

# Models sanitaris occidentals i orientals

Xavier Allué Martínez

PID\_00206186



# Índex

<b>Introducció</b> .....	5
<b>1. El model biomèdic hegemònic</b> .....	7
<b>2. Les bases de la biomedicina</b> .....	8
2.1. Bases històriques de la biomedicina .....	8
2.2. Bases científiques de la biomedicina .....	10
2.3. Bases tècniques de la biomedicina .....	11
2.4. Bases professionals de la biomedicina .....	12
2.5. Bases socioeconòmiques de la biomedicina .....	13
2.6. Bases culturals de la biomedicina .....	15
<b>3. La pràctica assistencial en biomedicina</b> .....	17
3.1. Espais .....	17
3.2. Temps .....	20
<b>4. De la medicina individualitzada a la medicina col·lectiva.</b> <b>La salut pública</b> .....	24
4.1. La transició epidemiològica .....	26
4.2. Les migracions .....	27
<b>5. Els àmbits assistencials en el model hegemònic</b> .....	29
5.1. Atenció primària .....	29
5.2. Atenció especialitzada .....	30
5.3. Atenció hospitalària .....	31
5.4. Atenció sociosanitària .....	32
<b>6. Les anomenades <i>medicines alternatives</i> (MAC, <i>medicines alternatives i complementàries</i>)</b> .....	33
6.1. Medicina ayurvèdica .....	35
6.2. Medicina tradicional xinesa .....	37
6.2.1. El diagnòstic .....	38
6.2.2. Teràpies .....	38
6.2.3. Complementarietat i coexistència de la medicina tradicional xinesa i la medicina occidental .....	39
6.3. Osteopatia i medicina osteopàtica .....	39
6.4. L'homeopatia .....	40
6.5. La medicina <i>integrativa</i> .....	41
<b>7. L'autoatenció (de la legítima a la marginada)</b> .....	43

---

<b>8. La farmàcia</b> .....	45
<b>9. Medicina pública i medicina privada</b> .....	47
9.1. El model sanitari dels Estats Units .....	49
9.2. El model sanitari català .....	54
<b>Resum</b> .....	57
<b>Bibliografia</b> .....	59

## Introducció

L'atenció a la salut o l'atenció sanitària o, si es vol reduir a la realitat, l'atenció a la malaltia, s'organitza de manera diversa en la societat occidental.

En aquest apartat presentem els models assistencials que estan vigents actualment, amb una referència especial als més propers, des dels punts de vista conceptual i antropològic. I, d'alguna manera, social. També es descriuen els diversos models de finançament de l'atenció sanitària occidentals, i es comenta la relació econòmica que els models assistencials comporten, atesa la tirania habitual que exerceix l'economia –la ciència social més popular– sobre la resta.

L'elecció del terme *model*, que és el més comú, no comporta que mai no serveixi perquè algú o altre el pugui imitar o reproduir. Igualment, es podria utilitzar el terme *sistema*, si se'n considera la implantació amb el suport dels poders públics, els estats. Des d'un punt de vista del coneixement del funcionament i la gestió de l'atenció sanitària, probablement seria més intel·ligible estudiar els diferents "sistemes", dels diversos països, dels diferents continents o, més ben dit, dels diferents "mons" (Primer Món, països en via de desenvolupament, Tercer Món i fins i tot l'elusiú "Quart Món") que, des dels punts de vista geopolític, econòmic i, també, social, és com es divideix el planeta.

### Model

D'una manera general, la paraula *model*, en la cinquena accepció del *Diccionario de la lengua española* de la Reial Acadèmia Espanyola (DRAE), s'entén com l'"Esquema teòric, generalmente en forma matemática, de un sistema o una realidad compleja que se elabora para facilitar su comprensión y el estudio de su comportamiento".

DRAE (1992). Madrid: Espasa (pàg. 1385).

No ens sembla possible reduir a una fórmula matemàtica, com indica el DRAE, un sistema complex com ho és l'assistencial, encara que segurament és un repte que ens agradaria afrontar. Però sí que, en comptes d'incloure'l en una fórmula, podem intentar fer-ho en un eix de vectors, com en la física, amb l'esquema dissenyat per E. Menéndez de:

**Salut—>Malaltia—>Atenció**

com una seqüència d'esdeveniments. L'esquema també s'ha escrit de la manera següent:

**Salut—>Malaltia—>Assistència**

### Referència bibliogràfica

E. L. Menéndez (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la antropología médica". A: F. J. Mercado i altres (comp.). *Familia, salud y sociedad* (pàg. 130-162). Mèxic: Universidad de Guadalajara.

potser per a indicar l'aspecte del compromís professional, quan hi és, entenent que l'atenció pot ser proporcionada per qualsevol, fins i tot per un mateix en forma d'**autoatenció**, mentre que l'assistència correspon a professionals assistencials.

Sobre aquest esquema, potser el que es construeix no són tant models –model de salut, model de malaltia, model d'assistència– sinó "maneres" o, si es vol, "formes": l'aspecte, el contorn, el context i fins i tot el text de la concepció de la salut, la de la malaltia i, si es pot, la de la seva atenció.

És clar que hi pot haver concepcions de salut i malaltia comunes que després reconeguin sistemes diferents d'afrontar i d'organitzar l'atenció.

Ens atrevim a dir que, encara que diferents models puguin estar més o menys d'acord en el concepte de *salut*, generalment difereixen en la concepció de la malaltia i, sobretot, en la concepció de l'organització assistencial.

A "Els orígens i la necessitat natural de l'ésser humà de conèixer-se a si mateix i de cuidar-se a si mateix", ja hem enunciat les definicions de *salut* habituals, començant per la de l'Organització Mundial de la Salut (OMS-WHO), segons la qual:

"la salut és el benestar físic, mental i social".

Si això és així, la malaltia o les malalties són, al seu torn, físiques, mentals i socials, i els recursos assistencials i l'atenció han de comprendre igualment els aspectes físics, mentals i socials del tractament.

Malgrat els esforços d'un ens plurinacional com és l'OMS per introduir aquesta visió més àmplia de la salut, la proporció amb què s'afronten cadascun d'aquests aspectes no és igual. Es dediquen esforços i recursos molt grans per a l'atenció a la salut física, molts menys a la salut mental, que continua essent un problema difícil de comprendre –per a tothom, menys per als bojos i els psiquiatres– i els esforços que es dediquen a la salut social són difícils de quantificar, avaluar i considerar. Aquesta disparitat reconeix causes múltiples que tractarem d'exposar al llarg del discurs.

## 1. El model biomèdic hegemònic

Per raons òbvies, tractem en primer lloc el que representa la biomedicina en la concepció de la salut, la malaltia i la seva atenció.

Els orígens del model biomèdic es remunten als mateixos orígens de la humanitat. Les cultures més antigues ens han deixat registres del que han representat les malalties, com a alteracions greus i en general inesperades i indesitjades del benestar, per als pobles i les persones.

La malaltia és coneguda i descrita en els textos més antics, des de la Bíblia fins al Veda hindú, i la descripció de remeis s'acompanya de la dels professionals que practiquen l'art de guarir. Tanmateix, els hipocràtics són els que defineixen més bé i més clarament els metges i les malalties, i les qualitats i els comportaments que han de tenir.

Les fites de la història de la medicina poden saltar de la hipocràtica a la medicina galènica grecoromana, fins al Renaixement, i la divulgació del coneixement que al Segle de les Llums dóna pas a una visió científica de la medicina, fins que, al segle XIX, els grans avenços reordenen els coneixements i la medicina esdevé realment una ciència en el sentit que l'experimentació permet que aquests coneixements es fonamentin en una evidència sòlida.

Ara bé, com es veurà, el que de debò dóna prestigi i caràcter hegemònic a la biomedicina, més que l'evidència científica, és l'**eficàcia**. Si es troben explicacions concretes a les causes i els mecanismes de les malalties, basant-se en els coneixements del funcionament de l'organisme humà, la fisiologia, és possible aplicar el mètode científic als recursos terapèutics i obtenir la volguda eficàcia. D'una manera gradual, les malalties es guareixen, les ferides es reparen, les epidèmies es prevenen amb eficàcia en temps real, a la vista de tothom i fins i tot sense seqüeles o efectes secundaris.

Els èxits de la medicina de què s'ha fet publicitat són exemples d'aquesta eficàcia que s'anuncia als quatre vents per a la satisfacció de tothom, però, sobretot, per a mantenir el prestigi de les ciències biomèdiques i, amb això, la continuïtat en l'assignació de recursos tant per a l'assistència com per a la recerca.

Per a això, ha estat necessària la conjunció d'un seguit de fenòmens i esforços.

## 2. Les bases de la biomedicina

- **Històriques.** Els orígens i les arrels.
- **Científiques.** Les teories cel·lulars, la fisiologia, l'anatomia, la microanatomia, l'anatomia funcional...
- **Tècniques.** La tecnologia en el diagnòstic, la tecnologia terapèutica, la cirurgia, l'anestèsia, la farmacologia...
- **Professionals.** La professionalització dels metges i dels infermers, l'ordenació de l'ensenyament de la medicina...
- **Socioeconòmiques.** Les millores en la qualitat de vida, el finançament públic de l'assistència, etc.
- **Culturals.** Modificacions de les conductes, millores del coneixement de les persones, la informació...

### 2.1. Bases històriques de la biomedicina

La biomedicina, que també és la medicina occidental, naturalment reivindica els seus orígens com els de la mateixa cultura occidental, grega i romana, que sense dubte va modular el pensament dels que es dedicaven a l'atenció als malalts.

Els metges hipocràtics defineixen la medicina com una *tècnica*, i alhora com una *ciència*, encara que la transliteració del grec *techné* també significa 'ofici' o 'pràctica professional'. Això no és ociós, ja que des d'aquests temps remots, a més de la seva ciència, els metges occidentals han estat sempre molt acurats a defensar l'ofici, la professió i, amb això, l'estatus social.

Les experiències, els coneixements i les doctrines s'han transmès de generació en generació i s'hi han incorporat nous conceptes i avenços al llarg dels segles d'una manera continuada.

La medicina occidental recull i legitima com a propi el coneixement dels hipocràtics i les aportacions de Galè i les dels metges musulmans d'Al-Andalus, àrabs o jueus com Averroes, Avicena i Maimònides. I més tard, totes les aportacions dels metges del Renaixement, Vesalio, Paracels, Harvey i Servet.

No obstant això, el veritable salt en el progrés del coneixement es produeix amb el desenvolupament de les altres ciències que s'esdevé amb la Il·lustració, el segle de les llums, i que es consolida amb el desenvolupament de les ciències experimentals al llarg del segle XIX. La demostració científica, és a dir, real i reproducible, del funcionament de l'organisme humà i, amb això, l'explicació



de les seves alteracions, les malalties i, en alguns casos, del seu tractament, aporta l'eficàcia a una pràctica fins aleshores massa i lamentablement dependent d'atzars que sovint la feien inútil.

Els metges de l'antiguitat van pagar amargament, de vegades fins i tot amb la vida, la seva dedicació a un ministeri ple d'incerteses. La història és plena d'exemples de metges que van patir càstigs, exilis o mort en morir un pròcer, un monarca o un governant, defunció que no es va poder evitar. Així i tot, van mantenir un prestigi notable que l'eficàcia de la ciència moderna ha consolidat. El respecte a aquestes memòries de dedicació i fracassos en pot legitimar l'hegemonia actual.

Resumint els temps més recents, el desenvolupament científic de la medicina en els últims cent cinquanta anys es pot reduir, per a aquest text, en una línia de dates i esdeveniments:

Cent cinquanta anys d'història de la medicina. Una selecció aleatòria d'avenços

Any	Avenç
1857	Louis Pasteur identifica els bacteris com a causants de malalties.
1867	Joseph Lister desenvolupa l'ús de l'antisèpsia en cirurgia.
1879	Es desenvolupa la primera vacuna contra el còlera.
1882	Koch descobreix el bacil tuberculós.
1886	Florence Nightingale crea la primera unitat d'infermeria.
1889	William Osler, de l'Hospital i Universitat Johns Hopkins, estableix un programa de visites domiciliàries realitzades per estudiants de medicina per a estudiar els aspectes socials dels pacients.
1890	Emil Von Behring descobreix les antitoxines de les vacunes del tètanus i la diftèria.
1895	Wilhelm Conrad Roentgen descobreix els raigs X.
1899	Felix Hoffman desenvolupa l'aspirina.
1899	Sigmund Freud publica <i>La interpretació dels somnis</i> .
1901	Karl Landsteiner introdueix els grups sanguinis A, B, AB i O.
1903	Richard C. Cabot impulsa i engega el primer servei social sanitari, inspirat en el programa de Charles P. Emerson, alumne de William Osler.
1913	Paul White és pioner en l'ús de l'electrocardiògraf.
1917	Mary E. Richmond publica <i>Social Diagnosis</i> , el llibre que professionalitzaria l'ajuda filantròpica.
1921	Edward Mellanby relaciona la vitamina D amb el raquitisme.
1922	Banting i Best comencen a utilitzar la insulina per a tractar diabètics.
1924	Calmette i Guérin introdueixen la vacuna BCG per a la tuberculosi.
1926	Es descobreix la vacuna de la tos ferina.

Any	Avenç
1928	Alexander Fleming descobreix la penicil·lina.
1935	Percy Julian utilitza els corticosteroides per a tractar l'artritis reumatoide.
1937	El primer banc de sang s'instal·la a Chicago.
1942	Karl T. Dussik publica el primer article sobre l'ús d'ultrasons i les ecografies.
1945	Es desenvolupa la primera vacuna contra la grip.
1951	Miramontes i Rosenkranz descriuen els anovulatoris hormonals.
1952	Paul Zoll desenvolupa el primer marcapassos cardíac.
1953	James Watson i Francis Crick descriuen l'estructura de l'ADN.
1954	Joseph E. Murray duu a terme el primer trasplantament de ronyó.
1955	Jonas Salk desenvolupa la vacuna contra la poliomielitis.
1963	Thomas Fogarty inventa el catèter de baló per a l'embolectomia.
1964	Es desenvolupa la primera vacuna contra el xarampió.
1967	Christiaan Barnard realitza el primer trasplantament cardíac.
1970	Es desenvolupa la primera vacuna contra la rubèola.
1971	Montserrat Colomer presenta a Espanya el mètode bàsic de treball social aplicat a una clínica de salut mental.
1975	Robert S. Ledley inventa l'escàner TAC.
1978	Primer bebè proveta.
1979	Eradicació mundial de la verola / primers casos de sida.
1981	Es desenvolupa la primera vacuna contra el virus de l'hepatitis B.
1984	Alec Jeffreys dissenya un mètode d'identificació per l'ADN.
1993	Es descriu la causa bacteriana de l'úlcer a pèptica ( <i>H. Pylori</i> ).
1996	Clonació de l'ovella Dolly.
2001	Descripció del genoma humà.
2006	S'obté la primera vacuna contra una forma de càncer.

Basat en: <http://www.history-timelines.org.uk/events-timelines/10-history-of-medicine-timeline.htm>

## 2.2. Bases científiques de la biomedicina

El progrés de les ciències ha trobat en l'àmbit de la medicina un acolliment constant. Gradualment, la pràctica assistencial i el coneixement abandonen l'empirisme per trobar les respostes en proves científiques.

## Evidència

En biomedicina, s'ha introduït l'anglicisme *evidència*, traducció literal d'*evidence*, que significa 'prova' o 'fets provats'. En català, *evidència* té un origen etimològic llatí, *e-videre*, 'que es veu'. El que és evident no necessita ser "provat".

A partir del moment en què els anatomistes renaixentistes es van alliberar del tabú contra la dissecció dels cossos, es comença a conèixer l'estructura real de l'organisme humà. I és a partir d'aquí que s'indaga la funció de cada òrgan.

