

EL PROFESSIONAL DE LA SALUT: UNA PROSPECTIVA

JOSEP CANALS i SALA, sociòleg. RAMÓN CASARES i POTAU, metge. TERESA MANSO i PICH, infermera. NEUS OLLER i GRAN, infermera. FRANCINA ROCA i SORIANO, assistent social

1. Introducció

Aquesta introducció, redactada després d'haver donat per acabat el debat que ha tingut lloc dins del grup, de vegades pot agafar un aire de resum. I així és en part, si bé no hi tenen lloc les conclusions que aniran, com és de llei, al final del treball.

Dos fets fonamentals poden influir i orientar els camins del futur de les ciències de la salut. Ja ho estant fent així en el present però possiblement només com els indicadors d'una tendència, no com una realitat assolida.

I.—El primer d'ells és la concepció global i unitària de tots els fenòmens psico-socials que incideixen sobre l'individu i que han portat a la moderna concepció globalitzadora de la salut en una autèntica visió comunitària i social. D'aquí que es tendeixi més a una promoció de la salut buscant més els aspectes de prevenció i rehabilitació, amb tècniques senzilles que permetin una incidència a gran nombre de persones, especialment amb ganes d'arribar al Tercer Món, però també d'aplicació necessària en molta part del món desenvolupat.

II.—L'altre aspecte fonamental és el desenvolupament de la tecnologia, en una cursa de progrés que no té aturador en cap país per endarrerir que estigui i per pobre que sigui. Se sap, però, que la tecnologia progressa de tal manera que fa que els països rics ho siguin cada vegada més en relació amb els països més pobres. Això és evident que no pot ser així sempre. El mateix coneixement d'aquest fet ha de portar, a la curta o a la llarga, i convé que sigui a la curta, (cal fer cas de les veus que s'aixequen dins del mateix Tercer Món), a una correcció d'aquesta tendència.

Actualment ja hi ha més organismes, especialment orientats per l'O.M.S., que tenen una visió més comunitària i més global dels problemes de la salut. Hi ha més metges que treballen en aquest camp; i no solament metges sino infermeres, assistents socials, sociòlegs, psicòlegs, antropòlegs, arquitectes, químics, agrònoms,...i encara molts altres que treballen aportant punts de vista pluridisciplinaris al camp de la salut. Hi ha el programa de

l'O.M.S. dit «Salut per a tots l'any 2000» que aconsegueix una incidència bàsica entre molts tècnics de diferents camps que hi treballen amb entusiasme.

Però convé no oblidar que els avenços tecnològics s'estan produint, són un fet, i aconsegueixen millores en el camp de la salut que, si bé en un primer moment només se'n poden beneficiar uns privilegiats, en general, molt ràpidament passen a ser assequibles a molta gent.

És clar que la situació actual del món fa que les diferències siguin molt grans, però hem de partir de la premissa optimista que no poden ser insalvables. La tecnologia, per ella mateixa, no és bona ni dolenta sinó a través dels objectius al servei dels quals es posi. No podem permetre que s'estableixi una dicotomia irreconciliable entre salut per a tothom i tecnologia, sinó que hem de posar la tecnologia al servei de la salut per a tothom, l'any 2.000 o, posem per termini, tot el segle XXI (que la història té també un caminar propi encara que de vegades ens agradaria poder accelerar-lo).

No ens podem entretenir en l'enumeració dels inconvenients i desgràcies que porta l'avenç tecnològic (especialment remarcable l'encariment enorme de les despeses sanitàries). Ni, per altra banda, hem de fer una llista dels avenços i de les millores que ha portat. Però sí que no voldríem deixar passar l'ocasió de parlar «del miratge de la tecnologia», que és aquell estat d'ànim del malalt, de la família o del mateix metge, els quals, davant d'una situació desesperada creuen que una nova exploració o una nova terapèutica poden portar la salut o la vida. I la reclamen amb aquella frase que traspua l'extrema desesperació interna: « Doctor, que li facin tot».

El camp on conflueixen els dos aspectes que hem citat al començament i que es dibuixa com un dels fonaments de la prospectiva de la salut és el de l'assistència primària. El tema ens ha preocupat de fa temps i voldríem deixar-ne constància amb la cita del llibre «El metge de capçalera en un nou sistema sanitari», de l'any 1978, en el que hi vam participar alguns de nosaltres sota la batuta de l'inoblidable Jordi Gol. Trobem que les idees exposades allí encara són vàlides i podríem afegir que, cada vegada més, el nou professional de la salut ha de girar, fonamentalment, al voltant de l'assistència primària. I així van opinar també els professionals reunits, per aquell mateix temps a la conferència d'Alma Ata (1978).

I en aquest punt, hi ha un nivell diferent a considerar, molt poc clínic. Són les accions de tipus social i econòmic: està demostrat que els Serveis de Salut tenen una importància marginal en el grau de salut de la població i especialment en la desigualtat de la distribució, ja que es mantenen sense corregir les diferències socials i geogràfiques. (Bona part de la culpa la té la falta de desplegament de la prevenció). Per això es proposen algunes mesures que podrien aconseguir un major nivell de salut i una major igualtat en la distribució. Algunes d'aquestes mesures, de primer antuvi, poden semblar xocants amb poca relació directa amb la salut. Per exemple: treball per a tothom, habitatge adequat, nutrició suficient i equilibrada, lluita contra l'abús de substàncies que creen addició (tabac, alcohol, psicòtrops, drogues il·legals), redistribució de la riquesa disponible.

En aquest sentit l'O.M.S. ha posat en marxa el programa «La salut per a tothom l'any 2.000». Fixem-nos com assenyalava de manera prioritària l'objectiu de l'Assistència Primària i com les recomanacions que fa són una barreja de mesures polítiques i de mesures tècniques. La llista dels indicadors per a vigilar els progressos realitzats en la consecució de la salut per a tothom l'any 2.000 ens dona una clara idea dels objectius i de les mesures recomanades per l'O.M.S.. Heus les aquí:

- 1) La salut per a tothom ha estat adoptada com afer polític al més alt nivell oficial.
- 2) S'han constituït o enfortit mecanismes per associar a la població en l'execució de les estratègies, i aquests mecanismes funcionen efectivament.
- 3) Es destina a la salut almenys el 5% del producte nacional brut.
- 4) Es dedica una proporció raonable de les despeses nacionals en salut a l'atenció de salut local (els hospitals exclosos).
- 5) Els recursos estan distribuïts equitativament.
- 6) El nombre de països en desenvolupament que tenen estratègies de «salut per a tothom» ben definides, acompanyades d'assignacions de recursos explícites, les necessitats dels quals en matèria de recursos externs reben suport permanent de països més rics.
- 7) L'atenció primària de salut és a disposició de tota la població ni comprèn almenys els següents elements: aigua potable a l'habitatge o molt a prop, instal·lacions de sanejament; immunització a la diftèria, tètan, catarro, xarampió, poliomielitis i tuberculosi; atenció de salut local; disposar de 20 medicaments no gaire lluny; personal de maternitat, parts i pediatria).
- 8) L'estat nutricional dels infants és satisfactori: pes al néixer, pes durant la infància.
- 9) La taxa de mortalitat infantil per tots els subgrups que poden identificar-se és inferior al 50 per 1.000 nascuts vius.
- 10) L'expectativa de vida al néixer és de més de 60 anys.
- 11) La taxa d'alfabetisme d'adults per a homes i dones sobrepassa el 70%.
- 12) El producte nacional brut per habitant sobrepassa els 500 dòlars US.

