i, aleshores, diu: «Anem a descansar i deixem-nos d'històries, perquè això és insuportable.» Els malalts són pesats perquè la vida és pesada, perquè la natura és pesada, perquè tot pesa. Em va sobtar molt, quan llegia el *Tractat del cel* d'Aristòtil, que, d'una manera molt

crítica, diu clarament que la vida, els éssers vius i tots els éssers naturals en conjunt estan destinats a la desaparició, perquè els elements, en la seva cosmologia, es distribueixen d'una manera més o menys determinada en el món, per capes; i en els éssers terrenals, a l'esfera del món sublunar, es dona una barreja antinatural d'elements: barreja de foc, aigua, aire, terra, que per la seva naturalesa tendeixen a estar separats. Aquest equilibri que diem vida o món sublunar és transitori per naturalesa, perquè és un equilibri inestable entre coses que tendeixen al seu equilibri natural. Això és, gairebé, una anticipació del concepte d'entropia, que duu a la desaparició de tota forma de vida. Vivim en un procés d'entropia que porta, a llarg termini, a la desaparició de tota forma. Hem de ser una mica epicuris: el dolor extrem dura poc i el plaer extrem també, potser menys encara que el primer; per això, hem d'aspirar a aquesta zona intermèdia o, com a mínim, a saber gaudir, en els moments de dolor, en l'expectativa i en la memòria del plaer i, així, trobar la compensació d'una cosa amb l'altra.



Dr. Miguel Candel.

LA IMPORTÀNCIA DE LA RECERCA PER A LA SALUT

DR. ANTONI BAYÉS DE LUNA
Hospital de Sant Pau. Barcelona

1. Els avenços científics contemporanis

Ara és moda la filosofia. Diuen que, per a dirigir bé una empresa, cal ser filòsof. Els filòsofs no es quedaran pas sense feina. Amb la quantitat d'empreses que hi ha en crisi, és molt probable que els filòsofs tinguin l'oportunitat de demostrar la seva capacitat. La filosofia té molts aspectes de sentit comú i, per tant, és molt útil per a moltes coses de la vida.

Molts dels avenços científics també han estat fruit del sentit comú: no han estat producte de persones absolutament genials. En la ciència, imposar o imprimir el sentit comú és molt important.

Els avenços de la ciència, però, són molt recents. Es diu que el 90% de la ciència actual s'ha construït en els darrers quaranta anys. Si haguéssim de posar unes fites una mica transcendents, hauríem de dir que el primer que va fer millorar la salut dels éssers humans va ser la vacunació. L'invent de la vacunació va suposar la primera gran millora per a evitar, sobretot, moltes morts infantils. La segona gran millora va ser el descobriment dels antisèptics i dels antibiòtics, que van fer que se salvessin milions i milions de persones. I la tercera gran fita ha estat el descobriment de l'ADN: el descobriment de la constitució dels gens o del que fa possible que nosaltres siguem d'una manera o d'una altra.

Les figures clau d'aquestes fites són, respectivament, Pasteur, Fleming i Watson.

Gràcies a Virchow, hem sabut que el nostre organisme és format de cèl·lules. Jo he tingut la sort de comptar amb un exemplar de la primera edició del seu llibre *Die Cellularpathologie*, escrit en 1858, que va comprar el meu besavi quan estudiava, a finals del segle XIX. Durant aquest segle hem anat avançant en el coneixement de la cèl·lula: com podien ser, si podien ser normals, com atacar-les quan es posaven malaltes, etc. A mitjan segle XX es va descobrir que, en el nucli, en la part més íntima de la cèl·lula, hi havia els cromosomes, que eren formats per unes estructures molt llargues: cadenes amb unes línies en doble hèlix, que constitueixen l'ADN, i que diverses parts de l'ADN són els diferents gens que hi ha en el cos humà.

Jo he tingut la sort de conèixer la persona que ho va descobrir: Francis Crick. A vegades som una mica epicuris o una mica barrocs i fem les coses una mica exagerades i no anem al fons del problema. El Dr. James Watson ha acceptat de ser doctor *honoris causa* per la Universitat Autònoma de Barcelona, l'acte d'investidura del qual se celebrarà el 24 de maig del 2005, i s'espera que sigui un autèntic esdeveniment. S'ha dit que les grans persones que han canviat el segle XX han estat els germans Wright, amb l'aviació; Einstein, amb totes les teories de la relativitat i dels canvis del coneixement del cosmos; Fleming, perquè ens va introduir en l'autèntica lluita contra milions i milions de morts, i Watson i Crick, que van descobrir la forma que tenia l'ADN, que és la base de la vida i del genoma humà. Watson va dirigir durant vint anys la seva investigació i va renunciar a patentar-la. Això, des del punt de vista filosòfic, és important, ja que ell creia que un descobriment com aquest havia de ser tingut com un patrimoni de la humanitat. Va tenir una forta col·lisió contra els qui portaven el projecte del genoma humà i va dimitir de dirigir-lo perquè creia que no es podia

patentar, com tampoc no ho va creure Fleming amb la penicil·lina i, per això, va renunciar a la seva patent. Cal veure, doncs, com un científic pot arribar a ser altruista i poder dir que el que vol és que millori la humanitat.

2. Les malalties genètiques i la medicina predictiva

Jo he llegit la vida de Watson i és apassionant, perquè això ho va descriure a vint-i-quatre anys. Algun dels joves que són avui en aquesta sala podrà arribar a ser un Watson del segle XXI. Ell tenia aquesta espècie de força vital interior que tenen una mica els genis. Era americà i va veure que, al seu país, no hi trobava el que volia. A l'edat de vint-i-un anys, i just quan va haver acabat la carrera de química, se'n va anar a Europa. Buscava i buscava... Va anar a parar a Itàlia, on va conèixer Crick, que era un professor de Cambridge, i va començar la relació entre ells dos, la qual els va portar, al cap de dos anys, a descobrir la constitució de la vida, que és la doble hèlix d'ADN.

Diferents canvis en els gens que constitueixen les cadenes d'ADN poden permetre la guarició de moltes malalties. Hi ha malalties que anomenem monogèniques, que vol dir que hi ha un canvi en un gen que les provoca segur, com és ara, en cardiologia, la miocardiopatia hipertròfica, la qual, desgraciadament, pateixen els individus que fan esport –bàsquet, futbol...– i moren sobtadament practicant-lo, malaltia que és relativament freqüent en grups familiars. Si no hi hagués el canvi en un determinat gen, no hi hauria malalties monogèniques. Després tenim les poligèniques, en les quals hi ha una interferència entre el medi ambient i els gens més o menys modificats, entre les quals trobem el càncer de pulmó, del qual un en té la propensió genètica, però que, si no fumés, no es posaria de manifest, o bé els infarts de miocardi o l'arteriosclerosi, per a les quals hi ha una predisposició genètica, però que, si un manté un pes equilibrat, fa exercici

físic i es controla la pressió arterial, molt probable que no acabarà patint-la. Gairebé en totes les malalties, àdhuc en les infeccioses, pot haver-hi un component genètic més o menys important. Naturalment, pensar que, del coneixement del genoma humà, d'aquí a cinc anys, en sortirà la solució de totes les malalties és una cosa desgraciadament exagerada. Tanmateix, no hi ha dubte que els joves veuran importants i transcendents canvis. Anirem a un tipus de medicina que en diem «predictiva». Des del seu naixement, hom tindrà un sèrie de dades que permetran de dir-li que té gens equivocats i que cal mirar de corregir-los. Això, que és molt interessant, comporta també problemes ètics i bioètics que poden afectar la intimitat personal i la identitat de la persona, i que, naturalment, s'han de controlar i vigilar molt, ja que podrien ser molt perillosos, per exemple, per al futur laboral i professional d'una persona.

Entrem en una fase de la medicina predictiva en la qual intentem corregir els defectes genètics que hi ha i intentem la regeneració dels teixits. Les sargantanes, per exemple, si se'ls talla la cua, els torna a créixer; tenen uns gens disposats de manera tal que són capaces, si se'ls talla, de regenerar part del seu cos. Els éssers humans, en canvi, per desgràcia, si se'ls talla un dit, no el regeneren. Avui la ciència mèdica està treballant molt en aquest camp. En cardiologia, s'està començant a fer assaigs amb éssers humans, als quals se'ls injecten cèl·lules mare que proliferen i que, molt probablement, arribaran a suplir les cèl·lules que han tingut un infart. Un dels inconvenients de l'infart és que queda menys massa muscular per contraure i aquesta manca de massa muscular fa que la gent es cansi i que no pugui tenir tanta activitat. A l'hospital de Sant Pau, en un projecte en el qual també és protagonista el meu fill, que ha estat molts anys estudiant aquest tema als Estats Units, s'està fent un projecte amb una matriu d'uns polímers que estarien sembrats en cèl·lules mare i que substituirien la cicatriu de l'infart. Això no és

ciència ficció; és ciència avançada, amb període d'experimentació encara no portada als éssers humans, en dos grans camps de la investigació biomèdica: el de la regeneració de teixits i el de l'aplicació de teories del genoma humà.

3. L'estat actual de la recerca científica

Bé, i amb tot aquest devessall d'esdeveniments que hi ha hagut en la ciència, cal que ens preguntem: com està el nostre país en matèria científica? Parlem de Catalunya, naturalment, però algunes dades són de l'Estat espanyol. Hi ha una relació directa entre el nivell científic d'un país i el seu nivell econòmic. Els països pobres no fan ciència, no tenen la capacitat de fer ciència, cosa que no succeeix, generalment, en els rics. La ciència és també una qüestió de cultura científica: s'ha d'estar acostumat a saber que poden crear-se investigadors.

Farem algunes comparacions. Per exemple, si comparem Espanya amb Europa, Espanya dedica menys d'un 1% del seu PIB a la recerca i, a l'Europa comunitària, es dedica el doble de diners del PIB que a Espanya: a Espanya: 0,8%, i a Europa, més del 2%. Mirem el nombre d'investigadors que hi ha per cada 100.000 habitants: a Espanya n'hi ha al voltant de quatre o cinc, mentre que a Europa n'hi ha deu. És gairebé matemàtic: destino la meitat de diners; tinc, doncs, la meitat d'investigadors.

Jo conec bastant Suïssa i hi vaig bastant per temes de feina. La comparació entre Espanya i Suïssa em sembla molt interessant. Aquest país és un exemple de com s'han de fer les coses ben fetes en molts aspectes. Per exemple, el PIB que Suïssa destina a recerca és la meitat del que hi dedica Espanya. Suïssa té 6 milions d'habitants; en proporció d'habitants, dedica molt més a la recerca que el que hi dedica Espanya: Suïssa hi dedica 2,75 del PIB, i Espanya, un 0,8 – 0,9, quasi tres vegades menys.

Això és a causa d'haver-hi més universitats? En proporció, no hi ha més universitats en un lloc i en un altre; però

el que passa és que, a les universitats suïsses, treballen millor i amb més eficàcia. El nombre de patents espanyoles que van sortir aprovades per l'agència de patents americana entre els anys 1997 i 2001 va ser de 154; el de suïsses: 1.519: deu vegades més patents que les que han sortit d'Espanya.

A vegades em demanen: «Què creus tu que és cultura?» Cultura, per a mi, és el que se sap quan s'ha oblidat el que s'ha après. M'agradaria que aquesta idea de la patent fos el que se sap quan s'ha oblidat el que s'ha après de la meva xerrada. Els joves han de tenir il·lusió de fer patents, perquè això suposa fer progressar el país. Aquesta cultura l'hem haguda d'aprendre a fora, i quan l'aprens a fora i ets una mica gran, t'adones del temps perdut.

Quan una cosa ja ha estat publicada, ja no es pot patentar, perquè es considera de domini públic. Als Estats Units, que és un país que, en aquests moments, té una situació desagradable però que és admirable per altres motius, quan un jove té una idea i l'explica al seu cap d'empresa, i a aquest li sembla una bona idea, l'endemà ja hi ha un advocat per a signar la patent i presentar-la. Aquí, si vols presentar una patent, val molt més diners que als Estats Units i hi ha una feinada per a trobar qui te la presenti. Això fa que Espanya, a les agències americanes de patents, presenti un 10% de les patents que hi presenta Suïssa, la qual cosa té una repercussió en la llista dels científics més citats del món: mentre que Espanya en té 14, Suïssa arriba a 100. Molta de la recerca no la fa la universitat, sinó que la fan les empreses, les quals dediquen molts diners a fer-la, encara que al voltant de la universitat. Espanya no té cap multinacional entre les cent primeres del món. Estem contents del nostre país, hem guanyat molt...; però no tenim cap multinacional entre les primeres del món; en canvi, Suïssa en té quatre.

Quins són els reptes i les oportunitats que ha de tenir la ciència espanyola? En primer lloc, l'increment del pressupost.

El govern socialista actual va una mica per aquesta línia i tant de bo que això sigui veritat i es confirmi.

4. El funcionari i l'investigador

Una altra cosa és evitar els sistemes tancats. Tenim uns sistemes tancats de recerca i de comunicació considerables. Als joves, jo sempre els dic que han de viatjar: han de veure el que tenen al seu país i comparar-ho amb el que hi ha en altres llocs. Aquí hem estat tancats molt en nosaltres mateixos. Els qui som catedràtics som funcionaris: ja ho podem fer malament, que no ens treuen de la feina fins que ens jubilem. Encara que sigui un contrasentit, hem de dir que l'estatut de funcionari no funciona. I no funciona, perquè molta gent queda alçapremada en la seva situació i ningú no li pot demanar explicacions. Personalment, crec que no hi hauria d'haver l'estatut de funcionari; la ciència avançaria més si un investigador hagués de donar compte del que ha fet, cada quatre o cada vuit anys. S'ha d'anar a un sistema obert, com passa en els centres d'excel·lència d'altres països. Als Estats Units, als dos centres d'excel·lència més importants, Harvard i el Rockefeller Centre, no són funcionaris; a Anglaterra, a la Universitat de Cambridge, no són funcionaris; a Suïssa, a l'Escola Politècnica de Zuric, no són funcionaris; a França, a l'Institut Pasteur, no són funcionaris. Són gent que saben i que han de retre comptes a aquells que els han contractat, d'una manera periòdica, amb una responsabilitat, com passa en l'empresa privada.

Una altra cosa que s'ha de fer és intensificar les relacions universitat-empresa. Fa deu anys, si un universitari entrava en l'empresa privada, semblava una cosa sacrílega. Se li deia: «I ara! Tu ets un científic i t'has de dedicar a fer classes a la universitat.» Avui en dia, en canvi, es potencia la relació amb l'empresa privada; si no es fa, sembla que s'estigui antiquat. Aquesta és la línia que cal seguir i que sembla que

està quallant en l'Administració: incrementar el treball dels investigadors en l'empresa privada, involucrar l'empresa privada en la universitat i fer empreses mútues. En aquests moments hi ha fons europeus i agències que, si hom presenta un bon projecte de fer una empresa nova d'innovació i d'iniciativa pròpia, des de la mateixa universitat, pot aconseguir un bon recolzament. Són temps en els quals els joves poden pensar d'una manera optimista.

Ara bé, és imprescindible que hi hagi una independència del poder polític en la concessió d'ajuts. Els ajuts els han de donar les agències d'avaluació, i no comissions ministerials. Hi ha d'haver agències estatals que siguin responsables i independents que donin els ajuts a qui de debò se'ls mereix. Cal convèncer les empreses que s'ha d'investigar, i que això és bàsic per a innovar, i que innovar és bàsic per a generar empreses. Tot està relacionat. S'ha de fer veure als joves que la carrera de científic és atractiva; però cal que tinguin clar que ni els donaran molts diners ni tindran gaire prestigi. D'altra banda, s'ha de procurar que comptin amb un contracte laboral. Particularment, jo estic en contra de l'estatut del becari. El becari és una vergonya que arrosseguem des de fa molt temps; el qui fa recerca ha de tenir un contracte laboral, no un contracte de funcionari. S'ha de contractar per un període determinat amb possibilitat de pròrroga si s'acompleix amb la feina projectada.

Per acabar, diré dues coses, una dirigida als joves alumnes i una altra als professors una mica grans.

5. La figura del mentor

Als joves, us dono un consell o, si preferiu, una opinió o una reflexió: quan decidiu la carrera que voleu fer, és molt important que busqueu entre els vostres professors una persona que us dirigeixi: el que ara es diu un mentor, que és qui us ha de fer veure per a què serveix més. Tu, si vols fer medicina, el millor és que siguis un bon metge de família; tu,

en canvi, pots ser un bon cirurgià; i tu, un bon investigador... Cal discutir amb el mentor, comentar amb ell... Això és el que ha fet que els Estats Units hagin avançat molt, ja que l'individu no ha anat perdut. L'estudiant americà et presenta el seu mentor perquè el consideren part d'ell. A les nostres universitats, tothom va per lliure, tant els alumnes com els professors. El mentor és la persona que ha d'ensenyar-te com aprendre sol. Et pot ensenyar, àdhuc, aspectes una mica íntims, com quan hom ha d'enfadar-se i com ha de controlar les emocions. Aristòtil deia que tothom s'ha d'enfadar, però en el moment adequat, amb una causa justa i amb la persona adient. És necessari enfadar-se si fa falta; però si no tens tots aquests requisits, no cal. Un ha de saber triar la persona que l'ha d'orientar i que li ha d'inculcar les ganes de tenir imaginació. Einstein deia sempre que la imaginació és més important que els coneixements; el que importa és la imaginació: els coneixements es poden adquirir, però la imaginació, si no es fomenta, no es té. Heu de deixar-vos portar per la vostra vocació i fer el que vosaltres cregueu millor per a la vostra vida. Afortunadament, per a això hi ha els poetes, que estan relacionats amb els filòsofs. Maragall té un vers molt curt:

*Vigila, esperit, vigila,
no perdis mai el teu nord;
no et deixis dur a la tranquil·la
aigua mansa de cap port.*

A tots els estudiants us aconsello que no us deixeu mai dur a la tranquil·la aigua mansa de cap port.

6. L'expert

I ara acabaré amb una petita reflexió sobre els professors, que vaig escriure en un article publicat per la *Societat Catalana Acadèmica de Ciències Mèdiques*: «Són perillosos els experts?» En un article molt provocatiu que citava, s'hi deia que els experts eren perillosos i que s'havien de jubilar.

