DISCURS INAUGURAL

LA SALUT A CATALUNYA AL TOMBANT DEL SEGLE

Josep Laporte i Salas

Intentarem resumir un tema tan vast com és el de l'estat de la salut a Catalunya tot dividint-lo en quatre apartats:

1. Què es la salut?
2. Evolució durant el segle XX.
3. La situació actual.
4. Perspectives de futur.

Què entenem per salut?

El concepte de salut ha variat notablement en el curs de la història i a través de les diferents cultures. La multiplicitat de definicions existents en l'actualitat del terme "salut" ja demostra que no es fàcil assolir un acord unànime sobre un tema tan important. De fet, val a dir que, des d'un punt de vista sanitari, cada vegada s'ha ponderat més la importància de la salut com a quelcom més ampli que la mera absència de malaltia. Aquest autèntic gir copernicà es va posar en relleu en veure què succeia amb la implantació del *National Health Service*. En efecte, Beveridge, el seu impulsor, partia de la base que hi havia una quantitat estrictament limitada de malalts i que, per tant, el cost anual dels serveis de salut disminuiria a mesura que un tractament eficaç reduís la taxa de morbiditat!

De fet, hom partia de la base que la diferència entre salut i malaltia era nítida i que, per tant, en aconseguir que una persona "malalta" passés a ésser "sana" faria disminuir progressivament el gruix de "malalts". La realitat ha demostrat que aquesta idea era totalment equivocada per diverses raons. En primer lloc, cal reconèixer que, en termes científics o tecnològics, no hi ha una clara distinció entre salut i malaltia, atès que, en efectuar determinacions de qualsevol paràmetre, resulta pràcticament impossible fixar una frontera entre allò que és normal i allò que no ho és. Segonament, trobar-se "bé" o "malament" és un judici purament subjectiu i una bona prova n'és que, per exemple, una mateixa malaltia pot provocar una proporció de baixes laborals ben diferents en determinades circumstàncies. I, finalment, hi ha un altre motiu importantíssim. La incerta frontera entre salut i malaltia –tal com ha estat assenyalat pels propis impulsors del *National Health Service*– ha avançat en una nova direcció aquests darrers decennis: afeccions tals com l'alcoholisme, la depressió, les desviacions sexuals o, fins i tot, els problemes personals o les relacions familiars difícils o tenses són considerades malalties que requerixen tractament. De fet, hi ha molts problemes mentals o socials, abans considerats com a qüestions estrictament personals –algunes de les quals eren plantejades i eventualment resoltes als confessionaris–, que ara han passat a ésser tributaris dels serveis de salut.

En definitiva, tal como han dit els responsables del *National Health Service*, mentre que a la dècada dels anys trenta el volum de la morbiditat podia ésser considerat com a una gota de líquid d'una grandària mesurable, ara més aviat es considera semblant a una atmosfera planetària, d'una densidat cada cop menys intensa a mesura que s'allunya del nucli central però sense cap mena de límit identificable.

Aquest progressiu canvi del concepe de salut explica, com dèiem abans, la multiplicitat de definicions. Així Freud –tot tirant aigua al seu molí– ja fa temps que va dir que la salut era la capacitat de treballar i de fer l'amor. I, com molt bé sabeu, més endavant l'OMS ha definit la salut com "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no solament l'absència de malaltia".

Certament, les circumstàncies han fet que la definició de salut comporti aspectes personals, socials i, fins i tot, polítics. Així resulta lògic que, en el marc del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, la salut fos definida –gràcies especialment al malaguanyat Jordi Gol– com "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa". Sens dubte, doncs, la salut és un concepte relatiu i també estrictament personal, tal com assenyala en una recent entrevista Diego Gracia, director del *Instituto de Bioética* de Madrid. En ésser interrogat sobre què és la salut, respon: "La capacitat de dur a terme el projecte de vida que un es marca. De la salut i de la malaltia cal donar-ne una definició més biogràfica que biològica. Si jo volgués ésser pilot d'aviació, o córrer els cent metres com Donovan Bailey, m'hauria de considerar un malalt pel fet d'ésser miop o per la meva insuficient capacitat pulmonar. Com que el que vull ésser és professor d'universitat, em considero una persona sana".

TAULA I
Mortalitat per grups de causes
(en taxes per 100.000 habitants)

1900		1940		1995	
1. Infeccions	590	1. Circulatori	251	1. Circulatori	380
2. Respiratori	485	2. Respiratori	222	2. Tumors	286
3. Sistema nerviós	480	3. Sistema nerviós	178	3. Respiratori	84
4. Digestiu	384	4. Infeccions	167	4. Digestiu	52
5. Circulatori	310	5. Causes externes	138	5. Causes externes	41
Total (× 1.000)	26,3	Total (× 1.000)	13,5	Total (× 1.000)	10,1

EVOLUCIÓ DURANT EL SEGLE XX

Sense cap mena de dubte, al llarg del segle que estem acabant, el nivell de salut de la nostra població ha experimentat progressos espectaculars. És ben cert que no disposem de dades comparatives sobre el tema en termes positius, i d'acord amb el concepte actual de salut. Per això hem de recórrer fonamentalment als indicadors negatius i molt especialment a les **taxes de mortalitat** (taula I), que de 26 per 1.000 habitants l'any 1990 han descendit continuadament fins a 13,5 per 1.000 a mitjan segle i als voltants de 10 per 1.000 els darrers anys, xifra que més aviat tendeix ara a augmentar en envellir progressivament el conjunt de la població.

Altrament, és molt il·lustratiu fixar-se en les principals **causes de mort.** Les infeccions, responsables de gairebé una quarta part de les morts l'any 1900, ja havien disminuit molt sensiblement a mitjans de segle i ara ja no figuren entre les primeres causes, llocs que són ocupats per les malalties de l'aparell circulatori, els tumors i les pneumopaties, tal com succeeix a tots els països capdavanters que han experimentat una veritable transició epidemiològica, encara pendent en moltes contrades del Tercer Món, on predominen les infeccions i la malnutrició.

Tant o més espectaculars són els canvis experimentats per un altre indicador importantíssim del nivell sanitari: la **mortalitat infantil** (fig. 1). D'una taxa de 150 morts per 1.000 nadons vius a l'inici del segle no hem parat de baixar fins arribar a menys de 5 per 1.000 en l'actualitat, límit igual o fins i tot inferior al dels països més avançats i ja difícilment millorable.

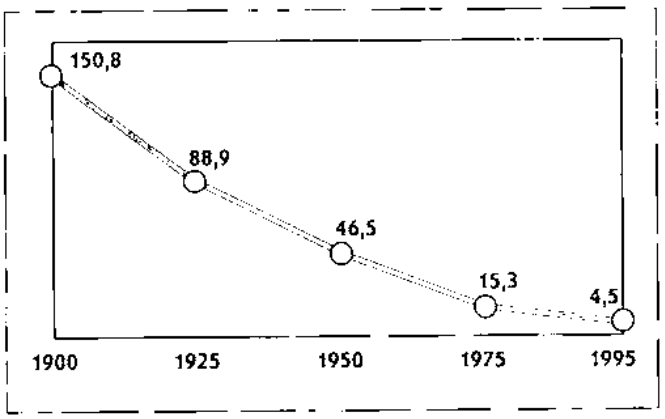

Fig. 1. Evolució de la mortalitat infantil a Catalunya (1900-1995). Dades expressades en nombre de nadons per cada 1.000 nascuts vius.