Dins de l'esperit que hem sintetitzat a les línies anteriors, el text que segueix fa un apropament a les condicions del món que suposem que ens espera cap al canvi de segle. Evidentment, ni som profetes ni podem tocar totes les facetes que presenta la realitat. El que exposem no deixa de ser una de les seleccions possibles, i no tenim cap inconvenient en dir que la nostra no és una opció neutra, com segurament no ho seria cap altra. Això vol dir que, moltes vegades, parlarem del que voldríem que fós, entre les diverses possibilitats que l'esdevenidor ofereix, vist de d'ara, de manera versemblant. No ens preocupa massa aquest biaix, doncs qualsevol proposta de futur, per molt que es fonamenti en indicis fiables, no pot deixar de tenir certa càrrega ideològica. La nostra, a desgrat de certes modes, segueix fidel als ideals de llibertat, igualtat, fraternitat i benestar per a tothom.

El lector observarà que els apartats següents presenten una aproximació al nostre tema en un recorregut que va, *grosso modo*, del general al particular, de manera que la futura configuració dels professionals de la salut aparegui enquadrada pels seus condicionants socials.

2. Una ullada global al món de principis del segle XXI.

Els factors que determinen l'evolució futura de les estratègies teòriques, i de les pràctiques efectives en el terreny de la salut, cal identificar-los dins del marc general d'unes transformacions que només poden ser enteses si són enfocades a escala planetària. Això no significa, però, que presentem una visió simplificadora i reduccionista, que faci derivar tots els fets socials, a qualsevol nivell, d'un esquema macroscòpic que ignora les realitats concretes de cada lloc. Ben al contrari, estem convençuts que una de les conseqüències de l'inevitable creixement de la complexitat és l'augment de la diferència. Malgrat la major interdependència que es dona entre uns i altres sectors de la humanitat, la tensió entre les situacions locals i les tendències generals, entre les realitats puntuals de la vida quotidiana i els grans trets de l'evolució mundial, entre els centres i les perifèries dels sistemes socio-polítics, no pot deixar d'augmentar. No podem ignorar que la perceptible mundialització dels problemes humans comporta el contacte entre processos històrics molt diferents, que s'enriqueixen amb experiències alienes, i són sotmesos a influències que incrementen les tensions esmentades, i les tradueixen en una més gran diversitat social a l'interior de cada país.

El que volem dir amb aquesta entrada al present apartat, és que no podem dibuixar cap quadre prospectiu sense tenir en compte que l'evolució social no és un procés uniformement mecànic, ni una suma de realitats inconnexes. Per tant, si volem proposar quelcom útil hem de tenir en compte, a la vegada, l'especificitat local i les tendències a escala mundial, sense oblidar els matisos intermedis. Evidentment, aquest és un objectiu massa ambiciós per ara, i solament podem apuntar els trets més significatius, des del nostre punt de vista de l'evolució previsible.

2.1. *El marc polític i econòmic*

El temps que manca per a l'any 2.000, i per a entrar al proper segle, no és tan llarg com per a esperar grans canvis qualitatius. Així i tot, cal tenir en compte que mentre escrivim aquestes línies, s'està produint un important canvi en el món que va sorgir de la 2^a guerra mundial. La tensió entre les dues grans superpotències sembla donar pas a un període de distensió que obre noves possibilitats de cooperació i d'intercanvis entre els dos pols que han amenaçat durant quatre dècades la pau mundial, i han fet girar al seu voltant una multitud de conflictes regionals. Certament, encara és prematur aventurar que el procés iniciat a la Unió Soviètica, i també el que es viu a Xina, arribin a on els seus impulsors volen arribar. En tot cas, podem atrevir-nos a vaticinar el seu èxit, ni que sigui basant-nos en imperatius econòmics. Sobre aquesta suposició, la confrontació pot donar pas a unes relacions d'interdependència creixent entre els dos grans i les seves respectives zones d'influència, no exemptes de moments tensos, que permetrien limitar, si bé no l'abolirien del tot, la desorbitada despesa que comporta la cursa d'armaments. Això resultaria altament beneficiós perquè els recursos que necessitem per a solucionar els greus problemes del nostre món, i entre ells els de caràcter sanitari, podrien veure's incrementats, no solament en diners sinó també en esforç de recerca.

Malgrat aquesta perspectiva esperançadora, cal pensar, i així ho confirmen els especialistes, que els conflictes «perifèrics», és a dir, aquells que tenen per escenari països del Tercer Món, continuaran. Les greus contradiccions socials, ètniques i econòmiques que viuen aquests països són un camp de cultiu adobat per als conflictes armats que, en el millor dels casos, seran menys estimulats des dels grans centres mundials de poder. De la

mateixa manera, si bé la distensió entre les grans potències pot afavorir la millora del respecte als drets humans en ambdós bàndols, en eliminar l'element paranoic que estimula la seva restricció, aquesta no sembla ser una possibilitat tan assolible en els països subdesenvolupats. Això fa preveure que la massa de refugiats, que actualment supera els 12 milions de persones, pot seguir creixent. Aquest punyent problema, i d'altres com poden ser l'estabilització del terrorisme internacional com a via de manifestar-se algunes de les contradiccions esmentades, seguiran sent un considerable obstacle per al definitiu encarrilament de la majoria de la humanitat cap a estructures polítiques i socials afavoridores del benestar per a tothom, i per tant, de salut per a tothom.

Quan l'eix Est-Oest podria deixar de ser, sortosament, el conductor dels conflictes més amenaçadors, es fa més visible l'eix Nord- Sud com a revelador de les contradiccions més conflictives del nostre món. Els desequilibris econòmics entre els pols d'aquest darrer eix tendeixen a augmentar, fent-se més gran la distància entre països rics i països pobres, tot i que alguns estats van ocupant posicions intermèdies, però marcats per una gran inestabilitat. La necessitat urgent de resoldre els problemes que suscita la dependència econòmica, i per tant política, dels països subdesenvolupats, agreuja pel seu enorme deute extern, és també un objectiu sanitari. Sense el seu assoliment, difícilment podrem fer front a polítiques de salut viables en aquelles extenses àrees.

Els factors que poden introduir canvis importants en l'esfera econòmica entren dins del camp d'allò poc previsible. No obstant, cal considerar els efectes d'una nova generació de productes d'alta tecnologia, especialment en els camps de la informàtica, la telemàtica i la robòtica. Un element que pot ser decisiu, com és un canvi de fonts d'energia, no entrarà en acció fins a finals de la primera dècada, o a principis de la segona, del proper segle. Ens referim, sobretot, a la substitució de l'energia nuclear procedent de la fisió per l'obtinguda mitjançant la fusió. Mentrestant, l'acumulació dels residus procedents de les centrals nuclears seguirà gravitant sobre la salut de la població mundial com un perill potencial.

Altres elements que poden trastocar totes les previsions són els efectes de l'esmentat deute extern de molts països subdesenvolupats o en vies de desenvolupament, així com el dèficit acumulat pels Estats Units. Mentre no s'abordi una reforma en profunditat dels sistemes financer i monetari internacional, cal preveure un món afectat per la inestabilitat econòmica.

Evidentment, un dels fets que fan més incert el futur de la humanitat és el desequilibri ecològic produït per una industrialització que no ha tingut en compte cap previsió a llarg termini dels seus efectes destructius sobre el medi. L'escalfament de l'atmosfera, o la desertització d'àmplies zones de la Terra, suposen reptes que requereixen una absoluta prioritat.

Als països industrialitzats, cal assenyalar que la suposada superació de la crisi econòmica iniciada cap al 1970, està produint un elevat cost social en forma de marginació d'un important sector de la seva població. Aquest fet, juntament amb l'imparable creixement de les ciutats arreu del planeta, ens ha de posar en estat d'alerta davant de l'agudització dels desequilibris actuals.