Va haver-hi un cert corrent que creia que això era així. Un bioquímic espanyol, Santiago Galasolia, que ara ha tornat d'Estats Units i que és a València, va dir una frase que queda bé: «La ciència avança massa poc perquè els experts viuen massa anys.» Els qui ens estem fent grans ens hem d'adonar que hi ha una gent jove que ens colla i que no ens han de treure per força, però que no hem de menysprear la seva presència. A vegades, els experts són perillosos. Si llegiu l'article, ho podreu veure. Són perillosos perquè controlen el poder econòmic de la ciència respectiva. A vegades, perquè són ajudadors dels seus deixebles i van en contra dels altres, controlen tots els comitès ètics i científics, i els comitès editorials de totes les revistes. Molts d'ells són tan savis que són incapaços de reconèixer que hi ha gent més jove que pugui tenir una idea més brillant que ells. Es fan vells i no se n'adonen, i aleshores poden ser perillosos. La cita era una provocació. És una bestiesa pensar que, si tu ets expert, precisament perquè ets expert hakis de plegar. Quan un individu ha arribat a la categoria de gran cirurgia i gran expert en cirurgia, no ha de plegar. Però sí que és veritat que els experts poden fer que la ciència avanci més a poc a poc del compte.

Bé, això és el que us volia explicar. No sé si era el que esperàveu d'un metge, cardióleg, de Vic, de la plaça de la catedral, que, per primera vegada, ha fet una conferència sense diapositives.

COL·LOQUI

Dídac Ramírez. S'obre el torn de preguntes.

Doctor Bayés. Sobre això d'anar a l'estranger, què hi dieu els joves? Digueu-me la vostra opinió: per què va tan poca gent a l'estranger? Perquè de beques n'hi ha. Nosaltres tenim un contracte amb la famosa clínica Mayo, a la qual podem enviar un cardiòleg jove un any. Des de fa cinc anys, no hi ha hagut cap cardiòleg que hagi volgut anar-hi, i això em fa molta pena. En el nostre temps, si haguéssim tingut aquesta oportunitat, ens hauríem tornat bojós. La millora de llocs de treball que hi ha en aquest país fa que la gent trobi de seguida feina, i això és una pèrdua d'oportunitats. El doctor Oriol Berenguera, exiliat a Mèxic, va escriure el llibre *Puestomanía*, en el qual criticava les ànsies terribles dels joves per trobar un lloc de treball. Jo sempre dic: no tingueu ànsia de buscar un lloc de treball; tingueu ànsia de saber, perquè aleshores no en tindreu quatre, sinó deu, de treballs. El que heu de fer és anar-vos a formar si és que creieu que us heu de formar més, perquè hi ha coses per a les quals ja no cal anar a l'estranger; en tot cas, s'hi ha d'anar per a aprendre l'anglès, que és una creu que ens ha caigut a sobre a tots plegats i que, per desgràcia, continuarà en totes les generacions futures, sense cap dubte. Amb això sol n'hi ha prou perquè un prengui la decisió d'anar-se'n un any a un país que parlin l'anglès. El futur vostre a Europa, sense anglès, és molt pitjor que el que tindreu sabent anglès. És així de trist, però és així de real. A més a més d'aprendre un idioma, que és indispensable, tindreu l'oportunitat de veure una altra cultura i un altre ambient. Ja no tenim aquell complex de creure que el que ve de fora és el millor. Jo dic molt als estudiants: sobretot, no us deixeu portar pels cants de sirena d'un lloc de treball. Quan un té una feina de metge en un hospital, costa més de renunciar-hi. El país no valora l'esforç que es fa en sortir fora: valora més l'antiguitat, les substitucions fetes a l'Institut de la Salut, que no pas que un individu estigui dos anys a fora; i això fa que la gent tingui una mica de por. Hem fet entendre una mica a l'Administració que la gent que surt a fora s'ha d'estimular perquè torni, i avui hi ha molts incentius. La meva il·lusió seria que tots vosaltres, en acabar la carrera, sigui la que sigui, planegéssiu amb el vostre mentor on podeu anar per treure

el millor profit d'un any o dos. Amb dos anys, un assimila tot el que li pot oferir un altre país; un any, en canvi, si no saps l'idioma, queda curt; si saps l'idioma, potser és suficient. Tot això són coses que us volia dir, però m'agradaria més que em féssiu preguntes.

Dídac Ramírez. El doctor Bayés ha introduït no un tema, sinó un munt de temes, i això fa que, a l'hora de pensar per on intervenir, hom es talli. Aquesta darrera intervenció m'ha fet pensar en l'acudit de Forges: un noi de cinquanta anys arriba tot content a casa i diu al seu pare: «Papa, ya tengo faena.» I el pare, que ja és al llit... A vegades no són tant els fills com el pares els qui volen que aquells trobin feina.

Doctor Bayés. Les mares es tornen boges perquè els fills trobin un lloc de treball. I els fills, que no les creuen gaire, en això els fan cas.

Dídac Ramírez. Hi ha beques, però són beques que, generalment, cobreixen només una part de l'estada, i això, de mica en mica, s'anirà arreglant. Els poders públics en prenen consciència i s'anirà arreglant. Pel que fa a la pregunta: «Són perillosos els experts?», els filòsofs no ens sentim al·ludits. El doctor Francesc Fortuny, que va morir aquest estiu i a qui dediquem aquests col·loquis, sempre deia que el filòsof, a diferència de la resta de professionals, és aquell que no és expert en res. No ens considerem experts en res i podem estar fins a arribar a la jubilació i més, si cal. A Espanya, la mentalitat era aquella de: «Que inventen ellos.» A alguns ens ha agafat amb el peu canviat. La investigació no és competència de la universitat fins als anys 80-85. Abans, la universitat no era competent per a investigar; una altra cosa era que es fes el que es fes; investigar era finalitat del CSIC. Als qui ja tenim certa edat no se'ns va preparar per a investigar i, de cop i volta, se'ns ha dit que hem d'investigar, i és veritat que s'ha de fer. El model que es preveu per al futur, tenint en compte aquesta pressió que hi ha, nacional i internacional, contemplarà l'existència de professors docents funcionaris i d'investigadors no funcionaris. Això seria una solució. Finalment, a la universitat hi haurà investigadors i docents, i docents i investigadors, però aquest darrers seran pocs. Això es pot veure en les places Ramón y Cajal i Serra Hunter. Estic d'acord amb el doctor Bayés que l'investigador no hauria de ser funcionari.

Doctor Bayés. Tots estem d'acord amb la idea dels investigadors i dels docents. Els filòsofs tenen més importància del que vosaltres voleu fer veure aquí. El món l'heu de canviar els filòsofs. Tots els canvis ideològics importants que hi ha hagut han sorgit dels caps dels filòsofs, de persones amb genialitat que han estat capaces de crear el cristianisme, el capitalisme, el socialisme, el comunisme... Els qui sou més perillosos sou els filòsofs, i ho heu estat sempre. El que passa és que, avui en dia, la gent té més capacitat d'abstraure i de jutjar. He de fer una conferència sobre qüestions de bioètica a l'Acadèmia de Ciències Mèdiques i tothom té una sensació que el que més compta és la dignitat humana, independentment de la seva religió. Tothom veu clar, i jo també, que no hem de ser bel·ligerants en la qüestió de l'ús dels embrions per a la recerca, quan aquests estan congelats i, si no s'utilitzen, parlant clar, s'hauran de llençar. De mica en mica, un va agafant consciència i fa menys seguidisme de les idees que els filòsofs havien imprès en els tres darrers segles, les quals havien fet canviar el món en molts aspectes. Jo crec que sou molt importants els filòsofs: sou capaços de moure les masses. Tant de bo els polítics fossin filòsofs, perquè el que fan els polítics és manipular les masses.

Miguel Candel. Per què no fan preguntes els alumnes? Ens hauríem de preguntar: per què no fan preguntes? Per què no volen sortir a l'estranger? Aquest país, em refereixo a Catalunya i a Espanya, és, des de Felip II, un país amb una llarga tradició de tancament a l'exterior, i això s'ha interioritzat. Amb l'estat de les autonomies, tinc la sospita que s'ha donat una versió moderna d'aquesta actitud, que ha estat la de crear una universitat a cada capital de comarca. Això és un disbarat, ja que s'han creat artificialment del no-res petites universitats: cada capital de comarca, per principi, i, en alguns llocs, més enllà. Si això s'hagués fet amb l'ambició d'especialització, es podria acceptar: no hi ha facultat de tal cosa; aleshores, la creem, per exemple, a Figueres. Descentralitzar una mica, d'acord, però no repetir. El que s'ha fet és multiplicar per ics el que ja existia en altres llocs; allò de la proximitat: portar la facultat on és la gent. Això ha recolzat hàbits que ja existien: treballar al costat de casa, o viure al costat de la fàbrica; l'exemple, el tenim amb les colònies de la conca del Llobregat. Això, en altres països, ja està superat des de fa molt temps. Un estudiant anglès que va

venir a fer un *Erasmus* a Espanya es va esverar de veure que no hi havia vida de campus, perquè els alumnes sortien de classe corrents i se n'anaven a casa seva, i a la universitat, entre classe i classe o a l'hora de dinar, no hi quedava ningú; i això és perquè la gent estudia al costat on viu. En canvi, a Anglaterra no hi ha cap estudiant que faci els seus estudis universitaris a la mateixa ciutat en què ha fet el batxillerat. És un costum social: tothom se'n va al més lluny possible dels pesats dels pares i fa la iniciació a la vida, cosa que aquí no es fa. Aquí es pretén que el noi vagi de la primària a la secundària no amb un mentor, sinó amb cinc mentors, si és possible, els quals tampoc no li ensenyaran gran cosa, i que després se'n vagi en una universitat al costat de casa, que d'allà no es mogui, i que acabi treballant en l'oficina sinistrea que hi ha al costat de la universitat.

Doctor Bayés. El que dius és molt cert. És veritat que, als Estats Units, tothom se'n va a estudiar lluny; és tracta de marxar ja des del començament. M'agradaria que em preguntéssiu els joves. Pregunteu per què són perillosos els experts, que això està bé. Aquests individus que ens volen subjugar. Teniu clar què voleu estudiar o no? Que aixequi la mà qui tingui clar què vol estudiar. Tu, què vols estudiar?

Montse Mercé. Vull estudiar farmàcia.

Doctor Bayés. Per què?

Montse Mercé. Perquè la meva mare és farmacèutica.

Doctor Bayés. Això és correcte. La tradició és una part del problema. Però la tradició t'ha de donar la vocació i no la seguretat econòmica.

Montse Mercé. Ho faig perquè m'agrada.

Doctor Bayés. Em sap greu dir-ho, perquè el meu pare també era metge. Quan s'hi fica la tradició, és una cosa correcta: és el que veus més. Té una part de veritat, però, sobretot, que no sigui que prens la decisió perquè tens la vida solucionada econòmicament, perquè pot ser molt avorrit fer de farmacèutic deu hores cada dia si no t'agrada; en canvi, si triés una cosa de la qual no tens tradició però t'agrada, pot ser molt divertit. Si t'agrada, endavant. Un altre. Què vols estudiar?

Toni Percerises. Vull estudiar biotecnologia.

Doctor Bayés. Això és una cosa que funciona. On l'estudiaràs?

Toni Percerises. A Vic.

Doctor Bayés. En aquests moments, et puc dir que es necessiten molts bioenginyers. Amb la UPC hi tenim molts contactes; estem treballant conjuntament amb el professor Pere Caminal; i ens hem de reunir moltes vegades, perquè no hi ha ningú que sigui bioenginyer. Tens un gran futur, però vés-te'n a fora; i després torna a estudiar a Vic, òbviament.

Dídac Ramírez. Vull dir que la Universitat de Barcelona és capdavantera en biotecnologia.

Miquel Montserrat. Aquí s'han dit coses molt dures a afegir al llarg camí de penalitats de qualsevol persona que es vulgui dedicar a la recerca. Dir que l'investigador no ha de ser funcionari, quan precisament ell, dedicat a una activitat de la qual mai no hi ha garantia d'obtenir un resultat, és qui més seguretat econòmica necessita.

Doctor Bayés. L'investigador ha de tenir un contracte laboral, però no un contracte de funcionari. Estem parlant de ciència. Als hospitals públics de Catalunya, ningú no és funcionari, excepte els antics hospitals de l'ICS, que volen abolir l'estatut de funcionari. Ha estat un fracàs, l'estatut de funcionari. Des del meu punt de vista, s'hauria d'abolir l'estatut de funcionari. La gent hauria de tenir un contracte laboral molt digne, que li donés la seguretat que, si fa la feina ben feta, encara que no obtingui resultats brillants, no el trauran, naturalment, a fora.

Miquel Montserrat. Pel que fa al tema de l'investigador que surt a fora, sortir no és el problema: el problema és tornar. Es donen situacions patètiques i, al final, se cerquen resultats que serveixin de mèrits per a aprovar unes oposicions.

Doctor Bayés. Això és el que no hauria de ser. Aquí hi ha una doble maldat: la maldat que hi ha funcionaris i la maldat que hi ha becaris; perquè ningú no pensa en els becaris, que tenen contractes

absolutament ridículs, la majoria d'un any, que es van repetint, i que no sé com aguanten, sense cap seguretat social ni res. S'hauria de fer una carrera d'investigador que comencés per diferents esglaons, no per antiguitat sinó per mèrits. El mínim que hauria de tenir aquest investigador és una garantia salarial digna i correcta, però no igual per a tothom, i si un arriba a un estatus molt bo, a partir de cinquanta anys, si ha estat fent això durant cinquanta anys, que ho faci fins que es jubili. Penso que, en la dècada de la creativitat de l'home, que són els trenta anys, hi ha d'haver el neguit de produir i no la mentalitat de «si no produeixo, és igual, perquè ja sóc funcionari; ni que vingui una hecatombe no em trauran». Entenc, però, la teva posició.

Miquel Montserrat. Jo també entenc la seva.

Doctor Bayés. Per a mi, s'hauria de crear una carrera de funcionari i una carrera de professional, amb contractes laborals per a tothom. He viscut unes oposicions com a membre de tribunal en el CSIC i ha estat una cosa patètica, perquè els qui es presenten estan en una precarietat terrible, i guanyar aquestes oposicions és pura loteria. Tothom qui val hauria de tenir un contracte laboral correcte i tirar endavant.

COMUNICACIÓ

Conrad Vilanou (Universitat de Barcelona): *L'ombra de Juvenal*

Sovint s'ha dit que les figures de Sòcrates i Hipòcrates (ambdós del segle v aC) no s'havien de donar separatament, perquè si el primer va tenir cura de l'ànima, el segon es va preocupar de la cura del cos. Aquesta tradició que troba en l'aforisme de Juvenal *mens sana in corpore sano* un inequívoc punt de referència, va experimentar a partir del Renaixement una espècie de fusió a través del metges-filòsofs que –en defensar la unitat psicossomàtica– es van preocupar de les qüestions relatives a la salut en la doble perspectiva de l'atenció físico-corporal i psíquico-filosòfica. Tanmateix, aquesta realitat ofereix una dimensió pedagògica en el sentit que aquests metges-filòsofs –estudiats a casa nostra per Tomàs Carreras Artau i Alexandre Sanvisens–¹ volien conduir i guiar la vida

1. T. CARRERAS ARTAU, *Médicos-filósofos españoles del siglo XIX*. Barcelona: CSIC, 1950; CARRERAS ARTAU, T., *Estudios sobre médicos-filósofos españoles del siglo XIX*. Barcelona: CSIC, 1952; SANVISENS, A., *Un médico-filósofo español del siglo XVIII: el doctor Andrés Piquer*. Barcelona: CSIC, 1953. Uns mesos abans de la seva mort –esdevinguda l'any 1995– el professor Alexandre Sanvisens va programar un curs de doctorat que s'havia d'impartir en el Departament de Teoria i Història de l'Educació de la Universitat de Barcelona sobre *El paper psicopedagògic dels metges-filòsofs catalans*, amb els següents punts a desenvolupar: 1) La tradició mèdico-filosòfica d'Arnau de Vilanova; 2) Trajectòria humanístic-mèdica fins a Andreu Piquer. L'hipocratism. Els anatòmics Virgili i Gimbernat; 3) Dos illencs universals: Mateu Josep Orfila i Josep Miquel Guàrdia; 4) La inclinació positivista de Pere Mata. El polifacisme de Josep de Letamendi; 5) Visió empírica i científica de Ramon Turró. Psicologisme; 6) L'antropologia mèdico-filosòfica en el segle xx. August Pi i Sunyer. Emili Mira. Ramon Sarró, la psiquiatria. Postura cibernètica de Santiago Montserrat. S'hi pot afegir que en la presentació d'aquell curs –que malauradament no es va poder impartir per motius de salut– el doctor Sanvisens manifestava el sentit del curs: «Es tracta de desenvolupar un curs resumit sobre la dimensió psicopedagògica i potser sociopedagògica dels metges-filòsofs que han sobresortit a Catalunya. La tradició ens porta cap a les fonts medievals, on destaca, en el segle xiv, la gran figura d'Arnau de Vilanova. Travessem més tard l'esclat humanista, amb

de les persones, contemplada des del triple vessant físic, intel·lectual i moral. Ara bé, aquesta tradició ha estat reformulada en diferents moments de la història, sobretot a partir del segle XIX quan la vida a l'aire lliure a redós de l'empirisme, del naturalisme i del vitalisme va promoure la higiene, l'exercici físic i la preocupació per la salut integral de la persona.

1. La sàtira X: *mens sana in corpore sano*

És ben sabut que Juvenal va encunyar un seguit de frases cèlebres entre les quals destaca l'aforisme de *mens sana in corpore sano* (Juv. 10, 356), expressió que apareix –igual que la de *panem et circenses*– en la sàtira X. Les seves sàtires, escrites al tombant del segle I de la nostra era, reflecteixen la societat del seu temps, alhora que exerceixen una dimensió crítica en fustigar els abusos socials, com el gust pel diner i el poder de les noves classes socials que havien fet fortuna en la Roma imperial. Juvenal –tal com recorda Manuel Balasch en la introducció a les *Sàtires* (volums 138 i 139 de la col·lecció Bernat Metge)– és un autor no solament moral, sinó també preocupat per inculcar als seus lectors una noble moralitat que, lluny de lloar públicament la Roma imperial, en denuncia els vicis. D'alguna manera, Juvenal –un enamorat de la virtut– reclama una mena de retorn als orígens de la Roma arcaica, quan dominava una vida austera que encara no havia estat pervertida pels èxits militars de l'expansió romana.

les moltes tendències que es creuen en el Renaixement. Ja en el segle XVIII, ens importa la personalitat d'Andreu Piquer i el corrent hipocràtic per ell impulsat. Cal fer esment també dels anatòmics Pere Virgili i Antoni de Gimbernat. Passant al XIX, ens trobem primer amb dos illencs universals, que feren vida a França, Mateu Josep Orfila i Josep Miquel Guàrdia, i després amb la figura, un xic controvertida de Pere Mata, més aviat amb inclinació positivista, i sobretot amb la personalitat plural, fortament impregnada d'humanisme i d'hipocratisme, que és el polifacètic Josep de Letamendi. Entre el XIX i el XX, amb molta influència en aquest últim segle, veiem sobresortir el gran metge-filòsof del coneixement Ramon Turró. I en ple segle XX ens trobem amb la forta personalitat d'August Pi i Sunyer, influent metge-antropòleg, i, un xic més tard, amb el psicòleg afectivista Emili Mira i amb el psiquiatre, també metge-psicòleg, Santiago Montserrat, que ha contribuït al coneixement de la Cibernètica al nostre país.»

