

AULA SALUT BLANQUERNA: DEL PENSAMENT A LA PRÀCTICA. *SOBRE EL BENESTAR*

ROSA M. BOIXAREU VILAPLANA

RESUM: Al maig del 2006, l'actual Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna-URL començà un projecte tridireccional: Universitat-Societat-Salut. El seu objectiu: la prevenció, promoció i atenció a la salut des de la vessant humanística i amb les eines pròpies del món universitari: pensament, debat i diàleg. La seva temàtica: aquelles qüestions que concerneixen la salut (en sentit ampli), el patiment i la malaltia partint de l'observació de la realitat, de la constatació de nous reptes, analitzant-ne causes i conseqüències, a fi d'oferir-ne una "paraula" significativa i operativa amb vista a la promoció del benestar.

Aquesta és la crònica de les onze sessions de l'Aula Salut que es van du a terme al llarg dels cursos acadèmics 2005-2006 al 2014-2015. El propòsit i desenvolupament de cadascuna de les sessions, juntament amb la col·laboració de les persones que les van fer possibles, fa destacar com a principals protagonistes: el tema-motiu de cada sessió, així com el públic assistent i la lectura activa del contingut de les sessions. És a dir, *¿què cal fer a partir d'ara?*

PARAULES CLAU: Salut i patiment; debat, diàleg i acció.

11

Blanquerna Health Classroom: From Thought to Practice *On Well-being*

ABSTRACT: In May 2006, the current Blanquerna Faculty of Health Sciences, URL, set up a three-directional project: University-Society-Health. Objectives: prevention, promotion and attention to health from the humanistic perspective and with tools particular to the university world: thought, debate and dialogue. Theme: those issues concerning health (in a broad sense), suffering and disease from the observation of reality, considering new challenges, analyzing causes and consequences, in order to offer a significant and operational "word" with a view to promoting well-being.

This is the account of the ten Health Classroom sessions, carried out from the academic year 2005-2006 to 2014-2015. The purpose and development of every session, together with the collaboration of those people who made them possible, shows the following highlights: the theme-motive of every session, as well as public attending and the active reading of session content. In other words, *what happens next?*

KEYWORDS: Health and suffering; Debate, dialogue and action.

Les sessions van tenir lloc a la seu de la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna del c/ Padilla, 326-332, de la ciutat de Barcelona. L'adreça d'accés al detall i contingut complet de totes les sessions es pot trobar a: <http://blogs.blanquerna.edu/aulasalut/>¹.

Presentació programàtica:

Aquesta iniciativa es va gestar a finals del curs 2004-2005 en una jornada de la llavors EUIFN Blanquerna-URL al centre Martí Codolar de la ciutat de Barcelona. Allà va sorgir una proposta d'un espai de pensament que ens ajudés, per una banda, a reflexionar sobre la realitat de la salut en el món que ens envolta i, alhora, sobre què hauria de ser la salut i què hem de fer per aconseguir els seus objectius assenyalant la causalitat que l'entorpeix i la que l'afavoreix; amb la voluntat que aquest espai d'observació i de diàleg no es quedés només com un gran espai de reflexió ideològica, sinó sent capaços, també, de dibuixar quins camins s'han de seguir per poder aconseguir tals objectius.

L'Aula de Salut ha pretès, i pretén, oferir un espai de pensament i de debat sobre qüestions que concerneixen la salut, el patiment i la malaltia en la nostra societat; sobre les persones afectades per tal situació. L'Aula Salut s'ha volgut obrir a les veus socials qualificades en l'àmbit de la salut, des de les propostes teòriques pròpies del món universitari fins a les propostes operatives més pròpies dels diversos àmbits de gestió sanitària i a les veus de relleu intel·lectual que reflexionen sobre la condició humana i el seu benestar, sense oblidar el protagonisme de les persones particulars en la gestió i l'assoliment d'aquest benestar.

Així doncs, l'Aula de Salut s'adreça, principalment, a professionals de la salut, en sentit ampli, com a sector social implicat més directament en la "preocupació" per la salut i les seves derivades, així com als estudiants de ciències de la salut, altres sectors professionals i a la ciutadania en general. És a dir, vol ser un espai de pensament

¹ Com a crònica que és, en aquest escrit s'obviarà el detall de persones participants tant del públic com de les ponències, taules corresponents i programa. Tal detall es pot trobar a la web Aula Salut Blanquerna indicada. A vegades es transcriu directament de la web, a vegades s'interpreta del text-web (em responsabilitzo de tal interpretació). Volgudament s'ha limitat l'espai de cada sessió a dues pàgines; això ha demanat un esforç de síntesi a fi de donar una visió general del contingut i estimular la lectura del text complet a la web esmentada. Els paràgrafs en *cursiva* al final de cada sessió corresponen a algunes intervencions del públic; el criteri seleccionador de la pregunta és subjectiu.

No puc deixar d'anomenar al complet l'equip de persones que vam formar part del nucli organitzatiu de l'Aula Salut des del seu inici fins al maig del 2015: Antoni Nello i Marta Clos; posteriorment s'hi incorporà Alex Merí.

i proposta universitària obert, on el límit el posi cadascú, si és que tal límit existeix, perquè els continguts de les sessions han volgut ser suggeridors d'actituds, si més no, generadors de benestar. Ben conscients, però, dels entrebancs que, sovint, esdevenen el miratge de tal límit.

Un cop d'ull a l'enunciat de les sessions ja dona idea que l'Aula Salut es mou en diversitat d'espais, que van del concret a l'històric, del particular al general, de l'individual al públic: totes les temàtiques van construint un engranatge on es mostra la necessària dependència de les unes amb les altres, i és la persona i el seu entorn social qui li dona sentit i n'és responsable. Perquè si bé les polítiques socials, i de salut, no són responsabilitat directa de la ciutadania com a tal, sí que ho són les actituds particulars d'aquesta i la incidència que tenen en l'àmbit de l'Administració pública. I, sense deixar de banda cap espai d'influència, l'Aula Salut ofereix un coneixement, una perspectiva, que estimuli el pensament i l'actitud dels oients, dels lectors, vers un tema tan vital, tan controvertit, com és el de la salut, el benestar propi i dels altres tot *rumiant* la dita que diu: "la salut és el *malestar* pel benestar dels altres".

Bon *rumiatge!*

La salut, un dret social i un deure personal

Primera sessió

11 de maig de 2006

La salut, un dret social i un deure personal. En realitat, el dret a la salut ha estat una fita i una conquesta social. De fet, aquest dret a la salut entès en termes d'assistència per a tothom és un dret no tan allunyat en el temps. Al nostre país fa menys de cent anys que l'assistència sanitària està garantida per a tothom. Per tant, parlem d'un dret que ha hagut d'obrir-se camí. Si rellegíssim la història de la salut i de l'atenció a la salut a casa nostra, hauríem de dir que hem passat d'una situació de beneficència a una situació assistencial. Ha esdevingut un dret per a tothom. En la situació en la qual vivim, el dret a la salut és una situació inacabada i inacabable, i això és normal: noves patologies, nous escenaris socials, noves necessitats, nous reptes per a l'assistència sanitària fan que no ens puguem adormir en el dret conquerit.

Caldria contextualitzar la pregunta. Per què, què és la salut i des de quina perspectiva la veiem? En el nostre context, si una persona es posa malalta, li posem els mitjans perquè exerceixi el dret a una assistència tècnicament correcta. El dret a la salut, entès així, el tenim

molt ben assumit, però contraposant la nostra situació amb la dels països en vies de desenvolupament desconeixem què és la no-accessibilitat a uns serveis concrets que responguin a les nostres necessitats de salut. Hi ha una altra visió més social de la salut: l'aproximació de la salut des d'un punt de vista col·lectiu, és a dir, la salut pública. En l'àmbit individual-assistencial, el dret i el deure el tenim ben assumit, però, col·lectivament, els deures i els drets queden més diluïts, per no dir en ocasions totalment vulnerats.

Un aspecte menys conegut, més sorprenent: la salut com a deure. Som ciutadans, paguem impostos i, per tant, tot se'ns deu. És aquí on cal subratllar que, al darrere de tot dret, s'hi amaga un deure. Aquest vessant esdevé un clam adreçat a la ciutadania; l'exigència d'adquirir i promoure hàbits de salut, d'adquirir i de promoure una vida sana que permeti precisament això, viure, viure com a subjecte, com a protagonista de la pròpia vida.

Tenim, doncs, dos aspectes: la perspectiva de salut pública i la perspectiva més individual o assistencial. El dret portat a l'extrem és fins i tot un punt patològic i contraproductiu per al nostre benestar. Hi ha una visió col·lectiva: "quan jo fumo" "també fumo els que tinc al meu voltant" i no només això sinó que "jo, quan emmalalteixo, també emmalalteixo d'alguna manera el meu entorn". És una responsabilitat comuna que tinc amb la gent que m'envolta. Aquesta visió col·lectiva és la que, des de totes les perspectives, es pot objectivar com a vàlida a l'hora de parlar de deures de salut com a deure respecte a la societat i deure respecte al teu entorn.

"Digue'm com emmalalteixes i et diré qui ets". No només qui ets, sinó "d'on vénis". És a dir, quan fem una aproximació cultural al fet de morir i d'emmalaltir, les concepcions i els xocs culturals ens enfronten amb la nostra pròpia realitat i amb el nostre propi concepte d'emmalaltir –entès com una cosa dolenta–, que tenim culturalment. Des d'una perspectiva més global, fent un salt una mica qualitatiu, nosaltres també som responsables d'una salut més global, no aliena a la nostra societat, també respecte a la salut dels altres països en vies de desenvolupament.

També cal remarcar una pregunta que tots ens fem: "i per què emmalaltim?". Des del punt de vista científic, està molt clar per què emmalaltim. I també és una evidència que hi ha una desigualtat palesa en el nostre món respecte a l'accés a la salut, accés als serveis de salut d'assistència sanitària, etc. Hi ha un aspecte general: el binomi "malaltia - pobresa". És a dir, la malaltia provoca pobresa i la pobresa provoca malaltia. És un cercle viciós que es va retroalimentant l'un amb l'altre. No pobresa sinó misèria, i en situacions d'eco-

nomia fràgil, d'economia límit, el fet que un membre de la família emmalalteixi provoca que passi de la pobresa a la misèria. Es fa aquesta remarca perquè, si nosaltres volem lluitar o promocionar la salut als països en vies de desenvolupament, el primer que hem de fer és augmentar la seva qualitat de vida. L'exemple de la tuberculosi és molt il·lustratiu.

