

01

MALALTS DE SALUT?

Reflexions al voltant de les noves
demandes i les respostes
del sistema sanitari

Volum 24 · Suplement 1 · 2n trimestre 2006



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

www.camfic.org



ÍNDEX

JUSTIFICACIÓ	2
CAPÍTOL 1. NOUS VALORS, EXPECTATIVES I DEMANDES	3
■ La societat de la informació té pressa	3
■ L'omnipotència de la ciència i la tècnica: la medicina entesa com una ciència exacta	5
■ La por: la medicalització de la vida i la prevenció desbordada	6
■ La societat de consum, la salut i el sistema sanitari	8
■ Individualitat i traspàs de responsabilitats	9
■ El pacient informat, realitat o mite?	9
CAPÍTOL 2. OFERTA SANITÀRIA: QUÈ ESTEM FENT?	12
■ Respostes del sistema	13
■ Respostes en l'atenció del dia a dia	17
■ Conseqüències de la resposta inadequada del sistema sanitari	19
CAPÍTOL 3. LES RESPOSTES SALUDABLES	20
■ Resposta en l'àmbit social: parlem-ne	21
■ Resposta del sistema sanitari: cada cosa el seu lloc	24
■ Resposta dels equips d'Atenció Primària: un servei de qualitat i a la mida de l'usuari	25
■ Resposta en l'àmbit de l'atenció individual	26



JUSTIFICACIÓ

Estem vivint uns temps de canvis en la nostra societat que tenen les seves implicacions en els valors i en les conductes de les persones, així com en el funcionament de les organitzacions de tota mena. La globalització, els mitjans d'informació i els avenços científics han creat una societat molt diferent a la de fa només uns anys. És una nova societat que, en general, no és ni millor ni pitjor que la «d'abans». Simplement, és diferent. Aquesta diferència comporta l'adquisició d'uns valors i uns comportaments determinats, i la pèrdua d'altres, i, per tant, canvis en el patró de les conductes relacionades amb la salut i els requeriments del sistema sanitari.

El sistema sanitari ha anat evolucionant en aquest marc social, sotmès a les mateixes forces econòmiques i polítiques que el conjunt de la societat. La salut ha esdevingut un bé de consum, i la sanitat, un sistema regit per les lleis del mercat fins arribar a tenir una presència i un pes que excedeix la seva capacitat real d'intervenció. Hem assolit un punt on les respostes que estem donant a les demandes de la societat generen nous problemes. L'evolució del sistema va cap a la seva saturació, el desgast dels professionals i la frustració dels ciutadans.

És hora de repensar quin és el nostre espai i quines les nostres funcions en la societat actual per poder ser un element contribuïdor a la salut. En primer lloc, ens hem d'esforçar a entendre el que està passant, i recordar que la salut i la malaltia són construccions socials dinàmiques que tenen una estreta vinculació amb la realitat històrica, social i cultural en què es produeixen. Només si aconseguim entendre la realitat i els elements que la condicionen podrem construir les respostes sanitàries adients.

És l'hora de treure'ns del damunt la mandra intel·lectual, fer-nos preguntes i buscar-ne les respostes. Això és el que volem fer amb aquest document. Conscients de la complexitat del moment i de la tasca que ens proposem, aquestes pàgines tenen com a objectiu principal obrir el debat en el si del col·lectiu de l'Atenció Primària, però també dins la societat. El sistema sanitari n'és una part i les persones que la integren no havien estat mai tant interessades i informades com ara sobre temes relacionats amb la medicina i la salut. El paper del sistema sanitari no ve definit només pel coneixement científic, sinó també pels requeriments socials i polítics de cada moment.

El treball inicial que us oferim és fruit d'un llarg debat en el nostre grup. Si bé ens hem endinsat en el coneixement dels valors i les expectatives que regeixen el moment actual i les seves repercussions en el sistema sanitari, no hem pretès fer una anàlisi sociològica a fons, feina que, evidentment, ens sobrepassa.

No tenim respostes per a tot ni les que tenim són vàlides universalment. Pensem que les respostes s'han de generar amb la participació de moltes idees i d'una part important dels professionals. No cerquem resolucions d'avantguarda ni teòriques. Busquem respostes vàlides i aplicables per l'Atenció Primària, partint de la idea que totes les situacions es poden canviar –ara, més ràpidament– i modificar des de diferents llocs d'influència social. Els professionals, per la nostra posició i pel nostre reconeixement social –encara–, estem en bones condicions d'actuar com a força positiva en aquest procés constant de canvi. Mai no havíem tingut a la nostra disposició tanta informació com la que tenim ara. Només ens cal utilitzar-la de manera intel·ligent i contribuir a transformar la societat de la informació en societat del coneixement.

Aquest document consta de tres parts:

- *Els nous valors i les noves demandes.* Intentem entendre i explicar-nos els valors socials i la seva repercussió en la demanda sanitària.
- *La resposta actual del sistema sanitari.* Analitzem allò que el sistema (professionals, gestors i polítics) fa en referència als valors i les demandes i també la seva repercussió en la comunitat.
- *Les respostes saludables.* Fem un conjunt de propostes dirigides a donar respostes d'adaptació, no iatrogèniques i generadores de salut, als nous valors i demandes.

Proposem, doncs, un debat que surti del marc sanitari, en el qual els metges de família juguem un paper amb opinió pròpia i liderem uns canvis basats en l'oferiment honest de les aplicacions del coneixement científic.

Per reforçar la idea que, en gran manera, és a les mans dels professionals el fet d'actuar en un sentit o en un altre, que no estem absolutament condicionats per l'entorn –si no volem–, fem nostra l'expressió «no sos vos, soy yo»¹ i us animem a tots i totes a participar en aquest procés de reflexió i creativitat que pot millorar i enriquir aquest document.

¹Títol d'una pel·lícula dirigida per Juan Taratuto, que explica la història d'un cirurgià que es pensa que tots els seus problemes vénen de fora, fins que s'adona que són en ell mateix.



CAPÍTOL 1

NOUS VALORS, EXPECTATIVES I DEMANDES

«Enfermedad es lo que un grupo humano considera como tal.»

Diego Gracia

Truca al CAP la veïna d'una parella perquè l'home, de 80 anys, s'ha marejat, i demana que hi vagi el metge de seguida «a veure què passa». Com que la veïna està telefonant des del pis del costat, el pacient no es pot posar al telèfon. La veïna tampoc pot precisar res més. Deixo la consulta després de disculpar-me amb un parell de pacients que són a la sala d'espera, agafo el cotxe i me'n vaig al domicili.

Trobo el pacient estirat en una gandula, molt nerviós. La seva dona, que té una demència, però és força autònoma, volta pel menjador també molt nerviosa. El pacient explica que s'ha marejat (fa temps que té episodis d'inestabilitat que s'han estudiat sense trobar cap malaltia greu o millorable) i s'ha posat nerviós perquè «ha d'anar a buscar la néta al col·legi i fer-li el dinar».

L'exploració és normal. El mareig ja ha passat fa estona. El pacient es pot aixecar sense problemes. Després de tranquil·litzar-lo, li pregunto qui te cura d'ells habitualment, si viuen sols i per què no han trucat a cap fill quan s'ha trobat malament. M'informen que tenen dos fills, el noi viu a Madrid i la noia que viu al poble es metgessa d'un EAP de Barcelona i no l'han trucada perquè saben que està passant consulta.

Desaparició/reducció de la xarxa de cuidadors informals, incorporació de les dones al mercat laboral, reducció de les famílies d'origen, medicalització de les cures informals, etc. La societat està canviant i els canvis socials (demogràfics, epidemiològics i tecnològics) comporten i, al mateix temps, són produïts per un canvi de creences i valors que tenen implicacions en les expectatives i accions² de les persones en tots els àmbits i, evidentment, en el camp de la salut i la malaltia.

Els conceptes de salut i malaltia estan en constant evolució i són realitats no exclusivament biològiques, sinó que tenen molt a veure amb la interpretació cultural i social que es fa d'elles. La resistència al dolor, la tolerància a la frustració, etc., canvien i les demandes que es fan al sistema sanitari i es relacionen amb aquests conceptes de salut i malaltia socialment construïts.

LA SOCIETAT DE LA INFORMACIÓ TÉ PRESSA

La societat de la informació ha aconseguit avenços impensables en els últims 50 anys, avenços lligats sobretot a l'existència d'Internet i la seva capacitat de transmetre i difondre la informació per *tot el món*. Aquest accés *on line* a la mateixa informació tant des de països molt desenvolupats tècnicament, com els Estats Units, com des de països pobres, com Bolívia, per exemple, té un potencial que ens permet afirmar que hem ultrapassat l'era industrial per entrar en una nova era: l'era de la informació. La globalització i la democratització de la informació té conseqüències positives en fer més accessible la informació i de forma ràpida, però també crea la percepció que tot pot resoldre's de pressa.

²**Creences:** supòsits bàsics sobre nosaltres, els altres i el món que ens envolta. Són estructures de pensament arrelades i construïdes al llarg del nostre aprenentatge, que ens serveixen per explicar-nos la realitat. Precedeixen i configuren els valors.

Valor: allò que es valúo o digne d'ésser honrat. Constitueixen eleccions deliberades o preferències estratègiques per unes formes d'actuació enfront d'altres. Son aprenentatges estratègics, relativament estables en el temps, que consideren millor una forma d'actuar que una altra per aconseguir que les coses surtin com es volen.

Actituds i conductes: les actituds són conseqüència de les creences i els valors, i constitueixen una tendència avaluadora respecte de fets, coses i persones. Indiquen com ens sentim respecte d'algú o d'alguna cosa i prediuen les nostres conductes, és a dir, la nostra tendència a actuar d'una forma determinada.

Font: García S, Dolan S. *La dirección por valores*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España;1997.



Eslògan d'un laboratori farmacèutic sobre un antibiòtic. S'entén que un pobre pare amb febre no ha pogut anar a veure com el seu fill jugava un partit perquè no s'ha pres l'antibiòtic. És un exemple per veure la intolerància a l'espera, però, a més, juga amb el concepte erroni que la febre es resol amb antibiòtic i ràpidament.

Aquesta vida *on line*, on es pot estar a Internet amb deu pàgines obertes al mateix temps (xatejant al Messenger, baixant música, mirant el correu electrònic, llegint el diari, mirant una pàgina de cotxes..., escoltant música i veient la televisió), com diu l'eslògan, «té PRESSA», i com a conseqüència persegueix la immediatesa i la rapidesa.

La pressa per resoldre-ho tot en un tres i no res ens obliga a actuar, a fer contínuament i compulsivament accions, ens impedeix reflexionar i resta qualitat a les solucions per resoldre els problemes. Actuar sense esperar a veure què passa, sense reflexionar: fer, fer, fer... Pensem que fer moltes coses és millor que no fer res, que quantes més coses es fan, millor.

Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Això té el seu reflex en les expectatives dels ciutadans respecte dels serveis sanitaris, i en el tipus de demandes que s'hi fan.

No podem esperar davant d'un símptoma. Cal anar ràpidament d'urgències, hem de fer proves, derivacions, tornar a urgències, prendre medicaments...

Busquem solucions immediates. «Vinc perquè em curi les angines, perquè demà he d'anar a treballar»; i demandes compulsives: «Vinc perquè tinc febre des de fa 2 hores». És una demanda infantil, en la qual manca la maduresa de l'adult, caracteritzada per la reflexió sobre «què m'està passant i què puc fer?». Una mateixa persona pot fer tres o quatre consultes per un refredat («és que no se'm passa...»).

No tenim temps per estar malalts. Ni tampoc per tenir cura de nosaltres ni dels altres. La manca de contenció personal, familiar i social és present en aquest tipus de demanda. A més a més, la demanda sovint no la decideix un mateix, sinó l'entorn (la família, els veïns, l'escola, la llar d'infants, la feina...) que pressiona la persona perquè actuï, fa créixer l'alienació de la cura de la salut i debilita l'autonomia de la persona.

Les repercussions en la pràctica mèdica són que es tendeix a actuar més i a reflexionar menys.

Com podem modular tota la potencialitat que la societat de la informació comporta amb valors com la reflexió, la paciència, la tranquil·litat...?



L'OMNIPOTÈNCIA DE LA CIÈNCIA I LA TÈCNICA: LA MEDICINA ENTESA COM UNA CIÈNCIA EXACTA

«Cuando nací en Escocia la muerte era vista como inminente, mientras me formé en Canadá comprobé que se vivía como inevitable, pero en mi residencia actual, California, parece que se percibe como opcional.»

Ian Morrison³

És evident que la tecnologia i la ciència mèdiques han experimentat avenços importants en els últims anys, però menys del que la indústria interessada i els mitjans de comunicació ens volen fer creure.

Ens ho volen fer creure i ho aconsegueixen, fins al punt que tant els ciutadans com ara els professionals mèdics estem començant a veure la ciència com un tòtem i a deixar-nos seduir per la tecnologia. En el nostre subconscient i en l'imaginari col·lectiu estem començant a creure que tot té solució i que potser la ciència en un futur podrà aconseguir vèncer tot tipus de malalties, l'eterna joventut i la immortalitat.

Com a il·lustració del que diem, podem veure l'anunci que només ens diu una frase: «No hi ha límits».



Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Existeix solució mèdica i fàcil per a tot. Això ha provocat que es tolerin molt malament les malalties que no tenen tractament i/o curació, com ara la grip, l'artrosi, etc.

