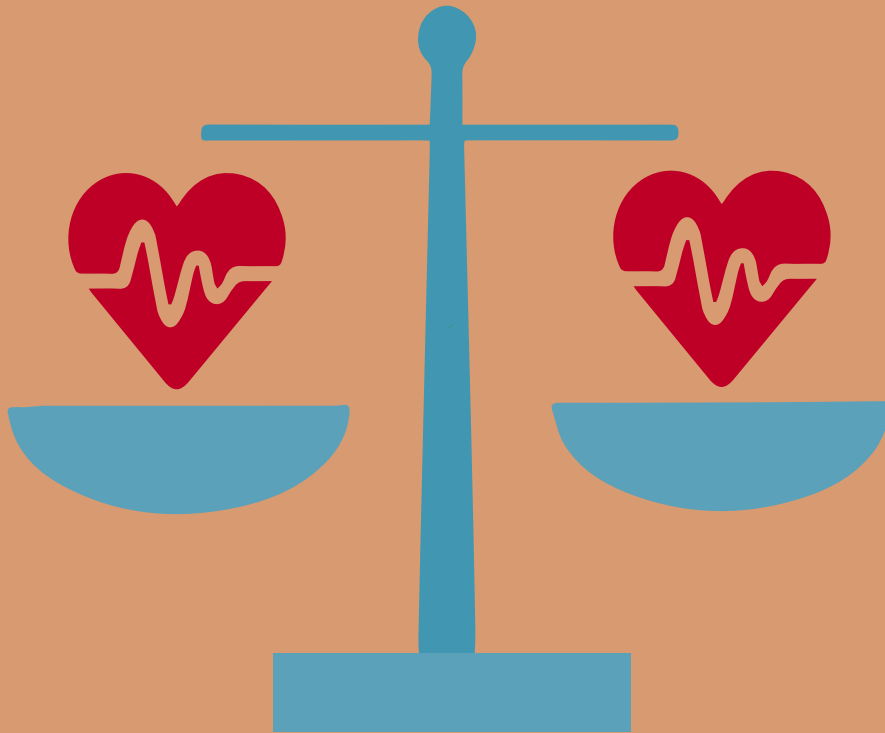


# eines<sup>40</sup>



## SALUT I JUSTÍCIA SOCIAL

**Lucía Artazcoz**

“La majoria dels trastorns de salut són més freqüents en les persones de condicions socioeconòmiques més desfavorides”

Una conversa amb Alba Vergés

**FUNDACIÓ**



**JOSEP IRLA**

Calàbria, 166 entresòl  
08015 Barcelona  
Telèfon 93 567 78 63  
info@irla.cat

**PATRONAT**

**PRESIDENT**

Joan Manuel Tresserras

**VICEPRESIDENTA**

Alba Castellví

**DIRECTOR EXECUTIU**

Josep Vall

**TRESORER**

Jordi Roig

**SECRETÀRIA**

Filo Tió

**DIRECTOR ACADÈMIC**

Lluís Pérez

**VOCALS**

Marta Cid

Josep Huguet

Georgina Linares

Enric Marín

Montse Palau

**EQUIP TÈCNIC**

**COORDINACIÓ**

Guillem Dorca

**ADMINISTRACIÓ**

Joan Almacellas

Lourdes Masdeu

**COMUNICACIÓ**

Carla Genís

**PROJECTES**

Pere Sàbat

**IMATGE**

Carme Pujol

**CASA IRLA**

Rosa Cuenca

# eines<sup>40</sup>

El contingut dels articles és responsabilitat dels seus autors i **eines** no s'hi identifica necessàriament.

Per reproduir un article cal demanar autorització per escrit a la redacció d'**eines**.

En enviar el seu treball a la redacció d'**eines**, l'autor cedeix a l'editor els drets de reproducció, publicació i comunicació, tant per a l'edició impresa en paper com per a una versió electrònica que la farà accessible per mitjà de la xarxa d'Internet.

Els interessats en matèria de drets de propietat intel·lectual es poden adreçar a: **eines@irla.cat**

DIPÒSIT LEGAL  
B-31564-2007

ISSN PAPER  
2013-1518

ISSN ELECTRÒNIC  
2013-5505

EDICIÓ  
Josep Vall  
jvall@irla.cat

DISSENY GRÀFIC  
Carme Pujol  
cpujol@irla.cat

CORRECCIÓ  
LINGÜÍSTICA  
Sofia Lozano

PROJECTE GRÀFIC  
Suki Design

IMPRESSIÓ  
Gràfiques Cuscó

DIRECCIÓ  
Lluís Pérez  
lperez@irla.cat

COORDINACIÓ  
Guillem Dorca  
gdorca@irla.cat

REDACCIÓ  
Pere Sàbat  
psabat@irla.cat

COMUNICACIÓ  
Carla Genís  
cgenis@irla.cat

ADMINISTRACIÓ  
Joan Almacellas  
jalmacellas@irla.cat

Lourdes Masdeu  
lmasdeu@irla.cat



# sumari

## SALUT I JUSTÍCIA SOCIAL

4

PORTAL

**La salut:  
pilar de la prosperitat  
compartida**

Anna Simó

6

CONNEXIONS

**Desigualtats de salut  
en temps de Covid-19  
i crisi climàtica**

Louis Lemkow

Gabriel Lemkow-Tovías

18

**Salut i gènere**

Elena Carreras i Moratonas

Iria Caamiña Cabo

30

**Salut mental, determinants socials  
i protecció social**

Sergi Raventós

40

**Garantir la salut ambiental:  
un repte per al segle XXI**

Olga Margalef

52

NAVEGADOR

**La salut als EUA:  
dret o mercaderia?**

Ariadna Jou

64

FÒRUM

**Lucía Artazcoz:  
“La majoria dels trastorns  
de salut són més freqüents  
en les persones de condicions  
socioeconòmiques més  
desafavorides”**

Una conversa amb Alba Vergés



78

VARIABLES

**Simpaties i fòbies  
envers els catalans a l'Estat  
espanyol: una exploració empírica**

Sílvia Claveria

94

FULL DE CàLCUL

**Solidaritat amb cor,  
seny i mirada llarga:  
l'altruisme eficaç**

Eze Paez

104

ARXIU

**La Batalla de València...  
i el que vingué després**

Vicent Flor

116

EXPLORADOR

**La nova internacional de l'odi**

Alba Sidera Gallart

126

FINESTRA

**"L'esperit il·lustrat  
davant l'epidèmia de la por"**

Marina Garcés

138

CLÀSSIC

**«Deixeu l'Índia»**

Mahatma Gandhi

142

TRIBUT

**El diari d'Anne Frank**

Assumpció Cantalozella

144

FILMOTECA

***La Mort de Guillem (2020)***

Marc Lesan

146

LLIBRERIA



portal

# La salut: pilar de la prosperitat compartida



**Anna Simó**

Consellera de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya (2003-2006)

@AnnaSimo

La salut, individual i comunitària, no és només un pilar de l'estat del benestar, sinó també de la seva prosperitat i una eina de cohesió social i contra la cronificació de les desigualtats. Vetllar per millorar-la en serveis, recursos humans i materials, accessibilitat i equitat és una necessitat social, un deure i una prioritat política de les administracions públiques, com també ho és mantenir un sistema de monitorització, d'indicadors, d'estudis d'impacte i de detecció de les desigualtats.

El 2012 l'OMS va definir el pla Salut 2020, un marc de polítiques sanitàries per a la regió europea per donar suport als governs i les societats en la millora estructural de la salut i del benestar de les poblacions. Davant la constatació que la millora de la salut de la ciutadania no ha beneficiat a tothom per igual i que persisteixen i s'aguditzen les desigualtats en salut, aquest pla fixa com a objectius estratègics reduir-les i millorar la salut per a tothom, mitjançant la millora del lideratge, la governança participativa per a la salut, i l'empoderament de la ciutadania com a eina de millora dels serveis públics i del seu ús. És a dir, cal entendre la salut com

una responsabilitat col·lectiva, i les millores estructurals en salut com un objectiu estratègic de la societat i les institucions públiques.

Tot i que a l'Estat espanyol ja hi ha treballs sobre les desigualtats en salut des de 1996, no és fins al 2015 que es publiquen les propostes de la Comissió per a Reduir les Desigualtats Socials en Salut a Espanya. Aquestes constaten, com l'OMS, que les desigualtats en salut provenen de la distribució injusta de poder, d'influència, de béns i serveis, d'experiències infantils, de condicions de vida i treball i d'accés a una atenció sanitària, escoles i educació de bona qualitat; i que els eixos de desigualtat que determinen aquestes jerarquies de poder a la societat són, doncs, la classe social, el gènere, l'edat, l'ètnia o l'origen i el territori. Catalunya, Andalusia i el País Basc han estat pioners en l'anàlisi de les desigualtats en salut, i en destaquen els estudis coordinats per Carme Borrell i Joan Benach de 2003 i 2005 –inspiradors d'una molt bona praxi de l'Agència de Salut Pública de Barcelona des del 2007 amb l'estratègia de salut comunitària «Barcelona Salut als Barris» (BSaB) que no puc

desenvolupar en aquest espai, però que mereix una anàlisi exhaustiva i un repicatge a d'altres escales locals–; així com la creació de l'Observatori sobre els efectes de la crisi econòmica 2008-2014 en la salut de la població, que sortosament ha evolucionat el 2020 cap a l'Observatori de les Desigualtats en Salut per monitorar les desigualtats en salut sense límits temporals, amb estudis molt valuosos per a l'aplicació a les polítiques públiques –com ara un estudi valuós recent de l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) sobre Desigualtats socioeconòmiques en el nombre de casos i la mortalitat per la Covid-19 a Catalunya.

Objectius estratègics i bones pràctiques que cal posar en el centre de les polítiques públiques per tenir i mantenir un sistema de salut públic, universal, potent, sostenible, equitatiu i actualitzat. És imprescindible mantenir-ne l'accés i l'ús socialment transversal, des de les classes més desfavorides fins a les mitjanes o amb aspiracions de ser-ho. ■

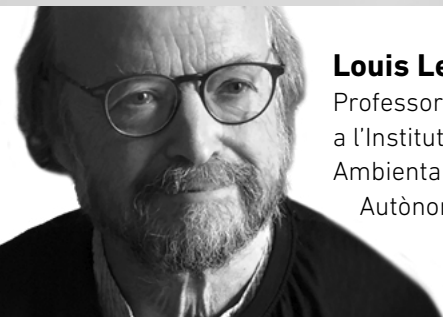


## connexions

# Desigualtats de salut en temps de Covid-19 i crisi climàtica

vista prèvia >

**La democratització de les crisis és un mite. La crisi climàtica no afecta de la mateixa manera a les classes socials afavorides o a les vulnerables. Aquestes últimes en reben l'impacte més fort. De la mateixa manera que passa amb les desigualtats socials. Així mateix, la crisi de la pandèmia de la Covid-19 ha agreujat les desigualtats en benestar al si de la societat. Ser-ne conscients i que formi part del debat públic és el primer pas per poder capgirar-ho.**



### Louis Lemkow

Professor de sociologia ambiental  
a l'Institut de Ciència i Tecnologia  
Ambientals de l'Universitat  
Autònoma de Barcelona

[louis.lemkow@uab.cat](mailto:louis.lemkow@uab.cat)



### Gabriel Lemkow-Tovías

Professor de la facultat de  
Ciència Socials de la Universitat  
de Vic-UCC, campus Manresa

[glemkow@umanresa.cat](mailto:glemkow@umanresa.cat)

Fins fa poc existia la percepció estesa que la mortalitat i morbiditat humanes s'havien democratitzat en les societats més desenvolupades econòmicament i que comptaven amb sistemes consolidats de benestar social. Les desigualtats en salut, aparentment s'havien superat. A més, semblava que la proliferació de nous riscos ambientals que impactaven sobre la salut humana i el medi planetari afectaven tots els grups socials de la mateixa manera. Es tractava de la democratització del risc. Malgrat aquesta percepció, en aquest article es posarà de relleu que els riscos socials i ambientals incideixen amb més duresa en els sectors de la societat amb menys recursos, i que això es fa especialment patent en relació a la salut i la pandèmia de la Covid-19. L'article també analitzarà algunes implicacions socials de la pandèmia en la infància i la joventut.

Durant les primeres etapes de la pandèmia de la Covid-19, les autoritats de molts països van presentar a la població el missatge que aquest virus no discriminava. La qual cosa implicava assumir que la pandèmia era socialment neutral i que afectava a tota la societat a parts iguals, des

dels famosos i els estaments més benestants, fins els més vulnerables. Aquest va ser el fil conductor d'una narrativa que ha tingut una llarga història davant de diverses crisis socials i que també s'aplica a la Covid-19 i al canvi climàtic. Segons aquest discurs, els impactes de les pandèmies, la degradació del medi ambient i els desastres naturals es distribuïrien de manera democràtica per tota la societat.

Però aquest discurs és incorrecte: els impactes de la Covid-19 i el canvi climàtic, com molts altres fenòmens de salut i ambientals, es distribuïxen de manera desigual i afecten més als col·lectius més vulnerables. A mesura que s'ha desenvolupat la pandèmia, s'ha fet evident que les desigualtats socials tenen un paper important a l'hora d'explicar la difusió i els impactes de la malaltia. Les desigualtats socials en salut són una part integral de les societats contemporànies i estan generades en gran part per la injustícia social intrínseca als nostres sistemes socials. Les desigualtats en salut representen les diferències inacceptables en els nivells de salut causades per condicions socials, econòmiques

i ambientals. La premissa és que les desigualtats socioeconòmiques generen desigualtats en salut. Les circumstàncies socioeconòmiques de les diferents comunitats determinen en gran part les seves condicions de vida i de treball, així com la qualitat del seu habitatge, entorn, educació, accés i ús de serveis de salut i estils de vida. Tots aquests elements tenen un impacte notable en la salut de l'individu. És en aquest escenari on s'hi inscriuen fenòmens com la Covid-19 i el canvi climàtic.

En aquest sentit, segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), un dels problemes més inquietants per a les administracions sanitàries és la persistència, i fins i tot l'augment en alguns casos, de les desigualtats en la salut malgrat la consolidació de l'«estat de benestar social» en molts països occidentals. Durant els darrers anys s'han documentat les enormes diferències —desigualtats— en relació amb el nivell de salut viscudes per diferents col·lectius socials.<sup>1</sup> De fet, l'equitat —amb la seva

---

1 BORRELL; BENACH, *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*; MARMOT, *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*; NAVARRO; MUNTANER, *The Financial and Economic Crises and Their Impact on*

## La desigualtat en la salut implica diferències inacceptables causades per les condicions socials i econòmiques

implicació de justícia social— representa per a la OMS, un eix central de les seves polítiques de salut. El fracàs parcial en l'objectiu de reduir les desigualtats, ha obligat a una reflexió sobre les causes d'aquestes, per exemple en l'àmbit de la salut, i sobre com aturar la bretxa en els nivells de salut entre els grups més vulnerables i els grups més benestants de la nostra societat.

Hem assenyalat que la desigualtat o iniquitat en la salut implica diferències inacceptables causades per les condicions socials i econòmiques. Les importants investigacions dutes a terme sobre equitat i salut no deixen cap mena de dubte sobre el fet que les desigualtats socials i econòmiques originen desigualtats en el camp de la salut humana. Alguns dels canvis en el mercat laboral —per exemple la precarietat i l'atur de llarga durada— no han fet més que aguditzar-ne les desigualtats.<sup>2</sup> Aquesta constatació portaria a pensar necessàriament que cal un replantejament de les polítiques

socials i de salut per poder incidir sobre el preocupant creixement de les desigualtats en la salut. La importància sobre equitat i salut ha tornat a tenir una certa visibilitat política, especialment en el context de la Covid-19. Cal remarcar que el debat sobre les desigualtats en la salut ha estat recurrent en la societat moderna, tot i que habitualment s'ha associat més a l'anàlisi dels efectes de la industrialització, la urbanització i la degradació ambiental.

La investigació actual sobre les iniquitats en la salut té precursors importants —la relació de publicacions, estudis, informes, llibres, articles i cròniques sobre aquest tema és realment àmplia i abasta gairebé dos segles. Tant l'epidemiologia com l'anàlisi i crítica social i la geografia mèdica del segle XIX subratllaven la relació entre pobresa, degradació ambiental i salut. Aquests estudis de la realitat social van abastar qüestions com:

a) L'anàlisi dels determinants ambientals i socioeconòmics de la salut en les noves ciutats industrials.

b) L'estudi de variables per examinar el baix nivell de salut de les comunitats pobres, que incloïen: condicions de l'habitatge, densitat de la població, ingressos econòmics, alimentació, processos migratoris, contaminació de l'aire, aigua i sòl, entre d'altres.

La industrialització i urbanització impulsades durant el segle XIX a l'Europa Occidental, amb la seva innovadora forma de producció, la contaminació ambiental i els nous sistemes de treball, van alterar i canviar de forma radical les condicions de vida i treball d'aquestes societats. Les noves morfologies urbanes van conduir a nous models de segregació social i residencial, així com a noves i profundes desigualtats socials. Els barris obrers, les àrees residencials de classe mitjana i les mansions dels rics ocupaven zones específiques i fàcilment identificables de la ciutat. La descripció de les condicions físiques, dels estils de vida i de les condicions de treball de les noves, enormes, brutes, denses, contaminades, superpoblades i gens saludables ciutats van trobar expressió en obres d'anàlisi de la realitat

---

*Health and Social Well-Being.*

<sup>2</sup> BORRELL; BENACH, *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*.

## La reivindicació de millora de les condicions de la classe obrera se centrava especialment en les condicions sanitàries, de treball i les relacionades amb el medi ambient

socioeconòmica i també en obres de ficció.<sup>3</sup> Tots, independentment de les seves opcions ideològiques, coincidien que s'havien canviat, i ampliat, les dinàmiques de les desigualtats i que aquest procés havia impactat especialment en la salut.

Alguns moviments populars i socials, i fins i tot professionals, van denunciar les brutals desigualtats en la salut i van iniciar campanyes a favor d'introduir mesures i polítiques socials i ambientals per pal·liar aquesta situació. Entre aquests moviments hi havia des de grups filantròpics i reformistes, les noves organitzacions obreres amb els sindicats al capdavant, associacions i grups veïnals, i el moviment per la salut pública.

La reivindicació de millora de les condicions de la classe obrera se centrava especialment en les condicions sanitàries, de treball i les relacionades amb el medi ambient. L'estil, el contingut, la composició social i les estratègies d'aquests moviments

eren molt diverses, igual que les seves crítiques de les desigualtats en la salut i les solucions que proposaven per esmenar-les. Per fer-ne un breu esment, a la fi de segle XIX —a l'Europa occidental— les desigualtats en la salut representaven una important controvèrsia. En efecte, la relació entre classe social i nivell de salut havia estat àmpliament demostrada especialment a l'entorn urbà.

En aquest context, la ciutat va passar a ser objecte d'un profund anàlisi social, concretament en l'atenció a la «divisió espacial del treball» i la distribució de riscos. La ciutat reflecteix, i fins i tot exagera, les característiques fonamentals de la societat en què està ubicada. Per tant, la manera de poder identificar l'estructura jerarquitzada i la distribució de riscos d'una societat, amb la seva conseqüent incidència en la salut, és precisament analitzant la ciutat moderna.

L'expressió més visible de l'estructura social, de les diferències i desigualtats de la ciutat, és la segregació social i residencial. La segregació s'associa generalment a intents formals i premeditats de

separar poblacions específiques entre si —utilitzant, per exemple, el criteri ètnic o racial— com va ser el sistema d'*apartheid* de la Sud-Àfrica pre-democràtica. No obstant això, la segregació imposada per factors estructurals o socioecològics és una realitat en totes les grans ciutats. De fet, aquesta segregació social és, per a la ciutadania, una experiència de sentit comú, viscuda de forma quotidiana: tots ells —la gent— tenen assimilat algun tipus de mapa mental i social de les seves ciutats, de com són per exemple els seus diferents veïnats i àrees residencials, amb les seves molt diferents funcions, condicions ambientals, recursos i serveis urbans i vida cultural. Les persones saben, en general, identificar amb gran facilitat els barris obrers, les zones de marginació, així com les àrees residencials de la classe benestant. En efecte, aquests mapes coincideixen normalment, amb destacable precisió, amb els mapes de segregació social traçats per la geografia, la sociologia i l'ecologia urbana.

La geografia o la sociologia poden guiar-se per una sèrie de claus o «pistes» visuals que es poden

<sup>3</sup> Com a llibre de ficció: DICKENS, *Temps difícils*. Com a obres d'anàlisi: ENGELS; *La situació de la classe obrera en Anglaterra*; CHADWICK, *Report on the sanitary condition of the laboring population of Great Britain*.

## El coneixement de la localització i de la distribució espacial de les classes socials i dels grups exposats a més riscos és important per a una comprensió de la desigualtat en la ciutat

homologar com a «indicadors», per poder elaborar un mapa fiable de distribució de desigualtats o de segregació residencial —efectivament són les mateixes pistes que utilitza el ciutadà del carrer a l'hora de descriure la diversitat social de la seva ciutat. Aquestes claus visuals o indicadors, simplificant molt, poden incloure des de la densitat i la qualitat de l'habitatge; les condicions ambientals; els tipus i la qualitat de serveis públics; o l'activitat cultural, d'oci i que sigui a l'abast de tothom.

El coneixement de la localització i de la distribució espacial de les classes socials i dels grups exposats a més riscos és important per a una comprensió de la desigualtat en la ciutat. La geografia i la sociologia urbana han pogut mostrar no només la ubicació dels grups desfavorits sinó també l'accés i l'ús de recursos i serveis urbans pels diferents grups socials. La qualitat d'aquests béns i serveis —entre ells la sanitat, l'educació, el transport col·lectiu, l'oferta cultural, els espais verds...— s'ha de tenir en compte a l'hora d'analitzar i quantificar l'accés que se'n té.<sup>4</sup> L'ex-

posició dels diferents grups a les agressions ambientals, ocupacionals i socials al llarg de la seva vida també és d'imprescindible consideració.

### Indicadors, segregació i ciutats

La informació dels padrons municipals, conjuntament amb una diversitat d'indicadors socioeconòmics i les claus visuals, fa possible traçar mapes de la diferenciació i desigualtats socials de les ciutats amb la seva àmplia sèrie de barris afavorits o deprimits amb les seves respectives implicacions per a la salut i el benestar. Alguns barris acumulen més riscos —tant socials com ambientals— i a partir d'aquesta realitat diferenciada de la ciutat es poden identificar grans desigualtats en els nivells de salut. Per mostrar aquestes afirmacions amb un cas real, considerant una ciutat com Barcelona —a partir de les dades de 2015 sobre els 73 barris que la conformen—<sup>5</sup> trobem, per exemple, que la diferència d'esperança de vida més extrema és d'aproximadament deu anys entre el

districte més ric —Sarrià-Sant Gervasi— i el més vulnerable —Nou Barris. Així mateix, en termes d'iniquitats en salut el mapa de distribució de persones infectades per la Covid-19 de Barcelona és prou il·lustratiu.

S'han utilitzat molts indicadors per formular una comprensió adequada de les dimensions espacials de les desigualtats socials i de la distribució de riscos en la ciutat. No obstant això, es presenten diverses dificultats metodològiques respecte a aquests indicadors. Una qüestió problemàtica per a investigadors que duen a terme treballs sociològics comparats, és que la comparació entre països és particularment difícil —hi ha una creixent demanda d'aquest tipus d'estudis en el marc de la UE. Es fa complicada degut a les considerables variacions en la quantitat, qualitat i fiabilitat dels sistemes de classificació emprats per presentar les estadístiques sobre estatus socioeconòmic. En alguns casos, les autoritats censals proporcionen simples categories d'estratificació com ara les classes socials I a V —entenen la I com a classe alta— mentre que en altres s'ofereix una classificació ocupacional llarga, complexa —i molt ma-

---

*ciones políticas para la Ciudad.*

5 BORRELL, «Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona».

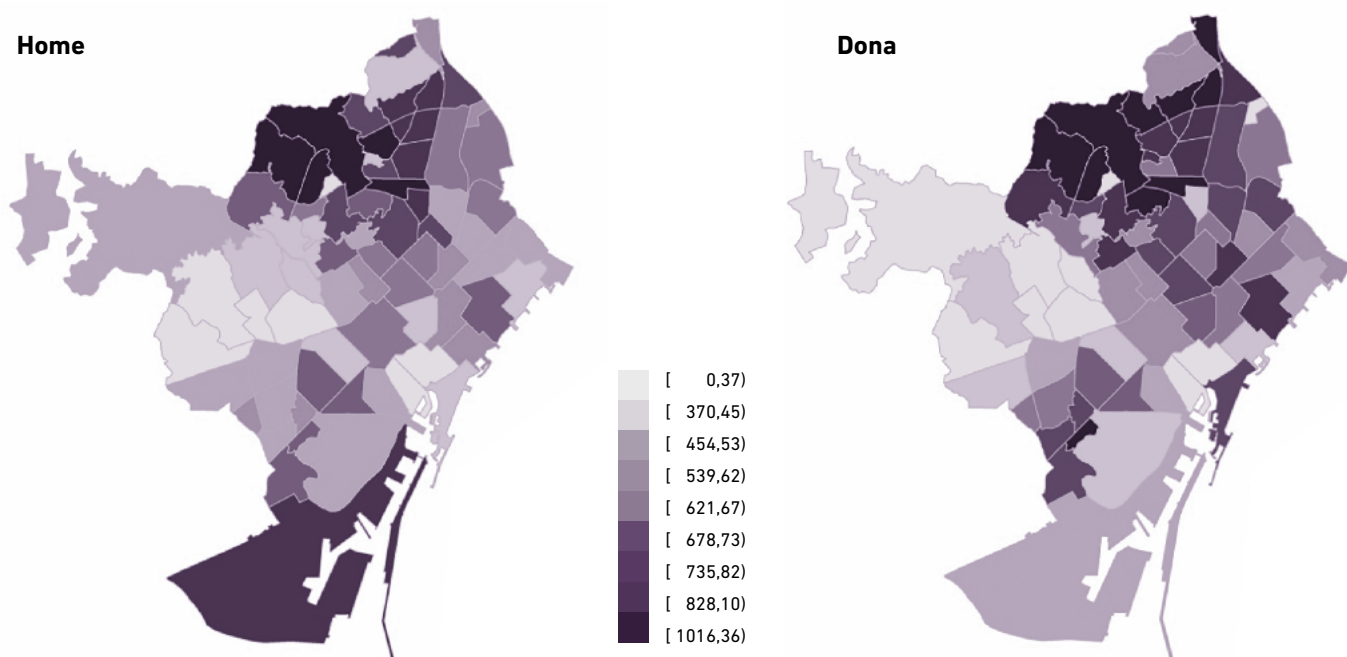
4 MIRALLES, CEBOLLADA, *Movilidad y transporte: op-*



**La diferència d'esperances de vida més extrema és d'aproximadament deu anys entre el districte més ric –Sarrià-Sant Gervasi– i el més vulnerable –Nou Barris**

**Figura 1**

**Incidència acumulada de persones diagnosticades de Covid-19, per 100.000 habitants, per barri de residència i sexe, a la ciutat de Barcelona (12/3/2020-19/4/2020)**



Font Mapa extret de l'Agència de Salut Pública de Barcelona, 2020.

tisada— però també, a vegades, un tant arbitrària. D'aquí la dificultat de comparació. Tot i això, els indicadors que s'han utilitzat per mesurar l'equitat social són ben coneguts i inclouen l'ocupació i el treball; els ingressos personals; el nivell

educatiu adquirit o els anys d'escolarització; l'accés a l'habitatge; i les condicions i qualitat ambiental.

Per descomptat, els indicadors exposats estan relacionats amb les

nocions de classe social, concepte que alguns analistes han qualificat d'ambigu o fosc i que no permet una representació sofisticada i diferenciada de l'equitat social. Tot i les crítiques, el concepte de classe social, és

## Els riscos en salut que diversos col·lectius pateixen es multipliquen en el cas de les dones, per motius interseccionals relacionats amb el gènere

encara vigent per a amplis sectors de la sociologia i continua sent considerat rellevant i àmpliament utilitzat en estudis tant empírics com teòrics. En tot cas, i per fugir de debats terminològics, també es pot optar per utilitzar altres categories d'anàlisi que ens condueixen al mateix resultat, com són prendre en consideració a agrupacions socials en situació de risc o grups vulnerables, especialment susceptibles a acumular problemes de salut i benestar. Exemples d'aquest fet serien les minories ètniques; la immigració, especialment l'extracomunitària d'estats en vies de desenvolupament; la població sense feina; les famílies monoparentals, concretament mares solteres; persones amb diversitat funcional o amb algun tipus de necessitat específica; persones sense una ocupació fixa; o persones amb ocupacions de risc.

Els riscos que aquests diversos col·lectius pateixen, es multipliquen en el cas de les dones, per motius interseccionals relacionats amb el gènere —per exemple elements de discriminació múltiple i distintiva en cas de dones migrants, dones amb algun tipus de diversitat funcional,

mares de nuclis familiars monoparentals, personal femení de la neteja d'hospitals...

L'existència d'àrees socialment vulnerables —moltes vegades de fàcil identificació i molt visibles— a la ciutat, amb problemes d'acumulació de desigualtats i riscos té implicacions notables per a les polítiques socials i de la salut. Actualment es pot afirmar que tenim, a dia d'avui a Europa, i com queda palès també a Catalunya a partir dels informes del Síndic de Greuges, unes ciutats molt diferenciades i segregades internament, amb un ampli espectre de desigualtats.<sup>6</sup>

S'ha esmentat que, en el context de la salut, el debat sobre les desigualtats ha persistit durant gairebé dos segles. L'arribada constant de recessions i crisis econòmiques amb les seves seqüeles d'atur, treball precari i altres canvis en el mercat laboral, ha significat una renovada i intensa polèmica sobre l'equitat, els riscos, les desigualtats i les seves conseqüències per a la salut i el ben-

estar social. Un nombre important d'investigacions, van ser publicades des de finals del segle XX. Una de les més conegudes va ser el «Black Report» britànic, encarregat pel govern.<sup>7</sup> La investigació va destruir el mite establert que durant els anys de postguerra, després de la Segona Guerra Mundial, s'havia arribat a una situació molt més igualitària en relació als nivells de salut dels diferents grups i classes socials. El resum del redactor principal de l'informe, Peter Townsend, va ser contundent:

«Tot i els 30 anys d'un Servei Nacional de Salut expressament dedicat a facilitar una atenció igual per a tots, continua havent-hi un notable classisme en els estàndards de salut. En efecte, aquest nivell de classisme sembla ser més evident a la Gran Bretanya comparat amb altres països comparables i fins i tot sembla ser que les desigualtats van en augment. Durant els darrers 20 anys, fins a començaments dels anys 1970, que abasta l'informe, les taxes de mortalitat tant en homes com en dones de 35 o més anys d'edat i

6 SÍNDIC DE GREUGES, «Informe segregació escolar»; SÍNDIC DE GREUGES, «Pacte contra la segregació escolar a Catalunya, un compromís per a l'èxit educatiu».

7 TOWNSEND, DAVIDSON, *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*.

## La retirada d'infants i joves de l'escola presencial sovint ha acabat conduint a una major exclusió i risc de vulnerabilitat de les persones ja excloses

pertanyents als grups I i II han anat disminuint regularment mentre que les dels grups IV i V fins i tot s'ha deteriorat».<sup>8</sup>

### La salut del jovent i la pandèmia de la Covid-19

Es pot afirmar que la pandèmia de Covid-19 és molt més que una crisi mèdica/sanitària: és profundament social, i té un molt notable impacte en la vida diària, agreujant les desigualtats socials i la discriminació de gènere.<sup>9</sup> Un efecte molt concret de la pandèmia, però menys visible per no haver estat en el focus mediàtic ni en les actuacions més urgents a nivell sanitari, ha estat l'impacte de la pandèmia sobre infants i joves, i especialment de les nenes i les adolescents —pels motius

descrits anteriorment relacionats amb la interseccionalitat de gènere. Des de l'inici de la Covid-19, en els casos on ja hi havia una exclusió social d'entrada —o algun tipus de context de vulnerabilitat— la retirada d'infants i joves de l'escola presencial sovint ha acabat conduint a una major exclusió i risc de vulnerabilitat de les persones ja excloses, tal com es va posar de manifest durant el tancament de la primera onada.<sup>10</sup> Alguns exemples d'aquesta exclusió serien: la dificultat d'obtenir suport extra per les tasques escolars en els casos on la realitat socioeconòmica de les famílies els fa difícil l'acompanyament dels deures dels seus infants a casa; les difícils condicions en algunes llars amb problemes de pobresa energètica —com s'ha posat de manifest per exemple en la crisi de la Cañada Real—<sup>11</sup> o la bretxa digital que han afectat els processos d'aprenentatge de nenes i nens. I aquests fets que afecten als joves i a infants, també ha replicat als nuclis

familiars, per exemple amb la dificultat de conciliació i especialment de mares monoparentals, on moltes vegades s'hi suma la precarietat laboral i econòmica que moltes ja tenien i el fet d'haver de mantenir l'atenció educativa dels seus infants. I entre moltes d'altres situacions.

Altres aspectes com el confinament i els períodes de quarantena per a infants i joves, ha implicat una sobreexposició —com a consumidors i també com a productors de continguts— a nous riscos relacionats amb el fàcil accés al món digital: han estat un *target* fàcil de marques comercials, xarxes socials i altres internautes amb pocs escrúpols, aprofitant-se de la inexpertesa d'aquests infants.<sup>12</sup> Sense els filtres habituals relacionats amb altres situacions d'activitats extraescolars o trobades amb amics i familiars, on l'accés podria estar més mediat o limitat, els infants s'han vist sobreexposats a les xarxes i també al consum mediàtic

8 Ibídem.

9 REFERENCE GROUP FOR MENTAL HEALTH AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN EMERGENCY SETTINGS, «Briefing note on addressing mental health and psychosocial aspects of COVID-19 outbreak»; LOGIE; TURAN, «How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research»; RAMCHANDANI, «Children and COVID-19»; SAVE THE CHILDREN, «Adolescent girls and COVID-19: GBV risks and response»; STIDHAM, Kelli (et al.), «Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response»; UN WOMEN, «COVID-19 and ending violence against women and girls».

10 ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION, «Technical note on the protection of children during the coronavirus pandemic»; ONU, «The impact of COVID-19 on children».

11 PÉREZ, «Esperando que se haga la luz en la Cañada Real entre la nieve y el hielo».

12 OCDE, «Combatting COVID-19's effect on children»; ONU, «Policy brief: The impact of COVID-19 on children»; GAO, Junling (et al.), «Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak»; TASNIM; HOSSAIN; MAZUMDER, «Impact of rumors or misinformation on COVID-19 in social media».

## Rols tradicionals i històricament opressius han ressorgit com a riscos derivats de la pandèmia

de la televisió donat que en alguns casos servia per donar un marge de descans a famílies ja superades per la creixent situació de crisi econòmica i social. D'altra banda el creixent sedentarisme dels infants que ja patien riscos com l'obesitat i asma per la seva situació en contextos de desigualtat socioeconòmica, s'ha vist agreujat amb aquest augment de dependència de les xarxes i el món mediàtic, incrementant també el seu futur risc de patir malalties de tipus cardiovascular o sindèmiques —amb impacte evident sobre les seves futures oportunitats laborals i quotidianes.

Evidentment per als infants la pandèmia també ha significat una greu pèrdua en els seus processos de socialització quotidians, perdent oportunitats de trobada i aprenentatge entre iguals, generant situacions de malestar psicològic i inestabilitat emocional. Aquests efectes, actuen sobre uns infants amb ja poques eines d'autogestió psicològica i que arrossegaran seqüeles en els propers anys.

En relació amb les nenes i les adolescents, aquesta etapa de pandèmia

també ha suposat un greu retrocés en els seus drets i en la cerca de referents alternatius als tradicionalment imposats al seu gènere: en molts casos ha significat tornar a veure's abocades a desenvolupar i internalitzar, per raons d'estereotips de gènere, els rols de cura i d'assumpció de rols de la llar, davant situacions on a la crisi de salut se li sumava la crisi econòmica familiar. Uns rols tradicionals i històricament opressius que han ressorgit com a riscos derivats de la pandèmia. També el major accés per part de les nenes i adolescents a les xarxes, en un context de manca de regulació dels contingut audiovisuals —que comença a posar-se en qüestió amb les reaccions de Twitter, Facebook i altres xarxes davant el creixement del discurs de l'odi i altres discursos retrògrads o sexistes a les xarxes— ha suposat que consumeixin un major nombre de continguts on s'assumeix com a natural una imatge sexista i hipersexualitzada. En aquest sentit s'ha perdut l'oportunitat de visibilitzar, en igualtat de condicions mediàtiques i professionals, a les científiques i les professionals de la salut, qui podien aportar també una informació de gran qualitat informa-

tiva i sanitària a tota la població i, en general, en l'àmbit de l'esfera i acció pública. Malauradament l'aplaudiment del món de la sanitat que es produïa cada nit durant un període dilatat als carrers i balcons, no anava acompanyat del reconeixement *de facto* econòmic, mediàtic ni laboral de moltes d'elles. Davant la situació d'emergència, moltes sanitàries indirectament veien retallada la seva veu i la seva imatge pública com a expertes científiques i de la salut i, en canvi, eren hipervisibilitzades com subordinades als experts científics i acotades bàsicament a l'àmbit de la cura al pacient, tornant així a reprendre la imatge estereotipada tradicional de la dona com a persona dedicada a l'àmbit de les cures.

Aquests són problemes menys visibilitzats, però que malgrat tot, incideixen sobre la infància i la joventut i que sovint són oblidats davant dels impressionants impactes en la morbiditat i mortalitat de la població adulta i especialment entre les persones d'edat més avançada.

En aquest context de vulnerabilitat, el benestar de les nenes i els nens depèn molt de les circumstàncies

socials i econòmiques de l'entorn domèstic. Tot i que s'ha demostrat que la salut física dels infants està menys afectada per la Covid-19, s'ha d'entendre que la salut i el benestar no són només un estat mèdic o físic, sinó que, segons l'OMS, la salut «és un estat de benestar físic, mental i social complet, i no només l'absència de malalties». Amb aquesta definició àmplia del concepte de salut, és rellevant considerar els impactes de la pandèmia en infants i joves, tot i que per raons evidents, s'ha posat més èmfasi mediàtic en la gent gran i el personal sanitari, que han estat el focus de major atenció i preocupació de l'opinió pública. En aquest context s'ha prestat menys atenció a aquells que, de manera indirecta i de manera menys visible, també s'han vist greument afectats, inclosos els infants, i de forma especial hi ha hagut una incidència concreta en les nenes i les joves per motius de discriminació interseccional de gènere.

Tot i que la salut física dels nens i de les nenes sembla estar menys afectada per la Covid-19 en comparació amb la població adulta, el seu benestar i accés a l'educació durant els tancaments es pot veure

greument afectat segons les condicions econòmiques i socials del seu entorn. Una situació que pot conduir a una exclusió efectiva del sistema educatiu que agreujarà la seva vulnerabilitat en el futur. En el seu informe, publicat al 15 d'abril del 2020, l'ONU ja va advertir que «els efectes nocius d'aquesta pandèmia no es distribuïran per igual. S'espera que els més perjudicials siguin per als nens i nenes dels països més pobres i dels barris més pobres i per als que ja es troben en situació de desavantatge o vulnerabilitat». De nou, per tant, es confirma que els impactes a la salut es veuen condicionats pels elements socioeconòmics, tant del país com personals i de l'entorn. Per combatre les desigualtats de salut, cal fer-ho enfrontant-se als condicionants socials que les formen. ■

## ■ Bibliografia

ALLIANCE FOR CHILD PROTECTION IN HUMANITARIAN ACTION. «Technical note: Protection of children during the coronavirus pandemic» [en línia]. Disponible a: <www.alliancecpa.org>.

BENACH, Joan (et al.). «La precariedad laboral medida de forma multidimensional: distribución social y asociación con la salud en Cataluña». A *Gaceta sanitaria*, núm. 29 (5), pàg. 275-278, 2015.

BORRELL, Carme; BENACH Joan. *Evolució de les desigualtats en la salut a Barcelona*. Barcelona: Fundació Bofill, 2005.

BORRELL, Carme. «Las desigualdades en salud como prioridad política en Barcelona». A *Gaceta sanitaria*, núm. 34 (1), pàg. 69-76, 2020.

CHADWICK, Edwin. *Report on the Sanitary Condition of the Labouring Population of Great Britain*. Edinburg: Edinburgh University Press, 1987.

DICKENS, Charles. *Temps difícils*. Barcelona: Edicions 62, 2002.

ENGELS, Friedrich. *La situación de la clase obrera en Inglaterra*. Madrid: Akal, 2020.

ESPLUGA, Josep; LEMKOW, Louis; BALTIERREZ, Josep. *Desempleo juvenil, exclusión social y salud*. Barcelona: Icària, 2004.

GAO, Junling (et al.). «Mental health problems and social media exposure during COVID-19 outbreak» [en línia]. A *Plos one*, núm. 15 (4), 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

LEMKOW, Louis; ESPLUGA Josep. *Sociología ambiental: Pensamiento socioambiental y ecología social del riesgo*. Barcelona: Icària, 2017.

LOGIE, Carmen H.; TURAN, Janet M. «How do we balance tensions between COVID-19 public health responses and stigma mitigation? Learning from HIV research» [en línia]. A *AIDS and Behaviour*, núm. 24, pàg. 2003-2006, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

MARMOT, Michael. *Fair Society, Healthy Lives. The Marmot Review*. Londres: The Marmot Review, 2010.

MIRALLES, Carme; CEBOLLADA, Angel. *Movilidad y transporte: opciones políticas para la Ciudad*. Madrid: Fundación Alternativas, 2003.

NAVARRO, Vicenç; MUNTANER, Carles. *The Financial and Economic Crises and Their Impact on Health and Social Well-Being*. Oxford: Routledge, 2014.

OCDE. «Combating COVID-19's effect on children» [en línia]. 2020. Disponible a: <www.oecd.org>.

OMS. «Constitution of the World Health Organisation» [en línia]. Disponible a: <www.who.int>.

ONU. «Policy brief: The impact of COVID-19 on children» [en línia]. De 15 d'abril de 2020. Disponible a: <www.un2.un.org>.

PÉREZ, Sofía. «Esperando que se haga la luz en la Cañada Real entre la nieve y el hielo» [en línia]. A *Eldiario.es*, de 15 de gener del 2021. Disponible a: <www.eldiario.es>.

SAVE THE CHILDREN. «Adolescent girls and COVID-19: GBV risks and response» [en línia]. 2020. Disponible a: <www.savethechildren.org>.

SÍNDIC DE GREUGES. *Informe segregació escolar* [en línia]. 2016. Disponible a: <www.sindic.cat>.

SÍNDIC DE GREUGES. «Pacte contra la segregació escolar a Catalunya, un compromís per a l'èxit educatiu» [en línia]. 2019. Disponible a: <www.sindic.cat>.

SÍNDIC DE GREUGES. *Informe salut i drets en la crisi de la Covid-19* [en línia]. 2020. Disponible a: <www.sindic.cat>.

STIDHAM, Kelli (et al.). «Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response» [en línia]. A *The Lancet*, núm. 395 (10231), pàg. 1175-1177, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

TASNIM, Samia; HOSSAIN, Md Mahbub; MAZUMDER, Hoimonty. «Impact of rumors or misinformation on COVID-19 in social media» [en línia]. A *Journal of Preventive Medicine and Public Health*, núm. 53 (3), pàg. 171-174, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

TOWNSEND, Peter; DAVIDSON, Nick. *Inequalities in Health: The Black Report and the Health Divide*. Harmondsworth: Penguin Books, 1982.

RAMCHANDANI, Paul. «Children and COVID-19» [en línia]. A *NewScientist*, núm. 246, pàg 3277, 2020. Disponible a: <www.doi.org>.

REFERENCE GROUP FOR MENTAL HEALTH  
AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN  
EMERGENCY SETTINGS. «**Briefing note on  
addressing mental health and psychosocial  
aspects of COVID-19 outbreak**» [en línia]. A  
*IASC*, 2020. Disponible a: <[www.cumming.  
ucalgary.ca](http://www.cumming.ucalgary.ca)>.

UN WOMEN. «**COVID-19 and ending violence  
against women and girls**» [en línia]. 2020.  
Disponible a: <[www.unwomen.org](http://www.unwomen.org)>.



## connexions

# Salut i gènere

vista prèvia >

**La pandèmia de la Covid-19 ha posat la salut al centre de tot. Aquest fet ha portat a analitzar i visualitzar com afecten diferents factors a la salut de la població. Una visió que cal tenir molt en compte i que ha estat sistemàticament amagada és la relació entre gènere i salut. Com afecta la condició de gènere de les persones en els diagnòstics, a la recerca o a la rapidesa en fer front a determinades malalties? Cal un replantejament per entendre aquest biaix, corregir-lo i avançar, així, cap a la igualtat.**



### **Elena Carreras i Moratonas**

Doctora. Cap de Servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Vall d'Hebron. Presidenta del Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut

[ecarreras@vhebron.net](mailto:ecarreras@vhebron.net)



### **Iria Caamiña Cabo**

Polítologa especialitzada en polítiques públiques de salut. Secretària Tècnica del Consell Assessor de Polítiques de Gènere en Salut

[@icaamina](https://twitter.com/icaamina)



La incorporació de la perspectiva de gènere en els diferents àmbits d'intervenció de les institucions i serveis públics és —a banda de ser una obligació legal— un element imprescindible per construir societats justes i equitatives. L'assumpció de la necessitat d'incorporar la perspectiva de gènere parteix de la base que existeixen desigualtats entre homes i dones, i que aquests ocupen posicions diferents en funció del seu gènere. Però què implica incorporar la perspectiva de gènere? Impli- ca posar-nos unes ulleres per analitzar de manera sistemàtica situacions, accions, entorns o realitats, posant en dubte la seva neutralitat i identificant l'impacte en el diferencial d'aquestes entre dones i homes. Al mateix temps, aquest anàlisi s'ha de combinar amb el d'altres condicions que sabem que poden generar desigualtats com ara l'edat, la classe social, l'ètnia o el territori. La incorporació de la perspectiva de gènere també implica que un cop detectades aquestes desigualtats es desfacin els mecanismes que les causen.

L'àmbit de la salut no és una excepció, i la salut de les dones i dels homes és diferent i desigual. Les diferències s'expliquen per factors

biològics relacionats amb el sexe —genètics, hereditaris, de sistema immunològic, fisiològics...— que es manifesten diferents en la salut i en la malaltia —prevalença, simptomatologia, resposta als tractaments... Les desigualtats en salut, però, s'expliquen per altres factors que hi impacten injustament, i el gènere és un d'ells. El sexe es refereix a les diferències biològiques i fisiològiques que caracteritzen les femelles, els mascles i les persones intersexuals, com ara cromosomes, hormones i òrgans reproductius. El concepte sexe s'ha entès sovint com una categoria binària però ja fa un temps que des de la Biologia s'ha indicat que no és així, que existeix un espectre més ampli.<sup>1</sup> El gènere es refereix a les característiques de les dones i els homes construïdes socialment que inclouen les normes, comportaments i rols associats.<sup>2</sup>

Al llarg d'aquest article assenyalarem com el gènere impacta sobre la salut de les persones, com a determinant social de la salut, en les conductes

---

1 AINSWORTH, «Sex redefined».

2 OMS, «Gender and Health».

i hàbits de salut i en el comportament en l'ús dels serveis sanitaris. A banda d'aquest impacte existeixen una sèrie de biaixos de gènere en el sistema de salut que també contribueixen a la generació de desigualtats: els biaixos de gènere existents en el coneixement científic en el que es basa la medicina occidental, que parteix de patrons androcèntrics, que s'ha perpetuat a través de la recerca i la formació dels i les professionals del sistema de salut.

Partint de la identificació de l'impacte del gènere sobre la salut de les persones directament o a través dels marcs androcèntrics i patriarcals en el que s'han desenvolupat i actuen els sistemes de salut, identificarem línies de treball per incorporar la perspectiva de gènere en l'àmbit de la salut.

### **Per què cal incorporar la perspectiva de gènere en salut?**

Les dones i els homes són diferents. Tenen diferents maneres de viure, d'emmalaltir i de respondre a les intervencions sanitàries. Les dones es veuen més afectades per malal-

## La distribució del poder que estableix el patriarcat, determina l'accés als recursos econòmics, polítics i socials

ties cròniques no mortals —artrosi, ansietat i depressió, malalties autoimmunes o malalties endocrinològiques— que afecten la seva qualitat de vida.<sup>3</sup> Els homes són més vulnerables a les malalties infeccioses i a adoptar conductes de major risc com el consum d'alcohol, drogues i tabac, tenen més accidents de trànsit, risc de patir infeccions de transmissió sexual, més conductes violentes i visiten menys els serveis sanitaris quan és necessari.<sup>4</sup>

Pel que fa a l'exposició a la violència, les dones la pateixen amb més freqüència, tant a nivell comunitari com en l'àmbit de la parella, i de tipus sexual. En canvi, la violència soferta pels homes es focalitza més en homicidis amb resultats fatals.<sup>5</sup> L'esperança de vida és una mostra d'aquestes diferències i desigualtats, i aquesta bretxa s'observa a tot el món: la de les dones és més alta,

mentre que els homes tenen un major risc de mortalitat prematura.<sup>7</sup>

Els factors biològics, que en molts casos continuen sent invisibles per al patrons androcèntrics en els que es basen les ciències de la salut, expliquen només una part les diferències i desigualtats en matèria de salut. L'altra part ve determinada per factors socials que caracteritzen les condicions de vida de dones i homes.<sup>6</sup> Darrera aquests altres factors hi ha les desigualtats de poder i d'accés i control dels recursos, la divisió sexual del treball i la socialització de gènere.<sup>7</sup> Elements que passem a analitzar a continuació.

El poder és un element clau per explicar les desigualtats. El patriarcat, com diu Dolors Reguant (1949), és una forma d'organització política, econòmica, religiosa i social, basada en la idea d'autoritat i lideratge del mascle, en la que es dona el predomini dels homes per sobre les dones. El poder dels homes s'ha naturalitzat, justificant-lo i dificultant

que sigui qüestionat.<sup>8</sup> La violència masclista és l'expressió més extrema d'aquest model, com una forma de penalització a les dones que es volen oposar a l'ordre establert. La distribució del poder que estableix el patriarcat, determina l'accés als recursos econòmics, polítics i socials, així com a la informació i el temps, elements que acaben tenint un impacte sobre la salut de les persones.

La socialització de gènere és un procés a través del qual les persones interioritzem les normes, els rols i els valors vinculats amb la feminitat i la masculinitat normatives que configuren els estereotips. Així, des de petites, les persones naturalitzem aquest ordre social. A la feminitat se li assignen trets com la feblesa, la sensibilitat, la comprensió, la dependència, la resignació; i a la masculinitat, la fortalesa, la valentia, la competència, el triomf, la superació o la seguretat. Aquest model determina creences, comportaments, hàbits i estils de vida diferents entre homes i dones que tenen el seu reflex en la manera d'emmalaltir i d'utilitzar el

3 READ; GORMAN, «Gender and Health Inequality»; VALLS (et al.), «Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres».

4 BAKER (et al.), «The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda»; READ; GORMAN, «Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity».

5 READ; GORMAN, «Gender and Health Inequality».

6 Ibídem.

7 ARTAZCOZ (et al.), «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria».

8 MATEO, «Construcción de la feminidad normativa y sujeto político».

## Les normes de gènere també impacten negativament sobre les persones amb identitats de gènere diverses, patint violència, estigma i discriminació, fins i tot en els serveis sanitaris

sistema sanitari. Les normes rígides al voltant de models de feminitat o masculinitat poden afectar negativament a la salut i el benestar de les persones.