També ho és l'exemple de la malària, que va ocupar la ponència d'aquesta sessió. Em concentro en la relació pobresa-malaltia amb una variada incidència i distribució humana i geogràfica: grups diversos d'edat i majoritàriament a l'Àfrica subsahariana (endèmica en més de cent països del món), amb una incidència entre tres-cents i cinc-cents milions de casos clínics a l'any. S'estima que ha alentit el desenvolupament econòmic dels països endèmics.

Cal visualitzar que els països són pobres per moltes raons, però una d'elles és la salut; la mala salut no és solament conseqüència de la pobresa sinó que n'és la seva causa. I la malària n'és un bon exemple. La malaltia impedeix el desenvolupament econòmic i social; la ciència i el coneixement, amb les estructures adients, pot promoure el desenvolupament econòmic i social. Hi ha un gran desequilibri entre els recursos que es dediquen a l'atenció mèdica i a quina part de la població mundial s'adrecen: el 16% de la població mundial consumeix el 84% dels recursos mundials de sanitat.

Si la investigació és una estratègia, un recurs important per millorar la salut i, per tant, per promoure el desenvolupament econòmic i social, veiem que, de les càrregues econòmiques que es dediquen a la investigació biomèdica al món, les malalties que causen el noranta per cent de malaltia i mort amb prou feines reben el deu per cent dels recursos mundials que es dediquen a generar coneixement per millorar la salut. Mentre que el noranta per cent dels recursos mundials es dediquen a millorar la nostra salut i a investigar les nostres malalties que causen el deu per cent de la càrrega mundial. És el que s'anomena desequilibri estratègic. Cal preguntar, què es pot fer?

Pregunta: *Sobre el dret social, ¿quin lloc ocupen les mesures protectores de la salut, exercides a les administracions diverses que puguin tenir competència en temes com la contaminació ambiental, l'alimentació, etc.?*

Pregunta: *Com cal pensar el dret social envers les línies del futur, sobretot tenint en compte que tenim un model sociosanitari que possiblement d'aquí a uns anys no sé si serà sostenible? I també, quin seria el nostre deure personal envers l'estructura?*

Una ètica al servei de la salut

Segona sessió

16 de maig de 2007

Una ètica al servei de la salut recorda el plantejament del psiquiatre alemany E. Kretschmer (1888-1964) quan diu: “La salut pública no és primordialment un problema de bacteris, sinó un problema d’ètica”, i invoca així la preocupació per unes conviccions i unes actituds que van més enllà de l’àmbit estrictament professional.

La sessió s’inaugura amb una reflexió en veu alta sobre “què entenem per salut?”. Obligada la referència a Alma Atta en què es defineix la salut com alguna cosa més que la manca de malaltia. La salut s’està definint cada vegada més com una comprensió que abasta totes les esferes de l’individu, no només les físiques i biològiques, sinó també les mentals, i com totes aquelles que estan condicionades també per les influències socials. Hi ha una correlació molt clara entre nivell econòmic, nivell cultural, consum i preocupació per la salut i demanda de serveis sanitaris. De manera que els països més rics tenen molta més demanda de salut, perquè tenen una població que està menys disposada a suportar determinats condicionaments de la vida biològica. I a això afegim que vivim en una cultura en què tot es compra i tot es ven, en què tot es mercantilitza. És a dir, la inducció de determinades modes, de determinades preocupacions per temes de salut, es fa a través de missatges, des del cinema als diaris, i això és creixent.

Hi ha dues característiques que afecten la salut de la nostra cultura. Una és la creença que la medicina ho pot guarir tot: això crea com a conseqüència una intolerància creixent a la malaltia, al dolor i, en últim terme, al fracàs terapèutic, cosa que és dramàtica perquè el fracàs terapèutic, en últim terme, està assegurat. Segona, hi ha un altre factor que hi està contribuint. La relació directa entre determinats comportaments i determinats estats de salut i també determinats condicionants ambientals tipus tòxics ambientals, tipus exposicions laborals, etcètera, i determinades malalties. Es té la consciència que la salut és una combinació de gens, però també i molt, i moltes vegades decisivament, la salut bona o mala salut depèn dels factors ambientals i de la conducta del mateix individu. I això obre unes perspectives completament diferents.

Tal plantejament obre dues perspectives a l’ètica: l’ètica individual i l’**ètica col·lectiva**. Hauríem de promoure la consciència social que els béns que fan possible la cura de la salut no són il·limitats i que se n’ha de tenir un consum i una demanda responsable. Des del

punt de vista més col·lectiu, hi ha una qüestió que podríem dir de salut pública. Per exemple, l'obesitat infantil actual ja sabem que serà una epidèmia de diabetis dintre d'un temps. Aquí hi ha una idea que preocupa. Fa cent anys o cinquanta anys, depèn, la bona o mala salut d'una persona era una qüestió que la gent considerava que no era la seva responsabilitat. D'això vam passar a uns corrents de salut pública tendents a responsabilitzar la pròpia persona de la seva salut. I està bé que la gent sàpiga que, si pren massa alcohol o si fuma tabac, o si fa determinades coses, probablement la seva salut se'n ressentirà i després ho haurem de pagar entre tots, però el preu econòmic no seria el problema més greu, sinó el cost social que té això. Ara bé, ara estem donant un pas més i aquest és el que pot ser una mica problemàtic. Ja no diem "tu ets responsable de la teva salut", sinó que tendim a dir també "tu ets culpable de la teva mala salut", quan no tots els aspectes de la salut són controlables per l'individu. La salut individual depèn també dels sistemes polítics, econòmics, socials, religiosos. Llavors, una anàlisi de la salut individual i una preocupació per la salut individual ha de portar també una reflexió sobre els sistemes: econòmics, polítics, jurídics, religiosos. Al capdavant, quan es desenvolupa un pensament sobre la salut, també hi té molt a veure pensar com es relaciona l'individu amb el grup i com es relacionen les comunitats amb els sistemes. Això aniria dins del capítol de "manca de salut social" que, a més a més, pot expressar-se en manca de salut psicològica: manca d'una comunitat afectiva.

Hi ha una qüestió en l'àmbit sanitari que és la de la terminologia: hem passat de pacient a usuari o client. La terminologia mai és neutral. Es diu que "l'eficiència" en la gestió dels serveis sanitaris és un imperatiu ètic dels gestors sanitaris. Com a conseqüència d'això, molts hospitals van començar a substituir la paraula "pacient" per la paraula "usuari" i fins i tot deien "clients". La idea d'introduir la paraula "client" té un rerefons economicista: "tot es compra i tot es ven" i, per tant, el client té dret a reclamar, però el sistema també té dret a no donar-li-ho si no paga. Es reivindica la paraula "pacient" i la paraula "malalt" perquè, si no, estem negant la dignitat d'aquesta condició, "vull que se'm reconegui que, quan estic malalta, sóc vulnerable i, com a tal, necessito una protecció especial".

Després, en les qüestions ètiques, hi ha hagut una barreja. És la barreja del que es pot considerar valors personals. El malalt pot tenir les seves creences, però tampoc pot imposar-les a l'organització sanitària. El veritable debat ètic és que tota la gent de diferents creences es posen d'acord a veure quins són els valors compartits, quins són els que podem assumir entre tots per a tothom. Hi ha la neces-

sitat de construir un marc ètic social que arribi a uns consensos, que sigui, a la vegada, un punt de partença i d'arribada. Sempre amb una voluntat de servir més i millor al benestar. S'hauria d'incidir no només en això sinó en les polítiques de cada país. L'espiral pobresa-malaltia/malaltia-pobresa, ja comentada en la sessió anterior.

La salut té a veure amb el ser i estar de les persones i amb el món que aquestes persones creen, construeixen i viuen, i això té a veure amb l'ètica i amb els valors morals. El problema és: quina ètica i quin concepte de salut, ja que són conceptes culturals que, com les nostres identitats, tenen trajectòries històriques. La qüestió de l'ètica de la salut és un tot complex i ens hem d'habituar a gestionar la complexitat. Cal fer una reflexió més profunda de si en el camí de reivindicació de drets ens vam oblidar de la reflexió sobre els deures: com el deure de cuidar-se. I això implica un ciutadà conscient, un ciutadà crític. Per tant, una ètica al servei de la salut és una ètica cívica, és una ètica de les persones privades, és una ètica professional, és una ètica sanitària, és una ètica pública.

Pregunta: *La nostra realitat pot integrar viure buscant l'acceptació serena del patiment-malaltia?*

18

Pregunta: *La societat en què vivim és sana, facilita la salut, o no? Per què?*

Les cultures de la salut

Tercera sessió

14 de maig de 2008

La nostra societat ve d'una cultura determinada: la cultura cristiana, que té uns trets molt característics. Es parla molt de dolor, però molta gent encara entén que el dolor forma part de la vida, tot i que avui en dia hi ha molts mecanismes per alleugerir-lo. Som en una societat en què es dóna molta importància al tema de la mort i es veu com un fracàs, i la mort, culturalment per a nosaltres, és un tema molt íntim. Hem d'entendre, però, que tota vida humana ha de saber-se confrontar amb el dolor, amb el sofriment, amb la malaltia i amb la mort; amb les dosis tolerables i acceptables perquè és quelcom inherent a la mateixa vida.

