

ACTIVITATS PARAL·LELES

Coincidint amb la celebració del Congrés i aprofitant els espais de temps lliure després de les sessions vespertines del Congrés, se celebraren dues conferències que foren organitzades per la Societat Andorrana de Ciències i el Col·legi de Metges d'Andorra.

El dijous dia 10, a les 19,30, tingué lloc la primera a càrrec de JULIAN TUDOR HART, del País de Gal·les.

Julian Tudor Hart, és metge de capçalera al País de Gal·les i ha influït molt en el desenvolupament conceptual de l'assistència primària en el nostre país. Les similituds amb l'evolució professional de Jordi Gol, vice-president del Congrés de Benicàssim, i l'afecte mutu que els uní, el portà aquest any fins a Andorra per a resituar el debat sobre què ha de ser el metge de capçalera.

El conferenciant, sota l'enunciat de «LA FUNCIÓ SOCIAL DE LA MEDICINA», digué:

«És per a mi un honor parlar en aquest Tretzè Congrés Català. Venint de Gal·les, una part de Gran Bretanya que encara en l'actualitat està perdent la batalla per la supervivència del gal·lès com a llengua viva, conec la importància d'aquesta mena de trobades a l'hora de sostenir l'única i valuosa visió del món que cada llengua i cultura conté.

La medicina sempre ha estat important no només pel que pot fer per prevenir o disminuir el sofriment, sinó també per la seva contribució a la cultura. La qüestió de les funcions socials reals i no imaginades de la medicina és important per a tot el món a més de ser-ho per a cada nacionalitat. Internacionalment, la pràctica mèdica, la professió mèdica i la ciència mèdica es troben en una cruïlla on inesperadament i de sobte han de passar de la perifèria al centre de la política. Nosaltres pensàvem que havíem resolt una crisi mundial amb la derrota militar del feixisme l'any 1945, però tota l'espècie es troba amenaçada per armes de creació pròpia, controlades per polítics la talla dels quals, en general, sembla haver disminuït en una proporció semblant a l'increment del potencial destructiu d'aquestes armes. Com que el propòsit de la medicina continua essent salvar la vida i no pas destruir-la, no ens sorprèn que els serveis de salut hagin passat a ser recentment una àrea important de la lluita per la cultura humana.

L'atenció mèdica com a dret

A tots els països hi ha una creença popular estesa, que una atenció mèdica eficaç és, o almenys hauria de ser, un dret humà bàsic, el segon després del dret a la vida. Moltes enquestes d'opinió pública a Gran Bretanya han mostrat que encara avui en dia, després de

als hospitals i a casa per a tothom, finançat completament pels impostos: fins i tot els estrangers nacionals rebrien la mateixa atenció com un dret humà. Malgrat l'estructura social quasi feudal dins dels hospitals; una jerarquia amb els metges forts a dalt, els pacients a baix i, al mig, un exèrcit d'infermeres obedients sense cap discussió, l'atenció mèdica era distribuïda segons els principis clàssics d'una societat comunista suposadament possible només en un futur llunyà: «de cadascú segons les seves habilitats i a cadascú segons les seves necessitats».

Una illa de generositat en un mar de cobdícia

Aquesta promesa que es feia amb tanta facilitat no es duia a terme tan fàcilment, i ara ha esdevingut quasi impossible fer-se enrere: just quan l'atenció gratuïta va estar incorporada a la llei, va deixar de ser il·lusòria i va començar a ser real, a ocupar un gran nombre de gent i, per tant, a costar diners i convertir-se a la vegada en una càrrega pesada sobre els impostos i en una nova gran font potencial de beneficis. L'era dels antibiòtics efectius i de la cirurgia segura havia començat al mateix temps que un període d'inigualable autoritat i popularitat per a la medicina. Quasi immediatament, l'NHS va esdevenir i ja sempre ha estat, tan popular, que fins i tot els conservadors que s'havien oposat a l'Acta van buscar ser honrats pel seu invent, mentre que, tant els governs conservadors com laboristes, feien el que podien per contenir l'escalada dels costos d'una eficaç ciència mèdica aplicada que ara estava reemplaçant ràpidament els barats però il·lusoris mètodes d'abans i per reintroduir els costos al pacient.

