

FUNCIÓ SOCIAL DEL METGE: UNA PERSPECTIVA HISTÒRICA

JOSEP LLUÍS BARONA VILAR

Profesor titular d'Història de la Ciència.
i Vice-rector d'Estudis de la Universitat de València.

En el moment actual, a finals del segle xx, les activitats socialment organitzades en tot el context del món occidental per a la protecció de la salut i la lluita contra la malaltia han esdevingut un exemple paradigmàtic d'activitat *professionalitzada*. A diferència d'altres activitats socials menys regulades pel que fa al seu procés d'aprenentatge, la dedicació a les funcions sanitàries comporta necessàriament l'adquisició d'uns coneixements i unes habilitats clarament definits per la societat, que donen lloc a l'adquisició d'un títol de *capacitació professional*. Aquesta situació no és equivalent en el cas d'un escultor, del gerent d'una empresa, d'un periodista o d'un filòsof, que poden desenvolupar la seva tasca sense haver necessàriament de passar un procés de socialització/aprenentatge tan estrictament regulat com en el cas dels professionals de la salut. És per això que considerem les professions sanitàries com a activitats socials molt *professionalitzades*. A les característiques d'aqueixa professionalitat voldria referir-me breument en aquesta ponència, per aportar el punt de vista de les ciències socials i algunes claus sobre l'origen històric de la situació actual, que puguin servir alhora per debatre solucions de futur als problemes actuals.

La professionalització com a fenomen social

Totes les societats conegudes s'han vist immerses històricament en un procés social de divisió del treball a mesura que la dinàmica de relacions socials anava adquirint una més gran complexitat. En el nostre context cultural l'expressió més evident d'aquest fenomen es pot trobar en l'aparició d'*ocupacions* és a dir, *oficis*, que van adquirir ja durant l'Edat Mitjana una organització social específica de gran puixança sota la forma de gremis. Això dit, cal a continuació establir una distinció feta per la sociologia contemporània amb referència a un tipus específic d'oficis, constituïda per les anomenades *professions*. Són, en aquest cas, activitats socials que tenen un mecanisme propi i perfectament regulat de socialització –és a dir, d'incorporació al grup professional–, un exercici organitzat a través d'una reglamentació molt estricta i, en conseqüència, el monopoli dins la societat d'una sèrie d'activitats i de l'accés a uns coneixements específics.

Si apliquem aquest criteri a les activitats encaminades a promoure la salut, veurem que en el món occidental han adquirit un grau de professionalització molt elevat, potser al mateix nivell que d'altres activitats tècniques com ara les enginyeries, l'arquitectura o, en cert sentit, el dret, totes amb un perfil professional molt ben delimitat i amb un exercici estrictament regulat. En el cas de les professions sanitàries existeix un ampli cos de coneixements teòrics al voltant dels fenòmens de la salut i la malaltia, que, a més a més, es tradueixen en unes activitats pràctiques (tècniques), socialment establertes, tendents a lluitar contra la malaltia i millorar l'estat de salut de la població. Aquests coneixements i tècniques resulten, en general, incomprensibles per a les persones alienes al món professional de la salut, el qual en té el monopoli social. En conseqüència, per ser membre del col·lectiu de professionals de la salut cal superar els requisits d'accés a la formació específica de tipus universitari i superar un programa establert amb caràcter oficial, la vigència del qual és internacional, per a l'adquisició dels coneixements i destreses. La incorporació al grup professional és sancionada mitjançant la corresponent titulació, que dona lloc a uns certs privilegis que en deriven i que podem qualificar en general com a *status professional*. Però el procés social d'incorporació a l'exercici professional no s'exhaureix amb l'obtenció del corresponent diploma de capacitació; ben al contrari, quan comença a ésser més forta la regulació de l'exercici és justament després. És aquest un fenomen destacable, en el qual insistirem més endavant.

Finalment, un darrer element que també forma part característica de la professionalització sanitària és l'existència d'organitzacions formalment constituïdes per a la regulació professional i per promoure la difusió dels coneixements professionals: són les associacions del tipus dels col·legis professionals o de les acadèmies i els instituts de tarannà científic. Totes aquestes associacions, l'origen de les quals procedeix en molts casos del segle XVIII com a conseqüència de l'esperit de la il·lustració, han desenvolupat tradicionalment una funció d'impuls a la recerca i a la solució dels problemes sanitaris col·lectius amb un grau d'incidència en la societat molt desigual, segons els casos i les circumstàncies històriques. És per això que actualment la funció institucional que a compleixen aquestes associacions constitueix un dels punts més vius de discussió. Tornarem sobre el tema en analitzar la situació actual dels professionals de la salut. Comencem ara per exposar breument els orígens històrics del procés de professionalització.