Malgrat tot, cal tenir en compte algunes dades que obren el camí a l'esperança. Els principals problemes del futur immediat només poden abordar-se des d'accions que superin l'estret marc dels estats actuals. En aquest sentit, la distensió entre els dos grans sembla revaloritzar el paper de les organitzacions de les Nacions Unides com a marc de cooperació internacional. D'altra banda, els agrupaments regionals com la Comunitat Europea, l'ASEAN, el Consell de Cooperació dels Països del Golf, o el Pacte Andí, ofereixen eines interessants per a la racionalització de polítiques que permetin resoldre, o si més no pal·liar, els problemes que hem apuntat. Vagi un fet significatiu com a exemple. Segons la F.A.O.,

el recursos agraris de la Terra haurien de permetre alimentar una població global de 40 mil milions d'habitants. L'únic que manca per a què això sigui possible, és la voluntat política de fer accessibles a totes les poblacions les tècniques necessàries.

Un fet també esperançador és l'extensió de l'educació superior. Malgrat el llast que suposa una gran massa d'analfabets o semi-analfabets als països subdesenvolupats, també allà apareixen grups cada vegada més amplis que són al corrent dels avenços científics i tècnics. Si aquelles societats poden assolir vies de desenvolupament pròpies, que no tenen perquè copiar les nostres, aquest capital humà pot ser decisiu per a acabar amb la misèria i lluitar per la salut.

Els fets que hem assenyalat tenen una influència evident sobre el que pot ser l'acció sanitària del pròxim futur. Ara ens cal veure quines dimensions presentarà la població a què va destinada.

2.2. Canvis demogràfics i conseqüències culturals

Hom calcula que el nostre planeta tindrà uns 6.000 milions d'habitants l'any 2.000, quasi mil milions més que en aquest moment. Però el creixement demogràfic que ens condueix cap a l'esmentada xifra, no es produeix de manera equilibrada entre les diferents àrees del món: mentre assistim al fort augment de la població dels països de l'anomenat Tercer Món, els països industrialitzats presenten una demografia estancada, especialment a l'Europa Occidental. Una primera conseqüència d'aquest fenomen serà la situació minoritària que la població dels països més desenvolupats tindrà en el conjunt de la humanitat. Si la població europea, sumada a la d'Amèrica del Nord, era el 31% de la població mundial l'any 1.900, i el 29% el 1.950, a l'acabament del segle, no representarà més del 10% de l'espècie humana. Tot i que els països més industrialitzats conservaran un pes decisiu en el món posterior a l'any 2.000 per la seva potència econòmica, política, militar i intel·lectual, caldrà abandonar tot esquema eurocèntric en l'abordatge dels problemes de la humanitat. Si bé l'any 2.000 és massa a prop perquè canviïn els grans desequilibris econòmics i socials entre les àrees industrialitzades i les subdesenvolupades, no serà ja possible defugir les pressions que exercirà sobre nosaltres el veïnatge en el mateix planeta d'una gran majoria d'éssers humans vivint en condicions precàries i formada per una població, a més, molt jove.

Ultra la vessant quantitativa d'aquestes tendències, cal assenyalar la importància que aquest canvi pot tenir en l'aspecte cultural. Si cada cultura és una manera particular d'entendre el món per part d'un determinat agrupament humà, la posada en minoria de les poblacions de cultura d'arrels europees, suposarà també la seva relativa pèrdua d'hegemonia, és a dir, que anem cap a un món molt més obert culturalment, sempre que es mantingui el grau d'interrelació assolit actualment, cosa previsible per imperatius econòmics. Hom pot objectar que la mundialització dels intercanvis, que des del segle XV ha anat arribant a l'actual situació, ha comportat una forta europeïtzació d'altres poblacions. Aquest fet és només parcialment cert. Cal analitzar a fons les resistències que aquesta mateixa expansió ha generat, o com han estat adaptats certs trets fonamentals del món industrialitzat per altres fortes tradicions culturals, per a relativitzar l'objecció. Els casos d'Iran i del Japó, en sentits diferents, il·lustren bé el què volem dir.

En el canvi que més ens interessa, aquesta alteració de les dimensions demogràfiques ha d'afectar, com a mínim, a dos nivells igualment importants. D'una banda, les nostres concepcions sobre la salut hauran de confrontar-se i tenir en compte perspectives ben diferents. De l'altra, el pes dels països del mal anomenat Tercer Món a les organitzacions

internacionals haurà de créixer molt més, influint decisivament en les seves estratègies per a enfrontar grans problemes com els de l'educació, el medi ambient o la salut.

Fets aparentment anecdòtics, com l'obtenció de guardons als festivals cinematogràfics europeus per part d'obres xineses, índies o senegaleses, prefiguren aquest món culturalment més policèntric, i per tant, més capaç de superar els actuals desequilibris.

2.3. Canvis en l'estructura d'edats de les poblacions

Tot i que el ritme del creixement demogràfic tendeix també a disminuir als països d'Àsia, Àfrica i Amèrica Llatina, la diferència quantitativa amb els països de la nostra àrea tendirà a augmentar igualment a causa de la baixa fecunditat de les poblacions més industrialitzades, especialment de l'Europa occidental. Aquesta ja es troba amb taxes de reproducció inferiors a 2.1, xifra mínima imprescindible per a assegurar el relleu generacional. D'aquesta manera, als efectes de la desigualtat econòmica i tecnològica, caldrà afegir-hi els de la diferent composició de la població per grups d'edat. Això significarà que en tots els àmbits, i de manera evident en el sanitari, els problemes, les necessitats, i les solucions possibles, es plantejaran molt diferentment, i fins i tot amb trets diametralment oposats.

No és aquest el lloc adient per a tractar exhaustivament les conseqüències de tal evolució a totes les àrees del planeta. Raons d'espai i d'oportunitat ens obliguen a centrar-nos de manera preferent en tot allò que afectarà el nostre país de manera més directa.

Com apuntàvem en iniciar aquest apartat, als nostres països serà l'envelliment de la població el factor demogràfic més decisiu de les properes dècades. Aquest és ja un tòpic que ha envaït els mitjans de comunicació, i que pesa fortament sobre l'ànim dels nostres responsables en el camp de la política social. Però no podem caure en el parany de creure que la difusió d'un problema equival a la seva conjuració. Ben al contrari, el desconcert creat no sembla disminuir, a la vegada que aquest fenomen no presenta signes d'involució a mig termini per un increment de la natalitat que ja hauria de ser perceptible en el present. En realitat, el que observem és una disminució paulatina de la fecunditat i de la natalitat, i fins i tot de la nupcialitat, que no sembla alterar-se amb les crides alarmistes llençades per alguns governs, entre els que destaca el francès.

D'acord amb les tendències dominants a tota Europa, però amb una acceleració notable perquè el punt de partida era més alt, també a Catalunya s'evidencia un gran creixement de la població major de 65 anys. Prenem aquesta edat com a fita perquè la concepció social de la vellesa ve marcada pel fet socio-econòmic de la jubilació. Podem constatar com el grup de població major de 65 anys és ara situat al voltant del 10% de la població catalana. Si es mantenen els ritmes actuals, aquest percentatge assoliria el 20% a l'any 2.000, i arribaria a constituir un terç de la població amb el primer quart del proper segle.

Aquesta perspectiva planteja importants problemes de política social i obliga a establir unes clares prioritats en el terreny de la salut. Ara per ara, les necessitats que s'assenyalen entren en contradicció amb la tendència actual cap a la reducció de les prestacions socials per part dels estats, enfrontats a un dèficit públic que obstaculitza la recuperació de l'acumulació de capital, i la reestructuració dels mitjans de producció, a fi que restin competitius en mercats cada vegada més oberts. El problema no és senzill i no autoritza a proclamar solucions dogmàtiques i massa simplistes. Les contradiccions esdevenen molt agudes, ja que les despeses en serveis socials i de salut hauran d'augmentar forçosament per a atendre una creixent població no activa, situada a les franges d'edat que provoquen, precisament, més demanda sanitària.

