

# XIII. Salut pública, sanitat, desigualtats socials i drets humans. Causes, efectes i aprenentatges al fil de la pandèmia

Juan M. Pericàs i Joan Benach

---

La conceptualització i els abordatges que des dels diferents sectors de l'Estat, de la societat civil i les institucions internacionals a la covid-19 que s'han anat succeint a nivell local i global des de l'inici de la pandèmia han fet palesa una mancança general: les anàlisis predominantment tècniques sovint han obviat aspectes fonamentals per a entendre el que realment és una sindèmia en la què conflueixen diversos fenòmens globals que tenen efectes sinèrgics, no només sumatoris. Entre d'altres, la comunitat científica, els models de gestió i els abordatges tècnics han donat poca rellevància als impactes de la pandèmia en les desigualtats socials i els drets humans. En aquest capítol s'analitzen algunes de les limitacions generals de la resposta a la pandèmia, les seves causes i a quines conseqüències ens poden abocar com a societat, a curt i llarg termini.

## La COVID19 i la superació aparent de dos “reduccionismes”

Pel seu caràcter global i el fort impacte que ha tingut en els països rics, la pandèmia de la COVID-19 ha rebut un tractament mediàtic, polític i social que ha fet que superi, tot i que de manera parcial, moltes de les barreres habituals a què s'enfronten els abordatges més integradors de la salut com a fenomen complex. En general, els factors que conformen la salut i la malaltia són pensats i explicats a partir de models causals simplificadors, l'abast dels quals impedeix que tant els “experts” com la ciutadania entenguin les múltiples causes i efectes que realment conformen una pandèmia. En el cas de la COVID-19 s'han efectuat anàlisis més completes que en molts casos han transcendit al domini públic. No obstant això, també s'han generalitzat moltes actituds inexactes, simplificadores, que sovint han tingut conseqüències molt negatives, des de polítiques públiques inadequades a impactes socials que han anat des de la por i l'estigma a la vulneració dels drets humans.

Només cal pensar en altres problemes de salut que afecten milers de milions de persones de forma quotidiana i que en general no assoleixen el debat públic ni condicionen l'enfocament de gairebé tots els assumptes de rellevància política, econòmica i social del futur immediat i dels possibles escenaris futurs. Evidentment, aquelles patologies que s'associen habitualment a la pobresa, com poden ser la tuberculosi o la disenteria, es descarten mitjançant una maniobra consistent en un doble reduccionisme: en primer lloc, “a nosaltres, ciutadans del Nord, no ens afecten”, ha estat una lletania constant per treure el focus de “casa nostra” envers diverses malalties, molt sovint infeccioses, però també no transmissibles com l'obesitat, una autèntica pandèmia. Afortunadament, els enfocaments de salut global i, més recentment, de salut planetària, han retornat tot el sentit a les paraules de Publi Terenci Àfer: per molt que ens hi encaparem, al Nord Global no podem ser indiferents al que és humà, inclosa la salut, perquè som una única humanitat travessada per problemes comuns, des de l'emergència climàtica a les migracions massives, de l'accés al sistema sanitari fins a la qualitat de l'aire.

El segon reduccionisme consisteix a pensar les desigualtats a partir de l'individu i la pobresa. No són anecdòtics els posicionaments que vénen a dir “d'acord, potser sí que alguns d'aquests problemes tenen lloc a casa nostra, però es concentren en minories marginades i pobres, en molts casos importades des dels països on són realment endèmics”. Aquest enfocament neocolonial, a més de fals i ineffectiu per a solucionar el problema en aquests col·lectius, deixa de banda una realitat encara més difícil de pair: les desigualtats en salut travessen tota la societat i el fracàs en entomar-les és un fracàs general com a civilització.

La pandèmia de la COVID-19, per la seva naturalesa global que ha sacsejat les dinàmiques fonamentals del capitalisme, i pel fort impacte polític, social i econòmic, a més de la pèrdua de vides i el patiment que ha suposat als països

del Nord Global, ha suposat un fenomen desvetllador d'aquests dos reduccionismes i ha posat en marxa diversos mecanismes crítics als abordatges estàndard de la salut en general.

Tanmateix, encara estem lluny del que seria desitjable, és a dir, un abordatge estàndard de la pandèmia que inclogui els següents elements:

La pandèmia de la COVID-19 és alhora una sindèmia. Això vol dir que als efectes deleteris produïts directament pel virus s'hi afegeixen i interaccionen recíprocament, incrementant els seus efectes, dues capes més que també són pandèmiques en el sentit que travessen tota la població a tots els països, evidentment amb diferències geogràfiques notables.

Aquests dos altres elements són, per un costat, les malalties cròniques no transmissibles com l'obesitat, la patologia cardiovascular o les malalties respiratòries cròniques, algunes de les quals s'associen a una major susceptibilitat a ser infectat i totes a tenir unes probabilitats més elevades de desenvolupar quadres més greus de COVID-19; i per l'altre, les desigualtats en salut, que alhora estan condicionades pels determinants socials (incloent els ambientals, laborals, polítics i culturals) de la salut i fan que la distribució d'aquelles patologies cròniques no transmissibles segueixi uns patrons concrets.