D'altra banda, la socialització imposa normes sobre l'orientació sexual i les relacions i identitat de gènere, que també són construïdes i mantingudes per les pròpies persones.<sup>9</sup> Així doncs, aquestes normes també impacten negativament sobre les persones amb identitats de gènere diverses, patint violència, estigma i discriminació, fins i tot en els serveis sanitaris. Aquestes persones presenten un major risc de patir malalties de transmissió sexual, com el VIH, problemes de salut mental i fins i tot el suïcidi.<sup>10</sup>

La divisió sexual del treball és un altre element clau per explicar les desigualtats. Aquesta és una expressió més del patriarcat, en tractar-se d'un instrument que manté l'ordre establert, assignant diferents tipus de tasques en funció del gènere. En aquest sentit,

a les dones se'ls hi ha assignat el rol de cuidadores —de menors, persones malaltes, persones grans o persones amb discapacitat. Al mateix temps aquests treballs de cura i reproducció han gaudit de poc reconeixement social i s'han mantingut en l'espai privat, sense remuneració i sense drets.<sup>11</sup> En canvi, als homes se'ls hi ha assignat el rol de principal aportador dels recursos econòmics a la llar —*breadwinners*— treballs reconeguts i remunerats, i la participació en l'espai públic.

En el mercat de treball aquesta divisió també es reflecteix en la segregació horitzontal, per la qual ambdós gèneres treballen en sectors econòmics diferents, i les dones sovint exerceixen treballs que reproduïen el paper tradicional relacionats amb la cura —salut, educació, serveis domèstics...—; i en la segregació vertical, per la qual els homes ocupen llocs de treball de categories superiors.<sup>12</sup>

En l'àmbit domèstic, la divisió sexual del treball es tradueix en el fet que

tot i treballar els dos membres de la parella fora de casa, les dones dediquen el doble del temps que els homes a les tasques de cura,<sup>13</sup> diferència que s'ha accentuat en el context del confinament i la pandèmia de la Covid-19.<sup>14</sup>

Aquesta situació, a banda de tenir conseqüències directes sobre la salut de les dones i els homes, també les té sobre el seu nivell socioeconòmic, que acaba repercutint en el seu estat de salut. Les dones tenen salaris més baixos, més contractes a temps parcial —impactant això sobre les seves futures pensions— i menys accés a càrrecs directius.

El marc de privilegis que es configura amb la divisió sexual de treball no sempre implica millors resultats de salut pels homes. Amb feines més físiques i amb més contacte amb químics, combinats amb major assumpció al risc i conductes menys saludables, els homes presenten,

9 ARTAZCOZ (et al.), «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria».

10 OMS, «Gender and Health».

11 ROCA, «Desigualtats de gènere en el sector ocupacional de les cures».

12 ARTAZCOZ; ESCRIBÀ-AGÜIRC; CORTÈS, «Género, trabajos y salud en España».

13 INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *Quantificació econòmica del treball domèstic i de la cura de persones no remunerat a Catalunya*.

14 MORENO, «La crisi de les cures i el seu impacte en temps de pandèmia»; INSTITUT CATALÀ DE LES DONES, *L'impacte de gènere de la COVID-19 en dades*.

## La interacció i la influència entre el sexe i el gènere és complexa, i sovint no és fàcil separar la influència d'un i l'altre; per tant, és molt important tenir en compte les dues

com ja hem dit anteriorment, una major mortalitat prematura.<sup>15</sup>

Una bona part dels problemes de salut s'expliquen pels determinants socials de la salut que es distribueixen segons els eixos de desigualtat que inclouen,<sup>16</sup> a més del gènere, la classe social, l'edat, el país d'origen, l'ètnia, la diversitat funcional i el territori.<sup>17</sup> Així, la salut depèn fonamentalment de factors no sanitaris. Aquests eixos de desigualtat interactuen entre ells generant múltiples realitats i impactant sobre la salut. I és per això que l'abordatge de les desigualtats de salut s'ha de fer considerant aquesta connexió. La teoria de la interseccionalitat, a la que va batejar al 1989 l'activista i acadèmica Kimberlé Williams Crenshaw (1959), parteix de l'existència de múltiples identitats constituïdes i viscudes de forma simultània. Aquestes diverses identitats generen sistemes d'opressió que es relacionen entre

ells i interactuen configurant a les persones. Les diferents combinacions d'opressions posicionen a les persones a la banda del poder/privilegi o en la de l'opressió. El context és clau per valorar la interseccionalitat, doncs el paper de cada eix és diferent en funció de l'entorn, que determina el paper de privilegi o d'opressió que acaba produint desigualtats. La interrelació de la desigualtat de gènere i altres formes de discriminació, genera situacions més complexes per accedir al sistema sanitari i per rebre una atenció amb igualtat de tractament. Segons l'OMS, entre les altres formes d'opressió que es combinen amb la desigualtat de gènere, a Europa hi destaca l'orientació sexual, la discapacitat i la vellesa. En aquest sentit, les minories sexuals a Europa presenten una pitjor salut mental i física.<sup>18</sup>

Així doncs, tal com diu Sara Velasco (1954), per assolir una visió integral de salut cal que es tinguin en compte: els factors biològics, és a dir, el sexe que implica diferències que cal identificar; els determinants

socials, és a dir, els rols de gènere mantinguts socialment que suposen vulnerabilitat a dones i homes; i l'esfera subjectiva o psicològica, lligada als ideals de feminitat i masculinitat i a experiències subjectives.<sup>19</sup>

La interacció i la influència entre el sexe i el gènere és complexa, i sovint no és fàcil separar la influència d'un i l'altre; per tant, és molt important tenir en compte les dues. El sexe influeix en la salut provocant canvis en el comportament —com efectes produïts per la testosterona— i per altra banda, els factors de gènere poden arribar a alterar els factors biològics i la salut —com l'exposició a l'estrès— en persones adultes i infants. Efectes que no són els mateixos en dones i homes.<sup>20</sup>

### Com visibilitzem la relació entre el gènere i la salut?

L'estructura dels sistemes sanitaris i la medicina occidental, han nascut i s'han anat desenvolupant en el

15 SCOTT-SAMUEL (et al.), «Men behaving Badly: Patriarchy, Public Policy and Health Inequalities».

16 MARMOT, «Social determinants of health inequalities».

17 BORRELL; MALMUSI, «La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas».

18 OMS, *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*.

19 VELASCO, *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*.

20 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

## Els biaixos de gènere en salut són contraris a la medicina basada en l'evidència, perquè són conseqüència de la influència dels estereotips

marc d'una societat patriarcal que ha atorgat més poder als homes i els ha fet esdevenir la referència per a la mesura de tots els àmbits. L'androcentrisme, que ha situat els homes en el centre de la societat, també ha impregnat la recerca científica i la medicina. L'exclusió sistemàtica de la recerca mèdica de les problemàtiques i les experiències de les dones són una mostra de la manca de neutralitat d'aquest àmbit. L'establiment del patró de «normalitat» al voltant del model dels homes, i d'un determinat tipus d'home, ha invisibilitat a les dones i altres homes que s'allunyaven d'aquest estereotip. Sota la normativitat o la universalitat, l'aproximació a la salut de les persones es realitza a partir del model heteropatriarcal i amb la voluntat de mantenir el control sobre el cos de les dones —medicalització dels seus processos fisiològics, manca de recerca sensible als fenòmens de gènere o ús esbiaixat d'alguns coneixements.<sup>21</sup>

En aquest context és en el què es produeixen els biaixos de gènere, definits com «el plantejament erroni

d'igualtat o de diferències entre homes i dones —en la seva naturalesa, els seus comportaments i/o les seves raons— el qual pot generar una conducta desigual en els serveis sanitaris —inclosa la recerca— i és discriminatòria per un sexe respecte a un altre».<sup>22</sup>

Hi ha dues formes de biaix de gènere en salut: assumir que dones i homes són diferents quan són iguals i que són iguals quan són diferents.<sup>23</sup> El primer cas implica que davant d'una mateixa necessitat es destinen més recursos de diagnosi, prevenció, tractament o recuperació a un gènere respecte a l'altre, sense que existeixi evidència que ho sostingui com per exemple en la depressió i l'ansietat. La segona forma, fa referència als casos en què, tot i existir evidència que indica que els dos gèneres emmalalteixen diferent, els problemes de salut es tracten de la mateixa manera, com per exemple

en les malalties cardiovasculars en les dones.

Els biaixos de gènere en salut són contraris a la medicina basada en l'evidència, perquè són conseqüència de la influència dels estereotips i creences sobre com emmalalteixen i es curen les persones en funció del seu gènere. Els biaixos es troben en la construcció del coneixement generat a través de la recerca i en l'atenció clínica.<sup>24</sup>

En l'àmbit de la salut, identifiquem tres àmbits clau en els que es reprodueixen els biaixos de gènere i que a continuació començarem a analitzar amb més detall: la recerca, l'atenció sanitària i la formació.

### Recerca

En la recerca en salut els biaixos més importants han estat simplificats i agrupats per Margrit Eichler (1942), en tres tipus: l'andocentrisme; la insensibilitat de gènere; i els

22 BALDASZTI, «Gender Based Analysis in the Implementation Process».

23 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina»; CHILET, «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible».

21 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina».

24 RUIZ-CANTERO; VERDÚ-DELGADO, «Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico».

## Altres problemes en el procés de la recerca són l'exclusió del sexe com a variable d'anàlisi

dobles estàndards.<sup>25</sup> L'andocentrisme, tal com hem exposat prèviament, és la utilització dels trets masculins com el model i la referència per mesurar els altres, al mateix temps que els seus valors, experiències i problemes esdevenen «la norma». La invisibilitat de gènere es produeix per la manca d'incorporació de la variable sexe i la dimensió de gènere en la recerca, donant per fet que no es produeixen diferències i/o desigualtats en relació a l'objecte d'anàlisi. Per últim, els dobles estàndards suposen la utilització de mesures o criteris diferents per tractar o avaluar situacions o problemàtiques significativament semblants o iguals entre els sexes. Aquest fenomen es pot mostrar de dues maneres. En primer lloc, entenent els dos sexes com a oposats —diferències sexuals o de gènere— sense que hi hagi evidència que existeixen aquestes diferències. I en segon lloc, es produeix quan s'assimilen els estereotips com una característica biològica i no fruit d'una construcció social. Molts casos com aquests estan relacionats amb la suposada debilitat i inestabilitat mental de les dones i els rols de

gènere relacionats amb la maternitat i la cura.<sup>26</sup>

Aquests biaixos es poden produir en tot el procés, tant en l'elecció de la metodologia i el disseny, com en l'anàlisi i l'explotació de les dades obtingudes, i en la interpretació dels resultats. També es produeixen biaixos en l'avaluació i la difusió dels resultats de la recerca i fins tot abans de l'inici de procés de la recerca, amb la selecció dels objectes d'investigació. La decisió sobre què recercar, quins temes prioritzar, també presenten biaixos, i això és determinant en la generació de coneixement generat i l'exclusió de determinats objectes de recerca, invisibilitzant determinades malalties que afecten especialment les dones.

Durant el disseny i la realització de la recerca, els biaixos es poden produir en la selecció i la mesura. En la realització d'assaigs clínics, per exemple, es poden identificar ambdós. El de selecció es produeix amb l'exclusió d'un dels sexes. Així succeïa fins a la dècada de 1990

quan es van començar a desplegar mecanismes per garantir la incorporació de les dones; i tot i així la participació de les dones en els assaigs clínics de fase 1 i 2<sup>27</sup> continua sent menor que la dels homes.<sup>28</sup> El de mesura es produeix quan, tot i recollir els resultats d'ambdós sexes, les dades no es publiquen de forma desagregada.

Altres problemes en el procés de la recerca són l'exclusió del sexe com a variable d'anàlisi —no recollir, no analitzar o no publicar—, considerar el sexe com una variable més sense considerar la interacció d'aquesta amb altres, no utilitzar el gènere com una categoria d'anàlisi o la preferència dels mètodes quantitatius en la recerca biomèdica, per sobre dels qualitatius, que fan més difícil l'avaluació de les desigualtats de gènere i el seu impacte en la salut.<sup>29</sup>

27 Els assaigs clínics consten de quatre fases. La fase 1 és en la que es realitzen les primeres proves en humans, generalment es tracta d'un grup petit de voluntaris sans —menys de 100. La fase 2 es produeix un cop superada la primera i la que s'administra el fàrmac a pacients amb la malaltia que es vol tractar —entre 100 i 300 persones.

28 CHILET, «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación epidemiológica: haciendo visible lo invisible».

29 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

25 BALDASZTI, «Gender Based Analysis in the Implementation Process».

26 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

### Atenció sanitària

Pel que fa als biaixos en l'àmbit clínic, existeixen tant en el diagnòstic com en el tractament mèdic que no estan justificats per l'evidència científica<sup>24</sup> i es poden produir en la relació professional sanitari-pacient,<sup>30</sup> en el procés diagnòstic, en el procés terapèutic i en la prevenció o seguiment. Alguns exemples de com s'expressen:<sup>31</sup>

a) Freqüència i tipus d'utilització de serveis.

b) Demora i espera per rebre assistència sanitària: davant d'una mateixa necessitat i igualtat d'estat de salut, edat i renda, les dones esperen més per a una visita diagnòstica a l'especialista, alguns estudis senyalen fins un 13,6% més.<sup>32</sup>

c) Aplicació de procediments preventius, diagnòstics i terapèutics: dedicació de més recursos en un dels dos sexes, generalment favorable als ho-

mes, tot i que el problema de salut es presenta de forma semblant en homes i en dones. Alguns exemples són les artroplasties en homes tot i que les dones pateixen més artropatia, diferències de maneig de la malaltia pulmonar obstructiva crònica (MPOC) o les malalties cardiovasculars.

d) Medicalització del malestar femení, fruit en part de viure sobre una estructura repressora i discriminatòria com la del patriarcat, que sosté una divisió sexual del treball que sobrecarrega a les dones.

e) Medicalització de la fisiologia femenina. Així es produeix un ús superior al que l'evidència recomanaria de certs procediments exclusius de les dones, com el part o la menopausa. Tot i que la medicalització de diferents processos també afecta al conjunt de la població.

f) Prescripció de fàrmacs. Els professionals sanitaris atribueixen freqüentment, a aspectes emocionals de les dones símptomes físics, aquest fet podria estar influïent en que se li prescriguin més fàrmacs simptomàtics i menys terapèutics. D'altra banda, hi ha aspectes biològics que podrien provo-

car una major toxicitat dels fàrmacs en les dones que hauria de ser tinguda en compte.<sup>33</sup>

Les dones pateixen més les desigualtats de gènere en l'assistència sanitària, però tot i així els homes també són perjudicats de manera directa —retard en el diagnòstic de malalties com la depressió, l'osteoporosi i els problemes de tiroide— o indirecta,<sup>34</sup> és el que s'anomena *mixed-blessing of male gender*.<sup>35</sup> Els estereotips de gènere fan que tant els pacients com els professionals construeixin unes expectatives predeterminades en relació amb les malalties que les dones i els homes poden patir. Tot i així, s'apunta com a causa del retard i els errors de diagnòstic, a l'existència de diferències per sexe en la forma en què apareixen les malalties —independentment de com informen sobre la malaltia les dones i els homes.<sup>36</sup>

30 HAMBERG, «Gender bias in medicine».

31 TASA-VINYALS; MORA-GIRAL; RAICH-ESCURSELL, «Sesgos de género en medicina».

32 ABÁSOLO; NEGRÍN-HERNÁNDEZ; PINILLA, «Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain».

33 RUIZ-CANTERO, «Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria».

34 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

35 RUIZ-CANTERO (et al.), «A framework to analyse gender bias in epidemiological research».

36 Ibídem.

## La manca d'incorporació, de manera sistemàtica, de la perspectiva de gènere en els currículums de la formació perpetua les desigualtats

### Formació

La manca d'incorporació, de manera sistemàtica, de la perspectiva de gènere en els currículums de la formació —grau universitari, l'especialització i posteriorment la continuada— perpetua les desigualtats de gènere, facilitant el manteniment de les iniquitats produïdes pels biaixos de gènere i per tant afectant a la qualitat i l'eficàcia del sistema. D'altra banda, els professionals sanitaris, com a persones que han estat educades en una societat patriarcal, amb models androcèntrics i socialitzats en el sistema sexe/gènere, es veuen influenciats pels estereotips de gènere, sense ser-ne conscients, i els poden reproduir en la seva pràctica diària. D'altra banda, tot i que en els darrers quinze anys s'ha produït una feminització de les professions sanitàries, això no implica una incorporació automàtica de la perspectiva de gènere en la pràctica clínica i en la recerca. L'omissió de la perspectiva de gènere en les diferents dimensions del sistema de salut, provoca ineficiències en l'atenció de la salut. Les mesures, intervencions i teràpies de «talla única» perjudiquen a persones d'ambdós gèneres. És necessari, per tant, introduir canvis en la formació dels i

les professionals de la salut, l'epidemiologia i en el desenvolupament dels medicaments.<sup>37</sup>

### Què implica la relació entre el gènere i la salut?

La importància i la influència del gènere i de la relació sexe-gènere sobre la salut, fan necessari que per garantir l'equitat, la qualitat, la justícia i l'eficiència, s'incorpori la perspectiva de gènere en les polítiques de salut, els serveis de salut i les organitzacions que els proveïxen, la recerca en ciències de la Salut i la formació dels professionals de la salut. A continuació s'apunten algunes propostes sobre com fer-ho possible.

Com a instrument pel desplegament de les polítiques públiques, cal garantir la incorporació de la perspectiva de gènere en els models, plans, i accions desenvolupades des de les autoritats sanitàries i els serveis de salut. Aquesta incorporació s'ha de dur a terme mitjançant: l'anàlisi de

dades desagregades per sexe i per gènere; l'anàlisi del context de les normes socials i els valors relacionats amb l'àmbit d'abordatge; la visibilització de les diferències i desigualtats; i la participació de dones i homes en el procés d'elaboració. D'altra banda, les mesures per abordar les desigualtats i el disseny dels serveis han de superar una aproximació centrada en un únic eix de desigualtat —gènere, classes social, edat...—, que realitza en alguns casos davant les discriminacions múltiples. És necessari considerar la complexitat i comprendre l'encreuament dels diferents eixos de desigualtat —és a dir, el concepte d'interseccionalitat.<sup>38</sup>

La incorporació de la perspectiva de gènere en l'àmbit de la recerca passa per abordar els biaixos de gènere ja exposats, i per fer-ho cal vetllar i introduir canvis en: els principis i valors, la composició dels equips d'investigació, els marcs teòrics, el problema de recerca —selecció, definició, lectura crítica de la revisió bibliogràfica, hipòtesis i objec-

37 REGITZ-ZAGROSEK, «Sex and gender differences in health».

38 COLL-PLANAS; SOLÀ-MORALES, *Guia per Incorporar La Interseccionalitat a Les Polítiques Locals*.



tius—, la metodologia —disseny, participants, variables i categories d'anàlisi, la recollida de la informació, l'anàlisi i la interpretació—, els resultats i els aspectes ètics.<sup>39</sup>

En relació amb els medicaments, s'ha d'aprofundir en el coneixement i poder fer front als possibles biaixos. Caldria analitzar el consum, la prescripció de fàrmacs biològics segons el sexe, i les potencials desigualtats de gènere en les reaccions adverses als medicaments i la recerca en assajos clínics.<sup>40</sup>

Per últim, és necessari fer canvis en els currículums formatius de graus i postgraus universitaris, i també en la formació continuada dels professionals del sistema de salut, per incorporar la perspectiva de gènere de forma transversal en totes les assignatures. Sense aquest canvi estructural de la formació dels professionals de la salut no serà possible transformar la pràctica professional, i així tot el sistema sanitari.

La relació del sexe i el gènere amb la salut, obliga a la transformació de la medicina i el sistema de salut per garantir la qualitat, eficàcia i eficiències en l'abordatge de les necessitats de salut de la població. ■

---

39 JIMÉNEZ; MARTÍNEZ, *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*.

40 RUIZ-CANTERO, «Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria».

## ■ Bibliografia

ABÁSOLO, Ignacio; NEGRÍN-HERNÁNDEZ Miguel Ángel; PINILLA, Jaime. «Equity in specialist waiting times by socioeconomic groups: evidence from Spain». A *The European Journal of Health Economics*, núm. 15, pàg. 323-334, 2014.

AINSWORTH, Claire. «Sex redefined». A *Nature*, núm. 518, pàg. 288-291, 2015.

ARTAZCOZ, Lucía; ESCRIBÀ-AGÜIRC, Vicenta; CORTÈS, Imma. «Género, trabajos y salud en España». A *Gaceta Sanitaria*, núm. 18, pàg. 24-35, 2004.

ARTAZCOZ, Lucía (et al.). «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria». A *Gaceta Sanitaria*, 2018.

BAKER, Peter (et al.). «The men's health gap: men must be included in the global health equity agenda». A *Bulletin of the World Health Organization*, núm. 92 (8), pàg. 618-620, 2014.

BALDASZTI, Erika. «Gender Based Analysis in the Implementation Process». A *Gender Based Analysis (GBA) in Public Health Research, Policy and Practice*. Documentation of the International Workshop in Berlin, pàg. 56-62, 2001.

BORRELL, Carme; MALMUSI, Davide. «La investigación sobre los determinantes sociales y las desigualdades en salud: evidencias para la salud en todas las políticas». Informe SESPAS 2010. A *Gaceta Sanitaria*, núm. 24, pàg. 101-108, 2010.

CHILET, Elisa. «Un marco teórico para analizar el sesgo de género en la investigación

epidemiológica: haciendo visible lo invisible». A *Feminismo/s*, núm. 18, pàg. 353-363, 2011.

COLL-PLANAS, Gerard; SOLÀ-MORALES, Roser. *Guia per Incorporar La Interseccionalitat a Les Polítiques Locals*. Terrassa, 2019.

HAMBERG, Katarina. «Gender bias in medicine». A *Future Medicine*, núm. 4, pàg. 237-243, 2008.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES; OBSERVATORI DONA ECONOMIA I EMPRESA. *Quantificació econòmica del treball domèstic i de la cura de persones no remunerat a Catalunya*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2017.

INSTITUT CATALÀ DE LES DONES. *L'impacte de gènere de la COVID-19 en dades*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2020.

JIMÉNEZ, M. Luisa; MARTÍNEZ, Emilia. *Guía Para Incorporar la Perspectiva de Género a la Investigación en Salud*. Serie Monografías Escuela Andaluza de Salud Pública, núm. 48, 2013.

MARMOT, Michael. «Social determinants of health inequalities». A *The Lancet*, núm. 365, pàg. 1099-1104, 2005.

MATEO, Sara. «Construcción de la feminidad normativa y sujeto político». A *Investigaciones Feministas*, núm. 4, pàg. 297-321, 2013.

MORENO, Sara. «La crisi de les cures i el seu impacte en temps de pandèmia» [en línia]. II Congrés Internacional per a l'Erradicació de

les Violències Masclistes, 2020. Disponible a: <[www.dones.gencat.cat](http://www.dones.gencat.cat)>.

OECD; EU. «Health at a Glance: Europa 2020 State of Health in the EU Cycle». París: OECD Publishing, 2020.

OMS. «Gender and Health» [en línia]. Disponible a: <[www.who.int](http://www.who.int)>.

OMS. *Women's health and well-being in Europe: beyond the mortality advantage*, 2016.

READ, Jen'nan Ghazal; GORMAN, Bridget K. «Gender and Health Inequality». A *Annual Review of Sociology*, núm. 36 (1), pàg. 371-386, 2010.

READ, Jen'nan Ghazal; GORMAN, Bridget K. «Gender Disparities in Adult Health: An Examination of Three Measures of Morbidity». A *Journal of Health and Social Behavior*, núm. 47 (2), pàg. 95-110, 2006.

REGITZ-ZAGROSEK, Vera. «Sex and gender differences in health». A *EMBO Reports: Science & Society Series on Sex and Science*, núm. 13, pàg. 596-603, 2012.

ROCA, Mireia. «Desigualtats de gènere en el sector ocupacional de les cures». A *Abordant la crisi de les cures: polítiques, treballs i experiències locals*, pàg. 47, 2019.

RUIZ-CANTERO, M. Teresa (et al.). «A framework to analyse gender bias in epidemiological research». A *Journal of Epidemiology and Community Health*, núm. 61, pàg. 46-53, 2007.

RUIZ-CANTERO, M.Teresa; VERDÚ-DELGADO, Maria. «**Sesgo de género en el esfuerzo terapéutico**». A *Gaceta Sanitària*, núm. 18, pàg. 118-125, 2018.

RUIZ-CANTERO, M. Teresa (et al.). «**Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria**». A *Farmacia Hospitalaria*, núm. 44 (3), pàg. 109-113, 2020.

SCOTT-SAMUEL, Alex (et al.). «**Men behaving Badly: Patriarchy, Public Policy and Health Inequalities**». A *International Journal of Men's Health*, núm. 14, pàg. 250-258, 2002.

TASA-VINYALS, Elisabet; MORA-GIRAL, Marisol i RAICH-ESCURSELL, Rosa Maria. «**Sesgos de género en medicina**». A *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de enlace*, núm. 113, pàg. 14-25, 2015.

VALLS, Carme (et al.). «**Morbilidad diferencial entre mujeres y hombres**». A *Anuario de Psicología*, núm. 39, pàg. 9-22, 2008.

VELASCO, Sara. *Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género*. Madrid: Observatorio Salud las Mujeres. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales, 2009.

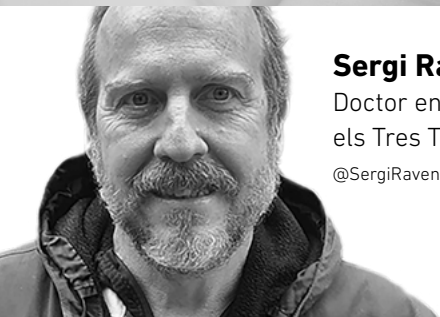


## connexions

# Salut mental, determinants socials i protecció social

vista prèvia >

**La pandèmia de la Covid-19 ha fet aflorar a primera línia de l'agenda política i social la necessitat de cuidar la salut mental de la població. Les classes socials i els seus determinants i condicionants impacten de forma clara en la salut de les persones. Com fer-hi front requereix d'una acció coordinada, on la Renda Bàsica Universal hi pot tenir un protagonisme central.**



### Sergi Raventós

Doctor en Sociologia per la UAB i Treballador Social de la Fundació de Salut Mental els Tres Turons de Barcelona. Membre de la junta de l'Asociación Red Renta Básica

@SergiRaventos

Les conseqüències de la crisi de la Covid-19 en la salut mental de la població estan sent clares i reals. La relació entre pandèmia i salut mental és evident i el patiment psíquic pel confinament és manifest. Però afecta a tothom per igual? Com repercuteix quedar-se sense feina o sense ingressos en la salut mental? Com afecta la incertesa econòmica a la salut mental? Què són els determinants de la salut? Hi ha alguna manera de poder protegir-nos davant d'aquesta inseguretat econòmica?

Abordarem alguns conceptes a l'entorn de la salut mental, abans d'explorar una mesura com la Renda Bàsica universal que suposaria una protecció social al llarg de la vida per a tota la població, tal com recomana l'Organització Mundial de la Salut<sup>1</sup>

## Què és la salut mental?

La definició més seguida per la comunitat científica sobre què entenem com a salut mental, és la que proposa la OMS —definició que

podem trobar a la seva pàgina web. Ho descriu com «un estat de benestar complet, en el que l'individu és capaç de desenvolupar plenament les seves capacitats, superar les tensions de la vida, treballar de manera productiva i profitosa i contribuir amb les seves aportacions a la comunitat». Encara que aquesta definició pugui pecar d'ambiciosa, té la virtut d'abraçar i capturar tot el que pot ser un concepte tan difícil de definir, i tan ampli, com el de salut mental. Ara bé, segons això podríem inferir que la salut mental de les nostres societats en aquests moments tindria molts dèficits, tenint en compte que una part important de la societat ha quedat exclosa de la possibilitat de treballar de manera productiva i profitosa, i sense poder contribuir amb les seves aportacions a la comunitat. I aquells o aquelles que ho poden fer, també seria convenient saber en quines condicions desenvolupen la seva feina, ja que com veurem més endavant treballar en segons quines condicions perjudica o empitjora la salut.<sup>2</sup>

Si bé la salut mental és un component fonamental, i és més que l'absència de la malaltia mental clínicament definida, hi ha un debat considerable sobre què constitueixen els elements necessaris per parlar de salut mental positiva o del benestar emocional. Tanmateix, la salut mental és un element fonamental de resiliència, de capacitats i adaptació positiva per fer front a l'adversitat i desenvolupar les capacitats i els potencials humans.<sup>3</sup> Actualment, coneixem que els problemes de salut mental, segons l'OMS, tenen un 25% de prevalença en la població. És a dir, una de cada quatre persones es veuran afectades al llarg de la seva vida per una problemàtica de salut mental. Uns problemes que des de fa un temps tendeixen a augmentar.

1 OMS, «Subsanar las desigualdades en una generación –¿Cómo?».

2 RAVENTÓS, «Crisis, salud mental y renta básica».

3 Sobre aquest aspecte cal ser curosos i no caure en determinades versions sobre el voluntarisme científic de l'anomenat «pensament positiu» que en anys de crisi econòmica s'ha volgut vendre de diferents maneres: «oportunitat de creixement», «la crisi és una oportunitat», «tu ets el que decideixes» o «tenir pensaments positius canvia la realitat» són expressions molt utilitzades per aquesta visió complaent del món en què vivim. Una crítica molt recomanable al «pensament positiu» és EHRENREICH, *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*.

## No podem establir l'existència d'un trastorn mental només per la consideració d'un comportament social —o polític— com inapropiat

### Els trastorns mentals

El trastorn mental és un altre concepte complicat, canviant, heterogeni i difícil de definir. Allen Frances (1942), un dels autors principals que va confeccionar el que es coneix com «la Bíblia» de la psiquiatria, l'anomenat DSM [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders] —el manual diagnòstic i estadístic dels trastorns mentals de l'Associació Nord-americana de Psiquiatria— és bastant clar quan considera que «he revisat dotzenes de definicions de trastorn mental —i jo mateix n'he escrit una pel DSM-IV— però no n'he trobat cap que sigui mínimament útil per determinar quines condicions haurien de considerar-se trastorns mentals, i quines no, o per decidir qui està malalt i qui no».<sup>4</sup>

La definició de trastorn mental del filòsof Jerome Wakefield, té un sentit prou precís: «un trastorn mental existeix quan algun sistema psicològic intern no funciona tal com està dissenyat per aquesta funció, i aquesta disfunció està definida com

a inapropiada en un context particular».<sup>5</sup>

Resulta important destacar aquests dos elements: «disfuncions internes» i «socialment inapropiada». Així, per exemple, no podem establir l'existència d'un trastorn mental només per la consideració d'un comportament social —o polític— com inapropiat, com ha estat el cas en determinats règims polítics al llarg de la història.

Aquestes realitats reflecteixen la combinació entre les disfuncions internes —de caràcter universal— i els valors del context social i cultural. Per exemple, no entrarien en la categoria de trastorns mentals les respostes psicològiques a les conseqüències de les condicions socials producte de l'estrès intens de perdre una feina o de quedar-se sense habitatge per un desnonament.

En l'àmbit de la salut mental un dels aspectes més problemàtics, controvertits i font de disputes és el del diagnòstic. A hores d'ara no s'ha pogut demostrar que les entitats patològiques que es descriuen en aquests

manuals es corresponen amb una veritable patologia clínica delimitada o malaltia.<sup>6</sup>

Al llarg de la història ens trobem amb problemes d'abusos i d'aplicació de categories psiquiàtriques que no es corresponen, amb el que suposa per a aquestes persones de poder patir els efectes perjudicials d'un diagnòstic psiquiàtric i que el poden arrossegat durant molts anys, amb tot l'estigma que comporta. Entre aquests efectes, juntament amb la pèrdua de la llibertat personal i tractaments psiquiàtrics determinats, hi ha la possibilitat de quedar «etiquetat» per sempre i patir desavantatges socials i legals, des de la pèrdua d'un lloc de treball fins a la declaració d'incapacitat civil.

Un altre aspecte a destacar és que sota la pressió de la indústria farmacèutica s'ha anat augmentant el nombre de diagnòstics a mesura que van passant els anys: en el DSM-I, al 1952, hi havia 106 diagnòstics, en el III ja eren 265, en el DSM-IV del 2000, quasi 400. En el DSM-V ja se supera aquesta xifra amb escreix. Si al 1880

<sup>4</sup> FRANCES, *¿Somos todos enfermos mentales?*  
[Nota: traducció a càrrec de l'edició]

<sup>5</sup> HORWITZ, *Creating mental illness*.

<sup>6</sup> RAMOS, *Ética y salud mental*.

## El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recursos en una societat

només hi havia 8 categories de malaltia mental, l'augment fins ara ha estat molt considerable i qualsevol persona pot tenir alguna probabilitat de patir un trastorn psiquiàtric, difuminant la diferència entre la normalitat i la patologia.<sup>7</sup>

### Els determinants socials i les desigualtats en salut

Els determinants socials, més enllà dels condicionants biològics i psicològics que ningú discuteix, afecten a la nostra biologia i a la nostra salut. Per determinants socials entenem, seguint el que l'OMS va assenyalar en la Comissió sobre determinants socials en salut que es va crear el 2005, tres components principals: 1) el context socioeconòmic i polític; 2) els determinants estructurals i la posició socioeconòmica; i 3) els factors intermediaris —més propers.

El context socioeconòmic i polític es refereix als factors que afecten de forma important a l'estructura social i la distribució de poder i recur-

sos en una societat. S'hi inclouen el govern en un sentit ampli: la tradició política, la transparència, la corrupció, el poder dels sindicats... i els actors econòmics i socials existents com els bancs i les grans corporacions, entre d'altres. Aquests factors determinen les polítiques macroeconòmiques com són les polítiques fiscals, les polítiques que regulen el mercat de treball, les polítiques de l'estat del benestar —sanitat, ensenyament, protecció social. Aquests factors estructurals tindrien a veure amb les accions i prioritats dels respectius governs, les empreses i les diverses forces socials i polítiques, els sindicats i altres forces que tinguin a veure amb la presa de les decisions polítiques.<sup>8</sup>

La Comissió va aportar molta evidència científica i va demostrar com, en comparació amb els individus que tenen més riquesa, poder i educació, les persones de les classes socials més pobres i explotades són les que tenen els pitjors perfils d'exposició a factors biològics, conductuals i serveis sanitaris, fet que es manifesta en un pitjor estat de salut.

Entre els factors socials, la Comissió destaca les males condicions d'ocupació amb una major precarietat laboral, el no disposar d'un habitatge digne i ben condicionat, no disposar d'aigua potable i la manca de protecció social i de serveis socials.

Per tant, l'origen de les desigualtats en salut deriva del conjunt de determinants socials, econòmics i polítics. És el que la Comissió va anomenar «les causes de les causes» de la malaltia i la desigualtat. En definitiva, la desigual distribució en el poder econòmic i social entre països i entre classes, condiciona les polítiques socials i econòmiques, i que a la vegada repercuteixen en la salut de les persones.<sup>9</sup>

Dos autors que han investigat força sobre les desigualtats com Richard Wilkinson (1943) i Kate Pickett (1965) consideren que els éssers humans som molt sensibles a la desigualtat i aquesta «es fica sota la pell».<sup>10</sup> La desigualtat no és un tema mental, i la solució als problemes estruc-

7 FRANCES, *¿Somos todos enfermos mentales?*

8 BENACH; BORRELL, «Els determinants socials de la salut».

9 BENACH, *La salud es política*.

10 WILKINSON; PICKETT, *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*.

## Hi ha una relació directa entre ingressos i benestar emocional que es dona a totes les societats

turals que causen les desigualtats no vindrà de miraculoses teràpies farmacològiques ni de tractaments psicològics. Aquests autors defensen que si es redueixen els nivells de desigualtat augmentaran el benestar i la qualitat de vida.

Sabem que la desigualtat és un dels majors determinants de la salut de les poblacions, en especial de la salut mental. A major desigualtat hi ha una major prevalença de problemes de salut mental i la desigualtat d'ingressos apareix com un factor decisiu per determinar la salut mental d'una societat.

### Salut mental i insuficiència d'ingressos

Els ingressos econòmics estan directament associats amb el nivell de salut. Hi ha una relació directa entre ingressos i benestar emocional que es dona a totes les societats.

Sabem que la pobresa impedeix a les persones l'accés a una vida digna, a l'educació, al transport i d'altres factors vitals per a la plena participació en la societat. Ser exclòs de

la vida social i rebre un tractament d'inferioritat causa pitjor salut i genera riscos més elevats de patir una mort prematura. Alhora, la pobresa impedeix les funcions cognitives, evitant dedicar-les a d'altres àmbits i tasques que no sigui estrictament la supervivència diària.<sup>11</sup>

Les persones desocupades, les minories ètniques, la gent treballadora immigrant, les persones amb discapacitat, les refugiades i les persones sense llar estan més exposades a la pobresa i, per tant, a patir problemes de salut importants. És prou sabut que les persones que viuen al carrer tenen l'índex més elevat de mort prematura i una esperança de vida 26 anys inferior a la mitjana de la població.<sup>12</sup>

Més concretament pel que fa a la salut mental, també hi ha prou evidència que l'estrès que produeix viure en la pobresa és particularment perjudicial per a les mares durant l'embaràs, per als nadons, per

als nens i nenes i per a la gent més vella.<sup>13</sup>

Des de l'inici de la pandèmia de la Covid-19 estem vivint temps d'incertesa, i la por al futur i l'absència de perspectives per als propers anys estan generant un augment de problemes de salut mental que diverses investigacions estan posant de manifest. La gent que té més inestabilitat i inseguretat laboral presenta més símptomes relacionats amb l'ansietat, la depressió i l'insomni.<sup>14</sup>

Sense seguretat econòmica en la vida de les persones, aquestes no poden actuar racionalment o no es pot esperar que ho facin.<sup>15</sup> Si els mercats de treball des de fa anys són llocs insegurs on hi ha ocupacions inestables, les entrades i sortides intermitents de les feines són freqüents, aleshores les incerteses econòmiques considerables i els malestars psicològics pas-

11 MANI (et al.), «Poverty impedes cognitive function».

12 ALEXANDRE, «L'esperança de vida de les persones sense llar a Barcelona se situa 26 anys per sota de la mitjana».

13 Les condicions de vida que es donen durant el desenvolupament de l'infant que porta patir aquestes privacions i aquests ambients estressants poden tenir conseqüències en la vida adulta. Veure: NOBLE, «Los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cerebral en la infancia».

14 RAVENTÓS, *La Renta Básica, ¿Por qué y para qué?*

15 STANDING, *La renta básica. Un derecho para todos y para siempre.*



## Una RB podria constituir una resposta robusta i racional a la manca de protecció social que actualment pateixen milions de persones degut a la situació creada per la pandèmia

sen factura a la salut mental quan els ingressos o salaris perillen; per tant, cal emprendre mesures per garantir uns ingressos per a tota la ciutadania per, entre moltes raons, protegir la salut de la ciutadania.

### Polítiques de protecció social i salut mental

Aplicar polítiques de protecció social al llarg de la vida és una de les recomanacions de l'informe de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'OMS.<sup>16</sup> Entre d'altres recomanacions que es fan en aquest informe cal destacar la que fa referència a la protecció social al llarg de la vida, concretament:

a) Aplicar polítiques de protecció social universal d'ampli abast o millorar les existents perquè tota la població gaudeixi d'un nivell d'ingressos suficient i pugui tenir una vida sana.

b) Aconseguir que els sistemes de protecció social incloguin als qui en solen estar exclosos: persones en situació de precarietat laboral, en

particular qui treballa en el sector no estructurat, el servei domèstic o l'assistència a d'altres persones.

Quan parlem de protecció social al llarg de la vida, una mesura com la Renda Bàsica universal (RB) apareix per tant com una eina per a garantir l'existència material de la ciutadania i també per a prevenir i protegir la salut mental.

La RB és un ingrés pagat a cada membre de ple dret de la societat o resident, fins i tot si no vol treballar de forma remunerada, sense prendre en consideració si és ric o pobre, o dit d'una altra manera, independentment de quines puguin ser les altres possibles fonts de renda i sense importar amb qui convisqui.<sup>17</sup>

### Seguretat econòmica i salut mental

La RB és una de les propostes que durant els darrers 35 anys han estat estudiades i en alguns llocs també experimentades i analitzades amb uns

resultats generalment prou positius. Una RB universal i incondicional, a diferència de les prestacions condicionades i subjectes a una contribució, característiques de l'actual sistema de prestacions, seria atorgada a tota persona independentment de la seva condició social i econòmica.

Una RB podria constituir una resposta robusta i racional a la manca de protecció social que actualment pateixen milions de persones degut a la situació creada per la pandèmia de la Covid-19, així com contribuir a prevenir i millorar els problemes d'inestabilitat psicològica i de salut mental que afligeix a una part molt considerable i creixent de la població.

Tal com s'ha comentat anteriorment, patir una posició d'inestabilitat per la dependència econòmica d'altres o d'inseguretat per una contractació precària, per por a ser acomiadat, no tenir ingressos si no es treballa... tots aquests són agents molt estressants i poden ser causa de problemes considerables de salut mental, com estan mostrant diferents estimacions en els darrers temps.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> Aquesta és la definició que en fa la Red Renda Bàsica <[www.redrentabasica.org](http://www.redrentabasica.org)>, secció de la Basic Income Earth Network. Consultar a: <[www.basicincome.org](http://www.basicincome.org)>.

<sup>18</sup> WILKINSON; PICKETT, *Igualdad*.

<sup>16</sup> Ibidem.

## La pèrdua involuntària de l'ocupació provoca una situació de gran inseguretat econòmica i vital

La importància de tenir uns ingressos econòmics regulars o una seguretat econòmica pel que fa a la salut mental s'ha posat de manifest en diversos estudis, simulacions i experiments que s'han realitzat al voltant d'una RB. Aquests estudis realitzats en llocs tan diversos com Barcelona, Califòrnia, Canadà, Finlàndia, Índia, Iran, Kenya, Namíbia, Utrecht... han mostrat majoritàriament que la salut mental i la tranquil·litat psicològica n'han sortit beneficiades.<sup>19</sup> Aquests estudis i experiències ens poden orientar molt millor per on hem de cercar solucions més estables i de llarga durada als problemes de salut mental derivats de la manca d'ingressos i de protecció social.

### Renda Bàsica: seguretat econòmica i salut mental

A partir dels estudis realitzats, es pot concloure que la seguretat econòmica que pot proporcionar una RB podria reduir considerablement l'estrès que actualment pateixen determinats sectors de la població com ara les persones aturades, les treballadores

amb contractes precaris, les treballadores afectades per expedients de regulació d'ocupació, la població immigrant de països empobrits, la gent que realitza excessos de jornada o tenen dues o més feines per arribar a final de mes... En definitiva, persones que tenen unes condicions laborals que impacten en la salut mental de la població.

La pèrdua involuntària de l'ocupació provoca una situació de gran inseguretat econòmica i vital. Perdre el lloc de treball però disposar d'una RB suposaria afrontar la situació de forma menys angoixant. La RB pot ser, per tant, un bon factor de protecció per a la salut mental. En una situació de greu crisi derivada de la pandèmia de Covid-19, on l'atur s'ha disparat, amb la perspectiva que sigui de forma perllongada, i on està creixent la pobresa relativa i absoluta, l'accés a una RB cobra major importància social. Més encara amb les dificultats actuals d'aconseguir feines estables i dignes. El que es constata com a transitori i inestable és l'ocupació mateixa —i especialment l'ocupació de qualitat. Com ja és sabut, l'augment de persones treballadores que, malgrat que

tinguin una ocupació, són pobres és una realitat creixent a les nostres societats i suposa ja més d'un 12% de la població treballadora.<sup>20</sup>

Una de les conseqüències més assenyalades de la RB seria la gran mitigació de la pobresa. Fins i tot permetria de manera realista plantejar la seva efectiva eradicació si la RB superés el llindar de la pobresa. No només possibilitaria treure milions de persones d'aquesta situació, sinó que construiria un suport de protecció, al ser preventiva i no pal·liativa, al percebre-la *ex ante* i no *a posteriori* de caure a la pobresa.

### Reduir la dependència material i millorar la salut

És de suposar, també, que els sectors més castigats en el mercat laboral en èpoques de crisi, per les condicions de precarietat de la seva ocupació, amb ocupacions poc gratificants i amb baixos salaris com

<sup>20</sup> La taxa de risc de pobresa en el treball es manté gairebé tres punts per sobre de la mitjana de la Unió Europea —12,1% a Catalunya vs. 9,4% a la UE. Veure ECAS, «Informe INSOCAT per a la millora de l'acció social».

<sup>19</sup> RAVENTÓS, *La Renta Básica, ¿Por qué y para qué?*

## La «trampa de la pobreza» es dona quan una persona perceptora d'un subsidi condicionat no té incentius a cercar una feina remunerada, ja que implica la pèrdua del subsidi

és el cas de bona part del jovent, dels immigrants pobres, de moltes dones, de persones amb discapacitats, dels majors de 45 anys que busquen feina, per dir-ne només alguns sectors, podrien tenir amb la RB un matalàs econòmic més estable, augmentant la seva capacitat de decisió de continuar o no en una feina que està perjudicant la seva salut.

A Catalunya, tenir garantida una RB d'uns 700-800 euros mensuals —el llindar de pobresa— i que sigui compatible amb altres fonts d'ingressos facilitaria que moltes persones que actualment cobren algun tipus de subsidi —no compatible amb el treball remunerat— poguessin entrar al mercat de treball sense por de perdre la RB, a diferència de les prestacions condicionades existents que provoquen en molts casos l'anomenada «trampa de la pobresa» i que es dona quan una persona perceptora d'un subsidi condicionat no té incentius a cercar una feina i realitzar un treball remunerat, ja que implica la pèrdua total o parcial del subsidi.

Tampoc afavoriria el petit frau fiscal que es genera pel fet de cobrar un

subsidi juntament amb una feina en negre o submergida per complementar uns subsidis condicionals d'uns imports molt escassos.

La incertesa de tenir garantida la pròpia subsistència, com s'ha comentat anteriorment, és un factor que impacta en la salut mental; així mateix les persones que ja pateixen de problemes mentals podrien tenir una certa tranquil·litat psicològica amb una RB, sabent que la seva subsistència no dependrà d'una alteració o variació en el seu estat psicològic i que això pugui suposar perdre la feina.<sup>21</sup> En plena crisi econòmica derivada de la Covid-19, aquesta situació d'incertesa s'ha aguditzat considerablement.

També s'han realitzat estimacions de les despeses econòmiques que es podrien estalviar amb una RB, malgrat que a hores d'ara es fa difícil de concretar acuradament; però una part d'aquests costos és molt probable que es reduïssin sobretot pel que fa a determinats tipus de trastorns

—ansietat, d'ànim...<sup>22</sup> La OMS va fer un informe fa uns anys en el que es van quantificar els costos socials per causes atribuïdes a problemes de salut mental a Europa, i s'estimava entre un 3% i un 4% del PIB d'un país; per tant, la millora de la salut mental té efectes positius en les economies dels estats.<sup>23</sup>

Si la renda bàsica fos universal podrien desaparèixer algunes pensions i prestacions amb quanties insuficients i miserables i que van associades a uns requisits estigmatitzants; les quals, alhora, estan descoordinades i amb diferents criteris entre si, tot augmentant la complexitat administrativa i burocràtica de la protecció social, feta a ben segur per limitar l'accés de la gent malgrat el seu dret, produint-se l'efecte conegut per *non-take-up*.<sup>24</sup>

Tanmateix, les relacions assistencials entre usuaris i professionals dels

21 RAVENTÓS, *La Renta Básica, ¿Por qué y para qué?*; RAVENTÓS, «Crisis, salud mental y renta básica».

22 Que segons algun estudi els trastorns d'ansietat i de l'ànim tenen un cost de més 20.000 milions d'euros anuals. Per exemple veure: PARÉS-BADELL (et al.), «Cost of disorders of the brain in Spain».

23 OMS, *Libro verde de la salud mental en Europa*.

24 Com es posa de manifest en el document EUROFOUND, *Access to social benefits: reducing non-take-up*; en el que l'estigma, la manca d'informació i la complexitat per accedir-hi posen barreres a la gent.

## Una RB seria una bona mesura per millorar i protegir la salut mental de la ciutadania i també per reduir les desigualtats socials

serveis socials haurien d'estar més orientades a tractar determinats problemes i ajudar a les persones vulnerables a ser més independents i capaces, no tant a dedicar esforços a haver de controlar i a fiscalitzar les seves pensions o prestacions insuficients per imperatiu de l'administració o de forma arbitrària.

El desembre del 2016 la prestigiosa revista *British Medical Journal* va publicar un article sobre els efectes específics que una RB podria tenir en la salut en comparació a les tradicionals polítiques de protecció social focalitzades i condicionades per a les persones més vulnerables, i en destacava dos avantatges: la RB, al concedir-se a tothom i no només a les persones que poden demostrar que són pobres, s'acabaria percebent per la població com una assegurança general contra la pobresa, factor que donaria una gran tranquil·litat psicològica: saber que sempre tindràs dret a uns ingressos si la vida et va malament. La segona raó deriva de la seva incondicionalitat: no només allibera temps pels tràmits burocràtics —que sabem que són molts com podem veure a diari amb els requeriments per accedir al Ingreso

Mínimo Vital i la Renda Garantida de Ciutadania— per demostrar que efectivament ets pobre, amb el que suposa d'estigma social i els seus efectes psicològics comprovats i que no són gens positius. La RB possibilitaria negociar en el mercat laboral amb millors garanties per rebutjar ocupacions que poden ser perjudicials per a la salut.

Com podem veure, doncs, hi ha moltes raons per pensar que una RB seria una bona mesura per millorar i protegir la salut mental de la ciutadania, i també per reduir les desigualtats socials en un món on la incertesa econòmica està provocant estralls entre la població. ■

## ■ Bibliografia

ALEXANDRE, Albert. «L'esperança de vida de les persones sense llar a Barcelona se situa 26 anys per sota de la mitjana» [en línia]. A *La Directa*, de 31 d'octubre de 2019. Disponible a: <www.directa.cat>.

BENACH, Joan; BORRELL, Carme. «Els determinants socials de la salut». A FERNÁNDEZ, Anaïs (ed.). *El preu de la salut. Interessos, classe i model sanitari*. Barcelona: Espai Fàbrica, 2014.

BENACH, Joan. *La salud es política*. Barcelona: Icaria, 2020.

ECAS, «Informe INSOCAT per a la millora de l'acció social» [en línia]. ECAS, núm 12. Disponible a: <www.acciosocial.org>.

EHRENREICH, Barbara. *Sonríe o muere. La trampa del pensamiento positivo*. Turner: Madrid, 2012.

EUROFOUND, *Access to social benefits: reducing non-take-up* [en línia]. Luxemburg: Publication Office of the European Union, 2015. Disponible a: <www.eurofound.europa.eu>.

FRANCES, Allen. *¿Somos todos enfermos mentales?*. Barcelona: Ariel, 2016.

HORWITZ, Alan. *Creating mental illness*. Chicago: The University of Chicago Press, 2002.

MANI, Anandi (et al.). «Poverty impedes cognitive function». A *Science*, núm. 341, 2013.

NOBLE, Kimberly G. «Los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cerebral

en la infancia» [en línia]. A *Sinpermiso.info*, de 8 d'octubre del 2015. Disponible a: <www.sinpermiso.info>.

OMS. «Subsanar las desigualdades en una generación –¿Cómo?» [en línia]. Disponible a: <www.who.int>.

OMS. *Libro verde de la salud mental en Europa*. Ginebra: OMS, 2005

OMS. *Informe final de la Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Ginebra: OMS, 2008.

PARÉS-BADELL, Oleguer (et al.). «Cost of disorders of the brain in Spain» [en línia]. A *Plos One*, de 18 d'agost del 2014. Disponible a: <www.pubmed.ncbi.nlm.nih.gov>.