Una de les primeres qüestions a resoldre serà saber qui financia l'atenció a una vellesa tan nombrosa, i com es redistribueixen els recursos disponibles. Caldrà reformar els sistemes de seguretat social, però també tenir en compte els drets adquirits pels ciutadans en èpoques de creixement econòmic i d'extensió de l'anomenat Estat del benestar. Si es mantigués el predomini de les ideologies neoliberals que es dona ara als països occidentals, la tendència previsible apuntaria cap a la canalització d'aquest problema envers les assegurances privades, reservant les prestacions estatals per als sectors més deprimits econòmicament. Però si bé l'envelliment de la població ha estat considerat com un factor que augmenta les resistències als canvis, enfortint les posicions més conservadores, també pot manifestar-se una gran resistència davant de la liquidació dels beneficis derivats del «*Welfare state*».

Als països anglo-saxons hom ha creat ja el concepte de «*grey power*» (poder gris), per a expressar el creixent pes electoral i social de la població anciana. La pressió que aquesta pot arribar a exercir forçaria una major redistribució dels recursos econòmics en benefici de les prestacions a la vellesa, cosa que pot aixecar una forta oposició per part de la gent en edat activa, que es resistiria a disminuir el seu poder adquisitiu per contribuir al sosteniment dels jubilats. Hom ha parlat de «guerra generacional» a propòsit d'aquesta possibilitat.

Les sortides possibles són moltes. Des d'una elevació de les edats de jubilació que ja s'apunta pel Nord d'Europa, fins al replantejament dels sistemes de gestió financera del fons públic. En totes les alternatives possibles i pensables, però, cal destacar la gran interrelació que presentarà la problemàtica sanitària amb l'estructura demogràfica.

L'envelliment de la població augmentarà la proporció dels quadres que ara classifiquem com a geriàtrics, i que donada la disminució de la mortalitat en el conjunt de la població, poden dominar de manera aclaparadora la demanda sanitària. Tot i que l'augment de l'esperança de vida pot ser poc significatiu d'aquí a finals de segle, la demanda de la població d'edat més avançada (70, 75 anys en endavant) pot ser la que ocupi en major grau als serveis sanitaris. (Sobre l'esperança de vida cal tenir alguna reserva cap a l'homogeneïtat del seu creixement o simple manteniment. La desigualtat social estimulada per la crisi econòmica dels anys 1970-80, pot resultar en una desigualtat també en aquest pla, que restaria emmascarada a les estadístiques globals. De fet, tenim ja alguns indicadors en aquest sentit entre les diferents àrees censals de la ciutat de Barcelona).

La cronicitat, generalment en forma de pluripatologies de difícil resolució, haurà de forçar a la pèrdua del paper excessivament central que ha pres l'hospital en els sistemes sanitaris dels països industrialitzats. De no ser així, els hospitals viurien en una situació de bloqueig permanent. L'assistència primària no solament haurà de reforçar la seva oferta i consolidar-se com el nivell fonamental del sistema sanitari, sinó que haurà d'adaptar-se a les condicions creades per l'envelliment demogràfic. Amb això assenyalem el paper creixent que hauran de prendre la prevenció i l'educació sanitària, així com dispositius de seguiment que caldrà vincular amb l'assistència a domicili, i amb formes d'autoatenció per part de la població mateixa. Més endavant aprofundirem en les repercussions que tot això ha de tenir per als professionals sanitaris.

2.4. Canvis a l'estructura i funcions de la família

Vista l'evolució probable de la població a escala macrosocial, pot ser interessant dedicar algunes línies a una institució fonamental i molt concreta. Ens referim a la família, on es realitza la reproducció biològica i també cultural de la societat. Aquest és el marc en el qual prenen concreció els fets demogràfics abans esmentats, i on els individus es poden reconèixer.

La industrialització va suposar una transformació radical de les estructures familiars a tots els països que afectà. De la família extensa de les societats agràries tradicionals, es passà al predomini de la família nuclear, més adaptada a la nova mobilitat que imposava el mercat de treball. A més, la família deixà de ser una unitat de producció i de consum per restar, simplement, com a unitat de consum en la majoria de casos, tot conservant les funcions de reproducció biològica i de socialització primària de les noves generacions. L'elevat grau d'especialització que comportava la nova divisió social del treball, juntament amb la gran velocitat de la innovació tecnològica, han anat buidant de sentit els aprenentatges realitzats en el si del nucli familiar.

L'experiència dels vells ha estat un dels valors que ha resultat destruït per aquest procés, fent perdre als avis l'autoritat que tenien abans sobre els seus descendents.

L'Estat, sobretot a través de l'aparell educatiu, ha pres cada vegada més un paper socialitzador determinant, desplaçant la família en moltes de les seves funcions tradicionals. També les funcions assistencials, que requeien sobre les dones, han anat sent absorbides per institucions dependents en una o altra mesura de l'Estat.

Aquest procés, caracteritzat per l'esmentada pèrdua de funcions de la família, havia de conduir forçosament a la situació actual, que es projecta cap al futur carregada de incertesa.

L'entrada massiva de les dones al mercat de treball durant la segona meitat d'aquest segle, ha estat un dels fenòmens que més ha aguditzat la crisi del paper tradicional de la família. Els rols sexuals han estat profundament alterats, si bé de manera poc homogènia, i això ha fet que la família deixés de transmetre el codi de valors tradicional. Es clar que això només podia succeir en conjunció amb una acceleració dels canvis socials generals, que qüestionen permanentment la validesa dels sistemes de valors, i dins d'una creixent complexitat de la societat que comporta una diversificació d'aquests mateixos sistemes, donant lloc a un pluralisme de fet que relativitza qualsevol axioma moral. En tal context, els interessos particulars dels individus han passat davant de les funcions tradicionalment encarregades a la família. Les majors possibilitats que les societats desenvolupades ofereixen en tots els aspectes, el cost que els fills comporten, agreujats actualment per la manca d'oportunitats que el mercat laboral ofereix a aquests darrers per a independitzar-se, han conduït a una forta retracció de l'activitat reproductora que encara ha buidat més de contingut la institució familiar.

Cada vegada més, la família apareix més desintegrada, donant lloc a formes de convivència diversificada. No podem parlar ja d'un model de família únic, i aquesta sembla ser la perspectiva de l'immediat futur. Les famílies són cada vegada més reduïdes, però també disminueix el nombre de parelles que es constitueixen amb voluntat de formar una família estable i assumir funcions reproductores.

Un dels fenòmens que criden més l'atenció, i sembla perpetuar-se de cara a les properes dècades, és el gran nombre de persones que viuen soles. En molts països industrialitzats són ja una quarta part de la població. Certament, un dels drames de les nostres societats és la creixent quantitat de vells que viuen sols, esdevinguts persones desproveïdes de tota funció social, però un dels fets significatius que detectem ara és que la solitud esdevingui una forma de viure per gent en edat activa, cosa que és cada vegada més freqüent.

Es va cap a una conducta més individualista, sense voler assumir responsabilitats. Però també cal recordar que les llars on ningú té cap sou fix s'han gairebé duplicat en els darrers anys.

Si bé no s'han estès les pràctiques promíscues, al menys amb la magnitud que hom podia pensar fa una dècada, (qui sap si per influència del complex de la S.I.D.A.), el que si

resulta cert és que els divorcis i separacions afecten, en moltes àrees industrialitzades, quasi la meitat dels matrimonis. Un dels fets resultants és un creixement del nombre de famílies monoparentals, però també la constatació de la successió d'unions monògames a la biografia de molta gent.