Tanmateix, descobriments del segle XIX, amb l'ajuda d'instruments com el microscopi són els que permeten elaborar les teories més sòlides de l'origen i l'evolució de les malalties. D'una banda, els estudis cel·lulars van permetre a Von Virchow iniciar la visió cel·lular de la patologia i, de l'altra, el desenvolupament de la bacteriologia, amb Pasteur, va començar a donar sentit a les pitjors plagues de la humanitat: les malalties infeccioses. Cent trenta anys més tard, aquestes idees encara guien el discurs biomèdic.

Després ha estat el desenvolupament de la recerca, i també la seva regulació, el que ha anat incorporant coneixements, metodologia diagnòstica i recursos terapèutics eficaços.

És difícil assenyalar fites precises o descobriments crucials en el desenvolupament de la medicina moderna, perquè es tracta d'un *continuum* d'invents, dissenys, projectes i resultats que es van encadenant els uns amb els altres. Però els caracteritza el mètode científic: prova-error-reproductibilitat. Teoria-hipòtesi-experimentació-evidència-resultats. I que sigui contrastat en una revisió per altres científics, per iguals (*peer review*).

L'encadenament dels descobriments proporciona un creixement exponencial en el coneixement i la seva aplicació. D'una manera molt breu:

- Les mesures higièniques i la sanitat van espantar les epidèmies.
- L'anestèsia va facilitar el desenvolupament de la tècnica quirúrgica.
- Els raigs X, el diagnòstic per imatge del que està amagat sota la pell.
- La química va permetre el desenvolupament de la farmacologia.
- La microbiologia va portar a l'aparició dels antibiòtics.
- La genètica permetrà la modificació de les tares genètiques i la personalització dels tractaments.

I cada nou invent va proporcionar noves oportunitats, en combinació amb d'altres, per actuar amb eficàcia sobre les malalties.

### 2.3. Bases tècniques de la biomedicina

La medicina occidental en els últims cent cinquanta anys ha establert una metodologia d'aproximació a la salut i a la malaltia i la seva atenció que, basant-se en els coneixements que s'incorporen d'una manera gradual al bagatge dels professionals, aporta estabilitat i consistència a la pràctica assistencial. En

la formació dels metges, es van introduint sabers que són eminentment tècnics, de procediment. Alguns estan molt mecanitzats, com ara les tècniques diagnòstiques d'imatge o de laboratori o les quirúrgiques o, també, la digitalització dels registres i les històries dels pacients, que permet l'accés des de qual-sevol àmbit del sistema assistencial.

El mètode inclou també l'aproximació al malalt. Està consolidat el procediment de recollida de dades sistematitzada, la seva ordenació, l'elaboració d'una conclusió definidora de les dades (el diagnòstic) i la construcció d'un pla de resolució (el tractament).

### **Mètode clínic d'estudi d'una malaltia**

Els procediments del mètode clínic d'estudi d'una malaltia són els següents:

- Definició
- Etiologia
- Forma microanatòmica
- Patogènia
- Manifestacions clíniques
- Ajudes diagnòstiques
- Diagnòstic
- Diagnòstic diferencial
- Tractament
- Complicacions
- Pronòstic o resultats
- Prevenció o Profilaxi

### **Mètode clínic d'estudi d'un malalt**

Els procediments del mètode clínic d'estudi d'un malalt són els següents:

- Motiu de la consulta
- Anamnesi
- Exploració clínica
- Exàmens complementaris
- Diagnòstic
- Pronòstic
- Tractament
- Mesures preventives

Els procediments se solen establir d'una manera ordenada i protocol·lària; és a dir, estan escrits i es promou l'adhesió a aquests protocols.

Les tècniques quirúrgiques són molt precises pel que fa a la descripció i la seqüència de passos; es deixa el mínim a la improvisació i s'incorporen les millores contrastades quan es produeixen. I tot això amb vista a l'eficàcia.

## **2.4. Bases professionals de la biomedicina**

Com s'ha dit més amunt, els hipocràtics van promoure la professionalització dels metges. Al llarg dels segles, s'han conegut diverses formes d'organització professional destinades a evitar l'intrusisme i a defensar els drets socials, econòmics i pròpiament professionals dels metges (col·legis, gremis, societats, acadèmies, germandats, *guilds* o agrupacions diverses), alhora incloents d'uns i excloents dels altres.

Les escoles de medicina són conegudes des de l'antiguitat; tanmateix, és al llarg del segle XIX que es desenvolupen, d'una banda, les escoles o facultats de medicina a fi de formalitzar l'aprenentatge dins les estructures de les universitats i amb l'objectiu d'expedir una titulació que fonamenti aquest aprenentatge; i de l'altra, els col·legis professionals que vetllen per l'exercici de la professió certificada per les escoles de medicina reconegudes.

Les escoles regulen el coneixement i els col·legis professionals, l'exercici i la pràctica assistencial. Tant les unes com els altres tenen el reconeixement dels poders públics i entren a formar part de l'estructura de l'Estat modern.

Compreses en el complex de les "ciències de la salut", la formació acadèmica reuneix escoles de les diverses professions implicades en la biomedicina: la medicina, la infermeria, la farmàcia, la dietètica, la fisioteràpia, l'odontologia, i les diverses especialitats. Al seu torn, cadascuna disposa, si més no en una gran part dels països occidentals, d'un col·legi o associació professional que en regula l'exercici.

Al mateix temps, els estats, en compromís amb els ciutadans i per a desenvolupar mecanismes de protecció de les persones, estableixen dues grans línies d'actuació:

- L'ordenació dels recursos de la salut comunitària: la **sanitat o salut pública**.
- El desenvolupament de sistemes de cobertura econòmica enfront de l'infortuni dels accidents o les malalties: la **seguretat social**.

El desenvolupament d'aquests mecanismes estatals va generar al seu torn l'aparició de professionals per a dedicar-se a aquestes matèries: epidemiòlegs, salubristes, funcionaris i tècnics que majoritàriament partien de les files dels mateixos metges i que es van incorporar al conglomerat de la biomedicina. I també altres professions i coneixements acadèmics procedents de les ciències socials, en algunes de les seves formes aplicades, s'adhereixen al sistema assistencial de la biomedicina. Com el treball social i la psicologia clínica. I, també, l'enginyeria aplicada, la biologia i la bioquímica.

## **2.5. Bases socioeconòmiques de la biomedicina**

Si la professió de metge és la segona més antiga de la humanitat és perquè, per dur-ne a terme la pràctica, sempre s'ha requerit una compensació econòmica, en efectiu o en espècie. Sempre s'ha hagut de pagar per l'assistència mèdica. Això no evita que, moltes vegades, l'exercici es fes d'una manera caritativa o benèfica. Però això era privilegi del professional. En l'exercici de la medicina, sempre hi ha una transacció econòmica, encara que les formes de compensació siguin diverses.

La relació unipersonal del metge amb el malalt fa d'aquesta transacció un intercanvi d'interessos comuns. Però, com que la malaltia constitueix un aspecte de l'infortuni, d'antic s'han ideat fórmules perquè la càrrega de la malaltia no sigui encara més pesada pel cost econòmic. A fi de repartir aquestes càrregues, s'ideen sistemes de socors mutu que són tan antics com les mateixes societats.

A l'efecte de registre històric, la primera evidència de l'adopció d'una responsabilitat pública per la malaltia de la gent data del 1212, quan el consell municipal de Castelló d'Empúries, a l'Alt Empordà, va contractar dos metges perquè es fessin càrrec de l'assistència als malalts del poble.

El desenvolupament de la medicina moderna és simultani al desenvolupament del capitalisme. *El Capital* es publica el mateix any, el 1867, en què John Lister estableix les bases de l'antisèpsia en cirurgia, de ple en el que va ser la revolució industrial. Les oportunitats de desenvolupament industrial apareixen de pressa i el desenvolupament assolit per les anomenades *ciències mèdiques* deixa un marge ampli per als negocis.

Des d'aleshores fins al desenvolupament impressionant de la biotecnologia en els últims cinquanta anys, amb tota la mà d'obra que ocupa i els capitals que mou en l'àmbit planetari, converteix el sector econòmic dedicat a la salut en un conglomerat enorme d'activitats i interessos la representació econòmica dels quals pot superar un terç del producte nacional brut de tot el planeta.

### **Despesa sanitària**

Se sol xifrar la despesa sanitària en valors al voltant del deu per cent dels països industrialitzats, però això es refereix a la despesa assistencial. A més a més, una part molt gran de la partida industrial es relaciona directament amb la salut; des de la producció agroalimentària fins als dissenys de seguretat per a prevenir accidents. I encara més si s'hi inclou el lleure com una necessitat per al manteniment de la salut que abraça tot el sector turístic, etc.

L'imperi del mercat també té representació en l'atenció a la salut. La malaltia genera una **demanda** de serveis a la qual es dona resposta amb una **oferta** concreta. Les lleis del mercat també es compleixen i, en l'àmbit de la salut, és evident que hi ha grans oportunitats de negoci. La demanda assistencial genera una resposta en termes de serveis i productes. I la gestió d'aquests serveis i la manufactura d'aquests productes representen un volum de negoci enorme d'àmbit mundial.

Les empreses que mouen més capitals són les de gestió de serveis en forma de companyies d'assegurances que gestionen, no solament el capital, sinó també la provisió dels serveis. A l'Amèrica del Nord, paradís de l'economia capitalista on l'oferta de serveis públics és molt reduïda, les empreses de gestió de salut (*health management organizations*, HMO) es troben entre les empreses capdavanteres en el rànquing de les grans empreses. A Europa, on el sector públic és el principal gestor dels recursos, la importància de les empreses de gestió de salut no té tant volum, per bé que en alguns països, i concretament a Catalunya, han proliferat les empreses de caràcter semipúblic (és a dir, titularitat pú-

blica i gestió privada) que actuen com a proveïdors de serveis al gestor públic, que comparteixen espai amb companyies d'assegurances mèdiques conegudes com a *mútues*.

Les diferències més importants que es poden trobar entre els sistemes o models sanitaris tenen més a veure amb les diferències en el finançament i la provisió de l'assistència que amb les actuacions dels professionals sanitaris. Les diferències "socials" són, en realitat, diferències econòmiques.

## 2.6. Bases culturals de la biomedicina

En aquest començament del segle XXI, es pot afirmar que el complex de la biomedicina constitueix una realitat cultural, més enllà de la seva constitució específica com a sistema.

En algun lloc hem definit la cultura com el que reconeix una **història**, uns **coneixements**, un **llenguatge** i unes **experiències** comunes.

Probablement, a més a més s'hi poden incloure altres aspectes com les creences, les normes, els valors, o també l'ètnia, l'origen, l'orientació sexual, una discapacitat o altres característiques definides i autoatribuïdes pel mateix subjecte o grup. És innegable que la biomedicina reconeix una història i uns coneixements –derivats d'una metodologia científica– com hem exposat anteriorment.

El llenguatge biomèdic dóna per a parlar bastant. Fins i tot l'idioma. De fet, amb prou feines ara s'està deixant el llatí com a llengua vehicular dels coneixements mèdics; els metges han exercit en llatí en tot el món occidental fins fa ben poc i, fins i tot en el món anglosaxó, tan gelós del seu idioma, tota la nomenclatura anatòmica encara s'estudia i es descriu en aquesta llengua.

Així mateix, tot el vocabulari mèdic té arrels gregues i llatines. L'ús i abús dels prefixos i els sufixos grecs són la manera habitual de modular o adjectivar la realitat dels substantius, molts al seu torn també en la versió transliteral a partir del grec o del llatí, fins que s'han anat incorporant als idiomes moderns.

A partir de la segona meitat del segle XX, la gran influència de la ciència originada en els països anglòfons, especialment dels Estats Units i, en els tres últims lustres, amb l'arribada d'Internet, el llenguatge biomèdic s'ha omplert de terminologia en **anglès**, que ha esdevingut la nova *lingua franca* per a la medicina occidental. Avui dia, difícilment es pot participar del coneixement en medicina si no es té un cert domini de l'anglès.

Cal afegir que els metges han arribat a veritables límits en l'excel·lència per a anomenar fenòmens, situacions o realitats. Cada dia s'introdueixen nous termes per a expressar nous fenòmens i afegir precisió a altres de ja coneguts. I també s'afina en la selecció d'eufemismes d'una manera notable, en part per

### Grey's Anatomy

La referència bé pot ser l'*Anatomia de Grey*, *Grey's Anatomy*, el tractat les trenta-set edicions del qual es publiquen des del 1858 (no la sèrie televisiva d'ABC-Canal Cuatro).

### Incorporació als idiomes moderns

N'és un exemple el *Gran diccionari de la llengua catalana* d'Enciclopèdia Catalana, que va recollir moltes entrades del magnífic *Diccionari enciclopèdic de medicina*.

a ocultar el caràcter ominós de moltes paraules i suavitzar-les, encara que, en altres casos, només serveix per a enfosquir el llenguatge i conservar de manera espúria el misteri de la ciència. A això acompanya un extraordinari ús i abús dels acrònims i les sigles que, fins i tot per als professionals, sovint requereix l'ús de diccionaris i glossaris de termes. L'aprenentatge de tot aquest vocabulari és una part important del programa de formació dels professionals.

### **Eufemismes (cultismes) comuns**

Entre els eufemismes més comuns trobem els següents:

- **Neoplàsia** per *càncer*.
- **Accident vascular cerebral** per *apoplexia*.
- **Algia** (com a sufix) per *dolor*: neuràlgia, coxàlgia, lumbàlgia, etc.
- **Exitus** (*exitus letalis*) per *mort*.
- **MTS** (malalties de transmissió sexual) com moltes altres sigles i acrònims per a evitar dir-ho amb totes les lletres.
- **Brot** per *crisi nerviosa*.

Tanmateix, les experiències comunes són el que més ha contribuït a uniformitzar i cohesionar els metges occidentals. El període de formació acadèmica és semblant en gairebé tots els països, la pràctica assistencial fa servir uns mètodes idèntics i es procura que els resultats siguin reproduïbles. Un metge occidental pot practicar una reanimació cardiorespiratòria, l'exercici més dramàtic que es practica ja que hi ha en joc una vida humana, seguint una mateixa seqüència de gestos, independentment del lloc on sigui i del lloc on s'hagi format.

Amb el pes històric dels compromisos de grup que es remunten als hipocràtics, hi ha poques altres professions que continguin tants elements de cultura pròpia.

A més a més, la cultura biomèdica impregna tots els àmbits de la societat. La crisi econòmica porta els bancs "a l'UCI", l'evolució dels mercats "té un electroencefalograma pla", els partits de tennis són "d'infart", el trànsit es "col·lapsa" i el tema que predomina en les notícies durant un mes és la "pastilla de l'endemà", un compost hormonal anticonceptiu.

La medicalització de la societat és criticada com una forma de dependència social per una cultura que prové d'un complex mèdic, acadèmic i industrial que s'estén per tots els àmbits sota el paraigua benèfic de la SALUT amb majúscules. Però és que la salut és l'única cosa que importa i la biomedicina és el que la garanteix.



### 3. La pràctica assistencial en biomedicina

L'atenció als malalts segueix uns patrons similars en tots els països i comunitats malgrat les diferències culturals i socioeconòmiques.

La persona malalta, qui demana atenció, es defineix habitualment com a *malalt* o *pacient*, encara que alguns sistemes més moderns refusen l'ús d'aquesta terminologia i es refereixen a "usuaris" o "clients", ja que hi ha persones que necessiten els serveis de salut encara que no se sentin "malaltes".

#### **El terme *pacient***

Aquest autor, professional de la medicina, normalment utilitza el terme *pacient*, potser perquè és el mateix que s'emptra en la bibliografia mèdica en anglès, i aprofita per a explicar en cada ocasió que escau que són pacients no pel que *pateixen*, que és l'origen etimològic del terme, sinó per la paciència que han de tenir quan entren en contacte amb els serveis assistencials sanitaris.

#### **3.1. Espais**

La pràctica assistencial es duu a terme en uns espais concrets i específics que constitueixen un ambient o gairebé terreny propi dels professionals, el seu territori.

