



# **La medicina com a producte de consum**

**Ramón Trullenque**

Departament de Cirurgia, Universitat de València, València

Correspondència: Ramon.Trullenque@uv.es

**S**i fem cas al *Diccionari de la llengua catalana*, la medicina és la ciència i art de guarir, alleujar i prevenir les malalties del cos humà; i si seguim a Hipòcrates, els fins de la medicina són: alliberar per complet els malalts dels seus patiments, atenuar els rigors de les malalties i no donar tractament als qui estan vençuts per la malaltia. Per un altre costat, consumir és l'acció d'utilitzar comestibles no perdurables o altres gèneres de vida efímera per a satisfer necessitats.

Aleshores, el consum en medicina inclouria la satisfacció de les nostres necessitats a fi de curar, alleujar i prevenir les malalties. Però, aquest ha sigut l'objectiu de la medicina sempre, per què ens el plantejem ara? Per què parlem de la medicina com a producte de consum?

## **Concepció actual de la salut i dels productes de consum**

Un fet característic d'aquesta societat que vivim és que el consumidor es considera el motor de la roda producció-consum. Si augmenta el consum, augmenta la demanda; si augmenta la demanda, creix la producció; a major producció, més llocs de treball; a més llocs de treball, més diners, i la riquesa es va estenent fins al tercer món.

Però, perquè aquest circuit siga plenament efectiu és necessari que: *a)* el consumidor siga estimulat per la pressió social exercida pels mitjans de comunicació de masses als quals, com no tinga una ment molt crítica i independent, és molt difícil que pugua resistir, no adonant-se que està perdent llibertat, capacitat d'autorealització i el que es pitjor, la dignitat, en expressió de Marina [10]; *b)* s'acurte la distància econòmica entre les classes, elevant el nivell de vida de tots, no tant per raons ètiques com per raons econòmiques que permeten que tots siguen consumidors del major nombre possible de béns; *c)* desapareguen les velles virtuts de la previsió i l'estalvi, ja que tots els ingressos, fins i tot les facilitats de compres a crèdit i els préstecs hipotecaris a baix interès, han de dirigir-se al consum; *d)* la beneficència o atenció dels vells, invàlids, orfes i malalts, i la previsió de tots els riscos, siga assumida per l'estat i convertida en funció pública.

Els objectes de consum característics d'aquesta societat no són necessaris per a la subsistència, sinó que responen a un conjunt de motivacions psicològiques: proporcionen estatus, satisfan l'enveja, trenquen amb l'avorriment i permeten elegir una identitat. Adela Cortina defineix els productes de consum com aquells que no són els necessaris per a la subsistència, sinó que s'adquireixen pel seu marcat valor simbòlic [2].

Però tots estos motius no expliquen per què les gents mai no en tenen prou i per què consumeixen sense fi; la raó pareix radicar en el fet que les persones avaluen la satisfacció que els proporcionen els béns en relació amb el que consumeixen altres, i com sempre comptaran amb un grup de referència amb el qual, en comparar-s'hi, quedaran en inferioritat, mamprendran una carrera sense fi, que comportarà una insatisfacció contínua. Des de la infància vam aprendre que tindre èxit és una responsabilitat i que el fracàs porta a l'automenyspreu, als complexos d'inferioritat i a la desesperança, i no obstant això, el triomf no fa més que incrementar el desig de tindre un èxit fins i tot major, amb el que es tanca, ara també, el cercle de la insatisfacció.

Però l'evolució continua, i hui ja no ens conformem amb el consum d'allò que ens és necessari, ni tan sols d'aquells productes que adquiríem pel seu marcat valor simbòlic. Hui el consumir ha entrat a formar part del que Aristòtil anomenava «accions felicitants», és a dir accions que fem pel seu valor intrínsec com llegir, escoltar música o compartir el temps amb gent interessant, i en aquest sentit, Adela Cortina defineix la societat de consum com aquella societat a la qual l'acció de consumir productes del mercat s'ha situat en un lloc tan destacat que pareix constituir l'essència humana [6]. Per l'altre costat, a partir de la definició de salut de la OMS, com a l'estat de

complet benestar físic, psíquic i social, estem assistint a una progressiva medicalització de la vida; tenim més drets reconeguts que mai, però hem perdut el nord i la medicina presenta símptomes clars de neurosi.