Aquests canvis són la causa de la gran prolongació de l'**esperança de vida** (fig. 2), que no ha parat de créixer, tant si la considerem al moment de néixer com si ho fem als 60 anys d'edat. En el primer cas, no hi ha dubte que la principal causa ha estat l'èxit de la lluita contra les infeccions que tantes vi des s'emportaven entre la infància i la joventut. Ara, l'increment de l'expectativa de vida a l'edat madura sembla indicar

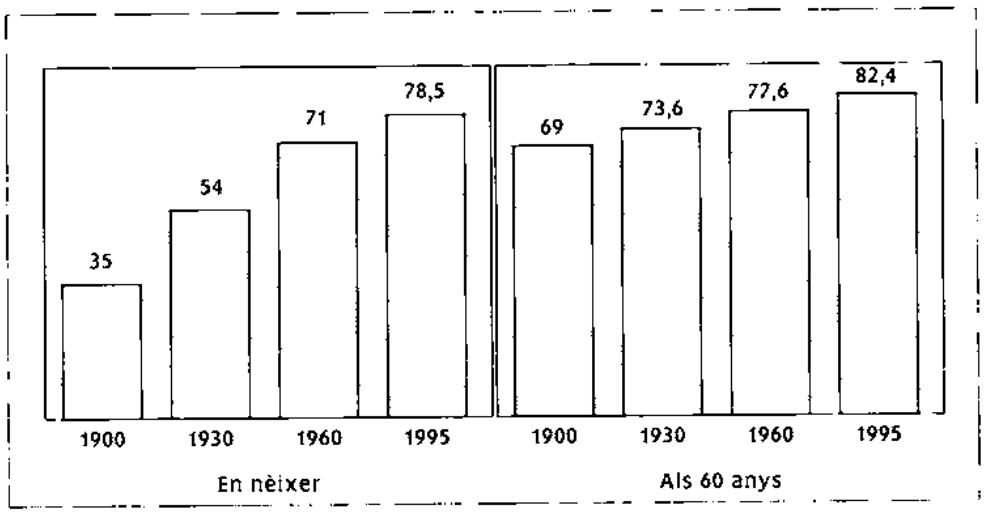

Fig. 2. Evolució de l'esperança de vida en néixer i als 60 anys a Catalunya (1900-1995).

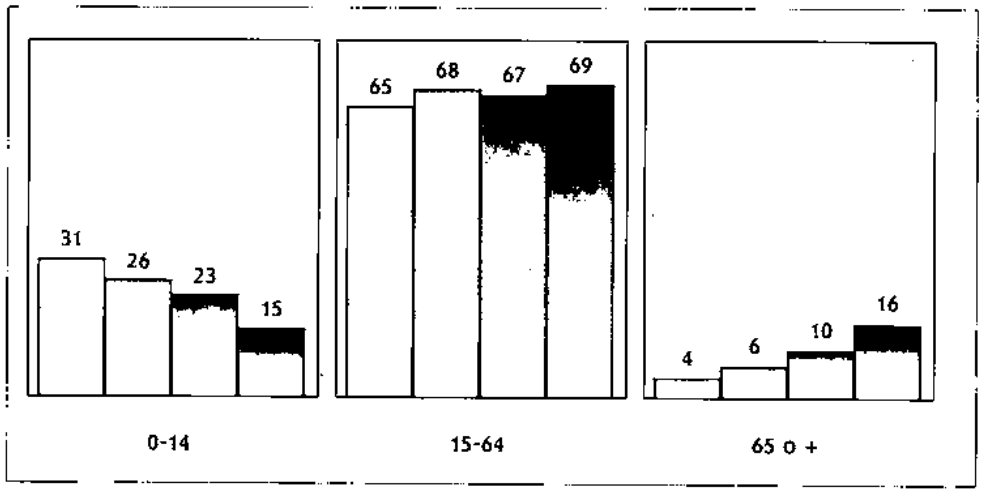

Fig. 3. Distribució percentual de la població per edats (anys 1900, 1930, 1960 i 1995).

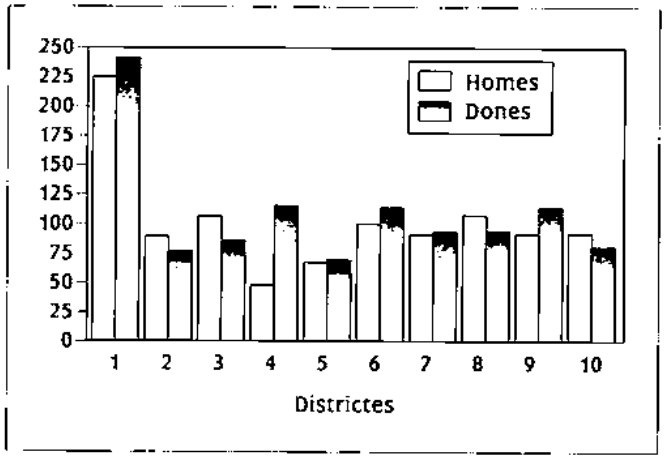

Fig. 4. Anys potencials de vida perduts, en funció del districte de residència i del sexe.

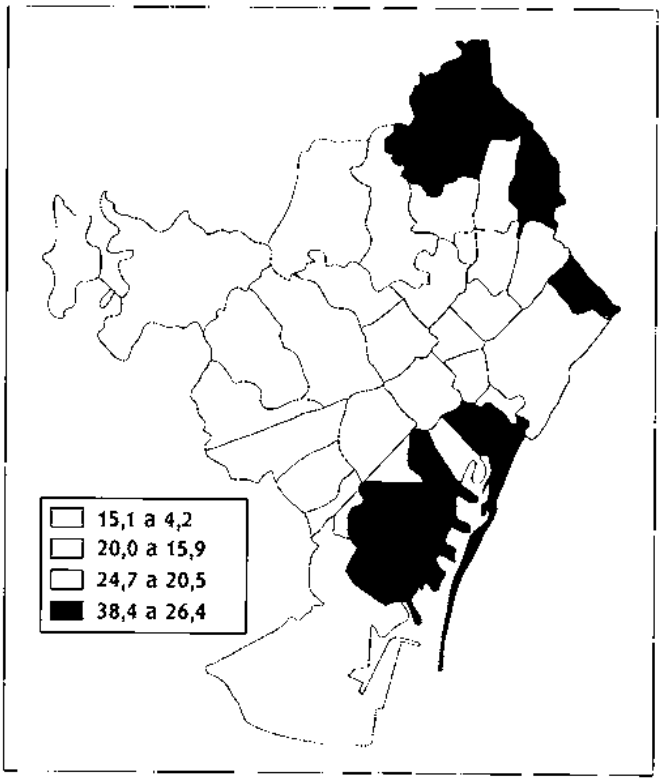

Fig. 5. Analfabetisme a la ciutat de Barcelona, per barris.

que la lluita contra les malalties de la maduresa comença a tenir un cert èxit.

Aquesta prolongació de la vida –que ha anat acompanyada d'una davallada espectacular de les taxes de natalitat i de fecunditat– ha produït un ràpid i important envelliment del conjunt de la població (fig. 3), amb les conseqüències que més endavant comentarem.

Els grans progressos de la medicina han contribuït, sens dubte, a aquest canvi tan favorable –tant quantitatiu com qualitatiu– pel que fa a les causes de mort i a la millora de l'estat de salut de la població catalana. Amb tot, no hem d'oblidar que –tal com ha estat repetidament indicat pels especialistes en Salut Pública– hi tenen també molt a veure altres factors, com poden ésser la millora de la nutrició i d'altres circumstàncies socioeconòmiques, entre les qual cal destacar el nivell educatiu del conjunt de la població. La situació actual a la mateixa ciutat de Barcelona ens en dóna una bona mostra. Així, en fer una comparació dels anys potencials de vida perduts (fig. 4) o dels anys perduts a causa de la SIDA a cadascun dels deu districtes de la ciutat, hom pot constatar com el districe I resulta molt més perjudicat que la resta. I si –tal com ha fet l'Ajuntament de la ciutat en una de les seves publicacions– comparem, barri per barri (figs. 5 i 6), el nivell d'analfabetisme amb els anys de vida perduts per mortalitat prematura, comprovarem com es manté aquesta lamentable coincidència.

LA SITUACIÓ ACTUAL

Tal com acabem de veure, la favorable evolució de l'estat de salut de la població –que ha comportat un gran increment de l'esperança de vida– i l'espectacular descens de la natalitat han produït canvis remarcables en l'estructura de la població catalana.