Al tema de les *cultures de la salut*, cal afegir-hi temes que corresponen al canvi d'estructura social. Per exemple, avui es continua reclamant que la família es quedi a la nit, quan la gent a l'endemà ha d'anar a treballar. També avui, és qüestionable entendre la "paraula" del professional sanitari com a l'única valuosa; ens estem adaptant

a una nova situació: decidir amb la persona i no per la persona. Això, moltes vegades vol dir asseure't, dialogar, observar, passar estona, per veure com ho viu, com ho veu... i el factor temps ho dificulta. Sense oblidar la relativitat de les expectatives que ofereix a la població el discurs polític, juntament amb les expectatives que plantegen els mitjans de comunicació i que les persones poden entendre com a resolucions immediates que no són. A vegades, la informació desinforma. Tenim una cultura de la salut basada en mites als quals caldria fer una crítica clarificadora a fi d'ajustar-se a la realitat concreta: l'alimentació, l'esport, les prohibicions, la vellesa...

S'introdueix el tema de la immigració, la multiculturalitat, l'atenció a la població immigrant tenint en compte que som el país d'Europa en què l'allau immigratòria ha estat més ràpida. Això ha estat un canvi radical, perquè aquesta població té els seus propis costums i aquí ens movem molt amb el políticament correcte: hi ha la sensació entre alguna gent d'aquí que se sent en condició d'inferioritat en relació amb un immigrant, no solament en el tema de l'atenció sanitària sinó, també, en el tema de l'educació, l'habitatge, etc. No hi ha prou mediadors culturals; i veiem que hi ha col·lectius d'immigrants que són molt masclistes i, d'això, se'n fa experiència en el dia a dia del món assistencial.

Se segueix amb una intervenció com a ponència sobre "De la invenció de les malalties a la invenció de la salut". Es fa una prèvia sobre els límits de la ideologia que ha presidit la pràctica econòmica i la política en les darreres dues dècades i que ha influït, sens dubte, en la pràctica cultural. A finals del s. XVIII, els pares de la Constitució americana afegeixen que la Constitució vol fomentar "the general welfare (felicitat)". Aquesta proclamació constitucional del dret a la felicitat tenia, al s. XVIII, una lectura de no passar gana ni estar en la misèria. Però què vol dir al s. XXI el "dret a la felicitat" en països que han anat resolent el problema de la mortalitat infantil i l'augment de l'esperança de vida fins a límits gairebé insuperables?

Es fa un interessant recorregut històric sobre el procés de medicalització i els seus efectes en les polítiques públiques sanitàries, en l'educació mèdica i en la mateixa professió sanitària. El nostre benestar és una riquesa en un sentit ampli i ha representat que ens trobem davant un problema: en trenta o quaranta anys hem allargat la nostra capacitat de viure, amb una certa qualitat, però resulta que en aquest període ens trobem més sols i desamparats. Per què? Perquè el nostre model de medicalització estava pensat per resoldre malalties agudes, però no problemes que impliquin tenir cura d'algú a molt llarg termini. Quina és la demanda avui? Malalties heredode-

generatives, seqüeles somàtiques d'accidents i de patologia, discapacitat física i psíquica, la cura pal·liativa... Què diuen els pacients? Que no s'atenen les seves demandes, que no se'ls escolta, que s'han de buscar la vida dintre del sistema, que les seves opinions no són respectades, que els fan anar d'un cantó a l'altre derivant-los perquè aquest model sanitari és un model que exigeix el diagnòstic en equip i ja no el diagnòstic individual. És un sistema que és extremadament eficient si estàs malalt, però és extremadament ineficient si tu no estàs gaire malalt. Les característiques del model de diagnòstic hegemònic ha dut a un model mèdic especialitzat, no generalista, mentre que la pràctica cada cop més necessita de tot tipus de professionals: psicòlegs, logopedes, psiquiatres, infermers, treballadors socials, terapeutes ocupacionals, nutricionistes, fisioterapeutes... i ha de desenvolupar un tipus de recerca i de producció de coneixement que és menys quantitativa que qualitativa. Per exemple, no és el mateix ser diabètic a Batea, que ser diabètic a l'Eixample de Barcelona.

L'aspecte més interessant, però, de la nova situació és la crisi del procés de medicalització tradicional i l'emergència d'un nou model que té a veure amb una transformació del mercat sanitari, que passa a centrar-se menys en la malaltia, i molt més en la salut. Apunta qualsevol àmbit de la vida quotidiana en què la idea de salut o felicitat pugui estar present. Els discursos ja no els produeixen els metges i en general els professionals sanitaris, sinó els comunicòlegs, que aprofiten la generalització de coneixements sobre salut, malaltia i atenció per construir unes narratives molt més basades en objectius simbòlics o identitaris en relació amb el cos i menys en l'eficàcia farmacològica o terapèutica. I, llavors, el servei s'orienta a un mercat que ha de ser permanentment renovat i reinventat, cercant "malalties" o "malalties" potencials. Aquests canvis suposen una mercantilització de la salut i de la queixa que pot construir-se com a "trastorn" o com a "patiment". Aquest mercat, com el mercat detallista en general, necessita permanentment de nous productes, objectes, serveis. Però, és clar, com es pot pagar això en un país amb dret universal a la salut? On és el límit del que és raonable? Quin és el límit que ha de tenir l'estat del benestar i què podem dir i què no podem dir en relació amb l'estat del benestar? Per què?

Pregunta: La malaltia moltes vegades té causa social, causa cultural, com l'entendem? Com comuniquem els problemes de salut? Com vivim la recuperació de la salut? Com vivim aquesta pèrdua de salut de forma crònica o com reaccionem davant l'aparició de la mort? Com exterioritzem la nostra manca de salut o els problemes que tenim?

La salut que vol la “gent gran”

Quarta sessió

19 de maig de 2009

D'entrada es defineixen les característiques de les persones grans. En primer lloc, des del punt de vista individual, hi ha un parell de característiques que són molt rellevants. La primera característica és la vulnerabilitat que a la gent gran li dona el fet de tenir una pèrdua de la reserva funcional en tots els seus òrgans. Des del punt de vista fisiopatològic, mentre ens anem fent grans, nosaltres anem patint una sèrie de canvis fisiològics que sempre van cap a la disminució de la capacitat i, per tant, mentre ens anem fent grans, perdem massa muscular, perdem capacitat aeròbica, perdem capacitat als pulmons, als ronyons, etc. Bé, això el que confereix és una situació de vulnerabilitat; això fa que les persones emmalalteixin quan siguin grans i tinguin determinats problemes de salut. Una segona característica és l'heterogeneïtat no tant de l'individu com del col·lectiu, heterogeneïtat que ve determinada per trajectòries diferents en l'envelliment de les persones. Hi ha persones que, quan envelleixen, ho fan d'una manera, podríem dir, molt satisfactòria.

Això en termes generals. Ara bé, anant a l'aspecte més concret de les característiques de la gent gran, des del punt de vista de la salut, de com expressen els problemes de salut, cal considerar l'impacte que tenen damunt de la persona els canvis, les situacions d'estrès, com per exemple una malaltia. Això ho veiem perquè hi ha fets, com pot ser la pèrdua de capacitat funcional, que es presenten amb molta freqüència en gent gran i que normalment no trobarem en gent jove, el quadre confusional. Un dels problemes són les caigudes i les demències en general; això és un problema no només individual, sinó de salut pública.

Es ressalta la importància de la dimensió biopsicosocial. A mesura que ens anem fent grans, aquesta interacció entre aquests tres aspectes es fa molt més palesa: per exemple, les conseqüències d'una caiguda no són les mateixes que en una persona jove (aspectes psicològics, relacions de l'entorn queden afectades). L'envelliment com a procés: ens estem fent grans al llarg de tota la vida. Es fa esment de la II Assemblea sobre Envelliment de l'any 2002 a Madrid, amb la finalitat d'integrar els coneixements i les aportacions de diferents països per tal d'afrontar tot el procés d'envelliment fomentant un envelliment actiu.

Pel que fa als aspectes cognitius, és normal que, a mesura que ens anem fent grans, anem perdent memòria, anem perdent velocitat,

anem més lents a processar; les funcions frontals que ens permeten classificar les nostres capacitats també van canviant. I això interactua amb tot el que estem fent en la vida diària, això és normal. Una altra qüestió és fer el diagnòstic diferencial des del punt de vista més psicològic entre el que és normal de l'envelliment i quan s'està entrant en un procés patològic. I pel que fa als aspectes socials, que tenen molt a veure en tot aquest procés, trobem el tema de les pèrdues (un 20% de persones grans que tenen importants símptomes depressius). En el procés d'envelliment hi ha moltes pèrdues, no únicament de persones estimades, de les persones properes, sinó també pèrdues personals, en molts sentits: físiques, psicològiques... Fomentar la salut en la vellesa. Aquí hi entra tot el tema sanitari, social..., i garantir un entorn propici i favorable: és el tema de l'atenció interdisciplinària tenint en compte que cada persona és única amb relació a la seva pròpia vida.

Temes com tenir cura d'un mateix (higiene, anar al servei assistencial, vacunar-se...), l'entorn familiar i el seu suport, el sistema social-sanitari-benestar (lleis de dependència, pensions, formació de cuidadors, xarxa de serveis adaptada a les necessitats reals de les persones grans, una xarxa de recursos i de serveis que donin resposta a l'impacte de la salut sobre la discapacitat i la dependència...).

22

Tot seguit, hi ha un testimoni vital amanit amb anècdotes personals que il·lustren el que es diu. Una persona té més història que futur, des del punt de vista cronològic. Què li passa a una persona que pren consciència que és gran? Què li passa quan mira enrere? Es contempla des de tres nivells: *el primer*, el professional, intel·lectual i social; *el segon*, des del punt de vista familiar, quins són els canvis que es generen en l'àmbit familiar?; *tercer*, el personal, el de dintre de si mateixa. Dins el primer nivell, el testimoni, com a futur i immediat aví, es pregunta si la societat que la seva generació ha anat creant és una societat tal com la voldríem. Hem passat del temps del racionalment a un alt nivell de consum, un temps que albira un futur d'inseguretat: la gent té por (les pensions fins quan duraran?). Hem fet una societat consolidada humanament? Hem fet una societat molt economicista: és a dir, treballem per poder consumir, i hem de consumir perquè hi hagi producció; i el temps és per poder-hi projectar el teu projecte de vida. Les persones grans hem de ser conscients que cada vegada som més invisibles perquè els protagonistes són uns altres. I aquest sí que és un punt de reflexió per a les persones que cuiden la gent gran. S'ha de saber escoltar la saviesa mal expressada, perquè molta gent no té la preparació per poder-s'hi expressar; aquella persona és un subjecte que té un nom i un cognom i que té

una experiència, i que té una vida rica perquè és la seva, i s'ha de saber fer amb bon humor.