La consulta clàssica, part o no del domicili del professional, es manté encara per a la pràctica privada, encara que ha perdut terreny i vigència gradualment, de manera que esdevé més habitual el consultori en una localització comuna a altres professionals. És la forma que adopten els consultoris de la medicina pública (és a dir, la finançada per l'Estat): edificis de diverses consultes i dependències annexes per a urgències. Com que es dediquen a pacients que es poden desplaçar d'una manera autònoma, és a dir, que poden caminar, s'han anomenat *ambulatoris*.

Als Estats Units, hi ha una societat científica dedicada a la medicina primària que s'anomena Ambulatory Medicine. No obstant això, aquests edificis d'assistència a Espanya van agafar mala reputació a causa d'un funcionament erràtic, burocratitzat i massificat, per la qual cosa van deixar d'anomenar-se *ambulatoris* oficialment, en un altre intent eufemista clar, i van passar a anomenar-se *centres de salut* o *centres d'atenció primària*, encara que no n'hagi variat gaire el funcionament.

Aquesta terminologia és difícil de traduir. La influència de l'anglès ha arribat a tot arreu i en alguns aspectes hi ha una certa confusió. Per exemple, una consulta, fins i tot una de privada, en anglès d'Anglaterra s'anomena *surgery*, que traduït literalment significa 'cirurgia', ja que, tradicionalment, en aquests espais es realitzaven en temps passat intervencions quirúrgiques. Als Estats Units

és simplement *office*, 'oficina' o 'despatx'; tanmateix, les consultes dels hospitals s'anomenen *clínica*, que en català significa 'centre hospitalari amb llits', de *clíné*, 'llit' en grec. També en alguns centres sanitaris o hospitals grans, l'edifici de consultes externes, que és el que no té llits, és anomenat *policlínica* (literalment, 'molts llits'), de manera absurda.

### Terminologia anglesa

El lector que consulti bibliografia en anglès ha de ser caut a l'hora d'interpretar el vocabulari. Com deia Oscar Wilde, el Regne Unit de la Gran Bretanya i els Estats Units d'Amèrica són dos països separats per un mateix idioma. Per exemple, el quiròfan a Anglaterra és *l'operating theatre*, OT en sigles, mentre que als Estats Units és *l'operating room*, OR. I uns quants (molts) més. I, per cert, en els hospitals anglosaxons només hi ha *boxes*, 'caixes', per a guardar-hi coses; les dependències petites de les unitats que en els hospitals espanyols anomenen *boxes*, allà són habitacions: *rooms*.

Les *clínicas* solen ser de règim financer privat o de mútues asseguradores, mentre que els centres hospitalaris públics ara són *hospitals*. D'altra banda, els hospitals *clínicos* –una redundància sense sentit perquè no sembla que hi hagi hospitals *sense* llits, és a dir, *no clínicos*– són, a Espanya, els hospitals universitaris dependents o lligats a les universitats i el Ministeri d'Educació corresponent.

En general, una consulta mèdica consisteix en una dependència més o menys espaiosa que conté una taula de despatx i cadires, i un llit o llitera on pot reposar el pacient mentre és explorat. A fi de preservar la intimitat, a Occident es mantenen les portes tancades i de vegades hi ha una cortina o paravent que separa la zona d'exploració de la resta de la dependència. A més a més, hi pot haver altre mobiliari auxiliar i algun instrumental, com ara bàscules de pes o instruments per a mesurar la pressió arterial o per a explorar els òrgans accessibles des de l'exterior, com els ulls, la gola o les orelles.

Els hospitals són edificis destinats a l'atenció sanitària que disposen de llits i, per tant, tenen règim de pernoctació. Si el pacient, tant si pot caminar com si no, se'n va a dormir a casa, la dependència s'anomena *hospital de dia*.

Des que es van començar a crear els hospitals dependents de l'administració de la Seguretat Social durant el franquisme, d'acord amb la macabra absurditat eufemística de la dictadura, els hospitals es van anomenar *residències sanitàries*. Era com si es tractés d'un lloc per a anar-hi a viure, com oposat als hospitals que, fins aleshores, eren llocs on s'anava a morir. Tot això era molt propi del paternalisme del *règim* i per separar-ho de la lamentable imatge que oferien les instal·lacions dels hospitals universitaris o civils que hi havia. Els complexos de diversos hospitals o els hospitals amb diversos edificis es van anomenar *ciutats sanitàries*.

Els hospitals, a més de l'acomodació hotelera, disposen de dependències per a realitzar totes les tasques que requereix l'atenció al pacient. Així, tenen sales d'operacions o quiròfans, dependències per al diagnòstic per imatge (raigs X, tomografies, ecografies...), laboratoris per al diagnòstic biològic o bioquímic

#### Parc sanitari

Últimament, prolifera la denominació de *parc sanitari* per a designar conjunts d'edificis i dependències dedicats a l'atenció mèdica, com els parcs tecnològics.

i el que ara s'anomenen *gabinets*, dependències per a realitzar procediments diversos que no són necessàriament intervencions quirúrgiques, com ara endoscòpies i cateterismes, procediments que consisteixen en la introducció d'artefactes al cos per a diagnosticar o tractar malalties internes, a més d'altres procediments diagnòstics o terapèutics d'òrgans accessibles des de l'exterior, com els ulls, la gola, les orelles o els genitals, que no requereixen anestèsia.

Lògicament, aquestes estructures, que són notablement complexes, requereixen a més dependències auxiliars com magatzems, oficines d'administració, menjadors i cafeteries per al personal i les visites, una planta industrial de subministraments d'electricitat, calefacció, mortuoris i fins i tot dependències de caràcter religiós, com ara capelles.

Hi ha també hospitals de llarga estada, principalment dedicats a malalts convalescents, i hospitals destinats a malalts amb problemes de salut mental, hospitals psiquiàtrics que abans s'anomenaven *manicomis*, amb una estructura similar però sense les dependències com ara quiròfans i les unitats especials de diagnòstic que hem esmentat.

En aquests espais, es desenvolupa l'activitat assistencial majoritària, i s'hi distribueixen de manera separada els espais dels pacients i els espais dels professionals. En general, els professionals –metges, infermers, terapeutes diversos...– consideren aquests espais com a propis als quals el pacient només hi va d'una manera temporal. Qui controla l'espai és el professional; el pacient hi és de visita, de pas.

Els centres assistencials són plens de limitacions espacials (portes i rètols que impedeixen el pas o limiten l'accés). En part s'explica per la necessària intimitat dels pacients, tant si és:

- **Intimitat física**, ja que en moltes circumstàncies el pacient està sense roba i en postures que es consideren poc decoroses. o
- **Intimitat mental**, perquè en el natural desemparament de la malaltia, gairebé ningú no vol exhibir les seves misèries i ser-hi identificat.
- **Intimitat social**, per a mantenir l'anonimat i discreció personal.

Però, en realitat, el control dels espais sol ser per al benefici dels professionals que, en general, no volen ser observats mentre treballen. D'altra banda i curiosament, fins fa més o menys cinquanta anys, el *sancta sanctorum* de l'assistència mèdica –el quiròfan– disposava d'una grada des d'on es podien observar les intervencions. Inicialment, la intenció era que els estudiants i aprenents poguessin observar els procediments, però l'entrada a la grada solia estar oberta a qualsevol curiosos. S'han anomenat *amfiteatres* i, com ja s'ha dit, al Regne Unit el quiròfan és anomenat *operating theatre*, que confereix un cert caràcter d'espectacle a les operacions. Fins i tot s'arribaven a sentir aplaudiments quan es produïa un final reeixit.

Avui dia, les limitacions d'accés a les diferents dependències tenen més raons de control i seguretat. Els factors de control de neteja i asèpsia han anat variant amb el temps. Cap al tercer quart del segle passat, la política de control de les infeccions propugnava controls estrictes en els espais, i s'exigia per a ocupar-los que les persones, professionals diversos, es vestissin amb roba estèril i calçat especial en moltes unitats. Més recentment, i basant-se en l'experiència coneguda i publicada del control de les infeccions anomenades *nosocomials*, les adquirides al mateix hospital, les mesures de control s'han relaxat bastant, de manera que l'esterilitat queda reduïda als quiròfans que es dediquen a intervencions obertes, és a dir, que trenquen la integritat de la pell del pacient.

Els conceptes *obert* i *tancat* van arribar fins i tot a transcendir a l'àmbit administratiu, de manera que els centres sanitaris es classificaven així i el personal adjudicat a cada espai passava per procediments d'accés diferents. A Espanya, s'anomenaven *institucions tancades* els hospitals i *institucions obertes* els ambulatoris en les convocatòries de concursos públics i oposicions per a la contractació de personal sanitari.

Els hospitals, tancats, tenien personal específic de control de les entrades i sortides (els zeladors), i es disposava de sistemes de documents o *passis* per a les persones autoritzades a entrar als centres. Aquest tipus de mesures generava tot un seguit d'actuacions i comportaments d'usuaris i personal amb dissidències i disputes i fins i tot alguns fenòmens de tràfic amb els passis.

Des de la fi del segle xx, l'accés als centres hospitalaris és lliure.

Caldria afegir l'atenció domiciliària en dos aspectes: l'antic, del metge que visita el pacient al domicili perquè no es pot desplaçar, actualment en retirada i residual; i la fórmula actual d'atenció domiciliària a pacients crònics i després d'una hospitalització convencional, que respon a l'oxímoron d'*hospitalització domiciliària*.

### 3.2. Temps

No fa falta una gran introspecció, com anuncia Frankenberg (1992), per a admetre la connexió entre la magnitud *temps* i la salut i la malaltia.

D'una banda, la vida dels éssers humans reconeix diferents períodes evolutius en què la biologia del cos i el desenvolupament de la ment es troben notablement diferenciats. I el mateix succeeix amb les alteracions que es puguin produir. Així, els nounats, els lactants i els infants, els adolescents prepuberals i postpuberals, els joves, els adults i els ancians tenen cossos diferents, ments diferents, relacions socials diferents i malalties diferents.

#### Nosocomials

El terme *nosocomial* és un tecnicisme d'*hospitalari*, de *nosos*, que en grec significa 'malaltia'. El terme *nosocomi* significa 'recinte per a malalts'.

#### El zelador

Es deia el següent: "El celador cela. Cela la cancela" ('El zelador zela. Zela el rastell'). Actualment, els zeladors han evolucionat i duen a terme funcions assistencials auxiliars, de transport i mobilització de malalts, etc.

Pel que fa a les malalties, fins i tot les que acompanyen tota la vida, es manifesten de manera diversa a edats diferents. Per aquest motiu l'edat és una de les primeres dades identificatives que es recullen d'un pacient.

Les malalties també tenen uns temps propis. D'entrada, en biomedicina, s'han classificat com a *agudes* o *cròniques* segons si tenen un curs breu o llarg, si bé els terminis són una mica arbitraris. Una malaltia sistèmica, o que afecti un òrgan concret s'anomena *crònica* quan se'n perllonga el curs uns quants mesos o anys, o bé acompanya el pacient tota la vida, mentre que una malaltia que es limiti a un episodi mesurable en dies o potser setmanes s'anomena *aguda*<sup>1</sup>. Però també es parla de *cronificació* quan un procés que es considera que hauria de ser limitat en el temps es perllonga, com una ferida que no es tanca o una infecció que no es guareix en el temps esperat, que es *cronifica* encara que només sigui uns quants dies o setmanes.

<sup>(1)</sup> Cal observar que, de vegades, l'adjectiu *agut* s'adjudica a processos sobtats i violents i intensos, com un dolor o una crisi.

Una altra idea cronotòpica de les malalties és la de l'**episodi**. Moltes alteracions tenen una aparició periòdica i els lapses de temps poden ser regulars, com les febres palúdiques que s'anomenen *terçanes* o *quartanes* segons si els accessos es produeixen cada tres o cada quatre dies. O bé *estacionals*, segons les estacions de l'any, com la patologia al·lèrgica o alguns trastorns psicossomàtics, com l'úlcer d'estómac. D'altres, en canvi, es reproduïxen d'una manera aleatòria, com l'asma, l'epilèpsia, la gota o l'artritis reumatoide al llarg de mesos o anys.

La distribució estacional de les malalties té l'origen en el fet que molts agents de la malaltia pertanyen al regne vegetal, com els bacteris, els fongs i per la seva banda també els virus, que segueixen cicles anuals com les plantes. Tanmateix, els humans, com molts altres animals, també segueixen cicles anuals i succeeix això amb diferents estats d'ànim i amb malalties orgàniques. Els efectes del clima, la calor, el fred, la llum o els meteorològics (els canvis de pressió atmosfèrica, el vent o la pluja); és a dir, el temps atmosfèric, igualment influeix en la salut i la malaltia.

### **El terme temps**

En català i en altres llengües romàniques, el temps cronològic i l'atmosfèric utilitzen el mateix terme. En canvi, en anglès s'utilitzen paraules diferents, encara que reconeix la influència en expressions tan col·loquials com dir que algú es troba *under the weather* quan no es troba bé, una expressió intradueïble.

El curs del dia també influeix en la salut i la malaltia. S'anomena **ritme circadiari** i la biologia moderna el relaciona amb variacions en la secreció de diferents hormones i altres substàncies per les cèl·lules de l'organisme. El ritme de vigília i son és el més evident i té una influència sobre la salut i la malaltia bastant notable. Altres ritmes afecten la temperatura corporal, que sol pujar cap al vespre, o altres constants vitals com la tensió arterial o els nivells de certes hormones, com els esteroides o l'hormona del creixement, que varien durant el dia i la nit. Tant les manifestacions de la malaltia com l'organització de les cures tenen referents en el cicle diari.

I també alguns condicionants assistencials administratius. Així, els torns laborals en els centres assistencials se solen distribuir en matí, tarda i nit, i en aquests torns varia l'atenció. Canvien els professionals i canvien les rutines, i s'adapten o no als condicionants biològics del ritme circadiari dels pacients.

Un altre fraccionament important del temps és el cicle setmanal, encara que ho és més per condicionants administratius i laborals. La setmana, com a unitat de mesura del temps, és una distribució del treball que, en la cultura judeocristiana, s'atribueix al mateix Déu i apareix a l'inici de la Bíblia. El més probable és que els cicles setmanals segueixin les fases de la Lluna, d'una influència notable en moltes cultures i traduïda a les malalties fins al punt d'anomenar "llunàtics" els qui tenen comportaments cíclics, com en les psicosis bipolars. En qualsevol cas no determina necessàriament la malaltia i la seva evolució, però sí, i d'una manera notable, l'assistència. L'activitat varia durant la setmana i es redueix els caps de setmana; moltes actuacions s'ajornen a la setmana següent, o s'avancen per a evitar les absències o reduccions de personal present en els serveis durant els festius. Això és el que succeeix amb intervencions quirúrgiques no urgents, que s'ajornen, o amb operacions cesàries, que s'avancen al divendres.

### **El dia d'operacions**

D'una manera més o menys seriosa, se sol dir que "si vols que t'operin, és millor que triïs un dimarts, al matí i per un cirurgià i un anestesista que no hagin treballat el cap de setmana anterior...". La interpretació queda a parer del lector.

Una situació en què el temps és el factor determinant és la urgència. O les urgències. La urgència com a característica d'un procés de malaltia, l'atenció de la qual es requereix immediatament si es volen evitar conseqüències fatals. Al cap i a la fi, el terme *urgència* té una càrrega cronològica indubtable. Una urgència implica *immediatesa, promptitud, prestesa, celeritat*; tots aquests termes recorden que el **temps** apressa. Molt més en un segon terme, més social o, si es vol, sociomèdic, trobem la idea de *gravetat, serietat o perill* afegit a una circumstància, però, en qualsevol cas, aquesta gravetat és sempre condicionada per la urgència.

### **Urgències i emergències**

Més o menys arbitràriament, s'ha assignat el terme *urgències* al que succeeix a l'hospital i *emergències* són els esdeveniments relatius a la salut i la vida de les persones que es produeixen al carrer o en qualsevol altre espai. Les emergències *emergeixen*, apareixen sobtadament. És un tema de bombers i ambulàncies. Fins i tot s'han assignat diferents distintius. Els serveis sanitaris tenen una creu i els d'emergències, una creu amb una aspa superposada.