En analitzar les dades epidemiològiques transmises pels òrgans oficials s'hauran de tenir en compte sempre dos factors que limiten la comprensió del fenomen. Primer, els sistemes de vigilància epidemiològica i la qualitat de la recollida de dades relacionades amb la COVID-19 són molt heterogenis i limitats. Hi ha sistemes molt poc preparats, per exemple a moltes zones rurals dels països empobrits, on la recollida d'informació bàsica com el número de casos, la necessitat d'hospitalització o les morts és molt deficitària. De tota manera, aquests dèficits, potser no tan greus, també es donen als països rics. També hi ha sistemes poc transparents, que no notifiquen les dades a temps, o només ho fan de manera parcial. Exemples en què s'ha sospitat que aquestes pràctiques han tingut un rol especial són la Xina, Rússia, la Comunitat de Madrid, i alguns estats als EUA. En segon lloc, i encara que les dades epidemiològiques bàsiques fossin perfectes, una gran part dels sistemes de recollida de dades dels països rics no estan preparats per a recollir dades dels determinants socials de la salut, com poden ser les condicions d'habitatge, la situació ocupacional, la precarietat, el nivell educatiu, factors estructurals de zona com la disponibilitat i accessibilitat a serveis bàsics, etc., ni tampoc dels eixos associats a les desigualtats socials, com son la classe social, l'etnicitat, el gènere, o la situació migratòria, entre d'altres. En tercer lloc, per entendre com els efectes sinèrgics (sindèmics) de la COVID-19, les patologies de base, i els determinants socials de la salut conflueixen en una distribució determinada dels impactes negatius a la societat, hem de recordar que els indicadors que es fan anar habitualment a les fonts oficials, com les morts o els ingressos a la UCI, no ens expliquen amb prou detall com s'han vist afectades les vides de les persones. Alguns estudis ens han permès conèixer determinats impactes que la mateixa infecció per SARS-CoV-2 o mesures com el confinament han tingut a la salut mental o les complicacions a mig termini post-COVID-19 com

l'astènia intensa o la pèrdua d'olfacte i gust, i fins i tot disposem d'un grapat d'enquestes que ens mostren com la qualitat de vida s'ha vist afectada a algunes zones. Malauradament, no tenim dades que reflecteixin la realitat amb prou profunditat i a tots els territoris. Això vol dir que encara no sabem bé com l'impacte de la COVID-19 s'ha traduït en termes de patiment, violència al lloc de treball i a la llar, abandonament dels plans vitals, entre d'altres factors individuals i col·lectius, i com aquests afecten de forma integrada la salut. Això no és cap novetat sinó que és d'aquesta forma fragmentària i limitada com habitualment mirem la salut i els fenòmens que s'hi relacionen. De fet, com dèiem, en molts casos la COVID-19 ha generat un interès per aspectes que habitualment no arriben a estudiar-se i s'han portat a terme estudis de molta qualitat en poc temps. Tot i això, cal recordar que quan mirem la salut en general estem veient només la part no submergida d'un iceberg, que alhora està fortament determinada per allò que no veiem a no ser que la mirem de més a prop o ens capbussem en els fenòmens complexos que donen lloc a allò que anomenem salut.

## **Resposta inicial del sistema a la sacsejada**

Els analistes més seriosos han reconegut el fet vergonyós que hagin estat necessaris més d'un milió de morts i el xoc simbòlic i alhora molt real entre les maneres d'afrontar la pandèmia entre els Estats Units i la Xina per adonar-nos que no estàvem ni estem preparats per adreçar els desafiaments de salut present i futurs, ni a escala local ni global. Per exemple, la revista *The Lancet* ha publicat múltiples articles desvetllant els problemes de base dels sistemes sanitaris de diversos països que han donat lloc a respostes ineficaces i inequitatives a la COVID-19 com la Gran Bretanya, Espanya, Equador, l'Índia o diferents països africans.

Tanmateix, aquestes reflexions no sembla que estiguin traduïnt-se de forma unívoca en un esforç per aconseguir sistemes de salut pública i sanitaris més robustos, una ciutadania més activa i preparada, unes institucions que planejin pel futur i per a tothom, i una anàlisi crítica de les causes que ens han portat fins aquí que vagi més enllà dels aspectes purament tècnics.

Òbviament, la presa de decisions envers les mesures a prendre abans que l'OMS decretés la situació de pandèmia s'ha d'analitzar tenint en compte de forma molt matisada els condicionants polítics, sanitaris i econòmics per actuar de forma adient. Ens hem de preguntar quins problemes tenen els nostres sistemes quan, o bé no disposen de les dades necessàries per actuar, o bé quan les tenen es veuen limitats per actuar de forma efectiva. Hem de reflexionar sobre quins sistemes de cohesió i solidaritat hi ha realment entre els països de la Unió Europea per fer front a problemes de salut comuns que van molt més enllà de la mera evitació de morts o la facturació de la despesa sanitària. Hauríem de ser capaços d'entendre quins mecanismes de buidament d'el que és públic han contribuït a la fragilitat dels nostres sistemes de salut, amb greus iniquitats en la disponibilitat de recursos hospitalaris entre les diferents zones

geogràfiques i una situació paupèrrima dels sistemes de vigilància epidemiològica i en general de la salut pública, que ha hagut de jugar un paper en gran manera organitzat de novo com extintor d'incendis, quan hauria de ser el moll de l'ós d'un sistema preventiu en lloc de terapèutic, auto-avaluat i constantment afinat en lloc d'improvisat, educatiu i participat en lloc de jeràrquic.

