

II. LA QUALITAT SANITARIA

4. CARACTERÍSTIQUES QUALITATIVES DE L'ACTIVITAT MÈDICA

JOAN CAMPOS, psiquiatre i psicoanalista
(Barcelona)

JORDI GOL I GURINA, internista
(Barcelona)

J. JESÚS MOLL I CAMPS, internista
(Barcelona)

Nota introductòria

Els autors hem intentat de descriure com hauria de ser l'activitat mèdica i l'hem examinada amb una òptica clínica, psicològica i antropològica. El nostre punt de partida és fonamentalment la pròpia experiència, tant en l'exercici de la medicina hospitalària i individual (de tipus privat i de tipus assalariat) com en diversos graus de docència. Aquest treball és, doncs, molt més un fruit de la reflexió sobre les nostres personals intuïcions i constatacions que no pas de la consulta de treballs seriosos d'altri, que, del tot insuficients, consten en la nota bibliogràfica.

Una anàlisi científica depassa de molt les nostres possibilitats. Volem cridar l'atenció sobre la imperiosa necessitat que tota l'activitat mèdica sigui objecte d'examen profund per experts, tant en organització de lluita per la salut com en psico-sociologia de la medicina i en economia.

Malgrat la voluntat de donar al nostre treball una intenció programàtica, hem hagut de realitzar contínues incursions al terreny dels conceptes i d'introduir-nos en el balanç de la realitat que vivim. D'altra manera no es pot formular cap programa. Les propostes concretes les podran extreure del X Congrés la gent dels nostres països quan recobrin llur protagonisme.

Hem mirat de plantejar-nos a fons si el metge, l'assistència mèdica i la docència es proposen realment, en llurs activitats, de promoure la salut, o més aviat d'obtenir un profit i de perpetuar el sistema; i si els mitjans per a promoure la salut són ben emprats, a consciència i racionalment; i si tals mitjans són idonis, o bé si caldria caminar per altres rutes; i, finalment, si la salut que hom es proposa de buscar és la salut real, o només una situació de dependència consumista sense sentit. Ens hem plantejat igualment les limitacions que condicionen l'activitat mèdica tota sola, de cara a la salut, i el paper a fer per les altres disciplines i per l'usuari, assu-

mint un protagonisme polític. I això, no solament col·laborant amb l'organització sanitària des de fora, sinó també incorporats en el seu propi si.

La salut com a objectiu, l'activitat mèdica com a tècnica i com a ciència, i l'organització i estructures sanitàries, són els tres capítols que intenten estudiar aquests interrogants.

1. La salut com a objectiu

1.1. LA SALUT, TASCA NECESSÀRIAMENT INTERDISCIPLINÀRIA I COL·LECTIVA

Encara que la ponència no s'hagi definit quant a l'extensió de l'àmbit de la medicina, és del tot evident que, sigui el que sigui el que hom vulgui atribuir-li, queda depassat de molt per la totalitat de l'àmbit de la salut tal com l'ha dibuixat la taula II. I això tant a nivell de les ciències que podem anomenar mèdiques com en el de les activitats directament assistencials. El concedir als metges i a la medicina l'exclusiva del «control» o de la promoció de la salut significaria doncs que la societat adopta una actitud totalment irresponsable i dimissionària i que els metges estan posseïts d'un pueril afany de domini. I encara més: seria negar la mateixa realitat.

En efecte, en un plantejament realista de la salut hi ha implicada una tal multitud d'elements amb llurs complexíssimes interrelacions dinàmiques, que són necessàriament moltes, a més de la medicina, les disciplines cridades a intervenir-hi, de les quals només una petita mostra, encara que qualificada, ha pogut participar en aquesta ponència. Es fan indispensables fins i tot experts en la mateixa salut considerada globalment (1). Som encara possiblement incapaços de poder precisar amb nitidesa allò que el terme de la salut pot incloure d'objectiu i allò que necessàriament ha de quedar com a ideològic *, i també de poder establir una metodologia sanimètrica (2) general que sigui aplicable amb eficàcia. En aquest context, les ciències mèdiques hi tenen evidentment un paper important, però limitat.

I si passem del nivell teòric al de la praxi, al de la promoció efectiva de la salut, ens trobem en la mateixa situació. Ni l'exercici de la medicina entès en el sentit tradicional, ni tampoc el conjunt d'activitats professionals que es puguin anomenar sanitàries, donant al mot un contingut raonable, esgoten les possibilitats de lluita per la salut des del camp de l'expert i del professional. Qualsevol activitat humana, i no solament en la investigació, en l'ensenyament i en la cultura, sinó també en els llocs d'informació, de debat i de decisió, i en la indústria i en el comerç, etc., comporta implicacions positives o negatives, segons com s'exerceixi, en el terreny de la

* En el nostre treball, entenem per ideologia qualsevol sistema de valors particulars o col·lectius en funció d'entendre l'home i l'univers.

salut. Convé doncs que totes aquestes activitats siguin estudiades de cara a llur influència sobre la salut. Convé igualment que totes elles siguin convidades a assumir llur pròpia responsabilitat envers la salut.

Finalment, hem d'afirmar molt clarament que la promoció de la salut no pot quedar de cap manera reduïda a un afer purament professional, encara que interdisciplinari i fins i tot general. El motiu és que les oportunitats de salut a què pot aspirar cada un dels membres d'una collectivitat no depenen pas exclusivament de factors científics o tècnics. Depenen molt més de factors socio-econòmics i polítics, de l'organització que aquella collectivitat sofreixi o es doni. I, secundàriament, de les possibilitats de realització i de participació que ella permeti o ofereixi als seus membres (3). És per això que la promoció tant qualitativa com quantitativa de la salut no pot quedar mai a les soles mans dels experts, metges i no metges, sinó que és necessàriament un afer col·lectiu i polític. No podem ara deixar de dir que l'interès que una collectivitat mostri per la salut en el sentit més ampli no és solament un factor del qual depèn l'obtenir-la. És també indicatiu del seu grau de salut, almenys de salut potencial.

1.2. L'ACTIVITAT MÈDICA, NECESSÀRIES IMPLICACIONS INTERDISCIPLINÀRIES I COL·LECTIVES

Acceptat que l'activitat mèdica és només una entre moltes d'altres en la promoció general de la salut, cal posar de manifest que tampoc no es pot considerar una activitat tancada dins ella mateixa en un sector aïllat de les altres disciplines i dels plantejaments col·lectius.

