

DIMENSIUNI SOCIAL-ECONOMICE ALE PROFESIEI MEDICALE

Grigore Popescu

Medicina este o știință biologică, socială cu responsabilitate umană și economică. A trecut un secol de când Virchow a spus că „medicina este o știință socială în toată esența ei”. Am putea spune că medicina este știința celor sănătoși și bolnavi, este știință plus conștiință și chiar forță motrică a dezvoltării economiei naționale cu influență asupra relației dintre sănătate — muncă — productivitate.

A cita mereu afirmația lui Virchow potrivit căreia „medicina este o știință socială în toată esența ei” nu reprezintă o descoperire. „Necesitatea acestei «redescoperiri» este creată de faptul că aspectele sociale ale bolii și îngrijirii sănătății au fost eclipsate prea multă vreme de progresele cu adevărat impresionante ale medicinei ca știință fizică și naturală. Fără îndoială că accentul exagerat pus pe medicina curativistă — ca știință aplicată — a condus la îngrijorarea actuală cu privire la direcțiile spre care se îndreaptă medicina și sistemul sanitar, precum și la o îndoială crescândă, în ceea ce privește înțelepciunea și viabilitatea acestei abordări în confruntarea cu necesitățile de sănătate și bună stare ale populației din societățile noastre”¹.

Medicina este o străduință care poartă amprenta individualității, a muncii, a responsabilității, a meditației în care sint acumulate convingeri, speranțe, curiozitate, comportamente etice într-o lume medicală în schimbare.

În fond medicina de azi este conjugarea disciplinelor învecinate, ea nu înseamnă numai biofizică, cibernetică, biologie, biochimie ci și sociologie, etică, estetică, științe juridice, psihologie etc. Medicina pare ușor de definit, dar în același timp e foarte greu. Unele definiții nu pot fi exhaustive în contextul revoluției tehnico-științifice, a evoluției științei, societății. Să folosim dicționarul, dar să nu ne plecăm în fața unei definiții care poate e depășită de timp, tot așa cum marii clinicieni nu se pleacă în fața unui buletin de analiză. Am putea spune că medicina este o știință bio-psiho-socială în care toată viața înveți metode și tehnici de intervenție în relațiile inter-intra organice (endogene) și exogene — de mediu, cu scopul de a preveni, trata, recupera.

Adevărul esențial al unor definiții este legat de interesele științifice și sociale ale timpului cultural, ale simțului posibilității și realității pe care trebuie să-l avem.

Am putea compara medicina cu o stație unde se schimbă locomotiva științifică. Timpul, conținutul se schimbă. Informațiile ne obligă să excludem „timpii morți” și să trecem la simultaneități. În medicină

¹ Mark Field, Prefață la *Medicina și colectivitățile umane*, București, Edit. Medicală 1981 (Grigore Popescu și Sorin Rădulescu), p. 7.

unde contradicțiile sînt multiple, iar modificările teoriilor atît de frecvente, trebuie să ne ferim să considerăm anumite probleme indiscutabile.

Dacă am analiza evoluția științei medicale pînă în anul 2000², am constata următoarele: pînă în 1850 a dominat era empirică axată pe simptome, diagnosticul și tratamentul empiric al simptomelor, învățămînt autoritar, magister dixit; în această perioadă a copilăriei medicinei, tratamentul era mai periculos decît boala. Cînd Pasteur a descoperit microbul ca germen care poate transmite boli, a fost ignorat, cînd Pirquet și Richet au descoperit alergia — literatura s-a umplut de observații ostile făcute de cei care nu erau înzestrați cu posibilitatea de a crea măcar, de a înțelege concepțiile noi în medicină. Noilor idei, cerințelor de schimbare ale unor concepții li s-au opus rezistență deoarece schimbarea forțează să abandonezi moduri confortabile de gîndire și practică folosită de-a lungul vieții.

