

JOSEP L. BARONA

Catàstrofe sanitària i sistema de salut

Les lliçons de la història

La retransmissió en directe de la guerra del Golf l'any 2003 va tenir un fort impacte emocional sobre la població. Ara hem pogut seguir en directe la pandèmia de covid-19, dia a dia, cas a cas, contagi a contagi, mort a mort. Mesos de retransmissió documental i de confinament han mostrat en directe el drama humà i la dimensió mundial de la malaltia, les tensions polítiques, el desconcert i la impotència davant la tragèdia. Hem vist en primera plana la impotència d'experts i polítics, un sistema sanitari desbordat i els efectes d'una catàstrofe inesperada. Hem vist desfilars davant els mitjans nous «experts», viròlegs, epidemiòlegs, periodistes, tertulians, historiadors. Sembla que el relat ha arribat a la saturació i potser és temps d'atenuar la informació i proposar arguments des d'una serena reflexió al voltant de la història de les grans epidèmies i la importància dels sistemes de salut.

SOBRE LES CAUSES DE LA PANDÈMIA: REDUCCIONISME VÍRIC I CRISI DE L'ECOSISTEMA

Els historiadors de la medicina estem familiaritzats amb la lògica galènica, inspirada en l'aristotelisme, segons la qual en els fenòmens naturals es poden distingir quatre causes: eficient, material, formal i final. Davant un brot epidèmic, els metges galenistes distingien una causa còsmica remota, la qual provocava una alteració

Josep Lluís Barona (València, 1955) és doctor en Medicina i catedràtic d'Història de la Ciència a la Universitat de València. A més, és membre de l'Institut d'Estudis Catalans i de l'Instituto de Historia de la Medicina y de la Ciencia López Piñero. Autor, entre moltes altres obres de difusió internacional, de *The Rockefeller Foundation, International Diplomacy and Public Health* (Pickering & Chatto, 2015) i *La Salud y el Estado. La administración española y el movimiento sanitario internacional*, amb Josep Bernabeu (PUV, 2008)

de l'equilibri ambiental (causa intermèdia), que corrompia els humors corporals (causa eficient). Segurament no és moment ara d'aplicar models galènics, però cal reconèixer que hem perdut perspectiva quan adoptem el reduccionisme que suposa considerar sols la causa eficient: el virus. Caldria preguntar-se si el coronavirus és la causa de la malaltia o és l'efecte d'un ecosistema malalt i d'una societat malaltissa. Quan al deteriorament mediambiental i la tensió sobre els ecosistemes s'afegeix la pobresa, la manca d'higiene, la marginalitat, la misèria, llavors tenim el còctel perfecte per a l'esclat de zoonosis i l'expansió de noves pandèmies. Per actuar contra la pandèmia no només es tracta de produir vacunes o caçar microbis, sinó també, i sobretot, d'establir programes de salut global que aturen el deteriorament de la salut del planeta terra.

Tota malaltia infecciosa es pot entendre com una pèrdua d'equilibri microbià entre el nostre *microbioma* —que forma part de la identitat biològica i de les defenses immunitàries— i l'entorn. Per això, tota malaltia infecciosa i tota epidèmia —en tant que ruptura de l'equilibri microbià amb el medi—, representa una crisi ecològica a escala individual i col·lectiva. Cada període històric ha tingut el seu particular botxí epidèmic, sovint associat a crisis ecosistèmiques: la pesta negra de mitjan segle XIV en el context de migracions, guerres de religió i croades. També la verola va causar més de vuit milions de morts a Mesoamèrica arran de l'arribada dels espanyols, i el *cocoliztli* o venjança de Moctezuma va superar els quinze milions de morts en diverses onades epidèmiques durant el segle XVI, al temps que el *Treponema*, que abans causava malalties cutànies benignes com la pinta o el pian, va mutar estenent la sífilis arreu del món.

Des de l'antiguitat fins al present, la majoria de les grans catàstrofes sanitàries s'han produït com a conseqüència del contacte entre comunitats humanes que havien evolucionat aïllades entre si. El colonialisme europeu va expandir la verola durant segles; el còlera i la febre groga es van estendre amb el comerç internacional amb les colònies d'Àsia i Amèrica al llarg del segle XIX, propiciant les primeres quarantenes i llatzerets marítims i fluvials.