RAMOS, Josep. *Ética y salud mental*. Barcelona: Herder, 2018.

RAVENTÓS, Daniel. *La Renta Básica, ¿Por qué y para qué?*. Madrid: Los libros de la Catarata, 2021.

RAVENTÓS, Sergi. «Crisis, salud mental y renta básica». A CASASSAS, David; RAVENTÓS, Daniel (eds.). *La Renta Básica en la era de las grandes desigualdades*. Barcelona: Montesinos, 2010.

STANDING, Guy. *La renta básica. Un derecho para todos y para siempre*. Barcelona: Pasado y Presente, 2018.

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate. *Desigualdad. Un análisis de la (in)felicidad colectiva*. Madrid: Turner Noema, 2009.

WILKINSON, Richard; PICKETT, Kate. *Igualdad. Cómo las sociedades más igualitarias mejoran el bienestar colectivo*. Madrid: Capitán Swing, 2019.



## connexions

# Garantir la salut ambiental: un repte per al segle XXI

vista prèvia >

**Podem garantir el dret a la salut si descuidem el medi ambient? L'actual model econòmic està comportant un increment de contaminants en l'aigua, aire i sòl arreu del planeta, que afecten a la salut de les persones i dels ecosistemes. A Catalunya, milers de casos de patologies i morts prematures es podrien evitar si s'apliquessin polítiques valentes de gestió ambiental. Per abordar amb ambició aquest objectiu al nostre país, cal conèixer primer quins són els contaminants més rellevants i reptes als quals ens enfrontem.**



### **Olga Margalef**

Membre de la plataforma per la Qualitat de l'Aire. Professora de la Universitat de Barcelona i investigadora del Centre de Recerca Ecològica i Aplicacions Forestals

[o.margalef@creaf.uab.cat](mailto:o.margalef@creaf.uab.cat)

L'article 25 de la Declaració Universal dels Drets Humans recull que «tota persona té dret a un nivell de vida adequat [...] a la salut i el benestar».<sup>1</sup> El Dret a la salut també es regula en àmbit europeu a la carta de Drets Fonamentals de la Unió.<sup>2</sup> Concretament l'article 35 assenyalava que «al definir-se i executar-se totes les polítiques i accions de la Unió s'ha de garantir un alt nivell de protecció de la salut humana». Fàcilment associem la garantia del Dret a la Salut a tenir una bona atenció sanitària quan emmalaltim. A tenir bons professionals i prou recursos per tractar els malalts i accidentats. Sovint obviem que garantir el Dret a la Salut també passa per garantir un ambient saludable, un entorn que no ens faci emmalaltir. Per posar un exemple, la millor atenció mèdica del món no retornarà la salut a aquells qui van desenvolupar patologies cròniques per inhalació d'amiant. És per aquest motiu que la defensa integral del dret a la salut ha d'incorporar la lluita per un ambient lliure de tòxics i contaminants, de productes perju-

dicials per a la nostra salut i per als ecosistemes.

L'OMS considera que el 24% de les morts globals són degudes a malalties desenvolupades per una mala salut ambiental.<sup>3</sup> Això significa que 13,7 milions de morts a l'any són evitables, causades per la mala qualitat de l'aire, l'aigua, l'exposició a químics o la radiació perjudicial. La contaminació del medi és una problemàtica creixent, associada al consum voraç dels recursos naturals i el productivisme imperant. Per una banda es genera pol·lució com a residu, a resultes de processos industrials o de generació d'energia, com la crema de combustibles fòssils. Per altra banda, se sintetitzen intencionadament múltiples compostos químics per usos específics que poden perjudicar la salut dels humans i els ecosistemes. Paradoxalment alguns d'aquests productes sintètics s'han comercialitzat –per exemple com a pesticides o retardants de flama– abans de saber-se si eren segurs i quins eren els efectes que podien

tenir sobre la salut humana. El resultat de tot plegat és que sovint sense adonar-nos, entre el que respirem, bevem i ingerim podem incorporar a l'organisme un combinat de tòxics considerable.

Una de les primeres veus d'alerta davant els efectes dels contaminants al medi fou la de Rachel Carson (1907-1964) amb el seu llibre *La primavera silenciosa*.<sup>4</sup> A principis dels anys seixanta, aquesta ecòloga estatunidenca va assenyalar directament la indústria química, i en particular l'ús excessiu de plaguicides, com a responsables de greus afectacions en la salut humana. El títol del llibre referia a l'absència de cants de les aus per la mort d'aquestes després de ruixar els jardins amb dicloro-difenil-tricloroetà (DDT). El fulminant plaguicida no només exterminava els insectes, sinó que també afectava la salut dels ocells i petits mamífers. Al cap de poc temps es va demostrar que també afectava greument la salut humana. Entre els anys 1970 i 1990 es va prohibir el seu ús en la gran majoria de països del món,<sup>5</sup> tot

1 ONU, «Declaració Universal dels Drets Humans».

2 PARLAMENT EUROPEU, «Proclamació i firma de la Carta dels Drets fonamentals de la UE».

3 PRÜSS-ÜSTÜN (et al.), *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*.

4 CARSON, *Silent spring*.

5 LALLAS, «The Stockholm Convention on persis-



## Tot i que el conveni d'Estocolm va limitar i prohibir l'ús d'un nombre important de COPs, aquests contaminants segueixen presents en els ecosistemes

i que milers de persones ja patien conseqüències en haver-se vist exposades a altes concentracions d'aquest contaminant.

### Una malaltia crònica i global

El DDT pertany a un grup de productes químics anomenats organoclorats, una de les famílies més conegudes inclosa dins del que es cataloga com a contaminants orgànics persistents (COPs).<sup>6</sup> Els COPs són molècules sintètiques, produïdes per la indústria, que comparteixen una sèrie de propietats. Són molt resistents a la degradació i alhora són volàtils, per la qual cosa poden viatjar llargues distàncies a partir del seu focus d'emissió. S'acumulen preferentment en les zones més fredes del planeta perquè es condensen a baixes temperatures. Aquest és el motiu pel qual les concentracions més elevades d'aquests contaminants es donen en zones d'alta muntanya i en zones àrtiques i subàrtiques, sovint a milers de quilòmetres d'on s'han

emanat. Per acabar-ho d'adobar es retenen en el teixit adipós –el greix– dels organismes i es van acumulant al llarg de la cadena tròfica. També poden passar de mares a fills durant la gestació a través de la placenta i ser transmesos via llet materna, ja que aquesta és molt rica en greix.<sup>7</sup> Estudis globals han detectat que la concentració més elevada de COPs en llet materna es dona en poblacions molt remotes, com per exemples els inuits, situades a altes latituds i molt lluny de les fonts d'emissió.<sup>8</sup>

Aquests COPs tenen composicions químiques diferents que inclouen els ciclodienos, dioxines, furans, polibromats o hidrocarburs aromàtics policíclics entre d'altres. Aquesta bateria de compostos van ser dissenyats per usos ben diversos: des de la indústria del metall o paperera, fins a la seva utilització com a plaguicides, retardants de flama o impermeabilitzants... Tot i que el Conveni d'Estocolm signat el 2001 i ampliat el 2010 va limitar i prohibir l'ús d'un

nombre important de COPs, aquests contaminants segueixen presents en els ecosistemes i es detecten en concentracions rellevants tant en fauna aquàtica com terrestre.<sup>9</sup> L'exposició crònica a quantitats relativament petites –més que l'afectació aguda– és la principal preocupació per a la salut pública.<sup>10</sup> Aquesta constant exposició està relacionada amb el deteriorament del sistema immunitari, el nerviós, l'endocrí i les funcions reproductives.

### Salut ambiental en territori català

Més enllà de la presència de COPs en els ecosistemes com a perjudici d'abast global, el territori català presenta nombroses problemàtiques de salut ambiental relacionades amb la presència d'altres contaminants en el medi.

Un dels problemes més coneguts és el derivat de la indústria porcina i la gestió dels purins. Catalunya

---

tent organic pollutants».

6 DEPARTAMENT DE TERRITORI I SOSTENIBILITAT, «Contaminants orgànics persistents (COP)».

7 SEGARRA, «La lactancia materna es beneficiosa a pesar del DDT que contiene».

8 FÀNG, (et al.) «Spatial and temporal trends of the Stockholm Convention POPs in mothers' milk –a global review».

9 DE BOBES, «Distribution and partitioning of organic pollutants and effects in coastal birds».

10 PORTA (et al.), «Distribution of blood concentrations of persistent organic pollutants in a representative sample of the population of Catalonia».



## **El 40% dels aquífers de Catalunya estan contaminats de nitrats i arriben a presentar concentracions molt per sobre dels 50 mg/L, considerat el límit per a la potabilitat**

sustenta una producció sobredimensionada d'aquesta ramaderia intensiva, fet pel qual una quantitat ingent de purins resulta abocada sobre camps ja saturats de nitrats. L'excés de nitrogen es lixivía i pot arribar a contaminar de nitrats les aigües superficials i subterrànies. Aquesta situació comporta que a dia d'avui el 40% dels aquífers de Catalunya estan contaminats de nitrats i arriben a presentar concentracions molt per sobre dels 50 mg/L, considerat el límit per a la potabilitat. Milers de persones a Catalunya no poden consumir l'aigua corrent dels seus domicilis per aquest motiu. La problemàtica és especialment greu en les zones on hi ha major concentració de caps de bestiar com ara el Segrià, la Noguera, l'Empordà o el Bages. I sobretot a Osona, on més del 50% de les fonts estan contaminades.<sup>11</sup> La gestió dels purins és un dels casos més rellevants d'inacció política davant un greu problema de salut ambiental que s'ha cronificat les darreres dècades a pesar de la incansable denúncia de nombrosos

moviments veïnals, ecologistes i en defensa de la salut pública.

Un altre problema que afecta el territori català és la salinització de cursos fluvials i aigües subterrànies. El Bages és la comarca epicentre d'aquesta problemàtica, ja que la mineria de sal desenvolupada a Cardona, Súria i Sallent n'és la principal causa de contaminació. A part d'afectar greument les comunitats vegetals, les alteracions provocades per aquesta mineria també poden afectar la salut de la població. El Bages és una de les zones d'Europa amb major incidència de casos de càncer de bufeta i alguns estudis epidemiològics ho relacionen amb l'activitat minera i la qualitat de l'aigua consumida.<sup>12</sup>

Un altre cas rellevant és el de la contaminació per asbest, o amiant. Aquest grup de silicats presenta una estructura fibrosa i una sèrie de propietats que el passat el feien únic per la manufactura de múltiples productes de construcció –com

la uralita–, de fricció o revestiment, entre d'altres. No obstant, aquestes microfibrilles danyen severament els pulmons al ser inhalades, provocant fibrosis pulmonar o fins i tot càncer, malalties que es poden manifestar vàries dècades després del contacte amb aquest contaminant. El 2002 arribà la prohibició de l'ús d'aquest producte, però encara avui milers de persones segueixen emmalaltint a conseqüència d'una antiga exposició a aquest material. En ciutats amb presència històrica d'aquesta manufactura –com Ripollet o Cerdanyola del Vallès– hi ha un nombre molt elevat de casos. A Cerdanyola es diagnostica a dia d'avui un malalt per amiant a la setmana i és la població amb més incidència de càncer de pleura de tot l'Estat espanyol.<sup>13</sup> Un altre col·lectiu vulnerable són els treballadors del metro de Barcelona, que desenvolupen o han desenvolupat la seva activitat en un entorn mal ventilat i amb presència d'amiant.<sup>14</sup>

11 BACARDIT, «La meitat de les fonts d'Osona estan contaminades per nitrats originats per purins».

12 LOPEZ-ABENTE (et al.), «Municipal distribution of bladder cancer mortality in Spain: possible role of mining and industry».

13 MOUZO QUINTÁNS, «Cerdanyola del Vallès detecta un malalt per amiant a la setmana».

14 CORTÉS VIDAL, «TMB xifra en 293 tones el fibrociment amb amiant que encara queda per retirar a la xarxa de metro».

## A banda de la reducció de l'esperança de vida, la contaminació atmosfèrica també es relaciona amb la morbiditat i la pèrdua de qualitat de vida degut al desenvolupament de múltiples malalties

Existeixen altres problemàtiques presents en territori català, de diferent naturalesa i que caldria que l'administració situés a l'agenda política. A tall d'exemple, caldria treballar per reduir l'exposició a pesticides o herbicides com el glifosat, usats en la jardineria de molts municipis. Algunes poblacions tenen problemes greus derivats d'indústries històriques com és el cas de Flix o actives, com els municipis del camp de Tarragona. A Flix, l'activitat de la química ERCROS omplí l'embassament de la mateixa població de milers de tones de residus perillosos –fangs contaminats de metalls i compostos organoclorats– durant dècades. Estudis epidemiològics duts a terme al municipi a principis dels anys 1990 van demostrar la correlació entre la incidència de sarcomes i càncer de tiroides amb l'exposició a alts nivells de compostos organoclorats.<sup>15</sup> A Tarragona, el principal problema ambiental rau al voltant de l'activitat de la petroquímica. Estudis recents de la UPC han demostrat que els nivells del butadiè, un gas cancerigen, arri-

ba a ser deu vegades superior al que recomana l'OMS. També se superen els valors recomanats de benzè i benzopirè.<sup>16</sup>

Per altra banda, la presència de microplàstics en l'ambient és una preocupació creixent. I no és per menys quan estudis recents apunten que els humans ingerim uns cinc grams de plàstic a la setmana, l'equivalent a una targeta de crèdit.<sup>17</sup> Però d'entre tots els perills als que estem exposats, el que afecta a més persones i de forma més evident és la contaminació de l'aire.

### La salut es troba a l'aire

D'entre tots els determinants ambientals de la salut de les persones, la contaminació atmosfèrica destaca com el principal risc a nivell mundial.<sup>18</sup> L'OMS estima que aquesta pol·lució va ser responsable de més

de tres milions de morts prematures al món i gairebé 7.000 morts a l'Estat espanyol.<sup>19</sup> A banda de la reducció de l'esperança de vida, la contaminació atmosfèrica també es relaciona amb la morbiditat i la pèrdua de qualitat de vida degut al desenvolupament de múltiples malalties. Tot i que els baròmetres d'opinió indiquen una preocupació creixent per la qualitat de l'aire en la població catalana, la conscienciació social al voltant de la contaminació atmosfèrica és relativament recent. Aquest fet es pot deure, en part, a la dificultat de prendre consciència que els adults consumim en repòs entre set i vuit litres d'aire per minut. Som ben conscients de quin tipus d'aigua o aliments consumim, però resulta difícil percebre la qualitat de l'aire que respirem ja que la contaminació pot ser incolora i inodora. Per això la contaminació atmosfèrica és anomenada metafòricament «l'enemic o l'assassí invisible».

Les fonts de contaminació són múltiples, per exemple, incineradores, indústries químiques, centrals

15 GRIMALT (et al.), «Risk excess of soft tissue sarcoma and thyroid cancer in a community exposed to airborne organochlorinated compound mixtures with a high hexachlorobenzene content».

16 EL PAÍS, «La UPC detecta un alt nivell de butadiè a la planta de Repsol de Tarragona».

17 DE WIT; BIGAUD, *No plastic in nature: assessing plastic ingestion from nature to people*.

18 PRÜSS-ÜSTÜN (et al.), *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*.

19 OMS, *Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012*.

## La font de contaminació atmosfèrica que afecta un major percentatge de població europea és l'enorme flota de cotxes i motos que circula per les ciutats

tèrmiques o el trànsit aeri i marítim. Un altre factor que resulta important en alguns països és l'ús domèstic de carbó o altres combustibles per a la cuina i calefacció en espais mal ventilats. Però la font de contaminació atmosfèrica que afecta un major percentatge de població europea és l'enorme flota de cotxes i motos que circula per les ciutats, un dels caràcters compartits per totes les megàpolis. Les projeccions de l'ONU auguren que el 68% de la població mundial viurà en ciutats el 2050,<sup>20</sup> fet que exposarà a la major part de la humanitat a un aire insalubre.

### Com ens afecta la contaminació atmosfèrica?

El còctel tòxic al que s'exposa gran part de la població mundial conté gasos com els òxids de nitrogen o sofre, l'ozó troposfèric, el benzè o el benzo(a)pirè. Són gasos irritants, capaços de danyar els teixits del nostre sistema respiratori. L'altre grup de contaminants són les partícules en suspensió. Aquestes

són conseqüència principalment de la combustió, però també d'altres processos –com per exemple l'ús del fre en els vehicles–, i són més o menys nocives segons la seva mida i composició. Com més petites, més perilloses esdevindran, ja que poden penetrar a la sang a través dels alvèols i escampar-se per tot l'organisme. Quan això passa, les partícules no només causen malalties respiratòries sinó que poden detonar afectacions cardíques, entre moltes altres patologies.<sup>21</sup> Respirar un aire contaminat ens pot provocar i agreujar malalties respiratòries com la malaltia pulmonar obstructiva crònica, l'asma o el càncer de pulmó. A pesar d'això, són les malalties cardiovasculars i cerebrovasculars les causes més freqüents de les morts prematures computables a la contaminació atmosfèrica –aproximadament un 80%.<sup>22</sup> Les dades dels registres d'urgències hospitalàries ho mostren clarament: hi ha major incidència d'ictus i d'infarts de miocardi en dies de major contamina-

ció.<sup>23</sup> L'efecte de la mala qualitat de l'aire pot provocar un ventall encara més ampli d'afectacions, incloent efectes negatius sobre la fertilitat, l'embaràs i el desenvolupament dels nadons. També s'ha demostrat una relació entre l'elevada contaminació i un menor desenvolupament cognitiu dels infants<sup>24</sup> que la respiren o la incidència d'Alzheimer precoç.<sup>25</sup>

A Catalunya comptem amb un molt bon diagnòstic que ens demostra que estem davant d'un problema de salut pública de primer ordre. Les estadístiques més preocupants provenen de l'Àrea Metropolitana de Barcelona (AMB) on es concentra la major densitat de trànsit de tot l'Estat espanyol, al voltant de 6.000 vehicles per km<sup>2</sup>.<sup>26</sup> Els darrers estudis de l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB) mostren que només

21 RICO (et al.), *Informe de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona*, 2019.

22 ASPB, *Contaminació Atmosfèrica i Salut*, 2017.

23 VIVANCO-HIDALGO (et al.), «Short-term exposure to traffic-related air pollution and ischemic stroke onset in Barcelona, Spain».

24 ISGLOBAL, «La contaminació procedent del trànsit disminueix la capacitat d'atenció dels nens a curt termini»; SUNYER (et al.), «Traffic-related air pollution and attention in primary school children: short-term association».

25 MOULTON, «Air pollution, oxidative stress, and Alzheimer's disease».

26 MARTÍ, «Menys cotxes, més salut».

20 ONU, «Las ciudades seguirán creciendo, sobre todo en los países en desarrollo».

## Els efectes d'un aire contaminat se sumen als impactes provocats per la contaminació acústica, com poden ser els trastorns del son, efectes sobre la funció cognitiva, estrès i, fins i tot, mortalitat cardiovascular

a la ciutat de Barcelona es podrien estalviar 350 ictus, 850 casos de malaltia coronària, el 33% dels nous casos d'asma infantil i el 10% dels càncers de pulmó si es complissin els estàndards de qualitat de l'aire recomanats per l'OMS.<sup>27</sup> Per si això no fos suficient per alertar-nos, un treball desenvolupat per investigadors de l'Institut de Salut Global Barcelona (ISGlobal) que compara diferents escoles de l'AMB conclou que els nens i nenes que respiren més contaminació en el seu dia a dia tenen un menor desenvolupament d'algunes capacitats cognitives com ara la memòria de curt termini o de treball o la capacitat d'atenció.<sup>28</sup> Es calcula que en aquest territori la contaminació mata prematurament al voltant de mil persones a l'any.

Els efectes d'un aire contaminat se sumen als impactes provocats per la contaminació acústica, com poden ser els trastorns del son, efectes

sobre la funció cognitiva, estrès i, fins i tot, mortalitat cardiovascular. En algunes ciutats, els impactes del soroll en la salut poden ser tan greus com els de la contaminació atmosfèrica.

### Més d'una dècada d'incompliments

Des de l'entrada en vigor l'any 2008 de la normativa europea,<sup>29</sup> Catalunya no ha complert mai els requisits europeus de qualitat de l'aire. I encara menys els llistats de l'OMS per a la protecció de la salut de la població, que són més restrictius que la pròpia normativa europea. L'incompliment és crònic a l'AMB, per la circulació d'una enorme flota de vehicles de motor. L'Eixample presenta els valors més elevats de contaminants en l'aire de tota la ciutat i en concentra la major afectació, ja que el 24% de la mortalitat atribuïble a la contaminació a tota la ciutat es produeixen en aquests districtes. Aquestes alarmants xifres són el resultat que es permeti el pas de 350.000 vehicles diaris a l'Eixample, a través d'una xarxa viària amb carrers de múltiples carrils

que permeten circular a gran velocitat. Els veïns i veïnes que habiten a les proximitats de grans infraestructures viàries com rondes o autopistes també patiran més els efectes de la mala qualitat de l'aire.

Els incompliments reiterats de la normativa europea i de l'OMS també es donen en poblacions properes a ports o aeroports, centrals tèrmiques, incineradores o certa indústria química, com és el cas del camp de Tarragona. En zones rurals les centrals de biomassa poden esdevenir una font important de contaminants així com l'elevada presència de purins al camp. Aquests residus no només tenen el potencial per contaminar l'aigua del subsòl sinó que també poden ser una font de partícules atmosfèriques destacable. També val la pena mencionar que l'efecte de les emissions d'òxids de nitrogen pot acabar afectant zones molt allunyades de l'àrea metropolitana. És el cas de la plana de Vic, que pateix alertes reiterades per pics d'ozó troposfèric cada estiu, un gas que majoritàriament s'origina a partir de la degradació dels òxids de nitrogen emesos a l'AMB.<sup>30</sup>

27 RICO (et al.), *Informe de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona*, 2019.

28 ISGLOBAL, «La contaminació procedent del trànsit disminueix la capacitat d'atenció dels nens a curt termini»; SUNYER (et al.), «Traffic-related air pollution and attention in primary school children: short-term association».

29 PARLAMENT EUROPEU; CONSELL DE LA UE, *Directive 2008/50/CE of the European Parliament and the Council of 21 May 2008 on ambient air quality and cleaner air for Europe*.

30 MILIAN, «Ozona».

## La pandèmia ha posat sobre la taula la importància de la salut preventiva i comunitària en la nostra societat, una visió que caldria també aplicar a la lluita contra la contaminació

### Qualitat de l'aire en temps de pandèmia

La necessitat de combatre la contaminació atmosfèrica ha pres més urgència que mai amb l'arribada de la pandèmia. Estudis desenvolupats tan a Europa com als Estats Units o la Xina coincideixen relacionant una mala qualitat de l'aire amb una major incidència i gravetat de la Covid-19.<sup>31</sup> A tall d'exemple, al Nord d'Itàlia les zones més contaminades han registrat més ingressos a la UCI i una mortalitat de gairebé el doble de pacients amb Covid-19 al comparar-se amb zones amb un aire més net.<sup>32</sup> Els epidemiòlegs ho expliquen pel que s'anomena «el doble cop». Una exposició crònica a nivells elevats de partícules genera un dany als alvèols que facilita la implantació d'una major càrrega viral. Alhora, els pulmons que respiren de forma continuada uns nivells elevats de diòxid de nitrogen (NO<sub>2</sub>) es deterioren i fatiguen, pel que la capacitat de resposta a la malaltia és menor. Caldrien més estudis per poder entendre la

relació entre contaminació i la resposta a la infecció per Covid-19, però el cert és que els estudis publicats fins al moment són coherents en assenyalar aquesta correlació.<sup>33</sup>

La pandèmia ha posat sobre la taula la importància de la salut preventiva i comunitària en la nostra societat, una visió que caldria també aplicar a la lluita contra la contaminació. Per una banda, cal pensar la salut en termes col·lectius i un ambient saludable és un condicionant primordial per a una societat saludable. Per altra banda, hem après que val la pena invertir en prevenció i fer el possible per evitar el contagi, de la mateixa manera que s'hauria de fer tot el possible per evitar emmalaltir per culpa d'una degradació ambiental que la nostra pròpia societat genera.

### Combatre la contaminació atmosfèrica

Protegir la salut de la població reduint la contaminació atmosfè-

rica passa per eliminar, limitar o transformar les principals activitats emissores. I d'entre totes elles, la més problemàtica correspon al model de mobilitat actual, basat en la crema de combustibles fòssils. Les polítiques públiques per a la protecció de la salut de la població haurien de revertir amb urgència el que s'ha promogut durant dècades: incentivar l'ús del cotxe per a tot tipus de desplaçaments. Els darrers 50 anys les nostres ciutats han permès que més de la meitat de l'espai públic sigui ocupat exclusivament per cotxes i motos, relegant els espais de socialització, joc, oci o cures als marges dels carrers. Paral·lelament i fora de les ciutats, la xarxa viària d'alta capacitat ha experimentat una gran expansió a Catalunya, fins al punt de superar en quilòmetres a la xarxa ferroviària –que porta estancada més de vint anys.<sup>34</sup> Davant d'aquesta situació, quina pot ser la fórmula per reduir l'ús del vehicle privat?

La Zona de Baixes Emissions (ZBE) ha sigut la mesura més estesa a Europa per restringir l'ús del cot-

31 WU (et al.), «Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States».

32 CONTICINI; FREDIANI; CARO, «Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-CoV-2 lethality in Northern Italy?».

33 ISGLOBAL, «Un estudi mostra les ciutats europees amb major mortalitat relacionada amb la contaminació de l'aire».

34 RIOL, «Transport públic: millora de les infraestructures».

## Tota estratègia per limitar l'ús del cotxe s'haurà d'acompanyar d'una tarifació del transport públic que abarateixi i fidelitzi el seu ús per facilitar el canvi modal

xe. Si bé és cert que s'ha aplicat a més de 200 ciutats, per si sola no ha aconseguit fer disminuir dràsticament la pol·lució.<sup>35</sup> El principal motiu és el disseny de la regulació, fet a partir d'un sistema d'etiquetes fraudulent. Al 2015 el frau del dièsel va ser portada a tots els diaris. Es va fer públic que els fabricants d'automòbil alteraven els controls tècnics d'emissions contaminants per poder emetre molt més del que certificaven.<sup>36</sup> Aquesta pràctica no només era una estafa pel consumidor sinó que alhora suposava un greu atemptat contra la salut pública. Avui en dia, les etiquetes de la Direcció General del Trànsit són dissenyades a partir dels valors d'emissió que anuncia el fabricant i no dels reals, fet pel qual hi ha cotxes considerats «nets» que emeten grans quantitats d'òxids de nitrogen. Per altra banda, la ZBE ha suposat en moltes ciutats una renovació del parc sense rebaixar el trànsit ni resoldre moltes de les externalitats negatives del model actual com són la sinistralitat o la manca d'espai públic.

35 HERVÁS, «Xavier Querol: 'La zona de baixes emissions és necessària però no resoldrà el problema de la contaminació de l'aire'».

36 FREIXA, «El frau de Volkswagen, sense conseqüències mig any després».

En altres ciutats s'ha apostat per pacificar grans espais i oxigenar-los alliberant-los del trànsit privat. L'aplicació de superilles o zones per a vianants suposa un bon exercici de reconquesta d'espai públic en què veïns i comerç de proximitat experimenten enormes beneficis, però els efectes sobre la contaminació no arriben si s'apliquen de forma aïllada i no ocupen un percentatge important de la trama urbana. Una ciutat que ha dut a la pràctica amb èxit aquesta pacificació massiva és Pontevedra.<sup>37</sup> La ciutat gallega ha aconseguit que el 70% dels desplaçaments siguin a peu o en transport públic, limitant l'ús del cotxe a gran part de la ciutat en un exercici del tot pioner. Però la mesura que més beneficis ha aportat a curt termini a Europa és la del peatge urbà o taxa de contaminació. La filosofia d'aquesta taxa és pagar per compensar les externalitats negatives de l'ús del cotxe, ja que circular amb un vehicle de motor contamina i aquesta contaminació esdevé un greu problema de salut pública. Alhora, la recaptació es pot destinar a millorar el transport públic i la salut

37 PRECEDO, «El sueño de la ciudad –casi– sin coches en Pontevedra».

pública, creant així un cercle virtuós. En tenim exemples interessants a ciutats com Londres, Estocolm o Milà.<sup>38</sup> Entitats veïnals i en defensa de la salut pública ja demanen l'aplicació d'aquesta mesura a la ciutat de Barcelona, coincidint amb l'opinió dels principals experts en contaminació atmosfèrica de Catalunya.<sup>39</sup>

Tota estratègia per limitar l'ús del cotxe s'haurà d'acompanyar d'una tarifació del transport públic que abarateixi i fidelitzi el seu ús per facilitar el canvi modal. Cal reivindicar i promoure noves alternatives en transport públic i millores en infraestructures ferroviàries, però l'espera d'inversions no és excusa per posar certes actuacions. Paral·lelament es poden potenciar ciutats que «caminin i vagin en bicicleta». També incentivar el *car-sharing* i la mobilitat elèctrica per taxis i repartidors, però sempre tenint en compte que l'electrificació del parc sencer de vehicles no és ni desitjable ni viable.

38 ALBALADE, BEL, «What local policy makers should know about urban road charging: Lessons from worldwide experience».

39 BASSAS, «L'expert en contaminació Xavier Querol defensa que el peatge urbà afecti 'tota l'àrea a dins de les rondes'».

## Un major control sobre els potencials focus de contaminació d'aire, aigua o sòls, i l'aplicació de polítiques de remei haurien de ser una prioritat de govern, i s'haurien d'afavorir amb una entesa entre administracions

### Un deure imperatiu: ens hi va la vida

La salut ambiental depèn directament de l'estat del medi ambient que habitem i és un condicionant fonamental per garantir el dret a la salut. Protegir aquest dret hauria de ser imperatiu de tota administració pública. El treball per una bona salut ambiental, de forma similar la lluita contra el canvi climàtic, hauria de ser abordat per les polítiques públiques fora de cap baralla electoralista o partidista. Un major control sobre els potencials focus de contaminació d'aire, aigua o sòls i l'aplicació de polítiques de remei haurien de ser una prioritat de govern, i s'haurien d'afavorir amb una entesa entre administracions. També haurien de quedar fora de l'abast i la ingerència de *lobbies* econòmics i d'interessos privats que solen actuar en detriment del bé comú. Catalunya s'estalviaria cada any milers de morts prematures, i encara més milers de persones veurien garantida la seva qualitat de vida. No podem seguir acceptant que el nostre dia a dia segueixi omplint els ecosistemes de contaminants. Preservar la salut ambiental és un important repte per al segle XXI que

es resumeix amb una premissa ben senzilla: el nostre *modus vivendi* no ens hauria de fer emmalaltir.

## ■ Bibliografia

ALBALATE, Daniel; BEL, Germà. «What local policy makers should know about urban road charging: Lessons from worldwide experience». A *Public administration review*, núm. 69 (5), pàg. 962-974, 2009.

BACARDIT, Núria. «La meitat de les fonts d'Osona estan contaminades per nitrats originats per purins» [en línia]. A 3/24, de 21 de març de 2019. Disponible a: <www.ccma.cat/324>.

BASSAS, Josep. «L'expert en contaminació Xavier Querol defensa que el peatge urbà afecti 'tota l'àrea a dins de les rondes'» [en línia]. A *Betevé*, de 17 de juliol de 2019. Disponible a: <www.beteve.cat>.

CARSON, Rachel. *Silent spring*. Boston: Houghton Mifflin Harcourt, 2002.

CONTICINI, Edoardo; FREDIANI, Brun; CARO, Dario. «Can atmospheric pollution be considered a co-factor in extremely high level of SARS-CoV-2 lethality in Northern Italy?». A *Environmental pollution*, núm 261, pàg. 114465, 2020.

CORTÉS VIDAL, Carmen. «TMB xifra en 293 tones el fibrociment amb amiant que encara queda per retirar a la xarxa de metro» [en línia]. A *Betevé*, de 26 de juny del 2019. Disponible a: <www.beteve.cat>.

DE WIT, Wijnand; BIGAUD, Nathan. *No plastic in nature: assessing plastic ingestion from nature to people*. Gland, Suïssa: WWF, 2019.

DEPARTAMENT DE TERRITORI I SOSTENIBILITAT. «Contaminants orgànics

persistents (COP)» [en línia]. Disponible a: <www.mediambient.gencat.cat>.

EL PAÍS. «La UPC detecta un alt nivell de butadiè a la planta de Repsol de Tarragona» [en línia]. A *El País*, de 29 de març del 2015. Disponible a: <www.cat.elpais.com>.

FÅNG, Johan (et al.). «Spatial and temporal trends of the Stockholm Convention POPs in mothers' milk –a global review». A *Environmental Science and Pollution Research*, núm. 22 (12), pàg. 8989-9041, 2015.

FREIXA, Elena. *El frau de Volkswagen, sense conseqüències mig any després* [en línia]. A *Diari Ara*, de 6 de març de 2016. Disponible a: <www.ara.cat>.

GRIMALT, Joan (et al.). «Risk excess of soft-tissue sarcoma and thyroid cancer in a community exposed to airborne organochlorinated compound mixtures with a high hexachlorobenzene content». A *International journal of cancer*, núm. 56 (2), pàg. 200-203, 1994.

HERVÁS, Lúcia. «Xavier Querol: 'La zona de baixes emissions és necessària però no resoldrà el problema de la contaminació de l'aire'» [en línia]. A *Sostenible*, de 28 de novembre del 2019. Disponible a: <www.sostenible.cat>.

ISGLOBAL. «La contaminació procedent del trànsit disminueix la capacitat d'atenció dels nens a curt termini» [en línia]. A *ISGlobal*, d'1 de febrer de 2017. Disponible a: <www.isglobal.org>.

ISGLOBAL. «Un estudi mostra les ciutats europees amb major mortalitat relacionada amb la contaminació de l'aire» [en línia]. A *ISGlobal*, de 20 de gener del 2021. Disponible a <www.isglobal.org>.

LALLAS, Peter L. «The Stockholm Convention on persistent organic pollutants». A *The American Journal of International Law*, núm. 95 (3), pàg. 692-708, 2001.

LOPEZ-ABENTE, Gonzalo (et al.). «Municipal distribution of bladder cancer mortality in Spain: possible role of mining and industry». A *BMC Public Health*, núm. 6 (1), pàg. 1-10, 2006.

MARTÍ, Gemma. «Menys cotxes, més salut» [en línia]. A *La Vanguardia*, de 28 de novembre de 2020. Disponible a: <www.lavanguardia.com>.

MILIAN, Àlex. «Ozona» [en línia]. A *El temps*, de 26 d'agost de 2019. Disponible a: <www.eltmps.cat>.

MOULTON, Paula Valencia; YANG, Wei. «Air pollution, oxidative stress, and Alzheimer's disease». A *Journal of environmental and public health*, núm. 25, pàg. 472751, 2012.

MOUZO QUINTÁNS, Jessica. «Cerdanyola del Vallès detecta un malalt per amiant a la setmana» [en línia]. A *El País*, de 30 de setembre de 2016. Disponible a: <www.cat.elpais.com>.

OMS. *Burden of disease from Ambient Air Pollution for 2012 – Summary of results*. Ginebra: OMS, 2014.



ONU. «Declaració Universal dels Drets Humans» [en línia]. Assemblea General de les Nacions Unides, 1948. Disponible a: <www.un.org>.

ONU. «Las ciudades seguirán creciendo, sobretodo en los países en desarrollo» [en línia]. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, de 16 de maig de 2018. Disponible a: <www.un.org>.

PARLAMENT EUROPEU. «Proclamació i firma de la Carta dels Drets fonamentals de la UE». Sessió plenària, de 12 de desembre de 2007.

PARLAMENT EUROPEU; CONSELL DE LA UE. «Directive 2008/50/CE of the European Parliament and the Council of 21 May 2008 on ambient air quality and cleaner air for Europe» [en línia]. Disponible a: <www.eur-lex.europa.eu>.

PORTA, Miquel (et al.). «Distribution of blood concentrations of persistent organic pollutants in a representative sample of the population of Catalonia». A *Environment international*, núm. 36 (7), pàg. 655-664, 2010.

PRECEDO, José. «El sueño de la ciudad (casi) sin coches en Pontevedra» [en línia]. A *El Diario.es*, de 15 de juliol de 2017. Disponible a: <www.eldiario.es>.

PRÜSS-ÜSTÜN, Annette (et al.). *Preventing disease through healthy environments: a global assessment of the burden of disease from environmental risks*. Ginebra: OMS, 2016.

RIOL, Ricard. «Transport públic: millora de les infraestructures». Sabadell: Primer Congrés de Qualitat de l'Aire, 2019.

RICO, Marc, (et al.). *Avaluació de la qualitat de l'aire a la ciutat de Barcelona, 2019* [en línia]. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2019. Disponible a: <www.aspb.cat>.

SEGARRA, David. «La lactancia materna es beneficiosa a pesar del DDT que contiene» [en línia]. A *El País*, de 18 de maig del 2004. Disponible a: <www.elpais.com>.

SUNYER, Jordi (et al.). «Traffic-related air pollution and attention in primary school children: short-term association». A *Epidemiology*, núm. 28 (2), pàg. 181-189, 2017.

VICENTE DE BOBES, Joana. *Distribution and partitioning of organic pollutants and effects in coastal birds*. Tesi doctoral del Departament d'Enginyeria Hidràulica, Marítima i Ambiental. Barcelona: UPC, 2013.

VIVANCO-HIDALGO, Rosa M. (et al.). «Short-term exposure to traffic-related air pollution and ischemic stroke onset in Barcelona, Spain». A *Environmental Research*, núm. 162, pàg. 160-165, 2018.

WU, Xiao (et al.). *Exposure to air pollution and COVID-19 mortality in the United States*. A *Science Advances*, vol. 6, núm. 45, 2020.

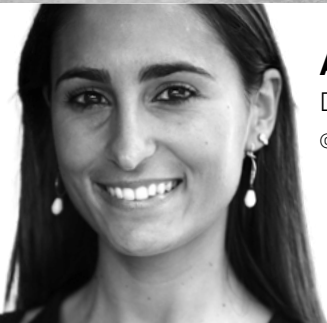


## navegador

# La salut als EUA: dret o mercaderia?

[vista prèvia >](#)

**Un dels eixos de discussió crucials a la política dels EUA és el seu sistema sanitari. Lluny dels paràmetres dels sistemes de salut europeus, mal que bé públics i universalistes, el model nord-americà privatitza aquest dret, deixant de banda bona part de la ciutadania que no es pot permetre accedir o fer front a les assegurances privades. Tots els intents de reforma profunda per universalitzar-lo han fracassat, com en el cas de l'intent de l'administració Clinton; i només, i després d'una llarga batalla, la presidència d'Obama va poder fer un tímido, per bé que important, pas cap a un model més accessible per les classes populars i els sectors més vulnerables.**



**Ariadna Jou**

Doctorant d'economia a la University of California, Los Angeles

@ariadnajou

Davant una emergència sanitària es visualitza més que mai com d'important és l'accés universal a un sistema de salut de qualitat. Enmig de la tràgica pandèmia de la Covid-19, s'ha remarcat la necessitat d'estar ben equipats, disposar de bon personal sanitari, i dels recursos financers i tecnològics adients, per poder fer front a les diverses adversitats sanitàries en les que ens hem trobat i que ens podem trobar en un futur. Govers de molts països de l'OCDE defensen l'accés al sistema de salut com a un dret humà bàsic, i creuen que tota la ciutadania hi hem de poder accedir independentment dels nostres ingressos o el nostre nivell socioeconòmic. Alguns dels països que proporcionen un sistema de salut universal són Canadà, Itàlia, Japó, Regne Unit, Suècia o Singapur entre d'altres. A Catalunya també comptem amb un sistema de salut universal en el que tothom hi pot accedir de forma gratuïta. Per altra banda, hi ha altres països com és el cas dels EUA, on l'accés al sistema de salut no està garantit per a tota la ciutadania, sinó que s'estructura en un sistema mixt on la gran majoria de les persones accedeixen als serveis mèdics a través del mercat

privat. Una de les conseqüències de no oferir un sistema de salut universal, és que s'accentua la desigualtat en termes de salut, i pot portar a diferències socials molt rellevants en aquest àmbit.

En aquest article parlarem de com funciona el sistema sanitari estatunidenc, tocarem alguns dels seus punts febles, i veurem per què podem concloure que l'accés a la salut als EUA no es pot considerar un dret.

### **Com funciona el sistema de salut als EUA?**

Actualment, el sistema de salut estatunidenc es considera un sistema de salut híbrid, en el que aproximadament la meitat de la despesa prové de fons privats i l'altra meitat de fons públics.<sup>1</sup> Tot i tenir aquest caràcter mixt, la gran majoria de la població depèn del sector privat per poder accedir al sistema de salut. Això comporta que un dels agents centrals d'aquest sistema sigui

l'asseguradora privada. Per tant, per accedir al sistema sanitari, les persones individuals, o en molts casos les empreses per part dels seus treballadors, paguen mensualment les quotes a asseguradores. A canvi, les asseguradores els proveeixen l'accés als serveis mèdics cobrint-ne la major part del cost.

Com a la majoria de contractes d'assegurança, els pacients es fan càrrec de diversos tipus de pagaments, com poden ser els deduïbles, i copagaments. Cap client té accés a una assegurança completa, que seria aquella que cobreix la totalitat dels costos. Això és degut principalment, als alts costos administratius, el risc moral i la selecció adversa.<sup>2</sup>

Una menor part de la població té accés a una assegurança mèdica pública. En aquest cas, el govern és qui assegura a la ciutadania per poder

---

2 Risc moral: És la possibilitat que una part tingui un incentiu per assumir riscos inusuals en un intent desesperat d'obtenir beneficis abans de la resolució del contracte. Selecció adversa: La selecció adversa és quan els venedors tenen informació que els compradors no tenen, o viceversa, sobre algun aspecte de la qualitat del producte. Per tant, és la tendència dels que tenen feines perilloses o estils de vida d'alt risc a adquirir una assegurança de vida o invalidesa on hi ha més possibilitats de cobrar-hi.

---

1 NUNN; PARSONS; SHAMBAUGH, «A Dozen Factors about the Economics of the U.S. Health-Care System. Economic Facts».

## El 2018, un 34,4% de la població disposava d'assegurança pública. Aquesta es divideix en dos programes principals: un 17,8% hi accedeix a través de Medicare i un 17,9% a través de Medicaid

accedir al sistema sanitari. Malgrat l'assegurança pública, la major part de l'atenció sanitària serà de provisió privada. Sense assegurança de salut veurem que és molt complicat rebre atenció mèdica.

El 2018, el 67,3% de la població tenia una assegurança de salut privada. Més concretament, el 55,1% tenia assegurança privada lligada al seu contracte de treball. És a dir, l'empresa proveïa els seus treballadors amb una assegurança mèdica. El 14,1% tenia assegurança de compra directa, i un 2,6% provinent del TRICARE, un programa per membres i exmembres de l'exèrcit i les seves respectives famílies.

D'altra banda, un 34,4% de la població disposava d'assegurança pública. Aquesta es divideix en dos programes principals, dels quals parlarem en més detall: un 17,8% accedeix a l'assegurança a través de Medicare i un 17,9% a través de Medicaid.<sup>3 4</sup>

---

3 Hi ha un 1% de la població que participa en el VA/CHAMPVA, programa molt residual específic per a militars i militars jubilats. Els percentatges no sumen 100, ja que part de la població té cobertura doble. I hi ha un 8,5% de persones no assegurades.

4 U.S. CENSUS BUREAU, «Current Population Survey, 2018»; U.S. CENSUS BUREAU, «Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2019»;

El gràfic 1 ens mostra el percentatge de població coberta per tipus d'assegurança —privada i pública. Podem veure com el 2000 només un 85% de la població estava assegurada, i també podem notar un augment, més aviat lent, del nombre de persones assegurades de forma pública al llarg dels anys.

Com hem comentat anteriorment, un 50% de tota la despesa de salut està finançada amb fons públics. Els dos programes públics principals són el Medicare, un programa federal que es finança a través d'un impost sobre la nòmina i proveeix assegurança de salut a totes aquelles persones majors de 65 anys, i persones amb discapacitats menors de 65 anys; i el Medicaid, un programa federal i estatal que es finança a través de impostos generals, i proveeix assegurança de salut per a famílies pobres, gent gran i persones amb discapacitat. Aquest segon, com que també és un programa estatal, té unes 50 versions diferents.

Medicare és el programa públic d'assegurança de salut més gran dels EUA. Aquest s'administra a nivell

---

U.S. CENSUS BUREAU, «Annual Social and Economic Supplement».

federal i només hi poden accedir persones majors de 65 anys o amb certes discapacitats. Això comporta que gran part de la població en quedi fora. Un altre requisit per poder-hi accedir és haver treballat durant deu anys i pagat els impostos corresponents. Les persones que no satisfan els criteris d'elegibilitat poden comprar la cobertura de Medicare pagant la totalitat del seu cost.

El Medicare està dividit en diversos programes. El programa bàsic és l'assegurança hospitalària, la part A. Aquesta cobreix els costos hospitalaris de pacients hospitalitzats i alguns costos d'atenció a llarg termini. La part B, és l'assegurança mèdica. Aquesta cobreix les despeses de metges, hospitalàries ambulatories, alguns serveis de medicina preventiva i altres. Per accedir a aquesta assegurança la ciutadania ha de pagar un *premium* mensual.

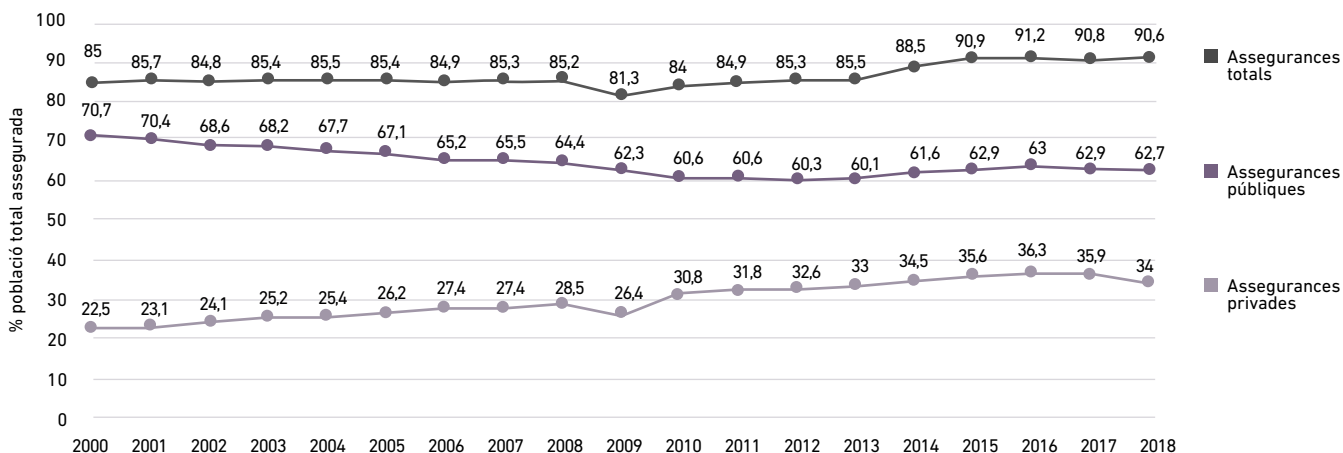
A més, existeixen altres parts del Medicare de pagament i gestionades per asseguradores privades.

Aquestes amplien la cobertura respecte a les parts A i B. Una de

## El Medicaid és un programa federal i estatal que es finança a través de taxes generals, i proveeix assegurança de salut per a famílies pobres, gent gran i persones amb discapacitat

### Gràfic 1

#### Evolució de l'assegurament mèdic als EUA (%)



Font: OECD Health Statistics, 2020.

les més conegudes és la part D, que cobreix parcialment les despeses de receptes de medicaments.<sup>5</sup>

Com es pot veure, malgrat que el Medicare és un programa públic i que garanteix l'accés a l'atenció mèdica bàsica i hospitalària, molt poca gent se'n pot beneficiar, i els que ho fan, encara han de pagar uns costos importants. Per exemple, si

una persona és hospitalitzada, haurà de pagar com a mínim 1.484 dòlars de deduïble. Per estades superiors a un mes, hi ha un copagament de 371 dòlars per dia, i aquesta quantitat es dobla per estades de més de 90 dies. La part B, té un cost mínim de 148,50 dòlars mensuals i depèn dels ingressos de la persona, la gent amb més renda haurà de pagar un preu més elevat.<sup>6</sup> Tot i els elevats costos, diversos

estudis conclouen que el Medicare augmenta la utilització dels serveis mèdics i millora la salut de la gent gran. Sobretot té beneficis per a la gent més pobre i més malalta.<sup>7</sup>

Per altra banda, el segon programa públic de salut és el Medicaid. És un programa federal però administrat pels estats; això comporta que

<sup>5</sup> SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION, «Medicare benefits».

<sup>6</sup> US GOVERNMENT, «Medicare.gov. The Official U.S. Government Site for Medicare».

<sup>7</sup> CARD; DOBKIN; MAESTAS, «The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare».

## El 2008, amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* [Llei de l'atenció sanitària assequible] s'hi inclouen totes les famílies que viuen per sota del 138% del nivell de pobresa federal

tant els criteris d'elegibilitat com els beneficis puguin variar molt d'un estat a un altre. A diferència del Medicare, l'elegibilitat del Medicaid no depèn de l'edat de les persones sinó que es basa en els seus ingressos, sent un programa pensat per a les persones amb ingressos més baixos. Als seus inicis, al 1965, només hi podien accedir les persones participants en certs programes d'assistència social. A la dècada de 1970 hi va haver expansions en els criteris d'elegibilitat i es van incloure com a possibles beneficiaris persones amb ingressos baixos, sense necessitat de ser participants de cap altre programa. Al 1997 s'hi van incloure nens vivint per sota del 200% del llindar de pobresa. Finalment, el 2008, amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* [Llei de l'atenció sanitària assequible] s'hi inclouen totes les famílies que viuen per sota del 138% del nivell de pobresa federal. Per fer-nos-en una idea més concreta, per a una família de quatre membres, el nivell federal de pobresa el 2019 era de 26.200 dòlars.<sup>8</sup> Així doncs, el

138% que marca la llei, serien 36.156 dòlars, i aproximadament un 25% de les llars el 2019 vivien amb un sou inferior als 35.000 dòlars.<sup>9</sup>

Per llei federal, el programa Medicaid ha de cobrir els serveis generals com ara l'atenció hospitalària i l'atenció mèdica —per part de metges. A partir d'aquí, els estats poden, de forma voluntària, ampliar les prestacions, per exemple afegint la cobertura de receptes de medicaments, els serveis d'optometria i dentista... És un programa més generós que els plans d'assegurança privada, ja que els *premiums* i els copagaments que paguen els assegurats de Medicaid són més baixos.

Tot i que aquestes persones tinguin una assegurança pública, la gran part de l'oferta de serveis mèdics prové d'institucions privades. L'assegurança és pública però no el servei. És el govern que determina quin és el percentatge de reemborsament que els proveïdors reben. El principal problema d'aquest

sistema, és que normalment les retribucions públiques són baixes, aproximadament la meitat que en el sector privat, fet que provoca que pocs metges vulguin atendre pacients coberts amb Medicaid.