De fet, sota la influència d'un cert estoïcisme eclèctic –és a dir, que s'aiguabarreja amb altres corrents de pensament– l'argument de la sàtira X critica la vanitat i la vanagloria humanes. El tema de la sàtira és ben conegut: quan hom va al temple demana als déus favors que ens allunyen de la felicitat i que ens arrosseguen pel pedregar de la perdició. Tant és així que, quan hom sol·licita el favor de les divinitats, no s'atura a meditar sobre el que demana, perquè la fortuna és una cosa efímera; més encara, quan en una època de decadència, el poble –en plena exaltació de la pompa del circ, la *pompa diaboli* per els cristians (Tertul·lià)– només reclama dues coses: pa i circ (Juv. 10, 81).

Tothom persegueix el poder, els joves cerquen la glòria dels grans retòrics, sovint hom recorda els triomfs gloriosos dels grans herois, comunament les fantasies ens ofusquen, però tot això és fugisser. Fet i fet, l'ésser humà és voluble, fins al punt que la gran lliçó que ens proporcionen les malalties i la mort és que les coses –i sobretot els honors i la fama– són sempre passatgeres. D'aquí que l'únic que és lícit demanar als déus és una ment sana en un cos sa (*orandum est ut sit mens sana in corpore sano*), puix s'equivoquen tots aquells que, en ignorar el que més els convé, insisteixen en coses que malbarataran llur vida. En realitat, només es pot demanar que hom tingui temor a la mort, que sapiguem gaudir dels béns de la naturalesa, que ens allunyem de la maldat, en fi, que hom suporti amb dignitat els treballs i les calamitats de l'existència, és a dir, que hom sigui digne d'una vida virtuosa.

2. Coubertin i l'ideari olímpic

Fa la impressió que Coubertin (1863-1937) considerava que els Jocs Olímpics podien esdevenir quelcom semblant a una religió. Ben mirat, Coubertin, sota la influència del moviment *Muscular Christianity* –que va cristianitzar durant l'època victoriana el famós aforisme de Juvenal,– va bastir el seu ideari olímpic. És lògic, doncs, que Coubertin insuflés al seu projecte –anunciat des de la tribuna de la Sorbona el divendres 25 de novembre de 1892, preludi dels primers Jocs Olímpics de l'era Moderna (Atenes, 1896)– d'una inequívoca voluntat religiosa, que es reflecteix en diferents moments de la seva voluminosa obra escrita, sobretot quan es refereix expressament a la *religio athletae*.

Coubertin –un historiador que mirava el passat per rescatar els valors de la tradició hel·lènica a fi d'apaivagar l'activitat frenètica moderna– considerava que, si bé el progrés tècnic havia fet molt per al desenvolupament de la humanitat, l'esport ofería un horitzó ple de possibilitats per tal de rectificar el rumb d'un món que proclamava el valor omnímode de la ciència positiva que havia arrelat amb força a la mateixa Sorbona. Dit amb altres paraules: l'ideari olímpic constituïa una ferma possibilitat per a orientar el curs de la història a partir d'una solució pedagògica que gira al voltant del lema *mens fervida in corpore lacertoso*, això és, promoure un esperit ardent en un cos musculós, fórmula que havia de substituir la coneguda expressió de Juvenal.

Així, doncs, l'esport va entrar en la cultura moderna amb una clara vocació pedagògica, a manera d'un veritable programa de regeneració social en proclamar valors clarament moderns com ara l'exercici físic, el gust per l'aire lliure, la higiene i la companyonia, sense negligir que l'esport era presentat com la millor fórmula per a prevenir la malaltia i l'antídot per a combatre les xacres socials (alcoholisme, prostitució, malalties venèries) que, a les darreries del segle XIX, afectaven especialment el jovent. A això cal afegir-hi que la divulgació de l'esport va comportar l'extensió d'una moral estoica que destaca la dimensió agonística de l'entrenament i de la competició esportiva. Tant és així que l'exaltació de la lluita i del sacrifici fou presentada com un element clau per a la formació humana, de manera que es va fer famosa aquella expressió –sovint mal interpretada, però que atresora una inequívoca voluntat pedagògica– que diu que el més important és, justament, el fet de concórrer en la competició esportiva. No en va, en ocasió dels Jocs Olímpics de Londres (1908), el bisbe anglicà de Pennsilvània, Ethelbert Talbot, va pronunciar aquelles paraules que recorden que el més important és precisament participar, afirmació atribuïda erròniament a Coubertin: «En aquests Jocs, més que guanyar, l'important és participar, com en la vida és més transcendent la manera com es lluita que la victòria que es pugui aconseguir». Després d'aquesta intervenció que remarca una ètica agonística que serveix per a fortificar la voluntat i el caràcter, Coubertin va assumir l'esperit d'aquest comentari, bo i adaptant-lo fins al punt d'encunyar un lema olímpic que diu que «és més important participar que no pas vèncer».

A gratcienc, podem dir que aquesta postura sintonitza amb aquella divisa formulada el 17 de març de 1891 pel pare dominic Henri Didon (1840-1900) en l'acte de lliurament dels premis anuals del col·legi Albert el Gran, a Arcueil, a les rodalies de París, que es resumeix en aquells tres mots que avui sintetitzen la filosofia olímpica: *Citius, Altius, Fortius*, això és, més ràpid, més alt, més fort, fórmula que no és més que una invitació a l'esforç i a la superació contínua. Al seu torn, Coubertin en el seu ex-libris –coronat per un temple clàssic– inclou la següent fórmula: *voir loin, parler franc, agir ferme*. En darrer terme, el que forma és sempre la preparació per a la competició esportiva al marge del resultat –positiu o negatiu, derrota o victòria– que es doni.

Altrament, Coubertin supera el tradicional dualisme antropològic –que reconeix en l'home l'existència del cos i de l'ànima–, bo i defensant una antropologia triàdica segons la qual en l'home es detecta la presència del cos, de l'esperit i del caràcter, de manera que aquest darrer no es forma a partir de l'esperit, sinó justament a través de l'exercici corporal. En qualsevol cas, tot s'ha d'articular equilibradament, això és, per mitjà d'una eurítmia que ha de dominar –com succeïa en l'antiga Olímpia– totes les coses: la vida individual i social, sense oblidar tampoc l'art. No en va, la història de l'art de Winckelmann que va afaïçonar durant el segle XVIII una cosmovisió estètica que es pot resumir en l'expressió *mens sana in corpore pulchro*, bo i adaptant altre cop l'aforisme de Juvenal. Al cap i a la fi, mercès a aquesta visió harmònica de les coses –manifestació d'una cosmovisió eurítmica–, l'olimpisme vol vivificar totes les coses –i, en conseqüència, l'educació– a partir de l'exemple de la civilització grega llegida des d'una perspectiva apol·línica que emfasitza l'harmonia i l'equilibri, això és, l'ordre enfront del caos i la dissonància.

3. Emili Mira i la unitat psico-bio-social

En els darrers temps s'ha produït una lenta però inexorable recuperació del nom d'Emili Mira i López (1896-1964), metge i psiquiatre que també es va preocupar de l'educació física i que fou un dels pioners de la psicologia de l'esport. Malauradament, el seu nom fou silenciats –i a vegades difamat– durant gairebé tot el període franquista, quan es va fer córrer una llegenda negra sobre la seva acció durant la Guerra Civil. En els últims anys, emperò,

hem assistit a una recuperació i revisió de la seva figura històrica, que ofereix una perspectiva certament polièdrica, en una amplitud d'horitzons que no és dispersió sinó que –globalment considerada– s'adreça vers un únic punt: la recerca del benestar i l'harmonia de l'individu (la seva salut integral, psicofísica), encastada en el medi social.

D'aquí que l'obra del doctor Mira es pugui llegir des de la perspectiva de la psicologia experimental, la psicologia jurídica, la psicologia de guerra, l'orientació professional, la psicotècnica, la psicopedagogia, la psiquiatria, la psicoanàlisi entesa com a mètode d'exploració, doctrina i teràpia, sense oblidar el camp de l'assistència psiquiàtrica. Tant és així que es considera que el Dr. Mira i López és la figura més destacada de l'àmbit de la psiquiatria, la psicologia i la psicotècnica hispanoamericana del segle xx. N'hi ha prou de dir que l'any 1968 els historiadors Annin, Boring i Watson van publicar els resultats d'un estudi dirigit a identificar els autors més influents en la història mundial de la psicologia durant el període 1600-1967. L'estudi establia una llista de 538 noms, entre els quals només hi havia dos científics espanyols: Santiago Ramón y Cajal i Emili Mira i López. Altrament, s'ha de fer esment que el seu test *Psicodiagnòstic Miokinètic* (PMK o test de Mira), presentat davant la Royal Academy of Medicine de Londres en 1939, ha estat objecte de més de 300 estudis i tesis doctorals i continua aplicant-se amb èxit en diversos països.

La seva arrel etimològica (la miopsiquis fa referència a *mios*, múscul, i *psique*, ment) ens posa en la pista que aquest test estableix el diagnòstic psíquic a través de les peculiaritats de certs moviments realitzats pel subjecte. D'aquí el nom de la prova: psicodiagnòstic miokinètic, és a dir, diagnòstic psicològic per mitjà dels moviments musculars. El seu fonament teòric és allò que es coneix com a teoria motriu de la consciència, d'acord amb la qual tota intenció o propòsit de reacció s'acompanya d'una modificació del to postural que tendeix a afavorir els moviments destinats a l'obtenció de l'objectiu i a inhibir els moviments contraris. En realitat, aquest test fou concebut inicialment per a fer-lo servir en l'orientació professional, però finalment s'ha convertit en un test de personalitat. Un dels mèrits d'aquesta prova rau en el fet que Mira buscava un test que no pogués ser objecte de frau o simulació per part de l'individu examinat, de manera que va estructurar una prova

d'expressió gràfica (lineogrames, ziga-zagues, escales i cercles, cadenes, lletres, etc.) per tal de captar les seves peculiaritats de temperament i caràcter.

Ara bé, més enllà de la significació d'aquest test conegut arreu del món, cal destacar que el Dr. Emili Mira fou el més convençut defensor de la unitat psicosomàtica i que va propugnar, en una visió certament molt àmplia, la concepció psico-bio-social de la persona, fins a l'extrem de defensar que «no hi pot haver individu sa en una societat malalta». Tant és així que el vell aforisme encunyat per Juvenal s'hauria de substituir per la fórmula *mens sana in societate sana*. Partint d'aquesta premissa, Mira considera que la somatoteràpia (teràpia del cos) ha d'actuar fusionada amb la psicoteràpia (teràpia de la ment) en una sola unitat, per tal d'aconseguir el restabliment de la salut o normalitat biològica, «concebuda com el més perfecte equilibri dinàmic que es pot obtenir entre les propietats de l'Ésser i la més gran eficàcia que es pot aconseguir en les seves reaccions». Cap de les dues actituds, aïllades, no és eficaç; l'individu humà requereix sempre un tractament integral i integrador; la medicina requereix una constant i adequada imbricació de tots dos recursos, és a dir, de les armes psicològiques i de les bioquímiques i fisicoquímiques. Per això al final de la seva vida, tot i que sempre havia donat per fet que qualsevol medicina havia de ser psicosomàtica, va propugnar un concepte encara més ampli, el de medicina integral o eubiàtrica (del grec *eu*, bé, i *bios*, vida), la medicina que ensenya a viure bé perquè al món només es pot declarar una sola guerra: la lluita contra la infelicitat i la mort.

Molt probablement es poden detectar en aquest plantejament els postulats de la unitat funcional d'August Pi i Sunyer i el principi de l'osmosi de Cannon —que fou investit doctor *honoris causa* de la Universitat de Barcelona al desembre de 1938—, que tanta influència van exercir a Catalunya. Per aquests viarany, Mira va arribar a la conclusió que si la salut deriva d'una harmonia en el funcionament de tots els òrgans, llavors la medicina integral necessita la col·laboració de tothom i, en conseqüència, dels educadors i pedagogs. Així, doncs, Emili Mira va fomentar una visió integral de la medicina certament innovadora en definir el malalt com tot «aquell individu que pateix o fa patir», de manera que l'objectiu de la ciència mèdica no és altre que la supressió del

patiment humà, ja sigui degut a causes físiques, psíquiques o socials.

Aquesta convicció el va dur a pronunciar-se sobre la necessitat que la classe mèdica s'impliqués en la resolució dels problemes socials influint en els òrgans polítics i socials, bo i adaptant una actitud que el va comprometre políticament i socialment. No endebades, Mira fou un dels fundadors l'any 1923 de la Unió Socialista de Catalunya, alhora que sempre es mantingué fidel a la Segona República. Director de l'Institut d'Orientació Professional de la Generalitat de Catalunya, professor del Seminari de Pedagogia de la Universitat de Barcelona, codirector juntament amb Joaquim Xirau de la *Revista de Psicologia i Pedagogia* (1933-1937), va ser durant els anys de la Guerra Civil director de l'Institut d'Adaptació Professional de la Dona i en 1938 va ser nomenat cap dels Serveis Psiquiàtrics de l'Exèrcit de la República Espanyola, amb rang de tinent coronel.

4. A tall de cloenda

Hem vist com el famós aforisme de Juvenal recull la tradició del dualisme antropològic que presenta la vida a manera d'una síntesi entre cos i ànima. Sobre la base d'aquesta tradició—herència d'una història que des de Plató dona sentit a la cultura occidental—hem revisat algunes reformulacions d'aquell vell aforisme que replantegen, des d'un enfocament triàdic, la presència d'un tercer element, ja sigui el caràcter en el cas de Coubertin, ja sigui la societat en el cas de Mira. Més enllà de l'estructura d'aquestes articulacions triàdiques, el que destaca és l'afany d'unitat—de la unitat orgànica i funcional o, cosa que és el mateix, la presència d'una estructura interrelacionada—que des de l'antigor constitueix una constant, assumida pels metges, filòsofs i pedagogs que han insistit repetidament en el sentit integral de la vida humana, que, en conseqüència, s'ha d'afaiçonar com un tot equilibrat i harmònic.

COMUNICACIÓ

Agustí Boadas (Universitat Ramon Llull): *D'Isidor de Sevilla a Miquel Servet: les paradoxes de la salut*

Durant el llarguíssim període medieval llatí es produeix un transvasament conceptual entre el llenguatge religiós i el científic que, com és prou sabut, ha donat peu que la mateixa paraula, *salus*, es refereixi indistintament a la salut i a la salvació. L'anàlisi, però, d'aquest procés ens duu a sorpreses prou rellevants, des de les etimologies de sant Isidor fins a la causa de la condemna del famós metge Miquel Servet.

Una primera paradoxa és la diversa manera de salutar –desitjar salut– dels pobles orientals semites i dels romans: mentre en el primer cas, com encara fa la litúrgia cristiana, es desitja pau (*shalom lekà, pax vobiscum*), en el segon és específicament desitjar salut, en concret, física. En canvi, la salutació grega mena a l'alegria (*Khaire*) i el verb *hygiaino* és exclusivament mèdic i sol associar-se a les famoses analogies de la *sanitas* dels aristotèlics. Amb tot, és fàcil confondre tant el desig de pau com a auguri de prosperitat material (signe de l'espiritual), com la salut considerada higiènia mental, és a dir, ortodòxia.

Una segona paradoxa és la diferent percepció de la salvació quant *soteria* i la *salvatio* en el sentit d'alliberament de la malaltia o restabliment de la salut: des de Tertul·lià fins a Isidor, passant per Jeroni, la semàntica llatina de la salut corporal s'omple de contingut espiritual, soteriològic i religiós. L'associació conceptual entre ambdues fou frenada, tal volta, per la unió d'un salvador amb l'emperador, operada en temps d'Alexandre el Gran i perpetuada amb el seu culte personal com a garant de l'harmonia còsmica, és a dir, del món civilitzat. Així, s'esdevé que el culte imperial apareix al costat de la clàssica associació filosòfica entre saber i salvació, que els cristians troben irònica en Marc Aureli i que la mateixa ortodòxia combatrà des del començament, identificant-la amb els grups gnòstics.

No obstant això, es produeix una tercera paradoxa que té a veure amb la percepció de la vida en sentit modern cartesià enfrontada amb el sentit antic de sanitat com a restabliment o manteniment de l'harmonia entre els quatre elements constitutius

del cosmos. Dues concepcions, però, que tenen en comú la seva «profanitat». Però si la terminologia soteriològica és cristianitzada per la patristica, i fixada per l'ús isidorià de les etimologies, no es pot dir que passés al llenguatge quotidià i, menys encara, que es traduís en les llengües vulgars i es recuperés en la cultura llatina de les universitats. L'exemple més reeixit d'això és el Montpeller on ensenya Arnau de Vilanova, home, a la vegada, bon professional i bon *espiritual*, si se'ns permet de dir-ho així. De manera que mentre el *mamotret*, el famós llibre de Conrad de Halberstadt, continua ensenyant en els ambients cultes humanistes que aprenen llatí la indistinció terminològica entre salut i salvació, és obvi que, en els cercles filosòfics i teològics escolàstics, la història de la salvació ha desaparegut en favor de la teologia purament especulativa. Però és un guany que ha amagat durant segles els més pregons arguments de la condemna de la nova medicina representada per Servet i de la nova ciència de Galileu. De manera que, en conclusió, roman una pregunta que no pot contestar-se a la lleugera: què provocà la condemna de Servet, la seva heretgia o la seva concepció de la sanitat humana?

COMUNICACIÓ

Manuel Satué i Sillué (Societat Catalana de Filosofia): *La salut en la psicoanàlisi*

«La consideració de la salut com un dret humà essencial és una fita inassolible en tant que no existeixi un canvi profund en relació amb els valors ètics de les classes més afavorides»

[Declaració del Fòrum Barcelona 2004]

Enguany el tema proposat per als Col·loquis és el de la salut. Atès que salut i malaltia són l'anvers i el revers d'una certa unitat, parlaré primer de la medicina grega, del seu pas del mite al *lógos*, per a passar més endavant a la psicoanàlisi, el seu concepte de salut i la manera de preservar-la o recuperar-la dins, és clar, de la mateixa teoria.

En un principi la malaltia era atribuïda al déus, gairebé sempre com a càstig infligit als homes. Homer en la *Il·líada* ens diu: «Així la voluntat de Zeus s'acomplia, des que per primer cop s'enfrontaren barallant-se l'Atrida, cap de guerrers, i el diví Aquil·leu. Qui dels déus els llançà tots dos en discòrdia perquè s'enemistessin? Fou el fill de Leto i Zeus (Apol·lo). Aquest, havent-se indignat contra el rei (Agamèmnon), va suscitar una malaltia maligna a l'exèrcit, i la tropa anava morint»¹. De manera semblant, quan la pesta delmà Tebes per causa del crim i de l'incest del seu rei Èdip, la població sacrificava als déus patris perquè deposin la seva ira.