Què ens està passant? En quina mesura aquesta societat de consum en què estem immersos influeix sobre la medicina?

## **Què ens ha dut a pensar que...**

Per a respondre aquestes preguntes crec que hem de reflexionar sobre alguns fets mèdics que ja considerem com normals, però que en canvi la seua anàlisi ens plantejarà seriosos problemes no sols mèdics, sinó econòmics, socials i ètics. Què ens ha dut a pensar que consumir molts medicaments ens protegeix de la malaltia, que la cirurgia és millor que un tractament mèdic, que el que és nou sempre és millor que l'anterior, que si aplatem el nostre nas serem mes feliços, que si no portem ulleres serem iguals al nostre amic, ric i admirat, que si perdem uns quilos triomfem a la nostra societat?

Evidentment, quelcom està canviant i amenaça a afectar el sentit íntim de la medicina, raó que justifica que ens ocupem ara i aquí del problema, intentant conèixer les seues causes, els presumptes implicats.

## **Presumptes implicats**

Per analitzar la realitat ho hem de fer amb criteris científics [3], el que ens obliga a recordar que ens enfrontem a una realitat humana, social, dinàmica (donat que les societats canvien constantment), multifactorial (on trobarem diversos factors implicats: els pacients, els professionals, l'administració) i coherent (buscant les pautes, lleis o entramats que expliquen la vertebració del complex de les societats), el que ens permetrà deduir abstraccions i potser fins i tot aventurar qualcuna recomanació.

**Els pacients.** Som els primers implicats perquè som els que patim les conseqüències. El primer problema, que reflecteix d'entrada una determinada actitud, és com denominar aquest grup de gent que va a relacionar-se amb la medicina: hui els diuen «clients», el que suposa una certa relació comercial, i també «usuaris», el que tradueix el comportament de la persona que fa ús, que consumeix un servei mèdic; per tant, jo prefereixo el

clàssic terme de «pacients», incloent-hi tant els actuals com els potencials en un futur.

Analitzar totes les seues actituds, relacions i influències resulta excessiu per a aquesta ocasió; per tant, anem a centrar-nos tan sols en dos aspectes, però que crec que són representatius del que està passant: El consum farmacèutic i la cirurgia estètica.

a) El consum. El consum farmacèutic segueix disparat, arribant a límits perillosos, com podem comprovar amb les dades de la taula 1.

**Taula 1.** Dispensació farmacèutica corresponent a l'any 2003. Dades de la consultora *IMS Health*

|                          | Espanya | França | Itàlia | Anglaterra | Alemanya | EUA    |
|--------------------------|---------|--------|--------|------------|----------|--------|
| Despesa per càpita (€)   | 167,7   | 243,60 | 166,63 | 170,78     | 221,64   | 450,51 |
| Increment sobre 2002 (%) | 12      | 5      | 2      | 9          | 8        |        |

Les raons per les quals es consumeix són diverses: falta d'educació sanitària, falta d'informació, propaganda en mitjans de comunicació (en ocasions perillosa perquè anuncia productes que poden ser perjudicials per a determinats pacients o amagar l'autèntica malaltia), excessiu individualisme i falta de sentit social, el caràcter gratuït de la dispensació, desatenció de l'assistència primària, defectes d'infraestructura del sistema sanitari, exigències dels pacients (volen curar-se de seguida i amb el producte mes costós i més nou).