El segon i tercer nivell, el familiar i personal. Es passa a tenir una actitud més de patriarca, d'acollidor dels altres, és important establir una relació que sigui personal: és un moment de creativitat i descoberta, un estímul de vida important, la descoberta de sentiments i emotivitat. S'ha de saber afrontar els contratemps i reconstruir la pròpia personalitat, és un moment dur i complex. Manuel Ibáñez Escofet va escriure unes memòries seves ja de gran on deia: "La memòria és un cementiri". Volia dir que tots els seus ja havien mort. Cada vegada més, notes que tens més gent que s'ha mort, i aquest fet pot ser una incitació a la transcendència. No sé sap de quina manera, ni el com, ni el quan, però, des d'una perspectiva creient, saps que, en tot el que has patit, el que has compartit i el que has compartit amb els altres, l'última paraula no la té la mort física sinó que és en la pobresa total del llenguatge que saps que hi ha un més enllà i que, per tant, hi ha una Presència. Doncs, viure aquesta Presència esperançada i aquesta Presència creativa et dona una perspectiva també de pau. Quan et fas gran, hom comença a entendre que s'ha d'anar canviant, passar de tenir una vida activa a una vida més contemplativa. I quan et preguntes què hi pots fer, hi ha una cosa que sí que podem fer: humanitzar el nostre entorn.

Pregunta: *què prefereix: que li donin cures, infermers, quiròfans, residències, llits adequats... o que l'ajudin a anar fent el seu itinerari?*

La cronicitat: un repte social per al segle XXI

Cinquena sessió

11 de maig de 2010

La cronicitat, com a patologia, ve marcada pel fet de tractar-se d'un període de llarga durada, sovint per a tota la vida, i amb la qualificació d'irreversible. El pacient crònic té dificultats importants, viu especialment la fragilitat de la seva vida, sovint necessita trobar un nou lloc i un nou rol a l'escenari existencial, i ha de fer front a atencions i despeses sobreafegides a les quals no estava acostumat. Certament, no totes les situacions de cronicitat tenen les mateixes característiques. La longevitat és, sens dubte, un factor que cal tenir en compte i que accentua la presència d'allò que podem anomenar patologies cròniques, que no impedeixen el decurs de la vida però que, certament, l'alteren en una durada que cada vegada s'allarga més.

Per malalt crònic s'entén aquella persona per a la qual la malaltia suposa realment un estil de vida diferent i necessita quelcom més. Quan la malaltia crònica s'instaura en una família, com es pot viure bé? Hi ha un canvi important. Canvis en la forma de treball; al medi rural, la gent jove marxa i es queda la gent gran, una situació difícil en el procés crònic. Hi ha entorns força agressius, ciutats força agressives. Falta un gran debat social. Per on han de començar els grans canvis és pel nucli familiar i pels aspectes de la xarxa social més propera, l'anomenat "microentorn". Si als infants només se'ls explica el gaudi de la vida i les situacions agradables, difícilment podran entomar una dificultat com pot ser la cronicitat. Tot ha de ser ara, i el millor. Per això segurament també viure la cronicitat es fa molt complicat, perquè no és l'avui. En canvi, si anem a països amb renda baixa, no parlen mai del demà perquè el seu primer problema és solucionar com podran passar el dia d'avui; les seves prioritats són diferents, les seves expectatives són diferents, i les seves esperances també.

No serveix de res fer voreres accessibles a cadires de rodes, o a carrets de la compra, o als cotxets de les criatures, si no solucionem altres dificultats que tenen moltes persones amb discapacitats o amb problemes. Tot aquest debat va lligat amb les desigualtats en salut pel fet que tant la riquesa com la salut estan desigualment distribuïdes entre les diferents persones que habitem aquest planeta, i les que vivim al món ric, entre les classes socials, els gèneres, el país d'origen... Fa un parell d'anys, l'Organització Mundial de la Salut va muntar una comissió que es deia Comissió per Reduir les Desigualtats en Salut o Comissió sobre els Determinants Socials de la Salut. Els grans blocs tractats són la resposta social al que hem de tenir per millorar la salut de la població i per disminuir les desigualtats en salut, perquè, si volem millorar la salut de la població, també farem que els trastorns crònics o les persones amb malalties cròniques se'n beneficiïn.

Bé, el primer de tot és la distribució del poder, la riquesa i els recursos. Salut en totes les polítiques vol dir que es fa salut, perquè les nostres condicions de treball repercuteixen en la nostra salut o l'habitatge, per exemple. Una segona part, que són les condicions de vida i treball quotidianes al llarg del cicle vital: infància, treball i envelliment, el tractament a la dependència, que està lligat al que comentem de les malalties cròniques. Una altra part és la dels entorns afavoridors de la salut: escola, barri, treball, etc. Un altre apartat molt important és el dels serveis sanitaris per a tothom. No a una sanitat que sigui dividida, sinó una sanitat, una educació, uns serveis per a

totes les classes socials. Al final de tot aquest informe hi ha una part que fa referència a la informació, a la recerca i a la vigilància. Hi ha d'haver recerca sobre determinants de la salut, determinants de les malalties cròniques, no només la part més biomèdica, més biològica, sinó la part social. També es pot parlar de grans tics col·lectius, i situacions, que generen problemes crònics com, per exemple, l'individualisme, l'egocentrisme, la competitivitat, la guerra, la violència... són situacions de normalització de determinats aspectes que s'han cronificat.

Vivim a costa dels països pobres, i una part de la població que té més control sobre la societat en general s'aprofita de la gent que menys té. Això ha fomentat una societat molt individualista. És ben clar que la persona quan neix té més possibilitats de morir a la classe social a la qual pertany que no canviar de classe social al llarg de la seva vida perquè no comptarà mai amb les condicions per poder canviar. Un dels problemes actuals, entre d'altres, és, per exemple, el dels mitjans de comunicació: els mitjans de comunicació també fomenten una forma de viure individualista, basada en l'èxit personal. El tractament que es fa, per exemple, dels esportistes, dels cineastes... com si això fos una mica la manera d'emmirallar-se, quan en realitat estem parlant de somnis que no es poden portar a terme. La crisi actual també ha posat en qüestió aquest model, i això és ben clar; cal esperar que, com a mínim, la crisi serveixi per replantejar coses que han passat els últims anys i que ajudi també a pensar altres maneres de viure, i això vol dir canvis molt profunds, perquè els que vivim al Primer Món no podrem viure com vivim, no podrem viure igual. Ni amb la televisió ni amb els diaris habituals podem entendre el món en què vivim; cal llegir més, cal buscar més bibliografia, cal documentar-se més i, a partir d'aquí, podrem entendre i criticar la societat que tenim, i la crítica constructiva serveix per millorar aquesta societat. I per millorar-la, evidentment, hi haurà les parts individuals de cada un de nosaltres que formen una petita part de l'avenç.

Quant als serveis i professionals de la salut, hi ha un tema interessant que és el de l'atenció primària orientada a la comunitat, que no només consisteix d'educar les persones que vénen a la consulta, sinó d'aproximar-se també a la comunitat i veure quins problemes hi ha, per dur a terme algun programa concret. Hi havia un llibre que es deia *Provant de seure a l'altra cadira*: és a dir, m'assec a la cadira de la persona malalta o de la que ve a la consulta i intento pensar com se sent aquesta persona que tinc davant en aquell moment, i com l'estic tractant. Un comentari: a l'Estat espanyol estem amb despesa

social per sota, és a dir, si mirem la despesa social per temes de salut, educació, etc., en tot el que fa referència a benestar estem per sota dels 5 nivells de la Unió Europea. Sí que és cert que els països amb un estat de benestar més ampli han demostrat tenir més bona salut. Les persones que realment estan en una situació més precària en un moment de crisi ho passen molt pitjor que, evidentment, les persones que estan en situació menys precària. Aquesta crisi ens hauria d'ensenyar com pensar en un altre model de societat diferent.

Pregunta: Com viure els diferents tractaments de les problemàtiques generades per les cronicitats patològiques en l'escenari desigual de països rics i països pobres?

La mort, sentit i acompanyament

Sisena sessió

11 de maig de 2011

Té sentit la mort? Sabem que l'envelliment cel·lular, la degeneració cel·lular, és causa fonamentalment d'envelliment. Malgrat que és un fenomen natural, a les societats especialment occidentals o més benestants, es nega la mort i, en canvi, cada dia s'escenifica a través dels mitjans audiovisuals. Ens hem convertit en una societat que vol ser invulnerable i, en moltes ocasions, es viu com un fracàs de la ciència. Per tant, tenim un debat que va molt més enllà dels aspectes estrictament sanitaris, hi ha un debat cultural que té un impacte molt important en els sistemes de salut: hem de donar sentit a la vida per donar sentit a la mort. No es pot ser professional sanitari sense tenir ben interioritzat l'humanisme, perquè s'acompanya la vida i la mort: hem de curar, hem de cuidar i acompanyar en moltes ocasions en el tram final de la vida i en el tram que hi porta.

S'ha de donar sentit a la mort amb independència de les creences personals. Des del punt de vista de l'evolució, la mort és un gran invent de la vida per produir més vida perquè, com que vivim en uns planetes limitats on la matèria amb què es pot formar la vida és limitada llavors, perquè hi pugui haver noves possibilitats de vida, s'ha d'anar reciclant aquest material. Aprendre a morir és una cosa important, hi té molt paper la cultura i la religió. En la nostra societat s'insisteix en el dret a la vida. Si creus seriosament que tens un dret a la vida, que tens dret a la salut i que tens dret a la felicitat, en aquest món vius molt malament perquè contínuament qualsevol vulneració d'això no la veus només com un accident sinó com una vulneració d'un dret. La veritat és que no tenim dret a la vida; sí que tenim dret que els

altres no ens prenguin la vida, sí que tenim dret que els altres no ens prenguin la salut, però la vida és un do, és una casualitat, i crec que viure-la com a do és una manera molt més rica que no pas viure-la com un dret. Viure la vida com un dret és viure-la amb exigència, i viure-la com un do és viure-la a cada moment com una sorpresa.