I les urgències com una forma assistencial en els centres sanitaris; és a dir, un tipus d'assistència per a problemes que la demanda determina com que requereixen una atenció immediata i als quals es dedica un espai i un personal assistencial específic. La condició d'urgent és determinada per la demanda. Al-

gú, pacient o d'altres, decideix que el problema requereix atenció immediata. La qualificació d'*urgent* per part dels professionals matisa aquesta condició en funció també de la gravetat.

Per aquest motiu, els professionals assenyalent que algunes demandes no són "veritables urgències", les valoren negativament. L'acumulació de la demanda a les portes d'urgències implica que hi hagi cues i que l'atenció es demori notablement, amb la qual cosa la condició d'"urgent" queda en dubte. Per a determinar els temps necessaris per a l'atenció, els serveis institueixen sistemes de discriminació i prioritats segons la gravetat, que es coneixen com a *triatge*, a fi de prioritzar l'assistència entre els demandants.

Uns altres *temps* que cal considerar són els temps quirúrgics; és a dir, els que regulen la realització dels procediments, els temps de durada d'episodis, els intervals entre les recurrències, o els necessaris per a dosar els tractaments – farmacològics o d'un altre tipus–, els temps biològics de cicles vitals femenins com el període menstrual o l'embaràs i d'altres que condicionen tant la malaltia com l'atenció a aquesta.

Per tot això anterior, és evident que el factor temps en la biomedicina moderna és un condicionant cabdal. Com ho és el seu control. La qualitat hegemònica de la biomedicina s'estén a aquest control. En la relació entre pacient i metge, o pacient i sistema assistencial, el control és exercit d'una manera notable per la segona part de la relació. Que la meitat de la relació que constitueixen els malalts i que aquests siguin comunament reconeguts com a *pacients* consisteix en això. La paciència, qualitat del pacient, té molt a veure amb l'espera i és una apreciació del transcurs del temps. I si tornem ara a la consideració dels espais, l'espai del pacient que li és reservat i es considera propi és la sala d'espera. Els pacients perden el control del temps; el confien al sistema assistencial. Lamentablement, en alguns casos, a més de perdre el control, també perden el propi temps.

## 4. De la medicina individualitzada a la medicina col·lectiva. La salut pública

Encara que els mateixos metges hipocràtics ja tenien en compte la importància de la salubritat i els romans van construir grans obres urbanes amb propòsits higienicosanitaris (com els aqüeductes i el clavegueram), la salut pública no adquireix caràcter d'activitat i disciplina reglada fins a la segona meitat del segle XIX. Coincideixen en això dos fenòmens, un de caràcter bèl·lic i social, i un altre de científic.

A mitjan segle XIX, es comença a fer evident que les baixes en els exèrcits per malalties sovint superaven les degudes a accions de guerra i això, precisament, quan la capacitat mortífera de les armes, de les armes de foc, havia aconseguit un màxim de la seva macabra eficàcia. Al mateix temps, l'eclosió de les llibertats individuals i els drets humans començava a limitar la menyspreadora liberalitat amb la qual els comandaments dirigits dels exèrcits disposaven de les vides dels seus soldats. Això i la revolució industrial, que requeria quantitats de mà d'obra enormes, va portar a considerar que la preservació de la integritat i la salut dels súbdits i els soldats s'havia de tenir en compte.

Alhora, es descobreix el paper dels microbis –ja coneguts des de més de cent anys abans– en la causa de les malalties infeccioses, el caràcter transmissible de moltes d'aquestes i el funcionament de les epidèmies.

Per aquest motiu els primers professionals de la salut pública van ser majoritàriament militars. I, en l'àmbit de la salut pública, es continuen utilitzant termes militars com *campanyes anti*, *lluita contra*, *estratègia*, etc.

La salut pública s'ocupa de prevenir les malalties, perllongar la vida útil i promoure la salut mitjançant esforços organitzats en l'àmbit de la comunitat.

Això inclou les mesures sanitàries ambientals, el control de les malalties transmissibles, l'educació de la població en mesures d'higiene personal i l'organització de mecanismes socials que assegurin el manteniment de la salut de tots i cadascun dels individus que componen una comunitat, tant si es redueix a un poble petit com si s'estén a una ciutat, un país o el planeta en conjunt.

Lògicament, la salut pública s'ha vist notablement influenciada pels grans progressos científics dels darrers cent cinquanta anys. Aquests avenços van bandejar antigues teories errònies sobre les malalties epidèmiques, van incloure mesures com la cloració de les aigües, la incorporació de suplementos vitamí-



nics als aliments i, sobretot, l'aplicació de metodologia científica al coneixement de l'estat i l'evolució de la salut de les poblacions mitjançant enquestes de salut, estudis epidemiològics i el manteniment de registres de malalties.

La salut pública s'ha consolidat mitjançant acords de col·laboració entre diferents països que s'aferma amb la creació el 1948 de l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com una agència especialitzada de l'Organització de les Nacions Unides (ONU). Actualment –i des de la seva fundació– l'OMS té la seu a la ciutat suïssa de Ginebra.

### **Àmbit de la salut pública**

- Medicina preventiva (prevenció de malalties)
- Epidemiologia (estudi i control de les malalties)
- Salut ambiental ("sanitat" o mesures de sanitarització)
- Salut laboral (prevenció i cures en el treball)
- Salut alimentària (control de la manufactura i la manipulació dels aliments)
- Salut industrial (control sanitari de productes manufacturats d'ús humà)
- L'anomenada *medicina social* (problemes de salut causats per determinants bàsicament socials: pobresa, toxicomanies, etc.)

La salut pública a la Gran Bretanya s'anomena també *salut comunitària*, terme que s'utilitza entre nosaltres com una part de les funcions dels metges dedicats a l'atenció primària. No obstant això, aquestes funcions que, fins fa uns quants anys, assumien els facultatius funcionaris del que s'anomenava *assistència pública domiciliària*, que es desenvolupaven bàsicament en l'àmbit rural, han estat majoritàriament centralitzades en els equips directament dependents dels departaments de salut dels governs autonòmics.

La medicina preventiva s'ocupa principalment de la previsió de malalties. D'una manera específica, de les que poden tenir una prevenció tant en un individu com les que es poden prevenir per a tot un grup social o comunitat. Això inclou, per descomptat, les malalties transmissibles. D'antic es coneix la realitat de les epidèmies, però no ha estat fins al descobriment dels agents infecciosos –bacteris i virus– que s'ha trobat una explicació versemblant i, a partir d'això, uns mètodes preventius eficaços, com per exemple els següents:

- Mesures d'aïllament i evitació del contagi.
- Eliminació i control d'agents transmissors, com poden ser insectes o altres animals, com en el cas de la malària i els mosquits que la transmeten o, en el seu moment, la pesta i les puces de les rates.
- Mitjançant vacunes que facin les persones immunes als agents infecciosos: és el mètode més eficaç.

També s'inclouen en la medicina preventiva les actuacions per a evitar malalties secundàries a mancances d'alguns principis immediats, essencialment les vitamines i alguns minerals.

Igualment, les mesures preventives enfront de causes de malaltia que es troben en l'entorn personal de les persones, com els hàbits tòxics (el tabac, l'alcohol i altres agents psicotròpics) o els hàbits alimentaris desordenats, i la prevenció i evitació dels accidents.

#### **4.1. La transició epidemiològica**

Amb aquest concepte, es coneixen les variacions que han sorgit en els últims cinquanta anys en el món occidental de les causes de malaltia i mort predominants.

Precisament pel desenvolupament de les mesures de medicina preventiva al llarg de la primera meitat del segle xx, amb la instauració de les vacunes i la identificació de les vitamines i els problemes que impliquen les mancances d'aquestes, es va produir un canvi en la prevalença de certs problemes de salut, de manera que, a poc a poc, van anar desapareixent o van esdevenir molt minoritaris, i el desenvolupament dels agents antiinfecciosos eficaços –els antibiòtics– els va reduir encara més.

Un altre fenomen que intervé i que d'alguna manera és secundari en la reducció de les malalties infeccioses ha estat l'increment de l'expectativa de vida, essencialment a causa de la reducció de la mortalitat infantil causada per malalties infeccioses de caràcter epidèmic.

Tots dos junts han donat lloc al fet que, com a causa de mort –i de malaltia–, les dolències infeccioses han deixat pas a un increment de les malalties anomenades *degeneratives*, com el càncer i els trastorns vasculars cerebrals i cardíacs, la hipertensió o la diabetis a conseqüència de l'obesitat i el sedentarisme.

Reduït a una explicació simple: les malalties infeccioses s'acarnissaven especialment en els infants i en les persones joves. Si incrementa la supervivència, més persones arriben a edats superiors amb la possibilitat i l'oportunitat de desenvolupar malalties pròpies de l'edat –les malalties degeneratives. N'hi ha que ho són per l'ús perllongat en el temps dels òrgans i sistemes, i unes altres per l'acció de noxes externes que requereixen un temps d'actuació. És el que succeeix amb l'acumulació de plaques d'ateroma en els vasos sanguinis, que provoca l'obstrucció en òrgans amb circulació terminal, com el cervell o el miocardi, un procés que dura anys. I passa el mateix amb agents cancerígens com el tabac, que fan efecte després d'anys de contacte.

Tanmateix, no s'ha de creure que les malalties infeccioses desapareguin o hagin de desaparèixer en un termini breu. L'epidèmia d'infeccions pel virus de la immunodeficiència humana (VIH) i els brots més recents de grip són aquí per a recordar-nos-ho. Però, en qualsevol cas, la prevalença de les malalties degeneratives que afecten grans sectors de la població en el món occidental ha passat a ocupar el primer pla de la preocupació per la salut dels humans.

En aquest context, la salut pública en la medicina occidental s'ocupa d'una manera extensa de fenòmens demogràfics d'importància epidemiològica.

Així, les xifres de natalitat, de mortalitat i de prevalença o incidència de malalties són els patrons pels quals es mesura la salut dels pobles, les comunitats o les nacions. Són, doncs, objecte de vigilància constant per part dels professionals i les autoritats sanitàries.

#### **4.2. Les migracions**

També són objecte de vigilància constant els moviments migratoris, tant si són del camp a la ciutat com dels països o regions pobres a altres de més afavorides.

A Espanya, els processos migratoris van viure en la segona meitat del segle XX la primera forma. Milions d'habitants rurals es van traslladar a viure a les grans ciutats, com ha succeït també a la resta del món. La urbanització de la població sembla un fenomen imparable que ha donat lloc a les monstruoses megalòpolis com Mèxic DF, Istanbul o Calcuta, que sobrepassen els vint milions d'habitants a les àrees metropolitanes. Aquí, sobretot Madrid, Barcelona, Sevilla i València són les ciutats on el fenomen es va fer més evident.

D'altra banda, a partir del començament del segle XXI, aquest país, que sempre havia estat un exportador d'emigrants –sobretot a Amèrica i també a Europa–, s'ha convertit en un país d'immigració de persones procedents d'àrees del planeta tan dispars com el nord d'Àfrica –la més propera–, una part d'Iberoamèrica i els països de l'Est europeu, a més de nombrosos sectors de la Xina, el continent indi –el Pakistan– i l'establiment de ciutadans jubilats procedents de l'Europa freda. En conjunt, en aquesta primavera del 2009 va arribar fins a un 12% de la població, encara que repartida irregularment, de manera que s'ha passat de quaranta-un milions a més de quaranta-cinc milions d'habitants en menys d'una dècada.

Aquests fenòmens i les implicacions sanitàries que tenen són també una ocupació dels recursos de salut pública.

Però ho són encara més, si és possible, dels recursos del treball social. Al cap i a la fi, la immensa majoria de la població immigrant és jove i sana. La immigració, tota sola, no és cap problema de salut. Però, gairebé per definició, representa un problema social: el canvi del medi personal, el desarrelament, la solitud, les dificultats idiomàtiques, les diferències culturals, les limitacions econòmiques són connaturals a la immigració.

Cal assenyalar que, en aquest àmbit concret, el sistema biomèdic hegemònic deixa molt a desitjar quant a eficàcia. Fa molt poc que els sistemes sanitaris han començat a parar esment a la diversitat i s'ha generat un cos de doctrina al voltant de la competència cultural, és a dir, la necessitat que tenen els professionals d'adquirir habilitats i competències en l'atenció a la diversitat cultural.

## 5. Els àmbits assistencials en el model hegemònic

A l'efecte de descripció, i també de comprensió, de la realitat del model biomèdic, convé assenyalar que l'assistència se separa d'una manera no sempre racional en diferents àmbits.

Els criteris utilitzats per a diferenciar aquests àmbits, malgrat que es consideren de gestió de recursos, en realitat han adquirit gradualment una realitat de dedicació i professionalització específica de cada àmbit.

### 5.1. Atenció primària

L'atenció primària representa el primer graó en l'assistència, el primer punt d'atenció i la porta natural d'entrada en el sistema assistencial. S'ocupa de l'atenció dels problemes aguts, sobrevinguts a la població que generalment és assignada per àmbits geogràfics, dels problemes crònics i les seves cures, de la prevenció de patologies conegudes i la promoció de la salut mitjançant programes d'educació sanitària i actuacions per a millorar la higiene.

A Espanya, se sol practicar als centres de salut o centres d'atenció primària, instal·lacions situades més o menys estratègicament per a facilitar l'accés a la població. A les zones rurals més disperses, l'atenció primària es practica en consultoris dels professionals.

Els centres d'atenció primària (CAP) són edificis amb l'estructura de consultes on diversos professionals (metges, infermers i treballadors socials) presten els seus serveis a la població assignada. A més a més, poden disposar d'una àrea d'atenció contínua o immediata d'urgències o consultes no programades.

A més de l'atenció clínica, en els CAP s'ofereixen serveis de proves complementàries; es duen a terme extraccions de mostres que, generalment, es processen en laboratoris centralitzats, i en alguns es disposa de mitjans de diagnòstic per imatge com la radiologia o la ultrasonografia.

Els professionals mèdics solen ser metges especialistes en medicina familiar i comunitària, que és la forma que adopten els metges generals a Espanya (en anglès, *general practitioners*, GP), especialitat que adquireixen després d'un període de formació específica en concloure la llicenciatura de Medicina i que sol durar quatre anys.

Els professionals d'infermeria i els treballadors socials generalment tenen una dedicació exclusiva a l'assistència primària i cobreixen les funcions que els són pròpies.

## 5.2. Atenció especialitzada

L'atenció especialitzada consisteix en l'assistència mèdica proporcionada per facultatius formats i dedicats específicament a alguna de les especialitats mèdiques.

<b>Especialitats mèdiques reconegudes (bàsiques)</b>	
<b>Medicina familiar i comunitària</b>	Pediatria
	Obstetrícia i ginecologia
	Medicina interna
	Cirurgia general i digestiva
<b>Especialitats per òrgans i sistemes (mèdiques)</b>	Cardiologia
	Dermatologia
	Endocrinologia
	Gastroenterologia
	Nefrologia
	Pneumologia
	Neurologia
<b>Especialitats per òrgans i sistemes (quirúrgiques)</b>	Cirurgia cardíaca
	Cirurgia maxilofacial
	Cirurgia ortopèdica i traumatologia
	Cirurgia plàstica
	Cirurgia toràcica
	Cirurgia vascular
	Neurocirurgia
	Oftalmologia
	Otorinolaringologia
	Urologia
<b>Especialitats per la naturalesa de la patologia que s'ha d'assistir</b>	Vigilància intensiva
	Malalties infeccioses
	Logopèdia i foniatría
	Oncologia
	Psiquiatria
	Rehabilitació
	Reumatologia

<b>Especialitats mèdiques reconegudes (bàsiques)</b>	
	Urgències
<b>Especialitats pel mètode o la tecnologia emprats</b>	Anàlisis clíniques
	Anatomia patològica
	Anestèsia i reanimació
	Medicina nuclear
	Radiologia (diagnòstic per imatge)
	Radioteràpia
<b>Altres especialitats</b>	Medicina forense (medicina legal)
	Medicina del treball (medicina laboral)
	Epidemiologia i medicina preventiva
	Farmacologia i farmàcia hospitalària

Les especialitats es poden exercir en els CAP, generalment les que no requereixen una estructura més complexa o mitjans propis d'un altre àmbit assistencial i es tendeix a apropar les especialitats al territori. No obstant això, la major part de l'assistència especialitzada es realitza en l'atenció hospitalària.