A més a més, aquest consum desafortat de medecines (a Espanya, l'any 2003 s'han fet 706 milions de receptes, que suposen una despesa farmacèutica de 8941 milions d'euros) té altres conseqüències negatives de diversa índole: segons un informe de l'OMS del 14 d'octubre de 2002, el 1998 es va estimar que en els Estats Units els efectes negatius dels medicaments suposaven entre la quarta i la sisena causa de mortalitat. A Europa, fins a un 15 per cent de les hospitalitzacions es deuen a reaccions adverses als medicaments. El consum d'antibiòtics representa el 69 per cent de la despesa farmacèutica [4] i, si bé ha millorat els últims anys, gràcies als metges de família, hui l'adequació de la prescripció és tan sols del 56 per cent , encara hi ha entre l' 11 i el 30 per cent que s'automediquen i un 10,5 per cent que abandonen el tractament abans d'hora. Per un altre costat, els Instituts Nacionals de Salut (NHI) dels Estats Units calculen que la meitat



de les prescripcions són innecessàries. En canvi, als països pobres la situació és la inversa: segons Jonathan Quick, hi ha 2000 milions de persones que no poden obtenir els medicaments que necessiten a un preu que no poden pagar [12]; i a la mateixa reunió, Gro Harlem Brundtland, directora general de l'OMS, afirmà que es tracta d'una situació crítica, que amenaça més de 14 milions de persones.

b) La cirurgia estètica. Espanya és el primer estat europeu en freqüència relativa, realitzant-se durant el darrer any 300.000 intervencions, el que ha suposat un creixement anual del 15 per cent [1]. Sols a Madrid, hi ha 600 clíniques de cirurgia estètica.

Les causes d'aquest *boom* de la cirurgia estètica són variades: culte a la imatge per a millorar l'acceptació per part dels altres o també per augmentar la satisfacció amb sí mateix; consum de masses, el qual vol dir una capacitat adquisitiva suficient, amb la col·laboració dels mitjans de comunicació que mostren contínuament la *jet-set* i les *top-models* com a figures a imitar, i que afecta fonamentalment a persones amb personalitat immadura, que consideren i, possiblement en ocasions els ho asseguren, que la cirurgia és infal·lible.

En canvi, la realitat es ben distinta: es tracta d'una cirurgia que comporta una certa morbiditat, si bé no sempre és valorada, en altres ocasions s'obtenen uns resultats diferents als promesos; tot el que fa que la quota d'assegurança per responsabilitat d'aquesta cirurgia siga la més alta. Un altre problema afegit es deriva del fet que, segons la Societat Espanyola de Cirurgia Estètica, a Espanya estan exercint 6000 professionals, dels quals tan sols 600 són professionals amb títol. Però és una activitat comercial important, amb una facturació de 1100 milions d'euros, i uns preus elevats: la liposucció, 3000 euros; la cirurgia de les mames, 4000 euros i el *lifting* 5000 euros.

**El professional.** Tota una sèrie de transformacions socials i d'esdeveniments polítics, encapçalats per la societat del benestar, el consum, el progrés tecnològic i l'especialització, estan amenaçant el model de professional que ha perdurat des dels temps d'Hipòcrates: un professional liberal que rep uns ingressos suficients per a viure, a canvi d'un estat d'alerta permanent, interessat a exercir una medicina de progrés, amb plena responsabilitat personal, que li permeta donar confiança als seus pacients, de qui rep, en compensació, el seu agraïment.

Els últims anys estem assistint a dues desviacions d'aquest paper tradicional del metge, que comporten el seu transvasament a un altra classe

social, i també canvis radicals en la forma d'exercir la seua professió i el seu paper en la societat: pot quedar reduït a un simple empleat d'una empresa, pública o privada, amb un sou fix i un treball còmode (amb hora d'entrada i eixida), practicant una medicina defensiva que li donarà pocs mals de cap i poca responsabilitat, però sense motivacions importants que l'incentiven a treballar millor cada dia, sense prestigi i sense l'agraïment dels pacients. Pot, per l'altre costat, transformar-se en el que podríem anomenar un guru: que munta un negoci per a guanyar diners amb la salut dels pacients, que exerceix una activitat guiada per la demanda i la rendibilitat, que pot assolir un prestigi social, més que científic.