Între 1850—1900 avem de-a face cu *era științelor fundamentale* axată pe bacterii sau pe boală, diagnosticul și tratamentul bolii; se pun speranțele pe analizele de laborator, pe cercetarea fundamentală în laborator, pe științele comportamentului nefolosibile, pe activitatea individuală de cercetare; 1900—1950 putem vorbi de *era științei clinice* axată pe *bolnav*. În atenție se află diagnosticul și tratamentul individului, practica clinică în afară de cursuri, punerea la punct a unor tehnici clinice, apar științele comportamentului uman ajutătoare medicinei; perioada 1950—1975 o putem numi *era sănătății publice* axată pe colectivitate, pe diagnosticul și tratamentul colectivității; practica clinică în domeniul sănătății publice, pregătirea pentru sarcini colective; cercetarea se face în colectivitate, științele comportamentului uman sînt integrate la egalitate cu științele biologice, apărînd astfel echipe interdisciplinare; 1975—2000: *era științei politice de menținere a sănătății populației* — „Sănătate pentru toți în anul 2000” — întreg corpul politic, medical și social trebuie să acționeze ca un tot, pe baza unui program național de sănătate; putem vorbi de o experiență socială, de indicatori obiectivi și subiectivi ai calității vieții; se fac cercetări intersectoriale în intercorelare, se alcătuiesc echipe intersectoriale.

Cei care vor celebra ziua mondială a sănătății în anul 2000 vor fi în măsură să judece dacă predecesorii lor erau realiști sau visători. Această etapă înseamnă noi atitudini, măsuri, constituie o demonstrație care face apel la o revoluție socială în domeniul sănătății pe plan mondial³. Deviza: *Sănătate pentru toți în anul 2000* traduce medicina omului sănătos din vorbe în fapte, interesul empiric sanitar este înlocuit cu interesul politic sanitar. Astăzi, ideologia profesiei de medic atribuie medicinei un rol caracteristic de neînlocuit, care se află pe primul plan și pare inviolabil — apărarea sănătății colectivităților umane. În societatea noastră aceste probleme constituie o preocupare a statului, care orientează acțiunile de sănătate publică și sugerează soluții legate de perfecționarea asistenței medicale, prin inițierea unor programe prioritare în direcția dezvoltării activității profilactice, modernizării și perfecționării, pregătiri profesionale, medicale și îmbunătățiri calitative a asistenței sanitare.

² W. L. Barton, *De la era empirică la era științei politice a sănătății* în „Santé du Monde”, 1979 p. 10.

³ Y. Nuyens, *Evoluția problemelor de sănătate în societatea europeană de astăzi*, Madrid, 1972. „Procesul de democratizare a sănătății publice mai are de asimilat multe operații și transplantări, pentru a ajunge cu adevărat un proces real”.

„Aritmetica omului” sau „statistica morală”, matematica secolului s-a atașat de multiplele mutații în toate domeniile vieții sociale, asupra tuturor structurilor sistemului social global, inclusiv asupra unuia din subsistemele cele mai importante și anume ocrotirea sănătății populației. Revoluția industrială și urbanismul au schimbat din temelii viața a milioane de oameni și odată cu generalizarea confortului și a reducerii solicitărilor efortului fizic, s-au produs importante schimbări și restructurări în viața comunităților, a familiilor tradiționale. A apărut o nouă patologie în menținerea căreia individul este adesea coparticipant.

Medicina, învățămîntul medical înregistrează schimbări importante atît în ceea ce privește conținutul ei teoretic, cît și în activitatea practică. Medicina și medicul au de îndeplinit următoarele funcții: educațional-preventiv-profilactică, curativ-terapeutică, recuperare, reinsertie socială. Medicina este chemată nu numai să vindece bolile, ci și să apere colectivitățile de boli. Medicina nu înseamnă numai boală și bolnav, ci înseamnă și colectivități de oameni sănătoși. Ceea ce trebuie să ne preocupe nu sînt bolile, ci oamenii afectați de boală. Aceasta presupune practic, în domeniul sănătății colectivităților umane, pregătirea pentru sarcini de echipă, măsuri, criterii, tehnici, modele, tipuri și programe, strategii educaționale, iar științele comportamentului uman sînt în egală măsură aliate firești cu cele medicale, echipe interdisciplinare integrate.

În măsura în care medicina a progresat au progresat și punctele ei de vedere în ceea ce privește promovarea, prevenirea, profilaxia, protecția și eficiența. Trăim într-o epocă în care trebuie să se dea prioritate principiilor de medicină preventivă. Rolul medicului în ultimul timp este de a decide, executa și din ce în ce mai mult de a informa, ghida, orienta. Știința a schimbat medicina tot atît de mult cît industrializarea a schimbat societatea. Planul ocrotirii sănătății pornește dintr-o concepție politică definită de necesitatea de asistență medicală care să concorde cu tendințele de dezvoltare ale condiției de bunăstare fizică, psihică și socială. În noțiunea de sănătate, bunăstare se împletesc elemente culturale, economice, politico-morale, idealuri estetice și etice.

