

Este trabajo forma parte de la II Ponencia sobre “Función Social de la Medicina” en el Xè Congrés de Metges y Biòlegs de Llengua Catalana celebrado en Perpignan en 1976, el primero después de cuarenta años de dictadura, publicado por la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears y de la Societat Catalana de Biologia; publicado en *Planificación y Reforma Sanitaria*, J.M de Miguel, compilador, Madrid: CIS 1978.

This presentation is part of the II Plenary Session on “The Social Function of Medicine” of the Xth Congress of Physicians and Biologists of Catalan Language celebrated in Perpignan in 1976,, the first after forty years of dictatorship, published by the Academy of Medical Sciences of Catalonia and the Balears and the Catalan Society of Biology; published in *Planificación y Reforma Sanitaria*, J.M de Miguel, compiler, Madrid: CIS 1978.

<p>Perpiñán</p> <p>Planificación y Reforma Sanitaria 1978-79</p> <p>Características Cualitativas de la Actividad Médica</p> <p>Joan Campos* <i>(Médico y psicoanalista)</i></p> <p>Jordi Gol i Gurina** <i>(Médico internista)</i></p> <p>J. Jesús Moll*** <i>(Médico internista)</i></p> <p>(*) JOAN CAMPOS I AVILLAR, es médico y psicoanalista. Especialista -entre otras cosas - en <i>educación médica</i>, y autor de un capítulo en este libro sobre, «Hacia un modelo de ruptura educativa para una reforma sanitaria.» Su dirección es: Dr. Campos, Paseo de San Gervasio, 30. Barcelona-6.</p> <p>(**) JORDI GOL I GURINA, es un médico internista -él suele definirse como «médico de personas». Su experiencia profesional abarca el campo hospitalario (ha sido Jefe de un Servicio de Medicina Interna hasta su dimisión en 1975), la Seguridad Social en ambulatorio, y la práctica privada. Su preocupación y sus publicaciones se centran especialmente en el rendimiento en salud de la actividad médica. Actualmente tiene la responsabilidad en el gobierno de la <i>Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears</i> y en el Colegio de Médicos de Barcelona. Su dirección profesional es: Dr. J. Gol, Balmes, 217. Barcelona-6.</p> <p>(***) J. JESUS MOLL I CAMPS, es un médico generalista; ha desarrollado su trabajo profesional predominantemente en medios hospitalarios. aunque también conoce formas institucionalizadas de la medicina ambulatoria. Uno de sus inai ores centros de interés intelectual ha sido el intento de definir el contenido científico de la actis idad médica, para basar en él un sistema de información asequible y operativo. Su dirección es: Dr. Moll, Córcega, 75. Barcelona-15.</p>	<p>Perpignan.</p> <p>Health Planning and Reform 1978-79</p> <p>Qualitative Aspects of Medical Practice</p> <p>Joan Campos* <i>(Doctor and psychoanalyst)</i></p> <p>Jordi Gol i Gurina ** <i>(Internist)</i></p> <p>J. Jesús Moll *** <i>(Internist)</i></p> <p>(*) JOAN CAMPOS I AVILLAR, is a medical doctor and psychoanalyst. Specialist —between others— in <i>medical education</i> and <i>author</i> of a chapter in this book on “A breakthrough in education which makes sanitary reform possible”. His address is: Paseo San Gervasio 30. 08022 Barcelona.</p> <p>(**) JORDI GOL I GURINA, is a medical internist —he tends to identify himself as a “doctor of persons”. His professional experience includes hospital practice (has been Chief of Service of Internal Medicine till he resigned in 1975), the Ambulatory Health Services, and private practice. His interests and publications centre specially on the health performance of medical practice. At present he is involved in the government of the Academy of Medical Science of Catalunya and Balears, and the College of Physicians and Surgeons of Barcelona. His professional address is: Dr. J. Gol, Balmes, 217, Barcelona – 6.</p> <p>(***) J. JESÚS MOLL I CAMPS, is a medical generalist; has developed his professional practice primarily in the hospital context, although he is also familiar with institutional ambulatory medicine. One of his main interests is trying to define the scientific content of medical activity in view creating a base of information system which is accessible and operative. His address is: Dr. Moll, Córcega, 75, Barcelona – 15.</p>
--	--

Los autores hemos intentado describir cómo tendría que ser la actividad médica, y la hemos examinado con una óptica clínica, psicológica y antropológica. Nuestro punto de partida ha sido fundamentalmente la experiencia propia, tanto en el ejercicio de la medicina hospitalaria e individual (de tipo privado y de tipo asalariado) como en diversos grados de docencia. Este trabajo es fruto, pues, más de reflexión sobre nuestras intuiciones y constataciones personales que de la consulta de trabajos de otros autores que figuran en la nota bibliográfica. Un análisis científico sobrepasa nuestras posibilidades. Queremos llamar la atención sobre la imperiosa necesidad de que toda la actividad médica sea objeto de un concienzudo examen por parte de expertos tanto en organización de la lucha por la salud como en psicología de la medicina y en economía. Pese a la voluntad de dar a nuestro trabajo una intención programática, hemos tenido que realizar continuas incursiones en el terreno de los conceptos e introducirnos en el balance de la realidad en que vivimos. De otro modo no se hubiera podido formular ningún programa. Las propuestas concretas podrán ser formuladas a partir del Xº Congreso por la gente de nuestro país cuando recobre su protagonismo. Hemos procurado plantearnos a fondo si el médico, la asistencia médica y la docencia se proponen realmente, en sus actividades, promover la salud, o si lo que se proponen es más que nada obtener provecho y perpetuar el sistema. Si los medios para promover la salud se emplean correctamente, a conciencia y de modo racional; si tales medios son idóneos, o si convendría ir por otras rutas; y finalmente, si la salud que se proponen conseguir es la salud real, o solamente una situación de dependencia consumista sin sentido. Nos hemos planteado igualmente el problema de las limitaciones que condicionan la actividad médica aisladamente, de cara a la salud, y el papel que deberán jugar las demás disciplinas y los usuarios, asumiendo un protagonismo político; y ello no solamente colaborando con la organización sanitaria desde fuera, sino también incorporados en su seno. La salud como objetivo, la actividad médica como técnica y como ciencia, y la organización y las estructuras sanitarias, son los tres capítulos que intentan estudiar estos interrogantes.

We, the authors, have tried to describe what medical activity should be like, examining it from a clinical, psychological and anthropological point of view. Basically we depart from our experience in the practice of hospital medicine and individual private or salaried practice as well as different levels of teaching. In consequence, this article is more a result of reflecting on our own personal intuitions and findings than the study of the writings of other authors mentioned in the bibliography. A scientific analysis is beyond our present aspirations. We would like to call attention to the urgent necessity that all medical activity be object of a conscientious study by experts in organisations fighting for health as well as in psychosociology of medicine and in economics. In spite of the intention to follow a program in this paper, we had to make continuous incursions in the universe of concepts and introduce ourselves in the reality in which we actually live. Otherwise we would not have been able to formulate any program whatsoever. The concrete proposals can be formulated from this X Congress onwards by the people of our country when they again recover the role of protagonists. We have tried to pose in a fundamental way if the doctor, medical practice and teaching in their activities really pretend to promote health, or if what they pursue is more than anything else to make a profit and perpetuate the system; if doctors in their objective to promote health proceed correctly, conscientiously and in a rational way; if their methods are adequate, or if different ways were more convenient; and finally, if the type of health they want to obtain is really health or only a situation of consumer dependency without sense. Also we posed ourselves the questions of limitations which condition the isolated medical act related to health, and the role which other disciplines and users should play in accepting political responsibility, and this not only in collaborating with health organisations from outside, but also incorporated in their midst. Health as an objective, medical activity as a technology and a science, and health organisations and their structures, are the three chapters which try to study these questions.

La salud como objetivo

(1) La salud, tarea necesariamente interdisciplinaria y colectiva. Aún sin una definición clara de la extensión que pueda darse al ámbito de la medicina, es del todo evidente que, sea cual fuere el que se le quiera atribuir, queda sobrepasado ampliamente por la totalidad del ámbito de la salud tal como ha sido ya formuladoⁱ.

Y ello tanto a nivel de las ciencias que podemos llamar médicas como a nivel de las actividades directamente asistenciales. El hecho de conceder a los médicos y a la medicina la exclusiva del «control» o de la promoción de la salud significaría, pues, que la sociedad adopta una actitud totalmente irresponsable y dimisionaria y que los médicos están poseídos de un pueril afán de dominio. Más aún: sería negar la propia realidad. En efecto, en un planteamiento realista de la salud hay implicada tal multitud de elementos con sus complejíssimas interrelaciones dinámicas, que necesariamente son muchas, además de la medicina, las disciplinas llamadas a intervenirⁱⁱ. Son indispensables incluso expertos en la misma salud considerada como entidad globalⁱⁱⁱ. Posiblemente somos todavía incapaces de poder precisar con nitidez lo que el término «salud» pueda incluir de objetivo y lo que necesariamente tiene que quedar como ideológico^{iv}, y también de poder establecer una metodología sanimétrica general que sea aplicable con eficacia^v. En este contexto, las ciencias médicas juegan evidentemente un papel importante, pero limitado.

Y si pasamos del nivel teórico al de la praxis, al de la promoción efectiva de la salud, nos encontraremos en la misma situación. Ni el ejercicio de la medicina entendido en el sentido tradicional, ni tampoco el conjunto de actividades profesionales que podríamos llamar sanitarias, dando a esta palabra un contenido razonable, agotan las posibilidades de lucha por la salud desde el campo del experto y del profesional. Cualquier actividad humana (y no solamente en la investigación, en la enseñanza y en la cultura, sino también en los lugares de información, de debate y de decisión, y en la industria y en el comercio) comporta implicaciones positivas o negativas, según como

Health as an objective

(1) Health is necessarily an interdisciplinary and collective task. Even without a clear definition of the possible extension of the field of medicine, it becomes more than evident that, whatever extension one may attribute to it, the total field of health as it has been defined more than surpasses the former.

This applies to what we call medical sciences as well as to levels of activities more directly related to clinical work. The fact of conferring the «control» and promotion of health exclusively to doctors and medicine would mean, then, that society adopts a totally irresponsible and relinquishing attitude and that doctors are possessed by a puerile zeal of domination. Still more: it would be to deny reality itself. In fact, to pose the question of health realistically implies such a multitude of elements with all their complicated dynamic interrelations, which beyond medicine, necessarily there are many disciplines called upon to intervene. Indispensable even are experts in health itself considered as a global entity. Possibly we are still unable to determine exactly what the term health includes objectively and what necessarily will remain ideological in its conception, also to determine a general health-measure methodology which could efficiently be applied. Evidently, in this context the medical sciences play an important although limited role.

And if we pass from the theoretical level to the one of praxis, to the one of actual health promotion, we find ourselves in the same situation. Neither the practice of medicine in the traditional sense, nor the set of professional activities we call sanitary, giving this word a reasonable content, exhaust the possibilities of fighting for health from the point of view of the expert and the professional. Any human activity (and not only in research, teaching and culture but also in places of information, debate and decision making, and in industry and commerce) involves positive and negative implications in the area of health, depending on how it is practised. Therefore, it is convenient that all

se ejerza, en el campo de la salud. Conviene, pues, que todas estas actividades sean estudiadas de cara a su influencia sobre la salud. Conviene igualmente que todas ellas sean invitadas a asumir su propia responsabilidad para con la salud.

Finalmente, tenemos que afirmar muy claramente que la promoción de la salud no puede de ningún modo quedar reducida a un asunto meramente profesional, aunque interdisciplinario e incluso general. Las oportunidades de salud a que puede aspirar cada uno de los miembros de una colectividad no dependen exclusivamente de factores científicos o técnicos. Dependen en mayor grado de factores socioeconómicos, y políticos de la organización que aquella colectividad sufra o se otorgue, y, secundariamente, de las posibilidades de realización y de participación que ella permita u ofrezca a sus miembros^{vi}. Es por esto que la promoción tanto cualitativa como cuantitativa de la salud no puede quedar nunca bajo la responsabilidad exclusiva de los expertos (médicos o no) sino que tiene que ser necesariamente un asunto colectivo y político. No podemos ahora dejar de indicar que el interés que una colectividad muestre por la salud en su sentido más amplio no es solamente un factor del cual dependa el obtenerla: es también una indicación de su grado de salud, por lo menos de salud potencial.

(2) *La actividad médica: Implicaciones interdisciplinarias y colectivas.* Una vez admitido que la actividad médica es sólo una entre muchas otras en la promoción general de la salud, hay que poner de manifiesto que tampoco puede ser considerada como una actividad encerrada en sí misma en un sector aislado de las demás disciplinas y de los planteamientos colectivos.

En efecto, el acto médico más honesto, o sea el operado con actitud de servicio y con los conocimientos y los medios necesarios, no puede lograr nunca la totalidad de su objetivo en sí mismo, limitado como queda por las fronteras de la competencia y del poder de la medicina. Por lo menos si consideramos que este objetivo es una total investigación etimológica y epidemiológica, y la realización de un plan terapéutico que vaya desde la erradicación de las causas hasta la inserción social completa; y ello ni incluyendo

these activities be studied in view of their influence on health. It is equally convenient that all of them be invited to take on their own responsibility in relation to health.