El senyor Compotser consulta repetidament per una queratoconjuntivitis vírica, a l'ABS, a l'hospital, a l'oftalmòleg, a un altre oftalmòleg... i no accepta que és un procés que s'ha de passar i que té una durada de 3-4 setmanes. Quan després d'aquest període la simptomatologia desapareix, li comenta a la seva metgessa «com pot ser que una conjuntivitis no tingui tractament i una dona de 65 anys es pugui quedar embarassada?».

La solució sempre és externa a la persona afectada. La solució no la té la persona, ni el grup familiar i/o social, sinó la medicina, el metge i sobretot la tecnologia. Sempre hi ha una cosa/persona que pot resoldre el problema «des de fora», sigui quin sigui el problema. Un exemple greu d'això és la promoció banalitzada de la cirurgia estètica per resoldre tots els trastorns d'autoestima.

La ciència passa al davant de l'autocura. La ciència, la tecnologia, els professionals, els fàrmacs enfront d'autocuidar-se: fer-se anàlisis i prendre medicaments per al colesterol és millor que deixar de fumar, fer dieta i exercici. La salut es pot aconseguir sense cap esforç personal. Els problemes de salut són cosa de la ciència i dels professionals, no són responsabilitat de cadascú. Per a qualsevol molèstia o incomoditat hi ha un expert que la pot resoldre i un medicament que es pot prendre. «Per què mirar-me la temperatura si el metge em pot fer una radiografia?» «Per què fer dieta si puc prendre una pastilla?»

La mort asèptica/estranya. Fins i tot, hem volgut creure que hem guanyat la mort. L'home occidental camina d'esquena cap a la seva mort. Aquest fenomen és més estès a les zones urbanes, però va penetrant a tota

³Autor del llibre *Health Care in the New Millennium: Vision, Values, and Leadership* i antic director del Institut for de Future, a Palo Alto. (Márquez S, Meneu R: «La medicalización de la vida y sus protagonistas». *Gestión Clínica y Sanitaria*; 5(2):47-53.)



la societat. Sota arguments que, en part, són reals, com la manca d'espai als domicilis, la persona que ha de morir es va traslladant cada vegada més a l'hospital i, després de la mort, de l'hospital a la funerària. Ara bé, darrera d'aquest augment d'equipament funerari hi ha molta negació i ocultació de la mort: «Que el nen no ho vegi...» «Que la mare no ho sàpiga...».

Quantes persones no han vist mai cap persona morta? Quantes persones no han vist morir ningú? I quan arriba la mort, ens trobem amb preguntes i peticions estranyes, com pastilles per al qui plora, enviar els nens a una altra casa perquè no pateixin, domicili urgent per confirmar morts esperades...

La medicina ha donat prioritat al vessant biològic i la investigació quantitativa, i tendeix a convertir-se en la simple aplicació i interpretació de tècniques, a vegades de forma abusiva.

Cal recuperar el discurs de la incertesa, de la malaltia com a part de la vida. Cal explicar els límits de la medicina i fer-la més humana.

LA POR: LA MEDICALITZACIÓ DE LA VIDA I LA PREVENCIÓ DESBORDADA

«La medicina ha avançat tant, que ja ningú no està sa.»

Aldous Huxley

«La recerca de la salut s'ha convertit en el principal factor patogen.»

Ivan Illich



***Passaries un any sense portar el cotxe al mecànic?
Passaries tot un any sense veure un metge?
Fes-te una revisió!***

Eslògan d'una policlínica privada

És un fet demostrat l'augment de l'esperança de vida i la disminució de la mortalitat per causes evitables en el món occidental. Però, tot i que vivim més i millor, vivim amb més angoixa i més por, i ens sentim més vulnerables. Hi ha un clima d'inseguretat i alarma, i la por a la malaltia, a la mort i a les desgràcies envaeix les nostres vides i els nostres cors. Diu el sociòleg Chomsky que la por és la principal amenaça de la democràcia, i en el camp de la salut podríem dir que *la por és la principal amenaça de la salut*, perquè viure amb por ja és en si mateix insà.



Hi ha a les societats avançades un increment de la percepció de vulnerabilitat i un estat que es pot etiquetar d'*hipocondria social*.

A quants pacients hem fet en l'últim any el diagnòstic de trastorn hipocondríac? A molt pocs o a ningú, perquè si seguíssim els criteris diagnòstics del DSM-IV (taula 1) l'hauríem de fer a molts dels nostres pacients. Potser no són les persones individualment, sinó el conjunt de la societat qui pateix aquest trastorn. Demandes per banalitats, que fa 15 anys s'interpretaven com una fragilitat psicològica de la persona, avui les fan individus psicològicament normals i són expressives d'un problema d'àmbit social.

Taula 1. Criteris diagnòstics del trastorn hipocondríac, segons el DSM-IV

- A. Preocupació, por o convicció de patir una malaltia greu, a partir d'una interpretació personal dels símptomes somàtics
- B. La preocupació persisteix tot i les explicacions i/o exploracions mèdiques adequades
- C. La creença A no es de tipus delirant
- D. La preocupació provoca malestar clínicament significatiu, o deteriorament laboral, social o d'altres àrees de la vida de la persona
- E. La duració del trastorn és superior a 6 mesos

D'altra banda, hi ha una progressiva medicalització⁴ de la vida, i els aspectes normals de la vida, els problemes personals i socials es traslladen al camp de la medicina.

La calvície, les orelles grans, la sudoració, el fet de roncar, la timidesa, l'adolescència, la lactància, la menopausa, les separacions de parella, la calor, el fred, el dol, etc., etc., etc., passen a ser atesos en el sistema sanitari i moltes vegades són considerats malalties i, per tant, tractats amb un fàrmac. Aquest fenomen, que és de tal magnitud que està fent que s'obri un debat social i professional sobre una possible Classificació Internacional de No Malalties, té conseqüències importants en la mesura que dona a la medicina i a la ciència mèdica un paper primordial en la vida de les persones, i relega qualsevol altra manera d'afrontar els problemes de la vida, les frustracions i les dolences.

I per acabar de completar el cercle, la tercera pota d'aquest fenomen és transformar els riscos en malalties (el colesterol, l'osteoporosi...) i fer creure que tots aquests riscos que hem etiquetat com a malaltia tenen una prevenció i un tractament.

Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Tot pot ser quelcom greu. Es produeixen demandes, moltes vegades urgents, per temors hipocondríacs: «*Se senten tantes coses*». No es fa una ponderació del símptoma o de la malaltia perquè s'ha desdibuixat el marc referencial d'allò que és greu o no. Dos exemples:

Una noia consulta perquè té els peus blaus («pot ser la circulació?»). L'únic problema era que les seves sabates destenyien. La metgessa ho va resoldre amb una mica d'aigua.

Un noi de 24 anys consulta amb el temor de tenir quelcom de pròstata perquè orina molt.

L'angoixa ens acompanya. Les malalties i els símptomes lleus coneguts i freqüents, com ara els refredats, les gripes, etc., generen demandes carregades de molta angoixa: «*Com aquesta vegada no m'havia passat mai*» «*Aquest any la grip ha estat terrible*» «*Vinc perquè estic molt malament*»...

Demandes preventives de tot tipus. Per prevenir la pena, per prevenir que el refredat baixi als bronquis, perquè el nen tingui una bona adolescència, perquè funcioni bé al col·legi o a la universitat, per poder anar-se'n de vacances, etc. «*Vinc perquè em doni alguna cosa perquè el meu pare s'està morint i com que sé que ho passaré molt malament...*»

⁴**Medicalización:** la forma en que el ámbito de la medicina se ha expandido en los años recientes y ahora abarca muchos problemas que antes no estaban considerados como entidades médicas. (Kishore: *Diccionario de Salud Pública*.)



Increment exponencial de les queixes psicosomàtiques i dels trastorns mentals. Endèmia de depressió, ansietat, discomfort. Demandes per símptomes del món psicològic, que no compleixen criteris d'un trastorn de salut mental, o per molèsties físiques expressives de malestar i discomfort amb i davant de la vida, que acudeixen al sistema sanitari perquè els posi un nom, els doni un significat i els medicalitzi. El sistema sanitari s'utilitza com a legitimador de la malaltia, del malestar: en la mesura que un va al metge i li fan proves, adquireix el rol de malalt, es reconeix com a patidor. És una manera d'adquirir valor davant la família i la societat. El paper de víctima fa difícil discutir les condicions del sistema social, disminueix la capacitat crítica i de transformació.

Aquesta por facilita l'augment d'una medicina més defensiva que contenidora i molt més agressiva que pedagògica.

La serenitat, l'acceptació del risc i la finitud, i el fruit del present ens permetrà gaudir dels avenços de la ciència sense angoixes i ser més feliços.

LA SOCIETAT DE CONSUM, LA SALUT I EL SISTEMA SANITARI

Ho veus, ho vols, ho tens...

Eslògan publicitari d'un sistema de crèdits bancaris

Els diners ho poden resoldre tot. El consum és una font de valoració personal i de felicitat: «Tanto tienes, tanto vales». Aquest valor del consum envaeix també la salut i la malaltia, i la sanitat es considera un article de + consum: anar al quiropràctic, provar les flors de Bach, usar la medicina alternativa i la tradicional alhora, o la cirurgia estètica entesa com un producte de consum equivalent a anar a la perruqueria.

Amb diners es poden salvar les llistes d'espera (anar «pagant» per obtenir l'atenció, la prova, la intervenció...), encara que s'obtingui un servei de qualitat tècnica més baixa. Consumir és una forma d'abordar els problemes: «*Quan estic nerviosa o deprimida surto de compres i milloro molt*». Actuar (exploracions complementàries, visites, molts especialistes, medicaments, fisioteràpia, medicines alternatives...) és una manera de calmar l'ansietat.

Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Demandes múltiples pels mateixos símptomes. Una persona pot consultar al 061, a l'hospital i al centre d'Atenció Primària amb pressa per una lumbàlgia de 24 hores d'evolució.

Demanda de proves complementàries. Quants més anàlisis i proves fem, millor, sense pensar en les repercussions personals i per al sistema sanitari.

I el sùmmum: com que t'estimo tant no et regalo flors ni diamants, sinó una revisió mèdica o un aparell per prendre la tensió. Un exemple real: els fills regalen una revisió mèdica als pares per celebrar les noces d'or.

Aquest ús dels serveis sanitaris té conseqüències perquè produeix el desbordament i el col·lapse del sistema, i també és un dels elements que poden contribuir al desgast dels professionals.

La societat ha de ser conscient que el sistema sanitari públic pot col·lapsar-se si no en fa un ús responsable, i que això comporta drets i deures per part dels ciutadans i un equilibri entre les necessitats individuals i les col·lectives.



INDIVIDUALITAT I TRASPÀS DE RESPONSABILITATS

«Nuestras sociedades se estructuran cada vez más en torno a una oposición bipolar entre la red y el yo.»

Manuel Castells⁵

En el món actual, que ha globalitzat l'economia, el poder i la informació, es produeix una recerca de sentit i d'identitat individual. Vivim en un entorn cada vegada més difícil de poder-hi influir i molt menys controlar. I ens sentim menys responsables dels afers col·lectius. La visió que els ciutadans tenim dels sistemes sanitaris públics i d'altres com ara els socials o educatius està canviant. Els ciutadans expressem cada vegada més l'oposició entre el jo –individual o col·lectiu– i les instàncies que tenen o representen el poder social.

Aquests canvis poden explicar l'alça del valor d'individualitat i la declinació de responsabilitats individuals i socials que cada vegada es veuen més llunyanes i situades fora de nosaltres. En altres moments, sobretot entre les dones, atendre els altres era un valor social i sovint els cuidadors s'oblidaven d'ells mateixos. Els altres (nens, gent gran, marit, familiars...) eren sempre més importants. El valor de tenir cura dels altres i sacrificar-se pels altres està en baixa, i l'interès per un mateix, en alça. Això té aspectes positius pel que fa a fruit de la vida i tenir cura d'un mateix, però també pot fomentar l'individualisme («Les meves coses són més urgents, més greus, més importants...») enfront la solidaritat amb les altres persones de la comunitat.

En el nostre país existeix la creença, per part de molta gent, que els recursos sanitaris són il·limitats: com que és un sistema públic està al meu servei, els meus drets com a persona envers la sanitat pública són il·limitats i, per contra, jo no he de donar cap prestació a canvi, jo no tinc cap deure amb la sanitat, a banda de pagar els meus impostos.

Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Demanda de solució mèdica per problemes que pertanyen a altres àmbits. Temes i aspectes que pertanyen a altres camps, com l'educació, les relacions laborals, la família, etc., passen al camp de la medicina. Per exemple, fer certificats per a l'escola perquè el nen està malalt, perquè no pot fer natació, o per problemes laborals. També podem veure com noves realitats socials que no han estat solucionades per la legislació van a parar al sistema sanitari: les baixes laborals per a dones embarassades que no poden o no creuen convenient treballar durant l'embaràs. Es reclamen solucions al sistema sanitari, perquè, en última instància, és l'aparell social amb més reconeixement i amb més capacitat de resposta.

Utilització inadequada dels serveis sanitaris. Quan volen anar a un servei sanitari hi ha persones que mai no es pregunten si és el lloc adequat, si destorbarà l'atenció a altres pacients que ho necessiten més.

Conducta exigent sense ponderar-ne la necessitat. En algunes situacions ha estat o és necessària una actitud exigent per rebre els serveis que es necessiten. Tanmateix, ara som exigents per a tot. Visites que no es poden esperar perquè han d'anar a la perruqueria, rescabament de medicaments que no hem prescrit, passar davant dels altres...

Les conseqüències per al sistema són la sobrecàrrega i la pèrdua de visió de quina és la seva missió.

Es fa necessari plantejar a la societat quin és el paper del sistema sanitari i el seu valor per a la millora de la salut de les persones, tot deixant clars els seus límits.