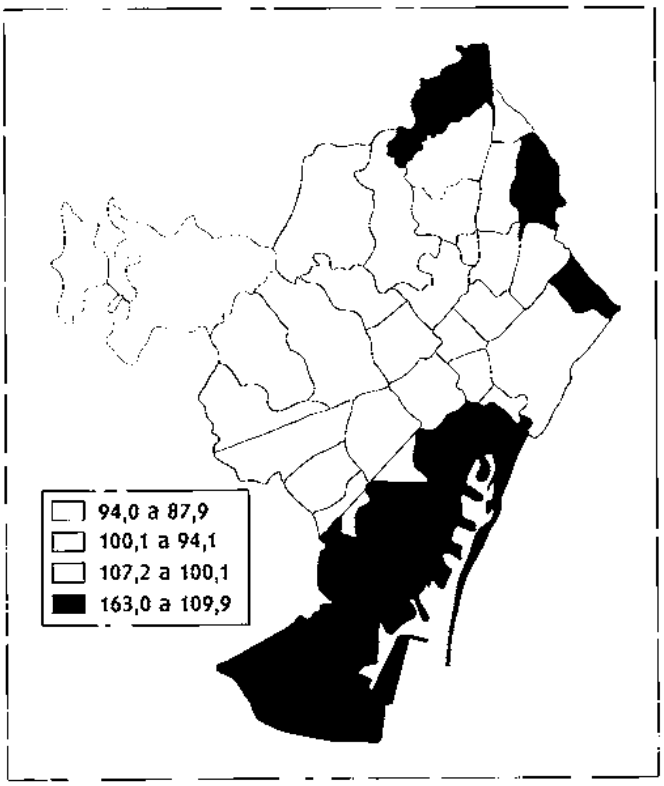

Fig. 6. Mortalitat prematura relativa a la ciutat de Barcelona, per barris.

L'anomenada piràmide d'edats (fig. 7) ja no és digna de tal nom i, per primera vegada a la historia, tal com ja hem vist, el nombre de persones de 65 o més anys d'edat supera el dels joves de fins a 15 anys. Aquest envelliment progressiu del conjunt de la població condiciona, com és lògic, la prevalença dels diferents tipus de malalties i ens trobem ara –tal com succeeix en tots els països del món occidental– amb un gran predomini de les anomenades, en termes sanitaris, malalties no comunicables, pròpies especialment de les persones grans.

Altrament, tanta o més importància que a les causes de mort és dóna actualment els anys potencials de vida perduts i als anys viscuts amb alguna incapacitat més o menys important. Així, a la figura 8 podem veure com l'any 1995, a la ciutat de Barcelona, les principals causes de pèrdua d'anys potencials de vida foren, en els homes, la SIDA, les causes externes i el càncer de pulmó i, en les dones, les causes extenes, la SIDA i els tumors de mama. És obvi que qualsevol plantejament de política sanitària cal que tingui en compte aquests fets a l'hora d'establir prioritats.

Altrament, en els moments actuals ja disposem de dades fefaents no solament sobre els aspectes negatius de la salut (mortalitat, morbiditat) sinó també sobre l'estat de salut subjectiu de la població. En efecte, a la dècada dels vuitanta, sota els auspicis del Departament de Sanitat, s'inicià a Catalunya el programa CRONICAT, transformat després en MONICAT, dedicat a l'estudi dels factors de risc i de la incidència de l'infart de miocardi. Posteriorment, el mateix Departament de Sanitat l'any 1994 va dur a terme una àmplia enquesta de salut per interrogatori d'una important mostra (15.000 persones) de la població catalana. L'autopercepció de l'estat de salut, en concordància amb els comentaris que hem fet sobre el concepte de salut és, en conjunt, ben positiva (fig. 9). Un 80,8% d'homes i un 75,8% de dones consideren que la seva salut és excel·lent, molt bona o bona, mentre que només un 2,9% d'homes i un 4,3% de dones la valoren com a dolenta. També resulta molt il·lustratiu conèixer la freqüència amb què la població de més de 14 anys percep o ha percebut algun trastorn crònic. El més freqüent és l'artrosi, reumatisme o mal d'esquena crònic (32,2%), seguit de la hipertensió (16,4%), les varius (15,7%), les al·lèrgies (14,0%), la depressió o l'ansietat (11,0%) i el colesterol elevat (10,1%).

Els resultats globals de l'enquesta de salut varien, com és lògic, entre els diferents grups de població. Ja hem vist a la figu-

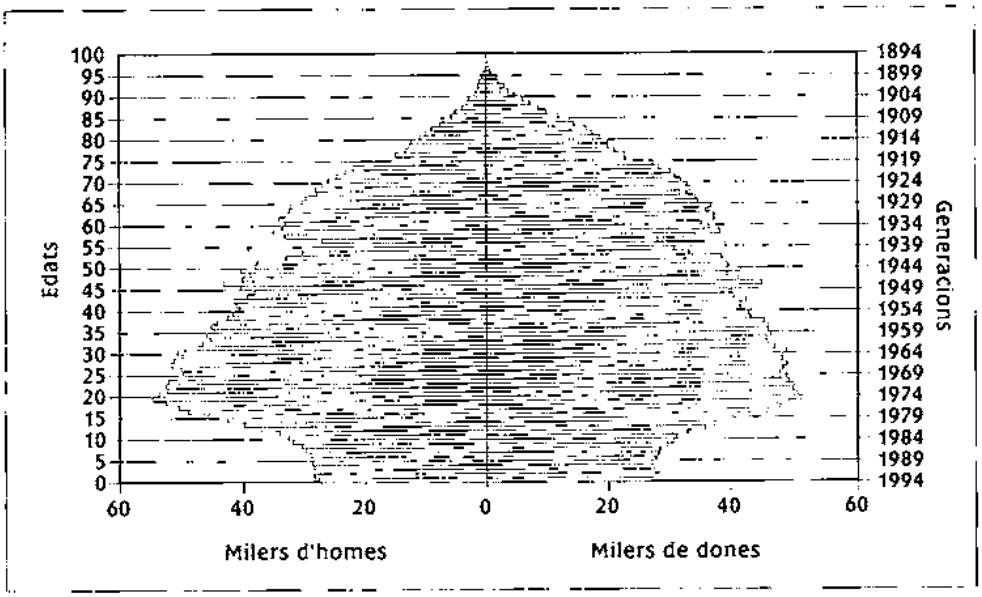

Fig. 7. Estructura de la població de Catalunya (any 1994).

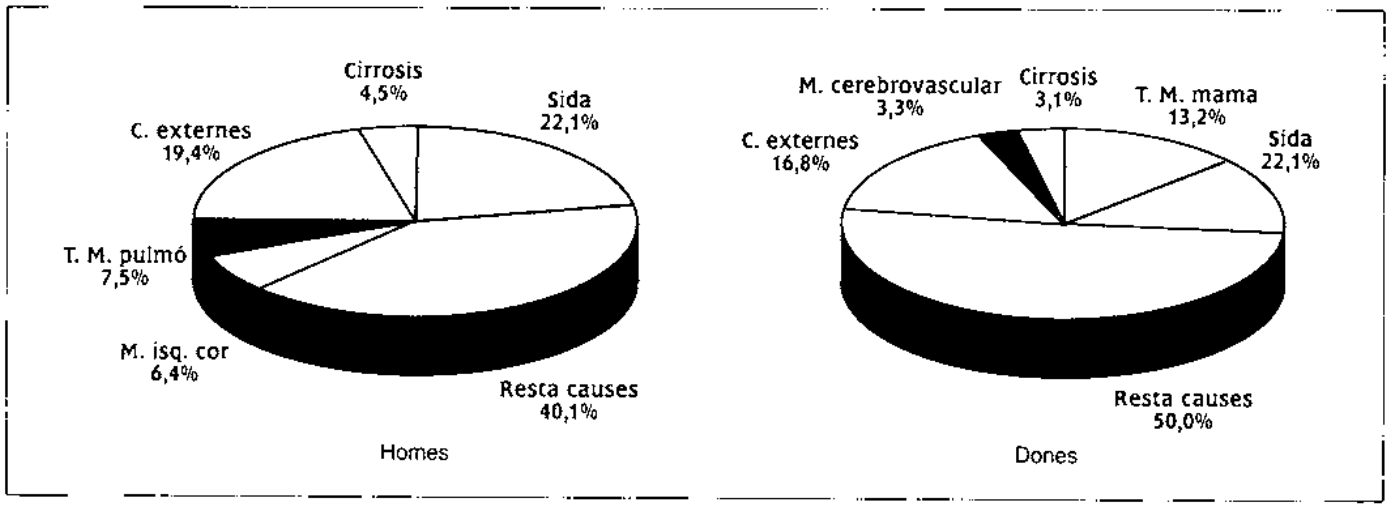

Fig. 8. Principals causes de pèrdua d'anys potencials de vida a Barcelona, distribuïdes segons el sexe (any 1995).

