

Lliçó inaugural de curs 2002

LA MEDICINA QUE HE VISCUT

Joaquím Tornos i Solano^a

Excel·lentíssim Senyor President
Digníssimes Autoritats
Molt Il·lustres Senyores i Senyors Acadèmics
Senyores i Senyors

D'acord amb la tradició i el reglament d'aquesta institució, avui tinc l'honor d'ocupar aquesta tribuna, per a llegir el discurs inaugural del curs, i bé que ho sento, ja que la solemnitat de l'acte i el prestigi de l'Acadèmia aconsellen exposar un tema d'alt contingut científic, al qual s'hagi contribuït amb especial atenció. Però, conscient de les meves limitacions i essent fidel a la frase que diu "mai no escriguis ni parlis del que no saps", he escollit parlar-los sobre "La Medicina que he viscut, 1944-1988", que tindrà, almenys, el mèrit de ser una cosa viscuda intensament.

La medicina, des que vaig acabar la carrera al 1944 fins a la meva jubilació el 1988, ha experimentat tants canvis, tant pel que fa a l'aspecte científic com en l'exercici professional, que era difícil de preveure.

Pertanyo a la primera generació de metges immediatament posterior a la nostra Guerra Civil. Espanya no s'havia recuperat de les seves terribles conseqüències i de l'aïllament al qual es va veure sotmesa després de la Segona Guerra Mundial. Les condicions socioeconòmiques eren molt dolentes. La guerra va acabar el 1939 i el 1950 encara continuaven les cartilles de racionament.

La medicina, que havia iniciat el seu camí científic en el segle XVII, és en el segle XIX i primeres dècades del segle XX quan adquireix un signe científic d'indiscutible signe positiu. L'estudi analític dels humors en el laboratori, l'observació macroscòpica dels òrgans en l'autòpsia i les troballes histològiques constituïen els pilars bàsics de la medicina com a ciència.

A principis del segle XX dominen els estudis de microbiologia, de bioquímica, d'histologia, d'immunologia i això es tradueix en la concessió del Premi Nobel de Medicina a Von Behring pels seus treballs d'immunologia (1901), a Pavlov el de fisiologia (1904), a Roberto Koch pels seus estudis en microbiologia (1905), a Santiago Ramón y Cajal pels seus tre-

balls sobre la teoria de la neurona (1907), a Iliya Metchnikoff d'immunologia (1907) i a Eijkman pels seus treballs sobre les vitamines (1929).

Les escoles més importants on es duïen a terme les investigacions sobre aquests camps eren a Europa -França, Alemanya i Àustria- i allà van acudir personalitats destacades del nostre món mèdic, per a aprendre els ensenyaments dels grans mestres i traslladarlos al nostre país i situar-lo a nivell europeu. En realitat, la incorporació d'Espanya a Europa s'inicia a finals del segle XIX i s'incrementa ja entrat el segle XX. A la capçalera de tots els que van contribuir a aquesta incorporació a Europa es troba el nostre Santiago Ramón y Cajal.

A Espanya, funcionaven abans de la Guerra Civil, amb gran prestigi, escoles com la de fisiologia de Negrin a Madrid, la d'August Pi i Suñer a Barcelona i les Escoles de Medicina de Jiménez Díaz a Madrid i de Pedro Pons a Barcelona. Però la Guerra Civil va influir negativament en el desenvolupament, ja que força figures es van veure obligades a exiliar-se i a continuar els seus ensenyaments a l'estranger, com el Dr. August Pi i Suñer, el qual es va veure obligat a continuar la tasca iniciada a l'Institut de Fisiologia de la Facultat de Medicina de Barcelona, reconeguda internacionalment, a Caracas, on se'l recorda com un dels grans mestres de la medicina veneçolana, o com el Dr. Trueta, il·lustre cirurgià ortopèdica, que es va exiliar i va continuar la seva obra a Oxford, on la Universitat el va nomenar Catedràtic de Cirurgia Ortopèdica el 1948.

Acabada la Guerra Civil, la ciència mèdica estava representada per la Universitat i la medicina interna era liderada pels professors Carlos Jiménez Díaz i F. Enríquez de Salamanca, a Madrid, pel Professor Bañuelos, a Valladolid, i pel Professor Pedro Pons, a Barcelona.

A les seves escoles es formaven els catedràtics que ocuparien les càtedres de patologia mèdica de tota Espanya, la màxima aspiració de la majoria dels quals era arribar a ocupar una càtedra a Madrid o Barcelona.

Quan vaig arribar a Barcelona el 1944, seguint el Professor Gilbert Queraltó, al costat del qual vaig continuar la meva formació, el Professor Pedro Pons portava disset anys regentant la Càtedra de Patologia i la Clínica Mèdica A, i la seva escola era ja el buc insígnia de la medicina catalana. El Professor Soriano, gran mestre, feia dos anys que era catedràtic, i desen-

^aAcadèmic numerari

volupava la seva tasca a l'espai de l'Hospital Clínic, que havia ocupat el Professor Ferrer Solervicens, figura molt admirada per tots els que s'havien format al seu costat.

La Medicina s'anava enriquint de coneixements científics. En aquells anys (1940-1950), eren freqüents les discussions entre els defensors de la patologia organicista científica, i els que defensaven la patologia funcional de Von Bergam i els partidaris de la patologia psicosomàtica, defensada entre nosaltres pels doctors Rof Carballo i R. Sarrò, entre altres. Naunyn (1858-1931) havia sentenciat que la "medicina serà una ciència o no serà res".

A Espanya, Jiménez Díaz defensava amb constància la medicina científica organicista. En una conferència pronunciada el 1951 sobre "Camins de la Medicina i orientació del Metge. Medicina Humana" deia: "Abans que res cal desvetllar-se a buscar el que és orgànic per a tractar la malaltia del pacient. Després, quan hi hagi lloc, i en la mesura justa, atendre l'aspecte psíquic pensant en la terapèutica, no en el diagnòstic". Els posteriors avanços científics i tecnològics vindran a donar-li la raó.

Com havia previst William Osler (1840-1919) la medicina interna era la especialitat més completa i la més sol·licitada i gratificant i, en efecte, els internistes ocupaven els càrrecs més importants de la Universitat i dels hospitals. L'exemple el teníem en Pedro Pons, que era el cap més representatiu de la medicina catalana i així va continuar fins a la seva mort el 1971. Permetint-me que aprofiti aquesta ocasió per a recordar la gran figura del malaurat Farreras Valentí, que tant va contribuir a mantenir i a augmentar el pretigi de l'Escola del seu mestre, de la qual després, afortunadament, un altre deixeble de tots dos, el Professor Rozman, avui entre nosaltres, va assumir la responsabilitat i va continuar la tasca d'ambdós mestres. I no només l'ha continuat, sinó que l'ha elevat.

Les especialitats, en aquells anys, van experimentar un brot de creixement bastant significatiu, d'acord amb els coneixements de l'època i de les tècniques que apareixien. En Cardiologia, per exemple, l'electrocardiografia i la radioangiografia es convertien en tècniques de diagnòstic corrents. El mateix passava en la resta d'especialitats que s'anaven desenvolupant sota la tutela dels catedràtics de medicina interna, excepte les que ja existien extrauniversitàriament, com l'Escola d'Aparell Digestiu del Dr. Gallart, a l'Hospital de Sant Pau, fundada el 1913.

