

Noves formes,  
nous llenguatges...

# DEMPEUS

per la Salut Pública



Una expressió de la societat civil organitzada,  
com agent social de salut



**Noves formes,  
Nous llenguatges...**

# **DEMPEUS PER LA SALUT PUBLICA**

**Una expressió de la societat civil organitzada  
com agent social de salut**



**dempeus per la salut pública**  
**dempeus.nireblog.com**

## Col·lecció d'Altres nº 28

**Edita:**

**DEBARRIS**

[www.debarris.com](http://www.debarris.com)

La Perla, 31

08012 Barcelona

 **FUNDACIÓ  
PERE ARDIACA**  
[www.fpereardiaca.org](http://www.fpereardiaca.org)

**amb el suport de:**



**Ajuntament de Barcelona**

Acció Social i Ciutadania

**Col·labora:**



dempeus per la salut pública

**[dempeus.nireblog.com](http://dempeus.nireblog.com)**

**Coberta:** DeBarris sccl

**Imprimeix:**

Zukoy5

**D.L.** B-43.617-2009

**ISBN** 978-84-937314-3-4

**Presentació FPA ..... 5**

**Presentació DEMPEUS Ateneu Barcelonès**

Manifest.....	9
Àngels Martínez Castells.....	11
Antoni Barbarà.....	13
Montserrat Lamarca .....	17
Mario Bofill.....	21
Lucía Artacoiz .....	25
Joan Ramon Lladós.....	27
Sergi Estanyol .....	29
Rosa Regàs.....	33

**Les activitats de DEMPEUS**

DEMPEUS a les Jornades CAPS, Salut en temps de crisi: un repte difícil per a la majoria, i una oportunitat pels poderosos .....	39
Comunicació: Salut en temps de crisi .....	41
DEMPEUS amb el President Benach.....	47
Presentació DEMPEUS a Castelldefels .....	49
DEMPEUS a les jornades Defensar lo públic és defensar la democràcia .....	53
Presentació DEMPEUS a Slow Food a Lleida .....	59
DEMPEUS a la Festa d'euia .....	61
DEMPEUS a Som lo que Sembrem .....	63
DEMPEUS i la "Grip Nova" .....	67

**I Jornada DEMPEUS**

Crisi i Salut mental .....	71
Evidenciar les desigualtats: malalties emergents. ....	85
Les polítiques per disminuir les desigualtats socials en salut. ....	103
Crisi, salut i participació.....	113
Participació en la salut, quelcom saludable i imprescindible.....	125



*Grup pre-fundacional. La Iolanda Villar, la Lola Castro, la Maria Eugènia Sánchez Carreté, l'Agustí Ruiz, Cristina Montaner, la Begoña Simón i Gumersindo Torrecusa, Teresa Costa Gomes, Elena Álvarez, Antoni Barbarà, Angels, Sergi Estanyol, David Cifre, Carmina Olivé, Lucía Artazcoz, Josep Solà, Zé Moreira i Joan Ramon Lladós.*

# Introducció

**Quim Cornelles**

*Director Fundació Pere Ardiaca*

En la introducció de l'Informe Final de la Comissió sobre Determinants Socials de Salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) es pot llegir: “La justícia social és una qüestió de vida i de mort. Afecta la manera que les persones viuen, la probabilitat que se'n deriva d'emmalaltir, i el risc de mort prematura. (...) Una nena que avui neixi pot esperar viure més de 80 anys si ho fa en certs països – però menys de 45 si neix en altres. (...) Diferències d'aquesta magnitud, entre països i dins els mateixos països, senzillament mai haurien d'existir. Aquestes desigualtats en salut, desigualtats evitables en salut, sorgeixen de les circumstàncies en que les persones creixen, viuen, treballen i es fan grans, i dels sistemes que s'han creat per a fer front a les malalties. Les condicions en les que les persones viuen i moren les formen, al mateix temps, forces econòmiques, socials i polítiques. Les polítiques socials i econòmiques tenen un impacte determinant en si una criatura pot créixer i desenvolupar-se al màxim del seu potencial i viure una vida esplendorosa, o si la seva vida es veurà estroncada. I cada vegada és més semblant la naturalesa dels problemes de salut que els països rics i pobres han de resoldre. El desenvolupament d'una societat, rica o pobre, pot avaluar-se per la qualitat de la salut de la seva població, quanta salut es distribueix de manera equitativa per tot l'espectre social, i el grau de protecció que reben les persones amb menys avantatges a conseqüència de la seva mala salut.”

De fet, reproduint les paraules que clouen l'Informe de la Comissió sobre Determinants Socials de Salut, reduir les desigualtats en salut és un imperatiu ètic perquè, ens diuen, la injustícia social mata a les persones a gran escala. Front aquest honest i seriós Informe ens trobem, però, tota una munió d'anàlisis, prospeccions i estudis mercenaris que defensen la conversió dels serveis públics de salut en autèntics sectors productius no generadors de benestar sinó de plusvàlua. Contribueixen a la transformació de la salut en una merca-

deria més, segrestant i deformant la informació, impedit que es pugui formar opinió pública, i interferint en la participació activa que es mobilitza per defensar el model públic. Així, s'amaguen decisions polítiques conscients a favor dels poderosos del sector sanitari privat i de la indústria farmacèutica i hospitalària sota la tapadora de "millores tècniques de gestió", "modernització", o "necessitats de financiació", quan precisament en altres moments de crisi –i per l'acció de la lluita de classe-- s'havia aconseguit convertir el dret a l'atenció sanitària de totes les persones en un dret de ciutadania. Aquest dret econòmic i social s'havia anat estenent i ampliant fins l'inici de l'ofensiva neoliberal dels anys 70. I d'aleshores ençà es pretén anorrear sota pretexta de "millors" i "eficients" polítiques neoliberals... o per l'actual crisi econòmica.

Per això ara és un moment important per al futur de la sanitat i la salut a Catalunya. El capitalisme agònic està rebent cures intensives dels que podrien fàcilment desemmascarar-lo com un sistema d'injustícia i de mort. Davant les incerteses, la manca de confiança o la traïdoria dels que podrien assegurar el naixement d'un sistema econòmic més just i equitatiu a casa nostra, el caduc model econòmic es revifa amb els fons públics (de tots) i imposa un model privatitzador que fa sang de les persones més febles. La seva crisi la carreguen, com sempre, sobre les persones més dèbils i els serveis públics d'ensenyament i salut, augmentant així les diferències econòmiques i socials, i amb un indubtable biaix de gènere.

D'aquí l'oportunitat d'aquesta publicació sobre la plataforma ciutadana DEMPEUS per la Salut Pública. Ve a donar-nos més arguments per preservar el sector de la salut en mans públiques, i a carregar-nos de raons per dir que ja n'hi ha prou. Que la salut no és un negoci: és una manera de viure personal i col·lectiva autònoma, plena, solidària i harmònica amb la societat i l'entorn. I un dret de ciutadania. I la salut és també participació... i és sempre pública.

Per això calen reflexions com les que fan l'Àngels Martínez Castells, la Rosa Regàs, en Sergi Raventós, l'Antoni Barbarà, la Carme Borrell, en Sergi Estanyol, la Clara Valverde, la Cristina Montané, en Joan Ramon Lladós, la Montserrat Lamarca, en Mario Bofill, la Lucía Artazcoz, entre d'altres: per ajudar-nos a entendre que la justícia social i l'equitat són bones per a la salut, i que una societat que no tracta bé a les seves persones malaltes, que els hi escatima medicaments, retalla investigació i privativa serveis, tampoc tracta bé, també escatima i també retalla i privatitza els drets de ciutadania i la democràcia. Per ajudar-nos a construir una societat més igualitària sense barreres divisòries entre salut, economia i política. Cal destacar el magnífic treball de comunicació, denúncia i anàlisi que desenvolupa el blog de DEMPEUS ([dempeus.nireblog.com](http://dempeus.nireblog.com)) comandat per la companya Elena Álvarez.

Gràcies en nom de la Fundació



# **Presentació a l'Ateneu Barcelonès**

Dijous 19 de febrer del 2009



*Vicky Peña, Carme Sansa i Àngels Martínez Castells preparant la lectura de poemes i del Manifest de Dempeus per la Salut Pública*

# Manifest: Dempeus per la salut pública

Les persones que adherim aquest document considerem que el moment present és determinant pel que fa al futur de la sanitat i la salut a Catalunya i ens pronunciem en defensa del Sistema Nacional de Salut amb tot el seu caràcter assolit: públic, universal, de qualitat, integral, solidari i d'equitat garantida. Considerem igualment que el seu objectiu irrenunciable és el de donar la cobertura i els serveis adients per garantir el dret constitucional de la ciutadania a la protecció de la salut, sense cap tipus de discriminació, tampoc per a les persones immigrades, que treballen o volen a treballar, a casa nostra.

La equitat i la lluita contra les desigualtats en salut ens són objectius fonamentals i necessaris. Darrerament, des de diversos àmbits de les Administracions i empreses vinculades al sector de la salut, es vol restringir de moltes maneres l'àmbit públic. Per exemple, es reclamen noves aportacions econòmiques de la ciutadania ("copagaments"), limitació de serveis, contractacions de pòlisses d'assegurança privada i particulars, taxes, tractament mixt del finançament, generalització de pràctiques de privatització o d'externalització. És a dir, valors de "mercat" pel damunt dels socials i polítics, i la supremacia d'una gestió orientada per valors privats per sobre de la satisfacció dels drets democràtics, econòmics i socials. La situació de crisi econòmica es ve a sumar al vell argument dels "límits econòmics del finançament públic", per debilitar l'exigència dels drets i culpabilitzar la ciutadania. Es vol imposar una mena de "Pacte Apolític neutral" que obriria camí a la mercantilització de tot el sector... quan aquestes polítiques ultra-liberals estan fracassant a tot arreu.

Nosaltres, que provenim de diferents experiències, formacions, oficis i disciplines, organitzacions socials i polítiques, de diverses lluites i amplis com-

promisos socials, ens reafirmem en la concepció de la Salut com una categoria superior a la simple atenció en sanitat o l'absència de malaltia. Salut és aquella manera de viure, personalment i col·lectiva, autònoma, joiosa, plena, solidària i harmònica amb un/a mateix/a, amb la resta de persones i amb l'entorn. Una definició que permet abordar el binomi salut/ malaltia des d'una visió en les seves tres dimensions : biològica, psicològica i social. Per tant ens comprometem a actuar en promoció, protecció i prevenció de la salut , i a partir de les seves causes, dels Determinants de Salut: treball i les seves condicions, gènere, classe social, educació, estils de vida, medi ambient, urbanisme, origen, autonomia, mobilitat, etc. Ens orientem a promoure la reflexió col·lectiva, generar debats, cercar acords des de la nostra pluralitat, manifestar públicament les nostres opinions i propostes, engrescar la mobilització social i l'acció cívica i política cap als objectius acordats.

Igualment, per les característiques i composició del Grup, ens comprometem a donar a conèixer les elaboracions col·lectives i personals que tinguin interès per a la reflexió i l'acció sobre el tema. I a comprometre al màxim de persones en la defensa de la salut pública. Alguns dels àmbits en els que inicialment ens proposem treballar són:

- 1.- La defensa del caràcter PÚBLIC dels sistema nacional de salut.
- 2.- Participació social, amb d'altres associacions que venen treballant des de fa temps en la defensa de lo públic, i grups d'ajuda.
- 3.- Abordatge interdisciplinari i de qualitat de patologies no suficientment reconegudes, malalties mal ateses com les mentals, les incorrectament anomenades "rars", o les noves patologies emergents sotmeses a un tracte injust per a ser incorporades dins el sistema d'atenció sanitari i per a una cobertura econòmica i social, malgrat una prevalença i severitat inqüestionables. La recent experiència de la ILP per la Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica n'és un exemple que cal acabar de reeixir. Sense competir amb cap de les plataformes, associacions i col·lectius que coincideixen en aquests objectius, i fent una crida a la major unitat i recolzament mutu, entenem com a necessari, urgent i oportú difondre aquesta Declaració en defensa del Sistema Públic de Salut i cridar a totes les persones que defensen el seu caràcter públic a donar-hi suport.

**DEMPEUS: UN ÈXIT DE PARTICIPACIÓ!**

Amigues i amics:

La més cordial, tendre i afectuosa de les benvingudes. Sempre es bo que es trobin persones amigues per celebrar naixements, descobertes, inauguracions, xarxes que es connecten: això és el que avui ens ha fet venir a l'Ateneu Barcelonès, agraint la seva acollida:

Travessem moments importants pel futur de la sanitat i la salut a Catalunya i des de DEMPEUS considerem un deure de ciutadania garantir el dret a la protecció de la salut sense discriminacions..... Quan un model econòmic guiat pel màxim guany dels propietaris, un model privatitzador que fa sang de les persones més febles, ha fracassat i la crisi que genera la paguen, com sempre les persones més dèbils i els serveis públics d'ensenyament i salut augmentant les diferències econòmiques i socials amb un indubtable biaix de gènere.. Quan tot i així van sortint veus aquí i allí , des de l'Administració i empreses privades (la darrera, del "cobrador de peatges" Salvador Alemany) reclamant "copagaments", pòlisses, taxes... algú (i millor que algú: moltes, moltes persones) s'han de posar DEMPEUS i dir que ja n'hi ha prou.

Això és el que hem vingut a fer aquí: a dir que des de DEMPEUS considerem la salut una manera de viure personal i col·lectiva autònoma, plena, solidària i harmònica amb la societat i l'entorn... I un dret de ciutadania... I que la salut és també participació... i és sempre pública... Per això ens trobem avui aquí els amics i les amigues que han pogut venir amb d'altres

que són absents però que ens demanen fem constar que ens acompanyen i ens donen suport.

Començant pels amics que no han pogut ser-hi: Fabian Estapé que des de León dona suport a DEMPEUS i a la lluita contra la privatització de l'aigua d'aquella ciutat, Pilar Bardem, la magnífica actriu i Lourdes Beneria, economista, feminista, catedràtica de Cornell, el filòsof Josep M. Terricabras, la sociòloga Anna Alabart, el professor de ciències polítiques Miquel Caminal, la psicòloga Montserrat Moreno, i l'actor Lluís Marco (que és també el metge més cèlebre de la televisió, el d'Hospital Central), i el President de la Comissió de Sanitat del Parlament Espanyol, Gaspar Llamazares, que no ha pogut, en el darrer moment, estar amb nosaltres...i des de distàncies virtuals el periodista i escriptor Miguel Jara, amb el seu valent bloc AMOR-HUMOR-ACCION, Fernando Comas, de Pharmacoserias, i l'estimada Eva, malalta de SQM, SFC i FM, des del seu bloc NO FUN. Es confortable sentir el seu suport quan sabem que la lluita que tenim per endavant, i que és digna i justa, no serà fàcil....

Sobre les persones presents: l'agraïment més sincer és per a totes... No sols perquè la sala està plena de gom a gom, sinó per la vostra qualitat de societat civil organitzada per la igualtat des del feminisme, la classe, la defensa de la salut o de lo públic.... Impossibile mencionar-vos a tots i a totes... Voldria assenyalar la presència de companys i companyes de la CONFAV, del món sindical i municipal, d'alts càrrecs dels departaments de Relacions Institucionals i Participació i de Presidència, i de companys diputats d'ERC i d'ICV-EUiA i del senador Nuet. Moltes gràcies també a vosaltres!

Avui hem vingut a parlar de salut i de democràcia sense anècdotes, en profunditat. Hem vingut a superar la divisió radical que es vol crear entre salut, economia i política, i anar poc a poc aconseguint que entre tots i totes quedi ben clar que una societat que no tracta bé a les seves persones malaltes, que els hi escatima medicaments, retalla investigació, privativa serveis, tampoc tracta bé, també escatima i també retalla i privatitza la democràcia...

I dit això, s'obre la sessió....

**Antoni Barbarà**

En uns minuts voldria presentar-vos la criatura. Respondre sobre “Dempeus”: què és, i què no és?, qui som?, perquè?, com?, quan?

Què és?? : un col·lectiu de persones que subscriuim el Manifest que avui us presentem en defensa del caràcter públic del Sistema Nacional de Salut.

No naixem solament per anar “en contra de”, que per suposat, sinó també per avançar a favor de la salut i la sanitat pública.

Tanmateix hi ha una pila de coses que denunciem i Contra les que ens posicionem “dempeus”: - La Ley 15/1997 a l'Estat i que permet la Privatització de la sanitat, o la llei catalana 8/2007, el tractament de la salut com una mercaderia, els mètodes de gestió pretesament moderns que imposen criteris economicistes i prioritzen el benefici i el negoci al dret salut, el fatalisme i la manipulació pseudocientífica que estova les defenses socials, l'engany que suposa predicar bondats i complementarietat d'allò públic i privat per permetre la derivació dels recursos públics cap a empreses de lucre, la voluntat de ficar més i més les mans privades al caixa dels pressupostos nodrits amb els nostres impostos, la massificació i deshumanització de la salut i la sanitat, les desigualtats també en salut i en especial les iniquitats per motiu de gènere, classe, origen o discapacitat... i tantes més coses.

Però ens pronunciem activament Pro, a favor de –ubicar la salut en totes les polítiques, sumar i fer xarxa ciutadana participativa i empoderada, recuperar els conceptes i els llenguatges que permetin decidir a la ciutadania, retornar l'esperança d'una vida més saludable i felicitat, actuar i participar

a tots els factors determinants de salut, reforçar la humanitat i la solidaritat en les relacions, millorar la prevenció, la promoció de la salut i també la utilització del sistema públic, reivindicar la preeminència, qualitat, estabilitat i pertinença d' allò públic.

Per què Salut i no Sanitat?? Definició de Salut, com molt més que no pas la simple negació de malaltia, ni tampoc reduïda en exclusiva a les atencions personals de caràcter mèdic – sanitari sinó com “aquella manera de viure, personalment i col·lectiva, autònoma, joiosa, plena, solidària i harmònica amb un/a mateix/a, amb la resta de persones i amb l'entorn”. Ens orientem decididament a treballar en tots i cadascun dels anomenats “Determinants” en salut veritables factors decisoris i des de la triple vessant biològica, psicològica i social. És el treball i les seves condicions, alimentació, medi ambient, cultura, estil de vida, el que genera salut o malaltia. En el terreny de les atencions sanitàries reivindicuem una medicina a mida més humana i solidària.

Qui ?? Persones: que diem...

- **SÍ** a ser: sobiranes, fermes, dignes, erectes, respectuoses i respectades, insurrectes, insurgents, amatents, pacients -impacients, crítiques i autocrítics, generoses, exigents, solidàries, ...ciutadanes de ple dret.

- **NO** a ser: submises, súbdites, subalternes, resignades, entregades, pessimistes, passives, fatalistes, vençudes, egoistes, individualistes, ni malalts experts ni vocacionals, ni babaus, ni consumidors de pastilles, ni clients d'empreses sanitàries...(i encara menys del sistema públic, que és nostre)

Per què li diem “Dempeus” ?? Previ al primer pas, cal incorporar-se, posar-se dret, alçar-se, dempeus. Estar dempeus significa i expressa una actitud, vol dir en llenguatge gestual “aixecar-se”, revoltar-se. Entre nosaltres, persones estirades per un cansament insuportable, ajagudes per l'ofec, arronsades per la por i la incertesa, encorbades pel dolor... però que han decidit posar-se “Dempeus”.

Ens agradaria contagiar ciutadania per tal es posi també dempeus reivindicant altres drets i serveis públics. Deia Jiddu Krishnamurti: “no és signe de salut, el estar ben adaptat dins una societat malalta.

Com ?? De forma participativa, oberta, transversal, multidisciplinària, sense primacies prèvies, ni per les bates blanques, empíricament, amb rigor,



aprenent, sumant, creant noves complicitats i sinèrgies... “les coses de la salut són massa importants per deixar-les en mans dels metges”

Oferint, animant a la creació de Grups de Treball autònoms, quan es manifesten i troben dues o més persones interessades per una determinada temàtica: món del treball, barris saludables, finançament, fibromialgia i SFC, salut mental, farmàcia, dona, vellesa, associacions.

On ?? A tot el territori de Catalunya, doncs encara que el tronc central hagi emergit a Barcelona aspirem a una “disseminació”, a una mena de “pol·linització no al·lèrgica” a ciutats i comarques on existeix ja xarxa associativa, on hi reivindicacions locals pendents, on puguem endegar aquestes trobades.

Quan ?? Superada la necessària fase de gestació, des d'avui Dempeus és una realitat pública. Ha estat un part eutòcic. Disposem dels registres i estatuts pertinents, i funcionem a partir del grup promotor, amb les portes obertes...sense pauses i refermant avenços, dempeus. Contestant d' immediat les continuades provocacions i les invitacions emeses pels agents privatitzadors, en totes les seves conegudes formes i modalitats. La més recent, ja comentada del filantrop i benefactor prohóm i factòtum del Cercle d' Economia demanant copagaments i taxes sanitàries per fer front a la crisi, o tots els pronunciaments sospitosament reiteratius de les patronals, corporacions privades i empreses del sector, i fins les molt properes Jornades a Madrid de col·laboració públic – privat promogudes pel Consejero de Sanidad de Madrid, Sr. Güemes. I hem de dir que arribem a comprendre, malauradament, aquestes iniciatives en territori Aguirre, però no ho entenem, i això ens fa mal a Catalunya i amb el seu govern.

Acabo amb un missatge nítid: Els diners públics són per a serveis públics. Si la nostra oposició a les fórmules de REpagament són frontals i per principi, en aquests temps de crisi i dificultats esdevindrien especialment agressives i intolerables. No acceptem RE-pagar el que ja hem pagat.

Reivindiquem , en fi, l' exercici ple de la nostra ciutadania, l' aspiració a la felicitat, la dignitat i la solidaritat.

Això vol dir el dret a la Salut. I ho fem DEMPEUS !! ...



Quan l'Àngels Martínez Castells em va convidar a intervenir en aquest acte vaig pensar en una Conferència de Clausura del Master en Direcció de Serveis de la Salut de la Universitat Pública de Navarra que Ernest Lluch havia pronunciat en un any de crisi, 1993.

### **Les tres dificultats de la gestió sanitària**

Primer va fer referència a la situació de la Sanitat als EEUU i a Gran Bretanya: Ja en temps de Hillary Clinton -1993- com a presidenta de la Comissió de la Reforma Sanitària es valorà molt positivament el sistema sanitari espanyol.

Al món occidental es deu al Regne Unit la instal·lació del primer Sistema Públic de salut compatible amb una economia de mercat. Malgrat l'intent de Margaret Thatcher de voler arribar a privatitzar la sanitat, no ha canviat res des del punt de vista qualitatiu. No s'han modificat els fonaments bàsics encara que hagin disminuït els fons dirigits a la Sanitat Pública i actualment els índexs sanitaris són importants i molt satisfactoris.

Els costos de la sanitat són de molt difícil conducció. Normalment, l'augment dels preus sanitaris que es registren a l'economia d'un país duplica l'IPC. Es pot observar si ens fixem en l'augment de les quotes de les companyies sanitàries privades.

Per què són tan elevats els costos en la sanitat?

1ª Els serveis sanitaris no estan sotmesos al mecanisme de regulació del mercat que existeix per a la majoria de productes. I no hi ha regulació de

mercat perquè, entre altres coses, falta la unitat en els tres actes necessaris perquè sigui així: finançador, comprador i consumidor o usuari.

2ª La Sanitat és un dels sectors on hi ha més innovacions tècniques. A Espanya, al voltant del 46% de la investigació que es fa és sanitària. Aquesta innovació tecnològica rarament va acompanyada en Sanitat a una disminució de costos, però en un conjunt, les innovacions -que augmenten la qualitat d'una manera substancial- augmenten encara més els costos i l'administrador sanitari es troba en un dilema seriós. Quan hi ha menys mortalitat infantil ens trobem amb més població, i com més alt és el nivell de vida vivim més anys.

3ª La tercera dificultat és que en el món sanitari ens movem davant una situació una mica insòlita: cap país ha experimentat una situació en la qual la demanda hagi estat satisfeta: qualsevol oferta sanitària que es crea tindrà la seva corresponent demanda en el sistema..

Aquestes tres dificultats porten a camins difícils: no hi ha mecanismes de mercat per saber quina és la oferta que s'ha d'ampliar i per tant s'ha de fer amb criteris estrictament sanitaris meditats i confrontats amb motivacions econòmiques. Això condueix a que les tasques de planificació, reflexió i gestió adquireixen una gran relevància, però que problemes que en altres sectors els pot resoldre el mercat -per bé o per mal- no ho fa en el sector sanitari. A la meua manera d'entendre no hi ha mercat ni situacions autocorrectores que limitin costos, ni innovacions tecnològiques que els disminueixin.

El mercat no es pot planificar en el sector sanitari.

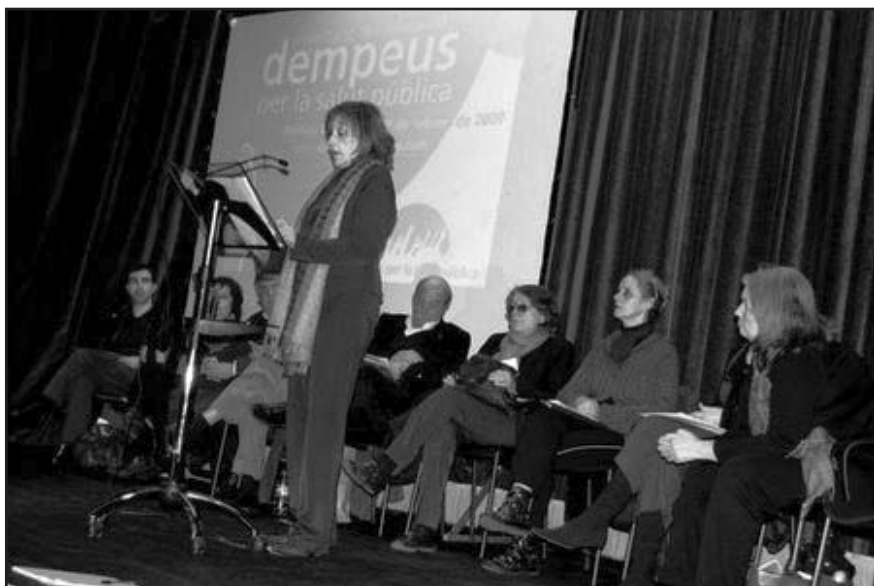
Quant hi ha crisi econòmica amb la consegüent caiguda d'ingressos presupostaris s'ha de recordar que tenim una sanitat impossible de retallar, perquè tenim uns dels percentatges de participació al PIB més reduïts del món. Països que tenen un 9%, un 13% o un 14% poden reduir, però aquí estem en uns bons índexs sanitaris amb percentatge al voltant d'un 6% que fa molt difícil que pugui admetre retalls. S'haurà de reduir en altres sectors, però no en Sanitat. S'han de saber manejar amb el màxim rigor els pressupostos per arribar als màxims objectius sanitaris amb el convenciment d'haver lograt uns nivells de prestacions i de qualitat que no poden anar en retrocés sinó seguir avançant.

Ja que m'he referit a 3 dificultats, citaré 3 frases que Ernest Lluch havia dit sobre el tema de la Sanitat Pública:

***“L'endemà del dia de l'aprovació de la Llei va dir al Dr. Estapé: Avui sí que he dormit tranquil!”***

***“A Espanya el fet de la prohibició de donar sang a canvi de diners va suposar un augment de les donacions.”***

***“El segle XXI serà el de cuidar, perquè el XX va ser el de curar.”***





**INTRODUCCIÓ:**

Agraïment als ponents que m'han precedit per la clara exposició dels objectius i finalitats de Dempeus, fora de tot caire polític.

Felicitar a les dues rapsodes per la cura en el triatge dels poemes i pel brillant i emotiu recital

**DUES PREMISSES PRÈVIES:**

Primera. - Estem i formem part d'un estat democràtic de dret, on l'únic llenguatge vàlid d'expressió és el jurídic, per tant hem de esforçar-nos a aprendre i incorporar com habitual aquest medi de comunicació, de la mateixa manera que un fuster parla de fusta, serres, ribots i garlopes.

Segona – Tots i cada un de nosaltres hem d'aprendre a ser ciutadans, conèixer els nostres drets i obligacions, tal com passa a molts altres països de la UE. Això requereix un esforç que no hem ni podem de regatejar si volem defensar els drets de la ciutadania.

**MISSATGE QUE VOLDRIA TRANSMETRE:**

Des de el punt de vista de malalt crònic, ciutadà i usuari de la Sanitat Pública:

A gran part dels països de la UE, Sanitat, Educació i Serveis Socials són competències directes dels respectius governs centrals.

Resulta paradoxal que a Catalunya, Espanya ens trobem amb una gran pluralitat de situacions davant una mateixa patologia, com a mínim 17 una per a cada regió autònoma.

Creiem s'hauria de fer derogar la llei 15/1997 que obra la porta a la privatització.

També hem de tenir en compte que el concepte de salut als països desenvolupats, segons la OMS, es bastant més ampli que l'atenció mèdico-farmacèutica :

L'atenció primària, hospitalària i especialitzada, ha d'incloure altres paràmetres, com:

Informació-educació del malalt:

1. el malalt ha d'estar informat sobre el devenir de la seva malaltia
2. el desconeixement és causa de preocupació, stress i baixa autoestima.