Segons Pérez Moreda, a la Castella de segle XIX, la crisi més greu es va concentrar entre 1803 i 1813. Des de la Pesta Negra (1348-1351) i la pesta de Marsella (1596-1602), la major davallada demogràfica es va produir en el trienni 1803-1805. En 1804 va morir més d'un 11 % de la població a Castella; hi hagué una sagnia demogràfica, per mortalitat i baixa natalitat, que s'ha estimat al voltant de les 450.000 persones. Com que la població de Castella era d'uns tres milions d'habitants, resulta versemblant que perdés almenys un 15 % de població. La catàstrofe va ser provocada per la crisi alimentària, la suspensió dels mercats, les nombroses revoltes de pagesos i les epidèmies de febre tifoide, paludisme, disenteria i febre groga.

La situació va seguir sent greu durant la guerra del Francès i es va assolir la mortalitat més elevada l'any 1812, que seria recordat com l'*any de la fam* especialment a Madrid. La crisi d'aliments agreujada per la guerra va matar entre 20.000 i 26.000 adults, només a la capital. La suma de grans crisis als primers quinze anys del segle XIX van provocar una davallada demogràfica d'uns 800.000 habitants a Castella.

Després, les crisis més greus de mortalitat a Castella van estar provocades pel còlera en 1834 i 1855, amb xifres de letalitat properes a 300.000 i 250.000 defuncions respectivament. Al conjunt d'Espanya, la mortalitat del còlera superava el 30 % i alguns estudis demogràfics indiquen que la pandèmia de 1885 va afectar unes 450.000 persones, de les quals van morir un 35 %, unes 150.000. El País Valencià en va ser la zona més afectada, uns 75.000 casos dels quals 33.681 defuncions, el 45 % dels afectats. A Catalunya la incidència va ser menor i a Barcelona va morir un 34 %.

Al segle XX, la primera i més important pandèmia va ser provocada per la grip de 1918, amb brots de menor intensitat en 1919 i 1920, que causaren al voltant de 250.000 víctimes a Espanya. Es calcula que es va contagiar més del 40 % de la població espanyola, uns 8 milions de persones, amb unes 260.000 defuncions entre 1918 i 1920. La grip va provocar una caiguda de l'esperança de vida a Espanya, que era de 44 anys en 1916 i va caure a 30 anys en 1918. Va afectar el mateix Alfons XIII, però sobretot zones urbanes. A Catalunya es calcula que va afectar unes 800.000 persones i hi hagué entre 25.000 i 30.000 morts. A escala global, la grip de 1918 va sorgir en moments de profunda pobresa, fam, migracions, postguerra, en una població desnodrida i afectada pel tifus i el parasitisme. La pandèmia va provocar desenes de milions de morts a tot el món, entorn al 2,5 % de la població mundial.

La segona gran pandèmia vírica del segle XX va coincidir amb l'inici de la nostra globalització: la SIDA. Després aparegué el virus de l'Èbola i les successives pandèmies de coronavirus que al segle XXI han causat brots epidèmics greus. El 2003 va esclatar el SARS (*severe acute respiratory syndrome*) a la Xina, que afectà més de 8.000 persones, amb 800 morts a 32 països (10 % mortalitat). I el 2012 hi hagué l'epidèmia de MERS (*middle east respiratory syndrom*), causada per un coronavirus a l'Orient Mitjà, que afectà 2.500 malalts i 850 morts a 27 països (35 % mortalitat).

Les dades que presentem sobre les grans pandèmies contemporànies permeten contextualitzar la dimensió de l'actual epidèmia de covid-19. Si al llarg de la segona meitat del 2020 no hi ha noves onades de grans dimensions, la crisi demogràfica i epidemiològica seria menor que altres pandèmies del passat. Una xifra versemblant de 40.000 defuncions en 2020 implicaria una *sobremortalitat* de 0,85 punts per 1.000, en comparació amb la mortalitat esperable segons els 5 anys anteriors que

eren a Espanya unes 420.000 defuncions, el que elevaria la taxa bruta de mortalitat del 2020 del 9 al 9,8 per 1.000. És clar que la situació no és homogènia arreu del món.