La mort és el pas a la vida i això es una posició entre les moltes possibles. El ponent en distingeix set: 1) la mort com a fatalitat. Molta gent davant de la mort fa servir la frase "havia de ser...", és el *fatum* greco-llatí, que continua tenint presència en l'imaginari cultural; 2) la mort com a càstig. Es produeix, per exemple, quan hi ha un accident "que he fet jo...?"; 3) la mort com a alliberament: "Sort que ha mort perquè ja feia massa estona que patia..., sort que s'ha acabat tot"; 4) la mort com a accident inevitable. Una certa posició estoica. Nosaltres som aquí, la vida és un seguit d'incidents i accidents i n'arriba un que és aquest accident final, inevitable, i, per tant, ens hem de resignar, acceptar que això sigui així; 5) la mort com un pas provisional. Bé, és la reencarnació. Sí, ara ens hem de morir, però tenim una vida més o unes quantes vides més, per tant, provisionalment morirem però en virtut de la transmigració, de la reencarnació de les noves vides, no és el final de tot això; 6) la mort és el pas definitiu. Aquell que no té retorn, s'arriba aquí i punt; per tant, la mort és un final rotund; 7) en aquest pas definitiu d'autotranscendència, la mort té un futur: és la posició cristiana. Pas definitiu irreversible i pas definitiu autoascendent.

Quina percepció tenen de la mort aquells que no estan morint en primera persona, però la viuen en segona o en tercera persona? Hi ha una necessitat que cadascú pensi en la seva pròpia mort, la previsible i la imprevisible, no només aquella que és previsible per malaltia o envelliment. A Catalunya està legislat el Consentiment informat i la possibilitat de decidir el no-aferriament terapèutic. Tenim un Comitè de Bioètica de Catalunya molt plural; hem legislat abans que ningú la possibilitat de decidir per un mateix en aquests trams finals. Tenim cures paliatives de les persones que es moren. Hi ha un altre debat: cada vegada més persones moren a casa seva, és el retorn a morir a casa.

Aprendre a morir també ens ensenya a viure i condiciona la nostra manera de viure, i començar a pensar en la nostra mort també influeix en coses importants com pot ser la donació d'òrgans o el testament vital. Però hi ha un aspecte que sempre ens resulta difícil d'acceptar de la mort, que són les perspectives truncades: la mort d'un nen no és la mateixa que la mort d'un jove ni la mort d'una persona gran. Llavors es fa molt difícil acceptar aquesta mort segons quin trunca-

ment té de possibilitats. La possibilitat d'entrar en un temps nou, aquesta possibilitat d'una transcendència... es pot veure des de diverses perspectives. La paraula més associada a la mort és la paraula por. Por: la por de no patir, també la por del desconegut (què passarà?), la por també d'una experiència impossible d'experimentar perquè som una societat de tocar i veure i experimentar, i experimentar la mort és francament impossible. A la Bíblia, a l'Evangelí, als relats de la resurrecció, tota l'estona surt l'expressió "no tingueu por". "No tingueu por" d'una mort que no és l'última paraula sobre la vida.

El dol, el dol patològic, fins fa 20 anys no formava part de la pràctica diària del sistema sanitari, però ara tot dol va al sistema sanitari. Gairebé tothom pensa que s'ha de medicar per al dol amb antidepressius, ansiolítics, hipnòtics. Ara intentem veure que això no pot ser perquè el dol forma part de la vida i nosaltres haurem de superar dols. Ho dic perquè, en aquesta societat que tendeix a no parlar d'aquests temes, el sistema sanitari acaba sent el recollidor. Parlem molt poc de suïcidi. Hi ha una geografia del suïcidi. El suïcidi és de classes benestants, perquè els altres, com que es moren d'altres coses, no pensen en això. Tenim un programa que lidera Catalunya en xarxa europea de prevenció del suïcidi: el suïcidi és masculí, més que femení. La majoria de les persones que se suïciden a Catalunya no tenen patologia etiquetada de malaltia mental; algunes sí, però, quant a les altres, té a veure amb una falta de superació de situacions. Un altre tema és si s'ha de legislar o no l'acompanyament al suïcidi assistit; a aquelles persones que es volen morir però que no poden fer-ho amb la legislació actual. El que fem a través de les unitats i els professionals sanitaris de cures pal·liatives és acompanyar bé a ben morir.

Finalment, cal comentar dues visions diferents de la grandesa de la mort: el *Cant espiritual* d'en Joan Maragall i el de David Jou. L'un exalta la bellesa del món present; l'altre és des de l'experiència de la ciència i de la grandesa d'allò abstracte: la realitat no visible.

Pregunta: El pla d'integrar tot el tema de la mort dintre del programa educatiu, el veieu molt llunyà? S'hauria de fer pressió?

Les humanitats a Ciències de la salut

Setena sessió

14 de febrer de 2012 (edició d'hivern)

Aquest any, per celebrar el vintè aniversari de la fundació de la Universitat Ramon Llull i d'aquesta mateixa Facultat, tenim una

edició extraordinària al mes de febrer: *Les humanitats a Ciències de la Salut*.

Les humanitats a Ciències de la Salut ens farà notar que salut i malaltia, dolor i sofriment, són no només experiències personals, sinó també constructes culturals manifestats en múltiples formes i formats, que reflecteixen i incideixen en la vivència i expectativa del ciutadà. Es parteix de tres grans qüestions:

Una *primera*, avui les humanitats i la formació humanística són importants en la formació pròpia de la universitat, especialment per als futurs professionals de la salut. Una *segona* qüestió és si les interpretacions culturals manifestades de moltes maneres a través de les arts sobre la salut, la malaltia, el patiment, el neguit, el dolor, la mort, són rellevants i incideixen en les conviccions i les vivències de la ciutadania. I, en *tercer* lloc, preguntar com enteneu aquest títol: *el dolor i la catarsi, una perspectiva literària i filosòfica*.

La primera qüestió sembla òbvia. En aquest moment, des del vessant del que seria l'àrea de la salut o de l'ensenyament de la medicina, com des de l'àrea de les humanitats, es fa molt necessària una connexió de coneixements. Per exemple, el Jurament hipocràtic és un document formal però que la seva lectura introdueix un element bàsic: *que la medicina no era una tècnica o no se solia entendre exclusivament com una tècnica especialitzada, ni com una cosa purament d'experts, sinó que es podia entendre com un tractament globalitzat*. Continuant encara des del vessant de la salut, és indubtable que, a mesura que cada vegada s'ha anat fragmentant i especialitzant més el que és la medicina i les diverses especialitats, cada vegada es fa més estranya la figura del professional que és capaç de llegir el cos. Llegir el cos, tocar el cos, mirar el pacient, llegir la persona que es té al davant. Per tant, el primer nivell de l'humanisme seria aquest: *la lectura del cos implica una capacitat per llegir la condició humana*.

Evidentment, si el professional de la salut pogués tenir una formació cultural, filosòfica, literària, que el portés a un coneixement més ampli del que ha estat l'apropament humà a la condició humana a través de literatura, filosofia i art, arribaríem a aquella figura del professional humanista: en contacte amb el món que ens ocupa, amb la biologia, amb la genètica, amb la medicina; amb el que podria ser el diàleg també amb aquesta duplicitat cos-esperit, cos-condició humana. Tot el que és el món de la malaltia, el món de la salut, no és un món que es pugui recloure en el terreny de la professionalitat de la salut i de la medicina, sinó que implica tota la societat. La mateixa paraula: *enfermedad* (en català, *malaltia*). *Enfermedad* ve del llatí "infirmitas". *Infirmitas* és no estar a la terra ferma. La situació

d'*infirmetas* és la condició humana. La nostra situació habitual és d'*infirmetas*, és de no tenir certeses. Cap de nosaltres té una seguretat absoluta en la seva salut física, el seu equilibri, la seva harmonia espiritual. Vivim en una mena de miratge segons el qual se'ns promet la terra ferma contínuament, a través de la producció, del consum, de tots els valors propis de la nostra societat. Això fa que, en general, s'estigui poc preparat per a situacions d'*infirmetas*. La nostra societat a dia d'avui no estava acostumada a la possibilitat que l'ésser humà pertanyés a la *infirmetas*. Se li havia dit que tot es podia comprar, que tot es podia consolidar i, actualment, ens trobem amb la presència de la incertesa que ens desarma.

I això em dirigeix al segon terme, que a l'antiga literatura i filosofia grega es va utilitzar molt. El concepte d'*hibris*: podria dir desmesura, descontrol, desequilibri... Si alguna cosa estimaven els grecs en l'època clàssica era la lluita contra la *hibris*. La recerca d'un certa harmonia enmig del caos. La *hibris* era una dislocació que es produïa en el comportament humà. Individualment s'havia d'intentar evitar la *hibris*. Per exemple, crec que l'autèntic fundador de la democràcia no és el gran estadista Pèricles, que ho és en el sentit més històric, sinó Èsquil, que deia que *perquè hi hagués una llibertat col·lectiva, del poble, era imprescindible eliminar la hibris del funcionament social. Per tant, una democràcia no era posar vots en una urna, una democràcia era aconseguir una contínua mediació entre rics i pobres, entre vells i joves, entre malalts i gent que tenia salut...*

Quant a la tercera de les preguntes, a mi em sembla que és molt important veure l'encadenament que significa la nostra vida des dels àmbits més íntims fins als àmbits més còsmics. En aquest sentit, grans escriptors, com Montaigne o Shakespeare, com els científics de l'època del tipus Copèrnic, o metges fins i tot, tenien molt clara la idea de continuïtat, que és una mica el significat que tindrien els famosos emblemes de Leonardo da Vinci, en què es veu l'home microcosmos dins del cercle del macrocosmos. En aquesta relació, en aquesta intimitat entre macro i microcosmos, o en aquesta idea de gran cadena de l'ésser que significa des de la nostra cèl·lula més petita, el nostre últim àtom, fins a les estrelles, hi ha una determinada continuïtat que a nosaltres ens afecta i que, de vegades, a l'home contemporani, que està molt més acostumat al mecanicisme i a una visió, a una raó, pragmàtica, li costa entendre, li costa veure la visibilitat d'aquesta gran cadena de l'ésser humà.