En efecte, l'acte mèdic més honest, o sigui l'operat amb actitud de servei i amb el coneixement i els mitjans necessaris, no pot aconseguir mai la totalitat del seu objectiu en ell mateix, limitat com queda per les fronteres de la competència i del poder de la medicina. Almenys si considerem que aquest objectiu és una total investigació etiològica i epidemiològica i el dur a terme un pla terapèutic que vagi des de l'eradicació de les causes fins a la reinserció social completa. I això fins i tot incloent en el camp de la medicina, com cal però com encara no succeeix, totes les ciències psicològiques i del comportament. Per a il·lustrar-ho amb un exemple, podem admetre que l'acte mèdic derivat d'atendre un malalt coronari hauria de comportar un estudi de les causes del stress, d'una dieta possiblement mal equilibrada, amb les corresponents implicacions econòmiques, d'unes motivacions psíquiques, socials i publicitàries afavoridores del tabaquisme, i també un replantejament de l'habitatge, dels mitjans de comunicació, activitat laboral, potser competitiva, etc. Aleshores caldria extreure deduccions operatives d'aquests estudis, i així modificar no solament l'evolució de la malaltia coronària en el malalt visitat, sinó la incidència de coronariopaties en tota la població.

Per a dur fins a les últimes conseqüències el fruit de l'activitat mèdica s'imposa doncs la presència d'experts en les altres disciplines implicades, alguns dels quals ja hi són més o menys, encara que sota l'apariència de metges, i ens referim a biòlegs, fisiòlegs i altres. Les institucions sanitàries necessiten però comptar també amb economistes, geògrafs, pedagogs, sociòlegs, polítics, pensadors, etc., i no pas esporàdicament, sinó també com una dimensió habitual de llur treball. I això no solament per a poder cloure del tot l'acte mèdic corresponent, la malaltia coronària en l'exemple que hem utilitzat, sinó per a aprofitar al màxim la informació que dimana de l'acte mèdic i aplicar-la a aspectes de la salut que poden quedar ja ben lluny del camp específic de la medicina. Formulats d'una altra manera: l'acte mèdic només es pot considerar acabat quan suscita totes les mesures de salut col·lectiva que se'n poden deduir, i que no són de la incumbència de la medicina.

La informació que l'activitat mèdica forneix és certament valuosíssima i variada de cara a la totalitat de la salut. I conté una molt elevada càrrega crítica sobre les estructures socials, econòmiques i polítiques, i fins i tot sobre els plantejaments ideològics. L'aprofitament d'aquesta càrrega crítica pot tenir una importància extraordinària, i és natural que sigui interferit per les al·ludides estructures.* Aquesta és la causa de la migradesa dels resultats obtinguts fins ara a partir d'aquella informació. Dues són les grans interferències bloquejadores:

a) La primera és que les estructures socials, econòmiques i polítiques condicionen també les estructures sanitàries i els propis metges com a grup sociològic. És a dir, en el sector sanitari, com en els altres, es tendeix a institucionalitzar les motivacions extrínseques, el profit, com a codi de valoració, tal com veurem en la tercera part d'aquest treball. Per això i també per deformació professional el centre d'interès principal ja no és la salut, sinó l'activitat mèdica o la institució sanitària en ella mateixa, que esdevenen fins i no només mitjans. Així s'arriba a un afebliment més o menys conscient de la sensibilitat, que bloqueja, o l'obtenció de la informació, o la seva posterior divulgació i utilització.

b) La segona interferència és que l'operativitat de la informació depèn de la societat, i aquesta és més o menys permeable a rebre-la i més o menys capaç d'integrar-la segons la configuració política i ideològica que tingui, i presumiblement com més criticable sigui, menys positivament sensible resultarà a la càrrega crítica. Aquest fet es pot il·lustrar considerant el ventall de possibilitats que pot haver-hi des de la declaració obligatòria d'unes poques malalties infecto-contagioses fins al plantejament a fons

* La presa de consciència, per part dels metges, del paper que tenen dintre les estructures socials, polítiques i econòmiques forçaria un canvi de les pròpies estructures sanitàries i de la institució mèdica. Una crítica del sistema general resulta estèril si no va acompanyada de l'autocrítica del sistema sanitari i dels seus membres.

de les causes de la desnutrició, de l'alcoholisme o de les malalties mentals.

La primera d'aquestes dues interferències constitueix una nova motivació de la indispensable presència d'experts no metges en el si de les institucions sanitàries, i en aquest cas no com a protagonistes, sinó com a crítics. És la mateixa sociologia i funcionament de les institucions, la relació del malalt amb el metge i amb la institució, la utilització dels mitjans tècnics i econòmics i de la mateixa informació, la que ha d'esdevenir objecte d'estudi seriós per part de sociòlegs, psico-sociòlegs, economistes, etcètera. Només un estudi d'aquest tipus, reprenent el nostre exemple del malalt coronari, pot posar de manifest que la mortalitat dels infarts ingressats en una unitat coronària intensiva pot ser superior a la de la mitjana dels infarts, i que el motiu presumible és que les atencions somàtiques que s'hi donen no arriben a compensar l'agressivitat psicològica i social d'un tal ambient. S'imposa doncs de reestructurar les unitats coronàries. I una crítica del sistema haurà d'examinar encara les prioritats en la lluita contra la coronariopatia, per a decidir-se entre la prevenció o l'assistència.

En resum: cal evitar que el rendiment en salut del conjunt de tota l'activitat mèdica quedi enormement reduïda, i que fins i tot aquesta esdevingui patògena, per motius estructurals, ben sovint contra la voluntat dels implicats, i a vegades sense que ells ni se'n adonin. Dit amb altres paraules: cal establir una verificació operativa de l'activitat mèdica i de les institucions sanitàries de cara a la salut.

Abordar la malaltia i la salut com a problemes col·lectius i fer-ho en profunditat és sempre en últim terme un afer polític i ideològic. Només la intervenció dels representants de l'usuari, o sigui de la col·lectivitat, que han de ser actius, competents i ben informats, en la gestió i en la tasca general de les institucions sanitàries, al costat dels experts metges i no metges, podrà modificar favorablement les situacions de carència, d'hipertrofia, de deformació i de desviació que tots sabem i les que encara no s'han descobert. Altrament, essent la salut un afer de tots, les institucions sanitàries han de ser un lloc de col·laboració comuna, la casa de tots, i no es pot acceptar de cap manera que esdevinguin un feu de professionals i de buròcrates.

2. L'activitat mèdica, tècnica i ciència

2.1. INTRODUCCIÓ

La formació científica i l'habilitat en el maneig d'algunes tècniques constitueixen el mateix nucli d'allò que hom pot demanar —i de fet demana— a un professional de la medicina per considerar-lo competent.