Finally, we have to state clearly that the promotion of health cannot in any way be reduced to a mere professional matter, even if interdisciplinary or general in nature. The opportunities of health to which any member of a community can aspire to do not exclusively depend on scientific or technological factors. They depend primarily on socio-economic factors, on political factors of the organization which that community suffers or gives itself, and only secondarily on the possibilities of realisation and participation which it permits or offers its members. It is for this reason that the qualitative as well as the quantitative promotion of health can never be the exclusive responsibility of experts (medical or otherwise) but has to be necessarily a collective and political task. We cannot but add that the interest a community shows in health in the widest sense not only is a factor on which depends to obtain it, but it is also an indication of the degree of its health, at least its potential health.

(2) *Medical activity: Interdisciplinary and collective implications.* Once we agree that medical activity is only one between many others in the general promotion of health, we have to make evident that its neither a matter of considering it an activity closed onto itself in a sector isolated from other disciplines and collective proposals.

In fact, the most honest medical act, i.e. the one performed in an attitude of service and with the necessary knowledge and means, can never attain the whole of its objective by itself, limited as it is by the boundaries of competence and power of medicine. At least if we consider that this objective is the total etymological and epidemiological investigation, and the realisation of a therapeutic plan which goes from the eradication of the causes to the complete social reinsertion; and this not including in the field of

en el campo de la medicina, como es debido, pero como no ocurre todavía, todas las ciencias psicológicas y del comportamiento. Para ilustrarlo con un ejemplo, podemos admitir que el acto médico destinado a atender a un enfermo coronario tendría que comportar un estudio de las causas del *stress*, de una dieta posiblemente mal equilibrada (con las correspondientes implicaciones económicas), de unas motivaciones psíquicas, sociales y publicitarias favorecedoras del tabaquismo, y también un replanteamiento de la vivienda, de los medios de comunicación, actividad laboral (quizá competitiva) etc. Entonces habría que extraer deducciones operativas de tales estudios, y así podríamos no solamente mejorar la evolución de la enfermedad coronaria en el enfermo visitado, sino también la incidencia de coronariopatía en toda la población.

Para llevar hasta las últimas consecuencias el fruto de la actividad médica se impone, pues, la presencia de expertos en las demás disciplinas implicadas, algunos de los cuales ya están presentes más o menos, aunque bajo la apariencia de médicos (nos referimos a biólogos, fisiólogos y otros). Las instituciones sanitarias tienen que contar también con economistas, geógrafos, pedagogos, sociólogos, políticos, y pensadores, y no esporádicamente, sino como una dimensión habitual de su trabajo. Y ello no solamente para poder cerrar totalmente el acto médico correspondiente (la enfermedad coronaria en el ejemplo que hemos utilizado), sino también para aprovechar al máximo la información que dimana del acto médico y aplicarla a aspectos de la salud que pueden quedar ya muy lejos del campo específico de la medicina. Formulado de otro modo: el acto médico sólo puede considerarse como terminado cuando suscita todas las medidas de sanidad colectiva que se pueden deducir de él y que no son de la incumbencia de la medicina.

La información que la actividad médica suministra de cara a la totalidad de la salud es ciertamente valiosísima y variada y contiene una carga crítica muy elevada sobre las estructuras sociales, económicas y políticas, e incluso sobre los planteamientos ideológicos. El aprovechamiento de esta carga crítica puede tener una importancia extraordinaria, y es natural que sea interferido por las estructuras aludidas^{vii}.

medicine, as it should be but still not happens, all the psychological and behavioural sciences. To illustrate it with an example, we can agree that the medical act destined to assist a coronary patient should entail a study of the causes of stress, of a possibly unbalanced diet (with the corresponding economic implications), of psychological, social and advertising motivations which favour smoking, and also a reconsideration of habitat, of means of communication, working activities (possibly competitive) etc. We should then extract operative conclusions of these studies, and this way not only to better the evolution of the coronary illness of the patient we attended but also the incidence of heart disease in the total population.

To take to its last consequences the fruit of the medical activity there becomes necessary, then, the presence of experts in other disciplines involved, some of which are already present to some degree, all be it under the appearance of doctors (we refer to biologists, physiologists and others). Health institutions should also count with economists, experts in geography, pedagogues, sociologists, politicians, and thinkers, and not sporadically but as a usual dimension of their work. And this not only to be able to close the corresponding medical act totally (the coronary illness in the example we used), but also to make a maximum use of the information which arises from the medical act and to apply it to aspects of health which may remain quite far away from the specific field of medicine. Formulated in a different way: the medical act only can be considered finalised when it calls upon all the collective sanitary resources inferred from it and which are not of the immediate concern of medicine.

Without doubt, the information supplied by medical activity in relation to the totality of health is most valuable and varies and contains a highly critical charge in reference to social, economic and political structures, including ideological attitudes. The use of this critical charge can have extraordinary importance, and its only natural that it be interfered with by the mentioned structures. This is the reason for the

Esta es la causa de la mezquindad de los resultados obtenidos hasta ahora a partir de aquella información. Son dos las grandes interferencias bloqueadoras.

La primera es que las estructuras sociales, económicas y políticas condicionan también las estructuras sanitarias y a los propios médicos como grupo sociológico. Es decir, en el sector sanitario, como en los demás, se tiende a institucionalizar las motivaciones extrínsecas, el provecho, como código de valoración, como veremos en la tercera parte de este trabajo. Por tal motivo y también por deformación profesional, el centro de interés principal ya no es la salud, sino la actividad médica o la institución sanitaria en sí misma, que pasan de medios a ser fines en sí mismas. Así llegamos a una debilitación más o menos consciente de la sensibilidad, y se bloquea o la obtención de la información o su posterior divulgación y utilización.

La segunda interferencia es que la operatividad de la información depende de la sociedad, y ésta es más o menos permeable a recibirla y más o menos capaz de integrarla según la configuración política e ideológica que tenga, y presumiblemente cuanto más criticable sea, será menos positivamente sensible a la carga crítica. Este hecho se puede ilustrar considerando el abanico de posibilidades que puede haber, desde la declaración obligatoria de unas pocas enfermedades infecto-contagiosas hasta el planteamiento a fondo de las causas de la desnutrición, del alcoholismo o de las enfermedades mentales.

La primera de estas dos interferencias constituye una nueva motivación de la indispensable presencia de expertos no médicos en el seno de las instituciones sanitarias, y en este caso no ya como protagonistas sino como críticos. Es la propia sociología y funcionamiento de las instituciones, la relación del enfermo con el médico y con la institución, la utilización de los medios técnicos y económicos de la misma información, lo que tiene que llegar a ser objeto de un serio estudio por parte de sociólogos, psicólogos, economistas. Sólo un test de este tipo, volviendo a nuestro ejemplo del enfermo coronario, puede poner de manifiesto que la mortalidad de los infartos ingresados en una unidad coronaria intensiva puede ser

poor results obtained until now from this information. The blocking interference is of two major types.

The first one is that the social, economic and political structures also condition the sanitary structures and the very same doctors as a sociological group. This is, in the sanitary sector, like in others, extrinsic motivations tend to be institutionalised, profit, as a code of validation, as we will see in the third part of this paper. For this reason and also because of professional deformation, the principal centre of interest is not any more health but the medical activity or the sanitary institution itself, which pass from being means to being ends in themselves. This way we arrive at a more or less conscious weakening of sensibility, and a blocking of either obtaining information or of circulating and using it.

The second interference is that the fact that information be operational depends on society, and the latter is more or less permeable to receiving it and more or less capable of integrating it according to the political and ideological configuration it has, and presumably the more liable to be criticised is society, the less positively sensible it will be towards a critical charge. This fact can be illustrated by considering the fan of possibilities there can be, from the obligatory declaration of a few infectious-contagious diseases to the fundamental questioning of the causes of malnutrition, alcoholism, and mental illness.

The first of these interferences constitutes a new motivation for the indispensable presence of non-medical experts in the midst of sanitary institutions, and in this case not so much as principal actors but as critics. Its sociology and the functioning of institutions, the relation of the patient with the doctor and the institution, the use of technical and economic means of information itself, what has to become the object of serious study by sociologists, psychosociologists, economists. Only this type of research, returning to our example of the coronary patient, can put into evidence that the mortality of infarcts hospitalised in an intensive coronary unit can be higher than the median of

superior a la de la media de los infartos, y que el motivo presumible de ello es que las atenciones somáticas que se dan allí no llegan a compensar la agresividad psicológica y social de tal ambiente. Se impone pues la reestructuración de las unidades coronarias; y una crítica del sistema tendrá que examinar todavía las prioridades en la lucha contra la coronariopatía, para decidirse entre la prevención o la asistencia.

En resumen, hay que evitar que el rendimiento en salud de conjunto de toda la actividad médica quede enormemente reducido, y que incluso ésta se convierta en patógena, por motivos estructurales, a menudo contra la voluntad de los implicados, y a veces sin que ellos se den cuenta. En otras palabras: hay que establecer una verificación operativa de la actividad médica y de las instituciones sanitarias en función de la salud.

Abordar la enfermedad y la salud como problemas colectivos y hacerlo en profundidad es siempre en último término un asunto político e ideológico. Sólo la intervención de los representantes del usuario (o sea de la colectividad, que tienen que ser activos, competentes y bien informados) en la gestión de las instituciones sanitarias, al lado de los expertos médicos y no médicos, podrá modificar favorablemente las situaciones de carencia, de hipertrofia, de deformación y de desviación que todos sabemos y las que todavía no han sido puestas de manifiesto. Por otra parte, siendo la salud una tarea colectiva las instituciones sanitarias tienen que ser un lugar de colaboración común, la cosa de todos, y no se puede aceptar de ningún modo que se conviertan en un feudo de profesionales y de burócratas.

La actividad médica, técnica y ciencia

La formación científica y la habilidad en el manejo de algunas técnicas constituyen el núcleo de aquello que se puede pedir -y de hecho se pide- a un profesional de la medicina para considerarlo competente.

Sin embargo, la valoración de la eficacia de la actividad médica frente a la salud, elevada por el mero hecho de proceder de científicos y técnicos calificados, suscita muchas reticencias. En

infarcts, and presumably the reason is that the somatic attention which is given there does not compensate the psychological and social aggressivity of the context. It becomes necessary, then, to restructure coronary units; and a critique of the system still will have to examine the priorities in the fight against coronariopathy, to decide between prevention and assistance.

In sum, we have to avoid that the global health production of the total medical activity is enormously reduced, and it even be turned into pathological, for structural reasons, often against the will of the ones involved, and sometimes without that they become aware. In other words: an operative verification of medical activity and sanitary institutions in terms of health has to be established.

To treat disease and health as collective problems and to do this in depth, in the last instance, always is a political and ideological question. Only the intervention of representatives of the users (i.e. of the community, who have to be active, competent and well informed) in the management of sanitary institutions, together with medical and non-medical experts, will be able to modify favourably situations of lack, of hypertrophy, of deformation and deviation of which we all know and which still have not been put into evidence. On the other hand, since health is a collective task, the sanitary institutions have to be a place of general collaboration, a question of all concerned, and it is not in any way acceptable that they are turned into a freehold of professionals and civil servants.

Medical, technical and scientific activity

Scientific training and proficiency in the management of some techniques constitute the nucleus of what can be expected —and in fact is expected— of a professional of medicine to consider him competent.

However, evaluation of the efficiency of medical activity in questions of health, more important for the sole reason of coming from qualified scientists and technologists, stirs up much

efecto, y por lo menos a nivel estadístico, hay datos que ponen seriamente en duda la rentabilidad de la organización sanitaria en este sentido cuando se sobrepasa un determinado grado de sofisticación. Parece demostrado, por ejemplo^{viii}, que la longevidad del grupo de población de más de cuarenta y cinco años que forme parte de una colectividad desarrollada depende mucho más del mejoramiento de las condiciones generales de vida (que incluye, naturalmente, la medicina preventiva) que del «mejoramiento» de la organización asistencial. Hay que tener también muy presente que muchas enfermedades se curan solas, y que otras pueden ser diagnosticadas pero no modificadas sustancialmente. El médico, por científico que sea, ve a menudo su papel reducido al de poco más que un simple espectador, con escasas o nulas posibilidades de influir en el curso clínico^{ix}.

Pero la actividad médica, en su parámetro estrictamente científico, no tiene como único objetivo curar las enfermedades. Tiene otros tres, trascendentales tanto desde el punto de vista individual como desde el colectivo, y que se pueden realizar en todos los casos: a) establecer medidas terapéuticas sintomáticas o paliativas que hagan que la enfermedad sea soportable al máximo; b) llevar a cabo precisiones pronósticas; y c) trabajar por la comprensión más profunda de las enfermedades, y muy especialmente de las que todavía no pueden ser controladas, y así aproximarse a un control futuro. Esta comprensión no puede ser nunca considerada como de incumbencia exclusiva de las ciencias biológicas. Bernal^x nos lo recuerda cuando revisa los esfuerzos desordenados que se llevan a cabo para el control de las neoplasias: «La práctica sin la teoría es ciega; la teoría sin la práctica es estéril.»