Antecedents històrics de la professionalització en les ciències de la salut

L'experiència històrica i els estudis antropològics ens demostren que les activitats encaminades a lluitar contra la malaltia i promoure la salut són presents sense excepció en totes i cadascuna de les formes de societat conegudes, amb independència del seu grau de complexitat social o de desenvolupament tècnic. Com que la presència de la malaltia és un fet consubstancial amb l'existència humana, tots els grups humans, en funció de llur sistema cultural, han establert tradicionalment mecanismes específics de caràcter social per lluitar-hi en contra. Des de la funció acomplida per l'home medicina, el xaman, el curandero, fins a l'especialista més tecnificat dels nostres hospitals, hi ha tot un procés de transformació estretament vinculat amb la història de les societats i amb l'evolució de la seua comprensió del fet d'emmalaltir.

Atesa la nostra tradició occidental, podem dir que les distintes activitats de lluita contra la malaltia es desenvoluparen sota la forma d'un ofici o ocupació sense cap tipus de regulamentació durant tota l'Antiguitat i l'Alta Edat Mitjana, i totes les persones que participaven en les tasques curatives ho feien sense cap tipus de restricció ni d'exigència quant a la seua preparació. Va ser al començament de l'Edat Mitjana quan, en aparèixer les primeres universitats, el conreu de la medicina es va constituir com una de les primeres professions —en el

sentit abans esmentat—, juntament amb la professió de jurista. L'estudi del dret i el de la medicina foren els primers en assolir el rang universitari i, mitjançant aquesta regulació, la societat occidental establí per primera vegada una mena de control sobre l'exercici professional.

Tot i això, convé assenyalar que aquest inici de la professionalització només va afectar la *medicina clínica* i no pas les condicions de treball dels cirurgians, barbers i d'altres oficis relacionats amb l'art de guarir. Aquesta segregació, que actualment resulta anacrònica i paradoxal, no ho és si tenim en compte la radical diferenciació, quant a la seua consideració social, dels coneixements científics respecte de les habilitats tècniques o aplicades. Tot heretant un vell prejudici procedent de l'Antiguitat clàssica i reforçat, si és possible, encara més per l'escolasticisme durant la Baixa Edat Mitjana hom considerava que el coneixement teòric, doctrinal o especulatiu, era d'una condició intel·lectual molt superior a les habilitats pràctiques i això va donar lloc a que la medicina clínica adquirís la consideració de títol universitari i, per tant, que els metges obtinguessen la consideració pròpia dels intel·lectuals que pertanyien a l'estrat social mitjà, mentre que els cirurgians continuaren tenint una formació purament empírica, sense cap mena de titulació, i pertanyien a l'estrat social més baix, el dels artesans. Aquesta divisió inicial només es va superar amb posterioritat a la Revolució Francesa, com a conseqüència de l'accés dels estudis de cirurgia al nivell universitari i de la posterior superació d'una pugna gremial entre metges i cirurgians. D'aquesta escissió ha restat com a testimoni històric l'actual títol de llicenciatura en medicina i cirurgia, només explicable si tenim en compte l'evolució històrica de les etapes de professionalització de la medicina. L'accés al rang universitari de les altres professions sanitàries, com ara la professió d'infermera o ajudant tècnic sanitari, encara és més recent i es va consolidar fa quelcom més d'una dècada amb la creació d'una diplomatura universitària.