L'elecció de Margaret Thatcher el 1979 va ser no tan sols un punt decisiu per a la cultura britànica, sino també el signe d'un canvi fonamental dintre la totalitat de la societat europea. Aquelles idees socialment optimistes, que semblaven haver guanyat una victòria permanent el 1945, comencen a desintegrar-se i, amb elles, la nostra única defensa contra la plena expressió en cada societat de la «guerra de tothom contra tothom», que és el fonament real de cada economia de mercat no restringit. Parlant en una conferència d'administradors de l'NHS, el seu ex-president va expressar l'opinió que ara a ells se'ls paga per dominar, i això és sens dubte el que generalment es creu: «És absurd», va dir, «esperar que l'NHS pugui continuar com una illa de socialisme en un mar de lliure empresa».

Tanmateix la privatització, la fórmula que amb tant d'èxit enderroca qualsevol altra institució britànica socialment respectable, ha fracassat i continuarà fracassant. Rebutjant la tendència general de les solucions col·lectives per als problemes socials, l'NHS ha estat una indústria nacionalitzada enormement popular i de finançament eficaç. Ofereix atenció mèdica a tota la població, a una quarta part del cost per persona i a la meitat de proporció del Producte Nacional Brut, d'una qualitat més o menys igual a la dels Estats Units on tenen els recursos més grans i la tècnica més avançada de tot el món i on deixen encara un 20 % de la gent amb només atenció mèdica d'urgència. La pràctica especialista privada (encara que no la pràctica privada general) està creixent, però només com un tumor paràsit en el cos del servei públic, prosperant allà on s'ha deixat decaure l'NHS: si el paràsit supera el seu hoste, aviat deixarà de fer beneficis.

El model proveïdor-consumidor és obsolet

La medicina dirigida per la Ciència és, en la dura i tangible realitat, un precursor per a una futura societat viable, que mai més no serà autodestructiva; participarà tant en la producció com en el consum de la salut; farà les coses pel que tenen de necessàries i útils, no perquè donen beneficis, i d'aquesta manera permetrà una economia mundial sostenible, que podriem estar orgullosos de llegar als nostres fills i no el vergonyós robatori de futures genera-

ques per part del pacient, pot assegurar la cura. Si els metges que cobren uns honoraris admetien que la meitat del treball de diagnosi i quasibé tot el treball de tractament ha de ser fet generalment pel pacient, el pacient podria esperar que el metge li pagués a ell i no al contrari. Atrapats com estan en l'obsolet model proveïdor-consumidor, els pacients privats rics reben atenció extravagant i, per tant, potencialment perillosa i els metges, enganyant-se més encara que als seus clients, arriben a creure en la seva omnipotència; per acabar trobant que això els deixa sempre l'única creïble defensa contra els advocats –que ells fan el que poden, però no poden donar solucions mèdiques efectives a pacients que no estan disposats a aprendre com tenir cura d'ells mateixos. *Caveat emptor; et caveat vendor*.

El consumisme és una filosofia superficial i trivialitzant que transfereix el poder dels nostres cervells a les nostres, butxaques. Això, en últim terme, significa un món en el qual la gent ni tan sols aspira a construir i millorar la pròpia història, sinó que expressa la seva creativitat només en l'elecció de compres al mercat i la seva ciutadania en l'elecció entre líders polítics que s'assemblen; amb unes polítiques modelades pels mateixos publicistes i relacions públiques que venen qualsevol altre article. Ens queda poc espai on la gent pot redescobrir el talent universal per produir els béns més humans, els valors dels quals són massa grans i massa complexos per poder mesurar-los i que resulten visiblement danyats quan són traslladats a termes monetaris; amor, música, natura, companyonia i mirar els uns pels altres quan hi ha problemes. Els nostres serveis públics de salut ofereixen aquest espai i oferiran el camp de batalla on redescobrirem, en termes pràctics, allò que és important. Arribarà el dia en què la gent britànica estarà més orgullosa dels seus serveis de salut que de la seva habilitat per enfonsar un obsolet vaixell de guerra i ofegar uns centenars de joves a les Illes Malvines; quan les nacions competiran, no en la guerra ni en una futil carrera de productivitat per la productivitat, sinó en les oportunitats de proporcionar a tots els seus pobles la participació activa en una societat que en té cursa.