### **5.3. Atenció hospitalària**

L'atenció hospitalària acull tots els pacients que necessiten assistència en llit i les especialitats en general que requereixen equipaments o recursos específics com ara quiròfans, unitats d'atenció específica o recursos diagnòstics complexos en les seves instal·lacions.

Anteriorment, ja hem comentat l'estructura dels hospitals en parlar dels espais.

L'assistència als hospitals es distribueix més o menys en l'atenció hospitalària pròpia en habitacions dotades de llits, repartides en espais tenint en compte necessitats diverses, com ara sales o plantes generals o unitats especials com les de vigilància intensiva, reanimació, diàlisi o zones d'aïllament concretes. A més de les dependències per als serveis o especialitats que ho requereixen, com els quiròfans, les sales de parts o les unitats de diagnòstic per la imatge, l'assistència també es presta a l'àrea d'urgències i en les consultes externes.

L'atenció hospitalària reconeix al seu torn diferents nivells, segons que l'hospital sigui comarcal (nivell I), de districte (nivell II) o d'alta tecnologia i de referència (nivell III), segons l'àmbit geogràfic al qual prestin servei i el nivell tecnològic que ofereixin els seus serveis.

#### **5.4. Atenció sociosanitària**

Són un altre àmbit assistencial els centres dedicats a l'atenció anomenada *sociosanitària*, ja que atén pacients l'estat de salut dels quals genera més dependències socials que pròpiament medicosanitàries.

Aquesta dependència pot ser determinada per la mateixa naturalesa dels pacients, pel moment evolutiu de la malaltia o per la disponibilitat o no de recursos assistencials al domicili del pacient.

Pel que fa a la naturalesa de les malalties, s'entén essencialment que es tracta de problemes crònics de solució incerta o no previsible i que perllonguen la necessitat d'hospitalització del pacient. D'altra banda, es pot tractar de situacions de convallescència llarga en què la recuperació s'espera en terminis dilatats, durant els quals l'assistència per part de professionals mèdics i d'infermeria es pot espaiar en temps i en intensitat. També acull situacions en què l'atenció requerida no es pot realitzar al domicili del pacient per manca de recursos físics o personals.



## 6. Les anomenades *medicines alternatives* (MAC, *medicines alternatives i complementàries*)

Òbviament, la qualificació d'*alternativa* parteix de l'univers de la biomedicina o com a contrapartida a aquest. Curiosament, es parla de *medicines alternatives* quan es vol dir *opcionals*, i *alternativa* en llengua catalana és un substantiu que no admet plural: una cosa té una alternativa, una de sola.

També se sol qualificar com a medicina **no oficial** quan per *oficial* només podem entendre *hegemònica*, ja que la biomedicina no és més oficial que quant a ofici que, com a exercici professional, està regulat oficialment. Els col·legis professionals de metges s'autoanomenen i titulen *Col·legi Oficial de Metges*, com si en pogués existir un de *no oficial*.

Durant dècades, una de les principals funcions, estatutària i constitucional, dels col·legis professionals oficials de metges ha estat combatre el que s'entenia com a *intrusisme professional*; es considera que ho és la pràctica assistencial per part de persones no titulades o no adscrites a una institució col·legial.

Entre les formes alternatives de sistemes medicoterapèutics trobem les següents:

- **Sistemes mèdics complets:** homeopatia, naturopatia, medicina tradicional xinesa i medicina ayurvèdica.
- **Medicina de la interacció entre ment i cos:** meditació, pregària, curació mental, teràpia per l'art, teràpia musical, teràpia per la dansa.
- **Teràpies de punció:** acupuntura, auriculopuntura.
- **Pràctiques amb base biològica:** suplementes dietètics, suplementes d'herbes i altres pràctiques que utilitzen productes biològics amb propietats suposades o reals (cartílag de tauró, banya de rinoceront, etc.).
- **Pràctiques de manipulació del cos:** manipulació espinal (tant quiropràctica com osteopàtica) i massatges, reflexoteràpia.
- **Teràpies energètiques:** *txi-kung*, *reiki*, toc terapèutic, magnetoteràpia.
- **Teràpies ambientals:** hidroteràpia, balneoteràpia, talassoteràpia.
- L'anomenada *folk-medicine* de diferents pobles indígenes.

### Crítica

"[...] les medicines complementàries o alternatives copien els esquemes de funcionament del model biomèdic hegemònic [...]."

**Taula**

Llista de medicines alternatives i complementàries

Acupuntura	
Aromateràpia	
Cienciologia ( <i>Christian Science</i> )	
Hidroteràpia i balneoteràpia	
Hipnoteràpia	
Iridologia o iridodiagnòstic	
Magnetoteràpia	
Medicina antroposòfica	
Medicina energètica	
Mètode Bates de manteniment i millora visual	
Quelació ( <i>chelation therapy</i> )	
<i>Txi-kung</i> (arts marcial) s)	
<i>Reiki</i>	
Retrobioalimentació ( <i>biofeedback</i> )	
Teràpies basades en l'exercici	Aeròbic
	Fisiculturisme
	<i>Tai-txi</i>
	Mètode Feldenkreis
	Mètode Pilates
Teràpies biològiques (dietètiques)	Dejuni
	Dieta Atkins
	Dieta d'aliments crus
	Dieta d'Okinawa
	Dieta macrobiòtica
	Dietètica xinesa
	Medicina ortomolecular
	Naturopatia
	Ovolactovegetarians
	Veganisme
	Vegetarianisme
Teràpia amb essència de flors (flors de Bach)	

Teràpia amb orina (uropatia)	
Teràpia de subjecció i abraçada	
Toc terapèutic	
Treball corporal ( <i>body work</i> )	
<i>Shiatsu</i>	
loga	

## 6.1. Medicina ayurvèdica

La medicina ayurvèdica<sup>2</sup> és un sistema de medicina tradicional de l'Índia que també es practica en altres llocs del món com a medicina alternativa o complementària. Ha evolucionat al llarg de la seva mil·lenària història, continua essent un sistema assistencial important en el subcontinent indi. Les primeres referències escrites daten de l'època dels vedes.

<sup>(2)</sup>L'*ayurveda*, literalment, 'la ciència de la vida',

La medicina ayurvèdica considera l'Univers compost de cinc grans elements, terra, aigua, foc, aire i espai, que són també els elements que componen el cos humà. Els components principals del cos humà són set: la carn, el greix, el quil, la sang, l'os, la medul·la dels ossos i el semen.

A més a més, posen un gran èmfasi en l'equilibri de tres principis reguladors anomenats *vata* o aire, *pitta* o bilis i *capa* o flegma, representatius de les forces divines i tots ells coneguts com a *doshas*, constituents de la constel·lació o combinació única de forces pròpia de cada individu.

Entén que, per a una bona salut, cal una bona digestió i una excreció adequada de substàncies de rebuig (*panchakarma*) i si s'aconsegueix un bon equilibri s'incrementa la vitalitat, a la qual cosa contribueixen l'exercici físic, el ioga i els massatges.

Per al diagnòstic, s'obté una història o anamnesi dels pacients i s'utilitzen els cinc sentits en la seva exploració de fins a deu detalls o qualitats per explorar: la constitució, l'essència, l'estabilitat, mesures corporals, anomalies, la força física, la forma física o resistència, l'edat, la dieta i la capacitat digestiva.

Es descriuen vuit mètodes o disciplines de terapèutica, anomenades *ashtanga*:

- La cirurgia
- El tractament de les malalties per damunt de la clavícula
- La medicina interna
- L'eliminació de la possessió (equivalent a la psiquiatria)
- El tractament dels infants
- La toxicologia

- La prevenció i el desenvolupament de la immunitat enfront de les malalties
- Els afrodisíacs

En el diagnòstic s'identifiquen cinc criteris d'influència: l'inici de la malaltia, els pròdroms, els símptomes de la malaltia desenvolupada, els efectes del tractament i el procés de desenvolupament de la malaltia.

La medicina ayurvèdica posa un gran èmfasi en la moderació en el menjar, en l'activitat sexual o en l'ús de remeis; cal buscar sempre una situació d'equilibri i reconèixer que els excessos de qualsevol tipus no són bons per a la salut.

La dietètica ayurvèdica inclou recomanacions sobre la preparació i la manera de prendre els aliments, a més de la seva composició i dels costums o rutines en la seqüència en què es consumeixen els aliments.

Igualment, la higiene corporal hi té un paper important. El bany, la neteja de les dents i el rentat dels ulls, a més de la cura de la pell amb olis diversos té un paper important, tant en la vida quotidiana com a promotors i preservadors de la salut com en forma de tractament de les malalties.

Pel que fa als aspectes organitzatius, el 1970 el Parlament hindú va aprovar la reglamentació del Consell Superior amb l'objectiu de normalitzar les qualificacions per a la pràctica de la medicina ayurvèdica i per a promoure la creació d'institucions per a l'estudi i la recerca de la seva pràctica. Actualment, hi ha més d'un centenar de centres superiors que ofereixen titulacions de medicina ayurvèdica tradicional.

Aquests graduats practiquen en les nombroses clíniques i consultoris, tant en àmbits urbans com rurals, on el sistema proporciona assistència primària a la població en àmplies regions del continent.

Una part important de la medicina ayurvèdica és l'elaboració pròpia de productes farmacèutics dels quals s'ha creat una indústria potent que prepara les fórmules específiques que es necessiten. La major part són composicions galèniques de principis farmacològics tradicionals, però també s'hi inclouen preparats procedents de la farmacopea occidental.

La nombrosa colònia hindú en diferents països occidentals, especialment al Regne Unit i en altres països de la Commonwealth, com el Canadà o algunes de les antigues colònies britàniques a l'Àfrica amb una gran quantitat de persones d'origen hindú, ha fet proliferar l'oferta de serveis assistencials, metges i productes farmacèutics ayurvèdics en aquests països.

Hi ha diverses publicacions científiques amb la garantia de ser publicacions revisades per iguals (*peer review*) incloses en els índexs de publicacions internacionals dedicades a la medicina ayurvèdica com el *Theoretical and Experimental Journal of Ayurveda and Siddha*, el *Journal of Research & Education in Indian Medicine* i *The International Journal for Ayurveda Research*.

## 6.2. Medicina tradicional xinesa

La medicina tradicional xinesa inclou tot un ventall de pràctiques mèdiques tradicionals originals de la Xina que té una gran acceptació a l'Est asiàtic, mentre que en el món occidental es considera un model mèdic alternatiu. Inclou tractaments amb herbes i altres productes naturals, tractaments dietètics específics, l'acupuntura i formes de massatge com *Tui na* i *shiatsu*.

Actualment, l'expressió *medicina tradicional xinesa* s'aplica a la pràctica de la medicina xinesa moderna que es desenvolupa a partir de les reformes que es produeixen a la República Popular Xinesa després de la revolució comunista del 1950 i la voluntat del govern central d'oferir un sistema assistencial mèdic que es pogués estendre a tota la població, encara que recull les pràctiques de la medicina xinesa clàssica.

Les bases filosòfiques de la medicina tradicional xinesa deriven de les filosofies orientals taoista i budista, en les creences que la vida humana es troba en estreta relació amb l'ambient que l'envolta en tota l'amplitud.

Els seus orígens s'atribueixen a l'emperador groc, que va escriure l'anomenat *Huangdi Neijing* o cànon intern de l'emperador de la medicina, fa quatre mil anys. Probablement, va ser escrit per un autor anònim en èpoques més recents sota la dinastia Han.

Zhang Zhong Jing (200 aC) és considerat l'equivalent a Hipòcrates a la Xina i se li atribueix un tractat de coneixements mèdics que esmenta el cànon imperial. Hi ha descripcions de l'ús d'acupuntura i moxibustió dels primers segles de la nostra era, durant la dinastia Jin.

La medicina tradicional xinesa ha evolucionat al llarg dels segles al mateix temps que la cultura xinesa en general, des d'unes pràctiques originals fruit d'experiències de xamans i practicants de medicina que, recollides i analitzades, han contribuït a un cos de doctrina que es caracteritza essencialment pel pragmatisme i no tant pel coneixement teòric o les explicacions dels processos de malaltia, cosa que li ha permès continuar existint i que hagi estat practicada àmpliament fins a l'actualitat.

La influència de la medicina occidental ha estat incorporada a la medicina tradicional xinesa de manera que se n'ha beneficiat sense perdre vigència. L'acceptació per l'eficàcia que té davant molts trastorns en què la medicina oc-

cidental no ofereix solucions eficaces, tant trastorns menors com els refredats o les al·lèrgies, com processos d'evolució llarga i de tractament difícil, com les migranyes o les artritis cròniques, per esmentar-ne algun.

### 6.2.1. El diagnòstic

En la medicina tradicional xinesa, el diagnòstic es basa en l'observació àmplia de tots els símptomes i signes que presenta el malalt. Es descriuen els quatre tipus de mètodes següents:

- **Wang.** Observació.
- **Wén.** Sentir i fer olor.
- **Wèn.** Indagar sobre els antecedents i l'entorn.
- **Qiè.** La palpació. La palpació del pols és una part important de l'exploració.

### 6.2.2. Teràpies

- **Herboteràpia.** S'empren herbes o plantes seques i parts assecades d'animals en els tractaments a partir del text d'herbologia clàssic de Shen Nong, escrit fa dos mil anys que classifica més de 350 espècies d'arrels, herbes, fustes, parts d'animals i pedres que poden ser eficaces i que es divideixen en tres categories:
  - La categoria superior inclou herbes que serveixen per a un gran nombre de malalties i són responsables de mantenir i restaurar l'equilibri del cos, sense efectes secundaris no volguts.
  - La segona categoria comprèn productes tòncics però el consum dels quals ha de ser limitat.
  - La tercera categoria inclou altres gèneres específics que només es poden administrar en dosis molt petites.
- **Acupuntura.** L'acupuntura és una tècnica d'aplicació d'agulles a la pell en llocs específics per a obtenir efectes que van des de l'alleujament de símptomes fins a l'anestèsia o la curació. L'objectiu és incrementar la circulació i els estímuls nerviosos per a equilibrar l'energia en l'organisme.
- **Auriculoteràpia.** La utilització del pavelló de l'orella amb finalitats terapèutiques amb mètodes de massatge, punció, cauterització o implantació de filferros metàl·lics.
- **La dietètica xinesa.** Basada en els "cinc gustos", que inclou un bon balanç dels aliments en quantitat i en composició.
- **Cupping.** Aplicació d'hemiesferes de vidre escalfades que, quan s'apliquen, s'adhereixen a la pell per pressió negativa en refredar-se.

- **Fixació d'ossos** (*Die-da or Tieh Ta*) i altres mètodes ortopèdics de reducció de fractures i embenatges.
- **Moxibustió.** Aplicació de petites boles d'artemísia incandescent en punts d'acupuntura.
- **Tai-txi i ioga.** Exercicis de control del cos.
- **Massatge Tui na.** S'aplica sobre el cos vestit, amb pressió i estiraments.

### 6.2.3. Complementarietat i coexistència de la medicina tradicional xinesa i la medicina occidental

En els països de l'Orient, la medicina tradicional xinesa no es veu com una alternativa a la medicina occidental sinó que s'utilitzen l'una o l'altra segons necessitats específiques. Un procés clínic concret, com pot ser una fractura oberta d'un os, requerirà un tractament quirúrgic amb recomposició dels teixits que pot proporcionar la cirurgia traumatològica moderna. Però es poden fer servir mètodes de la medicina tradicional xinesa per a alleujar el dolor, o fins i tot per a l'anestèsia quirúrgica mitjançant acupuntura, amb la reducció evident de riscos que comporta evitar una anestèsia general convencional, i els tractaments de massatges o herbes poden escurçar el procés de recuperació.