Pel que fa al dolor físic, he de dir que molt poc narrat. Per exemple, el dolor en dos casos clàssics: el dolor de Job a la Bíblia i el dolor a l'obra *Philoctetes*. A Job, la descripció del dolor és pobríssima. Però

Philoctetes de Sòfocles ens il·lustra el terror que el dolor físic causava. En canvi, en la història de la pintura trobem que la representació del dolor físic és molt més detallada. En el cas de la literatura, hi ha un exemple en *La muntanya màgica* de Thomas Mann.

I l'últim terme és la *catarsi*: el treball de neteja, de purificació. *Catarsi* és un terme que hem heretat de la tragèdia grega. *Catarsi* seria la conseqüència d'una mena de xoc, que t'afecta de manera convulsiva i que, a través d'aquest efecte de xoc, reequilibra d'alguna manera els teus sentits. Aplicada a la tragèdia grega, la *catarsi* seria l'escenari on no es dissimulava res, s'ensenyava fins al fons el que podien ser els desequilibris de la condició humana. A través d'això s'originava un efecte de xoc a l'espectador i, a partir d'aquest efecte de xoc, s'esperava aquesta *catarsi*. És a dir, que l'espectador, en veure's reflectit en allò que succeïa a l'escenari, primer arribava a la màxima tensió per després poder-se alleujar. Els mecanismes de la *catarsi* de la malaltia són més filosòfics, els altres són més pictòrics, musicals gairebé. Com aquesta descàrrega d'adrenalina que et pot portar al final de la *Novena simfonia*, per exemple.

Pregunta: *En aquest dolor físic, també hi ha el context del dolor emocional o espiritual?*

31

El cuidador no professional: un perfil sociosanitari emergent

Vuitena sessió

15 de maig de 2012 (edició primavera)

Actualment, es visualitza un escenari social i sanitari que va adquirint proporcions rellevants: l'envelliment de la població, la situació del pacient crònic, l'acompanyament en la convalescència, un tipus de pacient ubicat al seu domicili i que necessita ser atès i assistit humanament i sanitària... Aquesta situació afecta un ventall ampli de persones i el seu entorn familiar i social. I és així com ha anat emergint la figura del *cuidador no familiar i no professional*. A la Facultat de Ciències de la Salut Blanquerna hi ha un treball de recerca anomenat *Guia de bones pràctiques ètiques del cuidador no professional* per distingir-nos dels codis deontològics convencionals.

El com i el perquè d'aquest fenomen del *cuidador no familiar i no professional* i qui són aquests cuidadors, quina feina fan i en què contribueixen són preguntes que ens fem. Tot això comença amb el fenomen de l'envelliment de la població. Hauria de ser per si mateixa una bona notícia, que s'acaba convertint en un problema. I ho

és perquè, individualment, el fet que les persones i la població envelleixin s'associa a una pèrdua de capacitats funcionals que fa necessari que aquestes persones requereixin l'ajuda d'una altra persona per poder portar a terme les activitats de la seva vida diària.

Tenim molta gent que necessita ser cuidada i la responsabilitat de cuidar està compartida entre el que en diem *sistema informal* (l'esfera familiar, amics, etc.) i el *sistema formal* (l'Estat, mitjançant els serveis sanitaris i els serveis socials; l'esfera comunitària, mitjançant els serveis no coberts pel sistema públic, com ara organitzacions sense ànim de lucre; i les residències, assegurances privades, etc.). El gran pes de la cura de les persones grans a la nostra societat l'assumeix l'esfera familiar. En aquests moments, es produeixen una sèrie de factors socials que fan que aquest paper que tradicionalment han assolit les famílies sigui més difícil de complir. Quins són aquests factors? L'augment de les persones grans (moltes viuen soles); hi ha més persones grans dependents, hi ha també altres formes d'atenció sanitària (atenció ambulatoria i la cura a domicili). La gent gran, què vol? Seguir vivint a casa el màxim de temps possible.

També tenim una altra realitat i és que les dones cada vegada més tenen activitat en la feina fora de la llar (el tema de l'atur seria una altra qüestió per estudiar). Un altre tema són els canvis en els valors socials: més individualització, creiem més en el plaer, la gent no està disposada a fer determinades accions i sacrificis que, habitualment, formaven part de la vida familiar. A això, què s'hi afegeix? Pocs recursos públics per fer front a tot aquest tema i recursos privats que resulten molt cars, i moltes famílies no poden assolir-los. Un altre tema complementari són els grans fluxos migratoris cap a la nostra societat. La presentació del problema seria: la família és la principal responsable de l'atenció de les persones dependents; cada vegada hi ha més persones dependents perquè la gent viu més temps, però, alhora, cada vegada hi ha menys membres dins de la família perquè s'ha reduït el nombre de fills, i les dones, que normalment assumien aquesta tasca, treballen fora de la llar i disposen de menys temps per poder cuidar aquests familiars. Davant d'això, les famílies, què fan? Cerquen alternatives per poder continuar tenint cura dels seus familiars però d'una manera que sigui realment assolible. I això ens porta cap un nou escenari. S'entrecreuen dos temes que són la *immigració* i l'*envelliment*. Les característiques d'aquest mercat laboral són: la irregularitat, una economia submergida; una feina precària i inestable.

Vegem quin és el perfil d'*aquestes cuidadores*. Majoritàriament són dones; l'edat mitjana, sobre els quaranta; el nivell d'estudis és ampli: des de persones que són analfabetes fins a altres que tenen estudis

universitaris, el grup més important és de persones que tenen estudis primaris i secundaris. Un tema important és el de la preparació que tenen per fer la feina que s'espera que facin: veiem que la formació és mitjana-baixa; a això s'hi afegeix el fet que pertanyen a altres cultures, amb altres maneres de fer i d'entendre. Quant al temps que fa que estan ocupades, les que fa més temps ho estan entre un i dos anys. Totes aquestes dades són oficials del 2005 de l'Imsero. Però la realitat no la coneixem del tot, perquè hi ha una part important submergida. Pel que fa a la nacionalitat, són dones de països de l'Amèrica del Sud, també n'hi ha de països de l'Est, però les famílies prefereixen persones que procedeixen de l'Amèrica del Sud perquè tenim en comú l'idioma i una cultura més propera, i això és important perquè les persones grans se sentin més còmodes. La jornada laboral pot ser d'hores saltejades, de mitja jornada, completa, externa o interna. La inserció laboral, la fan a través de contractes personals o associacions. Una altra característica és que tenen pocs dies i poques hores de descans, perquè la feina requereix una dedicació intensiva. Quant al tipus de feina que duen a terme, és molt variada: des de les tasques domèstiques, l'ajuda a la persona per a les activitats de la vida diària, cures personals, de vegades cures que hauria de fer un professional o un familiar ensinistrat i supervisat.

És molt clar que hi ha cuidadors professionals i no professionals. Una part molt important dels no professionals són els contractats o irregulars. Seria interessant fer una crida des d'aquí perquè algú s'animi a impulsar nous estudis.

Testimoni familiar: hauríem de tenir clar que una cosa és una demència i una altra, una incapacitat física. Són dos camins diferents que s'han de cobrir d'una manera diferent. Entenem la demència com tot el que afecta el funcionament neuronal i que provoca comportaments no habituals de canvi de caràcter i manca de memòria, entre altres símptomes. Al meu marit fa cinc anys que li van diagnosticar Alzheimer i encara té vitalitat, recorda els noms dels amics més que no pas jo, però té una manca enorme de memòria del temps i de l'espai, li hem d'organitzar la vida. Hi ha moltes associacions que fan un servei informant els familiars. Les meves experiències em diuen que es pot aprendre a cuidar un malalt si tens ganes de fer-ho. També em diuen que la gran majoria dels cuidadors no professionals i no familiars no en saben. S'ha de ser molt professional per saber que cada malalt necessita una cosa diferent. Això un familiar ho sap, si l'estima. Això el professional ho pot saber, ho pot aprendre. Com a mínim, pot aprendre a no aplicar una regla única per a tots. Per acabar, volia dir que s'ha d'estar molt alerta sobre què és el que un

malalt dement necessita. Un tòpic és que no viatgi. Hi ha molts malalts la il·lusió dels quals és viatjar i, si els organitzes el viatge, potser els fa una il·lusió tremenda i ho poden fer. És molt important conèixer el malalt, conèixer el que ha fet abans, perquè la seva vida tingui al·licients suficients per lluitar i tirar endavant i, sobretot, un entorn que l'ajudi.

Pregunta: Es pot incapacitar el cuidador? Perquè, de vegades, s'ha de defensar el malalt del cuidador... Qui cuida el cuidador informal no asalariat? Qui se n'encarrega?

La (des)medicalització

Novena sessió

16 de maig de 2013

Es tracta la controvertida qüestió de l'excessiva medicalització en la nostra societat i la conveniència d'una progressiva *desmedicalització*. El que es vol plantejar és l'adequada relació entre el ciutadà i els professionals de la salut; entre les possibilitats del ciutadà per tenir cura de la pròpia salut i la seva necessitat, i el dret reconegut que se'n deriva, de recórrer als coneixements, destreses i eines dels professionals de la salut i de les institucions sanitàries. Alguns sectors socials denuncien l'excessiva dependència del ciutadà envers l'atenció sanitària i les seves propostes terapèutiques, de vegades desproporcionades, si no innecessàries, i, fins i tot, induïdes per obscurs interessos econòmics. També és cert que aquesta reflexió s'inscriu en un escenari de crisi i retallada, que pot fer néixer la sospita d'una claudicació de l'estat del benestar en la deguda prestació de serveis sanitaris necessaris a la ciutadania. Hi ha en joc interessos diversos i percepcions diferents.