En la primitiva Grècia els servents del déu de la medicina, Esculapi, els Asclepiades, foren els qui dispensaren vida i salut per mitjà de cerimònies. Formaven una casta sacerdotal, primer d'una sola família, més endavant reberen deixebles, però tots juraven guardar secret sobre els misteris guaridors. «Fundada la medicina dels Asclepiades en un principi absurd; és a dir, a fer dependre les malalties de la voluntat dels déus, sols consistia en meres cerimònies ridícules o en pràctiques insignificants, a les quals únicament la més grollera superstició podia trobar un aspecte portentós»².

1. HOMER, *La Il·líada*, Barcelona: Magrana, 1996 p. 43.

2. E. DEZEIMERIS, *La Medicina hipocràtica*, Barcelona: Mayol, 1844, p. XXV.

Segons Jaeger, l'evolució de la medicina grega fou a causa de la filosofia de la naturalesa dels jonis. Ells cercaren una explicació natural dels fenòmens de la natura, al marge de tota al·legació mítica, prenent com a base l'observació imparcial de les coses i el coneixement racional. D'aquesta manera veieren que les malalties no provenien precisament de la curiositat de Pandora en obrir la caixa guardada gelosament pel seu marit Epimeteu. Hipòcrates de Cos passa per ser el primer metge que amb una base empírica busca guarir les malalties tot descrivint-ne les causes naturals. Ell fundà la medicina amb els seus llibres *Tractat dels vents*, *Tractat de les carns*, *Tractat dels principis*, *Tractat de les epidèmies* i sobretot amb els *Aforismes*. Aquests darrers encara es poden llegir per a veure'n els encerts.

«Va descriure, amb una exactitud admirable, la majoria de les afeccions agudes, i diagnosticà un gran nombre de mals amb un tan gran grau de perfecció que sembla impossible per part d'un metge que no va practicar autòpsies»³.

Resumint, direm que la salut per als grecs consistia en una certa isonomia o proporció de l'home en si mateix i en les seves relacions externes.

L'home, compost de cos i ànima unides d'una manera molt íntima i que interactuen i s'influencien l'un sobre l'altre, no sols té malalties de base fisiològica, sinó que també en sofreix d'anímiques. És per això que no estem d'acord amb la definició del *Diccionari de la Llengua Catalana* de l'IEC en definir la salut: «Estat de l'organisme lliure de malalties». En molts casos, i en absència de tota lesió corporal, s'emmortalteix i pot aparèixer la neurosi.

Sigmund Freud (1856-1939), el pare de la teoria psicoanalítica, es proposà de guarir les malalties mentals, generalment les neurosis; ell no va tractar mai les psicosis. Diferència entre unes i altres: el pacient, en les primeres, no perd el contacte amb la realitat, mentre que en les segones aquest contacte es trenca del tot.

Com totes les teories, ha estat molt discutida i atacada. Per a uns, el neuròleg vienès fou un gran descobridor (Jones); per a d'altres, un gran impostor (Webster). Però és innegable el fet que les seves teories foren muntades sobre casos reals, analitzats en el

3. *Op. cit.*, p. XXXI.

seu consultori de la vienesa Berggasse. El divan psicoanalític el convertí en un banc de proves de la seva doctrina.

El mestre considera l'home en el seu psiquisme (*Projet de psychologie per a neuròlegs*, 1895) i hi distingeix tres capes: Percepció-consciència, Pre-conscient i Inconscient. La primera seria la més superficial i al mateix temps la més permeable; és la que rep les sensacions del món extern. D'aquí passarien al Pre-conscient, espècie de memòria i des d'on és fàcil retornar-les a la consciència, mentre que les impressions retingudes en l'Inconscient seria més difícil de rememorar-les, ja que entre les dues parts hi hauria una frontera: la censura, impossible de creuar per mitjans normals.

Totes les impressions estan proveïdes d'una càrrega afectiva a la recerca de la descàrrega. Si això té lloc de manera voluntària, s'anomena procés secundari, mentre que si es fa involuntàriament s'anomena procés primari. Al darrer pertanyen les imatges dels somnis. En el seu transcurs, la censura afluixa un xic la seva vigilància, les imatges del somni es disfressen (condensació, desplaçament) per a burlar la censura. En defensa de l'Inconscient escriu en *La interpretació dels somnis* (1900): «Tan sols una observació única i comprensible de la vida única d'un neuròtic, tan sols una anàlisi onírica, ha d'imposar la convicció incommovible, que els processos mentals més complicats i més correctes, als quals hom no pot negar pas el nom de processos psíquics, poden dur-se a terme sense suscitar la consciència de la persona»⁴.

Anomena aquesta divisió del psiquisme humà la primera tòpica per a distingir-la de la segona inaugurada per l'obra *El jo i l'allò* (1923).

És sabut que el pare de la psicoanàlisi no fixa d'un sol cop la seva teoria, sinó que la va anar enriquint tot al llarg de la seva dilatada vida. En l'obra indicada estableix tres instàncies anímiques: el Jo, l'Allò i el Super-jo. El jo seria indiscutiblement igual a la Percepció-consciència de la primera tòpica, «formaria la personalitat i lligaria els processos psíquics»; l'Allò, la capa més profunda i la que està en contacte amb el cos, car «en ell rau les pulsions, els desitjos inconscients i una energia no estructurada». El Super-jo

4. S. FREUD, *La interpretació dels somnis*, Barcelona: Empúries, 1995, p. 343.

«té per missó el control de les accions i intencions del jo. Vindria a ser la internalització dels codis morals propis de la comunitat on habita la persona».

L'aparell psíquic presentat per Freud no és quelcom estàtic, sinó altament dinàmic. Es donen unes pulsions, càrregues energètiques que mouen la persona a tendir vers uns fins. Primer les va classificar en pulsions del jo i pulsions sexuals. Mentre les primeres tenen com a finalitat el propi desenvolupament, les segones tendeixen al de l'espècie. Les primeres es troben investides per les necessitats no sexuals de l'home, com ara la fam; les segones són les que impulsen vers la sexualitat, estudiada pel mestre en la seva primerenca obra *Tres ensayos sobre la vida sexual* (1905). Les primeres són presidides per la libido narcisista; les segones per la libido objectal.

Fou un temps després, en l'obra *Més enllà del Principi de Plaer* (1920), que Freud englobaria les pulsions del jo i les sexuals en les anomenades pulsions de vida i establiria un segon tipus: les de mort. El gran psicoanalista s'adonà de l'agressivitat humana, desenvolupada durant la Primera Guerra Mundial. A més dels dos principis de funcionament, el de Plaer i el de Realitat, va veure que el primer de vegades es dirigia a fer mal a l'altre (sadisme) o a si mateix (masoquisme.).

Atès tot l'anterior, estem en disposició de parlar sobre el concepte de salut anímica en Freud. Com hem vist, l'aparell psíquic presenta una gran complexitat i, a més, cal tenir en compte la interacció d'ell mateix i enfront del món extern.

Aquest aparell, minuciosament analitzat pel mestre, cal que estigui harmònicament configurat. Harmonia entre les diverses instàncies: Percepció-consciència, Pre-conscient i Inconscient, Jo, Super-jo, Allò. En definitiva, la salut mental consisteix a harmonitzar la persona amb ella mateixa i amb l'exterior, de la mateixa manera com el metge grec Galè posava la salut corporal en l'harmonització dels humors corporals. L'equilibri també cal que tingui en compte les pulsions i els dos principis de regulació psíquica: el de Realitat i el de Plaer.

Com diu el refrany, «hi ha moltes maneres de no estar en equilibri, però només n'hi ha una d'estar-hi»; aquesta l'anomenem salut. El neuròtic pateix de records, o per manca d'equilibrar instàncies i pulsions. La salut del Jo depèn també de mantenir a

ratlla el Super-jo i l'Allò. El Jo dèbil hi sucumbeix, així com també pot fer-ho davant unes exigències de la societat circumstant i del món extern incapaç de dominar.

La cura per l'anàlisi pot resumir-se en la cèlebre frase: «Allà on dominava l'Allò, cal que hi domini el Jo.» L'analista, a través de les confessions del pacient, curació per la paraula, i la interpretació dels seus somnis, actes mancats i tics, cal que descobreixi on rau el trauma causant de la malaltia. Una vegada esbrinat i comunicat a l'analitzat, aquest l'ha d'acceptar per a esdevenir guarit de la seva neurosi. «Aquest mètode implica a més una sèrie de procediments tècnics destinats a establir una relació afectiva estreta, (transferència) d'inconscient a inconscient, en què el terapeuta cal que es converteixi per al pacient en la figura materna que no para de donar i protegir»⁵.

Com ja s'ha dit, la psicoanàlisi ha tingut i té encara els seus apòstols i els seus detractors. Amb tot, el fet d'haver ajudat moltes persones neuròtiques a retrobar la seva salut el fa digne de consideració.

«Si la psicoanàlisi sembla haver assolit, en certs sectors, el pes i la serietat pròpies de l'ortodòxia, potser és perquè és una forma d'ortodòxia en si mateix: una subtil reconstrucció, en forma moderant i desafiant, d'una de les més antigues doctrines religioses i ideologies sexuals»⁶.

5. J. LAPLANCHE, *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona: Labor, 1974, p. 27

6. R. WEBSTER, *Por qué Freud estaba equivocado*, Barcelona: Destino, 1995, p. 29. Una altra bibliografia: M. SATUÉ, *Selecció de textos*, Barcelona: Institut de Ciències de l'Educació de la UAB, 1982; íd., *Paral·lelismes i diferències Schopenhauer /Freud*, *Lectura de Schopenhauer*, Barcelona: PPU, 1992; íd., *Sigmund Freud/ Minerva Lectures de COU*, Barcelona: Magrana, 1994; íd. *Individu en la psicoanàlisi del segle xx. L'individu davant del tercer mil·lenni*, Barcelona: Busca, Barcelona, 2002; íd. *Poesia i psicoanàlisi*, dins de *La Poesia*: Col·loquis de Vic, Universitat de Barcelona, 2003.

COMUNICACIÓ

Albert Llorca (Societat Catalana de Filosofia): *Complexitat de la persona i praxi saludable. (Una proposta de reflexió antropològico-personalista)*

“La persona es designa per si sola en el temps com la unitat narrativa d’una vida. Aquesta reflecteix la dialèctica de la cohesió i de la dispersió que mediatitza la intriga... La identitat narrativa d’una vida integra la dispersió, l’alteritat, marcada per la noció d’esdeveniment amb el seu caràcter contingent i aleatori. Després, i això és potser el més important, cada història de vida, lluny de tancar-se sobre si mateixa, es troba entrellaçada amb totes les històries de la vida amb les quals es barreja cadascuna...”

[P. RICOEUR, *Lectures*, 2. *La contrée des philosophes*. Paris: Seuil, 1992. p. 120.]

Presentació: La persona com a complexitat narrativa

L’anterior fragment ens facilita l’endinsament en un terreny on brolla la pregunta òbvia, tan punyent com insistent: què pot dir la filosofia sobre la salut? Aital fragment ens ofereix la pauta inicial d’aquesta comunicació, configura com a voluntat de *saber escoltar* el ressò que el batec de la vida en el si de la persona produeix, essent indicador del «ritme» vital i cultural que el presideix i de l’estructura antropològica que el fa possible. Així, l’àmbit de la salut resta encerclat dins el triangle format pels vèrtexs: *La persona humana* (complexa i paradoxal), la *vitalitat* que li és pròpia i la *mediació cultural* per la qual es desenvolupa.

Quant ésser viu, l’ésser humà s’afirma mitjançant l’impuls vital, de manera que la vida apareix inicialment com a problema resolt i alhora com a finestra vers perspectives sempre incertes. Ambdós constitueixen allò que Paul Ricoeur en diu *la involuntarietat de la vida*¹.

1. P. RICOEUR, *Le volontaire et l’involontaire*, Paris: Seuil, 1950, p. 393. En efecte, afirma Ricoeur que «és extraordinari que la vida funcioni en mi sense mi, que els múltiples equilibris horrmònals que la ciència revela es restableixin sense parar dins de mi i sense mi... Això és així, perquè en un cert nivell de la meua existència jo deixo de

D'altra banda, la persona humana desenvolupa la seva vida mitjançant la cultura, que podem qualificar com una segona pell vital o segon rang d'involuntarietat².

Des de l'emmarcament anterior, l'objectiu d'aquesta reflexió pretén, dins la reflexió antropològica personalista, re-situar sucintament el significat comprensiu de la salut, en l'estadi metodològic, hermenèutic-patològic i pràctic-interpersonal i social.

I. Autoconducció personal i salut vital: marc metodològic

El concepte d'autoconducció personal constitueix, sovint, des del pensament personalista d'origen mounierista, la capacitat i alhora exigència d'adoptar decisions lliurement i responsable, d'acord amb criteris-valors assumits i comprometedors amb l'esfera comunitària. Aquests principis genèrics pressuposen, en el terreny de la salut (mot polisèmic: *salutaris-e*, *salve*, *salvus-a-um*: respectivament, salut, salutació, salve o conservar)³, dos trets rellevants, a parer meu:

En primer lloc, la posada en joc de la complexitat que configura l'ésser personal.

En segon lloc, la correspondència vital-pràctica d'aquesta complexitat, com a element discernidor d'allò que hom pot acceptar com a saludable i com a patològic. Diverses aportacions filosòfiques⁴

presentar-me com una tasca, com un projecte, són un problema resolt per una saviesa més sàvia que jo mateix... Aquesta saviesa és una saviesa en moviment: no depèn de mi que la sang circuli i que el cor bategui. Certament la vida no és sempre en mi aquesta potència benèvola i tutelar; en la malaltia la redueixo a potència dissimulada que em mina i em treu l'existència; però alhora ella es dona com a potència de reparació, de compensació, de cura; l'espectacle meravellós de la cicatrització, del son i de la convalescència confonen la meua voluntat...», *o.c.*, p. 393.

2. Aquesta concepció de la cultura com a involuntària l'he abordada en un estudi que vaig titular: "Eros i malaltia" (inclòs en el llibre *Eros i Tàntos*, Barcelona: La Busca, 2003, p. 186).

3. *O.c.*, p.187.

4. E. MORIN, *Introducción al pensamiento complejo*, Barcelona: Gedisa, 2001, p. 21.

posen en evidència la paradoxa de la utilitat simplificadora del model «biomèdic» i la seva limitació. I això és un problema *metodològic i hermenèutic no petit*. «La patologia moderna del espíritu —dirà E. Morin— està en la hiper-simplificació que ciega a la complejidad de lo real»⁵. És òbvia, aquí, la limitació del reduccionisme.

Cal, doncs, abordar el tema de la salut i la malaltia en l'àmbit antropològic mitjançant nocions de caràcter personalista, com la *fragilitat, el procés d'individuació i l'hàbit, i sota la noció de la reapropiació del jo*⁶.

No és irrellevant el fet d'introduir en la concepció de la salut humana una òptica *humanitzadora, holística i ètica*, com diversos investigadors, alguns d'ells metges psiquiatres, suggereixen: V. Frankl, W. Bautigam, E. Minkowski, E. Jung, L. Binswanger...; però també pensadors, com P. Ricoeur, Diego García, B. Sarraceno, etc. I no ho és, perquè la concepció de la malaltia respondrà, llavors, a aquest registre, així com les vies possibles de solucionar-la. A aquests dos aspectes dedicarem el que resta d'aquesta ponència.

II. Hermenèutica de la patologia vital: la triple dimensió psico-sòcio-cultural. El paper de l'ètica

La vida humana no és cap parcel·la autònoma respecte a l'existència «fora de si» de cada ésser humà. Si la vida exigeix un «afrontar» i disposar-se a desenvolupar-la, no sembla que pugui donar-se sinó en el marc de *l'existència interpretadora i interpretada*: una existència que l'ha de «conduir» en la seva diversitat de perspectives, possibilitats i obstacles..., també en el vessant patològic⁷.

5. *O.c.*, p.34.

6. Tres nocions pròpies del pensament de segell psicològico-personalista —P. Ricoeur, E. Jung—, de notable importància per a abordar aquest punt.

7. Perspectives, possibilitats, obstacles... són aspectes ineludibles pels quals i a través dels quals l'existència ha de conduir la vida. És el cas de la *Daseinanalyse* del psiquiatre Ludwig Binswanger, com a exemple prou representatiu: tal «daseinanalyse» emprèn la tasca de posar al dia l'ésser de l'home en totes les seves formes i tots els seus mons; en el seu poder ser (existència), en la capacitat de ser (amor), en

En la gran majoria de les malalties, independentment de la modalitat i el grau, l'experiència vital de cada persona s'ha construït en interacció amb el context socio-cultural, incloses les seves patologies, la qual cosa requereix dues menes de consideracions:

Una: que cada vida depèn de la gestió i responsabilitat de cada subjecte humà (D. García).

Segona: que la malaltia reflecteix indirectament aquesta gestió o «producció de sentit» (Sarraceno).

Conclusions: A tall de suggeriments pràxico-hermenèutics per a una gestió de la salut i la malaltia

El problema de la salut vital, en general, pel que hem vist, requereix una resposta en termes d'una praxi educativa saludable que afecta l'actitud del potencial malalt i la feina del professional.

Davant un món descrit amb els accents més crítics i punyents⁸, el requeriment de la vida sana ens diu que no tot val: no és

la seva necessitat de ser (*dereliction*). (*Introduction a l'analyse existentielle*, trad. franc. de 1971 de l'original alemany de 1947. Paris: Minuit, p. 20). Per això, i en paraules de J. Bodamer, que fa seves les paraules de Binswanger, «el malalt mental es distingeix de l'home sa no principalment com a malalt, sinó com a home; és a dir, que és, en primer lloc, un exemple d'humanitat, de la qual el mode de presència manifesta una de les possibilitats de l'ésser humà. Aquesta presència és compresa, no com a identitat tautològica, sinó com a temptativa fracassada d'arribar a si mateix, a partir de les metamorfosis de la seva història». *Op. cit.*, p. 20. L'expressió «arribar a si mateix» l'entendré com a equivalent al que en direm en el nostre discurs la «recuperació de si» o primera categoria antropològico-pràxico-integral que he proposat. («Existència individual i psicologia educadora», estudi inclòs en el llibre *L'individu davant del Tercer Mil·lenni*, Barcelona: La Busca, 2002).