Bibliografia

1. JOWELL R., AIREY C.: British social attitudes. Annual reports 1984-87. Aldershot: Gower Publishing; 194.87
2. RELMAN A.S.: The new medical-industrial complex. New England Journal of medicine 1980: 303: 963-70.
3. FREEMAN, S.A.: Megacorporate health care: a choice for the future. New England Journal of medicine 1985: 312: 579-82.
4. HAMPTON J.R., HARRISON M.J.G., MITCHEL J.R.A PRICHARD J.S., SEYNOUR C.: Relative contributions of history taking, physical examination and laboratory investigation to diagnosis and management of medical outpatients. British Medical Journal 1975: 11: 486-9.

- pediatria
- medicina de les vies respiratòries
- urologia
- ortopèdia

És l'article 4 el que reconeix aquests títols d'especialista i els dóna efecte i valors dins els 12 estats.

Després es descriuen les especialitats que no existeixen a tots els estats i se'n confegeix una llista de 36 de diferents, a més de les 11 abans esmentades.

(Sempre que s'estableix un nou sistema de titulació es fixa una data límit per tal de reconèixer la capacitat professional dels metges que havien exercit una especialitat sense la titulació específica).

L'article 9 de la mateixa directiva permet que els estats puguin certificar que els originals del seu país s'han dedicat lícitament a aquestes activitats al menys durant tres anys seguits, dins els 5 anteriors a la data de la certificació.

Conseqüència d'aquestes disposicions i de l'adhesió d'Espanya a la CE: des del 1 de gener de 1986, tots els títols i diplomes de metge i d'especialistes mèdics espanyols estan equiparats als dels altres països membres i això permet que des d'aquesta data, els metges espanyols puguin establir-se i prestar els seus serveis dintre la CE, en igualtat i reciprocitat amb els companys de professió dels altres països membres.

Però el reconeixement mutu dels títols entre els 12 països membres, no seria suficient sense una garantia que tots els països mantenen un nivell de qualitat mínim igual per a tots.

La directiva 363 de 16 de juny de 1975 completa la 362 en regular la coordinació de les disposicions legislatives, reglamentàries i administratives, referents a les activitats dels metges.

Així, l'article primer defineix el contingut i duració de la formació que suposa la possessió d'un títol o diploma per a l'exercici de la professió de metge.

Els punts a) b) c) i d) del paràgraf primer determinen aquesta formació: coneixements tècnics i experiència clínica.

El paràgraf 2 diu: «aquesta formació mèdica total comprèn al menys sis anys d'estudis o 5.500 hores d'ensenyament teòric i pràctic en una universitat o sota la supervisió d'una universitat».

L'article dos determina les condicions mínimes de formació dels especialistes, que són:

- a) haver acabat els 6 anys d'estudi de metge tal com s'ha definit abans.
- b) un ensenyament teòric i pràctic.
- c) a temps complet sota el control dels organismes competents descrits abans.

d) fer la formació dins un marc universitari en un centre hospitalari i universitari o en un establiment hospitalari acreditat per a aquesta funció per les autoritats o organismes competents.

e) participació personal del metge candidat a especialista en l'activitat i les responsabilitats del servei que es tracti.

Acaba la directiva establint la duració mínima de les formacions especialitzades, que no pot ser inferior a:

- cinc anys: cirurgia general, neurocirurgia, medicina interna, urologia i ortopèdia.
- quatre anys: ginecologia-obstetrícia, pediatria i medicina de les vies respiratòries.
- tres anys: anestèsia-reanimació, oftalmologia i ORL.

Es determina també la durada mínima per a totes les altres especialitats no comunes als 12 països.

Aquestes disposicions directives queden completades per les decisions 364 i 365 de 1975.