Tanmateix, la valoració de l'eficàcia de l'activitat mèdica de cara a la

salut com a molt elevada pel sol fet de procedir de científics i tècnics qualificats, suscita moltes reticències. En efecte, i almenys a nivell estadístic, hi ha dades que posen seriosament en dubte la rendibilitat de l'organització sanitària en aquest sentit quan es depassa un determinat grau de sofisticació. Sembla demostrat, per exemple (Dubos) (4), que la longevitat del grup de població de més de 45 anys que formi part d'una col·lectivitat desenvolupada depèn molt més del millorament de les condicions generals de vida (que inclou, és clar, la medicina preventiva) que no pas del «millorament» de l'organització assistencial. Cal també tenir molt present que moltes malalties es guareixen soles, i que d'altres es poden diagnosticar, però no modificar substancialment. El metge, per científic que sigui, veu ben sovint el seu paper reduït al de poc més que simple espectador, amb escasses o nul·les possibilitats d'influir sobre el curs clínic (5).

Però l'activitat mèdica, en el seu paràmetre estrictament científic, no té pas com a únic objectiu de curar les malalties. En té tres més, transcendents tant des del punt de vista individual com del col·lectiu, i que es poden realitzar en tots els casos:

a) Establir mesures terapèutiques simptomàtiques o pal·liatives que facin la malaltia el màxim de suportable.

b) Portar a terme precisions pronòstiques.

c) Treballar per la comprensió més profunda de les malalties, i molt especialment de les que encara no poden ser controlades, i així aproximar-se a un futur control. Aquesta comprensió no pot ser mai considerada com de la incumbència exclusiva de les ciències biològiques. Bernal (6) ho recorda quan revisa els esforços desordenats que es fan per al control de les neoplàsies: «La pràctica sense la teoria és cega; la teoria sense pràctica és estèril».

A més, hem d'admetre que el paràmetre científic i tècnic de l'activitat mèdica no es pot mai analitzar en estat químicament pur. Els elements sociològics i ideològics hi són sempre presents, i d'ells depèn fonamentalment que en el codi de la conducta la salut hi sigui escrita en majúscules o en lletra menuda, fet que val tant per al metge científic com per al no científic. En hipòtesi pot succeir que tant l'un com l'altre donin prioritat al prestigi, al poder o als diners. El metge científic, per aquestes raons o per pura deformació professional, tendirà a dur a terme exploracions i tractaments agressius i poc o gens profitosos des del punt de vista de la salut i de l'economia. El metge no científic, per les mateixes raons o per pura irresponsabilitat professional, tendirà a utilitzar en forma arbitrària l'extens i potencialment perillós arsenal terapèutic de què disposa. Si fos així, caldria incriminar la ineficàcia de la medicina a factors ètics i estructurals, no pas a la seva dimensió científica o tècnica.

Ens sembla urgentíssim que aquesta situació tan tèrbola es clarifiqui, i, per a obtenir-ho, caldria establir mesures destinades a realitzar almenys tres objectius:

a) Redefinir la funció social del metge amb uns nous trets. (*a'*): Com a pedagog que ajudi el malalt a alliberar-se al màxim de la dependència i a establir una relació positiva amb el seu estat de salut-malaltia. (*a''*): Com a informador, tant del mateix malalt com de tot el sistema de lluita per la salut (vegeu 1.2). (*a'''*): Com a investigador de les malalties i dels resultats de la seva pròpia acció damunt elles.

b) Disposar de sistemes i de criteris de control de tota l'activitat mèdica, tant en el sentit ampli que hem plantejat en el punt 1.2 com en el sentit estrictament científic.

c) Disposar de sistemes que permetin d'utilitzar ordenadament i racionalment tota la informació que dimana de l'activitat mèdica, tant per a poder planificar la lluita per la salut de la col·lectivitat (vegeu 1.2) com per a poder planificar la investigació clínica i connectar-la amb les investigacions de biologia fonamental, i de la psico-sociologia.

La conclusió que volem treure d'aquests comentaris és que l'activitat mèdica, si ha d'estar al servei de la salut, ni pot reduir-se a una tasca exclusivament científica ni pot eludir un autocontrol i un control exterior. Cap d'aquestes afirmacions, però, no es contraposa, sinó que el dona per acceptat, al fet que el tret diferencial sempre exigible a un professional de la medicina sigui la seva competència científica i tècnica.

Convé doncs que situem l'activitat mèdica en el context general de les ciències. En quatre apartats intentarem precisar: *a)* què hi ha de tècnica en l'activitat mèdica; *b)* què hi ha de ciència en la metodologia pròpia de l'activitat mèdica; *c)* les relacions de la clínica amb les altres ciències biològiques, i *d)* les relacions de la clínica amb la psicologia i les ciències del comportament.

2.2. TÈCNICA I ACTIVITAT MÈDICA

L'activitat mèdica se serveix d'un nombre cada vegada més elevat de tècniques, la manipulació i la lectura de les quals és notablement complexa. Aquesta necessària i utilíssima tecnificació és sense cap dubte un dels més importants factors de diversificació de la medicina en multitud d'especialitats clíniques i de laboratori. Hem arribat ja però a un grau d'atomització tal que posa en perill la mateixa eficàcia de les tècniques, puix que tant el diagnòstic general com el tractament requereixen una visió clínica global. I, igualment, la comprensió científica de les malalties només es pot obtenir des d'una visió biològica global.

Solament situats en una perspectiva molt àmplia adquireixen relleu les dades que d'altra manera queden desdibuixades, i només així es pot contemplar la utilitat relativa de cada una. Pensem per exemple en com la perspectiva clínica, i per tant global, ha contribuït al progrés de la medicina, des dels records entranyables de Jenner i de Semmelweis fins al descobriment recent dels antibiòtics, quimioteràpics i medicaments psico-

actius. Pensem també en l'immens camp d'una perspectiva biològica general com a font de progrés; el descobriment dels mecanismes de la resistència bacteriana n'és un exemple representatiu.

Aquest estat de dispersió i desintegració que bloqueja cada vegada més el rendiment en salut i en coneixement global per part de la medicina tecnificada no es deu pas però principalment, com es podria suposar, a la seva mateixa complexitat. Hi ha un altre important motiu que podríem definir com la nèmesi, l'efecte paralitzador que té el prestigi. Els elements tecnològics visibles de la medicina gaudeixen, en efecte, d'una molt alta consideració social, com pertoca a una societat que posa el tenir per damunt del ser, a una societat de consum en situació de mercat no informat, i per tant sensible a les lluentors de l'aparellatge, habituada d'altra banda a dimitir les responsabilitats i a confiar als tècnics la solució dels problemes menys renunciabls, com la vida i la mort. El prestigi social de la tècnica influeix fortament en la sociologia mèdica, i així, fomenta l'organització de les especialitats i superespecialitats en ghettos i alhora devalua el paper dels generalistes —no tenen aparells importants—, minva d'atractiu les vocacions d'internista i redueix el poder de les institucions de funció integradora i de llurs líders.