La medicina occidental recentment ha començat a considerar els valors de la medicina tradicional xinesa i a estimular la recerca científica sobre l'eficàcia que té. L'OMS i altres organismes, com els instituts nacionals de salut del Govern federal nord-americà, han realitzat informes sobre l'eficàcia d'alguns mètodes de la medicina tradicional xinesa, en relació sobretot amb l'acupuntura. La Fundació Cochrane, dedicada a la certificació d'estudis basats en l'evidència científica, reconeix els efectes beneficiosos de l'acupuntura en un seguit de trastorns.

#### Lectura complementària

Podeu consultar: A. D. Furlan i altres (2005). "Acupuncture and dry-needling for low back pain". A: *Cochrane Database of Systematic Reviews*. [Disponible en línia]: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab001351.html>.

### 6.3. Osteopatia i medicina osteopàtica

Actualment hi ha controvèrsia entre tots dos conceptes o pràctiques.

L'osteopatia és una pràctica assistencial mèdica desenvolupada originalment per Andrew Taylor Still al segle XIX i basada en la teoria que moltes malalties són degudes a una pèrdua de la integritat estructural. Se centra en la creença que tots els sistemes del cos treballen conjuntament, estan estretament relacionats, de manera que els trastorns en un sistema poden afectar el funcionament dels altres. Es tracta d'una concepció holística de l'organisme i les malalties d'aquest.

El tractament, que s'anomena *manipulació osteopàtica*, consisteix en un sistema de tècniques pràctiques orientades a alleujar el dolor, restablir les funcions i amb això promoure la salut i el benestar. Empra un ampli ventall de tècniques (impulsos d'alta velocitat i amplitud curta, tècniques funcionals, inhibicions, etc.) per a intentar retornar l'harmonia i l'equilibri que es perden en el curs de les malalties i facilitar la recuperació.

D'acord amb aquests principis, per mitjà de la manipulació del sistema musculoesquelètic, és possible guarir les afeccions d'òrgans vitals o malalties que es pateixen; la funció de la manipulació és reactivar el reg sanguini, retornar la capacitat de mobilitat normal a les articulacions lesionades i contribuir amb això a la curació del pacient.

L'osteopatia clàssica es practica al Regne Unit i a Europa, on es considera una forma de medicina alternativa i complementària. Als Estats Units i també al Canadà, la medicina osteopàtica ha evolucionat i s'ha integrat en la medicina biològica hegemònica. Els metges que la practiquen reben el mateix ensinistrament i duen a terme els mateixos estudis que els titulats de les escoles universitàries de medicina, encara que s'hi afegeixen estudis i la pràctica en la manipulació osteopàtica que després apliquen principalment a problemes osteoarticulars.

#### 6.4. L'homeopatia

La paraula *homeopatia*, derivada del grec *ὅμοιος* *homoios* ('semblant') i *πάθος* *pathos* ('patiment'), és un model d'atenció a les malalties que es caracteritza per l'ús de productes que no tenen ingredients químicament actius.

El fundador de la medicina homeopàtica va ser el metge alemany Christian Friedrich Samuel Hahnemann<sup>3</sup>.

L'homeopatia apareix com una alternativa menys agressiva, i potser efectiva, a la medicina dominant de l'època, encara basada en la teoria hipocràtica, que utilitzava sagnies i purgues com a principals recursos terapèutics.

Es basa en els principis que "el que s'assembla es guareix amb el que s'assembla" (*similia similibus curentur*) i en dilució progressiva dels agents terapèutics. I s'oposa a l'anomenada *al·lopatia* o *medicina al·lopàtica*, també derivada del grec *ἄλλος*, *álos*, que significa 'diferent', terme igualment encunyat per Hahnemann i atribuït a la medicina convencional que tracta, mitjançant l'aportació d'agents *contraris* a la malaltia, que actuen en contra o en lluita amb els símptomes i les causes d'aquests.

##### Medicina al·lopàtica

El terme *al·lopàtic* o *medicina al·lopàtica*, que té aquest origen, s'empra ocasionalment en la bibliografia antropològica per a designar el model hegemònic de la biomedicina, però

##### Web

Podeu ampliar informació sobre la medicina osteopàtica a: [http://en.wikipedia.org/wiki/osteopathic\\_medicine\\_in\\_the\\_United\\_States](http://en.wikipedia.org/wiki/osteopathic_medicine_in_the_United_States).

<sup>(3)</sup>Meissen (Alemanya), 10 d'abril de 1755 - París (França), 2 de juliol de 1843.



ni aquesta ni els seus practicants, els metges occidentals, entenen ni accepten aquesta dualitat, ni es reconeixen o autodefineixen com a *al·lopàtics*.

Per a preparar els remeis homeopàtics es dilueix progressivament una substància i se sacseja unes quantes vegades la dissolució (potenciació o dinamització); la dilució en general assoleix un grau tal que ni tan sols es pot detectar una molècula de la substància original.

Té una popularitat àmplia i creixent a les àrees on es practica, i en part és finançada per alguns sistemes sanitaris públics. No obstant això, no se li reconeixen proves empíriques d'evidència i té uns fonaments teòrics contradictoris i que s'allunyen notablement del que la ciència moderna ha desenvolupat en l'últim segle.

No obstant això, l'aparició ocasional de problemes relacionats amb els efectes secundaris o reaccions no volgudes d'agents terapèutics biomèdics, tant fàrmacs com vacunes, i la falta de resposta d'algunes malalties cròniques difícils de definir (i, per tant, de tractar) han contribuït a la popularització de l'homeopatia, especialment a França.

No entrarem aquí en la polèmica sobre la utilitat que té, si bé cal assenyalar que, des del punt de vista farmacològic, no s'ha demostrat que els productes homeopàtics tinguin més activitat, o diferent, que els placebos.

L'eficàcia "clínica" pertany a un altre àmbit de discussió.

## **6.5. La medicina *integrativa***

Aquest nou terme adoptat de l'anglès recull una idea "integradora" dels diferents sabers i models assistencials que hi ha dins el model hegemònic.

Com a tendència, s'inicia a la fi dels anys noranta i ha anat guanyant adeptes i desenvolupament fins al punt que nombrosos i prestigiosos centres assistencials als Estats Units i el mateix Col·legi Oficial de Metges de Catalunya han creat unitats o seccions dedicades a aquest model "integral" de l'atenció mèdica.

Bàsicament, es tracta d'integrar tots els recursos, intentar donar respostes a totes les situacions i acceptar totes les opcions, ocasions, opinions, oportunitats i ofertes dedicades a l'atenció als problemes de salut, sense més limitacions que les que suposi l'eficàcia i l'evidència d'aquesta.

La doctrina es basa en el fet que, malgrat els enormes avenços de la medicina occidental, l'òptim de salut queda encara lluny. Que si bé s'han vençut moltes malalties, encara hi ha un gran nombre de patiments que no es guareixen o que acompanyen els pacients tota la vida.

La **medicina integrativa** es defineix com la combinació de teràpies mèdiques formals i teràpies de la medicina complementària i alternativa per a les quals hi ha dades científiques d'alta qualitat pel que fa a seguretat i eficàcia.

És la suma de totes les medicines basades en l'evidència.

Inclou totes les mesures diagnòstiques i terapèutiques de la biomedicina i alhora inclou aspectes que fins ara s'han considerat secundaris i no integrats en l'atenció mèdica.

Així, ho poden ser la pràctica esportiva; les tècniques de massatge; els suplementes dietètics addicionals del tipus dels prebiòtics; l'ús de teràpies basades en la música, la dansa i les arts plàstiques; el control ambiental general i proper; la prevenció activa de les conductes de risc i dels accidents, i la utilització de teràpies no convencionals procedents d'altres models o sistemes sanitaris, com les medicines tradicionals xinesa o hindú, l'homeopatia, etc.

Els defensors de la medicina integrativa insisteixen que, si existeixen recursos eficaços, no hi ha cap justificació per a no utilitzar-los. Especialment, sembla que dirigeixen els seus esforços cap a patologies per a les quals no hi ha cap resposta definitiva en els recursos de la medicina hegemònica. Això inclou un gran nombre de trastorns, sobretot els d'evolució perllongada i de causes poc definides, sovint amb components psicossomàtics importants com, per exemple, algunes formes de càncer terminals, la fibromialgia, la paràlisi cerebral infantil o la síndrome postmenstrual, entre d'altres.

## 7. L'autoatenció (de la legítima a la marginada)

L'autoatenció eficient:

"L'eficàcia és l'eficàcia... deixa els símbols a part."

T. Seppilli comentant Foucault: L'"eficàcia simbòlica" aplicada a l'atenció als malalts

"La medicina occidental basa su éxito en la eficacia, tanto diagnóstica como terapéutica. Para que la autoatención consiga una legitimación tendrá que ser eficaz."

E. Menéndez (21/05/2009). "La autoatención eficaz". En el discurs de la concessió del títol de doctor *honoris causa* per la Universitat Rovira i Virgili de Tarragona.

Els metges es queixen constantment que, als pacients, els falta educació sanitària. Fins i tot acostumen a associar educació amb culturització. Per tant, els pacients ideals haurien de ser pacients mèdicament educats i cultes. Però no és així. Els metges en general es ressenten que el pacient tingui i exhibeixi coneixements biomèdics. Quan això succeeix, argumenten que el pacient pot tenir coneixements, però no "criteri", criteri clínic.

### Metges pacients

És un tòpic la reconeguda dificultat per a tractar els metges malalts. Es diu que els metges són "mals" pacients: són els bons els ignorants?

Aquesta contradicció persisteix en tot el discurs assistencial i, des del desenvolupament de les tecnologies de la informació i la comunicació (TIC) i especialment d'Internet, el discurs biomèdic desaconsella utilitzar Internet com a mecanisme o mètode d'autoajuda o d'autocura.

És raonable que els professionals es resisteixin a compartir coneixements si no estan reglats i que desconfiïn de la llibèrrima aportació de coneixements que poden aparèixer a la *xarxa*.

L'autocura és, d'una banda, promoguda des de la biomedicina per a patologies cròniques i essencialment físiques o orgàniques. Així es promou l'autoadministració d'insulina en els diabètics en la línia que com més autonomia més millora la qualitat de la salut i de la vida.

En canvi, l'automedicació és habitualment injuriada. Encara molt més quan es tracta de l'atenció autònoma dels problemes de salut mental. L'automedicació amb psicofàrmacs és titllada habitualment i simplement de *toxicomania*; és a dir, drogar-se.

L'ús de psicofàrmacs d'una manera autònoma té dos components possibles; d'una banda el lúdic, el consum recreatiu, i de l'altra, el terapèutic, ja sigui inicial per a tractar símptomes com l'angoixa o la depressió, o bé per a manejar la pròpia addicció i les complicacions d'aquesta.

La crítica a l'automedicació es fonamenta en els perills que comporten els efectes secundaris dels fàrmacs o les combinacions d'aquests i, molt especialment, el risc de l'addició.

No obstant això, l'autocura, l'autoatenció a la salut, és la manera natural, autònoma i comuna d'atendre els problemes, els malestars o les xacres. Probablement, fins a un 80% de les alteracions clares i objectives de la salut no es porten al sistema assistencial sanitari, i això malgrat la cobertura universal i gratuïta sanitària del sistema espanyol.

Al mateix temps, es prodiguen les notícies de falta de facultatius per a atendre la demanda dels malalts. "Falten metges" és un *ritornello* en els titulars de la premsa, especialment els de la premsa professional.

Alhora, els observadors perceben el creixement gradual i inexorable de la medicalització de la nostra societat, en general, de la societat occidental.

Certament, s'ha produït un canvi notable de la realitat epidemiològica en els últims cinquanta anys, com s'explicava anteriorment. De la prevalença de les malalties infeccioses bacterianes i algunes de víriques, hem passat a un ventall de malalties degeneratives, com la patologia cardiovascular i cerebrovascular, el càncer i les demències relacionades amb l'edat, a més de les associades a la sobrealimentació i el sedentarisme: diabetis de tipus II, hipertensió i, una altra vegada, la patologia cardíaca i cerebrovascular dependent de la sobrealimentació. Tot això porta a la medicalització. Els mètodes diagnòstics precisos i els recursos terapèutics eficaços donen suport a aquest fenomen.

El prestigi de l'eficàcia, en biomedicina, es basa en l'existència de l'evidència objectiva d'aquesta eficàcia. I l'evidència científica al seu torn es fonamenta en la reproductibilitat: el que es fa, el que es proposa en biomedicina "funciona", i funciona cada vegada i en cada situació.

Si aquesta eficàcia objectiva i objectivable, contrastable i reproduïble, es pot obtenir en l'autocura, s'apropa molt al *desideratum* de l'autonomia de l'individu malalt: "si vostè està malalt, guareixi's vostè mateix, i no sobrecarregui el sistema assistencial".

Així, s'albira el futur d'una societat que, en qualitat de medicalitzada i a més informada amb fiabilitat, també es pot cuidar d'una manera **autònoma**.

Si a més a més fos **solidària** i amb això tendís a la **felicitat**, completaria la tríada definitòria de la salut del X Congrés de Metges i Biòlegs, que la salut és el que permet "...una existència autònoma, solidària i feliç".

## 8. La farmàcia

Les oficines de farmàcia constitueixen una baula essencial en l'atenció i el tractament de les malalties i, per tant, del sistema sanitari. Potser no tant del model, ja que la seva utilitat i utilització comprèn més d'un model assistencial, i sobretot si es té en compte la gran varietat de productes que s'inclouen en una oficina de farmàcia espanyola, que proveeix qualsevol proposta terapèutica des de qualsevol model conceptual.

A l'Estat espanyol, amb la notable peculiaritat que la major part dels medicaments específics estan substancialment finançats pel sistema assistencial públic, la Seguretat Social, aquesta baula assistencial esdevé sovint el destinatari final d'una bona part de l'activitat clínica. És a dir, molta gent va al metge exclusivament per obtenir una prescripció o recepta oficial que li permeti adquirir un producte terapèutic a un cost baix o fins i tot, si es tracta de jubilats i pensionistes, completament de franc.

El model assistencial públic espanyol no es pot entendre sense tenir en compte tota la fenomenologia que envolta l'ús de les farmàcies.

Però és que, a més a més, les farmàcies són el recurs únic en molts casos, quan des de l'oficina de farmàcia i no sempre pel titular, es prescriuen i a vegades es dispensen tractaments complets. Això s'ha qualificat com una part de l'autoatenció, encara que des d'aquí ens atrevim a dir que no és exactament el mateix: una cosa és l'*autoatenció*, un concepte ampli que s'analitza més endavant, i una altra cosa és l'*autoprescripció*, en què un pacient decideix sense cap altra intervenció el medicament o remei que utilitzarà davant d'un patiment concret, que ja coneix d'abans i possiblement té un tractament ja prescrit, o bé, es tracta d'una cosa completament nova de l'ús de la qual s'encarrega únicament i unilateralment el pacient o els parents o coneguts.

Una altra cosa diferent és l'exercici terapèutic, en general professionalment informat, que exerceix el farmacèutic –o de vegades, els auxiliars no titulats– enfront d'una demanda de remei per a qualsevol malestar o malaltia. Això no és exactament autoatenció, ja que intervé un professional en l'avaluació del problema, si més no succincta, i en la recomanació del tractament.

La pràctica de la dispensació a l'Estat espanyol es limita en general simplement a lliurar el producte sol·licitat o receptat. Poques vegades s'acompanya, si no se sol·licita expressament, d'unes recomanacions o consells terapèutics. Els medicaments específics es dispensen habitualment en els envasos originals, els quals inclouen un prospecte explicatiu que per ús i recomanacions del sistema de vigilància farmacoterapèutica es pot dir que cada dia són més prolixos, de

manera que s'estenen en molts detalls i advertiments dissuasoris d'usos alternatius o no indicats, a més d'una llarga llista de possibles efectes secundaris o complicacions associades amb l'ús de cada medicament específic.

De totes maneres, i com s'assenyala més amunt, les farmàcies espanyoles ofereixen una varietat molt gran de productes; per tant, convé assenyalar que no expenen fàrmacs únicament.