Exemples actuals del primer grup en tenim, desgraciadament, massa hui en dia, tant en la sanitat pública (contractes «brossa», interinitats eternes, etc.) com en la privada (assegurances lliures, mútues, etc.) on el metge queda aplatat per la llosa de la idolatrada tecnologia i la gestió. El segon grup podem conèixer-lo a través de la seua publicitat tan sols en «activitats de moda», com per exemple l'obesitat, on podem llegir frases com: «disposem de la més avançada tecnologia» o com aquesta altra: «disposem de finançament, fins a cinc anys, per a una part o per a la totalitat de l'import», o la cirurgia refractiva en oftalmologia, a la qual es fa sempre esment de l'idolatrada làser. Aquestes desviacions estan progressant, perquè interessen als qui organitzen la sanitat, tant pública com privada, i també a alguns professionals que no tenen la suficient formació o prefe-reixen una vida més còmoda, però indubtablement suposen un deteriorament de la qualitat i, per tant, als qui no els interessa és als pacients.

**L'administració.** Té un paper cabdal en l'organització i control de la Sanitat, que li imposa una sèrie de deures:

a) Els deures de l'administració, com l'educació sanitària de la població, pràcticament inexistent, i, en canvi, imprescindible perquè els ciutadans puguen exercir com a tals i col·laborar al millor funcionament de la sanitat, tot aprofitant els poderosos mitjans de comunicació (on sol entrar la propaganda de productes farmacèutics, en ocasions perillosa, o de «negocis», clíniques privades i mútues).

Un altre camp fonamental es el de l'atenció primària, definida per l'OMS com l'assistència essencial basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fonamentats i socialment acceptables, posats a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la seua plena participació i a un cost que el país puga suportar, en totes i cadascuna de les

etapes del seu desenvolupament, amb esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació [13]. Els equips d'atenció primària haurien de centrar-se en la salut, la prevenció i la cura, a través de metges generals integrats en equips multidisciplinaris; però lamentablement l'assistència primària no està complint aquests objectius, roman l'hospitalocentrisme i es veu reduïda al que el sistema no vol o no li és rendible assumir, cosa que sembla el descontent entre els professionals, que va en augment amb les mesures restrictives, la primacia dels criteris gerencials i l'amenaça continuada de laborabilització.

Finalment, ha de garantir un control objectiu de la qualitat assistencial, mitjançant un sistema de control extern, donat que el pacient té dret a conèixer com funciona el sistema i quins són els seus resultats.

b) Tendències del neoliberalisme. L'any 1973 el Banc Mundial [9] donà la veu d'alarma respecte a les dificultats perquè els sistemes de seguretat social pogueren mantenir les seues prestacions als diferents països, i recomanà tres accions que havien implantar-se de forma progressiva: la gestió havia de situar-se per damunt de l'assistència, el que ja hem pogut comprovar els que hem tingut una llarga vida hospitalària; però que es dona també a la medicina primària, on es parla de gestió clínica, índexs, recursos, cartera de serveis, on es controla i regula el temps de cada activitat, en definitiva on es gestiona, en ocasions sacrificant les activitats intrínseques a la nostra professió. Es deu iniciar un procés de privatització de la sanitat, crec que ja estem dintre d'aquest procés; pensem en els plans de «xoc», en les privatitzacions de serveis (cuina, neteja, etc.), però també mèdics (radiologia, laboratoris, etc.) Adonem-nos de l'impuls que estan prenent les companyies d'assegurança, hui totes estan entrant en el terreny de la sanitat, perquè és negoci; basta veure com s'anuncien: parlen de productes i tarifes, de tecnologia, però no parlen dels professionals ni dels malalts. L'últim pas el proposa recentment la universitat de Harvard, el *Mastigge* o *new luxury*, luxe per a les classes mitjanes entre els quals s'inclou la salut. Espanya és un dels països on s'espera implantar aquesta nova tècnica de marketing amb èxit [14]; a la fi es tracta d'acabar amb la societat de benestar. Fa la impressió que anem a continuar obeint les directrius del Banc Mundial, que la societat del benestar ha complert el seu paper permetent que la gent no necessiti estalviar i pugui consumir i ara, que ja no pot prescindir del consum i té capacitat adquisitiva, poden fer negoci també amb la seguretat mitjançant assegurances, les mútues, les pensions de jubilació, etc. Hauríem de replantejar-nos la societat del benestar, per a potenciar-la, per a fer-la més justa, més democràtica i solidària,