Además hay que admitir que el parámetro científico y técnico de la actividad médica no se puede nunca analizar en estado químicamente puro. Los elementos sociológicos e ideológicos están siempre presentes, y de ellos depende fundamentalmente que en el código de la conducta la salud esté escrita con letras mayúsculas (o con minúsculas) hecho que vale tanto para el médico científico como para el no científico. En hipótesis puede suceder que tanto el uno como el otro den prioridad al prestigio, al

reticence. In fact, at least on the level of statistics, there exist data which cast serious doubt on the profitability of the sanitary organisation in this sense when surpassing a certain degree of sophistication. There is proof, for example, that the longevity of the population group of more than forty-five years forming part of a developed community depends much more on the management of the general conditions of life (which include, naturally, preventive medicine) than on the improvement of the organisation of assistance. Also we have to take into account that there are many diseases which cure themselves, and that others can be diagnosed but not substantially modified. The doctor, as much of a scientist he may be, often sees his role reduced to that of a simple spectator, with little or no possibility of influencing the clinical course.

However, medical activity, in its strictly scientific parameters, does not have the sole objective of curing disease. It has three more, transcendental ones from the individual as well as the collective point of view, and which can be carried out in all cases: a) to establish symptomatic or palliative therapeutic measures which make that the illness be maximally bearable; b) carry out an accurate prognosis; and c) work towards a more profound understanding of diseases, particularly the ones which still are not under control, this way furthering control in the future. This understanding can never be considered exclusively competence of the biological sciences. Bernal, when he revises the disorderly efforts carried out in the intent to control neoplasm, reminds us: «Practice without theory is blind; theory without practice is sterile.»

Moreover, we have to admit that scientific and technical parameters of medical activity can never be analysed in a chemically pure state. Sociological and ideological elements are always present, and it depends basically on these that in the behavioural code health be inscribed in majuscules (or minuscules), a fact valid for the scientific as for the non-scientific medical professional. In hypothesis it can happen the one as well as the other give priority to prestige, power or money. The scientific medical professional, for these reasons or for pure

poder o al dinero. El médico científico, por estas razones o por pura deformación profesional, tenderá a llevar a cabo exploraciones y tratamientos agresivos poco o nada provechosos desde el punto de vista de la salud y de la economía. El médico no científico, por las mismas razones o por pura irresponsabilidad profesional, tenderá a utilizar de forma arbitraria el extenso y potencialmente peligroso arsenal terapéutico de que dispone. Si fuese así, habría que achacar la ineficacia de la medicina a factores éticos y estructurales, no a su dimensión científica o técnica.

Nos parece urgentísimo que esta situación tan turbia se clarifique. Para lograrlo habría que establecer medidas destinadas a realizar por los menos tres objetivos: 1) Redefinir la función social del médico con unos nuevos rasgos: *como pedagogo* que ayude al enfermo a liberarse al máximo de la dependencia y a establecer una relación positiva con su estado de salud-enfermedad; *como informador* tanto del propio enfermo como de todo el sistema de lucha por la salud; y *como investigador* de las enfermedades y de los resultados de su propia acción sobre ellas. 2) Disponer de sistemas y de criterios de control de toda la actividad médica, tanto en el sentido amplio que hemos planteado anteriormente como en el sentido estrictamente científico. 3) Disponer de sistemas que permitan utilizar ordenada y racionalmente toda la información que dimana de la actividad médica, tanto para poder planificar la lucha por la salud de la colectividad como para poder planificar la investigación clínica y conectarla con las investigaciones de biología fundamental y de la psicología.

La conclusión que queremos extraer de estos comentarios es que la actividad médica, si tiene que estar al servicio de la salud, no puede reducirse a una labor exclusivamente científica ni puede eludir un autocontrol y un control exterior. Ninguna de estas afirmaciones se contraponen no obstante al hecho de que el rasgo diferencial siempre exigible a un profesional de la medicina sea su competencia científica y técnica; antes al contrario, lo da por aceptado.

Conviene, pues, que situemos la actividad médica en el contexto general de las ciencias. En cuatro apartados intentaremos precisar: el aspecto técnico de la actividad médica, el

professional deformation, will tend to carry out explorations and aggressive treatments or nothing useful from the point of view of health and economics. The non-scientific professional, for the same reasons or for pure professional irresponsibility will tend to use in an arbitrary manner the extensive and potentially dangerous arsenal of therapeutic measures at his disposal. If this was the case, we would have to attribute the inefficiency of medicine to ethical and structural factors, and not to its scientific and technical dimension.

It seems most urgent to us that this turbid situation be clarified. To achieve this, measures should be established to attain at least three objectives: 1) Redefine the social function of the medical professional with some new traits: *as pedagogue* who helps the patient to free himself to a large extent from dependency and to establish a positive relationship with his state of health-disease; *as informant* of the patient as well as the whole system of fight for health; *as investigator* of diseases and the results of his action on them. 2) To have at his disposal systems and criteria of control of the whole of medical activity, in the wider sense as we have outlined before as well as in the strictly scientific one. 3) To have at his disposal systems which permit the ordered and rational use of information which arises from medical activity, to be able to plan the fight for health of the community as well as clinical research, connecting it with investigations in basic biology and psychosociology.

The conclusion we wish to extract from these commentaries is that medical activity, if it has to be in the service of health, cannot be reduced to a exclusively scientific task nor can it elude self-control and external control. None of these statements, however, opposes the fact that the characteristic trait always required of a professional of medicine be his scientific and technical competence; to the contrary, they presuppose it.

It is convenient, therefore, that we situate medical activity in the general context of science. In four sections we will try to specify: the technical aspects of medical activity, the

contenido científico de la metodología propia de la actividad médica, las relaciones de la clínica con las demás ciencias biológicas, y las relaciones de la clínica con la psicología y las ciencias del comportamiento.

La actividad médica se sirve de un número cada vez mayor de técnica cuya manipulación y lectura es notablemente compleja. Esta necesaria y muy útil tecnificación es sin duda uno de los factores más importantes de diversificación de la medicina en multitud de especialidades clínicas y de laboratorio. Pero hemos llegado ya a un grado tal de atomización que pone en peligro la propia eficacia de las técnicas, puesto que tanto el diagnóstico general como el tratamiento requieren una visión clínica global. E, igualmente, la comprensión científica de las enfermedades sólo se puede obtener desde una visión biológica global.

Solamente viendo las cosas desde una perspectiva muy amplia adquieren relieve los datos que de otro modo quedarían desdibujados, y sólo así se puede aquilatar la utilidad relativa de cada uno. Pensemos, por ejemplo, en cómo la perspectiva clínica, y por lo tanto global, ha contribuido al progreso de la medicina, desde el recuerdo entrañable de Jenner y de Semmelweis hasta el reciente descubrimiento de los antibióticos, quimioterápicos y medicamentos psicoactivos. Pensemos también en el inmenso campo de una perspectiva biológica general como fuente de progreso; un ejemplo representativo de ello es el descubrimiento de los mecanismos de la resistencia bacteriana.

El estado de dispersión y de desintegración que bloquea cada vez más el rendimiento en salud y en conocimiento global por parte de la medicina tecnificada, no es principalmente debido, como se podría suponer, a su propia complejidad. Hay otro motivo importante que podríamos definir como la *némesis*, el efecto paralizador que tiene el prestigio. Los elementos tecnológicos visibles de la medicina gozan, en efecto, de una muy alta consideración social, como corresponde a una sociedad que antepone el «tener» al «ser», a una sociedad de consumo en situación de mercado no informado, y por lo tanto sensible a los espejuelos de lo aparatoso, y habituada por otra parte a dimitir sus responsabilidades y a confiar a los técnicos la solución de los problemas menos renunciables, como son la vida y la muerte. El

scientific content of the particular methodology of medical activity, the relationship of clinical activity with the other biological sciences, and the relationship of the clinic with psychology and the behavioural sciences.

Medical activity makes use of an every increasing number of techniques, the manipulation and interpretation of which is most complex. This necessary and very useful technification is without doubt one of the most important factors of the diversification of medicine into a multitude of clinical and laboratory specialities. But we have already arrived at a degree of atomisation which endangers the efficacy itself of the techniques, since the general diagnostic procedures as well as the treatment require a global clinical view. And, equally, the scientific comprehension of the diseases can only be attained from a global biological point of view.

Only if we look at things from a very wide perspective can the specific data acquire prominence, which in other ways would remain blurred, and only in this way we can appreciate the relative usefulness of every one. Let us remember, for example, how the clinical perspective, and consequently global one, has contributed to the progress of medicine, from the dear memories of Jenner and Semmelweis to the more recent discoveries of antibiotics, chemotherapy and psychoactive medication. Let us think also of the immense field from a general biological perspective as a source of progress, a representative example being the discovery of the mechanisms of bacterial resistance.

The state of dispersion and disintegration which more and more blocks the gains in health and in global knowledge on the part of technified medicine is not, as one might suppose, principally due to its own complexity. There is another important reason which we could define as *nemesis*, the paralysing effect of prestige. The visible technological elements of medicine enjoy, in fact, a very high social consideration, as corresponds a society which puts “to have” before “to be”, a consumer society in a situation of a non-informed market and, in consequence, sensitive to mirages of the spectacular. On the other hand used to give up their responsibilities and entrust the solution of problems less to be renounced, like life and death, to technologists.

prestigio social de la técnica influye fuertemente en la sociología médica, y así fomenta la organización de las especialidades Y subespecialidades en ghettos y al mismo tiempo devalúa el papel de los generalistas -no tienen aparatos importantes-, hace perder atractivo a las vocaciones de internistas, y reduce el poder de las instituciones de función integradora y de sus líderes.

Es necesario volver a situar las técnicas al lugar que les corresponde dentro del ejercicio de la medicina. Desde el punto de vista práctico, son principalmente tres los aspectos sobre los cuales habrá que trabajar, con una visión naturalmente integradora: 1) La formación *en el* manejo de las técnicas. El aprendizaje de unas u otras técnicas tiene que estar en función del correspondiente ámbito sanitario de cada profesional de la medicina: rural, urgencias, unidad de cuidados intensivos, especialidad clínica, etc., de manera que la asistencia pueda ser llevada a cabo con la garantía de unos márgenes suficientes de seguridad. 2) La regulación *del uso* de dichas técnicas. En los estudios diagnósticos habituales se tendría que poder tabular cuáles son los datos técnicos que hay que obtener en cada situación. En las aportaciones técnicas de interpretación todavía no definida completamente, habría que planificar su uso para poder llegar a tal interpretación. Tabular y planificar son tareas que hay que llevar a cabo con criterios clínicos y biológicos a la vez. 3) El *estudio* serio de una técnica menospreciada de hecho -no tiene aparatos- la técnica de la anamnesis. Sólo así se podrán extraer, de la información imprecisa que aporta el enfermo, el máximo de datos nítidos para ser expresados en lenguaje científico y por tanto cuantificable.

Creemos que el ejercicio correcto de cualquier actividad estrictamente médica, o sea la que comporta una relación directa con el presunto enfermo, exige por parte del médico un conocimiento global del ser humano, conocimiento que tiene que extenderse desde las estructuras físico-químicas hasta el comportamiento personal, y que debe incluir, además, el medio ecológico, físico y social con el cual el ser humano establece relaciones. Sólo así podrá comprenderse la naturaleza de la enfermedad y la importancia que ésta pueda tener tanto para el interesado como para la sociedad; y sólo así se

The social prestige of technique forcefully influences medical sociology, in this way promoting the organisation of specialities and sub-specialities in ghettos, devaluating at the same time the role of the generalist —they do not have important instruments, resting appeal from the vocation of internist, and reducing the power of the institutions with an integrative function an their leaders.

It is necessary to relocate the techniques in the place which corresponds them within the practice of medicine. From a practical point of view, there are principally three aspects on which we should work with a naturally integrative point of view: 1) Training *in the* management of techniques. The learning of one or another of the techniques has to be in function of the respective sanitary context of each professional of medicine: rural, urgencies, intensive care units, clinical specialities, etc., in a way that assistance can be given with the guaranty of a sufficient margin of safety. 2) The regulation *of the use* of these techniques. In the usual diagnostic studies it should be possible to tabulate the technical data to be obtained in every situation. In the case of technical results with a still not completely defined interpretation, their use should be planned so that an interpretation can be arrived at. Tabulation and planning are task to be realised in view of clinical as well as biological criteria. 3) The serious *study* of a technique actually least appreciated —it has no instruments— the technique of anamnesis. Only this way one can extract, from the imprecise information brought by the patient, the maximum of clear data to be expressed in scientific language and, in consequence, quantifiable.

We believe that the correct practice of any strictly medical activity, i.e. one which implies a direct relation with a patient, demands of the medical professional a global knowledge of the human being, a knowledge which extends from the physico-chemical structures to the personal behaviour, and which should include also the ecological, physical and social context in which the human being establishes relations. Only this way can the nature of disease be understood and the importance it can have for the interested person as well as for society; only this way its possible to arrive at a sufficient and reliable

podrá proceder a una anamnesis suficiente y fiable, informar al interesado y formular propuestas terapéuticas operativas.

Desgraciadamente, las ciencias que estudian al ser humano están todavía lejos de podernos ofrecer un modelo completo, que implicaría una historia natural exhaustiva del individuo sano, del individuo enfermo no influido por la terapéutica, y del individuo enfermo tratado. Disponemos solamente de modelos sectoriales e incompletos, muchos de ellos sólo descriptivos y otros con pretensiones explicativas del modelo descrito.