#### **SERVEIS SOCIALS:**

1. A Catalunya per a poder gaudir d'ajuts hi ha tres diferents valoracions, dues per a ajuts socials

1. ICASS per a ajuts de la Generalitat, es tarda de 12 a 18 mesos a percebre-la

2. Dependència: es una disbauxa, fer-ho pitjor és veritablement difícil

1. Depèn del Min. Educació; Política Social i Deportes

2. Veure RD 73/2009, RD 74/2009 i 99/2009

3. Sols es tracta de una pàgina per RD aquesta lectura ens permet fer-nos una idea de la situació actual.

#### **PENSIONS DIGNES:**

1. si es tracta de pensions per discapacitats la valoració la fa el binomi ICAM-INSS:



2. ens retallen per tots conceptes i costats, per activa i per passiva

1. valoració de grau sempre un/dos punts per sota, minoració del 25 al 100%
2. càlcul base reguladora, per 4-5 conceptes la minoren entre un 20/30%.
3. Revaloritzacions anual amb l' IPC amb 12/15 anys, es perd del 25/40%. Actualment hem presentat recurs col·lectiu de revisió al INSS, RD 520/2005.

Invitem a totes les assoc. catalanes de malalts a treballar en comú.

DEMANEM AJUDA A TOTA LA CIUTADANIA, ASSOCIACIONS, ADMINISTRACIONS I POLÍTICS per intentar posar fi a aquesta disbauxa organitzada-calculada-en cadena que es dirigeix des de Madrid.

**NOTA IMPORTANT**

La quantificació del perjudici econòmic col·lectiu català del tercer sector, discapacitats més jubilats pot arribar a ser de 4 a 5.000 milions/euros/any, o sigui, entre el 2,5 i 3,00 % del PIB català...



**DEMPEUS PER LA SALUT PÚBLICA**

Recordar la importància de reforçar la salut laboral com a part de la salut pública, cosa que requereix reforçar les polítiques de salut laboral per adequar-se als problemes de salut reals de la població treballadora.

Salut laboral és ara només accidents de treball, però la influència del treball sobre la salut és bastant més. Sent importants els accidents de treball, no oblidem que el mercat laboral nostre està dominat pel sector serveis on els problemes de salut laboral són altres o que els accidents de treball disminuiran bé perquè lamentablement augmenta l'atur en la indústria i la construcció o perquè les empreses deslocalitzen les feines menys qualificades i exporten així els riscos d'accidents.

El context actual no permet ser optimistes respecte a la salut laboral. Estem en un context de crisi i de globalització en el què és important tenir en compte que les regles del joc dels mercats de treball ja no les marquen els governs sinó les multinacionals i les empreses financeres i que el seu objectiu no és la qualitat de vida de les persones sinó el benefici econòmic.

Per maximitzar aquest benefici es deslocalitzen centres de treball a països on els treballadors i treballadores no tenen drets socials i laborals i al nostre entorn augmenta l'atur i la incertesa sobre el futur. Els treballadors i treballadores que queden en empreses que han fet un ERE es troben en situacions de molta pressió i amb una incertesa afegida. Això fa augmentar els problemes de salut, sobretot els de salut mental i el consum de tabac o d'alcohol. Les solucions ja no són a nivell local o nacional, sinó

internacional, cosa que passa per garantir els drets socials i laborals dels treballadors i treballadores a tots els països.

En aquest context de crisi i d'incertesa amb moltes famílies fortament endeutades, alguns treballadors i treballadores es veuen obligats a treballar més hores per augmentar el salari o a acceptar condicions de treball dures per por de perdre la feina. És probable, que davant la necessitat de retallar costos per part de les empreses, la retallada comenci per la seguretat i la salut laboral, en tant que no representen un benefici econòmic directe, i haurem d'estar a sobre.

Finalment, les creixents demandes econòmiques i socials estan conduint cap a una societat de 24 hores, amb la qual cosa cada vegada més treballadors i treballadores es veuran obligats a treballar en horaris atípics. No obstant, encara que aquests horaris de treball i la major flexibilitat horària de la població treballadora tinguin alguns efectes positius com la possibilitat d'adquirir bens i serveis durant tot el dia i probablement augmentin el nombre de llocs de treball, han de tenir-se en compte els efectes negatius sobre la salut dels horaris atípics i de la pèrdua crònica d'hores de son.

Tal com assenyalava una revisió del Lancet "Paga la pena recordar que en un antic experiment clàssic, forçar les mosques constantment a canviar el seu rellotge biològic es va associar a una reducció de l'esperança de vida. La manipulació dels éssers humans de la mateixa manera, òbviament no és ètica. No obstant, bé per elecció o per necessitat, molts de nosaltres estem realitzant experiments incontrolats sobre nosaltres mateixos".

Si volem protegir la salut de les persones treballadores de debò, les polítiques de salut laboral han de ser més ambicioses, la salut laboral ha de ser transversal a totes les polítiques, les decisions sobre polítiques econòmiques, de treball, etc. han de valorar l'impacte sobre les persones. D'aquesta manera, no es parlaria més de temes com abaratir l'acomiadament o de la retallada de les prestacions econòmiques d'atur.

Moltes gràcies.

**Joan Ramon Lladòs**

Bona tarda!

Gràcies per donar-me la oportunitat d'adreçar-me a vosaltres. Més que res perquè pot semblar estrany que, en aquest ambient de defensa de la salut pública, pugui tenir presència un farmacèutic de farmàcia com sóc jo que exerceixo la meua professió en l'àmbit privat. Tampoc en el món de les farmàcies manca la pressió desreguladora per tal de liberalitzar el sector per donar pas al capital especulatiu. Les farmàcies es convertarien simplement en punts de venda. Es tracta d'un model econòmic del que ja n'hem vist els resultats.. O més ben dit, del que n'estem patint les conseqüències. Les farmàcies es convertarien així en una mena d'expenedora de caixes de pastilles de colors, com més millor..

Crec que hem de desterrar el concepte de oficina de farmàcia entesa només com un detallista dispensador de medicaments, Crec que cal apostar per la figura d'un farmacèutic comunitari que tingui cura de la salut dels individus i de la comunitat, fent-se co-responsable de la salut dels ciutadans molt especialment pel que fa a la utilització de medicaments. Aquesta tasca requereix una plena integració de la farmàcia comunitària en el sistema públic de salut. No és un tema nou. La integració de les farmàcies en el sistema públic de salut és una vella aspiració per a molta gent del sector.

Actualment disposem de molts estudis que demostren la efectivitat de la intervenció del farmacèutic en relació amb la salut en diferents àmbits:

- En la promoció de la salut

- En la prevenció de la malaltia
- En la adherència als tractaments
- En un millor control de la malaltia.

El concepte de salut, per al farmacèutic, supera de bon tros el concepte de salut individual, que n'és el punt de partida, per adquirir una dimensió de salut pública. Cal considerar que el farmacèutic comunitari és un professional accessible a tothom i que, en moltes ocasions, constitueix el primer o l'únic contacte del ciutadà amb el sistema sanitari. Des de la perspectiva del farmacèutic el dret a la salut és un dret inalienable i bàsic dels individus i les poblacions. El nostre repte professional no és altre que el de contribuir, amb el nostre treball, a una millora constant de la salut pública.

SALUT!  
DEMPEUS!  
GRÀCIES....



**Sergi Estanyol**

Bona tarda, amics i amigues,

Abans de res, em cal agrair a les companyes Clara Valverde i a l'Àngels que hagin tingut l'amabilitat de transmetre'm algunes de les seves idees i de cedir-me algunes de les seves paraules escrites. Com bé em deia l'Àngels fa un parell de dies, és repetint i repetint que es fa pedagogia. Així, doncs, seguim fent-ho.

Fa poc més de dos anys, de la mà de diverses organitzacions d'afectats i afectades de fibromiàlgia i síndrome de fatiga crònica, naixia una Iniciativa Legislativa Popular per a l'atenció d'aquestes dues malalties.

Les persones que vam estar en l'origen mateix d'aquella ILP volíem transmetre als nostres representants polítics, i també al conjunt de la ciutadania, les mancances assistencials que patien -que patim- els malalts i malaltes de fibromiàlgia i de síndrome de fatiga crònica. Volíem rescatar de la invisibilitat i de la marginació unes malalties que afecten al voltant de 250.000 persones a Catalunya.

Els continguts d'aquella ILP eren la síntesi d'aquelles mancances, dels serveis que no teníem -que encara no tenim-, del benestar i l'atenció que bé ens mereixem, com a malalts i malaltes però, sobretot, com a ciutadans i ciutadanes... i com a persones.

L'important de la ILP, per a nosaltres, no va ser mai que les nostres demandes fossin recollides en forma de Llei. La forma, evidentment, era el de menys. L'important era que es generés el debat necessari; que les

nostres reivindicacions es fessin sentir i fossin escoltades; que els nostres familiars, amics, companys i veïns s'impliquessin en aquella iniciativa i, així, fins a arribar al conjunt de la societat. I, al nostre entendre, la ILP -si bé per a persones malaltes suposava haver de fer un esforç gairebé heroic- era l'instrument més adient.

Al nostre esforç s'hi van sumar set universitats catalanes, un bon nombre d'ajuntaments, sindicats, cambres de comerç, centres esportius, entitats cíviques... Ens van donar suport moltes personalitats de les arts i de les lletres. Però, més important encara, les 140.000 persones que van signar per l'aprovació d'aquella ILP...

I, sobretot, les mateixes persones malaltes -moltes d'elles dones amb serioses limitacions- que van sortir del llit i de casa per recollir signatures, per a explicar i fer visible una realitat que massa sovint, de tant com s'oculta (o de tant com es vela i es confon), sembla inexistent. Van fer visibles les malalties sense protagonismes, sense cap ànim més interessat que aconseguir millores per tothom. Gràcies a elles s'ha pogut parlar amb veu alta i clara de les històries personals i quotidianes d'incomprensió, desatenció i desesperança. S'ha recollit el seu dolor, les seves ganes de viure i la seva voluntat de lluitar en els mitjans, en els llibres, en diaris, a Internet...

Avui, en aquesta sala, ens acompanyen un bon nombre d'aquelles dones... si se'm permet... d'aquelles heroïnes... que van fer possible aquell èxit de participació, d'implicació i de sensibilització col·lectiva. Coneixent tan bé aquestes malalties... el sofriment i les limitacions que comporten... Quin orgull i quin honor tenir-vos com companyes.

La ILP, finalment, va donar lloc a una Resolució Parlamentària que va rebre el vot favorable de totes les forces amb representació al Parlament de Catalunya. I amb aquesta Resolució consensuada, triomfaven els continguts de la ILP i quedava recollit el fonamental de les nostres peticions.

Ara, la societat és més conscient de què signifiquen la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, i del fet que aquestes malalties cal que siguin ateses amb criteris de rigor, respecte i qualitat, sense llistes d'espera abusives per part del sistema públic de salut.

El que s'ha aconseguit, la Resolució, en l'àmbit de la salut pública, és un exemple del que la ciutadania pot assolir amb la seva participació democràtica.



La democràcia participativa és -o hauria de ser- quelcom més que un simple concepte emprat per a l'autosatisfacció d'un sistema amb moltes mancances de participació real. I no hauria de ser mai utilitzada -mal utilitzada- com a instrument legitimador d'intencions preconcebudes. Ho esmento perquè sovint, molt sovint, va semblar que creiem més en el procés nosaltres que alguns dels diputats i diputades que van participar en l'elaboració de la pròpia Llei de la Iniciativa Legislativa Popular. Però, en qualsevol cas, com ja es va dir en el seu dia, bé està el que bé acaba.

El proper mes de maig, venç el termini per al compliment de la Resolució parlamentària. Després de tota la feina feta, de tot l'aconseguit, no podríem pas deixar que tot plegat no arribés a bon port i que es quedés, només, en quatre copets a l'esquena i bones paraules. No podríem pas admetre, tampoc, possibles reformes sanitàries que demanin un sobreesforç econòmic a la ciutadania, fet que fóra especialment injust per recaure sobretot en aquelles persones amb pocs recursos i que més necessiten d'una atenció sanitària continuada, atesa la cronicitat i la manca de tractaments específics per a la malaltia que pateixen.

En el cas concret de la fibromiàlgia i la síndrome de fatiga crònica, ens trobem, a més, davant malalties amb un marcat component de gènere, atès que la gran majoria de persones afectades són dones. Dones que sovint viuen més de dues i de tres situacions de debilitat. I més encara quan es tracta de dones que, massa vegades, han d'afrontar tot això en la més absoluta solitud i sense el reconeixement sanitari i social que requereixen.

250.000 persones malaltes de fibromiàlgia i de síndrome de fatiga crònica, com també les nostres famílies, esperem el compliment de la Resolució aprovada, que ha de permetre que, des del sistema públic de salut, s'esmerci l'assistència especialitzada necessària i reivindicada per part de les persones malaltes i que ha de fer possible un acurat diagnòstic diferencial, base imprescindible per a un posterior tractament que en garanteixi la màxima efectivitat.

Aquesta atenció especialitzada, àgil i proporcionada, des del sistema públic de salut, ha d'esdevenir la millor eina per a l'assoliment de la màxima eficàcia, no només des de la perspectiva sanitària i social, sinó també des d'una perspectiva econòmica i de racionalització de recursos.

Aquí no s'hi val a excusar el contrari en nom de l'eficiència, l'eficàcia i la sostenibilitat. Massa sovint, preteses mesures d'austeritat, amb retallades

en la despesa pública, sobretot en sanitat -com també en educació- han esdevingut un greu error.

Estem parlant de salut i estem parlant de malalties que, juntament a d'altres, com ara la Sensibilitat Química Múltiple i les mal anomenades malalties rares, corren el risc de convertir-se en malalties privatitzades. Com estem parlant, també, de totes les malalties mal ateses, com ara les malalties mentals i les malalties emergents. Parlem, en definitiva, de persones greument malaltes... i d'un dret universal que és evident que, per la seva importància, ha de generar la despesa pública adient i que requereix tres qüestions bàsiques: planificació, investigació i prioritats socials d'aquesta despesa.

És per tots aquests motius que, avui, ens sumem a aquesta iniciativa ciutadana... perquè, de la mateixa manera que ens ho preguntàvem davant els continguts de la ILP... ara, davant el que defensa el manifest de DEM-PEUS, també ens preguntem: Hi algú que podria negar-s'hi?... És clar que nosaltres no.

I és per això que avui som aquí... fatigats i adolorits... però encara Dem-peus per la Salut Pública. Gràcies.



**Rosa Regàs**  
escriptora

Estem defensant la gestió pública, però són molts en aquest país els que no s'escandalitzen quan es privatitza la medicina, l'ensenyament o el subministrament de l'aigua. Per això val la pena que tinguem present els arguments pels quals no defensem la privatització, sinó precisament la gestió pública. La gestió privada dóna importància a l'individu, la gestió pública dóna importància a la societat; la gestió privada dóna importància a l'individu com persona que pot tenir èxit o diners, l'única cosa que sembla interessar-li, per que tota la resta, inclosos els seus semblants no li interessin en absolut. En canvi, la gestió pública té en compte la societat que ja paga els seus impostos com l'única forma que tenim en el món que vivim, almenys a Occident, per a intentar igualar les possibilitats dels uns i els altres. Hi ha molta gent que neix rica, hi ha molta gent que neix sana, hi ha molta gent que neix en barris o en ciutats on l'esperança de vida al néixer és superior a la d'altres barris i altres ciutats; hi ha persones que neixen amb possibilitat d'anar a les bones escoles, o simplement d'anar a escola, i n'hi ha d'altres que no tenen cap possibilitat de fer-ho. L'única manera possible que tots tinguem els mateixos drets són els impostos.

Està clar que els més rics paguen més impostos —encara que no sempre, perquè tenen els seus despatxos d'advocats que ja els ho arreglen per a eludir-los— però de totes maneres aquests diners que l'Estat rep ens ho ha de retornar en igualtat de condicions a través de tots els serveis públics. No obstant, els serveis públics no es justifiquen només pel que acabo de dir, sinó, sobretot, perquè són un dret. Els que defensem els serveis

---

*Traducció: Jordi Llaboré*

públics creiem i seguirem creient en el que diuen els Drets Humans: “Tots els éssers humans neixen lliures i iguals en dignitat i en drets”, i, per tant, els nostres governs són els que han de procurar que tots tinguem les mateixes oportunitats. Perque el que vol l’empresa privada —i dic empresa privada ja descaradament, perque parlar de gestió privada em sembla un xic rocambolesc, l’únic que li interessa a l’empresa privada, tal com ha dit la metgessa Lucía Artacoiz fa un moment, absolutament l’únic, és el benefici. Mentre que si la gestió es fa —posem que tant uns com uns altres ho estan fent bé— si la gestió és realitza des dels ens públics, els possibles beneficis (que mai existeixen), reverteixen en aquesta mateixa gestió. Així és com ha de ser. Així és com tots nosaltres creiem que ha de ser. És evident que nosaltres podem trobar molts defectes en la privatització i és evident que els que defensen la privatització poden trobar molts defectes en la gestió pública, i ens diuen que som menys eficaços, però això no ens hauria de fer perdre mai la defensa dels principis d’allò públic, i veure la diferència en que es basa l’una i l’altra.

Nosaltres ens basem en la idea de llibertat, igualtat i justícia; la privatització es basa en creences; la primera de les quals és, sobretot, el benefici. En el món en el que vivim hi ha escola pública, l’escola privada, i una escola “intermèdia”; aquella escola que no se sap si és pública o privada, que és la concertada i que és difícil entendre del tot perquè existeix, ja que significa que l’escola pública té menys possibilitats. I l’escola pública i laica és la base de la igualtat, de la igualtat per a nois i noies, ja siguin rics o pobres; jueus, musulmans o cristians; blancs o negres... és igual. És la base de l’ensenyament que reben, és la base que els convertirà en ciutadans i ciutadanes.

És evident que la religió és un dret, no dic que no, però es tracta d’un dret privat, un dret que els cristians han d’exercir a la parròquia, els musulmans a la mesquita i els jueus a la sinagoga... Així ha de ser. Però sobretot en aquestes escoles —que considero l’única esperança del nostre país— ha d’ensenyar-se a tots els nens l’importància d’allò públic, ja que en cas contrari ells mateixos es deixen enlluernar pels instruments més famosos que tenen les escoles privades, per la quantitat de diners i de cotxes que van a parar a les clíniques privades, etc., etc. Es deixen enlluernar per les úniques coses que en aquests moments tenen valor a la nostra societat, que són els diners i l’èxit. Per tant, només les escoles poden ensenyar a aquestes noves generacions la bondat d’allò públic, i que és un dret que hem de reivindicar constantment, i que hem d’ensenyar als nostres fills: que aquest és el nostre dret, pel qual lluitem i barallem, per a que se’ns

doni el que és nostre. Diuen que hi té molts errors, que, per exemple, la medicina pública té molts errors; però, segurament, si és així, és perquè ni la medicina pública ni l'escola pública són una prioritat per als nostres governs... sí ho són, en canvi, la quantitat de diners i recursos que es gasten en l'exèrcit, cosa que a mi em sembla completament absurda perquè, de fet: de qui ens hem de defensar, dels que tenen la bomba atòmica?... no té cap sentit tenir un exèrcit tan ric només perquè els militars estiguin contents... suposo... però tota aquesta despesa podria revertir exactament en els llits d'hospital que fan falta, en la investigació de les malalties que fa falta, i en tantes i tantes altres coses... per tant, en les nostres idees, en el que estem defensant nosaltres, a més de la cultura... i quan dic cultura vull dir precisament tot el que permeten que la gent entengui el que són els nostres drets i entengui que públic és tot el que ens retorna els diners que nosaltres hem pagat com impostos.

Penso que val la pena que defensem la cultura, que val la pena que defensem allò públic i a més ho fem d'una manera definitiva, i exhaustiva, per dir-ho d'alguna manera, no a mitges tintes... Ni mitges tintes en la medicina, ni mitges tintes en l'ensenyament, ni mitges tintes en l'aigua, ni mitges tintes, si se'm colla, en l'electricitat... ¿Per què algú sap de què serveix que les elèctriques, per exemple, tinguin aquests beneficis tan brutals quan tenen els carrers plens de manyocs de fils, quan tenim tot tipus d'apagades, a tota hora, quan se'ls donen tants milers de milers d'euros que surten dels impostos que hem pagat?... No té sentit. I el mateix succeïx amb la medicina i amb l'ensenyament. Per tant, crec que és el nostre deure i la nostra satisfacció saber que defensem no un capritx ni una comoditat, defensem un Dret: és el nostre dret i d'alguna manera hem de viure per a defensar-lo. Per nosaltres, per la gent que està malament, per la gent que està bé i que un dia o un altre seran grans i ho necessitaran, i, sobretot, per les generacions futures.

Moltes gràcies!



## **Les activitats de DEMPEUS**

**¿ POR UNOS INSTANTES PENSÉ QUE LA REALIDAD PODRÍA  
NO SER COMO CREMOS, A FORTUNADAMENTE ENSEGUIDA  
RECUPERÉ LA PROGRAMACIÓN ?**



**EL ROTO**

*EL ROTO ens ha acompanyat diverses vegades per il·lustrar entrades del nostre blog:  
[dempeus.nireblog.com](http://dempeus.nireblog.com)*



## **Salut en temps de crisi: un repte difícil per a la majoria, i una oportunitat pels poderosos**

El passat 22 de maig del 2009, Dempeus per la salut pública es va presentar a les Jornades d'Experiències i Necessitats en participació ciutadana en Salut organitzades pel CAPS. Vull reflexionar sobre algunes de les coses que he vist i sentit --en especial l'experiència del "pacient expert"-- però en els 10 minuts que hem parlat sí que hem volgut deixar clar que tant en la nostra experiència en la gestació i tramitació de la ILP per un millor tractament de la Fibromiàlgia i la Síndrome de la Fatiga Crònica, com en el grau de compliment (més aviat d'incompliment ) de la Resolució, com en altres experiències viscudes en defensa de la salut pública, havíem pogut comprobar que hi havia dues maneres de viure i d'acceptar-se socialment i políticament la participació en salut: ben rebuda quan aquesta participació es feia empenyent a favor de la corrent, o especialment difícil i feixuga quan la participació qüestionada els models i les polítiques establertes, encara que en els dos casos es pretengués el mateix: una societat més democràtica i una vida millor per a les persones malaltes.

També hem volgut deixar clar la nostra preocupació per les declaracions fetes ahir pel dr. Miquel Vilardell a la trobada feta a Caixa Catalunya per les Mútues, clíniques privades i públiques i establiments hospitalaris i que era presidit pel lema de "Crisi econòmica i social: reptes i oportunitats". Sobre aquesta idea especialment tendenciosa, des de Dempeus hem afirmat que si els reptes per obtenir una vida mínimament acceptable per a les persones amb malalties cròniques ja eren el nostre pà de cada dia en temps normals, s'agreujaven molt més en temps de crisi sense que hi trobessim res de positiu, sinò tot el contrari. I pel que fa les oportunitats, és tan sols el sector privat el que les aprofita retallant els serveis més rendibles del sector públic per al seu benefici privat... Per això el Dr. Vilardell

va tornar a parlar de copagaments (en el nostre llenguatge: repagaments) i de que s'havia de revisar "la cartera de serveis" del sector públic i veure si seguia fent-se càrrec de determinades prestacions "que no tenen eficàcia provada" ...

Personalment m'esgarrifa que els serveis de salut s'assimilin a "carteres de serveis" en un llenguatge empresarial que no toca ni s'adiu en temes especialment sensibles com aquest. Però a més, confirma el que com a Dempeus ja vàrem afirmar fa temps: que moltes malalties cròniques --i especialment la fibromiàlgia i la SFC-- eren unes bones dispensadores de rendes per a les consultes privades (per no parlar d'alguns laboratoris) i que seria especialment difícil que el sector públic de salut les atengui amb qualitat i dignitat si entra en conxorxa (com està fent) amb el sector privat, malgrat el que determina la Resolució 203/VIII. El Dr. Vilardell pot dubtar --potser una mica massa interessadament-- de si l'atenció pública és "eficaç" o no al tractar aquestes malalties, però ningú dubta --ni tampoc el Dr. Vilardell-- de la seva rendibilitat per a clíniques i consultes privades, augmentant la desigualtat en l'accès a la salut de les persones malaltes.

En el torn de preguntes sem va dir que el Dr. Vilardell parlava a títol privat. Però és difícil acceptar-ho quan és l'autor de l'Informe Vilardell --del que en podeu llegir dues crítiques rellevants: la de Clara Valverde i la del excel.lent metge i millor amic Antoni Barbarà -- i un destacat assessor del Departament de Salut i de la seva Consellera.

## Comunicació: “salut en temps de crisi”

DEMPEUS per la salut pública és una organització molt nova. Creiem, tanmateix, que pot aportar algunes idees a aquesta Jornada organitzada pel CAPS que pretén posar en comú les experiències de diversos col·lectius i ciutadans en salut Comunitària davant el Mapa Sanitari, Socio-sanitari i Salut Pública “Els serveis per a la salut: mirant cap al futur”, que vol : “Fomentar la coparticipació i corresponsabilització dels ciutadans en la presa de decisions”. En relació al mateix, les persones de DEMPEUS estem profundament orgulloses de les experiències viscudes en la seva formació, i del que va representar prèviament el procés que fa portar a la Resolució 203/VIII del Parlament de Catalunya sobre una millor atenció i tractament de la Fibromiàlgia i la Síndrome de la Fatiga Crònica.

La reflexió i el compromís del conjunt de persones compromeses en els dos processos anteriors ha demostrat abastament que compartim els objectius fundacionals del CAPS, que en la seva declaració d'ara fa 25 anys, diu: “ Com que considerem determinant la participació dels ciutadans en la definició dels objectius i de les prioritats sanitàries, el CAPS es proposa, a més, oferir a la comunitat la informació i els instruments al seu abast que puguin ajudar-la a ésser protagonista de la pròpia salut (juliol 1983)”. En aquest sentit, i per la mateixa experiència viscuda en la ILP FM-SFC i com a membres de Dempeus, ens permetem doncs alertar sobre el segon punt de les “orientacions estratègiques” del capítol 5.2. del Mapa Sanitari, Sòcio-sanitari i Salut Pública. Ens referim a: “Generar un canvi cultural, amb la participació activa dels ciutadans, per tal de promoure l'adaptació dels models d'utilització dels serveis públics de salut a les possibilitats reals d'actuació, tot evitant generar expectatives que no poden ser assolides pel sistema o sobre problemes que no es poden resoldre”.

DEMPEUS, tant en la pràctica com en el Manifest, nega de fet els propòsits d'aquest punt, i proposem un model de prioritats invertit. "Considerem que el moment present és determinant pel que fa al futur de la sanitat i la salut a Catalunya i ens pronunciem en defensa del Sistema Nacional de Salut amb tot el seu caràcter assolit: públic, universal, de qualitat, integral, solidari i d'equitat garantida. Considerem igualment que el seu objectiu irrenunciable és el de donar la cobertura i els serveis adients per garantir el dret constitucional de la ciutadania a la protecció de la salut, sense cap tipus de discriminació, tampoc per a les persones immigrades, que treballen o volen treballar a casa nostra. L'equitat i la lluita contra les desigualtats en salut ens són objectius fonamentals i necessaris."

Per a DEMPEUS aquestes declaracions no són mera fraseologia sinó que responen a conviccions profundes i a capacitats reals per a dur-les a terme, i qualsevol proposta "d'adaptació a les possibilitats reals" ens porta a pensar en una instrumentalització metodològica que, en el pitjor dels casos, podria fins i tot convertir-se en perversió democràtica. Des de DEMPEUS pensem que no es pot donar per fet que hi ha "unes possibilitats reals d'actuació" inamovibles, a les que cal subordinar la participació activa dels ciutadans... Perquè: qui determina quines són aquestes "possibilitats reals"? En pensar en una mena de mà invisible que acomoda necessitats a possibilitats es nega de fet la política —en el sentit més noble de la paraula. Es nega que l'acció política pot i ha de millorar les possibilitats reals i atendre i no defraudar a les persones.

El canvi de prioritats que proposem evita que la ciutadania hagi de passar per aquest adreçador de "possibilitats reals" sacralitzades, i estalvia la perversió de "generar un canvi cultural" en el sentit de que les persones acceptin subordinar les seves pròpies necessitats de salut a unes altres necessitats —o incapacitats: les de qui delimiti "les possibilitats reals d'actuació" de forma inapel·lable, en un plantejament i comportament que podrien semblar pre-democràtics. Creiem que aquesta proposta, de dur-se a terme, incrementaria encara més el grau d'alienació de la nostra societat en una baula especialment feble, sensible i molt fàcil de culpabilitzar: les persones malaltes. En aquest sentit, el nostre Manifest segueix dient:

Darrerament, des de diversos àmbits de les Administracions i empreses vinculades al sector de la salut, es vol restringir de moltes maneres l'àmbit públic. Per exemple, es reclamen noves aportacions econòmiques de la ciutadania ("copagaments"), limitació de serveis, contractacions de pòlisses d'assegurança privada i particulars, taxes, tractament mixt del finançament,

generalització de pràctiques de privatització o d' externalització. És a dir, valors de "mercat" pel damunt dels socials i polítics, i la supremacia d' una gestió orientada per valors privats per sobre de la satisfacció dels drets democràtics, econòmics i socials. La situació de crisi econòmica es ve a sumar al vell argument dels "límits econòmics del finançament públic", per debilitar l'exigència dels drets i culpabilitzar la ciutadania. Es vol imposar una mena de "Pacte Apolític neutral" que obriria camí a la mercantilització de tot el sector... quan aquestes polítiques ultra-liberals estan fracassant a tot arreu.