donat que l'experiència internacional no apunta a favor de la via del finançament privat: els països de tradició socialdemòcrata del nord d'Europa han aconseguit major cobertura, per a una major població i amb major satisfacció de la gent que els països de tradició cristianodemòcrata (que cobreixen les seues deficiències sobrecairant les famílies i, en especial, les dones) i els de tradició liberal (que recorren al finançament privat i una mà d'obra barata [11].)

c) Les obligacions de l'administració. Evidentment, es tracta d'abastir, negociar i finançar aquell sistema que millor s'adapta a la nostra realitat i als nostres temps. Per tant, seran necessàries unes accions: augmentar la despesa pública sanitària. Actualment la despesa sanitària pública no farmacèutica se situa en torn al 4,4 per cent del PIB, la més baixa de la Unió Europea. Donat que pareix que la nostra economia es troba en un bon moment s'hauria d'aprofitar per a invertir en aquelles coses de les quals ens beneficiem el major nombre de ciutadans: l'educació, la justícia i en especial la sanitat. Garantir una medicina sostenible de qualitat. El terme medicina sostenible [5] crec que és molt escaient pel que necessitem fer. Es tracta d'estudiar l'estructura, les funcions, les prestacions i l'organització d'un sistema adaptat a la nostra realitat i a les nostres possibilitats, que es planteja amb visió de futur. Per aconseguir aquest projecte crec que s'haurien de donar dos condicions imprescindibles:

- Un pacte d'estat, donat que es tracta d'un projecte a llarg termini. S'ha de signar un pacte d'estat que comprometa tots els partits i l'elaboració del projecte hauria de recaure en professionals (tant de la gestió com de la sanitat) que, en gran part del projecte, arribaran a un consens respecte la solució mes adient.
- Deliberar amb els ciutadans democràticament. En el projecte que elaboren els tècnics hi haurà aspectes que estaran clars i ells podran decidir, però hi haurà d'altres que presentaran diverses opcions i la decisió no serà tècnica, i necessitaran conèixer l'opinió de la gent. En qualsevol cas, la paraula final la tindran els ciutadans, que hauran de ser consultats (a través d'associacions, sindicats, enquestes d'opinió, fins i tot en casos de gran importància recurrent a un referèndum). El que no és tolerable és el que vegem hui en dia quan els mitjans de comunicació (seria millor parlar de mitjans de persuasió?) ens fan propaganda de determinat aspecte de la sanitat pública com si ens el regalaren. Sembla ser que encara no s'han adonat que els que paguem, i per tant els amos, som nosaltres; no es tracta de l'antiga beneficència.



**L'ètica.** Pel que hem vist fins ara, pareix que és necessari que cerquem una directriu ètica en la qual basar les nostres decisions. I en aquest terreny, caldria respondre en primer lloc a la pregunta: en quin món volem viure? Hauríem de triar entre dos mons possibles: *a)* el mode natural de viure, basat en la por, la força, el rebuig dels dèbils o malalts, l'absència de pietat, el salve's qui puga, la selva; i *b)* el mode ètic de viure, el de la ciutat justa, que defensa de la por, protegeix contra la força, acull els dèbils i malalts, sent compassió i col·labora perquè els altres se salven.