Al médico estricto, al que visita a enfermos, le es necesaria y exigible una formación sólida y actualizada en todas estas ciencias o individualmente o bien a su equipo si el trabajo médico está integrado. Conviene además que aporte su experiencia en el progreso y en la verificación de todas ellas; pero el ejercicio de estas ciencias, tan importante, no está en el núcleo de su trabajo profesional.

La actividad científica que podemos llamar estrictamente médica con toda propiedad es la llamada medicina clínica, o sea aquella ciencia que tiene por objeto la catalogación de un trastorno o conjunto de trastornos como correspondientes a un determinado modelo (entidad nosológica). Se trata de una ciencia rudimentaria, que utiliza una sistemática sólo descriptiva o inductiva y que tiene tres importantes rasgos diferenciales que la alejan de las demás ciencias descriptivas (inductivas): la extraordinaria variabilidad de los modelos nosológicos en cuanto a su apariencia; las importantes interferencias entre los diversos modelos; y que una parte muy importante de la información es difícilmente aprovechable, toda vez que no es cuantificable y a menudo ni siquiera objetiva.

Ello hace que la simple catalogación de un conjunto de trastornos como correspondiente a un determinado modelo nosológico constituya por sí sola una labor de investigación a veces sumamente difícil. Compárese, por ejemplo, la dificultad de investigación diagnóstica que puede implicar para un clínico una velocidad de sedimentación elevada o una hepatoespienomegalia febril, con el generalmente sencillo diagnóstico de especie de un ejemplar arbóreo como trabajo a llevar a cabo

anamnesis, to inform the interested person and formulate operative therapeutic proposals.

Unfortunately, the sciences which study the human being are still far away from being able to offer us a complete model, which would involve an exhaustive natural history of the healthy individual, of the ill individual not influenced by treatment, and the treated ill individual. We have at our disposal only sectarian and incomplete models, many of which only descriptive and others pretending to be explanations of the described model.

For the doctor in the strict sense, the one who attends ill people, a solid and up to date training in all these sciences, be it individually or in team if his medical activity is integrated, is a necessity and a requirement. Moreover, it is convenient that he contribute his experience in the progress and in the verification of all of them; although the practice of these sciences, so important, does not form part of the nucleus of his professional work.

The scientific activity proper, the one strictly called medical is the one called clinical medicine, i.e. the science which has as its object the cataloguing of a disturbance or set of disturbances as corresponding to a specific model, a nosological entity. It's a question of a rudimentary science which uses only a descriptive or inductive system and which has three important differential traits which distance it from the other descriptive (inductive) sciences: the extraordinary variability of nosological models as to its appearance; the considerable interferences between the different models; and that it is very difficult to make use of a very important part of the information, considering that it is not quantifiable and often is not even objective.

This makes that the simple cataloguing of a set of disorders as corresponding to a specific nosological model constitutes in itself a task of investigation at times most difficult. Compare, for example, the difficult diagnostic investigation which implies for a clinician a high speed of sedimentation or a hepatoespienomegalia febrile, with the generally simple diagnosis of species of an arboreal specimen as in the task performed by a natural scientist in the field. The model in the clinic is not a substantive (like a tree), but a

por un naturalista de campo. Es que el modelo, en clínica, no es un sustantivo (como el árbol), sino un calificativo M sustantivo «hombre».

Existe, por lo tanto, una separación muy nítida entre la clínica y las demás ciencias médicas (que tienen por objeto el conocimiento M ser humano, de las causas generales de enfermedad y M conjunto de medidas disponibles para modificarlas). El clínico no puede eludir los esquemas elaborados en el seno de estas ciencias, algunas de las cuales disponen de sistemáticas explicativas o deductivas. Cuando tiene ocasión de utilizar modelos explicativos, obtiene resultados de una gran fiabilidad, sobre todo en exploraciones funcionales^{xi}. Pero tiene que integrarlos siempre en el sistema descriptivo propio de la clínica, que comporta una visión M fenómeno patológico muy distinta de la que se obtiene a partir del estudio de las causas de enfermedad (ciencia también descriptiva, pero con una sistemática diferente) o de la fisiopatogenia (que intenta ser explicativa). En estas ciencias se llega a la enfermedad a partir de su origen causal o de su propia mecánica interna, siguiendo el camino lógico y pensando varias veces los acontecimientos tal como han ocurrido. En la clínica se llega a la enfermedad por el camino contrario, desde el síntoma, que es su consecuencia. La identificación M modelo que se hace a partir de un abanico de posibilidades alternativas, supone una conclusión, la más importante, del trabajo de investigación. Cuando el modelo es identificado, el clínico puede aplicarle todos los conocimientos nosológicos y terapéuticos disponibles, y puede verificar según los resultados, tanto la validez de su trabajo diagnóstico como la validez de aquellos conocimientos no clínicos.

Hay que decir que la formación profesional que se imparte en nuestros centros docentes tiende a ignorar gravemente la praxis diagnóstica, que es la principal y casi única actividad científica indispensable para los futuros médicos. El trabajo diagnóstico se aborda de una manera inorgánica y con letra pequeña en los apartados de «diagnóstico diferencia» de cada entidad morbosa, y el diagnóstico positivo resulta muy a menudo marginado. La semiología queda dispersa en el capítulo correspondiente a cada entidad, cuyo modelo clínico aparece muchas veces desdibujado en el contexto de una

qualifying substantive M «man».

There is, then, a very clear separation between the clinic and the other medical sciences (who have as an object the knowledge M human being, of the general causes of disease and M set of measures at the clinician's disposal for modifying them). The clinician cannot elude the schemes elaborated within these sciences, some of which count with explicative and deductive systems. When he has the occasion of using explicative models, he obtains results of high reliability, especially in functional explorations. But he always has to integrate them in the descriptive system corresponding to the clinic, which implies an M pathological phenomenon very different to the one obtained from the study of the causes of disease (also a descriptive science but with a very different system) or from the physiopatogeny (which intends to be explicative). In these sciences one arrives at the disease from a causal origin or from their own internal mechanics, following the logical path and thinking various times the events as they have occurred. In the clinic one arrives at the disease following the contrary pathway, starting from the symptom, which is its consequence. The identification M model which is made starting from a fan of alternative possibilities, supposes a conclusion, the most important one, of the task of investigation. When the model is identified, the clinician can apply to it all the nosological knowledge and treatments he has at his disposal, and can verify according to the results, the validity of his diagnostic task as well as the validity of that knowledge which is non-clinical.

Its necessary to state that the professional training offered in our educational centres tends to ignore seriously the diagnostic praxis, which is the principal and almost only scientific activity indispensable to future doctors. The diagnostic task is approached in an inorganic manner y with small letters in the sections of «diagnostic difference» of each pathological entity, and the positive diagnosis very often is left aside. Semiology appears dispersed in the chapter corresponding to every entity, the clinical model of which appears frequently blurred in the context of a system pretending to be explicative, as corresponds to nosological treatise. The

sistemática con pretensiones explicativas, tal como corresponde a los tratados de nosología. La enfermedad no se halla descrita casi nunca con la perspectiva con que aparece a los ojos del clínico cuando se encuentra ante la realidad del problema concreto.

No se ha hecho todavía, y para el médico práctico ello es una carencia gravísima, un trabajo completo para sistematizar con pautas el trabajo diagnóstico desde el síntoma o el síndrome hasta el correspondiente diagnóstico positivo. Parece que se confíe en el puro aprendizaje por ósmosis que, aunque importante, es parcial y propaga también las rutinas y las intuiciones no comprobadas. Claro está que un trabajo de esta índole tiene que llevarse a cabo a base de la colaboración de muchos equipos clínicos que investiguen con una metodología equiparable, y por lo tanto planificada, disponiendo de una estadística importante y puesta en común, y renunciando a las más vistosas gratificaciones del prestigio científico individual. Un trabajo de este tipo de elevado rendimiento práctico en salud, pero de muy poco rendimiento «social», sólo puede ser llevado a cabo en otro contexto socio-sanitario.

La clínica es una de las ciencias biológicas que más ha estimulado el progreso de la biología general. El conocimiento del ser humano, a pesar de las extraordinarias dificultades intrínsecas que supone, ha cautivado el interés de los científicos de todos los tiempos. Es un hecho que, a la sombra de la clínica, se han formado o consolidado un número considerable de ciencias biológicas de un peso específico notable. Particularmente las que tienen por objeto el conocimiento del organismo humano -tanto desde el punto de vista morfológico como desde el funcional -, las causas de la enfermedad -en especial la microbiología - y los recursos para curarlas (sobre todo la farmacología).

Será, pues, conveniente analizar las relaciones entre la clínica y la biología general desde dos perspectivas diferentes: la clínica y las ciencias integradas en la práctica diaria (ciencias que podríamos llamar paraclínicas), y la clínica y las demás ciencias que integran la biología general.

Las relaciones particulares que la clínica mantiene con las ciencias biológicas paraclínicas son debidas al hecho de que todas

disease is almost never described from the point of view of the clinician when he finds himself in front of the concrete problem.

A very grave deficiency for the medical practitioner is the fact that there is still no complete work at his disposal which would permit him to systematise with a standard model the diagnostic task from the symptom or the syndrome to the corresponding positive diagnosis. It seems that he confides in the pure learning by osmosis which, although important, is partial and disseminates routines and intuitions not proven. It is clear that work of this kind has to be carried out on the base of collaboration between many clinical teams who investigate with similar methodology, and in consequence planned, having at their disposal important statistics and summaries, and renouncing the more attractive gratification of individual scientific prestige. A task of this kind of high practical profit in terms of health, but of very little «social» efficacy, can only be carried out in a different socio-sanitary context.

The clinic is one of the biological sciences which more stimulated the progress of biology in general. The knowledge of the human being, in spite of the extraordinary intrinsic difficulties it supposes, has captivated the interest of the scientists of all times. It is a fact that, in the shadow of the clinic, a considerable number of biological sciences of remarkable specific weight of their own have developed and shaped up. Particularly those that have as an object the human organism —from the morphological as well as the functional point of view, the causes of disease —specially microbiology, and the resources to cure it (more importantly pharmacology).

It would be, then, convenient to analyse the relations between the clinic and biology in general from two different perspectives: the clinic and the sciences integrated in daily praxis (sciences we could call paraclinical), and the clinic and the other sciences which integrate biology in general.

The particular relations maintained by the clinic with the biological paraclinical sciences are due to the fact that all speak, although with different

hablan, aunque con distintos lenguajes, de un mismo objeto de conocimiento, a saber, de la salud y de la enfermedad. De ahí que los modelos clínicos sean casi siempre mixtos, es decir, que integren datos técnicos (radiología y otras técnicas físicas, técnicas bioquímicas, bacteriológicas e histológicas). Esta situación de colaboración estrecha es muy feliz, pero se puede volver rutinaria, y entonces esconde dos serios peligros:

(1) *Reducir las ciencias paraclínicas a técnicas útiles.* En la práctica médica el aspecto técnico de muchas ciencias está organizado a menudo sólo en función de la utilidad de los datos que pueden aportar. Los objetivos propios de estas ciencias, o sea el conocimiento de los fenómenos biológicos elementales, están implícitos sólo accidentalmente. Este tipo de dependencia, que haría catalogar las ciencias como de primer orden o de segundo orden, es siempre perjudicial. Podemos ilustrarlo con un ejemplo claro: la inmunología como técnica permite el diagnóstico positivo de multitud de enfermedades, pero la inmunología como ciencia no sólo matiza el significado de estos hallazgos diagnósticos, sino que ofrece perspectivas insospechables para la comprensión de muchos mecanismos patogénicos. Una forma de reencontrar la identidad de estas ciencias como tales sería quizá organizarlas funcionalmente según los objetivos respectivos, y así se podrían agrupar en cuatro sectores: *morfológicas* (anatomía, histología, radiología, gartimagrafia, endoscopia); *funcionales*, diferenciando el estudio funcional de órganos y aparatos, del de sistemas (inmunología, hematología) y sobre todo del de sistemas de regulación (sistema nervioso con la vertiente psíquica, sistema endocrino); *causas exógenas* de enfermedad; y *terapéutica*. La responsabilidad de los departamentos de investigación científica y de aplicación técnica de dichas ciencias tendría que recaer en los científicos respectivos, compartida con algunos casos por clínicos, sobre todo cuando se trata de sistemas de regulación o de adaptación.

(2) *Hacer gravitar sobre las técnicas o la responsabilidad del diagnóstico o el control de la asistencia.* Significa de hecho una forma de dimisión que se puede traducir en la actitud de pedir exploraciones indiscriminadas y en la ca-

languages, of one and the same object of knowledge, i.e. health and disease. It is from there that clinical models tend to be almost always mixed, in other words, that they integrate techniques (radiology and other physical techniques, biochemical techniques, bacteriologic and hystologic ones). This situation of tight collaboration is a happy one, but it can turn routine, and then it covers up two serious problems:

(1) *To reduce paraclinical sciences to useful techniques.* In medical praxis the technical aspect of many sciences is often organised only in function of the utility of data which it may furnish. The objectives proper of these sciences, i.e. the knowledge of the elemental biological phenomena are implicit only by chance. This type of dependency, which would catalogue sciences as being of first order or second order, is always detrimental. We can illustrate this with an example: immunology as a technique permits the positive diagnosis of a multitude of diseases, but immunology as a science not only adds shades of meaning to these diagnostic findings but offers unthought of perspectives for the understanding of many pathogenic mechanisms. One of the ways of finding anew the identity of these sciences as such perhaps could be organising them according to their respective objectives, and this way they could be grouped in four sectors: *morphological* (anatomy, histology, radiology, gartimagrahy, endoscopia); *functionals*, differentiating the functional study of organs and apparatuses, from the one of systems (immunology, haematology), and more than any from the system of regulation (nervous system with its psychic side, endocrine system); *exogenous causes* if disease; and *therapeutics*. The responsibility of the departments of scientific research and technical application of the aforementioned sciences should fall on the respective scientists, shared in some cases by clinicians, specially when it is a question of regulation or adaptation.