Tanmateix, no cal ser un pessimista titulat per arribar a conclusions no gaire encoratjadores respecte a les lliçons que n'estem traient com a civilització, especialment per part del poder polític i empresarial. Les cerimònies de negligència sistemàtica, heroïcitat impostada i ceguera selectiva recolzada en el bastó blanc del solucionisme tecnològic, que passen per damunt la salut, els drets humans i les vides de centenars de milers de persones mentre les desigualtats es desapareixen, no les trobem només en la posada en escena de la tragicomèdia estatunidenca, on l'alternativa que proposa Biden a la perillosa i mil·límetrada bufonada trumpiana no fa justícia ni de lluny a les valuoses i encertades anàlisis disponibles sobre la tempesta perfecta a què ens enfrontem, sinó que aquesta xarada es reproduceix arreu amb diferents matisos.

A un planeta malalt, ferit de mort, habitat per una humanitat alhora perplexa i intoxicada, la pandèmia de la COVID-19 no és sinó un símptoma més d'una síndrome molt més àmplia i greu. La podem anomenar crisi de civilització, crisi eco-social, capitalisme desbocat, o de moltes altres maneres. El problema no rau en l'ús dels termes, sinó en què compartim un mateix diagnòstic. Dissortadament, aquest no és el cas, i el retard diagnòstic comporta, com sempre, un empitjorament progressiu de la malaltia i més dany i iatrogènia. Democràcia, drets humans, equitat, solidaritat, sentit, biodiversitat, equilibri... són ja algunes de les víctimes més assenyalades d'un tractament equivocat dels nostres problemes, espectres que encara embolcallen frases i discursos d'una corporeïtat evanescent. Els anticossos que el sistema ha desenvolupat de forma prioritària per a fer front a aquesta fase (terminal?) de la malaltia són l'autoritarisme, el quartet clàssic de la involució reaccionària (classisme, racisme, xenofòbia i militarisme), el desprestigi i la desarticulació de les institucions globals com l'OMS o les Nacions Unides, la desinformació, el negacionisme, i en general l'acceleració dels processos nosològics ja existents.

## **Contradiccions, antinòmies i apories d'una pandèmia**

Tot i que hem de ser molt conscients d'aquest panorama dantesco al què semblen abocats de forma indefectible, cal assenyalar també, encara que potser amb matisos ostensibles malgrat l'oxímoron, que la pandèmia de la COVID-19 ha desencadenat una sèrie de reaccions positives. Per exemple, a més d'haver permès superar la univocitat del "discurs dels dos reduccionismes", com dèiem més a dalt, hi ha hagut un esforç coordinat de recerca sense precedents per entendre, prevenir i tractar el SARS-CoV-2. No obstant això, hem de ser conscients que els mecanismes de finançament de la recerca en salut no relacionada amb la COVID-19 s'han vist frenats sinó aturats completament, i

el seu finançament desviat per a fer front a la pandèmia. A això s'hi afegeix la dificultat de continuar treballant als laboratoris o de fer recerca clínica a hospitals que molt sovint han esdevingut centres monotemàtics de COVID-19 durant períodes extensos, molts investigadors han esdevingut covidòlegs ad hoc per a no perdre roda. Això vol dir que no només els viròlegs, infectòlegs, intensivistes, o epidemiòlegs, per esmentar algunes de les especialitats que a priori estarien més directament vinculades a la recerca derivada o estimulada per la COVID-19, han dedicat molt temps a investigar o senzillament emetre opinions a revistes especialitzades i a la premsa general, sinó també geriatres, cardiòlegs, reumatòlegs o dermatòlegs, cadascú abordant la pandèmia des de la seva òptica. Fóra esperable, doncs, que la recerca derivada d'un esforç global i multidisciplinari tingués una sèrie de característiques favorables respecte a la que habitualment es fa en grups més tancats i subespecialitzats. Malauradament, els principals trets a destacar de la recerca que s'ha portat a terme fins ara són la velocitat, el volum i el paper dels models matemàtics per a predir l'evolució de la pandèmia. Actualment s'han publicat gairebé 60.000 articles científics sobre el SARS-CoV-2 i la COVID-19 i hi ha més de 4.000 assajos clínics registrats. Generar molta evidència i ràpid és important, no hi ha dubte, però en el cas de la pandèmia de la COVID-19, almenys durant els primers 6-8 mesos, s'ha tractat d'una recerca que molt sovint no s'ha basat en la cooperació entre diversos grups a escala internacional, en què molts estudis tenien dissenys redundants, on un grapat de països han liderat una vasta majoria dels estudis, on hi ha hagut nombroses controvèrsies ètiques i un cop més la representació de les dones com a investigadores principals o autores sènior dels treballs ha estat molt minsa, per no dir marginal.

Un altre factor positiu de la pandèmia ha estat que la col·laboració intersectorial i una forta inversió, especialment durant la primera onada, ha permès desplegar abundants recursos hospitalaris, o el seu equivalent, a diversos països. Recordem per exemple la construcció de dos hospitals de campanya immensos a Wuhan en un període de deu dies, l'adaptació de pavellons esportius, hotels i escoles en hospitals, o la instal·lació de respiradors als passadissos de les facultats. Tant de bo s'apliqués la màxima de fer-ne de la necessitat virtut d'una forma més integrada en línia amb el diagnòstic que esmentàvem sobre les causes i conseqüències de la crisi. Cal dir, emperò, que l'espectacularitat i capacitat de resolució dels dispositius sanitaris pensats per a tractar els pacients malalts de COVID-19 difícilment pot assolir la mateixa discrecionalitat i consens polític, social i empresarial quan parlem de mesures preventives a la comunitat.