Com a conseqüència del que s'ha dit, resulta fàcil comprendre que la posició social del metge, del cirurgià o de les altres ocupacions vinculades amb l'art de guarir ha estat històricament molt variable, sempre en funció de la situació professional, però també molt específicament de les condicions socio-econòmiques, polítiques i culturals. Ja hem vist que inicialment el professional de la medicina clínica era un típic membre de l'estament mitjà de les societats anteriors a la revolució industrial, és a dir, de l'*Ancien Régime*; en canvi, el cirurgià llavors encara formava part de l'estament inferior artesanal i no adquirí el mateix nivell que el metge (clínic) fins el segle XVIII. Ben diferent va ser la sort d'ambdós en etapes posteriors, en què la professió mèdica ja unificada roman integrada dins la classe social dominant —victoriosa amb la Revolució Francesa— i, per tant, ja en l'actual societat de classes, el metge o el cirurgià participen del codi ètic i de les normes de comportament pròpies de la burgesia dominant, la qual cosa comporta sovint conflictes de defensa corporativa en relació amb les reivindicacions plantejades pels moviments socials organitzats, en relació amb l'accés igualitari dels ciutadans als recursos sanitaris.

Un aspecte particular de la professionalització: l'especialització

En el cas de les ciències de la salut, el procés de divisió del treball ha anat assolint un grau tan intens de desenvolupament que ja durant la segona meitat del segle XIX va donar lloc a l'aparició de l'especialització. La forma en què aquesta s'ha fet palesa ha adquirit en cada cas característiques diferents: unes vegades s'ha desenvolupat com a conseqüència de l'estudi més aprofundit d'una funció o unes funcions orgàniques específiques, com és el cas, per exemple, de la cardiologia; altres vegades, l'especialització és conseqüència de l'estudi d'una malaltia o un grup de malalties específiques, d'un tipus específic de malalts (pediatria, geriatria) o del coneixement de tècniques especialitzades (cirurgia vascular).

En qualsevol cas, és ben cert que en aquest procés de divisió i subdivisió del treball han influït dos tipus de factors: uns d'interns, associats a l'evolució de les pròpies professions sanitàries, i d'altres vinculats a l'organització social i econòmica.

És evident que la simple evolució dels coneixements científics ja seria raó suficient per a justificar un cert procés d'especialització dels sabers, i la progressiva adquisició de nous coneixements fa cada vegada més difícil accedir a tot allò que se sap sobre la malaltia. Però hem de tenir en compte que, a més a més, durant els últims cent anys ha tingut lloc una veritable revolució tècnica pel que fa a la utilització de recursos de caràcter diagnòstic i terapèutic, i tot això incapacita encara més un sol home per accedir a tot el conjunt de sabers i tècniques. Si hi afegim encara una certa tendència, existent en totes les àrees de desenvolupament de la ciència i també de l'estudi de l'home, a la creació d'àrees autònomes, potser a causa d'una certa mentalitat localista en l'estudi de l'home, no resulta difícil comprendre una tendència interna de les professions sanitàries cap a l'especialització.

D'altra banda, l'evolució demogràfica i epidemiològica experimentada per les societats postindustrials constitueix un altre aspecte a considerar. Pensem que l'aparició de grans ciutats, grans nuclis de població de caràcter metropolità implica necessàriament un canvi en l'organització sanitària mateixa. L'estructura metropolitana permet lliurar recursos econòmics per al manteniment d'especialistes i porta ineludiblement a la creació de centres assistencials de tipus hospitalari on es puguin acollir tots els recursos –aparells, farmàcia, infraestructura...– que el desenvolupament tecnològic haja aportat. Aquest fou un element també substancial per a l'aparició d'especialistes des del segle passat. A més a més, cal constatar la força que en períodes concrets ha pogut tenir la mentalitat social concretada en l'interès de la societat a reforçar la lluita contra alguna malaltia; aqueix és el cas de les malalties infantils, la tuberculosi o els accidents laborals, per posar-ne només alguns exemples.

El procés de constitució d'una nova especialitat es produeix normalment en dues fases diferents. En un primer moment es va produint una relativa separació d'una àrea concreta de la ciència i la pràctica sanitària, que comença a ésser conreada per un subgrup de professionals, que dedica els seus esforços inicials sense cap suport institucional. Històricament, així s'ha produït en quasi tots els casos d'especialitats actuals: l'atenció a les malalties infantils o el sistema nerviós, l'inici de l'oto-rino-laringologia o l'oftalmologia... obeïren a l'interès particular de sectors més o menys amplis dels professionals de la salut. En un segon moment, l'existència d'aquest grup de professionals dona lloc a una mobilització més ampla que comença per la incorporació de nous membres i acaba gaudint d'una plena institucionalització mitjançant una organització interna pròpia que es caracteritza per l'existència de publicacions especialitzades, realització de congressos i reunions científiques, introducció en els estudis universitaris, creació de càtedres, instituts, associacions i sales d'hospital per donar una atenció més específica.