El tractat d'adhesió d'Espanya a la C.E., a l'annex XXXII diu: Fins que s'organitzi a Espanya la formació de dentistes, i en tot cas, fins a la data límit del 31 de desembre de 1990, la llibertat d'establiment i prestació dels serveis dels dentistes queda aplaçada en aquest país per als dentistes diplomats en altres estats membres, i en els altres estats membres per als metges espanyols especialistes diplomats.

La lliure circulació, per aquestes circumstàncies, només tindrà lloc des del 1 de gener de 1991.

1.3. La formació del metge general.

El 15 de setembre de 1986 el Consell de la CE va adoptar la directiva 457 relativa a una formació específica en medicina general.

Fins ara, només es necessitava la possessió del títol de Llicenciat en Medicina i Cirurgia per obrir un despatx i exercir la professió com a metge general.

Aquesta directiva instaura una formació especial per tal d'exercir com a metge general.

Els requisits els defineix l'article 2 i comprenen al menys dos anys a temps complet i són de naturalesa més pràctica que teòrica.

Aquesta formació específica ha d'estar organitzada als 12 països el 1 de gener de 1990.

Finalment, a partir del 1 de gener de 1995, cada estat, amb respecte dels drets adquirits, subordinarà l'exercici de les activitats de metge general a la possessió d'un diploma o certificat tal com defineix l'article 1 de la directiva 457.

Aquesta disposició suposa una nova situació que pot afectar professionalment els nous llicenciats en funció de la capacitat de formació que tingui el nostre sistema sanitari per donar respostes a totes les necessitats.

2. La lliure circulació de treballadors assalariats

Especificarem ara les diferents modalitats d'actuació a partir de l'entrada al Mercat Comú.

Si es tracta d'una activitat *assalariada*, la igualtat de la retribució és un element essencial del dret social comunitari. En aquest cas no es pot fer cap discriminació per raó de la nacionalitat des del punt de vista de l'accés al treball.

Només l'Estat pot reservar als seus nacionals els treballs que suposin exercici de poder o autoritat. Però es podrà treballar en hospitals públics i privats i fins i tot esdevenir funcionari sense cap discriminació.

Ara bé, pel que fa a Espanya (i Portugal) la lliure circulació de treballadors no serà efectiva fins el 1 de gener de 1993. Aquesta derogació temporal és una conseqüència de les condicions d'adhesió a la CE.

3. El dret d'establiment i la lliure prestació de serveis

Descriurem amb detall què és el dret d'establiment i la lliure prestació de serveis dels metges, generals i especialistes, i dels dentistes.

El dret d'establiment suposa deixar un estat membre i instal·lar-se en un altre estat membre per un període relativament llarg, amb l'objectiu de realitzar una activitat professional continuada.

La *lliure prestació de serveis* és essencialment la realització temporal o episòdica d'una activitat professional en un estat diferent d'aquell en el qual el professional té el seu domicili principal.

10 anys de govern conservador, entre el 80 i el 90 % de la població adulta, i sobre el 70 % dels votants conservadors, creuen que l'atenció mèdica ha d'estar a l'abast de tota la població segons les necessitats personals i no segons les possibilitats econòmiques personals. Enquestes fetes abans dels últims pressupostos, el març del 1988, mostraven que majories similars, tant de la població general com dels votants conservadors, volien despeses públiques més elevades per al National Health Service (Servei de Salut Nacional) i no impostos més baixos. El Govern va ignorar aquesta opinió i va procedir a la reducció d'impostos als rics mentre continuava amb uns fons insuficients per al NHS. Aquesta política, fonamentalment impopular, està provocant ara una resistència més àmpliament suportada i tenaç que qualsevol altre moviment en el molt reeixit intent de Margaret Thatcher de redefinir la cultura britànica com un individualisme uniforme de mercat i no com l'anterior tensió relativament estable entre el paternalisme imperial i la mutualitat dels treballadors industrials.

Per què tanta gent, fins i tot gent molt conservadora, pensa que l'atenció mèdica ha de ser un dret humà i no un article de consum?