Pedro Pons va estimular diversos dels seus col·laboradors perquè profunditzessin en l'estudi d'alguna de les àrees de la medicina i, en els dispensaris de la seva càtedra, estaven representades totes les especialitats mèdiques de l'època, i allà es van iniciar i se'n van formar molts que van acabar sent prestigiosos especialistes, sense deixar de sentir la medicina interna com a centre integrador i generador de solució per a tots els problemes, com defensava el seu mestre. A la Clínica Mèdica C, el Professor Gibert Queraltó, acabat d'a-

rribar a Barcelona (1944), sense disposar d'espais dignes a l'hospital i amb escassos mitjans econòmics, va donar des del primer moment un impuls preferent a la cardiologia i va aconseguir del Ministeri d'Educació la creació de l'Escola de Cardioangiologia de la Universitat de Barcelona (1952), a través de la qual va començar la moderna cardiologia espanyola.

Lògicament, les primeres societats i els primers congressos celebrats per les respectives especialitats eren presidits pels professors Jiménez Díaz o Pedro Pons.

El títol d'especialista no estava reconegut oficialment i els col·legis de metges expedien alguns títols que no garantien una bona formació; però en els primers anys de la dècada dels 50 es va iniciar la creació de les escoles professionals de les especialitats dependents de la Universitat. Allí es dictaven cursos de l'especialitat respectiva i es formaven especialistes de qualitat acreditada i així es va continuar fins a la posada en marxa del sistema de metges interns residents (MIR 1970) en els hospitals de la Seguretat Social que, posteriorment, es va estendre a la resta d'hospitals acreditats i que va acabar essent l'única via per a accedir al títol d'especialista, reconegut oficialment. Aquesta decisió va marcar una fita importantíssima en la història de la medicina espanyola moderna; però és de justícia reconèixer el gran paper que van desenvolupar les escoles professionals com a pioneres en la formació d'especialistes de qualitat.

La nostra formació, d'acord amb els coneixements de l'època, va ser clínica, la que vam aprendre dels nostres mestres passant visites a les sales de l'hospital, en les sessions clíniques i anatomoclíniques. Anàvem a l'Hospital Clínic amb gran il·lusió, desitjosos d'aprendre i de perfeccionar la nostra formació, i hi anàvem sense obtenir remuneració econòmica, ja que a l'hospital només cobrava el personal d'administració i els equips de guàrdia. A l'hospital passàvem moltes hores aprenent a observar, a interrogar, a palpar, a auscultar, a interpretar anàlisis, radiografies i assistint a les autòpsies. Estar al dia dels coneixements de l'època i arribar a ser un virtuós en l'observació, l'interrogatori i l'exploració clínica, per a orientar el diagnòstic, era l'objectiu fonamental de la nostra formació.

La medicina anava avançant en el coneixement dels mecanismes biològics de les malalties i el seu diagnòstic, però era molt pobre en recursos terapèutics –em refereixo als anys 40, que precedeixen a l'arribada dels antibiòtics-. Domagk havia descobert el Prontosil, la primera de les sulfamides (1932); s'anaven coneixent els glucòsids de la digital, els diürètics de mercuri, els salicilats. S'anava aïllant l'adrenalina, sintetitzada per Stone el 1950. La insulina va ser aïllada per Banting i Best el 1921, etc. La terapèutica era pràcticament simptomàtica i a base de placebos.

La tuberculosi feia estralls, els sanatoris estaven plens de malalts que morien tòxics víctimes de la forma més freqüent de tuberculosi, víctimes de pancarditis, deixava seqüeles

vasculars, moltes de les quals conduïen a la mort en plena joventut. La sífilis, la tifoïde, la tuberculosi, la cirrosi hepàtica, etc., omplien les sales dels hospitals.

En aquests anys, s'exercia una medicina tradicional, liberal, paternalista. La feina del metge era individual i quan es veia incapaç de formular un diagnòstic acudia a la consulta d'un col·lega de la seva confiança. El metge de capçalera gaudia de gran consideració. La seva feina era molt sacrificada, esgotadora, però ens hi lliuràvem apassionadament. Personalment, recordo amb veritable nostàlgia aquella etapa de la meua vida com a metge de capçalera, que ha ocupat gran part de la meua vida professional.

Si avui, als metges joves, els explico que anava a instaurar un pneumotòrax terapèutic als tuberculosos al seu domicili o que, a qualsevol hora del dia o de la nit, anava a atendre un edema agut de pulmó o qualsevol altra urgència proveït només del fonendoscopi i l'esfigmomanòmetre, es queden perplexos.

A l'hospital, hi acudien pobres de solemnitat. Recordo amb tristesa l'aspecte d'aquelles joves tuberculosos que passaven a la sala els últims dies de la seva vida i a les quals només podia oferir l'alleujament d'alguns dels seus símptomes i el consol de l'afecte procurant mantenir-los l'esperança d'una curació impossible.

A mesura que la medicina avançava científicament s'anaven assolint conquestes socials. En tots els països s'anava prenent consciència que el dret a la salut s'havia de reconèixer com un dret fonamental de tot ésser humà, i que els beneficis de la medicina s'havien d'estendre a tots els components de la societat. Aquestes noves idees van propiciar els naixement de les assegurances socials obligatòries, que ja Bismarck havia implantat el 1884 i que posteriorment es van estendre a la resta de països europeus.

A Espanya es va instaurar l'Assegurança Obligatòria de Malaltia (SOE) el 1943 i va iniciar la seva activitat el gener de 1944. Cobria amb la seva protecció 7.000.000 d'espanyols, tot i que en quedaven exclosos sectors tan importants com els treballadors del camp i del servei domèstic. La implantació del SOE va ser aollida amb molta reticència per molts metges, especialment per les figures més influents de la medicina. Amb totes les seves deficiències, l'assistència mèdica partia amb noves bases que res no tenien a veure amb l'antiga beneficiència; però els metges, que ja se sentien explotats per les mútues mercantils, veïen en el SOE l'inici de la socialització de l'assistència sanitària i intuïen que, amb el temps, s'estendria a tota la població i s'acabaria la medicina privada. No es van equivocar en el pronòstic. Aleshores es va iniciar el declivi de la medicina tradicional, lliure i individual.

En el Col·legi de Metges es desplegava gran activitat en defensa dels interessos professionals. Entre els metges que dedicaven part de la seva tasca a aquesta activitat va destacar el Dr. José Espriu Castelló, que va concebre la idea d'or-

ganitzar una assistència mèdica col·lectiva que per sobre de la rendibilitat buscava la solidaritat dels metges, per a l'obtenció de l'exercici digne i eficaç sense vinculació a cap altra entitat que no fos el Col·legi de Metges. A la defensa d'aquest ideal ha dedicat tota la seva vida i el 1957 va fundar l'Igualatori Col·legial del Col·legi de Metges de Barcelona, denominat Assistència Sanitària Col·legial. Ha acabat el seu recorregut havent creat l'obra assistencial privada de tipus cooperatiu més gran del país i el seu projecte del cooperativisme sanitari integral, la defensa i expansió del qual realitza la Fundació Espriu, ha assolit gran projecció internacional. Com a premi a la seva gran obra com a metge social, aquesta casa el va acollir en el seu si com a acadèmic numerari el 10 d'abril de 1994.

Pocs anys després d'acabada la Segona Guerra Mundial, en el transcurs de la dècada dels 50, es van desenvolupar aquests avanços, en totes les branques del saber, que revolucionaran totes les estructures del món i totes les manifestacions de la vida humana.