Encara que tard i en condicions força penoses, hi ha hagut una forta reivindicació d'un sistema sanitari públic i universal a molts països, i la importància de la salut pública, més enllà de les eines epidemiològiques per a fer front a les malalties infeccioses, ha quedat palesa, així com la importància dels equips multidisciplinaris (des dels viròlegs als economistes, dels biòlegs als polítics, dels infermers a les sociòlogues, dels gestors als clínics, etc.) i la necessitat d'entomar polítiques multisectorials per abordar els problemes de salut de la

societat. Tot i això, al nostre país i a molts altres hem vist com de cara a la segona onada i encara més quan pensem en una mirada llarga envers el futur, hi ha hagut una profunda desconexió entre els diferents sectors i les seves polítiques. Molt sovint aquest forat que l'esfera pública ha deixat l'està entomant l'interès privat, que no ha deixat d'emetre senyals de cap on vol anar en la gestió de la crisi de la COVID-19 i especialment en la que assolarà a molts països durant els anys vinents. Els lobbies ja fa mesos que treballen per a condicionar a les institucions públiques per influir en el finançament, les lleis i les polítiques públiques en àmbits com la distribució de material mèdic, el desenvolupament de vacunes, la telemedicina, el teletreball, la tele-educació, etc. Com diu la Naomi Klein, la COVID-19 és el desastre perfecte pel capitalisme del desastre.

### **Quin model de gestió de la pandèmia es plantegen i com es correlacionen amb la ideologia dels governs?**

En aquest context són necessàries les perspectives històriques per tractar d'entendre el present i anticipar possibles escenaris futurs. L'estil de governança de la pandèmia a diferents països s'explica en gran part per la sedimentació de diversos fets ocorreguts al llarg de les últimes dècades i alhora ens dona pistes de cap on poden anar aquests països i fins i tot gestions senceres en un futur pròxim. Això es pot pensar a dos nivells: fent paral·lelismes entre la gestió "epidemiològica" i social de la pandèmia i els models polítics de governança generals d'un país, i pensant en els sistemes sanitaris, els sistemes de salut pública i l'atenció posada en les desigualtats de salut com un indicador de la importància que li donen els governants a la justícia social.

Val a dir que una pregunta que s'han fet nombrosos articulistes al llarg dels últims mesos és si la democràcia és el millor règim per afrontar la COVID-19. Evidentment, per començar a respondre hauríem de desfer la falsa dicotomia entre autoritarisme/règims dictatorials i democràcia en el panorama polític contemporani, especialment l'assumpció implícita de que tots aquells països que habitualment s'encabeixen a la categoria de democràtics ho són de la mateixa manera, i, fins i tot, si molts d'ells es poden considerar veritables democràcies. En segon lloc, hauríem de pensar com la ideologia neoliberal i el capital financiaritzat han modificat les accepcions hegemòniques dels conceptes de democràcia i salut. Si no existeix la societat, si només hi ha individus, i si els estats suposadament no han d'intervenir als afers "compartits" sinó que s'ha de deixar a la llei de l'oferta i la demanda que actuï mitjançant el mercat, i, això, juntament amb la representació política sorgida de les eleccions són els criteris bàsics de les democràcies contemporànies, qualsevol mesura de salut pública és potencialment fruit d'un intervencionisme excessiu, i, fins i tot, autoritari. En tercer lloc, caldria reflexionar sobre si la salut, més enllà de l'absència del diagnòstic de malaltia, és possible sense viure en democràcies caracteritzades per un fort sentit de comunitat, una satisfacció universal i assegurada de les necessitats bàsiques materials i de serveis, i una autonomia dels individus al-



hora que una participació activa en els afers públics, pel qual és imprescindible que es respecti el dret a la informació acurada i crítica.

Els models de gestió de la pandèmia es poden resumir de forma potser massa general en quatre tipus: model autoritari, model conservador llibertari, model tècnic, i model salubrista. En termes generals, no trobem cap país ni regió en què es doni cap d'aquests models de forma perfecta, sinó que les característiques que els defineixen solen combinar-se, malgrat que podem trobar exemples paradigmàtics. Alhora, cada model s'acompanya en general d'abordatges similars envers els sistemes de salut i les desigualtats.

A grans trets, el model autoritari és aquell que es fonamenta en decisions jeràrquiques per part d'experts que assessoren el govern, amb molt poca o gens educació sanitària ni participació democràtica i lliure ciutadana, i que es caracteritza per mesures de salut pública que afecten la llibertat dels individus, aplicades de forma taxativa amb suport de les forces de l'ordre i una certa aquiescència ciutadana d'arrels complexes. A més, la manca de privacitat és palesa, en el que ha vingut a anomenar-se autoritarisme digital. Per un costat es poden donar confinaments perllongats estrictes però alhora mantenint l'activitat laboral, amb condicions de seguretat variables. Molt sovint s'acompanya de poca transparència en les dades comunicades als organismes internacionals. L'aplicació de mesures homogènies és un factor de reducció de les desigualtats en primera instància, però tant el gradient social preexistent com l'accessibilitat a recursos sanitaris les multipliquen. La Xina, Corea del Nord o Rússia han seguit parcialment aquests abordatges, però també els EUA, encara que no hagi estat el seu principal tret, per exemple en la manera en què s'han perfilat i vigilat militants afroamericans o s'han utilitzat forces de l'ordre federals a determinats estats enfront de manifestacions de Black Lives Matter.