(2) *To make that the responsibility of diagnosis or the control of attendance gravitate on the techniques.* This in fact means a type of resignation which could express itself in the attitude of asking explorations indiscriminately and the lack of effort in integrating data, expecting that the positive diagnosis emerge

rencia de esfuerzo para integrar datos, esperando que el diagnóstico positivo salga espontáneamente de alguno de ellos. Esta actitud anticientífica representa una forma de consumismo de técnicas, que es traumatizante para el enfermo, dilapidador y, en ambientes hospitalarios cause of colapse de muchos servicios.

La dimisión de la actitud de investigación clínica se puede manifestar también con una irresponsable esperanza de que el control de la enfermedad se obtenga aplicando directamente, sin diagnóstico, medidas terapéuticas. En esta degradación radica una de las causas del consumismo farmacológico y asistencial. Los medicamentos no curan; se prescriben otros. Las visitas no resuelven los problemas (no son visitas % y generan otras nuevas. La salud es cada vez mas precaria y el consumo cada vez mayor (sobre todo, cuando el usuario no tiene que afrontar directamente los gastos, ya que en caso contrario, él mismo, y por razones bien extrínsecas, es un freno social, ya que no científico, para la anti-medicina).

Para que la clínica recupere la responsabilidad del diagnóstico y del control de la asistencia es necesario que se elaboren pautas de diagnóstico centrando el papel que las técnicas puedan tener en ello. Es necesario que se prodiguen discusiones diagnósticas y terapéuticas y que se cierren historias críticamente, y que todo ello sea trabajo de colaboración de clínicos y de paraclínicos de manera que cada cual adquiera conciencia de cuáles son los ámbitos y cuáles los problemas que lo afectan, y de cuál sea la fiabilidad que se pueda esperar de cada procedimiento diagnóstico. Y es necesario sobre todo que se tomen medidas para evitar que la actividad médica se desvíe de su objetivo. El cierre crítico de historia tiene que incluir la crítica con óptica social. La formación biológica del médico y el interés de los biólogos por la clínica parecen hoy imperiosamente necesarios. La meta sería llegar a la creación de órganos capaces de intercambiar información recíproca. Algunos ejemplos recientes ponen de manifiesto la extraordinaria utilidad de este intercambio. En la nueva clasificación de agentes microbianos, un argumento de primer orden ha sido su sensibilidad a los antibióticos, y en las nuevas concepciones sobre la cinética celular, lo han

spontaneously from any one of these. This anti-scientific attitude represents a form of consuming techniques which is traumatic for the patient, wasteful and, in the hospital context, the cause of collapse of many services.

The resignation from an attitude of clinical investigation can also manifest itself in the irresponsible hope that the control of disease is obtained by directly applying, without diagnosis, therapeutic measures. This degradation is the seat of one of the causes of consumerism in the pharmacological field and in the care system. These medicines don't cure; one prescribes others. The visits don't resolve the problems (they are not visits % and they generate other new ones). Health turns more precarious every day and consumes gets larger and larger (especially when the consumer does not have to directly pay the costs, since in the contrary case, he himself, and for very extrinsic reasons, is a social restraint, although not scientific, for anti-medicine).

For the clinic to regain the responsibility of the diagnosis and the control of health care assistance, it is necessary that diagnostic protocols be elaborated which define the role the techniques are to play in this. It is necessary that diagnostic and therapeutic discussion be opened generously and that histories are closed critically, and that all this be a conjoint task of clinicians and paraclinicians in a way that everyone acquire conscience of which are his ambits and which the problems that affect it, and which will be the reliability to be expected of each diagnostic procedure. Above all, it is necessary to take measures to avoid that medical activity be diverted from its objective. The critical closure of the history has to include a critique from a social point of view. The biological preparation of doctors and the interest of biologists in the clinic today seem to be an urgent necessity. The aim would be to arrive at the creation of organs able to interchange reciprocal information. Some of the more recent examples show the extraordinary usefulness of this interchange. In the classification of microbe agents, a first order argument has been their sensibility in front of antibiotics, and in the new conceptions of cellular cinesis, the arguments have come from the results of treatment of

<p>sido los resultados del tratamiento de determinadas neoplasias malignas.</p> <p>La ruptura de los ghettos de las modernas especialidades biológicas tendría unos efectos extraordinariamente positivos y permitiría abordar trabajos de síntesis y tratar en común problemas fundamentales. Podríamos citar algunos: filogenética y evolución, embriología, genética, citología.</p> <p>Nuevas actitudes, globalizadas e integradoras, tendrán, si podemos lograr que sean adoptadas, profundas repercusiones sobre la práctica diaria, sobre la formación universitaria y continuada, sobre la investigación y, por encima de todo, sobre la salud.</p> <p>Aunque conceptualmente las ciencias psicológicas y del comportamiento puedan formar parte de la biología humana, nos referimos a ellas por separado porque su metodología es distinta a la de la biología somática a que hasta ahora nos hemos referido. La clínica, por su exigencia de globalidad, tiene que abarcar a todo el ser humano, y las relaciones que establezca con dichas ciencias tienen que ser equivalentes a las que hemos descrito como necesarias anteriormente.</p>	<p>certain malignant neoplasias.</p> <p>The breakdown of the ghettos of modern biological specialities would have an extraordinarily positive effect and would permit approaching tasks of synthesis and treating common fundamental problems. We will mention but a few: phylogenetics and evolution, embryology, genetics, cytology.</p> <p>New globalised and integrative attitudes, if we manage that they be adopted, will have profound repercussions in daily practice, on the levels of university and continuous education, on research and, above all, on health.</p> <p>Although conceptually the psychological and behavioural sciences can be considered part of human biology, we refer to them separately because of their methodology being different to the one of somatic biology to which we referred up to now. The clinic, due to its demand of globality, has to embrace the whole of the human being, and the relations it establishes with these sciences has to be equivalent to the ones we described before as necessary.</p>
<p>Ello no ha sido conseguido, y ni tan siquiera es aceptado por un gran número de clínicos. Las diferencias metodológicas y de terminología, y quizá motivos de orden docente e histórico, separan las ciencias humanas en dos campos mal comunicados, mientras que el ser humano es una unidad, y como tal sólo es aprehensible unitariamente. La reducción del clínico a somatólogo, y el hecho de reservar a los psicólogos solamente algunos enfermos no somáticos, significa una esquizofrenia tanto en la concepción de la enfermedad como en la realidad de la asistencia.</p> <p>Por un lado, no podemos ignorar que la conducta humana interviene en la génesis y en el curso de muchas enfermedades, desde la coronariopatía y la colitis ulcerosa hasta muchos otros procesos, y que a su vez muchas enfermedades orgánicas repercuten en el psiquismo, por ejemplo, las mismas citadas, las endocrinopatías, la hiposideremia, etc. Ello sin contar que los propios trastornos psíquicos constituyen un ancho campo de estudio para el clínico general y</p>	<p>This has not been achieved, and it has not even been accepted by a large number of clinicians. The difference in methodology and terminology, and perhaps historically and in terms of teaching, has separated the human sciences in two badly communicated fields, while the human being is a unity and as such can only be apprehended in a unitary manner. Reducing the clinician to be a somatologist, and the fact of reserving for the psychologist only some not somatic patients, introduces a schizophrenia not only in the conception of disease but also in the reality of health care.</p> <p>On one hand, we cannot ignore that human conduct intervenes in the genesis and in the course of many diseases, from the coronariopathy and ulcerative colitis to many other processes and that, in turn, many organic diseases have repercussions in the psyche, like for example the ones already mentioned, endocrinopathies, the hyposideremia, etc. All this without saying that the psychic disorders themselves constitute a large field of study for</p>

<p>han sido origen de diversas especialidades clínicas y de biología somática (pensemos simplemente en la psicofarmacología y en la bioquímica del sistema nervioso).</p> <p>Pero, por otra parte, la misma relación clínica, la relación médico-enfermo, que es el núcleo de toda la actividad asistencial, es examinable a la luz de las ciencias de la conducta que pueden aportar mucha información útil. Todo el edificio teórico y práctico del psicoanálisis está basado en el estudio de esta relación y de su eficacia terapéutica. Igualmente, las relaciones personales entre sanitarios, y entre sanitarios y usuarios y familiares, y toda la sociología de las instituciones sanitarias, tienen que ser motivo de estudio. Muy a menudo la pésima relación personal que vive el enfermo hospitalario, ignorado como persona, es, además de un atentado a su dignidad, un importantísimo agente yatrógeno todavía más grave que la situación de dependencia generada tantas veces por la medicina paternalista.</p> <p>El clínico, en su labor tampoco puede olvidar nunca que él, desde su subjetivismo, está siempre influyendo en el interlocutor y a la vez interfiriendo su propia objetividad de observador. Está dentro, y no fuera, del sistema que analiza.</p> <p>Consideramos indispensable que las ciencias del comportamiento tengan el lugar que les corresponde en la formación de todo profesional de la medicina, y que el acto médico en toda su profundidad y con todas sus implicaciones sea objeto de estudio científico y parte importante (a nivel teórico y práctico) en la docencia de la Medicina.</p> <p>Estructuras y organizaciones sanitarias: Sociología sanitaria</p> <p>El núcleo de toda la vertiente asistencial de la actividad médica está constituido por el acto médico. En su sentido más amplio, se puede definir como aquel que, inspirado en los presupuestos de la medicina científica, conduce a tomar decisiones respecto a un problema de salud. Antes nos hemos referido de manera suficiente a los aspectos científicos y técnicos</p>	<p>the general clinician and have themselves been origin of different clinical specialities and somatic biology (let us think simply in psychopharmacology and in biochemistry of the nervous system).</p> <p>But, on the other hand, the clinical relationship itself, the doctor-patient relationship, which is the nucleus of all health care activity, can be examined in the light of the behavioural sciences which can contribute much useful information. The whole theoretical and practical edifice of psychoanalysis is based on the study of this relationship and its therapeutic efficacy. Equally, the personal relations between sanitary professionals, and between these and the users and their families, and the whole sociology of sanitary institutions, should be objects of study. Frequently the very bad personal relation which the patient lives in hospital, ignored as a person, is, beyond an attempt on his dignity, an important yatrogenic agent still more serious than the situation of dependence generated so many times by a paternalistic medicine.</p> <p>The clinician, in his work neither can ever forget that he, from his subjectivity, always represents an influence on his interlocutor, who in turn interferes with his own objectivity as an observer. He is in the system he analyses, and not outside it.</p> <p>We consider it indispensable that the behavioural sciences occupy the place which corresponds in the training of all professionals of medicine, and that the medical act in all its dimensions and all its implications be the object of scientific study and an important part (on the theoretical as well as the practical level) in the teaching of Medicine.</p> <p>Sanitary structures and organisations: Sanitary sociology</p> <p>The nucleus of the health care side of medical activity is constituted by the medical act. In its wider sense, it can be defined as the act which, inspired in the hypothesis of scientific medicine, leads to take decisions in reference to a problem of health. Before we were referring in a sufficient way to the scientific and technical aspects of the medical act. Here we will study</p>
---	--

del acto médico. Ahora estudiaremos otras dimensiones de dicha relación, muy ligadas al contexto ideológico en donde se realiza.

La ideología médica puede estar orientada hacia la salud, y en tal caso tiende a sistemas de asistencia en los cuales la prevención es prioritaria sobre la curación, el enfermo sobre la enfermedad, la información sanitaria sobre la medicación, el generalista sobre el especialista. Puede estar también orientada hacia la enfermedad, y entonces ésta predomina sobre el enfermo, la medicación es el principal resultado del acto médico respecto al paciente, y la medicina se centra en sí misma y tiende a una hipertrofia de las especialidades y de las técnicas sofisticadas que resulten más gratificadoras desde el punto de vista cientificista, no asistencial.

La primera ideología genera una medicina poco brillante, con buenos resultados globales y gastos relativamente bajos. La segunda, claramente predominante en los países más poderosos, en los cuales se puede considerar como oficial, tiene indudablemente a su favor la capacidad de encontrar respuestas de verdadera eficacia en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades^{xii}. La contrapartida parece ser, sin embargo, que despoja al ser humano de su contexto social patógeno, y descuida a enfermos crónicos, mentales y funcionales, comparativamente con la atención prestada al «caso interesante».

Hay que tener presente que la ideología médica es hija de su propia historia. La medicina ha crecido observando y analizando la enfermedad, y sólo muy recientemente empieza a entender las posibilidades de una nueva y más ambiciosa perspectiva de salud.

