

teràpèutiques. Cada vegada n'hi ha de més i més complicades. Cal sobretot conèixer la rendibilitat de les proves diagnòstiques per saber demanar les més adients. El mateix és aplicable a les tècniques de tractament.

Les habilitats esmentades que s'han d'adquirir es desenvoluparan en relació al pacient i en relació amb els altres professionals. Per això és molt important la relació interpersonal. Per tant, la pregunta a plantejar-se és si caldria desenvolupar tècniques de comunicació durant els estudis.

Una altra pregunta a afegir a tot aquest seguit d'interrogants és si s'han d'ensenyar les anomenades medicines alternatives a les facultats de medicina. Sembla que caldria, si més no, conèixer-ne l'impacte social. A més, però, caldria extreure'n aquells aspectes tals com la concepció holística del malalt.

La formació pregraduada ha de tenir com a fita l'educació professional generalista de la medicina. Actualment aquesta disciplina, a causa de la seva extensió, tendeix a una excessiva superespecialització. En aquest sentit, com s'ha de modificar aquesta tendència? Una possible forma seria considerar la formació en especialitats àmplies i addicionar-hi unes experteses concretes, però no de forma exclusiva o excloent.

En l'àmbit de la prevenció i la promoció, el professional de la salut haurà d'acostar-se més a la definició de salut com la manera de viure lliure, solidària i joiosa, sorgida del Congrés de Perpinyà. Per tant, el paper de la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut prendran indiscutiblement més rellevància que no pas la curació de la malaltia. L'objectiu *princeps* es transforma des de la resolució de la malaltia a la conservació de la salut. Caldrà identificar les situacions de risc dels individus i dedicar més atenció a l'educació sanitària.

En la formació del professional sanitari del 2010 hom no pot oblidar totes aquelles competències paramèdiques, és a dir, no relacionades estrictament i directa amb la medicina, avui ja moltes vegades imprescindibles. En aquest sentit, quina quantitat d'instruments li són necessaris per completar la seva formació? Avui es pot ja respondre que si més no, caldrà el coneixement d'idiomes i d'informàtica.

I per últim cal també qüestionar-se si la docència ha d'estar limitada als ensenyants i la recerca als investigadors. La idea és que no ha de ser així, ans el contrari, forçosament, ambdós aspectes han de ser compartits pels metges, en especial la recerca i la docència clíniques.

FRANCESC ABEL: Actituds i valors en medicina

En el moment de parlar de valors des de la moral mèdica, és obligada la referència a la transmissió d'aquests valors, i de tots és sabut que els valors a transmetre no són al nivell pregrau sinó molt abans, és a dir, a l'educació primària i fins i tot encara prèviament, a la llar.

És per això doncs, que la primera pregunta a fer-nos és: **qui i com** són avui els mestres? La dimensió de respecte que han tingut al llarg del temps, hom

podria afirmar que és bona; no es pot dir, però, el mateix de l'actitud reverencial. Més enllà d'aquestes actituds, es pot afirmar que el concepte de *mestre* d'avui dia fa referència a algú que interrelaciona amb els seus deixebles, que és capaç d'aprendre'n i d'acceptar de ser superat.

Com a resultat del canvi en la concepció de les escales de valors i de la seva transmissió, també s'ha produït un canvi profund en la relació metge-pacient. Analitzem-la per etapes cronològiques:

Edat Mitjana. La relació metge-pacient és una relació autoritat-obediència o de mestre-deixeble. De fet, de la relació monoteïsta que impera en l'època, poden qüestionar-se les ordres que mana l'autoritat però mai la pròpia autoritat del Pare en si.

Segle XVII–1949. La relació metge-pacient és de paternalisme. És quan es fan patents els principis de no maleficència i de beneficència. També surt el concepte d'utilitat, el deure és el fruit de la raó pràctica (imperatiu categòric).

1949–1969. D'aquesta època data el codi de Nuremberg. I és en aquesta etapa que es dona l'assumpció per part del metge de la prioritat del pacient. Alhora, entra amb força la investigació.

D'altra banda, sociològicament es va instaurant la medicina com a forma de control social i és precisament en aquests moments que entra un nou principi de l'ètica mèdica: el de l'autonomia del pacient.

1969–1980. Es reconeix en aquesta dècada l'autonomia del pacient. Tanmateix, cal entendre-ho i no confondre-ho amb sotmetre's als capricis dels pacients, és a dir, cal comprendre-ho des del pluralisme ètic.

S'entra de ple en la medicina judicial, on el paradigma el constitueix els EUA, els líders d'aquest nou enfocament de la medicina. No obstant això, cal tenir en compte que la jurisdicció nordamericana no és igual que l'europea (*Common Law versus Dret Romà*). Jutjar la mala praxi pot fer content el pacient, però encareix la medicina i no demostra que això produeixi bona praxi.

El nostre temps. Ens trobem en el període postil·lustració i postmodernisme, amb la crisi de les cosmovisions racionalistes i amb la fragmentació de les ciències. El canvi de la modernitat a la postmodernitat es veurà reflectit en l'ètica del professional de la salut fent que es barregin ambdues concepcions filosòfiques i creant-se així un desconcert pel que fa la legitimació dels valors que s'han de transmetre. Diversos factors contribueixen a aquest desconcert:

- la capacitat de les tecnologies mèdiques (enginyeria genètica, trasplantaments, reproducció assistida, etc.);
- la medicalització de la societat;
- l'activisme dels pacients, ara clients o usuaris de la salut;
- la disminució dels valors compartits per la societat cada vegada més plural;