Al cap i a la fi això no és tan evident: el menjar, l'habitatge i el vestit són més immediatament necessaris per viure i mantenir-se sans que l'atenció mèdica, però tots aquests romanen com a articles de mercat. Per què l'atenció mèdica, ha de ser diferent? Els homes de negocis busquen un nou comerç, els polítics entusiasmats a canviar els seus judicis humans i vulnerables per la lògica amoral del mercat, i els economistes que serveixen a tots dos senyors, una resposta.

Aquest ben equipat exèrcit de filisteus està segur que l'únic suport contra la possibilitat que l'atenció mèdica es converteixi en article de consum és el sentimentalisme. Si amb uns fons mínims poden baixar els serveis mèdics públics a un nivell paupèrrim, tot aquell que té recursos comprarà l'atenció als nous supermercats mèdics, per a major satisfacció dels consumidors i major profit del nou complex industrial mèdic (2,3).

És difícil mantenir qualsevol societat humana sense reconèixer un dret humà bàsic a la vida, però cap societat de desigualtat (i totes les societats que s'han desenvolupat més enllà del nivell de subsistència han estat ben desiguals) no pot admetre la lògica conseqüència d'això: que també ha de formar part dels drets humans bàsics la necessitat de mantenir la vida, estendre-la, gaudir-ne i utilitzar-la per participar plenament de la societat.

D'aquesta manera, totes les necessitats materials de l'existència es converteixen en articles que es compren i es venen al mercat i es distribueixen segons la riquesa i el poder i no pas segons les necessitats. Teòricament, es va reservar a l'atenció mèdica un lloc fora del mercat, on va seguir essent un regal social distribuït segons les necessitats i no segons els recursos.

Tot al llarg del període formatiu del professionalisme mèdic internacional, des de les reformes que segueixen la Revolució Francesa de 1789 fins l'informe de Flexner del 1912 sobre l'educació mèdica europea i nord-americana, l'atenció mèdica tenia poc o cap efecte material sobre l'evolució de les malalties; era més una força espiritual que material, més convincent que les religions prèvies per la seva major associació amb la ciència, però recolzant-se en gran mesura en el seu efecte sobre la moral, l'efecte placebo. Realment, fins el 1935, quan els primers antibiòtics efectius van estar a l'abast de manera extensa, la medicina podia oferir poca cosa més que pronòstics i la seguretat que es farien tots els possibles per salvar la vida, quan en realitat ben poca cosa es podia fer.

A la major part dels països europeus amb societats desenvolupades i avançades basades en el consens popular, el dret a l'atenció mèdica segons les necessitats i no segons els recursos era d'aquesta manera una promesa que es feia amb facilitat. Això no era enlloc més cert que a Gran Bretanya amb un Govern, el 1945, teòricament compromès amb el socialisme, encara que a la pràctica lligat de peus i mans per a continuar la defensa de l'imperi i els interessos del capital. L'acta original de l'NHS el 1946, garantia el tractament mèdic gratuït

cions que avui acceptem com a inevitable. Els serveis de salut són una àrea social en la qual podem aprendre les conductes que necessitem per a una societat del futur més civilitzada i d'on desenvolupar uns models pràctics per una producció social útil.

Com que ens ha mancat imaginació per a veure-ho d'altra manera, la unitat bàsica de producció mèdica, l'encontre entre un metge (o qualsevol treballador de la sanitat) i un pacient, ha estat considerada com una relació entre un proveïdor i un consumidor. No havent donat diners suficients per als serveis mèdics públics i d'aquesta manera garantint que estan en general, mancats de personal, subequipats, sobrecarregats de treball i són uns serveis autoritaris i impacients, els defensors d'un mercat privat per a l'atenció mèdica prometen que quan els consumidors paguin, els pacients tindran millors drets i possibilitats. El consumisme amenaça ara de convertir-se en un nou consens polític, en el qual els partits Conservador i Laborista competeixen per la clientela de votants consumistes, de la mateixa manera que una vegada van competir en el seu aparent suport a un paternalista servei públic.