EL PACIENT INFORMAT, REALITAT O MITE?

La dependència de la ciència, la tecnologia i els professionals i la medicalització de la vida, com ja hem assenyalat, col·loca el ciutadà i pacient en mans d'altres i impulsa a situar el *locus* de control externament a nosaltres, deixant les decisions en mans dels professionals i els científics.

⁵La era de la informació. Vol.1. *La sociedad red*. Madrid: Alianza Editorial, 1997.



No obstant això, en el moment actual s'està donant una ambivalència respecte dels vectors de la decisió. Mentre uns impulsen a deixar les decisions en mans de la ciència mèdica, altres reclamen un paper actiu en les decisions.

Tot i que una revisió d'enquestes realitzades a l'Estat Espanyol (taula 2) va trobar que la responsabilitat individual i la presa de decisions actives respecte de la salut no està entre les preocupacions dels ciutadans d'aquest país⁶, és indubtable que l'autonomia, el dret a estar informat i la petició del dret a adoptar un paper actiu en les decisions sobre la pròpia salut són valors i demandes en alça.

Taula 2. Resultats de l'estudi de Demoscopia de setembre de 2002

El metge és la principal font d'informació dels pacients, i els mitjans de comunicació, la segona
Només un 30% de la població busca mitjans alternatius d'informació als proporcionats a la consulta mèdica
El 50% dels entrevistats no planteja dubtes, discrepàncies o preguntes específiques als metges
El 70% dels entrevistats no coneix els seus drets com a pacient
Menys d'un 5% dels entrevistats pertany a alguna associació relacionada amb temes de salut
La població exigeix accés a informació de qualitat contrastada que sigui intel·ligible i proporcionada per professionals
Hi ha una doble tendència en l'actitud dels pacients: activa i passiva
El pacient actiu acostuma a ser jove i amb estudis, cosa que suposa una tendència emergent i de futur

Font: Jovell AJ. El paciente «impaciente». ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico 2003: 66-72.

D'altra banda, la davallada de la veneració per l'autoritat i la reducció de la relació paternal metge-pacient, ens planteja la democratització de les relacions i la demanda d'adoptar un paper actiu a la relació i a la presa de decisions.

És veritat que el naixement d'un nou usuari, l'usuari informat, pot revolucionar la sanitat. («Mientras comprobamos los efectos de estos cambios revolucionarios damos la bienvenida a una nueva realidad sanitaria que no es una utopía ni una moda: el usuario informado.»⁷). Tanmateix, l'usuari informat també està subjecte a molts riscos. La sobreposició d'informació pot bloquejar o conduir a desinformació o confusió.

D'altra banda, la informació que arriba a l'usuari no és neutra i els grups de pressió, com ara la indústria farmacèutica, ja han vist en l'usuari i els seus grups un fòrum ideal per introduir els seus productes (vegeu la presència de la indústria en les activitats formatives del recent creat *Foro español de pacientes*⁸). Algú dirà, i amb raó, que d'igual manera, la informació arriba esbiaixada i amb interessos als professionals, però pensem que el professional compta amb un recurs potent que no té l'usuari: la formació mèdica.

Com assenyala Meneu, «esta cuestión configurará en gran medida los debates sobre la asistencia sanitaria en esta década. El futuro no está escrito y su conformación será el resultado tanto de las presiones de los usuarios de los servicios sanitarios y de sus colectivos organizados (a menudo con el apoyo de grupos de intereses) como de las actitudes que adopten los profesionales, básicamente oposición, colaboración o liderazgo»⁹.

Aquest paper de lideratge ja es pot veure per la presència a Internet de pàgines per a pacients liderades per professionals i institucions de solvència, com ara la fundació Cochrane¹⁰ o el National Health Service britànic¹¹.

⁶Jovell A, Roig F. The future patient. Literature review: Spain. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible a: <http://www.fjoseplaporte.org/cast/formacio/recerca.htm#4>

⁷Jovell A. El usuario informado ¿Utopía, realidad o moda? SEAS 1999; 1: 4-6.

⁸www.fjoseplaporte.org/premsa/index.php?secc=fbjlinfart&id=124&numero=2

⁹Meneu R. La perspectiva de los pacientes. Gestión clínica y sanitaria 2002; 4(1): 3-4.

¹⁰www.cochraneconsumer.com

¹¹www.nhsdirect.nhs.uk



Repercussions en les expectatives i demandes dels pacients

Expectatives desmesurades. La democratització de la informació, que és positiva, sovint està esbiaixada o marcada per l'enlluernament dels periodistes per la ciència. Això genera que el pacient tingui informacions poc precises sobre les malalties i els tractaments en fase de prova, sense saber els efectes negatius que poden provocar, i comporta, per tant, demandes excessives o poc ajustades.

Sentiment de frustració. Apareix perquè la informació rebuda és en excés optimista (*Han dit per la televisió que han trobat un remei per a...*), quan en realitat és un estudi experimental.

En la pràctica mèdica la societat ens demana cada vegada més que ajudem a transformar tota aquesta informació en coneixement útil per a la presa de decisions. Això genera tensions i angoixes en els professionals ancorats en el model de relació metge-pacient autoritari o paternal.

Els professionals de l'Atenció Primària hauríem de liderar el procés de democratització de la relació metge-pacient, optant per un model de col·laboració en la presa de decisions i tractant de minimitzar la influència dels grups de pressió en la informació que reben els ciutadans i els pacients.



CAPÍTOL 2

OFERTA SANITÀRIA: QUÈ ESTEM FENT?

A las pobres mujeres las tienen torturadas. En su azarosa vida la ciencia médica no les concede árnica. Yo creo que lo único que no se ha medicalizado, todavía, es la menarquia. La niña de 10/11 años tiene su primera menstruación y todo queda en familia. Como mucho la madre te dirá en la próxima consulta, entre el arrebolar de mejillas de la chiquilla, aquello de «ya se ha hecho mujer, ¿sabe usted, doctor?». Según el momento, ese comentario te puede dar pie a explorar un poco los conocimientos de la niña mujer y a empezar a plantar la semilla de confianza que facilite luego las consultas contraceptivas. Pero me temo que estoy hablando de un pasado lejano, conforme veo crecer la cifra de pediatras y ginecólogos parados. Me da hasta miedo decirlo, pues es, a lo mejor, abrir el tapón de la medicalización. Lo que veo venir es la creación de «unidades de menarquia».

Primero, reuniones y congresos sobre la menarquia, su fisiología y patología. Después, la definición acotada y rígida de la menarquia «normal», lo que suele dejar mucha menarquia en el campo de la anormalidad. El desarrollo de un protocolo de menarquia, apoyado por las sociedades de los parados, es el paso siguiente. En este protocolo se admite, no podía ser menos, que los médicos de cabecera tenemos un rol a jugar, aunque siempre tutelados por los especialistas. Por supuesto, se introduce toda una batería de exploraciones físicas, analíticas, ecográficas y psicológicas (hay que hacer un hueco a radiólogos y psicólogos, que además dan buen «tono»). Y ya tenemos el mercado preparado para ir invadiendo la atención primaria, como un cáncer insidioso.

Primero, «unidades de menarquia» en lo hospitales, turno de mañana. En seguida hay que ampliar el horario, turno de tarde (¡laus Deo!). Después, a los centros de salud, a apoyar a los médicos generales. Y, por fin, «unidades de menarquia» en cada centro de salud, que el seguimiento de la niña es cosa prolongada, pues debe ir desde dos años antes del hecho en sí hasta los dos siguientes, por lo menos, que es lo que ha demostrado el grupo X, de la universidad Y, en EE.UU. Ni que decir tiene que esta campaña se orquestaría tanto por medios científicos y profesionales como por radio, prensa y televisión (se incluyen revistas de la vagina, que dice Umbral). Y nada, las feministas tan contentas, sobre todo porque el Gobierno habrá aceptado sus presiones y todo el personal de las «unidades de menarquia» será femenino (o, al menos, el 50%, si ganan los socialistas). ¡Jo!, ¡Pobres mujeres!

Gervás J. Menarquia. A: *Contrapunto Sanitario*. El Médico 1999; 706: 14.

Aquest escrit de Juan Gervás, que és una ficció, no és més que una descripció gairebé exacta de la creació d'alguns dels serveis i unitats que existeixen. El sistema sanitari, tant a nivell més general (política sanitària, indústria, empresa privada), com també a nivell més específic en els equips de salut, ha anat generant activitats de necessitat i efectivitat dubtosa, que tot i ser pensades inicialment per millorar la salut, han generat efectes secundaris importants que han repercutit sobre l'ús dels serveis sanitaris i sobre el concepte de salut percebut per les persones.

L'orientació del sistema sanitari en les últimes dècades ha estat determinada pels factors següents:

El potent desenvolupament tecnològic aplicat a la medicina. La tecnologia ens ha enlluernat, i aquest enlluernament ens ha fet perdre la visió holística dels problemes lligats a la salut. De mica en mica, hem anar creient que tot té la seva explicació biològica i que l'objectiu primordial de la medicina és descobrir els determinants biològics (investigació genètica, trastorns metabòlics, bioquímica cerebral) per poder actuar davant els problemes-malalties. Aquesta creença ens ha portat a menystenir els determinants socials i psicològics de la salut i la malaltia.

El paper de la indústria farmacèutica en l'economia global. La dinàmica per a l'obtenció de beneficis cada vegada més grans de la indústria farmacèutica, que actua en un camp socialment abonat, ens ha portat a un ús dels fàrmacs desmesurat i més enllà del que científicament està justificat. La indústria farmacèutica (de capital, gestió i control totalment privats) ja no està al servei de les necessitats de la salut de les persones, sinó que indueix de manera important la definició de què és malaltia i què no (tot depèn de si hi ha un fàrmac o no pel mig) tant en l'àmbit dels col·lectius professionals com directament a la societat.



Les polítiques sanitàries defensives i acrítiques dels governs. Aspectes com l'autonomia, el suport social, la capacitat d'adaptació, la qualitat de vida, la capacitat de decisió, l'autocura, l'acceptació de la malaltia, del risc, de la mortalitat, etc., han estat absents de les polítiques de salut pensades pels responsables polítics i tècnics del sistema sanitari. S'ha desenvolupat un sistema dominat per l'imperatiu tecnològic i la defensa d'interessos de grups de pressió professionals, industrials, socials o polítics. Aquests interessos s'han incorporat de manera acrítica i sense considerar les repercussions culturals, socials i sanitàries que podien tenir. La ideologia del control i l'assumpció per part del sistema d'algunes responsabilitats que són pròpies dels individus són característiques del nostre sistema sanitari.

El paternalisme de l'Estat del benestar. La legítima reivindicació de la millora de l'Estat del benestar i de la protecció de les persones malaltes o amb altres problemes de salut o socials ha fet que hagi millorat l'atenció a les persones. Tanmateix, mentre que ha quedat curt en algunes prestacions, ha tingut com efecte secundari la sobreprotecció, i s'ha desenvolupat de manera que el foment de l'autonomia de les persones ha esdevingut només la capacitat de triar el servei que es vol, però no ha fomentat la capacitat d'autocura. Aquesta tendència sembla incrementar-se progressivament convertint el sistema sanitari en els «pares» que vetllen per tot el que passa a l'àmbit de la persona, tingui relació o no amb la salut.

Salut controla 100.000 catalans vulnerables a la calor

Titular d'*El Periódico*, 17 de juliol de 2005, pàg. 26

Com a conseqüència d'aquestes influències, el sistema sanitari –polítics, gestors i professionals– ha anat configurant unes determinades actuacions o respostes a les diferents situacions i necessitats de salut, que en moltes ocasions no han estat les més adients. Fent-nos ressò d'Ivan Illich, els sistemes sanitaris dels països desenvolupats estan produint iatrogènia social, cultural i sanitària.

Per descomptat, és evident que la sanitat i la medicina aporten molts beneficis a les persones i s'han aconseguit solucions a molts problemes de salut. Però això no ens ha d'impedir qüestionar o criticar aquelles coses que creiem que no són positives per a la població. A continuació, exposem una sèrie d'actuacions que, en la nostra opinió, donen una resposta equivocada i/o perjudicial a diferents situacions.

RESPOSTES DEL SISTEMA

Medicalització de la vida

Medicalització i sobreprotecció

Entenem per medicalització, tal com hem dit en el capítol 1, la intervenció del sistema sanitari en problemes que fins ara no han estat considerats entitats mèdiques i pels quals no es disposa de recursos per modificar-los. És obvi que tot influeix en el nostre grau de salut o de benestar, però sembla poc raonable deduir d'aquest fet que cal que tot es faci en el sistema de salut.

Alguns exemples són els següents:

- Els diferents «programes» per aspectes que formen part de la vida, com la menopausa, el dol i molts altres temes que ja hem comentat abans, tenen en algun lloc, sinó en molts, el seu protocol específic.
- Activitats dirigides a grups definits a priori independentment de les seves necessitats i acceptació d'ajuda. Programes com l'ATDOM (atenció domiciliària) que obliga a visitar a domicili a totes les persones de certa edat (vell fràgil) encara que facin vida normal i vagin a l'hort cada dia.
- Activitats, com la infermera a l'escola, per intentar solucionar problemes d'altres àmbits que s'haurien de resoldre des de la perspectiva educativa o social.
- Actuacions en aspectes que són responsabilitat de les famílies o dels individus, o d'altres instàncies socials, com el recentment instaurat objectiu d'infermeria de l'ICS de fer visites puerperals a domicili, o programes de suport a les noves mares quan surten de l'hospital.
- O l'inaudit projecte «Nascuts per llegir», que s'ha impulsat des d'entitats professionals (pediatres, llevadores, infermeres i bibliotecaris) i el Departament de Cultura i que comporta que en la visita pediàtrica es farà un seguiment de l'hàbit lector de la criatura.