A més de constatar el fet en si mateix de l'especialització en les ciències de la salut, convé tanmateix tenir en compte que la seua aparició ha significat una modificació substancial de la tradicional relació entre el metge i el malalt, puix que cada vegada més el metge/especialista s'ocupa d'una part cada vegada més petita del problema/salut del malalt. El metge o professional de la salut ha deixat en gran manera d'establir una relació personal amb el malalt per passar a ocupar-se, com a tècnic especialitzat, d'una part de les seues exploracions, proves diagnòstiques, o terapèutiques. Aquesta esquizofrènica visió dificulta moltíssim la interpretació de la malaltia com a fenomen psico-somàtic general que afecta tota la persona del malalt i la necessària comunicació metge/malalt, al mateix temps que aprofundeix la sensació que té el malalt d'ésser un objecte en mans de la tècnica.

El procés de socialització professional: models històrics d'ensenyament universitari de la medicina

D'ençà que l'activitat de guarir va assolir el rang de professió i, per tant, va accedir a una forma reglada d'ensenyament de tipus universitari, el model d'adquisició dels coneixements i habilitats en l'àrea de la salut ha estat fortament condicionat pel model específic d'universitat en el qual tenia lloc. Així doncs, podem assenyalar tres models fonamentals de caràcter històric en l'aprenentatge de la medicina.

El primer d'aquests models correspon a la forma *tradicional d'universitat*, tal com es va establir des dels orígens en la Baixa Edat Mitjana, fins a les reformes imposades pel moviment il·lustrat. Aquest model tradicional significava de fet una formació teoritzant, molt arrelada a l'escolasticisme, que s'impartia a les facultats de medicina amb caràcter exclusivament clínic i no pas quirúrgic ni traumatològic. Aquest escolasticisme doctrinal només va ésser objecte de reformes parcials i poc significatives per a la superació definitiva de l'escolasticisme a partir del segle XVI, com a conseqüència de la introducció de la dissecció anatómica en l'ensenyament, de la creació dels primers jardins botànics (*hortus medicinalis*) i de l'inici d'un moviment d'ensenyament clínic vora el llit del malalt. Per la seua banda, durant aquesta etapa, els cirurgians continuaven gaudint d'una formació empírica no reglada i merament artesanal, que només va canviar com a conseqüència de la creació dels primers Col·legis de Cirurgia durant el segle XVIII. En aquesta etapa va guanyar força prestigi la praxi quirúrgica, en gran manera per la necessitat de millorar la preparació dels cirurgians de campanya durant els processos bèl·lics. Això va donar lloc a l'adveniment d'una mentalitat fortament localista i al naixement de l'anatomia topogràfica d'aplicació bàsicament quirúrgica.

El segon model que convé remarcar és l'anomenat *model napoleònic*, que va ser vigent durant el segle XIX i part del XX, i que es va originar com a conseqüència de la Revolució Francesa, durant el període imperial de Napoleó. Des de França, aquest model d'ensenyament es va difondre a la resta del món amb petites variacions. En el camp de les ciències de la salut, el model napoleònic aportà la unificació professional dels metges i els cirurgians i la creació d'una única carrera: la de medicina i cirurgia. Al mateix temps, pel que fa als mètodes docents cal assenyalar que va aportar una mentalitat d'unificació de l'ensenyament teòric amb la pràctica clínic; en realitat, això va significar un relleu del recinte hospitalari com a lloc de formació i posteriorment també del laboratori. És a dir, dins el programa napoleònic, l'aula hauria de deixar una gran part del seu pes en benefici de la sala d'hospital i del laboratori d'experimentació. Finalment, un altre aspecte que convé remarcar com a aportació substancial de la universitat napoleònica és justament la creació de plans d'estudi normalitzats i vàlids per a tot un estat, d'acord amb criteris d'homologació estatal.