Així i tot, metges seriosos i experts saben que el model proveïdor-consumidor és una visió fonamentalment incorrecta d'allò que realment és progressar. La consulta d'un pacient amb un metge per una malaltia que s'ha presentat per primera vegada, consisteix primerament en un procés de diagnòstic (què passa amb aquest pacient?) i aleshores un pla per al tractament (què podem fer per guarir-lo?). Estudis objectius de totes dues parts d'una consulta mostren que tant els pacients com els metges han de contribuir de manera activa si es vol que el diagnòstic sigui rellevant per als problemes del pacient, i el tractament realment efectiu.

El procés de diagnosi té tres estadis: una història (allò que el pacient diu, principalment en resposta a un interrogatori més o menys sistemàtic); examen físic, i laboratori, raigs X o d'altres investigacions tècniques. Un grup a Oxford (4) va estudiar la importància relativa de cada una d'aquestes parts en la diagnosi. Va demanar als metges de fer un diagnòstic provisional a continuació de cada estadi (després de la història, després de l'examen i, finalment, després de les proves tècniques rutinàries) i aleshores va comparar la proporció d'aquells que van copsar la diagnosi final (feta retrospectivament, en el seguiment al cap de tres mesos), en cada punt. De 80 pacients mèdics de primera consulta als ambulatoris, es va copsar la diagnosi final després de presa la història en el 82 %; els exàmens físics afegeixen el 7 % i les investigacions tècniques afegeixen el 9 %; el 2 % mai no va tenir cap diagnosi satisfactòria. Escoltar el pacient, a més de ser més productiu que aquests altres processos més tècnics i impressionants, és també essencial per guiar-los en una direcció intel·ligent; els metges amb experiència ja tenen, abans d'examinar el seu pacient, una o més hipòtesis per confirmar o rebutjar i, de la mateixa manera, l'elecció de les proves tècniques depèn de les hipòtesis generals de la història.

Els pacients no donen sovint, sense ajuda, una història rellevant, però la importància d'aquesta intel·ligent i activa contribució tan sols és òbvia quan, degut a les barreres culturals o de llenguatge, no es disposa de cap història.

Aleshores, la diagnosi i subsegüent gestió es tornen veterinàries i no humanes, grolleres intervencions mecàniques, valorables només en crisis, quan el paper del pacient sempre tendeix a tornar-se passiu. Una diagnosi útil no és només el reconeixement professional d'un procés biològic incomprensible per als profans, sinó una anàlisi de problemes interdependents que sempre (no de vegades) tenen causes biològiques, psíquiques i socials, totes les quals han de ser enteses si volem solucions efectives. En la mesura que els pacients són desanimats de participar en la definició dels seus problemes mèdics, tant les diagnòsis com els plans de tractament es fan irrelevants per a les vides reals, tot i que és biològicament cert que poden aparèixer com a tals en les aïllades i artificials condicions socials d'un hospital.

El model proveïdor-consumidor reforça la idea que només el metge té capacitats, que només ell és actiu, i que la compra, seguida d'un consum passiu, de les prescripcions mèdi-

La segona de les conferències fou pronunciada per JOSEP ARTIGAS I CANDELA, el divendres dia 11, a les 19,30.

Josep Artigas i Candela, fou un dels capdavanters en el debat sanitari que portà a la celebració del Congrés de la represa a Perpinyà, el 1976. La seva vinculació a la sanitat catalana l'ha portat de Manresa, a Barcelona, a Madrid i a Luxemburg des d'on intenta respondre al repte que la integració al mercat comú suposa pels sistemes sanitaris i per la salut de totes les nacions europees.

La conferència versà sobre «EL REPTE DE LA LLIURE CIRCULACIÓ DE PROFESSIONALS A LA CEE».

«La lliure circulació dels professionals dintre la Comunitat Europea, és una conseqüència de l'aplicació de les disposicions dels tractats comunitaris segons s'exerceixi una activitat com a treballador assalariat (art. 48 CEE) o com a treballador independent (articles 52 i 59 CEE). Aquesta possibilitat s'ha de fer efectiva a partir de 1992 i com a conseqüència de la realització del mercat únic.

Precisament han estat les professions sanitàries les primeres en arribar a una regulació específica de reconeixement de les titulacions dels 12 països i a una harmonització del nivell i contingut de les formacions que suposa la possessió dels títols, diplomes i certificats.