Valoració dels riscos de forma desorbitada i magnificació dels problemes

Una de les funcions del sistema sanitari és disminuir el risc de les persones d'emmalaltir. Se suposa que el sistema ha d'intervenir quan el risc pot tenir un impacte real i quan disposa de mecanismes efectius i segurs per disminuir el risc. La por i la ignorància –i alguns interessos privats– ens han dut a pensar que si hi ha algun risc, cal que actuï el sistema sanitari, sense tenir en compte el cost ni les conseqüències. Exemples:

- L'augment de la mortalitat a l'hivern i a l'estiu, un fet que és normal, es reconverteix en la creació del «Pla per prevenir els efectes de l'Onada de Calor sobre la Salut» (POCS), amb recomanacions, actuacions sobre els individus, avaluacions sobre actuacions dels equips, suport amb fulletons, etc., que fa que ara la calor s'hagi convertit en un nou problema de salut. Les recomanacions davant certes epidèmies com la grip, d'anar al CAP o trucar als serveis d'urgències en comptes de recomanar repòs i tranquil·litat.
- Tractar els factors de risc com si fossin malalties (per exemple, la HTA o el colesterol). Protocols per a la prevenció primària basats en múltiples proves i controls, que no sempre han demostrat la seva utilitat i fan dependre les persones del sistema sanitari.
- L'obsessió per l'etiqueta i el diagnòstic. Etiquetes diagnòstiques a persones sanes que esdevenen malaltes sense que se'n sentin (dislipèmia, osteopènia).
- Medicina més defensiva. Com que tot es pot preveure, si algú es posa malalt és perquè no se li ha fet prou coses per evitar-ho. No tindrem cap problema per sol·licitar un PSA sense demanar permís, però creiem que el podem tenir per no sol·licitar-lo.

Psicòlegs per als desastres, psiquiatres per viure

És necessari incorporar professionals de la psicologia a l'àmbit sanitari amb una visió integral i no només basada en psicofàrmacs dels problemes de salut mental.

Actualment, el que veiem és que quan hi ha un desastre (accident, ensorrament, atemptat) es mobilitzen grups de psicòlegs per ajudar els qui l'han patit, sense tenir constància de la seva utilitat, amb la qual cosa es debilita la xarxa de suport social natural (família, veïns, amics...).

L'atenció a la salut mental és un bé escàs en el sistema sanitari normal, que no ofereix psicoteràpia a qui la necessita i basa l'atenció dels problemes en els psiquiatres que més fàcilment ho medicalitzen, sovint amb l'última novetat farmacoterapèutica. I tant és en els temes lligats a la salut mental com també en els temes de com «sobreviure a la vida» (així és com s'expressa).

- *Som davant l'obsessió pels psicofàrmacs.* El món és ple de grans paradoxes: la depressió és cada vegada més diagnosticada, els antidepressius són un dels grups terapèutics més venuts i, en canvi, la gent expressa cada cop més infelicitat.
- *Psiquiatrizació de la vida i dels sentiments.* Destaquem la campanya del Departament de Salut per diagnosticar els deprimits pel carrer, mitjançant uns cartells exposats a alguns carrers de Barcelona. O l'intent de transformar els tímids en malalts.

Papers del metge per a tot i per a tothom

La competència dels metges de certificar les situacions d'incapacitat de les persones malaltes s'ha estès a moltes situacions que no estan relacionades amb cap malaltia. Elements que no tenen res a veure amb la nostra responsabilitat també han passat a ser un fet normal a la nostra feina.

Algunes de les funcions que fem substitueixen l'assumpció de responsabilitats i competències dels individus o les entitats, i donen una falsa cobertura de seguretat. A vegades, fins i tot legitimem conductes que no serien acceptades socialment sense una «justificació mèdica». En són exemples els següents:

- Si un alumne ha estat malalt, cal un paper del metge que ho justifiqui davant els professors, no fos cas que els pares menteixin.
- Si una persona vol fer gimnàstica per afició, cal un paper del metge que digui que en pot fer.
- Si una persona vol anar a un balneari amb subvenció pública, cal que el metge digui que li passa.
- Si una persona ha de cobrar una pensió i no es pot moure per anar a la caixa o al banc, el metge ho ha de dir, no els treballadors de les entitats financeres que es podrien desplaçar al domicili.
- Si una persona no té ganes de formar part d'una mesa electoral, demana un certificat mèdic.



Fragmentació de les respostes

Programes paral·lels: quan la solució es converteix en un problema

Entenem per programes paral·lels els creats amb personal específic i que actuen sobre una patologia concreta, molt sovint al marge de les actuacions dels EAP. Segurament amb la millor de les intencions, per atendre més bé a les persones, s'han generat aquests tipus de programes, permanents o temporals, que afecten patologies o col·lectius. Quan aquests programes es fan sobre problemes prevalents o sobre grups amplis de població el que estan fent és substituir el paper del metge de capçalera amb l'inconvenient afegit que tenen una visió parcial de la persona i manca de longitudinalitat de l'atenció. A vegades s'han engegat programes amb personal propi per solucionar el desbordament dels professionals dels EAP. Molt més útil i eficient seria dotar les plantilles dels EAP de personal suficient. Exemples:

- El PAD (Programa d'Atenció a la Dona), després PASSIR (Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) i ara ASSIR (Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva) es un programa per atendre «la dona», enfocat, primordialment, a la detecció de càncer de cèrvix i a l'anticoncepció. Aquest programa ha promogut una revisió anual, malgrat els consensos internacionals, i ha aconseguit, al cap de poc temps, haver de reconduir el tema per una excessiva llista d'espera. Sortosament, a l'actualitat s'està replantejant el programa, però es va arribar a la situació dramàtica que els ginecòlegs estaven tan ocupats prenent mostres per a citologies normals que no hi havia manera d'atendre una dona amb una metroràgia postmenopàusica.
- El PADES (Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport) és un programa per atendre malalts terminals. Aquesta és una atenció pròpia del metge de capçalera, que pot necessitar suport per tractar situacions difícils en quant a control de símptomes o complexitats familiars i socials. En realitat, des del seu inici, està assumint l'atenció de molts malalts terminals sense aquestes dificultats, però sí amb una altra: la manca d'assumpció per part del seu metge de família de la situació. Un altre pegat per solucionar un problema de naturalesa diferent. A la pràctica ens trobem amb professionals d'aquests «equips de suport» que fan poques visites al dia, la qual cosa és clarament ineficient.
- En els hospitals es creen unitats de tot: fatiga crònica, fibromiàlgia, hipersensibilitat a les ones electromagnètiques..., que creixen i intenten créixer per fer-se un lloc en l'atenció, i per fer-ho magnifiquen més i més els problemes lligats a les seves unitats, a través de xerrades, notícies, congressos, webs, etc.

Poc foment de l'atenció primària enfront l'hospitalària i altres especialitats

El paper del metge de capçalera com a element referent de les persones és útil per molts motius i ens agradaria comentar-ne alguns:

- En conèixer la persona de forma completa, pot integrar molt més les necessitats i les possibles respostes davant un problema de salut.
- És més fàcil que tingui una actitud més prudent i de contenció de la persona evitant iatrogènies innecessàries.
- És més accessible.
- Ha demostrat el seu paper contenidor de la despesa sanitària en un moment on es debat la capacitat de mantenir el sistema amb els recursos existents.

Tot i que en teoria el sistema sanitari del nostre país se sustenta sobre l'Atenció Primària, en la pràctica ens trobem situacions incoherents que resten poder i capacitat de resolució al primer nivell. Alguns exemples poden ser els següents:

- La limitació per demanar exploracions complementàries.
- La petició d'informes «d'especialista» per a certs procediments: tramitació d'invalideses, informes per als jutjats, etc.
- La validació de certs fàrmacs, que acaba fent un administratiu.
- Els PAO (Prestació d'Aparells Ortopèdics): el pacient o un familiar d'un pacient incapacitat ha d'anar al traumatòleg (que no el coneix) per demanar-li una cadira de rodes.

En un àmbit més general, hem de parlar de la jerarquia de l'hospital sobre l'Atenció Primària, tant en aspectes assistencials com de finançament i dedicació de recursos.

La imatge pública del metge va lligada molt sovint a la superespecialitat; poques vegades, en els mitjans de comunicació, és un metge de família qui opina sobre problemes de salut; normalment, qui dona la seva opinió és un superespecialista que defensa el seu espai i fomenta el consum sanitari.



Sobreactuació

Programes específics sense evidència

Una de les formes d'atenció a les persones ha estat la creació de programes específics per a franges d'edat o problemes de salut determinats (nen sa, HTA, diabetis). L'obsessió per la prevenció ens ha dut a fer activitats l'efectivitat de les quals no ha estat mai demostrada.

Aquí, s'hi pot incloure una part important del Programa del Nen Sa (PNS), que sense voler dir que no ha estat útil en alguns aspectes, cal dir que també ha servit per reforçar la dependència dels pares del sistema sanitari davant qualsevol petita qüestió. És a dir, hem fomentat la incompetència dels pares per a la seva funció de tenir cura dels fills, i uns fills que, a mesura que creixeran, no tindran cap capacitat de contenció ni d'autocura.

Paradoxes associades:

- L'obesitat infantil està augmentant. Aquests nens i nenes obesos són «fills» del PNS. Es a dir, ells i els seus pares han estat sotmesos a hores i hores d'educació sobre una bona alimentació.
- Els embarassos no desitjats en adolescents augmenten. També l'educació sexual és matèria normal del PNS. Per cert, i també de l'educació a l'escola, campanyes publicitàries, etc.

Els professionals, els gestors i els polítics hauríem de fer un exercici d'avaluació dels programes preventius més enllà de mesurar les activitats o els resultats parcials, estudiant quin és l'impacte social en quant a les creences i les expectatives que generem en la població.

Prevenció a l'empresa: la «revisió anual»

La medicina no ha pogut demostrar que la pràctica de revisions periòdiques sigui útil per millorar la salut de la població, a excepció d'algunes intervencions molt concretes (detecció de la HTA, per exemple) que no cal fer, en cap cas, amb periodicitat anual.

Ara bé, l'existència i l'exigència de revisions laborals preventives es viu i es veu com un progrés social. La majoria d'aquestes revisions fan proves de tot tipus, gairebé totes sense cap evidència de la seva efectivitat en persones asimptomàtiques, i deriven qualsevol petita anomalia fortuïta a l'Atenció Primària («consulti el seu metge...»). Aquesta despesa, a més d'innecessària i malversadora de recursos, comporta més medicalització. I perquè no quedi dubte de la seva «utilitat», l'empresa majoritària a l'Atenció Primària, l'Institut Català de la Salut, la ofereix als seus treballadors. Aquest discurs ha penetrat tant que fins i tot força metges, que en teoria coneixem que les revisions anuals serveixen per ben poca cosa, ens fem aquesta revisió.

Aquestes revisions periòdiques substitueixen els programes preventius realment necessaris sobre problemes de salut lligats a l'activitat laboral, i sobre els que no s'intervé, com els problemes ergonòmics o l'epidèmia de depressions en el personal de l'ensenyament (a qui últimament també es fan «revisions»).

Substitució de capacitats individuals: al domicili, sense permís (i sense necessitat!)

El sistema sanitari té la responsabilitat de posar a disposició de la població els recursos que li permetin millorar els problemes de salut oferint serveis accessibles i de qualitat. També té la responsabilitat de vetllar per les qüestions ambientals que tinguin relació amb la salut. Però les persones no tenim cap obligació d'anar al metge o de sotmetre'ns a proves preventives sistemàtiques. Ni l'administració té cap dret a imposar-ho. Sembla que hem oblidat aquest fet i hem promogut i estem promovent actuacions que van més enllà de les nostres funcions amb programes que suposen una invasió de la intimitat de les persones i una substitució de la seva capacitat de decidir.

La visita a domicili és una activitat útil, i en molts casos imprescindible, si la persona no pot desplaçar-se per motius de salut. També és útil perquè ens aporta informació sobre l'entorn del pacient que ajuda a entendre coses. Però no sembla que hagi de convertir-se en un fi en si mateix com es planteja en alguns casos, com en l'atenció a gent gran totalment autònoma, en la visita del puerperi de la llevadora¹², a la qual es vol

¹²En alguns casos es fa a partir de llistats proporcionats pels hospitals sense tenir en compte la confidencialitat de les dades.



sumar la de la infermera de pediatria per ajudar els pares (sobretot, les mares) a tenir cura dels fills i per conèixer l'entorn.

Ningú no es planteja, quan es proposa alguna d'aquestes activitats, que potser fóra necessari demostrar si realment és útil per a la salut de les persones i si el cost que genera no hauria de destinar-se a altres activitats contrastades científicament.

Hem de creure que amb aquestes decisions el que es vol és facilitar que les persones millorin les seves habilitats, però sembla lògic pensar que el que es fomenta és la pèrdua de les competències de cura –o autocura– en delegar de forma clara i explícita aquesta tasca en el sistema de salut¹³, que queda novament assumint responsabilitats que pertanyen als individus.

RESPOSTES EN L'ATENCIÓ DEL DIA A DIA

Medicalitzar els malestars

Medicalitzar per millorar l'acceptabilitat de problemes de salut

Fa anys era difícil que alguns problemes de salut, com la depressió, les drogodependències o els trastorns alimentaris, no fossin vistos com un problema de «vici» o «mania» de qui els patia. Per intentar fer pedagogia sobre el tema i evitar que s'afegís a l'afectat un sentiment de culpa vam considerar-los malalties. Amb més o menys encert, va ser una millora per fer front a alguns d'aquests problemes. Però, possiblement, no vam saber explicar prou bé que, també en aquests temes, la solució no és, ni de bon tros, mèdica.