A les farmàcies es poden adquirir productes auxiliars –el que s'ha anomenat *parafarmàcia*–, de manera que hi podem trobar compostos quimicofarmacèutics que no requereixen prescripció mèdica, elements d'ortopèdia, instruments d'higiene com raspalls de dents o bastonets per a les orelles, preservatius, compreses femenines, productes dietètics diversos, cosmètics i instruments de bellesa o higiene personal, tisores d'ungles, llimes, bastons i croses, calçat especial ortopèdic, joguines per a bebès, etc. I a més a més, solen disposar d'instruments per a determinar diversos paràmetres biològics com el pes o la tensió arterial.

En algunes farmàcies, es realitzen a més algunes anàlisis clíniques biològiques i proves diagnòstiques d'una manera variable.

Per l'amplitud de l'oferta, aquest autor no dubta a qualificar les farmàcies de *centres de salut*, des del convenciment que si tota l'activitat que es duu a terme tingués aquest reconeixement oficial, molt probablement la freqüentació tan gran dels serveis mèdics que es produeix en aquest país es veuria notablement modificada i, naturalment, racionalitzada.

A tot això anterior cal afegir, en el moment de l'edició d'aquest text, l'hivern del 2013, que els poders polítics han engegat una sèrie de mesures suposadament reguladores del consum farmacèutic en el context de la crisi econòmica o recessió per la qual passa el país que, globalment, s'han qualificat dins el concepte de *copagament sanitari*. Es tracta essencialment d'incrementar l'aportació o, si es vol i a l'inrevés, reduir la subvenció dels fàrmacs que es dispensen dins el sistema de la Seguretat Social espanyola. En principi s'han exclòs de la llista de fàrmacs subvencionats tot un seguit de productes l'ús dels quals no requereix prescripció i que s'utilitzen per a malestars o problemes comuns. Per exemple, els analgèsics, els antitussígens, els antiàcids de contacte, les vitamines i un bon nombre de productes d'aplicació cutània.

D'una manera temporal, i amb un objectiu recaptador clar, en alguna comunitat autònoma (Madrid i Catalunya) s'ha introduït a més una taxa d'un euro per recepta, si bé aquesta mesura ha estat contestada en algunes instàncies de l'Administració i només s'ha aplicat durant un temps.

Els efectes d'aquestes mesures en la salut encara no es coneixen.

## 9. Medicina pública i medicina privada

En aquesta descripció del model hegemònic d'atenció a la salut que és el de la medicina occidental, considerem que és necessari reflexionar sobre les relacions economicocontractuals entre els pacients i els metges, si bé, en altres mòduls d'aquest curs, es tracten àmpliament els règims econòmics i organitzatius que hi ha.

La transacció entre metge i pacient ha estat, des de sempre, una prestació de servei amb contrapartides. Els registres històrics dels metges hipocràtics deixen clar que els metges rebien emoluments per la feina i també pel fet d'impartir ensenyament. El que ha variat és que la remuneració es realitzi per cada actuació o **acte mèdic** o bé que el metge treballi amb algun tipus de compromís o contracte. Aquesta forma és la que adopten els metges al servei dels poderosos, com els metges de la cort, però que després es va poder ampliar quan els metges adquirien els seus compromisos de servei amb altres poders com la municipalitat o un gremi o grup concret de ciutadans.

En el segle passat es van desenvolupar els sistemes de cobertura sanitària de fórmula contractual en què els poders públics es fan càrrec de contractar i pagar els professionals amb fons procedents dels impostos. Aquest sistema és el que trobem en els països europeus i en d'altres de règims socialistes com la Xina. A Europa, no obstant això, es conviu amb el sistema de pagament directe del pacient al professional, que predomina als Estats Units i en la major part dels altres països americans.

Hi ha models mixtos i variacions; així, en els països on predomina el model liberal, proliferen les organitzacions d'assegurança privada, les mútues o HMO que ja hem esmentat més amunt. I, en els països d'oferta pública universal, coexisteix l'oferta privada, tant mitjançant assegurances privades com de pagament directe.

Aquesta cobertura complementària es dirigeix a certes prestacions que els sistemes estatals no cobreixen íntegrament o ho fan d'una manera insuficient o fins i tot precària. Això és diferent segons els països i detallar aquestes diferències escapa al propòsit d'aquest mòdul.

Sí que podem comentar, a manera d'exemple, les diferències a Catalunya, on coexisteixen tots dos sistemes, el públic i el privat, d'assistència sanitària. El sistema públic és universal; és a dir, és per a tothom que resideixi a Catalunya, tant si treballa com si no i tant si paga impostos com si no, i gratuït en totes les prestacions que s'ofereixen, que són àmplies i moltes, sense límits als procediments diagnòstics o terapèutics ni al mateix temps que requereixin. A més a més, inclou la subvenció dels medicaments d'una manera generosa: un per-

centatge mínim per als medicaments considerats essencials i fins a un màxim del 50% en els medicaments no considerats prioritaris, per a la població en general, i per a les persones grans, jubilades i pensionistes, subvencionats al 100%, de franc.

La cobertura no inclou la part d'ortodòncia de l'atenció dental; és a dir, no inclou les reposicions ni el tractament ampli dels dentistes. I pel que fa a les ortesis òptiques, les ulleres, només cobreix els vidres. Tampoc no inclou la cirurgia cosmètica, però sí la cirurgia plàstica amb justificació clínica.

Per bé que la salut mental està coberta, ho està d'una manera precària i els tractaments psicodinàmics i la psicoteràpia realitzada per psicòlegs o la psicoanàlisi estan previstos d'una manera molt parcial.

L'oferta privada no té cap altre límit que l'econòmic. I, a Catalunya, hi ha un gran nombre de centres assistencials privats de prestigi en què pràcticament es pot atendre qualsevol tipus de patologia.

En el moment actual, les primes de les companyies d'assegurança mèdica es mantenen dins del que pot afrontar el poder adquisitiu d'una bona part de la població. Així, gairebé la meitat de la població catalana té una doble cobertura sanitària: la pública i per mitjà d'una mútua. Això es justifica per algunes disfuncions de l'oferta pública, com ara les llistes d'espera i la qualitat de les instal·lacions d'hostaleria d'alguns hospitals i, també, per les preferències dels pacients per a algunes situacions clíniques, com és, d'una manera paradigmàtica, l'atenció a l'embaràs. Les dones catalanes que s'ho poden permetre s'estimen més triar l'obstetra i el centre assistencial on donaran a llum. Més de la meitat dels parts a Catalunya tenen lloc en centres privats.

També se solen atendre en centres privats els accidents de treball que quedin sota la cobertura de les assegurances laborals i els de trànsit, igualment coberts per les assegurances de l'automòbil.

Tanmateix, això s'acompanya d'una altra realitat: els centres sanitaris públics disposen de molt més personal i tecnologia per a atendre els casos més greus i complexos. I són els que s'encarreguen d'aquesta atenció; així, la vigilància intensiva, la cirurgia d'alta complexitat, l'oncologia i les unitats de nounats i prematurs de nivell terciari són a la sanitat pública.

Juntament amb això, es produeix el fet que una gran part dels professionals mèdics que treballen contractats en el sistema assistencial públic treballen també unes altres hores en el sistema privat.



D'això es pot deduir que els pacients complexos reben assistència als centres públics per part de professionals que, unes altres hores, exerceixen de manera privada en l'atenció de pacients menys complexos, però amb una atenció més personalitzada.

També es pot entendre que el sistema privat d'alguna manera parasita el sistema públic, ja que no ha d'afrontar els casos més dispendiosos, per la qual cosa es permet oferir prestacions en règim mutual a uns costos raonables.

D'altra banda, també sembla que és cert que, si no hi hagués l'oferta privada i el sistema públic, amb les circumstàncies demogràfiques i epidemiològiques actuals, s'hauria de fer càrrec de tota la demanda, no donaria l'abast ni en recursos personals ni estructurals.

I els professionals mèdics addueixen que els emoluments actuals del sistema públic els deixen molt per sota dels dels seus col·legues en altres països de l'entorn proper, de manera que es veuen obligats a ampliar el seu horari laboral en un altre àmbit per compensar-ho. Això és especialment clar en el cas de les especialitats quirúrgiques com l'oftalmologia, l'otorinolaringologia, la cirurgia maxilofacial i la ja esmentada obstetrícia.

Aquesta situació es manté en un cert equilibri amb l'anuència dels poders públics i dels òrgans de representació dels professionals, el col·legi de metges i els sindicats. I l'acceptació aparent per part de la població.

Les consideracions deontològiques i ètiques no són aquí objecte d'anàlisi. Però, en qualsevol cas, sostenim que, amb caràcter general i també des del punt de vista antropològic, la pràctica privada és, en aquesta situació, la veritable medicina **alternativa a la medicina hegemònica**.

### **9.1. El model sanitari dels Estats Units**

Els models sanitaris o d'atenció a la salut que hi ha en altres països poden diferir més o menys, però només pel que fa als aspectes organitzatius. En els països occidentals, per entendre'ns Europa, les Amèriques, Austràlia i el Japó, els models de l'atenció sanitària i de la pràctica assistencial difereixen més aviat poc. Els sistemes de formació responen a postulats similars. Els conceptes, els coneixements i les doctrines deriven de la medicina assistencial des dels temps d'Hipòcrates, però es consoliden al voltant de les conceptualitzacions de la medicina científica desenvolupada a Europa i l'Amèrica del Nord cap a la fi del segle XIX. Es basen en el desenvolupament de les ciències que van tenir un gran impuls coincidint amb el desenvolupament de la revolució industrial. La física, la química, la biologia i les seves branques més aplicades com la física nuclear o la dinàmica de fluids, la química orgànica, la microbiologia, la botànica o la mateixa matemàtica, van facilitar l'ordenació de coneixements aplicables tant al diagnòstic per la imatge (raigs X) o el biològic (anàlisi) com

al tractament amb nous remeis de la quimiofarmàcia. A això se suma a més el desenvolupament tecnològic de l'electricitat, la mecànica i l'enginyeria, que van permetre invents i dispositius d'aplicació a la medicina.

El traspàs d'informació i de coneixement s'ha fet cada vegada més de pressa i els avenços que s'originaven a les universitats i als grans centres sanitaris alemanys, francesos i anglosaxons arribaven amb rapidesa als professionals de tots dos continents, cosa que en els últims anys té ja un caràcter de globalització instantània.

La millor evidència que els coneixements i la pràctica de la biomedicina occidental tenen aquest caràcter global està en la facilitat amb què els professionals, metges i infermeres, que emigren o es desplacen entre aquests països, salvades les diferències idiomàtiques, s'adapten en poques setmanes a l'exercici i la pràctica assistencial. Cal assenyalar, en relació amb les possibles distàncies idiomàtiques, que la llengua anglesa s'ha convertit en la llengua franca de transmissió del coneixement mèdic, com fa uns segles ho va ser el llatí.

Les estructures operatives de l'atenció sanitària en els models d'assistència en el món occidental se centren als hospitals, també anomenats *centres mèdics*, d'una banda, i una xarxa d'assistència en la comunitat protagonitzada pels professionals en consultoris individuals o de grups, de l'altra, en el que es coneix com a atenció *primària*, *ambulatoria*, *comunitària* o, per exclusió, *extrahospitalària*, com ja hem descrit en els epígrafs de les "bases", i el seu funcionament difereix poc entre els diversos països. A això se sumen les estructures dedicades a la salut col·lectiva, la sanitat o, també coneguda com a *salut pública*, referida als aspectes preventius i epidemiològics de la salut.

Les diferència més importants es troben, no obstant això, en les fórmules de gestió i, sobretot, en el finançament de l'assistència. L'accés a l'atenció mèdica, sanitària, difereix segons el model de gestió. Uns esquemes assistencials mantenen un cert caràcter jeràrquic com s'expressa en l'assistència "primària", en la comunitat, "secundària" o la realitzada per especialistes, i "terciària", la que es duu a terme en centres hospitalaris. Aquesta jerarquització promou que l'accés a cada àmbit d'atenció requereixi el pas per l'inferior i progressar d'una manera gradual depenent de la complexitat del problema de salut, de manera que aquests canvis són una potestat dels professionals.

En d'altres, encara que tinguin diferents àmbits d'assistència en funció d'aquesta complexitat, la jerarquització i la seva gestió es dilueix més, i queden més en mans dels pacients les decisions d'acudir a un àmbit assistencial o un altre.

El primer és més propi de sistemes de finançament públic, mentre que el segon d'adapta més als sistemes de finançament de caràcter privat.

Precisament la influència del mètode de finançament és el factor diferencial més important i un determinant social clar de l'assistència. L'assistència biomèdica està sensiblement homologada en els països occidentals, però, com que el finançament és divers, la repercussió social també és diferent. Des d'un punt de vista purament mèdic hi ha molt poques diferències tant en els recursos emprats com en els resultats mèdics; així, el tractament d'un càncer de mama, la col·locació d'una pròtesi de maluc, l'atenció als nounats prematurs o la prevenció de la grip difereixen molt poc del Canadà al Japó, de Suècia a Andalusia, de Buenos Aires a Varsòvia o de Seattle a Atenes. El que és diferent és com es paga i, per tant, com és l'accés que tenen els ciutadans a aquesta atenció.

Aquí no farem cap estudi comparatiu de models per països, però sí que, per la seva proximitat en el temps, l'actualitat, o l'espai, ens aproximarem als models assistencials dels Estats Units d'Amèrica i de Catalunya.

*Obamacare.* Amb aquest nom Gregory Wallace, periodista de la cadena televisiva CNN, va batejar el programa legislatiu de l'atenció a la salut del Govern dels Estats Units.

Ha estat en aquests últims pocs anys que el model assistencial nord-americà ha adquirit una actualitat notable. El país hegemònic en el món occidental i, des de molts altres punts de vista, del món sencer, s'ha vist implicat en una controvèrsia important pel que fa a l'assistència sanitària, que ha desencadenat molts comentaris i espais televisius, i alhora moviments polítics i econòmics notables. Per la seva singularitat i per la influència que els Estats Units exerceixen en el conjunt de les nacions tractarem d'explicar-ho.

Com és conegut, el sistema assistencial nord-americà, amb unes excel·lències notables, actualment és el més dispendiós del món; consumeix fins gairebé el 15% del seu PIB, mentre que deixa sense cobertura sanitària més de seixanta milions de ciutadans condemnats al fet que qualsevol infortuni els costi no solament la salut sinó també tots els seus recursos econòmics, propietats o diners. I que si no disposen d'aquests recursos, simplement els costi la vida.

Una desproporció o injustícia com aquesta, en el país amb l'economia més potent del món (per bé que no el més ric, perquè això es mesura d'una altra manera), només ha merescut una atenció marginal per part dels governs del partit republicà, fins ara en el poder en l'etapa Bush.

A més de ser un sistema sanitari injust pel que fa a la distribució, té una administració molt dispendiosa. Ho és tant pel cost de la seva gestió, que representa fins a un 35% del cost total en salut, com per l'enorme càrrega que representa per als professionals. Els metges es veuen obligats a gastar temps i diners per

ordenar i organitzar les seves dades i així poder facturar a les totpoderoses organitzacions d'administració (HMO, equivalent a les mútues) que, de vegades, no recompensa l'esforç.

Barack Obama havia promès un canvi substancial en la política sanitària. El seu programa recull una bona part de les propostes que el matrimoni Clinton havia dissenyat durant l'últim mandat de Bill, i que formaven part del programa de Hilary durant la llarga campanya de les primàries del partit demòcrata.

El programa inclou accions per a millorar la qualitat i disminuir els costos de l'atenció sanitària mitjançant tecnologia de la informació, millorar les cures preventives i incrementar l'atenció a les malalties cròniques. Així mateix, es proposen noves regulacions en l'administració de farmàcia per a reduir els costos de la medicació, com ara permetre l'adquisició de fàrmacs a l'estranger, on solen ser més barats.