En medicina es produeixen acceleradament progressos importants en anatomia patològica, en bacteriologia, en bioquímica, en immunologia. Watson i Crick descobreixen l'estructura molecular de l'ADN (1953) i pocs anys després, es concedeix el Premi Nobel de Fisiologia i Medicina a Severo Ochoa pel descobriment de l'enzim polinucleòtid fosforilasa i la síntesi de l'àcid ribonucleic (1959). S'inicia la biologia molecular.

Apareixen noves tècniques que permeten aprofundir en el coneixement de les malalties; però, a més, en aquests anys, es produeix una autèntica revolució terapèutica que s'inicia amb els antibiòtics: la penicilina, l'estreptomicina, l'ús clínic de la qual s'introdueix a finals de la dècada dels 40 i continua amb la cortisona, els antiinflamatoris no esteroïdes, els antihipertensius, els diürètics orals, i el nombre de medicaments s'anirà incrementant amb nous antibiòtics, quimioteràpics, bloquejants dels receptors de membranes cel·lulars, psicòtrops, immunosupressors, etc, que formen l'impressionant arsenal terapèutic actual.

Les especialitats s'enriqueixen amb noves tècniques i gabinets d'exploracions funcionals. S'incrementa la celebració de congressos nacionals i internacionals de les diverses especialitats i comencen a aparèixer treballs científics espanyols en revistes internacionals del màxim prestigi, que donen fe del nivell que anava assolint la nostra medicina, ja que anteriorment aquests revistes no solien acceptar treballs de procedència espanyola.

Seguíem il·lusionats tots aquests progressos científics, les noves tecnologies, el creixent desenvolupament de les especialitats. La medicina era cada vegada més científica, més tecnificada. Però en l'assistència al malalt es continuava donant absoluta prioritat a la clínica.

El SOE anava augmentant la cobertura de les seves prestacions. Es va estendre la cirurgia a totes les especialitats, al

mateix temps que s'esforçava a millorar la imatge de la seva assistència. En aquest sentit, va contractar com a consultors els catedràtics que ho van desitjar, per a atendre els problemes que es podien presentar en els malalts quirúrgics hospitalitzats en els seus propis hospitals, anomenats residències, i operats pels cirurgians de del propi centre. També s'intentarà millorar l'assistència en els ambulatoris, sense èxit.

La sanitat continuava dispersa en vuit ministeris més la Presidència del Govern i tots ells participaven en les tasques assistencials. D'aquesta manera, existien metges del SOE, del 18 de juliol, de Sanitat Militar, de l'ajuntament, d'empresa, de registre civil, etc. Hi havia la possibilitat de tenir plaça de metge en diversos d'aquests òrgans, s'afavoria la pluriocupació que, si bé era necessària per a subsistir, no va evitar que algun professional, que avui titllàriem de "caçasous", acumulés sense escrúpols cinc o més ocupacions tot i saber que no les podia atendre personalment.

La dècada dels anys 60 és molt pròdiga en grans esdeveniments polítics, culturals i socials. Van tenir lloc la Guerra de Vietnam (1964-1968), els assassinats de Martin Luther King i Robert Kennedy (1968), els esdeveniments del maig francès, el Concili Vaticà II, l'arribada de l'home a la Lluna (1969), etc. En medicina es continuaven produint, acceleradament, nous descobriments, noves tècniques, i es van aconseguir èxits insospitats, que ens meravellaven. Serveixi, com a exemple, l'impacte que va produir en el món la notícia del primer trasplantament de cor humà, dut a terme a Ciutat del Cap pel cirurgià Barnard (1967).

A Espanya, la medicina va donar un salt important amb la introducció de les modernes tècniques diagnòstiques i terapèutiques existents: l'endoscòpia, l'ecografia, els progressos en radiologia, la medicina nuclear radioimmunològica. Però continuàvem arrossegant les conseqüències de la Guerra Civil amb una sanitat dispersa, antiquada en les seves estructures i, per tant, continuàvem endarrerits en relació amb la medicina que s'estava practicant en els països més avançats, com els EUA i el Regne Unit. Els metges que volien aprendre les noves especialitats o perfeccionar-se en les existents es traslladaven a aquests països... substituint el predomini de l'antiga formació europea.

Per a modernitzar la nostra medicina era absolutament necessari i urgent escometre profunds canvis en tots els nivells de la nostra sanitat. Es va optar per crear, en primer lloc, hospitals moderns, ben dissenyats i equipats amb les tecnologies ja existents i amb les noves que anaven apareixent, organitzats en departaments i serveis jerarquitcats, en els quals es pogués exercir la medicina moderna amb el consegüent desenvolupament de les especialitats i es fomentés l'ensenyament i la investigació.

La Seguretat Social, que tenia més recursos, va crear els nous hospitals en els quals es va iniciar la transformació de la medicina espanyola. La Universitat, mancada de recursos

i aferrada a la conservació dels seus privilegis, va quedar en segon pla i va perdre l'hegemonia rectora de la medicina.

El 1964 es va crear a Madrid la Clínica Puerta de Hierro com a hospital pilot dels nous hospitals i es va crear, a Madrid també, la Clínica de la Paz. Els catedràtics Segovia de Arana i Ortiz Vázquez van abandonar la Universitat per a dirigir aquests centres. Mentrestant, es van anar creant centres similars, distribuïts per la resta de la geografia espanyola, que s'afegien a les primeres residències del SOE.

Per primera vegada es podia practicar a Espanya una medicina com exigien els temps i es convocaven places en aquests hospitals, amb una remuneració econòmica que aleshores era digna, fins a tal punt que alguns metges van abandonar l'exercici privat. Però l'evolució de les condicions econòmiques va obligar la majoria a compartir l'activitat hospitalària pública amb la medicina privada. Tot i així, avui, encara existeixen força professionals que exerceixen tota la seva activitat en els hospitals públics malgrat que les condicions del seu treball no siguin sempre suficientment adequades ni ben remunerades econòmicament.

Aquests centres van adquirir ràpidament gran prestigi. A Barcelona, junt a la residència de la Vall d'Hebron, inaugurada l'any 1952, es van construir el 1966 i el 1968 l'Hospital Infantil, la Maternal i l'Hospital de Traumatologia i Rehabilitació. Així va quedar constituïda la Ciutat Sanitària de la Vall d'Hebron. En aquests centres aviat es va fer notar la millora del canvi, l'Hospital Infantil, dirigit pel nostre consoci el Dr. Ballabriga, ràpidament es va convertir en el punt de referència de la medicina pediàtrica moderna, assolint un gran prestigi nacional i internacional.

Els nous hospitals van ser el motor d'arrancada on es va iniciar la transformació que la medicina espanyola experimentaria en els pròxims anys. Calia estendre aquesta revolució hospitalària, en primer lloc, als hospitals universitaris, que se sentien justament discriminats. Calia modernitzar-los, adaptar-los a la nova organització, i se n'havien de crear de nous i aprofitar la resta dels hospitals. S'escometen grans reformes, estructurals i funcionals en tot el sistema sanitari per a adaptar-lo a les noves exigències científiques i socials.

L'hospital, nom associat des de sempre a beneficència, al qual acudien els pobres de solemnitat, es converteix en el centre neuràlgic del sistema sanitari i així continuarà ja. L'hospital adquireix tanta importància social, assistencial i econòmica en la sanitat, que va sorgir la necessitat de persones que dediquessin la seva activitat a la complexa missió de planificar i gestionar, d'acord amb les noves exigències que la societat demanava. El nostre consoci el Dr. Asenjo va ser un dels pioners en aquesta especialitat, l'obra del qual queda reflectida en el seu discurs d'ingrés a aquesta casa, que va versar sobre "Aspectes fonamentals de la planificació hospitalària".