Així, tenim disposicions que afecten metges (generalistes i especialistes), veterinaris, farmacèutics, llevadores i infermeres de formació general no especialitzada.

D'acord amb aquestes disposicions i en les condicions que explicarem, aquests professionals tenen dret a exercir, en qualsevol dels dotze estats membres de la CEE, una activitat professional en les mateixes condicions que els nacionals del país d'acolliment.

1. Directives de reconeixement de diplomes i titulacions

1.1. Normativa sobre metges

L'any 1975 la CE publicà les primeres disposicions que faciliten la lliure circulació dels metges dins els països de la Comunitat. En aquest sentit són importants les directives 362 i 363 del 16 de juny de 1975 que determinen el reconeixement mutu dels diplomes, certificats i altres títols de metge i que coordinen les disposicions reglamentàries i administratives referents a les activitats dels metges.

La directriu 362 afirma en el seu article primer que aquesta normativa s'aplica a les activitats mèdiques.

L'article 2 especifica que cada estat membre reconeix els diplomes, certificats i altres títols expedits als originaris dels dotze estats pels altres estats membres, donant-los el mateix efecte en el seu territori que els diplomes, certificats i altres títols que expedeix ell mateix.

Després, l'article 3 fa una llista completa dels diplomes que són reconeguts a cada estat.

Així, en relació a Espanya, es diu «Título de Licenciado en Medicina y Cirugía, expedido por el Ministerio de Educación y Ciencia».

També els articles 4, 5, 6 i 7 descriuen amb detall els títols d'especialista existents als 12 estats. Comprovem que hi ha onze especialitats que són les mateixes als estats comunitaris:

- anestèsia-reatimació
- cirurgia general
- neurocirurgia
- ginecologia-obstetrícia
- medicina interna
- oftalmologia
- ORL

La decisió 364 crea un Comitè especial per a la formació de metges. Per a cada estat hi ha 3 representants.

- un metge en exercici designat pels col·legis
- un professor de la facultat de medicina
- un representat de les autoritats Sanitàries de l'Estat. Són designats un titular i un suplent. Aquí s'estudien els criteris sobre formació dels metges als 12 països i es preparen modificacions i propostes.

La decisió 365 crea el Comitè d'alts funcionaris de la salut pública que és constituït per un representant titular i un de suplent de cada un dels 12 estats membres. Es reuneix dos o tres vegades l'any i estudia l'aplicació de les directives i disposicions, resol les dificultats d'aplicació pràctica i intercanvia estadístiques sobre la circulació dels professionals de la salut als 12 països.

Quin efecte pràctic ha produït aquesta normativa? En realitat a la Comunitat hi ha uns 900.000 metges i en total durant l'any 1986 (darreres dades disponibles) han fet ús del dret d'establiment a un altre país quasi 2.000 metges (exactament 1.916). De tots aquests, 49 s'han establert a Espanya. Només 81 espanyols s'han establert a un altre país de la Comunitat; la major part a França i Anglaterra.

Amb la plena aplicació del mercat únic s'obren unes possibilitats per a tots que poc a poc podran ser utilitzades de manera més continuada.

Sembla que el fenomen migratori mèdic no afecta més que l'1 % del conjunt de la població mèdica.

L'atur mèdic estimat és molt important a Itàlia (80.000 aturats) i després a Espanya (uns 30.000 aturats o subocupats). En realitat hom no disposa de dades exactes i fiables i caldria una definició del que s'entén per aturat dins el context mèdic.

1.2. Normes específiques sobre dentistes.

Una referència als dentistes ens completarà el panorama de les professions de la salut, ja que fins ara, en el nostre país, els odontòlegs eren metges especialitzats que, després dels 6 anys d'estudis a les facultats de medicina, seguien una formació especialitzada de tres anys a les escoles especials d'estomatologia.

La Comunitat europea adoptà el 25 de juliol del 1978 les directives 686 i 687 que regulen i reconeixen els títols de dentista (*practitiens de l'art dentaire*) amb una sistemàtica semblant a la dels metges.