Creiem que els paràgrafs anteriors posen de manifest la ideologia que hi ha al darrera de l'orientació de les "possibilitats reals" i s'avancen a tots els arguments que poden seguir sobre les limitacions que la crisi imposa --o el fet de que l'estat espanyol no compleixi els acords del nostre Estatut sobre finançament. Però si ja ens semblava massa absent de dignitat la proposta que la crisi i la manca de capacitats tècniques i polítiques les hagin de pagar les famílies més humils amb el seu habitatge, les petites empreses sense els crèdits dels que els priva una economia de casino, i els treballadors i treballadores amb acomiadaments i rebaixes de sous, més indignant és encara que es retallin o es desatenguin les persones malaltes, o es perverteixi el concepte de salut i l'aplicació d'unes polítiques de salut que s'haurien de privilegiar --precisament--en temps de crisi. Pe això segueix dient el nostre manifest:

Nosaltres, que provenim de diferents experiències, formacions, oficis i disciplines, organitzacions socials i polítiques, de diverses lluites i amplis compromisos socials, ens reafirmem en la concepció de la Salut com una categoria superior a la simple atenció en sanitat o l'absència de malaltia. Salut és aquella manera de viure, personalment i col·lectiva, autònoma, joiosa, plena, solidaria i harmònica amb un/a mateix/a, amb la resta de persones i amb l'entorn. Una definició que permet abordar el binomi salut/malaltia des d'una visió en les seves tres dimensions : biològica, psicològica i social. Per tant ens comprometem a actuar en promoció, protecció i prevenció de la salut i a partir de les seves causes, dels Determinants de Salut: treball i les seves condicions, gènere, classe social, educació, estils de vida, medi ambient, urbanisme, origen, autonomia, mobilitat, etc.

Si es comprèn el paràgraf anterior, s'entén perquè la nostra proposta de generació d'un canvi cultural va en el sentit de fer entendre a la població el que és realment SALUT, i que com a societat i TAMBÉ com a institucions i govern s'ha de vetllar per millorar els seus DETERMINANTS, i especialment en TEMPS DE CRISI. Per això:

Ens orientem a promoure la reflexió col·lectiva, generar debats, cercar acords des de la nostra pluralitat, manifestar públicament les nostres opinions i propostes, engrescar la mobilització social i l'acció cívica i política cap als objectius acordats. Igualment, per les característiques i composició del Grup, ens comprometem a donar a conèixer les elaboracions col·lectives i personals que tinguin interès per a la reflexió i l'acció sobre el tema. I a comprometre al màxim de persones en la defensa de la salut pública.

I per això estem avui aquí, per mandat del nostre Manifest, ja que alguns dels àmbits en els que inicialment ens proposem treballar són:

- 1.- La defensa del caràcter PÚBLIC dels sistema nacional de salut.
- 2.- Participació social, amb d'altres associacions que venen treballant des de fa temps en la defensa de lo públic, i grups d'ajuda.
- 3.- Abordatge interdisciplinari i de qualitat de patologies no suficientment reconegudes, malalties mal ateses com les mentals, les incorrectament anomenades "rars", o les noves patologies emergents sotmeses a un tracte injust per a ser incorporades dins el sistema d'atenció sanitari i per a una cobertura econòmica i social, malgrat una prevalença i severitat inqüestionables. La recent experiència de la ILP per la Fibromiàlgia i la SFC n'és un exemple que cal acabar de reeixir.

De fet, tots els descobriments i aprenentatges en la participació que vàrem haver de recórrer en el procés de la ILP donen un munt d'arguments per al naixement de la nostra organització ciutadana, i creiem que es mereixen uns minuts en el sí d'aquesta Jornada. La ILP posava les necessitats de les persones malaltes –com ha de ser-- en el centre de l'organització del model d'atenció a aquestes malalties, i quan la defensàvem deien que “la participació social, la justícia, la ILP, són bones per a la salut”.

D'una manera semblant, en la introducció de l'Informe Final de la Comissió sobre Determinants Socials de Salut de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) es pot llegir: “La justícia social és una qüestió de vida i de mort. Afecta la manera que les persones viuen, la probabilitat que se'n deriva d'emmalaltir, i el risc de mort prematura.(...) Una nena que avui neixi pot esperar viure més de 80 anys si ho fa en certs països – però menys de 45 si neix en altres. (...) Diferències d'aquesta magnitud, entre països i dins els mateixos països, senzillament mai haurien d'existir. Aquestes desigualtats

en salut, desigualtats evitables en salut, sorgeixen de les circumstàncies en que les persones creixen, viuen, treballen i es fan grans, i dels sistemes que s'han creat per a fer front a les malalties. Les condicions en les que les persones viuen i moren les formen, al mateix temps, forces econòmiques, socials i polítiques. Les polítiques socials i econòmiques tenen un impacte determinant en si una criatura pot créixer i desenvolupar-se al màxim del seu potencial i viure una vida esplendorosa, o si la seva vida es veurà estroncada. I cada vegada és més semblant la naturalesa dels problemes de salut que els països rics i pobres han de resoldre. El desenvolupament d'una societat, rica o pobre, pot avaluar-se per la qualitat de la salut de la seva població, quanta salut es distribueix de manera equitativa per tot l'espectre social, i el grau de protecció que reben les persones amb menys avantatges a conseqüència de la seva mala salut." De fet, reproduint les paraules que clouen l'Informe de la Comissió sobre Determinants Socials de Salut, reduir les desigualtats en salut és un imperatiu ètic perquè, ens diuen, la injustícia social mata a les persones a gran escala.

Front aquest honest i seriós Informe ens trobem, però, tota una munió d'anàlisis, prospeccions i estudis mercenaris que defensen la conversió dels serveis públics de salut en autèntics sectors productius no generadors de benestar sinó de plusvàlua. Contribueixen a la transformació de la salut en una mercaderia més, segrestant i deformant la informació, impedit que es pugui formar opinió pública, i interferint en la participació activa que es mobilitza per defensar el model públic. Així, s'amaguen decisions polítiques conscients a favor dels poderosos del sector sanitari privat i de la indústria farmacèutica i hospitalària sota la tapadora de "millores tècniques de gestió", "modernització", o "necessitats de finançament", quan precisament en altres moments de crisi –i per l'acció de la lluita de classe-- s'havia aconseguit convertir el dret a l'atenció sanitària de totes les persones en un dret de ciutadania. Aquest dret econòmic i social s'havia anat estenent i ampliant fins l'inici de l'ofensiva neoliberal dels anys 70. I d'aleshores ençà es pretén anorrear sota pretexta de "millors" i "eficients" polítiques neoliberals... o per l'actual crisi econòmica.

Per això ara és un moment important per al futur de la sanitat i la salut a Catalunya. Permetin que faci unes reflexions que compartim la immensa majoria de persones que estem a DEMPEUS: creiem sincerament que el capitalisme agònic està rebent cures intensives dels que podrien fàcilment desemmascarar-lo com un sistema d'injustícia i de mort. Davant les incerteses, la manca de confiança --o aquella prudència excessiva que ens han advertit persones honestes-- dels que podrien assegurar el naixement

d'un sistema econòmic més just i equitatiu a casa nostra, el caduc model econòmic es revifa amb els fons públics (de tots) i imposa un model privatitzador que fa sang de les persones més febles. La seva crisi augmenta les diferències econòmiques i socials i l'estan pagant, com sempre les persones més dèbils i els serveis públics d'ensenyament i salut, amb un indubtable biaix de gènere.

Per això creiem com a DEMPEUS que valia la pena venir a aquesta JORNADA en la sinAntonia de que la salut no és un negoci, sinó un dret de ciutadania. I és participació... i és sempre pública. El nostre Manifest acaba dient:

Sense competir amb cap de les plataformes, associacions i col·lectius que coincideixen en aquests objectius, i fent una crida a la major unitat i recolzament mutu, entenem com a necessari, urgent i oportú difondre aquesta Declaració en defensa del Sistema Públic de Salut i cridar a totes les persones que defensen el seu caràcter públic a donar-hi suport.

Des de DEMPEUS entenem que la justícia social i l'equitat són bones per a la salut, i que una societat que no tracta bé a les seves persones malaltes, que els hi escatima l'atenció sanitària, retalla investigació i privativa serveis, tampoc tracta bé, també escatima i també retalla i privatitza els drets de ciutadania i la democràcia. No dubtem que a aquesta Jornada hi assisteix molta gent que, amb arguments i raonaments centrats en les persones, en les seves necessitats reals i vitals, volen sincerament construir una societat més igualitària sense barreres divisòries entre salut, economia i política, i estar DEMPEUS, com nosaltres, per la salut pública. Moltes gràcies.



## DEMPEUS amb el President Benach

El passat tres d'abril DEMPEUS per la salut pública va ser rebuda en audiència pel President Ernest Benach. En una sessió molt cordial, el President es va mostrar receptiu i interessat per la nostra associació i el Manifest de DEMPEUS, i varem tenir oportunitat d'expressar-li els nostres arguments en defensa de la salut pública, les nefastes experiències de les privatitzacions a Gran Bretanya i els llastimosos avanços de les privatitzacions encobertes (de tot tipus) a Catalunya.

Li varem explicar les nostres línies prioritàries:

PARTICIPACIÓ, DEFENSA del sector públic de la salut, i de la salut entesa com quelcom més que l'absència de malaltia i la necessitat d'avançar en l'anàlisi, estudi i difusió dels DETERMINANTS DE SALUT, i de les malalties condemnades a haver d'acurdir al sector privat per manca d'atenció digna i suficient a la pública. En aquest sentit, varem expressar la nostra preocupació en relació al compliment de la Resolució 203/VIII sobre l'atenció a la Fibromiàlgia i a la Síndrome de la Fatiga Crònica. El que el President va contestar és que si per la data límit de 21 de maig no hi hagut la resposta compromesa, és funció dels grups parlamentaris reclamar l'estat de la qüestió en Comissió de seguiment. El govern/departament ha de contestar, i si la seva resposta no convenç, s'obre la possibilitat de passar el seu control com a punt a un futur Ple del Parlament.

Va quedar palès que no podíem baixar de cap manera la guàrdia les persones que estem DEMPEUS per la salut pública i que defensem i hem fet nostra la defensa dels continguts de la ILP i la Resolució que es va pactar amb TOTS els grups del Parlament. I creiem que entre tots i totes va que-

dar prou de manifest que la defensa del sector públic de salut ens era irrenunciable, perquè era un dret de ciutadania i atacar-lo era especialment covard i injust en temps de crisi.

El President Benach ens ha comunicat que ha fet a mans avui a tots els grups parlamentaris una còpia del Manifest de DEMPEUS per la salut pública.



*Jordi Calm, Joan Ramon Lladós, el President Ernest Benach, Àngels Martínez Castells, Elena Álvarez, Antoni Barbarà, Mario Bofill, en representació del col·lectiu Dempeus per la salut pública*

## **Acte de presentació de DEMPEUS a Castelldefels.**

DEMPEUS creix i creix.

El passat 17 de juny Castelldefels es posava DEMPEUS fent camí i tot caminant. Gairebé una seixantena de persones vingudes de diferents col·lectius de la població, des de veïnals, ecologistes, socials, culturals, institucionals ens vàrem trobar en aquesta bonica ciutat de la Mediterrània per clamar i fins i tot alguns declamar per la SALUT. Per un sistema just on tothom pugui gaudir d'una vida digna... i d'una mort digna. Perquè això és la SALUT en majúscules, el respecte al medi ambient, el respecte a l'ésser humà, i a la sostenibilitat de tot l'ecosistema. I com fer-ho? doncs a DEMPEUS tenim clar que el camí és llarg i feixuc, però també sabem que és un camí públic i universal. És el camí de l'empoderament del poble, de la ciutadania entesa en el concepte més noble i republicà. És el camí de dir prou a les polítiques neo-liberals que promouen amb els diners de tots els beneficis de butxaques privades, que fan conxorxa amb les multinacionals farmacèutiques, que volen que re-paguem els medicaments... que imposen un model de creixement que passa pel ciment i la totxana, destruint el territori. I ja n'hi ha prou d'aquesta cançó enfadada i de deixar-los fer! La música que sonava a Castelldefels, pel contrari, era una tonada saludable, amb una lletra que parlava de llibertat, igualtat, fraternitat i solidaritat.

### **QUE ÉS ON RAU LA SALUT.**

Obria la xerrada l'amiga Àngels Martínez Castells, que va parlar del col·lectiu, i ens introduïa a la raó de ser de DEMPEUS. Tot seguit va presentar un grup d'amics i amigues que varen donar els seus arguments per ser allí --i que de fet eren els nostres, d'arguments!

En Antoni Barbarà, va fer una defensa encesa de la SALUT con un concepte superior que inclou i supera la sanitat Va convidar a la mateixa gent de Castelldefels a portar endavant DEMPEUS, doncs nomès assumint el protagonisme ciutadà i des de l'acció local/global la lluita per la salut pública té sentit i perspectiva...

La Rosalia Manzano Céspedes de la Associació d'afectats d'Stress, Ansietat i Fibromialgia de Castelldefels, va llegir un emocionant comunicat de suport fil per randa al Manifest de DEMPEUS.

En Joan Ramon Lladós va centrar la seva xerrada en la necessitat d'integrar les farmàcies en el sistema públic de salut. Antonio Cardozo, cantautor uruguaià, va començar dient unes paraules de suport del Manifest de DEMPEUS i va explicar la seva visió com immigrant de la sanitat a Catalunya mentre acompanyat de la seva guitarra ens va cantar un parell de cançons, que és una de les formes més agradables de fer SALUT. La darrera de les intervencions va correspondre a Ramon Morera Castell, regidor de Salut de Castelldefels, que va agrair l'existència de Dempeus, tot reconeixent les dificultats que de vegades tenen els polítics institucionals per conviure amb aquests col·lectius. En Ramon Morera va voler fer palesa la seva convicció que organitzacions ciutadanes com Dempeus són del tot necessàries.

També un grup de poetes locals que pertanyen a l'associació ALGA (la Goya, la Imma, l'Ignàcio i en Moisès) ens varen portar els poemes de Martí i Pol, Machado, Espriu, Benedetti. La Goya, a més, ens fa gaudir d'un poema de collita pròpia, finalitzant en Moisès amb el que gairebé ja és un estandart per la gent de DEMPEUS, "Tot l'enyor del demà" de Joan Salvat-Papasseit.

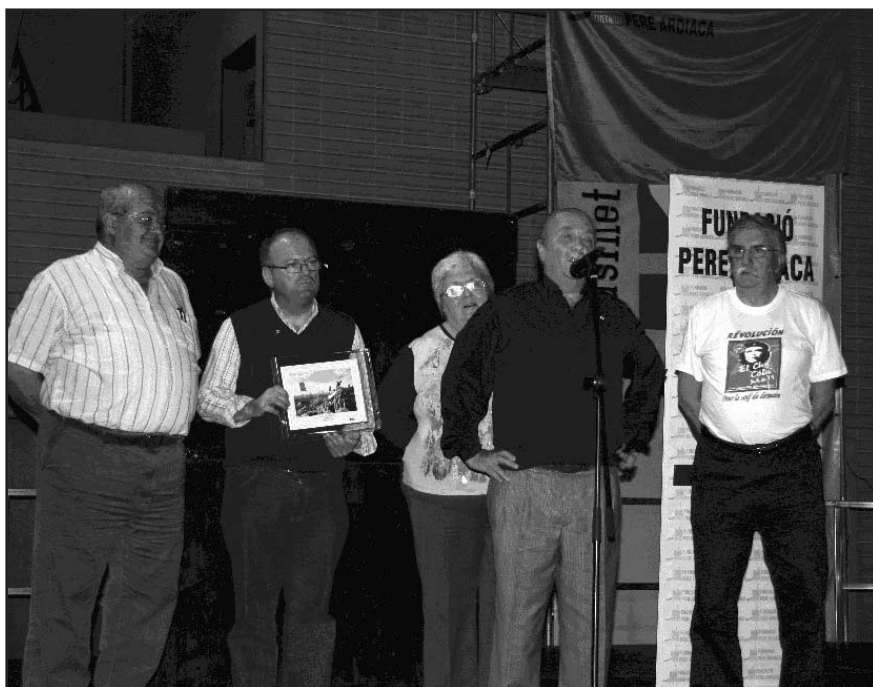
Varen cloure la trobada en Xavier Carreras i l'Àngels llegint el Manifest a dues veus. En acabar, tota la gent de Castelldefels que havia acudit a l'acte es va posar DEMPEUS!

Finalment, gràcies Zé, perquè has estat fonamental en l'organització d'aquesta trobada de DEMPEUS.



*Ramon Morera Castells, Angels Martínez Castells i Joan Ramón Ladós, a la presentació a Castelldefels*

**Menció especial per DEMPEUS de la Fundació Pere Ardiaca Dissabte 25 d'abril de 2009 a les Cotxeres de Sants**



*Josep Solà, Jordi Calm, Elena Alvarez, Antoni Barbarà, Joan Ramon Lladós*

# En defensa de la salut pública i del viure en col·lectiu

**Àngels Martínez Castells**

A vegades per articular una alternativa creïble a la irracionalitat de la vida quotidiana val la pena de-construir el procés i analitzar amb més claredat com hem arribat fins al punt en el que estem, quins valors aliens a la nostra pròpia naturalesa ens han inoculat i quines violències ens estan emmalaltint . Potser amb un exemple resultarà més senzill: No fa massa anys, una delegació del FMI i del BM va anar a Gàmbia per veure com aquell país podia merèixer entrar en la “civilització” dels préstecs i crèdits, rebre diners suficients per a un desenvolupament aliè i, naturalment, fins i tot poder comprar armament i entrar en el cercle pernicios del deute... Els economistes varen quedar meravellats per la qualitat del producte dels arrossars d'aquell país. Varen saber que la propietat de la terra era col·lectiva, que l'administraven i treballaven les dones i que l'arròs es destinava a l'alimentació de les seves famílies i, el que sobrava, a l'intercanvi amb altres productes necessaris. Malgrat la divisió del treball evident, les dones, com administradores i “productores” d'aquest bé fonamental, tenien un status de respecte en tota la societat.

Els “experts” varen reaccionar amb sarcasme. Així era impossible sortir de pobres ni poder pagar la quota d'entrada en els mercats de comerç internacionals. Un arròs d'aquella qualitat, fet d'una manera tan econòmica, no havia d'alimentar als gambians, sinó que s'havia d'exportar. La primera cosa a fer era signar

---

*Intervenció en nom de DEMPEUS a les Jornades: Defensar lo públic és defensar la democràcia, organitzades per la Fundació Pere Ardiaca. Realitzades l'11 de desembre de 2009 a la Federació d'Associacions de Veïns i Veïnes de Barcelona.*

contractes obligant-se a la venda del producte... però era massa difícil fer-ho amb una col·lectivitat on no hi ha propietat privada de la terra. Per tant, varen dividir els arrossars en parcel·les i en varen fer titulars als homes que mai havien cultivat l'arròs. Varen comprometre aquests nous propietaris a vendre la seva producció per exportació a uns preus realment competitius, basats en la "vella manera de produir" quan ara el seu producte entraria en els "nous" circuits internacionals de comerç basats en la vella mentida dels "avantatges competitius". Les dones varen preguntar què menjarien els seus fills, i els varen contestar que hi havia terres de segona qualitat, més allunyades, que podien dedicar-se també al cultiu de l'arròs. Representaven més feina perquè eren més improductives, un producte de menys qualitat i per tant exigien més dedicació, més temps de treball i de desplaçament per arribar-hi... però tot fos pel progrés!

Els homes, convertits de sobte en agricultors, molt aviat se'n varen adonar que no era lo seu. I varen cridar a les dones per a fer la feina que sempre havien fet. Però ara, en els seus camps (o sia, en els camps que ja no eren comunals, sinó que eren propietat dels homes que no volien cultivar les terres). Sota la presumpció que el treball de les dones és perfectament elàstic i que per tant es pot més que duplicar sense que passi res, es va aconseguir que (per evitar que les famílies passessin gana) les dones fessin el doble treball. Però a condició d'un salari en les terres que abans cultivaven gratuïtament, mentre seguien fent el treball no remunerat en les terres marginals la producció de les quals es destinava a la col·lectivitat.

Quan finalment varen arribar els representants del FMI per comprar les collites varen ser informats que als costos de les llavors s'hi havia d'afegir uns sous derivats de la nova organització de la propietat i la producció. Els economistes es varen sorprendre molt d'haver de pagar salaris per un treball assalariat, però varen fer els comptes i varen arribar a la conclusió que, si el treball de les dones no era gratuït i voluntari o bé gratuït per esclavatge, aquell arròs tan meravellós ja no era competitiu en els mercats internacionals.

Crec que podríem dedicar la resta de la tarda a analitzar totes les violències i distorsions del procés, i encara ens faltaria temps: sols la transmutació de la terra de propietat col·lectiva a propietat privada amb privació de les dones al mateix dret, la vulneració manifesta d'aquella vella consigna de "la terra per a qui la treballa", especialment si és a títol col·lectiu, l'anteposar uns interessos comercials aliens a les necessitats d'alimentació de la pròpia societat, la dolorosa revinclada que pateix una manera de viure, una cultura, unes jerarquies assumides i compartides, menys desiguals que les que vindran, i uns valors de convivència que ja estaven inscrits a l'ADN per uns



altres que sols funcionen si es mantenen les velles solidaritats de base (que vol dir treball gratuït o a molt bon preu) del sistema anterior ens donarien les claus del que està passant ara també, però amb molta més sofisticació, trenta mil miralls deformants per fer-nos perdre, i una quantitat ingent de diners esmerçats en la construcció d'una ideologia feta a mida per gent que s'autoanomena intel·lectual, mercenaris de qui millor els paga, per bombardejar diàriament i sistemàticament els valors de lo públic, de lo col·lectiu.

Com podem donar la volta a la situació i reivindicar lo públic com la manera natural i humana de viure?

Fer un sumatori potent de les reivindicacions "parcials" de lo públic i transcendent l'horitzó temporal d'algunes reivindicacions que s'esgoten massa ràpid en el temps i l'espai si no es vinculen amb lluites germanes, però que es volen interessadament separades.

Què podem aportar nosaltres? Dempeus per la salut pública, entén la salut en un sentit positiu, no el contraposem al concepte de malaltia. Entenem que la Salut és una manera de viure autònoma, joiosa, plena, solidària i harmònica amb un o una mateixa, amb la resta de les persones, amb la terra i tot l'entorn. Nosaltres ens guiem per tres objectius fonamentals:

1. - La defensa del caràcter PÚBLIC del sistema nacional de salut. En forma argumentada des del rigor científic i l'interès col·lectiu, la bondat social, la justícia política i l'oportunitat del moment, defensant la universalitat i la qualitat del sistema públic de salut.
2. - Participació social, "empoderament" i co-decisió, incorporant el gran ventall de potencialitat de la xarxa de societat civil organitzada, les associacions que lluiten per una vida millor i els grups d'ajuda. La salut, naturalment pública per essència i concepció, sols ho pot ser si incorpora aquests agents socials sense preconceptes, ni sectarismes.
3. - Enfocament interdisciplinari i de qualitat de les noves patologies emergents, moltes d'elles relacionades amb la violentació química de la natura i la violació psicològica d'una manera de viure en societat que emmalalteix a les persones. Les mateixes causes que provoquen el canvi climàtic i fan emmalaltir els camps i enverinen les aigües, creen també noves formes de malalties.

El punt en comú que tenen les organitzacions que lluiten per lo públic és que aquí, igual que a Gàmbia, l'economia de les empreses passa per

davant de les necessitats i la salut de les persones. Uns (per exemple, els de Som lo que Sembrem) parlen de Monsanto. Nosaltres podríem donar noms de laboratoris i medicaments que, dient que poden ser un remei, han portat a moltes persones a la desesperació i al suïcidi. Per això no s'ha de tancar de cap manera la porta a persones i associacions que ens permeten descobrir i sumar el potencial humà que existeix, i la voluntat real de canviar les coses. Aquest potencial humà que ens fa conscients del poder que tenim quan creiem en nosaltres mateixos i ens ajuntem creient en el que diem, i parlem sense prejudicis. Això és el que des del feminisme se'n diu empoderament, i això és el que estan practicant avui a tot el món, aquests, dies, milers i milers de pagesos i ciutadans, des dels vintaters de França que protesten contra el canvi climàtic fins els pagesos de Mèxic (especialment a l'estat de Sonora) que s'han constituït en un Foro Campesino i diuen no als transgènics quan el govern mexicà, fa poques setmanes, ha cedit a les pressions de la multinacional Monsanto. Aquest és el camí, el que marquen, també els pagesos de Sonora que defensen la riquesa dels seus camps i del seu panís.

El camí segueix essent el de trencar barreres, el de la Mobilització social i la Mobilització política. I, en fer-ho, enfortir la transversalitat social i demostrar que no hi ha cap muralla de Xina entre la defensa del que sembrem i el que produïm, el que investiguem i el que ensenyem, la salut, la democràcia, l'economia al servei de les persones i la política en el sentit més noble de la paraula: el respecte a la terra i al que ens envolta, i la bona gestió --el bon govern-- del que és de tots, per part de tots i en interès de la immensa majoria de la població, dones, homes i infants, sense exclusions, en igualtat. Si em permeteu, aquesta és l'autèntica ecologia. Perquè no hi pot haver una gestió ecològica i sostenible del medi compatible amb l'explotació de la pagesia, de les treballadores i els treballadors, amb la doble i triple explotació de les dones, amb l'enverinament dels nostres cossos i del nostre aire, amb l'apropiació indeguda (la pirateria quotidiana) del que és de totes i de tots.

Pel que fa a la transversalitat temàtica hi ha camp per córrer i per donar-nos suport mútuament amb els sindicats, amb les associacions de veïns, amb totes les ONG i associacions cíviques que es reclamen d'una altra cultura social, d'una altra manera d'entendre la vida. Si alguna cosa he descobert en els anys de vida que porto és que hi ha molta gent amb necessitats pròpies que són comunes i que li són negades per aquest sistema econòmic en el que vivim: el capitalisme.

A vegades es parla de desengany, de que no hi ha res a fer perquè no vivim en una democràcia real, sinó en una dictadura.. Que el futur és pitjor...

que tots els polítics són iguals... Que el sector privat sí que val i el sector públic és sols burocràcia... Si em permeteu, la realitat no és tan barroera, encara que moltes vegades ho sembla: el que vivim és una tergiversació total de la realitat i una dictadura sobre les necessitats. I és veritat que moltes vegades sindicats, polítics que es diuen d'esquerra, i nosaltres també, no ens en acabem d'adonar o no trobem la manera de treure-li la careta. El sistema s'ha especialitzat en frustrar que es construeixin maneres de viure alternatives a l'afany de lucre d'uns quants, i el seu poder d'argumentació es manifesta i resumeix en expressions tan cruels com ben escollides com les que ens va explicar Albert Hirschman fa uns quants anys:

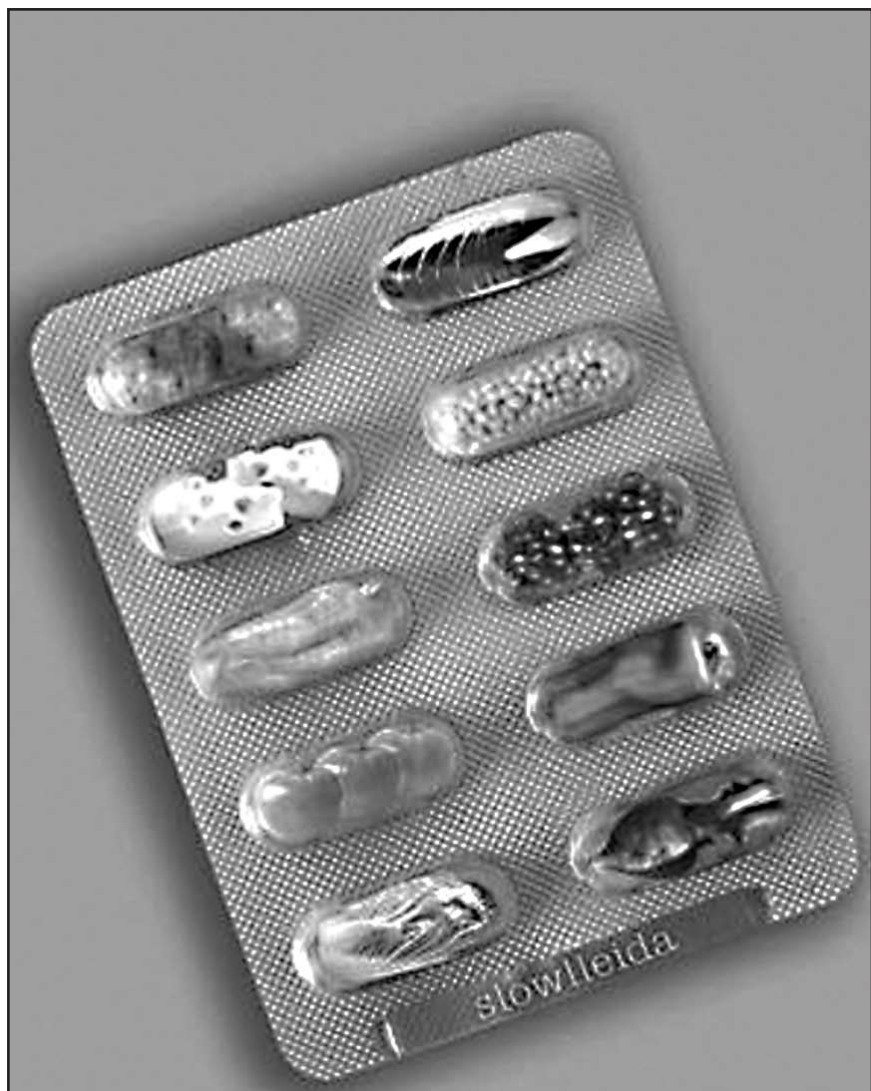
La futilitat: Negar la gravetat de la necessitat i la seva mateixa evidència, per a fer-nos creure que la lluita no té sentit, i no s'ho val.

L'efecte pervers que podria provocar el fet de posar-hi remei: intenten convèncer –i massa sovint ho aconsegueixen– que és pitjor el remei que la malaltia (salut i pensions públiques = increment insostenible del déficit públic, per exemple).

Incórrer en el risc, amb la llarga i aterridora enumeració de tots els mals que ens podrien caure a sobre si acabés per triomfar el que reivindiquen: que lo públic s'imposi sobre lo privat. (Manca d'eficiència, caiguda de la producció, ningú no investigaria... etc.)