És aquest un terreny difícil per a la prospectiva, tot i que apostariem per la proliferació de formes diverses de convivència, i per l'increment dels solitaris. Cal assenyalar, però, l'ofensiva ideològica que des de diversos fronts intenta aixecar la decaïda família tradicional. Per aquest camí coincideixen polítiques natalistes encaminades a redreçar la fallida demogràfica, amb els corrents neoliberals que veuen en la reconstitució de la institució familiar una forma de compensar els efectes del desmantellament de l'Estat del benestar. D'alguna manera pretenen retornar a la família aquelles funcions que l'Estat li va prendre algun dia. Tot i que això ha arribat a funcionar en alguns casos, no creiem que la situació sigui del tot reversible.

Aquí ens interessa subratllar que per als professionals de la salut, l'evolució de la família que hem exposat planteja alguns problemes seriosos, ja que des de l'assistència primària, sobre tot, ja no es pot comptar amb una plataforma d'actuació a l'àmbit domèstic que es pugui donar per suposada abans de conèixer cada cas concret. Això podria explicar que, als països més desenvolupats, els grups d'ajuda mútua hagin proliferat amb cert èxit, assenyalant una de les perspectives més interessants de cara al futur. A més, cal recordar que els canvis a l'estructura familiar han estat descrits també com a factors de malaltia. I possiblement ho seguiran sent fins que la població trobi formes d'adaptació satisfactòries a les noves situacions.

2.5. Les migracions

No podiem tancar aquesta pinzellada sobre l'evolució global de la nostra societat sense fer esment d'un fenomen cada dia més important. Ens referim a la immigració de persones procedents dels països subdesenvolupats que arriba a les àrees industrialitzades, malgrat l'atur que pateixen aquestes. La situació de deteriorament que viuen en els països d'origen, agreujada pel creixement demogràfic, juntament amb la creació d'un mercat laboral marginal i específic als nostres països, que es beneficia del baix cost salarial (si se'n pot dir així), d'aquesta massa immigrada, són els dos elements que fan possible aquest fet.

Ens trobem davant d'un producte de l'estructura econòmica mundial, que sembla difícil d'aturar. L'entrada de llatinoamericans als Estats Units, i la d'afroasiàtics a Europa està prenent dimensions considerables. Hom ha calculat que l'any 2.025, un de cada set habitants de la Comunitat Europea serà un afro-asiàtic. Evidentment, això aixeca tota mena de fantasmes, i el fenomen Le Pen o grups juvenils com el *White Power* d'alguns països europeus, fan pensar en un rebrot racista que pot fer ressuscitar de nou l'espectre del nazisme.

Es cert que per als treballadors europeus aquesta immigració suposa una competència inesperada, però també ho és que la caiguda demogràfica europea pot arribar a fer necessària, a mig termini, l'arribada de més immigrants. No deixa de ser sospitosos que natalisme i racisme apareguin cada vegada més aparellats en algunes proclames d'extrema dreta, i fins i tot, de manera soterrada, en certes propostes governamentals a diversos països. Sembla com si la immigració procedent del Tercer Món fós la pedra de toc de les perspectives de «regeneració» d'Europa: segons uns, perquè amb l'expulsió dels immigrants, cal iniciar un augment de la pròpia natalitat, amb garanties de «puresa racial»; segons altres, perquè una Europa pluriètnica és un model engrescador de societat oberta, a més de

l'única manera de reproduir l'estructura social sense perdre els avantatges que la baixa natalitat comporta per als individus en edat de procrear.

En tot cas, la presència d'amplis grups d'ètnia i cultura diferents planteja noves necessitats en la formació i les actituds dels professionals de la salut, i també suposa la presència d'una morbiditat, ni que sigui provisionalment, aliena a la que coneixem habitualment.

Fins aquí hem traçat un quadre sumari d'alguns dels condicionants més importants amb què toparà la pràctica del professional de la salut. Vegem tot seguit com caldrà que sigui aquest, en funció de les necessitats que les noves situacions poden plantejar-li.

3.1. De la preparació dels professionals i de l'educació per a la salut en general

Sí, resseguint una panoràmica mundial, hom constata que el major problema al qual s'hauria d'enfrontar l'educació en el futur és, encara, el de l'analfabetisme, com podem pensar a preocupar-nos de la deficient preparació del personal sanitari i de l'educació per a la salut en general. I no ens creguem que l'analfabetisme existeix només a l'Àfrica, sinó que encara és ben estès al nostre país, ja que, només pel fet de saber signar, una persona no es pot qualificar com alfabetada, ni menys, encara, com a persona instruïda. Malgrat això, caldrà incidir a fons en l'educació per la salut de les grans masses i res millor que aprofitar el moment d'intentar alfabetitzar-les. Caldrà fer-ho aprofitant les noves tecnologies i les facilitats dels nous mitjans d'informació. I caldrà tenir uns programes i uns experts ben preparats. Això no obstant, una educació sanitària caldrà enfocar-la sempre a cada país a nivells diferents i amb objectius i mètodes diferents, però serà imprescindible la cooperació regional per a posar-se d'acord en mètodes i programes.

També en la preparació dels professionals els intercanvis de professors i alumnes seran cada vegada més freqüents, els programes seran pensats, com transnacionals i interculturals i s'utilitzaran els mètodes moderns d'intercomunicació. A l'Europa de l'oest s'està pensant en diplomes de valor intraeuropeu, però cal creure que altres regions també arribaran a conclusions semblants. S'haurà d'imposar una cooperació mundial entre Nord i Sud, amb transferència de recursos i coneixements a través de diferents camins i diferents institucions, tenint present que tot això implica que els països industrials han d'ajudar cada vegada més els països en desenvolupament. No cal dir que cada vegada serà més necessari el coneixement de les llengües estrangeres dominants, que ara i en la nostra àrea geogràfica-política és l'anglès, encara que no és possible descartar que en un futur més llunyà no s'hi pugui afegir el rus i/o el xinès.

3.2. Els «professionals de la salut» del futur

La salut, entesa segons l'anàlisi feta a Perpinyà el 1976, deixarà d'ésser una feina exclusiva dels metges, més ben dit, del metge. Hi intervindrà tot un equip, i, arribant a les darreres conseqüències de la definició al·ludida, hi intervindrà tota la societat, amb les recomanacions dels organismes supranacionals (l'O.M.S. en primer lloc, però també el Consell d'Europa i altres...) i amb les lleis de sanitat que, posades al dia, s'aniran promulgant a cada país. Per tant, la societat en general i els legisladors en particular han d'estar en un primer terme al considerar que formen part dels que es cuiden de la salut.

Però deixant de banda la planificació ideològica general hi ha d'haver els que ja es cuiden d'una manera directa de l'execució i direcció. Probablement aquesta feina correspondrà més al funcionariat administratiu, més o menys especialitzat. Ja fa temps que hi ha cursos de formació en economia sanitària.

Finalment arribem els que podrien ser els professionals de la salut per antonomàsia, els continuadors dels antics metges i infermers. En aquest moment, però, fent una nova marra-da, voldríem recordar que el concepte de salut que hem mencionat fa poc porta, neces-sàriament a un sistema sanitari les bases inspiradores del qual podríem resumir de la següent manera;

- a) Integració en un tot únic i coherent, no solament de les diferents funcions pròpiament assistencials, sinó també de les de prevenció de les malalties, salut pública i epide-miologia, educació sanitària de la població, rehabilitació i reinserció social.
- b) Integració i articulació racional i equilibrada no solament de les aportacions profes-sionals del metge, sinó de les de tot el personal sanitari i de les d'altres professionals experts en ciències i en tècniques relacionades amb la salut.
- c) Racionalització funcional i planificació territorial dels serveis sobre la base d'una coordinació dels recursos, talment que en resulti un conjunt arrelat en la dinàmica real de la societat, eficient i equilibrat (racionalitat costos-resultats i absència de tota mena d'elements socialment discriminats pel que fa a la quantitat i a la qualitat dels serveis oferts).
- d) Protagonisme actiu i responsable dels usuaris, tant a nivell personal en les relacions metge-malalt i en la relació del malalt amb la pròpia malaltia, com a nivell de la comunitat pel que fa el sistema sanitari en el seu conjunt i en els seus diferents graus organitzatius.