El model de conservadorisme llibertari és aquell que en termes generals no considera la pandèmia un problema de salut pública perquè no creu que existeixi tal cosa. Cadascú és responsable de mantenir-se sa a partir del seu estil de vida i de la seva llibertat de comprar els serveis sanitaris que més li convinguin, i per tant com més al marge es mantingui l'Estat, millor. Als països paradigmàtics d'aquest model, els EUA i el Brasil, també hi ha hagut components molt marcades de negacionisme o desinformació envers la pandèmia o la relació d'aquesta amb l'emergència climàtica. El model sanitari prioritza allò privat i considera que l'accés universal a la cobertura sanitària és una aspiració il·legítima perquè a la població hi ha d'haver guanyadors i perdedors. Per tant, és un sistema que de forma inherent multiplica les desigualtats en salut alhora que tendeix a ocultar-les o minimitzar-les. En poques paraules, és el model de gestió neoliberal per antonomàsia, però no s'han de perdre de vista els matisos autoritaris i antidemocràtics dels que habitualment s'acompanya, i no només en temps de Bolsonaro, Trumps i Ayusos. Exemples també complexos, que tenen ingredients del model autoritari, llibertari i tècnic, podrien incloure Equador, Gran Bretanya en alguns moments, Xile, o l'Índia.

El model tècnic o epidemiològic és aquell que reconeix que hi ha problemes de salut col·lectius o poblacionals, però que té una forta influència biomèdica i

per tant molt basada en el risc individual i en l'atenció hospitalària i la tecnologia d'alt nivell. En alguns casos això porta a actituds, per part d'experts i polítics, molt basades en el solucionisme tecnològic, que sovint es planteja com a la vareta màgica que ho arreglarà tot de cop i volta. Alhora, tendeix a obviar els factors polítics i socials que constitueixen la salut en el conjunt de la societat i a centrar-se en abordatges tècnics, és a dir, aquells en què es donen tres característiques: les decisions s'han de prendre basant-se en la millor evidència científica, les decisions les han de prendre experts, i cada sector o disciplina ha de solucionar un tipus determinat de problemes. Les desigualtats en salut se solen tenir en compte, però habitualment com quelcom que es quantifica i sobre el qual no solen interrogar-se i entomar-ne les causes.

Amb diferents matisos i resultats, aquesta ha estat la resposta que ha predominat als països europeus, Canadà, Corea del Sud, o Nova Zelanda, per exemple. En general es tracta de països que vénen d'una tradició en la qual es van desenvolupar sistemes sanitaris públics prou robustos i extensos, bé basats en el sistema Beveridge (sistemes nacionals de salut de titularitat majoritàriament pública) o el sistema Weimar (sistemes mixtos en què l'accés a la salut està garantit per a gairebé de tothom, però on les fórmules concertades i privades tenen un pes molt més important).

A Catalunya, per exemple, en les tres últimes dècades s'ha produït una transició d'un sistema majoritàriament públic i gratuït a un altre en què la privatització i la concertació han anat guanyant més i més pes, i clarament el model tècnic és el que ha prevalgut, amb algunes components de caire salubrista. Les limitacions d'aquest abordatge a Catalunya s'han fet paleses quan s'han obviat els factors polítics, el que ha comportat una pèrdua d'eficàcia o retards en les respostes tècniques, per exemple en retardar una resposta adient a la segona onada en aspectes com la preparació dels sistemes de vigilància i la dotació dels rastrejadors, o com la tardana resposta intersectorial, especialment entre Salut i Ensenyament. És important, emperò, fixar-se en les característiques de la resposta a la pandèmia a Catalunya que no són una conseqüència directa d'accions incorrectes o limitades sinó efectes del llegat històric dels processos de privatització i medicalització associat al model ideològic neoliberal que l'acompanya. Així doncs, tenim la tragèdia viscuda a les residències geriàtriques, que es troben fora de l'àmbit públic i es trobaven en condicions paupèrrimes per fer front a la pandèmia, o els brots a Lleida, on persones migrants en condicions molt precàries que el sistema no havia enregistrat ni s'havia preocupat de millorar els seus determinants socials de la salut. Alhora, l'estratègia de comunicació inicial del Departament de Salut es fonamentava en emfatitzar un cop rere l'altre, i sempre en primer lloc, la responsabilitat individual dels ciutadans. Per tant, veiem com, en considerar factors polítics o culturals qüestions com les desigualtats en l'accés al sistema sanitari, la capacitat d'entendre la informació segons el nivell educatiu o coneixement de l'idioma, la necessitat de coordinar els diferents sectors i els àmbits comunitari i estatal, el paper de les empreses en les condicions laborals dels treballadors, etc., i, per tant, fora de l'abast de les solucions tècniques, aquesta resposta tècnica

basada en l'evidència científica és insuficient. En conseqüència, quan sentim exigir auditories de la resposta a la COVID-19 a Catalunya o Espanya seguint els exemples de Canadà o Suècia, sens dubte necessàries i saludables des del punt de vista democràtic, hem d'esperar d'elles que assenyalin aquests tipus de deficiències a més de les tècniques, perquè sovint aquestes s'expliquen per aquelles. Així mateix, aquestes auditories haurien de fer èmfasi en les errades de coordinació inter-departamental, entre Estat i Comunitat Autònomes, o entre diferents disciplines de l'àmbit de la salut.