Cal trobar la manera de donar la volta a aquests arguments cada vegada que se'ns posin per davant per frenar la nostra raó, i saber desenmascarar tots les maneres noves que s'inventen per a "empassar-se" uns quants poderosos el que és de tots. Cal fer pedagogia de que es pot, i acollir sense sectarismes a totes les persones que tenen ganes de participar i posar-se dempeus per defensar una altra manera de viure, de pensar i de decidir... en definitiva, que hi ha molta gent que, si troba els instruments, s'apunta a viure l'autèntica tasca humana d'empoderar-se i determinar el seu futur i el dels seus fills.

Reivindicar lo públic és molt més que reivindicar el dret a l'autodeterminació en un poble que fa anys que s'entrena fent-ho. És exercir realment el dret a l'autodeterminació, i quanta més habilitat, capacitat i intel·ligència tinguem per a ser més, per a sumar i per a no excloure, més aviat ho aconseguirem. Perquè, companyes i companys, som lo que lluitem, i podem ser i serem el que vulguem si ens ho creiem, i si lluitem dempeus.



## **DEMPEUS va participar a la Fira de Slow Food a Lleida**

**Àngels Martínez Castells  
Antoni Barbarà**

La companya Àngels Martínez i el company Antoni Barbarà van intervenir el passat diumenge 4 d'octubre al matí al debat desenvolupat al Palau de Congressos de la Fira Slow Lleida, una gran trobada al voltant de l'agricultura ecològica, el consum ètic, l'alimentació i la salut. A l'acte convocat i moderat per l'organització hi han participat la entitat Dolça Revolució mitjançant el company Josep Pàmies (de Som lo que sembrem i la ILP contra els transgènics) amb una documentada exposició sobre plantes medicinals i en particular sobre una planta notable la Stevia, una veritable aportació en el cura i control de malalties com la diabetis. També el metge José Calvo que tot exercint funcions de metge de família en primària a terres d'Osca és un expert en la utilització de teràpies alternatives i/o complementàries com ara l'acupuntura, aromateràpia, i d'altres dins la seva activitat a la xarxa sanitària pública. Completant la mesa han intervingut els nostres companys presentant Dempeus i les seves característiques, així com una aproximació al tema alimentari des de les condicions determinants en salut, i finalment establint el paral·lelisme dels objectius participatius, el seu respectiu esperit crític i autònom respecte de cap institució o interès empresarial, el compromís amb les patologies especialment difícils i complexes encara que no massa rendibles, la seva comuna posició en defensa d'allò públic i de denúncia de l'anomenat mercat de la salut i la greu implicació de la gran indústria farmacèutica. Les intervencions i un animat col·loqui posterior ens han permès de creuar contactes, llocs i webs a internet, agendes i complicitats, cara al present i al futur més immediat, tots i totes conscients de la gran oportunitat i necessitat de reforçar-nos mútuament en la tasca de la salut pública. Tal com deia el titular de la Fira: "L'aliment, el teu medicament"

Les xarxes d'amics i d'amigues segueixen creixent i és un fet constatable la gran sinAntonia que trobem i recollim en jornades i debats com el de diumenge 4 d'octubre a Lleida. Esperem veure ben aviat els nous/ves amics i amigues que vam conèixer en ocasió de la defensa al Parlament de Catalunya de la seva ILP per declarar Catalunya lliure de transgènics, als nostres actes i agendes. Nosaltres també comptem amb tots i totes ells i elles.

Salut, Bon profit, millor alimentació, bona, sana, neta i justa com ens han desitjat els nostres amfitrions !





Presentació de l'Àngels Martínez i Castells en nom de Dempeus per la Salut Pública en el debat que es va fer el 3 d'octubre dins del marc de la festa de EUiA 2009. En la presentació --basada en enquestes i estadístiques del BBVA i de l'OCDE-- es demostra que hi ha molt camp per córrer en la defensa de la salut pública en base a la seva consideració de DRET HUMÀ i de CIUTADANIA, l'interès que els temes de salut desperten entre la població i la voluntat majoritària de que sigui finançada en fons públics, encara que sigui mitjançant increments d'impostos.

Es destaquen els punts forts i febles de l'actual model, així com el perill de que si no hi ha una participació ciutadana pública, forta i compromesa, l'actual model en transició la lluita entre la sanitat privada i la salut pública s'acabi inclinant del cantó dels interessos privats...

Per qualsevol aclariment, sols cal preguntar...





## Salut Democràcia i bons aliments

El passat dissabte 28 de novembre, els companys i companyes de Som lo que Sembrem van rebre la salutació i el suport d'una delegació de Dempeus per la Salut Pública, en el seu acte d'assemblea constituent de Salut Democràcia i bons aliments a Bellpuig.

DEMPEUS va voler estar amb els companys i companyes de Som lo que Sembrem, i després d'agraïr-lis la seva invitació a estar amb ells en un dia tan important per la seva organització, els hi van dirigir aquestes paraules:

Companyes, companys, Som lo que Sembrem i Dempeus per la Salut Pública tenim moltes coses en comú, si ens ho permeteu, parlarem un moment de la nostra organització perquè veieu tot el que ens uneix i ens vincula amb vosaltres, ens fa solidaris i ens porta a pensar que les dues organitzacions tenen molt camí a fer conjuntament.

Nosaltres, a Dempeus per la salut pública, entenem la salut en un sentit positiu, no el contraposem al concepte de malaltia. Entenem que la Salut és una manera de viure autònoma, joiosa, plena, solidària i harmònica amb un o una mateixa, amb la resta de les persones, amb la terra i tot l'entorn.

Dempeus es va anar construint com un grup de persones que també va sortir d'una ILP, en el nostre cas, la que cercava unes condicions de vida millors per les persones que pateixen Fibromiàlgia i la Síndrome de Fatiga Crònica (i ara també, persones amb Sensibilitat Química Múltiple). La nostra ILP, a diferència de la vostra, va seguir un altre camí i va aconse-

guir arribar a una Resolució, aprovada per unanimitat de tot el Parlament, que contenia més del 90% de la nostra ILP. Aquesta Resolució s'havia de complir en la seva major part en el termini d'un any, però dissortadament hem de dir que el Parlament no ha complert la paraula que va donar a les persones malaltes que varen confiar en el compromís assumit, i encara seguim treballant, compareixent davant la Comissió de Salut i insistint perquè el Parlament recuperi la seva pròpia autoritat... Perquè moltes vegades hem pensat com pot demanar que es compleixi l'Estatut de Catalunya que va votar el mateix Parlament i el Congreso de los Diputados, si falta a la paraula donada a organitzacions de persones malaltes de fibromiàlgia i de la síndrome de la fatiga crònica...

Dempeus per la salut Pública està format, doncs, en gran mesura, per persones que varen sortir de la ILP de la que parlem, en una experiència que ja veieu si és similar a la vostra. Nosaltres ens guiem per tres objectius fonamentals:

1. - La defensa del caràcter PÚBLIC del sistema nacional de salut. En forma argumentada des del rigor científic i l'interès col·lectiu, la bondat social, la justícia política i l'oportunitat del moment, defensant la universalitat i la qualitat del sistema públic de salut.
2. - Participació social, "empoderament" i co-decisió, incorporant el gran ventall de potencialitat de la xarxa de societat civil organitzada, les associacions que lluiten per una vida millor i els grups d'ajuda. La salut, naturalment pública per essència i concepció, sols ho pot ser si incorpora aquests agents socials sense preconceptes, ni sectarismes.
3. - Enfocament interdisciplinari i de qualitat de les noves patologies emergents, moltes d'elles relacionades amb causes que vosaltres denuncieu també: els mals aliments, l'abús dels pesticides, una violentació química de la natura que emmalalteix a les persones.

Per això us hem de dir que teniu raó quan parleu de la tasca important que heu fet a nivell pedagògic, perquè gràcies a moltes de les coses que heu dit hem comprès també millor a moltes persones que s'acosten a Dempeus amb Sensibilitat Química Múltiple, amb malalties cel·laques, i patologies relacionades amb al·lèrgies; i hi veiem una possible causa en la mateixa raó que fa emmalaltir els vostres camps.

Un altre punt en comú que tenim també és que ambdues organitzacions denunciem que l'economia de les empreses passa per davant de les ne-

cessitats i la salut de les persones. Vosaltres parleu sobre tot de Monsanto. Nosaltres podríem donar noms de laboratoris i medicaments que, dient que poden ser un remei, han portat a moltes persones a la desesperació i al suïcidi. Per això també us donem la raó pel que fa al que vosaltres en dieu nivell formatiu, i nosaltres el podem considerar també des de Dempeus una de les joies d'aquests processos. Un nivell que passa pel terreny personal i associatiu, i descobreix el potencial humà que existeix en el territori. Aquest potencial humà que ens fa conscients del poder que tenim quan creiem en nosaltres mateixos i ens ajuntem creient en el que diem, i parlem sense prejudicis. Això és el que des del feminisme se'n diu empoderament, i això és el que estan practicant avui a tot el món, aquests, dies, milers i milers de pagesos i ciutadans, des dels vinaters de França que protesten contra el canvi climàtic fins els pagesos de Mèxic (especialment a l'estat de Sonora) que s'han constituït en un Foro Campesino i diuen no als transgènics quan el govern mexicà, fa poques setmanes, ha cedit a les pressions de la multinacional Monsanto. Aquest és el camí, el que marquen, també els pagesos de Sonora que defensen la riquesa dels seus camps i del seu panís.

El camí, amigues i amics, segueix essent el de trencar barreres, el de la Mobilització social i la Mobilització política:

I, en fer-ho, enfortir la transversalitat social i demostrar que no hi ha cap muralla de Xina entre la defensa del que sembrem, la salut, la democràcia, l'economia al servei de les persones i la política en el sentit més noble de la paraula: el respecte a la terra i al que ens envolta, i la bona gestió --el bon govern-- del que és de tots, per part de tots i en interès de la immensa majoria de la població, dones, homes i infants, sense exclusions, en igualtat. Si em permeteu, aquesta és l'autèntica ecologia. Perquè no hi pot haver una gestió ecològica i sostenible del medi compatible amb l'explotació de la pagesia, de les treballadores i els treballadors, amb l'enverinament dels nostres cossos i del nostre aire, amb l'apropiació indeguda (la pirateria quotidiana) del que és de totes i de tots.

Ja veieu doncs, si pel que fa a la transversalitat temàtica hi ha camp per córrer i per donar-nos suport mútuament la vostra organització i la nostra, en el sentit de promoure, com dieu vosaltres en el vostre Manifest, nous models per la pagesia, l'alimentació, la salut i el territori a Catalunya i en defensa i dinamització de la participació política directa de les persones en aquestes matèries.

Amigues, amics, en alguna de les vostres intervencions parleu del desencadenant dels transgènics: Però ara totes i tots sabem que si voleu --i ens

hi voleu—junt amb la lluita pels transgènics hi ha molta gent amb necessitats pròpies i amb ganes de participar i posar-se dempeus per defensar una altra manera d'alimentar-se, de viure la salut, de pensar i de decidir... en definitiva, hi ha molta gent que, si troba els instruments, s'apunta a viure l'autèntica tasca humana d'empoderar-se i determinar el seu futur i el dels seus fills.

És molt més que reivindicar el dret a l'autodeterminació en un poble que fa anys que s'entrena fent-ho. És exercir realment el dret a l'autodeterminació, i quans més serem, més aviat ho aconseguirem. Perquè, companyes i companys, no fem cap salt en el vuit si diem que som lo que sembrem perquè som lo que lluitem, i en definitiva, que podem ser i serem el que volguem si ens ho creiem, i si lluitem dempeus.



## Dempeus i la “Grip Nova”

Dempeus també ve intervint a instàncies o a demanda de diferents entitats en temes relacionats amb la salut i sempre des del perfil de compromís reflectit al seu Manifest.

Així podem ilustrar algunes participacions en forma de ponències en debats sol·licitats per diverses AA.VV., AMPAS d'escoles, o en el cas del sindicat CC.OO. del Barcelonès. El tema puntual era la "Grip Nova", mal anomenada grip A, i en aquests casos el discurs defensat pel secretari de Dempeus (també considerant la seva vessant professional mèdica) ha suposat l'aportació a la taula de debat de diversos elements transversals a considerar. Permetent així una reflexió -celebrada per l'assistència com a novedosa i molt participativa- pluridisciplinar i en la línia de defensa de l'abordatge participat de salut i del seu caràcter necessàriament públic. Una bona manera de començar parlant d'una malaltia, per acabar parlant de les persones malaltes i d'una societat que també reclama intervenció i tractament amb voluntat democràtica, d'equitat, solidària i de justícia social. ...I tothom Dempeus !!



# **I Jornada DEMPEUS**

Dimecres 21 d'octubre de 2009



*Sergi Raventós i Elena Álvarez*



# Crisi econòmica i salut mental

**Sergi Raventós**

A hores d'ara crec que a ningú ja li pot estranyar un títol com aquest. La connexió entre crisi econòmica i salut mental ha deixat de ser un fet sorprenent.

Des d'ara ja podem dir sense risc a equivocar-nos que les conseqüències de la crisi econòmica afectaran molt a les persones amb patologies mentals severes, i si en èpoques de creixement econòmic tenien dificultats serioses per entrar al mercat laboral, ara poden quedar literalment excloses d'aquest si no es posen mesures. Poden ser víctimes de possibles retallades als serveis de salut mental, ja siguin llits d'hospitals, programes d'inserció laboral o places de residències, per citar-ne algunes.

Un altre efecte previsible de la crisi serà que moltes persones entrin en problemàtiques serioses de salut mental com a conseqüència de quedar-se a l'atur .

Els temes que tractaré en aquest escrit són:

- 1) Les dades al voltant de la salut mental que ja teníem abans de la crisi i les que es preveuen.

---

*Sergi Raventós és Llicenciat en Sociologia i Diplomant en Treball Social per la UB. Actualment és doctorand per la UAB. Treballa a la Fundació Els Tres Turons. És membre de la Xarxa Renda Bàsica i forma part de Dempeus i de IHWPOP (International health workers for people over profit).*

2) Delimitació entre els problemes de salut mental derivats de la crisi i els Trastorns mentals greus d'una part de la població.

3) Les respostes que es donen a aquests problemes i que no van al fons o tenen possibles interessos en el mateix problema.

4) Algunes propostes alternatives.

Alguns aclariments sobre la salut mental:

1) És important clarificar que la salut mental és un procés i no com un estat persistent i inamovible. Ens referim al fet que una persona amb una salut mental concreta pot evolucionar o empitjorar la seva salut en funció de determinades circumstàncies i dels recursos disponibles d'una societat (atenció mèdica, serveis de rehabilitació, psicoteràpia, recursos socials, oportunitats d'ocupació...) a diferència de les discapacitats de caràcter més permanent.

2) Cal entendre també la idea d'un continuum entre la salut mental i la malaltia mental. No són pols oposats sinó que són punts d'aquest continuum. Per exemple, algunes formes de depressió formarien part d'un continuum amb la tristesa.

3) D'altra banda no podem separar tan clarament la salut física de la mental. Esta lligada una amb l'altra. Persones amb mala salut física entren en fases de depressió. I determinades patologies mentals comporten hàbits poc saludables i problemes en la salut física.

#### **I) ALGUNES DADES D'ABANS DE LA CRISI ECONÒMICA.**

La Vanguardia del 16/09/07 ja alertava que un de cada quatre europeus (28% dones, 21% homes) patirà d'algun trastorn mental en la seva vida. Fonamentalment depressió i ansietat. El mateix diari quasi 2 anys després, el 14 d'abril del 2009, publicava que el 30% de les consultes al CAP són per motius de salut mental: un 10% de depressió, el 7% d'angoixa, el 6,6% de fòbies, el 3,5% crisis de pànic i el 3,2% d'abusos de substàncies.

El diari El País el 10 d'octubre del 2008 feia pública la crida de la OMS amb motiu del dia mundial de la salut mental i denunciava la manca de recursos per tractar els trastorns psicològics associats a la pobresa, i que entre un 75-85% dels casos greus de salut mental en països d'ingressos mitjans no van rebre tractament.

El Público del 29 de setembre del 2009 informava que el 25% de la població espanyola pateix malalties o trastorns psíquics de “magnitud variable”.

Algun exemple més de notícia sobre la salut mental trobat a Internet: “Uno de cada seis españoles ha padecido, padece o padecerá un trastorno mental a lo largo de su vida. Lo recordaron los expertos de varias sociedades científicas -Sociedad Española de Psiquiatría (SEP), Sociedad Española de Psiquiatría Biológica (SEPB) y Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental-, con motivo del Día Mundial de la Salud Mental. Dieron otro dato preocupante: la falta de profesionales de psiquiatría en España. Hay 5,5 especialistas por cada 100.000. En Europa, el triple.”

I podríem seguir exposant més xifres i dades però ara es tracta d'establir algun lligam entre aquestes i la crisi.

La crisi intensificarà i agreujarà una epidèmia de depressions que ja anunciava la UE fa uns anys, abans de la crisi. Concretament a l'any 2005 la UE elaborava un document anomenat Llibre Verd. Millorar la salut mental de la població. Cap una estratègia de la Unió Europea en matèria de salut mental. Sense voler entrar aquí a fer una relació de totes les dades i les argumentacions, faré una selecció del que considero més significatiu. Es diu que el 27% dels europeus adults pateixen almenys alguna forma d'alteració psíquica al llarg de la seva vida. En la UE, les formes més comunes de malaltia mental són l'ansietat i la depressió. I s'espera que la depressió sigui la primera o segona causa de malaltia a l'any 2020 en el món desenvolupat. També es menciona el fet que els costos econòmics arriben al 4% del PIB, sobretot degut a les pèrdues de productivitat; Així mateix, els trastorns psíquics també representen una de les principals causes de jubilació anticipada i de percepció de pensions per discapacitat.

Una altra dada d'aquest informe és que remarca que les capes social i econòmicament més baixes de la població són més vulnerables a les malalties mentals. I quedar-se sense treball i estar a l'atur són situacions que poden fer perdre l'autoestima i caure en la depressió. També es diu que els immigrants i els grups més marginats corren un risc més alt de patir malalties mentals. Un apunt en relació això: durant el 2008-2009 els immigrants han estat dels primers en patir la crisi en forma d'atur al nostre país.

Alguns investigadors com el psiquiatra Joseba Atxotegui (2000) han analitzat a fons la quantitat d'estressors en els immigrants i que ocasionen l'aparició de símptomes psicopatològics com la por, el nerviosisme, la tensió, la tristesa, irritabilitat, insomni, etc.

S'esmenta en aquest llibre verd de la UE que unes males condicions de treball són causes de problemes psíquics, baixes per malaltia i costos econòmics elevats. Es fa constar que un 28% dels treballadors diuen patir estrès en el seu treball.

Així doncs, si abans de la crisi hi havia aquestes dades, després d'aquesta crisi, que pel que diuen els experts serà una de les més dures dels darrers 80 anys, costa arribar a fer-nos una idea de com serà la salut mental dels propers anys.

I pel que ja sabem en aquests moments, a l'estat espanyol serà encara pitjor la sotragada. Els índex d'atur ara ja són brutals. El 20% de la població activa, més de 4 milions d'aturats i la tendència a augmentar a finals d'octubre del 2009.

Un article de la Vanguardia del 9 de març d'aquest any apuntava que "Gran Bretaña se prepara para una ola de depresiones. Tres millones de parados, jubilaciones anticipadas, decenas de miles de viviendas expropiadas, empresas que cierran cada semana, bancos que se niegan a conceder crédito mientras que sus ejecutivos se embolsan bonos multimillonarios, las acciones por los suelos, los fondos de pensiones evaporados, el futuro del capitalismo en entredicho... Y puede sorprenderle a alguien que se avecine una ola de depresiones?". Es pot dir amb més paraules però no tan clar.

Segons alguns experts com Barry s. Levy i Victor W. Sidel (2009) en un article a la revista Medicina social, consideren que l'actual crisi econòmica mundial comportarà alguns dels reptes més grans que s'hagin presentat mai per a la salut pública. I anomena 10: 1) desnutrició i consum d'aliments menys nutritius, 2) increment de la població sense llar 3) atur i el que comporta: pobresa relativa, pèrdua d'autoestima, comportaments poc saludables, augment de suïcidis, etc. 4) Drogadicció, depressió i altres problemes de salut mental (més taxes d'alcoholisme, depressió, suïcidi...) 5) mortalitat augmentada 6) salut infantil deteriorada 7) violència (producte de la frustració, desesperació de l'atur, subocupació...) 8) problemes de salut ambiental i laboral 9) injustícia social i violació de drets humans 10) problemes de disponibilitat, accessibilitat, assequibilitat dels serveis d'atenció mèdica, etc.

Com es veu aquests autors no s'obliden dels problemes de salut mental greus que vindran derivats de l'atur, la violència o la manca d'habitatge.

Fa un temps que alguns informes de l'Organització Mundial de la Salut i la OMS no és una organització sospitosa de revolucionària, relacionen els trastorns mentals i del comportament amb factors socials com la urbanit-

zació, la pobresa i l'evolució tecnològica, però la repercussió dels canvis socials en la salut mental no és igual en tots els segments d'una societat determinada. Entre les víctimes de la pobresa i les privacions és major la prevalença dels trastorns mentals. (OMS, 2004)

## **II) DELIMITACIÓ ENTRE TRASTORNS MENTALS SEVERS I TRASTORNS DE SALUT MENTAL DERIVATS DE PROBLEMÀTIQUES SOCIALS**

Crec que és important en aquest terreny delimitar conceptualment el que són els Trastorns mentals greus i que formen part d'un dels col·lectius més vulnerables i en risc de ser exclosos socialment, i aquells problemes de salut mental que responen a situacions socials de forta tensió i estressants i per tant d'una reacció que no deixaria de ser normal de l'organisme. El que seria anormal justament és que l'estat d'ànim no es veiés modificat en aquestes situacions de crisi i de pèrdua de feina o d'habitatge.

Una definició de desordre mental. Jo prenc la del filòsof Jerome Wakefield que diu: "un desordre mental existeix quan algun sistema psicològic intern no funciona tal qual està dissenyat per aquesta funció i aquesta disfunció està definida com inapropiada en un context particular" (Horwitz, A. V., 2002). Important destacar aquests dos elements: disfuncions internes i socialment inapropiada. Només si són disfuncions internes que estan definides com inapropiades socialment serien desordres mentals. Així per exemple no podem catalogar a un desordre mental per un comportament social (o polític) inapropiat. Reflecteixen la combinació entre les disfuncions internes (de caràcter universal) i els valors del context social i cultural. El que no serien doncs els desordres mentals són les respostes esperades de les conseqüències de les condicions socials producte de l'estrés.

La salut i la malaltia reflecteixen la interacció entre el ésser humà i l'entorn i cal entendre els seus components. Comprendre com es va anar dissenyant l'organisme humà i com era l'entorn en el que es va anar configurant durant milers d'anys ens pot donar claus per entendre diverses patologies com la diabetis o l'obesitat. Les modificacions en el medi en el que vivim els humans comporten alteracions de les funcions de l'organisme i que ocasionen malalties. La velocitat de canvi social i la nostra biologia pot accentuar aquest desajust, però si a aquest fet li ajuntem un entorn on trobem grans desigualtats socials i econòmiques, societats jerarquitzades i desiguals, grans aglomeracions urbanes, unes males condicions laborals, bosses de pobresa severes, situacions estressants sostingudes, etc. podem entendre també com la nostra salut mental pugui deteriorar-se i generi processos d'ansietat i depressió, cada cop més estesos a les

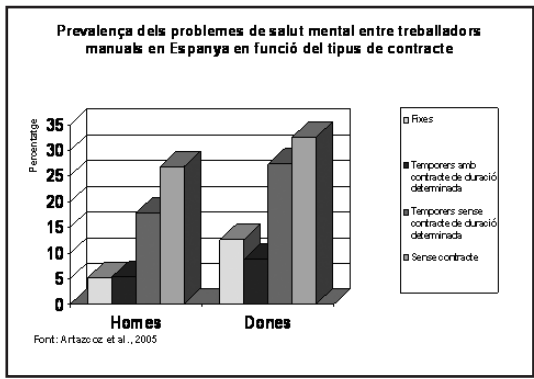
societats desenvolupades i en les que estan en procés de desenvolupament, com posen de manifest la OMS i altres treballs d'investigació.

L'estrés, paraula que és utilitzada de forma massiva i potser en molts casos incorrectament, és un micromecanisme explicatiu on convergeixen determinats elements de les ciències biològiques i de les ciències socials. (Sapolsky, 2008).

Alguns d'aquests agents estressants psicològics i socials són derivats de les mateixes desigualtats socials. Sabem que les desigualtats socials en salut són innecessàries, evitables i injustes (Whitehead, 1990) i tenim l'evidència científica disponible que corrobora com la pobresa, la desigualtat i l'explotació estan en els orígens de la mala salut i mort prematura de molts milions de persones. La pobresa és devastadora per la salut mental, i l'estrés perllongat que provoca la inseguretat econòmica, un aïllament social i una manca de perspectives de futur, etc. van produint uns efectes que es van acumulant al llarg de la vida i augmenten les possibilitats de patir una pobre salut mental de gran.

Hi ha diversos estudis on es constata que la gent de classe treballadora, les dones i els immi-grants de països pobres són la gent que presenten pitjors índex de salut mental. Sabem també de les repercussions del treball inestable, de les diferències importants entre la salut mental de les dones i dels homes, de com determinades condicions laborals precàries i determinades exigències en el treball afecten a la salut, el que suposa una doble jornada laboral per la salut de les dones i també tenim cada cop més investigacions robustes del que suposa quedar-se a l'atur (Artazcoz i alt. 2004, 2005; Borrell i Benach, 2003; Cortés i alt., 2003). El següent gràfic ens aporta informació:

El treball assalariat ocupa un lloc central en les nostres vides com a principal mitjà per obtenir una subsistència econòmica. Estar a l'atur, per tant,



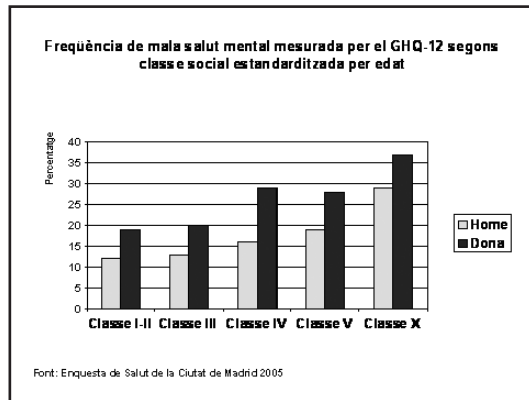
pot tenir greus problemes si no es percep cap prestació. Les conseqüències d'estar a l'atur pel que fa als problemes de salut mental ja fa temps que es coneixen, malgrat que també s'ha posat de manifest que no és el mateix estar cobrant una prestació d'atur que sense (Artazcoz i alt., 2004). Els nivells de salut mental entre la gent que cobra una prestació d'atur i els que treballen són similars tant en homes com en dones, exercint doncs l'assegurança d'atur un possible efecte protector per a la salut.

### **Com s'originen aquestes desigualtats en salut?**

Els orígens de les desigualtats en salut s'originen en les desigualtats econòmiques, socials i polítiques que es donen en la nostra societat.

Les classes socials, concepte mai desaparegut (malgrat els molts enteradors voluntaris que ha tingut), produeixen unes relacions socials que impliquen una apropiació dels recursos polítics, econòmics, socials i culturals per part d'una minoria. Formar part d'una classe social o una altra també implica tenir millor o pitjor salut. Per exemple, segons el gràfic de l'enquesta de salut de Madrid del 2005 que hi ha continuació, la classe I-II que equival a la de propietaris presentaria una salut mental bastant millor que la classe X formada per gent sense contracte, jubilats, mestresses de casa i immigrants sense papers :

També disposem de diversos estudis on es constata que els éssers humans som sensibles als agents estressant com poden ser les diferències de poder,



la jerarquia i la posició social; i el fet d'ocupar un lloc baix en la jerarquia social és una enorme font d'estrès, "sentir-se inferior" com a resultat d'ocupar un

lloc subordinat, poc reconegut o marginal pot activar respostes biològiques que, a mitjà o llarg termini poden incrementar la vulnerabilitat de les persones a diverses malalties o trastorns, com han posat de manifest alguns estudis (Fundació Caixa Catalunya, 2009) i autors, entre ells l'actual director de la Comissió dels determinants socials de la salut de la OMS, Michael Marmot.

Què és un agent estressant? Podem dir que és qualsevol afer del món que trenqui aquest equilibri del cos (homeòstasi). I la resposta d'estrés és l'intent per part de l'organisme de restablir aquest equilibri. Els problemes els tenim pel fet que com a éssers sofisticats cognitivament, som capaços de generar hormones (glucocorticoides) de forma crònica a causa d'aquest estrés psicològic i social continuat. La subordinació social permanent i involuntària equivaldria a sentir-se estressat de forma crònica, la qual cosa comportaria una resposta d'estrés hiperactiva i que a la vegada donaria lloc a més malalties associades a l'estrés. I quan es passa d'un estat agut (ansietat) a un estat d'alarma continua i es fa crònic i habitual, comporta determinats processos d'emmalaltir més greus com la depressió (Sapolsky, 2005).

Alguns d'aquests agents estressants psicològics i socials són derivats de les mateixes desigualtats socials. L'estar en una posició de vulnerabilitat per la dependència econòmica o de la cobdícia d'altres o insegur pel futur per un tipus de contractació precària és un factor important i decisiu d'estrés, i per tant amb possibles problemàtiques de salut mental.