La conclusió final que se'n deriva és que el sistema sanitari del futur s'ha de basar no en la medicina hospitalària, sinó en la medicina preventiva i en l'assistència primària, i que el metge de capçalera o, millor dit, l'equip interdisciplinari de salut n'ha d'ésser el punt de suport i el nucli central, la peça clau.

Aquests conceptes que a casa nostra es van formular el 1976 i el 1978, són els que també es van formular a la Reunió de l'O.M.S. d'Alma Ata el mateix any 1978. D'aleshores ençà s'han difós i conegut i fins i tot popularitzat però, almenys a casa nostra, s'han dut a la pràctica amb una certa timidesa, potser considerant que només afectaven els països del tercer món.

Els professionals que treballen en aquest nivell i formen el nucli bàsic podran tenir-hi una dedicació exclusiva, com el metge, el pediatre i la infermera i potser també l'assistent social. Altres hi poden tenir una actuació a temps parcial, com certs especialistes en funcions complementàries però imprescindibles: ginecòlegs i/o tocòlegs, odontòlegs, i els dedicats a la salut mental, i també, potser, els que es dediquen a certes activitats rehabilita-dores. Altres, finalment, hi tindran activitats d'eventual integració, en funció de les neces-sitats reals, i tant poden ser especialitats exclusivament sanitàries (farmacòlegs, higienis-tes, etc) com altres professionals (arquitectes o enginyers). I no hem d'oblidar el protago-nisme actiu i responsable de l'usuari, que no sols ha d'intervenir en el control del funciona-ment dels organismes sanitaris a tots els nivells sinó que es pot convertir de vegades en orientador-organitzador del propi guariment (vegeu l'esclat d'organitzacions d'ajuda mútua o d'autoajuda en els països culturalment avançats).

3.3. Sobre els equips interdisciplinaris de salut

L'equip interdisciplinari de salut no és un concepte nou. És una tendència assenyalada de fa temps, però que tot just ara comença a establir-se a Catalunya. Ja fa uns anys que s'ha buscat en els ambulatoris de l'ICS la col·laboració, més intel·ligent i responsable que la que hi havia fins ara, entre metges i infermeres, amb la creació dels serveis de «crònics» i d'«hipertensió arterial». Però funcionalment queda poc definida la col·laboració metge-infermera, així com també les responsabilitats de cada un d'ells. La infermera es limita a calcular el nombre de receptes que necessitarà el malalt durant un període de temps llarg i a escriure-les; el metge les signarà. Altres vegades la infermera determina la pressió arterial i comunica la xifra al metge; i, naturalment, acaba fent les receptes que signarà el metge, el qual haurà decidit la dosi. Malgrat aquesta col·laboració, migrada en aquests exemples, més completa i efectiva en alguns centres d'Assistència Primària que s'han obert recentment amb resultats notables en alguns d'ells, no hi ha dubte que s'ha obert un camí que mira el futur. Però queda molt per millorar si l'any 2.000 volem que els equips interdisciplinaris siguin una realitat establerta.

En canvi, la col·laboració amb el treballador social gairebé ni ha començat, tot i que és tan important com la de la infermera, sobretot en el cas dels malalts crònics. I és que, en realitat, existeix un desconeixement de tot el molt que pot col·laborar el treballador social. Els metges i les infermeres no saben què és o perquè serveix un assistent social. Gairebé només el veuen en la funció de col·locar un malalt crònic en una residència, on és clar, tingui l'assistència d'un altre metge, de manera que el de capçalera (o el metge de l'Hospital) pugui quedar descarregat de la nosa que representen els crònics. Per tant, una de les labors futures, però del futur immediat del treballador social és fer conèixer als altres professionals de la salut quina és la seva feina específica.

Podríem apuntar que si l'equip de salut ha de treballar tenint en compte les condicions socio-econòmiques, culturals, relacionals i psicològiques que actuen en la vida dels usuaris, el professional del Treball Social ha de tenir un paper rellevant en la planificació de la tasca de l'equip. L'entorn social haurà de ser el lloc on caldrà cerca o aplicar molts dels recursos que facin possible l'autonomia del pacient.

Donat que parlem d'equip, i, encara més, d'equip multidisciplinari, és difícil assenyalar uns trets comuns dels futurs professionals de la salut. Això no obstant, ho podem intentar, pensant que ens referim a un model universal al qual caldrà adaptar-nos amb més o menys esforç:

- 1— Cultura bàsica sòlida i igual per a tots. Caldrà una formació important en l'idioma (o els idiomes) que predominin en el món. I caldrà conèixer unes matèries bàsiques que estaran acceptades per tot el món.
- 2— La jerarquia dins l'equip vindrà donada, en part important, des de fora, pels qui en tindran el control i en faran la valoració.
- 3— Dins de l'equip potser s'haurà de parlar de relació de complementarietat funcional i de responsabilitats diferents però compartides i encara variables amb el temps i el lloc. Des de dins més aviat s'establirà una mena d'autogestió.

El sentit jeràrquic tal com s'entén ara, sembla destinat a desaparèixer malgrat els brots de corporativisme que encara hi ha, i hi haurà, entre els metges. De moment, entre els metges, s'ha acabat la jerarquia superior de l'home; avui el 50% dels metges són

dones i ocupen cada vegada més els llocs que els corresponen per simple estadística. A més, la carrera d'infermeria ha esdevingut universitària i cada vegada és més freqüent trobar l'infermer home. També és possible que cada vegada més es trobarà l'assistent social del camp de la salut i, també, l'assistent social home.

- 4— L'assistència primària i l'assistència hospitalària han de ser una continuació suau, sense l'abisme que els separa en els moments presents, i amb fluxos d'informació constants i eficaços.
- 5— Des de la mateixa assistència primària caldrà orientar, dirigir i executar els programes de prevenció.

3.4. *La formació del professional de la salut*

Es evident que haurà de canviar. Parlant d'una manera molt general hauríem d'assenyalar en primer lloc el canvi dels mètodes d'ensenyament. Aquests hauran de buscar el crear una actitud crítica, promoure la creativitat, fomentar una visió de futur i, sobretot, posar l'èmfasi en «aprendre a aprendre». Uns mètodes d'ensenyament més creatius voldrà dir també primar les novetats pedagògiques i passar d'un sistema basat en l'eliminació pel fracàs (p.e. el sistema del MIR) a un altre que encoratgi a fer camí a través de diferents projectes.

No cal dir, però, que l'educació tecnològica bàsica ha d'imperar des del començament de l'escolarització.

Aquests principis generals que acabem d'exposar, tindran la seva aplicació en la formació del personal de la salut. De fet tothom està d'acord en què per una banda haurà de dominar les noves tecnologies i, per l'altra, haurà d'interessar-se i aprofundir en aspectes relativament nous, o almenys fins ara molt oblidats en la formació dels sanitaris, com són l'epidemiologia i la promoció de la salut en general, i en la prevenció i la rehabilitació, l'abans i el després d'allò que fins ara era única i exclusivament el seu focus d'interès, volem dir la malaltia. I caldrà també que s'eduqui en la consideració social del subjecte de la seva professió, o sigui, el malalt, o sigui, la persona. És important que aquest aspecte s'apregui a través d'una conducta, d'una actitud exemplar constant per part de l'ensenyant.

Cal preveure per a tothom que forma part de l'equip bàsic de salut un període de pràctiques en contacte amb la realitat mateixa. En aquest aspecte s'ha provat la forma *tutoria*, que en principi semblava que podia tenir un bon èxit, però no ha estat exactament així malgrat la bona voluntat de molts dels que han participat en l'experiència a casa nostra. Potser han tingut poques facilitats, sobretot des del punt de vista de la financiació.