Evidentment, els metges no podem triar més que la segona opció, però caldrà veure què pensen els altres protagonistes, i, per a saber-ho, haurem d'analitzar quins són hui els seus drets i deures: els drets del ciutadà són fonamentalment: autonomia, no maleficència, beneficència i justícia. L'autonomia suposa el reconeixement de la seua capacitat, com a persona adulta, per a prendre decisions i sobretot decisions que afecten el seu propi projecte vital. Però, com deixar que la ciutadania prenga decisions en assumptes que ignora? La resposta que un altre (institució civil o religiosa) la prenga per ell, la caritat, era la solució a l'època feudal; al segle passat aquest paper el va assumir el metge, el qual, com a persona entesa, decidia amb paternalisme. El problema sorgeix hui, quan ha quedat completament desassistit, donat que la medicina privada està regida per interessos mercantils i la pública està deshumanitzada, d'ací l'èxit recent del curanderisme i les anomenades medicines alternatives. Els metges hem de recuperar aquesta faceta fonamental de la nostra activitat, hem de recuperar la confiança del nostres pacients, que ara cercaran amb nosaltres la informació fidel que es necessita per a prendre la seua decisió. La no maleficència, vol dir que el malalt té dret que no li fem mal, que no l'empitjorem amb la nostra actuació, i açò sols es pot garantir amb un control de qualitat assistencial, però un control verídic i fiable, que exigeix ser extern, és a dir, no relacionat amb els responsables de l'assistència i la seua organització, i centrat en l'assistència amb criteris professionals (el control de gestió és una altra cosa). La Societat Espanyola d'Epidemiologia ha alçat la veu a la premsa diària denunciant la falta de transparència democràtica, la manipulació que es fa de les estadístiques de salut, amb un paternalisme que crea una enorme desconfiança, perquè els informes es produeixen amb diners públics i per tant pertanyen al públic [8]. La beneficència, garantint una correcta atenció, el que suposa quelcom més que una correcta dotació de recursos quantitativa (nombre d'hospitals, d'aparells, de mitjans), suposa una valoració de la qualitat: qualitat humana (desbrinant les aptituds i actituds dels professionals), qualitat de serveis (veient què li

passa a qui precisa una assistència d'urgència, o una atenció domiciliària pel seu metge, o revisant les causes d'ingrés hospitalari amb criteris mèdics). La justícia és un aspecte fonamental, que justifica per si sol el que la sanitat siga pública, perquè justícia significa equitat en la distribució de recursos, i aquesta sols es pot donar a l'àmbit públic (a alguns països, els governants s'obliguen a recórrer a la sanitat pública i a educar els seus fills en l'ensenyament públic).

Els deures del ciutadà són l'autonomia, la responsabilitat i la solidaritat. L'autonomia, el que suposa ser independent, propietari de la seua llibertat i de la seua vida, que es relaciona amb els altres bé per afecte natural o en virtut d'un contracte. La qüestió de la neutralitat de l'estat s'ha resolt distingint entre dos àmbits diferenciats: el de la justícia i el del bé. A l'estat li competeix garantir les condicions necessàries per tal que els principis de la justícia es respecten (protegir les llibertats, la seguretat de les persones, garantir els drets polítics i socials), però no li competeix en absolut regular les diferents concepcions del bé que tenen les persones (l'estructura familiar correcta, l'homosexualitat o el fet que algú preferisca morir-se a rebre una transfusió de sang) [2].

Però la frontera entre allò que és just i bo, o a l'inrevés, entre el que fou bo per a uns quants i el que ha de ser just, o bo per a tots, no és inamovible, donat que les decisions individuals afecten d'alguna manera tothom, la societat en conjunt. El que passe amb la família acaba afectant-nos tots: afecta tots que les famílies es trenquen, afecta tots que descendisca la natalitat, que l'educació es faça permissiva per falta de temps per a estar amb els fills, que la dona no puga concebre per por a perdre el lloc de treball. Segons es mire, tot són pràctiques individuals, però que no concerneixen només l'individu, sinó que influeixen i repercutixen sobre tota la societat.