### **III) RESPOSTES QUE ES DONEN (QUAN ES DONEN) A AQUESTS PROBLEMES**

El problema és que la majoria de les vegades no és tan l'anàlisi que es fa de la situació per a fer front a les conseqüències de la crisi en la salut mental (sent molt generosos) sinó les receptes que es donen per fer front. Hi hauria tres tipus de respostes habituals: remeis individuals, remeis esotèrics i remeis farmacològics.

Ens trobem en receptes individuals de tipus grollerament psicologitzant, com per exemple de l'estil de: "hay que afrontar la crisis positivamente y con creatividad". Unes altres receptes que trobem són les teràpies esotèriques, sense cap base científica i que s'aprofiten de la desesperació de la gent per obtenir guanys econòmics i que malauradament abunden cada cop més.

I finalment denunciar que en el terreny de la salut mental hi ha qui fa negoci amb la salut mental, i és part interessada en el fet que es diagnostiquin



més malalties com els diversos trastorns i síndromes que en els darrers anys han proliferat. Estem parlant de la indústria Farmacèutica, més poderosa en quan a guanys econòmics que la de l'armament. Una indústria que està fent una ofensiva molt forta a tots nivells, com veiem en d'altres terrenys com les vacunes per la grip A o les patents dels tractaments de la SIDA. Posaré alguns exemples que crec que són il·lustratius i que venen d'EEUU. Els laboratoris farmacèutics tenen una influència poderosa i cada cop més gran entre les famílies dels pacients, donant suport a les organitzacions de familiars i pagant les seves reunions i congressos. I també penetrant en la investigació, subvencionant els assajos clínics als investigadors de la salut mental. Aquesta ofensiva, amb afany de lucre, arriba a voler "prevenir" la malaltia entre els familiars dels afectats impulsant la medicació als més joves de la família.

Cal dir també que els nous medicaments antipsicòtics són molt més cars que els anteriors i no està gens demostrat que siguin més segurs ni millors (Read, J., Mosher, L.R., Bentall, R.P.: 2006).

D'altra banda hi ha una ofensiva als EEUU per part d'aquesta indústria en voler introduir els antidepressius a tot arreu, i prioritàriament als supermercats com si fossin bolquers o aigua oxigenada.

Un altre aspecte a destacar i força preocupant en aquest àmbit de la salut mental, és el fet que anat augmentant el nombre de diagnòstics a mesura que van passant els anys: en el DSM-I a l'any 1952 hi havia 106 diagnòstics, en el DSM-II ja eren 182, en el III 265, en el DSM-III-R 292 i en el darrer DSM-IV-TR de l'any 2000 ja quasi 400. L'augment ha estat molt considerable. Alguns autors ho han atribuït sobretot a la pressió de la indústria psicofarmacèutica per fer augmentar els trastorns mentals i el seu corresponent tractament i la seva venda de medicaments. (González, H. Pérez, M. 2007)

### ***Algunes propostes per a millorar la salut mental***

Fa 2 anys l'obra social de La Caixa va fer un seminari a Barcelona ( Fundació La Caixa, 2007) on es va convidar a 17 Experts de l'Administració, de la clínica, del món acadèmic i d'associacions i fundacions que treballen en la salut mental i on van apuntar quina era la situació actual de la salut mental al Regne d'Espanya. I després van fer un llistat dels reptes i necessitats. Alguns d'aquests punts que segueixen estan pendents o per acabar de desenvolupar. Apunto els més significatius: Reconeixement de la salut mental com un problema social, dignificar al col·lectiu de les persones afectades i

lluita contra l'estigma dels malalts mentals, promoció i prevenció de la salut mental, dotació de recursos per a la investigació, desenvolupament de programes integrals, treball per la inclusió i el reconeixement social, increment dels recursos, millora dels serveis que s'ofereixen, disseny de fórmules d'integració laboral i desenvolupament de programes d'accés a l'habitatge.

D'aquests punts vull destacar el de la prevenció i promoció de la salut mental que considero central i més relacionat amb la relació entre crisi econòmica i salut mental.

### ***Prevenció i promoció de la salut mental***

La promoció i la prevenció representen unes estratègies sanitàries orientades a la modificació dels determinants de la salut (pobresa, mala distribució dels ingressos, baixa cohesió social, mala alimentació, etc.). La prevenció implica actuar sobre les causes de la malaltia per tal d'impedir que aquesta pugui actuar. La promoció, en canvi, s'ocupa dels determinants de la salut i pretén capacitar a la població per tal que sàpiga cuidar millor de la seva salut i evitar caure malalts. I d'altra banda també busca construir entorns saludables, tant en el sentit social (disminució de la pobresa, de les desigualtats socials, de la precarietat, etc.) com en el sentit del mediambient: pol·lució, riscos ambientals, problemes urbanístics... (Espluga, Caballero; 2005). La promoció de la salut mental implicaria "la creació de condicions individuals, socials i ambientals que permetin l'òptim desenvolupament psicològic i psicofisiològic...."(AEN, 2008: 12) .

Les accions que promouen la salut mental tenen també com a important resultat la prevenció dels trastorns mentals. Les activitats per a la promoció de la salut mental són principalment sociopolítiques: reduir l'atur, millorar l'escolarització i l'habitatge, treballar per disminuir els diferents tipus d'estigma i discriminació. Assenyala també la OMS que la promoció de la salut mental reclama pau, justícia social, condicions de vida acceptables, educació i ocupació (OMS, 2004).

El propòsit, de forma més concreta, de les accions de promoció i prevenció en salut mental seria la disminució de l'impacte negatiu que l'estrès psicosocial té en el benestar individual i col·lectiu. Aquest objectiu s'aconseguiria afavorint el desenvolupament de factors protectors, modificant els de risc i disminuint les desigualtats, mitjançant la periodització de les accions en els grups més vulnerables i amb menys recursos

#### **IV) UNA PROPOSTA A CONSIDERAR: LA RENDA BÀSICA DE CIUTADANIA**

Actualment i amb el coneixement disponible podem fer algunes propostes innovadores de polítiques socials per tal de disminuir aquestes desigualtats socials. Segons Mckeown, (2006): “el major avenç que podria fer-se en el camp de la salut seria eliminar les grans desigualtats que existeixen entre els pobres i rics, l’eliminació de les desigualtats de la salut exigeix la redistribució de la riquesa i és probable que en definitiva depengui de l’eliminació de la pobresa. En el món actual, la mala salut es deu menys a la manca de recursos que a la seva distribució desigual entre nacions i dintre d’elles.” Dit d’una altra manera: al tractar de resoldre algunes de les injustícies socials i econòmiques, les polítiques no només milloraran la salut i el benestar, sinó que reduiran una sèrie de problemes socials que broten juntament amb la mala salut.

En els darrers anys ha aparegut una proposta que podria donar respostes a moltes de les problemàtiques socials plantejades.

##### ***La proposta de la Renda Bàsica de ciutadania***

Què és la Renda Bàsica? Una possible definició de Renda Bàsica és un ingrés pagat per l’estat a cada membre de ple dret de la societat o resident, inclús si no vol treballar de forma remunerada, sense prendre en consideració si és ric o pobre, o dit d’una altra forma, independentment de quines puguin ser les altres possibles fonts de renda, i sense importar amb qui convisqui (Raventós, 1999).

La Renda Bàsica no s’ha de confondre amb les rendes d’inserció i altres subsidis condicionats propis de l’Estat del Benestar com per exemple la Renda Mínima d’inserció, que es tracta d’una renda per a persones en situació de pobresa. La RB, al ser concebuda com un dret de ciutadania exclou tota condició addicional. No és una subvenció o un subsidi d’atur, ni cal demostrar cap requeriment com un estat de pobresa o estar buscant feina. La RB es percebria sense condicions addicionals a les de ciutadania o residència. (XRB, 2006).

##### ***Alguns possibles avantatges respecte a d’altres polítiques***

La seguretat econòmica que proporcionaria una RB podria comportar reduir l’estrés i els problemes derivats d’aquests que comporten les nostres societats. Tal i com hem apuntat abans, la salut mental de les persones que cobren una prestació d’atur és millor que aquelles que no ho fan. Fet

que convida a pensar que una RB individual, incondicional i universal podria comportar notables millores entre la gent aturada i sense prestació.

Les persones amb problemes mentals severos, podrien tenir una certa tranquil·litat amb una RB, sabent que la seva subsistència i ingressos, no dependria d'una crisi en el seu estat de salut, que li pogués fer perdre la feina.

La renda bàsica (RB) com a ingrés garantit individual, incondicional i sense control de recursos, només pel fet de ser ciutadà, possiblement donaria resposta a les exclusions del mercat de treball que actualment pateixen els malalts mentals.

Algunes de les mesures que la OMS i la UE impulsen per a la prevenció i promoció de la salut mental seria convenient poder-les integrar conjuntament amb una Renda Bàsica. Seria adequat que l'Organització Mundial de la Salut impulsés aquesta proposta de la Renda Bàsica, com a mesura preventiva i de promoció de la Salut Mental per a tota la població mundial. Cal dir que a l'informe de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut (CDSS) s'aposta per "una protecció social al llarg de la vida" (WHO, 2007). En un context on hi ha més de mil milions de treballadors en el món desprotegits per la legislació laboral, més d'un milió de morts ocupacionals i prop de 250 milions de menors ocupats seria una mesura a considerar del tot convenient.

En els darrers mesos, durant aquesta crisi, hem vist que quan han calgut diners per ajudar a empreses i als bancs s'han utilitzat fons públics descomunals.

En un capitalisme desbocat com el de principis del segle XXI, en un món ple de desigualtats i de relacions de poder i en un mercat laboral sense regular i precari, la Renda Bàsica crec que podria aportar una resposta substancial al malestar, al patiment mental i a la derrota vital a la que es veuen abocades milions de persones a tot el planeta.

Algunes conclusions:

- 1) L'augment considerable dels problemes de salut mental en el món és molt probablement conseqüència de les grans desigualtats socials i de les diferències entre rics i pobres. Aquesta crisi ho aguditzarà encara més.
- 2) La dependència econòmica, la inseguretats vital, la incertesa en futur i la jerarquia social sabem que influeixen en la salut (mental).

3) Les polítiques en salut mental no van a l'arrel del problema.

4) Cal una política que posi fre a aquesta epidèmia. La Renda Bàsica de ciutadania podria contribuir a aquest fre.

## **Bibliografia consultada**

---

*Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2008): "Consenso sobre promoción de la salud mental, prevención del trastorno mental y disminución del estigma de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2007". Cuadernos técnicos, 8. Madrid.*

*Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Cortés I. (2004): "Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class". American Journal of public health. Vol. 94. N. 1*

*Artazcoz L., Benach J., Borrell C., Imma Cortés (2005): "Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health". J. Epidemiol. Community Health 59: 761-767*

*Atxotegui, J. (2000): "Los duelos de la inmigración". Jano; psiquiatría y humanidades. Vol II, 1:10-14.*

*Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2007): Mental Health, social mirror. New York, Ed. Springer*

*Borrell, C. i Benach, J. (coord.) (2003): Les desigualtats en la salut a Catalunya. Barcelona, Mediterrània*

*Comisión de las Comunidades Europeas (2005): Libro Verde. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental. Bruselas*

*Cortés, I., Artazcoz, L., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. (2004): "Desigualdades en la salud mental de la población ocupada" a Gaceta. Sanitaria; 18(5):351-9*

*Espluga J., Caballero J. (2005): Introducción a la prevención de riesgos laborales. Del trabajo a la salud. Barcelona, Ariel.*

*Fundación La Caixa (2007): "Seminario sobre salud mental: diagnóstico y actuaciones", Barcelona*

*Fundació Caixa de Catalunya (2009): informe de la inclusió social a Espanya, setembre 2009. Barcelona.*

*González, H. Pérez, M. (2007): La invención de los trastornos mentales. Madrid, Alianza Editorial.*

*Horwitz A. V. (2008): "Classical Sociological Theory, Evolutionary Psychology and Mental Health" a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2007): Mental Health, social mirror. New York, Ed. Springer*

*Horwitz A. V. (2002): Creating mental illness. Chicago. The University of Chicago press.*

*Levy Barry S., Sidel W. Victor (2009): "Crisis económica y salud pública". Medicina Social, vol 4, núm. 2.*

Mckeown, T. (2006): *Los orígenes de la enfermedades humanas*. Madrid, Triacastela

Muntaner C., Borrell C., Chung H. (2008): "Class Relations, Economic Inequality and Mental Health: Why Social Class Matters to the Sociology of Mental Health" a Avison W.R., McLeod J.D., Pescosolido B.A. (2008): *Mental Health, social mirror*. New York. Ed. Springer.

Organización Mundial de la Salud. (2004): *Promoción de la Salud Mental. Informe compendiado*. Ginebra.

Raventós, D. (1999): *El derecho a la existencia*. Barcelona, Ariel.

Raventós, S. (2005): "Qué podría suponer una Renta básica para las personas con enfermedad mental?" Comunicació presentada al V Simposi de la Renda Bàsica el 20-21 d'octubre del 2005 a València

Read, J., Mosher, L.R., Bentall, R.P. (eds.) (2006): *Modelos de locura*. Barcelona, Herder.

Sapolsky R.M. (2008): *¿Por qué las cebras no tienen úlceras?* Madrid, Alianza editorial.

Whitehead, M. (1990): *The Concepts and Principles of Equity and Health*. Copenhagen, World Health Organization

WHO (2007): *The social determinants of health: Developing an evidence base for political action. Final report to WHO, comission on the social determinants of health*.

Wilkinson, R.G.(2001a): *Las desigualdades perjudican*. Barcelona, Crítica.

Xarxa Renda Bàsica (2006): *Preguntes i respostes sobre la Renda Bàsica*. [www.re-drentabasica.org](http://www.re-drentabasica.org)



Clara Valverde, Sergi Estanyol i Cristina Montané

# Injustícies i desigualtats en les malalties emergents

**Clara Valverde**

Coordinadora Equipo Aquo, Presidenta Lliga SFC

**Amb la col·laboració de**

**Sergi Estanyol,**

Coordinador general de l'Associació Catalana d'Afectats de Fibromiàlgia

**Cristina Montané**

Secretària general de la Plataforma de familiars de persones malaltes de FM i SFC

## **1. MALALTS I EXCLUSOS**

Les Síndromes de Sensibilitat Central (SSC)<sup>1)</sup> tals com la fibromiàlgia (FM), la Síndrome de la Fatiga Crònica/Encefalitis Miàlgica (SFC/EM) i les Sensibilitats Químiques Múltiples (SQM) empenyen, als que viuen amb aquestes malalties, a espais d'exclusió econòmica i social, i de invisibilitat<sup>2)</sup>. Sense escollir-lo, les persones que viuen amb SSC posen en evidència tot el que no funciona a la nostra societat: desigualtats econòmiques, discriminació de gènere, l'exclusió als que no produeixen ni consumeixen, el pensament mèdic lineal, la destrucció del medi ambient pel desenvolupament salvatge i tòxic, la manca de solidaritat, ritmes de treball frenètics, etc.

## **2. LES MALALTIES D'ARA I DEL FUTUR**

Encara que la SFC/EM i la FM ja apareixen en la literatura científica des de fa gairebé un segle<sup>3)</sup>, és sobretot a partir dels anys 1980 en els que es

---

<sup>1)</sup>Yunus M. B. (2001) *Central sensitivity syndromes: a unified concept for fibromyalgia and other similar maladies. J Indian Rheumatism Assoc* 8(1), 27-33.

<sup>2)</sup>Lipson J.(2000). *Multiple Chemical Sensitivities: Stigma and Social Experiences. Medical Anthropology Quarterly*, vol 18, Issue 2,1 pp72-85.

<sup>3)</sup>Yunus M. B. (2001).

defineixen aquestes dues malalties pels CDC de Atlanta, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) i per nombrosos científics de prestigi (Yunus 1981, Holmes 1988 i Fukuda 1994). La OMS ha classificat la SFC/EM i la FM amb els números G93.3 i M79.9 respectivament en la Classificació Internacional de Malalties en la seva desena i última edició (CIE-.10). Les Sensibilitats Químiques Múltiples (SQM) apareixen més tard en la literatura i, malgrat que no han estat classificades encara per la OMS, tenen els seus propis criteris consensuats per científics<sup>4)</sup> i diversos països ja les reconeixen com malaltia. Aquestes tres malalties tenen criteris reconeguts internacionalment per a definir i diagnosticar-les (ARC 1990, Fukuda 1994, Carruthers 2003, Carruthers 2006, Miller 1999).

El SFC/EM, la FM i les SQM són malalties multisistèmiques que tenen molt en comuna entre elles. En les tres existeixen deajustos genètics similars, una gran sensibilització del sistema nerviós central<sup>5-6)</sup>, hipoxia cel·lular<sup>7)</sup>, una gran disfunció mitocondrial<sup>8)</sup>, un excés d'òxid nítric<sup>9)</sup> i altres desajustos. Per això, la majoria de les persones que pateix una d'aquestes malalties solen tenir també una o dues més de les altres tres<sup>10-11)</sup>.

El SFC/EM, amb una prevalença del 0,5% que afecta a dones més que a homes, actua especialment en el sistema immunològic. També es detecten reactivacions de virus tals com el Epstein-Barr, el citomegalovirus

---

<sup>4)</sup>Bartha J, Baumzweiger W, Buscher DS, Callender T, Dahl KA, Davidoff A, et al.(1999). Multiple chemical sensitivity: a 1999 consensus. *Arch Environ Health*. 1999;54:147-9.

<sup>5)</sup>Meeus M, Nijs J (2007). Central sensitization: a biopsychosocial explanation for chronic widespread pain patients with fibromyalgia and Chronic Fatigue Syndrome. *Clin Rheumatol* (2007) 26:465-473.

<sup>6)</sup>Yunus MB. (2007). Role of central sensitization in symptoms beyond muscle pain, and the evaluation of a patient with widespread pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*, 2007 Jun; 21(3): 481-97.

<sup>7)</sup>Bell D, (2008). *Cellular Hypoxia and Neuro-Immune Fatigue: Myalgic Encephalomyelitis, Chronic Fatigue Syndrome, Fibromyalgia, Orthostatic Intolerance/Dysautonomia, Multiple Chemical Sensitivities, Chronic Lyme Disease*. Livermore, California: WingSpan Press.

<sup>8)</sup>Myhill (2009).

<sup>9)</sup>Pall M. (2007). *Explaining "unexplained illnesses"*. The Haworth Press, Binghamton, New York.

<sup>10)</sup>Meeus (2007).

<sup>11)</sup>Ziem G & Donnay A (1995). *Chronic fatigue, fibromyalgia and chemical sensitivity: overlapping disorders*. *Arch Intern Med* 155, 1913.



i altres de la família del herpes. Aquesta malaltia s'assembla a una grip interminable i invalida a la persona d'una manera extrema<sup>12</sup>. El SFC/EM també afecta al funcionament cognitiu, al cardiovascular amb marejos i desmaís i, en resum, una persona de 30 anys amb aquesta malaltia sembla un invàlid de 80 anys<sup>13</sup>.

Recentment, s'ha descobert un retrovirus, el XMRV, que sembla estar implicat en aquestes malalties<sup>14</sup>. El fet que s'hagi trigat tant a arribar a aquest important descobriment, al possible “tros del puzzle perdut”, és una senyal de la manca d'interès i de prioritat que han donat els governs a aquestes malalties i a la investigació científica necessària.

La fibromialgia (FM), amb una prevalença del 2,5% (el 90% són dones), es caracteritza per un augment en la percepció del dolor<sup>15</sup>, especialment en zones musculars sense haver-hi un dany local. La FM també causa esgotament i altres símptomes fluctuants com ara alteracions en la son, rigidesa muscular, cefalees, problemes cognitius, intestí irritable, dolor miofascial i d'altres<sup>16-17</sup>.

Les Sensibilitats Químiques Múltiples (SQM), amb una prevalença que pot ser entre el 0,75% i el 16%<sup>18</sup>, són una malaltia en la qual el malalt perd la tolerància a químics del mediambient que habitualment són tolerats per les altres persones, per això se'n diu una patologia de “baixes dosis”<sup>19</sup>. Qualsevol contacte amb productes químics pot agreujar els nombrosos símptomes de les

---

<sup>12</sup>Myhill S, Booth N, McLaren Howard J (2009). *Chronic fatigue syndrome and mitochondrial dysfunction*. *Int J Clin Exp Med* 2(1):1-16,2009.

<sup>13</sup>Wall D (2005). *Encounters with the Invisible*. Southern Methodist University Press.

<sup>14</sup>Lombardi et al. *Detection of an Infectious Retrovirus, XMRV, in Blood Cells of Patients with Chronic Fatigue Syndrome*, *Science* 8 October 2009: 1179052v1. DOI: 10.1126/science.1179052

<sup>15</sup>Meeus (2007).

<sup>16</sup>Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennett RM, Bombardier C, Goldenberg DL, Tugwell P, Campbell SM, Abeles M, Clark P, et al. *The American College of Rheumatology 1990 Criteria for the Classification of Fibromyalgia. Report of the Multicenter Criteria Committee*. *Arthritis Rheum*. 1990 Feb; 33(2):160-72.

<sup>17</sup>Clark P (2001). *Frecuencia y características de la fibromialgia en el Hospital General de México: Revisión de la Epidemiología*. *Revista Mexicana de Reumatología*, 16(3) mayo-junio. (versión electrónica).

<sup>18</sup>Caress SM, Steinemann AC. *A national population study of the prevalence of multiple chemical sensitivities*. *Arch Environ Health*. 2004 Jun;59(6):300-5.

<sup>19</sup>Arnold P (2009). *Pequeñas causas, grandes repercusiones: sensibilidades químicas múltiples (y fibromialgia y SFC)*. *Biorritmos* no 17, Abril 2009.

SQM com els problemes respiratoris, infeccions, cefalees, problemes cognitius, fatiga extrema, dolors, problemes digestius, etc. Els desajustaments multisistèmics que existeixen en les SQM entren en un cercle viciós en el moment en que el malalt té alguna exposició a productes que semblen inofensius. Això força al pacient a fer un Control Ambiental a la seva llar, que requereix un gran esforç, cost i, sobretot, una gran cooperació per part del seu entorn. La vida social i laboral dels malalts de SQM més greus és quasi inexistent i viuen en un “desterrament” perquè molts malalts han d'estar tancats, ja que si surten del seu espai lliure de tòxics s'arrisquen a empitjorar. Es creu que la majoria de les persones amb FM i SFC/EM tenen algun grau de SQM.

La SFC/EM i les SQM, tendeixen a manifestar-se entre els 20 i 30 anys d'edat i la FM a partir dels 40 anys. Encara que les tres malalties també existeixen en la seva versió pediàtrica<sup>20)</sup>.

Aquestes tres malalties poden desencadenar-se lentament o sobtadament amb una exposició vírica, tòxica o amb un trauma físic com seria un accident de cotxe.

No existeixen, en aquests moments, tractaments curatius, encara que alguns tractaments simptomàtics en intervencions preventives poden frenar l'empitjorament i millorar un xic la qualitat de vida.

Segons els investigadors, l'impacte sobre la qualitat de vida de les persones amb aquestes malalties, sobretot en les seves versions més severes, és extrem, pitjor que a l'esclerosi múltiple i comparable amb l'última fase de la SIDA<sup>21)</sup>, pel que comporten una alta morbiditat i també mortalitat, perquè avança l'edat de defunció del malalt uns vint anys<sup>22)</sup>.

Atès que aquestes malalties estan molt relacionades amb tòxics del medi ambient i amb virus i les seves mutacions, es pensa que aquestes malalties estan augmentant en prevalença i que aniran a més en el futur.

---

<sup>20)</sup>Jason LA, et al (2009). *Severe Versus Moderate Criteria for the New Pediatric Case Definition for ME/CFS*. *Child Psychiatry Hum Dev* DOI 10.1007/s10578-009-0147-8. Published online: 10 June 2009. Springer Science+Business Media, LLC 2009.

<sup>21)</sup>Jason Leonard A. ; Renée R. Taylor. (2001). *Measuring Attributions About Chronic Fatigue Syndrome*. *J of Chronic Fatigue Syndrome*, Vol. 8, Numbers 3/4, 2001, pp. 31-40.

<sup>22)</sup>Jason L et ál (2006). *Causes of death among patients with Chronic Fatigue Syndrome*. *Health Care for Women International*. 27: 615-626.

### 3. PATIMENT AFEGIT

Al patiment físic, a la gran imprevisibilitat i a les fluctuacions d'aquestes malalties, s'afegeix el patiment psicosocial causat per la desatenció mèdica i administrativa<sup>23)</sup>, l'aïllament, la invisibilitat i la discriminació de gènere. A mesura que la persona comença a emmalaltir amb FM, SFC/EM o SQM, contempla com la seva biografia s'interromp<sup>24)</sup> al comprovar que la seva vida no pot continuar com fins a llavors. Les investigacions demostren que malalties com la SFC/EM impliquen grans pèrdues laborals, socials, econòmiques, pèrdua de plans de futur, etc<sup>25)</sup>.

En no obtenir un diagnòstic correcte, en la majoria dels casos durant anys<sup>26)</sup>, la persona malalta tampoc rep el reconeixement del seu entorn, dels metges ni de la societat, tan important per a poder adaptar-se a la malaltia i per a rebre el suport i les ajudes necessàries. Les investigacions sobre les persones amb la SFC/EM, la FM i les SQM demostren que la seva experiència és diferent a la dels malalts amb altres malalties cròniques més reconegudes<sup>27)</sup>, perquè aquestes patologies són relativament noves i perquè produeixen un ventall més ampli de símptomes i una trajectòria més variable i imprevisible que la majoria de les malalties cròniques.

Al pelegrinatge mèdic a la recerca d'un diagnòstic o a la recerca de tractaments quan ja es té el diagnòstic s'afegeix el pelegrinatge jurídic ja que en la majoria dels casos que els metges especialistes creuen que el malalt amb una d'aquestes noves malalties no pot seguir treballant, els inspectors mèdics afirmen el contrari<sup>28)</sup>. Això obliga al pacient a començar una llarga, estressant i cara trajectòria pels jutjats per a intentar aconseguir una ajuda econòmica quan la seva salut li impedeix treballar. Aquesta trajectòria jurídica, segons la investigadora i catedràtica de dret canadencia

---

<sup>23)</sup>Shepherd C (2005). *ME Diagnosis: Delay Harms Health. Early diagnosis: why it is so important?*. Londres: ME Alliance.

<sup>24)</sup>Bury M (1982). *Chronic illness as biographical disruption. Social health and illness* 1982, 4(2):167-182.

<sup>25)</sup>Anderson, J.S. & Ferrans, C.E. (1997). *The quality of life of persons with chronic fatigue syndrome. The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(6), 359-367.

<sup>26)</sup>Shepherd C (2005). *ME Diagnosis: Delay Harms Health. Early diagnosis: why it is so important?*. Londres: ME Alliance.

<sup>27)</sup>Hyden LC & Sachs L (1998). *Suffering, hope and diagnosis: On the negotiation of chronic fatigue syndrome. Health*, 2, 175-193.

<sup>28)</sup>Col·lectiu Ronda (2008). *Las enfermedades invisibles: Fibromialgia, fatiga crónica...*. Barcelona: Col·lectiu Ronda.

Katherine Lippel, empitjora la salut<sup>29)</sup>. La sociòloga sueca, Pia Bülow, en la seva investigació sobre la situació de les persones amb SFC/EM, afirma que la negació de l'ajuda econòmica saboteja les estratègies del malalt per a poder conviure amb la seva malaltia<sup>30)</sup>.

Malgrat que “conviure”, fins i tot si el pacient rebés l'ajuda econòmica necessària, seria difícil pel constant qüestionament i incredulitat del seu entorn que la persona amb una d'aquestes malalties pateix dia després de dia. Els constants comentaris sobre si el malalt té “bona cara” o no, si realment està tan malalt, si no podria esforçar-se més, si no està sent mandrós, colpegen a la persona que ja està en dol per haver estat traïda pel seu cos a una edat tan jove, i per haver perdut la seva vida laboral, social, econòmica i familiar que havia construït.

#### 4. I SI LA MAJORIA FOSSIN HOMES?

A aquests dols també se'ls afegeix la culpa, sobretot en les dones<sup>31)</sup>, que són la majoria de les persones amb aquestes malalties (com en tota malaltia endocrinoimmunitària<sup>32)</sup>), culpa que una societat masclista projecta sobre la dona malalta. La qual tradicionalment ha estat la cuidadora de la família ja no pot atendre com abans. La mare i esposa ara no només no pot estar tan enfocada en les necessitats del seu entorn com feia sinó que necessita, ella mateixa, ajuda, la qual cosa altera fortament les relacions familiars i socials.

Això es veu agreujat encara més en les SQM, en les quals la persona malalta, la majoria també dones, precisa de la comprensió i col·laboració activa del seu entorn per a no estar exposada a més productes tòxics que empitjorin la seva salut tals com colònies, aftershaves, roba rentada amb detergent i suavitzant,

---

<sup>29)</sup>Lippel K (2007). *Workers' Compensation and Controversial Illness*. In Pamela Moss and Katherine Teghtsoonian (Eds), *Contesting Illness. Processes and Practices*. Toronto: University of Toronto Press.

<sup>30)</sup>Bülow P (2007). *Tracing Contours of Contestation in Narratives about Chronic Fatigue Syndrome*. In Pamela Moss and Katherine Teghtsoonian (Eds), *Contesting Illness. Processes and Practices*. Toronto: University of Toronto Press.

<sup>31)</sup>Bülow P (2007). *Tracing Contours of Contestation in Narratives about Chronic Fatigue Syndrome*. In Pamela Moss and Katherine Teghtsoonian (Eds), *Contesting Illness. Processes and Practices*. Toronto: University of Toronto Press.