Es fa imprescindible el re-situar les tècniques al lloc que els escau en l'exercici de la medicina. Des del punt de vista pràctic són sobretot tres els aspectes sobre els quals cal treballar, amb una visió naturalment integradora:

a) La formació en el maneig de les tècniques. L'aprenentatge d'unes o altres tècniques ha d'estar en funció del corresponent àmbit sanitari de cada professional de la medicina: rural, urgències, unitat d'assistència intensiva, especialitat clínica, etc., de manera que l'assistència es pugui dur a terme amb la garantia d'uns suficients marges de seguretat.

b) La regulació de l'ús que es faci de les tècniques. En els estudis diagnòstics habituals caldria poder tabular quines són les dades tècniques que cal obtenir en cada situació. En les aportacions tècniques d'interpretació encara no definida completament, caldria planificar-ne l'ús per a poder anar assolint una tal interpretació. Tabular i planificar són tasques a dur a terme amb criteris alhora clínics i biològics.

c) L'estudi seriós d'una tècnica de fet menystinguda —no té aparellatge—, la tècnica de l'anamnesi. Només així es podrà extreure de la informació imprecisa que aporta el malalt el màxim de dades nítides a expressar en llenguatge científic i per tant quantificable.

2.3. CIÈNCIA I ACTIVITAT MÈDICA

2.3.1. *El bagatge científic del metge*

Entenem que l'exercici correcte de qualsevol activitat estrictament mèdica, o sigui la que comporta una relació directa amb el presumpte malalt,

exigeix per part del metge un coneixement global de l'home, coneixement que ha d'estendre's des de les estructures físico-químiques fins al comportament personal, i ha d'incloure el medi ecològic, físic i social, amb el qual l'home estableix relacions. Només així podrà comprendre la naturalesa de la malaltia i la importància que ella pugui tenir tant per a l'interessat com per a la societat, i només així podrà procedir a una anamnesi suficient i fiable, informar adequadament l'interessat i formular propostes terapèutiques operatives (vegeu 3.1).

Dissortadament, les ciències que estudien l'home són encara molt lluny de poder-ne oferir un model complet, que implicaria una història natural exhaustiva de l'home sa, de l'home malalt no influït per la terapèutica i del malalt tractat. Disposem només de models sectorials i incomplets, molts d'ells només descriptius, i d'altres amb pretensions explicatives del model descrit.

Al metge estricte, al que visita malalts, li és necessària i exigible una formació sòlida i actualitzada en totes aquestes ciències, o individualment o a l'equip si el treball mèdic és integrat. Convé a més que aportï la seva experiència en el progrés i en la verificació de totes elles, però l'exercici d'aquestes ciències, tant important, no està en el nucli de la seva tasca professional.

2.3.2. La ciència de l'activitat mèdica: la clínica

L'activitat científica que es pot anomenar estrictament mèdica amb tota propietat és l'anomenada medicina clínica, o sigui aquella ciència que té per objecte la catalogació d'un trastorn o conjunt de trastorns com a corresponent a un determinat model (entitat nosològica). Es tracta d'una ciència rudimentària, que utilitza una sistemàtica només descriptiva o inductiva i que té tres importants trets diferencials que l'allunyen de les altres ciències descriptives (inductives):

a) L'extraordinària variabilitat dels models nosològics quant a llur apariència.

b) Les importants interferències entre els diversos models.

c) Que una part molt important de la informació és de mal aprofitar, perquè no és quantificable i molt sovint ni tan sols objectiva.

Això fa que la simple catalogació d'un conjunt de trastorns com a corresponent a un determinat model nosològic constitueixi per ella sola una tasca d'investigació de vegades summament difícil. Compareu per exemple la dificultat de recerca diagnòstica que pot implicar per a un clínic una velocitat de sedimentació elevada o una hepato-esplenomegàlia febril amb el generalment senzill diagnòstic d'espècie d'un exemplar arbori com a tasca a fer per un naturalista de camp. És que el model, en clínica, no és un substantiu (com l'arbre), sinó un qualificatiu del substantiu home.

Existeix per tant una separació molt nítida entre la clínica i les altres ciències mèdiques, que tenen per objecte el coneixement de l'home, de les

causes generals de malaltia i del conjunt de mesures disponibles per a modificar-les. El clínic no pot pas eludir els esquemes elaborats en el si d'aquestes ciències, algunes de les quals disposen de sistemàtiques explicatives o deductives. Quan pot utilitzar models explicatius obté resultats d'una gran fiabilitat, sobretot en exploracions funcionals.* Però els ha d'integrar sempre en el sistema descriptiu propi de la clínica, que comporta una visió del fenomen patològic molt diferent de la que s'obté a partir de l'estudi de les causes de malaltia (ciència també descriptiva però amb sistemàtica diferent) o de la fisiopatogènia (que malda per ser explicativa). En aquestes ciències s'arriba a la malaltia a partir del seu origen causal o de la seva pròpia mecànica interna, seguint el camí lògic i repensant els esdeveniments tal com han ocorregut. En la clínica, s'hi arriba pel camí invers, des del símptoma, que n'és la conseqüència. La identificació del model que es fa a partir d'un ventall de possibilitats alternatives, suposa una conclusió, la més important, del treball d'investigació. Quan el model és identificat, el clínic pot aplicar-hi tots els coneixements nosològics i terapèutics disponibles i verificar, segons els resultats, tant la validesa del seu treball diagnòstic com la validesa d'aquests coneixements no clínics.

Val a dir que la formació professional que els nostres centres docents imparteixen tendeix a ignorar greument la praxi diagnòstica, que serà la principal —gairebé única— activitat científica indispensable als futurs metges. El treball diagnòstic s'aborda d'una manera inorgànica i en lletra menuda en els apartats de «diagnòstic diferencial» de cada entitat morbosa, i el diagnòstic positiu en queda ben sovint marginat. La semiologia queda dispersa en el capítol corresponent a cada entitat, el model clínic de la qual resulta ben sovint desdibuixat en el context d'una sistemàtica amb pretensions explicatives, tal com s'escau en els tractats de nosologia. La malaltia no es descriu gairebé mai amb la perspectiva en què apareix als ulls del clínic quan es troba davant el problema concret.