És important recordar que al territori espanyol s'ha donat un seguit de circumstàncies que també existien a altres països. Com assenyalà la "Comisión de factores causales de la evolución de la pandemia en España", els principals factors inclourien la manca de preparació per a una epidèmia com la que estem vivint; el retard en l'adopció de mesures per a afrontar-la; l'alt nivell de mobilitat de la població; les mancances de l'assessorament científic; l'envelliment de la població; les desigualtats econòmiques i socials; i l'existència de grups especialment vulnerables, sobretot la població envellida ingressada a residències. Tanmateix, altres països que també presentaven característiques similars no han tingut resultats tan dolents en la gestió de la pandèmia, particularment dels rebrotos, pel que la voluntat d'identificar els àmbits on ens hem equivocat és legítima i necessària.

A Argentina s'ha donat un fenomen semblant: es prengué inicialment una decisió molt assenyada des del punt de vista tècnic, que a més buscava protegir a les poblacions més vulnerabilitzades; "comencem ben aviat el confinament per evitar tenir gaires casos perquè el nostre sistema sanitari i la capacitat per implementar mesures de salut pública intersectorials està molt limitada" (fins i tot es podria pensar que en aquest cas van tenir en compte com els determinants polítics podien limitar aquesta resposta). Després de mesos de confinament i malgrat l'emissió d'ajuts econòmics per als més desafavorits, la paralització de l'economia (a un país on més de la meitat és economia informal i submergida i no hi arriben subsidis; per tant, si no surten de casa, no generen ingressos; i on un percentatge substancial dels que sí tenen una situació laboral regularitzada no poden tele-treballar bé sigui pel tipus d'ocupació o senzillament per no disposar d'ordinador o connexió a internet), la pressió mediàtica i dels grups d'interès nacionals i estrangers, i el cansament de la ciutadania, han donat lloc a un increment sobtat i molt important dels casos en alleugerar les mesures de confinament, veient-se a risc de superar-se la capacitat del sistema sanitari a molts indrets, on a més l'assistència no està garantida.

Finalment, el model que hem anomenat salubrista seria aquell que parteix de la premissa que la salut es construeix fonamentalment a partir del col·lectiu i que els anomenats estils de vida estan determinats socialment. Això vol dir que els factors polítics, socials, culturals i ambientals són encara més importants que els biomèdics o sanitaris. A més, l'educació en salut, l'apoderament dels usuaris, la salut comunitària i primària i el focus en la prevenció i promoció de la salut juguen un paper clau. També hi ha una altra premissa important: se li ha de donar la mateixa rellevància a com es distribueix a la societat un determinat

problema de salut que a la seva incidència total. En el cas de la COVID-19, aquesta premissa implica que, a més d'avaluar com de bé o malament ho està fent un determinat país o regió pel nombre de nous casos, els rebrots o les morts, hauríem d'utilitzar indicadors d'equitat. És a dir, un país pot tenir menys casos que un altre per càpita, però si aquests es concentren en determinades poblacions vulnerabilitzades, també es tracta d'un fracàs de salut pública. Al posar la participació, els factors polítics i la justícia social al mateix nivell que els factors tècnics, per definició un abordatge autènticament salubrista requereix governs i societats democràtiques, i aprofitem per recordar que en el cas dels tres anteriors models això no és necessàriament així, sinó que es poden donar abordatges llibertaris i tècnics, i fins i tot autoritaris, en democràcies formals però buides.

Com s'ha dit, la resposta a Catalunya ha tingut algunes característiques marcadament salubristes, però això també té una explicació històrica: Catalunya, i, sobretot, la ciutat de Barcelona, és una de les regions del món on hi ha hagut més interès a estudiar les desigualtats en salut al llarg dels últims tres decennis. Això no ha anat sempre acompanyat d'una traducció en polítiques públiques congruents per part de les institucions, però en els últims cinc anys sí que s'ha mostrat una especial sensibilitat. La regió de Kerala a l'Índia també n'és un exemple, així com la ciutat de Medellín a Colòmbia, Cuba, Suècia, o algunes províncies canadenques. També hi ha exemples amb una forta tradició salubrista on a causa de la ideologia del govern no s'han aplicat els aprenentatges derivats de dècades de teoria i pràctica, essent el cas més flagrant el Regne Unit.

A escala global, és simptomàtica la reacció conflictiva que hi ha hagut per part de i envers l'Organització Mundial de la Salut. Com dèiem al principi, la salut global ha anat prenent força al llarg de l'última dècada. Ha deixat de parlar-se de salut internacional com a sinònim de salut tropical o cooperació en salut als països del Sud Global i, arran de les diverses epidèmies ("vaques boges", grip aviària, SARS, MERS, Ébola, Zyka, West Nile virus, etc.) viscudes durant els últims vint anys, s'ha passat a un abordatge que assumeix l'escala global a un planeta interconnectat i que té moltes característiques en comú, entre les quals destaca la gran mobilitat de persones i mercaderies. Productes paradigmàtics d'aquest abordatge són per exemple la col·laboració Global Burden of Disease, els múltiples instituts i observatoris en salut global que han aparegut recentment, o les propostes en salut planetària, que hi afegeix l'element eco-ambiental.