A finals dels anys 60 i primers dels 70 es van incorporar als hospitals de la Seguretat Social els primers metges interns i

residents (MIR), per a la seva formació i especialització i després es van incorporar als hospitals universitaris i a d'altres que es van anar acreditant amb tal finalitat. La importància dels MIR, en la gènesi i la posada en marxa dels quals va col·laborar un altre dels nostres consocios, el Dr. Vilardell, va ser decisiva per a la formació d'especialistes de reconegut nivell i per a modernitzar la nostra medicina.

A l'hospital es van concentrar els serveis millor ocupats amb les tècniques més modernes per al millor coneixement de les malalties de diagnòstic i tractament complex. A l'hospital s'exerceix la medicina científica de millor qualitat en relació amb els recursos de què disposa i es dispensa també la funció docent i investigadora, en virtut dels convenis que es van establir amb el Ministeri d'Educació i Ciència. La medicina hospitalària conquereix ràpidament un gran prestigi, al mateix temps que s'anava deteriorant injustament la medicina extrahospitalària. Les especialitats van assolir el seu màxim desenvolupament i prestigi en els hospitals i la medicina interna perd l'hegemonia de la qual havia gaudit fins aleshores i passa a mans dels especialistes.

En aquesta anys, a més, la Seguretat Social amplia la seva cobertura i admet l'hospitalització dels seus malalts mèdics en els seus propis hospitals. A Barcelona es va crear el Departament de Medicina Interna el 1968, dins de la residència creada el 1952, per a l'atenció de malalts quirúrgics pels cirurgians del centre.

L'administració de la Seguretat Social volia millorar l'assistència en els seus hospitals, contractant professors universitaris en excedència o jubilats, i va contractar el Professor Pedro Pons, la figura més prestigiosa i emblemàtica de la medicina catalana, que acabava de jubilar-se de la Universitat.

L'últim dia de setembre de l'any 1968 va iniciar la seva tasca, acompanyat d'un grup de deixebles que volien continuar treballant amb el seu mestre. L'empresa, il·lusionant, no era fàcil. Calia començar de zero i organitzar l'estructuració i el funcionament del Departament en un hospital ocupat, gairebé en la seva totalitat, per malalts quirúrgics i dirigit per inspectors mèdics subordinats a complir les ordres de l'Institut Nacional de Previsió.

En aquestes condicions va iniciar la seva obra el Professor Pedro Pons, que encara que breu, per la seva mort brusca, el 1971, va ser densa, i el Departament va quedar impregnat del seu esperit. He assenyalat la dificultat d'aquelles dates perquè, després de la seva mort, va recaure sobre mi la responsabilitat de substituir-lo en la direcció i les vaig viure intensament.

Recordaré com a fet significatiu d'aquells anys que, al marge de la carència de mitjans -tot just disposava d'una màquina d'escriure i un mal despatxet-, el que cridava més l'atenció és que qualsevol reforma que plantegés, com ara revisar la plantilla de places, tipificar algunes places com a especialistes, crear un servei d'especialitat, etc., l'havia d'ex-

posar, com era lògic, al director, però en realitat, si volia que les meves propostes fossin acceptades, calia comptar amb el recolzament d'un sindicalista, que era qui es traslladava a Madrid amb la proposta i aconseguia que fos aprovada. El sindicalista tenia més poder que el director davant les instàncies de l'Institut Nacional de Previsió. Anys després i, després de la lluita mantinguda entre el Consell Nacional de Col·legis de Metges i l'Institut Nacional de Previsió, es va anar controlant el poder absolut del INP i es va aconseguir, per exemple, que les places fossin adjudicades per concurs oposició, i el poder del sindicalista va anar decreixent. Els problemes, que eren molts, s'anaven superant en la mesura que podíem i el Departament ha continuat el seu recorregut i crec que els seu fundador avui no se sentiria defraudat.

Totes aquestes reformes es van produir a les dècades dels 60 i 70, dirigides autoritàriament des de la Seguretat Social i portades a terme sense una prèvia planificació raonada i global de tot el sistema sanitari. Van ser, sens dubte, importants però també insuficients, i la seva implantació va coincidir amb una situació sociopolítica cada vegada més conflictiva en la nostra societat.

La societat espanyola expressava cada vegada amb més força la seva oposició al règim dictatorial, que restringia llibertats tan essencials com la llibertat d'expressió, d'associació, etc. Les joventuts universitàries i sanitàries eren cada vegada més actives en les seves reivindicacions per una Universitat i una sanitat millor. Les joventuts mèdiques exigien la creació d'un Ministeri de Sanitat, una millor planificació de l'assistència sanitària, un control sobre els contractes de treball i les convocatòries de places, representativitat en els centres de decisió, etc. Tot això motivava que fossin freqüents els moviments assemblearis tant a la Universitat com en els hospitals i, com que a aquestes justes reivindicacions es responia no amb actituds dialogants sinó repressives, les seves postures es radicalitzaven cada vegada més. Els metges es revelaven contra l'actitud dirigista i autoritària de l'Institut Nacional de Previsió i la societat anava prenent consciència de la necessitat que, a més de reconèixer la salut com un dret fonamental de tota persona, es reconegués el dret a la seva protecció, d'acord amb els amplis conceptes de salut definits ja, entre d'altres, per l'OMS el 1946 i en el Congrés de Metges i Biòlegs en Llengua Catalana celebrat a Perpinyà el 1976, en què, a més, es demanava que l'Estat tingués l'obligació de protegir la salut, promocionar-la, tutelar-la i fer-la assequible a qualsevol persona, sense cap distinció.

Aquest objectiu s'assoleix després de la instauració de la democràcia, que aprova la Constitució Espanyola de 1978, en la qual es reconeixen aquests postulats. Aquest mateix any la Seguretat Social es transforma en l'Institut Nacional de la Salut; el 1979 es crea el Ministeri de Sanitat, i el 1986 la Llei general de sanitat consagra definitivament la universalització del dret a la salut. La salut pública queda socialitzada i

l'Estat s'oblga a defensar-la, protegir-la i promocionar-la. Es volia acabar amb el model d'assistència mèdica que discriminava rics i pobres.

La sanitat va passar definitivament a ser una de les qüestions prioritàries de l'Estat, amb una gran implicació econòmica, i es va anar configurant el món sanitari actual, tan complex, del qual formen part, junt amb el metge, els farmacèutics, els veterinaris, els matemàtics, els físics, els químics, el personal d'infermeria, els economistes, els educadors de la salut, etc.

La política sanitària d'aquests anys (1970-1980) quedava concentrada en l'hospitalització i l'especialització, però aviat s'adona que l'hospital, convertit en una gran empresa, té múltiples problemes de tipus organitzatiu, de personal, d'abús de la seva utilització, pel seu elevat cost, etc. I aquests problemes, d'altra banda comuns en els països del nostre entorn, van motivar la necessitat d'intentar modificar l'assistència. En aquest sentit, l'OMS va proposar la urgència de donar prioritat a l'assistència primària, aproximar l'assistència a l'usuari, i potenciar la medicina preventiva i rehabilitadora.

La creació de l'especialitat de medicina familiar i comunitària el 1978, amb la missió de potenciar la medicina preventiva, l'educació sanitària de la població, de promocionar la salut i la investigació epidemiològica, va establir la base d'actuació en aquest sentit.

La transferència de competències de sanitat a la Generalitat de Catalunya el 1981 coincideix amb aquesta època. Es portaven ja diversos anys amb una direcció de l'assistència sanitària centralitzada sense una planificació racional de la mateixa.