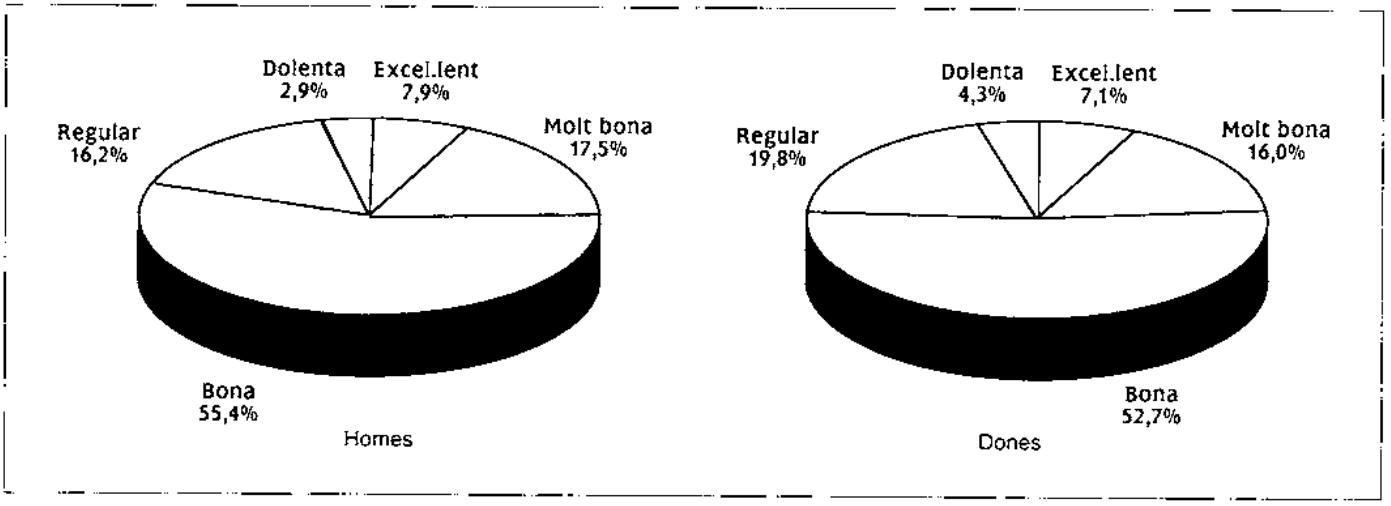

Fig. 9. Resultats d'una enquesta sobre autopercepció de l'estat de salut realitzada pel Departament de Sanitat en una mostra de 15.000 persones (any 1994).

ra 9 que les dones tenen més tendència a considerar la seva salut poc satisfactòria, i, si tenim en compte els problemes de salut crònics que hem enumerat, veurem que afecten, en conjunt, un 68,2% de dones i un 56,0% d'homes. Així mateix la presència de discapacitats s'incrementa amb l'edat (fig. 10) i –en consonància amb els fets esmentats anteriorment– un estudi fet per l'Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya, a partir de les dades de l'Enquesta de Salut, demostra l'existència de desigualtats de salut segons la classe social (fig. 11).

Com molt bé sabem, les malalties degeneratives, ara predominants, poden ésser eficaçment previngudes tot actuant sobre els factors de risc que contribueixen de manera decisiva a la seva aparició. Basant-se en aquest fet l'OMS ha fixat uns objectius *(Salut per a tothom l'any 2000)* que el Departament de Sanitat ha fet seus. En alguns casos aquests objectius ja han estat abastament aconseguits a Catalunya (per exemple, el descens de la mortalitat per malalties cardiovasculars, la disminució de la mortalitat infantil i maternal, la prevenció de determinades infeccions pròpies de la infància, la prevalença de la càries dental, etc.). Però en altres casos es considera pràcticament impossible assolir les fites marcades (lluita contra el tabaquisme, consum excessiu d'alcohol, taxa de mortalitat per tuberculosi pulmonar, adopció d'una dieta adequada, pràctica habitual d'exercici físic, etc.).

Val la pena considerar ara més detalladament quina és la situació pel que fa a les principals causes de mortalitat o de pèrdua d'anys de vida activa. Les malalties cardiovasculars tenen tendència, en els països més avançats, a una disminució sostinguda (fig. 12) i cal indicar que Catalunya es troba entre les contrades amb un menor índex de mortalitat per aquesta causa, fet en el qual segurament influeix la tan ponderada dieta mediterrània. També hi té una influència el progressiu increment de les persones que habitualment vigilen la seva pressió arterial i l'adequat seguiment de l'oportú tractament (fig. 13).

La mortalitat per càncer no cessa d'incrementar-se: les taxes de mortalitat són cada cop més elevades i ara un de cada

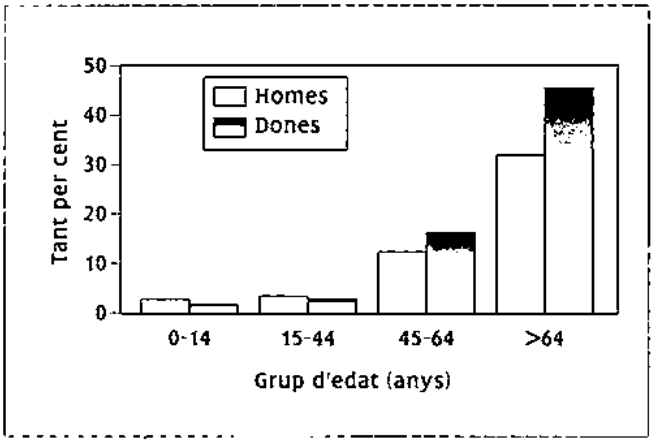

Fig. 10. Presència de discapacitats, segons grup d'edat i sexe.

quatre homes i una de cada cinc dones sucumbeixen a aquesta malaltia. En el sexe masculí l'augment més significatiu s'ha produït en les neoplàsies de pulmó i bronquis i, sense cap mena de dubtes, l'hàbit de fumar hi té una gran responsabilitat. Per això és tan important la lluita contra el tabac, producte que no solament és agent potencial de neoplàsies al pulmó i altres òrgans (s'estima que és responsable d'un 47% de les neoplàsies dels barons) sinó que també és un factor de risc per a altres afeccions i molt especialment per a les cardiovasculars. A Catalunya la prevalença de l'hàbit del tabaquisme és molt alta i, malgrat les campanyes efectuades, continua essent en conjunt elevada, atès que el descens aconseguit entre els homes (especialment en certs col·lectius exemplars) queda compensat per l'increment observat entre les dones de manera pràcticament total (taula II). Altrament, pel que fa al sexe femení, el càncer de coll d'úter i especial-