<sup>32)</sup>Klimas N, O'Brien A (2007). *Chronic Fatigue Syndrome: Inflammation, Immune Function and Neuroendocrine Interactions*. *Current Rheumatology Report*. Vol. 9, No 6, pp 482-487.

productes de neteja de la casa, pesticides, material de construcció, hidrocarburs, tintes i molts d'altres productes. A l'aïllament físic per a protegir-se de tòxics fora de la seva casa, a la dona amb la SQM se li afegix el "desterrament" emocional de la comunitat humana perquè no és compresa ni creguda.

Aquesta discriminació de gènere, la dona amb FM, SFC/EM o SQM, la viu també en la consulta mèdica, en la qual els símptomes de dolor i de fatiga extrema són vistos com "contes de dones", de manera molt diferent a quan un home presenta els mateixos símptomes<sup>33)</sup>.

Les malalties orgàniques que produeixen fatiga són les més qüestionades i deslegitimitzades pels professionals sanitaris<sup>34)</sup>. Si a més el pacient amb fatiga és dona, és més probable que sigui diagnosticada com deprimida que un home amb el mateix símptoma<sup>35)</sup>.

## 5. ESTIGMA

Aquestes malalties incomoden a la societat per tot el que qüestionen i posen en evidència. En una societat en la qual es valora l'èxit laboral, el qual una persona de quaranta anys, sovint en el millor moment de la seva carrera, hagi de deixar de treballar i es passi el dia estirada amb una malaltia que no és coneguda, amb símptomes fluctuants i canviants però amb bon aspecte, desconcerta al seu entorn i l'allunya. La multitud de símptomes fluctuants de la FM, SFC/EM i SQM són formes i senyals que desvien de la "normalitat" i estigmatitzen a la persona<sup>36)</sup>. Tot això aïlla lentament a la persona malalta, no només físicament, sinó també emocionalment perquè les seves preocupacions (com estaré demà?, com estaré aquesta tarda?, arribaré a la cambra de bany?, em donaran una pensió?) no tenen res en comú amb les de l'altra gent de la seva edat.

---

<sup>33)</sup>Bülow P (2007). *Tracing Contours of Contestation in Narratives about Chronic Fatigue Syndrome*. In Pamela Moss and Katherine Teghtsoonian (Eds), *Contesting Illness. Processes and Practices*. Toronto: University of Toronto Press.

<sup>34)</sup>Bülow P (2007). *Tracing Contours of Contestation in Narratives about Chronic Fatigue Syndrome*. In Pamela Moss and Katherine Teghtsoonian (Eds), *Contesting Illness. Processes and Practices*. Toronto: University of Toronto Press.

<sup>35)</sup>Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H, Steadt J (1999). "Gender Differences in the Recognition of Depression in Old Age", *Maturitas* 32(3): 205-212.

<sup>36)</sup>Goffman E (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Toronto: Simon & Schuster.

La persona malalta amb aquestes patologies tampoc està vista ni es veu a si mateixa com un “discapacitat heroï”, com el paraplègic que dóna la volta al món en cadira de rodes o el cec que té un càrrec polític, encara que per al malalt FM-SFC/EM-SQM, l'estar assegut seguint una conversa mitja hora sigui com pujar al Everest.

Cap dels actes heroics que aconseguen fer la persona amb FM-SFC/EM-SQM (dutxar-se sense desmaiar-se, creuar el carrer, no haver de cancel·lar la seva visita al metge, forçar-se a posar bona cara i implicar-se en les preocupacions dels seus familiars i amics) és vist per la societat com un indicador de “una vida ben viscuda”, com seria l'èxit laboral<sup>37)</sup>. Aquestes malalties posen en qüestió el concepte que té la societat de l'èxit. Això incomoda.

A aquest dany emocional s'hi afegeix la culpa que la societat projecta sobre el malalt FM-SFC/EM-SQM, sigui dona o home. En una cultura en la qual es fa creure que la bona salut és el resultat de “pensaments positius” i d'una actitud “correcta”, cada empitjorament i fluctuació d'aquestes malalties és vist per l'entorn social i per la majoria dels metges i psicòlegs com un acte d'irresponsabilitat del malalt<sup>38)</sup>. També, en les societats occidentals, existeix el mite que les malalties es poden superar gràcies a les intervencions mèdiques. Les persones amb aquestes noves malalties es troben fora d'aquest pensament postmodern de recuperació i control mèdic sobre el patiment físic<sup>39)</sup>. Tot això danya profundament al malalt que, més que ningú, voldria evitar empitjoraments. Però, ara com ara, les investigacions sobre la complexa bioquímica i virologia d'aquestes malalties ens demostren que no és possible.

## **6. DESIGUALTATS ECONÒMIQUES**

Les desigualtats econòmiques s'accentuen en aquestes malalties. Les persones que viuen amb aquestes malalties es veuen forçades a recórrer a la medicina privada ja que els metges de la sanitat pública no tenen els coneixements necessaris per a atendre les SSC i els pocs que les atenen tenen

---

<sup>37)</sup> Stoppe G, Sandholzer H, Huppertz C, Duwe H, Steadt J (1999). “Gender Differences in the Recognition of Depression in Old Age”, *Maturitas* 32(3): 205-212.

<sup>38)</sup> Charmaz KC (1991). *Good Days, Bad Days: The Self in Chronic Illness and Time*. Piscataway: Rutgers University Press.

<sup>39)</sup> Wendell S (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflections on Disability*. New York: Routledge.

l·listes d'espera d'anys. Aquest cost s'afegeix a la realitat que la majoria de les persones amb FM, SFC o SQM no reben ajudes o pensions com farien si tinguessin una malaltia més coneguda i menys qüestionada<sup>40</sup>.

Aquesta combinació d'injustícies econòmiques provoca que molts dels malalts de SSC acaben sent, al no poder pagar-se un lloguer o hipoteca, "sense-sostre invisibles", acaben vivint a casa d'altres persones, canviant freqüentment de casa, molt sovint en situacions abusives com podem veure a continuació:

- José Manuel té 48 anys. Fins a fa uns anys treballava, era amo de la seva casa i el seu cotxe, estava casat i tenia una filla. Va treballar i va cotitzar durant trenta anys en treballs precaris. En el seu últim treball amb una companyia de gas, va emmalaltir amb fibromialgia, SFC/EM i SQM. Va trigar diversos anys a rebre un diagnòstic i el que li van donar va ser de fibromialgia, malgrat que presentava les tres malalties i la seva exposició a tòxics en l'àmbit laboral era molt obvi. Durant els anys que no va tenir diagnòstic, va perdre la seva família, amics, companys del sindicat i del seu partit d'esquerres, que el veien com un "cuentista". La seva relació de parella no va aguantar l'estrès de la situació i es van separar. Va viure a cavall entre la casa d'un germà, que creia que la seva malaltia eren "neures", i la dels seus pares que, per llei de vida, van morir. Se li va acabar la baixa laboral i li fou denegada una pensió. Mentrestant, a l'hospital públic, l'únic tractament que li oferien, a part de psicotròpics, era la Teràpia Cognitiva Conductual, en la que li deien que pensés més en "positiu". Ara José Manuel s'ha quedat sense no-res. Diu: "Ara, per la combinació de la fibromialgia i del govern, sóc un indigent. He estat una persona amb projectes, però ara només sóc un malalt i un exclòs. No tinc valor per a suïcidar-me"<sup>41</sup>.

És més rendible per a les farmacèutiques i els governs que es diagnostiqui a les persones amb SSC com "fibromialgia lleu" perquè així les farmacèutiques poden comercialitzar medicacions que encara poden fer creure que funcionen per a aquesta malaltia<sup>42</sup> i els governs no han de donar pensions, ja que una "fibromialgia lleu" no és necessàriament tan invalidant com

---

<sup>40</sup> Col·lectiu Ronda (2008). *Las enfermedades invisibles: Fibromialgia, fatiga crónica...* Barcelona: Col·lectiu Ronda.

<sup>41</sup> JMCG. *Comunicación personal*. 29 de septiembre 2009.

<sup>42</sup> Jara M (2009). *La salud que viene: Nuevas enfermedades y el marketing del miedo*. Barcelona: Ediciones Península.

una fibromialgia Grau III o la SFC/EM. Però hi ha una altra injustícia en aquest tema: els metges discriminen segons la classe social del malalt, sobretot, de la malalta. Si una dona de classe mitja, amb estudis universitaris pateix dolor i fatiga, a l'Estat Espanyol és molt possible que després d'un pelegrinatge mèdic sigui diagnosticada amb la SFC/EM. Una dona de classe obrera amb un treball manual, amb els mateixos símptomes, el més probable és que sigui diagnosticada de fibromialgia<sup>43)</sup> i "aparcada" i medicada amb tractaments nocius.

I per a augmentar la perversitat d'aquesta desigualtat i demostrar la falta de consciència cultural dels metges, recentment, un grup de metges espanyols han publicat un estudi en el qual afirmen que a Espanya existeix la particular situació que les persones amb fibromialgia tendeixen a ésser de classes socioeconòmiques baixes<sup>44)</sup>.

## **7. ABÚS DEL PODER MÈDIC**

Aquestes malalties noves incomoden, especialment, als metges, perquè posen en evidència la pobresa del pensament lineal mèdic de símptoma-diagnòstic-tractament i de treballar amb només un sistema del cos.

La complexitat multisistèmica, bioquímica i microbiològica de la FM, de la SFC/EM i de les SQM podria ser una gran oportunitat per a la medicina per a desenvolupar noves maneres de pensar i treballar. Però, amb algunes excepcions, la majoria dels metges estan mostrant, davant d'aquestes malalties, inseguretats i abusos de poder<sup>45-46-47)</sup>. Els estudis demostren que

---

<sup>43)</sup>Estanyol S (2007). *Comunicación personal*.

<sup>44)</sup>Mas A. J., Carmona L., Valverde M., Ribas B. (2008) *Prevalence and impact of fibromyalgia on function and quality of life in individuals from the general population: results from a nationwide study in Spain, Clinical and experimental rheumatology*, 2008, vol. 26, no4, pp. 519-526 [8 page(s) (article)] (49 ref.) .

<sup>45)</sup>Ware N.C. (1992). *Suffering and the social construction of illness. The delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. Medical Anthropology Quarterly*, 6, 347-361.

<sup>46)</sup>Ware N.C. (1992). *Suffering and the social construction of illness. The delegitimation of illness experience in chronic fatigue syndrome. Medical Anthropology Quarterly*, 6, 347-361.

<sup>47)</sup>Yunus M (2004). *Suffering, Science and Sabotage. Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol. 12(2) 2004, pp.3-18.



en aquestes malalties emergents els metges i altres professionals socio-sanitaris tendeixen a tractar els símptomes com psicològics o “morals” en comptes d'indicadors d'una malaltia orgànica<sup>48)</sup>.

A l'Estat Espanyol hi ha una alarmant desatenció mèdica als pacients amb aquestes malalties. Fins els metges especialistes que haurien d'atendre aquestes malalties (medicina interna, reumatologia, neurologia, endocrinologia), o no coneixen aquestes malalties o diuen que “no creuen” en elles<sup>49)</sup>. O també succeeix, com s'ha documentat en d'altres països, que els metges es limiten a fer bromes sobre aquestes malalties<sup>50)</sup>.

A Catalunya, la comunitat autònoma de l'Estat Espanyol en la que se suposa que existeixen més serveis d'atenció sanitària per a aquestes malalties, almenys sobre el paper i amb llistes d'espera de dos anys i mig, la formació que reben els metges per part del Departament de Salut, encara en el 2009, és un enfocament que no està al dia de les investigacions i tractaments i que psicologitza aquestes malalties, en comptes d'explicar la seva etiologia orgànica<sup>52)</sup>.

Quan a Catalunya i a la resta d'Estat Espanyol es diagnostica la FM o la SFC/EM, es fa sense les mínimes analítiques suggerides en els Criteris Canadencs<sup>53)</sup> i només es diu als pacients que tenen una malaltia crònica i que s'han d'“adaptar”. L'únic “tractament” que se'ls ofereix és la Teràpia Cognitiva Conductual (TCC) en el qual s'humilia als pacients dient-los que els seus pensaments són “inadaptats” i per això han emmalaltit. Altres frases recollides de les sessions de TCC per a aquestes malalties inclouen:

---

<sup>48)</sup>Horton-Salway, M (2001). “Narrative Identities and the Management of Personal Accountability in Talk about ME: A Discursive Psychology Approach to Illness Narrative”. *Journal of Health Psychology* 6: 247-259.

<sup>49)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Junio 2009). *Situació Actual dels Serveis Fibromialgia i Síndrome de la Fatiga Crònica a Catalunya*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org).

<sup>50)</sup>Yunus M (2004). *Suffering, Science and Sabotage*. *Journal of Musculoskeletal Pain*, Vol. 12(2) 2004, pp.3-18.

<sup>51)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Junio 2009). *Situació Actual dels Serveis Fibromialgia i Síndrome de la Fatiga Crònica a Catalunya*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org).

<sup>52)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). *Anàlisi del material de formació del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crònica*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org)

<sup>53)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII. *Formació* (Julio 2009).

“Teniu trets obsessius”,  
“Teniu pensaments inadaptats”,  
“Sou egoistes”,  
“Sou nenes mimades”,  
“Poseu-vos una goma de pollastre en el canell i quan tingueu un pensament negatiu, tireu de la goma”,  
“No hi ha suficient gent a Espanya treballant per a pagar les vostres pensions”,  
“La SFC i la FM són trastorns adaptatius”,  
“Dieu que no sortiu gairebé de casa perquè no teniu energia o perquè hi ha tòxics aquí fora, però en realitat és que teniu agorafobia”,  
“El dur mascarilla és un senyal de desconfiança”,  
“Sou PCTA” (tipus A)<sup>54)</sup>

Si el metge diagnostica la FM, el més comú és que recepti neurolèptics<sup>55)</sup>, medicacions que estan prohibides per l'Agència del Medicament d'Europa per al seu ús en fibromialgia<sup>56)</sup> o se li recepten antidepressius i antiinflamatoris que empitjoren la malaltia<sup>57)</sup> i el pacient, possiblement, és derivat a un grup de TCC i a un grup d'Exercici Gradual sense tenir en compte la disfunció mitocondrial particular.

Quasi no existeixen a l'Estat espanyol metges que sàpiguen realment diagnosticar la superposició entre FM i SFC/EM ni la diferència entre elles, perquè per a això es necessita estudiar constantment les investigacions i fer proves de micropatologia, no les analítiques més conegudes, que sortiran normals, ja que aquestes patologies són micropatologies en les quals el dany està dins de la cèl·lula<sup>58)</sup> o en la membrana de la cèl·lula . També cal fer unes proves detallades de virologia, immunologia i bioquímica<sup>59)</sup>.

Les SQM quasi no són conegudes a Espanya i les persones que les pateixen, si aconseguen un diagnòstic, és, erròniament, el de fibromialgia.

---

*54) Valverde, C; Markez, I. “Lo que tú tienes que hacer es...” El uso coercitivo de terapia cognitivo conductual en las nuevas enfermedades. Norte de salud mental, 2009, Vol. VIII, nº 35.*

*55) Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII. Formació (Julio 2009).*

*56) Jara M (2009).*

*57) Myhill S et al (2009). Chronic fatigue syndrome and mitochondrial dysfunction. Int J Clin Exp Med 2(1):1-16,2009.*

*58) Myhill (2009).*

*59) Myhill (2009).*

La persona que rep un diagnòstic de FM, SFC/EM o SQM ho fa després d'un pelegrinatge mèdic, en el qual se li ha dit que el seu malestar no és una malaltia orgànica, sinó que els seus símptomes són "subjectius", o sigui, que no són fiables<sup>60)</sup> o que són "nervis" o "molt de cuento". També se li diu que "no té res" i s'assegura que el pacient no torni<sup>61)</sup> o se'l etiqueta, com passa a Catalunya, d'"hiperfrecuentador" perquè es creu que el pacient "acudeix massa"<sup>62)</sup>. Gairebé sempre, el pacient amb una d'aquestes malalties noves queda abandonat pel sistema sanitari i pateix en soledat<sup>63)</sup>.

Si rep el diagnòstic correcte, el malalt FM-SFC/EM-SQM, o en la majoria dels casos, la malalta, sent cert alleugeriment al ser creguda i tendeix a idealitzar al metge i això pot augmentar la desigualtat de poder que ja existeix entre el metge i la pacient, cosa que pot dur a situacions perilloses<sup>64)</sup>.

Sens dubte, aquestes noves malalties de gran complexitat en les quals es veu poca millora, causen molta inseguretat en els metges perquè no han estat formats per a acompanyar el patiment i perquè no senten control davant malalties amb tantes fluctuacions i incertesa<sup>65)</sup>. També el fet que, en aquestes malalties, no es vegin fàcilment manifestacions patològiques explica per què hi ha tan pocs metges amatents a treballar amb elles. I els pocs que hi ha, no estan al dia<sup>66)</sup>.

En aquestes malalties també s'estan veient jocs de poder i sabotatges entre metges, dels quals, els pacients n'acaben sent els "danys col·laterals"<sup>67)</sup>.

El malestar i la inseguretat que treballar amb aquestes malalties causen als metges també es veuen reflectides, a l'Estat Espanyol, en la tendència

---

<sup>60)</sup>Yunus (2004).

<sup>61)</sup>Yunus (2004).

<sup>62)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). Anàlisis del material de formació del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org)

<sup>63)</sup>Yunus (2004).

<sup>64)</sup>Greenhalgh S (2001). *Under the medical gaze: facts and fictions of chronic pain*. Berkeley: University of California Press.

<sup>65)</sup>Yunus (2004).

<sup>66)</sup>Yunus (2004).

<sup>67)</sup>Yunus (2004).

dels metges a “definir” als pacients en lloc de diagnosticar-los. El definir, que no és part de la medicina basada en l'evidència, sinó un acte social, és més fàcil que diagnosticar i és una senyal de la incompetència del metge. Això s'ha vist en declaracions i materials publicats per metges en els quals es diu que les persones amb fibromialgia tenen una “personalitat fibromiàlgica”<sup>68)</sup>, que les persones amb fibromialgia “neguen conflictes emocionals interpersonals” i que tenen una “incapacitat per a afrontar la ira i l'hostilitat”, que els factors predictius de la fibromialgia són persones que “exigeixen més de les seves parelles”<sup>69)</sup> i tenen “més catastrofisme”. També, en el material de formació de metges del Departament de Salut de Catalunya, es diu que els factors de predisposició per a la SFC/EM inclouen “neuroticisme i adversitat social”<sup>70)</sup> i que els factors perpetuants de la SFC/EM inclouen “atribuir la fatiga a una causa física” i “beneficis secundaris: atenció, cures i beneficis econòmics”<sup>71)</sup>.

## **8. ABÚS DEL PODER POLÍTIC**

Les administracions sanitàries han intentat posposar l'ocupar-se d'aquestes noves malalties. Però ara que ja és òbvia l'alta prevalença d'aquests desajustos, es veuen desbordats al no haver fet la planificació necessària dels serveis necessaris en els anys 1990 per a atendre aquestes noves patologies.

Alguns governs han començat a ocupar-se d'aquestes malalties (Canadà, Noruega, Austràlia, EEUU), encara que amb importants llacunes. Uns altres, com el del Regne Unit, han intentat fer “desaparèixer” aquestes malalties titllant-les de “psicològiques” al mateix temps que, paradoxalment, existeixen en aquest país, professionals sanitaris, polítics i associacions

---

<sup>68)</sup>Navarro, N. (2007). “Hay letras de Serrat que son terapéuticas”. *La Entrevista: Anna Cuscó por Nuria Navarro. El Periódico de Cataluña* 10/3/2007.

<sup>69)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). *Análisis del material de formación del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org).

<sup>70)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). *Análisis del material de formación del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org).

<sup>71)</sup>Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). *Análisis del material de formación del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica*. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org).

que lideren, a nivell mundial, un seriós treball d'investigació en aquestes malalties en quant a tractaments, congressos i debats. També al Regne Unit, les persones amb SFC/EM reben ajuda a domicili pagada pel seu ajuntament corresponent o el cuidador principal rep un sou. I hi ha atenció mèdica específica per als nens amb el SFC/EM<sup>72)</sup>.

A l'Estat Espanyol, encara no hi ha un pla per a atendre aquestes malalties. Ja gairebé esgotada la primera dècada del segle XXI, a través de l'Institut Carlos III, el govern estatal s'ha limitat a reconèixer la fibromialgia i la SFC/EM, però no les SQM. No s'ha fet un pla d'atenció. Encara que el que sí han tingut temps de fer, a través del Ministeri de Treball, amb el ja famós "Manual Corbacho", és donar directrius als metges avaluadors perquè, davant una fibromialgia no donin més de 15 dies de baixa i davant una SFC/EM, 30 dies. Això sense tenir en compte la gravetat de cada cas individual.

A Catalunya, la comunitat autònoma en la qual hi ha hagut més pressió per part de les associacions de pacients FM-SFC/EM, en el 2006, el Departament de Salut de la Generalitat va elaborar un pla, el Nou Model d'Atenció a la fibromialgia i a la Síndrome de la Fatiga Crònica (les SQM s'ometien), en el qual aquestes dues malalties es diagnosticarien i tractarien en Atenció Primària. Tal proposta no és viable perquè aquestes malalties complexes i multisistèmiques són, com totes les malalties especialitzades, treball d'especialistes<sup>73)</sup>. A l'Atenció Primària no existeixen ni els coneixements ni la possibilitat de fer les anàlisis específiques per a dur a terme un diagnòstic diferencial correcte ni per a administrar i supervisar tractaments adequats.

La raó òbvia per la qual el Nou Model proposava deixar als pacients FM i SFC/EM en Primària era no haver de buscar una solució al problema de les pensions. Un pacient amb una FM Grau III o una SFC/EM Grau III-IV, que està incapacitat per a treballar, podria, possiblement, després de diversos anys de lluites jurídiques, aconseguir una ajuda econòmica si els seus informes són d'especialistes en aquestes malalties. Els estudis demostren que, a Catalunya, el 95% de les persones amb SFC/EM o FM que aconseguen

---

<sup>72)</sup>Jason LA, et al (2009). *Severe Versus Moderate Criteria for the New Pediatric Case Definition for ME/CFS*. *Child Psychiatry Hum Dev* DOI 10.1007/s10578-009-0147-8. Published online: 10 June 2009. Springer Science+Business Media, LLC 2009.

<sup>73)</sup>Fernández-Solà J (2006). *Comunicación oral*. Jornada "Malalties Questionades: SFC, FM i SSQM", 1ª Jornada per a Operadores Jurídics. Barcelona, 17 de febrero de 2006. *Associació Catalana per a la Seguretat Social*.

una incapacitat laboral ho fa a través dels jutjats; només el 5% la reben per via administrativa (la FM es veu, erròniament, com una malaltia lleu). Això és gairebé al contrari que en altres patologies. Amb informes d'un metge de família, un jutge difícilment atorgarà una incapacitat <sup>74)</sup>.

Al ser posats en un llimb legal i sanitari, els pacients FM i SFC/EM de Catalunya van batejar el Nou Model com el "Pla Guantánamo" <sup>75)</sup> i van procedir a organitzar una Iniciativa Legislativa Popular (ILP) per aconseguir, entre altres coses, Unitats Hospitalàries Especialitzades (UHE) per a la FM i la SFC/EM, formació rellevant per als metges i un tracte més just per part del Institut Català d'Avaluacions Mèdiques (ICAM). En un esdeveniment històric, les associacions catalanes de pacients FM-SFC/EM van recollir 140.000 signatures (només se'n necessitaven 50.000) i la ILP es va votar per unanimitat del Parlament català com la Resolució 203/VIII, el 21 de maig del 2008 <sup>76)</sup>.

Davant d'aquesta realitat, el govern català està trobant una altra manera de no atendre aquestes malalties, que és "fibromialgitzar-les", dir que totes aquestes malalties són, en realitat, una fibromialgia lleu. Això s'està portant a terme atorgant el poder de decisió i direcció d'aquests suposats serveis FM-SFC/EM a uns quants reumatòlegs<sup>77)</sup>, la majoria d'una fundació del Partit Socialista Català, el partit que té la Conselleria de Salut, reumatòlegs que creuen que la SFC/EM és, en realitat, FM i que la FM és psicossomàtica<sup>78)</sup>. Aquests mateixos reumatòlegs, assessors "experts" del Departament de Salut, són els que promouen l'ús de neurolèptics en congressos i en activitats de la farmacèutica que els fabrica<sup>79)</sup>. En dir que tota FM i tota SFC/EM, en

---

<sup>74)</sup> Col·lectiu Ronda (2008). *Las enfermedades invisibles: Fibromialgia, fatiga crónica...* Barcelona: Col·lectiu Ronda.

<sup>75)</sup> Valverde C (2009). *Pues tienes buena cara. Síndrome de Fatiga Crónica. Una enfermedad políticamente incorrecta.* Madrid: Ediciones Martínez Roca.

<sup>76)</sup> [www.parlament.cat/portal/page/portal/pcat/IE04/IE0404?p\\_format=D6p\\_id=13942531](http://www.parlament.cat/portal/page/portal/pcat/IE04/IE0404?p_format=D6p_id=13942531). Accedido 30 junio 2009.

<sup>77)</sup> Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Junio 2009). *Situació Actual dels Serveis Fibromialgia i Síndrome de la Fatiga Crónica a Catalunya.* [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org)

<sup>78)</sup> Alegre, C. "Reflexiones sobre fibromialgia y la utilidad de elaborar un documento de consenso para su diagnóstico y tratamiento", *Reumatología Clínica*, 2-Supl 1(2006), p.1.

<sup>79)</sup> Jara M (2009)

realitat, són una fibromialgia lleu, s'assegura que el pacient, per greu que sigui la seva malaltia, no obtindrà la pensió corresponent. Per a assegurar-se d'això, els metges catalans estan sent formats sense l'essencial formació sobre els graus de gravetat d'aquestes malalties<sup>80)</sup>, pel que continua el tracte abusiu als pacients a les avaluacions mèdiques<sup>81)</sup>.

Sobre les SQM, el govern català es nega a atendre-les. Els directors del CatSalut afirmen que ho integraran en els serveis que diuen que ja existeixen per a FM i SFC/EM<sup>82)</sup> (i suposem que amb la mateixa manca de rigor).

Davant tal perversió per a evitar atendre aquestes noves malalties, el pacient amb FM, SFC/EM o SQM es veu totalment desemparat, fet que augmenta considerablement el seu patiment.

## **9. RESPOSTA**

Davant les injustícies i les desigualtats que els governs i la societat creen i perpetuen en aquestes malalties emergents, els malalts, encara amb les seves limitades energies, s'estan organitzant. La Iniciativa Legislativa Popular FM-SFC és només un exemple. Uns altres serien les nombroses associacions que s'estan formant i l'augment en la consciència dels afectats, visible en les seves webs, blogs i altres canals de comunicació accessibles per als que normalment no tenen poder.

Els afectats per aquestes malalties tenen l'esperança que la societat civil, sobretot els sectors que estan conscienciats sobre els temes de justícia social, s'adonin que la lluita dels malalts de SSC és també la seva. I que aquest moviment de persones amb fibromialgia, SFC/EM i SQM ofereix una gran riquesa que la societat no pot permetre's malbaratar davant els reptes que té el nostre planeta. Aquest moviment ofereix:

---

<sup>80)</sup> *Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Julio 2009). Anàlisi del material de formació del Institut d'Estudis de la Salut y de la Camfic sobre fibromialgia y el Síndrome de la Fatiga Crónica. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org)*

<sup>81)</sup> *Col·lectiu Ronda (2008). Las enfermedades invisibles: Fibromialgia, fatiga crónica... Barcelona: Col·lectiu Ronda.*

<sup>82)</sup> *Observatori Independent sobre la Resolució 203/VIII, Liga SFC (Junio 2009). Situació Actual dels Serveis Fibromialgia i Síndrome de la Fatiga Crónica a Catalunya. [www.ligasfc.org](http://www.ligasfc.org)*

- coneixements sobre com viure amb un gran patiment físic;
- coneixements sobre les malalties multisistèmiques;
- compromís i idees per a reduir els tòxics en el nostre ambient;
- eines i estratègies d'organització eficaç malgrat restar tancats;
- iniciatives d'acció directa tals com rebutjar medicacions nocives, rebutjar definicions d'altres;
- implicació en la lluita per una sanitat realment pública i accessible.

---

*Traducció: Jordi Llaboré Pons*



*Carme Borrell i Vanessa Puig Barrachina*



# Les polítiques per disminuir les desigualtats en salut

**Carme Borrell**

Universitat Pompeu Fabra  
Agència de Salut Pública de Barcelona  
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

**Lucia Artazcoz**

Agència de Salut Pública de Barcelona  
CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP)

Aquest treball revisa les polítiques per disminuir les desigualtats socials en salut i presenta alguns exemples. Prèviament repassa el model sobre els determinants socials de les desigualtats en salut.

El model descrit sobre els determinants de les desigualtats en salut és l'utilitzat per la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut que conté tres elements principals: el context socioeconòmic i polític, la posició socioeconòmica i els factors intermediaris. Es descriuen 10 principis a tenir en compte per posar en marxa intervencions adreçades a reduir les desigualtats en salut i es descriuen diferents polítiques segons "el punt d'entrada" considerat en el model conceptual.