El benefici que va comportar la transferència de competències a Catalunya el tenim exemplaritzat en les grans reformes esdevingudes i dubtes a terme des de la Conselleria de Sanitat.

Calia emprendre reformes en el món hospitalari i molt especialment en la medicina primària, estructurar i ordenar el funcionament de la xarxa assistencial sanitària catalana, modificant i creant els nous equips de salut, per anar substituint els clàssics ambulatoris. Crear nous hospitals comarcals i aprofitar els ja existents, modificar i modernitzar els hospitals terciaris, en els quals es concentren les més avançades tecnologies, i intentar coordinar els tres nivells assistencials eren reformes urgents i em complau assenyalar que, malgrat la limitació de competències i finançament, es van dur a terme durant els vuit anys que el nostre President, el Dr. Laporte, va ocupar la Conselleria de Sanitat. És una tasca que ha donat els seus fruits i que ha permès que es continués amb l'aprovació del Parlament el 1990 de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) que, adaptada a la Llei general de sanitat de 1986, incorpora drets i diferències propis de la sanitat catalana i donar origen a l'anomenat model sanitari català, imitat, en alguns aspectes, per altres comunitats autònomes.

S'ha de continuar treballant en aquest sentit per aconseguir la millor coordinació entre l'assistència primària i els hospitals, encara sobrecarregats d'assistència no sempre ben seleccionada.

L'evolució de l'organització sanitària i de les estructures assistencials que acabo d'assenyalar van ser conseqüència, òbviament, del desenvolupament científic de la medicina i dels canvis sociopolítics i econòmics esdevinguts des que vaig acabar la carrera fins als nostres dies.

La medicina científica, que va iniciar la seva dècada d'or en la dècada dels anys cinquanta del segle passat, assoleix la plenitud en les tres últimes dècades. Durant aquest temps, el desenvolupament científic i tecnològic de les ciències biològiques i la resta de les ciències, com la física, les matemàtiques, la informàtica, etc., ha estat i continua essent excepcional i molt accelerat.

Els avanços en anatomia patològica, microbiologia, bioquímica, immunologia, biologia molecular, enginyeria, genètica, el perfeccionament de les tècniques de diagnòstic per la imatge, com ara les ecografies, la tomografia axial computada, la ressonància magnètica, al tomografia amb emissió de positrons, que permet exterioritzar fenòmens bioquímics i moleculars que es produeixen en els éssers vius en la salut i en la malaltia, les endoscòpies, les biòpsies, els cateterismes, etc., han permès posar a disposició del metge dades objectives científiques que avui són indispensables per al judici de la malaltia. La medicina ha aconseguit la seva aspiració de convertir-se en una ciència objectiva, però no absolutament exacta.

Avui la medicina disposa de coneixements científics i tècnics tan eficaços que permeten conèixer les gènesis de moltes malalties, detectar-les en el seu origen, penetrar en el mecanisme de la seva producció, controlar la seva evolució i disposar, a més, de recursos terapèutics i quirúrgics tan eficaços que ronden la frontera de la ciència ficció.

S'ha passat d'una medicina clínica, considerada fonamentalment com un art, sota la qual vam iniciar la nostra formació, a una medicina científica, molt eficaç basada en la constatació científica de fets objectius. En aquest sentit, un grup d'epidemiòlegs i internistes canadencs van difondre el 1992 la medicina basada en l'evidència, cada dia de més actualitat. Els seus partidaris sostenen que en les decisions mèdiques han de contar els fets fundats en les proves objectives dels fets científics; entenen que l'experiència clínica i la fisiopatologia, encara que necessàries, poden ser enganyoses. Naturalment, la MBE té els seus defensors i els seus detractors, però cal reconèixer que ha propiciat un canvi d'actitud en el món sanitari i en la societat, cap a una medicina científica i universal, sense escoles, condicionada per les evidències científiques i epidemiològiques, i regida per guies i protocols d'actuació clínica universalment acceptades.

Crex que la MBE anirà en augment i crec que podrà donar resultats òptims; però, per ara, no és possible prescindir de

l'observació i l'experiència del clínic. Reduir a evidències matemàtiques les decisions mèdiques de forma dogmàtica no és possible, ja que, sobre la naturalesa dels fets biològics i de la seva evolució, continuarà planejant la possible incertesa i la seva interpretació ha de quedar al criteri i bon fer del metge.

És evident, també, que la medicina actual en conèixer el mecanisme de producció de moltes malalties, ha ampliat el camp d'acció i d'eficàcia de la medicina preventiva, ja que la millora dels indicadors de salut de la societat es deu no només a l'acció de la medicina curativa sinó també en gran mesura a les accions preventives, que són de gran eficàcia i cost inferior; és lògic que es potenciïn les vacunacions, la quimioprofilaxis, les investigacions epidemiològiques, les campanyes d'educació sanitària, sobre tot el que afecta la salut, com la nutrició, les condicions de treball, els estils de vida, les lluites contra les drogues, el tabaquisme, l'alcohol, la hipertensió, l'obesitat, l'arteriosclerosi o la diabetis, els diagnòstics precoços, per mitjà de tècniques d'imatge, o de terminacions bioquímiques, com marcadors tumorals, així com la informació als metges dels efectes secundaris dels medicaments, per o promoure'n un ús òptim, com fa l'Institut Català de Farmacologia a través del "Butlletí Groc", que envia als metges, i els avanços en el coneixement del genoma que puguin incidir en la prevenció i el diagnòstic de malalties de base genètica.

Un altre aspecte de la medicina actual és que ha d'enfrontar nous problemes ètics legals que han sorgit pels abusos comesos en l'experimentació humana i els avanços tecnològics que s'han produït, especialment, en els camps de la biotecnologia i l'enginyeria genètica, que poden incidir en aspectes que afecten la mateixa naturalesa humana, a la qual poden alterar i transformar a caprici de l'investigador, com ara la fertilització *in vitro*, la donació d'ovuls, la manipulació genètica, el naixement de nous éssers per mitjà de la clonació, etc.

El món viu aquests problemes un tant desconcertat i amb gran preocupació i la societat es pregunta si tot el que la ciència pot assolir és lícit i convenient. Abans, freqüentment, la resposta era SÍ, en canvi ara la resposta NO és bastant general. No fa falta una reflexió profunda per a comprendre que no tot el possible és lícit. La ciència no es veu tècnicament neutra sinó sospitosa i, per tant, ha de ser vigilada. L'home té l'obligació de vigilar la ciència, en el sentit que els seus avanços condueixin a la millora de la humanitat i no a possibles holocausts. Amb la finalitat de corregir els aspectes de la ciència mal aplicada, es van elaborar les declaracions de Nuremberg, de Hèlsinki el 1964, la de Tòquio el 1975, etc.

Els metges ens trobem en la necessitat de prendre decisions sobre aquests temes, d'acord amb els canvis socio-culturals, econòmics, filosòfics, esdevinguts en la societat

i que han fet insuficients els codis deontològics tradicionals.

Amb aquesta finalitat, ha sorgit la bioètica, terme encunyat per Potter el 1970, disciplina que tracta de resoldre aquests conflictes, harmonitzant els principis clàssics tradicionals de l'ètica hipocràtica amb els principis d'autonomia del malalt per a decidir per si mateix, i el de justícia en la distribució dels recursos. Intenta donar una resposta racional i eficaç a aquests greus problemes que van en augment a mesura que avancen els coneixements, sobretot de biotecnologia i del genoma humà. D'aquí, el desenvolupament impressionant que ha assolit la bioètica en els últims anys, descrit magistralment pel Dr. Francesc Abel en els seu discurs d'ingrés en aquesta casa sobre el "Diàleg bioètic albirant al tercer mil·lenni".