No s'ha fet encara, i per al metge pràctic és una carència gravíssima, un treball complet per a sistematitzar amb pautes la tasca diagnòstica des del símptoma o de la síndrome fins al corresponent diagnòstic positiu. Sembla que hom confiï en un pur aprenentatge per osmosi, que, encara que important, és parcial i propaga també les rutines i les intuïcions no comprovades. És clar que un treball d'aquesta natura ha de dur-se a terme a base de la col·laboració de molts equips clínics que investiguin amb una metodologia equiparable, i per tant planificada, disposant d'una estadística important i posada en comú, i renunciant a les més vistents gratificacions del prestigi científic individual. Una tan gran feinada d'elevat rendiment pràctic en salut, però de molt poc rendiment social, només es pot realitzar en un altre context socio-sanitari.

* Per exemple, quan per identificar un dolor com a anginos s'interessa no sols per les seves característiques descriptives, sinó pels desencadenants explicatius.

2.4. LA CLÍNICA I LES ALTRES CIÈNCIES BIOLÒGIQUES

La clínica és una de les ciències biològiques que més ha estimulat el progrés de la biologia general. El coneixement de l'home, malgrat les extraordinàries dificultats intrínseques que suposa, ha captivat l'interès dels científics de tots els temps. És un fet que a l'ombra de la clínica s'han format o consolidat un nombre considerable de ciències biològiques d'un pes específic notable. Particularment les que tenen per objecte el coneixement de l'organisme humà —tant des del punt de vista morfològic com del funcional—, les causes de la malaltia —en especial la microbiologia—, i els recursos per a curar-les, sobretot la farmacologia.

Serà doncs útil d'analitzar les relacions entre la biologia general i la clínica des de dues diferents perspectives: la clínica i les ciències integrades en la pràctica diària (ciències que podrien anomenar-se paraclíniques), i la clínica i les altres ciències que integren la biologia general.

2.4.1. *Ciències biològiques paraclíniques*

Les relacions particulars que la clínica manté amb aquestes ciències són degudes al fet que totes parlen, encara que amb llenguatges diferents, d'un mateix objecte de coneixement, a saber, de la salut i de la malaltia. D'aquí que els models clínics siguin quasi sempre mixtos, és a dir, que integrin dades tècniques (radiologia i altres tècniques físiques, tècniques bioquímiques, bacteriològiques i histològiques). Aquesta situació de col·laboració estreta és molt feliç, però es pot tornar rutinària, i aleshores amaga dos perills seriosos:

a) *Reduir les ciències paraclíniques a tècniques útils.* — En la pràctica mèdica l'aspecte tècnic de moltes ciències està organitzat molt sovint només en funció de la utilitat de les dades que pot aportar. Els objectius propis d'aquestes ciències, o sigui el coneixement dels fenòmens biològics elementals, hi són només accidentalment implícits. Aquest tipus de dependència, que faria catalogar les ciències en de primer i de segon ordre, és sempre perjudicial. Podem il·lustrar-ho amb un exemple clar: la immunologia com a tècnica permet el diagnòstic positiu de multitud de malalties, però la immunologia com a ciència no sols matisa el significat d'aquestes troballes diagnòstiques, sinó que ofereix perspectives insospitades per a la comprensió de molts mecanismes patogenètics.

Una forma de retrobar la identitat d'aquestes ciències com a tals potser seria organitzar-les funcionalment segons els respectius objectius, i es podrien agrupar en quatre sectors:

1. Morfològiques (anatomia, histologia, radiologia, gammagrafia, endoscòpia, etc.).
2. Funcionals, diferenciant l'estudi funcional d'òrgans i aparells del de sistemes (immunologia, hematologia) i sobretot de sistemes de regulació (sistema nerviós amb el vessant psíquic, sistema endocrí).

3. Causes exògenes de malaltia.
4. Terapèutica.

La responsabilitat dels departaments d'investigació científica i d'aplicació tècnica d'aquestes ciències hauria de recaure en els respectius científics, en alguns casos compartida per clínics, sobretot quan es tracta de sistemes de regulació o d'adaptació.

b) *Fer gravitar sobre les tècniques o la responsabilitat del diagnòstic o el control de l'assistència.* — Significa de fet una forma de dimissió que es pot traduir en l'actitud de demanar exploracions indiscriminades i en la carència d'esforç per a integrar dades, tot esperant que el diagnòstic positiu surti espontàniament d'alguna d'elles. Aquesta actitud anticientífica representa una forma de consumisme de tècniques, que és traumatitzant per al malalt, dilapidador i, en ambients hospitalaris, col·lapsador de molts serveis.

La dimissió de l'actitud d'investigació clínica es pot manifestar també amb una irresponsable esperança que el control de la malaltia s'obtindrà aplicant directament, sense diagnòstic, mesures terapèutiques. En aquesta degradació hi ha una de les causes del consumisme farmacològic i assistencial. Els medicaments no curen; se'n prescriuen de nous. Les visites no resolen els problemes (no són visites!) i en generen de noves. La salut és cada vegada més precària i el consum cada vegada més gran. Sobretot quan l'usuari no ha d'afrontar directament les despeses; altrament, ell mateix i per raons ben extrínseques, és un fre social, ja que no científic, a l'anti-medicina.

Perquè la clínica recuperi la responsabilitat del diagnòstic i del control de l'assistència cal que s'elaborin pautes de diagnòstic centrant el paper que les tècniques hi puguin tenir, cal que es prodiguin discussions diagnòstiques i terapèutiques i que es tanquin històries críticament, i que tot això sigui treball de col·laboració de clínics i de paraclítics de manera que cadascú prengui consciència de quins són els àmbits i de quins els problemes que l'afecten, i de quina sigui la fiabilitat que es pugui esperar de cada procediment diagnòstic. I cal sobretot que es prenguin mesures per a evitar que l'activitat mèdica es desvii del seu objectiu. El tancament crític d'històries ha d'incloure la crítica amb òptica social.

2.4.2. *Clínica i biologia general*

La formació biològica del metge i l'interès dels biòlegs per la clínica semblen avui d'una necessitat imperiosa. La fita seria arribar a la creació d'òrgans capaços d'intercanviar informació recíproca. Alguns exemples recents fan palesa l'extraordinària utilitat d'aquest intercanvi. En la reclasificació dels agents microbians un argument de primer ordre ha estat la sensibilitat als antibiòtics, i en les noves concepcions sobre la cinètica cel·lular, els resultats del tractament de determinades neoplàsies malignes.

El trencament dels ghettos de les modernes especialitats biològiques

tindria uns efectes extraordinàriament positius, i permetria d'abordar tasques de síntesi i posar en comú problemes fonamentals. En podríem citar alguns: filogenètica i evolució, ecologia, embriologia, genètica, citologia.