Però la situació dels dentistes al nostre país té i tenia dues característiques diferencials:

- són metges especialistes
- només hi ha 5.722 col·legiats l'any 1986, el que vol dir $1,4 \times 10.000$ habitants.

Aquestes dues circumstàncies fan que a les discussions prèvies a l'adhesió d'Espanya a la CE les autoritats de l'estat Espanyol van comprendre la conveniència de restituir els estudis d'odontologia i, mentrestant, demanen un termini per tal d'aplicar la directiva 686 de 1978 sobre el reconeixement dels títols i l'aplicació de la lliure circulació d'aquests professionals. Tinguem present que el darrer país en dotació de dentistes era el Regne Unit, que té 3 dentistes per 10.000 h., que equival quasi a triplicar la taxa d'Espanya (Catalunya té una dotació mitjana lleugerament més elevada: $1,8 \times 10.000$ h.).

En funció d'això, una llei especial de 1985 ha creat les facultats d'odontologia i el títol de llicenciat en odontologia. Hem tingut en compte la normativa comunitària per tal de definir les competències d'aquests professionals i el seu currículum de formació universitària a la facultat especial. Es completa la restauració de l'odontòleg com a professió especial, diferent de la de metge, amb el reconeixement dels protètics dentals i els higienistes dentals, tots dos al nivell de F.P. de segon grau.

El dret d'establiment és contemplat als articles 51 i següents del Tractat de Roma, la lliure prestació de serveis en els articles 59 i següents.

Per tal de fer efectiu el dret d'establir-se en un país dels 12, cal adreçar-se al servei d'informació que cada un d'ells té establert. Allà el candidat a establir-se, serà informat sobre criteris d'organització de la Sanitat, la Seguretat Social, òrgans de la professió, urgències administratives i ètica professional.

Les directives contenen disposicions per facilitar i harmonitzar les urgències sobre moralitat i honorabilitat, faltes professionals i sancions penals, salut física i psíquica i alternatives a l'exigència de jurament. En tots els casos n'hi ha prou amb un certificat del país d'origen del sol·licitant.

L'Estat que rep la sol·licitud ha de resoldre l'expedient dins el termini dels tres mesos següents a la presentació de la documentació completa.

Un aspecte interessant a considerar és el relatiu a l'exigència del coneixement de la llengua del país: aquesta circumstància havia estat objecte de discussió, donat que algun país volia que el metge fes un reciclatge en la matèria. Després d'un debat de la qüestió, la Comissió ha entès que si es tracta del dret d'establiment, l'estat d'acolliment no pot exigir el coneixement de l'idioma, però pot donar facilitats per tal d'ajudar al seu coneixement. L'exigència del coneixement de l'idioma es considera una limitació a la lliure circulació.

La prestació de serveis encara té uns tràmits més simplificats. Aquesta situació és important a les zones frontereres dels 12, on els metges d'un costat de la frontera poden visitar els pacients de l'altra banda. També es dona aquesta situació quan un professional és cridat a prestar un servei concret per un pacient d'un altre país.

En aquest cas l'estat d'acollida pot exigir un o tots els documents següents:

- una declaració o informació prèvia a les autoritats competents (pot ser posterior, en cas d'urgència).
- justificant d'exercici de la professió al país d'origen.
- acreditació de la titulació de la seva professió.

Aquests documents no poden tenir més de 12 mesos des de la data de la seva expedició».

Bibliografia

- SECHÉ, Jean Claude. Guide des professions dans l'optique du grand marché. Commission des communautés européennes. Luxembourg 1988.
- SECHÉ, Jean Claude. Libre circulation des personnes dans la Communauté. Entrée et séjour. Commission des communautés européennes. Luxembourg 1988.
- MATEU ISTÚRIZ, JOSÉ. La Comunidad Económica Europea. Las profesiones Sanitarias. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid 1985.
- Proyecto de Lev sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental. Ministerio de Sanidad y Consumo. Servicio de Publicaciones. Madrid 1985.
- Europa en cifras. Oficina de Publicaciones oficiales de las Comunidades Europeas. Eurostat. Bruselas-Luxembourg 1987.