Durant aquest procés l'OMS ha continuat sent la institució global de referència malgrat les crítiques que ha anat rebent (p.ex. el 2015 es van emetre crítiques acusant-la d'alertar massa tardanament sobre l'extensió del brot d'Ébola llavors en curs). Tanmateix, l'actual atac que pretén fer perdre tota credibilitat a l'OMS no té precedents. Aquesta crítica ha estat liderada pel govern dels EUA, que ha emès un comunicat per abandonar l'OMS el juliol de l'any 2021 (els EUA és l'únic país que té aquesta prerrogativa) mentre no deixava d'acusar l'OMS de ser la corretja de transmissió de la Xina, i a aquesta de ser la

responsable única de la pandèmia. A més, els EUA fan anar l'argument que posen molts més diners que altres països (com la Xina) sense obtenir "un tracte preferencial com altres". Recordem que el finançament actual de l'OMS consta d'una partida de menys del 20% de fons estructurals per pagaments obligatoris mínims dels socis i més d'un 80% són aportacions voluntàries. Aquest sistema s'instaurà per insistència de l'administració Reagan, que no volia que el pressupost de l'OMS creixés basant-se en les necessitats de salut (la raó real era que encara eren temps de Guerra Freda i els EUA considerava l'OMS una organització gairebé filo-comunista des de la Declaració d'Alma-Ata el 1978).

Aquest atac diplomàtic i econòmic a l'OMS per part dels EUA (equivalent al boicot a l'acord de París sobre canvi climàtic i l'acord nuclear amb Iran) és extremadament greu perquè posa en entredit alhora el funcionament teòricament democràtic d'una de les institucions més emblemàtiques i qüestiona les responsabilitats compartides i la coordinació d'esforços per entomar els problemes de salut global. L'OMS és una organització que bàsicament segueix abordatges tècnics, però recordem que no té un caràcter fonamentalment executiu sinó de referència i consultiu, i que està travessada per interessos polítics i per tant els seus abordatges i recomanacions depenen d'un equilibri diplomàtic complex molt influït per l'hegemonia de cada època. Per exemple, l'OMS ha desenvolupat informes molt interessants com el *Closing a gap in a generation* (2008) basat en els determinants socials de la salut, o altres sobre l'accés universal a la salut, la importància de l'atenció primària de salut o l'adaptació dels sistemes sanitaris per a les necessitats de poblacions vulnerabilitzades com les persones que s'injecten drogues.

Per tancar aquesta secció, pensem per un moment les possibles conseqüències que està tenint i que pot arribar a tenir l'adopció a escala internacional i a cada país d'un dels quatre models de gestió en el desenvolupament i implementació d'una o diverses vacunes contra el SARS-CoV-2. Qui paga el desenvolupament de la vacuna? Qui pagarà els costos jurídics si hi ha efectes secundaris massius després d'haver-se saltat diverses fases? De qui serà la propietat intel·lectual? Qui pagarà la compra vacunes, els estats o els individus? Quines són les consideracions ètiques en seleccionar o "demanar" voluntaris per als assajos clínics? A qui es vacunarà primer? En quins criteris es basarà la prioritització? Es vacunarà a tothom o només a qui pugui pagar o estigui cobert per una mútua? Com s'està fent servir la vacuna com a eina electoral?

## **La COVID-19 i la salut des de l'òptica dels drets humans**

Abans que la COVID-19 posés de manifest fenòmens com la vigilància digital, la limitació del dret de reunió, l'alteració descarada dels processos electorals com a Bolívia o els EUA, l'ús de la força per disgregar concentracions, les morts de persones que no han rebut un tractament adient a presons i centres de detenció de migrants, o les situacions d'indignitat personal viscudes per molts pacients i familiars a molts hospitals i residències geriàtriques arreu del món, el precedent

jurídic que marcava la pauta sobre la limitació de llibertats i excepcions a l'observació dels drets humans eren els anomenats Principis de Siracusa. Aquests es presentaren a la Comissió de Drets Humans de Nacions Unides el 24 d'agost de 1984 amb la intenció d'especificar aquelles disposicions relacionades amb la salut pública entre altres motius que podien suposar una limitació o fins i tot una derogació transitòria del Pacte Internacional de Drets Civils i Polítics en les situacions que “posen en risc la vida de la nació”. Entre els principis interpretatius relacionats amb clàusules de limitacions específiques trobem els de “prescrita per la llei” i “a una societat democràtica” (entesa com aquella en què es respecten els drets humans) i en cap cas les mesures han d'entorpir el funcionament democràtic de la societat, per la qual cosa haurà de vetllar l'Estat. Sempre s'hauran de respectar els preceptes de legalitat, necessitat, proporcionalitat, no discriminació, no arbitrarietat, i justificació de les restriccions.