Unes noves actituds, globalitzades i integradores, tindran, si podem aconseguir que s'adoptin, profundes repercussions sobre la pràctica diària, sobre la formació universitària i continuada, sobre la investigació, i per damunt de tot, sobre la salut.

2.5. CLÍNICA I CIÈNCIES PSICOLÒGIQUES I DEL COMPORTAMENT

Encara que aquestes ciències conceptualment puguin formar part de la biologia humana, ens hi referim per separat perquè llur metodologia és diferent a la de la biologia somàtica a què fins ara ens hem referit. La clínica, per la seva exigència de globalitat, ha d'abastar tot l'home, i les relacions que estableix amb aquestes ciències han de ser equivalents a les que hem descrit com a necessàries en l'apartat 2.4.

Això ni s'ha aconseguit, ni tan sols és acceptat per un gran nombre de clínics. Les diferències metodològiques i de terminologia, i potser motius d'ordre docent i històric, separen les ciències de l'home en dos camps mal comunicats, mentre que l'home és una sola unitat, i com a tal només és aprehensible unitàriament. La reducció del clínic a somatòleg i el reservar als psicòlegs només alguns malalts no somàtics significa una esquizofrènia tant en la concepció de la malaltia com en la realitat de l'assistència.

Per un costat, no podem ignorar que la conducta humana intervé en la gènesi i en el curs de moltes malalties, des de la coronariopatia i la colitis ulcerosa fins a tants d'altres processos, i que alhora moltes malalties orgàniques repercuteixen en el psiquisme, per exemple les mateixes alludides, les endocrinopaties, la hiposiderèmia, etc. Això sense comptar que els mateixos trastorns psíquics són un ampli camp d'estudi per al clínic general i origen de diferents especialitats clíniques i de biologia somàtica (només cal pensar en la psico-farmacologia i en la bioquímica del sistema nerviós).

Però d'altra banda la mateixa relació clínica, la relació metge-malalt, que és el nucli de tota l'activitat assistencial, és examinable a la llum de les ciències del comportament, que poden aportar-hi molta clarícia. Tot l'edifici teòric i pràctic de la psicoanàlisi és basat en l'estudi d'aquesta relació i la seva eficàcia terapèutica. I igualment les relacions personals entre sanitaris i entre sanitaris i usuaris i familiars, i tota la sociologia de les institucions sanitàries, han de ser motiu d'estudi. Molt sovint la pèssima relació personal que viu el malalt hospitalari, ignorat com a persona, és, a més d'un atemptat a la seva dignitat, un importantíssim agent iatrogen, més greu encara que la seva situació de dependència generada tan sovint per la vella medicina paternalista.

El clínic, en la seva tasca, no pot oblidar mai tampoc que ell, des del

seu subjectivisme, està sempre influïnt en l'interlocutor i alhora interferint la pròpia objectivitat d'observador. És dins, i no fora, del sistema que analitza.

Considerem indispensable que les ciències del comportament tinguin el lloc que els escau en la formació de tot professional de la medicina, i que l'acte mèdic en tota la seva profunditat i amb totes les seves implicacions sigui objecte d'estudi científic i part important, a nivell teòric i de praxi, en la docència de la medicina.

3. Estructures i organitzacions sanitàries. Sociologia sanitària

3.1. INTRODUCCIÓ. ACTE MÈDIC I IDEOLOGIA MÈDICA

El nucli de tot el vessant assistencial de l'activitat mèdica està constituït per l'acte mèdic. En el seu sentit més ampli, es pot definir com aquell que, inspirat en els pressupòsits de la medicina científica, porta a prendre decisions respecte a un problema de salut.

A 2.3.2. ens hem referit d'una manera suficient als aspectes científics i tècnics de l'acte mèdic. Ara estudiarem unes altres dimensions d'aquesta relació, molt lligades al context ideològic on es realitza.

La ideologia mèdica pot estar orientada de cara a la salut, i en aquest cas tendeix a sistemes d'assistència on la prevenció és prioritària sobre la curació, el malalt sobre la malaltia, la informació sanitària sobre la medicació, el generalista sobre l'especialista. Pot també estar orientada cap a la malaltia, i aleshores aquesta predomina sobre el malalt, la medicació és el principal resultat de l'acte mèdic de cara al pacient i la medicina se centra en ella mateixa, i tendeix a una hipertròfia de les especialitats i de les tècniques sofisticades que més gratificadores resulten des del punt de vista científicista, no assistencial.

La primera ideologia genera una medicina poc brillant, amb bons resultats globals i despeses relativament baixes. La segona, clarament predominant en els països més poderosos, on es pot considerar oficial, té a favor seu la capacitat demostrada de trobar respostes de veritable eficàcia en el diagnòstic i tractament de moltes malalties (7). La contrapartida sembla, però, que despulla l'home del seu context social patogen, i descuida malalts crònics, mentals i funcionals, comparativament a l'atenció prestada al «cas interessant».

Hem de tenir present que la ideologia mèdica és filla de la seva pròpia història. La medicina ha crescut observant i analitzant la malaltia, i només molt recentment comença a entendre les possibilitats d'una nova i més ambiciosa perspectiva de salut.

Les característiques concretes de l'activitat mèdica i de la ideologia amb què es realitza estan fortament influïdes pel joc dialèctic que s'estableix entre la sociologia del metge, les estructures sanitàries, la població

assistida i el poder polític que regula aquestes relacions. Ens referirem a les tres primeres entitats i a la relació del malalt amb el metge. El nostre pensament respecte al paper del poder polític queda prou exposat a 1.2.

3.2. SOCIOLOGIA DEL METGE

Les aspiracions professionals del metge es concreten en com ell imagina la seva feina i la seva realització humana, i són contrastades per la realitat de les condicions tant socials com econòmiques i laborals en què es veurà obligat a realitzar el seu treball, condicions a les quals, en tant que persona, haurà d'adaptar-se i que en últim terme determinaran el grau de satisfacció personal que pugui aconseguir. I com més se li regategin les gratificacions intrínseques a l'activitat mèdica més tendirà a procurar-se'n d'extrínseques. D'aquesta interrelació poden derivar desviacions diverses, de les quals citem algunes.

Si al metge allò què més li importa és el «fer ciència», i a una tal desviació el convida l'estructura de l'hospital universitari o docent, i no sols per amor a la ciència sinó pels beneficis indirectes que en treu, la salut del malalt serà només un subproducte de la seva activitat dirigida fonamentalment, per exemple, a preparar una nova publicació. Si el centre d'interès del metge és «la clientela», i aquesta sol ser la temptació de la medicina privada, pot anar entretenint el malalt i prendre mesures que no vagin realment a favor d'ell. Si el mòbil és el dinar, pot tendir a reduir al mínim el temps esmerçat en l'acte mèdic i a ampliar al màxim les exploracions complementàries. En determinades formes de medicina assalariada pot aparèixer una actitud de sabotatge contra les institucions, sentides com opressores o lesionadores de l'economia del metge, i aquesta actitud és fonamentada per l'agressivitat de l'usuari a què després ens referirem (i alhora fomenta aquesta agressivitat).