Sînt semnificative în acest sens indicațiile secretarului general care cere „ca spiritul preventiv să fie concretizat în activitatea medicală prin acțiuni efective și eficiente”. De asemenea, indicațiile subliniază că: „Trebuie să se acorde atenție principală prevenirii bolilor, apărării sănătății, nu intervenției după ce omul s-a îmbolnăvit, cînd uneori nu mai e nimic de făcut.

Desigur, pacienții trebuie tratați, dar medicina trebuie să acționeze în primul rînd pentru a preveni îmbolnăvirea și trebuie să acordăm atenția centrală acestei activități, inclusiv în domeniul învățămîntului și cercetării”⁴.

În epoca revoluției tehnico-științifice se produce o deplasare de la individ la colectivitate ca o cotitură istorică în medicină. Ea face eforturi să țină pasul cu aceste schimbări. Interesul empiric sanitar este înlocuit cu interesul politic care presupune dinamism, opțiune, previziune pe termene scurte și lungi în scopul unor strategii de îngrijire primară a sănătății poporului. Principiile medicinei preventive ce au în vedere omul sănătos — este necesar să fie nu numai acceptate, ci și aplicate. Relația dintre obiective, mijloace, priorități, urgente și importanță, alocarea

⁴ Nicolae Ceaușescu, *Cuvîntare la constituirea Consiliului Sanitar Superior*, „Scinteia” din 25 septembrie, 1975.

resurselor capătă un aspect de atitudine politică cu implicații umanitare și social-economice. Trebuie eliminate rigiditățile, birocrăția și dacă există simțul realității atunci trebuie să existe și simțul posibilității. Dacă Pasteur a fost ironizat de medicii din vremea sa pentru că nu văzuseră în viața lor un microb, trebuie să ne mirăm oare că unii manifestă îndoială față de „rolul social” al medicinei omului sănătos? Cine a văzut vreodată un rol social? Poate fi el demonstrat în laborator la nivel de 0,05% de validitate?

Conceptul de sănătate-boală este legat de conceptul de cultură care semnifică ansamblul de valori, norme, speranțe care contribuie la progres. Creșterea cererilor de îngrijire ale omului sănătos ne obligă la structurarea nevoilor, a priorităților în raport cu resursele de care dispunem. Nevoia obiectivă de îngrijire a sănătății va crește odată cu nevoile subiective și obiective ale oamenilor. Aceasta va crea o tendință de „supra-consum” medical al omului sănătos care solicită serviciile medicale. Explicațiile ar fi următoarele: preevaluarea valorii sănătății în cadrul societății, creșterea continuă a nivelului intelectual mediu odată cu răspîndirea cunoștințelor și informațiilor cu caracter medical, și influența sistemului mass-media în domeniul sănătății. În acest sens sînt necesare studii de prognoză asupra stării de sănătate și morbiditate ceea ce ne obligă să reflectăm la: concentrarea urbană, viteza mijloacelor de circulație, solicitarea intelectuală, direcția progresului tehnic, nivelul consumului medical, costul și formele de finanțare, sisteme de informare și orientare în domeniul culturii, activitatea serviciilor medicale și randamentul lor în cadrul programelor de sănătate.

Majoritatea medicilor poate datorită formației și orientării lor, gîndesc mai întîi în funcție de tratament și apoi de prevenție. Ei au fost obișnuiți să fie chemați să trateze, pentru că sistemul este bazat mai mult pe actul curativ. Există tendința ca medicii să ceară spitale mai numeroase și mai mari care devin costisitoare, ele tratează efectul — pe cînd cauza îmbolnăvirii se află în fața frontului medical (dispensar rural, urban, policlinic, de întreprindere etc.). Ritmul creșterii consumului medical a început să fie mai rapid decît al celorlalte consumuri, în timp ce ritmul de creștere a speranței de viață și de scădere a mortalității (cu excepția celei infantile în cadrul căreia se obțin progrese mai mari) este în scădere sau plafonare. O serie de studii realizate pe plan internațional au relevat că variațiile în timp și spațiu ale mortalității sînt mult mai influențate de variabile ce țin de modul — stilul de viață sau factorii de mediu, decît de consumul medical. Astfel ar fi necesară cointeresarea populației față de propria sănătate și a medicilor de a depune eforturi pentru a menține sănătatea: medici de medicină generală care să reducă cheltuielile pentru boală prin vizite preventive la locul de muncă, în familie, prin reducerea absenteismului, menținerea sănătății mamei și copilului, medicii care să fie stimulați proporțional cu activitatea depusă și cu rezultatele obținute.