¿Quin és el model d'aprenentatge que ha seguit el napoleònic en d'altres països d'Europa? ¿En quina situació ens trobem en l'actualitat i quines són les perspectives amb vista al futur? Aquestes són algunes de les qüestions que intentarem abordar una mica més endavant en analitzar l'estructura actual de les professions sanitàries. Una qüestió sembla evident: que el model napoleònic ha d'ésser substituït per un sistema d'aprenentatge més d'acord amb les necessitats actuals. A Alemanya ja fa moltes dècades que el vell sistema centrat en una estructura de facultat va ésser substituït pel concepte d'institut universitari dedicat a la docència i la investigació d'una sola àrea. A la Gran Bretanya l'ensenyament de la medicina ha girat des de fa temps entorn del *Teaching Hospital*, portant l'ensenyament directament des dels serveis hospitalaris. En el nostre cas, ens trobem ara davant un procés històric de reforma global dels ensenyaments universitaris que, sens dubte, es veurà frustrat si no som capaços de modificar substancialment els mètodes i els continguts de la docència, tot aprofitant els recursos humans i materials actuals.

L'organització social de la pràctica mèdica

Ja hem assenyalat abans com un fet constatable que tot grup humà, tota societat humana, amb independència de la seva complexitat social o tècnica ha establert sempre mecanismes de lluita contra la malaltia. Aqueixes formes de medicina, integrades en cada cas en un sistema social i cultural concret (idees, creences, valors, pautes de comportament... sobre la malaltia), adquireixen sempre una dimensió social: és el conjunt de la societat –sigui aquesta primitiva, medieval, o postindustrial– que dins el seu sistema social estableix una forma concreta de garantir la salut dels seus membres.

Dit això, convé tanmateix remarcar diferències radicals d'actitud en les diverses societats, segons la consideració cultural de la malaltia. Pel que fa al nostre context cultural, fou la Revolució Francesa la que va marcar una fita transcendental, i donà lloc a l'inici d'una nova etapa, en reconèixer a través de la declaració dels drets humans, el dret de tot ciutadà a tenir accés als recursos sanitaris. La diversificació socio-econòmica de l'assistència havia provocat tradicionalment diferències substancials, de manera que cadascun dels estrats socials tenia accés a un tipus d'assistència, d'acord amb el seu nivell socio-econòmic. Amb el triomf de la revolució burgesa i l'adveniment de tots els canvis socials que s'encetaren des d'aleshores, va començar a prendre cos el projecte de col·lectivització assistencial com a forma de garantir l'accés igualitari de tots els ciutadans a gaudir dels recursos sanitaris; és a dir, la idea que fos la col·lectivitat en conjunt a través de l'estat qui administràs tot l'aparell assistencial.

Amb anterioritat el tema havia estat tractat només pels moviments i filòsofs utòpics de finals del segle XVII; més endavant, el despotisme il·lustrat havia incidit en la idea de millorar l'estat de salut de la població mitjançant una *polícia* (política) sanitària, però foren els grans moviments obrers i sindicals del segle XIX, creats sobretot com a conseqüència de la Revolució Industrial, els que reclamaren obertament en els seus programes reivindicatius assistència sanitària. En un principi, la solució parcial que es va adoptar consistí en la creació de les *friendly societies*, en l'àmbit britànic, o les associacions de socors mutus, en el nostre context. No cal insistir en el fet que les postures defensades per tots aquests moviments reivindicatius entraven en conflicte amb els interessos corporatius dels professionals de la salut i, en particular, dels metges.

Finalment, des de les dècades finals del segle XIX i sobretot al llarg del segle XX, en tot el context europeu es va arribar a diferents models de col·lectivització assistencial –el model alemany de les *Krankenkassen*, el *National Health Service* britànic o el sistema de *Seguridad Social* espanyol–, quasi sempre amb un sistema mixt de cotització per part del patró i del treballador. A hores d'ara, tot reconeixent el dret dels ciutadans a gaudir d'una bona assistència, el creixement desmesurat de l'aparell burocràtic creat per l'estat ens ha portat des de fa uns anys a una situació de crisi i a un replantejament general de tot el model assistencial.