Un dels problemes específics més importants que inclou la medicina prové del fet que és una professió d'ajuda i de servei, com totes les altres, però, per la naturalesa dels serveis que forneix, la necessitat fa que el servidor, el metge, estigui en situació de poder i que el servit, el malalt, esdevingui esclau. Com diu Freidson (8), «la medicina s'ha convertit en la professió del domini», i exerceix el seu poder tant sobre totes les activitats sanitàries com sobre l'usuari. En determinats països la professió mèdica s'ha organitzat eficaçment i ha aconseguit un control extraordinari sobre tota la sanitat i els seus recursos econòmics. En el nostre, en canvi, les corporacions professionals no han tingut coherència ni força, i els metges no han incidit en l'evolució de la sanitat. Les organitzacions sanitàries s'han apoderat del metge, que esdevé funcionari d'un sistema que l'explota, el perverteix i el porta a col·laborar a l'estafa assistencial que ofereixen a l'usuari. L'amo ha re-esdevingut servent, però no del malalt, sinó de l'estructura. Aquesta situació tan peculiar fa al metge més capaç de criti-

car el sistema, però d'altra banda provoca un afrontament molt perniciós entre ell i el malalt.

L'acte mèdic no es pot pas alliberar mai del tot dels seus condicionaments socials. El metge, com tot home, està sotmès a les pressions del context on viu.

3.3. ESTRUCTURES SANITÀRIES

La finalitat real de les estructures sanitàries de tipus assistencial hauria de ser l'afavorir la realització de l'acte mèdic al màxim correcte possible i sempre que sigui necessari, i a través d'ell el promoure la salut de la població assistida. Caldria que llur organització garantís com a mínim:

a) Que el metge sigui un bon professional, o dit d'altra manera, que els seus coneixements, habilitat i actituds corresponguin als problemes de salut que hagi de resoldre.

b) Que els mitjans a l'abast del metge, estructurals, d'organització i tècnics, siguin adients i evitin els perills indicats a 3.2.

c) Que els usuaris del sistema assistencial obtinguin d'aquest allò que realment necessiten, o sigui la promoció, protecció i recuperació de la salut.

La realitat és però ben diferent. Les estructures sanitàries han nascut en un determinat context socio-cultural i ideològic, dins una determinada estructura política, i condicionades per forces econòmiques. Una vegada establertes, tendeixen a perpetuar-se, a la rigidesa i a l'immobilisme, i a esdevenir un fi en elles mateixes i no primordialment un mitjà de salut.

En la societat capitalista aquestes estructures estan sotmeses a la llei de l'oferta i la demanda. La salut hi constitueix un valor present però marginal, convertit en objecte de compra-venda, important perquè estimula el mercat, que serà «sa» quan consumeixi molt i així fomenti l'expansió de les indústries farmacèutica i sanitàries.

En alguns països socialistes o que compten amb serveis sanitaris esdevinguts serveis públics, malgrat que la dinàmica del mercat no hi sigui present, es pot arribar a una situació no del tot diferent per un altre mecanisme: la burocratització i tecnocratització per part del sistema assistencial i el consum intensiu per part de l'usuari fan créixer desmesuradament el volum del mateix sistema, que pot engolir tots els recursos humans, tècnics i econòmics disponibles. L'assistència resulta cada vegada més cara i més lluny de donar abast a la demanda que ella mateixa genera. Quan hom es planteja solucions, pensa només a augmentar els mitjans i a distribuir-los millor, i així el problema queda sense resoldre.

Crida l'atenció que organitzacions socio-polítiques tan diferents s'encaïllin en el mateix obstacle, i això fa sospitar que els pressupòsits bàsics sobre els quals es munta l'assistència siguin falsos. Aquests pressupòsits són però els de la medicina científica actual. En efecte, tots els sistemes

assistencials tenen en comú que llur resposta a la malaltia parteix dels metges i de la medicina. Les necessitats assistencials són definides «objectivament» pels mateixos experts encarregats d'atendre-les. Una sola professió ho controla tot. Hem de recordar ara allò que hem dit abans referent a la ideologia mèdica (3.1.) i sobre el paper dels metges de cara a la salut (1.1. i 1.2.).

3.4. SOCIOLOGIA DEL MALALT

En general, allò que el malalt espera del metge, de la medicina i dels serveis assistencials, és la solució del seu problema fonamental: o l'estar malalt o la por d'estar malalt. Altres vegades pretén l'obtenció de beneficis da naturalesa diferent: valoracions favorables des del punt de vista social, laboral, econòmic i psicològic que deriven del fet de ser etiquetat com a malalt. Finalment, l'usuari pot buscar també punts de referència protectors i substituir les antigues màgies per altres de noves.

Les condicions socials i estructurals que hem descrit configuren dos grans tipus d'actitud de l'usuari envers l'organització sanitària i envers els metges:

a) L'actitud passiva dependent, induïda en les situacions on el metge adopta trets paternalistes. És característica de les societats subdesenvolupades i tendeix a desaparèixer quan augmenten la capacitat crítica i les possibilitats de defensa dels propis drets.

b) L'actitud passiva agressiva, conseqüència inevitable dels sistemes d'assistència assalariada i inoperant. Qualsevol sistema sanitari socialitzat pot desvetllar aquesta actitud si es descuida la necessària educació mèdica o si la burocratització dificulta el bon curs de l'acte mèdic.

Totes les motivacions i actituds descrites tenen en comú la manca de protagonisme de l'usuari, que tendeix a esperar i a reclamar solucions que no impliquin un esforç personal. Queda implícit que aquest esforç pot ser evitat per un augment del consum d'actes mèdics i de productes farmacèutics. La manca d'educació de la personalitat, la manca d'informació sanitària, la ideologia de la societat de consum (tenir més diagnòstics, visites, remeis, com es tenen més transistors, frigorífics, etc.), la complicitat objectiva del metge, a què ens hem referit a 2.4.1. b, en són la causa.

3.5. LA RELACIÓ MALALT-METGE

És evident que la relació entre el malalt i el metge és essencialment desigual, molt més que la que es pot establir entre l'usuari i l'expert de qualsevol activitat. La competència, el judici i la decisió són en un costat; el despullar-se, la implicació personalíssima i la necessitat d'ajuda en l'altre. Aquesta desigualtat és intrínseca, i això fa que no es pugui suprimir mai del tot: encara és perfectament visible quan el malalt és un col·lega.