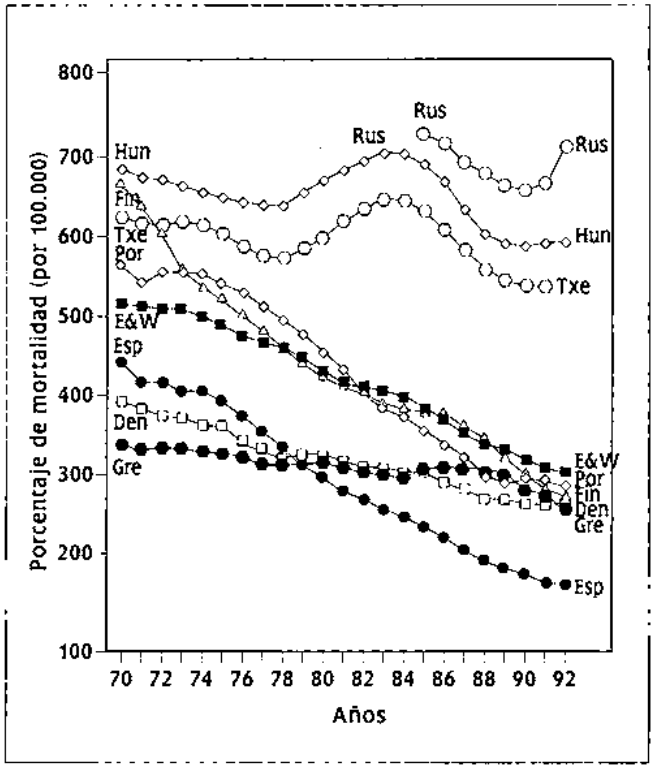

Fig. 12. Tendència de la mortalitat deguda a malalties cardiovasculars a diversos països.

ment el de mama són especialment perillosos i freqüents, i per això és tan recomanable la pràctica periòdica de mamografies i exàmens citològics vaginals.

Tal com ja hem tingut ocasió de comentar, una altra de les plagues dels nostres dies la constitueixen els accidents de trànsit, una de les primeres causes de pèrdua d'anys de vida i de greus discapacitats. Afortunadament les campanyes de

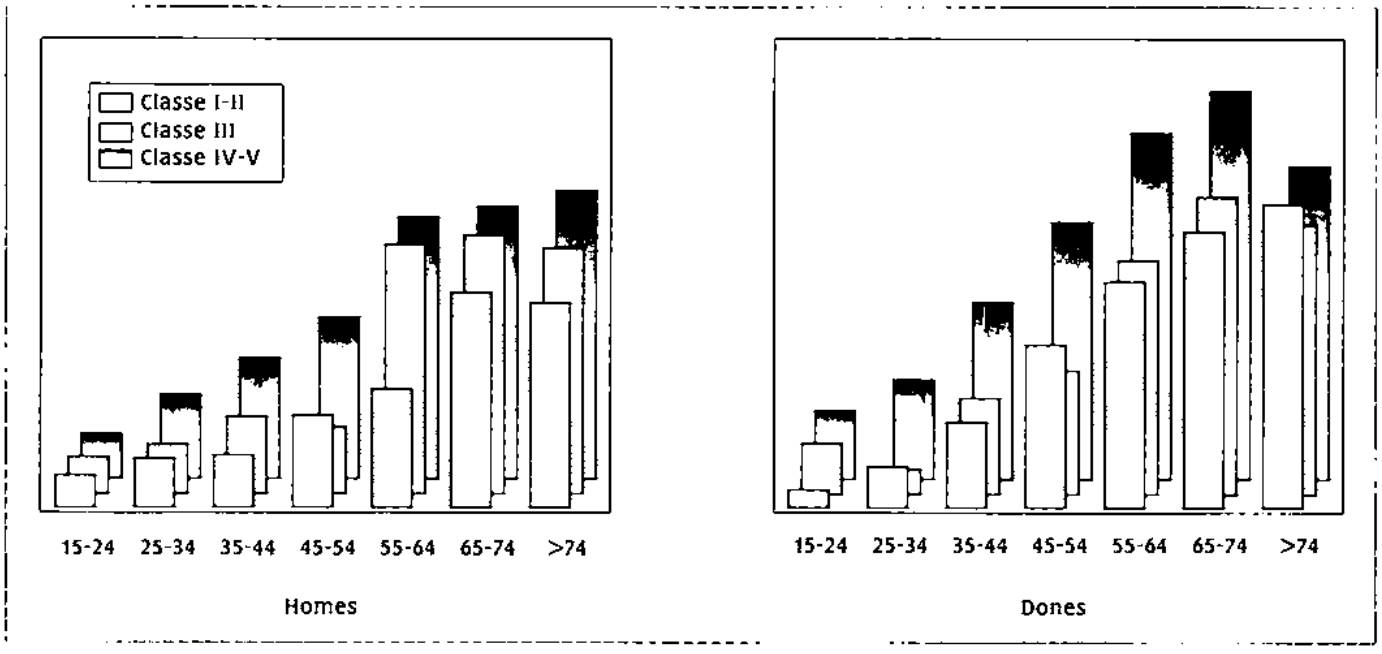

Fig. 11. Individus amb salut "dolenta", segons la classe social, edat i sexe. Enquesta de Salut de Catalunya, any 1994.

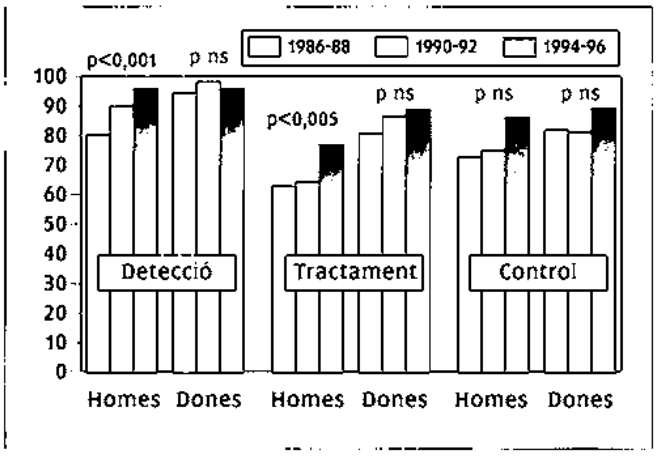

Fig. 13. Evolució en la detecció, el tractament i el control de la hipertensió arterial.

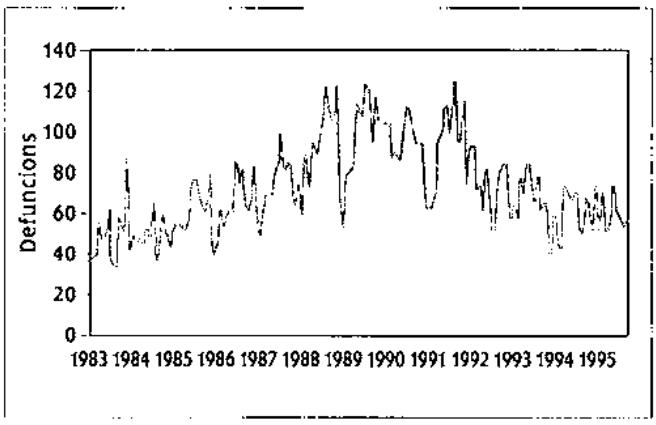

Fig. 14. Distribució anual de les defuncions per accident de trànsit.

sensibilització han aconseguit trencar la tendència de creixement constant del nombre de víctimes, que s'han reduït en pocs anys pràcticament a la meitat (fig. 14). Amb tot, seguim amb una sinistralitat molt elevada (a Catalunya, 501 morts l'any 1996 i 506 el 1997) que cal creure que disminuirà més amb l'entrada en vigor dels nous límits d'alcoholèmia tolerable. El tema de les infeccions resulta més complex. Els grans progressos assolits gràcies a la higiene, a les vacunacions i al descobriment de medicaments idonis han pogut fer creure en una progressiva eradicació de moltes infeccions. Així a Catalunya en els darrers anys no hi ha hagut un sol cas de poliomielitis, de diftèria o de rubèola congènita, s'ha produït un descens notable de la morbiditat per tètanus, tos ferina, parotiditis i rubèola, i fins i tot es pot pensar en una propera eliminació del xarampió. Però en canvi no és menys cert que hi ha noves infeccions emergents: en els darrers vint anys, per exemple, s'han reconegut en diversos països una trentena de noves infeccions (per exemple la malaltia del legionari i la febre hemorràgica per virus Ébola, al costat de la malaltia dita de les vaques boges, produïda, segons sembla, per un prió). I,