Si mirem la seqüència de grans pandèmies des de l'inici de la modernitat, veurem que pandèmies com l'actual no són alienes a situacions de crisi ecosistèmica. El canvi climàtic comporta riscos per a la salut humana que deriven de l'escalfament global amb episodis extrems i onades de calor, canvis en el règim de precipitacions, del nivell dels mars, inundacions, incendis... catàstrofes naturals que afecten una ampla tipologia de malalties: cardiovasculars, respiratòries, renals, mentals i infeccioses. La conferència sobre canvi climàtic i malalties infeccioses celebrada a Greiswald (Alemanya, 2009) va identificar un seguit de malalties que poden afectar els humans i que tenen més incidència en les poblacions de climes temperats, com ara el nostre. És així perquè les poblacions dels hostes primaris (animals que pateixen una malaltia que secundàriament pot afectar humans) o dels vectors (animals que no pateixen la malaltia, però la transmeten) es desplacen cap a latituds més temperades i amb l'increment de temperatura poden sobreviure durant les estacions més fredes.

Per tot això, cal aprofundir en el nostre coneixement sobre les relacions entre les pandèmies, el deteriorament dels ecosistemes i les conseqüències del canvi climàtic sobre la salut humana. És a dir, hem d'esbrinar les claus dels efectes perniciosos d'un model de globalització destructiu. L'explosió demogràfica, la pobresa extrema i la fam en són altres factors coadjuvants. Fins ara no s'ha obert un debat suficientment ampli en l'opinió pública sobre la necessitat d'afrontar amb polítiques globals els factors patògens. L'origen últim de la pandèmia és un planeta malalt; la prevenció s'ha d'enfocar en el context de polítiques i acords internacionals per a la sostenibilitat, la lluita contra el canvi climàtic i la pobresa extrema. La vacuna és necessària, però no suficient.

LA RESPUESTA SOCIAL: IMPORTÀNCIA DELS SISTEMES DE SALUT

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

El reconeixement de la importància econòmica i política de la salut té les arrels en la Il·lustració. La decadència de l'antic règim —societat estamental i senyorial— va inspirar el reformisme liberal i les primeres constitucions —com la fallida Constitució de Cadis (1812)— on es definia la salut com a dret civil i factor essencial per a la riquesa i la grandesa de les nacions. *Health is Wealth* afirmava un eslògan britànic. Les malalties infeccioses, les borses de pobresa i l'elevada mortalitat desmentien la idea força del primer liberalisme: *laissez faire*. L'evidència mostrava que la dinàmica del mercat comporta allò que els historiadors de l'economia anomenen *market failures*, deficiències del mercat, que sols la intervenció redistributiva de l'estat social pot compensar. És per això que al llarg del segle XIX es va viure a Europa una transició des del model de caritat al de beneficència i més tard a les polítiques de l'*estat providencial*, antecessor de l'estat de benestar. En l'antic règim la caritat era el nus de l'atenció a pobres i exclosos, sustentada per una elit minoritària que gaudia de tot el poder i privilegis. Des de mitjan segle XIX, les institucions de beneficència prestaven atenció social i sanitària als pobres en hospitals, asils, maternitats, nosocomis... que acollien pobres, rodamons, expresoners, orfes, vídues i gent destituïda. Les condicions de vida en aquestes institucions eren molt dures, tot i que atenuaven els efectes perniciosos de la pobresa: malalties, delinqüència, conflicte social, borses de marginalitat. Les *lleis de pobres*, com ara la nostra llei de beneficència (1854), tractaven d'atenuar els efectes perniciosos de l'exclusió com a font de conflicte i inestabilitat social. És fàcil comprendre la manca d'eficàcia davant les malalties infeccioses i les epidèmies.

A partir dels inicis del segle XX hi hagué a Europa un seguit d'iniciatives que defineixen el que s'ha anomenat *estat providencial*, tendents a regular l'educació obligatòria, el treball de les dones, els accidents laborals, la protecció a la infància o l'atenció als malalts. L'assistència sanitària es feia mitjançant caixes de malalts, iguals o societats de socors mutus. Amb peculiaritats a cada país, era un moviment internacional dirigit a configurar una incipient administració sanitària a partir d'organitzacions obreres, empresaris, municipis i mancomunitats. Un moviment que va reforçar la dimensió social de la pràctica mèdica. Es va configurar, així, un perfil molt marcat del metge com a professional que intervenia de manera molt activa en la lluita contra les infeccions i epidèmies, en les polítiques d'urbanisme i habitatge, salubritat dels espais públics (escorxadors, safareigs...), inspecció d'escoles i escolars, campaments i colònies d'estiu, sanatoris marítims... un perfil del metge compromès amb la salut social.