És també evident, però, que la situació de dependència és nociva, i

patògena a partir d'una intensitat determinada, de manera que cal reduir-la tant com sigui possible (9). Tota medicina que condueixi l'usuari a situacions de major dependència i li escamotegi la responsabilitat personal és una mala medicina, i tant el malalt com el metge com la societat en sofriran les conseqüències.

La responsabilitat correspon sobretot al membre més fort —caldria poder dir al més madur— de la relació. Es tracta de no aprofitar-se del poder, sinó d'utilitzar-lo per a alliberar el malalt d'aquest mateix poder (10). El metge pot actuar «amb» el malalt i no només «sobre» el malalt (11) si participa d'una ideologia que té com a objectiu la salut (vegeu 3.1.) i si és alhora un pedagog (2.1. a').

Així l'acte mèdic pot quedar clos de tal manera que el malalt en surti prou educat i prou informat com per a poder prendre cura de les seves molèsties —que són d'ell— de la forma més autònoma possible. Prendre'n cura no sols amb medicació, sinó adonant-se de les causes, que potser rau en costums o actituds a modificar, i acceptant allò que no es pugui resoldre.

Val a dir que no es pot responsabilitzar exclusivament el metge de la situació d'excessiva desigualtat de la relació amb el malalt. Importa molt la seva actitud, però també la del malalt, que és fruit de les interaccions descrites a 3.4. És tot un context social el que condiciona la seva dependència i la seva falta de protagonisme. Importa de tenir-ho present sobretot de cara a la concepció d'una política escolar i general de formació de la personalitat i d'educació sanitària.

Volem cridar l'atenció sobre el fet que la relació que s'estableix entre el malalt i el metge pot estar també enrarida per un extensíssim nombre de factors extrínsecs i de malentesos tant per part de l'un com de l'altre i que poden desbaratar l'acte mèdic. Alguns d'ells són ben sovint de característiques tals que escapen fàcilment a l'investigador que examina la relació des de fora. Com que abans ens hem referit extensament a les gratificacions extrínseques del metge, ens sembla que hem de mencionar ara també que la relació amb el malalt en moltes ocasions conté per a aquell una notable càrrega de sofriment humà, tant en les situacions d'incertitud diagnòstica i terapèutica com en els problemes de comunicar informació traumatitzant, d'atendre casos crítics i fins i tot de sentir-se objecte de judicis de valor arbitraris.

I acabem aquest comentari sobre la relació malalt-metge, repetint que considerem transcendental que la totalitat d'aquesta relació, l'acte mèdic sencer, incloent la seva organització social, sigui estudiada a través de tots els mitjans científics disponibles, tant de les ciències biològiques com de les del comportament. Només d'aquesta manera una bona part d'allò que a l'activitat mèdica li queda de tradició i d'art, tan estimable i útil (12), podrà ser quantificada i convertida en coneixements científics a emprar amb molta més eficàcia al servei de la salut.

NOTES

1. *Inquiry*, suplement núm. 2 del vol. XII (1975). Blue Cross Ass. Chicago 111. Conté un recull d'articles que comparen sistemes de salut, aportació del VIII Congrés Mundial de Sociologia, Toronto, 1974.
2. MIGUEL, Jesús M. de: En el suplement citat en la nota 1, pàgs. 10-25, remarca que és molt més important que les mateixes dades el saber qui les utilitza i com les utilitza.
3. «Organizational Study Methods of Promoting the Development of Basic Health Services», Annex II a l'O. R. of the W. H. O., 206 (1973), pàg. 110. Comenta que la connexió entre els serveis de salut i l'estructura socio-política d'un país és tan íntima com per a fer impossible un canvi exclusiu dels primers.
4. DUBOS, R.: «El hombre y su ambiente. El conocimiento biomédico y la acción social», pàg. 11, *Org. Panam. de Salud*, Washington, 1966.
5. Mc KEOWN, T.: «Medical History and Medical Care», Oxford U. B., 1971, London. Comenta que (puix que fins al segle xx la medicina no disposava de terapèutiques eficaces) el millorament de la salut ocorregut abans cal buscar-lo per un altre costat.
6. *J. D. Science in History*, London, 1964. Traducció catalana en *Història social de la cultura*, II, pàg. 180, Edicions 62, 1967.
7. COE, Rodney M.: «Teaching Behavioral Sciences in Schools of Medicine: Observacions on some Latin-American Schools», *Soc. Sc. Med.*, vol. 9, pàgines 221-224, Pergamon Press, 1975.
8. FREIDSON, E.: «Professional Dominance: The social-structure of Medical care», Atherton Press Inc., Nova York, 1970.
9. CAMPOS, J.: *Soc. Sc. Med.*, vol. 7, pàgs. 959-966, Pergamon Press, Great Britain, 1973.
10. GOL, J.: «Alguns aspectes ètics de la relació metge-malalt», *Qüestions de Vida Cristiana*, 74, Montserrat, 1974.
11. Mc KEOWN: *Op. cit.* en la nota 5, pàg. 4.
12. Vegeu a propòsit d'aquest aspecte, no quantificat encara, de l'activitat mèdica, J. ALSINA I BOFILL: «L'art de curar», *Annals de Medicina*, 6, vol. LXII, pàgs. 640-653, juny 1976.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- BERNAL, J. D.: «Science in History», Londres, 1964. Traducció en català: «Història social de la cultura», Edicions 62, 1967.
- BERNAL, J. D. i collab.: «The science of the science», Londres, 1964. Traducció en castellà: «La ciencia de la ciencia», Ed. Grijalbo, 1968.
- KOURGANOFF, V.: «La recherche scientifique», París, 1965.
- HARRE, R.: «An Introduction to the Logic of the Sciences», Londres, 1960. Traducció en castellà: «Introducción a la lógica de las ciencias», Ed. Labor, Sociedad Anónima, 1967.
- GEYMONAT, L.: «Filosofia e filosofia della scienza», Milà. Traducció en castellà: «Filosofía y filosofía de la ciencia», Ed. Labor, S. A., 1966.
- BUNGE, M.: «Scientific research strategy and philosophy», Nova York, 1967. Traducció en castellà: «La investigación científica, su estrategia y su filosofía», Ed. Ariel, 1969.

Ja en premsa aquest treball, ha aparegut el núm. 5 de «*Papers, Revista de Sociologia publicada per la Universidad Autònoma de Barcelona*», dedicat a «Sociologia i Medicina». No podem deixar de recomanar-lo.