Las características concretas de la actividad médica y de la ideología con que se realiza están fuertemente influidas por el juego dialéctico que se establece entre la sociología del médico, las estructuras sanitarias, la población asistida y el poder político que regula estas relaciones. Nos referimos a las tres primeras entidades y a la relación del enfermo con el médico.

Las aspiraciones profesionales del médico se concretan en cómo él imagina su trabajo y su realización humana, y son contrastadas por la realidad de las condiciones tanto sociales como

other dimensions of this relation, very much linked to the ideological context where it takes place.

The medical ideology can be oriented towards health, and in this case it tends towards care systems in which prevention comes before cure, the patient before the disease, sanitary information before medication, the generalist before the specialist. It can also be oriented towards disease, and then the latter predominates over the patient, medication is the principal result of the medical act in reference to the patient, and medicine centres in itself and tends towards a hypertrophy of the specialities and sophisticated techniques which are more gratifying from the scientific point of view, not from the health care one.

The first ideology generates a not very brilliant medicine, with good global results and relative low costs. The second one clearly predominates in the more powerful countries, in which we can consider it official, having without doubt in its favour the capacity of finding answers of true efficacy in the diagnosis and treatment of many diseases. The counterweight, however, seems to be that deprives the human being of his pathogenic social context, and neglects the chronic, mental and functional patients in comparison to the attention given to the “interesting case”.

We have to keep in mind that medical ideology is the daughter of its own history. Medicine has grown observing and analysing disease, and only recently is starting to understand the possibilities of a new and more ambitious perspective of health.

The concrete characteristics of medical activity and the ideology with which it is carried out are heavily influenced by the dialectic play established between the sociology of the doctor, the sanitary structures, the population attended and the political power which regulates these relations. We will refer to the first three entities and the doctor-patient relationship.

The professional aspirations of the doctor become concrete in how he imagines his work and his realisation as a human being, and are

económicas y laborales en que se verá obligado a realizar su trabajo, condiciones a las cuales, en tanto que persona, tendrá que adaptarse, y que en último término determinarán el grado de satisfacción personal que pueda lograr. Y cuanto más se le regateen las gratificaciones intrínsecas a la actividad médica, más tenderá a procurarse otras extrínsecas. De esta interrelación pueden derivarse diversas desviaciones, de las cuales citaremos algunas.

Si lo que más importa al médico es «hacer ciencia» y a una tal desviación le invita la estructura del hospital universitario o docente, y no sólo por amor a la ciencia sino también por los beneficios indirectos que obtiene de ello, la salud del enfermo será simplemente un subproducto de su actividad dirigida fundamentalmente, por ejemplo, a preparar una nueva publicación. Si el centro de interés del médico es «la clientela» (y ésta suele ser la tentación de la medicina privada), puede entretener al enfermo y tomar medidas que en realidad no vayan a su favor. Si el móvil es el dinero, puede tender a reducir al mínimo el tiempo empleado en el acto médico y ampliar el máximo las exploraciones complementarias. En determinadas formas de medicina asalariada puede aparecer una actitud de sabotaje contra las instituciones, sentidas como opresoras o lesionadoras de la economía del médico, y esta actitud estará fomentada por la agresividad del usuario (a la cual nos referiremos luego) y a la vez fomentará dicha agresividad.

Uno de los problemas específicos más importantes que incluye la medicina proviene del hecho de que es una profesión de ayuda y de servicio, como todas las demás, pero, por la naturaleza de los servicios que presta, la necesidad hace que el servidor, el médico, esté en situación de poder, y que el servido, el enfermo, se convierta en esclavo. Como dice Freidson^{xiii} «la medicina se ha convertido en la profesión del dominio» y ejerce su poder tanto sobre todas las actividades sanitarias como sobre el usuario. En determinados países la profesión médica se ha organizado eficazmente y ha conseguido un control extraordinario sobre toda la sanidad y sus recursos económicos. En el nuestro, en cambio, las corporaciones profesionales no han tenido coherencia ni fuerza, y los médicos no han incidido en la evolución de

checked by the social as well as the economic and working conditions of reality in which he finds himself realise his work, conditions to which, as a person, he will have to adapt and which in the last instance will determine the degree of personal satisfaction he can obtain. The more he has to bargain over the intrinsic gratifications of medical activity, the more he will tend to secure for himself other extrinsic ones. From this interrelationship diverse deviations can be derived, of which we will mention some.

If what is more important to the doctor is “to make science” and towards such a deviation he will be invited by the university or teaching hospital, and not only because of love for science but also for the indirect benefits he obtains through it, the health of the patient will be simply a subproduct of his activity directed basically, for example, towards preparing a new publication. If the centre of interest of the doctor is “the clientele” (and this usually is the temptation of private praxis), he can entertain the patient and take measures which in reality may not be in his favour. If the motive is money, he can tend to reduce to a minimum the time employed in the medical act and amplify to a maximum the complementary explorations. In certain forms of salaried medicine there can appear an attitude of sabotage against the institutions, felt as oppressive and damaging to the professional’s economy, and this attitude will be encouraged by the aggressivity of the user (to which we will refer later) and in turn will encourage this aggressivity.

One of the most important specific problems which includes medicine comes from the fact that it is a helping and service profession, like all the others, but, due to the nature of services rendered, the necessity makes that the one who serves, the doctor, be in a situation of power, and the one who is served, the patient, is converted into slave. As Freidson says, «medicine has been turned into the profession of dominance» and exercises its power over all sanitary activities as well as over the user. In certain countries the medical profession has organised itself efficiently and has gained an extraordinary control over all the health services and their economic resources. In ours, on the other hand, the professional corporations have not had the

la sanidad. Las organizaciones sanitarias se han apoderado del médico, que se ha convertido en funcionario del sistema que lo explota, lo pervierte y lo lleva a colaborar en la estafa asistencial que ofrecen al usuario. El amo se ha reconvertido en sirviente, pero no del enfermo, sino de la estructura. Esta situación tan peculiar hace al médico más capaz de criticar el sistema, pero por otra parte provoca un enfrentamiento muy pernicioso entre él y el enfermo. El acto médico nunca se puede librar totalmente de sus condicionamientos sociales. El médico, como cualquier otra persona está sometido a las presiones del contexto en que vive.

La finalidad real de las estructuras sanitarias de tipo asistencial tendría que ser el favorecer la realización del acto médico lo más correctamente posible y siempre que sea necesario, y a través de él promover la salud de la población asistida. Sería necesario que su organización garantizase como mínimo: que el médico sea un buen profesional, o, dicho de otro modo, que sus conocimientos, habilidad y actitudes correspondan a los problemas de salud que tenga que resolver; que los medios al alcance del médico, estructurales, de organización y técnicos, sean adecuados y eviten los peligros indicados anteriormente; y que los usuarios del sistema asistencial obtengan de éste lo que realmente necesiten, o sea la promoción, protección y recuperación de la salud.

Pero la realidad es muy diferente. Las estructuras sanitarias han nacido en un determinado contexto sociocultural e ideológico, dentro de una determinada estructura política y condicionada por fuerzas económicas. Una vez establecidas, tienden a perpetuarse, a la rigidez y al inmovilismo, y a convertirse en un fin en ellas mismas y no primordialmente un medio de salud.

En la sociedad capitalista estas estructuras están sometidas a la ley de la oferta y la demanda. La salud constituye en ella un valor presente pero marginal, convertido en objeto de compraventa, importante porque estimula el mercado, que será «sano» cuando consuma mucho, fomentando así la expansión de las industrias farmacéuticas y sanitarias.

En algunos países socialistas o que cuentan con servicios sanitarios convertidos en servicios

coherence nor the force, and the doctors have had no incidence in the evolution of the health services. The sanitary organisations have taken charge of the doctor, who has been converted into a civil servant of the system which exploits him, perverts him and takes him to collaborate in the fraud of assistance they offer the users. The master has been reconverted into slave, but not of the patient but of the structure. This most peculiar situation makes the doctor more capable of criticising the system, but on the other hand it provokes a harmful confrontation between him and the patient. The medical act never can liberate itself completely of its social conditions. The doctor, as any other person is subject to pressures of the context in which he lives.

The real aim of the sanitary structures of the health care type should be to favour the realisation of the medical act in the more correct way possible and whenever necessary, and through it promote the health of the population to be attended. It would be necessary that its organisation would minimally guarantee: that the doctor be a good professional or, in other words, that his knowledge, skills and attitudes correspond to the problems of health he will have to resolve; that the means at the disposal of the doctor —structural, organisational and technical— be the adequate ones and avoid the dangers pointed out before; and that the users of the health system obtain from it what they really are in need of, i.e. the promotion, protection and recuperation of health.

But reality is very different. The sanitary structures are born in a determined sociological and ideological context, within a determined political structure and are conditioned by the economical forces. Once established they tend to perpetuate themselves, they turn rigid and immobile, are turned into an end in themselves and not a means of health.

In the capitalist society these structures are subject to the law of supply and demand. In this society health is a present but marginal value, converted in a sales object, important because it stimulates the market, which will be «healthy» when it consumes much, this way promoting the pharmaceutical and sanitary industries.

In some socialist countries or who count with sanitary services converted into public services,

públicos, a pesar de que la dinámica del mercado no esté presente, se puede llegar a una situación no del todo distinta a través de otro mecanismo: la burocratización y tecnocratización (por parte del sistema asistencial) y el consumo intensivo (por parte del usuario) hacen crecer desmesuradamente el volumen del sistema, que puede engullir todos los recursos humanos, técnicos y económicos disponibles. La asistencia resulta cada vez más cara y más alejada de poder dar abasto a la demanda que ella misma genera. Cuando se plantean soluciones se piensa únicamente en aumentar los medios y distribuirlos mejor, y así el problema queda sin resolver.

Llama la atención el hecho de que organizaciones sociopolíticas tan diferentes se encallen en el mismo obstáculo; y ello hace sospechar que los presupuestos básicos sobre los cuales se monta la asistencia sean falsos. Estos presupuestos son, sin embargo, los de la medicina científica actual. En efecto, todos los sistemas asistenciales tienen en común el hecho de que su respuesta a la enfermedad parte de los médicos y de la medicina. Las necesidades asistenciales son definidas «objetivamente» por los mismos expertos encargados de atenderlas. Una sola profesión lo controla todo. Tenemos que recordar aquello que dijimos antes referente a la ideología médica y el papel de los médicos de cara a la salud.

En general, lo que el enfermo espera del médico, de la medicina y de los servicios asistenciales es la solución de su problema fundamental: o el hecho de estar enfermo, o el miedo a estarlo. Otras veces pretende la obtención de beneficios de distinta naturaleza: valoraciones favorables desde el punto de vista social, laboral, económico y psicológico que derivan del hecho de estar etiquetado como enfermo. Finalmente, el usuario puede buscar también puntos de referencia protectores y sustituir las antiguas magias por otras nuevas.

Las condiciones sociales y estructurales que hemos descrito configuran dos grandes tipos de actitud del usuario para con la organización sanitaria y para con los médicos. *La actitud pasiva dependiente*, está inducida en las situaciones en las cuales el médico adopta actitudes paternalistas. Es característica de las sociedades subdesarrolladas, y tiende a desaparecer cuando

in spite of the fact that the market dynamics are not present, they can arrive at a situation not so different through another mechanism: bureaucratisation and technocratisation (on the part of the care system) and intensive consumption (on the part of the user) produce a disproportionate growth in volume of the system, which may gobble up all the human, technical and economic resources at disposal. Care results every time more expensive and far away from being able to meet the demands it generates. When solutions are thought of its only in terms of incrementing the means and distributing them better, but this way the problem stays unresolved.

Calls the attention the fact that socio-political organisations so different run ashore on the same obstacle; and this makes us suspect that the basic hypothesis on which the care system is set up are false. These presuppositions are, however, the ones of the actual scientific medicine. Effectively, all the care systems have in common the fact that the response to disease comes from the doctors and medicine. The necessities of care are defined «objectively» by the very same experts who are to dispense it. Only one profession controls everything. We have to remember what we said before in reference to medical ideology and the role of doctors in reference to the questions of health.

In general, what the patient expects of the doctor, medicine and the sanitary services is the solution of his basic problem: or the fact of being ill, or the fear of falling ill. On other occasions he wants to obtain benefits of another nature: favourable validations from a social, work, economic or psychological point of view which derive from the fact of being labelled ill. Finally, the user of the care system can also be looking for protective points of reference, substituting old magic for new ones.

The structural and social conditions which we described configure two major types of attitudes of the user in relation to the sanitary organisation and to doctors. *The passive dependent attitude* is induced where the doctor adopts a paternalistic attitude. Its characteristic of underdeveloped societies and tends to disappear when the critical capacity and the defence of one's own rights

aumentan la capacidad crítica y las posibilidades de defensa de los propios derechos. *La actitud pasiva agresiva*, es una consecuencia inevitable de los sistemas de asistencia asalariada e inoperante. Cualquier sistema sanitario socializado puede hacer despertar esta actitud si se descuida la necesaria educación médica o si la burocratización dificulta el buen curso del acto médico.