El procés d'higienització del medi urbà i rural, les campanyes sanitàries contra les malalties socials dominants, el naixement de la medicina colonial i les polítiques

preventives caracteritzaren les iniciatives sanitàries de l'estat providencial legitimades per una ideologia higienista per fer front als grans reptes: les malalties infeccioses i les grans epidèmies. Era la reacció enfront d'un panorama epidemiològic desolador que quedava al descobert amb els primers sistemes de recollida de dades epidemiològiques, les quals permetien la comparació entre grups socials, regions i països. L'impacte de les grans epidèmies de còlera del segle XIX va estimular una sanitat municipal articulada des de les grans ciutats com València o Barcelona, on es van crear cossos municipals de sanitat, laboratoris químics i microbiològics, instituts municipals i provincials d'higiene.

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

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

Des del final de les guerres napoleòniques, s'havia configurat una nova diplomàcia internacional per prevenir noves guerres i també per posar l'atenció en els grans problemes sanitaris. Les epidèmies de còlera i febre groga afectaven profundament la navegació i el comerç internacional amb les colònies, tant per la disseminació de pandèmies com per les quarantenes aplicades unilateralment pels països.

Les principals potències colonials tenien interès a assolir acords internacionals i al llarg de la segona meitat del segle XIX se celebraren una dotzena de conferències sanitàries a París, Constantinoble, Dresden, Viena, Berlín, Londres, a més de congressos internacionals sobre higiene i demografia, tuberculosi, malalties venèries, salut maternoinfantil i beneficència. Els primers fruits de la diplomàcia sanitària internacional foren el Pan-American Sanitary Bureau (1902, Washington) i l'Office International d'Hygiène Publique (París, 1907). Després de la Gran Guerra, la Societat de les Nacions va fundar el Comitè d'Higiene (1920) per impulsar treball epidemiològic i creà una comissió internacional d'epidèmies, a més de coordinar acords sobre estàndards de productes biològics, nutrients, dietes, desenvolupament infantil i dosis de medicaments. Aquesta tasca de salut pública internacional es va fomentar amb conferències i comissions d'experts per assessorar els països membres, les administracions sanitàries i coordinar la comunitat científica sobre prevenció i lluita contra les malalties dominants i les crisis sanitàries. Durant el període entreguerres es va crear un vincle de col·laboració entre la Societat de les Nacions, l'Organització Internacional del Treball, la Lliga de Societats de la Creu Roja i l'Institut Internacional d'Agricultura (precursor de la FAO). La immensa tasca de coordinació internacional en salut pública va ser finançada principalment per la Rockefeller Foundation a través del seu International Health Board. També va ser la principal font de finançament dels instituts nacionals d'higiene a Europa en els anys 1920 a partir del model de la Johns Hopkins School of Public Health (Baltimore).

Els instituts nacionals d'higiene s'ocupaven de la lluita contra epidèmies i malalties socials com l'alcoholisme, les malalties infeccioses (tuberculosi, sífilis, paludisme, tracoma...), de polítiques alimentàries i de racionament, i de deficiències higièniques. Impulsaven programes experimentals de producció de sèrums, vacunes i altres productes farmacèutics i campanyes de vacunació, a més de coordinar i autoritzar les polítiques d'higiene social executades pels instituts provincials i municipals. Normalment estaven integrats per departaments d'estadística sanitària, bacteriologia i serologia experimental, sèrums i vacunes, anàlisi química, aliments, sanejament de l'aigua i higiene mental.