La situació actual del professional de la salut

Al llarg de les pàgines precedents he volgut fer palesa l'enorme complexitat que en el nostre medi cultural envolta el conreu de les professions sanitàries. No em sembla gens exagerat afirmar, d'altra banda, que avui dia el model de professional i de professionalització en les ciències de la salut travessa una profunda crisi. Pensem, si més no, que el procés de professionalització –aprenentatge de coneixements, tècniques, actituds i valors– es troba en aquests moments en fase de revisió, dins el marc d'una reforma general dels estudis universitaris; que l'accés a la formació especialitzada es produeix amb uns criteris irracionals

i didàcticament més que qüestionables, completament al marge de l'ensenyament regular dels departaments universitaris, dins un model sanitari manifestament en crisi; la funció de les associacions científiques es troba així mateix en fase de redefinició i, finalment, l'exercici professional és regulat per uns col·legis professionals que sovint tenen uns plantejaments marcadament corporativistes i, per tant, antisocials i que llur existència és fins i tot qüestionada per amplis sectors dels professionals de la salut. Si a aquesta situació de les institucions implicades en la professionalització i posterior activitat professional afegim el fet que el sistema sanitari vigent és incapaç d'assimilar tots els professionals i especialistes que forma, aleshores convindrem en la necessitat d'establir un debat general que ens porte a un replantejament del sistema.

Sens dubte, l'ensenyament universitari, el sistema sanitari, les associacions científiques i els col·legis professionals constitueixen els punts centrals de referència quan es tracta de fer una valoració de la situació actual dels professionals de la salut, i tots quatre es troben a hores d'ara en una fase de redefinició de llurs funcions i el que és més important: del paper que han de desenvolupar al si de la societat actual. M'atreveixo a dir que en la seua situació actual totes aquestes institucions constitueixen, dissortadament, herències històriques que el pas inexorable del temps ha fet entrar en crisi simultàniament, la qual cosa obliga a fer un replantejament general en el qual hauran d'intervenir tots els sectors socials implicats.

Algunes dades amb vista al futur

El procés de professionalització es caracteritza, en el nostre cas, per sis anys d'estudis universitaris (tres de primer cicle o bàsics i tres anys clínics) en el cas de la llicenciatura de medicina, i tres anys per a la diplomatura d'infermeria. A continuació, en un context completament diferent, una petita part dels professionals generalistes poden accedir a una especialització mitjançant un procés selectiu regulat pel Ministeri de Sanitat en el cas dels metges i en el cas dels diplomats en infermeria hi ha la possibilitat d'inscriure's en una o més escoles de les especialitats existents.

Sense entrar encara en el contingut dels estudis i esperant que una nova llei d'especialitats millore la situació, l'organització actual planteja, al meu parer, almenys les grans disfuncions següents:

a) Arrosseguem encara un model de pla d'estudis anacrònic, en el qual no es tenen en compte aspectes tan centrals com ara les permanències en serveis hospitalaris. Això, que és insòlit a Europa, ens planteja problemes d'homologació europea dels nostres títols i exigeix una adaptació a directrius europees tan dràstiques com ara l'internat de dos anys en acabar els estudis.

b) Atès l'actual context laboral, els estudis de llicenciatura que donen lloc al títol de metge no tenen cap eixida professional, i com que només una petita part dels llicenciats poden accedir a l'especialitat, això significa que estem realitzant una pèssima inversió; reduint substancialment les atribucions professionals que deriven del títol i, a més a més, el paper dels departaments universitaris, que fan com una mena d'acadèmia d'impartir coneixements generals. La impermeabilitat actual entre les competències del Ministeri d'Educació i Ciència (formar generalistes) i les del Ministeri de Sanitat (controlar totalment l'accés a les especialitats amb criteris polítics centralistes) sembla obtenir uns resultats nefasts.

c) El sistema d'especialització és irracional, atès que una volta acabada l'etapa de formació, una bona quantitat d'especialistes són infrautilitzats i accedeixen pels seus mèrits addicionals a llocs de treball que haurien d'ésser ocupats per generalistes, la qual cosa comporta, en termes econòmics, una inversió social molt dolenta.

Si entrem a considerar el contingut específic dels estudis de la llicenciatura de medicina o

de la diplomatura en infermeria, la primera cosa que hauríem de tenir en compte és el *perfil professional* que es vol assolir.

a) No es pot aspirar a impartir un mateix tipus de coneixements al futur professional sanitari a Indonèsia, a Alaska, a Nigèria o a Suècia, posem per cas, o en el segle XIX que a finals del segle XX. I aqueix és un primer aspecte d'indefinició que cal resoldre: el contingut dels nostres estudis universitaris actuals no està relacionat amb el context social i econòmic de la malaltia; no es prepara el metge per treballar amb malalts europeus de finals del segle XX, sinó que, ben al contrari, s'aspira absurdament a comunicar uns coneixements teòrics enciclopedistes, inútils en general per la seua manca d'aplicació pragmàtica.