Todas las motivaciones y actitudes descritas tienen en común la falta de protagonismo del usuario, que tiende a esperar y a reclamar soluciones que no impliquen un esfuerzo personal. Queda implícito que este esfuerzo puede ser evitado por un aumento del consumo de actos médicos y de productos farmacéuticos. La falta de educación de la personalidad, la falta de información sanitaria, la ideología de la sociedad de consumo (tener más diagnósticos, visitas, remedios, como se tienen más transistores o frigoríficos) y la complicidad del médico (a la que ya nos hemos referido) son la causa de ello.

Es evidente que la relación entre el enfermo y el médico es esencialmente desigual, mucho más que la que se pueda establecer entre el usuario y el experto en cualquier otra actividad. La competencia, el juicio y la decisión están en un lado; el desnudarse, la implicación personalísima y la necesidad de ayuda, en el otro. Esta desigualdad es intrínseca, y ello hace que no sea posible suprimirla del todo: incluso es perfectamente visible cuando el enfermo es un colega.

Es también evidente, sin embargo, que la situación de dependencia es nociva, y patógena a partir de una intensidad determinada, de manera que es necesario reducirla tanto como sea posible^{xiv}. Toda medicina que conduzca al usuario a situaciones de mayor dependencia y le escamotee la responsabilidad personal, es una mala medicina, y tanto el enfermo como el médico como la sociedad sufrirán las consecuencias de ello.

La responsabilidad corresponde sobre todo al miembro más fuerte -tendríamos que poder decir «al más maduro»- de la relación. Se trata de no aprovecharse del poder; antes al contrario, de utilizarlo para liberar al enfermo de ese mismo poder^{xv}. El médico puede actuar «con» el

increase. *The passive aggressive attitude* is an inevitable consequence of a salaried and inoperative sanitary system. Any socialised sanitary system can elicit this attitude when the necessary medical education is neglected or if bureaucratisation interferes with the correct course of the medical act.

All the motivations and attitudes described have in common that the user does not have the main role. The user tends to wait and demand solutions which don't imply a personal effort. It remains implicit that this effort can be avoided in increasing the consumption of medical acts and of pharmacological products. The lack of personal education, the lack of sanitary information, the ideology of the consumer society (to have more diagnostics, visits, remedies as one has more transistors or refrigerators) and the complexity of doctors (to which we have referred) are the causes of all this.

It is evident that the relation between patient and doctor is essentially unequal, very much more so than the one established between user and expert in any other activity. The competence, judgement, and decision are on one side; undressing, very personal implication and the necessity of help, is on the other. This inequality is intrinsic, that's because it is not possible to eliminate it totally: it even is perfectly visible when the patient is a colleague.

It is also evident, however, that the situation of dependence is harmful and pathogenic from certain intensity onwards, so that it becomes necessary to reduce it as much as possible. Any medicine that conducts the user to a situation of major dependence and snatches away from him his personal responsibility is a bad medicine, and the patient as well as the doctor and society suffer the consequences of it.

The responsibility corresponds to the stronger member —we should say «the more mature one» of the relation. It is not a question of taking advantage of power; to the contrary, to use it to liberate the patient from this very same power. The doctor can act «with» the patient if he

enfermo, y no solamente «sobre» el enfermo^{xvi} si participa de una ideología que tiene como objetivo la salud y si a la vez es un pedagogo.

Así el acto médico puede quedar cerrado de tal manera que el enfermo salga lo suficientemente educado e informado como para poder hacerse cargo de sus molestias -que son suyas - de la forma más autónoma posible. Hacerse cargo de ellas no sólo con la medicación, sino dándose cuenta de las causas, que quizá estriban en costumbres o actitudes a modificar, y aceptando aquello que no se pueda resolver.

Hay que decir que no se puede responsabilizar exclusivamente al médico de la situación de excesiva desigualdad de la relación con el enfermo. Importa mucho su actitud, pero también la del enfermo, que es fruto de las interacciones descritas anteriormente. Es todo un contexto social lo que condiciona su dependencia y su falta de protagonismo. Es importante tenerlo presente, sobre todo de cara a la concepción de una política escolar y general de formación de la personalidad y de educación sanitaria.

Queremos llamar la atención, finalmente, sobre el hecho de que la relación que se establece entre el enfermo y el médico puede estar también enrarecida por un grandísimo número de factores extrínsecos y de malentendidos, tanto por parte del uno como del otro, que pueden desbaratar el acto médico. Algunos de ellos son a menudo de características tales que escapan fácilmente al investigador que examina las relaciones desde fuera. Puesto que antes nos hemos referido extensamente a las gratificaciones extrínsecas del médico, nos parece que tenemos que mencionar también que la relación con el enfermo, en muchas ocasiones, contiene para aquél una notable carga de sufrimiento humano, tanto en las situaciones de incertidumbre diagnóstica y terapéutica como en los problemas de comunicar información traumatizante, de atender a casos críticos e incluso de sentirse objeto de juicios de valor arbitrarios. Y terminaremos este comentario sobre la relación enfermo-médico, repitiendo que consideramos trascendental que la totalidad de esta relación (el acto médico completo incluyendo su organización social) sea estudiada a través de todos los medios científicos disponibles, tanto de las ciencias biológicas como de las del comportamiento. Sólo de esta manera buena parte de

participates in an ideology which has health as an objective and if he is at the same time a pedagogue.

This way the medical act can be closed in a fashion that the patient goes away sufficiently educated and informed as to be able to take charge of his troubles —which are his— in the most autonomous way possible. Take charge of them not only with medication but becoming conscious of the causes, which perhaps come from habits and attitudes to be modified, and accepting the part which cannot be resolved.

We have to say that we can not exclusively make the doctor responsible for the situation of excessive inequality of the relationship with the patient. His attitude is very important, but also the one of the patient, which is fruit of interactions described before. Its a whole social context which conditions his dependence and his not taking on the central role. It is important to have this in mind, primarily in relation to a conception of school and general politics about the development of personality and sanitary education.

We would like to call attention, finally, to the fact that the relation established between the patient and the doctor can also be rarefied due to an enormous number of extrinsic factors and misunderstandings, on part of one as well as of the other, which can mess up the medical act. Some of them frequently son of such characteristics which easily escape the investigator who investigates the relations from outside. As before we made extensive reference to the extrinsic gratifications of the doctor, it seems that we should also mention that the relation with the patient, on many an occasion, contains for this one a considerable charge of human suffering, in situations of diagnostic and therapeutic uncertainty as well as with problems of communicating traumatising information, attend critical cases and even feeling to be the object of arbitrary value judgements. And we want to finish this commentary about the doctor-patient relationship, repeating that we consider it transcendental that the totality of this relationship (the complete medical act including its social organisation) be studies with all the scientific means at our disposal, from biological sciences as well as from the behavioural ones. Only this way, an important part of that which

aquello que a la actividad médica le queda de tradición y de arte, tan estimable y útil^{xvii}, podrá ser cuantificada y convertida en conocimientos científicos para ser usados con mucha más eficacia al servicio de la salud.

Conclusiones^{xviii}

I. ACTO MEDICO Y SALUD

1. Consideremos que el acto médico ha de ser el núcleo alrededor del cual gravite la totalidad del sistema médico - sanitario. Es debido al acto médico que hay médicos. La Medicina ha nacido y se ha desarrollado realizando e investigando actos médicos.

2. Entendemos por acto médico aquel proceso cuyo objetivo es plantear y resolver un problema de salud individual. Incluye necesariamente cuatro etapas: a) recoger información objetivamente, b) interpretarla, c) tomar las medidas oportunas, y d) comprobar su acción.

3. Afirmamos que se incurriría en una transferencia incorrecta, parcial y pueril si se responsabilizase a la Medicina de toda la lucha por la salud. Ello se deduce de la misma naturaleza tanto del acto médico como del concepto de salud. En efecto:

3.1. Los problemas de salud habitualmente ni comienzan ni acaban en la persona usuaria del acto médico, las causas y algunas de las consecuencias de la enfermedad quedan fuera del enfermo. Tales cuestiones, así como muchos de los aspectos de su reinserción social, son de la competencia de expertos no médicos. El sistema sanitario requiere pues la presencia de expertos no médicos y debe crear equipos interdisciplinarios que conozcan y que utilicen críticamente la información que dimana del acto médico. Por esta razón el acto médico aislado del sistema sanitario no puede conseguir una eficacia completa, a nivel tanto científico como social.

3.2. El concepto de salud sobrepasa lo que pueda obtenerse de la competencia del fisiólogo, del patólogo, y también del médico, en sus dos vertientes de somatólogo y de psicólogo. Es un concepto interdisciplinario y, en último término, ideológico. La formación del profesional

the medical activity still has of tradition and of art, as esteemed as it is useful, can be quantified and converted into scientific knowledge to be used with great efficacy in the service of health.

Conclusions

1. THE MEDICAL ACT AND HEALTH

1. We consider that the medical act has to be the nucleus around which gravitate the totalities of the medical-sanitary system. It is due to the medical act that there are doctors. Medicine was born and developed realising and investigating medical acts.

2. We understand by medical act that process whose objective is to pose and resolve a problem of individual health. It includes necessarily four stages: a) gather information objectively, b) interpret it, c) take the corresponding measures, and d) check your action.

3. We state that it would be incurring in an incorrect transference, partial and puerile if Medicine was to be made responsible for the whole fight for health. This can be deduced from the very same nature of the medical act as well as from the concept of health. In effect:

3.1. The problems of health habitually do not start nor finish in the person of the user of the medical act, the causes and some of the consequences of the illness remain outside of the patient. Such questions, as well as many of the aspects of his social reinsertion, are competence of non-medical experts. The sanitary system requires, then, the presence of non-medical experts and should create interdisciplinary teams who know and use critically the information which arises from the medical act. For this reason the isolated medical act of the sanitary system cannot obtain complete efficacy, on the scientific as well as the social level.

3.2. The concept of health surpasses what can be obtained from the competence of the physiologist, the pathologist, and also the doctor, in his two aspects of somatologist and psychologist. It is an interdisciplinary concept

sanitario y la formación sanitaria de la población en general tienen que incluir tal cuestión, y para que puedan considerarse completas deben implicar una participación activa en el debate general acerca del concepto de salud, siempre cambiante y perfectible. Si no fuese así, la Medicina corre el riesgo de convertirse en una actividad más alienante que saludable.

II. ORGANIZACIÓN Y ESTRUCTURAS SANITARIAS

La asistencia médico sanitaria ocupa un lugar estratégico en el amplio frente de lucha por la salud colectiva. Creemos que no cumplirá con su cometido hasta que sus estructuras se centren de nuevo sobre su núcleo y se consiga:

4. Que el acto médico sea eficaz al máximo en precisión diagnóstica y en resultado terapéutico con el coste mínimo, tanto económico como en agresividad.
5. Que el acto médico no solamente no bloquee, sino que se configure en función de la salud, y que ofrezca la debida información, a nivel individual (al usuario) y colectivo.
6. Que el acto médico quede situado en el centro de los planes de docencia y de investigación.

Todo esto implica para las estructuras sanitarias unos determinados objetivos y unas condiciones concretas:

A. Asistencia e investigación clínica

7. Históricamente ha existido a menudo, una contradicción entre asistencia e investigación clínica. Afirmamos que aunque es cierto que la actitud científica pueda ir -y a veces de hecho va- contra la asistencia, una actitud asistencial honesta no puede prescindir nunca de un criterio científico riguroso. La actitud anticientífica nunca es admisible como argumento en favor de una mejor asistencia.
8. En consecuencia: a) El médico ha de poseer competencia científica y técnica. b) Las

and, in the last instance, ideological. The training of the sanitary professional and the sanitary training of the general population should include this question and to be considered complete they should imply active participation in the general debate about the concept of health, always changing and perfectible. If this was not so, Medicine would run the risk of being converted into an activity more alienating than healthy.

II. SANITARY ORGANISATION AND STRUCTURE

The medical-sanitary assistance occupies a strategic place in the wide front of fight for the collective health. We believe that it will not fulfil its assignment until the structures are centred once again on the nucleus and the following is achieved:

4. That the medical act be maximally efficient in diagnostic precision and in therapeutic results at a minimum cost, economically as well as in aggressivity.
5. That the medical act not only not block health but that it be shaped in the function of health, and that it offer the due information, on the level of the individual (the user) and the community.
6. That the medical act be placed in the centre of educational planning and investigation.

All this implies for the sanitary structures some determined objectives and concrete conditions:

A. Clinical assistance and investigation

7. Historically, there often existed a contradiction between clinical assistance and investigation. We state that, even if it is true that the scientific attitude can go —and at times has gone— against assistance, an honest assistential attitude cannot ever do without rigorous scientific criteria. The anti-scientific attitude is never admissible as argument in favour of better clinical attention.
8. In consequence: a) The doctor has to possess scientific competence and technique. b) The

estructuras sanitarias deben ofrecer los medios necesarios, lo cual implica a menudo un trabajo en equipo. c) Las tareas asistenciales tienen que estar reguladas por protocolos de trabajo sensatos y en revisión constante; y deben estar sometidas permanentemente a crítica. d) El usuario del sistema asistencial ha de verse reconocido como persona, y tiene derecho a que se le respeten su identidad, dignidad, intimidad, convicciones, sentimiento y limitaciones. Una vez informado correctamente, y sin perjuicio para terceros, tiene derecho a ser protagonista de su propia salud, o sea de su vida y muerte.