El problema sorgeix, sobretot, quan, a partir d'un augment de l'acceptació social del fet¹⁴, decidim convertir qualsevol molèstia o problema humà en una malaltia, com ara els efectes de l'envelliment, el dol normal, l'embaràs, les arrugues, els conflictes familiars...¹⁵ I ens trobem que gairebé qualsevol discomfort humà està en algun protocol d'atenció sanitària.

Tenim pressa: fàrmacs i proves per a tot!

Sembla que l'espera no és possible en la nostra societat i que qualsevol problema de salut té una clara resposta que, a més, té efectes immediats. La pressa i el que comporta també repercuteix en les actuacions dels professionals i ens fem molt més actors, menys reflexius i menys contenidors. El criteri d'«esperar i veure», tant valorat fins ara en l'Atenció Primària, està condemnat al fracàs si no aconseguim modular la pressa de la vida *on line*.

«Tot té la seva pastilla»: aquest és el lema que podria presidir la nostra activitat en els darrers anys. Els avenços farmacològics i la pressió de la indústria han fet que aquesta creença sigui dogma per a molts professionals. No sembla bo que cap persona surti de la consulta sense la recepta d'almenys un fàrmac. Fa l'efecte que la visita ha estat incompleta.

Aquest fet, al marge d'altres problemes (despesa, efectes indesitjables), té un efecte de reforç sobre la població, que creu que realment tot té una pastilla. I si no tenim resposta o fàrmac, ho resolem amb una prova complementària, calgui o no. I no sabem dir-los que no sabem què passa i que, de moment, és millor *esperar i veure*.

La ciència no té límits

Els professionals caiem en l'imperatiu tecnològic. Des d'una posició de seducció per la ciència i la tecnologia, estem disposats a creure que tota tecnologia nova que surt al mercat és millor que l'anterior i que s'avança en

¹³Un altre exemple: no sembla massa normal que a l'estiu s'hagin de fer visites a domicili a persones grans que no viuen soles per recordar-los que cal beure aigua i altres mesures contra la calor. Però no sempre es fa servir la lògica...

¹⁴Quan parlem d'acceptació social és també dins els professionals sanitaris.

¹⁵És interessant veure les no-malalties citades a Smith, Richard: In search of "non-disease" BMJ 2002: 324; 883-885 on citen el top 20 començant per l'envelliment, el treball, l'avorriment, les bosses sota els ulls, la calvicie...



el camí de la infal·libilitat i del progrés il·limitat de la ciència. Si això es així, per què perdre tant de temps en les ciències humanes, en la comunicació, en l'empatia? Per què auscultar i utilitzar el fonendoscopi si podem fer una RX? Per què tocar, palpar i percutir la panxa si podem demanar una TC o una ecografia? Recordem com fer una història clínica? I una exploració?

L'humanisme perd sentit davant el avenços i el poder de la ciència. La tècnica més sofisticada és sempre millor que la més simple i aquella en què participa el professional molt més fal·lible que la ciència pura. No està en el nostre imaginari una màquina on posar el pacient, i que ens lenci un paper amb totes les malalties que aquest té i els tractaments que ha de fer?

Tot això ens duu a la bogeria de l'obstinació terapèutica, de fer coses quan no hi ha res a fer, sense benefici o, fins i tot, en perjudici del pacient. Si una malaltia no té cura, donem vitamines, «que mal no li faran». Si una persona porta 10 minuts en aturada cardíaca, intentem la recuperació. Si una persona de 95 anys pateix insuficiència cardíaca i està en estat terminal, l'ingressem a l'hospital per allargar-li la vida uns quants dies. Si una persona pateix demència, li receptem un munt de fàrmacs caríssims per endarrerir uns mesos l'evolució de la malaltia, i si no menja, li posem una sonda nasogàstrica i li lliguem les mans perquè no se la tregui.

Foment de la pèrdua de competència

Les veritats absolutes

Les habilitats de les persones per fer-se càrrec de la seva vida i de la seva salut són molt més grans quan són capaces de conviure amb la incertesa que porta la vida en si mateixa. Tothom ho sap en teoria, però hem anat donant certesa en moltes coses, en més coses de les quals en podem tenir. Com a exemple aliè al sistema sanitari podem citar el pronòstic meteorològic, que ha passat de ser un fet possible a reclamar que sigui infal·lible.

«Això és així», «això anirà d'aquesta manera» són frases rotundes que acompanyen els nostres serveis sanitaris. I amb aquesta seguretat aparent donem falsa tranquil·litat a les persones, que pensen que els professionals sanitaris ho tenim tot controlat.

No decideixi, si us plau

Una preocupació positiva per a la salut de les persones ha portat als serveis sanitaris a una actitud paternal i protectora que ha fet que la població delegui, en bona part, les decisions sobre la seva salut en els professionals: des de les grans decisions terapèutiques (com sotmetre's a una intervenció de risc) fins a les més petites (com canvis en la dosi d'insulina).

Imposem a les persones allò que fem: despulli's, li miro la pressió, li farem una radiografia, prengui aquest medicament, mengi sense sal, i torni, torni, torni... Hem deixat poc espai en la relació amb el pacient que li permeti reflexionar i prendre decisions sobre allò que ell vol fer i allò que li farem nosaltres. Hem substituït la seva decisió per la nostra, hem creat més dependència i hem disminuït la capacitat de decidir en una cosa tan personal com anar al metge o a la infermera.

Les tendències actuals de respecte de l'autonomia de la persona amb el foment del consentiment informat i la posició de col·laboració en les decisions són encara en una fase embrionària.

L'organització com a sistema per desorganitzar

Foment de les «urgències» des dels equips com a «solució» organitzadora

Moltes vegades, els EAP se senten desbordats pel volum de demandes que reben. Davant d'aquest fet, han fomentat l'ús de les consultes d'urgències per evitar domicilis (sobretot, en pediatria) o per incloure les demandes que no «cabem» a les agendes normals.

Amb un plantejament molt poc reflexiu (les visites s'acaben fent de totes maneres), s'ha aconseguit que les persones creguin que hi ha un circuit de «pizza-ràpida» que no té res a veure amb la gravetat del motiu de consulta. La pedagogia i la reconducció cap altres dies, i, si no és possible, cap a una franja horària i no cap



a urgències, fa que el volum de consultes «urgents» hagi augmentat en molts llocs per indicació nostra. S'ha perdut el valor de la paraula *urgència* que actualment entre els usuaris del servei i entre els integrants dels equips de salut és un tipus de visita i no una causa mèdica que motiva que sigui classificada com a urgència. Per tant, se n'ha facilitat un ús incorrecte.

El que fan els altres no serveix

Aquest és un dels tics més freqüents als hospitals, però de vegades apareix també a l'Atenció Primària. Les proves i les anàlisis les han de fer el servei que atenciona el malalt i, si s'han fet les mateixes proves fa uns quants dies, ja no serveixen. Encara que el pacient es trobi bé, si les proves tenen més de tres mesos, es considera que ja «han caducat». Aquesta actuació reforça la idea que l'anàlisi de fa dos mesos que era normal, avui ja no té cap validesa i, per tant, si em trobo malament, cal una nova anàlisi o una nova prova que ho confirmi. I el cost no importa (paga l'administració pública) ni tampoc la iatrogènia que es pot generar ni el cost en temps per al pacient. I així ho perceben les persones que atenem.

Agendes, normes i reglaments en funció dels professionals i no dels usuaris

Agendes rígides, trams horaris per determinades activitats (ECG, extracció de taps, injectables, revisions, visites programades...). Hi ha agendes que contemplen diferents tipus de visita segons cada activitat, de manera que un usuari ha de venir tres vegades per resoldre un procés.

CONSEQÜÈNCIES DE LA RESPOSTA INADEQUADA DEL SISTEMA SANITARI

Totes aquestes variacions en la oferta sanitària tenen conseqüències importants sobre el sistema i les persones que donen i reben els serveis. Algunes ja han estat comentades en els apartats anteriors, però creiem que és útil veure, de forma resumida, les que ens semblen més importants:

- **Massificació:** si progressivament anem convertint més esdeveniments en problemes de salut o augmentem la necessitat de fer controls, cada vegada hi haurà més massificació en els nostres serveis.
- **Llargues llistes d'espera:** es fan llargues llistes d'espera com a conseqüència –a més d'altres causes– de la massificació, l'ús poc reflexiu de moltes tècniques complementàries de diagnòstic i/o exploració i la recitació innecessària.
- **Exigència als serveis sanitaris** de resposta ràpida i per a tot.
- **Insatisfacció dels professionals i dels pacients**, la qual cosa comporta més problemes al sistema.
- **Deshumanització i tendència a la parcialització de les persones**, cosa que dificulta l'atenció global.
- **Llei de cures inverses:** tenim un grup de privilegiats que els visitem més del que cal i altres que no veiem perquè no hi cabem.



CAPÍTOL 3

LES RESPOSTES SALUDABLES

«Només el canvi perdura.»

Heràclit

Els professionals, en el dia a dia, ens trobem demandes que no podem o no sabem resoldre i expectatives a les quals el sistema ha donat una resposta d'inadaptació, caòtica i alarmista. Aquest fet ens porta a preguntar-nos: cal que l'Atenció Primària respongui posant seny i fent canvis d'enfocament i de forma d'actuar? La resposta és clarament afirmativa: davant de noves situacions hi ha d'haver noves respostes. Si no ho fem, perdem el sentit social i esdevenim un altre element disfuncionant, causant de més problemes i malalties en la comunitat. Enmig de tot aquest caos, hem de fer mans i mànigues per donar una resposta intel·ligent, basada en els principis següents:

Ser positivament adaptativa. Cal partir de l'acceptació de la realitat. No ens serveix anar remugant que «abans» la gent era així o aixà. El món i les persones canvien, ara més de pressa que mai. L'actual frustració, ansietat i desànim que vivim una part dels metges té a veure amb la incapacitat d'entendre la demanda i donar-hi una resposta adequada. Els canvis no els hem de viure com una pèrdua, sinó com una oportunitat de seguir essent útils a la societat. Hem d'aprendre noves maneres de fer les coses i noves coses a fer per respondre a les noves demandes. *Canvi* i *aprenentatge* són paraules per incorporar a la nostra activitat diària.

Ser críticament adaptativa. Acceptar que hi ha noves demandes i que les hem de respondre no vol dir fer-ho de manera acrítica i despersonalitzada, accedint a tot allò que se'ns demana. La nostra resposta ha de venir guiada per la visió científica i la comprensió holística de les persones i els fenòmens. En aquests moments, la capacitat crítica dels individus està bloquejada pel pes de les «idees úniques» i els valors socials imperants. Part de la nostra feina és qüestionar la validesa d'aquestes idees i valors pel que fa a la salut de les persones.

Defensar els principis de la professió mèdica. Tal com han denunciat algunes associacions¹⁶, pensem que els principis de la professió mèdica són en perill. L'Atenció Primària s'ha d'arrelar fermament en els antics principis de la pràctica mèdica: fer el bé per a les persones, ajudar, escoltar, entendre i alleujar els malalts. Això no està en contradicció amb la incorporació dels avenços científicotècnics. Al contrari, l'estat actual del coneixement ens dona més oportunitats que mai per posar-los al servei de les persones. Tanmateix, el desenvolupament ens posa un parany, per la seva potència econòmica, que ha esdevingut l'eix al voltant del qual es mou el sistema sanitari als països industrialitzats. L'interès econòmic ha passat al davant de l'interès social i ha influït en la pràctica mèdica, desviant-la del seu objectiu. Convé defensar els valors mèdics tradicionals per reconciliar tècnica i humanisme, tenint com a nord el benefici per a les persones, amb un plantejament holístic que, en aquests moments, part de la societat busca en medicines alternatives, que sovint reproduïxen conductes similars a les que es critiquen.

Donar respostes saludables per als individus i la societat. No sempre el sistema sanitari dona respostes saludables. La capacitat iatrogènica que pot tenir la medicina és enorme. Les respostes intel·ligents han de contribuir a millorar els problemes de salut i enfortir la capacitat de les persones i de la societat per autocuidar-se i enfrontar el risc i la malaltia que comporta el fet de viure, lluitant contra les fonts de la iatrogènia (taula 3).

És necessari tornar a definir el paper que l'APS (Atenció Primària de Salut) ha de tenir en la societat actual, en un debat entre les parts implicades: ciutadans, professionals i administració. Els metges de família estem en posició de participar en aquest debat aportant idees per a la reflexió i línies de canvi per als comportaments que ens semblen inadequats. Cal tenir en compte, però, que nosaltres formem part de la situació i que tenim els mateixos valors, opinions i conductes que la població. Sovint, hem contribuït força a crear-los, tot i que,

¹⁶Medical Professionalism in the New Millenium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation on Internal Medicine. Ann Intern Med 2002; 136: 243-246.