TAULA II.
Prevalença del tabaquisme

	1982	1986	1990	1994	Variació (%) 1994-1982
Homes	58,3	57,6	49,7	46,3	-20,8
Dones	20,0	23,4	25,7	25,6	27,5
Total	37,9	40,4	36,7	35,3	-6,9

sobretot, hem sofert l'aparició de la SIDA que, com és ben sabut, afecta profundament el sistema immunitari i, entre moltes altres conseqüències, ha causat un increment de les taxes de tuberculosi. Durant els darrers anys s'han diagnosticat a Catalunya (una de les contrades europees més afectades) un nombre creixent de nous casos, amb un màxim de 1.529 l'any 1994. Des d'aleshores s'observa una considerable disminució (1.189, el 1996). La taxa de mortalitat és de l'ordre del 60% dels afectats, bé que amb l'actual utilització simultània de diversos fàrmacs sembla que la malaltia tendeix a esdevenir crònica. Aquesta desgraciada circumstància ha col·locat la SIDA com a la primera causa de mort juvenil i, a més, com a una de les càrregues més feixugues per al pressupost sanitari. En definitiva, cal admetre que l'eradicació de les infeccions no és un objectiu realista i que les circumstàncies del món actual (extraordinària mobilitat que comporta allò que s'ha anomenat "**l'aldea global**") obliguen a ésser molt cautelós a l'hora de pronunciar-se sobre l'avenir de les malalties infeccioses.

Per a acabar aquesta repassada sobre les principals causes de mort i d'incapacitació cal fer constar que els problemes de **salut mental** constitueixen un greu problema a causa de la seva prevalença creixent (fig. 15) amb greus conseqüències d'incapacitació de gran transcendència social i econòmica.

4. LES PERSPECTIVES DE FUTUR

Revisada la situació actual, sembla lògic que ens preguntem ara què podem esperar en el futur i quines són les eventuals mesures a prendre per tal de poder millorar o, si més no, mantenir l'estat de salut de la nostra població. Val a dir que tinc una gran desconfiança en la prospectiva. L'any 1990, a l'obra *Le President*, F.O. Giesbert afirmava: "Els anys trenta, el president nordamericà Franklin D. Roosevelt va encarregar a la seva administració la realització d'un ample estudi sobre les tecnologies futures. Quan l'estudi fou publicat causà una gran impressió. Certament, resultava fascinant. Només hi havia un problema: no s'havia previst l'arribada de la televisió, ni la del plàstic, ni la dels avions a reacció, ni la dels trasplantaments d'òrgans, ni la dels raigs làser, ni tan sols la dels bolígrafs!" Tot i això, penso que val la pena referir-nos breument a dos documents recents que s'ocupen del futur de la sanitat.

En primer lloc, em voldria referir a l'important estudi *The global burden of disease* (que podríem traduir com "les males conseqüències de les malalties"), realitzat en col·laboració per

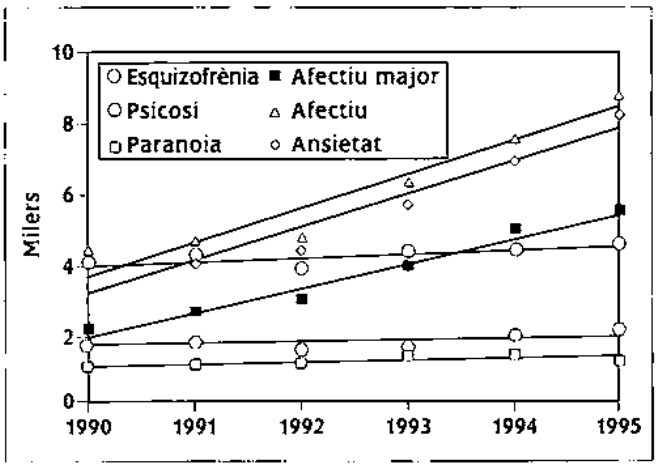

Fig. 15. Evolució de la prevalença dels problemes de salud mental.

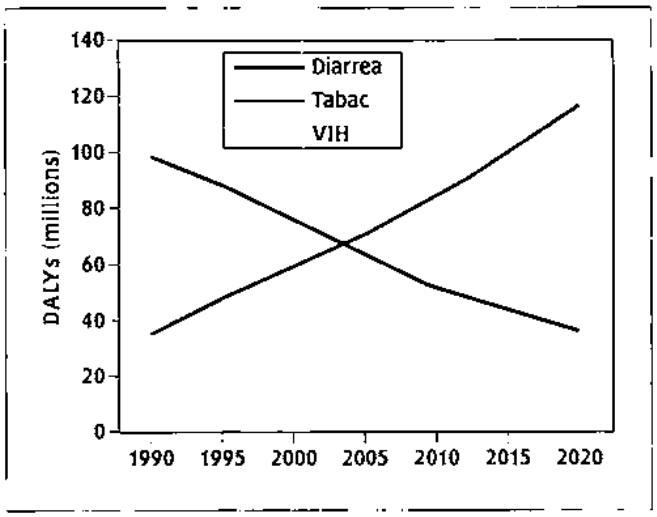

Fig. 16. Pèrdua d'anys de vida ponderats amb discapacitat (disability adjusted life year o DALYs). Projecció cap a l'any 2020

l'OMS, l'Escola de Salut Pública de Harvard i el Banc Mundial i que, tal com diu el seu subtítol, constitueix una valoració global de la mortalitat i la incapacitat produïdes per malalties, lesions i factors de risc l'any 1990 i la seva projecció l'any 2020. L'estudi divideix el món en set regions, segons el seu grau de desenvolupament tot tenint en compte el PIB, el grau d'escolarització i el nivell tecnològic assolit per a cadascuna i, també de manera global, avalua no solament la mortalitat sinó també el que anomena *Disability Adjusted Life Year* (DALY), o any de vida ponderat amb discapacitat. El DALY ocasionat per cada malaltia o lesió comporta la suma dels anys de vida perduts i els anys de vida amb discapacitat. L'informe assenyala com a problemes prominents en el nostre àmbit, amb tendència a empitjorar, les depressions, les conseqüències del tabaquisme (fig. 16), que és la causa més important de pèrdua de DALY i és considerat una *global health emergency*, i les morts per suïcidi i accidents. A la taula III podem observar com, en el conjunt del món, les principals causes de mort o d'incapacitat experimentaran, segons l'esmentat estudi, un canvi substancial. I les perspectives no són iguals a tot arreu (fig. 17): mentre la situació millorarà lleugerament als països del món occidental, més aviat tindrà tendència a empitjorar en altres regions.

Un altre document important per a nosaltres és el *Pla de Salut de Catalunya 1996-1998*, publicat pel Departament de Sanitat i Seguretat Social, al qual ja ens hem referit anteriorment, i que coincideix bàsicament en aquestes previsions i considera que els reptes actuals i de futur de la sanitat a casa nostra estan constituïts per l'envelliment progressiu de la població –amb els canvis que això comporta en la prevalença de les diverses afeccions–, per les limitacions pressupostàries i per la constant aparició de noves tecnologies que, amb costos creixents i no sempre prou eficients, contribueixen a fer més difícil l'equilibri pressupostari.

En les actuals circumstàncies és lícit plantejar-se una pregunta clau: ¿els grans progressos que ha viscut la sanitat durant aquest segle podran prosseguir d'una manera indefinida? Diversos organismes internacionals, i especialment el Club de Roma, assenyalen que, en qualsevol camp d'actuació, el desenvolupament cal que sigui sostenible. És realment sostenible el desenvolupament sanitari? Personalment em sembla indiscutible que, en aquest terreny de la sanitat, tenim plantejats com a mínim dos problemes que amenacen el seu futur: els econòmics i els bioètics.