B. Investigación biológica

9. Proponemos una reorganización funcional de la Medicina Clínica y de las ciencias que hemos denominado paraclínicas, de tal modo que ninguna de ellas pierda su propia identidad, y por lo tanto, su eficacia.

10. Ello conlleva la colaboración habitual entre los expertos de ambos campos con dos objetivos: revisión de los protocolos de trabajo según la fiabilidad de la información que aporte cada técnica; y crítica de las entidades nosológicas desde el punto de vista de las causas, historia natural, fisiopatología y tratamiento. Tal crítica debe ser confrontada con las doctrinas e hipótesis de la biología general.

C. Investigación psico-sociológica

11. Proponemos una investigación a fondo del acto médico, a nivel de su incidencia en la salud, de su calidad científica y de su aspecto relacional, incluyendo la sociología de los sanitarios y de los usuarios, y sus respectivas motivaciones y gratificaciones.

12. Proponemos como segundo gran campo de investigación, el material que ofrece el acto médico y al que hemos aludido en el *punto 3.1.*

D. Docencia

13. La formación de los nuevos profesionales

sanitary structures should offer the necessary means, which frequently implies teamwork. c) The assistential tasks have to be regulated by sensible work protocols in constant revision; and should be permanently submitted to critique. d) The user of the assistential system has to feel recognised as a person, and has the right of respect of his identity, dignity, intimacy, convictions, sentiments and limitations. Once he is correctly informed, and without damage to third parties, he has the right to be the primary actor in questions of his health, this is to say his life and death.

B. Biological investigation

9. We propose a functional reorganisation of the Medical Clinic and of the sciences we have called paraclinical, in a way that none of them lose their own identity, and in consequence, its efficacy.

10. This means to bear with habitual collaboration between the experts of both fields with two objectives: revision of work protocols according to the reliability of the information which every technique contributes; and critique of the nosological entities from the point of view of causes, natural history, physiopathology and treatment. This critique should be confronted with doctrines and hypothesis of general biology.

C. Psycho-sociological investigation

11. We propose a fundamental investigation of the medical act, on the level of its incidence in health, its scientific quality and its relational aspects, including the sociology of the sanitary personnel and the users, and their respective motivations and gratifications.

12. We propose as a second large field of investigation, the material offered by the medical act and to which we referred in *point 3.1.*

D. Teaching

13. The training of new sanitary professionals

sanitarios no puede olvidar nunca: la globalidad del ser humano y su entorno humano y físico; y la metodología de la Medicina Clínica: partir del fenómeno para llegar a la doctrina.

14. La formación continuada exige: información actualizada y asequible; y verificación crítica, o sea que la actividad asistencial nunca quede desvinculada de la investigación.

E. Gestión

15. Es indispensable que en la gestión del sistema sanitario se cumplan dos condiciones que pueden plantear una dialéctica: participación de los profesionales asistenciales, de los demás expertos, y de la población asistida; y supresión del predominio de la burocracia, del predominio de la ideología de enfermedad sobre la ideología de salud y del predominio de las actitudes de mercado, sobre todo de mercado no informado.

III. SOCIOLOGIA MEDICA

16. Opinamos que la causa más importante de la ineficacia sanitaria, del consumismo y del estado de infantilismo crónico que dominan amplios sectores de la población es una falsa y trágica dialéctica entre, de un lado, el miedo a la enfermedad y a la muerte, y del otro, la confianza desmesurada en el poder de la «brillante» y ensimismada Medicina moderna.

17. En consecuencia, hay que conseguir que el ser humano de nuestro tiempo recupere su propia vida y su propia muerte. Hay también que proclamar con seriedad las enormes limitaciones de la Medicina.

A. Redefinición de la figura del médico

18. Para que el acto médico rinda en salud aceptablemente, el médico tiene que quedar redefinido con tres características fundamentales:

18.1. Como investigador científico de las enfermedades y de los resultados de su acción sobre las mismas. Para el *usuario* esto significa un diagnóstico y un tratamiento correctos

cannot ever forget: the globality of the human being and his human and physical context; and the methodology of Clinical Medicine: to start from the phenomenon to arrive at the doctrine.

14. Continuation education demands: up to date and accessible information; and verification of criteria, this is to say that the clinical activity can never become separated from investigation.

E. Management

15. It is indispensable that in the management of the sanitary system two conditions which can present a dialectic are complied with: participation of the clinical professionals, other experts and the population to be attended; elimination of the predomination of bureaucracy, or the predomination of the ideology of disease over the ideology of health, and the predomination of market attitudes, specially of a non-informed market.

III. MEDICAL SOCIOLOGY

16. We are of the opinion that the most important cause of the sanitary inefficiency, of consumerism and the state of chronic infantilism which dominate wide sectors of the population, is a false and tragic dialectic between, on one hand, the fear of illness and death and, on the other, the excessive confidence in the power of the «brilliant» and self-absorbed modern Medicine.

17. In consequence, we have to achieve that the human being of our times recuperate his own life and his own death. Also, the enormous limitations of Medicine have to be seriously proclaimed.

A. Redefinition of the figure of the doctor

18. So that the medical act can make health acceptable, the doctor has to be redefined with three fundamental characteristics:

18.1 As scientific investigator of diseases and of the results of his action addressed to them. For the *user* this means correct diagnosis and treatment, taking into account the totality of the human being and his medium. For the *sanitary*

teniendo en cuenta la totalidad del ser humano y su medio. Para el *sistema sanitario* esto significa la verificación de los conocimientos existentes y la colaboración en la investigación general.

18.2. Como informador, al *usuario*, del significado de la situación sanitaria donde se encuentra, y de las posibilidades de modificación existentes; al *sistema sanitario*, de las observaciones tanto de interés científico como con carga crítica para la sociedad y para el mismo sistema sanitario.

18.3. Como pedagogo, que ayuda al usuario: a establecer una relación positiva con su estado de salud-enfermedad, a reducir tanto como sea posible la situación de dependencia con el propio médico, y a cuidarse de sí mismo. Entendemos que tales tres actitudes forman parte de la salud personal del usuario.

B. Status del usuario

19. El usuario tiene derecho a la buena calidad del acto médico siempre que sea necesario y en igualdad de oportunidades. Por lo tanto, a que se cumplan los puntos que le afectan (y en concreto los 1, 2, 3, 4, 5, 8, 15, 17 y 18). En este sentido hacemos igualmente nuestras las resoluciones referentes a la información y a la muerte que adoptó (el 26 de enero de 1976, en Estrasburgo) la Comisión de Salud y Asuntos Sociales del Consejo de Europa, y que incluye una de nuestras aportaciones a la ponencia.

20. Finalmente, el usuario tiene derecho a no ser víctima de deformación ni de manipulación publicitaria, y tiene que tener acceso a una suficiente cultura sanitaria, fruto de una correcta información y formación escolar y postescolar. Solamente así estará en condiciones de participar con eficacia en la gestión sanitaria y en el debate y en la lucha por la salud personal y colectiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERNAL, J. D. et al.: *The Science of the Science* (Londres: 1964). Traducción en castellano: *La ciencia de la ciencia*, Barcelona: Grijalbo, 1968.

system this means verification of existing knowledge and collaboration in the general investigation.

18.2 As informant, to the *user*, about the meaning of the sanitary situation where he finds himself; to the *sanitary system*, about the observations of scientific interest as well as of critical charge for the society and for the very same sanitary system.

18.3 As a pedagogue, who helps the user: establish a positive relationship with his state of health-illness, reduce as much as possible the situation of dependency with his own doctor, and learn to take care of himself. We understand that these three attitudes form part of the personal health of the user.

B. Status of the user

19. The user has the right of a good quality medical act whenever necessary and in terms of equal opportunity. Consequently, that the points which affect him (concretely 1, 2, 3, 4, 5, 15, 17, and 18) be complied with. In this sense we make equally ours the resolution in reference to information and to death adopted (the 26th of January 1976, in Strasbourg) The Committee of Health and Social Affairs of the Council of Europe, which includes one of our contributions to the Report.

20. Finally, the user has the right not to be victim of commercial deformation nor manipulation, and has to have access to a sufficient sanitary culture, fruit of a correct information and school and post-school education. Only in this way he will be in condition to participate efficiently in the sanitary management and in the debate and the fight for personal and collective health.

BIBLIOGRAPHICAL REFERENCES

BERNAL, J. D. et al: *The Science of the Science* (London: 1964)

<p>BUNGE, M.: <i>Scientific Research Strategy and Philosophy</i> (Nueva York, 1967). Traducción en castellano: <i>La investigación científica, su estrategia y su filosofía</i> (Barcelona: Ariel, 1969).</p> <p>GEYMONANT, L.: <i>Filosofia e filosofia della scienza</i> (Milán). Traducción en castellano: <i>Filosofía y filosofía de la ciencia</i> (Barcelona: Labor, 1966).</p> <p>HARRE, R.: <i>An Introduction to the Logic of the Sciences</i> (Londres, 1960). Traducción en castellano: <i>Introducción a la lógica de las ciencias</i> (Barcelona: Labor, 1967).</p> <p>KOURGANOFF, V.: <i>La recherche scientifique</i> (Paris, 1965).</p> <p><i>Papers: Revista de Sociología</i>, 5 (1976). Número dedicado al tema de «Sociología y Medicina».</p>	<p>BUNGE, M.: <i>Scientific Research Strategy and Philosophy</i> (New York: 1967)</p> <p>GEYMONANT, L.: <i>Filosofia e filosofia della scienza</i> (Milan)</p> <p>HARRE, R.: <i>An Introduction to the Logic of the Sciences</i> (London: 1960)</p> <p>KOURGANOFF, V.: <i>La recherche scientifique</i> (Paris: 1965)</p> <p><i>Papers: Revista de Sociología</i>, 5 (1976) Number dedicated to the subject of «Sociology and Medicine»</p>
---	---

i Se hace aquí referencia a la parte conceptual de la ponencia cuyas conclusiones incluye este libro (N.E.).

ii Referencia a la «segunda mesa» del citado X.º Congreso de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpignán, septiembre 1976).

iii Inquiry, Suplemento núm. 2 de] vol. XII (1975). Publicado por la BlueCross Association. Contiene una serie de artículos que comparan sistemas de salud: es una aportación del VIII Congreso Mundial de Sociología (Toronto, 1974).

iv En nuestro quehacer, entendemos por ideología cualquier sistema de valores particulares o colectivos en función de entender al ser humano y al universo.

v Jesús M. de Miguel, en el suplemento citado en la nota 1, págs. 10-25. destaca que mucho más importante que los propios datos es el hecho de saber quién los utiliza y cómo los utiliza.

vi «Organization Study Methods of Promoting the Development of Basic Health Services». Anexo II a la O. R. Of the WHO, 206 (1973): 110. Comenta que la conexión entre los servicios de salud y la estructura sociopolítica de un país es tan íntima como para hacer imposible un cambio exclusivamente de los primeros.

vii La adquisición de conciencia, por parte de los médicos, del papel que juegan dentro de las estructuras sociales, políticas y económicas forzaría un cambio de las propias estructuras sanitarias y de la propia institución médica. Una crítica del sistema general resulta estéril si no va acompañada de la autocrítica del sistema sanitario y de sus miembros.

viii R. Dubos. El hombre y su ambiente: El conocimiento biomédico y la acción social (Washington: Organización Panamericana de Salud, 1966), pág. 11.

ix T. McKeown, *Medical History and Medical Care* (Londres: Oxford University Press, 1974), comenta que (puesto que hasta el siglo XX la medicina no contaba con terapéuticas eficaces) la mejora de la salud ocurrida antes ha de ser buscada en otra parte.

x J. D. Bernal, *Science in History* (Londres: 1964). Traducción catalana en *Historia social de la cultura* (Barcelona: Edicions 62, 1967), 11, pág. 180.

xi Por ejemplo, cuando para identificar un dolor como anginoso se interesa no sólo por sus características descriptivas, sino también por los desencadenamientos explicativos.

xii Rodney M. Coe, -Teaching Behavioral Sciences in Schools of Medicine: Observations on Some Latin-American Schools-, *Social Science and Medicine*, 9 (1975): 221-224.

xiii E. Freidson, *Professional Dominance: The Social-Structure of Medical Care* (Nueva York: Atherton Press. 1970).

xiv J. Campos. en *Social Science and Medicine*, 7 (1973): 959-966.

xv J. Gol, «Alguns aspectes ètics de la relació metge-malah», *Questions de la vida cristiana i Montserrat*, 1974).

xvi T. MeKeowii, *Medical History*,.... op. cit., en la nota 5 (pàg. 4).

xvii Véase, a propósito de este aspecto (no cuantificado todavía) de la actividad médica, J. Alsina i Bofill: «L'art de curar», *Annals de Medicina*, vol. 62, 6 (1976): 640-653.

xviii Conclusiones comunes de la monografía «Caracteristiques qualitatives de l'activitat mèdica» (Características cualitativas de la actividad médica), por Joan Campos, Jordi Gol, y J. Jesús Moll, y de la monografía «El dret del pacient a la informació i a disposar d'ell mateix» (El derecho del paciente a la información y a disponer de sí mismo), por Francese Abel, S.L., ginecòlogoobstetra. Estas dos monografías forman parte de la segunda ponencia «La función social de la Medicina» del Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana, editada por la Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears (Barcelona, 1976). Las conclusiones aparecerán en las actas del Congrés, de próxima edición.