Malgrat que aquests dos programes tinguin elevats costos per als pacients —sobretot el Medicare— i només cobreixin una petita part de la població, responen al seu objectiu de protegir a la població més vulnerable, i com hem vist, s'han anat ampliant al llarg dels anys per poder cobrir a més població. Encara queda, però, molt camí per arribar a un sistema just. La batalla política per l'aprovació de la reforma sanitària de la presidència de Barack Obama (1961) va ser duríssima i va comptar amb l'oposició resistent dels sectors més conservadors. A més, cal afegir que durant els últims anys el govern de l'expresident Donald Trump (1946) ha intentat retallar aquests programes públics. Veurem com evoluciona en el futur proper, sota l'administració del president Joe Biden (1942), que ha situat l'accés a una assegurança de salut assequible com una de les

8 OFFICIAL SITE FOR AFFORDABLE CARE ACT, <[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)>.

9 U.S. CENSUS BUREAU, «Income and Poverty in the United States: 2019».

## **Els tres motius principals de l'alta despesa en la sanitat dels EUA són l'excés de costos administratius; els alts preus dels procediments mèdics; i els serveis innecessaris que es proveeixen de totes maneres**

seves prioritats polítiques i planeja crear una opció d'assegurança pública semblant al Medicare per a tothom.<sup>10</sup>

### **Altres problemes del sistema sanitari estatunidenc: La contenció de costos**

Els EUA són el país de l'OECD que dedica el percentatge més alt del seu PIB a despesa sanitària. El 2018 la despesa va ser del 16,9% del PIB.<sup>11</sup> L'augment dut a terme durant les últimes dècades ha estat molt considerable tenint en compte que el 1950 representava només el 4%.<sup>12</sup> La despesa projectada per al 2075 és del 38%.<sup>13</sup>

Si ho comparem amb altres països de l'OECD en el gràfic 2, podem veure com els EUA lideren la despesa amb diferència. Els segueix Suïssa ja amb un 11,9%, i després Alemanya i l'Estat francès. L'Estat espanyol va

dedicar un 9% del PIB en despesa sanitària i Catalunya un 7,8%.<sup>14</sup>

Com hem vist, el sistema sanitari dels EUA no cobreix tota la població ni és universal, però en canvi lidera la despesa sanitària. Aquesta paradoxa ens porta a preguntar-nos per què és ineficient el sistema de salut americà, i com és que té uns costos tan elevats.

Els tres motius principals són l'excés de costos administratius; els alts preus dels procediments mèdics; i els serveis innecessaris que es proveeixen de totes maneres. Per una banda, el sistema sanitari estatunidenc, en ser un híbrid entre el mercat privat i el públic, fa que els costos d'administració siguin molt més elevats que en un país on hi ha atenció mèdica universal. Als EUA cal analitzar cada cas per veure si és elegible pels programes públics, i un cop el pacient ha utilitzat els serveis mèdics, s'ha de reemborsar als proveïdors, fet que també és costós en termes administratius. Aquest últim pas també s'aplica per als assegurats de forma privada.

Per altra banda, el disseny actual d'aquest sistema híbrid basat en les assegurances reemborsa els metges en funció dels costos que s'han incorregut en el servei. De manera que els metges i la resta de proveïdors, no tenen cap incentiu de reduir els costos de l'atenció sanitària per als pacients d'una forma efectiva. Al contrari: aquest sistema genera incentius perquè els metges segueixin procediments que són beneficiosos per a ells; fins i tot, moltes vegades proveeixen més serveis del compte que no són estrictament necessaris per al pacient.

### **El «perill» d'un accés a la salut lligat al lloc de treball**

Com hem vist a l'inici de l'article, més de la meitat de la població estatunidenca accedeix a la salut a través d'una assegurança privada proveïda per l'empresa on treballen. Un dels avantatges de proveir l'assegurança a través de l'empresa és que s'agrupa el risc. L'objectiu dels asseguradors és crear un gran grup d'assegurats amb una distribució del risc mèdic més predictable. Ajuntant tots els treballadors s'evita la selec-

10 BIDEN; HARRIS, «Health Care».

11 OECD, «Health Statistics 2020. Health Expenditure and Financing».

12 GRUBER, *Public Finance and Public Policy*.

13 CHERNEW; HIRTH; CUTLER, «Increased Spending on Health Care: How Much Can the United States Afford?».

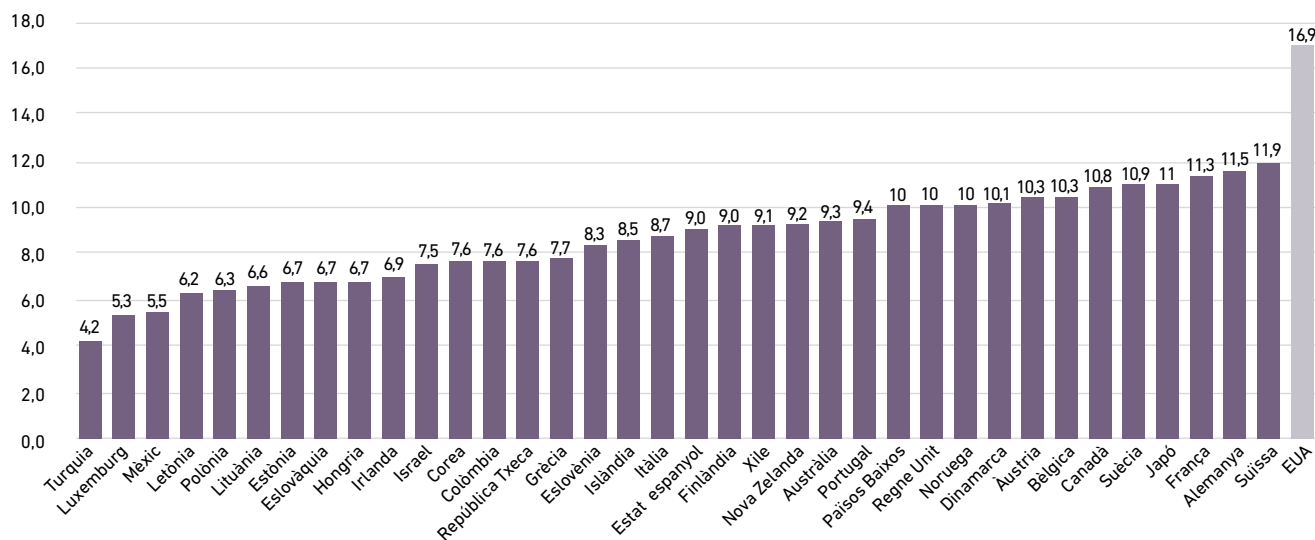
14 CATSALUT, <[www.catsalut.gencat.cat](http://www.catsalut.gencat.cat)>.



## El problema central d'estar assegurat per l'empresa on treballes és el que passa quan perds la feina

### Gràfic 2

#### Despesa en salut el 2018 (% del PIB)



Font: OECD Health Statistics, 2020.

ció adversa, és a dir, el fet que una persona molt malalta pugui amagar la seva malaltia per obtenir una assegurança més barata. Un altre avantatge és que ajuntar tothom sota la mateixa assegurança redueix els costos administratius, ja que s'ofereix a tots els treballadors els mateixos preus i beneficis independentment de les seves característiques. Finalment, una altra raó per la qual

les empreses proveeixen assegurança mèdica és perquè no tributa impostos. Els treballadors estan taxats per la seva compensació salarial, però no en la compensació en forma d'assegurança mèdica.

El problema central d'estar assegurat per l'empresa on treballes és el que passa quan perds la feina. El clar exemple d'això ha sigut durant la pan-

dèmia de la Covid-19. Entre el febrer i el març del 2020 s'estima que aproximadament 5,4 milions de treballadors americans van quedar-se sense la seva assegurança mèdica perquè van perdre la seva feina.<sup>15</sup> Just en el moment en el que s'és més vulnerable, enmig d'una pandèmia, i perdent la

<sup>15</sup> DORN, «The Covid'19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History».



## **Les persones no assegurades tenen moltes dificultats per accedir a l'atenció sanitària. Els hospitals i metges no estan obligats a acceptar pacients que no tinguin assegurança**

major font d'ingressos, a més es perd el dret bàsic de poder accedir l'atenció sanitària.

Un cop van perdre la feina, aquestes persones tenien diverses opcions, com per exemple començar el procés per demanar Medicaid, canviar-se a l'assegurança d'un membre de la seva família que estigués assegurat o comprar una assegurança en el mercat. El problema és que moltes d'aquestes accions requereixen un procés que no sempre és fàcil, i els costos i les barres associades provoquen que moltes persones s'esperin un temps sense estar assegurades, mentre intenten trobar una feina que els proporcionï l'assegurança de salut una altra vegada. Per altra banda, el fet d'estar enmig d'una pandèmia, quan el sistema sanitari és més necessari que mai, pot provocar un augment dels preus de les assegurances, fent que aquesta gent que acaba de perdre la feina no es puguin permetre adquirir-ne una.

### **Persones no assegurades**

Finalment, i de gran importància, parlarem de les persones no assegurades. Encara no són accessibles les

dades per saber quantes persones no tenien assegurança en el 2020, però en el 2018, un 8,5% de la població estatunidenca no disposava de cap tipus d'assegurança. Això significa que els EUA comptaven amb 27,5 milions de persones no assegurades. Si aquest nombre sembla gran, només cal mirar uns anys enrere, abans del 2010, quan s'aprova la reforma de l'*Affordable Care Act*, on el percentatge de població menor de 65 anys no assegurada rondava al voltant del 17%.

Amb l'aprovació de l'*Affordable Care Act* s'intenta eixamplar la base de població assegurada. Per aconseguir-ho s'augmenta la provisió d'assegurança pública, a través de l'ampliació dels programes de Medicaid i Medicare. També s'estableix l'obligatorietat de l'assegurança de salut, establint un sistema de multes tant per a persones individuals com per a empreses en cas d'incompliment. Malgrat aquests esforços el problema encara no està resolt.

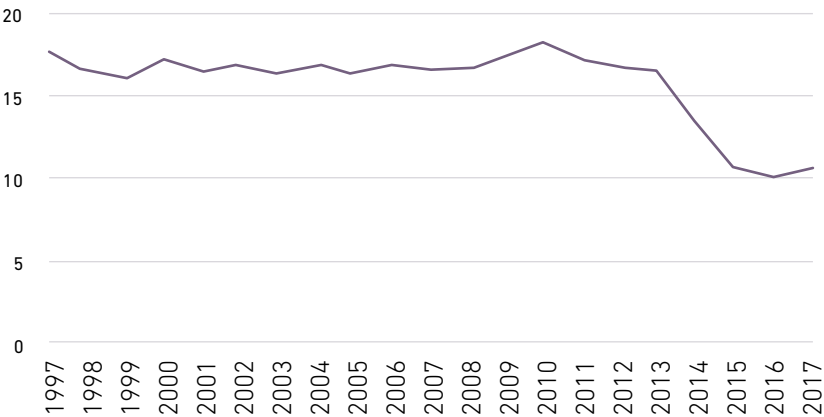
Les persones no assegurades tenen moltes dificultats per accedir a l'atenció sanitària. Els hospitals i metges no estan obligats a acceptar pacients que no tinguin assegurança, i això

fa que aquest quasi 28 milions de persones no tinguin garantit el dret a l'atenció mèdica. Des del 2010, hi ha una llei federal que requereix que qualsevol hospital que accepta pagaments de Medicare, ha d'acceptar i tractar pacients a urgències encara que no tinguin assegurança mèdica i que no puguin pagar els costos de l'atenció. Aquesta és l'única via d'accés al sistema de salut que tenen moltes persones no assegurades. En aquests casos, quan el pacient no pot fer front a la despesa, s'utilitzen impostos generals estatals i federals per cobrir aquests costos. Aquesta atenció no és en cap cas la ideal, ja que les persones normalment acceixen a emergències quan el problema de salut que tenen és molt greu, i no tenen cap tipus d'accés a serveis mèdics preventius. A més, el cost de l'atenció d'urgències és molt més elevat comparat amb una atenció de caire regular, fet que contribueix a la ineficiència del sistema.

La major part de les persones no assegurades són adults en edat de treballar, gairebé tres quartes parts dels quals provinents de famílies amb un o més membres empleats a jornada completa, i el 50% són

Els EUA tenen un sistema molt costós, i que no garanteix a tothom el mateix accés a l'atenció sanitària de qualitat

Gràfic 3  
Població dels EUA sense assegurança mèdica (%)



Nota: El gràfic inclou només persones menors de 65 anys.  
Font: NCHS, National Health Interview Survey, health insurance supplements.

homes. La major part, tenen educació secundària o inferior, i tenen moltes més probabilitats de viure en una situació de pobresa que la gent assegurada. Un 12% són nens. Això ens mostra que malgrat els dos programes públics, una part molt important de la població treballadora i vulnerable no té un accés al sistema de salut garantit, promovent encara més la desigualtat en aquest país.

Parlem de resultats

Un cop analitzat com funciona el sistema de salut estatunidenc i quins són els seus principals problemes, es pot concloure que als EUA tenen un sistema molt costós, i que tot i així no tothom té el mateix accés a una atenció sanitària de qualitat. Encara que no n'hem parlat gaire, el sistema americà té alguns avantatges, com la seva gran inversió en recerca i

innovació, o la possibilitat d'escollir qualsevol metge sigui d'on sigui; això sí, una opció reservada a les persones que s'ho poden permetre.

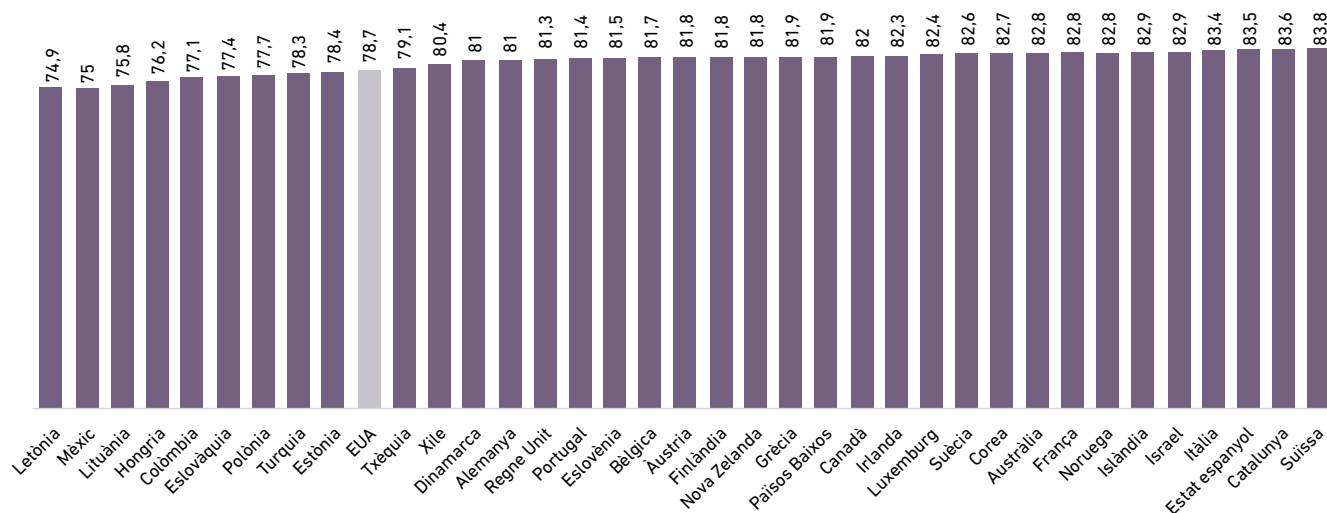
Per acabar de fer una radiografia del l'estat de la salut en què es troba la població estatunidenca, ho compararem amb altres països de l'OCDE. Per fer aquesta anàlisi, hem de tenir en compte que el sistema sanitari no és l'únic factor que afecta a la salut: molts altres factors hi influeixen, com ara la dieta, l'estil de vida, l'exercici que es practica, l'estrès, les desigualtats socials... Ara bé, l'accés a una salut de qualitat és un factor molt rellevant.

Un dels indicadors de salut més utilitzats és l'esperança de vida, ja que és l'indicador més global. En el gràfic 4 podem veure l'esperança de vida al néixer per les poblacions de diversos països de l'OCDE. Observem que els EUA es troben desens per la cua, amb una esperança de vida de 78,7 anys, lluny d'Itàlia, l'Estat espanyol, o Suïssa. Catalunya es trobaria entre Suïssa i l'Estat espanyol, amb una esperança de vida de 83,6 anys.<sup>16</sup> Així doncs veiem que la gran

16 IDESCAT, «Esperança de vida al néixer».

## Gràfic 4

### Esperança de vida al néixer el 2018



Font: OECD Health Statistics, 2020; IDESCAT en el cas de Catalunya.

despesa dels EUA no s'està traduint a una esperança de vida més elevada.

Fixant-nos en altres indicadors, com ara les morts evitables, els nombres de llits i el nombre de metges per població, ampliem la visió de l'estat de la salut als diferents països.

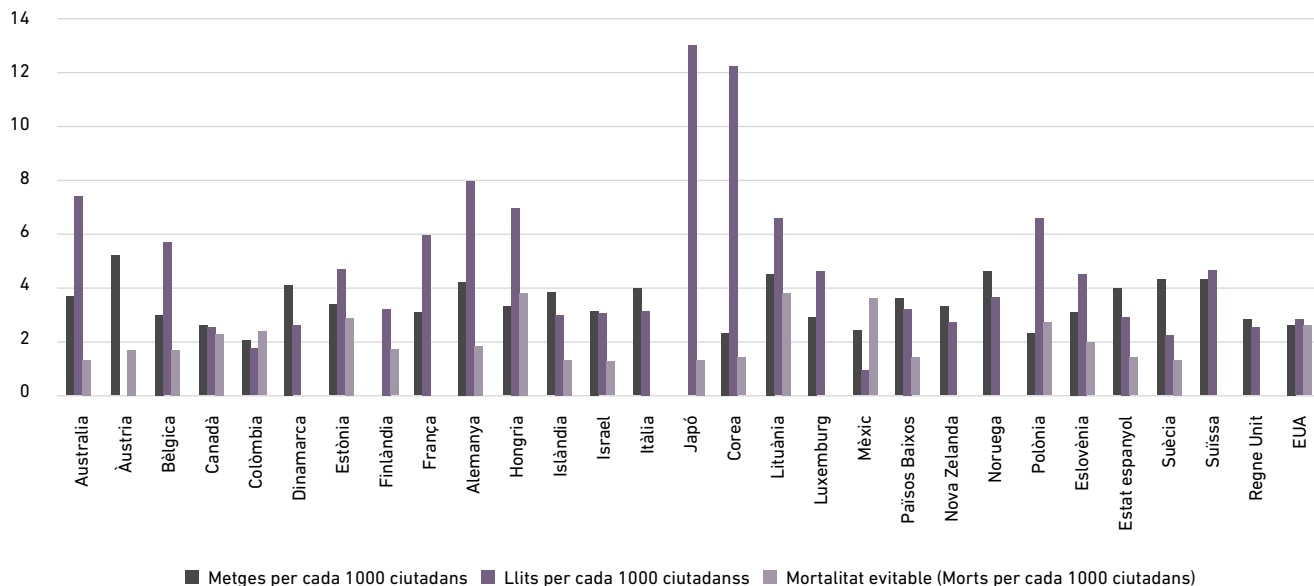
El gràfic 5 ens mostra aquests indicadors en relació al 2017. Les dades ens mostren que els EUA no lideren en cap dels indicadors de qualitat. En el cas del nombre de metges per cada 1.000 habitants es troben entre els països amb una ràtio de metges més baixa, amb 2,61 metges. Pel que fa el nombre

de llits, tampoc destaquen, i se situen amb 2,87 llits per cada 1.000 habitants. Estan bastant a prop de Turquia i l'Estat espanyol amb 2,81 i 2,97 llits respectivament. Finalment, pel que fa les morts evitables els EUA tornen a estar ancorats a cua, amb 262 morts per cada 1.000 habitants.

**Els EUA tenen molt camí per recórrer si el seu objectiu és el de garantir l'accés a una salut de qualitat a tota la seva població i, per tant, entendre la salut com un dret bàsic**

## Gràfic 5

**Nombre de metges i llits per a cada 1000 habitants i nombre de morts cada 1000 habitants a diferents estats, 2017**



Font: OECD Health Statistics 2020.

Per tant, podem concloure que l'alta despesa dels EUA en salut no comporta grans millores a la salut de la població i tampoc comporta un sistema sanitari de més qualitat, a partir de la comparació de la seva situació amb la d'altres països de l'OECD. Hi ha sistemes que garan-

teixen millor la salut universal de la ciutadania, amb menys despesa i millors resultats.

Els EUA tenen molt camí per recórrer si el seu objectiu és garantir l'accés a una salut de qualitat a tota la seva població i, per tant, entendre la salut

com un dret bàsic. És veritat que sota la presidència d'Obama es van realitzar avenços importants, però no han sigut suficients per obtenir un sistema just i igualitari. Sembla que la nova administració demòcrata té intencions d'avançar cap a aquest objectiu. Ara bé, no serà un camí senzill:

calen molts canvis, i no sabem si els interessos corporatius del sistema sanitari actual i l'oposició republicana els acceptaran. Tan de bo en un futur proper, ens trobem en un altre article en el que es pugui explicar com aquest sistema ha evolucionat i ha millorat per garantir aquest dret bàsic que és la salut. ■

## ■ Bibliografia

BIDEN, Joe; HARRIS, Kamala. «**Health Care**» [en línia]. Disponible a: <[www.joebiden.com](http://www.joebiden.com)>.

CENSUS BUREAU. «**Income and Poverty in the United States: 2019**» [en línia]. Disponible a: <[www.census.gov](http://www.census.gov)>.

CARD, David; DOBKIN, Carlos; MAESTAS, Nicole. «**The Impact of Nearly Universal Insurance Coverage on Health Care Utilization: Evidence from Medicare**». A *American Economic Review*, núm. 98 (5): pàg. 2242-58, 2008.

CARD, David; DOBKIN, Carlos; MAESTAS, Nicole. «**Does Medicare Save Lives?**». A *The Quarterly Journal of Economics*, núm. 124, pàg. 597-636, 2009.

CATSALUT. Disponible a: <[www.catsalut.gencat.cat](http://www.catsalut.gencat.cat)>.

DORN, Stan. «**The Covid'19 Pandemic and Resulting Economic Crash Have Caused the Greatest Health Insurance Losses in American History**» [en línia]. A National Center for Coverage Innovation at Families US. Disponible a: <[www.familiesusa.org](http://www.familiesusa.org)>.

GRUBER, Jonathan. *Public Finance and Public Policy*. Nova York: Worth Publishers, 2019.

CHERNEW, Michael; HIRTH, Richard; CUTLER, David. «**Increased Spending on Health Care: How Much Can the United States Afford?**». A *Health Affairs*, núm. 22 (4), pàg. 15-25, 2003.

IDESCAT. «**Esperança de vida la néixer**» [en línia]. Disponible a: <[www.idescat.cat](http://www.idescat.cat)>.

US GOVERNMENT. «**Medicare.gov. The Official U.S. Government Site for Medicare**» [en línia]. Disponible a: <[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)>.

NUNN, Ryan; PARSONS, Jana; SHAMBAUGH, Jay. «**A Dozen Factors about the Economics of the U.S. Health-Care System. Economic Facts**» [en línia]. A *The Hamilton Project*. Disponible a: <[www.brookings.edu](http://www.brookings.edu)>.

OECD. «**Health Statistics 2020. Health Expenditure and Financing**» [en línia]. Disponible a: <[www.oecd.org](http://www.oecd.org)>.

OFFICIAL SITE FOR AFFORDABLE CARE ACT. Disponible a: <[www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)>.

PROVOST, Christie; HUGHES, Paul. «**Medicaid: 35 Years of Service**». A *Health Care Finance Review*, núm. 22 (1), pàg. 141-174, 2000.

SOCIAL SECURITY ADMINISTRATION. «**Medicare benefits**» [en línia]. Disponible a: <[www.ssa.gov](http://www.ssa.gov)>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Current Population Survey, 2018**» [en línia]. Disponible a: <[www.census.gov](http://www.census.gov)>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Annual Social and Economic Supplement Bridge File and 2019**» [en línia]. Disponible a: <[www.census.gov](http://www.census.gov)>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Annual Social and Economic Supplement**» [en línia]. Disponible a: <[www.census.gov](http://www.census.gov)>.

U.S. CENSUS BUREAU. «**Income and Poverty in the United States: 2019**» [en línia]. Disponible a: <[www.census.gov](http://www.census.gov)>.



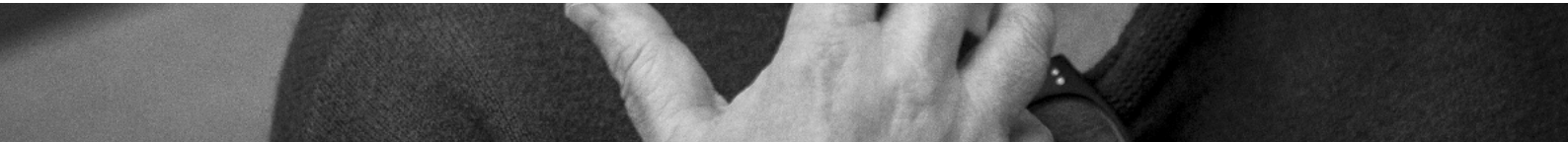
## fòrum



**Lucía Artazcoz**

“La majoria dels trastorns de salut són més freqüents en les persones de condicions socioeconòmiques més desafavorides”

Una conversa amb Alba Vergés



**Disposar d'un sistema sanitari públic, universal i de qualitat és necessari però no suficient per a garantir la bona salut de les persones. El nivell socioeconòmic, el gènere o l'origen, entre d'altres factors arbitraris, condicionen la nostra salut fins a extrems en què el codi postal pot esdevenir més determinant que el codi genètic. Conversem al respecte amb **Lucía Artazcoz (1963) directora de l'Observatori de la Salut Pública de Barcelona, i la consellera de salut Alba Vergés (1978), sobre la importància dels determinants socials de la salut, i com superar les desigualtats actuals a partir de polítiques públiques transversals.****

**Bernat Surroca >** És un fet que els determinants socials condicionen la salut, però concretem-ho. En quin sentit la condicionen?

**Alba Vergés >** Els determinants socials condicionen l'estat de salut de la gent. De fet, moltes vegades, amb una mala percepció, pensem que la nostra salut dependrà exclusivament del sistema sanitari o de l'atenció sanitària. Això és al final, al final de tot el recorregut de salut. O pensem també que la nostra salut depèn de les condicions genètiques, però això és una petita part del que determina la nostra salut. El que determina la nostra salut és el nostre context, com vivim, el lloc on vivim, el nostre nivell socioeconòmic i també el dels nostres pares. Això determina les desigualtats d'oportunitats que tenim per poder-nos cuidar i poder tenir un bon estat de salut. Ho veiem en moltes coses, en absolutament tot. Tot està condicionat per aquests determinants socials de la salut.

**Lucía Artazcoz >** Els determinants socials de la salut són els principals responsables de la salut de la població. És evident que cal un sistema sanitari bo i de qualitat, perquè quan

estem malalts necessitem que ens curin, però els determinants socials de la salut són els que configuren fonamentalment la nostra salut. Parlem de les condicions en què vivim des del moment que naixem, com creixem, com juguem, com treballem i com envellim. Parlem d'aspectes com ara l'habitatge, les relacions que tenim, si tenim feina o no, si aquesta feina té bones condicions. Tot això farà que tinguem una vida més o menys saludable.

**Bernat Surroca >** Un dels determinants socials és el nivell socioeconòmic. En què afecta la salut?

**Lucía Artazcoz >** Sabem des de fa dècades que el nivell socioeconòmic es pot mesurar a través de diversos indicadors. Per exemple la qualificació del treball, els ingressos o el nivell d'estudis. Això està associat amb l'estat de salut. La majoria dels trastorns de salut són més freqüents en les persones de condicions socioeconòmiques més desfavorides. A més s'observa un gradient: les persones en posicions més privilegiades tenen més bon estat de salut i la proporció de mal estat de salut augmenta a mesura que disminueix

## **Artazcoz > Tenir un nivell d'estudis alt però viure en un barri que té unes característiques contextuals que no afavoreixen la salut és també un problema**

la posició socioeconòmica. Això es veu en pràcticament tots els trastorns de salut.

**Alba Vergés >** Tenim diversos exemples de tot això. La utilització de serveis sanitaris en persones de més de 65 anys va molt lligada al nivell de pensió que tenen aquestes persones, és a dir, al nivell d'ingressos que tenen. Les persones a l'atur d'entre 55 i 64 anys utilitzen molt més els serveis sanitaris, tenen més problemes de drogues i també de salut mental. Les persones que han exhaurit l'atur i que han d'accedir a la Renda Garantida de Ciutadania tenen un component de més vulnerabilitat i això afecta la seva salut, i ho veiem en l'esperança de vida i en la mortalitat.

**Bernat Surroca >** El fet de viure en un barri o un altre també afecta la salut.

**Alba Vergés >** Hi afecta. I a més l'estat de salut és hereditari. La salut dels nens i nenes depèn de tot aquest nivell socioeconòmic i del context de vida no d'ells, sinó dels seus pares, principalment. El fet de néixer en un barri o un altre té

conseqüències clares: una persona del barri de la Mina, a Sant Adrià de Besòs, té nou vegades més probabilitat de tenir obesitat infantil que no pas una persona nascuda a Sarrià. Això són les dades que veiem avui i per tant hem d'actuar en conseqüència per reduir aquestes desigualtats i fer-ho de forma transversal sobre la comunitat. No sobre l'individu, en aquest nen concret, sinó en la seva família, la seva comunitat. Des del Departament de Salut hem engegat un projecte molt interessant que passa per canviar, en els comerços del barri, les mides dels entrepans i també el que posem en aquests entrepans. Totes aquestes actuacions transversals canvien aquestes condicions de vida i aquests hàbits que determinen la salut.

**Lucía Artazcoz >** Abans comentàvem que el nivell socioeconòmic tenia una influència clara sobre l'estat de salut. També hi ha desigualtats de gènere, segons ètnia o estatus migratori, entre d'altres eixos de desigualtat. El que és interessant del barri és que, independentment dels indicadors de posició socioeconòmica o el fet que en un barri en situació desfavorida hi ha persones també

de classe social més desfavorida o d'ètnies minoritàries, les característiques del barri en qüestió també influeixen sobre la salut. Per exemple: la quantitat de verd que té el barri, l'accés a comerços d'alimentació saludable o no saludable, els restaurants de menjar escombraria, l'espai per passejar o fer activitat física o el nivell de violència que hi ha al barri. Totes aquestes característiques, que són contextuals i no són pròpies de l'individu, influeixen sobre l'estat de salut independentment de les variables individuals. Tenir un nivell d'estudis alt però viure en un barri que té unes característiques contextuals que no afavoreixen la salut és també un problema.

**Bernat Surroca >** I en l'àmbit de la salut mental, una de les grans oblidades, com ho veiem?

**Lucía Artazcoz >** Els eixos de desigualtats que hem comentat s'associen de manera molt pròxima, i amb poca latència de temps, amb problemes de salut mental. Al cap de més temps, van lligats amb trastorns crònics. També s'observa en l'excés de consum d'alcohol o de tabac: persones que augmenten



el consum d'alcohol, o fumen més, o tornen a fumar, a l'hora d'afrontar situacions dures. Els determinants socials de la salut mental segueixen el mateix marc que comentàvem.

**Alba Vergés >** Tenim un gradient, una correspondència entre el nivell socioeconòmic i el nivell de salut. En salut mental això és encara més pronunciat, sobretot pel que fa a addiccions o hospitalitzacions psiquiàtriques. La salut mental és un repte, no només per si mateix, sinó també per tots els components de manera de viure i tot el que s'ha de canviar per tenir una millor salut mental en la nostra societat.

**Bernat Surroca >** Els determinants socials també condicionen l'accés a la salut?

**Alba Vergés >** Condicionen l'accés a la salut, però no perquè el sistema de salut tingui una barrera. El sistema de salut és universal i això vol dir que hem volgut trencar totes les barreres, però aquestes existeixen de moltes maneres. Per exemple, la formació que té l'individu, la por que pot tenir per exemple una persona que no té una situació regularitzada i no vol fer qualsevol tràmit que pugui evidenciar això. Nosaltres busquem aquestes persones perquè ens interessa que accedeixin a aquesta atenció universal. Les barreres són de molts tipus i afecten tots els àmbits de la salut.

**Lucía Artazcoz >** Les desigualtats en l'accés són particularment marcades en països que no tenen un sistema de salut universal com el nostre. Però tot i així també hi ha barreres. El 2019 es va publicar un informe a nivell de



## **Vergés > Hi ha un component individual que va molt lligat a la malaltia, però és clau que quan parlem de salut tenim més a parlar de salut comunitària**

l'Estat espanyol en aquest sentit, que parlava de desigualtats en el consum de fàrmacs prescrits en l'assistència de salut mental i assistència dental en persones pobres comparades amb persones no ho eren. Això dels fàrmacs no és menor. Les persones actives han de pagar una part substancial dels fàrmacs prescrits, i les persones que tenen pluripatologies han de pagar bastant. Recordo durant la crisi de 2008 que pacients demanaven al metge si podien deixar de prendre algun fàrmac perquè no se'ls podien pagar tots. Un altre tema important és el que fa referència a la llei de cures inverses, un concepte de principis dels anys 1970 que diu que les persones que més necessitats de salut tenen, també tenen sovint més dificultats per accedir a recursos sanitaris de qualitat. I aquí em preocupa l'internet.

**Bernat Surroca >** En quin sentit?

**Lucía Artazcoz >** Estem donant per fet que tothom té accés a internet. Estem informant molt a través d'internet, la gent pot demanar visites, consultar «La meua salut»... Això ho pot fer gent amb un nivell d'estudis relativament alt. La gent gran, que

més problemes de salut tenen, la gent amb poc nivell d'estudis, que també tenen més problemes de salut o la gent que no parla català o castellà, per exemple, tenen una barrera d'accés pel que fa a la informació. Això ho hem de tenir més en compte. Nosaltres utilitzem internet, la majoria de persones que prenen decisions utilitzen internet, però a vegades no recordem les desigualtats que es produeixen si només utilitzem aquest sistema i no pensem com arribar a aquests col·lectius que precisament tenen més problemes de salut i que potser tenen més dificultats per utilitzar internet.

**Alba Vergés >** Hi ha un component individual que va molt lligat a la malaltia, però és clau que quan parlem de salut tendim més a parlar de salut comunitària. Les intervencions en la comunitat determinaran també l'estat de salut. Per exemple això ho veiem quan adreçem informació a través de centres cívics, agents comunitaris, mediadores culturals de diferents cultures que viuen al nostre país, missatges adreçats a gent gran, a gent jove... Els canals són múltiples. Això ho hem vist en la gestió de la pandèmia, en els cribratges o ara en

la vacunació. No hi ha un únic canal que ens permeti accedir a tothom i que tothom accedeixi a nosaltres. Són múltiples canals que, sumats, faran que la major part de la societat pugui accedir directament al sistema gràcies al seu entorn familiar o comunitari.

**Bernat Surroca >** Parlant de la pandèmia. Els determinants socials també han tingut impacte en aquest àmbit.

**Alba Vergés >** Això es veu en les dades i té a veure amb la manera de viure. En la pandèmia és molt important tallar cadenes de transmissió. Això vol dir que quan detectem un cas en puguem identificar els contactes i aïllar i quarantenar les persones. És molt diferent que les persones es puguin identificar bé o no, que es coneguin, que tinguin telèfon o no, adreça coneguda o no. O fins i tot que vulguin identificar-se, perquè saben que això pot voler dir no poder anar a treballar en una feina que necessiten. Pel que fa als aïllaments, no és el mateix aïllar-te en una casa mitjana o gran, amb sortida a l'exterior, amb llum del sol i on t'has d'estar uns dies tancat amb tota l'angoixa que suposa. Això és diferent que si vius en un

## Artazcoz > A tot arreu hi ha hagut un patró de classe social en la Covid-19, tant pel que fa a la incidència com en la mortalitat

lloc petit, amb molta altra gent, on no pots aïllar-te en una habitació amb un lavabo propi. En aquests casos, el risc de contagi de la resta de convivents és molt més alt. Ha estat brutal la quantitat d'albergs, hotels socials i de salut que hem hagut de desplegar aquests mesos. La part sanitària ha estat la menor, la part social ha estat la més important. I no oblidem el confinament! El confinament sense suport en els casos de gent que viu sola és molt més complicat. Què fem si una persona no té ningú que li pugui portar la compra a casa? Tot el desplegament d'entitats comunitàries, municipals, el desplegament d'entorns familiars ha permès veure com d'important és l'entorn en la vida de les persones.

**Lucía Artazcoz >** A tot arreu hi ha hagut un patró de classe social en la Covid-19, tant pel que fa a la incidència com en la mortalitat. Les raons les ha comentades la consellera, però una de les principals mesures de prevenció durant la pandèmia era reduir l'exposició a partir de la distància social i fer teletreball. Les persones menys qualificades, amb treballs manuals, no poden fer teletreball. Han de

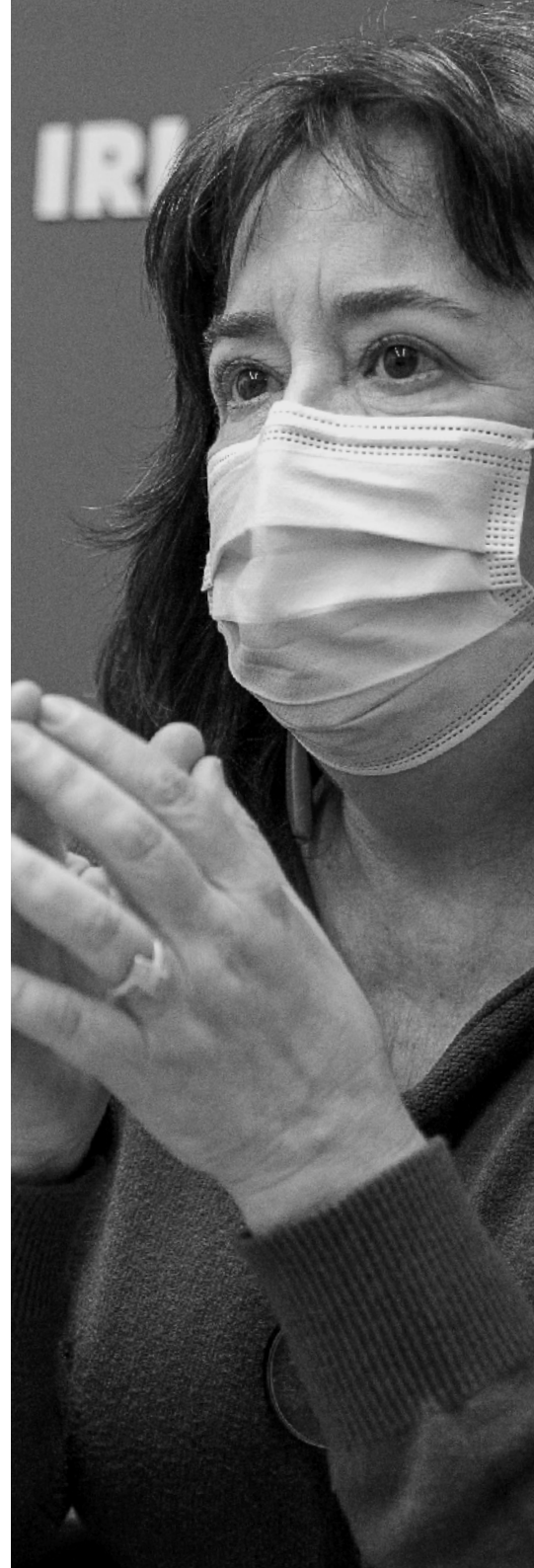
sortir de casa a treballar, agafar el transport públic, a vegades tenen feines més físiques, que impliquen respiracions més intenses i més risc de contagi. Els habitatges també són importants en el cas dels aïllaments: viure en pisos petits, amb molta gent, amb només un lavabo, sense balcó, amb habitacions sense finestres... És impossible tallar la cadena de transmissió. Ha passat a tots els països: la Covid ha tingut un patró molt relacionat amb el nivell socioeconòmic.

**Bernat Surroca >** També ha afectat en la mortalitat per Covid-19?

**Alba Vergés >** Sí, i amb el mateix accés al sistema. Molt més risc de contagi també acaba portant a més mortalitat.

**Lucía Artazcoz >** A més, les persones més desafavorides solen tenir més trastorns crònics. Una Covid en una persona que ja té patologies de base té un pronòstic pitjor.

**Bernat Surroca >** La crisi de la Covid deixarà una societat més empobrida i amb més desigualtats. Això portarà més problemes de salut?





FUNDACIÓ



JOSEP IRLA



**Vergés > Si volem millorar la salut cal inversió social, en polítiques d'igualtat d'oportunitats, en prevenció, promoció... Això vol dir, moltes vegades, inversió fora de l'àmbit sanitari**

**Alba Vergés >** Ja els porta i els portarà. Especialment en l'àmbit de salut mental. Això ja venia d'abans i aquesta havia de ser una de les prioritats, però l'impacte de la Covid és claríssim i preocupant en gent jove. Es pot revertir i podem fer millors polítiques de salut mental. I molta més prevenció. D'aquest moment n'hem de treure aprenentatges i espero que ho sapiguem fer.

**Lucía Artazcoz >** Des de fa dècades, als països desenvolupats la principal càrrega de malaltia han estat els trastorns crònics. La Covid és un parèntesi que espero que acabi aviat, però la salut mental ens preocupava des de feia molt. La crisi econòmica de 2008 va suposar un empitjorament d'aquest indicador i ara se li suma l'actual crisi. Quan acabi la Covid, la postpandèmia deixarà problemes de salut mental relacionats a moltes raons, com ara l'atur, els ERTO, les dificultats per arribar a finals de mes, o les persones que han perdut éssers estimats. Tindrem també els trastorns crònics relacionats amb els determinants socials que hauran empitjorat. Hem d'anticipar-nos i preparar-nos, i hem de millorar la xarxa de salut mental, en general a tots els

països desenvolupats. Però sobretot hem d'anar a les causes: si no abordem les causes d'aquest increment dels problemes de salut mental, l'abordatge serà insostenible.

**Bernat Surroca >** És a dir, combatre les desigualtats.

**Alba Vergés >** Si volem millorar la salut, la inversió en salut es veu molt clara, però sobretot cal inversió social, en polítiques d'igualtat d'oportunitats, en prevenció, promoció... Això vol dir, moltes vegades, fora de l'àmbit sanitari. L'esforç en l'àmbit social és claríssim, però també en l'àmbit mediambiental, en l'educació com a generador fonamental d'igualtat d'oportunitats, en el mercat de treball... És tot. Calen polítiques transversals.

**Bernat Surroca >** Després parlarem de com resoldre el problema. Abans parlem d'un altre determinant: com condiciona la salut el gènere?

**Alba Vergés >** En molts aspectes. Parlem del temps: el temps determina el nostre «cuidar-nos». I en aquest cas hi ha un biaix de gènere brutal pels rols dins la societat que no per-



meten a moltes dones tenir el temps de cuidar-se perquè destinen molt temps a la cura d'altres persones en l'àmbit familiar. Això fa que tinguem moltes diferències en salut. En salut emocional, per exemple, hi ha una gran diferència. Un de cada cinc homes diu que no té percepció de bon estat de salut emocional. En el cas de les dones és una de cada tres. Això és molt. També hi ha molta més patologia crònica en dones que en homes. Això també es veu en la Covid. Moltes feines feminitzades han estat feines essencials durant la pandèmia, i això també vol dir més exposició i per tant més risc per a la persona i per a les famílies.

**Lucía Artazcoz >** En totes les societats hi ha un ordre de gènere, una divisió de gènere molt marcada. La societat estableix una socialització de gènere diferent per a homes i dones que opera des del naixement, està institucionalitzada, es transmet des de la família, l'escola, els mitjans de comunicació... Se'ns transmet com ens hem de comportar, quins valors hem de tenir i què s'espera de nosaltres en funció de ser biològicament homes o biològicament dones. Tot allò que transgredeixi aquesta norma social pot ser penalitzat socialment i produir problemes de salut.

**Bernat Surroca >** Per exemple?

**Lucía Artazcoz >** No està ben vist que els homes plorin o que les dones siguin ambicioses a la feina. Aquesta és la norma social. Si jo soc dona, la meva identitat de gènere ha de ser dona. Si em sento home, tinc un problema des del punt de vista social, se'm penalitzarà i això pot portar a problemes de salut. Si soc una dona, la societat determina que m'han d'agradar els homes i si no passa això transgredeixo la norma. Hi ha desigualtats



## Vergés > Moltes feines feminitzades han estat feines essencials durant la pandèmia, i això també vol dir més exposició i per tant més risc per a la persona i per a les famílies

de poder, d'accés i control sobre els recursos... Quan parlem de gènere no parlem només de dones, també d'homes. L'ordre de gènere configura el mal estat de salut dels homes. Forma part de la socialització en la masculinitat heterosexual tradicional que els homes han d'assumir riscos, han de ser valents i s'han d'atrevir amb tot. Això es tradueix en el fet que són més freqüents conductes de risc, com ara consum de drogues, consum excessiu d'alcohol o conduir més ràpid i amb risc d'accidents. Això porta a més mortalitat prematura en accidents de cotxe o per problemes cardiovasculars o càncers. Això està relacionat de mitjana amb l'esperança de vida dels homes, més baixa que les dones. En el cas de les dones, tenim una esperança de vida més llarga a costa de més incapacitat i pitjor estat de salut percebut i pitjors indicadors de salut en general. Veiem un excés de problemes músculo-esquelètics i ansiós-depressius. També està relacionat amb una posició social més desafavorida de les dones, en general. Tenim menys ingressos, més probabilitat de ser pobres, més probabilitat d'ocupar posicions menys qualificades tot i

tenir el mateix nivell d'estudis que els homes. Són problemes que no maten però que no deixen viure.

**Bernat Surroca >** Hi ha malalties que històricament no s'han investigat tant pel fet que afecten més les dones?

Alba Vergés > Hi ha malalties que afecten més a les dones i que han quedat invisibilitzades, i també passa en algunes que afecten els homes i és tabú parlar-ne, perquè afecten la seva masculinitat o sexualitat. La visió de la salut de la persona és una visió masculina. La visió del cos humà que ha fet la ciència durant molts anys, segles, és masculina, i la recerca també és masculina. En això estem fent un canvi brutal com a país. Hem impulsat aquest canvi des del punt de vista de la recerca. Tots els projectes que es financen han de tenir aquesta perspectiva de gènere i, entre d'altres, han d'igualar les mostres de persones en homes i dones. Penseu que les proves de medicaments s'han fet majoritàriament en homes més que en dones. I això vol dir que els efectes en dones, que són diversos i que sovint tenim un comportament molt diferent, no s'han tingut tant en compte. La formació dels equips de

recerca també han de ser paritaris. També hi ha exemples, com deies, de malalties invisibilitzades: l'endometriosis afecta una de cada deu dones. És moltíssim, és un 10% de la meitat de la població i molta gent no n'havia sentit ni a parlar. Quan en comences a parlar veus que molta gent se n'ha vist afectada. Hi ha altres exemples: dols perinatals, salut mental relacionada amb la maternitat, la menstruació... Hi ha molts tabús encara i és bàsic posar perspectiva de gènere en les polítiques.

**Lucía Artazcoz >** Hi ha problemes de salut més freqüents entre les dones que han rebut menys atenció. És important parlar i investigar més sobre les desigualtats en l'esforç diagnòstic i terapèutic entre homes i dones. Això també passa en altres eixos de desigualtat: a les persones pobres se les atén pitjor que a les persones riques. Pel que fa a homes i dones, està molt documentat que davant dels mateixos símptomes és més fàcil —independentment del sexe del professional sanitari que l'atén— que una dona surti amb un diagnòstic de trastorn ansiós-depressiu. En canvi als homes se'ls demanen proves complementàries. També s'ha com-

## Vergés > Cal construir polítiques des d'un punt de vista transversal, que integrin no només el punt de vista del sistema sanitari

provat que els homes, en diversos problemes de salut, reben fàrmacs més cars. És interessant també el biaix de gènere que tenim pacients i professionals en l'acte mèdic.

**Bernat Surroca >** Què vol dir?

**Lucía Artazcoz >** És el que els anglesos en diuen «doing gender». En l'acte mèdic estem perpetuant estereotips de gènere. Si un home ve amb dolors al metge, difícilment pensarem que té osteoporosi. I un de cada quatre casos d'osteoporosi són en homes. O si un home se sent amb ansietat o se sent deprimat no ho explicarà de manera clara i el professional sanitari tampoc pensarà que està deprimat. Estem fent gènere. Partim d'apriorismes de què és femení i què és masculí respecte a les patologies. El problema és que passa tant des del punt de vista del pacient com des del punt de vista del professional.

**Alba Vergés >** És molt important això. Tenim tan interioritzada la desigualtat de gènere que no ens n'adonem, i a vegades diem que el sistema de salut és tan masclista com la societat. Però és que nosaltres tenim també tots aquests estereotips des de

fa molt de temps. Trencar-los vol dir fer l'anàlisi d'això, adonar-nos-en i fer polítiques tenint en compte això. Hi ha molts estudis en aquest sentit que ens aporten les dades i ens posen davant del mirall i que generen canvis. No té a veure tant en si el professional és home o dona, sinó que el problema és que ho tenim interioritzat i caiem en aquests rols constantment.

**Bernat Surroca >** Hem identificat el problema. Els determinants socials condicionen de ple la salut. Per on passa la solució?

**Alba Vergés >** Cal construir polítiques públiques des d'un punt de vista transversal, que integrin no només el punt de vista del sistema sanitari. Hem vist que allò que intervé en la salut són molts altres factors que no formen part de les competències pròpies del sistema sanitari. Per tant, calen polítiques transversals, treballades conjuntament, amb diferents administracions i dins la pròpia Administració i tenir aquesta visió de transformació. No podem fer les coses de la mateixa manera, copiant rols que hem vist fins ara, o perquè sempre ho hem fet així. Hem de tenir aquestes ganes de transformar i tro-

barem aliats per fer-ho. La gent en té ganes, trobarem una bona resposta. Al final, quan et centres en les persones, en la comunitat i en les seves necessitats, acabes millorant la vida de la gent individualment i sobretot de la societat.

**Lucía Artazcoz >** Les polítiques públiques són molt importants, són el principal determinant estructural de les desigualtats en salut. Quan dic polítiques vull dir de tot tipus: econòmiques, de mercat laboral, de protecció social... Determinen aquestes desigualtats que comentàvem al principi, de nivell socioeconòmic, gènere, ètnia, país d'origen, etc. Les polítiques han de posar el focus en les persones i el seu benestar. No només la salut. Cal pensar en la idea de salut i benestar. Tenim interioritzat que salut és malaltia i el que volem és que la gent estigui bé. Cal centrar-se en això i no pensar tant en objectius macro, de l'economia d'un país, que no necessàriament estarà distribuïda de manera justa entre la societat i pot generar desigualtats en salut i benestar. El sistema sanitari ha de ser bo, necessitem una bona assistència per curar-nos, però la seva contribució al benestar i a la salut global de la



## Artazcoz > Les polítiques públiques són molt importants, són el principal determinant estructural de les desigualtats en salut

població és modesta. Si la salut depèn del treball, de l'habitatge o de l'educació, aquests sectors han de tenir en compte com les seves decisions poden afectar la salut de les persones.

**Bernat Surroca** > Abordar la salut des de tots els àmbits i de manera transversal.

**Lucía Artazcoz** > Calen polítiques transversals. La salut d'una comunitat, d'un barri o d'un municipi no depèn només dels professionals sanitaris, del personal de medicina o d'infermeria. Nosaltres tenim el nostre rol, i això està clar, però depèn també d'altres sectors. Nosaltres hem de posar l'evidència sobre la taula i recordar que sense salut no hi ha res més. Hem de compartir aquesta visió i contribuir a intervencions multi-sectorials per millorar la salut. Hem de monitorar el que fem, l'impacte que té en la salut i especialment en l'equitat en salut. Abans parlàvem de gènere i un dels problemes que tenim en moltes estadístiques és que no desagreguen les dades per sexe. Hi ha bases de dades boníssimes que no desagreguen per sexe! Penseu que la incidència de la Covid és superior en dones, però la mortalitat i les UCI són

superiors en homes. Si no desagreguem per sexe no podem entendre què està passant: les polítiques públiques no poden no tenir gènere, igual que no poden no tenir en compte la classe social. En resum: la salut ha de ser en totes les polítiques, hi ha d'haver transversalitat. Salut pública, amb altres sectors, tots construïm salut, i no necessàriament nosaltres som els més importants. Hem de col·laborar tots per un objectiu comú que és que la gent visqui bé.