La medicina actual pot sentir-se orgullosa dels èxits assolits en tots els camps de la patologia i en la medicina preventiva. Són en la ment de tots. Només citaré els èxits obtinguts en les malalties infeccioses amb la introducció dels antibiòtics, els obtinguts en el camp dels trasplantaments d'òrgans, els aconseguits en el tractament del càncer, tot i que encara queda un ampli camp de progrés i els avanços en les àrees d'investigació més actuals, com són la biotecnologia i la genètica, etc. S'ha aconseguit eradicar malalties, disminuir la freqüència i el risc de la majoria de les malalties infeccioses, però va sorgir el greu problema de la sida, la drogoaddicció, la viriasi, les malalties degeneratives que creen invalidesa crònica, els accidents de trànsit i laborals, els desequilibris psíquics, la contaminació, l'iatrogenisme, etc.

Les reflexions que suscita la medicina que jo he viscut i el seu exercici són moltes; però, a més, des que vaig acabar l'exercici actiu de la professió, fa tretze anys, està en marxa una nova revolució científica deguda als avanços que continuen sense parar, especialment en el camp de la biogenètica, la informàtica, la telecomunicació, la robòtica, etc. La revolució dels ordinadors, de les càmeres digitals, d'Internet, de la telemedicina, la telecirurgia, la nanotecnologia, la microrobòtica, l'enginyeria genètica, l'enginyeria tissular, l'ús de les stem cells o cèl·lules mare, per a obtenir nous teixits o òrgans, el coneixement del genoma humà i de la seva seqüenciació, són avanços que augmentaran molt les possibilitats diagnòstiques i ampliaran el camp de la medicina basada en l'evidència, provocaran nous canvis en el sistema organitzatiu de la sanitat, i s'haurà d'utilitzar a fons la bioètica, atesa la complexitat dels nous problemes ètics que plantegen aquests avanços. Molta feina espera als centres de bioètica i als diversos comitès d'ètica d'investigació clínica, d'ètica assistencial, etc.

De totes maneres, és difícil aventurar un judici sobre el futur de la medicina i el seu exercici. En aquesta casa s'ha tractat aquest tema en un col·loqui dirigit pel Dr. Sans Sabrafen sobre el "Futur en l'exercici de la medicina en el progrés tecnològic". El que sí és segur és que els avanços tecnològics

continuaran en tots els camps, que el cost de la sanitat anirà incrementant-se de forma alarmant, que la societat continuarà exigint que tots els individus tinguin assegurat el gaudi ple de la salut. Aquests tres paràmetres continuaran modulant les característiques de la medicina i el seu exercici.

En resum, la nostra generació ha vist passar l'hospital de centre de beneficència a ser el centre neuràlgic de més prestigi del sistema sanitari. Ha presenciat l'explosió de les especialitats, al mateix temps que es qüestionava la vigència de la medicina interna, encara que, per fortuna, assistim actualment a la seva revitalització; ha assistit a la devaluació de la clínica i a l'exaltació de la tècnica, a l'aparició del dret a l'assistència sanitària i al reconeixement de l'autonomia del malalt; ha sofert la devaluació del prestigi i la identitat del metge i la necessitat de contenció de la despesa sanitària, ha vist com s'ha produït un augment asfixiant de la informació científica i dels seus mitjans de difusió, i ha assistit al naixement i el desenvolupament de la bioètica, que ha desplaçat la concepció tradicional de deontologia hipocràtica, i estem veient com es va imposant l'anglès com a llengua única científica, etc.

Sobre tots aquests canvis s'han fet moltes reflexions, i se'n continuaran fent sens dubte. Hi ha un aspecte sobre el qual ja s'ha discutit molt, però sobre el qual vull insistir perquè el considero un dels més negatius de la medicina actual. Em refereixo a la pèrdua de poder d'influència del metge sobre el malalt i al deteriorament de la relació cordial de confiança que ha de existir sempre entre tots dos.

Durant segles, el metge va exercir la seva acció benèfica per mitjans gairebé taumaturgs a través del diàleg cordial i comprensiu que s'establia entre tots dos. Aquest model d'assistència paternalista funcionava bé perquè confluien l'interès del metge, del malalt i de la família.

La medicina era poc eficaç, però el metge gaudia d'un prestigi, se'l respectava i se l'admirava. El malalt es limitava a obeir les ordres del metge, però avui el metge ha d'adaptar-se a les condicions de treball imposades per la legislació sanitària i les exigències del malalt. El metge ha passat de ser amo de la salut i la malaltia durant segles, a ser un treballador assalariat, si bé el més important, del complex món sanitari actual i, mentre això li passa al metge, al malalt, que durant segles va ser considerat com un menor d'edat, se li ha reconegut el dret a ser informat i a prendre decisions en les qüestions de salut i malaltia que l'afecten. Ha aconseguit la seva autonomia.

El malalt avui assisteix als molts serveis sanitaris actuals, com a usuari, als quals té dret com a ciutadà i és protegit jurídicament. El concepte de justícia, bàsic en la medicina moderna, ha substituït el concepte de caritat paternalista. Aquest concepte de justícia, d'equitat, que ha estat una conquesta feliç de la societat actual ha donat origen a alguns aspectes negatius, en excedir-se en la relació de drets que aquesta justícia exigeix. A més, l'home d'avui professa tal

admiració per la medicina i els avenços tecnològics que creu que el metge pot i ha de diagnosticar, tractar i curar totes les malalties. El pacient confia més en la tècnica i en les anàlisis que en el metge i no admet retards ni fracassos.

El metge també ha canviat com a conseqüència d'haver-se convertit en un tècnic de la salut assalariat al qual tots discuteixen les seves opinions. No se sent satisfet, moltes vegades, per les condicions deficitàries dels mitjans en què treballa, perquè es veu apartat dels òrgans de gestió de la institució on exerceix, perquè creu que ven a baix preu el seu treball, cada dia més qualificat i de gran responsabilitat moral i jurídica, perquè, a més, ja no creu en la necessitat de mantenir una bona relació amb el malalt per a programar el seu futur, perquè aquest aspecte, tan fonamental i que hauria de valorar-se com a tal, no compta per a res en el barem de mèrits per a promocionar-se en la seva carrera. Aquest estat d'insatisfacció acaba impregnant la fràgil relació metge-malalt.

Són moltes les causes que han motivat aquest deteriorament. En la medicina gestionada actual, una causa important és la interposició del gestor de l'assistència sanitària, entre el metge i el malalt. El metge ha d'adaptar el seu exercici professional a les normes que li dicta la direcció i, d'altra banda, es veu supeditat a les exigències dels malalts, no sempre justes ni necessàries. A més, si bé el metge és el que pren les decisions últimes de l'acte mèdic, hi intervenen també altres professionals de la salut: infermeres, farmacèutics, biòlegs, gestors, etc.

La relació metge-malalt que avui es produeix entre dues persones adultes i autònomes, que s'hauria de traduir en una comprensió i confiança superiors, no és així, ha que la realitat és que ha augmentat la conflictivitat, la desconfiança, el recel, i aquesta situació propicia errades observades en la medicina actual, com ara la massificació de les consultes, l'abús de les tècniques, de les baixes laborals, i s'han incrementat les reclamacions judicials, fins a tal punt que ha donat origen a l'anomenada medicina defensiva, en la qual el metge, per a protegir-se de possibles reclamacions judicials, multiplica innecessàriament les anàlisis i les tècniques diagnòstiques, fet pel qual l'exercici de la medicina és molt més car i més perillós per al malalt, pels efectes indesitjables que les citades exploracions poden originar.