**Taula 3. Fonts de la iatrogènia (adaptat d'Ivan Illich)**

Àmbit	Efecte iatrogènic	Resposta saludable
Clínic	El mal fet als pacients pels tractaments infecciosos, tòxics i insegurs	Aplicació rigorosa dels principis d'efectivitat i seguretat
Social	Tractaments i despesa en serveis sanitaris per a no-malalties	Retornar els problemes al seu punt d'origen i tractar-los segons la seva naturalesa: laboral, familiar, econòmica
Cultural	Destrucció del sentit que tradicionalment s'ha tingut de la mort, el patiment i la malaltia	Renunciar al discurs totpoderós de la medicina i recuperar l'acceptació de la malaltia i la mort

Font: Jovell AJ. El paciente «impaciente». ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? El Médico 2003: 66-72.

després, quan actuem com a sanitaris, no som capaços d'entendre'ls. Parlem amb facilitat de les pors i angories que porten els usuaris a consultar excessivament l'APS i els serveis d'urgències, però no ens aturem a pensar que nosaltres també actuem amb por o angoixa quan demanem una prova no necessària o donem un fàrmac infecciós.

Què podem fer els metges de família en aquest panorama? Com a professionals tenim coses a dir i a fer tant en l'àmbit individual com col·lectiu. La CAMFiC pot ser un instrument molt potent per influir en la societat i en els socis. Per això, en aquest capítol fem propostes sobre allò que podem fer nosaltres i, per extensió, el sistema de salut.

RESPOSTA EN L'ÀMBIT SOCIAL: PARLEM-NE

En l'àmbit social és on es configuren en gran part les creences, valors i expectatives de la població sobre la salut i el sistema sanitari, que són part de les creences, valors i expectatives globals de la societat. Modificar aquests elements és difícil, però no impossible, perquè els valors estan en constant evolució. En aquest àmbit, la nostra contribució és en el terreny de l'exposició i el debat d'idees. Cal buscar espais als mitjans de comunicació i reclamar als mitjans públics que sempre que es parli de problemes de salut prevalents hi hagi un metge de família. Les informacions sobre epidèmies han de canviar de caire. Com és que hi ha rebombori als mitjans cada hivern quan augmenta la mortalitat de persones grans, en comptes de considerar-ho i donar-ho a conèixer com a un fenomen «normal»?

Cal que la CAMFiC tingui una forta política de comunicació, amb recursos suficients per intervenir continuament en els mitjans de comunicació. També cal un pla de col·laboració amb el Departament de Salut de cara a elaborar possibles campanyes: ús dels serveis d'urgències, conductes davant dels riscos naturals (calor, fred), alimentació i altres, i amb altres departaments que tinguin alguna relació amb temes de salut, com Educació, Treball o Serveis Socials, amb l'objectiu de dissenyar polítiques coherents i saludables. Les informacions que es donen i la manera de donar-les tenen efectes en la configuració del pensament de les persones que reben el missatge. Una mateixa notícia es pot dir de maneres força diferents i el seu impacte també és diferent (taula 4).

Missatges que hem de transmetre

«Puesto que la vida misma es una enfermedad universal, hereditaria, de transmisión sexual e incurable, que en todos los casos termina con la muerte, el vivirla plenamente exige que se mantenga un equilibrio entre los riesgos que son razonables y los que no lo son. Dicho equilibrio es un asunto discutible en el que no caben los dogmatismos.»¹⁷

¹⁷Strabanek D, McCormik J. *Sofismas y desatinos en medicina*. Barcelona: Doyma, 1992.



Taula 4. Diferents maneres de donar notícies

No és el mateix dir...	Que dir...
«El serveis d'urgències hospitalaris estan col·lapsats per l'epidèmia de grip»	«Com cada any, hi ha freqüents infeccions respiratòries. La majoria es curen soles»
«Si té la grip consulti amb el seu metge de capçalera»	«Si té la grip quedí's a casa a fer repòs i prengui antitèrmics. Si dura més del normal, posi's en contacte amb el seu metge de capçalera»
«Els serveis funeraris no donen l'abast per enterrar els morts»	«Les persones més velles i vulnerables no poden superar les complicacions naturals que suposa l'hivern»
«El descobriment del genoma humà obre grans expectatives per al tractament de malalties»	«El descobriment del genoma, de moment, no suposarà cap millora en el tractament de les malalties»
«S'ha descobert un nou medicament per al tractament de l'Alzheimer»	«Malgrat l'aparició de nous medicaments, l'Alzheimer no es pot curar»

Recuperar l'acceptació de la malaltia, el patiment i la mort com a fenòmens naturals, lligats al fet de viure. Hi ha incomoditats que no són malalties. És necessari posar l'accent en la vida, no en la mort, perquè la mort només es produeix pel fet que hi ha vida.

La millor prevenció del patiment és viure plenament i gaudir d'allò que tenim. Sovint es parla d'investigacions que potser tindran una aplicació a molt llarg termini i del vessant biològic (genòmica, alta tecnologia, fàrmacs). Poques vegades es parla dels factors lligats a la bona salut biològica (alimentació, exercici físic, vacunacions) i, encara menys, dels elements psicològics i socials que influeixen en els nivells de salut. Hem de posar l'accent en les maneres de viure i de fer front a les dificultats que ens ajuden a sentir-nos bé i a augmentar la nostra capacitat de viure amb creativitat i satisfacció.

La medicina i la tecnologia tenen un poder limitat. La pràctica de la medicina es basa en la incertesa i en la presa de decisions per aproximació. Les notícies sobre investigacions que no tenen impacte a curt termini en els problemes de les persones creen expectatives irrealistes que condueixen a demandes excessives i a frustració. Cal explicar clarament que hi ha moltes malalties –totes les cròniques– que no tenen tractament curatiu i que n'hi ha moltes altres –la major part de les agudes– que es curen soles i els medicaments van dirigits a alleujar-ne els símptomes.

Moltes activitats sanitàries poden fer més mal que bé, com ara els efectes de certes activitats preventives i certs tractaments. Cal reconduir la dita «*més val prevenir que curar*» en la seva versió intervencionista i considerar el cost social i personal del fet que moltes persones que no estan malaltes estiguin «penjades» del sistema (només cal veure l'agenda de proves i visites d'alguns pacients).

Cal saber conviure amb el risc. La vida i tot allò que fem, també les intervencions sanitàries, tenen un risc. Professionals i pacients hem de compartir-ne l'assumpció i acceptar-ne la incertesa.

Cal retornar la responsabilitat de la salut a les persones. Cal fomentar la responsabilitat dels usuaris en les decisions col·lectives i individuals sobre les maneres de viure i d'actuar davant els problemes de salut, tant pel que fa referència a conductes individuals com a factors socials. No podem estar, alhora, queixant-nos de la contaminació a les ciutats i fent servir el cotxe.

Hem de retornar la responsabilitat de la cura dels malalts a ells mateixos i la família. Els governs i els professionals hem de posar a l'abast de tothom els recursos de què disposem, però no som els responsables últims de l'atenció a les persones malaltes o amb dependències. Ni el sistema sanitari ni altres sectors, com l'educatiu o el d'atenció social, poden substituir la responsabilitat de les persones sobre la seva salut o de les per-



sones al seu càrrec, com el fills, els ancians dependents o els malalts. Els responsables de demanar assistència sanitària quan calgui o d'administrar una medicació necessària a una criatura són els pares, no els mestres ni els serveis socials, llevat de situacions excepcionals.

Coses que podem fer

Participar activament en el debat social sobre els fins de la medicina. Explicar i defensar els valors que, com a col·lectiu, entenem que han de guiar la nostra actuació. Els metges de família som els més ben situats per fer aquesta feina i liderar un canvi en la opinió pública a través d'una informació veraç i honesta.

Relacionar-nos amb les administracions locals, autonòmiques i estatals. Fer arribar la nostra opinió sobre el model sanitari, la cartera de serveis, les necessitats d'equipaments, els programes de salut, etc.

Establir ponts amb les associacions d'usuaris per treballar necessitats i possibilitats raonables d'intervenció sanitària. Facilitar-los l'accés a informació rigorosa i ajudar-los a prendre decisions sobre què poden fer dins el sistema sanitari i altres maneres d'afrontar malalties i problemes.

Relacionar-nos amb altres institucions socials per treballar conjuntament els temes relacionats amb la salut (escoles, serveis socials, sindicats) i establir estratègies conjuntes per disminuir la fragmentació i ajudar perquè les seves intervencions siguin fonamentades en evidències serioses i esdevinguin eficients. Cal debatre amb les organitzacions sindicals i de salut laboral què es fa a les revisions periòdiques a les empreses, retrobant el seu sentit preventiu, l'efectivitat i la disminució de la seva iatrogènia social, cultural i sanitària.

Nou compromís dels metges amb la societat

S'han llençat moltes idees en la línia d'establir noves bases de relació del sistema sanitari amb la societat (taula 5). Aquest «nou contracte», que només pot establir-se després d'un debat obert i amb un procés de consens, hauria d'estar subscript per tots els agents: ciutadans, administracions i professionals. El col·lectiu de metges de família, per la nostra situació a la comunitat, hi tenim molt a dir.

Taula 5. Proposta del *British Medical Journal* per establir les bases d'un nou contracte social

La mort, la malaltia i el dolor són part de la vida

La medicina té poders limitats, particularment per resoldre problemes socials, i suposa riscos

Els metges no ho saben tot: han de prendre decisions i necessiten suport psicològic

Els pacients no poden deixar els seus problemes als metges

Els metges han de reconèixer les seves limitacions

Els polítics han de contenir les seves promeses extravagants i centrar-se en la realitat

Font: Jovell AJ. El paciente «impaciente». ¿Gobernarán los ciudadanos los sistemas sanitarios? *El Médico* 2003: 66-72.

En tot cas, el compromís hauria de contemplar els aspectes següents:

- El protagonisme dels ciutadans en la pròpia salut.
- La garantia de qualitat, accessibilitat i equitat.
- La necessitat d'un paper actiu dels agents socials (polítics, usuaris i professionals) en defensa de l'efectivitat i en l'ús racional dels recursos.
- Les limitacions de la ciència.
- Les limitacions dels recursos públics i la incapacitat del sistema sanitari per fer front a demandes il·limitades.



RESPOSTA DEL SISTEMA SANITARI: CADA COSA AL SEU LLOC

Un dels elements que està ofegant l'Atenció Primària és la progressiva «sanitarització» i medicalització de la vida de les persones. Una perspectiva holística mal entesa («tot té a veure amb la salut») i una actitud massa intervencionista («quant més coses fem, millor»), que ha guiat l'actuació de molts professionals, han ajudat a arribar a aquesta situació.

El sistema sanitari ha de canviar la seva forma de respondre a les demandes i necessitats de la població. No pot continuar impulsant polítiques medicalitzadores. Cal que incorpori els principis següents:

Fer de l'Atenció Primària l'eix del sistema sanitari. Dotar-la dels recursos necessaris i donar més poder als metges de família respecte dels especialistes i els hospitals: seguir les decisions que es prenen sobre els pacients a altres nivells, tenir més possibilitat de decidir sobre proves, ingressos, altes, tractaments. El model de gerències úniques que s'està implantant en algunes comunitats pot ser interessant per a la planificació i coordinació dels serveis i per a una major eficiència, però si es fa des de la visió i la direcció dels centres hospitalaris s'accentuaran els problemes de medicalització i fragmentació que té el sistema sanitari.

Defensar i protegir la integritat de l'atenció. Revisar l'efectivitat i l'eficiència de les «unitats de...» i retornar a l'Atenció Primària allò que calgui (PADES, tabaquisme, fibromiàlgia) amb els recursos adequats.

Definir allò que pot oferir el sistema i allò que no pot oferir, i posar límits a les demandes i expectatives. Els polítics i gestors han de marcar els límits del terreny de joc de manera responsable. No es pot seguir donant la idea que es pot exigir tot al sistema públic. Cal establir responsabilitats personals sense caure en el discurs economicista segons el qual sembla que l'única obligació del ciutadà sigui pagar. Un bon exemple del que volem dir són les declaracions de la consellera Tura a TV3 el dia 28 d'agost fent referència als morts en accident de trànsit: «*Posarem més mossos, posarem més radars, farem més controls... però el que no podem fer és conduir per vostès*».

Treure del sistema sanitari les tasques que han de fer altres àmbits de la societat. El programa de lectura dels nens o el pla de calor són exemples de què no s'ha de fer. Tractar aquests temes en el marc sanitari els dona un caràcter de salut-malaltia que contribueix a «sanitaritzar» els problemes de la vida quotidiana i els hàbits de les persones, disminueix la seva autonomia i afavoreix la desresponsabilització de les persones i les famílies.

Descarregar el sistema sanitari de les demandes que tenen el seu origen en problemes de naturalesa social o laboral. Desenvolupar serveis i xarxes de suport a les persones soles o amb problemes de dependència, problemes de la vida, problemes durant l'embaràs a causa de les condicions laborals, etc.

Establir criteris de rigor per abordar les «noves malalties». Els nous problemes, comportaments, fenòmens socials que creen molt malestar en les persones i les famílies han d'analitzar-se i tractar-se segons la seva naturalesa, i cal explicar a la societat quan els problemes constitueixen una malaltia i quan no. En aquest darrer cas, cal que la medicina s'abstingui d'intervenir-hi, sempre que no hi hagi evidència del seu benefici, i retorni a la societat els problemes que tenen el seu origen en les relacions socials o els estils de vida, apuntant la direcció cap on han d'anar els treballs d'investigació i les actuacions dels afectats o els seus familiars.

La resposta intel·ligent a les «noves –falses– malalties», que apareixen com a conseqüència de les relacions socials i dels estils de vida, passa per explicar als afectats i a la societat la naturalesa dels problemes i plantejar-ne la resolució des dels àmbits social, cultural i polític, no des del camp de la medicina. Explicar que l'epidèmia de nens hiperactius és més el producte d'una societat i unes famílies hiperactives i del seu propi estil de vida i de joc –escola, múltiples activitats extraescolars, jocs informàtics, diferents instruments de comunicació que porten implícita una acció-resposta immediata– que no pas un producte dels gens és molt més intel·ligent i saludable que demanar als afectats que pressionin els polítics perquè posin més recursos per a la investigació genètica i farmacològica.