Paral·lelament es van fundar a Europa escoles nacionals de sanitat, impulsades per iniciativa de la Societat de les Nacions a través de la Comissió Permanent d'Educació en Higiene i Medicina Preventiva (1924). Aquesta comissió internacional participava en la formació d'inspectors de sanitat, enginyers higienistes, arquitectes, infermeres, tècnics de sanitat. També promovia programes de formació en salut pública per a estudiants de medicina, metges i agents socials com ara mestres, sacerdots

o funcionaris. L'impuls a les escoles nacionals de sanitat va venir també de la mà de la Fundació Rockefeller, que va finançar les escoles de Zagreb, Budapest, Varsòvia, Bucarest, Praga, Madrid, Copenhaguen i Roma, i fins i tot un projecte d'abast europeu a París. La fundació americana va assolir un gran poder sanitari i polític.

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

En el cas de la societat espanyola, després de la proclamació de la Segona República es va iniciar un període breu però intens de reformes. La situació sanitària més lamentable afectava les poblacions rurals. La conferència europea d'higiene rural celebrada a Budapest (1930) i Ginebra (1931) per la Societat de les Nacions va ser iniciativa del govern espanyol que, en proposar la conferència, pretenia acordar els principis fonamentals d'un model d'organització de la salut pública i l'assistència sanitària a les comunitats rurals. La conferència europea plantejava la discussió d'un model general de sanitat rural que tingués en compte els factors que afecten la salut: el personal sanitari, l'organització assistencial, les infraestructures i campanyes, i els centres de salut a les zones rurals. Entre les qüestions debatudes hi havia: la gestió de l'aigua, l'ús d'adobs i fems, o la higiene de l'habitatge rural.

Les línies mestres establertes per la conferència de Budapest (1930) i Ginebra (1931) van ser aplicades pel primer govern republicà durant el bienni reformista. El 22 d'abril de 1932 es va publicar una ordre ministerial que introduïa canvis en l'organització sanitària a les àrees rurals. Es feia èmfasi en les activitats de prevenció a partir d'informes previs sobre condicions de vida, condicions assistencials i dades demogràfiques i epidemiològiques. Els inspectors i els governants eren conscients que l'atenció sanitària era molt deficient en comparació amb altres països europeus i assumiren la necessitat de desenvolupar polítiques de medicina social fonamentades en la coordinació entre assistència mèdica i atenció social. El model es va articular al voltant de tres nivells: centres primaris, secundaris i terciaris d'higiene. Els instituts provincials d'higiene es van convertir en el nivell assistencial terciari, responsable de coordinar els altres dos, que assumien les polítiques de prevenció i assistència. Estaven dotats d'un laboratori d'anàlisis clíniques i d'equips

de radiologia. Les funcions dels centres secundaris incloïen la prevenció i l'atenció mèdica, l'assistència maternoinfantil, la higiene escolar, les campanyes de vacunació, els serveis d'odontologia, oftalmologia i assistència a les malalties d'orella, nas i gola. Els centres secundaris es van encarregar també de coordinar campanyes contra la tuberculosi, les malalties venèries, i d'altres com el paludisme o el tracoma. A la fi de 1932 hi havia 16 centres secundaris d'higiene rural en funcionament a tot Espanya; quatre anys més endavant, al febrer de 1936, ja en funcionaven 46.

Al 1er Congrés Nacional de Sanitat (1934) es va debatre el model d'organització sanitària. Els projectes de reforma del primer govern republicà havien desencadenat debats parlamentaris molt intensos. El Partit Republicà Radical va utilitzar la sanitat com a argument en les crítiques al govern socialista. Els radicals formaven un lobby sanitari de metges crucial en la seua estratègia política. L'Associació de Metges i Farmacèutics Titulars també influïa en la posició política de radicals i republicans, els quals enfocaven la sanitat des d'una visió purament liberal de l'exercici professional. No obstant això, el director general de Sanitat i veritable fundador de l'estadística sanitària a Espanya, el socialista Marcelino Pascua, creia que les crítiques condicions de salut de la població només es podrien resoldre mitjançant la implantació d'una assegurança obligatòria de malaltia per a tota la població. L'intent de col·lectivització es va iniciar en 1932 amb la creació de centres secundaris i terciaris d'higiene, el que va provocar l'oposició oberta de l'Associació de Metges i Farmacèutics Titulars. Alguns projectes fins i tot pretenien fusionar els serveis de prevenció i assistència sanitària amb els d'assistència social. El govern conservador de 1934 va aturar les reformes i encara que el Front Popular les va reprendre en 1936, el colp d'estat franquista i la guerra les van truncar.