8. Vegeu els trets precisos i esfereïdors que autors com Ulrich Beck (*La sociedad del riesgo*) i Ignasi Ramonet (*¿Agonía de la cultura?*) ofereixen en llurs reflexions sobre el món actual, en les quals, sota una complexitat ratllant en la confusió vital i intel·lectual, ells veuen: el poder de les noves tecnologies, la globalització de l'economia, la degradació del medi ambient, l'enfortiment i difusió del terrorisme, la desconfiança ciutadana davant les institucions (començant pels parlaments democràtics), la concepció estesa com a «saludable» del desig malaltís de diner, la incapacitat institucional per a limitar les investigacions biomèdiques.

acceptable un relativisme ètic que no requereixi donar comptes del que hom fa —si perjudica altres persones—, no és vàlid deixar-se portar només per allò que és fàcil i «rendible», i no té sentit acomodar-se a «l'anar tirant», perquè a la llarga genera una fragilitat mental destructora.

Benedetto Sarraceno parla, com a proposta, d'una *utopia*: si cada persona és «una producció de sentit», caldrà veure com *aquest sentit personal es pot desenvolupar en el marc social*, i no a l'inrevés. La proposta es concreta més en considerar que cal *desinstitucionalitzar les identitats o classificacions de pertinença a grups* —els sidosos, els esquizofrènics, els tretraplègics...—, a fi d'ajudar a la *reconstrucció de la història personal de cada subjecte*⁹. La demanda psíquica, ètica i socio-cultural que batega en aquestes anàlisis beu, penso, d'una font prèvia per a l'ésser humà, a saber, l'*actitud o disposició «verocèntrica»*, com a punt de referència de l'existència humana¹⁰, actitud que jo batejaré amb el terme espinozista de «conatus», o també amb l'expressió grega de «cura de l'ànima», tot recordant Plató i Demòcrit, i que tant divulgaren Jan Patocka¹¹ i Victor Frankl¹², idea aquesta que recull

9. B. SARRACENO, «La ciudadanía como forma de tolerancia», ponència del Primer Congrés Català de la Salut, pp. 10-14. La rotunditat de l'autor és clara en aquest punt: «Si la discapacidad pertenece al sujeto, el handicap del cual sufre pertenece a la comunidad que le rodea. La diversidad entonces debe inducir a un cambio en las reglas del vivir y no sólo un cambio en sí mismo. La inclusión no es el aprendizaje de parte de los pobres de las reglas de los ricos, sino es el cambio de las reglas de juego.» La pregunta, però, que brolla immediatament és: on és el límit, a l'hora de fer possible el desenvolupament-creixement humà a través de la diversitat de cadascú?

10. El «verocentrisme» constitueix la posició radicalment «atenta» a la veritat i oposada a l'egoisme o actitud centrada i tancada en si mateixa, segons explicava magistralment Lluís Cuéllar en parlar de «L'atentivitat» (vegeu el seu llibre *El hombre y la verdad*, Barcelona: Herder, 1980).

11. Per «conatus» entenc «la tasca esforçada per aconseguir i mantenir el “sostre” d'humanitat a través de la nostra singularitat constitutiva, activa i oberta a altres singularitats». (Ponència nostra titulada «Cultura, identidad humana y compromiso ético», *Thémata*, núm. 23. Barcelona, 1999). Per «cura de l'ànima» entenc el camí reflexiu

aquells recursos psico-sòcio-culturals (alguns dels quals hem descrit) que una existència personal humana ha de posar en marxa per a una *vida saludable*, que vol dir *creadora de sentit humanitzador*.

i crític vers l'autenticació de l'existència humana. Limitada, però oberta i abocada a la Veritat de si a través del compromís amb «allò que és» i amb els altres, que són nivells essencials per a saber de mi. (Vegeu els *Assaigs herètics* de Jan Patocka, on l'autor adopta aquesta perspectiva).

12. *La logoterapia y el análisis existencial*, Barcelona: Herder, 1987, pp. 133-156. En el terreny de la pràctica mèdica, Frankl proposa la idea de la «cura de l'ànima mèdica», com a teràpia –en la seva praxi mèdica, que és la logoteràpia– que exemplifica en termes de profunda humanitat i coneixement de l'ànima humana: «El *homo patiens* reivindica al *médico humanus*, el home que sofre reivindica al *médico humano* que no sólo trata como *médico*, sino también actúa como *hombre*. El *médico científico* pero no *humano* podría amputar una pierna con la ayuda de la ciencia, però sólo con la ayuda de la ciencia no se podría impedir que se suicide el amputado o la persona a la que hay que amputar después o antes de la amputación» (*op. cit.*).

TERCER ÀMBIT

LA SALUT EN LA PRÀCTICA
PROFESSIONAL

Consell Comarcal



d'Osona



Dr. Antoni Anglada, Sr. Jaume Mas i Dr. Albert Planas

DR. ANTONI ANGLADA
Hospital General de Vic

Voldria insistir en uns punts de referència. Un és l'aprovació de la Llei General de Sanitat de 1986, segons la qual tothom té dret a tot, és a dir, a l'equitat i a la universalitat dels drets per a ser assistit en el sistema sanitari. És un tema clau del que ens ve en un futur immediat. No hem d'oblidar que hem passat de la Seguretat Social al Sistema Nacional de Salut. Pocs països del món tenen aquest model d'universalitat i equitat, i, en canvi, no som conscients d'on estem.

L'altre punt de referència és que el finançament del Sistema Nacional de Salut és possible a través dels impostos i no solament a través de les quotes de la Seguretat Social. Es recullen uns impostos i, a partir dels pressupostos de l'Estat, des que es va introduir la reforma del finançament, és Catalunya qui decideix quins diners dels percentatge del pressupost total vol destinar a sanitat. Si es volen augmentar les partides en pressupost de sanitat, només hi dues possibilitats: (a) incrementar els impostos o (b) introduir canvis en les partides de pressupostos d'altres departaments. No hi ha més possibilitats.

En despesa sanitària, sempre es mesura el percentatge del PIB que es destina a sanitat. En això, però, hi ha un joc de paraules. Aquí ens referim al percentatge que es destina tant a la sanitat pública com a la privada, perquè, en el fons, el que es mira és la quantitat de diners que es mou en els aspectes sanitaris. També podem tenir en compte el percentatge del PIB que és despesa sanitària pública. Sembla, però, que la referència del percentatge del PIB de despesa

sanitària total és bastant similar, pel nivell socioeconòmic que té el nostre país, al de la resta d'Europa; no és així, en canvi, en el tema de la despesa sanitària pública, ja que, segons l'esmentat nivell, estem clarament per sota de la resta dels països europeus. Si tenim present els últims estudis realitzats i publicats, per a pujar el nivell hauríem d'augmentar un punt del PIB, la qual cosa suposaria sumar una quantitat considerable de diners.

El pressupost del Departament de Sanitat a Catalunya és de més de 6.800 milions d'euros: gairebé un 40% de tot el pressupost de la Generalitat. Això, abans, sempre era una partida destinada a sanitat que es negociava amb l'Estat, però ara ja no és així. Amb pactes previs, i comptant amb els impostos, com ja s'ha dit, vinguin de Madrid o directament de Catalunya, la Generalitat presenta els seus pressupostos i decideix quin és el percentatge que vol destinar a sanitat. Amb tot això, d'una banda, vull dir-vos que estem gastant menys diners en despesa pública que la mitjana d'Europa i que el que ens correspondria fer pel sistema socioeconòmic o per la riquesa que tenim; i, d'una altra, fer-vos veure què ha estat passant, en resultats de salut, en els darrers deu anys.

Hem de tenir en compte que l'esperança de vida ha passat a una mitjana de 80-82 anys; al principi del segle xx era de 30-35 anys. Som un dels països del món que té l'esperança de vida més alta. Les causes del 75% de les morts són les malalties cardiovasculars (infarts de miocardi, infarts cerebrals...), el càncer i las malalties respiratòries. Això, però, fa vint anys no era així: la causa de la mort era per malalties infeccioses. Aquest fet marca l'evolució del creixement econòmic i de la riquesa del país, i ens permet de veure quin és el patró de l'esperança de vida i el de les causes de la mort. En els països subdesenvolupats, evidentment, no hi ha morts per malalties cardiovasculars, càncers o malalties cròniques, ja que la població, majoritàriament, mor abans a causa de les malalties infeccioses.

Un tema important que també ens preocupa és quina és l'esperança d'arribar a una edat sense incapacitat. Certament, vivim més; però l'esperança de vida que tenim sense cap incapacitat és de 68 anys; és a dir, estem allargant la vida, però no estem allargant la qualitat de la vida en aquests anys de més. El que ens espera en aquest món és viure deu anys, fins a 78, amb un nivell d'incapacitat.

D'altra banda, la mortalitat infantil és un paràmetre important per a un país i per a veure com està evolucionant el seu sistema de sanitat i de salut. Som un dels països amb més baixa mortalitat infantil: no arriba a cinc casos per mil (4,8/1000) dels nascuts vius i fins a un any de vida. En països més avançats, com Estats Units, la mortalitat infantil és molt més alta, i en països subdesenvolupats, com els iberoamericans, es pot multiplicar per 10.

Entre els 25 i els 40 anys, majoritàriament, les morts són per accidents de trànsit. També n'hi ha per sida i per càncer de mama. Amb la finalitat de fer disminuir la mortalitat causada per aquesta darrera malaltia, el Departament de Sanitat ha elaborat programes de prevenció que estan tenint bons resultats. Aquest és el panorama i, com podem veure, contrasta amb el fet que no som els qui destinem més diners i, en canvi, obtenim resultats molts bons.

Som davant un nou escenari que obliga a organitzar un sistema sanitari diferent del que hi havia abans. Els principals canvis amb què ens trobem són els següents:

a) *La transició demogràfica.* S'hi ajunten una sèrie de factors: vivim més anys, tenim més malalties cròniques, hi ha més immigrants... Està canviant el disseny del sistema sanitari que teníem des de fa vint anys, i ho està fent de manera ràpida. En sectors com el d'Osona, hem passat d'una immigració baixa a una del 12-13% (Vic té una immigració del 20%), i, en qüestió de tres anys, sense una planificació, s'han generat un seguit de problemes de complicada solució.

b) *La transició epidemiològica.* Ha canviat el patró de malalties. Han aparegut noves malalties, com la sida, que es detecta a finals dels anys vuitanta, a les quals no estàvem acostumats. A més, comencem a trobar malalts amb patologies cròniques més grans.

c) *La transició tecnològica.* Hi ha una revolució dels mitjans tecnològics que ens fa avançar a un preu molt alt en matèria farmacològica, en diagnosi i en sistemes tecnològics.

d) *L'aparició d'un nou model de pacient/client.* Està canviant el patró de pacient. El pacient vol participar en les seves decisions. És un pacient informat que té accés a la mateixa informació que el metge a través d'internet; no és estrany, doncs, que es presenti amb informació sobre la seva malaltia i sobre el seu tractament, la qual cosa obliga a canviar la relació metge-pacient.

En definitiva, ja no ens serveixen els esquemes i models tradicionals, i això, evidentment, comporta una inquietud i implica l'increment de les despeses per a afrontar les necessitats.

Perquè hi hagi una bona sanitat i fer una bona medicina, hi ha d'haver un equilibri entre tres conceptes que, a més a més, són dinàmics i canvien permanentment:

a) *El perfil del client o pacient.* Estan canviant les necessitats, les exigències i els nivells de satisfacció del pacient, perquè té més accés a la informació i perquè ha canviat el patró de malaltia.

b) *Els avenços científics dels professionals.* El món dels professionals també està canviant a gran velocitat científicament i tecnològica. Cada dia es pot apurar més en un diagnòstic o es pot arribar a fons en un tractament. És impressionant la quantitat d'informació que es publica diàriament en les revistes nacionals i internacionals sobre sanitat i salut, i, per tant, és absolutament impossible, en aquest moment, llegir tot el que es publica diàriament.

c) *Els recursos de l'Administració.* L'Administració ha d'afrontar aquesta creixent demanda i aquest creixent increment de recursos que necessita per a aplicar aquests avenços tecnològics. Mirant el que ha passat en aquests darrers anys i pensant en un futur, sabem segur que el que es pot generar de riquesa de creixement és absolutament insuficient per a l'increment de necessitats que ens vénen. Tothom es posa d'acord en el fet que no som capaços de generar riquesa suficient per a destinar la quantitat de diners que, en aquest model que tenim ara, puguin satisfer les necessitats creixents dels ciutadans i, a més a més, incorporar les novetats científiques i tecnològiques.

Per a fer un sistema de salut més sostenible, es poden proposar tres grans blocs d'accions:

a) *Augmentar el finançament.* Es tracta de posar més diners per a fer el mateix o per a fer més.

b) *Augmentar l'eficiència del sistema sanitari.* Seria allò de dir: «Amb el mateix, fem més.» Intentem ajustar estructures de gestió entre sistemes primaris i hospitals. Mirem de buscar formes de substitució perquè el model sanitari actual, basat en els hospitals, és molt car. Hem de ser capaços de traslladar tot allò que podem fer a domicili o a l'atenció primària, perquè, si no, no es podrà mantenir en un futur. L'opció d'augmentar l'eficiència del sistema seria: «Amb el que podem tenir, intentem fer més per a abastar l'increment de necessitats que ens vénen.»

c) *Racionalitzar i prioritzar les prestacions sanitàries públiques.* No hi ha més diners; per tant, intentem ser més eficients amb el que tenim. Els ciutadans haurien de poder decidir i participar a l'hora de dir què no és prioritari per a apartar-ho del sistema públic. Es poden fer coses per a millorar els aspectes de costos o de despesa sanitària pública. Entre el 25 i el 30% la despesa sanitària d'aquest país és en farmàcia. És un tema importantíssim, perquè mou una gran quantitat de diners. Si poguéssim intervenir en la millora

de la prescripció de fàrmacs, en la indústria farmacèutica o en les oficines de farmàcia, potser aconseguiríem millorar el sistema.

Un dels problemes que tenim habitualment és que veiem com a sinònims «sistema sanitari» i «salut». L'OMS defineix la salut no solament com aquell estat en el qual no hi malaltia, sinó com «l'estat complet de benestar físic, psíquic i social». D'uns estudis fets al Canadà es pot demostrar que l'impacte en la salut del sistema sanitari no arriba a més d'un 15%; en canvi, pel que fa a l'impacte en la salut, si mirem els recursos que s'hi destinen, el sistema sanitari s'enduu més del 80% dels recursos; és a dir, estem destinant pràcticament la majoria dels recursos a una cosa que només té un 15% d'impacte en la salut. Fixem-nos en els percentatges següents:

- a) Estils de vida: un 40%.
- b) Medi ambient: un 35%.
- c) Biologia: un 10%.
- d) Serveis sanitaris: un 15%.

Quan vas a països subdesenvolupats, amb una esperança de vida molt baixa, amb una mortalitat infantil molt alta i amb un patró de malalties de mort bàsicament infeccioses, t'adones que, en general, fa més un enginyer o un arquitecte que un metge. Hi va un equip d'enginyers, separa les aigües residuals de les potables i desapareix la malaltia infecciosa que causa la mort del 50% dels nens. Som en un model en el qual anirem ficant molts diners en el sistema sanitari, però tampoc no aconseguirem unes grans millores de perspectives de salut. Hem de començar a reflexionar com l'individu ha de pensar i discutir què aporta a aquest sistema de salut propi i a entrar en aspectes d'estil de vida i de medi ambient, no tant en biologia, en els quals s'esmercen molts diners en l'estudi del genoma i en la predeterminació de la previsió de malalties perquè, quan neixis, et puguin dir quines són les

probabilitats de desenvolupament d'una malaltia en una determinada edat, llevat que no canviïs l'estil de vida o facis alguna cosa de treball preventiu.

Sortim o estem en un estat totalment proteccionista, del qual esperem que tingui cura de nosaltres en tot. Cal tenir la llibertat individual o la responsabilitat social individual per a preocupar-nos de la nostra pròpia salut, i perquè aquell que no ho faci reconegui que provoca una despesa al sistema sanitari que repercuteix negativament en la societat. Aquest i altres temes tractats, els deixo sobre la taula per a discutir-los després.



Dr. Antoni Anglada

DR. ALBERT PLANAS
CAP Nord de Vic

Jo canviaré una mica el to i m'he permès fins i tot de portar unes quantes fotografies d'anuncis que fan esment de qüestions de salut, perquè voldria, en veu alta, reflexionar una mica amb vosaltres sobre algunes qüestions que tenen a veure amb la sostenibilitat. Vull partir, com ha dit el qui m'ha precedit, del fet que el nostre sistema sanitari és dels millors del món i que això cal tenir-ho en compte, perquè, quan ens plantejem de fer algun canvi o alguna reforma, anem amb la suficient cura per a no malmetre'l. Hem de fer petites millores o petits canvis que ens permetin de mantenir aquesta qualitat de gran sistema sanitari que tenim en el nostre Estat, i a Catalunya en concret.

Voldria començar amb un parell de conceptes que qualifico d'erronis i que podrem discutir. Hauríem de parlar de sistema sanitari sostenible, perquè la salut és el que ens fa a tots plegats justament «sostenibles». Si no tinguéssim salut, no seríem sostenibles. És erroni també creure que tots tenim «dret a la salut». Crec que tenia molta raó aquell filòsof que va dir que, estrictament, no tenim dret a la salut; tenim dret, això sí, a rebre una atenció sanitària correcta o de bona qualitat. El dret a la salut, en sentit estricte, no està escrit en cap llei i sembla difícil que es pugui formular.

La salut depèn poc de l'atenció sanitària. Això està malament que ho diguem els metges, però és la veritat. Hom es pot preguntar: aleshores, per què es fa una despesa tan gran en el sistema sanitari? És clar que necessitem un sistema sanitari eficaç i sostenible, no solament per poder-lo mantenir, sinó perquè gastar en excés en el sistema

sanitari, com que la salut no depèn molt d'això, pot fer que aquesta empitjori en la població. Hem de gastar la mesura justa, ja que, si no, malmetrem recursos per una altra banda.

Hi ha algunes creences socials a les quals no són estranys els metges i els sanitaris, però que, segur, hi hem influït, tot i que algunes no depenen exclusivament del sistema sanitari, sinó d'altres situacions de la societat actual. La primera és, com ja he anunciat, creure que tinc dret a la salut, amb la qual cosa, per extensió, se'm fa molt difícil d'acceptar la malaltia, les limitacions, l'envelliment i fins i tot la mort. La funció del sistema sanitari, evidentment, no és evitar la mort.

He portat alguns anuncis extrets de premsa mèdica i uns altres de premsa general.

– «No límits». No hi ha límits.

– «Compromiso es saber que la felicidad no es un lujo, sino un derecho». Aquest fàrmac és un antidepressiu. El missatge és que un fàrmac no sols ens serveix per a millorar una persona caiguda en una depressió, sinó també per a ser feliços.

Una altra creença social és la immediatesa: vivim en una societat que vol solucions ràpides, immediates. En sanitat, voldríem tenir les coses ràpides com els diners que surten d'un caixer automàtic després d'introduir-hi la targeta. Som intolerants a les esperes i davant els dubtes. Els professionals sanitaris, a vegades, ens movem en un gran dubte sobre el que li passa a una determinada persona i necessitem temps per a esbrinar-ho. La nostra societat s'ha tornat bastant intolerant en això.