Podria servir com a exemple la història d'un nen anglès que a finals del segle XIX va anar a l'escola i que sens dubte hauria estat etiquetat com a hiperactiu segons el model de la nostra època. Per descarregar l'energia que li sobrava, aquesta ment inquieta va acordar amb els seus professors que, passada una hora de classe, li permetrien córrer una vegada al voltant de l'edifici del col·legi. D'aquesta manera, la rutina es va fer més suportable tant per a l'alumne com per als seus professors. El seu nom era Winston Churchill¹⁸.

RESPOSTA DELS EQUIPS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA: UN SERVEI DE QUALITAT I A LA MIDA DE L'USUARI

Hi ha una relació dinàmica en tots els serveis entre oferta i demanda. Diuen que en última instància la oferta determina la demanda, però aquest fet no modifica les necessitats que són fruit de condicionants biològics i socials. Dit d'una altra manera: la demanda és la que és, però amb les nostres respostes la podem modular. Les nostres respostes sempre tenen conseqüències, d'un tipus o d'un altre. Es fa necessari pensar, planificar i avaluar la nostra activitat com a equip. Ens trobem davant de noves demandes, nous problemes de salut, però també atenem els vells problemes de salut, que es poden expressar de la mateixa manera o de maneres diferents a com ho havien fet fins ara. Els equips d'Atenció Primària haurem d'adaptar-nos per ser capaços de fer el següent:

Donar una resposta ràpida (dins d'un límit). Les actuals llistes d'espera per al metge de capçalera no són sostenibles ni acceptables. Cal assegurar la resposta al dia quan sigui demanada i assumir certes limitacions, que haurem d'explicar. No és possible fer totes les visites al moment.

Donar una resposta àgil. Demanar hora, ser visitat, les proves complementàries, els tràmits... s'ha de resoldre de la manera més àgil possible, amb el mínim de contactes i viatges, aprofitant les possibilitats que dona la informàtica.

Donar una resposta flexible en funció de les característiques dels usuaris i de la demanda. No existeixen els pacients en general. Cada pacient, cada població té trets diferencials. Els serveis han de recollir aquesta diferència i no tractar-ho tot igual.

Tenir capacitat d'autogestió. Organització menys jerarquizada, model «en xarxa», actuacions coherents dins de cada equip. Assumir la responsabilitat i tenir l'autoritat en el seu àmbit de competències.

Incorporar les noves tecnologies per millorar l'eficiència. L'ús del correu electrònic, de l'agenda digital o de la imatge digitalitzada ens ofereix unes possibilitats enormes de comunicar-nos amb els nostres pacients i companys. Consultes per informació, assessorament, dubtes, tràmits burocràtics que no requereixen la presència física de la persona poden ser resoltes perfectament per via Internet. També les consultes amb altres professionals per a la interpretació de proves, lesions de pell i altres poden estalviar temps a nosaltres i als pacients i augmentar la nostra capacitat de resolució.

Hi ha dos temes clau en el treball dels EAP que necessiten ser replantejats:

- *L'ús del temps.* Tradicionalment hem vist la «manca de temps» com un dels nostres condicionants i hem reclamat solucions externes i més recursos. El nou tipus de pacient ens exigirà cada vegada més respostes ràpides i les noves tecnologies ens ho facilitaran. Ens hem de fer i respondre les següents preguntes: A què dedico el meu temps? Hi ha tasques que podria fer amb menys temps? Malbarato el meu temps? Com m'organitzo per fer un ús més eficient del temps?
- *L'organització de la feina.* No ens ha de fer por canviar, innovar, equivocar-nos, fins a trobar la millor manera de funcionar en cada moment. La rigidesa, certes normes i els corporativismes són enemics de l'adaptació i la millora.

¹⁸Jörg Blech. *Los inventores de enfermedades*. Destino, 2004.



RESPOSTA EN L'ÀMBIT DE L'ATENCIÓ INDIVIDUAL

La relació del pacient amb el metge de família ha estat tradicionalment la forma principal de relació dels ciutadans amb el sistema sanitari, i encara ho és avui dia al nostre país. Malgrat la introducció de noves pràctiques mèdiques –medicines no convencionals, múltiples fonts d'informació, accés directe als especialistes en alguns serveis privats– la visita del metge de capçalera és el marc on més es plantegen els problemes de salut, es diagnostiquen, es tracten les malalties i es demana informació i assessorament.

Això ens proporciona unes condicions excel·lents per influir en els usuaris. Els canvis produïts en la societat i en el sistema sanitari els últims anys han conduït el col·lectiu mèdic a una mena de «depressió professional», caracteritzada per la baixa autoestima, la inseguretat, la manca d'il·lusió i de projectes de futur. Prendre consciència de la nostra situació privilegiada i explotar-ne les potencialitats ens pot dur a superar l'estat d'ànim i a adoptar un paper molt més actiu en la lluita per la salut dels nostres pacients.

S'han demostrat els beneficis dels sistemes sanitaris basats en l'Atenció Primària, però sovint vivim situacions en les quals es posen en entredit i es manifesten interessos contraris. El col·lectiu de metges de Primària som i hem de continuar essent el principal capital del sistema. Per ser-ho ens ho hem de creure, ho hem de saber fer bé i hem de defensar el nostre espai, el nostre poder.

L'atenció individual ha de basar-se en tres pilars: la confiança mútua, l'expertesa professional i la responsabilitat compartida.

La confiança. La confiança en el metge de família ha estat clàssicament la base de la relació del sistema amb els ciutadans. Últimament s'ha vist debilitada per l'enlluernament per la tècnica més sofisticada i la transformació de la sanitat en article de consum. Però per aquestes mateixes raons i per la iatrogènia social, cultural i sanitària que estan produint els sistemes sanitaris de mercat, la confiança en el metge de família esdevindrà clau per a la salut dels ciutadans i per al manteniment del sistema. La confiança la construïm al llarg de la relació amb els nostres pacients. Es fruit del nostre treball, en especial de demostrar la nostra competència tècnica i el nostre compromís. Tot i que «l'escenari» –discursos polítics, missatges mediàtics, el funcionament de les organitzacions sanitàries– també compta, la nostra actuació és la que determina, en definitiva, si el ciutadà confia o no en nosaltres.

Fer ús de la nostra expertesa en l'atenció de persones. L'àmplia formació dels metges de família i la visió global que tenim de les persones ens proporcionen autoritat científica davant els ciutadans i altres professionals del sistema. La cultura burocràtica del sistema imposa uns procediments que debiliten la nostra autoritat, com ara la validació de receptes per personal administratiu, l'obligació de fer les receptes de prescripcions d'altres professionals, la dependència de decisions dels especialistes de «trossos» o dels hospitals, el fet de no poder receptor una cadira de rodes a una persona que tractem nosaltres, etc. No hem d'acceptar que un metge de portes d'un hospital, amb tota probabilitat menys format que nosaltres, repleti un antibiòtic per una virasi o doni un protector d'estómac quan no està indicat. Hem de fer prevaler el nostre criteri davant el pacient i dels altres professionals, superar la humiliació constant a què estem sotmesos i reivindicar el nostre saber i el nostre saber fer. No podem acceptar tampoc que algú ens demani fer-se una anàlisi perquè li ha dit la perruquera o un familiar. Hem de fer valer el nostre criteri i donar les explicacions suficients per fer-ho entendre. Els primers que ens hem de valorar som nosaltres mateixos i no tenir por.

Compartir la responsabilitat. L'època del paternalisme i l'autoritarisme mèdic ha passat. Estan emergint uns ciutadans més informats, amb més interès en prendre decisions en els assumptes que afecten la seva salut, pacients que requereixen i demanen metges que tinguin en compte les seves opinions, les seves preferències i que, al mateix temps, els guiïn pel marasma de dubtes que tenen i per la dificultat de gestionar adequadament la informació que els arriba. Davant les limitacions del coneixement mèdic i de les aspiracions dels pacients, cal, ara més que mai, prendre decisions compartides. En aquest model de relació, el metge fa d'informador i d'agent del pacient, fa propostes, les valora i ajuda el pacient a decidir. Es tracta de posar –o tornar a posar– el *locus* de control de la salut en un mateix i de recuperar la naturalesa humana per tots aquells fenòmens que estan relacionats amb la vida i que no són objecte de la medicina.

Donar la resposta adient a cada demanda: ser resolutius

A l'Atenció Primària s'hi expressen molts tipus de demanda i per a cada un n'hem de donar la resposta adequada, partint d'una anàlisi acurada d'allò que ens demana el pacient, intentant comprendre'l en la seva globalitat.



Davant de cada demanda cal fer el següent:

- Escoltar i analitzar: arribar a entendre la demanda.
- Valorar-ne els diferents components.
- Establir un pla d'actuació: informació i/o tractament i/o proves si cal.
- Prendre una resolució o dissenyar un pla de seguiment.

Estem acostumats, i més o menys entrenats, per a les tres primeres fases, però ens costa arribar a la resolució. Ser resolutius vol dir:

- Aplicar els recursos diagnòstics i terapèutics efectius de què disposem.
- No aplicar proves ni tractaments que no s'hagin demostrat efectius (no medicalitzar).
- Dedicar el mínim de contactes i de temps per resoldre el problema: no cal fer recitació per al control de processos aguts lleus, es poden fer altes laborals amb anticipació.
- Marcar els seguiments que aportin valor a la visita feta: control de TA als 2-3 mesos d'haver instaurat un tractament, no abans.
- No fer seguiments que no ens aportaran cap valor: controls de crònics sense cap intervenció nova.
- No fer actuacions que el pacient no accepti: fer-lo anar a la consulta d'infermeria per aprimar-se.
- Fer a la persona «conductora» del seu problema: «quan cregui que li convé venir-me a veure, demani hora».
- Retornar els problemes socials a la societat. Si una persona ha d'acompanyar un familiar malalt no s'ha de resoldre amb una baixa per malaltia, sinó amb mesures en l'àmbit laboral.
- Retornar els problemes personals a les persones. Si una persona té problemes d'adaptació a la feina, la solució no és la baixa, sinó millorar l'adaptació o canviar de feina.
- Saber dir: «no cal que torni».
- Donar sentit a allò que fem i explicar-ho: saber si estem fent contenció, prevenció (primària, secundària...) o tractament.
- Controlar el caos de la demanda.
- Conèixer les nostres dificultats, incloses les emocionals, i controlar-les.

Tot i que no sempre en som conscients, cada una de les decisions que prenem a la consulta té conseqüències per al consultant, per al sistema i per a nosaltres mateixos, que hem de conèixer.

Veiem-ne un parell d'exemples:

Cas 1

Un home demana pastilles «per la pena» perquè fa uns dies que se li ha mort la seva companya	
Possibles respostes	Conseqüències de cada resposta
Donar-li un antidepressiu i dir-li que així es trobarà millor	<ul style="list-style-type: none"> ■ No s'ajuda a elaborar els sentiments i se substitueixen per un fàrmac. Es debilita la persona ■ Ús d'un fàrmac de manera inadequada. Els antidepressius són per tractar les depressions, no les penes ■ Despesa farmacèutica inadequada i amb exposició a potencials efectes secundaris
Dir-li que això no és la nostra feina	<ul style="list-style-type: none"> ■ No s'escolta la demanda i, per tant, no es pot entendre ni ajudar ■ Es facilita l'aparició de símptomes de somatització i la seva posterior consulta. Al cap d'uns dies consultarà per mal de cap. També li direm que no és feina nostra? ■ Origina més demanda i mal orientada
Reconèixer la pena, dir-li que és normal que se senti malament i que de mica en mica ho anirà superant. Se li port oferir ajuda per si no se n'ensurt	<ul style="list-style-type: none"> ■ El pacient se sent escoltat i pot expressar els seus sentiments ■ No es medicalitza una situació de la vida ■ Es donen elements per elaborar el dol ■ Es deixa la porta oberta, segons l'evolució del dol

**Cas 2**

Una noia consulta perquè té palpitations. Vol saber si té alguna malaltia del cor. En l'anamnesi no apareixen més símptomes, però la noia diu que fa uns dies va perdre la feina i que potser això és la causa del seu malestar.

Possibles respostes	Conseqüències de cada resposta
Pot ser un hipertiroidisme, et demano una analítica i per si és una ansietat, mentrestant et dono un ansiolític	<ul style="list-style-type: none"> ■ No hi ha una anàlisi del problema real ■ Es medicalitza de manera inútil: la TSH resultarà normal i l'ansiolític no se'l prendrà ■ No s'ofereix cap ajuda real a la noia ■ Caldrà programar noves visites per veure els resultats de l'anàlisi; la noia potser no s'atrevirà a dir que no s'ha pres l'ansiolític ■ La relació pacient-metge es sostindrà sobre una fal·làcia ■ La resposta del metge medicalitza més enllà d'allò que la pacient demana (cal que recordem que hi ha pacients que diuen que els metges responem amb proves i fàrmacs quan ells no ho consideren necessari)
Si el problema és que has perdut la feina, no és al metge on has d'anar	<ul style="list-style-type: none"> ■ No es reconeix el problema ■ No s'ajuda a afrontar-lo ■ No es crea confiança mútua
Reconèixer com a possible causa de les palpitations el problema laboral. Explorar quins recursos ha mobilitzat la pacient per sortir-se'n i quina ajuda pensa que li podem oferir (elaborar la hipòtesi i retornar-la-hi)	<ul style="list-style-type: none"> ■ El metge escolta, comunica i allibera de l'angoixa ■ No medicalitza ■ Retorna el problema al seu origen ■ Construeix una relació amb la pacient basada en la mútua responsabilitat

La nostra intervenció va mes enllà del diagnòstic i la prescripció de fàrmacs. Hi ha moltes actuacions terapèutiques que a les nostres mans tenen un gran potencial guaridor (taula 6). Les hem de conèixer i de fer servir.