**Bernat Surroca** > El problema s'ha d'abordar des de diversos àmbits, però quin paper té l'Atenció Primària en tot plegat? Més proximitat, més capilaritat, més coneixement del pacient i el seu context...

**Alba Vergés** > La Primària té un paper fonamental. Nosaltres en diem Atenció Primària i Comunitària. Té una població assignada, de la qual es fa responsable de la seva salut i això vol dir també entendre quina és la comunitat on viu aquesta població assignada. La Primària ha de fer salut comunitària, de manera ben desplegada i molt d'acord amb el món local. La pandèmia ha fet que la Primària treballi amb residències de manera





conjunta i integrada, que treballi amb les escoles en un diàleg que s'ha enfortit, i que surti a la comunitat. Hi ha moltes coses que es poden fer des de la Primària.

**Lucía Artazcoz >** La Primària ha de ser el pal de paller de l'assistència sanitària. S'ha d'impulsar la salut comunitària, amb més col·laboració amb la salut pública. Amb la Covid hem desenvolupat millores en temps rècord, en aquest sentit, que no s'havia fet en els últims anys. Estem col·laborant de manera molt més pròxima Salut Pública i la Primària. La Primària està a tots els barris, permet la detecció precoç, fer activitat de prevenció, promoció de la salut i salut comunitària. La Primària ha de treballar en la millora de les poblacions a què donen assistència, però des de la millora dels determinants, que això és la salut comunitària.

**Bernat Surroca >** Aquests últims mesos s'ha posat sobre la taula la dicotomia «salut o economia».

**Alba Vergés >** Salut o economia no és o una cosa o l'altra, no estan contraposades. Durant la pandèmia ho hem vist molt. No hem de triar, hem de trobar equilibris entre les diverses crisis que s'acumulen amb un origen que és la crisi sanitària. Tenim un virus que dona lloc a una crisi econòmica, social i emocional. L'equilibri entre això no vol dir que hi hagi d'haver dicotomia entre una cosa o una altra. Pensem també que es potencien entre elles. Tendim molt a valorar la vida «productiva», que identifiquem amb allò que dona diners, èxit, i no donem prou valor a la vida. Parlem de carrera professional, i no de trajectòria. Les vides tenen ritmes diferents, tenen pujades i baixades, s'han de respectar. No estem sols, tenim un entorn. Hem de posar la vida al centre

## Artazcoz > La Primària ha de ser el pal de paller de l'assistència sanitària. S'ha d'impulsar la salut comunitària, amb més col·laboració amb la salut pública

i això acabarà generant polítiques transversals que també seran més integrals. En salut parlem de la visió integral de la persona, és a dir, no centrar-se només en l'historial clínic sinó en tot el que l'envolta. No hem de contraposar economia o salut. Catalunya, com a país, té una oportunitat en ciències de la vida i la salut: el munt d'empreses lligades a aquest sector tan potent, amb hospitals, start-ups, coneixement, valor afegit... Tot això acaba desplegant una economia molt potent que hem d'aprofitar. I tenim capacitat de fer grans aportacions al món.

**Lucía Artazcoz >** La dicotomia salut o economia és perversa i reflecteix una visió molt limitada de la salut. En aquest país, com en la majoria dels països desenvolupats, les principals causes de mortalitat són problemes cardiovasculars o càncers. Les causes infeccioses tenen una contribució molt baixa en la càrrega de malaltia i mortalitat. Les malalties cardiovasculars, els càncers i els trastorns crònics estan afectats fonamentalment pels determinants socials de la salut que hem comentat fins ara. Tots ells estan lligats amb l'economia. Si

diem que per tallar, reduir o prevenir la Covid-19 hem de confinar aquest país durant tres mesos això reduiria la Covid, segur. Però quins altres efectes tindrà? Hem de pensar de manera complexa, perquè el problema és complex. Augmentaran els problemes emocionals, en les persones grans s'han incrementat els problemes de mobilitat, el deteriorament cognitiu, el sentiment de soledat. Per no parlar de les implicacions econòmiques. El tancament de negocis, per exemple, té un impacte en les condicions de vida de les persones: atur, desnonaments, dificultats per pagar la hipoteca... I això porta a problemes de salut. Cal un sistema sanitari fort, hem de tenir bones UCI, però el problema és molt més complex. Des d'un punt de vista de salut no em vull ni imaginar què passaria si s'enfonsés l'economia. No tindríem ningú amb Covid, però tindríem molts altres problemes.

**Alba Vergés >** Hem passat per moltes etapes en aquesta pandèmia. Al març era un desconeixement total del virus i de les afectacions que podia tenir. Les primeres decisions van ser molt dràstiques i amb

el coneixement d'ara les prendríem diferent. No hauríem tancat les escoles, per exemple. Les escoles són vitals per als infants però també per les vides de les seves famílies. La part científica no em preocupa tant: tenim molta gent que se n'ocupa, que fa recerca, que busca la resposta científica a la Covid, tenim vacunes en temps rècord... Però la part més complicada és la part sociològica de la pandèmia. Com portem la situació com a societat. Hem hagut d'anar trobant un equilibri: hem de procurar no haver de tornar a fer un confinament total mai més i no deixar de banda, com a sistema de salut, altres problemes de salut que afecten la gent. No podem estar un any actuant només contra la Covid. És molt atrevit donar solucions senzilles a problemes complexos.

**Alba Vergés >** El que determina la nostra salut és el nostre context, com vivim, el lloc on vivim, el nostre nivell socioeconòmic i també el dels nostres pares. Això determina les desigualtats d'oportunitats que tenim per poder-nos cuidar i poder tenir un bon estat de salut. ■



## variables

# Simpaties i fòbies envers els catalans a l'Estat espanyol: una exploració empírica

vista prèvia >

**La catalanofòbia present a l'Estat espanyol és una actitud limitada als grans mitjans de comunicació d'àmbit estatal o es tracta d'una actitud arrelada socialment? Com es pot valorar el grau de simpatia que generen els i les catalanes i els factors que el determinen? La ideologia, l'interès per la política i el coneixement de la realitat catalana es configuren com els elements clau que condicionen la valoració que reben els catalans per part de la ciutadania de l'Estat. I, contra el tòpic, l'hostilitat vers els catalans no ha augmentat amb el procés independentista; ans al contrari.**



**Sílvia Claveria**

Professora de Ciències Polítiques de la Universidad Carlos III

@Claveria



Els estereotips són un element recurrent en diversos àmbits per establir idees o nocions d'un grup social envers un altre. S'atribueixen d'una forma generalitzada, a un grup o a un altre, conductes, qualitats, habilitats o trets distintius. Per exemple, al cas de l'Estat espanyol, alguns estudis mostren característiques distintives de diverses comunitats autònomes a ulls dels habitants de la resta de l'Estat. Els enquestats consideren que els madrilenys són uns «xulos» i els catalans uns «garreps».<sup>1</sup> Mentre que els aragonesos se'ls considera tossuts, els bascos són concebuts com a «separatistes». Com es construeixen aquestes idees? Són inamovibles? Canvien segons el context? En aquest sentit es pot pensar que el conflicte polític territorial pot haver reforçat o creat nous estereotips. Així doncs, els estereotips es formen per diferenciar de forma clara grups socials. Per exemple, quan en els dies previs a la celebració del referèndum de l'1-0, el ministeri de l'Interior de l'Estat espanyol va enviar un grup de policies i guàrdies civils a Catalunya per tal d'evitar la votació, en molts

punts d'on sortien aquests agents, la ciutadania els anava a acomiadar amb el càntic «*A por ellos, oé*». És a dir, sembla que el conflicte territorial reforçava la imatge dels catalans com «els altres» de la societat.

El propòsit d'aquesta anàlisi és observar si es perceben diferents valoracions dels ciutadans envers els individus d'altres CCAA. Concretament, si existeixen diferents graus de simpatia o hostilitat professats als catalans, segons la comunitat autònoma. També s'observarà si aquestes actituds han canviat al llarg del temps. Altrament dit, si el procés independentista català ha millorat o empitjorat aquestes valoracions per part de la ciutadania de l'Estat envers Catalunya. D'altra banda, aquesta anàlisi també esbrinarà quins són els motius que afavoreixen o empitjoren la percepció del grau de simpatia dels catalans. Per elaborar aquest estudi es tindrà en compte dues bases de dades: en primer lloc, l'estudi «Conciencia nacional y regional (2228)» elaborat pel Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS) el 1996 i, en segon lloc, l'enquesta «Percepció sobre el debat territorial a Espanya» realitzat pel Centre d'Estudis d'Opinió (CEO) el 2019.

Estudiar aquests graus de simpatia o hostilitat envers una part de la ciutadania pot semblar un exercici superficial, però constitueix un element important per poder anticipar diverses conductes de la ciutadania. En altres paraules, de la valoració –positivament o negativament– dels trets estereotipats de diversos grups de població, se'n poden derivar comportaments i conductes diferenciades envers aquests –ja siguin beneficioses o perjudicials– per la qual cosa és rellevant estudiar aquests àmbit.

### Què són els estereotips?

Els estereotips són creences compartides o generalitzades sobre les característiques o atributs de les persones que conformen un determinat grup social.<sup>2</sup> Aquests estereotips es construeixen sobre bases cognitives però, sobretot, a partir d'elements afectius i emocionals.<sup>3</sup> El que resulta interessant dels estereotips és que no es conceben només com

1 SANGRADOR, *Identidades. Actitudes y estereotipos en la España de las autonomías*.

2 Ibidem.

3 MACKINNON; BOWLBY, «The affective dynamics of stereotyping and intergroup relations».

## Moltes vegades els estereotips han tingut una funció deslegitimadora dels «grups externs» i això ajuda a justificar conductes negatives envers aquest col·lectiu

a elements individuals, sinó que es construeixen en la col·lectivitat i, per tant, poden esdevenir una realitat social.

Els estereotips poden tenir diferents funcionalitats, les quals poden ser beneficioses o perjudicials. D'una banda, s'ha considerat que els estereotips són estructures cognitives que organitzen el procés d'informació social. En aquest sentit, funcionen com a prototips, representacions mentals o imatges generalitzades que poden ajudar a categoritzar la realitat,<sup>4</sup> a través de l'atribució de característiques o comportaments d'un determinat grup. A més, aquests faciliten la pròpia autoidentitat social i la integració de l'individu al si d'un grup. No obstant, els estereotips també poden tenir efectes negatius. La manera com es construeixen tendeix a ser etnocèntrica, és a dir, és probable que es valori millor a l'endogrup davant el exogrup. Així, es conceben positivament els valors, les tradicions o les característiques del grup al qual es pertany i es menystenen la resta. Aquest

fet augmenta la percepció de les diferències inter-grupals, generant el que es coneix com a «favoritisme endogrupal». És a dir, la tendència a sobrevalorar al propi grup, mentre es menysté altres grups externs. D'aquesta manera, moltes vegades els estereotips han tingut una funció deslegitimadora dels «grups externs», i això ajuda a justificar conductes negatives envers aquests col·lectius.<sup>5</sup> Habitualment els estereotips són simples i es construeixen des d'una perspectiva interessada, distorsionant la percepció i fins i tot poden abonar la discriminació.

Existeixen moltes maneres de categoritzar la societat a través d'estereotips: el gènere, la professió, l'ètnia o el grup cultural, per exemple. Les diferents fronteres entre territoris també poden generar diferents estereotips a través de la diferenciació cultural. Els prejudicis tendeixen a ser més intensos quan les diferències culturals, lingüístiques i religioses són més grans, ja que, d'aquesta manera, es creen grups diferenciats i es conrea una distància més

gran entre ells. Aquestes diferències territorials també es poden trobar en el cas espanyol. En aquest sentit, alguns investigadors apunten que, a banda de les diferències culturals o lingüístiques, aquelles CCAA que tenen relacions més conflictives envers l'Estat central poden ser concebudes amb més intensitat com a grups externs i, per tant, se'n poden construir estereotips més negatius com a resultat d'aquesta tensió.<sup>6</sup>

### Els catalans no cauen bé a la resta de l'Estat espanyol

Les dades que ofereix el gràfic 1 indiquen el grau de simpatia o antipatia que té la ciutadania de l'Estat espanyol envers les persones de les diferents CCAA. Tant al 1996 com al 2019, els catalans apareixen com aquells que són percebuts de forma més antipàtica. En una escala de 0 —cauen molt malament— a 10 —cauen molt bé—, els catalans obtenen un 5,7 i un 6,2, a 1996 i 2019 respectivament. Una xifra molt menor a la resta de CCAA que obtenen notes properes al 7. La valoració que fan al

4 CANTOR; MISCHÉL, «Prototypes in Person Perception».

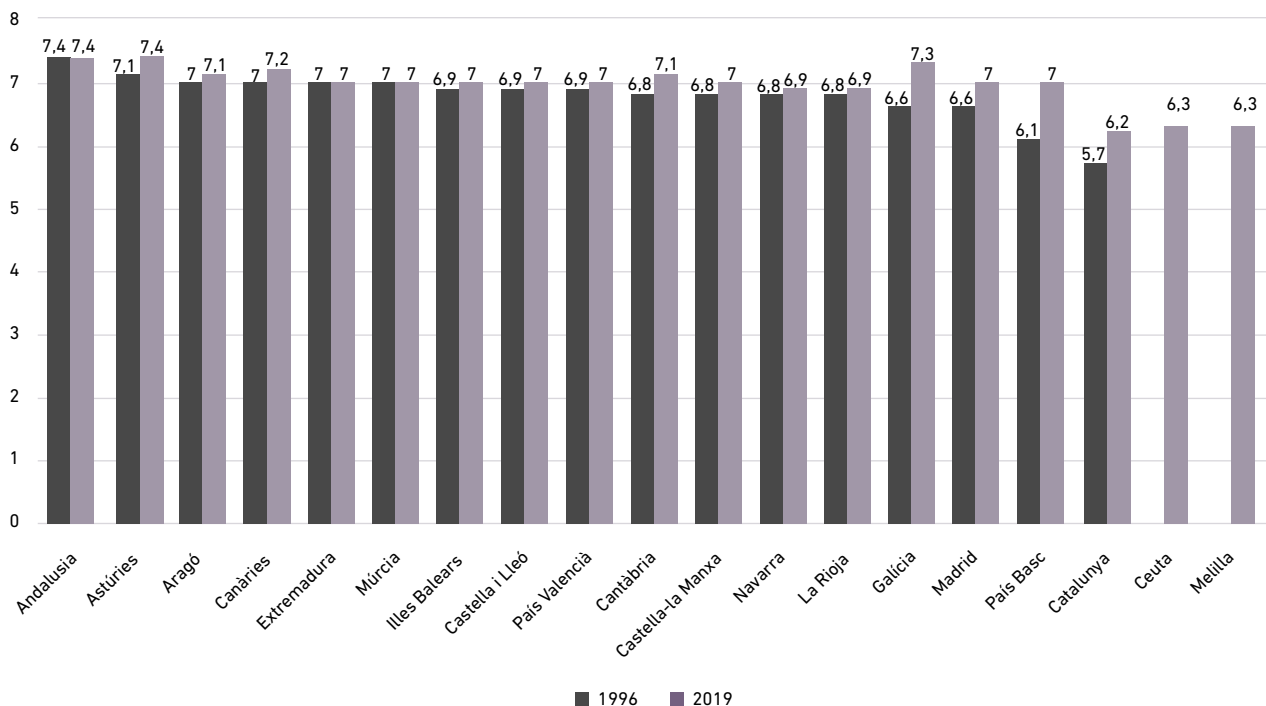
5 OAKES; HASLAM; TURNER, *Stereotyping and social reality*.

6 ORRIOLS, «Catalanofobia».

## Tant al 1996 com al 2019, els catalans apareixen com aquells que són percebuts de forma més antipàtica

### Gràfic 1

Grau de simpatia dels diferents ciutadans de l'Estat espanyol, per CCAA —mitjana— (1996-2019)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996 i del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya. 2019.

Nota: Les preguntes a ambdues bases de dades són molt similars, per això es poden comparar. No obstant, s'ha de ser curós amb aquesta comparació. Pregunta del CEO: «Ara m'agradaria que em diguéssiu quins són els vostres sentiments de simpatia o antipatia cap als habitants de cadascuna de les diferents comunitats autònomes. Per valorar-ho utilitzeu una escala de 0 a 10, tenint en compte que el 0 significa que 'us cauen molt malament', el 5 que 'no us cauen ni bé ni malament' i el 10 que 'us cauen molt bé'». Pregunta del CIS: «Me gustaría que me dijera cuáles son sus sentimientos de simpatía o antipatía hacia los habitantes de cada una de las diferentes comunidades. Utilice para ello una escala de 0 a 10, teniendo en cuenta que el 0 significa que 'le caen muy mal', 5 'no le caen ni bien ni mal' y el 10 que 'le caen muy bien'».

2019 de la simpatia envers els habitants de Catalunya és una mica per sobre de la que s'establia al 1996.

Tot i que s'ha de ser prudent amb la comparativa temporal, la majoria de valoracions han crescut per a totes

les CCAA. Si es té en compte les dades del 1996, els que es troben a la cua de la llista de la simpatia



Una explicació que alguns investigadors han ofert a aquesta variació de puntuacions entre comunitats autònomes són les diferències culturals o lingüístiques

són els bascos amb una nota d'un 6,1, seguits dels madrilenys amb un 6,6. En canvi, al 2019 incorporen les ciutats autònomes de Ceuta (6,3) i Melilla (6,4), que, juntament amb els catalans, apareixen a la cua de la valoració. En canvi, els ciutadans andalusos, asturians, aragonesos i canaris són aquells millor valorats en termes de simpatia, amb notes superiors al 7.

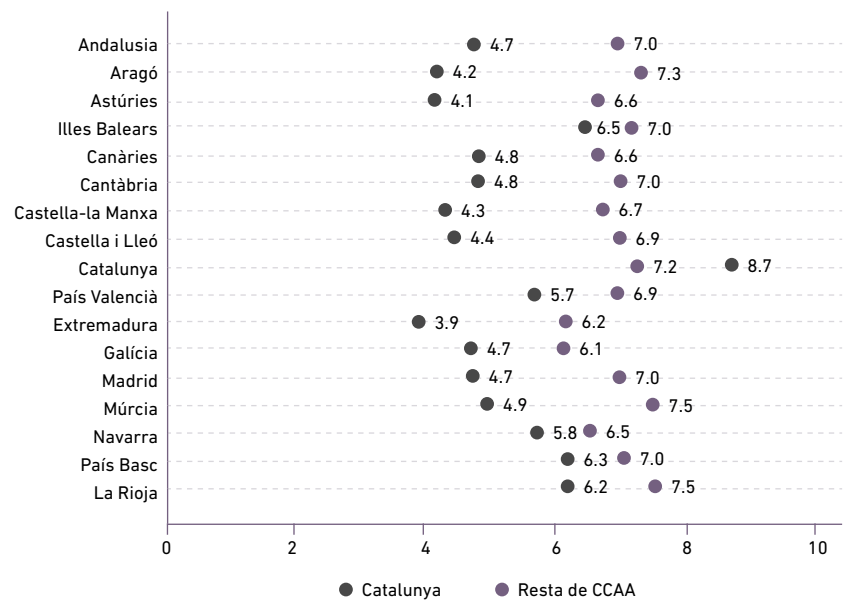
Una explicació que alguns investigadors han ofert a aquesta variació de puntuacions entre comunitats autònomes són les diferències culturals o lingüístiques. Podria ser que en el cas del País Basc, Catalunya, com també Ceuta o Melilla siguin percebudes com a territoris amb unes cultures més distants, amb altres llengües o religions. No obstant, aquest no és el cas dels gallecs que, tot i tenir una llengua pròpia, obtenen una valoració mitjana d'un 7,4 —tot i que el 1996 van obtenir un 6,6. És a dir, és la tercera població d'una CA que més simpatia desperta, després d'andalusos i asturians al 2019.

Aquesta diferència mostra que, possiblement, el fet cultural no és el principal factor que genera estereotips negatius, sinó que probablement és

necessari considerar la confrontació política i la distribució de recursos entre territoris —la sensació de greuge comparatiu en relació a la seva riquesa o intercanvis amb els governs autonòmics— per explicar millor el nivell de simpatia.

Si es té en compte la perspectiva temporal, s'observen dos elements. D'una banda, la simpatia envers els catalans va ser pitjor valorada que la dels bascos al 1996, quan el grup terrorista ETA es trobava en plena capacitat operativa. En segon lloc,

Gràfic 2  
Grau de simpatia que ofereix cada CCAA a Catalunya i a la resta de CCAA —mitjana— (1996)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996.

## Molts dels habitants de les diferents comunitats autònomes valoren amb un suspès la simpatia envers els catalans

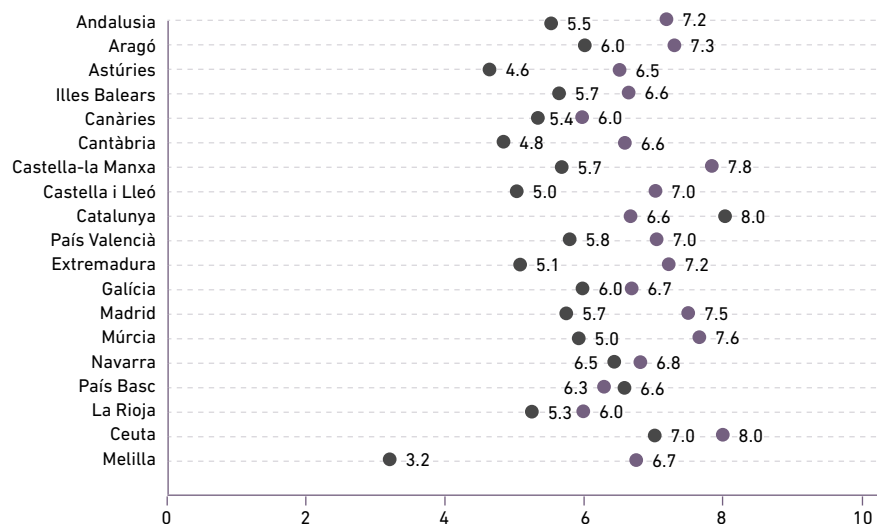
després de l'agenda rupturista que es va iniciar el 2012, els catalans no han patit un descens de simpatia percebuda, al contrari, tot i que continuen sent els últims en les valoracions.

El gràfic 2 mostra quina puntuació atorga cada ciutadà de les diferents comunitats autònomes tant a Catalunya com a la resta de CCAA —en forma de mitjana. Molts dels habitants de les comunitats autònomes valoren amb un suspès la simpatia envers els catalans. Així, els que la valoren més negativament són els extremerys amb un 3,9, seguidament dels asturians, els aragonesos, els castellanexcs i els castellalleonesos, ja que les seves puntuacions van del 4,1 al 4,4. També hi ha un seguit d'habitants de les comunitats que atorguen entre un 4,7 i 4,9, com són Galícia, Madrid, Múrcia, Canàries o Cantàbria. Només Balears i el País Basc ofereixen unes notes més altes amb un 6,5 i un 6,3 respectivament.

El gràfic 3 mostra quina puntuació atorga cada ciutadà de les diferents comunitats autònomes tant a Catalunya com a la resta de CCAA amb les dades del 2019. El grau de simpatia

### Gràfic 3

**Grau de simpatia que ofereix cada CCAA a Catalunya i a la resta de CCAA —mitjana— (2019)**



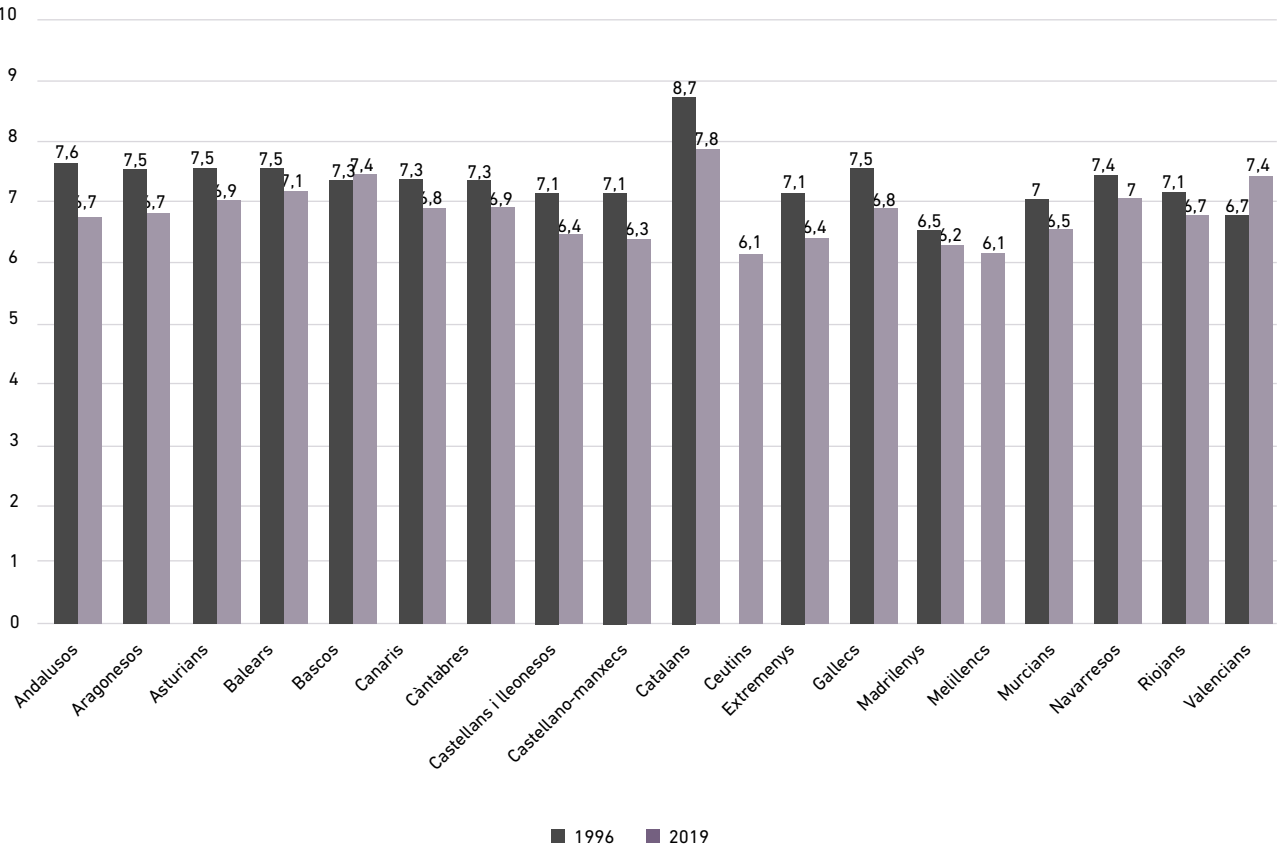
Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya. 2019.

envers els catalans sembla que augmenta en moltes de les comunitats autònomes des del 1996. S'observa que els habitants de Melilla són els que tenen un grau de simpatia cap als catalans més baix, amb un 3,2, seguit d'Astúries i Cantàbria amb un 4,6 i un 4,8 respectivament. Cal remarcar que aquesta nota és

doblement negativa en tant que aquestes CCAA adjudiquen una nota mitjana de 6,5 a la resta de CCAA. Seguidament, Castella i Lleó aprova a Catalunya amb un 5, com també ho fa Extremadura amb un 5,1. No obstant, aquestes dues comunitats tenen una puntuació molt més alta cap a la resta de CCAA, entorn a un 7.

Els ciutadans que són considerats més simpàtics pels catalans  
—després d'ells mateixos— són els bascos (7,4), els balears (7,1)  
i els navarresos (7)

Gràfic 4  
Evolució de la simpatia envers els catalans, (1996-2019)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996 i del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya, 2019.

## **Els catalans no avaluen negativament els ciutadans de la resta de comunitats autònomes, a diferència de la resta de comunitats autònomes envers els catalans**

Finalment, el País Basc que és l'única CCAA, a part de la pròpia Catalunya, que valora el grau de simpatia envers els catalans per sobre la resta de les comunitats, amb un 6,6. També cal destacar Navarra, que tot i que la valoració envers Catalunya es troba per sota de la mitjana de la resta de CA, la puntuació és similar amb un 6,5.

### **La resta de l'Estat espanyol no cau especialment malament als catalans**

A banda d'analitzar com són valorats els catalans, també s'observa com els catalans valoren el grau de simpatia envers la resta de comunitats autònomes. Els ciutadans que són considerats més simpàtics pels catalans —després d'ells mateixos— són els bascos (7,4), els illencs balears (7,1) i els navarresos (7). Com s'exposava anteriorment, els estereotips creen concepcions on es valoren millor les característiques del propi grup. Així, el gràfic 4 mostra aquest efecte: el nivell de simpatia dels catalans cap als propis catalans al 1996 era de 8,7 i de 7,8 al 2019. No obstant, aquest efecte es produeix en la mateixa mesura que ho fa la resta de comunitats autònomes quan s'autoavaluen els propis ciutadans.

Tanmateix, els resultats que ofereix el gràfic 4 mostren que els catalans no avaluen negativament els ciutadans de la resta de comunitats autònomes, a diferència de la resta de comunitats autònomes envers els catalans. Aquells que són avaluats pitjor per part dels catalans al 1996 són els madrilenys (6,5) i els murcians (7). Al 2019 les valoracions més negatives són per als madrilenys (6,2), els ceutencs (6,1) i melillencs (6,1). També els castellano-manxecs (6,3), els extremeños (6,4) i els castellanolleonesos (6,4) es troben a les últimes posicions. Tot i així, les notes són més elevades que les que atorga la resta de l'Estat envers els catalans. Es mostra que hi ha un descens de puntuacions des del 1996 fins a 2019, però afecta homogèniament a tots els gentilicis, inclòs el català. Per tant, pot ser degut a alguna diferència en l'elaboració de la mostra.

### **Per què cauen malament els catalans?**

En aquesta secció s'exploren quins poden ser els factors o les causes que determinen el grau de simpatia/hostilitat envers els catalans. En primer lloc, s'observaran aquells

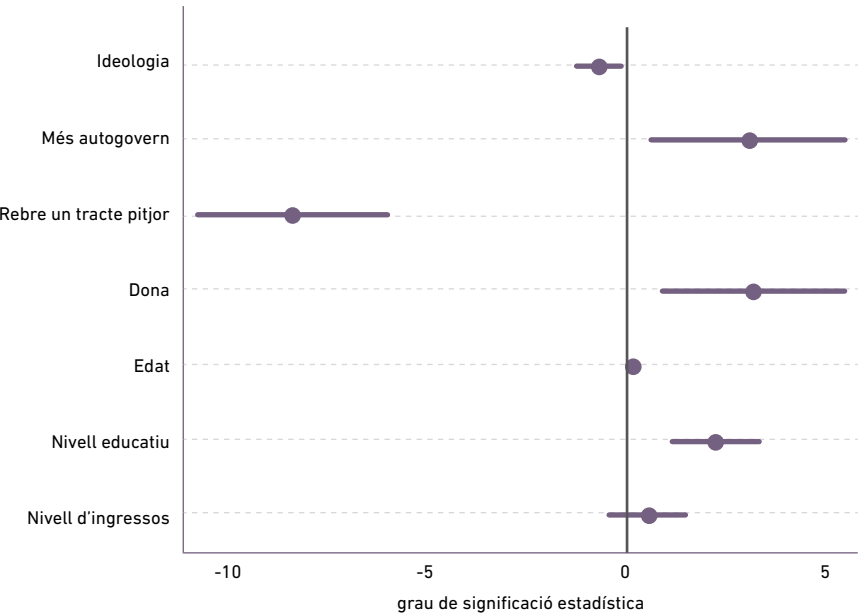
elements que afecten al grau de simpatia al 1996 i, posteriorment, es realitzarà el mateix exercici per saber els factors que afecten al nivell de la simpatia envers els catalans al 2019, quan s'havia produït una confrontació política amb l'Estat en el marc del procés independentista.

El grau de simpatia que desperten els catalans a la ciutadania de la resta de l'Estat, com ja s'ha comprovat en els gràfics anteriors, és el més baix. Els factors que poden explicar algunes diferències els trobem al gràfic 5. S'observa que hi ha diferents factors que condicionen el grau de simpatia que s'atorga als catalans al 1996. La ideologia, el desig de més autogovern o la percepció de la pròpia comunitat autònoma en relació a la resta —és a dir, si consideren que reben un tracte pitjor— són elements clau per determinar el grau de simpatia que se li atorga als catalans.

Per a la interpretació del gràfic 5 és important tenir en compte que les variables esdevenen estadísticament significatives quan les barres —i el punt— horitzontals no queden solapades per la línia vertical traçada al valor 0. Si la figura queda a la banda

La ideologia, el desig de més autogovern o la percepció de la pròpia comunitat autònoma en relació a la resta són elements clau per determinar el grau de simpatia que se li atorga als catalans

Gràfic 5  
Determinants del grau de simpatia envers als catalans (1996)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996.  
Nota: La variable dependent és el grau de simpatia dels catalans per la resta de l'Estat —es troben exclosos els mateixos catalans de la variable).

dreta, l'efecte serà positiu; si la figura queda a la banda esquerra, l'efecte serà negatiu. D'aquesta manera, el gràfic 5 mostra que autoubicar-se a posicions més a la dreta afecta a la valoració dels catalans. És a dir, aquells que s'autoposicionen a la dreta en l'eix ideològic valoren pitjor la simpatia pels catalans que aquells

que s'autoposicionen a l'esquerra de l'eix. També, els que consideren que caldria transferir més autogovern a les comunitats autònomes, mostren d'una manera més intensa simpatia envers els catalans que aquells que no són favorables a un major grau d'autogovern. Un altre factor rellevant que mostra el gràfic és que

aquells que consideren que la seva comunitat autònoma rep un tracte pitjor que la resta, valoren negativament els catalans. Així, es mostra que quan la gent percep greuge comparatiu, es puntua negativament la simpatia dels catalans. Segurament perquè associen Catalunya —i de retruc els catalans— com una de les comunitats que són beneficiades per part de l'Estat central. També, cal fer un esment que tant les dones com aquells que tenen un nivell educatiu més elevat valoren d'una forma més positiva els catalans. En canvi, l'edat o el nivell d'ingressos no afecta a la puntuació.

Al 2019 el grau de simpatia que des de l'Estat s'atorga als catalans continua sent una puntuació més baixa en comparació amb el grau que s'atorga a la resta de les CCAA. Al gràfic 6 es mostra si els factors que determinen el nivell de simpatia envers els catalans han variat al llarg del temps. Com en el cas anterior, la ideologia, el desig de més autogovern la percepció de la pròpia comunitat autònoma en relació a la resta —és a dir, si consideren que reben un tracte pitjor— tornen a ser els elements clau en la valoració de la simpatia

## Els ciutadans que consideren que caldria dotar de més autogovern a les institucions subestats valoren millor els catalans

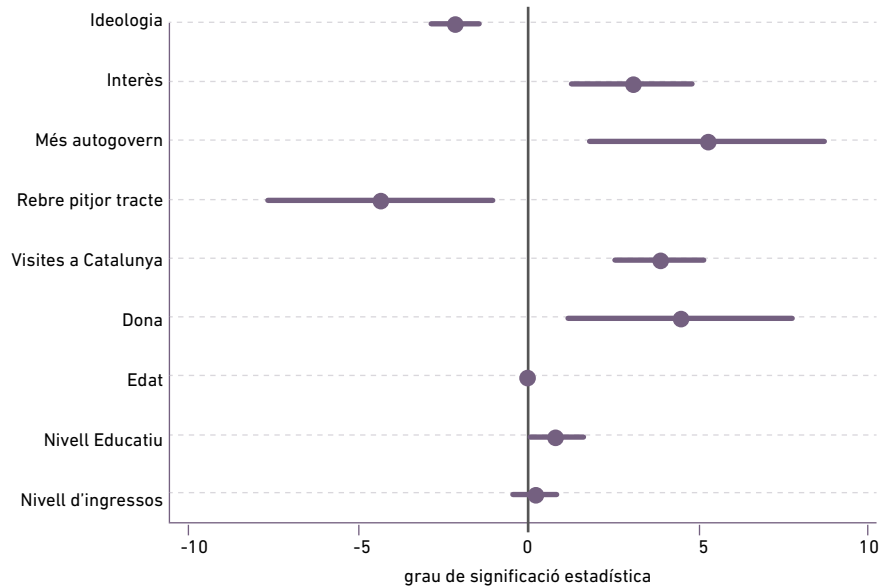
envers els catalans. Però en aquest cas s'han pogut incloure altres variables per analitzar si aquestes també influeixen. Així, es mostra que l'interès per la política o les visites que s'han realitzat a Catalunya també són factors explicatius del nivell de simpatia que es reporta.

D'aquesta manera, el gràfic 6 mostra que, com s'observava al 1996, autoubicar-se a posicions més a la dreta afecta a la valoració dels catalans.<sup>7</sup> Així mateix, aquelles persones de la resta de l'Estat que tenen un alt nivell d'interès polític valoren molt millor la simpatia envers els catalans en relació a aquells que no els interessa la política. D'aquesta manera, la sofisticació política té un impacte positiu en la simpatia cap als catalans. Aquells que tenen una preferència territorial més descentralitzadora, és a dir, els que consideren que caldria dotar de més autogovern a les institucions subes-

<sup>7</sup> La interpretació d'aquest gràfic es realitza de la mateixa manera que l'anterior: les variables que esdevenen estadísticament significatives quan les barres —i el punt— de les variables horitzontals no queden solapades per la línia vertical traçada al valor 0. Si la figura queda a la banda dreta, l'efecte serà positiu; si la figura queda a la banda esquerra, l'efecte serà negatiu.

### Gràfic 6

#### Determinants del grau de simpatia envers els catalans (2019)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya, 2019. Nota: La variable dependent és el grau de simpatia dels catalans per la resta de l'estat —es troben exclosos els mateixos catalans de la variable.

tats valoren millor els catalans. I dels factors que ja s'analitzaven al 1996, aquells que consideren que la seva comunitat autònoma rep un tracte pitjor que la resta, valoren més negativament als catalans. Entre els factors que s'introdueixen al 2019, les visites a Catalunya tenen un efecte positiu sobre la simpatia cap

als catalans en relació als factors sociodemogràfics, les dones valoren millor els catalans del que ho fan els homes. En canvi, l'edat, el nivell educatiu o el nivell d'ingressos no afecta a aquesta valoració.

Per comparar si els factors determinants d'ambdues èpoques tenen

## El pes de la ideologia en la simpatia ha canviat al llarg dels anys

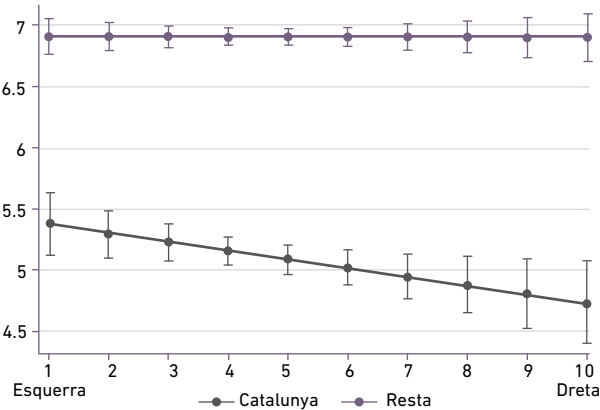
el mateix pes, s'han realitzat una anàlisi sobre les probabilitats de valorar positivament o negativament segons les variables incloses a l'anterior anàlisi. D'aquesta manera, tant al gràfic 7 com 8 es mostra la probabilitat d'atorgar una nota de simpatia segons l'autoubicació a l'escala ideològica. S'observa que al gràfic 7, que exposa les valoracions fetes al 1996, els enquestats que s'autoubiquen a l'esquerra, valoren

millor els catalans que a la resta de comunitats autònomes. No obstant, el pes de la ideologia en la simpatia ha canviat al llarg dels anys. El gràfic 7 mostra que aquells que s'autoubiquen a l'extrema esquerra al 1996 valoren els catalans sobre un 5,5; en canvi, aquells que s'autoubiquen a l'extrema dreta els valoren sobre un 4,7. El gràfic 8 mostra el mateix efecte però pel 2019: aquells que s'autoubiquen a l'extrema esquerra,

valoren de manera similar als catalans i a la resta de persones de l'Estat —entorn un 6,5. En canvi, aquells que es posicionen a l'extrema dreta reporten una valoració dels catalans sobre un 4,5. La diferència entre els dos gràfics és que hi ha més variació en el grau de simpatia segons ideologia a mesura que han passat els anys. És a dir, la diferència entre els que s'autoubiquen a l'esquerra i la dreta s'amplia de forma evident entre el 1996 i el 2019. Es fa

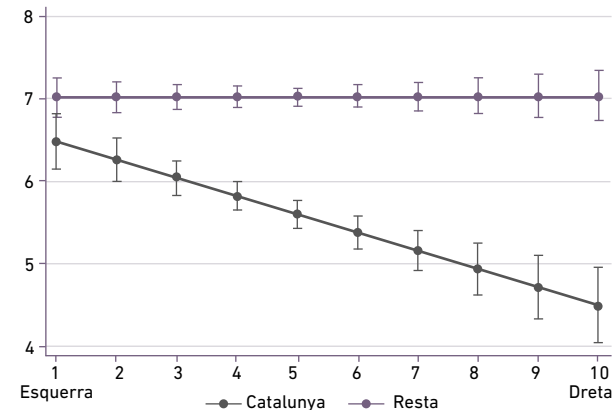
### Gràfic 7

Probabilitat de valorar la simpatia envers els catalans segons ideologia (1996)



### Gràfic 8

Probabilitat de valorar la simpatia envers els catalans segons ideologia (2019)



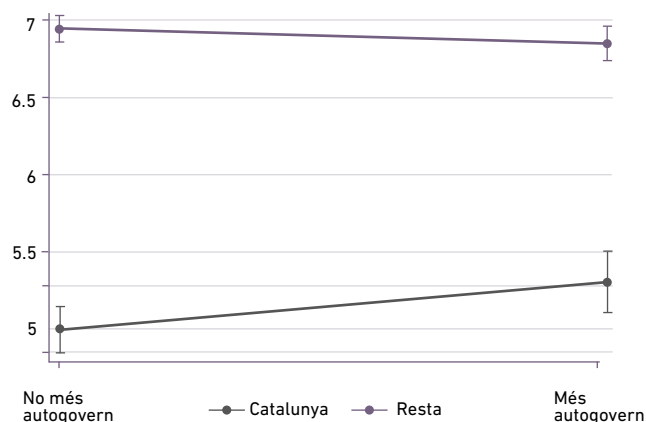
Nota: Valors predits resultats de la regressió que inclouen les variables anteriors.



## La diferència de valoració dels catalans a la resta de CCAA, entre aquells ciutadans que s'autoubiquen a l'esquerra i la dreta, s'amplia de forma evident entre el 1996 i el 2019

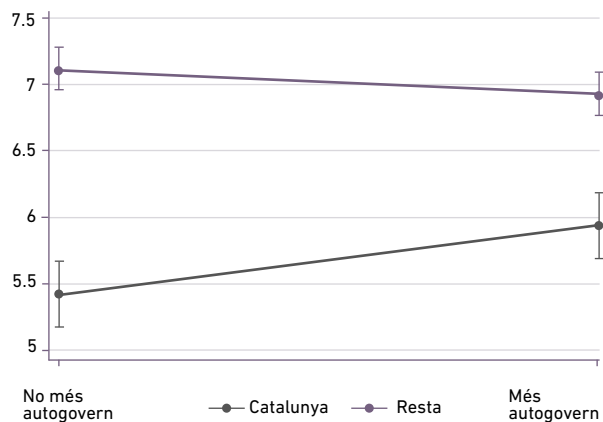
**Gràfic 9**

**Grau de simpatia envers els catalans, segons preferències territorials (1996)**



**Gràfic 10**

**Grau de simpatia envers els catalans, segons preferències territorials (2019)**



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996 i del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya, 2019. Nota: Valors predits resultats de la regressió que inclouen les variables anteriors.

evident que els últims anys, sobretot la dreta, pot haver polititzat una certa animadversió envers els catalans.

En el cas de les preferències territorials, com s'observa al gràfic 9 i 10, aquells que prefereixen més autogovern als diferents territoris subestatals és més probable que valorin més positivament la simpatia cap als catalans. Si bé és cert que la diferència entre el 1996 i 2019 és similar,

s'observa que actualment aquells que reclamen més autogovern puntuen amb una millor valoració la simpatia cap als catalans que aquells que tenen les mateixes posicions en relació a les preferències territorials al 1996.

Com s'esmentava en l'anterior apartat la creença de patir un greuge comparatiu a nivell territorial, afavoreix les puntuacions negatives cap als catalans. Així, entre aquells que creuen

que la seva comunitat rep pitjor tracte que la resta de comunitats autònomes, el grau de simpatia atorgat als catalans decreix. No obstant, si es compara entre les dues enquestes, es pot observar que la diferència es redueix el 2019 respecte al 1996.

Finalment, en el cas de l'enquesta del 2019 s'introdueix la pregunta sobre el número de visites a les diferents comunitats autònomes.

La probabilitat de valorar més positivament els catalans va incrementant-se en funció del número de visites realitzades a Catalunya

S'observa que la probabilitat de valorar més positivament els catalans va incrementant-se en funció del número de visites realitzades a Catalunya. Així aquells que no han visitat mai Catalunya puntuen els catalans amb un 5,25; mentre que entre els que han visitat el país més de quatre vegades, la nota més probable de ser atorgada als catalans és superior a 6,5.

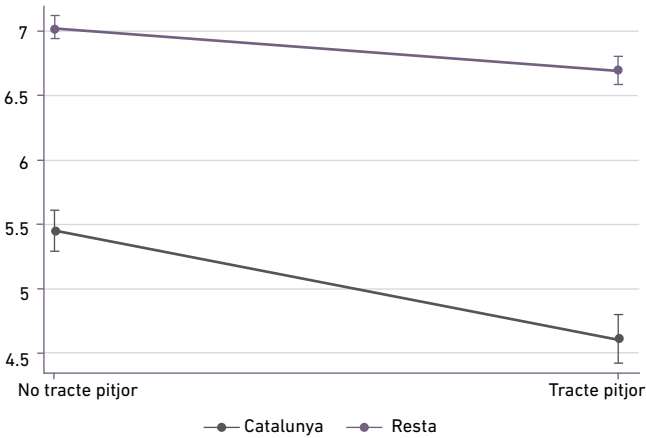
Conclusió

Aquest estudi ha tingut dos objectius. En primer lloc, mostrar quin és el grau de simpatia que tenen els ciutadans de l'Estat espanyol envers els catalans. Per mostrar-ho s'ha realitzat una comparació territorial, amb la resta de comunitats autònomes, com també una comparació temporal, per veure l'evolució d'aquesta valoració entre el

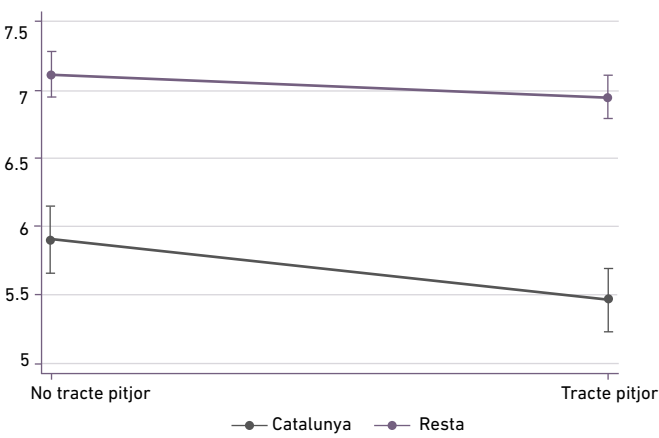
1996 i 2019. En segon lloc, s'han establert les causes de les variacions del grau de simpatia envers els catalans.

Les dades mostren que, tant al 1996 com al 2019, els catalans són percebuts com els que generen menys simpaties a la resta de l'Estat. Els ciutadans de Catalunya tenen un grau de simpatia de 5,7 (1996) i de 6,2 (2019), una xifra molt menor a la

Gràfic 11  
Grau de simpatia envers els catalans, segons tracte (1996)



Gràfic 12  
Grau de simpatia envers els catalans, segons tracte (2019)



Font: Elaboració pròpia a partir de la base de dades del CIS (2228) del 1996 i del CEO sobre percepció sobre el debat territorial a Espanya. 2019. Nota: Valors predits resultats de la regressió que inclouen les variables anteriors.

## Les dades mostren que, tant al 1996 com al 2019, els catalans són percebuts com els que generen menys simpaties a la resta de l'Estat

resta de CCAA, les quals obtenen notes properes al 7. No obstant, els resultats apunten que els catalans no han patit un descens de simpatia o una major hostilitat des del 1996, tot i que el conflicte polític entre Catalunya i l'Estat ha estat molt candent els últims anys; de fet, més aviat ha estat a la inversa. D'altra banda, els resultats també demostren que els catalans no avaluem negativament la simpatia cap a la

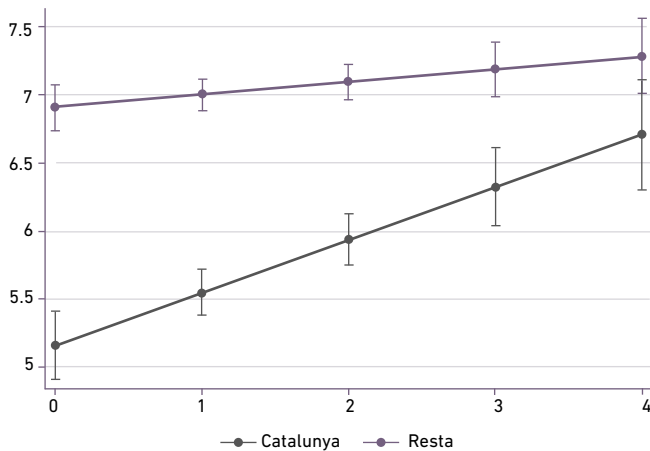
ciutadania de la resta de comunitats autònomes.

Quins són els factors que determinen el grau de simpatia envers els catalans? La ideologia és un factor clau per determinar-ne el grau. Aquells que s'autoubiquen a posicions més a la dreta de l'eix ideològic valoren pitjor els catalans que aquells que s'autoperceben

d'esquerres; aquest factor és especialment rellevant al 2019. Les preferències territorials també juguen un paper important per aquesta valoració. Així, els que consideren que caldria transferir més autogovern a les comunitats autònomes, també valoren millor el grau de simpatia envers els catalans. Un altre factor rellevant que assenyalen els resultats és el greuge comparatiu. Els enquestats que consideren que la seva comunitat autònoma rep un tracte pitjor que la resta, valoren negativament els catalans. Es pot pensar que això es deu al fet que consideren que Catalunya és dels territoris que més es beneficia del règim autonòmic, o que pel fet de ser un territori pròsper no volen col·laborar prou amb la caixa central de l'Estat. Un altre dels factors que apunten a una valoració positiva dels catalans per part de la resta de l'Estat, és l'alt nivell d'interès polític. També condueix a una valoració positiva haver visitat Catalunya, ja que les visites al país tenen un efecte positiu en el grau de simpatia atorgat als catalans; això segurament és fruit d'haver trencat els estereotips preconcebuts.