Dacă funcția curativă asigură serviciilor medicale controlul perturbațiilor intervenite în sistemul macrosocial ca urmare a apariției stării de boală, funcția preventiv-profilactică asigură posibilitatea prevenirii bolii sau localizării sale într-o fază incipientă, cînd tratarea este relativ simplă și puțin costisitoare.

În biologie și medicină un fenomen este condiționat de o multitudine de factori dintre care unii sînt măsurabili, alții aproximativ măsurabili, iar alții necunoscuți, enigmatice. În biologie nu se pot aplica încă,

în orice situație, aceleași metode de raționament ca în științele exacte. Ceea ce a dominat întotdeauna medicina a fost simțul clinic care reprezintă în fond spiritul de „sinteză” și „finețe” a științei medicale.

Noțiunea de boală desemnează „o viață îngrădită în libertatea ei”, un anumit mod de deviație sau abatere de la funcționarea normală a organismului care are consecințe nedorite și dacă o surprinzi prin diagnostic precoce este foarte bine. Această noțiune nu are întotdeauna un conținut precis, fiind neidentificabil în toate cazurile și în toate situațiile, ea se arată destul de ambiguă în raport cu sensul obiectiv care trebuie atribuit caracteristicii de abatere, de deviere de la funcționalitatea optimă a organismului. Într-adevăr e mult mai ușor de a diagnostica boala cînd aceasta corespunde unui model clinic identificabil.

Durerea, suferința, starea de disconfort sînt elemente care orientează pe medic în direcția stabilirii unei cauze fundamentale care provoacă suferința bolnavului. Exemplu : cancerul, lues, tbc, etc. presupun o asemenea cauză — se pot identifica în termenii entităților clinice cunoscute ; cînd este vorba de tulburări funcționale cum este cazul celor de natură psihică (nevrozele, schizofrenia, conversiunile psiho-somatice etc.) noțiunea de cauză fundamentală a bolii apare inoperantă, fiind necesară o delimitare mult mai clară și mai precisă a însuși termenului de boală.

De asemenea, în noțiunea de boală „în aparență” există numeroase dificultăți de diagnostic, de prognostic și de profilaxie. Se pune firesc întrebarea : care este factorul prim și care este factorul secund : boala sau terenul endogen — mediu exogen ? Sînt ele independente una de alta, interdependente sau una din ele este cauza și cealaltă efectul ? Aceeași cauză poate avea efecte diferite de la un individ la altul și, de asemenea, cauze diferite pot avea același efect. Și abaterile de la normele sociale de comportament pot fi și ele calificate „devieri funcționale” chiar dacă nu implică elemente patologice. Există și un indice cultural de deviație de la o societate la alta, de la un sistem cultural la altul. Conținutul logic și natura metodologică a noțiunii de boală ca realitate „esențială” circumscrie conținuturi diferite.

„Datorită progresului tehnic realizat de medicină, arsenalul terapeutic și de diagnostic al medicului devine atît de vast încît apare o prăpastie evidentă între puterea teoretică a medicinei și ceea ce poate ea să realizeze în practică”⁵. De foarte multe ori medicii înfruntă probleme medicale foarte dificile cu elemente științifice afective pe care trebuie să le rezolve singuri, să răspundă singuri la întrebările respective. Pot să hotărască această intervenție pentru un rezultat nesigur și admit riscul ? Cine poate judeca pentru altcineva dacă un risc realizat se justifică sau nu ? Are doctorul dreptul de a interzice cuiva să-și riște viața, pentru a realiza o performanță sportivă ?

Medicina cere selecționarea celor cu motivație și vocație care să se consacre acestei științe. Ea reprezintă un sentiment de emoție stîrnit de o anumită cauză. Fără curaj, curiozitate, emoție, perseverență, înțelepciune, pasiune, rezistența în fața unor eșecuri, nu poți trece obstacolele acestei științe.