Taula 6. Actuacions terapèutiques no farmacològiques

Escoltar

Entendre

Saber transmetre què entenem

Interpretar adequadament la demanda

Informar, explicar

Explorar sentiments i recursos psicològics i socials dels pacients

Assegurar-nos que el pacient entén allò que li estem dient

Aconsellar

Acceptar

Ajudar a prendre decisions

Desangoixar

Contenir

Ajudar a conèixer-se



Ajustar les expectatives: saber posar límits a les demandes

Davant les expectatives extraordinàries que tenen els pacients, cal que algú els doni un bany de realisme i les situï al seu lloc. En molts casos anirem contra corrent, però... si no ho fem nosaltres en la relació personal amb els pacients, qui ho farà? Ajustar les expectatives ajuda a acceptar els problemes, disminueix la frustració i augmenta la satisfacció. Són moltes les intervencions que fem cada dia per ajustar les expectatives dels pacients, però hem d'estar alerta de no crear-ne, nosaltres també, de falses. Ajustar expectatives vol dir que quedi clar per al pacient allò que el sistema i els recursos diagnòstics i terapèutics li poden oferir. Vol dir ajudar el pacient a reconèixer la naturalesa dels seus problemes, de les malalties i a acceptar el patiment i la mort, saber dir «no» i saber dir «és normal».

No tenim fórmules per treballar les expectatives. De fet, de manera tàcita les estem treballant sempre, però situarem alguns moments en què cal fer-ho explícitament al davant de les següents demandes:

- Serveis no justificats o que posen en perill l'equitat en l'atenció al conjunt dels individus, com les visites a domicili per processos banals en persones vàlides.
- Prestacions originades per altres professionals o organitzacions, com les receptes de la medicina privada.
- Actuació sobre problemes que no podem solucionar, com les «no malalties».
- Intervencions basades en el consumisme: proves o tractaments innecessaris.
- Sobreactuació: malalts terminals, antibiòtics per tractar virusis, donar dos antitèrmics.

Treballar les expectatives és complex i no hi ha regles vàlides universalment. Uns exemples ens poden servir per veure com es pot fer tot plegat.

Cas 3

Una noia embarassada en el tercer trimestre demana que li facin pel «seguro» una analítica que li han demanat a la mútua amb motiu de l'embaràs, per no haver d'anar a Barcelona. La petició inclou entre altres: proteïnes, proves hepàtiques, ionograma i colesterol.

Possibles respostes	Conseqüències de cada resposta
Cap problema. Traspassem les peticions al formulari de l'ICS i li diem que ja li farem	<ul style="list-style-type: none"> ■ Risc de falsos positius ■ Despesa de laboratori per proves innecessàries ■ Descarreguem la medicina privada d'una despesa que carreguem al sistema públic: més extraccions, una altra visita, la feina administrativa ■ Carreguem les nostres agendes sense un benefici per a la pacient ■ Li fem fer a la pacient un viatge més a Barcelona, que d'altra banda fa per anar a la visita del ginecòleg que ella ha triat
Li diem que això no entra pel «seguro»	<ul style="list-style-type: none"> ■ No carreguem el sistema amb despeses innecessàries ■ La pacient sortirà creient que el «seguro» no li dona el que és just. Es pot originar una discussió sobre si hi té dret o no, que per això paga, que en el fons estalvia diners al «seguro»... ■ Crearà una mala relació amb el professional ■ Treu poder i responsabilitat al professional en posar en un lloc extern la decisió
Li expliquem que no totes les proves són necessàries i li oferim fer-li les proves protocol·litzades	<ul style="list-style-type: none"> ■ Evita una despesa innecessària econòmica i sanitària ■ Dóna informació i intervé en les creences de la dona ■ Intervé en els expectatives ■ Posa les bases per a la relació amb el metge i el sistema públic: es fa allò que és necessari fer i això és una decisió del professional; augmenta la responsabilitat i el poder del professional ■ Pot ser que la pacient no ho entengui o no ho accepti. Potser demanarà un canvi de metge

**Cas 4**

Per telèfon demanen una visita del metge «d'urgències» a domicili perquè hi ha una persona que es troba molt malament i no pot esperar el metge de la tarda.

Possibles respostes	Conseqüències de cada resposta
L'administrativa agafa l'avís i el passa al metge de guàrdia	<ul style="list-style-type: none"> ■ Resposta immediata a una demanda amb satisfacció immediata del demandant ■ S'alimenta el cicle demanda-resposta mecànica del sistema, fomentant noves demandes ■ Distorsiona la feina del professional ■ Pot perjudicar altres usuaris
L'administrativa explica que no hi ha un metge específic de guàrdia i li demana si pot esperar el seu metge de la tarda	<ul style="list-style-type: none"> ■ Algú del sistema escolta la demanda i fa que l'usuari la relativitzi ■ Si l'usuari és molt contenidor, poden «escapar-se» trastorns greus ■ Fa participar l'usuari en la presa de decisions
L'administrativa passa la trucada a la infermera o al metge de referència en aquell horari, s'esbrina la demanda i es pacta una resposta. En aquests moments estic passant visita. «Creu que la situació és prou urgent perquè deixi la visita i vagi a casa seva?»	<ul style="list-style-type: none"> ■ Un professional sanitari escolta i valora la demanda ■ Hi ha possibilitats de contenció i es prenen les primeres mesures ■ La resposta fa reflexionar el pacient sobre els límits dels professionals ■ Permet donar una resposta ràpida quan és necessari

Com es possible ajustar les expectatives

- Clarificant les demandes i explorant les expectatives.
- Explicant el curs natural de les malalties i la tendència a l'autolimitar-se de moltes d'elles.
- Reforçant la capacitat del nostre cos per lluitar contra la malaltia i resoldre la majoria de problemes de salut lleus.
- Dient que és normal allò que és normal: tenir dolor després d'una contusió, tenir febre quan es té la grip.
- Explicant que en situacions climàtiques extremes (estius i hiverns rigorosos) la mortalitat de les persones més vulnerables augmenta, i que no sempre es pot evitar.
- Explicant la capacitat i els límits del servei: jornada dels professionals.
- Defensant els drets dels qui no reclamen: els qui esperen, no demanen urgències.
- Informant dels diagnòstics i les possibilitats, o no, de tractament.
- Dient «no» sense enfadar-nos i sense ofendre ningú (taula 7).
- No receptant medicaments quan no fan cap falta (taula 8).

**Taula 7. Com dir «no»**

Com dir «no»	Situacions on es pot aplicar
«Això jo no ho faig»	Demanda inacceptable: certificar una falsedat; una visita no feta, un fet no conegut, passar una recepta de la privada
«Això jo no li puc fer»	Demanda raonable, però que el sistema no ens permet: derivar a una especialitat de l'hospital que no ens permeten
«Crec que això no és necessari»	Petició d'una intervenció no necessària: fer anàlisi de colesterol cada any sense antecedents de dislipèmia, fer una mamografia als 40 anys. Davant una petició de visita a un especialista, un fàrmac d'efectes poc clars
«Crec que això el pot perjudicar»	Petició d'una intervenció no necessària i poc segura o d'un fàrmac inadequat i/o perillós: coxibs, tractament hormonal substitutiu
«No necessita cap medicament»	Sempre que no siguin necessaris

Taula 8. Recursos per no donar medicaments innecessaris

Escoltar i valorar adequadament la demanda
Dirigir la consulta. Si la persona demana una recepta, primer necessitem saber què li passa i després donarem la nostra opinió sobre el fàrmac que demana
No transmetre que estem cansats de repetir el mateix. Cada malalt és únic
Posar tot l'interès i demostrar-ho. Explicar amb entusiasme que té un refredat (sortosament), que és una malaltia que es cura sola en uns dies, tot i que produeix malestar
Explicar i posar èmfasi en allò que el pacient pot fer per trobar-se millor: descansar, menjar de manera adient, prendre algun fàrmac per alleugerir els símptomes
No tenir cap recordatori de medicaments a la vista: bolígrafs, papers, calendaris, etc.
Seguir sempre els mateixos criteris

Treballar les creences i els valors: ser honestos amb els límits del coneixement

En aquests moments s'estan fomentant unes creences que es basen més en els missatges interessats de les indústries sanitàries que en el coneixement científic.

Quines creences cal treballar?

- Allò que la medicina pot fer i allò que no pot fer: per exemple, els refredats no tenen tractament.
- Allò que es pot prevenir i allò que no es pot prevenir: el càncer, en general, no és pot prevenir. Només alguns tipus de càncer.
- L'objectiu dels medicaments: per exemple, l'anticoagulació en la fibril·lació auricular (alguns pacients pensen que és per al cor).
- La distància entre capacitat de diagnòstic i possibilitat de tractament: després de fer RX, TC i RM arribem a un diagnòstic de malaltia degenerativa de columna que no es pot curar.
- El cost social de la sanitat.
- El cost-oportunitat de les actuacions sanitàries.
- La utilitat dels procediments diagnòstics: per exemple, una mamografia no preveu el càncer de mama, sinó que el diagnostica precoçment.
- El diagnòstic precoç d'algunes malalties no allarga la supervivència, sinó el temps de la malaltia.
- La contribució del sistema sanitari en el nivell de salut de la població: una petita part.
- La contribució de les condicions socioambientals i dels hàbits de vida en la salut de la població: la major part.
- Fer proves i tractaments innecessaris és perjudicial.
- Molts medicaments no curen les malalties, sinó que n'alleugen els símptomes.

**Cas 5**

Un home de 40 anys porta els resultats de la revisió d'empresa. Entre altres dades hi consta que és fumador, que té sobrepès i una analítica que és normal. Comenta que ho porta perquè jo en tingui constància i que li agrada molt que li facin cada any una anàlisi perquè el seu pare va ser diabètic i «no fos cas que jo també ho fos».

Possibles respostes	Conseqüències de cada resposta
Mirar-se l'informe, dir-li que «tot està bé» i tornar-l'hi	<ul style="list-style-type: none"> ■ La persona no sap quins són els riscos més importants per a la seva salut ■ Per tant, no hi ha cap possibilitat de modificar-los ■ Continua pensant que el més important és fer una analítica cada any ■ El dia que a l'empresa no li facin l'analítica, viurà la situació com una pèrdua
Detectar que hi ha un tabaquisme i un sobrepès i dir-li que ha de venir a la consulta d'infermeria i que si vol ja li farem nosaltres de tant en tant una analítica per si li puja el sucre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Imposar una intervenció sense que el pacient sàpiga per què ni ho demani ■ Carregar les agendes i molt probable incompliment de les cites ■ Fer una intervenció que no disposa de cap evidència
Explicar que l'aparició de la diabetis té a veure amb l'herència, però també amb el sobrepès, i que, en tot cas, el risc més important per a la seva salut és el tabaquisme. Explorar en quina fase es troba i oferir-li ajuda. Comentar-li que fer una analítica de sucre cada 4 anys és suficient	<ul style="list-style-type: none"> ■ S'aplica la informació científica ■ Es poden modificar les creences sobre la prevenció de la diabetis ■ Es respecta i es potencia l'autonomia del pacient

Com treballar les creences i els valors

L'eina principal per treballar els valors és la paraula. Cal que la fem servir per:

- Informar de manera efectiva (taula 9).
- Explorar els pacients: preguntar.
- Fer reflexionar sobre la pròpia experiència: quantes gripes ha passat i com s'han curat.
- Explicar les causes de les malalties.
- Explicar els processos naturals.
- Explicar els efectes beneficiosos i els secundaris dels tractaments.

Taula 9. Requisits perquè la informació sigui efectiva

Captar la preocupació o els interessos del pacient

Informar sobre allò que el pacient està disposat a escoltar

Utilitzar un vocabulari proper al pacient

Parlar adaptant-nos al nivell de coneixements del pacient

Donar una informació clara, senzilla i no excessiva (massa informació rellisca)



És important reforçar aquells valors que es relacionen positivament amb la salut –dret a decidir, autonomia, eficàcia, prevenció– i discutir i treballar aquells que estan en contradicció amb viure d’una manera saludable –no acceptació del malestar, immediatesa, por, la joventut eterna, la magnificació de la tecnologia–.

Quan el respecte d’un valor individual com la immediatesa es contraposa amb un valor més general com l’equitat, el fet s’ha de discutir.

Tot i que l’oferta de serveis ha de ser prou adaptativa per no col·lisionar constantment amb els valors dels pacients, quan ho faci, cal que sigui per raons fonamentades.

Lectures recomanades

- Blech J. Los inventores de enfermedades. Barcelona: Destino, 2004.
- Huxley A. Un mundo feliz. Madrid: El País, 2003.
- Le Carré J. El jardinero fiel. Barcelona: Plaza & Janés, 2001.
- Sennett R. La corrosión del carácter. Barcelona: Anagrama, 2004.
- Serrano S. El regalo de la comunicación. Barcelona: Anagrama, 2004.
- Strabaneck P, McCormik J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Doyma, 1992.
- Winckler M. Las confesiones del doctor Sachs. Madrid: Akal, 1999.



camfic

societat catalana de
medicina familiar i
comunitària

Portaferrissa, 8 pral. • 08002 Barcelona • Tel: 93 301 17 77
Fax: 93 318 10 01 • www.camfic.org