Mitjançant modificacions en els impostos, s'ofereixen solucions perquè qui, pels ingressos que té, no pot accedir a la beneficència del programa Medicaid, però tampoc no té un prou capacitat econòmica per a pagar-se una assegurança privada, si més no pugui assegurar els seus fills. D'aquesta manera almenys tots els infants nord-americans tindran cobertura sanitària estatal.

A més a més, s'ofereixen retallades en els impostos a les petites i mitjanes empreses que ofereixin plans de salut en els contractes dels seus empleats, cosa que, actualment, només fan les grans empreses i corporacions.

Una mirada superficial pot fer l'efecte que tot això només són pedaços. D'alguna manera sorprèn que un govern tan poderós no sigui capaç d'oferir salut pública a tots els seus ciutadans, tal com estem acostumats a tenir a Europa.

La raó és que, en realitat, el poder de l'Administració federal nord-americana, el de la presidència, és molt més petit del que aparenta. Especialment en les matèries que no estan ja regulades. L'Executiu només pot proposar lleis i les modificacions d'aquestes, les quals després ha d'aprovar el poder legislatiu (el Congrés i el Senat), i, encara que en tots dos hi hagi una majoria partidista favorable a l'Executiu, els representants electes, congressistes i senadors, no han de seguir necessàriament les directrius del partit al qual pertanyen d'una manera tan uniforme com ho fan els parlamentaris espanyols o d'alguns altres països democràtics.

Els congressistes i senadors es deuen a l'electorat dels seus districtes i també als qui van finançar les seves campanyes electorals, sovint les mateixes HMO o les companyies farmacèutiques, els interessos econòmics de les quals pot ser que no coincideixin amb les iniciatives del futur president.

Fins i tot la intenció saludable òbvia de reduir els exagerats costos administratius de la gestió sanitària pot trobar oposició, ja que aquesta administració genera molts llocs de treball i altres interessos econòmics. Aquests treballadors i les empreses el futur de les quals pugui quedar compromès indubtablement valoren més aquest futur que els beneficis que pugui aportar a la salut dels conciutadans una reforma radical del sistema sanitari.

Aquesta iniciativa ha generat una batalla política important que s'ha perllongat durant una bona part de la primera legislatura del president Obama, amb moltes dificultats legislatives degudes a les diferències en les majories de les dues cambres legislatives –el Congrés i el Senat– que han d'aprovar les lleis.

El resultat ha estat la Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA<sup>4</sup>) (Llei de l'atenció a la salut assequible), que va entrar en funcionament el 2010, ratificada pel Tribunal Suprem, enfront de les demandes que s'hi van presentar en contra, finalment el juny del 2012, però amb un seguit de clàusules que s'aniran desenvolupant fins a l'any 2020.

<sup>(4)</sup>Podeu trobar un resum excel·lent de la llei i els detalls d'aquesta a la pàgina de la Wikipedia en anglès.

Amb això s'amplia la cobertura sanitària a segments de la població que fins ara queden al descobert i s'espera reduir els costos generals de la sanitat als Estats Units.

És important entendre que el país més poderós del món i líder de les economies capitalistes finalment ha accedit a incorporar un sistema d'atenció a la salut que amplia la cobertura sobretot a la part de la població que, fins ara, no s'ho podia permetre. I que això ha succeït després que sistemes de protecció social que incloguessin l'atenció a la salut ja estaven en funcionament en països occidentals des de fa més de setanta anys.

Les propostes de l'Organització Mundial de la Salut es limiten a considerar la salut un dret bàsic de les persones. La manera i la mesura en què aquest dret ha de ser protegit i promogut es deixa que ho decideixi cada país. Els països occidentals, des de fa dècades, van entendre que el dret a la salut era un pilar fonamental de les llibertats i del que s'ha anomenat *estat del benestar*. Ara bé, si l'accés a una atenció sanitària suficient és inassolible per a segments importants de la població, atès el seu cost, aquest dret a la salut es veu indefectiblement conculcat.

Que els Estats Units finalment accedeixin a organitzar un sistema o model sanitari que sigui "assequible" per a la immensa majoria dels ciutadans marca un camí definit de model per a tots els països amb una visió del que l'estat del benestar representa com a element de la justícia social.

## 9.2. El model sanitari català

Integrat en el que s'ha definit com a *model assistencial biomèdic hegemònic*, el model sanitari català no és gaire diferent de la manera com es practica la medicina a Occident en general i a Espanya en concret (és a dir, en les altres comunitats autònomes). No obstant això, atès que la seu d'aquest curs de post-grau és a Catalunya i entenen el caràcter **universal** de la nostra universitat, hem considerat convenient incloure una referència breu a l'anomenat *model sanitari català* i les peculiaritats d'aquest, que ho són essencialment pel que fa a la gestió i l'administració dels recursos. És un sistema assistencial universal i pagat per mitjà dels impostos, com ja s'ha comentat. Tanmateix, el Departament de Salut del Govern català insisteix molt a parlar de "model" i, en aquest sentit, s'ha explicat i fins i tot exportat a altres zones geogràfiques.

Pàgina principal de CatSalut (Servei Català de la Salut)

The screenshot shows the homepage of the Generalitat de Catalunya's CatSalut website. At the top, there is a search bar and navigation links for 'Contacte', 'Mapa Web', and 'Castellano'. Below the header, there are several icons representing different services: CAP (Primary Care), a person at a computer, a mobile phone, a hand pointing to a screen, a family, a person in a wheelchair, and an elderly person. The main content area is divided into several sections:

- L'accés al sistema de salut**: Qui és assegurat del CatSalut?, La targeta sanitària individual, Desplaçaments.
- Serveis d'atenció a la salut**: Quins serveis ofereix el CatSalut?, Com s'hi accedeix?, Valoració dels serveis d'atenció a la salut, Drets i deures de la ciutadania.
- Guia de centres i equipaments**
- Urgències mèdiques**
- Què vols fer?**: Gestions relacionades amb la targeta sanitària individual (TSI) i les dades personals, Gestions relacionades amb la programació de visites, els diagnòstics, l'elecció del metge i l'elecció del centre on voler ser atesos, Certificats i informes mèdics, Rescabaments de despeses sanitàries, Urgències mèdiques, Donació de sang, Donació d'òrgans, Reclamacions o suggeriments, Sol·licitud d'informació.
- Què vols saber?**: Informació general bàsica, La targeta sanitària individual, Centres i atenció primària i comunitària, Desplaçaments, Recetta electrònica, Altres drets i cobertures de les persones assegurades.

On the right side, there are several featured services and portals: '061 CatSalut Respon', 'Portal de Transparència', '061 CatSalut Respon', 'Oficina Virtual de Tràmits', 'Copagament dels medicaments', and 'Accés a la cobertura sanitària del CatSalut'.

CatSalut, o Servei Català de la Salut, és l'ens públic que assegura la salut de la població de Catalunya. CatSalut n'és la forma abreujada.

El CatSalut és una peça clau dins el model sanitari català, ja que s'encarrega de garantir l'assistència sanitària integral i de qualitat per a tota la població. L'organització, tant en l'àmbit de serveis sanitaris com en l'àmbit territorial, es concreta a les regions sanitàries.

La informació en línia permet conèixer els pressupostos de la sanitat pública catalana.

S'hi incorporen formes diverses de gestió. A la pàgina web, s'ofereix accés a les empreses públiques i els consorcis en els quals participa el CatSalut, i se n'expliquen els objectius i les característiques principals.

### Web

Si voleu saber més coses del sistema sanitari català, podeu consultar la pàgina web del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Els millors professionals i els millors serveis sanitaris constitueixen el conjunt dels proveïdors, que estan sempre al servei dels assegurats.

El sistema de salut de Catalunya integra i prioritza la salut pública (incloent-hi la salut laboral i mediambiental), l'atenció sanitària i els serveis sanitaris i socials d'atenció a la dependència. Es tracta d'un nou model adaptat a les necessitats de tothom; és a dir, els ciutadans, els professionals, els gestors o els polítics.

El model sanitari es va concretar el 1990 en la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), que creava el Servei Català de la Salut i consolidava un sistema sanitari mixt, propi del país, amb l'extensió del model a totes les línies de productes sanitaris i sociosanitaris.

Es tracta d'un model sanitari que integra en una sola xarxa d'ús públic tots els recursos sanitaris, tant si són de titularitat pública com si no, i que recull una tradició d'entitats (mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església catòlica, etc.) històricament dedicades a l'atenció de la salut.

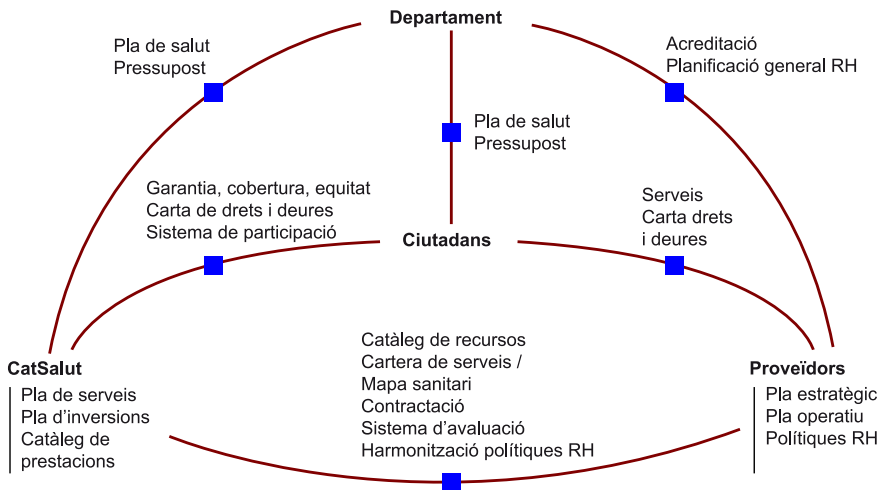
Aquest model d'integració es va iniciar amb la xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP). Des de la XHUP, el model es va estendre a altres línies (primària, sociosanitària i salut mental) i a altres serveis sanitaris (emergències i transport sanitari).

El Servei Català de la Salut (CatSalut) va néixer el gener del 1991 i va esdevenir l'ens de planificació, finançament, avaluació i compres dels serveis sanitaris.

Actualment, el CatSalut actua com a garant de les prestacions sanitàries de cobertura pública i el Departament de Salut recupera la funció de planificació i avaluació, i promou un projecte de descentralització que permetrà incorporar els ajuntaments al govern territorial de salut.

El CatSalut compra i avalua els serveis sanitaris segons les necessitats de la població, a més de desenvolupar una gestió integral de l'oferta i la demanda, d'una banda, i la comunicació amb la ciutadania i la participació d'aquesta, de l'altra.

Agents que intervenen en el model sanitari català



**Alguns URL del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya**

- Pla de salut per a Catalunya 2011-2015.
- Model sanitari catalan: un model d'excel·lència.
- El model sanitari català: El sistema de salut.



## Resum

Els models sanitaris o d'atenció a la salut existents no es poden entendre com a sistemes independents o estancs. Ni tan sols entra en qüestió la seva compatibilitat o, fins i tot, la seva possible competència. Els esforços definidors sovint es fan a partir de factors històrics, dels seus orígens, i potser també en relació amb el seu reconeixement legal, especialment a l'efecte del seu finançament per part dels poders públics.

La realitat és que tots conviuen en l'univers de la salut i de la malaltia, i tant els uns com els altres prenen detalls i s'alimenten de fonts intercanviables i, sobretot i en qualsevol cas, a Occident es construeixen per la relació que tenen amb el model biomèdic hegemònic que, si alguna cosa és, és precisament això, que és hegemònic.

El fet d'estendre's a polemitzar qualitats i defectes, a banda que sovint és un exercici ocios, només s'ha de fer en funció de l'eficàcia.

Les consideracions legals queden de banda i les ètiques i les deontologies s'han de plantejar davant els abusos o les falòrnies i, en la mesura que sigui possible, cal evitar els prejudicis en qualsevol sentit.

El lector i el professional prudent han de mantenir la ment oberta a totes les realitats i, en tot cas, han d'intentar entendre-les en els contextos socials i culturals corresponents, que és on adquireixen sentit. Aquest sentit comú que, de tota manera i com afirma Clifford Geertz, és també una construcció sociocultural.



## Bibliografia

**Allué, X.** (1999). *Urgencias, abierto de 0 a 24 horas. Factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas*. Saragossa: Mira Editores.

**Allué, X.** (2001). "La competencia cultural de los médicos". A: XV Congrès de l'SVMFIC (pàg. 243-253).

**Allué, X.** (2003). "La competencia cultural de los médicos de asistencia primaria". *Revista Valenciana de Medicina de Familia* (pàg. 38-44). Peníscola: XV Congrès de la Societat Valenciana de MFiC.

**Allué, X.** (2009). "La suerte y el infortunio en la salud y en la enfermedad". *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar* (any, 9, núm. 4, pàg. 4-8).

**Cassasas, O. i altres** (1990). *Diccionari enciclopèdic de medicina*. Barcelona: Enciclopèdia Catalana, ACMCB.

**Comelles, J. M. i altres** (1991). *L'Hospital de Valls. Assaig sobre l'estructura i les transformacions de les institucions d'assistència*. Valls: Institut d'Estudis Vallencs.

**Comelles, J. M.; Martínez, A.** (1993). *Enfermedad, cultura y sociedad. Un ensayo sobre las relaciones entre la Antropología Social y la Medicina*. Madrid: Eudema.

**García Novo, E.** (1989). "Introducción a los libros de epidemias". A: *Tratados hipocráticos, epidemias* (pàg. 7-44). Madrid: Gredos.

**Geertz, C.** (1993). *Local knowledge*. Londres: Fontana Press.

**Gracia, A. i altres** (2009). "Craniosynostosis in the Middle Pleistocene human Cranium 14 from the Sima de los Huesos, Atapuerca, Spain". A: *Proc. Natl. Acad. Sci.* (vol. 106, núm. 16, pàg. 6573-6578).

**Hipòcrates de Cos. II** (1986). *Sobre los aires, las aguas y los lugares*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos. III** (1986). *Sobre la dieta*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos. IV** (1988). *Tratados ginecológicos*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos. V** (1989). *Epidemias*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos. VI** (1990). *Enfermedades*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos. VII** (1993). *Tratados*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hipòcrates de Cos.** *Tratados hipocráticos*. Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

*I Juramento, ley, sobre la ciencia médica* (1983). Madrid: Editorial Gredos ("Biblioteca Clásica").

**Hublin, J. J.** (2009). "The prehistory of compassion". A: *Proc. Natl. Acad. Sci.* (núm. 106, pàg. 6429-6430).

**Kleinman, A.** (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

**Kleinman, A.** (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. Nova York: Basic Books.

**Láin Entralgo, P.** (1970). *La medicina hipocrática*. Madrid: Alianza Editorial.

**Lordkipanidze i altres** (2005). "The earliest toothless hominid skull". A: *Nature* (núm. 434, pàg. 717-718).

**Mallart i Guimerà, L.** (1983). *La dansa dels esperits. Itinerari iniciàtic d'un medecinaire africà*. Barcelona: La Llar del Llibre.

**Menéndez, E. L.** (1993). "Familia, participación social y proceso salud/enfermedad/atención. Acotaciones desde las perspectivas de la Antropología Médica". A: F. J. Mercado i altres (comp.). *Familia, salud y sociedad* (pàg. 130-162). Mèxic: Universidad de Guadalajara.

**Menéndez, E. L.** (1978). "El modelo médico y la salud de los trabajadores". A: F. Basagliab i altres. *La salud de los trabajadores* (pàg. 11-53). Mèxic: Nueva Imagen.

**Nogier, P.** (1977). *Introducción práctica a la auriculoterapia*. Mallorca: Fundación Kovacs.

**Scheper-Hughes, N.** (1992). *Death Without Weeping. The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

**Scheper-Hughes, N.** (1997). *La muerte sin llanto. Violencia y vida cotidiana en Brasil*. Barcelona: Ariel.

**Zempléni, A.** (1985). "La maladie et ses causes". A: *L'Ethnographie*, 96/97 (pàg. 13-45).