De forma significativa, en la definició d'allò que pot representar un problema de salut pública que justifiqui la limitació dels drets humans s'estableix que s'hauran de tenir en compte les normes sanitàries internacionals de l'OMS. Encara que van més enllà en els detalls, val la pena reproduir íntegrament l'article 58 dels Principis de Siracusa: “Cap Estat, ni tan sols en situacions d'excepció que amenacin la vida de la nació, podrà suspendre les garanties contingudes en el Pacte pel que fa a el dret a la vida; a no ser sotmès a tortures, ni a penes o tractes cruels, inhumans o degradants; a no ser sotmès sense lliure consentiment a experiments mèdics o científics; a no ser sotmès a l'esclavitud o servitud no voluntària; el dret a no ser empresonat per no poder complir una obligació contractual; el dret a no ser condemnat a una pena més greu en virtut d'una legislació penal retroactiva; el dret a ser reconegut com una persona davant la llei; i el dret a la llibertat de pensament, de consciència i de religió. Aquests drets no admeten derogació en cap condició encara que s'afirmi que el seu propòsit sigui defensar la vida de la nació”.

El passat abril, les Nacions Unides van emetre un comunicat amb orientacions sobre les mesures d'emergència i la COVID-19 en què es recordava que fins i tot en una situació d'emergència pública les mesures entomades de forma extraordinària per a protegir la salut de la població s'han de basar en els principis de l'Estat de dret. N'hi destaquem alguns punts que posen de manifest l'estreta vinculació entre salut pública i democràcia, participació ciutadana, llibertat d'expressió, dret a la informació, i poder polític: “Les declaracions d'estat d'emergència amb motiu del brot de COVID-19 no s'haurien d'aprofitar com a pretext per atacar determinats individus o grups, entre d'altres a les minories. Les mesures que s'adoptin no han de basar-se en elements il·lícits, com ara la discriminació per motiu de raça, color, sexe, orientació sexual i identitat de gènere, discapacitat, idioma, religió, opinions polítiques o d'un altre tipus, origen nacional o social, propietat, naixement o qualsevol altra categoria”; “Tot estat d'emergència s'ha d'orientar a partir dels principis de drets humans, entre d'altres la transparència. Un estat d'emergència no s'ha d'utilitzar per a cap altre objectiu que la necessitat pública per a la qual es declara, en aquest cas per respondre a la pandèmia de la COVID-19. Una situació així no s'ha d'apro-

fitar per emmordassar a la dissidència. La transparència i el dret a la informació durant l'estat d'emergència exigeixen la protecció de la llibertat de premsa, ja que el periodisme té un paper essencial durant l'emergència"; i "La supervisió de l'exercici de les facultats d'emergència és fonamental per donar contingut a la democràcia i l'estat de dret. Les mesures d'emergència, entre d'altres la derogació o suspensió de determinats drets, han d'estar subjectes a un examen periòdic independent realitzat pel poder legislatiu".

Drets i llibertats han estat reivindicats per actors diversos amb sentits i intencions sovint oposades. Podríem dir que part del fracàs del model de gestió tècnic a alguns indrets ha estat el no seguiment de les recomanacions com portar mascareta o mantenir la distància social, en general partint d'actituds llibertàries individualistes. Es tracta d'un fenomen complex on hi juguen un paper la desinformació, la manipulació política, les reivindicacions legítimes (una manifestació mantenint la distància social i fent anar mascareta és possible), i molts altres factors. Amnistia Internacional ha denunciat, per exemple, un seguit de boles respecte als drets humans i la COVID-19, aclarint que no és cert que les limitacions de la mobilitat, si són aplicades proporcionalment i durant el temps necessari, siguin il·legals, o que tenim dret a no seguir les indicacions sanitàries, que totes les apps de rastreig violin el dret a la privacitat, que la mascareta atempti contra els drets humans o fins i tot recorda com el gènere ha suposat un determinat fonamental en l'exposició al virus dels professionals de la salut, que no és cert que les retallades en salut portades a terme durant la dècada anterior no hagin tingut cap efecte en la capacitat de resposta a la pandèmia o que les vacunes no serveixin de res o siguin una conjura per a enriquir encara més les farmacèutiques.

Un model veritablement salubrista, en ser més democràtic, hauria de permetre que la ciutadania fos més conscient dels seus drets i deures, i alhora que entengués que precisament com la salut és quelcom fonamentalment col·lectiu, no es pot fer amb ella el que cadascú vulgui en cada moment. A més, com a partir d'una mirada salubrista integrada, la salut es concep com un dret no limitat a l'assistència sanitària, i es defineix com quelcom més enllà de l'absència de malaltia (recordem, per cert, que el primer document que recull en l'època contemporània una definició tal fou la Constitució de l'OMS el 1948: "el gaudi del grau màxim de salut que es pugui assolir és un dels drets fonamentals de tot ésser humà"), pel qual és necessària una visió i participació política en la vida comuna. D'això se'n dirimeixen lleis que estiguin a la base d'un Estat de dret democràtic i que hauria de vetllar per la justícia social i per tant per evitar les desigualtats en salut.

De nou doncs es posa de manifest la necessitat d'una visió integradora de la salut per a entendre els seus determinants socials, polítics i culturals de la pandèmia de la COVID-19, entre els quals hi podem considerar les lleis i els drets. La democràcia i els drets humans estan a la base de la salut pública. També es ressalta una altra conclusió ja anticipada: perquè la resposta a la pandèmia sigui eficaç i alhora equitativa, s'han de tenir en compte aspectes que no poden ser purament tècnics, inclosa la necessària aplicació de les lleis que incorporen determinats aspectes imprescindibles de la dignitat humana i el dret a la vida.