Cal fer els esforços necessaris per a recuperar la mútua relació de confiança, de cordialitat, que ha d'existir sempre entre el metge i el pacient, qualsevol que sigui el sistema sanitari, si es vol aconseguir que l'acte mèdic sigui el més eficient i eficaç possible. En aquests esforços estem implicats tots: metges, administració i societat.

De totes formes, crec que el metge, malgrat la declinació del seu prestigi, de la seva identitat, s'ha adaptat bé als nous reptes i a les realitats demanades per la societat. S'ha esforçat a elevar el seu nivell de competència actualitzada i es va adaptant al nou imperatiu de l'assistència que obliga a

gestionar els recursos eficaçment, és a dir, procurant aconseguir el major benefici amb la menor despesa possible, encara que això li resulti difícil perquè xoca amb els valors de la medicina tradicional i les exigències dels malalts. Malgrat tot, crec que la contribució més gran que els metges podem fer per a recuperar la confiança dels malalts, en el moment actual, és, a més de mantenir la màxima competència possible i aplicar amb rigor els coneixements i les tècniques per a combatre la malaltia, posar més atenció en la complexa situació psíquica, familiar, afectiva, econòmica, etc., que tota malaltia origina i informar els pacients de manera comprensiva i afectuosa.

El malalt, en definitiva, requereix sempre una tenció individualitzada, comunicativa, de diàleg, de relació humana. La manca de comunicació entre metge i pacient és l'origen de gran nombre de reclamacions judicials. Hem d'humanitzar l'acte mèdic, ja que la ciència i la tècnica es desentenen dels valors humans, dels béns de la cultura i la vida dels sentiments.

En definitiva, el metge té l'obligació imprescindible de mantenir la màxima competència possible per a ser un bon metge, però no és suficient ser un bon metge, ha de ser a més un metge bo.

L'administració pot contribuir a millorar la relació metge-malalt extremant la seva sensibilitat davant dels motius d'insatisfacció que es posen de manifest en la societat, i en el món sanitari dels hospitals i de l'assistència primària. Examinar les seves causes i atendre les reclamacions que es creguin justes és un problema que afecta a tots els nivells de la gestió sanitària.

Els polítics, que sobretot en períodes preelectorals es veuen sotmesos a pressions de diversos grups d'influència, haurien d'actuar, en la presa de decisions, amb el màxim rigor i sentit de la responsabilitat, i situar sempre els interessos del ciutadà per damunt de qualsevol altra consideració partidista.

Els gestors dels hospitals, pressionats per les autoritats sanitàries davant la necessitat de la contenció de la despesa, apliquen la filosofia de l'eficiència: aconseguir el màxim benefici amb la menor despesa possible, fet que contrasta amb la tradicional filosofia mèdica de proporcionar el que es considera millor per al pacient, i això motiva alguna situació conflictiva.

La contenció de la despesa és absolutament necessària davant de la limitació dels recursos econòmics. És el gran repte de la sanitat actual. Això és evident, però aquesta contenció ha de ser modulada per l'ètica de la responsabilitat que requereix l'adequada utilització de aquests recursos.

No és tasca fàcil la funció dels gestors, atesa la complexa problemàtica entorn de la vida dels hospitals, però crec que per a la millor solució d'aquesta problemàtica s'hauria d'estimular la participació, la implicació real dels metges en la gestió dels recursos, dels fons per a la formació i la investigació, fer que compartissin les decisions que afecten el fun-

cionament de l'hospital amb la resta de col·lectius de personal que hi exerceixen, extremar el tracte cordial i de consideració amb ells, conèixer els motius que generen insatisfacció per a procurar trobar la solució. Això requereix que el gestor, a més de ser competent, sigui una persona comprensiva, humil, amb esperit conciliador, perquè la seva tasca sigui eficaç. Els gestors no han d'oblidar que els metges i la resta del personal sanitari són els que més influència tenen sobre els pacients, fet pel qual han d'extremar la seva col·laboració en tot allò que afecta el funcionament i la sostenibilitat del sistema sanitari.

La societat ha de ser informada responsablement de tot allò que afecta a la protecció de la seva salut i d'aspectes peculiars que té la ciència mèdica que la diferencien d'altres de més exactes. S'ha d'elevat l'educació sanitària de la societat, sensibilitzar-la perquè prengui consciència del que la medicina li pot oferir, que és molt, però també que no pot fer miracles i que la universalització i la gratuïtat de l'assistència l'obliga a utilitzar els serveis de salut pública sense abusar-ne.

Ha de saber que els costos de la sanitat creixen constantment i els recursos són limitats, fet pel qual fer-ne un ús eficient és una obligació ètica que ens afecta a tots, no només als metges. Cal adaptar les conductes de tots a les noves exigències si volem continuar amb les conquestes aconseguides.

Els mitjans de comunicació social com a transmissors d'informació, creadors d'opinió i elements de pressió sobre les decisions i actuacions sanitàries tenen un gran paper en l'educació sanitària de la societat, atesa la gran audiència que desperten les notícies que afecten la salut. Prova d'això és la gran quantitat de treballs que es dediquen a l'estudi de la informació científicomèdica i als mitjans de comunicació.

Les informacions sobre nous descobriments científics, noves tecnologies, errades de funcionament de la sanitat, aparició de brots de determinades infeccions, com ara la meningitis, l'hepatitis, els casos creixents com la legionella o les vaques boges, o bé negligències mèdiques, etc., s'han de fer amb la cautela deguda, amb rigor i sentit de la responsabilitat. La societat té dret a ser informada de tot, però èticament ben informada.

En aquesta exposició he intentat reflectir breument els profunds canvis que ha experimentat la medicina i el seu exercici en els transcurs de la meua activitat professional.

La formació de la meua generació va ser essencialment clínica i arribar a ser un bon metge requeria estar al corrent dels coneixements científics de l'època i passar hores a la clínica en contacte amb els malalts, que han estat i seran sempre la millor i inacabable font d'ensenyaments. Mantenir l'equilibri d'aquests dos vessants en la nostra formació i estar dotat d'aquella guspira d'intuïció i de sagacitat pròpies de l'artista seran i són condicions necessàries per a arribar a ser un bon clínic. Dic això perquè he conegut algun profes-

sional molt culte i erudit, sempre informat de l'última publicació, que ha fracassat davant del malalt per no haver posat l'atenció necessària al millor dels ensenyaments, que prové de l'estudi del malalt.

La meva generació ha viscut aquesta etapa de la medicina clínica, intuïtiva, personalista que vam aprendre dels grans mestres que ens la van ensenyar i als quals en aquest moment vull dedicar un record d'admiració i de gratitud. Va ser una etapa viscuda amb passió il·lusionada i aquesta mateixa generació ha passat per la tristesa d'assistir a l'enterrament d'aquesta medicina, que tant ens va apassionar, i ha hagut de renunciar a conceptes i sabers que vam aprendre amb gran il·lusió, substituir-los apressadament pels que avui són base de la medicina actual, i ha hagut de modificar radicalment l'exercici professional. Però també ha tingut el gran honor d'haber contribuït i protagonitzat els canvis revolucionaris científics, tecnològics, assistencials i ètics que han conduït a la medicina actual, més científica, brutalment tecnificada, però més objectiva, molt més eficaç i sobretot més solidària, i ha tingut la satisfacció de comprobar que els beneficis que ha aportat aquesta medicina a la humanitat en les últimes dècades supera en molt tots els que va pres-

tar durant tots els segles que ens han precedit. Naturalment, aquesta medicina no està exempta de crítiques en els seus aspectes organitzatius, assistencials, econòmics, ètics, però no es pot posar en dubte que la medicina i la sanitat han estat una de les millors realitzacions de la nostra societat en els últims quaranta anys.