Profesia de medic este o vocație, o consacrare și nu o simplă slujbă. De aceea, trebuie să abordăm interdisciplinaritatea, să învățăm să ne confruntăm cu o serie de sisteme de gîndire, cu ipotezele înaintașilor și contemporanilor. Medicina nu reprezintă în fond numai un sistem

⁵ Yvo Nuyens, *op. cit.*

organizat de cunoștințe, ea este o atitudine, are un punct de vedere, apartenență, idealul societății.

Problemele umanitare ale simțului social nu trebuie să-l părăsească pe medic niciind în cariera sa care este în fond o exprimare a profesiunii de credință. Dimensiunii umane a medicinei, în contextul cind este invadată de cibernetică, structuralism, semantică este necesar să i se dea viziunea responsabilității. În fond oamenii au inventat măsura timpului. A sosit timpul și am început să adăugăm ceva medicinei, să nu așteptăm ca alții să descopere iar noi să le explicăm. Curiozitatea științifică poate fi satisfăcută mai ușor prin parcurgerea publicațiilor altora decît prin muncă personală. În cîteva zile poți citi rezultatul cercetării unui om care a muncit 30 de ani pentru aceasta. Poate că ar fi necesar să stabilim în medicină cicluri de 50 de ani în care să facem bilanțurile între avansurile medicinei, realitățile medicale și posibilitățile de rezolvare. Avem oameni capabili, personalități distinse pentru a mobiliza spre noi descoperiri tinăra generație. Să îndrăznim mai mult, să strălăbăm spații necunoscute, să facem o severă ordine în acest „labirint” medical cunoscut al timpului pentru a da măsură tuturor tratamentelor; să reechilibrăm relațiile dintre medicul de medicină generală, specialist, ultraspecialist și descoperirile științifice care au devenit foarte costisitoare și la care e greu de ajuns. Pragul dintre ani avansează și se cer noi descoperiri în domeniul bolilor cronice degenerative cu etiologie multifactorială, în această eră nucleară, prin strategii interdisciplinare integrate — disciplinele medicale izolate nu pot da rezultate. Pentru aceasta se cer soluții de cooperare, relații sincere între școli, curente, eforturi medicale unite pentru noile decizii ale epocii, ale timpului, ale progresului, pentru a participa direct la noile descoperiri, invenții în favoarea omului — subiect și obiect al istoriei.

În fond, medicina nu începe de la noi. Ea a ajuns în stadiul actual după aportul mai multor generații și a evoluat în raport cu condițiile politice, economice, sociale și perfecționarea mijloacelor tehnice. Bazele medicinei au fost puse de marii clinicieni ai secolelor trecute, ceea ce se face astăzi este perfecționare. Pentru a fi el însuși, medicul se realizează prin ceilalți, prin contactul viu cu faptele, fenomenele, procesele, cu realitatea concretă, plină de responsabilități care are nevoie de spirit științific și umanist. De aceea el trebuie să privească omul sănătos, aparent sănătos, sau bolnav, nu ca un obiect căruia să-i ofere numai investigații și tablete ci și căldură, duioșie, liniște, speranță. Cine este sănătos, cine este bolnav — nu este ușor de definit. Cîtă deviație trebuie de la normal pentru a fi declarat bolnav, este o chestiune de definiție socială. În zona dintre normal și patologie pot apare modificări biologice incipiente care dacă sînt sesizate la timp împiedică apariția bolii. Ne costă puțin, dar realizăm mult — prevenim îmbolnăvirea.

Prin locul pe care îl deține ca om de știință, educator, muncitor social gata să coopereze în echipă, prieten, confident și conducător, medicul trebuie să dirijeze toate eforturile spre prevenirea bolii și să devină terapeu cînd eforturile anterioare au eșuat. După cum știm, standardele sănătății nu se pot măsura numai cu balanțele medicale. Înțelegerea reală a dramei omului bolnav nu poate fi rezolvată exclusiv printr-o medicație și un concediu. O asemenea rezolvare ignoră sociologia procesului de îmbolnăvire și nu poate avea decît o eficiență mediocră și o contribuție indirectă la cronicizare.

În prezent actul medical a ieșit din limitele lui strict curativiste și s-a integrat într-un context bio-psiho-social. De aceea este necesar să știm să folosim puterea pe care ne-o dă această știință.