### Gràfic 13

#### Grau de simpatia envers els catalans, segons el número de visites (2019)



## Els factors polítics són clau per generar i mantenir estereotips que moltes vegades permeten justificar conductes perjudicials sobre un grup deslegitimat

Dels resultats es desprèn que els factors polítics —com ara les posicions respecte a qüestions ideològiques, territorials o la distribució de recursos entre territoris— són clau per generar i mantenir estereotips que moltes vegades permeten justificar conductes perjudicials sobre un grup deslegitimat. I, alhora, aquests mateixos factors, així com el contacte directe, són clau a l'hora d'erosionar aquests estereotips. ■

### ■ Bibliografia

CANO, Ignacio; ROS, María. «**Imagen y norma social sobre la estereotipia**». A *Revista de Psicología Social*, núm. 9, pàg. 43-64, 1994.

CANTOR, Nancy; MISCHER, Walter. «**Prototypes in person perception**» [en línia]. A *Advances in Experimental Social Psychology*, vol. 12, pàg. 3-52, 1979. Disponible a: <[www.doi.org](http://www.doi.org)>.

MACKINNON, Neil; BOWLBY, Jeffrey W. «**The affective dynamics of stereotyping and intergroup relations**» [en línia]. A *Advances in Group Processes*, pàg. 37-76, 2000. Disponible a: <[www.doi.org](http://www.doi.org)>.

OAKES, Penelope; HASLAM, Alexander; TURNER, John. *Stereotyping and social reality*. Nova Jersey: Blackwell publishing, 1994.

ORRIOLS, Lluís. «**Catalanofobia**» [en línia]. A *El diario.es*. Disponible a: <[www.eldiario.es](http://www.eldiario.es)>.

SANGRADOR, José Luís. *Identidades. Actitudes y estereotipos en la España de las autonomías*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 1996.

# No és un impost a la teva moto



## És un impost al CO<sub>2</sub> per preservar les bones vistes

Tots els que tenim vehicle tenim un compromís amb el medi ambient.  
**Amb l'impost al CO<sub>2</sub> fomentarem la mobilitat sostenible, l'energia renovable i la preservació del medi natural.** Gràcies a aquesta nova mesura, millorarem la salut de les persones i lluitarem contra l'emergència climàtica.

**Informa-te'n a [impostco2.gencat.cat](https://impostco2.gencat.cat)**

**#SeguimGaudint**



**Catalunya  
2030**



**Generalitat  
de Catalunya**

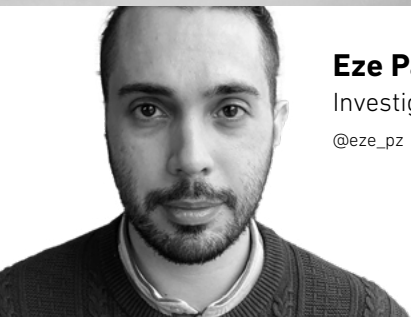


## full de càlcul

# Solidaritat amb cor, seny i mirada llarga: l'altruisme eficaç

vista prèvia >

**La solidaritat és un dels valors més importants de cara a construir un món millor. Però la solidaritat, per millorar efectivament el món, ha d'estar ben orientada i dirigida. Cal decidir quins recursos destinem a resoldre quins problemes; quins mitjans i solucions posem en pràctica; i assegurar-nos que no deixem de tenir en compte el patiment de ningú. Aquestes són algunes de les qüestions a les quals s'adreça l'anomenat altruisme eficaç. Un corrent de pensament que no només reivindica el valor de la solidaritat, sinó que es proposa assegurar que l'acció solidària esdevingui una contribució eficaç i útil per a la millora de la vida al nostre món.**



**Eze Paez**

Investigador Beatriu de Pinós al Law&Philosophy Group de la Universitat Pompeu Fabra

@eze\_pz

Tenint en compte molts dels paràmetres de progrés més rellevants —com ara l'esperança i la qualitat de vida, la pobresa global o l'existència de violència—, el nostre món és avui millor que en qualsevol altre moment de la història.<sup>1</sup> Tot i així hi ha milions de persones que moren de malalties evitables. Les pitjors previsions del canvi climàtic auguren danys molts greus per a les nostres comunitats. I la proliferació d'armes nuclears i biològiques, o d'Intel·ligència Artificial, poden posar en perill l'existència mateixa de la humanitat.

Per a molts de nosaltres aquestes són qüestions de justícia de les quals s'haurien de fer càrrec els governs de les societats democràtiques enriquides. Tanmateix estem molt lluny de la realització dels ideals de justícia social, global i intergeneracional que es defensen des de posicions igualitàries. Àdhuc, cal reconèixer que en tota comunitat lliure hi ha d'haver un espai per a l'acció solidària de la societat civil. Allà on l'estat no hi arribi encara, i on no pugui o

no sigui convenient que hi arribi, ha de ser la ciutadania organitzada qui prengui la iniciativa.

On dirigir la nostra solidaritat? És indiferent o hi ha de causes millors que d'altres? La proposta de l'altruisme eficaç és que en l'acció solidària no és suficient posar-hi el cor, sinó que també tenim el deure de posar-hi el cap. Els nostres esforços per ajudar els altres han d'estar basats en raons i en evidències. Quan ho fem, descobrim que hi ha maneres millors i pitjors de ser solidari. Si ajudem de la manera més eficaç possible, aconseguirem que la vida de més persones sigui millor. En aquest text explicarem els diferents elements de la concepció de la solidaritat defensada des de l'altruisme eficaç.

### Ajudar amb seny

Quan adoptem un objectiu, sigui quin sigui i en l'àmbit que sigui, la nostra primera tasca ha de ser identificar quines són les estratègies més eficients per assolir-lo. És a dir, les que ens permeten aconseguir en major mesura els nostres fins amb un cost

menor. Com a agents racionals cal que seguim l'estratègia que, d'acord amb les evidències disponibles, sembli la més adequada.

Un objectiu pot ser l'acció solidària. De fet molts creiem que, almenys en certes ocasions, tenim «l'obligació moral» d'ajudar els altres. El filòsof australià Peter Singer (1946) ho sol explicar amb el següent exemple:<sup>2</sup> imagineu que de camí a l'escola, la universitat o la feina passeu prop d'un estany poc profund. Un matí observeu que un nen ha caigut dins i s'està ofegant. Ficar-te dins l'estany i treure el nen seria fàcil, però acabaràs amb la roba tota molla i plena de fang. Si pretens anar a casa i canviar-te, quan tornis a l'estany ja hauràs fet tard. Una majoria de posicions ètiques conclourien que en aquest cas tenim el deure de salvar el nen. La intuïció de fons és que si podem fer un gran bé als altres sense cap cost per a nosaltres o amb un cost molt baix, llavors tenim l'obligació moral d'ajudar-los.

---

1 ROSER; ORTIZ-OSPINA; RITCHIE, «Life Expectancy»; ORTIZ-OSPINA; ROSER, «Global Health»; ROSER; ORTIZ-OSPINA, «Global Extreme Poverty»; ROSER; RITCHIE, «Homicides»; ROSER, «War and Peace».

---

2 SINGER, «The Drowning Child and the Expanding Circle».



## Més enllà d'en quines circumstàncies estem obligats a ser solidaris, el cert és que totes les teories morals plausibles admeten que l'altruisme està moralment permès

Aquest exemple és força representatiu de moltes de les situacions reals en què un ciutadà «normal» dels països enriquits pot fer un bé als altres. La majoria no som rics, ni tenim responsabilitats polítiques ni formem part de grups de pressió. Però si ets ciutadà d'un país occidental, probablement guanyis més d'11.500€ l'any. Potser no et semblen ingressos gaire destacables, però en termes globals et situen dins del 10% més ric de la població. De fet, el 20% més pobre de la humanitat ha de subsistir amb poc més de 500€ anuals. Per tu, tenir un euro de menys pot no significar res. Pels més empobrits del planeta, tenir-ne un de més fa una diferència enorme.<sup>3</sup> Així doncs, tenim un gran poder per fer el bé a baix cost.

És cert que en alguns casos el cost d'ajudar pot ser considerable. Quan en sorgeix, doncs, l'obligació? L'ètica no és pas una ciència exacta. És difícil determinar quin hauria de ser per cada persona l'esforç altruista mínim al qual estem obligats. Probable-

ment, però, el lllindar està per sobre del que fem avui dia.

Més enllà de en quines circumstàncies estem obligats a ser solidaris, el cert és que totes les teories morals plausibles admeten que l'altruisme està moralment permès. En tot cas, un cop ja hem escollit actuar de manera altruista, sorgeix el deure moral secundari de fer-ho de la manera més eficaç possible.<sup>4</sup>

### A qui ajudar?

Gairebé ningú negaria que tots els humans són destinataris legítims de la nostra ajuda. Suposem que sabem que amb un cost assumible per nosaltres podríem aconseguir que algú salvi la seva vida o es curi d'una malaltia greu. Què importa pas el seu gènere, el color de la seva pell o inclús la seva nacionalitat? Res d'això és èticament rellevant. Què importa si viu lluny o a prop de nosaltres? Tampoc la distància en l'espai és en ella mateixa important a efectes morals.

Sembla difícil negar que tenim un deure general d'altruisme cap a tots els éssers humans que es troben en una situació de necessitat. Això és compatible amb creure que certes relacions especials ens donen raons addicionals per preferir ajudar uns éssers humans per sobre d'uns altres. Per exemple, relacions familiars, d'amistat o de concitadania. Més enllà d'aquestes raons especials, però, l'existència d'un deure general d'altruisme ens ha de comprometre a una actitud d'«imparcialitat front les causes». Cal escollir on invertim els nostres esforços solidaris atenent únicament a qüestions d'impacte: com podem fer el major bé al món, des d'un punt de vista imparcial.

Tanmateix, si acceptem un deure imparcial d'altruisme, no sembla possible en coherència restringir-lo només als éssers humans. No som els únics individus amb benestar propi, vulnerables o susceptibles de trobar-nos en necessitat. Això és comú a tots els éssers sintients, aquells amb capacitat per experimentar estats mentals de gaudi i patiment. El consens científic és que tots els animals vertebrats, i alguns d'invertebrats com els pops,

<sup>3</sup> Fins a 100 vegades la utilitat que té per nosaltres, segons MACASKILL, *Doing Good Better. A Radical New Way to Make a Difference*.

<sup>4</sup> PUMMER, «Whether and Where To Give».

## Una causa altruista tindrà prioritat sobre altres en la mesura que resolde-la faci un bé major, s'hi destinin menys recursos i el guany marginal de destinar-los-hi sigui major

ho són, havent-hi gran incertesa sobre la resta d'invertebrats.<sup>5</sup> No està justificat, doncs, excloure els animals de la nostra solidaritat.

### Mirada llarga

Front el vici del «curtterminisme», l'altruisme eficaç defensa la posició del «llargterminisme». El més important en la nostra acció solidària és el seu impacte a llarg termini.<sup>6</sup> De la mateixa manera que és irrellevant «on» existeix un individu que necessita ajuda, també és irrellevant «quan» existeix. La ubicació en el temps d'algú és tan poc important des d'un punt de vista ètic com el seu gènere, color de pell o espècie.

De fet, la majoria d'individus que existiran en algun moment, no se situen en l'actual present, o en un futur proper, sinó en el futur llunyà. Per tant ens hem de preocupar, sobretot, que els individus que viuran d'aquí a centenars o milers d'anys tinguin les millors vides possibles. Amb les nostres decisions egoistes o solidàries sobre canvi

climàtic o sobre altres riscos existencials podem condicionar, per bé o per mal, com seran les vides dels nostres descendents més llunyans.

La concepció de la solidaritat defensada per l'altruisme eficaç és incompatible amb els prejudicis que tradicionalment ens han portat a excloure els altres de les nostres cures. Ens impel·leix a desprendre'ns del localisme, tant espacial com temporal, i que deliberem tenint en compte l'impacte de les nostres decisions en tots els que s'hi puguin veure afectats. Siguin qui siguin, visquin on visquin i existeixin quan existeixin.

### Com prioritzar les causes?

Una solidaritat eficaç exigeix que identifiquem les causes més merixedores de la nostra atenció altruista. Es denomina «priorització de causes» a la tasca de mesurar-ne la importància relativa i, així, jerarquitzar-les. Els criteris usualment emprats per fer-ho són tres:<sup>7</sup>

1. La magnitud d'un problema: quant de bé faria resoldre'l.

2. La desatenció d'un problema: la quantitat de recursos que ja s'hi destinen.

3. La solucionabilitat d'un problema: en quina mesura destinar-hi més recursos ajudaria a resoldre'l.

Una causa altruista tindrà prioritat sobre altres en la mesura que resolde-la faci un bé major, s'hi destinin menys recursos i el guany marginal de destinar-los-hi sigui major.

### Magnitud

La magnitud d'un problema és la mesura de com de millor seria el món en cas que es resolgués. És dolent emmalaltir de pneumònia i quedar-se al llit una setmana, però és encara pitjor contraure una malaltia crònica incapacitant. La pèrdua de qualitat de vida en el primer cas és temporal i relativament baixa. En el segon és permanent i molt elevada. Per mesurar aquestes pèrdues en qualitat de vida és usual en l'altruisme eficaç emprar la noció *qua-*

5 LOW, *The Cambridge Declaration on Consciousness*.

6 ORD, *The Precipice*.

7 Veure, pel que segueix, WIBLIN, «One approach to comparing global problems in terms of expected impact».

## El problema de l'eficiència de les intervencions no és menor, ja que les millors maneres d'ajudar poden ser molt més eficaces que les que són merament bones

*lity-adjusted life year* (QALY) [any de vida ajustat per qualitat].<sup>8</sup> Un QALY és equivalent a un any de vida en perfecte estat de salut. Fraccions de QALY impliquen un benefici de menor extensió temporal o menor nivell de salut. Així, suposem que si una persona no rep atenció mèdica perdrà dos anys de plena salut. Usant aquesta mesura, diríem que, en aquest exemple, la nostra ajuda tindria un impacte positiu de 2 QALYs. Imaginem que el resultat fos, en canvi, que perdés sis mesos de vida en perfecta salut. El nostre impacte seria de 0,5 QALYs. Per la mateixa raó, el benefici d'una atenció mèdica també seria de 0,5 QALYs si evitès que una persona perdés un any de vida de qualitat equivalent a la meitat d'un estat de salut perfecte.

Què contribuiria a un món millor, acabar amb la pobresa o reduir els riscos d'una pandèmia global greu? Potser aturar el canvi climàtic? És un càlcul difícil, perquè tindrem incerteses sobre a quantes persones afecta un problema, quin impacte tindria en

la seva vida resoldre'l o quines conseqüències indirectes comportaria solucionar-lo.

### Desatenció

Suposem, d'altra banda, que resoldre un problema impediria la pèrdua de gran quantitat de QALYs. D'això no se segueix necessàriament que aquest problema mereixi més el nostre esforç solidari que una altra causa de magnitud menor. Si moltes persones han invertit molta feina i recursos en una causa és molt probable que ja hagin estat aprofitades les oportunitats d'impacte més importants.

A vegades una causa ha estat desatesa per bones raons, com la seva poca magnitud o solucionabilitat. D'altres cops, la desatenció pot venir d'un canvi en el sistema de valors dels agents solidaris. Fins fa poc, poques persones es preocupaven pels éssers humans en països llunyans, pel benestar animal o per les generacions futures. Si, segons els nostres valors, aquestes causes són d'una gran magnitud, podem dir que van ser desateses per raons errònies.

### Solucionabilitat

El criteri de solucionabilitat ens convida a preguntar-nos quant progressaríem en una causa si li dediquéssim més recursos. Respecte a un mateix problema pot ser que hi hagi diferents intervencions amb un grau similar d'èxit. Quan això succeeixi cal identificar quina és l'acció més eficient. És a dir, quina esperablement resoldrà una fracció major del problema per cada unitat de recurs invertit.

El problema de l'eficiència de les intervencions no és menor, ja que les millors maneres d'ajudar poden ser molt més eficaces que les que són merament bones. Veiem-ne un parell d'exemples.<sup>9</sup>

Un problema en els països empobrits és l'alt absentisme escolar de les noies. Transferir 1.000 dòlars —uns 930 euros— directament a les estudiants augmenta l'assistència a l'escola en 0,2 anys de mitjana. Invertir la mateixa quantitat en uniformes gratuïts l'augmenta en 7,1 anys. Però fer servir aquests diners en un pro-

<sup>8</sup> MACASKILL, *Doing Good Better: A Radical New Way to Make a Difference*.

<sup>9</sup> Ibidem.

## La desigual distribució de recursos i la inacció dels països enriquits fan que els governs d'aquests estats empobrits no tinguin la capacitat de fer front a aquests problemes

grama de desparasitació d'escolars l'augmenta en 139 anys. Així, millor intervenció altruista —el programa de desparasitació— és més de dinou vegades més eficient que l'anterior.

Un altre problema en els països empobrits és la salut. Fer servir 1.000 dòlars per la promoció de l'ús del preservatiu per prevenir el VIH dona un benefici esperable de 2 QALYs. Però finançar teràpies antiretrovirals evita la pèrdua de 5 QALYs. Si prenem en consideració altres malalties podrem observar que hi ha intervencions molt més eficients. Mil dòlars invertits en la distribució de xarxes antimosquits per prevenir la malària tenen un guany esperable de 10 QALYs.

### Catàleg de problemes globals

Explicat d'aquesta forma, certament, potser costa conceptualitzar de forma clara quins poden ser els problemes o les causes que responen a aquesta prioritització entorn a l'altruisme eficaç. A continuació s'apunten alguns dels problemes globals que els defensors de l'altruisme eficaç consideren més mereixedors dels nostres esforços solidaris,

segons el marc magnitud-desatenció-solucionabilitat. Aquestes no són conclusions inapel·lables, sinó consideracions provisionals revisables a la llum de millors arguments i noves evidències.

### La salut als països empobrits

Hi ha desenes de milions de persones que viuen en països empobrits, de les quals se'n podria evitar la mort o millorar la qualitat de vida, si tinguessin accés a una millor alimentació, a un entorn salubre i a una sanitat adequada. Malalties com la malària, la tuberculosi, el VIH o la diarrea causen greus problemes de salut. Minven la capacitat i les oportunitats per educar-se i formar-se, per pensar i per treballar. Acabar amb elles tindria, a més, altres efectes positius en aquestes societats, fent-les més pròsperes i estables.

La desigual distribució de recursos i la inacció dels països enriquits fan que els governs d'aquests estats empobrits no tinguin la capacitat de fer front a aquests problemes. Què podem fer al respecte com a societat

civil, a més de pressionar els nostres governants? Segons els càlculs d'organitzacions de l'àmbit de l'altruisme eficaç, les intervencions més eficients són les dirigides als països de l'Àfrica subsahariana. Consistirien en la distribució de medicaments contra la malària, de xarxes antimosquits i de suplementes vitamínics, així com programes de desparasitació.<sup>10</sup>

Per descomptat, donar diners per aquestes intervencions no és l'única contribució possible. Si tenim les habilitats i la motivació adients potser podem ajudar més eficaçment treballant per alguna ONG de gran impacte que operi sobre el terreny. També podem treballar per organitzacions d'avaluació, millorant els processos per determinar l'eficiència de diferents intervencions. Podria ser que el més convenient des d'un punt de vista solidari és que féssim recerca biomèdica sobre aquestes malalties.

### Canvi climàtic: l'escenari extrem

Si no aconseguim reduir les emissions de gasos d'efecte hivernacle,

---

10 GIVEWELL, «Our Top Charities».

## Si no aconseguim reduir les emissions de gasos d'efecte hivernacle, l'escenari més probable és que les temperatures mundials augmentin entre 2,6 °C i 4,8 °C al 2100

l'escenari més probable és que les temperatures mundials augmentin entre 2,6 °C i 4,8 °C en el 2100. Això seria terrible, però hi ha escenaris pitjors. Segons alguns càlculs, hi ha un 10% de probabilitats que l'augment de temperatures sigui superior a 4,8 °C.<sup>11</sup>

Què succeiria en aquest escenari extrem? El desglaç de Groenlàndia. Un augment del nivell del mar de fins a dos metres que podria ocasionar 200 milions de refugiats. Onades de calor extrema. Sequeres i disminució de la producció agrícola. Disrupcions ecosistèmiques que portarien a una major desertificació i acidificació de l'aigua. També es podria provocar un cercle viciós que acceleri el procés d'escalfament si s'allibera a l'atmosfera el metà líquid del subsòl a causa del desglaç del *permafrost*.<sup>12</sup>

Per minimitzar aquests riscos podem treballar per reduir les emissions de gasos d'efecte hivernacle. Això inclou fer pressió perquè els

estats actuïn, desenvolupar tecnologia que generi menys emissions i prevenir o revertir la desforestació. També podem investigar en geoenginyeria, la disciplina que estudia com intervenir a gran escala per limitar els efectes del canvi climàtic.

### Riscos de catàstrofe global derivats de l'avenç tecnològic

El progrés tecnològic és un dels factors que més ha contribuït a millorar la nostra vida. Malauradament algunes tecnologies actualment existents i d'altres que podríem desenvolupar generen riscos catastròfics. Són riscos de dany greu i irreversible a la qualitat de vida humana a escala global.

Els més rellevants es coneixen com a riscos existencials. Aquests «amenacen amb causar l'extinció prematura de la vida intel·ligent originada a la Terra o la destrucció permanent i dràstica del seu potencial per un desenvolupament futur desitjable».<sup>13</sup>

Un desastre nuclear global n'és un exemple. També ho seria una pandèmia molt més letal que la causada per la Covid-19, i que fos fruit, per exemple, d'un patògen artificial dissenyat pels éssers humans.

Una altra font de risc existencial és la possibilitat d'una superintel·ligència artificial hostil. Una superintel·ligència artificial —súper IA— és un sistema amb habilitats intel·lectuals molt superiors a les de qualsevol ésser humà. Segons Nick Bostrom (1973), un dels majors experts i divulgadors en aquest tema, el desenvolupament de les súper IA és possible i, fins i tot, probable que succeeixi en aquest segle.<sup>14</sup> Certament, si la humanitat aconsegueix crear una agència superintel·ligent al nostre servei i alineada amb valors de compassió i justícia, la nostra civilització faria un gran salt qualitatiu endavant. Tanmateix, hi ha el risc que no puguem sotmetre la IA al nostre control i que sigui hostil cap als éssers humans i la resta d'éssers sintients. No es tractaria tant que les seves intencions fossin malèvoles, sinó que

11 DUDA i KOEHLER, «Climate change –extreme risks».

12 GIVEWELL, «Extreme risks from climate change».

13 BOSTROM, «Existential Risk Prevention as a Global Priority».

14 BOSTROM, *Superintelligence: Paths, Dangers, Strategies*.

## Hi ha el risc que no puguem sotmetre la IA al nostre control i que sigui hostil cap als éssers humans i la resta d'éssers sintients

«la IA ni t'estima, ni t'odia, però està feta d'àtoms que pot fer servir per a una altra cosa».<sup>15</sup>

Cal treballar per impedir una IA hostil i altres riscos existencials. Com contribuir-hi de la manera més eficient depèn de les nostres habilitats i motivacions. Podem treballar en el desenvolupament tècnic de seguretat en IA, com fan al Machine Intelligence Research Institute [Institut de Recerca de la Intel·ligència de Màquines]. Podem fer recerca en riscos catastròfics, com al Future of Humanity Institute de la Oxford University [Institut del Futur de la Humanitat]. Podem pressionar per introduir aquests problemes en l'agenda política.

### Benestar animal

Històricament molta gent ha considerat que els interessos dels animals no importen tant com els dels humans, o potser que no importen en absolut. Un nombre creixent d'autors sosté que aquesta actitud és fruit

d'un prejudici tan injustificat com el sexisme o el racisme i que s'ha anomenat «especisme».<sup>16</sup>

Cal que abordem la solidaritat, també, sense aquest punt cec moral. Cada any pateixen i moren en activitats econòmiques més d'un bilió d'animals.<sup>17</sup> Això és 125 vegades la població humana. Gairebé sempre l'objectiu perseguit és comparativament trivial. El cas més destacat és el de la indústria alimentària, on es concentra la majoria d'animals explotats. Una alimentació totalment vegetal és perfectament saludable.<sup>18</sup> Des d'un punt de vista imparcial els interessos en no patir dels animals haurien de tenir més pes que el plaer obtingut en assaborir-los.

Sembla que una de les estratègies més eficients per reduir el patiment animal consisteix en l'activisme de difusió de valors per canviar

els nostres actituds i hàbits.<sup>19</sup> També ho és la pressió a institucions públiques i empreses per establir estàndards de benestar animal més exigents. Cal incloure entre les intervencions prometedores el desenvolupament d'aliments fets amb proteïna vegetal de nova generació o carn cultivada en laboratori. A més, com a consumidores, podem decidir no comprar productes d'origen animal. Com a ciutadanes, podem votar a qui prometi tractar aquest problema.

Juntament amb el problema del benestar dels animals domesticats trobem el del patiment dels animals salvatges. Hi ha més d'un trilió d'animals a la natura amb vides, probablement, d'intens patiment, no pas per l'acció humana, sinó per causes naturals.<sup>20</sup> No tenim encara els coneixements o la tecnologia per intervenir a gran escala en el seu benefici. Tanmateix, podem fer difusió del problema o investigar per obtenir els mitjans per ajudar-los.

<sup>15</sup> YUDKOWSKY, «Artificial Intelligence as a Positive and Negative Factor in Global Risk».

<sup>16</sup> SINGER, *Animal Liberation*.

<sup>17</sup> MOOD; BROOK, «Estimating the number of farmed fish killed in global aquaculture each year»; FAO, «Statistics division: Production, live animals».

<sup>18</sup> MELINA; CRAIG; LEVIN, «Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets».

<sup>19</sup> ANIMAL CHARITY EVALUATORS, «Recommended Charities».

<sup>20</sup> TOMASIK, «How many wild animals are there»; FARIA, *Animal Ethics Goes Wild: The Problem of Wild Animal Suffering and Intervention in Nature*.

## **Sabem que treballem amb evidències incompletes i recursos limitats; cal, doncs, investigar com obtenir millors conclusions sobre l'avaluació i solució de problemes**

Quant a accions solidàries d'abast més petit, podem dur a terme campanyes d'alimentació o vacunació. Exemples d'organitzacions que treballen en aquest àmbit són Rethink Priorities, Wild Animal Initiative o Animal Ethics.

### **Metacauses**

Les metacauses són aquelles causes la resolució de les quals ens ajuda a identificar i solucionar millor les prioritats globals. N'identifiquem tres de principals. Sabem que treballem amb evidències incompletes i recursos limitats; cal, doncs, investigar com obtenir millors conclusions sobre l'avaluació i solució de problemes. Una segona metacausa és la difusió dels valors vinculats a l'altruisme eficaç, com ara la benevolència imparcial, la racionalitat i la presa de decisions sobre la base d'evidències. I finalment, moltes de les decisions importants que afecten al futur de la humanitat són preses per institucions. Desenvolupar mecanismes que ens permetin millorar la presa de decisions institucional té també una gran importància instrumental.

### **Conclusió**

Aquesta és només una introducció a les idees de l'altruisme eficaç. Per aprofundir-hi és recomanable llegir els llibres de William MacAskill (1987), Peter Singer (1946) i Toby Ord (1979) que trobareu a la bibliografia. El web d'altruisme eficaç conté també un glossari d'idees clau.<sup>21</sup> Moltes organitzacions que he esmentat realitzen la seva pròpia recerca i tenen canals propis de divulgació. Llegir els seus posts o escoltar els podcasts és una bona forma d'introduir-se en la discussió.

Cor, seny i mirada llarga. Expandir la nostra solidaritat fins a incloure tots els individus vulnerables. Rigor en la tasca de determinar com fer el major bé possible. Posar els ulls en el llarg termini i en aquells que es troben en l'avenir. Aquesta és la proposta de l'altruisme eficaç. ■

---

21 EFFECTIVE ALTRUISM, «Introduction to Effective Altruism».

## ■ Bibliografia

80,000 HOURS. «Our current view of the world's most pressing problems» [en línia]. A *80,000 Hours*, maig de 2020. Disponible a: <www.80000hours.org>.

ANIMAL CHARITY EVALUATORS. «Recommended Charities». A *Animal Charity Evaluators*, de novembre de 2020. Disponible a: <www.animalcharityevaluators.org>.

BOSTROM, Nick. «Existential Risk Prevention as a Global Priority» [en línia]. A *Global Policy*, núm. 4 (1), pàg. 15-31, 2013. Disponible a: <www.existential-risk.org>.

BOSTROM, Nick. *Superintelligence: Paths, Dangers, Strategies*. Oxford: Oxford University Press, 2014.

DUDA, Roman; KOEHLER, Arden. «Climate change (extreme risks)» [en línia]. A *80,000 Hours*, 2016. Disponible a: <www.80000hours.org>.

FAO. «Statistics division: Production, live animals» [en línia]. A *FAO*, 2018. Disponible a: <www.fao.org>.

FARIA, Catia. *Animal Ethics Goes Wild: The Problem of Wild Animal Suffering and Intervention in Nature*. Tesi doctoral, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, 2016.

GIVEWELL. «Extreme risks from climate change» [en línia]. A *GiveWell*, novembre de 2013. Disponible a: <www.givewell.org>.

GIVEWELL. «Our Top Charities» [en línia]. A *GiveWell*, novembre de 2020. Disponible a: <www.givewell.org>.

LEWIS, Gregory. «Reducing global catastrophic biological risks» [en línia]. A *80,000 Hours*, març de 2020. Disponible a: <www.80000hours.org>.

LOW, Philip. *The Cambridge Declaration on Consciousness* [en línia]. 2012. Disponible a: <www.fcmconference.org>.

MACASKILL, William. *Doing Good Better. A Radical New Way to Make a Difference*. Londres: Guardian Book, 2015.

MELINA, Vesanto; CRAIG, Winston; LEVIN, Susan. «Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets». A *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, núm. 116 (12), pàg. 1970-1980, 2016.

MOOD, Alison; BROOKE, Phil. «Estimating the number of farmed fish killed in global aquaculture each year» [en línia]. A *Fishcount*, 2012. Disponible a: <www.fishcount.org.uk>.

ORD, Toby. *The Precipice*. Londres: Bloomsbury, 2020.

ORTIZ-OSPINA, Esteban; ROSER, Max. «Global Health» [en línia]. A *Our World in Data*, 2016. Disponible a: <www.ourworldindata.org>.

PUMMER, Theron. «Whether and Where To Give». A *Philosophy and Public Affairs*, núm. 44 (1), pàg. 77-95, 2016.

ROSER, Max. «War and Peace» [en línia]. A *Our World in Data*, 2013. Disponible a: <www.ourworldindata.org>.

ROSER, Max; ORTIZ-OSPINA, Esteban. «Global Extreme Poverty» [en línia]. A *Our*

*World in Data*, 2013. Disponible a: <www.ourworldindata.org>.

ROSER, Max; ORTIZ-OSPINA, Esteban; RITCHIE, Hannah. «Life Expectancy» [en línia]. A *Our World in Data*, 2013. Disponible a: <www.ourworldindata.org>.

ROSER, Max; RITCHIE, Hannah. «Homicides» [en línia]. A *Our World in Data*, 2013. Disponible a: <www.ourworldindata.org>.

SINGER, Peter. *Animal Liberation*. Nova York: HarperCollins, 1975.

SINGER, Peter. «The Drowning Child and the Expanding Circle» [en línia]. A *New Internationalist*, abril de 1997. Disponible a: <www.utilitarian.net>.

TOMASIK, Brian. «How many wild animals are there» [en línia]. A *Reducing Suffering*, 2009. Disponible a: <www.reducing-suffering.org>.

WIBLIN, Robert. «Health in poor countries» [en línia]. A *80,000 Hours*, abril de 2016. Disponible a: <www.80000hours.org>.

WIBLIN, Robert. «One approach to comparing global problems in terms of expected impact» [en línia]. A *80,000 Hours*, octubre de 2019. Disponible a: <www.80000hours.org>.

YUDKOWSKY, Eliezer. «Artificial Intelligence as a Positive and Negative Factor in Global Risk». A BOSTROM, Nick; CIRKOVIC, Milan (eds.). *Global Catastrophic Risks*, pàg. 308-345. Nova York: Oxford University Press, 2008.





arxiu

## La Batalla de València... i el que vingué després

[vista prèvia >](#)

**La Batalla de València va enfrontar dues maneres d'entendre el País Valencià. Als inicis de la Transició, el consens polític, tret de la dreta postfranquista i, per descomptat, l'extrema dreta abraçava les tesis fusterianes i l'ambició de construir un país modern i autocentrat. Davant d'aquest corrent d'energia, la contrarevolució conservadora va impulsar un moviment anticatalanista per fer virar la direcció dels esdeveniments, tot presentant l'espanyolisme més beligerant com a fet natural de la identitat valenciana. Aquesta batalla cultural i política es va dur a terme enmig d'una gran transformació econòmica i social. Els seus efectes encara son ben presents.**



**Vicent Flor**

Sociòleg

@VicentFlor

El País Valencià, tot i ser la quarta comunitat autònoma més poblada i suposar el 10% de la població del Regne d'Espanya, no ha suscitat, en general, un gran interès fora del seu propi territori.<sup>1</sup> Tampoc la transició democràtica valenciana, tot i l'anomenada «Batalla de València», ho ha fet. El malaguanyat historiador i fundador del PSPV Alfons Cucó (1941-2002) escrigué que «tant per als nuclis intel·lectuals de Madrid com — el que resulta més sorprenent — per als de Barcelona, les especificitats de la complexa transició valenciana no han suscitat excessives curiositats».<sup>2</sup>

Aquesta batalla enfrontà dues maneres molt diferents d'entendre la identitat valenciana. De manera molt resumida, el nacionalisme valencià o «fusterianisme» proposava un País Valencià modern, amb un gran nivell d'autonomia, la normalització lingüística del català i una certa integració, segons com, cultural i/o política en els dits Països Catalans. D'una altra, el regionalisme populista anticatala-

nista o «blaverisme» defensava una continuïtat conservadora de la identitat regional, nascuda a la Renaixença i instrumentalitzada pel franquisme, i la supeditació del Regne de València a la nació espanyola, la qual cosa passava per l'oposició a l'ús del valencià per mitjà de l'estratègia de la negació de la unitat de la llengua catalana i la negació de qualsevol filiació cultural comuna i fins i tot a l'ús de la violència. En general, la «victòria», per motius que no disposem d'espai per a analitzar, caigué del bàndol blaver. No és d'estranyar que el valencianisme percebés el procés autonòmic d'una manera insatisfactòria, com una «pèrdua».

Per entendre aquesta batalla cal tenir en compte el context econòmic, cultural i polític de l'Estat espanyol d'aleshores. Concebre-la com només un conflicte simbòlic entre valencians no ajuda a entendre el que passà, ni com el que passà va influir en el present. En aquest sentit, tot i que per qüestions d'espai només ho apuntaré, en la segona meitat de la dècada de 1970 coincidiren si fa no fa tres crisis importants: una econòmica; una social, de canvis de valors; i, òbviament, una política, de canvi de règim.

## La gran transformació econòmica i social

Durant els anys 1960 i 1970 es produí «una velocitat de canvi molt intensa, fins i tot sota condicions de modernització ràpida».<sup>3</sup> Així, «des de 1970 el País Valencià va deixar de ser una societat eminentment agrària».<sup>4</sup> De fet, s'hi produí un procés de gran creixement industrial, que suposà una transformació radical de l'estructura econòmica valenciana, acompanyada d'una «reducció espectacular del pes de l'agricultura» tant en l'aportació d'aquesta al valor afegit brut, que el 1973 aplegà tan sols al 12% del total, com en el percentatge de població activa dedicat al sector primari.<sup>5</sup> D'aquesta manera, tot i que l'economia valenciana continuà sent bàsicament exportadora, en poc més de deu anys es reduí a menys de la meitat el pes en la població activa de llauradors i ramaders.

1 FLOR, Societat anònima. *Els valencians, els diners i la política*.

2 CUCÓ, Roig i blau. *La transició democràtica valenciana*.

3 GINER, *Los españoles*. [Nota de l'edició: Traducció pròpia].

4 SANTACREU; GARCIA, *La transició democràtica al País Valencià*.

5 CARNERO; PALAFOX, *Creixement, politització i canvi social. 1790-1980*.

Els principals canvis que es produïren foren la industrialització accelerada, la urbanització galopant i la secularització de la vida quotidiana

Taula 1  
Evolució de la població activa al País Valencià (1962-1975)

| Sector    | 1962  | 1969  | 1975  |
|-----------|-------|-------|-------|
| Primari   | 38,4% | 30%   | 16,8% |
| Secundari | 31,7% | 36,3% | 44,7% |
| Terciari  | 29,7% | 33,6% | 38,4% |

Font: CALZADA; TORRES —en negreta l'indicador més alt de cada any.

En poc més d'una dècada, de 1962 a 1975, doncs, el País Valencià havia passat de comptar amb un capitalisme agromercantil a convertir-se al 1975 en una societat ja inequívocament industrial. I pocs anys després esdevingué una societat terciaritzada. El canvi havia sigut molt profund i molt veloç i, per tant, comportà dislocacions socials i algunes respostes característiques a aquest canvi, com una més gran articulació de la societat civil i, en particular, el desenvolupament d'organitzacions sindicals i polítiques de classe; així com un increment de la conflictivitat social, tot i que potser més matisa-

da que a altres indrets de l'Estat a causa d'una estructura on les petites i la mitjanes empreses eren clarament majoritàries, de tal manera que no s'alterà la general desmobilització ciutadana, tret fonamental del franquisme.<sup>6</sup>

Així, els principals canvis que es produïren foren la industrialització accelerada, la urbanització galopant i la secularització de la vida quotidiana,<sup>7</sup> als quals cal afegir la transformació demogràfica, la universalització de l'educació bàsica i la relativa massificació universitària.

De fet, cal tenir en compte que un dels canvis més decisius fou un «esclafit demogràfic», que feu passar el País Valencià dels 2.498.905 habitants en 1960 a 3.397.314 quinze anys després, el que ha sigut «la fase més expansiva de tot el seu cicle demogràfic modern» i fins i tot el «creixement demogràfic vegetatiu més elevat de la història d'aquest territori».<sup>8</sup> Aquest fet fou degut a

l'increment de la natalitat —entre d'altres, conseqüència del creixement econòmic— i a la reducció de la mortalitat així com, de manera molt significativa, per l'emigració d'altres territoris de l'Estat, la qual cosa transformà el país i, en concret, el *hinterland* de la ciutat de València, on es concentrà bona part d'aquests immigrants, fins al punt d'haver sigut considerada, la valenciana, una «societat d'al·luvió».<sup>9</sup> De fet, en 1970 els migrants suposaven un 22,1% del total de la població i en 1981 hi residien ja pràcticament un milió de persones, un 25,5%.

Aquests elements provocaren que l'assoliment de les llibertats democràtiques i de l'autogovern anés acompanyat de «l'extensió del mode de producció capitalista del país, el fort creixement demogràfic, i l'arribada d'un elevat contingent de mà d'obra d'origen immigratori, la tendència a les concentracions urbanes i el reforçament de desequilibris territorials, [i] l'entrellat d'institucions

6 CARNERO; PALAFOX, *Creixement, politització i canvi social. 1790-1980*.  
7 SAZ, «República, guerra i franquisme».  
8 CASTELLÓ, «La població al País Valencià: estructura i evolució».  
9 MOLLÀ; CASTELLÓ, «Demografía y recursos humanos».

## En el procés de modernització general que es donà durant el segon franquisme es produí un renaixement de les identitats col·lectives nacionals i regionals

que faran crisi».<sup>10</sup> Aquestes transformacions contextualitzaren el sorgiment del «blaverisme» com a nou moviment social. Però aquests canvis no expliquen per ells mateixos el naixement i desenvolupament d'aquest particular regionalisme anticatalanista. Tanmateix, sí poden contribuir a entendre la volada que en tingué.

Una de les conseqüències de la industrialització i terciarització accelerades fou el sorgiment d'una nova burgesia —industrial i de serveis— valencianoparlant i originària de comarques on la penetració social del castellà no era tan potent com als grans nuclis urbans del país,<sup>11</sup> la qual cosa possibilitava l'ascens social d'una nova classe que podia tenir en la llengua pròpia un factor d'identificació. Tanmateix, aquest procés de mobilitat social ascendent en segments significatius de classes mitjanes baixes i baixes amb escàs capital educatiu i fins i tot cultural comportà, en general, l'abandonisme lingüístic. De fet, una part important

d'aquests segments de població ja havien optat per la substitució lingüística en interrompre la transmissió del valencià en l'escala familiar. Havien fet «l'esforç» d'educar els seus fills en castellà i, per tant, no estaven disposats a fer marxa enrere en una opció que consideraven lligada als seus interessos socials. D'aquesta manera es conformà a l'àrea metropolitana de València un segment gens menyspreable de la base social anticatalanista.

Per tot plegat, el País Valencià havia experimentat un procés velocíssim de modernització econòmica i social, però també política i cultural, remarcant però, que al principi de la transició tenia un passat agrari molt recent i molt present encara en moltes mentalitats i estils de vida.<sup>12</sup>

### La creació de la nova identitat valenciana autònoma

D'altra banda, en el procés de modernització general que es donà durant el segon franquisme es pro-

duí un renaixement de les identitats col·lectives nacionals i regionals que, en general, es caracteritzaren per: a) l'antifranquisme, fet que convertí l'esquerra espanyola en els aliats d'aquestes; i b) l'antiespanyolisme o, si més no, un fort anticontralisme. Aquestes propostes generaren una reacció encara més unitarista i nacionalista espanyola del règim autoritari que alhora retroalimentà les identitats alternatives.

En aqueix context, la definició de qualsevol proposta d'identitat valenciana necessàriament anava redefinida en relació amb: a) El concepte «Espanya», com a estat i com a nació; i b) específicament amb Catalunya, referent de modernitat per als valencians i capdavanter en la lluita contra el franquisme. En aquest sentit es creà un enfrontament identitari que, tot salvant les distàncies, es pot comparar amb el cas de Navarra.<sup>13</sup> Iniciada la transició, en 1977 es produïren les primeres eleccions democràtiques, tot i que no totes les forces polítiques pogueren concórrer-hi. A diferència de l'extrema dreta, que sí

10 NINYOLES, «Una perspectiva de la sociologia valenciana».

11 BODOQUE, *El valencià i la política lingüística dels governs autònoms (1983-2003): un cas d'anàlisi de polítiques públiques*.

12 FLOR, *Noves glòries a Espanya. Anticatalanisme i identitat valenciana*.

13 ZABALZA, «Towards Hroch's Phase Z: 'antinationalism' in Valencia and Navarre (Spain)».

## El blaverisme no sols tenia com a objectiu l'oposició al catalanisme i/o als catalans sinó fonamentalment desplaçar els «catalanistes» del País Valencià de les posicions hegemòniques

que hi participà,<sup>14</sup> l'extrema esquerra i els nacionalismes sobiranistes foren exclosos.<sup>15</sup> Al País Valencià, a diferència del conjunt de l'Estat, aquestes eleccions les guanyà, per un cert marge, l'esquerra, tot i que, com es pot veure en la taula adjunta, en 1979, quan feia mesos que la dreta havia apostat per l'estratègia anticatalanista, les diferències s'havien reduït, en particular a la província de València i, encara més, a la ciutat de València.

Les elits polítiques i socials valencianes, poregoses de perdre l'hegemonia de què disposaven si més

no des de 1939, s'activaren i contribuïren en la difusió del blaverisme, un moviment sociopolític valencià nascut a la dècada del 1970, tot i que amb antecedents previs,<sup>16</sup> que feu de l'anticatalanisme la raó principal de ser, però que revestí aquest d'autoc-tonisme, és a dir, que es feu passar com a «valencianista» i, en aquest sentit, fou un anticatalanisme específic. El blaverisme no sols tenia com a objectiu l'oposició al catalanisme i/o als catalans sinó fonamentalment desplaçar els «catalanistes» del País Valencià de les posicions hegemòniques que haurien ocupat realment o imaginativa i, sobretot, d'ocupar el poder a partir d'un discurs que reinventava la tradició i la identitat regional valenciana. Per aconseguir-ho, feu servir el populisme com a principal estratègia política amb què guanyar el carrer —que havia sigut patrimoni fins aleshores de l'oposició antifranquista i valencianista— i, sobretot, les urnes, que des de les primeres eleccions, insistisc, havien donat la victòria a l'esquerra.

### El blaverisme

La particular evolució del blaverisme ha tingut quatre grans períodes: 1) el naixement com a grup de pressió (1975-1977); 2) la conversió en un moviment de masses (1977-1982), on aconseguí bloquejar socialment la proposta valencianista; 3) el període de govern socialista (1982-1995), on assolí la creació d'un partit, Unió Valenciana (UV), minoritari, però amb un suport significatiu, en particular al *hinterland* de València, que condicionà la política valenciana i esdevingué un instrument de pressió formidable en les polítiques públiques i que contribuï a la legitimació del blaverisme mitjançant un regionalisme banal; i 4) el període de govern conservador (1995-2015), on impregnà definitivament el PP que, bàsicament, junt amb altres discursos i matisos, vingué a substituir UV i a presentar-se com el partit que «veritablement» defensaria els interessos «dels valencians», la qual cosa coadjuvava a l'aconseguint de l'hegemonia política entre 1993 i 2015.

El blaverisme reaccionà frontalment en contra de la definició més o menys valencianista i esquerrana de les forces antifranquistes, i

14 Al País Valencià es presentaren quatre candidatures d'extrema dreta: l'Alianza Nacional 18 de julio-Fuerza Nueva, que es presentà a les tres demarcacions i obtingué l'1,10%; Falange Española Auténtica, i els Círculos José Antonio, que no es presentaren a la demarcació de Castelló i obtingueren al país un 0,27% i un 0,16% respectivament; i Falange Española de las JONS, que es presentà només a Castelló i aconseguí un 0,5%. En les eleccions generals del 1979 hi hagué dues candidatures: la Unión Nacional, amb un 2,31%, i la Falange Española Auténtica, amb un 0,23%.

15 Al País Valencià no pogueren presentar-se diverses candidatures, com les del Moviment Comunista del País Valencià (MCPV) i el Partit Socialista d'Alliberament Nacional dels Països Catalans (PSAN), les forces més destacades que feren més tard campanya a favor del no a la Constitució de 1978. El 1979 sí que es presentà el MCPV-OEC, que obtingué un 0,66%, i el PSAN, amb el nom de Bloc d'Esquerra d'Alliberament Nacional, que assolí un 0,51% dels vots.

16 FLOR, «Nosaltres, els 'antivalencians'. Les primeres reaccions antifusterianes i els precedents directes de l'anticatalanisme 'blaver' (1962-1974)».

Malgrat els esforços de mobilització del fusterianisme durant la transició política, la identitat valenciana proposada pel nacionalisme valencià es veuria frenada

Taula 2  
Percentatge de vot a formacions d'esquerres i dretes al País Valencià en les eleccions generals de 1977 i 1979, (%)

|                | València ciutat | L'Horta Nord | L'Horta Sud | L'Horta Oest | València província | Alacant província | Castelló província | País Valencià |
|----------------|-----------------|--------------|-------------|--------------|--------------------|-------------------|--------------------|---------------|
| Esquerra 1977  | 51,53%          | 52,5%        | 61,89%      | 64,07%       | 54,10%             | 51,50%            | 39,10%             | 52,02%        |
| Esquerra 1979  | 44,57%          | 52,08%       | 56,61%      | 61,02%       | 49,67%             | 50,68%            | 43,04%             | 49,42%        |
| Diferència     | -6,96           | -0,42        | -5,28       | -3,05        | -4,43              | -0'82             | +3,94              | -2,6          |
| Dreta 1977     | 38,60%          | 31,55%       | 25,84%      | 24,95%       | 36,60%             | 41,7%             | 54,50%             | 40,87%        |
| Dreta 1979     | 44,13%          | 37,63%       | 33,78%      | 29,35%       | 39,69%             | 42,78%            | 50,00%             | 41,08%        |
| Diferència     | +5,53           | +6,08        | +7,94       | +4,4         | +3,03              | +1'08             | -4,50              | +0'21         |
| Distància 1977 | 12,93           | 20,95        | 36,05       | 39,19        | 17,5               | 9,8               | -15,4              | 11,15         |
| Distància 1979 | 0,44            | 14,45        | 22,83       | 31,67        | 9,98               | 7,9               | -6,96              | 8'34          |
| Abstenció 1977 | 15,8%           | 15,9%        | 13,7%       | 15,2%        | 15,3%              | 17,8%             | 14,5%              | 15,9%         |
| Abtenció 1979  | 28,5%           | 22,3%        | 22,9%       | 24,1%        | 25,2%              | 26,4%             | 21,8%              | 25,1%         |
| Diferència     | +12,7           | +6,4         | +9,2        | +8,9         | +9,9               | +8,6              | +7,3               | +9,2          |

Font: Elaboració pròpia a partir de dades de la Generalitat. A les files de les esquerres hem sumat el 1977 PSOE, PSP, PSPV i PCE-PCPV i el 1979 PSPV-PSOE i PCE-PCPV. A la dreta s'ha sumat UCD i AP –Coalición Democrática el 1979– i hem afegit la Candidatura Independiente de Centro a Castelló –que el 1977 obtingué un 12,7% i 1 diputat– i URV que només es presentà a la demarcació de València el 1979. En negreta els percentatges i les diferències superiors i inferiors.

aconseguí expulsar als marges de la centralitat política el nacionalisme valencià mitjançant la identificació d'aquest amb un projecte vist com a sucursalista i dependent de Catalunya. Aquest n'ha sigut un dels seus grans èxits.

És dir que, malgrat els esforços de mobilització del fusterianisme durant la transició política, la identitat valenciana proposada pel nacionalisme valencià es veuria frenada després d'un impuls important durant els primers anys de la democràcia. El

regionalisme anticatalanista, en haver aconseguit crear «problemes de legitimació dels discursos nacionalitzadors [alternatius] al País Valencià»,<sup>17</sup> contribuí —i continua contri-

17 CASTELLÓ, *Estructura social i nacionalismes: les*

## El PSPV-PSOE buscà adaptar-se a la nova realitat, tot adoptant l'estratègia d'ocupar la centralitat política i de fer d'àrbitre entre els dos «extrems»: el fusterianisme i el blaverisme

buint— d'una manera fonamental al manteniment i fins i tot l'extensió de la penetració social del nacionalisme espanyol. De tal manera que l'acció nacionalitzadora espanyola de diferents sectors com ara l'administració de l'Estat, els mitjans de comunicació, el temps lliure... no té —pràcticament— resposta ni fre en una alternativa socialment significativa, amb la qual cosa la identitat nacional espanyola no esdevé, en absolut, conflictiva al País Valencià. Contràriament és la identitat nacional no sols hegemònica sinó ha sigut plenament naturalitzada.

La situació actual del blaverisme és que, en la mesura que ha esdevingut regionalisme banal, no li cal estar permanentment de forma explícita en el debat polític perquè sempre hi està «present», de tal manera que condiciona la política valenciana. Hauríem de preguntar-nos, per exemple, perquè, tot i produir-se el canvi polític al 2015, la Generalitat Valenciana encara no és al 2021 membre de ple dret de l'Institut Ramon Llull. A més, l'assumpció majoritària per banda de la dreta

valenciana l'ha convertit en una palanca d'agitació a la mesura dels interessos dels dirigents polítics i les elits econòmiques d'aquesta dreta. La transició valenciana implicà, per la força del blaverisme, una rebaixa de les perspectives inicials de l'autogovern que tenien la gran majoria dels actors polítics valencians. Del consens autonomista que es plasmà en la manifestació del 9 d'octubre de 1977 convocada pel Plenari de Parlamentaris o del Compromís Autonòmic l'any següent signat per la pràctica totalitat de forces polítiques amb presència al País Valencià, s'aconseguí el 1982 un Estatut per la via de l'article 143 de la Constitució espanyola. Aquest estatut no sols significava un autogovern inferior que a Catalunya, el País Basc, Galícia o Andalusia sinó que també simbòlicament el País Valencià esdevingué una autonomia de «segona», és a dir, una «autonomia d'àmplies competències tot i que de baixa consideració política».<sup>18</sup> Com a causes fonamentals hi hagué una d'interna —l'ús de l'anticatalanisme com a estratègia

de desgast del Consell, de les autoritats democràtiques i dels partits polítics d'esquerra, així com el fre de la proposta identitària fusteriana— i una d'externa, el colp d'estat del 23 de febrer de 1981, que feu reemergir la tradició unitarista amb visió d'Estat i demanà la «reconducció» del procés descentralitzador que suposadament hauria anat «massa» lluny.