ALGUNES REFLEXIONS FINALS SOBRE LA PANDÈMIA ACTUAL

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

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

La crisi de 2008 va sotmetre a molts països —entre ells el nostre— a polítiques d'austeritat que van deteriorar el sistema sanitari públic: recursos, instal·lacions, plantilles. El deteriorament va servir d'argument per a la privatització. La pandèmia actual indica que va ser una estratègia equivocada, que va fer més vulnerable el sistema públic en situacions de gran estrès com l'actual. A més, els sistemes europeus de salut no es van concebre per fer front a grans catàstrofes sanitàries, considerades reminiscència del passat, pròpies de països pobres i poc desenvolupats. Caldrà revisar molts plantejaments i pensar la salut com a fenomen global, reforçar la cooperació internacional, el paper de l'OMS i reorientar el sistema fent-lo més flexible, dinàmic i adaptable a demandes plurals i canviants. La rigidesa del model d'especialització professional i la compartimentació assistencial són un obstacle. La pandèmia ha demostrat la gran importància de l'atenció primària, els serveis d'urgències i les unitats de cura intensiva. S'imposa, doncs, l'adaptabilitat d'un sistema sanitari poc flexible i l'adaptació dels especialistes a les demandes urgents.

Per una altra banda, he començat aquest article afirmant que la pandèmia de covid-19 està profundament relacionada amb el deteriorament mediambiental i la crisi ecosistèmica derivada de l'actual model de globalització neoliberal. Revertir aquest model és imprescindible per lluitar contra la causa profunda. Però també cal prioritzar les polítiques públiques de recerca i revisar el model de patents i propietat intel·lectual que resulta inadequat en contextos com la pandèmia actual, perquè genera desigualtats i mercantilitza la salut. El terratrèmol ocasionat per la pandèmia hauria de servir per educar la ciutadania en un ús més auster i

racional dels recursos i del consum desmesurat de fàrmacs, que genera addiccions. En definitiva, cal posar en valor la importància de tenir cura del bé comú, la sanitat pública. La gran catàstrofe fa més important la responsabilitat individual per preservar el bé públic. ◀

BREU RECALL BIBLIOGRÀFIC

- ANTÓNIO, D. C. *et al.*: *Toward Climate Change Impact: Vectors carrying viral infection: What we should know*, Luxemburg, Publications Office of the European Union, JRC107421, 2018.
- BACH, Stephen: «Globalization and health», *Bulletin World Health Organization*, 85(11), 2007, p. 897.
- BARONA, Josep L.: «Alerta sanitària i sistema de salut. Les lliçons de la història», discurs impartit a la Secció de Ciències Biològiques de l'Institut d'Estudis Catalans, Barcelona, 2020.
- *The Rockefeller Foundation, Public Health and International Diplomacy*, Londres, Pickering & Chatto, 2015.
- *Health Policies in interwar Europe. A transnational perspective*, Londres, Routledge, 2019.
- EASAC: *Climate change and infectious diseases in Europe*, European Academies Science Advisory Council, 2010, 16 pp.
- GHEBREYESUS, T. A.: «Urgent health challenges for the next decade», *World Health Organization*, 13th January, 2020.
- PANG, T.; E. GUINDON: «Globalization and risks to health», *EMBO Rep.*, 5(1), 2004, pp. 11-16.
- PEÑUELAS, J., *et al.*: «Evidence of current impact of climate change on life: a walk from genes to the biosphere», *Global Change Biology*, 19, 2013, pp. 2303-2338.
- PÉREZ MOREDA, V.; J. NADAL: *Las crisis de mortalidad en la España interior (siglos XVI-XIX)*, Madrid, Siglo XXI, 1980.
- PETERS, F.: *Informe sobre canvi climàtic i salut a Catalunya*, Barcelona, IEC, 2019.
- PONS, J; J. SILVESTRE (eds.): *Los orígenes del Estado de Bienestar en España, 1900-1945*, Saragossa, Prensas Universitarias, 2010.
- UNEP: *Global Environmental Outlook 2000 (Overview)*, en línia: <<https://www.unenvironment.org/resources/global-environment-outlook-2000>> (consulta: 30 de juny de 2020).
- WORLD BANK: *World Development Report 1993: Investing in Health*, Oxford, Oxford University Press, 1993.