– «Momento Max. Alivio de acidez en menos de 1 minuto. Max eficacia, max rapidez, max seguridad». No hem de renunciar a menjar-nos els horribles entrepans americans. Al contrari: hem de menjar-nos l'entrepà i tenir a punt l'antiàcid per ràpidament tractar l'acidesa d'estómac.

– Quan tractem una malaltia infecciosa, el que sembla importar més és la rapidesa: «Un, dos, tres... a respirar, quatre, cinco... ¡y a volar! Controle su paciente en cinco días». L'important no és que el pacient es trobi bé en cinc dies. La rapidesa és el que compta.

Una altra creença social: la desresponsabilització de la pròpia salut: la salut ja no és un afer personal; les àvies, a casa, ja no entenen de salut: ja no saben que és un xarampió, perquè no n'hi ha, i sembla que tota la responsabilitat de la salut s'hagi de passar als tècnics: als metges i a les infermeres. Hi ha la idea segons la qual l'Administració Sanitària s'ha de responsabilitzar de la meua salut i vetllar per ella.

– Ens venen, fins i tot, un aparell d'electrocardiogrames portàtil: «Marca el ritmo de tu vida». Pots portar l'aparell posat, es pot connectar per telèfon i pots marcar-hi el ritme de la teua vida. Deixa clar que algú es fa càrrec del ritme de la teua vida.

– Prenent un producte per a controlar la pressió arterial, no solament controlem la pressió arterial, sinó que vivim protegits: «Vivir protegido».

Una altra creença social és la de «més és millor»: com més visites, més proves i més especialistes, millor. Però la cosa no és sempre així.

Una altra creença és la de «més tecnologia és millor»: més radiografies, més TACS, més fàrmacs... No sempre és així, puix que les radiografies, els TACS, els fàrmacs, els escàners tenen efectes secundaris. Ja hem dit que la salut no depèn tan sols del sistema sanitari; al contrari, quan hi ha una vaga d'hospitals, baixa la mortalitat al país; baixa, però, perquè passen altres coses, no perquè fallin els hospitals o perquè els metges ho facin malament.

La darrera creença social:

– «Més nou és millor». Si una cosa és més nova, segur que és millor que l'anterior, i això passa, sobretot, amb els fàrmacs.

– Un antidepressiu: «La salida rápida de la depresión». Triga més o menys que els altres fàrmacs a l'hora de tractar-la; però cal, com hem dit abans, que la persona no estigui deprimida i visqui feliç. En la propaganda, s'hi afegeix reiteradament «es nuevo». El fet que sigui nou és un valor afegit, cosa que no és del tot cert, ja que coses que existeixen des de fa temps en sanitat són encara molt valuoses.

A part de les creences socials, els professionals i l'administració, a vegades, fem servir missatges contradictoris. La tecnologia sanitària i la indústria farmacèutica són sovint vistes com a eines que poden millorar i mantenir la nostra salut, però, a la vegada, també es veuen com a elements productius i beneficiosos per al país. Ara bé, entrem en una contradicció: si el que volem és estimular la indústria farmacèutica o la indústria d'alta tecnologia perquè el país tingui més llocs de treball, gastarem més en sistema sanitari; i si gastem més en sistema sanitari, deixarem de fer-ho en alguna altra cosa. Hi ha una contradicció, fins i tot, en el discurs públic que s'empra, i caldrà cercar un punt d'equilibri.

Un altre tema important: la sanitarització. Arriba un moment en el qual «tot» en la vida és un problema de salut. Els metges diem que, a vegades, trobem a faltar els capellans, ja que abans resolien coses que ara ens plantegen als metges. Comença a regnar l'opinió segons la qual qualsevol cosa que ens passi és tractable.

– En una propaganda, llegim: «Es imprescindible el tratamiento antiarrugas para el hombre activo». No es pot passar sense tractar les arrugues.

– Evidentment, els problemes d'erecció també han passat a ser un problema de salut: «¿Sabes cuál es la solución idónea para los problemas de erección para tu paciente y su pareja?» L'erecció també es pot tractar amb fàrmacs.

– Fins i tot hem arribat a sanitaritzar l'aliment. Hi ha aliments, anunciats a la televisió i a la premsa, que diuen que

van bé per al colesterol: «Presentamos la herramienta más más innovadora para reducir el colesterol». L'important no és que sigui bo, l'aliment, sinó que vagi bé per al colesterol. Hem fet de l'aliment un tema sanitari.

Un altre missatge que és contradictori i que és «poc sostenible» és l'atenció sanitària als famosos i el valor que donem a la seva activitat, tal com es pot sentir en els mitjans de comunicació. ¿Com un ciutadà de Catalunya pot tolerar que es trigui un mes a fer-li una ressonància magnètica, quan acaba d'escollar a la televisió que un jugador del Barça ha caigut i s'ha fet un cop al genoll, li han fet en menys de vint-i-quatre hores dues radiografies i una ressonància magnètica, i els metges li diuen que no té res: que s'ha lesionat lleument? Ningú no li ha explicat, a aquest ciutadà, com tenen els genolls aquests jugadors i les conseqüències posteriors. Ara bé, com pot tolerar l'esmentat ciutadà que, amb ell, el sistema sanitari triga més d'un mes a fer-li una prova, quan, a la televisió sent que, a un altre ciutadà la hi fan en poques hores?

– «Microtransplante capilar: el método en el que confían políticos y famosos». Si els polítics i famosos ho fan, per què jo no?

Un altre missatge que és poc sostenible és el del poder dels professionals. Hem arribat a dir que ho sabem tot, que ho guarim tot. Quan surten per la televisió anuncis o referències a investigacions, sembla que ja ho dominem tot, que ja ho sabem tot, que ja podem tractar-ho tot, que ja tenim la solució de tot, que podem prevenir qualsevol cosa sense problemes, com passa en les informacions sobre el genoma humà. Per a tot sembla que tinguem sempre un nou fàrmac que podrà resoldre qualsevol problema, no sols de salut, sinó també de tipus social. Som, per dir-ho d'alguna manera, poc humils i un pèl exagerats.

Què podríem fer-hi, en aquesta línia d'actituds sostenibles?

L'Administració podria atendre:

- *El pes dels serveis sanitaris.* Els serveis sanitaris, clàssicament, en el nostre país, han estat centrats en els centres hospitalaris. Això, tanmateix, ha estat una sort. Hem tingut centres hospitalaris molt bons; però, per una sèrie de raons, resulten cars de mantenir: tenen una infraestructura ferma i és bo que la tinguin; tanmateix, resulta cara. Una alternativa podria ser invertir més en l'Atenció Primària de Salut, amb els metges de capçalera, en la primera línia d'atenció de la població. S'hauria d'invertir més en temes d'atenció comunitària, de prevenció i d'atenció a la malaltia, sense haver d'estar ingressat a l'hospital. És una qüestió d'inversió per part de l'Administració.

- *Els missatges institucionals.* L'Administració, a vegades, també es fica de peus a la galleda. No intervé, per exemple, en el control de la informació d'epidèmies a través dels mitjans de comunicació. Ara, fa pocs dies, a la televisió, van anunciar que havia arribat l'epidèmia de catarros de vies altes, és a dir, dels vulgarment coneguts refredats. La notícia continuava amb l'aparició d'imatges de les sales d'espera dels hospitals més importants de Barcelona plenes de nens amb refredats. És un missatge bastant dolent, perquè, per un refredat, no cal anar a urgències d'un hospital d'alt nivell de Barcelona. Un refredat el pot atendre un pediatre o un metge de capçalera, fins i tot la infermera més propera, que ho farà perfectament. Aquests missatges no són, potser, prou sostenibles.

- *L'increment de recursos.* Per a ser sostenible el sistema sanitari, com ha anunciat abans el doctor Anglada, s'haurà d'augmentar mig punt o un punt del PIB del que es destina a sanitat.

- *La distribució de recursos.* El pes de la farmàcia i de l'alta tecnologia. Com més invertim en alta tecnologia, més invertim en farmàcia. Estem deixant d'utilitzar aquests diners per a vacunar i per a fer educació sanitària, coses que es veuen menys i que no són tan ben agraïdes públicament,

però que potser són més eficients per a augmentar el nivell de salut. Ja hem dit que la mortalitat infantil als Estats Units és molt pitjor que la nostra. És un país que, tecnològicament, està molt avançat, però, en canvi, és totalment inequitatiu: gasta molt en alta tecnologia, però té una colla d'infants morint-se en la sala de parts per no ser atesos.

Per part dels professionals:

- *El rol professional.* És el que hem dit abans de la humilitat: som metges, però no som déus; som tècnics que sabem una mica més que la resta de la població sobre tema de malalties i de salut, i que podem ajudar la gent, però que no som capaços d'evitar que la gent es mori, ni de bon tros menys. Podem fer que la gent es mori més agradablement o amb una major cura, però poca cosa més. Podem també fer participar en les decisions els usuaris: «Vostè prefereix que fem aquesta anàlisi o prefereix una altra cosa?» Si a la gent li expliquem les coses, podrà participar en les decisions. La gent també és assenyada i diu: «Si el que em diu és que d'això no en traurem res, aleshores no cal que ho fem.»

- *El rol de les infermeres.* Les infermeres tenen un paper important en els temes d'educació, de suport i d'ajut a la guarició de malalties; i també el tenen en el fet de no voler «imitar» els metges, sinó fer de professionals d'infermeria.

- *Els missatges professionals.* Amb el tema del genoma, ara ja sabem el que pot passar amb la diabetis; ara bé, som molt lluny encara de saber com evitar, tractar o guarir la diabetis.

- *L'ús dels recursos.* Utilitzar els recursos de forma adequada. Procurar posar l'accent en l'atenció a domicili; procurar posar l'accent en el fet que l'atenció primària sigui més eficaç i pugui tractar més coses. Es vol evitar que la gent hagi d'anar a l'hospital, perquè és més car. Es tracta, simplement, d'una mesura d'eficiència. Els recursos, les proves complementàries (ecografies, TACS...) s'utilitzaran quan, de debò, siguin necessaris i útils, i no perquè sí.

I la societat, en general, què pot fer? La societat també pot tenir actituds sostenibles, influïdes per l'Administració, pels mitjans de comunicació i pels mateixos professionals.

- *L'autoresponsabilitat i l'autoguarició.* Hem de procurar tornar a ensenyar a la població que és molt sa autoguarir-se. Quan jo era petit, la meva mare trigava tres dies a cridar el metge quan jo tenia febre, i ara, a mi, em porten un infant que no fa ni una hora que té febre: gairebé no hi ha hagut temps perquè aparegui res. Podríem esperar una mica més per a veure què passa.

- *Els missatges dels mitjans de comunicació.* Algun dia ens haurem de plantejar la influència que els missatges de comunicació tenen en el tema de salut i en el tema del sistema sanitari.

- *L'ús dels recursos.* Haurem d'anar ensenyant també a la població que vagi aprenent que no necessàriament «més és millor», sinó que «més proper i senzill» és, a vegades, menys perillós i millor. En l'hospital, es fan grans intervencions, però també és un centre en el qual es produeix molta iatrogènia, és a dir, molts mals al pacient que van lligats amb la mateixa tecnologia que s'utilitza i, per tant, si no s'empra amb un bon filtre, l'hospital pot ser causant de malalties; en canvi, si ho filtrem bé i s'arriba només a les persones a les quals s'ha d'arribar, l'hospital pot ser molt beneficiós.

A Osona, concretament, què podem fer o que estem fent per una sanitat més sostenible?

Només dir que, a la comarca, hi ha deu EAPS, dels quals vuit presten atenció continuada (24 hores). Fora de la ciutat de Vic, tots aquests equips tenen atenció sanitària les 24 hores del dia.

Tenen una coordinació amb serveis hospitalaris bona. En dir «bona» volem dir «millorable», tenint en compte l'entorn del país.

Quines coses ens estem plantejant per a fer a Osona un futur més «sostenible» en sanitat?

Probablement, a la comarca, tindrem 11 EAPS o més.

Esperem fer un pla d'atenció continuada que coordini tota la comarca, fins i tot les urgències que van a l'hospital, moltes de les quals, probablement, no caldria que hi anessin.

Ser més accessibles. Hem de procurar que la població pugui venir amb més facilitat a nosaltres: facilitat per a obtenir hora, apropar serveis, fer que se sentin realment com a casa...

Augmentar la capacitat i la cartera de serveis d'atenció primària. Com més coses pugui resoldre l'Atenció Primària de Salut, menys ens caldrà que la població utilitzi els serveis hospitalaris.

Millorar la coordinació dels hospitals.

I dedicar major atenció a coses que hem oblidat una mica, com ara la prevenció i l'educació en la salut: la salut a l'escola, la prevenció a la consulta, etc.



Dr. Albert Planas

COL·LOQUI

Miguel Candel. Moltes gràcies als ponents. Crec que han estat unes intervencions molt sostenibles en comparació a les que fem els de filosofia. S'ha dit que les àvies, abans, sabien guarir malalties a les quals estàvem acostumats, com eren el xarampió, els refredats o algunes malalties infantils, i que ara, en canvi, ja no en saben. Crec que, d'aquest fet, en part, en són culpables els metges, especialment pel pes que ha tingut la medicina privada en aquest país. Ha triomfat la idea de «com més pacients-clients, millor». Els metges han estat una mica culpables de fer-ne, de la saviesa popular, en termes d'autoguarició, sobretot pel que fa al remei de les iaies, una mena de maquinació. El remei de la iaia, a vegades, funciona. Sobre el que s'ha dit d'augmentar el nivell de participació del pacient i descarregar els serveis i recursos que s'han de reservar per a casos greus, i per als quals no serveix la medicina de la iaia, caldria educar una mica més la població. Això es podria fer fàcilment a través de televisió, de cursets o de fullets que l'Institut Català de la Salut podria repartir. Hi ha remeis que realment funcionen. Per a guarir moltes malalties infeccioses, abans es recorria a la dieta: una dieta molt més sòlida, molt més difícil d'empassar, sense líquids ni massa freds ni massa calents... Ara ja no es fa. Avui, rarament, sento dels metges de capçalera recomanar fer dieta; prescriuen un medicament i et diuen: «Faci vida normal.» Dels teus hàbits no n'has de canviar res. Això em fa sospitar molt. La meua filla, que ara ha acabat els estudis de medicina, sempre que faig ús d'algun remei de la iaia, em diu: «On vas amb això? No té cap fonament científic.» «Molt bé –li responc–, no té cap fonament científic; però, si funciona, ja va bé.»

Doctor Planas. Segur que hauria d'anar així, la cosa. Aquest era el missatge que jo volia donar. No volia dir, però, que les àvies haguessin perdut els coneixements dels remeis per manca d'interès; si l'han perdut, és perquè les famílies ja no són com eren abans: les àvies ja no estan tant a casa, o només tenen els nets quan els pares no hi són. El canvi de l'estructura familiar ha fet que, probablement, la família sigui menys atenta a la malaltia o als petits problemes de salut. Avui, de seguida, quan algú, especialment un infant, té una petita molèstia, es demana la intervenció

d'un tècnic, quan no sempre fa falta. Aquí entrava el fet social que he dit de la responsabilització. Com que tenim famílies molt enfeïnades, que no tenen gaire temps, i famílies amb pocs fills, la responsabilitat dels pares amb aquests fills és molt gran i els duen a la consulta mèdica només per estar tranquils. Ells ja sabien que venien per una cosa que era banal; però el que de debò volien era estar segurs; és a dir, que algun tècnic els digués: «Vostè té raó: era un refredat.» Els metges hem fallat per la influència de la indústria farmacèutica; hem fallat per la necessitat social de la rapidesa: per la idea segons la qual si no es fa alguna cosa sembla que no s'estigui atenent correctament. Hem donat contingut sanitari a coses que no els calia. Davant el simple refredat d'un nen, només cal recomanar al pare o a la mare: «A casa es passa molt bé; doni-li una aspirina o qualsevol cosa per a la febre, que begui molt líquid i s'ha acabat»; però, a vegades, se'ns en va la mà i acabem receptant alguna cosa que, tot al més, pot alleujar una mica la tos... Donant alguna cosa, ja has deixat clar a aquella persona o a aquella família que valdrà la pena anar a veure el metge quan et tornis a trobar amb símptomes semblants. Aquest és el mecanisme que s'ha anat produint. És cert que les àvies tenien remeis casolans que eren absurds, però en tenien alguns de ben raonables, i, generalment, la majoria d'aquests eren poc iatrogènics, és a dir, poc perillosos, que fan poc mal o que és difícil que facin mal, cosa que no passa amb tots els fàrmacs.

Antoni Bosch. Tot el que heu dit m'ha semblat d'enorme interès; però voldria referir-me més a l'aspecte amb què s'ha començat, és a dir, al fet que un sistema sanitari té un sistema econòmic que l'aguanta. Aquí dins hi ha tot el tema dels concerts hospitalaris, que és un tema difícil i on voldria insistir. En parlar del sistema sanitari, necessàriament m'he de referir al tema de la productivitat, sia en un hospital o en un centre d'atenció primària. Aquest tema, sens dubte, planteja molts problemes. Com es fa per a equilibrar el que cal sanitàriament fer i què cal fer per a produir bé? Es podria donar el cas que hi hagués algun hospital que, a partir de les estadístiques de les seves intervencions quirúrgiques de varius durant un any, es plantegés, en raó de la productivitat, incrementar-ne les intervencions. Això faria que algú que no li cal aquest tipus d'intervenció, per raó del concert econòmic de l'hospital, l'inter-

venen perquè necessiten fer un tant per cent més que l'any anterior. El malalt passa a ser, no un malalt, sinó un client; i quan hi ha el desplaçament de malalt a client, ja ho hem embolicat tot des d'un punt de vista sanitari. Al final, els malalts necessiten recursos econòmics per part de l'Estat, però també, amb aquest sistema, l'Estat necessita malalts; si no, el sistema no s'aguanta: no s'aguanta la indústria sanitària i no s'aguanta res. Qui necessita qui? Em poso, però, en el lloc del malalt i pregunto: és necessari que t'operin quan no cal?