Així mateix, bona part del paquet simbòlic que proposà el blaverisme esdevingué oficial, des de la terminologia oficial a la bandera, i per tant, acabà per ser banal, ordinari, la qual cosa contribuí decisivament a la seua legitimació i reproducció socials. Lluny d'apaivagar-se, com preveien alguns líders com el president socialista Joan Lerma (1951), aquest moviment exigí més i més. D'aquesta manera, la nova identitat regional valenciana —ara ja «autonòmica»— fou com significativament afirma la redacció del preàmbul de l'Estatut d'Autonomia, producte de la mixtura, no exempta de contradiccions, entre «la tradició valenciana provinent de l'històric Regne de València» i «la moderna concepció del País Valencià» que «dona

18 BODOQUE, *Partits i conformació d'elits polítiques autonòmiques. Transició política i partits polítics al País Valencià*.

*bases socials dels nacionalismes al País Valencià.*

## És interessant fer palès que totes les formacions polítiques que obtingueren representació parlamentària al 1977, tret d'AP, bevien en més o menys mesura del valencianisme fusterià

origen a l'autonomia valenciana, com a integradora dels dos corrents d'opinió que emmarquen tot allò que és valencià en un concepte cultural propi en l'estricta marc geogràfic que abasta». Així, el partit majoritari i que dirigiria la Generalitat Valenciana les tres primeres legislatures, el PSPV-PSOE, buscà adaptar-se a la nova realitat, tot adoptant l'estratègia d'ocupar la centralitat política i de fer d'àrbitre entre els dos «extrems»: el fusterianisme i el blaverisme, i gestionant aquesta identitat autonòmica, parcialment blavera però també amb unes dosis de «modernitat» fusteriana. Així es guanyava una part de la intel·ligència valenciana, impregnada de fusterianisme, per tal d'anar construint la nova «Comunitat Valenciana».

Així, es pot entendre millor la gestió del lermisme que al cap i a la fi tingué unes bases culturals diverses, provinents de la identitat regional històrica, del blaverisme —adaptació, com hem vist, d'aquella— i del fusterianisme, però, sobretot, que entroncà amb la modernitat «nacional» espanyola, promoguda per unes institucions estatals, controlades amb majoria absoluta —per primera

vegada en la història— per un partit socialista. Al cap i a la fi, si el PSOE havia aconseguit controlar un estat-nació que jurídicament procedia de l'alçament militar del 18 de juliol de 1936 i que, fruit dels pactes polítics de la transició, havia conservat importants continuïtats simbòliques —bandera *rojigualda*, Marxa Reial, monarquia borbònica, manteniment dels principals símbols feixistes com el Valle de los Caídos— i institucionals —cossos funcionaris, inclosos els judicials i els policials, ja que l'amnistia tingué dues direccions—; el PSPV-PSOE també podia gestionar perfectament una «Comunitat Valenciana», amb senyera amb franja blava, Himne «Regional» i valencià no secessionista però sense reconeixement de la unitat de la llengua catalana. A priori, semblava fins i tot més senzill.

La diferència, en tot cas, és que si els moviments i partits a l'esquerra del PSOE, políticament febles, no aconseguiren majoritàriament forçar les contradiccions simbòliques i polítiques dels governs de Felipe González (1942) per desgastar-los —ni tan sols ho feu significativament amb l'entrada a l'OTAN i probablement

la vaga general convocada per UGT i CCOO de 1988 fou el primer gran colp que provingué d'aquest flanc—, al País Valencià els partits polítics de dreta, AP i, de manera pràcticament monogràfica, UV, i un influent mitjà de comunicació, *Las Provincias*, es dedicaren constantment, dia rere dia, a desgastar els governs de Lerma i la seua buscada centralitat política, sense una reacció política eficaç. De fet, només vuit anys després de guanyar les primeres eleccions autonòmiques de 1983, el PSPV-PSOE perdé el control de l'ajuntament de la capital i dos anys després, a les eleccions generals de 1993, el centredreta valencià guanyà la voluntat majoritària dels valencians. Pràcticament des de 1978 fins a l'actualitat, l'esquerra política —inclòs també el nacionalisme valencià— se situà a la defensiva, ja que la iniciativa política, bàsicament, correspongué a la dreta.

És interessant fer palès que totes les formacions polítiques que obtingueren representació parlamentària al 1977, tret d'AP, bevien en més o menys mesura del valencianisme fusterià, la qual cosa generà un ampli consens d'assolir un autogovern amb les màximes competències



## Catalunya s'ha construït majoritàriament com una nació i el País Valencià com una regió. Una s'ha imaginat com una societat «sobirana» i l'altra no, és a dir, s'ha imaginat dins de la nació espanyola i la seua sobirania

possibles dins del sistema autonòmic. Tanmateix, en tots aquests partits, el *cleavage* valencianisme/espanyolisme tingué una gran importància en el control intern del poder i, en tots els casos, els vencedors foren els sectors més propers al segon aspecte de l'escala, la qual cosa fou conseqüència de la feblesa electoral del nacionalisme valencià, que arrossegà la percepció que un programa valencianista era un llast electoral. D'aquesta manera, el gran partit de centradreta de la transició, la UCD, adoptà a partir de 1978-1979 l'estratègia anticatalanista. Els partits d'esquerra continuaren assumint simbòlicament un cert fusterianisme, però ho feren de manera poruga — per exemple, el PSPV-PSOE esdevingué només PSOE en les conteses electorals. En aquest sentit, s'apostà per un regionalisme banal i institucional.

### Algunes conseqüències de la Batalla: l'allunyament entre Catalunya i el País Valencià

Catalunya s'ha construït majoritàriament com una nació i el País Valencià com una regió. Una s'ha imaginat

com una societat «sobirana» i l'altra no, és a dir, s'ha imaginat dins de la nació espanyola i la seua sobirania. Tot i que a Catalunya hi ha importants minories espanyolistes i al País Valencià influents minories nacionalistes valencianes, no es pot negligir aquesta diferència fonamental. Tot amb tot, tots dos països presenten, encara a hores d'ara, trets comuns innegables, entre els quals destaca una llengua compartida, encara avui dia àmpliament parlada a un costat i a l'altre de la frontera, però no només: també comparteixen l'anomenat eix mediterrani peninsular amb importants reivindicacions comunes atès els déficits d'infraestructures. Tanmateix, com és conegut, en general, les relacions polítiques entre els dos governs no s'han normalitzat ni tan sols han tingut una mínima fluïdesa, la qual cosa, a simple vista, resulta poc justificable.<sup>19</sup>

Semblava que a les acaballes del franquisme i inicis de la transició les relacions entre el País Valencià

i Catalunya serien més fluïdes. A tall d'exemple, el 6 d'abril de 1976 es presentà a la ciutat de València, amb completa normalitat, el Congrés de Cultura Catalana i el 23 d'octubre de 1977 se n'aprovaren les resolucions d'economia. Tot amb tot, una vegada establerts l'autogovern de tots dos territoris, paradoxalment la fluïdesa no s'ha produït. Les trobades bilaterals han sigut molt esporàdiques i els acords han sigut pràcticament inexistents. Certament amb el govern del Botànic s'han produït canvis, però encara cueja l'espantall de l'anticatalanisme. En aquest sentit, la por de generar una nova batalla cultural, de la que l'esquerra i el valencianisme té mal record, i la temença davant el control de l'opinió pública valenciana per part del poder mediàtic de la dreta dels mitjans locals o provinents de Madrid, ha comportat un clar fre a passar de les intencions als fets. Alhora, s'ha optat —si més no un sector del govern valencià— pel pragmatisme, tot situant els drets socials i la lluita contra la corrupció com a prioritat, i relegant les qüestions culturals i simbòliques en l'agenda política.

Certament, la manca d'interès per part de les elits catalanes i valen-

<sup>19</sup> FLOR, *Noves glòries a Espanya. Anticatalanisme i identitat valenciana*; FLOR; RIUS-ULLDEMOLINS, «Les complexes relacions entre Catalunya i País Valencià: una perspectiva sociològica».

## La manca d'interès per part de les elits catalanes i valencianes, i sobretot, una geopolítica centralista i radial, així com l'anticatalanisme han sigut factors que han dificultat la cooperació

cianes i, sobretot, una geopolítica centralista i radial, així com l'esmentat anticatalanisme han sigut factors, entre d'altres, que han dificultat la cooperació. Tot plegat ha sigut un «mal negoci» i, siga de qui siga la responsabilitat, ha limitat el creixement de l'eix mediterrani compartit. De fet, tenint en compte les —escasas— dades estadístiques de què disposem, els valencians s'identifiquen molt poc amb el conjunt de territoris de llengua catalana. D'altra banda, els catalans, en general, valoren els valencians d'una manera ambivalent, que no es pot qualificar en absolut com positiva, en concret en acabar la transició,<sup>20</sup> la qual cosa

---

20 «Respecto a los valencianos, los catalanes manifiestan tener sentimientos contrapuestos, ambivalentes, que en ocasiones les resultan perturbadores. Algunos encuestados dicen no saber a qué atenerse con los valencianos, no ven claro dónde situarlos. Existe una atmósfera evidentemente enrarecida, tensa, entre valencianos y catalanes. Los encuestados reconocen que los valencianos son trabajadores, e incluso serios, pero no les tienen mucha confianza y simpatía. [...] el concepto de falsedad es muy a menudo aplicado contra ellos. Las relaciones entre valencianos y catalanes, como indican estos datos, están plagadas de equívocos, susceptibilidades, mutua hostilidad, tensión. Una relación de vecinos y hermanos de lengua muy deteriorada» a BARRERA-GONZALEZ, La dialéctica

*a priori* podria semblar sorprenent, fet que probablement indicarien una reacció de disgust respecte de l'anticatalanisme valencià. I, com és sabut, la percepció general dels valencians respecte als catalans tampoc no és precisament positiva. En definitiva, en els darrers 40 anys, en general, s'ha produït un estranyament entre el País Valencià i Catalunya. No hi ha hagut una aliança estratègica entre els dos governs. L'anticatalanisme, el blaverisme, doncs, ha estat un factor fonamental per entendre aquestes complexes relacions. Actualment les relacions institucionals i entre les dues societats civils, doncs, disten de ser «normals». Ambdues societats viuen d'esquenes. I totes dues en perden. Aquesta situació és una de les conseqüències de la Batalla de València. ■

---

de la identitat en Catalunya. Un estudio de Antropología Social.

## ■ Bibliografia

BARRERA-GONZÁLEZ, Andrés. *La dialéctica de la identidad en Cataluña. Un estudio de Antropología Social*. Madrid: CIS, 1985.

BODOQUE, Anselm. *Partits i conformació d'elits polítiques autonòmiques. Transició política i partits polítics al País Valencià*. Barcelona: Institut de Ciències Polítiques i Socials, 2000.

BODOQUE, Anselm. *El valencià i la política lingüística dels governs autònoms (1983-2003): un cas d'anàlisi de polítiques públiques*. Tesis doctoral dirigida per Joan Subirats i Josep Maria Felip. València: Universitat de València, 2005.

CALZADA, Antonio i TORRES, Ricard Camil. *Valencians sota el franquisme*. Simat de la Valldigna: La Xara, 2002

CASTELLÓ, Rafael. *Estructura social i nacionalismes: les bases socials dels nacionalismes al País Valencià*. Tesis doctoral dirigida per Damià Mollà. València: Universitat de València, 1999.

CASTELLÓ, Rafael. «La població al País Valencià: estructura i evolució». A NINYOLES, Rafel Lluís. *La societat valenciana: estructura social i institucional*. Alzira: Bromera, 2000.

CARNERO, Teresa; PALAFOX, Jordi. *Creixement, politització i canvi social. 1790-1980*. València: Institutió Alfons el Magnànim, 1990.

CUCÓ, Alfons. *Roig i blau. La transició democràtica valenciana*. València: Tàndem, 2002.

FLOR, Vicent. *Noves glòries a Espanya. Anticatalanisme i identitat valenciana*. Catarroja (País Valencià): Afers, 2011.

FLOR, Vicent. «Nosaltres, els 'antivalencians'. Les primeres reaccions antifusterianes i els precedents directes de l'anticatalanisme 'blaver' (1962-1974)». A *Afers. Fulls de recerca i pensament*, núm. 71-72, 2012.

FLOR, Vicent. *Societat anònima. Els valencians, els diners i la política*. Catarroja (País Valencià): Afers, 2015.

FLOR, Vicent; RIUS-ULLDEMOLINS, Joaquim. «Les complexes relacions entre Catalunya i País Valencià: una perspectiva sociològica». A MIGUÉLEZ, Fausto (ed.). *Societat catalana. 2016-2017*. Barcelona: Institut d'Estudis Catalans, 2020.

GINER, Salvador. *Los españoles*. Barcelona: Mondadori, 2006.

MOLLÀ, Damià; CASTELLÓ, Rafael. «Demografía y recursos humanos». A GARCÍA FERRANDO, Manuel (ed.). *La sociedad valenciana de los noventa*. València: Institutió Alfons el Magnànim, 1992.

NINYOLES, Rafael Lluís. «Una perspectiva de la sociologia valenciana». A NINYOLES, Rafael Lluís (ed.). *Estructura Social al País Valencià*. València: Diputació de València, 1982.

SANTACREU, José Miguel; GARCIA, Mariano. *La transició democràtica al País Valencià*. Simat de la Valldigna (País Valencià): La Xara, 2002.

SAZ, Ismael. «República, guerra i franquisme». A Pedro Ruiz (ed.). *Història del País Valencià*, vol. V. Barcelona: Edicions 62, 1990.

ZABALTZA, Xabier. «Towards Hroch's Phase Z: 'anti-nationalism' in Valencia and Navarre (Spain)». A *Nations and nationalism*, núm. 25 (3), pàg. 888-909, 2019.



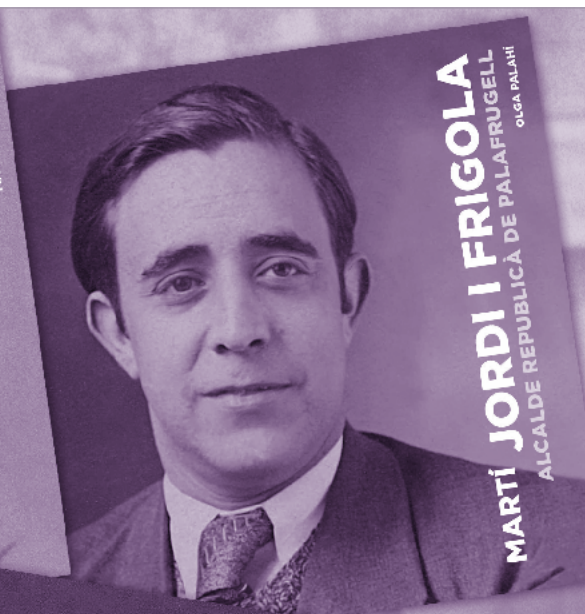
**MARTÍ ROURET**  
L'ESCALA, MÓRA D'EBRE, BARCELONA, MÈXIC  
RAFEL BRUGUERA

FUNDACIÓ  JOSEP IRLA

# BIOGRAFIES POLÍTIQUES



**JAUME AIGUADER**  
LA NACIÓ POPULAR  
MANUEL PEREZ NIEPERERA



**MARTÍ JORDI I FRIGOLA**  
ALCALDE REPUBLICÀ DE PALA FRUGELL  
OLGA PALAHÍ



**SAMUEL MORERA**  
ALCALDE REPUBLICÀ DE TERRASSA  
JOSEP RUY

[www.irla.cat/publicacions](http://www.irla.cat/publicacions)





explorador

## La nova internacional de l'odi

vista prèvia >

**Arreu del món l'amenaça de l'extrema dreta ha deixat de ser un malson del passat per ser un combat del present. Aquests moviments extremistes, autoritaris i xenòfobs comparteixen elements comuns que els fan assimilables entre ells. Davant les múltiples crisis existents i la manca de resposta de la resta d'actors, l'extrema dreta aprofita per consolidar el seu missatge d'odi i guanyar-se la confiança de cada cop més sectors de la societat.**



**Alba Sidera Gallart**

Periodista especialitzada en extrema dreta

@albasidera

Els últims anys hem assistit a un auge arreu del món de polítics i partits d'extrema dreta que han obtingut un èxit considerable, tant a nivell mediàtic com polític i cultural. Els seus discursos han deixat la marginalitat i han entrat al debat públic de les idees; els seus líders autoritaris han esdevingut populars i han aconseguit arribar a governar o a condicionar governs de nord a sud. Es tracta de fenòmens aïllats o estan interconnectats? Analitzarem les semblances i diferències dels principals moviments d'extrema dreta: allò que els uneix i allò que els separa; les particularitats que han permès que naixessin en cada context i l'intent, més o menys reeixit, de crear una cohesió entre ells a nivell internacional.

### **Itàlia, banc de proves per a Steve Bannon**

El 4 de març del 2018 es van celebrar eleccions generals a Itàlia. Les últimes que hi ha hagut, malgrat que des d'aleshores el país ha tingut ja tres governs diferents. Aquella nit, un personatge que preferia mantenir-se a l'ombra seguia atentament l'escru-

tini de vots des de la seu de la Lega [Lliga] a Roma. Era Steve Bannon (1953), exassessor de Donald Trump (1946) i ideòleg de la campanya que va dur el magnat immobiliari a la Casa Blanca. Bannon ho tenia clar: després d'altres intents fallits —com, per exemple, el del polític britànic Nigel Farage (1964)— havia apostat per Itàlia. El país transalpí seria el banc de proves a Europa del repte més gran que Bannon s'havia proposat: crear una internacional de dreta radical populista sota el nom de The Movement.

Aquella mateixa nit del 4 de març va arribar l'eufòria a la seu de la Lega. El Movimento 5 Stelle (M5E) [Moviment 5 Estrelles] era el partit més votat (32,6%), el segon era el Partito Democratico (PD) [Partit Demòcrata] (22,8%), i el tercer, la Lega de Matteo Salvini (1973) amb el 17,6%. En realitat, però, si es miren els resultats per blocs, la guanyadora era la coalició formada per la Lega de Salvini, el partit postfeixista Fratelli d'Italia [Germans d'Itàlia], de Giorgia Meloni (1977), i Forza Italia, de Silvio Berlusconi (1936), que juntes sumaven fins al 37% del total. La novetat d'aquells comicis va ser que, per primer cop,

la Lega de Salvini superava a nivell estatal els seus socis de coalició i el *leghista* passava a ser de forma oficial, per tant, el líder de la dreta i l'extrema dreta italianes. Bannon va veure l'ocasió de col·locar el seu escollit al poder: darrere el pacte entre el M5E i Salvini hi havia el cervell de Bannon. Ell hauria volgut incloure-hi també Fratelli d'Italia, ja que Bannon té debilitat per la figura de la postfeixista Meloni, i voldria que esdevingués la seva aposta principal a Europa a llarg termini.<sup>1</sup> Però la política romana, que s'ha construït una imatge de respecte gràcies a mantenir-se coherent, va rebutjar entrar en un govern que no fos tot declaradament de dretes. Salvini i Meloni representen els dos grans corrents de l'extrema dreta actual: el milanès encarna la identitària, o dreta radical populista, pretesament renovada, mentre que la de la romana és l'extrema dreta tradicionalista i conservadora clàssica. I Meloni sap esperar.

«Sou els primers que podeu trencar de debò el paradigma dreta-es-

---

<sup>1</sup> SIDERA, «Les urpes de Bannon i la possible substituta de Salvini».

## La filosofia trumpista casava bé amb la idea que Grillo tenia del seu moviment

guerra. Sou els primers que podeu demostrar que el populisme és el nou paradigma organitzador»,<sup>2</sup> va dir Bannon per engrescar uns i altres. No va caldre gaire feina per convèncer-los. Salvini estava ansiós per tocar poder i Beppe Grillo (1948), el cap i fundador del M5E, ha tingut sempre admiració per Bannon i el projecte que Trump representava. La nit que el magnat nord-americà va guanyar les eleccions presidencials de 2016, Grillo va gravar-se davant una pantalla de televisió que proclamava la victòria trumpista mentre exclamava, exultant: «És al·lucinant! És la deflagració d'una època. Hi ha similituds entre aquesta història americana i el M5E!».<sup>3</sup> I per si no havia quedat clar, ho va explicar: «De Trump, els grans mitjans han dit el mateix que deien de nosaltres: que érem sexistes, homòfobs, demagogs, populistes». Per a Grillo, ell i el magnat nord-americà eren «uns veritables herois» perquè, malgrat tenir «els grans mitjans, els maçons i els bancs» en contra, havien aconseguit els vots «dels inadaptats i els fracassats». La filosofia trumpista

casava bé amb la idea que Grillo tenia del moviment. Grillo havia definit el seu partit com «ni de dretes ni d'esquerreres, ni feixista ni antifeixista»,<sup>4</sup> i l'aliança amb Salvini va ser la més natural possible.

El govern *grillino-leghista* va ser la nineta dels ulls de Bannon i l'enveja de l'extrema dreta populista europea. I així, durant les eleccions europees del 2019, amb Salvini al poder com a ministre d'Interior i viceprimer ministre –càrrecs que va ocupar fins a l'estiu d'aquell any–, va ser coronat com el líder de la nova dreta radical populista. El dissabte 18 de maig del 2019 la nova dreta radical populista va fer el seu acte final de campanya a Milà, que va significar l'entronització de Salvini com a líder del moviment identitari europeu. Hi van assistir bona part dels líders que Bannon havia fitxat –o estava en procés de fitxar– per al seu projecte The Movement: Marine Le Pen (1968), del francès Rassemblement National [Reagrupament Nacional]; Geert Wilders (1963), del Partij voor de Vrijheid [Partit per la Llibertat holandès]; Anders Vistisen (1987), del Dansk Folkeparti

[Partit Popular danès]; el búlgar Vesselin Mareshki (1967), del partit Volya [Voluntat]; Jaak Madison (1991), de l'Eesti Konservatiivne Rahvaerakond [Partit Popular Conservador d'Estònia], o Tomio Okamura (1972), nascut a Tòquio i fundador de Svoboda a prímá demokracie [Llibertat i democràcia directa], un partit d'extrema dreta de la República Txeca.

Mentre Salvini va ser al govern amb els *grillini*, Meloni es va quedar a l'oposició, reforçant la seva imatge de coherència ideològica. Aquesta estratègia també és la que segueix duent a la pràctica ara Meloni davant la nova crisi governamental a Itàlia: ha volgut quedar-se a l'oposició i mantenir la seva «puresa» ideològica intacta. Salvini, en canvi, dona suport al govern del tecnòcrata Mario Draghi (1947), l'home fort dels poders econòmics, la personificació de les elits de Brussel·les. I ho pot fer perquè la característica principal de Salvini com a polític és la mal·leabilitat de discursos, altrament dita manca d'escrúpols. Salvini és informal, impulsiu i oportunista, d'idees canviants segons l'interès. A més, ha viscut tota la vida de la política dedicant-hi el menor temps possible.

2 HOROWITZ, «Italy's Populist Parties Win Approval to Form Government».

3 SIDERA, «Grillo mira cap a la dreta».

4 SIDERA, «Sortida d'armari ideològica».

## Salvini pot canviar de parer en qüestions importants sense despentinat-se perquè la seva forma de fer política –populista– té més d'il·lusionista que de líder amb idees i valors

En tots els càrrecs que ha tingut –regidor, eurodiputat o ministre d'Interior, entre d'altres– ha destacat per un gran absentisme.<sup>5</sup>

Ben al contrari, Meloni és seriosa, d'una coherència ideològica granítica i una pencaire que s'ha construït una carrera política militant al costat dels postfeixistes i no faltant mai a cap reunió. És una política d'extrema dreta convençuda; Salvini, en canvi, pot canviar de parer en qüestions importants sense despentinat-se perquè la seva forma de fer política –populista– té més d'il·lusionista, d'encantador de serps, com a mètode per arribar al poder, que de líder amb idees i valors consistents. Per això va poder passar de defensar l'autonomia de les regions del nord a defensar la identitat i la unitat nacional italianes quan, el 2013, la seva gran amiga Marine Le Pen el va avisar que a Itàlia hi havia un buit que podia ocupar: el de la dreta radical populista. I així va ser com Salvini, el desembre del 2013, va agafar les regnes d'una Lega Nord reduïda als seus mínims històrics, destrossada per escàndols de corrupció lligats

a la família Bossi, la fundadora del partit, i la va transformar en una formació identitària i d'ambició –i bandera gegant– nacional. I li ha sortit bé: la Lega, actualment, lidera les enquestes i seria el primer partit d'Itàlia si hi hagués eleccions.<sup>6</sup>

### Vox, l'herència del franquisme

A l'Estat espanyol l'extrema dreta predominant és ultraconservadora i es basa sobretot a esbrimar al màxim el concepte d'identitat nacional. El partit d'extrema dreta espanyol Vox va néixer pràcticament al mateix temps que Podemos –de fet tres mesos abans, al desembre del 2013– però a diferència de la formació d'esquerres de Pablo Iglesias (1978), a Vox li va costar molt deixar de ser testimonial. Van haver de passar cinc anys perquè se'ls comencés a prendre seriosament. Comparat amb la resta d'extremes dretes del seu voltant, podem considerar que va trigar a aixecar el vol.

Vox va tenir un inici poc atractiu, tou i desapassionat, sense cap mena d'èpica. Un origen que no podia funcionar per presentar-se, tal com han fet altres partits de la nova extrema dreta, com a actor disruptiu en el panorama polític del país. Li faltava el component *antiestablishment*. I és que Vox va néixer d'una costella del Partit Popular (PP): venia de les entranyes del sistema. Quan es va formar, el 2013, el seu fundador, Santiago Abascal (1976), era literalment un buròcrata de partit. És a dir, encarnava exactament allò que la nova extrema dreta o dreta radical populista diu que vol combatre. Dirigia una fundació pública, la Fundación para el Mecenazgo y el Patrimonio Social. Havia estat nomenat gràcies a la seva protectora, Esperanza Aguirre (1952), expresidenta de la Comunitat de Madrid i exponent de l'ala més dretana del PP. Abascal va rebre un sou de 82.491 euros de diners públics per dirigir la fundació un any, durant el qual l'organisme no va realitzar cap projecte. També va presidir una altra fundació, DENAES –Fundación para la Defensa de la Nación Española–, que li va servir per començar a fer-se conegut entre els sectors més dretans del PP.

<sup>6</sup> YOUTREND, «Supermedia dei sondaggi politici, 4 marzo: i consensi per i partiti a 3 anni dalle elezioni politiche».

<sup>5</sup> SIDERA, «Salvini, el gran absentista».



## Tota l'extrema dreta populista apel·la a l'identitarisme o nativisme

Però Vox no deixava de ser un partit minoritari i invisible per al gran públic. Necessitava quelcom que el fes sortir de la marginalitat, que el posés al centre de l'interès mediàtic. I ho va trobar en l'atac a l'independentisme català. L'acció que va treure el partit d'Abascal de l'anonimat i sobre la qual es va construir la imatge del partit va ser presentar-se com a acusació particular en el judici contra els líders independentistes catalans (2017-2019). Van construir-se el paper de defensors de la «*sagrada unidad de España*», i el judici els va oferir l'element d'èpica que els mancava.

Els mitjans de comunicació espanyols no van tenir precaucions amb Vox; al contrari: ser l'acusació particular en el judici del procés els va obrir les portes de tots els platós. Va ser l'element legitimador de Vox a l'escenari públic espanyol, així com el bitllet que els va permetre obtenir propaganda gratuïta a tot arreu. I amb ells, penetrava lentament el blanqueig del franquisme en horari de màxima audiència sense, aparentment, despertar gaire preocupació. Fins que de sobte, el 7 d'octubre del 2018 van omplir el pavelló de Vista Alegre a Madrid amb 10.000 persones

corejant consignes que sonaven a «¡Arriba España!». I els mateixos mitjans que s'havien passat mesos donant-los veu i situant-los com els defensors de la unitat d'Espanya enfront del «*desafío separatista*» van preguntar-se com havia pogut aparèixer un partit d'extrema dreta amb tanta força.

Vox va fer el salt gràcies a situar-se com els grans defensors de l'antiindependentisme, capitanejant aquestes posicions, i per la quota mediàtica que els mitjans van regalar-los, però no s'alimenten només d'això. Com tota la nova extrema dreta, tant la tradicional com la identitària i populista —Vox bascula entre les dues: va començar conservadora i ha anat adquirint musculatura d'identitarisme populista—, busca alimentar l'èpica mitificant la història. La idea central és la de la Reconquesta. Presenten l'essència de l'espanyolitat com una reconquesta: d'una banda, volen reconquerir Catalunya, que consideren ostatge dels independentistes, i de l'altra, volen reconquerir l'Estat espanyol d'una suposada islamització. Ambdues posicions ideològiques són herència directa del franquisme.

Des de l'inici, el programa de Vox ha estat clarament neoliberal en allò econòmic, autoritari i conservador en el terreny de la moral i identitari en termes nacionals. Un altre dels seus trets distintius és l'antifeminisme furibund. Però els d'Abascal, que han rebut també l'assessorament de Bannon, s'han adonat que poden créixer també per l'esquerra, ja que bona part de l'electorat dretà ja el tenen a la butxaca. I per això, de mica en mica, els seus líders han anat farcint els discursos d'una retòrica una mica més social —en aparença i de forma superficial— i obrerista. I com obtenen vots de la classe treballadora tots els partits de la nova extrema dreta? Dividint-la i enfrontant-la amb aquells que estan un esglaó social per sota: els immigrants. Tota l'extrema dreta populista apel·la a l'identitarisme o nativisme. Defensen només els «d'aquí», enfrontant-los amb qui és diferent, amb «l'altre»: el que té una altra cultura, un altre color de pell. I fan creure als nadius que els nouvinguts representen una amenaça. La immigració és el seu boc expiatori ideal: difonent mentides ben estudiades, aconsegueixen crear el clima d'hostilitat necessari perquè la seva proposta de mà dura

## Els mitjans de comunicació han tingut un paper fonamental en l'auge de la nova extrema dreta. Els han servit d'altaveu i els han comprat l'agenda, tractant els seus temes preferits

i, sovint, contrària als drets humans resulti atractiva.

Una altra manera de penetrar en l'electorat obrer sense haver d'entrar en la qüestió social —on quedaria al descobert la llunyania real amb la classe treballadora— és centrar el debat públic en els aspectes culturals. Instrumentalitzen els trets culturals i les tradicions del país. A l'Estat espanyol, Vox ho fa amb els toros, la caça, les tradicions catòliques com les processons i la mitificació de l'«*España vaciada*». Així reforcen els aspectes culturals que diferencien els espanyols «autòctons» dels nouvinguts. El mantra de Vox és que tant els immigrants com l'esquerra progressista posen en perill aquesta identitat, de la mateixa manera que els independentistes catalans posen en perill la sagrada unitat de l'Estat.

### Alemanya, feu del terrorisme d'ultradreta

Els mitjans de comunicació han tingut un paper fonamental en l'auge de la nova extrema dreta. Els han servit d'altaveu i els han comprat l'agenda, tractant els seus temes

preferits. El diari sensacionalista alemany *Bild* n'és un bon exemple. Durant anys s'ha dedicat a alimentar l'antieuropeisme i el menyspreu cap al sud d'Europa, i també ha ofert una imatge distorsionada en negatiu de la immigració. Quan la crisi econòmica del 2008 va arribar a Alemanya, aquest sentiment antieuropeista es va accentuar i es va traduir en la negativa a donar aire i ajudar els països que estaven patint les conseqüències de la crisi amb més duresa, com ara Grècia. Un caldo de cultiu immillorable per al partit de la nova extrema dreta Alternative für Deutschland [Alternativa per Alemanya] (AfD), fundat a Berlín el febrer del 2013. Al principi el seu discurs girava principalment al voltant de l'antieuropeisme. S'oposaven a la consellera Angela Merkel (1954) i a Brussel·les, que titllaven d'elits antialemanyes. Van aconseguir capitalitzar part d'aquell descontentament, com estava fent el mateix any el populista M5S a Itàlia amb molt més èxit.

A final del 2014 es van celebrar a Alemanya les primeres manifestacions de Pegida —acrònim alemany

de Patriotische Europäer gegen die Islamisierung des Abendlandes, [Patriotes Europeus contra la Islamització d'Occident]—, una organització xenòfoba i plena de neonazis. Pegida va obtenir molt ressò als mitjans i AfD es va plantejar si apropar-s'hi o no. Els que volien que el partit fos una alternativa conservadora més a la dreta de la Christlich Demokratische Union Deutschlands (CDU) [Unió de Centre Democràtic] de Merkel van acabar perdent, i es van imposar els líders més extremistes, amb posicions revisionistes del nazisme i tot. Així, es van començar a posar en discussió consensos que fins aleshores eren intocables en l'Alemanya que s'havia reconstruït després de l'horror nazi. I, com tota la dreta radical populista, van fer de la immigració el blanc dels seus discursos d'odi. AfD va aprofitar-se tant com va poder de l'emergència dels refugiats, que va viure episodis dramàtics el 2015 i 2016. El que era aleshores cap del partit, Frauke Petry (1975), va dir en una entrevista el gener de 2016 que veuria bé «obrir foc contra els refugiats».<sup>7</sup> A més, els atemptats

<sup>7</sup> DEUTSCHE WELLE, «Polémica en torno a declaraciones de Petry».

## Els discursos d'odi i les mentides que propaga l'extrema dreta són l'aliment del terrorisme ultradretà

gihadistes van ser oli en un llum per alimentar la islamofòbia dels seus discursos.

Alexander Gauland (1941), un dels seus líders i cap d'AfD al Bundestag, el parlament alemany, ha minimitzat en diferents ocasions el nazisme. El 2018, per exemple, va dir que «Adolf Hitler i el nazisme van ser només una cagarada d'ocell en la història mil·lenària d'Alemanya».<sup>8</sup> Ho va dir durant el congrés de les joventuts del partit, que va sumar uns 2.000 participants. Un altre líder que practica sovint el revisionisme de l'Holocaust és Björn Höcke (1972), cap del partit a Turíngia, *land* oriental on AfD va quedar segona a les eleccions locals del 2019. Höcke encapçala l'ala més radical del partit, contraposada a la que voldria institucionalitzar-se i presentar-se com una formació conservadora una mica menys extremista per poder competir directament amb la CDU.

El febrer del 2020 hi va haver un atemptat d'ultradreta –l'extrema dreta que no renuncia a l'ús de la

violència– a Hanau. L'autor pretenia fer una matança racista, disparant contra dos locals freqüentats per persones d'origen estranger. Va matar nou persones i en va deixar sis de ferides de gravetat. Merkel va declarar que «el racisme és un verí per a la societat».<sup>9</sup> Tots els partits van condemnar l'atemptat racista excepte AfD, que va minimitzar-lo i va negar-ne el component ideològic, intentant atribuir-lo a problemes psicològics d'un llop solitari. Ben lluny de la realitat: els discursos d'odi i les mentides que propaga l'extrema dreta són l'aliment del terrorisme ultradretà. Alemanya és el país europeu on és més actiu. La ultradreta hi ha comès 10.106 actes violents a l'última dècada, i 83 assassinats des del 1990, cinc vegades més que el terrorisme gihadista en el mateix període.

Bannon fa temps que festeja l'AfD, s'ha reunit amb els seus líders i hi té bona relació. Amb tot, l'extrema dreta alemanya —com també l'escaandinava, per exemple— és refractària a adherir-se explícitament a un moviment on tenen tant de pes

els europeus del sud d'Europa. Els italians i els espanyols solen ser boc expiatori habitual de l'extrema dreta alemanya, de la mateixa manera que per a l'extrema dreta espanyola i italiana ho són els africans. D'altra banda, per als països que comparteixen fronteres, com Àustria i Itàlia, tampoc és senzill aliar-se si cadascun vol enviar fora del seu territori les persones migrants.

### Bolsonaro o la contrarevolució reaccionària

El 28 d'octubre del 2018 Salvini gaudia de plena popularitat al capdavant del govern d'Itàlia com a viceprimer ministre i ministre de l'Interior. I va redactar un tuit molt significatiu: «A Brasil els ciutadans també han enviat a casa l'esquerra!». Era un missatge de felicitació entusiasta per a Jair Bolsonaro (1955), que acabava de guanyar les eleccions presidencials. Qui va contestar el tuit a Salvini va ser Eduardo, el fill de qui estava a punt d'esdevenir president. «El regal està en camí», deia Eduardo. El regal d'agraïment a la felicitació era una persona: Cesare Battisti (1954),

<sup>8</sup> DEUTSCHE WELLE, «Gauland: nazismo es 'solo una caca de pájaro' en la historia de Alemania».

<sup>9</sup> SERRA, «Matança racista a Alemanya».

exmembre de l'organització armada Proletari Armats per il Comunismo (PAC) [Proletaris Armats per al Comunisme], activa durant els anys de plom italians de les dècades de 1970-1980, que es va fugar de la presó el 1981 mentre complia condemna per pertinença a banda armada. El 2009 el president Lula da Silva (1945) li havia concedit l'asil polític. Amb l'arribada de Bolsonaro al poder, Battisti va ser extradit i enviat a la Itàlia de Salvini com un trofeu. Eduardo Bolsonaro (1984) és l'home de Bannon a Llatinoamèrica.

Per obtenir el poder, Jair Bolsonaro va saber aprofitar-se de diferents factors. D'una banda, la difícil situació econòmica i la decepció de la ciutadania amb el govern de Dilma Rousseff (1947), que s'havia allunyat de les posicions més esquerranes de Lula da Silva, van crear un clima propici per a les posicions populistes de «tots els polítics són iguals». De l'altra, va gaudir del suport de militars —que ell ha convertit en actors polítics—, empresaris corruptes i, molt decisius també, els fonamentalistes evangèlics.

En plena campanya per a la presidència, Bolsonaro va ser víctima

d'un apunyalament que també el va beneficiar molt. El candidat va convertir l'atac en un senyal diví: si es recuperava, volia dir que era l'escollit. Els fonamentalistes evangèlics, molt influents al Brasil, el van ajudar a difondre aquesta visió dels fets. Bolsonaro no té gaire capacitat d'argumentació, i l'atemptat li va servir també com a excusa per esquivar els debats. Això sí: mentre s'emetia el debat entre els altres candidats, Bolsonaro apareixia fent-se una entrevista-massatge al canal dels evangèlics. Hi va haver una comunió d'interessos. Un cop al poder, els va recompensar, per exemple, posant el sistema educatiu a les seves mans.<sup>10</sup>

Bolsonaro diu que el que vol és conservar la tradició judeocristiana i combatre la «ideologia de gènere» —és a dir, els drets de les dones i del col·lectiu LGTBI—; però assegura, com tota la nova extrema dreta, que el seu discurs no és ideològic, sinó el del sentit comú, d'allò que és correcte. Evidentment tota política és ideològica, i en el cas de Bolsonaro,

en concret, participa d'una ideologia retrògrada, que pretén dur a terme una contrarevolució reaccionària.

### **Una amenaça global**

Podem concloure que en tots els casos la nova extrema dreta ha sabut aprofitar-se de situacions de crisi: econòmica, política, de confiança en els partits i en les institucions. La crisi de la socialdemocràcia, que va virar cap a l'anomenada «tercera via» —Tony Blair en va ser un dels màxims exponents; Matteo Renzi (1975), un alumne avantatjat—, també ha facilitat molt les coses a la dreta radical populista, que pretén, exactament com el feixisme històric, superar la dualitat entre dreta i esquerra.

Bona part de la classe treballadora s'ha sentit òrfena de representació política en algun moment quan han vist que els partits de centreesquerra que han governat durant la crisi econòmica aplicaven retallades de drets i reformes laborals que fomentaven la precarietat, i es doblegaven als dictàmens dels mercats. Això ha facilitat que personatges com Salvini,

<sup>10</sup> EUROPA PRESS. «Bolsonaro satisface al ala evangélica nombrando al pastor Milton Ribeiro al frente de Educación».

## Bona part de la classe treballadora s'ha sentit òrfena de representació política en algun moment

Abascal o Bolsonaro, que defensen els interessos de les classes altes de la societat, hagin pogut disfressar-se i erigir-se com a portaveus de les classes treballadores. Salvini porta anys d'avantatge; Abascal tot just s'està entrenant. Però el camí d'èxit ja el va deixar marcat Salvini per a tots els membres d'aquesta nova internacional de l'odi, heterogènia i, al mateix temps, agermanada. Una amenaça per la democràcia que, si no s'hi posa remei, té l'ambició de devorar la resta de partits a banda i banda de l'espectre ideològic. I han demostrat que tenen la capacitat per fer-ho. ■

### ■ Bibliografia

BERIZZI, Paolo. *Nazitalia*. Milà: Baldini-Castoldi, 2018.

DEUTSCHE WELLE. «Polémica en torno a declaraciones de Petry» [en línia]. A *Deutsche Welle*, de 30 de gener del 2016. Disponible a: <www.dw.com>.

DEUTSCHE WELLE. «Gauland: nazismo es 'solo una caca de pájaro' en la historia de Alemania» [en línia]. A *Deutsche Welle*, de 2 de juny del 2018. Disponible a: <www.dw.com>.

EUROPA PRESS. «Bolsonaro satisface al ala evangélica nombrando al pastor Milton Ribeiro al frente de Educación» [en línia]. A *Europa Press*, d'11 de juliol de 2020. Disponible a <www.europapress.es>.

HOROWITZ, Jason. «Italy's Populist Parties Win Approval to Form Government» [en línia]. A *The New York Times*, de 31 de maig del 2018. Disponible a: <www.nytimes.com>.

MUDDE, Cas. *Ultradreta*. Barcelona: Saldonar, 2020.

NARDONE, Alessandro. *'Italiani, reagite!' Intervista a Steve Bannon*. Lecce: Youcanprint, 2020.

NEIWERT, David. *Red Pill, Blue Pill: How to Counteract the Conspiracy Theories That Are Killing Us*. Nova York: Prometheus, 2020.

SERRA, Gemma C. «Matança racista a Alemanya» [en línia]. A *El Punt Avui*, de 21 de febrer del 2020. Disponible a: <www.elpuntavui.cat>.

SIDERA, Alba. *Feixisme persistent, radiografia de la Itàlia de Matteo Salvini*. Barcelona: Saldonar, 2020.

SIDERA, Alba. «Grillo mira cap a la dreta» [en línia]. A *El Punt Avui*, de 30 de desembre del 2016. Disponible a: <www.elpuntavui.cat>.

SIDERA, Alba. «Salvini, el gran absentista» [en línia]. A *El Punt Avui*, de 22 de juliol del 2019. Disponible a: <www.elpuntavui.cat>.

SIDERA, Alba. «Sortida d'armari ideològica» [en línia]. A *El Punt Avui*, d'11 d'octubre del 2013. Disponible a: <www.elpuntavui.cat>.

YOUTREND. «Supermedia dei sondaggi politici, 4 marzo: i consensi per i partiti a 3 anni dalle elezioni politiche» [en línia]. A *YouTrend*, de 4 de març de 2021. Disponible a <www.youtrend.it>.

Exposició itinerant

1837-1977

# EL VALENCIANISME REPUBLICÀ

Més informació  
[www.irla.cat/expovalencianisme](http://www.irla.cat/expovalencianisme)

FUNDACIÓ



JOSEP IRLA





**finestra**



**Marina Garcés**

## “L’esperit il·lustrat davant l’epidèmia de la por”

Lliçó Inaugural Josep Irla 2020-2021

Celebrada a la Universitat Pompeu Fabra el 10 de novembre del 2020

Fotografia: Fundació Josep Irla



**Ens atrevim a pensar? O pensem els límits del nostre coneixement? El pensament crític és el fonament del treball de la filòsofa Marina Garcés (Barcelona, 1973), ja sigui en els diferents llibres que ha publicat, en la tasca acadèmica que desenvolupa a la Universitat Oberta de Catalunya o en les seves col·laboracions als mitjans de comunicació. La construcció de la por, i com aquesta vertebrava el debat públic actual, constitueixen les reflexions centrals d'aquesta conferència en el marc de la Lliçó Inaugural Josep Irla 2020-21, realitzada a la Universitat Pompeu Fabra el novembre de 2020. Per Garcés, la por és una de les epidèmies intel·lectuals que pateix, avui dia, la humanitat.**

Prendre la paraula és obrir esclatxes. Veníem de la societat del soroll, de la banalitat, de l'opinió, de la comunicació desbaratada i de la informació poc contrastada. Actualment, aquest gran basar de la paraula ha esdevingut un soroll de fons dins de la bombolla en què cadascú de nosaltres sobreviu, si ho ha fet, a la pandèmia i als seus efectes sobre la salut física, mental i social. Obrir esclatxes és interrompre el soroll de fons que ens distreu sense fi, però també trencar una immunitat que busquem aconseguir respecte a la Covid-19, però que no pot convertir-se, al mateix temps, en una immunitat afectiva i mental. La immunitat o ho és de la comunitat, o va contra ella. Aquestes dues paraules s'oposen en els seus respectius prefixes. El que un nega, l'altre ho agermana. Però més enllà de la filologia, en el terreny de la vida en comú aquests dos termes es contradueixen tant com es necessiten. La immunitat, per a ser-ho, o és compartida, oberta i justa, o esdevé un bé privat i ens priva, alhora, de la base del vincle. O es contagia de l'existència dels altres, també dels virus, o s'aïlla en l'horitzó de la seva pròpia extinció.

Per obrir esclatxes no cal saber-ho tot. Prendre la paraula i pensar junts allò que ens passa vol dir exposar-nos, fins i tot, a no saber què dir, a no saber què pensar. Vol dir exposar-nos a allò que, literalment, no està escrit. Com fer-ho? Podem fer-ho sense que la por a aquests espais en blanc, potser ja molt foscos, siguin els pous d'on s'alimenten velles i noves pors? Podem atrevir-nos a pensar allò desconegut, doncs, sense que ens domini la por?

### **La pandèmia com a cruïlla**

Al llarg d'aquest 2020, per a molts un any malèfic, el nostre vocabulari s'ha omplert de paraules com incertesa, imprevist, inesperat... diferents maneres dir que la por té a veure amb el que no és prou cert, amb el que no havíem previst o amb el que no esperàvem. Ens fa por no controlar, no predir, no garantir, no assegurar. Tenim mentalitat de client d'agència d'assegurances. Però estem parlant de vida i de mort, de virus i dels seus efectes, de maneres de produir i de consumir en un món que no s'ha trencat d'un dia per l'altre, sinó que ja feia temps que provocava i

## **El problema no és només que hi hagi una causa més de mort, és que de sobte no sabem a què anomenem món ni quina serà la forma de la següent normalitat**

anunciava més desgràcies d'abast planetari. Sabíem molt respecte a allò que ara ens arriba com si ens ho poguéssim esperar d'alguna manera. Teníem molt de coneixement respecte a un present que, malgrat tot, no havíem temut ni preparat. Ha irromput entre nosaltres i s'ha fet virus. Però el cos d'aquest virus, invisible a ulls nus, és on es troben i se separen el nostre coneixement i el nostre desconeixement, dels límits del que som capaços de pensar a propòsit del món però, sobretot, de nosaltres mateixos.

Situats en la cruïlla d'aquest virus i de la situació de pandèmia que ha obert en les nostres vides, podem preguntar-nos: què ens fa més por, d'aquesta situació: el que sabem o el que no sabem? Què ens fa més por, tot allò que anem coneixement sobre la nova malaltia i els seus efectes, sobre les seves conseqüències socials i econòmiques, que es fan més profundes cada dia, i sobre l'horitzó de noves formes de governança i de control que dibuixa? O ens fa més por tot el que no sabem encara, les incerteses que s'amaguen en un ésser que muta, entre la vida i la mort, i s'infiltra en-

tre nosaltres mentre va esmicolant qualsevol vestigi d'allò que reconeixíem com a normalitat? Perdem vides i perdem els referents. La conjunció de les dues pèrdues és el que fa més por. Perquè de vides portem perdent-ne moltes, sense descans, i no precisament per causes naturals: a les fronteres, a les carreteres, a les guerres, als hospitals oncològics, als bressols dels països pobres, a les ciutats contaminades del món sencer i en el silenci dels suïcidats, cada cop més nombrosos... Totes aquests vides es perdien i se segueixen perdent però cabien entre els referents que componien la nostra normalitat. Sabíem que hi eren. Hi comptàvem, perquè els comptaven i els donaven per comptabilitzats en el que en dèiem món. I ara? Ara el problema no és només que hi hagi una causa més de mort, és que de sobte no sabem a què anomenem món ni quina serà la forma de la següent normalitat. Per tant, repetim la pregunta: en aquesta cruïlla que és la pandèmia, què ens fa més por, el que sabem o el que no sabem? I com podem posar-nos a pensar sense que ni l'una ni l'altra por tanquin novament les esclotxes necessàries per fer-ho?

### **L'any de la ciència**

S'acaba 2020 i la promesa d'una vacuna prou efectiva sembla haver-se fet realitat. Amb aquesta vocació de síntesi que acostumen a tenir els darrers dies de l'any, hi ha veus que han corregut a batejar aquest com l'any de la ciència. L'esforç col·lectiu per arribar més ràpid que mai a una vacuna contra el virus ha estat part de l'espectacle seguit minut a minut pel conjunt de l'audiència mundial, o sobretot per aquella part de l'audiència que comptem que la vacuna ens pot arribar aviat. N'hi ha que segurament també compten, dins dels paràmetres de la seva normalitat, que seran els darrers a rebre-la, si és que realment acaba arribant a tot arreu del planeta. L'any de la ciència, doncs, és el que conjuga sense contradicció la celebració de la recerca amb una nova normalització de la desigualtat.

Per una altra banda, l'any de la ciència també ha vist estendre's l'ús d'una altra paraula, «negacionisme», que teníem associada a aquells que refusen l'origen no diví de la Terra, o banalitzen l'Holocaust, i que ara veiem també negant des de la perillosi-

## **La disputa, doncs, s'ha situat entorn del coneixement verificable i en les diferents posicions que ha articulat: des de la creença cega que la ciència salva, fins la seva més absoluta negació**

tat del virus fins a la seva existència o la fiabilitat dels seus tractaments. La disputa, doncs, s'ha situat entorn del coneixement verificable i en les diferents posicions que ha articulat: des de la creença cega que la ciència salva —sigui com sigui, la produeixi qui la produeixi, es comercialitzi com es comercialitzi...— fins a la seva més absoluta negació.

Aquesta situació redueix les posicions a estar o a favor o en contra de la ciència, com si fos un partit de futbol o una disputa entre els membres d'un matrimoni irreconciliable. Com si la ciència fos un ens que existeix per si mateix i no un conjunt obert de pràctiques, coneixements, institucions, pressupostos, cultures... que de manera dinàmica i conflictiva elaboren visions del món i relacions possibles amb la seva realitat. Novament, ens trobem amb una concepció del coneixement que talla i oposa el saber i el no saber i els converteix en dues posicions oposades o respectivament temudes. No tenim altre espai per pensar que aquest? És aquesta l'única esclatxa possible? Si ens hi quedem, on ens pot portar? O més aviat, on ens pot deixar?