b) Deixant de banda el vell tòpic de la manca de coordinació entre els continguts de les matèries, la qual cosa fa que un estudiant aprenga certes coses diverses vegades i d'altres mai, és important remarcar la inoperància de l'actual estructura curricular, que tendeix a recopilar, sobretot en el segon cicle, totes aquelles especialitats que s'han anat creant al llarg dels últims cent anys. Aquest sediment històric de creació d'especialitats mèdiques, que tradicionalment ha donat lloc a la creació de càtedres, no té sentit amb vista al futur; en tot cas, algunes d'aquestes matèries podrien formar part dels estudis de postgrau o del curs rotatori, però és una manca de sentit que tot estudiant haja de donar compte de coneixements que van més enllà de la seva condició de generalista.

c) Els ensenyaments actuals i la visió fragmentària de l'home i de la malaltia que propicien per la seua manca de coordinació, tenen una profunda tendència al biologicisme, és a dir, a considerar la malaltia com un fenomen exclusivament biològic/somàtic, sense incorporar en cap moment la perspectiva psico-somàtica i globalitzadora que tots anem continuament pregonant.

d) El mateix es pot dir de l'enfocament exclusivament individualista que s'atorga a la malaltia. Només de forma ocasional es deixa un petit racó perquè algú explique la repercussió social, històrica, econòmica o política de la malaltia i, encara més greu, perquè les malalties que s'estudien siguin justament preferentment les que corresponen al nostre nivell de desenvolupament epidemiològic. És a dir, les que poden veure's pel carrer i no pas totes les possibles.

Un altre punt de necessària reflexió en el procés de professionalització són els mètodes docents. No és aquest el lloc per establir una discussió seriosa al voltant de qüestions didàctiques, però sí que cal denunciar en molts casos la falta de mètode, i allí on s'ha volgut cercar solució metodològica hom ha arribat a la implantació de sistemes basats en una pedagogia conductista, abandonada fa molts anys pels pedagogs, que consisteix en la definició minuciosa d'objectius. Entre l'actual manca d'objectius pedagògics i una minuciositat tan pragmatista com la que alguns han proposat hi ha tot un ventall de possibilitats i de mitjans que caldrà explorar.

Voldria referir-me breument, per acabar, a la necessària revisió a la qual cal sotmetre els col·legis professionals i les associacions científiques. En el cas dels col·legis, sens dubte, en un model de societat com més va més burocratitzat com el que hem de patir, la seua funció està més lligada a la defensa d'interessos gremials i corporatius enfront de les demandes socials o les reformes polítiques, justes o no —aqueix és el paper predominant que com a grup de pressió han acomplert durant els últims anys. Les seves competències queden ja ben lluny de la regulació de l'exercici professional. Segons el model sanitari s'incline en el futur més cap a un model estatalitzat o s'impose un model sanitari mixt, en el qual la iniciativa privada tinga un paper important, la funció dels col·legis professionals serà segurament l'una o l'altra.

Pel que fa a les associacions professionals sembla important la seua potenciació tot redefinint el seu paper. És cert que ha variat substancialment la seua situació entre els professionals de la salut i que associacions que tradicionalment gaudiren d'una gran puixan-

ça avui són pràcticament fòssils històrics. La majoria de les Reials Acadèmies en són una mostra. Si és cert que ja no tenen la missió com abans de ser l'àrbitre dels progressos científics o els llocs de discussió dels problemes sanitaris, no han perdut, però, la seva capacitat de servir de nexa d'unió entre els professionals o especialistes, i actualment resulta fonamental la seva capacitat de promoció d'activitats (congressos, simposis...) o d'edició de publicacions periòdiques per mantenir viva la comunicació entre els professionals d'una mateixa branca.

Sens dubte, la incorporació a Europa i el procés de reforma dels estudis universitaris i de l'accés a les especialitats sanitàries aportarà en els pròxims anys canvis substancials en el panorama professional de l'àrea de la salut. Cal esperar que l'anàlisi de les deficiències i disfuncions detectades en el model actual ens permetrà en el futur millorar substancialment la formació dels nostres professionals i llur integració en un model sanitari més coherent. Tot adquireix sentit si s'aconsegueix com a conseqüència allò que justifica tot el sistema: l'accés de tots els ciutadans als recursos sanitaris i la millora de llur estat de salut.