## INTRODUCCIÓ

La igualtat en salut és l'absència de diferències en salut injustes i evitables entre grups poblacionals definits social, econòmica, demogràfica o geogràficament. Per contra, el concepte de "desigualtat social en salut" es refereix a les diferents oportunitats i recursos relacionats amb la salut que tenen les persones en funció de la seva classe social, sexe, territori o ètnia, el que es

---

*Aquest article és una versió modificada de l'article: Borrell C, Artazcoz L. Políticas para disminuir las desigualdades en salud. Gac Sanit. 2008 Sep-Oct;22(5):465-73.*

tradueix en una pitjor salut entre els col·lectius socialment menys afavorits. (Whitehead 1992) Nombrosos estudis científics mostren que les desigualtats en salut són enormes, i responsables en molts casos d'un excés de mortalitat i de morbiditat superior a la majoria de factors de risc d'emmalaltir coneguts. A més, en aquells àmbits on s'ha estudiat, aquestes desigualtats gairebé sempre augmenten ja que la salut millora més ràpidament a les classes socials més avantatjades. (Benach, Muntaner 2005) També és important tenir present que l'evidència científica assenyala que les desigualtats en salut es poden reduir si s'apliquen les intervencions i polítiques públiques sanitàries i socials adequades. (Mackenbach, Bakker & European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health 2003)

Aquest treball repassa el model sobre els determinants socials de les desigualtats en salut i revisa les polítiques per disminuir les desigualtats socials en salut.

**MODEL CONCEPTUAL DELS DETERMINANTS SOCIALS DE LES DESIGUALTATS EN SALUT**

Existeixen diferents models per explicar els determinants de les desigualtats en salut. Un dels models més recents és l'utilitzat per un grup de treball de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'Organització Mundial de la Salut (Solar, Irwin 2007) i està representat a la figura 1. El model es compon dels següents elements:

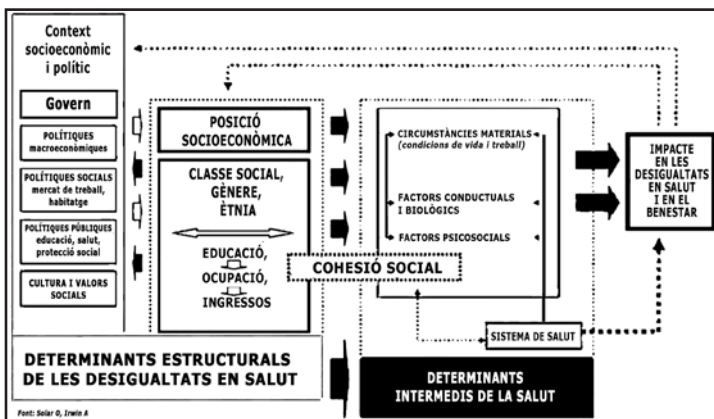


Figura 1. Marc conceptual dels determinants socials de la salut. Comissió de determinants socials de l'OMS.

1. Context socioeconòmic i polític: Es refereix a factors estructurals que afecten de forma important a l'estructura social. S'inclouen els següents

aspectes: a) Govern en el seu sentit més ampli, és a dir, la tradició política, la transparència i la corrupció, el poder dels sindicats, etc., b) polítiques macroeconòmiques com per exemple les polítiques fiscals o les polítiques que regulen el mercat de treball; c) polítiques socials que afecten a l'estat del benestar, al mercat de treball, a la distribució de la terra i a l'habitatge; d) altres polítiques públiques com l'educació o el sistema de salut i e) valors socials i culturals com ara el valor que la salut i els serveis de salut tenen per a la societat.

Els estudis que tenen per objectiu analitzar la relació entre el context polític i la salut i les desigualtats en salut de la població són molt recents. Hi ha alguns treballs que han posat en evidència que els països amb tradició socialdemòcrata potencien un estat del benestar més extens, amb menys desigualtats de renda i polítiques de plena ocupació. Però la influència de la política i l'estat del benestar en la salut de la població i en les desigualtats en salut no és tan evident, tot i que alguns estudis han descrit millors resultats en alguns indicadors de salut, com la mortalitat infantil, i menors desigualtats de salut percebuda segons classe social en els països amb un estat de benestar més desenvolupat (Borrell et al. 2007, Navarro et al. 2006, Navarro, Shi 2001, Beckfield, Krieger 2009)

2. Posició socioeconòmica: En aquest apartat també s'inclouen determinants estructurals de les desigualtats en salut com els diferents eixos de desigualtat de l'estructura social i en concret la classe social, la posició socioeconòmica, el gènere i l'ètnia o la raça. Aquests eixos determinen les oportunitats de tenir una bona salut i posen en evidència l'existència de desigualtats en salut a causa de les jerarquies de poder o d'accés als recursos, essent més beneficiades les persones de classes socials privilegiades, els homes i les persones de raça blanca. La desigualtat que es produeix es defineix relacionalment, en el sentit que el major poder i accés als recursos per part de les persones més privilegiades està en relació amb el menor poder i accés de les més desfavorides.

3. Els determinants intermedis o factors intermediaris. L'estructura social determina desigualtats en els factors intermediaris, els quals, al seu torn, determinen les desigualtats en salut. Per tant, aquests determinants estan en el camí causal entre els factors estructurals i les desigualtats en salut. En aquest apartat cal destacar: a) Les circumstàncies materials com l'habitatge, les condicions de treball o el barri de residència; b) les circumstàncies psicosocials com la manca de suport social, les situacions d'estrès (esdeveniments vitals negatius ) i el poc control sobre les condicions de

vida o treball; c) els factors conductuals i biològics, com els estils de vida no saludables, que poden repercutir negativament en la salut i d) el sistema de salut. Encara que els serveis sanitaris no són l'únic element que contribueix a disminuir les desigualtats en salut, és molt important garantir el seu accés i la bona qualitat de l'atenció a tota la població. A més a més, cal tenir en compte que l'existència de pagaments per accedir als serveis de salut pot portar a la pobresa a la població més desafavorida.(Frenk 1998, Hsiao, Liu 2001)

## **LES POLÍTIQUES PER DISMINUIR LES DESIGUALTATS SOCIALS EN SALUT**

### ***Principis per a l'acció***

Whitehead i Dalghren,(Whitehead, Dahlgren 2006) en un document recent publicat per l'Organització Mundial de la Salut, proposen 10 principis per a l'acció que han de servir com a guia general quan es pretén posar en marxa polítiques per disminuir les desigualtats en salut. Aquests principis són:

1. Les polítiques han de millorar els nivells de salut de la població. Per disminuir les desigualtats en salut entre diferents grups l'objectiu és augmentar el nivell de salut dels menys privilegiats i no reduir les desigualtats disminuint el nivell de salut dels grups més privilegiats.

2. S'han d'utilitzar diferents aproximacions per disminuir les desigualtats en salut. Les tres més freqüents són(Graham 2004): A) Reducció de les desigualtats a tota la població: aquesta aproximació té en compte que hi ha un gradient de salut i malaltia entre les diferents classes socials, per tant cal tenir en compte a totes elles establint polítiques universals. Aquestes polítiques són necessàries ja que tal com s'ha comentat anteriorment protegeixen la població enfront de les desigualtats (com per exemple les polítiques d'estat de benestar). B) Disminució de les desigualtats entre els grups menys privilegiats i els més privilegiats a base de millorar a un ritme més ràpid la salut de les classes desfavorides. C) Focalització en la població vulnerable amb enfocaments selectius que tracten de millorar la salut d'aquesta població. Aquestes polítiques es presenten com un abordatge complementari i necessari per abordar les desigualtats en la salut.

3. Les intervencions poblacionals per millorar la salut han també centrarse en la disminució de les desigualtats entre els diferents grups socials. Sovint, les intervencions no tenen en compte les desigualtats i això fa que els grups socioeconòmics més privilegiats es beneficiïn més.

4. Les accions han de tenir en compte els determinants socials de les desigualtats en salut i no només els determinants de la salut ja que pot ser que els determinants de les desigualtats no siguin els mateixos. Les intervencions de salut pública dirigides a disminuir les desigualtats en salut han de ser necessàriament multisectorials. Tal com s'ha presentat en l'apartat anterior sobre el model conceptual, les causes fonamentals que creen la vulnerabilitat estan arrelades en la vida quotidiana i les competències per actuar sobre elles recauen fonamentalment fora del sector sanitari (per exemple, les condicions de vida i de treball). Així, el paper del sector sanitari no és tant actuar directament en la transformació dels determinants socials, sinó assumir un rol de lideratge i convèncer a altres sectors per actuar conjuntament en la reducció de les desigualtats en la salut.

5. Han de monitoritzar els efectes adversos de les intervencions implementades. Així per exemple, les polítiques de reforma dels sistemes sanitaris dutes a terme en països d'Amèrica Llatina i promogudes pel Banc Mundial, sovint han augmentat les desigualtats i afectat principalment als sectors més desfavorits de la població.

6. Cal disposar d'instruments per avaluar l'extensió de les desigualtats en salut i avaluar les intervencions posades en marxa. Per a això, cal mesurar les desigualtats entre els grups socials tant en la seva versió relativa com absoluta. Pot ser que les desigualtats estiguin disminuint a nivell relatiu però que augmentin a nivell absolut o viceversa. (Borrell et al. 2000)

7. S'ha de promoure i facilitar la participació de la població més vulnerable. Una de les crítiques als abordatges poblacionals és que les poblacions diana amb freqüència tenen diferents actituds, valors i preocupacions que els responsables polítics i els professionals de promoció de la salut, de manera que membres dels grups vulnerables han de ser inclosos des de l'anàlisi dels problemes al desenvolupament dels programes i la seva avaluació. Aquest tipus d'estratègies suposen un canvi radical en les polítiques de salut pública que impliquen un model diferent del basat en el paradigma clínic de malaltia i centrat en els problemes quotidians de la gent i no en els problemes que preocupen els professionals de la salut pública, tan allunyats sovint de la comunitat.

8. Les desigualtats en salut s'han de descriure de forma separada per a homes i per a dones ja que els determinants de les desigualtats en salut poden variar segons el sexe.(Artazcoz, (ed). 2004) Sovint, els estudis de desigualtats en salut segons gènere s'han realitzat de forma paral·lela als

estudis de desigualtats segons classe social, no hi ha una visió que integri a les dues línies de treball, per això és important tenir en compte els dos eixos de desigualtat.

9. S'han de descriure les diferències en salut segons ètnia o àrea geogràfica tenint en compte la posició socioeconòmica. També en aquest cas és important tenir en compte altres eixos de desigualtat més de la posició socioeconòmica o la classe social.

10. Els sistemes de salut s'han de basar en principis d'equitat, proveint atenció a la població independentment de la seva capacitat econòmica.

### ***Les polítiques segons els punts d'entrada***

Les polítiques per disminuir les desigualtats s'han de basar en el model conceptual que produeix les desigualtats. Tenint en compte el model presentat anteriorment, les polítiques poden tenir diferents punts d'entrada. Alguns exemples de polítiques es presenten a continuació: (Dahlgren, Whitehead 2006)

a) Punt d'entrada en els determinants estructurals com el context socioeconòmic i polític. Es refereix a les polítiques a nivell més "macro".

- Poder polític: En aquest apartat s'inclouen les polítiques relacionades amb el poder polític en sentit ampli i no només el referit als partits polítics. Això inclou per exemple les polítiques destinades a incrementar la participació electoral, a enfortir els sindicats o les associacions civils.

- Polítiques socials destinades a augmentar l'estat del benestar: L'estat del benestar es refereix a la protecció i la promoció del benestar econòmic i social dels individus per part de l'estat. (Navarro et al. 2006) Polítiques destinades a augmentar la protecció a través de la provisió de serveis públics universals d'educació, d'atenció a la salut o a la dependència són exemples.

- Polítiques macroeconòmiques: Aquestes polítiques poden contribuir a la disminució de les desigualtats de renda o de la pobresa. Alguns exemples són disminuir les desigualtats de renda incrementant la fiscalitat progressiva, regular el mercat promovent estratègies pro-equitat o promoure les pensions mínimes per combatre la pobresa.

- Polítiques de mercat de treball com les dirigides a millorar les condicions d'ocupació que redueixen les exposicions perjudicials per a la salut, a través de la regulació de salaris, dels horaris de treball, del treball temporal i de la protecció davant la malaltia i l'atur. També inclou en aquest apartat les polítiques destinades a aconseguir la plena ocupació.

	1995		2004		
	Estat espanyol	EU-15	Estat espanyol	EU-15	EU-25
<b>Despesa social (%PIB)</b>					
Total	21,6	27,7	20,6	27,7	27,3
Malaltia / atenció sanitària	6	7,2	6,2	7,5	7,4
Discapacitat	1,5	2,2	1,5	2,1	2,1
Vellesa	8,3	10,6	7,9	10,9	10,8
Supervivència	0,9	1,2	0,6	1,2	1,2
Família	0,4	2,1	1,1	2,1	2,1
Atur	3,4	2,2	2,5	1,7	1,7
Habitatge	0,2	0,6	0,2	0,5	0,5
Exclusió Social	0,1	0,4	0,2	0,4	0,2
<b>Despesa en educació (%PIB)</b>					
Total	-	-	4,7	5,3	5,4
Pública	-	-	4,2	4,9	5,1
<b>Desigualtats de renda</b>					
Coefficient de Gini	34	31	31	30	30
<b>Riquesa</b>					
PIB (paritat de poder adquisitiu)	-	-	21.900	24.400	22.500

PIB: Producte Interior Brut

La taula 1 mostra alguns indicadors de la despesa destinada a aspectes relacionats amb polítiques estructurals a l'Estat espanyol i els països de la Unió Europea (agrupació de 15 i 25 països). Destaca la menor despesa en protecció social del nostre país, així com les majors desigualtats de renda i la menor riquesa.

b) Punt d'entrada en els determinants intermedis.

- Polítiques dirigides a millorar els factors materials i psicosocials: Es refereix a les intervencions destinades, per exemple, a modificar les condicions de treball com els riscos físics, químics, biològics i psicosocials. També s'inclouen les polítiques de millora de l'entorn o barri de residència com, per exemple, l'augment de les zones verdes, la disminució del trànsit, de la contaminació atmosfèrica, etc.

- Polítiques dirigides a millorar els factors conductuals: Les intervencions destinades a millorar les conductes o els estils de vida han de tenir en compte que aquests comportaments no són eleccions individuals sinó que

estan condicionats socialment. Alguns exemples serien l'augment dels preus del tabac i de les begudes alcohòliques, ja que són intervencions efectives per disminuir les desigualtats en el consum, la construcció d'equipaments públics on poder realitzar exercici físic o el control dels preus dels aliments saludables.

- Polítiques destinades al sistema de salut: els serveis de salut de qualitat han de ser accessibles a tota la població i ha d'haver intervencions destinades a reduir la pobresa produïda pel pagament dels serveis.

## **CONCLUSIONS**

Les polítiques per disminuir les desigualtats en salut són una prioritat per a molts països i responen a l'objectiu número 2 de l'estratègia de Salut per al segle 21 de l'Organització Mundial de la Salut (OMS): "Per a l'any 2020, les diferències en salut entre els grups socioeconòmics de cada país, s'hauran de reduir en almenys una quarta part en tots els estats membres, mitjançant la millora substancial del nivell de salut dels grups més desfavorits". Aquest tipus de polítiques posa a la salut pública davant un gran repte ja que la reducció de les desigualtats en la salut requereix passar del paradigma biomèdic centrat en els problemes de salut, que col·loca la responsabilitat principal en l'àmbit sanitari, a un altre basat en els determinants socials en la salut que requereix un alt compromís polític que implica a totes les àrees del govern i la participació de la ciutadania en la prioritzaació dels problemes, el seu diagnòstic, disseny de programes, implementació i avaluació. De fet, la Comissió de Determinants Socials de la Salut de l'OMS proposa tres grans grups de recomanacions, per disminuir les desigualtats en salut, basades en els determinants de les mateixes: millorar les condicions de vida, lluitar contra la desigual distribució de la renda, el poder i els recursos i mesurar la magnitud del problema, analitzar-lo i avaluar l'efecte de les intervencions.(CSDH. 2008) (Marmot et al. 2008)

Existeixen diferents factors estan relacionats amb la falta d'implementació d'aquestes polítiques: a) manca de voluntat política: sovint, els partits polítics governants no tenen voluntat d'incloure en l'agenda política aquest tema, b) manca de coneixement: tant de l'evidència de l'existència de desigualtats com de les polítiques a posar en marxa; c) fons públics insuficients: no és possible instaurar polítiques sense recursos destinats a elles. Sovint, les declaracions polítiques no estan acompanyades dels recursos necessaris per dur-les a terme. d) Manca de coordinació i capacitat de dur a terme projectes multisectorials i e) consideració, tant des d'una bona part



del sector sanitari, com des d'altres sectors i de la pròpia població general, que les polítiques per millorar la salut pública i reduir les desigualtats socials en salut són competència exclusiva del sector sanitari

L'Estat espanyol és un dels països que té evidència de l'existència de les desigualtats socioeconòmiques en salut però on les polítiques per disminuir pràcticament no han entrat en l'agenda política.(Borrell et al. 2005) En canvi, les polítiques per disminuir les desigualtats de gènere en la salut han estat una mica més prioritzades.(Peiro et al. 2004) Hi ha algunes experiències en algunes comunitats autònomes que assenyalen que podria haver-hi cap canvi, com ara el nou Pla de Salut de la Comunitat Autònoma Basca o Andalusia o la llei de barris de Catalunya. Hauran de ser avaluades en el futur per conèixer la seva viabilitat i efectivitat.

---

## Bibliografia

- Artazcoz, L. & (ed). 2004, Monográfico género y salud Gaceta Sanitaria (Supl.2).*
- Beckfield, J. & Krieger, N. 2009, "Epi + demos + cracy: Linking Political Systems and Priorities to the Magnitude of Health Inequities--Evidence, Gaps, and a Research Agenda", Epidemiologic reviews, .*
- Benach, J. & Muntaner, C. 2005, Aprender a mirar la salud: como la desigualdad social daña nuestra salud. El Viejo Topo, Barcelona.*
- Borrell, C., Espelt, A., Rodriguez-Sanz, M. & Navarro, V. 2007, "Politics and health", Journal of epidemiology and community health, vol. 61, no. 8, pp. 658-659.*
- Borrell, C., Peiro, R., Ramon, N., Pasarin, M.I., Colomer, C., Zafra, E. & Alvarez-Dardet, C. 2005, "Socioeconomic inequalities and health plans in the Autonomous Communities of Spain", Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S, vol. 19, no. 4, pp. 277-285.*
- Borrell, C., Rue, M., I Pasarin, M., Benach, J. & E Kunst, A. 2000, "The measurement of inequalities in health", Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S, vol. 14, no. Suplemento 3, pp. 20-33.*
- CSDH. 2008,*
- Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. , Geneva.*
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 2006, European strategies for tackling social inequities in health. Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 2). World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 3, Denmark.*

- Frenk, J. 1998, "Medical care and health improvement: the critical link", *Annals of Internal Medicine*, vol. 129, no. 5, pp. 419-420.
- Graham, H. 2004, "Social determinants and their unequal distribution: clarifying policy understandings", *The Milbank quarterly*, vol. 82, no. 1, pp. 101-124.
- Hsiao, W. & Liu, Y. 2001, "Health care financing: assessing its relationship to health equity" in *Challenging inequities in health. From ethics to action*, eds. T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth, Oxford University Press, Oxford.
- Mackenbach, J.P., Bakker, M.J. & European Network on Interventions and Policies to Reduce Inequalities in Health 2003, "Tackling socioeconomic inequalities in health: analysis of European experiences", *Lancet*, vol. 362, no. 9393, pp. 1409-1414.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T.A., Taylor, S. & Commission on Social Determinants of Health 2008, "Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health", *Lancet*, vol. 372, no. 9650, pp. 1661-1669.
- Navarro, V., Muntaner, C., Borrell, C., Benach, J., Quiroga, A., Rodriguez-Sanz, M., Verges, N. & Pasarin, M.I. 2006, "Politics and health outcomes", *Lancet*, vol. 368, no. 9540, pp. 1033-1037.
- Navarro, V. & Shi, L. 2001, "The political context of social inequalities and health", *Social science & medicine* (1982), vol. 52, no. 3, pp. 481-491.
- Peiro, R., Ramon, N., Alvarez-Dardet, C., Colomer, C., Moya, C., Borrell, C., Plasencia, A., Zafra, E. & Pasarin, M.I. 2004, "Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't", *Gaceta sanitaria / S.E.S.P.A.S*, vol. 18 Suppl 2, pp. 36-46.
- Solar, O. & Irwin, A. 2007, *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. WHO. Commission on Social Determinants of Health., Geneva.
- Whitehead, M. 1992, "The concepts and principles of equity and health", *Int.J.Health Serv.*, vol. 22, pp. 429-445.
- Whitehead, M. & Dahlgren, G. 2006, *Concepts and principles for tackling social inequities in health. Levelling up (part 1)*. World Health Organization: Studies on social and economic determinants of population health n° 2, Denmark.

Àngels Martínez i Castells

**LA CRISI: FINANCERA, ECONÒMICA, DE SOBREPRODUCCIÓ, ENERGÈTICA, ALIMENTÀRIA, DE VALORS, AFECTA TAMBÉ LA SALUT DE LES PERSONES.**

No podem entendre què està passant amb l'actual crisi econòmica si no fem, molt breument, una mica d'història. Tal com moltes veus d'economistes recomanen, per poder-nos guiar en les causes de la crisi actual hem de remuntar-nos al crack de l'any 1929 i la gran Depressió que la va seguir. Tant la crisi del 29 com l'actual tenen unes causes semblants, un impacte molt fort i unes repercussions que afecten la salut i la qualitat de vida de una immensa majoria de persones. En el cas de la crisi de 1929, convé recordar que sols després d'un llarg període d'inactivitat per part de les autoritats econòmiques i polítiques en les que triomfava el "laissez faire, laissez passer" mentre l'economia mundial s'enfonsava i cada vegada l'atur era una lacra impossible de solucionar, es varen començar a atacar les causes. Malgrat que fins la fi de la II Guerra Mundial no podem tornar a parlar de "remuntada" del creixement econòmic, la crisi del 29 va començar a remetre quan finalment es varen adoptar mesures que posaven límits a la desregulació, augmentaven els sous mínims, i es destinava una importantíssima dotació pressupostària a la inversió pública. Mentrestant, la salut de la població se'n va ressentir amb força, i la desnutrició es va convertir en un problema de primera magnitud. Per exemple, el 1932 i als Estats Units, un de cada tres infants i una de cada 4 persones adultes en patien. Arreu on la crisi s'anava estenent augmentaven els casos de violència de gènere, els problemes de salut ambiental i laboral i creixia la injustícia social i es violaven els drets humans (Levy i Sindel, 2009). Aquest mateix any de 1932, i en el mes d'abril Roosevelt tenia clar que no n'hi havia prou amb les ajudes de l'Administració a les empreses i els bancs mentre s'oblidaven dels que més patien la crisi: treballadors i treballadores amb o sense lloc de treball. A la seva admi-

nistració, a més del New Deal i la regulació bancària que comencen el 1933, el President Roosevelt va posar límits al capital financer donant un nou paper a la Reserva Federal, separant la banca comercial i la d'inversió i creant la garantia de dipòsits, topalls al pagament d'interessos, etc. Amb totes les seves limitacions, la Seguretat Social dels Estats Units es va crear el 1935.

Però era evident que aquestes regulacions que significaven massa traves per al poder econòmic (que acostuma a imposar els seus criteris al poder polític) serien combatudes ben aviat. I de fet, es comencen a debilitar amb la construcció del nou ordre financer internacional després de la II Guerra Mundial, a la Conferència de Bretton Woods (1944).

## **EUROPA FRONT ELS USA**

La sortida de la II GM no va ser la mateixa pels Estats Units i Europa. Els USA protagonitzen i volen jugar en solitari el paper de vencedors, ignorant l'esforç de la Unió Soviètica i combatent —des de lluny— una alternativa de model econòmic que amb l'acabament de la II GM s'estava estenent i guanyant adeptes per Europa. Els països europeus tenen l'alternativa a tocar, i el capital europeu no pot de cap manera optar —amb governs de coalició amb les esquerres en molts països i alts percentatges de vot cap als Partits Comunistes— per les polítiques únicament centrades en els interessos del capital, com succeeix en els USA. Així, doncs, fins els anys 70 la majoria de països europeus opten en economia per polítiques de plena ocupació i de serveis públics més o menys garantits, mentre els Estats Units creixen i es converteixen en el gran deutor mundial gràcies als privilegis del dòlar, el seu paper hegemònic militar, l'exploatació dels seus propis treballadors i treballadores i la de la resta de països amb qui mantenen relacions comercials o de dominació.

## **ELS MODELS S'ACOSTEN AMB LA GLOBALITZACIÓ....**

En la dècada negra dels anys 80-90 coincideixen, en el temps:

- els governs de Ronald Reagan y M. Thatcher,
- la reconversió industrial,
- els primers atacs importants a Europa en contra dels sindicats i conquestes obreres,
- i l'enfonsament de la URSS i la majoria de països que es reclamaven del "socialisme real".

L'any 1989 significa no sols la caiguda del mur que separava la RDA de la RFA, sinó la caiguda dels murs que frenaven les bandes d'expansió que

el capitalisme necessitava, i com va dir una delegada a la Conferència de les Dones de Beijing (1995), el mur de Berlín va caure sobre tot sobre les dones. En les polítiques neoliberals s'ajunta el biaix de classe i de gènere, i el seu bateig oficial es celebra en el Consens de Washington de l'any següent, amb l'acord tant del Partit Demòcrata com del Partit Republicà dels Estats Units i els principals dirigents econòmics i polítics del món. En el Consens de Washington es marquen les directrius per aprofitar les vies obertes de la nova mundialització i fer prosperar les propostes de desregulació, privatització, reducció de la despesa pública... És a dir, pren cos i es fa real el somni neoliberal de la globalització, que assenyalava quines han de ser les polítiques que assegurin i reforcin les vies de desenvolupament del capitalisme, que retornarà amb crisis de nou inevitables, quan en el període 45-73 semblaven oblidades... i fins la crisi dels nostres dies .

### **TRIOMF DEL NEOLIBERALISME**

Podríem simbolitzar la fi de les regulacions de Roosevelt amb l'abolició feta per Clinton de la Glass-Steagall Act (Llei de Regulació Bancària) el 1999. El resultat no pot ser pitjor: s'obre una distància cada vegada més gran entre l'economia real (que no pot créixer ni donar els beneficis que el capital espera pels baixos salaris i les pèssimes condicions de vida de la majoria de la població) i l'economia financera que a mida que avança necessita, cada vegada més, noves vies d'expansió. Cada vegada més, les pràctiques parasitàries del capital financer contaminen el capital industrial, de manera que és difícil distingir on comença un i acaba l'altre, i d'aquesta mena de construcció impossible i de tan difícil delimitació no se n'escapa de cap manera el sector de la salut.

### **ATAC AL SECTOR PÚBLIC**

L'ofensiva mundial contra els serveis públics de protecció social s'origina amb les polítiques neoliberals dels anys 80 pels governs USA i en alguns d'Europa (Regne Unit) i s'escampa amb les institucions supranacionals (OMC, FMI, BM) . Aquest organismes internacionals promouen la privatització o reducció de sectors que representen conquestes de ciutadania (i són més amics de les dones i les persones més febles) posant com a condició de les ajudes econòmiques o fins i tot la qualitat de membre, a la reducció de la despesa pública i l' "aprimament" de l'Estat (en especial, de l'Estat del Benestar") per obrir també noves bandes de creixement del benefici privat a partir dels sectors potencialment més necessaris (i per tant, potencialment més rendibles) del sector públic. Així es construeix l'assalt

globalitzat al sistema de salut i la privatització i retallada del sistema públic de pensions (on no s'aconsegueix, les amenaces es renoven de manera periòdica, a partir d'estudis dels principals bancs o Caixes d'estalvis.)

## **OFENSIVA INTERNACIONAL PER LA PRIVATITZACIÓ**

El 1999, l'Acord General de Comerç i Serveis de la OMC, va imposar importants limitacions als Estats en polítiques de protecció del medi, serveis municipals, sanejament i gestió de residus, i va obligar als Estats membres a reduir les regulacions internes i a derogar procediments o normes que limitin les llicències a l'obertura d'hospitals o serveis sanitaris privats. Si un Estat no ho compleix, la OMC pot expulsar l'Estat rebel, cercant el seu aïllament econòmic. Aquesta limitació de la OMC a la sobirania política dels Estats representa una gran font de beneficis per a les empreses privades. Per exemple, podem llegir a Baquero (2004) *“que sols el sector de l'aigua genera uns ingressos anuals d'un bilió de dòlars, encara que sols està privatitzat actualment entre el 5 i el 10 per cent del sector mundial”*.

També Baquero (2009) denuncia que la mercantilització dels serveis públics dificulta donar una resposta adequada a les crisis sanitàries ... perquè fins i tot en les seves fórmules més suaus en les que es conserva nominativament la seva titularitat pública i la gratuïtat, tendeixen a comportar-se segons la lògica de mercat i tracten a les poblacions com a consumidors, sense altres drets...” Però a Catalunya en tenim una demostració evident en el que sembla la incapacitat de les autoritats en salut per complir la Resolució 203/VIII aprovada pel Parlament de Catalunya per unanimitat i que representa una millor atenció i tractament per a les persones malaltes de Fibromiàlgia i la Síndrome de la Fatiga Crònica. També en aquest cas s'anteposa la rendibilitat econòmica a les necessitats existents i al mandat parlamentari, deixant palès que, sense una lluita que ha de continuar per part de la ciutadania, l'economia s'imposa a la política i a les conquestes democràtiques.

## **SALUT: DRET DE CIUTADANIA**

En aquests 30 darrers anys d'hegemonia neoliberal, el FMI, el BM i la OMC han imposat les polítiques favorables al capital financer i a les empreses multinacionals i han restat sobirania als diferents països membres, per sobre dels interessos i necessitats de la ciutadania. Front el terreny planer que es troben alló on les polítiques liberals han aconseguit que la salut es considerés poc més que una mercaderia, la privatització dels serveis públics de salut representa un problema en els països que ho consideren un dret

de ciutadania. Per tant, des de les institucions econòmiques internacionals (FMI, BM, OMC i OCDE) es recomanen diferents estratègies per aconseguir treure rendibilitat dels centres sanitaris i la seva posterior (?) privatització.