### **El domini de la por**

En temps on la incertesa es percep com una amenaça, la por retorna com un element i com un aliment del domini. Però no sempre es governa a través de la por. Hi ha sistemes, com per exemple la societat de consum, que necessiten de certes dosis de confiança en el futur per impulsar la despesa i la inversió, el desig de començar moltes vides i de reinventar-se una i una altra vegada. Sistemes en què el risc és sinònim d'aventura i la inseguretat una promesa de millora. El capitalisme neoliberal de les darreres dècades ha combinat aquest esperit del risc, del creixement i de la llibertat, amb una defensa de l'ordre que ha externalitzat la guerra, les formes més dures de repressió i els efectes de la devastació tant social com ambiental. La por tenia a veure amb un defora del camp de joc de les oportunitats, de les promeses cada cop més grans de present i de futur. Ara aquesta ficció s'ha esberlat, i les esclatxes, més que per pensar, són els intersticis a través dels quals la por s'infiltra i s'inocula també entre les vides dels qui es creien salvats. Per tant, no és que torni la por, sinó que torna aque-

lla por que havia estat externalitzada i desigualment repartida en el camp de joc de la globalització.

La por, però, no és mai un fet empíric. És una emoció que vincula allò objectiu i allò subjectiu, les condicions materials d'una determinada situació i la manera com és percebuda i viscuda. Passi el que passi, activa la pregunta: fins on em/ens pot posar en perill? És l'emoció, doncs, que fa aparèixer la vulnerabilitat d'un límit entre nosaltres i el món, on el que està en joc és alguna cosa que associem a la nostra seguretat. Poden ser seguretats físiques o materials, però també afectes, idees o símbols. Per això la por, que mai no és nova sinó que sempre torna encara que sigui amb rostres nous, pot ser agregadora o desagregadora. Pot reunir entorn d'aquest límit, o deixar-nos cadascú en una banda, separats o directament enfrontats.

El poder polític —i les seves diferents expressions, econòmiques, religioses, culturals...— sempre ha sabut fer ús d'aquests límits, de la seva localització, de les seves maneres d'aparèixer i de desaparèixer, de com agrupar o separar els indivi-

## El que se'n diu polarització no respon tant a una nova ideologització o politització de la societat, sinó a aquesta reducció reactiva dels comportaments a través de la por

des i els grups socials respecte a ells, com interioritzar-los o com reforçar-los... Governar a través de la por és un art molt antic. Té dimensions estètiques, penals, institucionals, repressives... Però més enllà de la col·lecció massa òbvia de la seva casuística, el que és interessant és com permet organitzar no només els grups sinó els comportaments humans. El domini a través de la por reconduïx els comportaments humans a un codi binari que els porta a situar-se o bé a l'ofensiva o bé a la defensiva. Defensar-se o atacar: és el codi de comportament més senzill. Per això és tan útil a l'hora d'organitzar les interaccions en la complexitat gairebé infinita de la xarxa. Fem el que fem, diguem el que diguem, ens comuniquem amb qui ens comuniquem, la tendència general és a la defensa o a l'atac. És el que se'n diu polarització, i que no respon tant a una nova ideologització o politització de la societat, sinó a aquesta reducció reactiva dels comportaments a través de la por.

En un escenari dominat per una por inespecífica, què hi pot el pensament? Obrir esclatxes no

és precisament fer més insegura encara la relació amb les fràgils representacions del món de què disposem? Sempre hi ha una veu que en temps de crisi amonesta a qui s'atreveix a pensar: «ara no és el moment de posar les coses encara més en qüestió», «el pensament és un exercici per a rics o per a temps de bonança», «els problemes urgents necessiten de respostes urgents»... són retòriques del sentit comú que converteixen el pensament en un luxe, en un excedent, en un divertiment per a temps ociosos. Li treuen, així, la seva principal virtut —és a dir, la seva força i el bé que genera—: pensar no és negar les pors, sinó la disposició que ens permet travessar-les. Com ho fa? Pensar és precisament allò que fem quan ens atrevim a relacionar el que sabem i el que no sabem. Pensar és estar en un llinar on el coneixement i el desconeixement no s'oposen ni s'enfronten, sinó que s'enllacen en forma de pregunta, de problema, de recerca o d'experimentació. És un art del límit, del llinar, de l'abisme. Una relació amb la por, que no es deixa dominar pels seus codis ni pels seus efectes.

### L'escenari del dogmatisme

Si el pensament és una determinada relació amb la por, queda clar que no és la por en ella mateixa el que impedeix pensar, sinó les formes de domini que fonamenta i alimenta. Prenguin la forma que prenguin, tenen com a comú denominador el dogmatisme. Hi ha dogmatismes en majúscula, perquè els associem a les grans construccions religioses o polítiques, però també hi ha moltes formes de dogmatisme banal que organitzen avui una esfera pública on es fa molt difícil pensar.

El dogmatisme no és el mateix que la convicció. Tampoc s'ha de confondre amb la creença. Podem tenir conviccions fortes i creences profundes, però no mantenir una posició dogmàtica respecte a elles. La claredat d'idees, la fortalesa dels valors o la solidesa d'una adhesió cap a unes persones o idees poden ser, alhora, la base a partir de la qual entrar en relació d'escolta, d'interrogació, de discussió i de contrargumentació amb d'altres. Precisament aquesta relació basada en la dissonància és la que ens obliga a un constant exercici del pensament com a exposició i

## El que caracteritza el dogmatisme, sigui del tipus que sigui, és el fet que presenta les seves posicions com a inqüestionables

no com a autocomplaença o autorrepresentació.

El que caracteritza el dogmatisme, sigui del tipus que sigui, és el fet que presenta les seves posicions com a inqüestionables. O més encara: el fet que siguin inqüestionables és precisament el que les fa valuoses. Hi ha règims discursius en què aquest element no només és així, sinó que aquesta n'és la seva raó de ser: em refereixo, en concret, a un element com la fe per a la religió cristiana, segons la qual precisament el valor de la fe és el seu caràcter de dogma. Si la fe fos qüestionable per al creient, no seria una veritat revelada. Seria una altra cosa. Durant molts segles, com sabem, l'espai polític de l'Occident cristià s'ha solapat i construït sobre les mateixes bases de la fe, així com en les seves institucions i autoritats. A vegades sembla que hi tornem i que el dogma, ja no només religió, converteixi l'exercici de la vida política en un constant acte de fe.

N'és prova la manera com una visió del món de tipus neoescolàstic s'imposa, cada cop més, en cada una de les representacions que ens fem

del món. Creguem o no en el més enllà o en un Déu capaç de jutjar la nostra acció, el que actualitza el present escenari de por i de dogmatisme és l'horitzó de la condemna o de la salvació. Cada nova crisi que aprofundeix la desorientació del segle XXI, renova un imaginari o bé de la salvació o de l'apocalipsi. L'atac terrorista a les Torres Bessones de Nova York el 2001 va desfermar una guerra global contra el terrorisme que semblava una nova croada contra l'infidel planetaritzat. La crisi econòmica del 2008 havia de ser el bressol d'un capitalisme de rostre humà, com si el capitalisme pogués redimir-se en la innocència. El que en diem la crisi ambiental és o bé un apocalipsi en temps real o bé la promesa d'un renaixement de color verd... I la pandèmia, que ha irromput a les vides del conjunt de la humanitat entre el 2019 i el 2020, té tots els elements d'una plaga bíblica que ha vingut a recordar-nos que no hem fet encara tot el camí que ens ha de salvar... o que només és la primera de totes les catàstrofes que han de venir.

La condemna o la salvació no es qüestionen, no es pensen, no se sot-

meten a crítica o discussió. Passen. Tenen lloc. Ens estan destinades o ens cauen a sobre. Poden ser, com a molt, una victòria o una rendició. Però sigui com sigui, ens lliguen a una representació del món dominada, també, per un codi binari organitzat per la por: si els comportaments s'organitzen a l'ofensiva o a la defensiva, els destins es representen com a camins de condemna o de salvació.

### Temor o esperança: la superstició

El filòsof del segle XVII Baruch Spinoza (1632-1677) va explicar molt bé com funciona aquest mecanisme que impedeix que el pensament pensi. No en deia dogmatisme, feia servir una paraula que potser per a nosaltres ha quedat massa vinculada als gats negres, els números màgics i les escales obertes: la superstició. El problema, però, no són aquestes supersticions més o menys folklòriques, sinó que donem a qualsevol coneixement, idea o informació el caràcter de superstició.

Què caracteritza una superstició? Segons Spinoza, és una alteració dels afectes dominada per la por o per

## La por, com l'esperança, que segons Spinoza no es poden tenir una sense l'altra, són passions tristes que inverteixen la nostra percepció de l'alegria i de la llibertat

la seva altra cara, l'esperança. Així ho explica al seu llibre més conegut i més odiat per totes les ortodòxies del seu temps i posteriors: *l'Ètica*. Spinoza no nega l'existència de la por o de l'esperança, sinó el fet que dominin les nostres idees o representacions. És aleshores quan tot coneixement queda lligat, només, a allò que ens permet esperar o témer. No poder pensar és, d'aquesta manera, no poder-se pensar més enllà del temor o de l'esperança. Tant la por com l'esperança, que segons Spinoza no es poden tenir una sense l'altra, són passions tristes que inverteixen la nostra percepció de l'alegria i de la llibertat.

Podríem pensar que, definida així, la superstició només pot ser una eina religiosa o cultural, però per a Spinoza és el principal dispositiu polític i la base de tota servitud. Així ho desenvolupa també al *Tractat teològic polític*, on precisament destina totes les seves pàgines a desmuntar els seus efectes d'engany i de dominació. La dominació més efectiva no és la que s'imposa, sinó que la que fa aparèixer la pròpia servitud com quelcom a desitjar i per la qual cosa lluitar. Aquesta és la realitat política de la

superstició i el seu efecte distorsionador sobre el coneixement lliure i els seus efectes polítics. Podríem dir que la superstició no només és font d'engany sinó que és, sobretot, una fàbrica de tristesa. Despotència la capacitat que tenim de pensar, de conèixer i de decidir, perquè sotmet qualsevol d'aquestes dimensions de la vida a un horitzó de finalitats que només estan en la nostra imaginació i que només se'ns poden presentar sota aquesta forma de premi/càstig.

Actualment, la nostra imaginació s'ha omplert d'escenaris utòpics i distòpics. Ho veiem a la indústria audiovisual, a la literatura, fins i tot en part de la recerca tecnocientífica i en els seus projectes de salvació. El que és curiós és que en aquest present tan allunyat del món teològic del segle XVII, aquests escenaris utòpics i distòpics segueixen dominats per la por i l'esperança encara que ja no els atribuïm a cap Déu en concret. El que està clar és que tots ells apunten a horitzons posthumans, ja siguin sense humans o amb humans que han deixat de ser-ho gràcies a les seves mutacions —genètiques, tecnològiques... Curiosament, qualsevol futur supersticiós tendeix a prendre forma

d'un «després sense nosaltres». Ens arribem a imaginar el renaixement de la vida al planeta sense humans, o la seva total devastació, l'arribada d'éssers de tota mena o la fugida d'uns humans posthumans a colonitzar altres planetes... La nostra imaginació té espai per a totes les formes del temor o de l'esperança, menys el de pensar de nou la nostra relació amb aquest món.

### L'esperit il·lustrat

Davant del poder del dogmatisme i de la superstició, és recurrent invocar l'esperit il·lustrat, és a dir, la confiança en el coneixement, la ciència, l'educació i la cultura com a elements fonamentals del progrés i de la transformació social. És freqüent sentir discursos encapçalats pel famós «Sapere Aude» kantian [Atreveix-te a pensar], però que no acostumen a anar més enllà d'una declaració de bones intencions o una invocació nostàlgica.

El problema d'aquestes referències és que acostumen a ser invocades de manera també supersticiosa, en el sentit spinozià. Funcionen de

## La raó humana, perquè està arrelada a l'experiència finita, corporal i sensorial, és una raó fràgil que només pot aspirar a formes de coneixement temptatives i parcials

manera retroutòpica, com un imaginari estandarditzat que ens dona el paràmetre o bé de la nostra sort, o bé de la nostra desgràcia. A partir d'una imatge idealitzada i acrítica del passat, ens situen en el camí inconclús de la llum, o en el seu després, abocat a la foscor pòstuma. Des d'aquestes visions, «el dur treball de la cultura», segons l'expressió de Georg Hegel (1770-1831), perd el caràcter de labor i de disputa i es converteix, també, en un element de salvació. És el que passa quan davant de qualsevol del nostre temps i davant de la dificultat de fer-hi front, es conclou: «només l'educació ho pot resoldre», «cal més cultura», o expressions similars. Són expressions equivalents a l'actual «ens hem de posar en mans de la ciència». Quin poder màgic poden tenir l'educació, la cultura o la ciència per elles mateixes? Ens hem de posar a les seves mans, o són les nostres «mans» qui els hi dona forma, sentit i objectius?

Enfront d'aquesta posició supersticiosa respecte a la il·lustració mateixa, cal que ens preguntem: realment confiaven els il·lustrats en el coneixement, la cultura i l'educació? De quina manera i respecte a què? Eren

els ingenus que ara invoquem com fantasmes benèfics entre nosaltres? O en realitat ens estan plantejant uns altres reptes?

Penso que una mala comprensió retrospectiva de la il·lustració com a moviment filosòfic, polític i cultural ens impedeix veure de quina manera ens podria resultar útil, avui, el que en diem el seu esperit. No és un esperit màgic, és el llegat d'una exigència que ens cal repensar. Per trobar-la, cal que anem més enllà de les aparences i de la vulgarització de la propaganda il·lustrada i tornar-nos a preguntar: si els il·lustrats confiaven en alguna cosa, en què era realment? Que es reclamessin il·lustrats no vol dir que fossin uns il·lusos.

Si anem als textos i a les terribles disputes dels segles XVII, XVIII i part del XIX, no hi trobarem pensament màgic ni utopies ingènues de progrés basat en la ciència, sinó quelcom més interessant: el descobriment que la raó humana, perquè està arrelada a l'experiència finita, corporal i sensorial, és una raó fràgil que només pot aspirar a formes de coneixement temptatives i parcials. Lluny de l'absolut de la intel·ligència

divina, que a poc a poc es va esborrant de l'horitzó de la veritat, el coneixement per als humans és una tasca indefinida d'aproximació, d'elaboració, de treball, d'experimentació, de discussió i d'aproximació. La pròpia raó és condició dels encerts i dels errors, i el camí de la ciència està tan ple de llums com de les ombres que projecta. L'Època de les Llums és filla del Barroc: sap que no hi ha llum que no projecti ombres ni camp de visió que no deixi angles cecs, marges, distorsions i enganys.

### La crítica i la confiança

L'esperit il·lustrat no es basa doncs en la promesa, sinó en l'aspiració a traçar un camí a partir de la sospita i de la crítica. La ciència, per ella mateixa, no és garantia de res. També es pot perdre en les seves pretensions i ser la base de nous dogmatismes. Des d'un punt de vista il·lustrat, que no s'ha de confondre amb les posicions científistes, historicistes i positivistes que guanyaran força durant el segle XIX; el progrés no està escrit. La millora material, ètica i social només pot ser l'efecte de la tasca incansable d'assaig i de revisió.



## **Per tal que el coneixement sigui beneficiós per a la humanitat, el que cal és una aproximació crítica tant a les condicions de la seva producció com a les seves conseqüències i formes de legitimació**

Per tant, i resumint, allò en què realment confia l'esperit il·lustrat no és en la ciència, la cultura i l'educació, sinó en el treball constant de la crítica. Per tal que el coneixement sigui beneficiós per a la humanitat, el que cal és una aproximació crítica tant a les condicions de la seva producció com a les seves conseqüències i formes de legitimació. Qualsevol producció humana, precisament perquè és humana, cal que sigui posada sota sospita i ha de ser revisada, contrastada, renovada. Aquesta tasca de revisió constant no és un examen dut a terme des de la por o l'esperança sinó pel que podríem anomenar el dur treball de la confiança. Parafrasejant Hegel, el dur treball de la cultura no pot ser sinó el dur treball de la confiança. La seva eina: la crítica. I això és així perquè la confiança és precisament aquella relació que no es pot donar per feta: és una relació fràgil entre el que sabem i el que no sabem tant de la realitat com dels altres.

La crítica, per tant, és l'element clau de l'esperit il·lustrat i el que més falta ens fa actualment. Debatem molt sobre canvis de paradigma, sobre quin tipus de coneixement

necessitem per a temps complexos i incerts. Ens posem en mans del nou ideal de certesa i de transparència absolutes, que depenen avui de l'acumulació de dades i del seu processament... Però amb tot això ens oblidem del missatge inicial: que per moltes dades que tinguem i molta capacitat que arribem a elaborar de gestionar-les, per molt que la Intel·ligència Artificial estigui molt per sobre de la intel·lecció humana, si no hi ha una aproximació crítica a la manera com ens relacionem amb tot això, no podem confiar en els seus beneficis reals.

La crítica és la mirada que fa possible que la sospita es transformi en confiança. Per això no és una mera emissió de judicis, sinó un art dels límits: fins on podem conèixer què, donades unes determinades condicions? I quines poden ser les conseqüències de certs sabers en funció dels seus pressupòsits, condicionaments socials i relacions de poder? Per altra banda, si tot coneixement fa emergir els seus propis límits, quines són les preguntes que desperta i que ens obliga a assumir?

### **L'alerta kantiana**

Tot pas endavant, en qualsevol direcció, obliga a revisar i examinar els seus efectes, així com tota aspiració de la raó implica aprendre els propis límits. Potser aquesta és la principal lliçó de la filosofia kantiana. Com tota gran filosofia conté molts recorreguts i angles de lectura possibles. La seva magnitud i grandiloquència la fa aparèixer com una filosofia sistemàtica amb aspiracions totalitzants. Però en realitat, la filosofia kantiana és una invitació a fer de la fragilitat de l'experiència el punt de partida d'un recorregut el més cert possible, d'una relació humil però exigent amb la veritat. Tota la filosofia crítica kantiana és una reiterada pregunta pel «fins on» puc anar, en cada camp de l'experiència —coneixement científic, ètica, estètica, dret, història...— donades les seves condicions i sabent que, per naturalesa, la raó humana sempre ho vol tot i per això s'equivoca quan pensa en idees totalitzants com el Món, Déu o fins i tot el Jo, que voldria ser un principi únic i fonamental. Però aprendre a pensar i desenvolupar unes ciències certes vol dir precisament aprendre els límits de cada cosa, sense renunciar

## Aprendre a pensar i desenvolupar unes ciències certes vol dir precisament aprendre els límits de cada cosa, sense renunciar al sentit últim de la nostra relació amb el món

al sentit últim de la nostra relació amb el món.

Com és sabut, la filosofia kantiana construirà, a partir d'aquí, un projecte filosòfic d'ordre. La crítica de la raó és una ordenació del seu funcionament, fins i tot amb instàncies sancionadores. Podríem dir que Kant és alguna cosa així com el constitucionalista de la raó il·lustrada. El seu famós assaig sobre *Què és la Il·lustració?* enuncia el conegut eslògan «Sapere aude», al mateix temps que afegeix, en una segona part del text menys lluida de citar: raoneu tant com vulgueu, però obeïu. És a dir, aquest ús lliure de la raó té límits propis, que tenen a veure amb els propis límits de les capacitats humanes, però també té límits socials i polítics, que han d'estar fonamentats, directament en l'obediència. Si la seva opció és d'ordenació i de legitimació de l'obediència, cal entendre que aquesta discutible opció parteix de la constatació de la terrible precarietat de l'enteniment humà i no de l'apreciació contrària. Potser Kant també és víctima, al final, de la por a no saber i per això recobreix de normes tot el que s'escapa a la nostra capacitat de saber.

Val la pena llegir amb calma els dos pròlegs de la *Crítica de la raó pura*, almenys els seus respectius inicis. El pròleg de la primera edició comença amb les següents paraules:<sup>1</sup>

«La raó humana té, en una espècie dels seus coneixements, el destí particular de veure's assetjada per qüestions que no pot apartar, ja que li són proposades per la naturalesa de la raó mateixa, però a les que tampoc pot respondre, perquè superen les facultats de la raó humana. En aquesta perplexitat cau la raó sense la seva culpa. Comença amb principis, l'ús dels quals en el curs de l'experiència és inevitable i que al mateix temps es troba suficientment garantitzada per aquesta. Amb això s'eleva —com ho porta per ella la seva naturalesa— sempre més amunt, a condicions més remotes. Però aviat adverteix que d'aquesta manera la seva tasca ha de perdre sempre inacabada perquè les qüestions mai" cesen; es veu doncs, obligada a refugiar-se en principis que excedeixen tot possible ús de l'experiència" i que, no obstant això, semblen tant lliures de sospita, que

fins i tot la raó humana ordinària està d'acord amb ells. Però així es precipita en obscuritats i contradiccions».

Kant ens situa, ja d'entrada, en una tensió tràgica entre el que voldríem poder pensar i el que efectivament podem conèixer. Estem en l'irresoluble. Per una banda, la pobresa i la limitació de l'experiència directa que tenim del món. Per una altra, els obscurs camins en què s'endinsa la raó quan comença a allunyar-se de la immediata i es mou més enllà, a partir de les relacions de sentit que ella mateixa pot establir. Quan la raó comença a allunyar-se, parteix de l'ombra i projecta noves ombres. L'ombra no es desenganxa mai de la labor de la raó. Per tant, no hi ha promesa de salvació. El treball del pensament no és condemnar o salvar, sinó que és treballar l'ombra i fer-ne un lloc vivible a través de la ciència, de l'ètica, de l'art...

El pròleg de la segona edició, que substituïa l'anterior, arrenca de la següent manera:<sup>2</sup>

«Si l'elaboració dels coneixements que pertanyen a l'obra de la raó, por-

---

1 Traducció a càrrec de l'edició.

---

2 Traducció a càrrec de l'edició.

## Un esperit il·lustrat és aquell que sap que la raó és fràgil, perquè es perd i perquè arrossega amb ella una ombra

ta o no el rumb segur d'una ciència, és cosa que pot ser de seguida jutjada pel seu èxit. Quan darrere de nombrosos preparatius i arranjaments, la raó ensopega, en el moment mateix d'arribar al seu fi; o quan per assolir aquest, ha de tornar enrere una i altra vegada, i emprendre un nou camí; així mateix, quan no és possible posar d'acord als diferents col·laboradors sobre la manera com s'ha de perseguir el propòsit comú; aleshores pot tenir sempre la convicció que un estudi similar està molt lluny d'haver emprès la marxa segura d'una ciència i que, al contrari, és més bé un mer tempteig. I és ja un mèrit de la raó el descobrir, en la mesura del possible, aquell camí, encara que calgui renunciar, per va, a molt del que estava contingut en el fi que s'havia agafat abans sense reflexió».

La ciència és un camí i la raó una aventura plena de trampes. Si a la primera edició Kant ens deia que les aspiracions humanes sempre tendeixen a passar-se de frenada, a la segona ens diu que, sigui com sigui, la marxa no serà mai segura, sinó un anar a les palpentes on no deixarem d'equivocar-nos per molt que reflexionem. Un esperit il·lustrat és aquell

que sap que la raó és fràgil, perquè es perd i perquè arrossega amb ella una ombra. Això vol dir, i potser és l'aspecte més important d'aquesta reflexió, que és una raó que no pot aspirar a dominar: ni mai podrà veure-ho tot, ni mai podrà saber-ho tot.

### Atrevir-se a no saber

Per això és tan important atrevir-se a saber com atrevir-se a no saber. El que passa és que sovint la segona cara d'aquest atreviment ens fa més por i conjurem, demonitzant-la, tota forma d'ignorància. Això és el que un filòsof bastant oblidat, però antecessor directe de Kant en la filosofia germànica, va posar en el centre de la seva reflexió. Em refereixo a Nicolau de Cusa (1401-1464), que precisament va dedicar una important obra al que ell mateix anomenava la «docta ignorància», és a dir, la ignorància sàvia. No es referia a la ignorància de l'home senzill o de les petites coses, sinó a la condició mateixa de la veritat: per apropar-nos a la veritat, sempre entrarem en relació, necessàriament, amb una dimensió incomprensible. Per lluny que anem en el camí de la veritat,

l'incomprensible no es desenganxarà mai de la nostra pell. Aquesta és la veritat última que s'amaga dins de cada possibilitat de coneixement i de comprensió. Qui l'oblidi estarà caient, precisament, en la reconfortant però perillosa temptació del dogmatisme, que és la pretensió de posseir plenament una veritat, fins al punt de tornar-la inqüestionable.

Ens preguntàvem a l'inici d'aquesta reflexió què ens fa més por de la situació actual de pandèmia que estem vivint: el que anem sabent o tot el que desconexim? Està clar que saber segons quines coses espanta, però encara més, que en la nostra cultura, de tipus possessiu i acumulatiu, es conjura, com si es tractés d'un abisme, qualsevol forma de no saber. Invocar un esperit il·lustrat, pel que hem vist, no és fer una crida a acumular més coneixements ni posar-se en mans de la ciència acríticament, sinó a desenvolupar aquest art dels límits en què consisteix un bon exercici de la crítica. La condició per a fer-ho no des de la por sinó des de la confiança és una, a la qual precisament tots els moviments il·lustrats han dedicat el centre de la seva atenció i del seu compromís:

**No podem acostar-nos amb lluir uns bons resultats en recerca mèdica si no som una societat capaç d'interrogar-se sobre les seves condicions i les seves conseqüències, més enllà de les estrictament sanitàries**

l'educació. L'educació no pot ser només un sistema d'instrucció. Quan es redueix a aquesta funció s'automatitza i mor.

citats que tenim de millorar el nostre fràgil món. ■

Educar és una activitat que consisteix, precisament, a invitar els aprenents a saber i a no saber, a ser capaços de relacionar els coneixements que adquireixen amb els interrogants que obren, les ombres que projecten i els camins alternatius que proposen. Així, una societat ben educada no és la que disposa de molts coneixements sinó aquella en què aquestes relacions poden ser arriscades i valentes, el veritable taller on assajar, críticament, formes de convivència possible. Tornant al nostre present i a la pregunta que ens fèiem a l'inici, no podem viure l'any de la ciència sense creure i comprometre'ns amb l'educació. No podem acostar-nos amb lluir uns bons resultats en recerca mèdica si no som una societat capaç d'interrogar-se sobre les seves condicions i les seves conseqüències, més enllà de les estrictament sanitàries. No podem esperar la condemna ni la salvació, sinó fer servir les eines crítiques per a elaborar una confiança mai completa en la capa-



clàssic

## «Deixeu l'Índia»



### **Mahatma Gandhi**

Activista i advocat indi  
(1869-1948)

**Discurs pronunciat el 8 d'agost del 1942 davant del All India Congress Committee, a Bombai.**

**A l'albada del pas definitiu del moviment d'emancipació nacional indi, Mahatma Gandhi va pronunciar aquest discurs davant del All India Congress Committee, la plana major del partit independentista. Un discurs que és una encesa defensa de la lluita no violenta com a mètode per guanyar la llibertat. Amb aquest discurs s'inicia l'etapa de desobediència generalitzada a l'Índia, un fet que va posar contra les cordes l'Imperi Britànic. Malgrat la repressió patida, la determinació de la revolta no violenta va fer efecte, i la Índia, cinc anys més tard, va aconseguir la independència.**

Abans que debateu la resolució, permeteu-me que us planteji un parell de coses, que vull que entengueu de forma ben diàfana, i que les considereu des del mateix punt de vista des del qual us les plantejo. Us demano que ho considereu des del meu punt de vista, perquè si ho aprobeu, us veureu obligats a dur a terme tot el que dic. Serà una gran responsabilitat. Hi ha qui em pregunta si soc el mateix home que era el 1920, o si hi ha hagut algun canvi en mi o en vosaltres. Feu bé de fer-me aquesta pregunta.

Però no cal ni assegurar que soc el mateix Gandhi que el 1920. No he canviat en cap aspecte fonamental. Dono la mateixa importància a la no-violència que li donava aleshores. Fins i tot l'èmfasi que hi faig ha crescut encara més. De veres, no hi ha cap contradicció entre la present resolució i els meus escrits i declaracions anteriors.

Els esdeveniments com els presents no es produeixen a la vida de qualsevol, i rarament a la vida d'alguns. Vull que sapigueu i que sentiu que no hi ha res més que el més pur

Ahimsa<sup>1</sup> en tot el que dic i faig avui. El projecte de resolució del Comitè de Treball es basa en Ahimsa, i així mateix la lluita que contemplem té les seves arrels a Ahimsa. Per tant, si hi ha algú d'entre vosaltres que hagi perdut la fe en Ahimsa o se n'hagi cansat, que no voti aquesta resolució. Permeteu-me que expliqui la meva posició amb claredat. Déu m'ha concedit un regal impagable en l'arma d'Ahimsa. Jo i el meu Ahimsa seguim el vostre camí. Si a la crisi actual, quan la terra s'està cremant amb les flames d'Himsa<sup>2</sup> i implora l'alliberament, no he sabut fer ús del talent concedit per Déu, Déu no em perdonarà i seré jutjat indigne del gran obsequi. He d'actuar ja. No puc dubtar i quedar-me mirant, quan Rússia i la Xina estan amenaçades.

La nostra no és una pugna pel poder, sinó senzillament una lluita noviolenta per la independència de l'Índia. En la lluita violenta, sovint ha resultat ser fruit d'un general que ha tingut èxit, ha fet un cop militar i ha establert una dictadura. Però en

l'ordre de les coses del Congress,<sup>3</sup> essencialment no violent com és, no hi pot haver lloc per a la dictadura. Un soldat de la llibertat noviolenta no cobejarà res per ell mateix, sinó que lluita només per la llibertat del seu país. El Congress no té cap interès per qui pugui governar quan s'asseixeix la llibertat. El poder, quan arriba el moment, li pertocarà al poble de l'Índia, i serà aquest qui decidirà en qui confiarà. Potser les regnes es disposin en mans dels parsis, per exemple, com m'agradaria que passés, o que es puguin lliurar a altres persones, noms de les quals avui no són representades al Congress. No sereu vosaltres, doncs, els que hi podreu objectar dient: «Aquesta comunitat és microscòpica. Aquell partit no va fer el paper que calia en la lluita per la llibertat; per què hauria de tenir tot el poder?». Des de la seva concepció, el Congress s'ha mantingut meticulosament lliure de les màcules comunals sectàries. Ha pensat sempre en termes de la nació sencera i ha actuat en conseqüència... Sé que el nostre Ahimsa és imperfecte i a quina distància encara

estem de l'ideal, però en Ahimsa no hi ha fracàs ni derrota final. Tinc fe, per tant, que si malgrat les nostres mancances, la gran cosa succeeix, serà perquè Déu vol ajudar-nos coronant amb èxit la nostra Sadhana silenciosa i ininterrompuda durant els darrers vint-i-dos anys.

Crec que a la història del món no hi ha hagut una lluita per la llibertat més genuïnament democràtica que la nostra. Vaig llegir *The French revolution: a history* [La revolució francesa: una història] de Thomas Carlyle mentre estava a la presó i Pandit Jawaharlal m'ha explicat alguna cosa de la revolució russa. Però estic convençut que, en la mesura que aquestes lluites es van combatre amb l'arma de la violència, no van aconseguir l'ideal democràtic. La democràcia que he albirat, una democràcia establerta per la no-violència, hi haurà llibertat igual per a tots. Tothom serà el seu propi amo. Avui us convido a unir-vos a una lluita per una democràcia com aquesta. Un cop us adoneu d'això, oblidareu les diferències entre els hindús i els musulmans, i us considerareu només indis, dedicats a la lluita comuna per la independència.

---

1 Acció noviolenta.

2 Violència

---

3 Congrés Nacional Indi, partit independentista de Gandhi.

Després hi ha la qüestió de la vostra actitud envers els britànics. M'he adonat que hi ha odi entre la gent vers els britànics. La gent diu que està indignada pel seu comportament. No fa distinció entre l'imperialisme britànic i el poble britànic. Per ells, els dos venen a ser un de sol. Aquest odi fins i tot els faria donar la benvinguda als japonesos. Això és molt perillós. Significa que intercanviarien una esclavitud per una altra. Hem de desfer-nos d'aquest sentiment. La nostra disputa no és amb el poble britànic, lluitem contra el seu imperialisme. La proposta de retirada del poder britànic no sorgeix de l'ira. Sorgeix per permetre que l'Índia jugui el seu propi paper en el moment crític actual. No és una posició venturosa per un gran país com l'Índia, que només estigui ajudant amb els diners i el material que se n'ha obtingut a la babalà, mentre que les Nacions Unides condueixen la guerra.<sup>4</sup> No podem evocar el veritable esperit de sacrifici i valor mentre no siguem lliures. Sé que el govern britànic no podrà impedir-nos la

llibertat quan hem fet prou sacrificis. Per tant, hem de purgar-nos l'odi. Parlant per mi, puc dir que mai no he sentit cap odi. De fet, ara em sento més amic dels britànics que mai. Una de les raons és que avui passen penes. Per tant, la mateixa amistat que hi tinc exigeix que procuri salvar-los dels seus errors. Tal com veig la situació, es troben a la vora de l'abisme. Per tant, es converteix en el meu deure advertir-los del perill, tot i que ara per ara els pot fer enfadar fins al punt de tallar la mà amable estesa per ajudar-los. Potser se'n riurà la gent, però no obstant, aquesta és la meva asserció. En un moment en què potser hauré d'abocar-me a la lluita més gran de la meva vida, no puc albergar odi contra ningú. ■

---

4 - EUA, Regne Unit, URSS i Xina havien subscrit la Declaració de les Nacions Unides l'1 de gener de 1942.



1934 - 1939

# PIONERES

DEL MUNICIPALISME FEMINISTA

EXPOSICIÓ ITINERANT

FUNDACIÓ



JOSEP IRLA





## tribut El diari d'Anne Frank



**Assumpció Cantalozella**

Esriptora

@cantalozella



**Recorria el canal i va saber que iniciaria un diari. Era fascinant, aquell racó i no podia deixar-lo perdre en el temps... En el temps, deia. Sí, encara que ella no hi fos, el riu sí que hi seria i el recorrerien altres mirades...**

Mai, però, ni en aquell moment decisiu ni més endavant, quan ja n' havia fet unes pàgines, no pensaria que aviat estaria tancada just al capdamunt de l' oficina on treballava el pare. Ben reclosa, com si no hi fos. Amagada a les habitacions de darrere de tot.

Ara, feia un cop d'ull a aquelles primeres pàgines, «els metges tenen tanta feina que, per a saber què ens passa, ens fan estossegar per telèfon», posaven. Ja havia parlat de les amigues, de l'aula de l'escola i, especialment, de les voltes amb bicicleta que feia

entorn d'aquells canals d'embruix. I les cases amb pàtines antigues que clamaven, som aquí de temps ha.

No sabia dir ni com havien entrat a l'estança. La cambra era d'un relaxant color gris. I, tenia el miracle ben al seu davant, el miracle on la mirada se t'hi enganxava. L'arbre. Ocupava un pati, amb el tronc gruixut i les branques obertes, per a arrapar-se novament formant allò que se'n diu la copa. I era una copa aquell capdamunt del tronc assentat, segur.

Va haver de sentir una mica la mare donant-li ordres i la senyora Van Daan que parlava amb veu suau.

I en Pete. Va ser la troballa. Tenien tantes coses per a explicar-se. Tot. Tenien tot allò que passava per les seves ments. Asseguts a l'escaleta de teulada, al capdamunt dels graons, que així estaven tranquils, ella i en Pete es van preguntar què hi feien a dins del món, què era aquell planeta, com hi havien arribat i per què hi eren. I especialment qui els hi havia posat.

Déu. Sens dubte, que la Torà ho deia clarament i posar en consideració la Torà no era permès a la seva ment nascuda dins el poble escollit. Però,

## Haviem recorregut tot Amsterdam. Érem a prop del canal i jo sabia l'adreça de les habitacions de darrere

amb en Pete, fins i tot dubtaven de l'existència, allà a l' escaleta de les golfes de les cambres de darrere. Quan vaig obrir el seu diari, jo tenia disset anys. Ella, a l'inici d'escriure, en tenia catorze. Però vaig ser l'Anne en aquells moments de la vida ple d'interrogants. I vaig acompanyar-la, quan van començar a pressentir que els havien trobat. Quan seguí mirant les branques del seu arbre, ara ben florides...

L'Anne havia deixat el diari a un racó de l'estança grisa, i el va trobar el pare, l'Otto Frank, en tornar a mirar-ho tot.

L'Otto Frank el va llegir, el va plorar i, finalment, el féu imprimir, i el món se'l va llegir, va seguir les quasi classes de mitologia que l'Anne Frank exposava, que estudiaria mitologia a la Universitat, i seria periodista per a tornar a Jerusalem, aquella terra perduda.

L'havia d'anar a veure, la casa on l'Anne Frank s' amagà amb els Vaan Dan i amb la seva família, la germana Meg, la mare i el pare. I amb en Pete.

Haviem recorregut tot Amsterdam.  
Érem a prop del canal i jo sabia l'

adreça de les habitacions de darrere. Vam arribar-hi quan estaven a punt de tancar. Ben just, vam poder pujar les escales i obrir aquella porta-armari gruixuda.

De cop, era endins de la cambra que duia al cor. Hi havia els fogons, una taula. I l'arbre al pati de sota, amb la soca gruixuda, i les branques. «Va afanya't...» em van dir. «T'esperem a baix». Ben sola, i embadalida, no en podia sortir d'allà. Però vaig adonar-me que s'hi havia quedat un home. I ens vam mirar i vaig pensar que era jueu en trobar-me amb les llàgrimes que ens enterbolien els ulls. Llavors, vaig veure l'escaleta de les golfes. Quan anava a pujar-la, ensopego a una cadena amb un rètol. *Racó de Pete*, deia.

A baix, els companys estaven encantats amb l'exposició que ensenyava el camp de concentració nazi on havia mort l'Anne. L'Anne Frank, que era allà, amb el rostre mig somrient, els ulls alegres. A la coberta dels llibres que deien «El diari d'Anne Frank».

En tornar cap al nord, amb el tren, tenia l'Anne allà amb mi. En mi.



### Diari Anne Frank

Rosa dels vents  
Barcelona, 2018

És una de les icones que retraten l'horror de l'holocaust. Annelies Marie Frank (1929-1945) va néixer a Alemanya en el si d'una família jueva. Amb l'ascens del nazisme i l'inici de la persecució contra els jueus, la seva família es va mudar a Amsterdam. L'ocupació nazi dels Països Baixos, el 1940, va comportar que ella, la seva família i uns amics s'haguessin d'amagar en unes estances de l'empresa del seu pare. S'hi van estar dos anys, i és durant aquest temps quan Anne redactà el seu diari. Traïts i deportats als camps d'extermini, Anne va morir en mans dels nazis. ■



## filmoteca

## *La Mort de Guillem (2020)*



**Marc Lesan**

Realitzador audiovisual

@MarcLesan

**La matinada de l'11 d'abril de 1993 el jove militant independentista i anti-feixista Guillem Agulló és assassinat a Montanejos d'una ganivetada al cor després de ser atacat per un grup de neonazis. 28 anys després, sembla més important que mai mantenir viva la seva memòria davant d'un panorama polític cada cop més polaritzat i amb l'extrema dreta present de manera oberta i desacomplexada a les institucions.**

Si bé la pel·lícula pivota sobre aquest assassinat ideològic, el que retraten el director Carlos Marqués-Marcet (1983) i el guió de Roger Danès i Alfred Pérez Fargas és un altre tipus de dolor: el que pateixen amics i familiars pel dol a Guillem, però, sobretot, per la impotència en veure com se'l criminalitza públicament des dels mitjans; i com en el judici esbiaixat se'l presenta d'una manera violenta mentre se'n blanqueja els acusats. Una evidència que el llargmetratge se centra més en el patiment psicològic és el fet que l'escena que recreava l'assassinat s'acaba ometent en el muntatge final.

Dramàtica i altament indignant, la pel·lícula t'absorbeix encadenant

successius moments enutjants, des d'articles incriminatoris que la família es va trobant als mitjans de comunicació, fins al testimoni dels amics d'en Guillem que l'acompanyaven aquella fatídica nit a Montanejos, amb un tracte humiliant per part del jutge fent taral·lejar el «Cara al Sol» a una de les testimonis. Tot plegat, amb una banda sonora formada gairebé exclusivament de planys populars valencians, i barrejat a intervals per petits talls d'arxiu de la televisió d'aleshores –principalment, i de manera irònica, de Canal 9– on es copsava la desesperació real de Guillem Agulló Lázaro i Carme Salvador Roig, els pares de Guillem, mentre denunciaven el cas públicament. I tot amb una atenció al detall minuciosa. De fet, la pel·lícula va rebre la supervisió i l'aprovació dels pares d'en Guillem en tot moment.

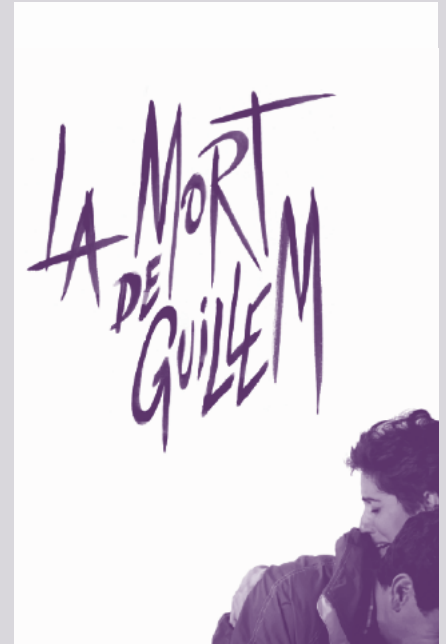
És amb històries com aquesta que es pot prendre perspectiva de la resiliència del moviment antifeixista al País Valencià, on fins a l'actualitat el feixisme ha tingut més presència i ha campat de manera més impune pel territori, brandant els seus símbols antidemocràtics a diverses manifestacions, en grups ultres de futbol,

**És amb històries com aquesta que es pot prendre  
perspectiva de la resiliència del moviment antifeixista  
al País Valencià**

i escopint el seu missatge d'odi, en certs moments amb la connivència dels estaments jurídics i del partit de dreta hegemònic fins fa poc, el Partit Popular. Ja és conegut el fet que les pintades que surten a la casa de la família Agulló-Salvador en un punt de la pel·lícula no són attrezzo, sinó pintades reals aparegudes durant el rodatge a Burjassot, que Carlos Marqués-Marcet va decidir aprofitar.

Probablement no hi ha una manera més digna d'honorar la memòria d'en Guillem que amb aquest punyent llargmetratge i no hi havia una millor manera de difondre'l que l'emissió simultània que se'n va fer el 2 d'octubre de 2020 a À Punt, TV3 i IB3, en una rara avis de reciprocitat televisiva als Països Catalans. Potser el més colpidor és el missatge final, que per previsible no deixa de colpir: l'autor material del crim, el nazi Pedro Cuevas, va complir només quatre anys de condemna. En sortir de la presó va tornar a militar en organitzacions d'extrema dreta sent detingut el 2005 en el marc de l'Operació Panzer contra el Frente Antisistema –quedant-ne absolt–, i va arribar a presentar-se a les eleccions municipals de 2019 a mans

del partit neonazi Alianza Nacional. Aquesta sensació d'impunitat no sembla haver minvat amb el temps, i menys al País Valencià. ■



**La Mort de Guillem**  
**Carlos Marqués-Marcet**

2020



# llibreria

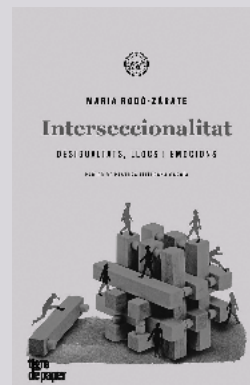


***El Congrés de Cultura Catalana.  
Història i balanç (1975-1977)***  
**Marta Rovira Martínez (ed.)**

Afers

Barcelona, 2020

El Congrés de Cultura Catalana va significar la posada al dia d'un projecte de país. 40 anys després es recull en aquest volum l'anàlisi del que va significar aquell Congrés. El volum contextualitza el moment en què es va dur a terme el Congrés, a les acaballes del postfranquisme, i en destaca parts dels debats que s'hi van dur a terme, alhora que en fa una reflexió a partir de les experiències viscudes pels participants. Un document clau per entendre la construcció de la Catalunya dels últims 40 anys, i per dibuixar la dels propers.



***Interseccionalitat.  
Desigualtats, llocs i emocions***  
**Maria Rodó-Zárate**

Tigre de paper

Barcelona, 2021

Les desigualtats socials no són producte d'un sol element. La teoria de la interseccionalitat apunta a la relació entre diferents factors com poden ser la classe social, l'ètnia, l'origen, el gènere... En aquest llibre l'autora aprofundeix en aquesta teoria per introduir-hi el lloc i les emocions en l'anàlisi interseccional. Una proposta innovadora per entendre els conflictes socials des d'òptiques més transversals.





**Les combatents. La història oblidada de les milicianes antifeixistes**  
**Gonzalo Berger i Tània Balló**

Rosa dels Vents  
 Barcelona, 2021

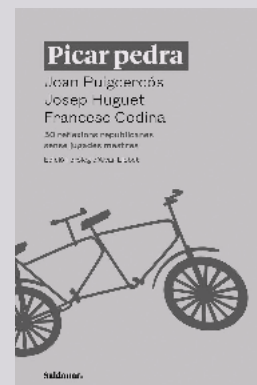
La història ha condemnat sistemàticament les dones a l'oblit. Si a aquest fet s'hi suma l'oblit que la dictadura franquista i l'amnèsia de la transició van imposar sobre el període republicà, la participació de les dones a la Guerra Civil espanyola no és d'estranyar que sigui un fet que ha passat per alt als llibres d'història. Posar-hi remei és el que pretén aconseguir aquest llibre explicant la vida de milicianes, com Nativitat Yarza, que van posar la seva vida al servei dels ideals antifeixistes i la causa republicana.



**La sentencia del procés: una aproximación académica**  
**Joan Queralt (dir.)**

Atelier  
 Barcelona, 2020

El judici contra els presos polítics per l'organització del referèndum de l'1 d'octubre, ha estat el judici més determinant dels últims anys a la història judicial espanyola. Aquest llibre recull els punts de vista de diferents experts sobre les conseqüències jurídiques, polítiques i de drets fonamentals que implica la sentència condemnatòria dels presos polítics.



**Picar pedra**  
**Joan Puigercós, Josep Huguet i Francesc Codina**

Saldonar  
 Barcelona, 2021

El camí cap a la República catalana necessita anàlisi i rigor. És el que aporten en aquest llibre dirigents que han dedicat la seva vida a «picar pedra» per sumar més i més gent al projecte independentista. On som? Quina és la correlació de forces actual? Com ens afecta el context internacional? Analitzar les fortaleeses, oportunitats, amenaces i debilitats és clau per encertar l'estratègia. L'exigència de la negociació, el diàleg i l'acció no-violenta configuren el GPS necessari per seguir endavant. ■

# eines

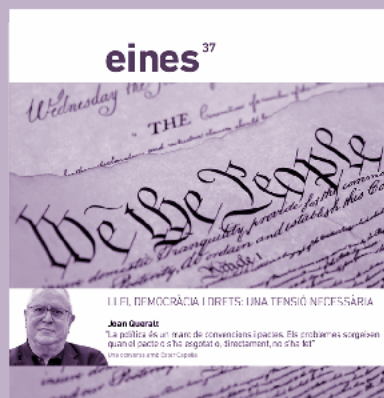
**ACONSEGUIU  
ELS NÚMEROS ANTERIORS**

eines@irla.cat

**FUNDACIÓ**  **JOSEP IRLA**

JULIOL 2020

**LLEI,  
DEMOCRÀCIA  
I DRETS:  
UNA TENSÍO  
NECESSÀRIA**



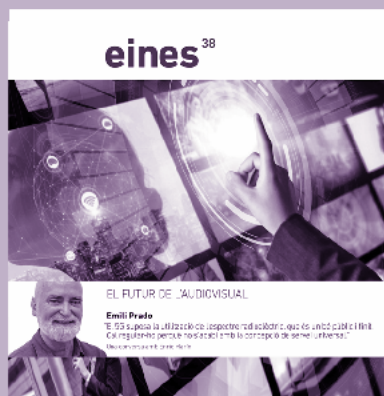
**eines**<sup>37</sup>

**EL FUTUR DE LA DEMOCRÀCIA I DRETS: UNA TENSÍO NECESSÀRIA**

**Joan Guartó**  
"La política és un món de convencions i pactes. Els problemes sorgescen quan el pacte o s'ha arribat o, directament, no s'ha fet"  
Deu converses amb Joan Guartó

SETEMBRE 2020

**EL FUTUR  
DE L'AUDIOVISUAL**



**eines**<sup>38</sup>

**EL FUTUR DE L'AUDIOVISUAL**

**Emili Prada**  
"Els 50 anys de la televisió són, essencialment, els 50 anys de la imatge i l'òptica. Cal reinventar-se perquè no es perdi el concepte de servei i d'ètica".  
Deu converses amb Emili Prada

DESEMBRE 2020

**LA DEMOCRÀCIA  
EN L'ERA DE LA  
INTEL·LIGÈNCIA  
ARTIFICIAL**



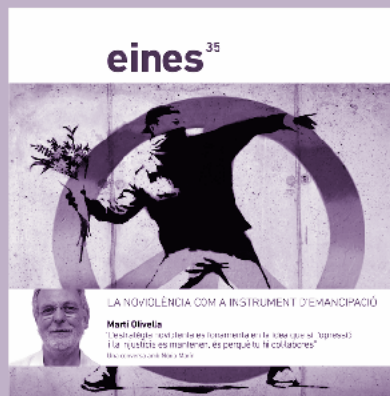
**eines**<sup>39</sup>

**LA DEMOCRÀCIA EN L'ERA DE LA INTEL·LIGÈNCIA ARTIFICIAL**

**Liliana Arroyo**  
"El futur no és pas una cosa que calgui dir-ne cap de tota la solució: bé com a futur, com a futur, com a futur".  
Deu converses amb Liliana Arroyo

SETEMBRE 2019

**LA NOVIOLÈNCIA  
COM A  
INSTRUMENT  
D'EMANCIPACIÓ**



**eines**<sup>35</sup>

**LA NOVIOLÈNCIA COM A INSTRUMENT D'EMANCIPACIÓ**

**Mari Olveira**  
"La noviolència és una manera de veure el món que al·linea la força i la gentilesa, i la gentilesa es manté perquè tu hi col·labores".  
Deu converses amb Mari Olveira

DESEMBRE 2019

**EL VALOR  
SOCIAL  
DE L'ESPORT**



**eines**<sup>36</sup>

**EL VALOR SOCIAL DE L'ESPORT**

**Nària Picas**  
"L'esport és un element integrador. Quan es perd, es perd tot i tota la gent s'ha perdut".  
Deu converses amb Nària Picas



# eines<sup>40</sup>

## PORTAL

**La salut: pilar de la prosperitat compartida**

Anna Simó

## CONNEXIONS

**Desigualtats de salut en temps de Covid-19 i crisi climàtica**

Louis Lemkow

Gabriel Lemkow-Tovías

## Salut i gènere

Elena Carreras i Moratonas

Iria Caamiña Cabo

**Salut mental, determinants socials i protecció social**

Sergi Raventós

**Garantir la salut ambiental: un repte per al segle XXI**

Olga Margalef

## NAVEGADOR

**La salut als EUA: dret o mercaderia?**

Ariadna Jou

## FÒRUM

**Lucía Artazcoz:**

**“La majoria dels trastorns de salut són més freqüents en les persones de condicions socioeconòmiques més desafavorides”**

Una conversa amb Alba Vergés

## VARIABLES

**Simpaties i fòbies envers els catalans a l'Estat espanyol: una exploració empírica**

Sílvia Claveria

## FULL DE CÀLCUL

**Solidaritat amb cor, seny i mirada llarga: l'altruisme eficaç**

Eze Paez

## ARXIU

**La Batalla de València... i el que vingué després**

Vicent Flor

## EXPLORADOR

**La nova internacional de l'odi**

Alba Sidera Gallart

## FINESTRA

**“L'esperit il·lustrat davant l'epidèmia de la por”**

Marina Garcés

## CLÀSSIC

**«Deixeu l'Índia»**

Mahatma Gandhi

## TRIBUT

**El diari d'Anne Frank**

Assumpció Cantalozella

## FILMOTECA

**La Mort de Guillem**

Marc Lesan

## LLIBRERIA