În epoca revoluției tehnico-științifice trebuie să cunoaștem cât mai exact masa de riscuri care amenință biologia omului contemporan.

Noile orientări preventiv-curative și recuperatorii evidențiază în fond mutațiile petrecute în ideologia medicală.

Deci, este necesar în continuare îmbunătățită calitatea programelor serviciilor medicale prin examinarea relațiilor dintre scopurile urmărite și rezultate, pentru a schița modele de îngrijire a sănătății cu valențe predictibile, optimizate care cer o serie de tehnici și măsuri organizatorice în cadrul relației cerere-ofertă, conform indicațiilor de partid și de stat. Faptul că noi discutăm aceste probleme înseamnă că ceva s-a schimbat și continuă să se schimbe în lumea medicală, în ideologia medicală, în învățămîntul medical și în tipul de cercetare inter-multi-disciplinară. În biologia populațiilor umane, socialul s-a impus cu noi trăsături specifice care condiționează aspectele preventive, profilactice, terapeutice ale medicinei. Ansamblul de valori, norme, convingeri care determină orientarea și eforturile de adaptare la schimbări, atît ale mediului natural, fizic cît și ale mediului social presupun, de asemenea, perfecționarea modelării comportamentului față de promovarea și îngrijirea sănătății în cadrul medicinei integrate. Biologia umană, mediul inconjurător, stilul de viață și organizarea îngrijirii sănătății ne obligă la o serie de strategii specifice în ceea ce privește promovarea sănătății, cercetarea și eficacitatea îngrijirii sănătății.

În felul acesta se ține cont de indicațiile secretarului general care subliniază că: „Noi nu vom judeca rezultatele activității medicale după numărul consultațiilor — sau după numărul vaccinărilor — după consumul de medicamente — le vom judeca după gradul de sănătate al populației, după reducerea timpului pierdut de societate prin ne reprezentarea la lucru a unor cetățeni datorită stării sănătății”. De asemenea, vorbind despre concentrarea medicilor în centrele mari subliniază: „Nu trebuie să obligăm pe cetățeni să vină spre marile centre — aceasta este costisitor și dificil pentru cetățeni, ci să apropiem asistența sanitară de toate localitățile unde se află populația. Or la noi mai mult de jumătate din populația țării locuiește în comune, iar asistența medicală trebuie asigurată acolo”⁶. Creșterea costului îngrijirii omului bolnav antrenează pierderi economice și creează o presiune a opiniei publice asupra serviciilor curativ-terapeutice.

A reduce numărul de îmbolnăviri ce pot fi evitate, a limita factorii de risc, a învăța pacienții să-și detecteze singuri simptomele timpurii ale bolii, a pune la timp primul diagnostic, a aproxima riscurile la care este supusă sănătatea unei colectivități înseamnă o responsabilitate social-economică. În medicina curativă bolnavul este cel care întreabă, care vine la dispensar, spital. În prevenție serviciul medical oferă un serviciu individului, colectivității. De primul diagnostic pe care îl pune medicul de medicină generală — diagnosticul precoce, depinde viitorul unui om. Spitalul este ultima verigă cînd „omul este grav bolnav”. În acest sens temelia sistemului medical depinde de medicii de medicină generală care dețin poziția cheie în lupta împotriva bolii și ar fi greu de a găsi pe cineva mai corespunzător în locul lor. Ei îndeplinesc rolul

⁶ Nicolae Ceaușescu, *Cuvîntare la Constituirea Consiliului Sanitar Superior* „Sîntea” 25 Septembrie, 1975.

de medici de familie, colectivitate, mediu, pun primul diagnostic, fac tratament preventiv-profilactic-curativ, identifică și limitează factorii de risc din mediul social nemijlocit al colectivităților umane cărora le asigură asistența medicală de bază. „Dacă această temelie (medicii de medicină generală) este șubredă, se clatină edificiul serviciului medico-sanitar”⁷.