3.5. *L'educació sanitària de la població*

Un apartat nou, diferent del que hem considerat fins ara, és el de l'educació de la població en el camp de la salut. Hi podríem dir les mateixes generalitats amb les que hem començat el tema de l'educació. Però convindria afegir, o almenys apuntar, algunes consideracions més concretes. Per exemple:

- La necessitat cada vegada més urgent d'una bona educació per la salut al nostre país, a tot el món desenvolupat, i, sobretot, a tot el món en vies de desenvolupament.

- La diferenciació dels objectius a aconseguir segons el grau de desenvolupament i/o l'àrea geogràfica.
- La variabilitat dels mètodes en relació amb els objectius i la cultura de cada país.

Dins d'aquest apartat hem volgut assenyalar algunes de les bases que ens han semblat més importants per l'educació sanitària del futur, encara que, a ben segur, se n'hi podrien afegir d'altres d'interès semblant.

1. Aprofitament de les noves tecnologies, de manera principal dels nous mitjans de comunicació.
2. Aprofitament de l'acte mèdic, o, millor dit, de l'acte de salut, perquè ja comenci l'educació per la salut, com una «lliçó de coses» donada per qui el porti a terme, sigui el metge, sigui l'infermer, sigui l'assistent social.
3. Inici a les escoles, pels mateixos mestres, encara que en alguns moments de certes campanyes pugui ésser útil un reforç especialitzat.
4. Adequació a allò que demani el moment històric, la geografia, la cultura tradicional,... Això comporta, per part del professional, un esforç per a conèixer els elements socio-culturals de l'entorn de la gent amb la qual treballa.
5. Mantenir sempre un to d'informació i de recomanació; poques vegades, o potser mai, caure en la predicació d'una croada.
6. Fomentar i donar suport als grups d'autoajuda i/o d'ajuda mútua, que són un terreny adobat perquè fructifiqui l'educació per la salut.

3.6. La investigació en el camp de la salut

Tal com estem veient en aquestes darreres dècades, la recerca en el camp de la ciència i en la tecnologia va en augment i no és gens aventurat predir que seguirà aquest camí. Els pressupostos de cada estat ho reflectiran, però un dels punts importants és saber quin aspecte en sortirà més beneficiat, si la recrea bàsica o l'aplicada, en la qual cosa els futuròlegs estan dividits. En el camp de la salut, sigui quina sigui la tendència primada, sempre hi repercutiran de manera beneficiosa, sobretot si es compleixen les esperances que la recerca estigui orientada cap al desenvolupament i la cooperació, i no, com pensen els pessimistes, que també n'hi ha, cap al camp de la defensa i la seguretat. Pensem que, amb visió optimista, es pot esperar que la recerca apunti al camp de la higiene i de la promoció i conservació de la salut pública, amb augment del nombre de professionals dedicats a l'assistència primària entesa des d'aquell punt de vista globalitzador que atribueix el mateix professional el participar activament en la investigació. Una visió pessimista, en canvi, ens podria portar a preveure l'increment de la recerca en els estudis dels trastorns produïts per l'energia nuclear i en la seva prevenció.

En el món desenvolupat es preveu que les prioritats apuntaran a la biologia, a les ciències de la vida en general, a les ciències socials, a totes les ciències fonamentals i a la informàtica. Les regions endarrerides, en canvi, pensen en recerques en camps més con-

crets, com per exemple l'agronomia. Els professionals de la salut seran privilegiats arreu dels dos mons, tant en el camp de la recerca bàsica com en el de l'aplicació pràctica. Queden molts fenòmens biològics per estudiar, moltes malalties de les quals s'ignora la causa. Hi ha l'extens camp de la psicologia individual i de grup, les ciències socials,... I l'alimentació (la fam del món serà resolta o no?). I l'estudi dels grups humans: infants, vells, esportistes,....

Entre la recerca bàsica i les noves tecnologies sembla que caldrà deixar-hi un espai per la cultura popular tradicional, des del folklore a les arts i oficis. La majoria dels experts creuen que se l'ha de promoure i de salvaguardar, no pas de manera indiscriminada sinó després d'una avaluació. Si bé en aquest camp hom diria que les ciències de la salut hi tenen poc a conservar, en canvi sí que pot ésser motiu perquè un grup tan important com el de la 3^a edat hi pugui tenir una gran activitat amb la conservació i l'ensenyament d'oficis i tècniques artesanals, en tallers i/o en petites empreses, cosa que pot ser molt important per la salut del grup social al qual pertanyen. Aquest aspecte de la cultura popular tradicional també ha de pesar molt en la concepció dels nous productes que ens aniran introduint els avenços tecnològics: p.e.l'ambient dels nous habitatges, o de les residències per als vells, fóra desitjable que pogués tenir arrel en l'ambient tradicional al que estiguin acostumats les persones a qui van destinats.

Les noves tecnologies ens porten i ens aniran portant beneficis i perjudicis. En el camp de la informació i de la comunicació ens portaran els bancs de dades més complets que puguem somiar i un gran intercanvi de coneixements per tot el món, a la vegada que nous mitjans d'ensenyament. I les esperances encara són més grans per les biotecnologies en els camps de la salut en general i de la medicina en particular.

Els perjudicis poden ser també molt greus. Hom tem que aquestes tecnologies puguin ser dominades per grups humans que les aprofitin pels seus propòsits particulars. I no cal entrar a detallar perquè la mateixa tecnologia ha permès que el cinema i la televisió ens hagin donat mostres d'anticipació de futur en les quals un ja no sap què hi ha de fantasia i què hi ha de realitat (o de realitat possible ja). Assenyalem, però, que les biotecnologies poden portar a desenvolupaments desviats a través d'una manipulació genètica. L'aparició i el desenvolupament de formes artificials de vida amenacen, si no són estrictament controlades, de portar a una deshumanització de la vida, i a plantejar, així, nombrosos problemes ètics, de manera que la vida mateixa esdevé matèria política quan fa poc ho era només la mort. Pensem en la possibilitat de Franksteins de bona veritat, de classes socials inferiors que serveixin d'esclaus, etc.

Altres perjudicis que repercutiran, sens dubte, en la salut, són els perills que comporta la pol·lució creixent, el de la nuclearització del món i, no cal dir-ho, l'atur.

D'ací que s'imposi un control social de les tecnologies i, encara que es tracta d'una visió més general que la que ens hem imposat de tractar, no ens sembla cconvenient de deixar d'assenyalar les 4 línies d'acció que preveuen alguns experts:

1. L'augment de la participació ciutadana.
2. La intensificació dels estudis d'avaluació de beneficis i perjudicis.
3. La promoció del nivell general d'instrucció i cultura tecnològiques, sense sacrificar, però, les ciències socials i les humanitats. En aquest aspecte cal pensar en aconseguir uns lligams més estrets entre les universitats i les empreses.
4. El reforçament de l'autoritat de les institucions i cossos de control nacionals i internacionals, fent de manera que tinguin poder per imposar sancions.

4. Conclusions

És difícil deslligar les previsions de futur de les esperances de futur. L'objectivitat és molt difícil en aquests temes, i si bé hi ha mètodes més o menys científics que ens hi poden acostar, nosaltres no hem pogut tenir ocasió de posar-los a la pràctica. Ens ha semblat que el debat entre experts de molt diversa especialització, però interessats en el mateix tema, podria corregir, almenys en part, les desviacions subjectives.

Si pensem en un futur pròxim, com per exemple l'any 2.000, la predicció sembla més fàcil. En canvi, ens porta al compromís que molts de nosaltres tindrem ocasió de comprovar-la. El futur pròxim, el que en realitat és «el present de demà», allò que de fet estem començant ara, no convida massa a fer fantasies. Aquesta ha estat la línia imposada per l'O.M.S., que en tot moment ha volgut tocar de peus a terra. En canvi és possible que nosaltres ens hàgim deixat arrossegar en certs moments cap a fer volar el pensament i a viure en utopia.