Així, l'estratègia privatitzadora consisteix en:

- 1) Debilitar i fragmentar el sector públic.
- 2) Crear competència entre proveïdors per reduir costos.
- 3) Crear organismes autònoms com fundacions, consorcis, etc., a fi d'escapar controls tan de l'administració pública com de la participació social que farien que el servei públic pogués actuar de manera més transparent i ser més democràtic.
- 4) Actuar directament en la provisió de serveis, transferint-los a les empreses privades.

#### **FITES DE LA PRIVATITZACIÓ A ESPANYA**

L'any 1991, l'Informe Abril, seguint aquestes directrius que acabem de veure, aconsella separar finançament i gestió de gestió i provisió de serveis, introduir la gestió empresarial en els centres sanitaris, donar autonomia de gestió als hospitals, i sotmetre'ls al dret privat. L'instrument fonamental de que es dota és la Llei 15/97 sobre noves formes de gestió, que tan sols aplicar-se ja origina problemes de mala gestió. Així, l'empresarialització dels centres sanitaris es reflexa en negatiu a l'Informe del Tribunal de Cuentas sobre hospitals de l'INSALUD del 1998 destacant que 10 hospitals havien "vulnerat sistemàticament els principis de publicitat, concurrència, eficiència i legalitat en la contractació de serveis", i que en la compra de productes mèdics i farmacèutics cada centre pagava un preu diferent per un mateix medicament, i fins a 4 vegades per sobre del preu de mercat. (El País, 2001).

El "Tribunal de Cuentas", en Informes successius, crida l'atenció sobre el mal control de les històries clíniques -o l'incompliment de requisits legals i ètics en assajos clínics, en contractes al personal, i "absoluta falta d'homogeneïtat" en aspectes jurídics, administratius, econòmics i financers, i "importants omissions" en facturació i ingressos.

#### **CATALUNYA, TRISTAMENT PIONERA...**

La Llei d'Ordenació Sanitària de Catalunya ( LOSC ) de juliol de 1990, va consolidar un model "mixt" i va crear la Xarxa Hospitalària d'Utilització Pública (XHUP). El 1991 es crea el Servei Català de la Salut (CatSalut),

com un ens adscrit al Departament de Salut responsable de garantir la prestació dels serveis sanitaris de cobertura pública a la ciutadania de Catalunya sense cap tipus de discriminació, ni de gènere, ni classe, ni lloc de procedència. Catalunya va anar doncs –i tristament– per davant de la Llei 15/97 de "noves formes de gestió".

L'experiència catalana afavorida per la Llei 15/97 permet que altres comunitats segueixin amb forta embranzida les tendències privatitzadores, i en destaquen de manera especial la de València i la de Madrid, on s'aplica la política de col·laboració públic-privada (PPP) per a construir i explotar establiments sanitaris i que va sorgir al Regne Unit el 1991. En diferents fases, hi ha 13 hospitals a la Comunitat Valenciana i els centres de salut de Torreveja, Dènia, Manises y Elx (que representen l'atenció a un 25% de la població). A la Comunidad de Madrid són 8 els nous hospitals de gestió directa, i que han aixecat importants protestes per part de la població afectada en la mesura que a la Comunitat madrilenya s'han perdut en 10 anys un 23% dels llits hospitalaris (El País, 2009). La Comunitat Valenciana, per la seva banda, presenta els resultats pitjors en salut de tot l'Estat.

De totes maneres, aquestes nefastes experiències sols segueixen les orientacions de la Unió Europea, des d'on es van emetent orientacions i propostes reiterades per a la construcció d' un "mercat sanitari intern" adient amb el contingut dels diferents Tractats i Directives.)

#### **LA SANITAT PRIVADA COSTA MÉS QUE LA PÚBLICA**

D'aquesta manera es va aprofitant per part de les empreses privades que "inverteixen" en el sector sanitari les vies d'expansió per als guanys del capital dels que hem estat parlant abastament. Fins i tot la OMS (2006), en un estudi sobre la col·laboració pública-privada, denuncia que a la privada tot és més car, tant la construcció com el funcionament. I afegeix: "Aparentment és una forma de tenir ajuda financera del sector privat per a finançar estructures cares, però a mig i llarg termini el cost pot ser més gran que si l'hagués assumit el sector públic... (arrendament de la infraestructura, prestació de serveis, contractes... tot això impedeix que s'aconsegueixi l'estalvi que es pretenia.)

La conclusió que en podríem treure és que la salut està malalta a Europa, i donarem tan sols per il·lustrar-ho dues cites que semblen particularment rellevants. Per una banda, diu Frédéric Pierru, sociòleg i investigador del CNRS:



“En el terreny de les polítiques de salut, totes les comparacions fetes amb un mínim de rigor porten a rebutjar el model ara tant de moda de "clau en mà". No hi ha cap excepció, en especial des del punt de vista de l'augment de les despeses de la sanitat. A tot arreu aquest model neoliberal fa que les despeses augmentin amb més rapidesa que el PIB i les polítiques públiques no poden contenir-les. De manera especial, està demostrat el fracàs i els efectes perversos de les mesures adoptades actualment a tota Europa, com la “corresponsabilitat financera” de la ciutadania, o la introducció de la competència entre hospitals, o la proliferació d'indicadors d'execució. La paradoxa és que alguns “bons alumnes” europeus semblen inspirar-se en l'experiència nord-americana que ha posat a prova els seus propis límits. Estats Units és el país de la OCDE que dedica una major proporció del PIB a despesa sanitària (16 % contra una forquilla que va del 9 % fins al 11 % a Europa), tot i que no existeix un sistema de salut universal i obligatori. En els USA hi viuen 46 milions d'americans sense cap tipus d'assegurança mèdica, per no parlar de les grans desigualtats que hi ha en aquell país davant la malaltia i la mort. ...! “ (L'Humanité, 2009)

I l'ex-ministre de Sanitat del primer govern de Tony Blair, Frank Dobson, advertia a la ciutadania del Canadà per a no deixar-se arravatar el seu sistema públic de salut: "Sé que esteu orgullosos del vostre sistema públic de salut. (...) Fins fa poc, Gran Bretanya tenia un sistema como el de Canadà, el National Health Service (NHS), (...) però el seu futur està en perill amb la introducció de les “forces del mercat” i de proveïdors que es mouen per l'afany de beneficis privats. Entenc que els polítics i els membres dels lobbies privats de la sanitat diguin que la privatització del sistema de salut al R.U. ha estat un èxit, però res està més lluny de la veritat. Gran Bretanya ha introduït recentment hospitals privats, com clíniques quirúrgiques privades, per encarregar-se de les operacions barates, de menor rics, i per a pacients en general benestants. Per dir-ho sense embuts, es queden amb les intervencions que donen benefici i deixen als hospitals del NHS a les persones amb menys possibilitats econòmics i totes les intervencions difícils (...)"(The Vancouver Sun, 2007).

Tot i que Dobson denuncia que els costos són un 11% superiors a la privada que a la pública, i aquest increment de costos sols pot tenir explicació en la necessitat de remunerar els capitals privats (recompensar “l'afany de lucre” que tan lluny hauria d'estar dels serveis públics) s'asseguren els guanys privats mitjançant contractes com el que Dobson explica: “Es contracta per atendre 5.000 persones a l'any i encara que n'atenguin menys, cobren igual.” I en tant es garanteixen els ingressos de la privada, s'obliga a competir a la

pública, fins i tot entre els propis centres públics, mitjançant el mecanisme que es coneix com a “pagament per resultats” o “finançament centrat en el pacient”. Dobson explica també que amb aquest sistema s’ha augmentat la part del pressupost de salut destinat a burocràcia (des d’un 4% a un 15%), tot i que la privatització es va presentar com una manera de reduir costos i llistes d’espera. La introducció del concepte de competència en serveis públics, denuncia Dobson, sols ha servir perquè els hospitals no compartissin les millores en investigació, organització i tractaments per treure avantatges entre sí... i en detriment de les persones malaltes.

Podríem seguir donant centenars d’exemples i testimonis, però podríem resumir en 6 punts fonamentals la deriva del que està succeint:

1) No funcionen mecanismes de control.

2) S’imposen en el sector públic les fórmules empresarials de direcció i funcionament i els interessos corporatius i de gestió.

3) Guanya la prioritat economicista per sobre les necessitats de salut de les persones.

4) La participació social en salut és testimonial i sense capacitat decisòria pràctica, en especial quan no va a favor de l’establir, i obliga a pensar més, a pensar millor, o a pensar diferent.

5) Es produeix una sistemàtica i dolorosa degradació de les condicions de treball.

6) Augmenta dia a dia la capacitat determinant de les grans empreses asseguradores, farmacèutiques, biomèdiques.

Aquestes línees degeneratives són fàcils de discernir perquè acaben per canviar fins i tot el llenguatge dels serveis públics, i naturalment, del sector de salut. Així;

1) S’accepten com a propis conceptes “de mercat” i es comença, per exemple, parlant de clients en lloc de parlar de persones malaltes (i dels seus drets, i de les seves necessitats).

2) Es raona en termes de cost-benefici privat, sense tenir present que del que es tracta de la salut tant els costos com els beneficis són socials.

3) S’intenta monopolitzar l’eficiència pel sector privat, quan no és cert que

el que és públic sigui ineficient necessàriament i que el que és privat sigui eficient i eficaç per naturalesa... i no s'admet que la privatització dels recursos de salut i el seu malbaratament és immoral.

## LA SOSTENIBILITAT DEL SECTOR SANITARI

Cada vegada més es pretén fer-nos dubtar de la sostenibilitat del sistema sanitari, oblidant que és una peça cabdal de les polítiques de salut, i que la salut implica –per la seva mateixa naturalesa—la transversalitat de la majoria de polítiques públiques. Sobre aquesta qüestió em remeto a les reflexions d'Ortún i Puig-Junoy (2004) en les que afirmaven que “La sostenibilitat (del sistema sanitari) ha de plantejar-se una vegada que la societat està convençuda de la desitjabilitat de les prestacions sanitàries i constitueix més un problema polític” que no pas econòmic. En aquest sentit, recentment la Fundación del BBVA ha publicat un Informe (juliol 2009) en el que queda palès no sols l'interès de les persones pels temes de salut, sinó fins i tot que una majoria important de les persones enquestades (58,70%) preferirien un sistema ampli de Seguretat Social, tot i que això impliqués pagar més impostos, front a les que s'inclinaven per fórmules mixtes tipus co-pagament (15,6%), i els liberals recalitrants (19%, als que cal suposar tanta bona salut com fortuna personal) que preferien impostos baixos i que cadascú tractés individualment de les seves necessitats.

Per tant, la disponibilitat social a que la ciutadania, mitjançant els seus impostos, assumeixi la sostenibilitat del sistema de salut sembla assegurada, i Ortún i Puig ens diuen que cal tenir present que:

1. Allò important no és la quantitat que es gasta sinó com es gasta. I aquí les consideracions clíniques i sanitàries són determinants.
2. La sostenibilitat política depèn del grau de transparència en els processos socials que porten a l'establiment de prioritats; en aquest apartat Catalunya està encara molt lluny de ser transparent. No cal anar al vergonyós, i massa aviat oblidat, episodi de la compra de "butlles" a mitjans de comunicació selectes -més de 3 euros per català i any per part de l'anterior Govern- per poder "pecar" impunement, n'hi ha prou d'observar la realitat quotidiana: són molt més accessibles les dades de les empreses privades que les dels organismes públics.
3. La planificació i regulació sanitàries han ser independents de les patronals (encara que sense patrons) i de les corporacions que confonen estat del benestar amb benestar dels qui treballen per a l'Estat.

4. Les reformes en el finançament de la salut necessiten un consens parlamentari més difícil d'obtenir com més progressiva es pretén que sigui la reforma. Convé recordar aquí la lliçó dels països amb estats del benestar més desenvolupats en què essencialment els "pobres financen els pobres".

#### **A MANERA DE CONCLUSIÓ: ALGUNES ALTERNATIVES DES DE LA CIUTADANIA...**

Segurament serien moltes les conclusions que podríem treure de tot el que hem anat analitzant fins ara, però en un esforç de concreció –i juntament amb Sánchez-Bayle (2009) pel que fa al primer punt, recomanariem:

1) A nivell global, reconèixer el dret a la salut com un DRET BÀSIC, a incorporar als tractats i acords internacionals. La salut és un DRET i no una MERCADERIA, i cal, en aquest sentit, treballar per la universalització del dret a l'atenció sanitària i eliminació de qualsevol barrera econòmica (co-pagaments, etc...)

2) Potenciar i desenvolupar serveis públics de salut que assegurin una atenció sanitària a tota la població, des del servei públic, de qualitat i el tracte digne, amb separació nítida del servei públic de salut i la sanitat privada, i assegurant mitjançant participació i control de la pròpia Administració i de la ciutadania, que els diners de tots van a la sanitat de tots (i no a l'enriquiment privat d'una minoria).

3) Potenciar a l'alça (i no a la baixa, com ja succeeix en algunes comunitats) l'anivellament de l'atenció, formació, investigació i tracte en el servei públic, amb particular atenció als condicionants i desigualtats en salut de cada indret, sense biaix de classe, ètnia o gènere.

4) Des de la participació compromesa, introducció de mecanismes de control i responsabilització (rendiment de comptes) realment democràtics....

5) I finalment, però no per això menys important, cal l'empoderament de les dones, especialment afectades pels retalls i la precarització dels serveis de salut; dels treballadors en el seu conjunt, i en la seva qualitat també de consumidors; i dels col·lectius d'ajuda mútua i de les persones més febles.

El repte és crear una societat en la que augmenti l'autonomia i la capacitat

de decidir de les dones i les persones que pertanyen als col·lectius més febles. S'ha de construir una societat més participativa, amb un exercici més democràtic de les responsabilitats polítiques i un major control efectiu sobre les mateixes.

## **Bibliografia bàsica:**

---

- Artazcoz, L., (2005) La salut des de la sensibilitat de gènere, Quaderns de l'Institut, Institut Català de les Dones.*
- Baquero, J., (2009) "Más allá de la gripe A. No es la naturaleza ni una conspiración, es el sistema", Viento Sur,*
- Baquero, J. (2004) , Privatización y negocio sanitario: La salud del capital. Tierra de Nadie Ediciones.*
- Baquero, J. I San José, P., (2008) "La mercantilización de la sanidad" Revista de Economía Crítica, núm. 6.*
- Barbarà Molina. A., (2009) "Capitalisme i crisi o salut, nosaltres triem" L'Espurna, núm. 8*
- Benach, J., i Muntaner, C., (2009) "Desigualtats en salut: una epidèmia que podem evitar", L'Espurna, núm. 8.*
- Casanueva Artis, A., i Martínez Castells, A., (2009) "La crisis en femenino plural". Revista de Economía Crítica, en premsa.*
- Fundación BBVA (2009), Departamento de Estudios Sociales y Opinión Pública. Percepción del modelo económico y valoración de la crisis.*
- Levy, B., i Sidel, V., "Crisis económica y salud pública", a Medicina Social, juny 2009.*
- Martínez Castells, A., (2008) "El gran casino de l'economia financera" Illacrua, núm. 160.*
- Martínez Castells, A., "Argumentes per a no refundar altra vegada el capitalisme" L'Espurna, núm. 8.*
- Martínez Castells, A., (2009) "¿Puede sobrevivir la democracia al capitalismo financiero?" El Viejo Topo, núm. 253.*
- Ortún, V., i Puig-Junoy, (2004) "És sostenible el model sanitari a Catalunya?", Revista Econòmica de Catalunya., núm. 49-50.*
- Sánchez Bayle, M. (2009) "Salud y crisis global", Nueva Tribuna.es.*



*Àngels Martínez Castells, Antoni Barbarà i M. Àngels Altés*

## **Participació en salut: quelcom saludable i imprescindible.**

**Antoni Barbarà Molina**

Dues notes prèvies: Com avisava un teòric de referència sobre el tema, Arnstein: *“Els discursos sobre participació son com els espinacs, ningú hi està en contra”*. En aquest treball proposem de situar Dempeus dins el tema, tal com correspon a allò enunciat del seu Manifest, i fer-ho d'una forma nova, diferent, si s'escau a contracorrent. Amb veu i amb neurones autònomes, des de la independència institucional, voluntàriament fora del ramat : que aquells que caminen seguint les ovelles acabaran trepitjant les seves caguerades.

Una primeres reflexions: Per a nosaltres, Participació és = Democràcia i és = Poder de tots i totes ( el que també diuen “Democràcia participativa”). No hi ha una sense l'altra. La participació és determinant fonamental de la qualitat democràtica. I finalment recordem: Hi hagi, o no, sanitat pública o privada, la salut sempre serà pública... i no hi pot haver salut pública sense participació social.

### **UNA PARTICIPACIÓ EN CONSTANT EVOLUCIÓ.**

Molt han canviat les coses des del vells temps del pare Hipocrates. El seu mateix jurament és avui qüestionat davant las aportacions de la bioètica, d' uns valors canvians, fins i tot d' un nou codi internacional d'ètica mèdica a debat. Vivim temps convulsos i dins una gran crisi del sistema. La revolució científica tècnica junt amb la revolució i globalització dels mitjans d'informació ens situen, també pel que fa a la salut, davant un novíssim escenari. Front a tones i allaus d'informació. Tanmateix resultant sovint desinformadora i esdevé més necessària que mai la participació social. La inexcusable substitució dels antics Deus i dels vells paradigmes paterna-

listes i esotèrics, per la exigència de la fiabilitat, la ciència, l'autonomia i la justícia... i la participació social.

#### **NIVELLS I RECOMANACIONS DE PARTICIPACIÓ EN SALUT.**

Actualment hi ha moltes i molt diverses teories, escales, classificacions per tal d'abordar i determinar la participació en salut, en quantitat i qualitat. Des del mencionat Arnstein que ja al 1969 parlava de vuit nivells de participació de menys a més: manipulació, fàbrica de consens- teràpia de grup, informació, consulta, interlocució, delegació i co decisió, fins al control i empoderament.

Altres, parles de sis o cinc nivells. Així la IAP 2 (International Association for Public Participation) proposa : 1- Informació. 2 –Consulta. 3 – Participació. 4– Col•laboració. I 5-Apoderament (empowerment). Més breu la OCDE estableix tan sols tres graons : informació-consulta-participació. En general s'accepten com a criteris de bona praxi participativa: - Vinculació política – Representativitat – Informació creïble,justa i igualitària – Explicació de resultats o rendició de comptes.

Una darrera il•lustració pot ser el llistat de recomanacions del Consell d'Europa que per contrant de la reducció del tema a l'expertesa, proposa: -La participació ciutadana i la dels pacients és imprescindible en un procés democràtic – La informació ha de ser accessible, oportuna, fàcil d'entendre i rellevant. – Cal fer polítiques de participació activa. – Cal generar mecanismes de participació. – Cales expectatives de més participació, de més estils de vida saludables, de més poder als ciutadans i als pacients, de més capacitat, de més formació ... i això s'escriu textualment a l'any 2000.

Per tancar ja aquesta descripció sobre l'escenari acadèmic i institucional reproduiré les Directrius sobre la Participació del pacient: -Identificar un tema i establir els objectius. – Identificar representants adients dels pacients. – Animar i motivar a la participació. – Determinar mètode apropiats. – Donar suport per reforçar la participació. – Facilitar informació, educació, formació. – mobilitzar i utilitzar registres. – Avaluar el projecte. – Agrair l'esforç participatiu. – Revisar les normes internes. – Educar el personal- tothom.

Tanmateix i en síntesi, pel qui subscriu, només hi ha dues opcions bàsiques i disjuntives. Dues classes d' entendre la Participació social : Una és aquella que es concedeix des del poder, des de l'Administració i que



l'administrat accepta. L'altra, la que es guanya i es conquista des de les reivindicacions justes i l'exercici dels drets. Certament , l' una i l' altra no són incompatibles i d'una bona relació dialèctica entre ambdues pot resultar, o no, una participació integradora i veritablement de qualitat, o no.

Dit això, ja està tot dit ? En tenim prou amb situar per norma o sistema el capítol "participació" en qualsevol text normatiu o legislatiu ?. N'hi a ha prou amb uns quants espinacs de guarnició dels plats. Escoltant algunes persones, habitualment d'altres instàncies, satisfetes de la seva lucidesa i generositat, tant com d'haver-se conegut a si mateixes, es diria que som al final de l'història. Gaudim ja de la democràcia en estat pur, en majúscules, definitiva i acabada ? Som talment democràtics que la dubta ofèn ? És suficient el ritual electoral, és la quintaessència aquesta cosa de votar cada quatre anys ? Urnes , campanyes electorals, programes, promeses, llistes (tancades) de candidats, son en definitiva el model en singular, l'únic, el genuí sistema occidental de democràcia (i exportable a punta de fusell )... és perfectible ? és realment modèlic ? és de qualitat ?

#### **ALGUNES CONSIDERACIONS SOBRE EL CARÀCTER DESITJABLE DE LA PARTICIPACIÓ EN SALUT:**

##### ***Com ara una sèrie de qüestions i/o determinants...***

-Com entenem nosaltres la substància mateixa del mot ? Semblant a una "participació de loteria"... Formar part d'un tot, ser part constitutiva, integrar un col•lectiu, una societat. I fer-ho amb una co- responsabilització, voluntària, serena i conscient.

- És l'empoderament, el co- protagonisme, el pensar i actuar en plural, els grups d'ajuda mútua i recíproca, els GAMs , l' associacionisme de base. És allò civil, racional, crític i autocrític, ciutadà, responsable, civilitzat, educat, honest, just i solidari.

- És sentiment de pertinença al col•lectiu, a la societat plural i oberta, és exercir "ciutadania". Crítica ? Sempre ! Altrament el que és acrític no te valor moral ni científic i a més la crítica, ben feta i sense apriorismes ni interessos de part, és sempre "constructiva" ni que pugui no semblar-ho, doncs assenyala i ensenya a corregir errors.

- La cosa de la salut participada no és Mai "allò meu" , i és sempre "allò nostre"... D'aquí las necessitat de transversalitzar, de interrelacionar associacions distintes, de contactar col•lectius, d'actuar amb panoràmiques

ben obertes. La experiència del meu company i companya, de la meua veïna i dels meus amics m'ajuda a mostrar com abordar problemes que en salut són sempre diferents però sempre semblants per humans.

-L'estil les maneres de fer, i les formes també defineixen la cosa: Cal ser radicalment tolerant, que no pas indiferent, ni con llevant, ni "passota", ni tan me fa... Radicalment (d' arrel) democràtic i igualment respectuós amb tothom.

-Cal pluralitat i suma. Amb respecte a cada aportació i cada visió, sense renunciar a cap veu i sense cap imposició jeràrquica. No hi sobra cap subjecte, però ningú en té la veritat absoluta.

-Amb regles de joc pre fixades i acordades, és a dir amb mètode: Amb normes que facin del funcionament quelcom just que a més de "legal" sigui "ètic i legítim". És a dir amb l' acceptació guanyada per prestigi i arguments morals, regles col·lectives. Amb ordre i mètode però sense silenciar res ni ningú.

-Amb absoluta transparència, entenent el coneixement com quelcom obert i amb accés universal a les informacions, però amb l'esforç afegit de la orientació, la selecció suggerida, la tria atenent criteris de fiabilitat, de certesa i qualitat. També, quan es consideri adient, amb la explicació pública de les opinions i posicions pròpies de cadascun i cadascuna sense voluntat d'imposició però amb la justificació dels arguments considerats.

-Amb rendició de comptes. Una figura aquesta sistemàticament menystinguda. Després de les promeses i programes electorals, cal aturar-se, de temps en temps i passar comptes avaluant el que s'ha fet, el que no i en qualsevol cas perquè sí o perquè no s'ha pogut fer.

## **PERÒ .... QUÈ TE A VEURE PARTICIPACIÓ AMB SALUT ?!**

Tot. No hi pot haver una sense l'altra.

No es pot conrear salut allà on creixen les condicions i els contravalors antagònics : Injustícia – Insolidaritat – Egoisme – Autoritarisme – Egoisme, individualisme – Prepotència – Negoci, mercantilisme – Incomunicació – Incultura – Ignorància – Fanatisme, sectarisme - Violència/es – Desigualtats – Corporativisme – Submissió – Resignació – Passivitat i fatalisme – Servilisme – Dolor, patiment – Desesperança – Oportunisme – Opacitat – Atur – Precarietat – Indignitat.... Són causa inexcusable de patiment i malaltia.

## **SALUT ÉS JUST TOT AL CONTRARI.**

Per tant és construir i determinar salut: el lluitar, el treballar per la cura dels valors positius, pel canvi de tots els determinants, per la millora en les condicions socials, econòmiques, legals, laborals, culturals i polítiques. Fa més per la salut de les dones, per exemple, una legislació laboral amiga i fa més per la equitat i contra les discriminacions per raons de gènere que milers de tractaments farmacològics.

A la fi, participar és optar, és triar, és decidir, arreu i en totes les polítiques i nivells: és Salut com a DRET social, o és Salut com una mercaderia.

Reivindiquem amb força i convicció que farem per no caure en paranys avui en plena expansió com ara d'eficiències economicistes, de sostenibilitat pressupostàries, d'eficàcies assegurades via multi-competències i proveïdors institucionals i no, de consorcis d'interessos divergents, a cops amagats com a governances, de la coincidència espontània d'objectius, de la prioritat de la gestió, de la relativització dels objectius, de la falsa necessitat de mètodes de tractament mercantil, de la preeminència del sector privat sobre el públic, de la impossible neutralitat de la política i de les administracions que han de fer polítiques... No ens han de fer claudicar davant compartimentacions mentideres i interessades com ara la teòrica classificació entre malalties orgàniques i psíquiques o com a molt psicossomàtiques, i cal que diem fort que : el que existeix i ens ocupen són els i les malalts/es, i que en tot cas les malalties es construeixen socialment i científica i que totes elles en proporcions diverses, però sempre amb totes, tenen factors biològic- psicològics i socials... i el que això escriu encara afegiria que culturals.

Vivim temps de crisi global, i d'entre tantes crisis, també de credibilitat democràtica. L'abstenció social i política i la desafecció electoral en són bones expressions, creixent i cada cop més preocupant. Estem doncs front l'anomenada PARADOXA democràtica: Cada dia demanem més coses , més protecció, més serveis, més implicació en el nostre benestar a les Administracions públiques i paradoxalment cada dia votem menys, ens impliquem i participem menys, ens inhihim més i ens desentenem més del que és públic i col·lectiu. És una evidència incontestable que la frustració, la corrupció, les incapacitats de resposta, la sensació de inutilitat i de fatalisme generen abstenció social i política i adoben un perillós medi de cultiu per a populismes i reaccions feixistoides. Cal invertir la tendència, i cal fer-ho també i sobretot des de baix, des de la participació, insurgent, drets, Dempeus !

## **ALGUNES POSSIBLES CONCLUSIONS.**

En aquesta línia argumental, retenim que només allò públic és salut socialment parlant. Altra cosa pot ser la sanitat (com sistema d'atencions personals) que pot ser també privada... malgrat aquesta privatització és sovint per tal d'apoderar-se dels recursos públics i fer beneficis i lucre econòmics i empresarials.

Cal des de la ciutadania en peu i sobirana rebutjar el “no hi entens”, “no toca ara”, “no s’hi pot fer res”, “no ho resistireu”, “tu que hi guanyes?”, “no es cosa de queixar-se”,...

Cal emergir, insubmisos, sobirans, raonadors, escoltadors i enraonadors, propietaris de la nostra societat i en exercici dels nostres drets, de tots els nostres drets, complidors de les nostres obligacions, respectuosament inquiridors, sumant persones en xarxa social, cercant interessos comuns i legítims, solidaris amb les persones i les seves circumstàncies, mirant de cara a les jerarquies democràtiques que nosaltres mateixos hem aixecat, requerint i reivindicant, cooperant des de la co- decisió, Dempeus ! Drets per uns moments encara que sigui en forma virtual, encara que en sentim malalts/es, adolorits/des, discapacitats/des, ja sigui sensorialment, físicament o mentalment.

I per acabar ens diran també que tot això de la salut és massa complexa, tècnic i complicat per poder explicar-ho a segons qui...que cal ser un entès en la matèria... que és cosa de professionals i d'erudits....Que és massa seriós per “baixar-ho” al món de la ciutadania “no experta”. I els respondrem que és mentida. D'entrada perquè unes dosis d'humor i amor són imprescindibles per tractar temes tan transcendents com els presents. (Deia Friederich Nietzsche que “La potencia intel·lectual d'un home es mesura per la dosi d'humor que és capaç d'utilitzar”).

Finalment, perquè les coses pretesament més complexes poden ser explicades de forma intel·ligible i amb llenguatge entenedor. Que ja ho va dir Albert Einstein: “No coneixes bé una cosa si no pots fer que la entengui la teva avia”. Dirigim-nos a les avies i als avis dels món que som o aspirem a ser algun dia, però també a qualsevol persona i edat, amb una aproximació afectuosa, un somriure als llavis, i una mirada sincera i digna.

**Participem ! DEMPEUS !!**  
Salut !

## Acte de presentació del Fòrum Català d'AP

És un espai de debat independent i crític,  
obert a tots els professionals per a la  
millora de l'AP al nostre país.



*DEMPEUS va participar a la presentació del FoCap*



*Acte de DEMPEUS a Castelldefels. Amb la Rosalia Manzano Céspedes, l'Àngels Martínez Castells i l'Antoni Barbarà,*



**dempeus** per la salut pública  
[dempeus.nireblog.com](http://dempeus.nireblog.com)



editen:



**DeBARRIS**, SCCL  
www.debarris.com

col·labora



dempeus *per la salut pública*  
dempeus.nireblog.com

amb el suport



Ajuntament de Barcelona  
Acció Social i Ciutadania

ISBN 978-84-937314-3-4