Doctor Anglada. Tens raó. Però voldria aclarir un tema. La indicació no és fictícia. Has plantejat un tema importantíssim: les varius. Fa vint-i-cinc anys, la gent no s'operava de varius, perquè les tècniques eren més agressives i més problemàtiques; hi havia un tipus d'anestèsia molt més complexa que comportava un risc alt per a la vida a l'hora d'operar-se. Avui, en canvi, el nivell d'operar és més lax. Això genera, en el pacient, una seguretat que el duu a no pensar-s'ho gaire en el moment d'entrar en un quiròfan. Això passa igual amb les cataractes: abans operàvem de cataractes la gent que gairebé no hi veia; ara, tens una mica d'ombra i ja t'operen: un inici de cataracta i al quiròfan. Aquest tipus d'intervencions es fan amb anestèsia local i no tenen cap mena de risc; es fan amb una tècnica fàcil i, amb aquesta cultura de la rapidesa, de la qual ha parlat el doctor Planas, marxés cap a casa i al cap de vint-i-quatre hores ja pots llegir. No voldria que en traguéssiu la sensació que l'important és que sobrevisqui el sistema: el que necessitem són pacients, però, ens agradi o no, els pacients són clients. En el sistema sanitari, tot el que obres, ho omplés; és a dir, de clients, sempre en generes, perquè la cultura actual és la de fer clients. De clients n'hi ha hagut sempre. El sistema de finançament i de contracte que té l'Administració amb els hospitals és clau, perquè, com sempre diem: «Digues-me com compres i et diré com t'organitzes.» Si el que prima és tenir malalts, n'hi haurà, de malalts. El tema de la ciència i el fet d'entrar en una cultura de la medicina defensiva –tema importantíssim– provoca, cada dia més, la relació de confiança entre el malalt i el metge. Avui en dia el sistema sanitari, especialment en els hospitals, fa moltes proves per protecció del mateix facultatiu o del mateix hospital davant les demandes dels pacients. És un cercle viciós que, en entrar, ja no saps com sortiràs.

La protecció amb assegurances més altes a favor dels metges és més atractiva al sistema; per dir-ho d'alguna manera: «Que et demandin més, perquè això voldrà dir que ets més cotitzable.» Estem important formes de fer anglosaxones en una cultura llatina. Estem veient què fan els americans, què fan els anglesos, però amb una cultura molt diferent. Això, però, és molt més complex. Com ja ha dit el doctor Planas, l'activitat sanitària dels metges és una activitat humana, amb errors, els quals també s'han mesurat i s'ha vist que són similars a qualsevol activitat humana, com, per exemple, els dels pilots d'aviació. Els errors, a vegades, causen problemes greus, fins i tot morts, i això és inevitable. Si anem trencant aquest nivell de confiança malalt-metge i l'anem empresariant i transformant amb allò de: «Com que jo pago, jo exigeixo», acabarem malament.

Jordi Sales. En aquesta taula rodona ens han tocat metges austers i no tecnològics. Des del punt de vista humanístic, ser auster està molt bé. Jo plantejaré l'aporia, que és una feina de la filosofia. Tots aquests anuncis que hem vist són molt estranys, però segurament els ha hagut de fer algun metge, o almenys alguna cosa hi ha tingut a veure. D'altra banda, sembla molt clar que hi ha unes tendències de despesa que es justifiquen mitjançant la referència i la preocupació de l'home per la salut, com altres es justifiquen per l'erotisme que l'home pot tenir. Som en un procés en què es demana, des de l'austeritat, una purificació d'un sistema que hem fet sense saber a quina instància acudir. Sempre s'acaba dient que a l'escola facin educació sanitària. Qui la fa i com?, perquè pot venir algú a fer-la que et vengui anuncis com els que acabem de veure. En les oficines de farmàcia, quan vas a comprar, tret del bicarbonat, la primera fila la tenen de coses que no són del sistema sanitari, sinó perquè, mentre esperes, les contemplis i acabis comprant-les, com passa amb algun tipus de pastilles, etc. La picardia humana no és d'avui en dia, sinó de sempre. El que trobo és que arriba un moment en què acudim vers un sentit comú patriarcal del bon mestre, del bon metge de família, de l'àvia assenyada rehabilitada avui, quan el sistema d'anuncis i de farmàcies ho està destruint.

Doctor Planas. Hem de donar, certament, resposta al sistema sanitari. Hom no pot oblidar que existeix. La societat ens està demanant que anem més ràpids. S'ha de dir, però, que, en medicina,

ser més ràpids comporta uns riscos. Aquestes reflexions han de servir per a saber on som, per a saber que les coses són així, que són difícilment modificables i que alguna cosa hi podem fer per modificar-les. El que s'ha de fer és adaptar el sistema sanitari a aquesta situació canviant, com ha dit el doctor Anglada, o canviar la societat, com he dit jo. Algun missatge haurem de donar a aquesta societat per dir-li: «Compte, estem en una situació que ens ho podem menjar tot plegat!»; i una cosa que és bona, com el sistema sanitari, segons la modificació que hi introduïm, pot dur a situacions crítiques. Segurament que haurem de posar-hi més diners; però, si hem de posar-hi més, i com deia el doctor Anglada, ens els anem menjant igualment, reconduir-ho no té cap sentit. «Austeritat», que dèieu abans, sí, però fins a cert punt; he posat l'accent en aquest mot per provocar una mica. La ressonància magnètica és un gran avenç, però hem de fer-la servir quan cal, quan està ben indicada i amb mesura.

Ramon Valls. Permeteu-me, en primer lloc, que us felicit per què les dues exposicions m'han semblat francament modèliques i serien fàcilment vulgaritzables en àmbits més corrents de tota la població. Dit això, voldria comentar un parell d'aspectes. El primer seria l'assumpte dels tòpics falsos, de les opinions dominants que, ben mirades i amb un pèl d'anàlisi, ja es veu que no se sostenen, però que, en canvi, determinen moltíssim el grau de satisfacció real que té la població, el client, el malalt, perquè l'assistència que rep, essent bona, no respon a les seves esperances, que són il·lusòries. Per a mi, aquest és un assumpte preocupant. Ja fa un quant temps que dic que se m'ha acabat l'interès d'investigar la veritat, però que, en canvi, m'ha crescut l'interès per investigar allò que passa per veritat. Com es fabriquen aquestes opinions, com es produeixen i com es fan dominants? Hi ha un conjunt de creences que són moneda circulant i que es diu que són de sentit comú. Quan comences a criticar-ho, tothom diu: «Això és de sentit comú.» i com que tothom ho diu, ja ho és; i tu, en canvi, no ho veus així. Com s'ha dit aquest matí, si viatges, ja t'adones del que és evident aquí i no allà; llavors comences a relativitzar i arribes a pensar que el sentit comú és allò que s'ha dit la suma dels prejudicis d'una determinada societat en un moment determinat, i això és el que passa per sentit comú. A mi això m'interessa moltíssim i aquí se

m'ha fet palès que, en el vostre camp professional, hi té una incidència màxima i que hom no pot, senzillament, alegrar-se enregistrant el fenomen, sinó que està obligat, d'alguna manera, a influir perquè minvi, ja que es tracta d'un cúmul d'opinions falses. Aleshores passa el problema al sistema educatiu: et diuen que facis una assignatura i tu dius: «Escolti, prou, perquè, al final, haurem de fer també una assignatura de circulació viària, etc.» I llavors penses: «Potser el que cal és canviar els programes de les assignatures ja existents, perquè, si hi afegim assignatures, anirem inflant l'horari escolar i hauren de fer vint-i-sis hores de classe al dia, i això no pot ser.» Quan jo era vicerektor d'universitat, un dia em va venir una petita comissió d'un departament que té a veure amb aquest món i em van dir: «Hem de fer una assignatura nova.» Em van donar el nom de l'assignatura i vaig dir-los que no hi havia cap inconvenient i que en fessin un informe. Els vaig indicar que es faria un petit tràmit per acoblar l'assignatura al pla d'estudis i els vaig preguntar per l'assignatura que suprimirien. Aleshores van dir: «Això no pot ser, perquè tot el que hi ha és necessari i, a més, ara, el que proposem.» En la facultat de dret es va fer un pla d'estudis per pressió del rector, perquè havia de tenir la llicenciatura solament quatre anys i, després, si de cas, fer un postgrau de dos. El degà, obedient i submís, per fer la pilota, va fer el programa. En el pròleg a l'edició del programa, que era, com dèiem en els meus temps, de «Codorniz», de revista humorística, es deia, més o menys, que aquest programa era per a cinc anys, però que, en cinc anys, difícilment el podria fer cap alumne, de manera que l'alumne mesurés les seves forces i pensés que potser en necessitaria sis. Aleshores miraves i deies: «Per què les diu, aquestes bestieses?» Doncs les diu amb una raó certa; i és que el programa aquell posava la mateixa assignatura en la mateixa etapa que l'havia tingut sempre des del segle XIX, i, llavors, hi afegien assignatures, optatives o no, semiobligatòries, nous coneixements, però sense limitar res del que hi havia abans. El que vull dir és que no es poden fer carreres de mil anys i que l'alumne passi les dues terceres parts de la seva vida estudiant perquè acabi quan es jubila. S'ha de trencar aquesta dinàmica i combatre els tòpics falsos. Hauríem d'assumir el problema i pensar en un desllorigador, i no transferir-ho, senzillament, al sistema educatiu. Més que el sistema educatiu, influeix el sistema d'educació de la televisió, de la ràdio, etc., mitjans als

quals potser també els hauríem d'ensenyar alguna cosa. No dic jo ara que fem programes culturals avorrits; tampoc no cauré ara a parlar dels problemes de la televisió escombrària. El problema no és aquest: el problema és, una mica, de cultura general del país, i que hi ha molts més agents de cultura general del país que el sistema educatiu. Per últim, unes paraules d'una cosa que feia notar als alumnes fa anys. Quan parlem del sistema social global d'un grup humà, sempre deia que el sistema social es dividia en subsistemes. Feia notar un paral·lelisme entre el subsistema sanitari i el subsistema educatiu. El subsistema educatiu està pensat ja com a entrada dels nous individus al grup. Això equival a formar-los i educar-los per a integrar-los en una determinada societat perquè hi encaixin bé, és a dir, perquè no siguin membres desllorats. El sistema sanitari extrau del sistema general algunes persones temporalment incapacitades que té en projecte recuperar i es produeix un paral·lelisme molt interessant. Aquest matí, parlant amb una de les ponents, sobre si el metge guareix, li he dit: «Home, pròpiament, el metge no guareix: el malalt es guareix.» El malalt es guareix, recordant allò de *natura medicatrix*; és a dir, la mateixa naturalesa té uns elements d'autocorrecció i d'autogeneració. El metge, certament, ajuda en això, i ajuda amb fàrmacs que es poden considerar no gens homeopàtics, sinó estranys i invasors, però que algun aliat troben dins el cos per a refer la salut. El metge tampoc no pot reduir-se a un mer assessor tècnic. La relació metge-malalt ha de tenir el caràcter socràtic que es veu molt bé en el sistema educatiu: cal que el mestre susciti en els nois realment l'entusiasme per una determinada matèria. Es demana una relació no merament tècnica, sinó personal, socràtica, és a dir, que s'extregui l'educació del mateix educand, que s'extregui la salut del mateix malalt. La relació metge-malalt pot facilitar-ho i es pot dir que n'és la causa. Espero que aquest comentari serveixi, d'una banda, per a obrir perspectives i, d'una altra, per a certificar els motius de felicitació que he dit al començament de les meves paraules.

Doctor Planas. Gràcies per les felicitacions. Un comentari a la darrera reflexió que heu fet: el tema del mer assessor tècnic. Estic d'acord que el metge no és un mer assessor tècnic; sí que, a vegades, queda el pre-requisit d'assessorar i d'informar correctament.

El metge, abans de res, ha d'exposar de manera molt senzilla el que està passant i les formes d'actuació. Entre altres coses, el pacient pot dir: «Escolti, faci el que vostè cregui més convenient.» Haurem de tornar a reprendre aquest paper del metge de compartir els afers de la salut amb el pacient, perquè, si no, semblarà que els afers de la salut no siguin una cosa personal. Jo crec que és una relació personal en la qual hi ha un tècnic; per tant, es tracta d'una relació asimètrica, perquè el metge, en alguna cosa, ha après i aporta la seva visió tècnica, la qual és, en aquest cas, superior a la del pacient. Però el pacient té una superioritat sobre el metge en el fet que és amo de la seva persona i pot acabar decidint el que creu més convenient. El metge pot recomanar, però el pacient pot assumir el que li passi en deu anys per no seguir el tractament: «Per més que vostè m'ho expliqui, jo penso continuar fumant, perquè és la meua opció.» Certament, és una opció lliure i jo he de respectar-la; tanmateix, l'he de tornar a avisar que allò que està fent és perillós per a la seva salut, però no tinc gran cosa més a fer-hi. Aquest paper va associat a allò que deia abans de la humilitat: nosaltres no guarim, sinó que ajudem a guarir i hi participem, i a vegades també ens equivoquem, com ha dit el doctor Anglada, perquè som humans. Amb humilitat, no podem pensar que tota la salut depengui de nosaltres. Com deia al principi, només el 15% depèn del sistema sanitari; la resta depèn de la societat.

Doctor Anglada. Comparteixo perfectament el que acaba de comentar el doctor Planas. Només vull fer un incís. Jo diria que, a vegades, en parlar així, ometem una sèrie de coses que ja donem per suposades. A més de tenir un bon sistema sanitari, tenim un nivell tècnic molt alt. Hem de pensar que és un país ben regulat. Un metge, en el sistema públic, exercita i practica durant deu anys; si no, no pot actuar en el sistema públic: amb el programa del MIR, que és una de les coses més ben fetes, en aquest país, en tema de formació, li calen deu anys d'estudi com a mínim per a exercir la professió en el sistema públic. Tenim, per tant, un alt nivell de tècnica en coneixement. Qualificats tècnicament, som alts; però, com ha dit el doctor Planas, s'està incrementant el paper del ciutadà, del pacient, que vol participar i que té dret a participar, i això sobta. No hi estem acostumats; no ens han preparat per a això; ho hem hagut d'aprendre ara. Acabo de venir de l'hospital i tenim un tema

sobre la taula: un testimoni de Jehovà no vol rebre sang en una operació i hi té tot el dret, i l'empara la llei perquè no es deixi posar sang; però s'ha d'operar i hi ha un nombre alt de probabilitats que necessiti una transfusió sanguínia. Per a tota aquesta quantitat de coses noves que s'han de tenir en compte i treballar en el sistema sanitari, no ens han preparat. Això ha vingut en el treball del dia a dia. La bioètica va guanyant pes en el món sanitari; cada dia hi ha una anàlisi de la situació que realment qüestiona el pacient que decideix no ser tractat. Els metges ens hem de veure capaços de salvar-ho tot, i això, en la formació, no està estipulat. Per tant, fem èmfasi en aquest tema sense voler buscar simetries en la relació: «Jo sóc el doctor, això ho té sobre la taula i ja decidirà vostè», i això és el que no hauria de ser. De vegades ho simplifiquem perquè ens esbiaixem en el dèficit que tenim i, realment, costa; els aspectes que vénen directament del pacient ens costen. Nosaltres analitzem contínuament les reclamacions i les demandes perquè és un tema o una font de coneixement per a veure què està passant i com hem d'anar millorant els facultatius en el sistema. Hi ha un dèficit considerable d'informació. No és tant un problema d'equivocació, perquè això, si s'explica, la gent ho entén, sinó que no hem tingut el temps adequat o no hem perdut el temps suficient per a explicar les coses que poden passar i el que es pot decidir. Som en una fase de canvi dels actors, en la qual s'està demanant la compatibilitat entre el respecte a les decisions del pacient i la formació tècnica, que és la que els metges tenim i per a la qual ens han preparat. Tanmateix, caldrà que les facultats i les universitats, en el nostre camp, introdueixin, en els programes de formació, tots aquests aspectes.

Ramon Valls. Precisament per això jo estic col·laborant en el màster de bioètica i dret, no des de la sanitat, sinó des de la bioètica. La clientela normalment són metges i infermers. I penso que fem una bona tasca, àdhuc per mitigar els possibles conflictes entre les vaques blanques i les negres. Ara hi ha tota aquesta invasió de reclamacions i danys i perjudicis que obliguen els metges a subscriure una assegurança amb una prima astronòmica. Tots aquests problemes han de ser abordats i no són estranys a l'exercici professional de la medicina, sinó que en formen part i han d'entrar, d'alguna manera, en el currículum de formació, encara que sigui de

formació permanent. Us pregunto: què opineu de la presència del grup d'executius, senyors, senyores o senyoretes molt ben vestits que van a fer la propaganda de certs productes farmacèutics nous? A mi, allò, d'entrada, em sorprèn. Què hi fan? Esperen que el metge els rebi per oferir-li una informació clarament esbiaixada i interessada. Què en penseu, d'això, si és que en teniu una opinió i si aquesta és exterioritzable?

Doctor Planas. Si més no, la presència d'aquest grup fa lleig. És un problema, podríem dir, ancestral que tenim. La funció d'aquests senyors i senyores és informar; per això, la seva definició professional és la d'informadors sanitaris. En principi, són professionals de la informació, més que sanitària, de productes farmacèutics, encara que també n'hi ha de tecnologia o d'altres eines sanitàries. El metge, el professional, necessita una informació sobre les novetats del que es fa i del que passa. Tenim un problema també aquí sobre com es manega el sistema sanitari. A mi em fan propaganda de moltes coses, des de diversos àmbits: televisió, premsa, a la botiga mateix... Els productes que tinc al davant m'estan fent màrqueting, com diuen els anglosaxons. El tema és que, en aquest màrqueting que em fan, jo acabo essent qui, teòricament, decideix què en faig, d'això. El tema dels senyors de la maleta és una mica més complex perquè qui rep la informació, molt o poc esbiaixada, és un professional que, en tot cas, emprarà aquell producte en un tercer. Hi ha una notable diferència amb el tipus de màrqueting, que és el que fa que sigui una mica més complex, i que crec que val la pena que algú hi pensi de debò. Insisteixo: teòricament, són informadors sanitaris; estic d'acord que la seva informació mai no pot ser objectiva —seria absurd pensar-ho—, però pot ser correcta; pot ser, fins i tot, ben donada, però amb la finalitat de vendre el seu producte, que és allò per a què hi són, cosa que crea una situació estranya en el sistema sanitari. Les propagandes que us he presentat exposen el que la societat demana: rapidesa, felicitat, etc.

Doctor Anglada. Un cop acabada una carrera universitària, es necessita una formació permanent per a actualitzar els coneixements. Una de les fonts de la formació, durant molts anys, ha estat la indústria farmacèutica, la qual ha facilitat l'assistència a congressos i cursos. Avui es planteja la revisió de la relació entre

indústria farmacèutica i metges perquè ha traspassat els límits de la formació. Hi ha sistemes d'actualització de medicaments de la mateixa Administració i de la universitat que justifiquen que, en aquest moment, no hi hagi d'haver l'aportació de la indústria farmacèutica. Certament, cal una regularització de la relació entre indústria farmacèutica i facultatiu, ja que no està aportant el que realment hauria de ser.