De totes maneres, heus aquí les conclusions que ens veiem amb cor d'extreure de les nostres converses:

- I— L'assistència primària continuarà essent l'objectiu principal dels afers de la salut. Els professionals que hi treballin s'hauran de considerar el centre on hauran de convergir tots els problemes i totes les solucions. Hauran de comptar amb la incorporació de tot el que la tecnologia aportarà de nou, sobretot en l'aspecte de la prevenció, però sense que es perdi mai la relació humana.
- II— Assistirem a un envelliment progressiu de la població (ens referim especialment als països desenvolupats). És el resultat de la millora de les accions de promoció de salut en les darreres dècades junt amb el descens de la natalitat. Sorgiran problemes mèdics i socials cada vegada més grossos i l'assistència geriàtrica comportarà una atenció preferent, però potser no caldrà un professional especialitzat. Citem només alguns d'aquests problemes, encara que podríem fer una llarga llista: medicacions, cura podològica, dieta, eutanàsia, ocupació, lleure, esplai, serveis socials,... Des del punt de vista de la prevenció citem l'enorme tasca que queda en la lluita contra les malalties degeneratives i els crònics que comporten: arteriosclerosi, càncer, processos reumatològics, E.P.O.C., etc, etc. A més, no passem per alt els problemes que comporta el progressiu aïllament psico-social dels vells. Els serveis de voluntariat i els grups d'ajuda mútua poden tenir aquí un paper bàsic. El camp està ple de possibilitats creatives, des del manteniment d'antics oficis i professions fins a la participació activa en l'autogovern dels propis grups.
- III— A l'altra banda tenim la joventut, en la qual s'hauran d'intensificar sobretot els aspectes de promoció de la salut. Aspectes que poden ser tan diversos, encara que en el fons molt interrelacionats, com l'atur, les toxicomanies, les malalties mentals, el trasplantament d'òrgans, l'esport, el consell genètic, etc, etc.
Mencionem les migracions que escampen cada vegada més noves malalties. I els problemes de salut dels «ghettos», o de la barreja de races, d'ètnies, de cultures.
- IV— El nou professional de la salut haurà de treballar en un equip pluridisciplinari que entendrà la jerarquia d'una manera diferent a la d'ara. Els vells hàbits del corporativisme no es desarrelaran amb facilitat. En la medicina del pròxim futur probablement seguirà coexistint l'empresa privada i l'organització pública, però cada vegada serà

més important la influència de les institucions supranacionals. La formació del professional haurà de canviar per aconseguir els objectius que comporta la importància donada a l'assistència primària; els estudis hauran de tenir a la vegada una dimensió internacional i local.

- V— L'educació per la salut tindrà gran importància i s'ha de considerar una prioritat urgent.
- VI— La recerca ha de buscar també els seus objectius prioritaris en el camp de l'assistència primària entesa de manera globalitzadora.
- VII— Finalment cal procedir, comptant amb la participació ciutadana, a una avaluació dels beneficis i perjudicis del progrés científic i tecnològic i de la millora aconseguida en l'assistència primària. Per dir-ho amb el llenguatge d'ara, caldrà avaluar sempre la «qualitat de vida».

Bibliografia

- Association Internationale Futuribles (Paris). The World by the year 2000. International Survey on world problems and trends. Consolidated Report, June 1987.
- Autors Diversos. Educació Mèdica. Jano. Serie monogràfica 1986; n.º 741:5-73.
- BERGMAN R, SOLÉ C, MORA A, WETZEL C, CAMP M.^a A, POLETTI R. Hablemos de Nuestro Futuro. I Seminario Internacional de Enfermería, 1986. Edita: Fundacions Caja de Pensiones.
- CABRÉ i PLA, ANNA; PUJADES, ISABEL. Previsions Demogràfiques per a Catalunya, comarques i municipis grans a l'Horitzó 2000. Departament de Política Territorial i Obres Públiques. GENERALITAT de CATALUNYA. 1984.
- COLOM M.^a D. Sistema de Información para la detección de las dificultades sociales que pueden plantearse en el momento del alta. 1as Jornadas sobre Optimización de los Servicios Sanitarios. Barcelona 12-14 de Junio de 1986.
- Equipaments Socials. Serveis Socials. Sanitat. Ajuntament de Sabadell. L'ATENCIÓ PRIMÀRIA SOCIO-SANITÀRIA: propostes per a una Transformació. Document Intern de l'Ajuntament de Sabadell. Juny 1985.
- GOL J, JAÉN J, MARCOS J A, CASARES R, FOZ G, MOLL J, SUBIAS A, SUÑOL R, TENIENTE J M. El Metge de Capçalera en un nou Sistema Sanitari. Col. "Salut i Sanitat". Barcelona 1979.
- International Association of Schools of Social Work. World Policy Statement on Social Work Education. United Nations, Vienna September, 7-15, 1987.
- KIRK MAURICE. Política Social i Tendències Demogràfiques. Instruments de Prospecció. Direcció general de Serveis Socials (Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social). 1983.
- LAPORTE i SALAS J. Vuit anys de Política Sanitària a Catalunya. Rev. Reial Acad. Medicina Barcelona, Vol 3, n.º 1 (3-IV-88).
- L'Home, la Societat i el Món: Prospectiva de l'Any 2000. Jornades Internacionals: Fundació Caixa de Pensions. Museu de la Ciència 1984.
- NILSSON AGNETA. CHANGES IN PARENTHOOD. Experiencies of Shared Parental Leave. National Board of Health and Welfare. The Bureau on Health Education, Stockholm, Sweden.
- O.M.S. Estratègia mundial de Salut para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.
- O.M.S. Formulació de Estratègies con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.
- O.M.S. Preparación de Indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de la salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981.
- O.M.S. 38 Objetivos de Salud. Viena 88. Conferencia Internacional de Enfermería. Revista de Enfermería Rol.

- O.M.S. Unidad Enfermería/Comadronas. Oficina Regional Europea. La Enfermería y los 38 objetivos regionales europeos, salud para todos. Documento para debate. Copenhagen. Deseembre, 1986.
- O.M.S. Atenció Primària de la Salut. Conferència Internacional de ALMA-ATA, 1978.
- O.M.S. Atención Primària de Salud: una primera evaluación. SALUD MUNDIAL, Septiembre 1983.
- O.M.S. Ministeri de Salut i Benestar Social Canadenc. Associació Canadenca de Salut Pública. BACKGROUND PAPERS. Conferència Internacional d'Ohawa (Canadà) Oct. 1986.
- O.M.S. Ministeri Canadenc de la Salut i el Benestar Social. Associació canadenca de Salut Pública. Carta d'OTTAWA per a la promoció de la Salut. Conferencia Internacional OTTAWA, Nov. 1986.
- O'NEIL, PETER D. La Salud en peligro el año 2000. Oficina para Europa de la O.M.S. Trad. Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, 1.983.
- RIEDMÜLLER B, BEGER J. "Family Structures and Healths". Federal Centre for Health Education, World Health Organization. Maig 1986.
- SMITH ALWYN. Social factors and disease: The Medical perspective. British Medical Journal. Vol. 294, 4 Abril 1987.
- TAPINOS, G T. Six billion people. New York, U.N. Population Council, 1978.
- U.N.E.S.C.O. El MAB 10 años después. La Ecología en ACCIÓN: un vistazo sobre el PROGRAMA "EL HOMBRE Y LA BIOSFERA (MAB). 1982.
- Xè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana (Perpinyà 1976). Funció Social de la Medicina. II a Ponència (1976) i Llibre d'Actes (1978). Barcelona.