El més important en el concepte de medicalització és distingir un canvi que ha experimentat entre el que podem anomenar l'època moderna i la crisi d'aquesta modernitat amb la data simbòlica de l'any 68 com el punt d'inflexió. El terme *medicalització* fa referència a un procés que es pot explicar amb un exemple: En un país com pot ser Egipte, a l'inici d'aquesta època moderna i gairebé principis del segle XX, hi ha un seguit de mesures que es van prendre des del punt de vista polític i que van estar inspirades per una constatació de tipus mèdic: el fet de viure en llars que no tenen la suficient ventilació, per exemple. Això comporta un augment de les malalties respiratòries. O el fet de tenir encara clavegueres a la vista. Quan en una població s'instaura l'enterrament de les clavegueres i es

possibilita que no estiguin les aigües fecals a la vista, disminueixen les malalties gastrointestinals de contagi perquè els nens ja no juguen en contacte amb les aigües fecals que n'augmenten la transmissió.

Un altre tema és el tema de l'alimentació. Hi ha d'haver una alimentació suficient des de la infantesa. Totes aquestes intervencions són de nivell social o públic, però estan inspirades en constatacions de tipus mèdic. Això s'anomena medicalització de la societat en l'època moderna. Per tant, és una noció eminentment positiva. Un altre exemple d'això és el tema de la dessecació dels pantans a Itàlia. Al segle XIX la malària era endèmica a Itàlia, no només a l'Àfrica, perquè hi havia un seguit de pantans que eren un hàbitat adequat per al mosquit *Anopheles*, transmissor de la malària. Això necessita una avaluació mèdica que pugui constatar que aquesta malaltia pot eliminar-se amb una intervenció de política pública, que va ser dessecar els pantans a Itàlia, i amb aquesta intervenció la malària va desaparèixer. Això és medicalització a l'època moderna. I la medicalització es defineix a l'època moderna perquè, *a mesura que avança la medicalització, disminueix el nombre de malalties i patologies i, per tant, augmenta la salut de la població; hi ha uns índexs de salut millors. Per tant, com més medicalització, millors índexs de salut.* Això és en la seva versió primigènia.

Però resulta que, a finals del segle XX i inici d'aquest període que anomenem postmodernitat, apareix un canvi en la noció de medicalització. Apareixen un seguit d'intervencions i recomanacions mèdiques que es fan en les polítiques públiques que, a mesura que augmenten, fan que els índexs de salut de la població empitjorin, disminueixin. És a dir, que augmenta la medicalització en la seva versió postmoderna, i augmenta la patologia. Abans de fer unes intervencions que ja es poden pressuposar que seran de tipus de detecció precoç, teníem una població que es considerava sana. Apliquem una sèrie de tests per veure si realment hi ha una possibilitat de factors de risc o una patologia incipient, i aquella població que abans era sana, ara l'etiquetem com a malalta. *Aquesta és la diferència entre medicalització en el seu origen i medicalització avui dia.* I la noció problemàtica que ens pot fer plantejar la *desmedicalització*, la necessitat i, fins i tot, la urgència, evidentment no s'aplica en la noció antiga, perquè aquesta vol aturar un procés que, com més avança, més sana està la gent. Ningú voldria *desmedicalitzar* si la medicalització impliqués uns índexs de salut millors. Però, potser sí que hem de plantejar-nos *desmedicalitzar* si és veritat i constatem que, a mesura que avança la medicalització, la població, o bé objectivament o subjectivament, està més malalta.

Durant el segle XX, una cosa clara i objectiva és la millora de l'esperança de vida de la població. Podem constatar que, des de principis del segle XX fins a aquests anys d'inici del segle XXI, l'esperança de vida als països occidentals ha anat augmentant, i també els altres indicadors que ens parlen del nivell de salut de la població, que són la mortalitat infantil i el que s'anomena l'esperança de vida sana. Perquè, per avaluar la salut de la població, no només ens interessa fins a quina edat es viu, sinó amb quina qualitat es fa. Per tant, podríem dir que si això ha millorat, visca la medicalització.

Però la pregunta és: *com és que la medicalització de tipus 2* (amb paraules d'Ivan Illich) sembla que millori objectivament la salut, però empitjora la percepció de la salut? Aquest és el problema. Per exemple, l'angoixa no la reflecteix l'esperança de vida: l'hauria de reflectir l'esperança de vida sana, però hi ha uns detectors massa grollers per a detectar aquest estat d'ànim profund, o aquesta distribució de temps que empra la població en les societats contemporànies en cuidar-se mèdicament. I clar, una esperança de vida sana no ho mesura això.

I ara profunditzem una mica entre el que seria la paraula *medicalització* i *medicamentalització*. Això té a veure amb les companyies que es dediquen a vendre medicaments, i també pròtesis, material quirúrgic..., i tot el que és el negoci de la salut. Però la paraula *medicamentalització* té una altra part, que és la "mentalització": i la persona ho té clar i sap quins són els seus criteris i prioritats per avaluar la salut, amb la pressió externa no n'hi ha prou. La medicalització fa que el focus de l'activitat mèdica deixi de ser el pacient individual, per convertir-se en l'incentiu de guany i de negoci darrere del sistema sanitari. Però l'any 1998, en el Congrés de Bolonya, Ivan Illich s'adona d'un altre component: "L'obsessió per la salut s'ha convertit en una patologia".

Des d'una altra perspectiva, els medicaments sí que han ajudat en algunes coses. Hi ha aspectes en relació amb la medicalització que tenen a veure amb nosaltres i d'altres que tenen a veure amb l'estructura social en què vivim. També s'entén la medicalització com una utilització més raonable i racional quan sigui realment sanitari el consum. És a dir, la persona és l'última o la primera responsable de la seva salut entenent que el sistema l'ha d'acompanyar.

Pregunta: Quina qualitat penseu que no pot faltar en un professional de la salut que es formi avui dia? Es podria donar el cas d'iniciar un procés evolutiu i convertir els CAP en centres d'atenció participativa?

La salut i l'estat del benestar

Desena edició

12 de maig de 2014

Es tracta, en el fons, de formular adequadament què significa aquest model d'organització social i polític, l'estat del benestar. Un model que, sense dubte, vol emmirallar-se en el que ja funcionava i funciona a d'altres països europeus. El debat és viu, notori, mediàtic i gens fàcil; hi ha posicionaments diversos sobre la qüestió. Pretenem generar una plataforma de reflexió i de diàleg que ens il·lumini sobre la relació entre la ciutadania, la salut i totes aquelles instàncies que mediatitzen aquesta relació.

Algunes qüestions: Per què l'estat del benestar? Quines alternatives té? Quins avantatges sembla que presenta l'estat del benestar pel que fa a la salut de la ciutadania? Una segona pregunta: cal combinar les responsabilitats de l'estat del benestar amb els deures de la ciutadania en relació amb la promoció i prevenció de la salut? Quina relació han de tenir drets i deures? Una tercera pregunta: quines amenaces rep i amb quines fortaleses compta l'estat del benestar en les nostres societats democràtiques, però travessades per una severa crisi econòmica?

La força de l'estat del benestar va començar a néixer el segle XIX, sobretot, amb la idea que el capitalisme no era suficient per cobrir només, amb la pròpia estructura de mercat, allò que les necessitats humanes exigien. Realment tota la pobresa que es va viure arran dels primers anys d'industrialització, i que després va continuar, va exigir que l'Estat hi intervingués. L'Estat s'ha de preocupar, no només de temes que aparentment són llunyans, com pot ser la justícia, les presons o coses d'aquesta mena, sinó també en qüestions que tenen a veure amb la situació del benestar de la gent.

L'Estat té com a responsabilitat respectar el dret al treball, és a dir, donar feina a la gent perquè, sense una feina, no hi ha benestar (si des de dintre no generem llocs de treball, ni des de fora tampoc ens n'arriben, **l'única resposta és que aquell treball que tenim el repartim entre tots**). És una qüestió de redistribució. I, a més, és una qüestió a la qual la història ens remet: les novel·les que en Charles Dickens escrivia al principi de la revolució industrial feien referència a les penoses jornades laborals en condicions lamentables.

Crec que també hi ha dues qüestions més. A part del dret al treball, perquè la gent pugui viure bé, ha de tenir un sostre. Penso que l'economia té sobretot una funció social (avui dia el caixer automàtic és la millor obra social de les caixes). L'estat del benestar està en crisi,

segurament per la crisi econòmica, però està en crisi. Com es demostra aquesta crisi? Les pensions dels nostres avis resulta que estan congelades, o han augmentat un 0,5% aquest any. Parlant directament del tema de la salut, molts ambulatoris estan tancant a la nit o han reduït les prestacions. Què més passa? Hi ha símptomes de decaïment de l'estat del benestar. I per què cau l'estat del benestar? Perquè l'Estat no té diners. I quan un estat no té diners, per quina raó no en té, de diners? Per la mateixa raó per la qual nosaltres no tenim diners: o bé perquè ingressa poc o perquè gasta molt. Això significa que hauria d'augmentar els impostos per ingressar més? Crec que els impostos estan prou bé. El que cal és cobrar-los. Ha d'haver-hi una responsabilitat fiscal. Si l'estat del benestar no es manté és perquè hi ha gent que no paga. Per poder mantenir l'estat del benestar, primer cal ingressar, però després cal gastar bé. No hi ha cap necessitat de tenir una enorme despesa: "ens cal gastar 52 milions d'euros cada dia per preparar-nos per enemics inexistents?". Això no té cap tipus de sentit. Quina és l'altra despesa que no hauríem de tenir? Senzillament aquella que hem tingut en enormes quantitats de diners en els darrers anys: el rescat bancari. Oi que, si tinc un restaurant o si tinc una llibreria i em va malament, no puc anar al govern a dir-li que em va malament el negoci i que vingui a rescatar-me? Per què el govern rescata uns i no uns altres? Hem de començar radicalment a veure de manera diferent la nostra banca i entrar en aquest **món existent de banca ètica**: The co-operative Bank, és a Londres i va ser creat el 1872. Les banques ètiques fa temps que existeixen.