Doctor Planas. Forma part dels missatges contradictoris que he assenyalat. Tenim una indústria en el país i una altra que és estrangera, però que treballa aquí i genera llocs de treball i que produeix: produeix fàrmacs, tecnologia, etc., i es regeix per les lleis del mercat, que són les que regeixen en qualsevol indústria del nostre país. Això entra en contradicció amb un sistema sanitari públic com el nostre. És una balança d'equilibri inestable el manteniment d'uns interessos econòmics lícits, fins i tot saludables per al país en alguns aspectes, i la sostenibilitat del sistema sanitari públic: si venem més fàrmacs, venem més tecnologia; si donem més fàrmacs no estrictament necessaris ni imprescindibles, estem fent més despesa; tanmateix, estem produint més i estem generant més llocs de treball.

Ramon Valls. Per a una mateixa malaltia, hi ha diferents fàrmacs a la farmàcia que es poden prescriure igualment. Vaig parlar una vegada amb una farmacèutica que havia just acabat la carrera i que havia començat a treballar en una farmàcia molt prestigiosa en un lloc molt cèntric de Barcelona, i em va explicar com rebia instruccions del titular perquè, en el cas que es presentés algú a l'oficina i li demanés un producte per a una determinada patologia, sempre havia de donar el més car. Davant d'això, dius: els interessos particulars són legítims, però també hi ha d'haver unes fronteres: unes fronteres que puguin canviar, que no siguin absolutament fixes. Fer valer aquesta frontera ètica, que no sé ben bé què significa però que és útil, hauria de suscitar l'existència de més consciència ciutadana sobre la qüestió. Veiem a la televisió: «Consulti-ho amb els seu metge o amb el seu farmacèutic». Molt bé; però això pot dur a ser sotmès a l'esmentat abús.

Doctor Planas. El sistema de farmàcia en el nostre país també entra en contradicció amb el sistema sanitari públic, perquè no és públic,

com la resta del sistema sanitari. Es podrien receptar o oferir productes molt més barats i amb la mateixa eficàcia. El metge es troba pressionat d'una forma desagradable perquè sabem perfectament que la despesa en farmàcia representa sobre el 25% de la despesa del sistema sanitari i és una despesa que podríem modular fàcilment; des del punt de vista tècnic, hauríem de dir: «Aquest fàrmac no aporta res i, per tant, no cal finançar-lo amb diner públic.» D'aquesta manera, segur que podríem estalviar molts diners. Ara bé, cal també apel·lar al sentit ètic del metge, però tampoc no cal posar-lo en excessiva pressió, ja que l'entorn és el que és: l'Administració ha autoritzat aquests fàrmacs; l'Administració té, doncs, una responsabilitat també gran i molt concreta: dir si un medicament serà finançat per la Seguretat Social o no, si serà autoritzat o no. Qui està sotmès a la pressió de decidir és el metge, que és responsable d'un talonari de receptes amb el qual està fent una despesa pública i sap que pot donar un fàrmac dues vegades més car i no un altre, molt més barat, que serveix per al mateix. Estic sotmès a una pressió social de la qual no sempre és fàcil de sortir. No s'ha de carregar tot al metge, quan hi ha altres agents que també hi tenen una responsabilitat.

Antoni Bosch. Estic convençut que aquest modelatge que tu proposes que podria fer el metge amb les receptes no és veritat, perquè, si ho fes, la indústria farmacèutica corregiria els preus ràpidament; en canvi, sí que és veritat que l'Estat pot dir que s'utilitzin uns determinats medicaments per a tranquil·litzar la pròpia consciència.

Ignasi Roviró. Ara es comentava que tenim un dels sistemes sanitaris més bons del món. Aquest sistema sanitari ens costa un 40% dels diners de la nostra Administració i en traiem, de benefici, només un 15% del que tenim destinat a la salut. La meua pregunta és: apostem bé al cavall que guanya, si resulta que el 40% de l'àmbit de la salut és fomentar els estils de vida? Em sembla que el nostre govern no disposa d'un altre 40% per a fomentar els bons estils de vida. Com és que s'aposta tan fort en un marge tan reduït de benefici per una cosa que no aporta beneficis per a la salut? D'altra banda, quan diem que aquest sistema sanitari és bo, què estem dient: que és bo tècnicament, és a dir, que està ben muntat, que té bons recursos, que els seus professionals són bons o ho

són, gairebé, metafísicament? És bo perquè abasta una capa de població àmplia, és a dir, de ciutadans legals i d'il·legals? Quina es la seva qualitat de bonesa?

Doctor Anglada. Primerament, pels resultats que té comparativament amb la resta dels països del món occidental, pel que costa i pel nivell tècnic del que s'està fent, és dels millors. A més a més, socialment, arriba a totes les capes. Realment és un model universal que intenta garantir l'equitat. No es mira el nivell de riquesa del pacient. A un trasplantament, hi té dret qualsevol malalt; als Estats Units, si no tens una assegurança específica, no t'hi entra. Si un immigrant necessita un trasplantament, aquí es fa. Un tractament de la sida, en molts països, no entra en el sistema: o tens diners o no ets tractat; aquí, en canvi, tothom és tractat amb uns preus astronòmics si es compara amb el tractament d'altres malalties. Amb noranta anys i una malaltia renal, si cal fer diàlisi, es fa; en altres països, això no passa. Aquest és el sistema que tenim i ens dona bons resultats; tenim costos més baixos que la resta per mantenir aquests resultats i unes prestacions i un accés a tota la població independentment de la riquesa que tingui la persona.

Jordi Sales. Com que això funciona realment bé, anirà creixent; però potser no hauria de créixer en tots els aspectes; i, quan una cosa creix per tots cantons, s'ha d'optar i, per algun lloc, s'ha de tallar. Voldria fer una pregunta: pels redactats de les reclamacions d'aquest públic que cada vegada demanda més, ¿heu observat si estan induïdes per senyors que també es passegen, al marge del sistema sanitari, per ensenyar a reclamar contra els sistema sanitari i cobrar uns honoraris a través d'això?

Doctor Anglada. Evidentment. No és en una quantia o en un percentatge gran, però això, en els últims anys, està creixent de manera impressionant. La família aprofita que ha mort algú per a veure si en pot treure alguna cosa. Això ja ve formulat pel despatx d'un determinat advocat i va en augment. Tenint en compte aquesta situació, el Col·legi de Metges ha augmentat el nivell de responsabilitat civil de cobertures dels professionals.

Antoni Bosch. A propòsit del que ha dit el doctor Roviró sobre el parell de variable 40-15%, em sembla que no ha de ser estrictament

així: hi ha un 40% de despesa sanitària i un 15% que repercuteix en la salut d'aquella gent que està malalta. Vull dir que hi ha molta gent que viu de la indústria farmacèutica que es troba molt bé perquè menja; per tant, aquests els hauríem de sumar al 15%, la qual cosa fa que no siguin dues variables equiparables.

Miguel Candel. La cosa, a més a més, va per un altre cantó. A Espanya, la influència del medi ambient no ha de ser gaire gran, ja que no gaudim d'un medi ambient bo. En canvi, al Canadà tenen un medi ambient bo. Aquest estiu, al Canadà vaig anar amb un cotxe de lloguer i, després de dues setmanes de vents, de pluges i de tot tipus d'inclemències meteorològiques, el cotxe no tenia gens de pols. Deixeu-lo aquí, a Vic, al carrer una nit, i ja no diguem a Barcelona... El 40% que contribueix al benestar de la gent, en ser natural, no té una repercussió econòmica. Com pots intervenir en el medi ambient? Pots intervenir-hi, en tot cas, limitant agents contaminants i coses d'aquestes, però res més. En el cas del Canadà, com que tenen tant espai verd i tanta natura en bon estat, ja es contribueix en un 40%, però això no vol dir que la inversió que es faci en sanitat estigui desequilibrada. No s'ha d'interpretar això, doncs, d'aquesta manera.

Doctor Planas. Una reflexió sobre el 40 i el 15%. Només influeix un 15% en la salut de la població; però és que aquest 15%, que és el sistema sanitari, és molt més car que les altres coses que hi influeixen; per exemple, l'educació sanitària o els estils de vida tenen un cost mínim en el cost que podem posar de PIB. Això de 15-40% ho hem de fer servir com a reflexió. Per a sanitat, només hauríem de dedicar-hi el 15%. Potser no és ben bé això: la sanitat és relativament cara i el desenvolupament tecnològic és també car. D'altra banda, el tema de la injustícia és una decisió social i política que depèn del sistema sanitari que vulguem tenir. El que ens diferencia, per exemple, dels Estats Units no són les millors tecnològiques, sinó el fet de ser nosaltres més equitatius: la nostra sanitat arriba a tothom. Als Estats Units, se'ls mor gent perquè no tenen opció econòmica. Políticament parlant, és una elecció social, no una elecció tècnica. Els metges, aquí, tenim poc a dir; si diem alguna cosa, ho fem com a ciutadans: «Jo vull ser injust, en el sentit que abans s'ha dit, i arribar a una situació en la qual aquell

que no hagi cotitzat no es beneficiï del sistema sanitari; o vull ser just, depenent del concepte que tinguem de justícia.» El tema del 40-15% també té a veure amb les eleccions que fem. El tractament de la sida és molt car, però el paguem. Fem malament de pagar-lo? No, fem bé; però hauria estat millor poder evitar la malaltia. Potser ens hem equivocat en el fet de posar molt poc accent en el tractament de la sida i en la seva prevenció. Segurament hauria anat millor, però és difícil endevinar-ho. Potser hauríem estalviat una mica en tractament. En els diaris sempre surt a primera plana quan algú ha fet un trasplantament cardíac o altres coses que sobten molt i que són cares per al sistema sanitari, però mai no surt a primer plana que es poden evitar vint-i-cinc infarts de miocardi quan algú està ajudant una persona a canviar el seu estil de vida, a millorar el seu colesterol o la seva hipertensió arterial. Això mai no surt a primera plana, i això també ho fa el sistema sanitari. Val molt més evitar vint-i-cinc infarts de miocardi que haver de fer trasplantaments de cor, la qual cosa no vol dir que no hàgim de fer totes dues coses.

Dídac Ramírez. Fa anys, hom deia al de la maleta «visitador mèdic», i ara m'assabento que és «informador sanitari»: totes dues coses responen al que fa, però hi ha hagut un canvi. Sobre el que s'ha dit del 15-40%, jo també hi he començat a donar voltes. Ahir ja va sortir el tema de les xifres, i aquestes s'han de manejar amb molta cura. El doctor Roviró ha tret una conseqüència d'aquest 15 i d'aquest 40%. Jo, ben bé, aquest 15% no sé què vol dir. El 15% de l'impacte sanitari de la salut: la biologia, el medi ambient... I els anuncis que s'han exposat, on els posem dins de tot això? Perquè també tenen impacte, i no sé on posar-los. D'altra banda, dic: si la salut, si el denominador, és la definició de l'OMS: «el complet estat de benestar físic, psíquic i social», no sé ben bé quan es dona. S'ha dit que no se sap què és ètica; però què és això, tampoc. En jugar amb aquestes xifres, cal anar amb molta cura, ja que, com s'ha vist, això no és el Canadà. Dit això, el que penso que és el principal problema d'aquest àmbit, és a dir, la sostenibilitat de la salut, suposo que hauria de ser la sostenibilitat del sistema sanitari; amb més precisió: del sistema sanitari públic. És el mateix problema que la sostenibilitat de tants sistemes i subsistemes que hi ha en la societat actual i en l'estat de benestar. En darrera instància, per a

mi, el principal problema és el naixement de les necessitats: el que fa un any no sentíem com a necessitat, ara, en canvi, sí que ho és; i l'estat del benestar es troba amb aquest repte, amb aquest desafiament que el pot posar en crisi perquè és un dels factors de crisi de l'estat de benestar. I poso un exemple fora de l'àmbit de la salut: arribarà un moment que qui no tingui un amarrador en un port esportiu que li pagui l'administració pública sentirà que una necessitat seva no està satisfeta, i qui no ofereixi aquest servei no serà votat. Aquí rau el principal problema del qual s'ha parlat.



Dr. Didac Ramírez

ÍNDEX

Presentació	5
Introducció	7
LA IRRUPCIÓ DE LA BIOÈTICA AL FINAL DEL SEGLE XX. LA REVOLUCIÓ BIOLÒGICA I SANITÀRIA NO HA FET SINÓ COMENÇAR	
<i>Dr. Ramon Valls Plana</i>	13
Primer àmbit:	
SALUT I FILOSOFIA	27
Ponència:	
Salut/Malaltia i Religió, <i>Dr. Lluís Duch</i>	29
Col·loqui	61
Comunicacions:	
– Ontologia del Remei, <i>Dr. Jordi Sales Coderch</i>	65
– Col·loqui	68
– Totes [les malalties són divines] i totes són humanes, <i>Dr. Antoni Bosch-Veciana</i>	69
– La fi de la salut en l'era biotecnològica, <i>Dr. Miquel Montserrat</i>	85

– La salut com a problema sistèmic, <i>Sr. Oriol Farrés i Juste</i>	94
– La filosofia de la salut de H. G. Gadamer, <i>Sr. Roberto Augusto Míguez</i>	98
– Col·loqui	102
– El consorci hospitalari com a model, <i>Sr. Ramon Montanyà</i>	103
Segon àmbit:	
SALUT, CIÈNCIES I ART	107
Ponències:	
Salut i envelliment, <i>Dra. Anna Bonafont Castillo</i>	109
La salut, les infermeres i les cures infermeres, <i>Sra. Núria Cuxart i Ainaud</i>	121
La utilitat del concepte de salut en la pràctica clínica, <i>Dra. Àngels Vives Belmonte</i>	132
Col·loqui	138
La importància de la recerca per a la salut, <i>Dr. Antoni Bayés de Luna</i>	144
Col·loqui	154
Comunicacions:	
– L'ombra de Juvenal, <i>Dr. Conrad Vilanou</i>	160
– D'Isidor de Sevilla a Miquel Servet: les paradoxes de la salut, <i>Dr. Agustí Boadas</i>	168

- La salut en la psicoanàlisi
Sr. Manuel Satué i Sillué..... 170
- Complexitat de la persona i praxi saludable,
Dr. Albert Llorca..... 175

Tercer àmbit:

LA SALUT EN LA PRÀCTICA

PROFESSIONAL	181
Dr. Antoni Anglada	183
Dr. Albert Planas	190
Col·loqui	199



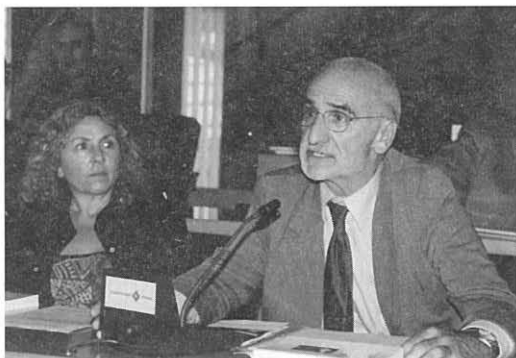
Dr. Antoni Bayès i Dr. Dídac Ramírez



Dr. Conrad Vilanou



Sr. Manuel Satué i Dr. Albert Llorca



Sr. Ramon Montanyà i Sra. Susana Violante



Aspectes dels Col·loquis.

COL·LOQUIS DE VIC

COL·LOQUIS DE VIC I: LA CIUTAT

MANUEL RIBAS PIERA: *La ciutat, realitat de sinèrgies*

SALVI TURRÓ: *El marc constitutiu de la ciutat en Kant*

JORDI SALES: *Ciutat, Raó i Estat*

RAMON VALLS: *La ciutat i la llei*

Barcelonesa d'Edicions, Barcelona, 1997

COL·LOQUIS DE VIC II: LA LLEI

RAMON VALLS: *Llei i legalitat*

SALVI TURRÓ: *Llei pràctica i esquematització. De Kant a Fichte*

DÍDAC RAMÍREZ: *Llei i Regla*

JORDI SALES: *Llei i cultura (un exemple d'aporètica política)*

Barcelonesa d'Edicions, Barcelona, 1998

COL·LOQUIS DE VIC III: LA CULTURA

RAMON VALLS: *Llei i Cultura*

LLUÍS DUCH: *Mite i Cultura*

SEGIMON SERRALLONGA: *El mite del foc o del progrés*

JOSEP M. PUJOL: *Introducció a una història dels folklores*

JAUME AIATS: *Resposta a la ponència de J.M. Pujol*

ENRIC PUJOL: *Cultura i institucions*

JORDI GALÍ: *Resposta a la ponència d'Enric Pujol*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 1999

COL·LOQUIS DE VIC IV: LA HISTÒRIA

MIQUEL BATLLORI: *La Cultura de la Història i la Història de la cultura*

JORDI GALÍ: *Sobre el sentit de la Història*

JORDI SALES: *A quin defecte de sentit posa remei el possible sentit de la història?*

JORDI FIGUEROLA: *L'ofici d'historiador*

SALVI TURRÓ: *Des d'on escrivim la Història*

JOSEP M. SALRACH: *Història de les mentalitats*

FRANCESC FORTUNY: *Aproximació filosòfica a la història de les mentalitats*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2000

COL·LOQUIS DE VIC V: LA POLÍTICA

YVES-CHARLES ZARKA: *Hobbes et l'invention de la volonté publique*

ANTONI TRUYOL SERRA: *Sobre Hobbes*

JOSEP MONSERRAT MOLAS: *Els orígens de la política*

BARTOMEU FORTEZA PUJOL: *La formació de la tradició política*

HERIBERT BARRERA: *La política com a exercici*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2001

COL·LOQUIS DE VIC VI: EL DRET

PHILIPPE BÉNÉTON: *Sur les impasses du positivisme juridique*

POMPEU CASANOVAS: *Models: xarxes i pautes de conducta en el dret contemporani*

ENCARNA ROCA: *Dret i cultura a Catalunya*

MIQUEL ROCA JUNYENT: *La pràctica del dret: aspectes professionals*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2002

COL·LOQUIS DE VIC VII: LA POESIA

JAUME MEDINA: *Poesia i filosofia. L'Experiència de Carles Riba*

JOSEP M. PUJOL: *Actes etnopoètics, actes de paraula*

CARLES DUARTE: *Poesia i ciutat*

DAVID JOU MIRABENT: *L'ofici de poeta*

VÍCTOR SUNYOL COSTA: *Una poètica*

FRANCESC CODINA I VALLS: *De l'ofici i el benefici de poeta*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2003

COL·LOQUIS DE VIC VIII: LA NATURA

DAVID SERRAT: *Natura i home*

ANTONI PREVOSTI: *Natura i filosofia*

JOAN FRANCESC MIRA: *Natura i poesia*

TAULA RODONA, amb experts de l'àmbit de la natura

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2004

COL·LOQUIS DE VIC IX: LA SALUT

RAMON VALLS PLANA: *Bioètica i salut*

LLUÍS DUCH: *Salut i filosofia*

ANNA BONAFONT: *La salut i la gent gran*

ANTONI BAYÉS DE LUNA: *La recerca i la salut*

TAULA RODONA: *La salut en l'àmbit professional*

Universitat de Barcelona, Barcelona, 2005