El model del «consumidor satisfet» és més materialista que el model marxista del «proletari revolucionari», donat que aquest ha de lluitar, amb generositat i esperit de solidaritat, per a un futur millor, que ell probablement no arribarà a conèixer. Al «consumidor satisfet» se l'orienta cap a la satisfacció del seu egoïsme. Però és que, a més a més, l'objectiu final de la societat consumista és aconseguir un alt nivell de vida que sabem que no es podrà generalitzar o universalitzar, que no és «globalitzable», el que denuncia la seua pròpia injustícia.

En qualsevol cas, el motor no pot ser l'interès capitalista, determinat a donar primacia als béns sumptuaris de consum per a aconseguir així el benestar material de tots, sinó l'organització, inspirada en una autèntica

voluntat de justícia, de donar a cadascú el que li correspon. Així mateix, l'atenció preferent als serveis públics sobre l'egoïsme de l'arbitrari consum privat i l'intervencionisme ètic de l'estat, són indispensables. L'estat ha de limitar les despeses antisocials, la dilapidació individual, i afavorir, en canvi, les activitats i serveis socials: la salut pública, l'ensenyament i l'educació [7].

Cal generalitzar la llibertat, que arribi a tots, però per aconseguir-ho, és necessari fer-la compatible amb la llibertat dels altres i açò només és possible retallant la de tots en l'arbitrari i capritxós. Però, com aconseguir aquest acord? Doncs, fent ús de la democràcia, entesa com a diàleg obert entre mentalitats disposades a ser convençudes per les raons de l'altre o almenys a respectar els punts de vista oposats als nostres, i no com l'encastellament de la lluita d'interessos partidistes i electorals a què ens té acostumats la nostra política nacional.

**La responsabilitat.** Vivim en un món on tot està interrelacionat i connectat, treballem dins d'equips, serveis i organitzacions cada vegada més grans on hi ha una responsabilitat compartida i sols s'accepta una responsabilitat individual jurídica; però sabem que hi ha una responsabilitat moral, una espècie de llei interna, regida pel tribunal de la consciència, que és la que ens desperta per les nits. Aquesta responsabilitat moral és l'autènticament individual, la més important, en tant que la responsabilitat compartida no és més que una exigència de compromís amb els valors que s'assumeixen. I nosaltres, com a professionals de la sanitat, assumim un valor quasi únic: la defensa dels interessos dels pacients. Per tant, en tant que els compromisos compartits o comunitaris no comporten efectes negatius o hipòcrites per als interessos dels pacients, podrem donar-los suport i en cas contrari, haurà de prevaler la nostra responsabilitat individual.

**La solidaritat.** Els drets de què hem parlat a l'apartat anterior esdevenen obligacions, que no es troben al mateix nivell: la no maleficència i la justícia son prioritaries i constitueixen obligacions públiques, en tant que la beneficència i l'autonomia són deures privats [5]. Doncs, el deure de la solidaritat té a veure precisament amb aquestes obligacions que ens afecten a l'àmbit més personal.

El ciutadà, amo de si mateix, capaç de prendre decisions amb llibertat, té consciència de si mateix i de la realitat social, pensa en el jo com a part del nosaltres. En aquest sentit, una bona forma de promoure la solidaritat



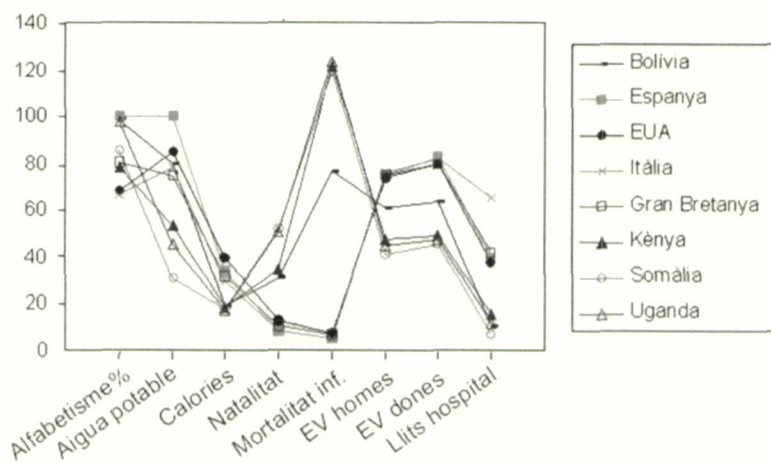


Fig. 1. Índexs de salut de diferents països. Font: *Anuari 2003. Enciclopèdia catalana*.