Corregir aquests defectes, humanitzar-la, és missió de tots, com és també missió de tots contribuir a impregnar d'esperit ètic la societat, amb l'exemple de totes les conductes, perquè si així fos les relacions interhumanes serien menys conflictives, més cordials, i la relació metge-malalt recuperaria més fàcilment aquella relació de mútua confiança que mai no s'ahuria d'haver perdut.

La medicina actual, tan científica, tan eficaç, ha d'augmentar més la seva eficàcia impregnant d'amor la relació del binomi metge-malalt i l'amor no es genera a través d'ordres o reglaments més o menys ordenancistes sinó cultivant el que s'ha anomenat la cultura del cor, la química de l'ànima. En definitiva, comprendre i tractar l'home no com a un ésser biològic més sinó com una persona que pensa, que sent, que estima i necessita amor. Sense amor no es pot ser metge.



MEMÒRIA DE LA REIAL ACADEMIA DE MEDICINA DE CATALUNYA (2001)

I. MOVIMENT DEL PERSONAL ACADÈMIC

Ingrés de nous acadèmics

Durant l'any 2001 han formalitzat l'acte d'ingrés a l'Acadèmia tretze nous membres: quatre de numeraris, i nou de corresponents.

Com a acadèmics numeraris han llegit el seu discurs d'ingrés els doctors:

– Manuel Camps i Surroca, el 25 de març, amb un discurs sobre el tema "Inventaris de metges i cirurgians de Catalunya (segles XIV-XVIII)". Resposta del doctor Jordi Sans.

– Jesús González Merlo, el 21 d'octubre, sobre el tema "Aspectos controvertidos y actuales del cáncer genital femenino: necesidad de la subespecialización". Resposta del doctor Manuel Cruz.

– Albert Agustí i Vidal, el 2 de desembre, amb el tema "De la fisiologia a la pneumologia (o des de les cavernes al genoma humà)". Resposta del doctor Ciril Rozman.

Com a acadèmics corresponents han llegit el seu treball d'ingrés els doctors:

– Ferran Palomar i Petit, el 30 de gener, amb el treball "Interés clínico de la hipoplasia del nervio óptico".

– Lluís Viñas i Borrell, el 30 de gener, amb el treball "La medicina veterinaria. Una actividad no ben coneguda".

– Francesc González Sastre, el 6 de març, amb el treball "HDL. La lipoproteína d'activitat antiaterogènica. Funció dels seus components proteics principals".

– Josep Grau i Veciana, el 6 de març, amb el treball "La malaltia de Parkinson. Un exemple de l'evolució dels coneixements mèdics".

– Sergi Serrano i Figueras, el 6 de març, amb el treball "La cèl·lula de Sternberg, o com sobreviure a una tempesta".

– Jordi Obiols i Llandrich, el 8 de maig, amb el treball "Les bases cerebrals de la conducta moral".

– Jordi Setoain i Quinquer, el 8 de maig, amb el treball "La tomografia de positrons (PET) en oncologia".

– Josep M. Llovet, el 29 de maig, amb el treball "Carcinoma hepatocel·lular: ressecció o transplantament".

Com a acadèmic corresponent estranger ha ingressat:

– Eduardo A. Santiago-Delpin, de Puerto Rico, el 23 de gener, amb el treball "La evolución de los trasplantes de órganos en América Latina y el Caribe".

En aquest moment hi ha dotze acadèmics electes, pendents de formalitzar el seu ingrés: quatre de numeraris, set de corresponents i un d'honor.

Elecció

Durant l'any 2001 han estat elegits catorze acadèmics: quatre de numeraris, nou corresponents i un d'honor.

Han estat elegits acadèmics numeraris els doctors:

– Lluís Masana i Marín, en qualitat de forani, catedràtic de la Facultat de Medicina de Reus de la Universitat Rovira i Virgili, en el ple de

23 d'abril. Substitueix el doctor Josep Sèculi i Brillas en l'escó número 29.

– Guillem Lòpez i Casanovas, en qualitat d'acadèmic afí, degà de la Facultat d'Economia de la Universitat Pompeu Fabra, elegit en el ple de 24 d'abril. Substitueix el doctor Josep Sèculi i Brillas en l'escó número 38.

– Ramon Trias i Rubiés, per la secció de cirurgia, elegit en el ple de 22 de maig. Substitueix el doctor Pere Planas i Casanovas, en l'escó número 29.

– Joan Rodés i Teixidor, per la secció de medicina, elegit en el ple de 22 de maig. Substitueix el doctor Alfons Gregorich i Servat en l'escó número 47.

En el ple de 2 d'octubre van ser elegits acadèmics corresponents els doctors:

– Nolasac Acarin i Tusell, Pere N. Barri, Rafael I. Barraquer, Joan Castell i Conesa, Lourdes Florensa i Brichs, i Emili Montserrat i Costa.

També s'han integrat a l'escalafó d'acadèmics corresponents els doctors Verònica Piera i Lluch, i Lluís Bohigas i Santasusagna, per haver estat finalistes en votacions per a places d'acadèmic numerari.

Han estat elegits acadèmics corresponents estrangers els doctors:

– José Aristodemo Pinotti, professor d'Obstetrícia i Ginecologia de la Facultat de Medicina de Sao Paulo (Brasil), en el ple de 24 d'abril.

– Concepció Brandt-Casadevall, metge adjunt del Departament de Medicina de Laussana (Suïssa), en el ple de 24 d'abril.

– Miquel E. Cabanela, professor a la Clínica Mayo, a Rochester (EUA), en el ple de 13 de novembre.

Ha estat elegit acadèmic d'honor el doctor:

– David Cardús, professor del Departament de Rehabilitació del Baylor College of Medicine de Houston (Texas, EUA).

Baixes

Durant l'any 2001 l'Acadèmia ha hagut de lamentar la pèrdua de cinc dels nostres membres, els doctors:

– Pedro Lain Entralgo, acadèmic d'honor des de l'any 1984, que fou Catedràtic d'Història de la Medicina de la Universitat de Madrid i director de l'Acadèmia de la Llengua. Morí el 6 de juny.

– Ricardo Castillo i Cofiño, que havia ingressat com a acadèmic numerari el 8 de febrer de 1998, Catedràtic i Cap del Servei d'Hemoteràpia de l'Hospital Clínic. Morí el dia 4 de novembre.

– Lluís Carol i Murillo, estomatòleg, acadèmic corresponent des de l'any 1958.

– Manuel Guix i Pericàs, anatomopatòleg, professor de l'UAB a la unitat docent de Sant Pau. Acadèmic corresponent des de l'any 1992.

– Camil Mundet i Torrellas, especialitzat en patologia colòrectal, corresponent des de l'any 1983.

A data d'avui la composició de l'Acadèmia és de 308 membres: 55 de numeraris i quatre d'electes; un emèrit; 11 d'honor i 237 acadèmics corresponents, 63 per premi, 113 per elecció i 61 corresponents estrangers.