No és ara el moment d'entrar a discutir cap d'aquests dos problemes a fons. Pel que fa al finançament, tot i reiterant que a casa nostra encara és baix en comparació amb altres països, no és menys cert que haurà de tenir un límit que, al meu entendre, serà difícilment compatible amb el significatiu i constant envelliment de la nostra població: és un fet evident que els costos de l'assistència sanitària s'incrementen en progressió geomètrica amb l'edat. I cal comptar, a més, amb l'assistència sociosanitària: entre els 65 i els 74 anys un 5% de persones requereixen ajut per a caminar, mentre que en els més grans de 85 la necessiten un 40%.

No menys importants són els problemes morals derivats de tots els canvis que hem comentat. Caplan, president de l'Associació Americana de Bioètica, ha dit recentment: "Podem parlar d'un futur millor? Les tendències demogràfiques i els problemes pressupostaris no són encoratjadors. Com més vides salvem i n'estenem la durada, les perspectives per als

TABLA III
Principals causes de mort o incapacitat

1990	2020
1. Infeccions respiratòries	1. Cardiopatia isquèmica (5)
2. Diarrees	2. Depressions (4)
3. Causes perinatals	3. Accidents de Trafic (9)
4. Depressions	4. Accidents vasculars cerebrals (6)
5. Cardiopatia isquèmica	5. Pneumopatia obstructiva (12)
6. Accidents vasculars cerebrals	6. Infeccions respiratòries (1)

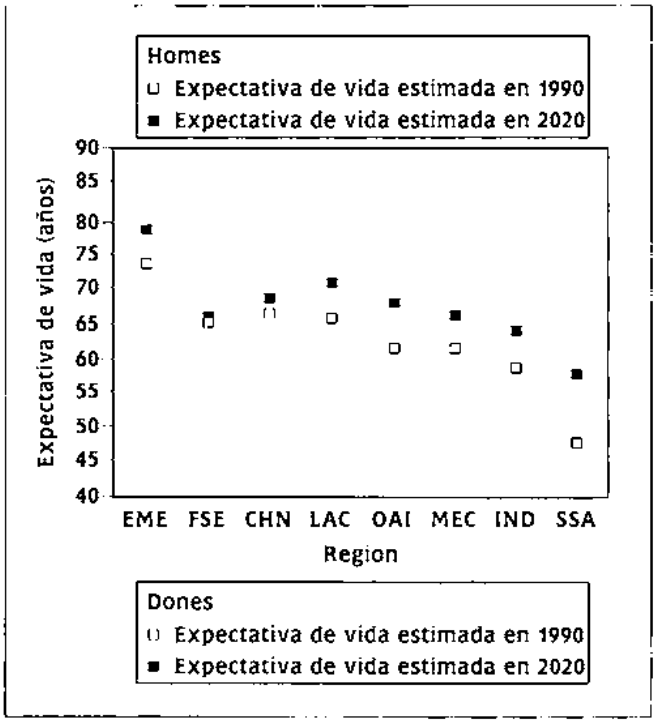

Fig. 17 Esperança de vida al 1990 i projecció al 2020, segons el sexe, en diferents regions del món.

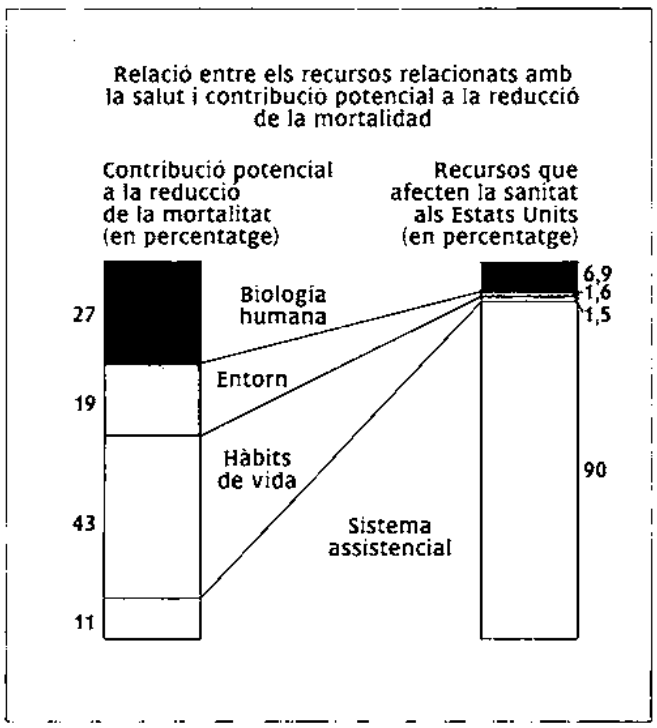

Fig. 18. Relació entre els recursos relacionats amb la salut i la contribució potencial a la reducció de la mortalitat.

nostres descendents són pitjors. Continuant així, el que aconseguirem és una gran collita de vells que repapiegen. Cal reconèixer que, fins ara, ens hem dedicat més a prolongar la vida que no pas a assegurar-ne la qualitat." Com a conclusió m'atreviria a dir que resulta gairebé impossible assegurar que els progressos continuaran indefinidament, si no tenim molt clares les nostres limitacions. Més que més anys a la vida -què, obviament, és limitada- hem d'intentar donar més vida als anys.

Per tot això els especialistes en salut pública proclamen que les eventuals millores s'aconseguiran, sobretot, implicant més la població en el manteniment de la salud de cadascú. Fins i tot a l'article 152.1 del Tractat d'Amsterdam s'assenyala la necessitat que els estats membres de la Unió Europea prenguin mesures per tal de millorar la salut pública, tot fent els possibles per a prevenir les malalties i evitar les fonts de perill per a la salut humana. Les campanyes d'educació sanitària, a tots els nivells, haurien d'explicitar clarament que, per al manteniment de la pròpia salut, tant o més important que una correcta assistència sanitària, són importants els hàbits de vida, els factors ambientals i, no cal dir, la càrrega genètica de cadascú. Vallbona, en una recent conferència, posava per exemple el model de Dever (fig. 18), en el qual es compara la contribució potencial a la reducció de la mortalitat dels diferents factors que poden influir en l'aparició de malalties (biològics, de l'entorn, dels hàbits de vida i del sistema assistencial) amb els recursos destinats, als Estats Units, a influir en cadascun d'aquells factors. De fet, tal com hem assenyalat, els objectius i les mesures recomanades pel programa *Salut per a tothom l'any 2000*, fixats per l'OMS i recollits pel Departament de Sanitat en el Pla de Salut vigent (lluita contra el tabaquisme, l'alcoholisme i les drogues, adopció d'una dieta adequada, pràctica regular d'exercici físic, etc.), s'haurien de convertir en norma voluntàriament obligada per a tothom, no ja per a estalviar -cosa difícil si el que aconseguim és allargar la vida- sinó per a fer-la, també, més confortable.

Tal com he manifestat abans, la prospectiva és una ciència absolutament inexacta i molts factors, alguns dels quals absolutament imprevisibles, poden fer variar el panorama actual en qualsevol sentit. D'una banda, un eventual rebrotament de les infecciones (bacterianes, víriques o priòniques) hi podria introduir elements preocupants, i no parlem ja d'una possible catàstrofe nuclear. D'una altra, és d'esperar que els progressos tècnics constants en camps tan diversos com la informàtica, la genètica, la immunologia i tants d'altres, aportin novetats que actuïn favorablement. De tota manera, passi el que passi, em sembla evident que si no volem que la sanitat en general i la medicina en particular morin d'èxit cal tenir sempre molt present que el seu desenvolupament ha d'ésser sostenible. Sostenible econòmicament i sostenible èticament.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

Ajuntament de Barcelona. Institut Municipal de Salut Pública. *Estadístiques de Salut. 26. Mortalitat i natalitat a la ciutat de Barcelona*. Barcelona, 1995.

Ajuntament de Barcelona. Servei Català de la Salut. *Pla de Salut de la Regió Sanitària Barcelona Ciutat*. Barcelona, 1997.

Caplan A. *An improved future? Medical advances challengue thinking on living, dying, and being human.* Sci Am 1995; 273: 110-111.