és reforçar les relacions amb regals no mercantils, amb celebracions al marge de les dates marcades pel comerç, i, per descomptat, promovent, defensant i exigint a l'estat que cree solidaritat social, assegurant als ciutadans uns béns i serveis, que han de quedar fora del circuit comercial com l'educació i l'atenció sanitària.

A més a més, hem de pensar com a ciutadans del món, el que suposa que les consideracions anteriors no reconeixen fronteres. Com diu la Declaració Universal de les Nacions Unides de 1948: «Tot ésser humà té dret a un nivell de vida adequat que li assegure, així com a la seua família, la salut i el benestar, i en especial l'alimentació, el vestit, l'habitatge, l'assistència sanitària i els serveis socials necessaris; té així mateix dret a les assegurances en cas de desocupació, invalidesa, viduïtat, vellesa o altres casos de pèrdua dels seus mitjans de subsistència per circumstàncies independents de la seua voluntat.»

Però la realitat és una altra. Si analitzem l'índex de salut de diferents països (fig. 1), vegem dos blocs: un dels països desenvolupats i un altre dels no desenvolupats, amb diferències escandaloses que avergonyixen i que no podem tolerar, si volem considerar-nos ciutadans del món.

## Conclusions

És un problema de tots i ens interessa resoldre'l entre tots, per tant és imprescindible el diàleg entre tots els implicats amb vertader esperit democràtic: als tècnics correspon estudiar i planificar amb responsabilitat; als ciutadans, comprendre, amb esperit solidari, que es tracta d'estructurar la millor medicina sostenible; als polítics, l'obligació d'arribar, a través del consens, a un pacte d'estat de la sanitat.

## Bibliografia

1. Álvarez Y (2003) Cirugía estética, un sector que factura mas de 1000 millones de euros al año. Consumer, 2
2. Aranguren JL (1999) Ética y política, 2a ed. Biblioteca nueva, Madrid
3. Baldó M (1992) Introducció a la història. Universitat de València, València
4. Caminal Homar J, Rovira Forns J, Segura A (1999) Estudio de la idoneidad de la prescripción del tratamiento antibiótico en atención primaria y de los costes derivados de la no adecuación. Breus AATM. Agencia d'Avaluació de Tecnologia Mèdica, Servei Català de la Salut, Barcelona
5. Camps V (2001) Una vida de calidad. Reflexiones sobre bioética. Ares y Mares, Barcelona
6. Cortina A (2002) Por una ética del consumo. Taurus, Madrid
7. Gracia D (1991) Procedimientos de decisión en ética clínica. Eudema, Madrid
8. Hernández Aguado I (2004) Epidemias, mentiras y democracia. El Pais, Madrid
9. Huertas R (1998) Neoliberalismo y Políticas de Salud. El Viejo Topo
10. Marina JA, de la Vàlgoma M (2000) La lucha por la dignidad, Anagrama, Barcelona
11. Navarro V (2002) Bienestar insuficiente, democracia incompleta. Sobre lo que no se habla en nuestro país. Anagrama, Barcelona
12. OMS, International Meeting on a global framework for supporting health research and development (R&D) in areas of market and public policy failure. 29th April (2003) Ginebra
13. OMS, Atención Primaria de Salud. Alma-Mata, Serie Salud para todos (1978) Ginebra
14. Silverstein MJ (2003) Luxury for the masses. Harvard Business Review 81(4)