În fond medicina are mai multe verigi organizatorice: în fața frontului medical avem de-a face cu dispensarul rural, dispensarul urban, dispensarul policlinic, dispensarul de întreprindere, centrul epidemiologic unde se poate identifica cauza și spatele frontului medical — spitalul unde se tratează efectul — boala. Avem nevoie de atîția specialiști cîte organe există în organismul uman. A fi medic înseamnă, de foarte multe ori în mentalitatea unora, a trata un om bolnav sau grav bolnav și aceasta în ultima verigă a sistemului medical, în spital. Valorile din spital sînt absolut necesare, dar reprezintă pentru cei mai mulți valorile întregii medicine. Unii dintre medicii de medicină generală cred că în activitatea lor tratează doar boli ușoare, banale, cronice care nu dau satisfacție. Ei doresc să se ocupe de bolnavi „adevărați” al căror număr este cel mai mare la spitalele de specialitate. De multe ori unii consideră medicina preventivă ca o specialitate de mîna a doua, pentru care nu se manifestă atracție. Și, doar așa cum este mai ieftin să facem o revizie periodică unei mașini înainte ca aceasta să se strice, tot așa este mai ieftin și mai rațional să prevenim o boală decît să o vindecăm. Un program de conservare umană trebuie să facă uz de același principiu.

Dacă medicina a fost considerată deseori o știință neproductivă nimeni nu se mai îndoiește astăzi de faptul că ea poate aduce mai multe cîștiguri decît pierderi. Aș compara medicina cu o „fabrică de sănătate” care produce o valoare tot atît de utilă societății ca oricare alta. Sănătatea este o problemă socială atît prin cauză, cît și prin efect — ea contribuie la progresul social-economic și depinde în același timp de acesta. Ea nu este un dar dat odată pentru totdeauna, nu este un produs care se cumpără, ci o responsabilitate comună a individului, a colectivității, a medicinei și societății.

Noi privim activitatea medicală atît prin caracterul social al prestațiilor, cît și prin contribuția acestora la îmbunătățirea relației dintre sănătate — muncă — productivitate. Productivitatea nu se poate îmbunătăți dacă nu se sprijină pe o sănătate solidă și nici sănătatea nu poate prospera decît datorită unei bune productivități. Colaborarea dintre întreprinderea economică și medicină este o soluție cheie, un mod adecvat de a răspunde de „sănătatea economică”. Dacă vom recunoaște aceasta, ne vom putea bucura de beneficii. Îngrijirea omului sănătos ar permite supunerea medicinei preventive unui plan de eficacitate bazat pe valoarea randamentului economic. Această atitudine politică în cadrul medicinei va duce la reducerea cheltuielilor și eșecurilor pe care le antrenează boala, rambursînd astfel societății prin economiile realizate, prețul îngrijirii, timpul de muncă absentat și viețile oamenilor salvate.

Medicina poate deveni un veritabil instrument de sensibilizare al planificatorilor și organizatorilor de producție în acțiunea de conservare și potențare a fondului uman productiv. Medicina este necesar să-și enunțe punctul de vedere în privința repartiției forței de muncă conform

⁷ Sokolow SKA Magdalena. *Disfuncții ale instituțiilor de ocrotire a sănătății în „Probleme actuale ale sociologiei poloneze”*, CEIDSP. 1974.

principiului „omul potrivit la locul potrivit” în concordanță cu cerințele fiziologiei, să furnizeze tehnologii, organizatorilor de producție legătura cu psihofiziologia aplicată în activitățile cu efort preponderent neuro-psihic. Punctul de vedere al producției este eficiența: adică un utilaj ameliorat, un progres rațional în cadrul mecanizării, automatizării care are drept urmare o productivitate mare, bunuri mai ieftine. Serviciile de sănătate cu cât sînt mai eficiente, cu cât aria lor de activitate este mai largă, cu cât este mai intensă munca pe care o desfășoară pentru limitarea morbidității, cu atît este mai puțin costisitor produsul, adică refacerea sănătății. În scopul evaluării activității rezultatelor medicinei în întreprindere este necesară analiza cost-beneficiu, cost-eficiență pentru a demonstra cînd unele rezultate sînt benefice.

Trebuie să găsim noi metodologii și indicatori pentru definirea altor parametri de sănătate care să permită evaluarea rezultatelor serviciilor de sănătate. Evaluarea înseamnă adaptarea la scopuri, eficacitatea este legată de compararea rezultatelor cu obiectivele, iar eficiența, compararea rezultatelor cu mijloacele investite pentru realizarea lor. Eficiența trebuie să o gîndim în sensul de economicitate, nu de reducere a prețului de cost care să afecteze calitatea actului medical, ci în sensul folosirii raționale a bazei materiale în vederea obținerii unui produs maxim pentru sănătate cu un cost minim.