38

La segona intervenció de la sessió reflexiona sobre la genealogia de l'estat del benestar. És a dir, tenim un constructe, un artefacte que és l'estat del benestar. Llavors, la gènesi primogènita de l'estat del benestar, crec que l'hem de situar a la Il·lustració i el gran impuls vindrà al segle XIX: una construcció de l'Estat en què el valor de la igualtat d'oportunitats en matèria educativa, sanitària, política i social es pugui estendre a tots els ciutadans. El dret a l'ensenyament, el dret a una salut pública, el dret a un servei social, el dret a votar, drets de naturalesa diferent. Llavors, algú pot imaginar que aquesta idea és senzillament una idea molt llunyana però, de fet, on s'articula és als textos dels grans il·lustrats francesos i alemanys del segle XVIII. Veritablement, on té el seu impuls més fort, sobretot del valor de la igualtat, la segona de les tres paraules de la trilogia de la Revolució Francesa, és en els grans corrents socials i polítics del segle XIX. El segle XIX és un gran laboratori d'utopies, mentre que el segle XX és un gran laboratori de contrautopies. Al segle XIX ens trobem amb

un gruix immens de pensadors: Karl Marx, Bakunin, Proudhon, Saint-Simon, Fourier, Owen; pensadors socials que critiquen precisament les conseqüències nefastes de la revolució industrial que, aplicada d'una manera arbitrària, portarà abusos (Charles Dickens). El que imaginem aquest munt de pensadors és **un tipus de societat on aquests drets que s'escriuen en la Il·lustració siguin realment efectius**. L'estat del benestar serà *de facto* una realitat molt entrat el segle XX, i només en alguns països d'Europa. Vol dir que a la resta del planeta senzillament és ciència-ficció.

La primera de les paraules de la trilogia de la Revolució Francesa és llibertat: llibertat de comerç, de producció, de consum, de moviments, de creences, de premsa, etc. L'estat del benestar, sense negar el valor de la llibertat, ha subratllat els altres valors: l'equitat i la fraternitat, que ha transformat en el que anomenem "solidaritat": s'ha de contribuir perquè els altres puguin gaudir de drets i desenvolupar l'educació i la salut, encara que no tinguin el mateix nivell o circumstàncies privilegiades que hom té. Quan l'Estat no integrava aquests tres valors, succeïa que ordes i congregacions religioses feien feines de substitució d'aquest Estat (Vincent de Paul, Sant Joan de Déu, Benito Menni). Amb l'educació passava exactament el mateix. Aquest estat del benestar, que és fràgil, com es manté? Hi ha alguns elements que preocupen: la crisi econòmica com a pretext, la capacitat de generar riquesa, la productivitat, la sostenibilitat del sistema, l'eficiència i agilitat del sistema, la distribució i transparència dels béns públics, la natalitat, els estils de vida... o ens hem de culpabilitzar, però sí que és cert que tenim responsabilitats: cal saber què passa; informar-se bé, contrastar les informacions. Som ciutadans, no som súbdits.

Pregunta: *Què puc fer jo?*

L'acompanyament espiritual del malalt

Onzena sessió

11 de maig de 2015

L'Aula Salut Blanquerna-URL es proposa abordar en aquesta ja desena edició la importància i les particularitats de l'acompanyament espiritual del malalt. I ho vol fer, com sempre, en el marc conceptual de l'humanisme cristià que impregna la nostra universitat. Aquest humanisme posa a la persona al centre de tota activitat sanitària, de manera que el professional de la salut i les institucions sanitàries no només han de vetllar per l'atenció específicament terapèutica del

malalt, sinó també per l'atenció d'aquest malalt com a persona. De fet, la malaltia no és només una agressió a la salut i al benestar de la persona, és també una manifestació palesa de la seva fragilitat i vulnerabilitat. I, per això mateix, la malaltia posa en relleu i, de vegades fa trontollar, tot el sistema de valors i de creences que constitueixen l'ancoratge de l'ésser humà a la vida i al món. Amb la malaltia, la persona es replanteja qui és i cap on va, què ha de fer i què pot esperar. I el procés de reubicació en aquest mapa existencial no és senzill ni és fàcil fer-lo en soledat. L'acompanyament, aleshores, té un paper molt rellevant.

El primer que ens hem de plantejar és de què parlem quan parlem d'espiritualitat. P. Speck ens parla dels tres elements que configuren l'espiritualitat: (1) sentit, donar significat a l'experiència i a la vida; (2) finalitat i els valors morals, i (3) l'obertura al transcendent. Viktor Frankl parlava de la dimensió espiritual com la dimensió constitutiva de la persona. Dürckheim parla de quatre llocs privilegiats en què ens obrim al transcendent: la natura, l'art, la religió i la trobada amb l'altre. La dimensió constitutiva que ens fa persona és la dimensió espiritual.

 40

S'han volgut substituir molts aspectes de la dimensió espiritual per la dimensió psicològica, però la dimensió psicològica no ens pot parlar del sentit i del significat, ni de finalitat i valors morals, i difícilment des de la dimensió psicològica podem fer l'obertura al transcendent: som humans perquè tenim dimensió espiritual, no perquè tenim emocions o sentiments, és perquè som espirituals.

Per això, quan dins de l'espiritualitat aterrem a la malaltia, aquesta posa en joc la totalitat de l'existència humana. En aquest sentit, Laín Entralgo, a *La relación médico-enfermo*, parlava de la malaltia com a experiència de totalitat. Laín Entralgo deia que vigiléssim perquè, quan entrem en malaltia, entrem en terreny sagrat, i ho deia des d'un àmbit absolutament laic. I Joan Pau II posteriorment també ho va recollir: parlava de la malaltia com un esdeveniment fonant i fonamental de l'existència. Davant la malaltia, normalment afrontem una sèrie d'experiències noves que potser no hem tingut mai. Sentir-nos amenaçats, patir i tenir dolor, sensació de vulnerabilitat, d'invalidesa, que "m'ho hagin de fer". La malaltia no s'escull, es pateix. Però els que sí que triem som nosaltres, que escollim com a professionals ser a l'altre costat del llit. El professional ha triat ser allí, però el pacient no.

La malaltia i l'acompanyament poden oferir una sèrie de possibilitats positives perquè són moments clau on aflora l'espiritualitat. Ens sentim fràgils i tenim més necessitat d'obrir-nos als altres. Ens

obrim al transcendent i tenim temps. I és que anem per la vida sense tenir temps i, de cop, arriba una malaltia i dius “ara em sobra el temps”, perquè realment la vida t’atura. Per això la malaltia és com un *kit-kat*, un parèntesi vital.

Parlar de l’atenció pastoral és parlar d’una atenció des de la pobresa del pastor, del que dedica aquest temps a ajudar a entendre que Déu és a prop; és gent que ja està preparada, que entén aquesta relació. El llenguatge de la senzillesa en entendre que la persona és moltes més coses del que dèiem nosaltres. De vegades, el nostre acompanyament, l’hem fet racional i ens hem oblidat que hi ha una sèrie de dimensions que van dirigides a l’ànima. Perquè l’ànima emmalalteix, és un tros de la persona molt important. La capacitat de perdonar, la capacitat d’entendre que Déu és a prop teu, la capacitat d’entendre l’amor de Déu, això emmalalteix també. Possiblement la feina de l’agent pastoral és la d’ajudar a fer veure que realment hi ha aquestes dimensions que són fonamentals en la vida i que potser s’amaguen quan hi ha dolor, desconcert o aquestes pors. Hi ha un altre aspecte a remarcar: quin paper ens toca fer quan estem acompanyant una persona? Una de les coses és no enganyar. El malalt primer ha d’entendre que és mortal i que, en aquesta mortalitat, ha de saber ser feliç, perquè hi ha qui l’acompanya, hi ha aquesta presència misteriosa de Déu que fa que et puguis sentir acompanyat si dones aquest salt al transcendent. Aquest és el treball de l’agent pastoral.

Hi ha algunes coses que ens ajuden a pensar que la malaltia ve de Déu i que la malaltia resulta que és per provar l’home. Déu no ens prova. I aquí la nostra feina apostòlica consisteix d’ajudar que, en els moments difícils, la gent entengui que Déu és al seu costat. Hi ha una qüestió que no afrontem quan estem parlant del sagrament de la unció dels malalts. No tenim temps de parlar amb el que està greu i amb el que és al voltant d’aquesta persona o amb la persona que està menys greu i, possiblement, li farà un bé entendre que el camí que ha de fer el pot fer a prop de Déu. Si la professió de metge és vocacional, com no ha de ser-ho una persona que ha d’estar acompanyant l’últim tram de la vida? L’agent pastoral ha d’ajudar que aquests pacients entenguin que existeix el perdó: anar-se’n de la vida agraït a l’existència, agraït perquè vas néixer, agraït perquè avui ets aquí morint-te. Aquesta és una de les feines de l’agent pastoral.

En aquest servei religiós hi ha una cosa que és bàsica, que és saber que estàs treballant en un hospital i que has de poder connectar amb els que atenen la persona malalta. Quanta gent demana que l’assis-

teixis o l'acompanyis perquè se'ls ha produït un gran buit durant anys! A casa nostra, el servei religiós està regulat, subvencionat i previst legalment. Encara ens trobem que, quan hi ha persones que demanen un servei religiós, el personal de l'hospital no sap si n'hi ha. Potser l'altre paper que ens toca també des del servei religiós és poder encaminar a altres confessions. Hem de tenir la generositat i el goig de poder portar-los a aquella persona que els pot ajudar en aquestes dimensions concretes de la seva creença i de la seva forma de fer. Finalment, cal recordar que el servei religiós és complex, no es pot fer de manera improvisada. Des del pastoral de la salut sabem prou les lluites que tenim, hem tingut la feina per proclamar aquest servei, per engrescar persones que vulguin dedicar-s'hi, per ajudar que realment puguin agafar-s'ho amb aquesta dignitat i aquest sentir i aquesta valentia i, per tant, la formació sempre és necessària. Aquest servei només serveix per fer entendre la misericòrdia de Déu.

Pregunta: Creieu que els plans d'estudi i de formació dels professionals de la salut aconseguixen subjectes amb prou sensibilitat i coratge com per estar realment al servei i al costat de gent malalta?