Fernández E, Shiaffino A, Segura A. Institut Universitari de Salut Pública de Catalunya. *Desigualtats en salut i en utilització de serveis sanitaris segons la classe social a Catalunya.* Barcelona, 1996.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Els objectius de la salut per a tothom.* Traducció catalana de "Targets for Health for All" de la Oficina Regional Europea de la OMS. Barcelona, 1985.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Anàlisi de la mortalitat a Catalunya. Diversos anys.*

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Pla de Salut de Catalunya, 1996-1998.* Barcelona, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *El Pla de Salut a prop.* Barcelona, 1997.

Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. *Vigilància epidemiològica de la SIDA a Catalunya. Situació fins al 30 de juny de 1997.* "Butll Epidemiol Catalunya" 1997; 18: 111-112.

Generalitat de Catalunya. Institut d'Estadística de Catalunya. *Jornades tècniques sobre projeccions demogràfiques de Catalunya.* Maig, 1997.

Gisbert FO. *Le President.* París: Seuil, 1990.

Gracia D. Declaracions a "El País", 6 de juliol de 1997.

King A, Schneider B. Informe del Consejo al Club de Roma. *La primera revolución mundial.* Barcelona: Plaza Janés Editores, S.A., 1991.

Laporte J. *Població i salut a Catalunya.* Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 1985.

Laporte J. *El peso del progreso sobre el futuro de la Sanidad.* Quark 1997, 6: 50-57.

Murray CJL, López AD. *The global burden of disease. Summary.* Cambridge, Mass.: The Harvard School of Public Health, on behalf of the World Health Organization and The World Bank, 1996.

Prospects in health. Londres: Office of Health Economics, 1971.

Paluzie G, Sans S, Puig T, Pérez I, Balañá L, Balaguer I, Vintró I. *Trends in awareness, treatment, and control of hypertension in MONICA I-Catalonia. Proceedings of the 4th International Conference on Preventive Cardiology* [resumen 1264]. Montreal, 1997.

Sans S, Paluzie E, Puig T, Balañà L, Pérez I, Balaguer Vintró I. *Informe per al Pla de Salut de Catalunya 96 98.* Barcelona, 1996.

Sans S, Kesteloot H, Kromhart D. *Task Force of the European Society of Cardiology and Cardiovascular Mortality and Morbidity Statistics in Europe. The burden of cardiovascular diseases mortality in Europe.* Eur Heart J 1997; 18: 1.231-1.248.

Segura Benedito A. Salut i Sanitat a Catalunya, a "La societat catalana". Institut d'Estudis Catalans. En premsa.

Servei Català de la Salut, Pla de Salut. Enquesta de Salut de Catalunya. Barcelona, 1996.

Vallbona C. Discurs llegit a la cerimònia d'investidura com a Doctor Honoris Causa de la Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra, 1997.

LA SALUT A CATALUNYA AL TOMBANT DEL DE SEGLE

El concepte de salut ha experimentat canvis notables al llarg de la història. L'Oganització Mundial de la Salut la va definir com a "un estat de complet benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia" i en el marc del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrat a Perpinyà el 1976, es va definir com a "aquella manera de viure que és autònoma, solidària i alegre".

Durant el segle XX s'ha assistir a una millora espectacular del nivell de salut de la població de Catalunya, objectivable per la disminució de la taxa de mortaliat, en especial de la mortalitat infantil, i per l'augment progressiu de l'esperança de vida. Això, unit a una disminució de la natalitat, ha donat com a resultat un envelliment de la població.

Pel que fa a la situació de les principals causes de mortalitat o de pèrdua d'anys de vida activa, cal descatar que mentre s'ha asisstit a una disminució progressiva de la mortalitat per malalties cardiovasculars (fet afavorit per la dieta mediterrània i pel millor control de la pressió arterial), s'ha constatat un augment de la mortalitat per càncer, de pulmó en l'home (relacionat amb l'alta prevalença del tabaquisme), i de coll d'úter i de mama en la dona. La tendència al creixement constant del nombre de víctimes per accident de tràfic s'ha reduït en pocs anys a la meitat i quant a infeccions, després que se n'hagin eradicat pràcticament algunes (poliomielitis, diftèria, rubèola congènita) i que la mortalitat d'altres ha disminuït (tètanus, tos ferina, parotiditis, rubèola), han sorgit noves malalties com la SIDA, que ha arribat a convertir-se en la primera causa de mort juvenil.

Es destaca que per al manteniment de la salut, a més d'una correcta assistència sanitària, són importants els factors ambientals i la implicació de cada persona en els hàbits de vida (dieta, exercici físic).

El futur vindrà marcat pels canvis en la distribució dels problemes de salut (augment dels casos de depressió, conseqüències del tabaquisme i morts per suïcidi i accident), els problemes econòmics i els condicionaments ètics

LA SALUD EN CATALUÑA EN EL CAMBIO DE SIGLO

El concepto de salud ha experimentado notables cambios a lo largo de la historia. La Organización Mundial de la Salud la definió como "un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad" y en el marco del X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, celebrado en Perpiñà en 1976, como "aquella manera de vivir que es autónoma, solidaria y alegre".

Durante el siglo XX se ha asistido a una mejoria espectacular del nivel de salud de la población de Cataluña, objetivable por la disminución de la tasa de mortalidad, en especial de la mortalidad infantil, y por el aumento progresivo de la esperanza de vida. Ello, unido a una disminución de la tasa de natalidad, ha resultado en un envejecimiento de la población.

En cuanto a la situación de las principales causas de mortalidad o de pérdida de años de vida activa, cabe

detacar que mientras se ha asistido a una disminución progresiva de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares (hecho favorecido por la dieta mediterránea y por el mejor control de la presión arterial), se ha constatado un aumento de la mortalidad por cáncer de pulmón en el varón (relacionado con la alta prevalencia del tabaquismo) y de cuello uterino y de mama en la mujer. La tendencia al crecimiento constante del número de víctimas por accidente de tráfico se ha reducido en pocos años a la mitad y en cuanto a las infecciones, tras la práctica erradicación de algunas de ellas (poliomielitis, difteria, rubéola congénita) y la disminución de la morbilidad por otras (tétanos, tos ferina, parotiditis, rubéola), han surgido nueva enfermedades como el sida, que ha llegado a convertirse en la primera causa de muerte juvenil.
Se destaca que para el mantenimiento de la salud, además de una correcta asistencia sanitaria, son importantes los factores ambientales y la implicación de cada persona en los hábitos de vida (dieta, ejercicio físico).
El futuro vendrá marcado por los cambios en la distribución de los problemas de salud (aumento de los casos de depresión, consecuencias del tabaquismo y muerte por suicidio y accidente), los problemas económicos y los condicionamientos éticos.

HEALTH IN CATALONIA AT THE TURN OF THE CENTURY

The concept of the health has undergone marked changes in the course of history. The World Health Organization has defined it as a "state of complete physical, mental and social well being, not merely the absence of disease". At the Tenth Congress of Catalan- speaking Physicians and Bilogists in Perpignan in 1976, health was defined as a "living autonomously, with solidarity and happiness".
The twentieth century has brought spectacular improvement in the health of Catalans, as demonstrated by decreasing mortality rates, particularly the infant mortality rate, as well as by steadily rising life expectancy. Along with low birth rates, these changes have brought us an ageing population.
Mortality and disability due to cardiovascular diseases have declined, an outcome facilitated by the Mediterranean diet and by better control of blood pressure. At the same time deaths from lung cancer among men, related t the high prevalence of smoking, and from cervical and breast cancer among women have rise. Traffic fatalities are increasing only half as fast as a few years ago. After eradication of some infectious diseases (poliomyelitis, diphtheria and congenital rubella) and decreased morbidity from others (tetanus, whooping cough, mumps and measles), new ones like AIDS have emerged to become the main cause of death among young people.
That environmental factors and individual life-style choices (diet and physicial exercise) play key roles in health maintenance in addition to adequate health care provision is emphasized here. The distribution of health problems will change in the future (more cases of depression, smoking-related disease and deaths by suicide and accidents), as will economic and ethical considerations.