Deci, în medicină a apărut nevoia de măsurare, creștere, diferențiere și convergență. Contractul, obligațiile dintre societate și sistemul de sănătate pentru exercitarea corectă a serviciilor medicale, investițiile ce se alocă din venitul național au drept scop raționalizarea, natura și calitatea acestor activități.

Pe plan internațional se analizează cheltuielile pentru sănătate care cresc într-un ritm mai rapid decît venitul național al țărilor respective.

În acest sens se pun o serie de întrebări: „s-ar putea ca societatea să satisfacă în continuare aceste cheltuieli crescînde? Sînt oare toate investițiile rentabile? Oare s-ar putea obține aceleași rezultate cu costuri mai reduse? De asemenea se pun o serie de probleme: cine va trăi, limitele medicinei, valoarea vieții omului, medicina și calitatea vieții etc.”⁸.

În cadrul OMS, a unor conferințe, simpozioane internaționale și naționale se subliniază că „există suspiciunea că se suprasolicitează tehnologia, se abuzează de laborator, radiologie și alte proceduri tehnice și că există graba de a se dezvolta și aplica noi tehnici fără să fie evaluate corect și în același timp se elimină procedee mai vechi, dar încă obiectiv eficiente”⁹.

Tot OMS a analizat o serie de proiecte de cercetare pe forme alternative de finanțare a îngrijirii sănătății sub un control al costului și sub calcul al costului pentru prima linie a îngrijirii medicale.

Este semnificativă observația directorului general al OMS: „cercetarea în domeniul îngrijirii sănătății în Europa nu contribuie în măsura dorită la eficiența îngrijirii, cercetarea bio-medicală are un prestigiu mai ridicat, facilități mai bune și resurse mai mari, dar cercetarea asupra modului în care întîmpinăm nevoile de sănătate și cererile populației vor dobîndi probabil o prioritate mai mare decît în prezent”¹⁰.

⁸ Y. Nuyens, *Health Economics and Primary Health Care*. Symposium organized by the Universitaire Instelling Antwerpen”. Aprilie 17-18, 1980, p. 60.

⁹ WHO: *Health Economics*, Raport on a Seminar Moscow — 1968. Copenhagen W.H.O. 1969.

¹⁰ Kapriol, *Primary Health Care in Europe*, Copenhagen, W.H.O., 1979, p. 13.

Se cantă să se cuantifice resursele folosite în distribuția serviciilor de sănătate, organizarea și finanțarea, eficiența cu care aceste resurse sînt alocate și folosite în scopul sănătății, efectele serviciilor preventive, curative, recuperatorii asupra productivității individuale și naționale.

De aceea cei ce conduc și planifică sînt puși în situația de a explica, negocia cu colegii lor medici, economiști, sociologi pentru a asigura o raționalizare mai legitimă a costurilor în sectorul sănătății.

Planificarea și previziunea (proгноза) devin astfel funcții de conducere de primă importanță, care cer răspuns permanent la schimbări în cadrul structurii administrative pentru realizarea scopurilor serviciilor de sănătate.

Prin acțiunile mai sus menționate la care participă tot corpul medical și social se poate contribui la neutralizarea factorilor de risc de mediu profesional, „stil de viață”, la testarea abaterilor incipiente de la normal prin „diagnostic precoce”, la limitarea dependenței individului de medicina curativistă prin educarea colectivităților umane de a fi sub control permanent preventiv. În acest sens se cer să fie grupate toate datele unor factori de risc — stări patologice „țintă” în urma controalelor în „module” de protecție sanitară destinate din momentul concepției pînă la bătrînețe, în care se pot folosi și adopta bilanțuri medicale pe vîrste, sex și stare de sănătate, pentru fiecare om, sănătos sau bolnav pentru a da acestuia sfaturi utile de precauție, prevenție. Ele ar trebui să permită eliminarea unui mare număr de proceduri de diagnostic inutile și ineficace.

Medicina preventivă și măsurile individuale de precauție vor aduce în viitor cele mai mari progrese în ocrotirea sănătății. Pînă nu de mult succesele medicinei aparțineau domeniului terapiei. Experții sînt de acord că în deceniile următoare, paralel cu progresele în domeniul terapiei, medicina omului sănătos va juca un rol din ce în ce mai important. Astăzi, modelul de asistență medicală este necesar să corespundă nevoilor prezente cît și trebuințelor-aspirații de viitor.