

6. IATROGÈNIA SOCIAL

JOAQUIM RAMIS I CORIS, pediatre
(Barcelona)

La influència que exerceixen les condicions de vida sobre la salut són d'una gran importància, ja que l'individu és un tot psico-orgànic. Hi ha algunes influències molt conegudes, com les que desencadenen malalties psico-somàtiques, que per a ésser guarides, cal no solament combatre en llur aspecte orgànic, sinó també tenir en compte els conflictes que l'home exterioritza en forma de malaltia orgànica, però l'examen de les quals les situa fora del camp de la micro- o macrobiologia.

La malaltia ha d'ésser considerada moltes vegades com una reacció davant aquestes pressions de l'ambient, com una resposta individualitzada a una societat que pot ésser inhibidora i repressiva.

La pràctica sanitària no és sinó un aspecte de la política. I, en conseqüència, solament es pot parlar d'una política favorable o no favorable per a la salut humana.

El metge, oblidant en la gran majoria d'ocasions aquesta ambivalència de la salut i condicionat per uns conceptes que li han estat imbuïts des del començament dels seus estudis, té una visió parcial de la malaltia i es decanta clarament cap a un sentit organícista que li fa oblidar el vessant inhibidor de l'ambient i les facetes emotives que tota malaltia, per somàtica que sigui, té sobre el mateix malalt.

D'altra banda, el consum sanitari ha augmentat considerablement. Molts factors hi han contribuït, com és ara, entre altres:

- L'afany de confort, que és trencat per qualsevol distúrbio de la salut...
- La propaganda de productes de consum i de farmàcia que produeixen, míticament, un gran benestar, una bellesa física, etc.
- La demagògia de la Seguretat Social, que fa confondre el dret a la salut que tot home té, amb la inadequada prestació mèdico-sanitària-farmacèutica que hom li dona...
- La parcial o deformada educació sanitària que té la població...

Aquests i d'altres conceptes han produït un augment de la demanda sanitària, i han assolit que, abans que la malaltia s'hagi manifestat plenament, hom acudeixi al metge.

Segui el que sigui l'origen d'aquest augment de demanda d'assistència sanitària, és evident que s'ha produït una sensible multiplicació del nombre de consultes mèdiques. I en el mateix espai de temps el nombre de facultatius s'ha concentrat en grans nuclis urbans i molts d'ells han optat per una especialitat, i tot i que el nombre total de personal sanitari ha augmentat, no ho ha fet en la proporció que requereix l'augment de la demanda. Això ha fet que el ritme de treball, principalment entre els metges de medicina general, no permeti de dedicar el temps necessari a escoltar el malalt, en detriment de l'efectivitat de l'anamnesi, de l'examen i en conseqüència del tractament correcte. És més fàcil i ràpid per al metge de receptar una medicació simptomàtica, que no pas buscar l'etiologia dels trastorns que presenta el malalt: contrarresta o tracta, llavors, uns fenòmens naturals de defensa (anorèxia, insomni, disregulacions digestives o hormonals, etc.), fent desaparèixer signes d'alarma o evitant petits estímuls que obligarien l'organisme a adaptar-se a la nova situació per poder defensar-se millor.

Però aquest temps que el metge no té per als seus malalts, el té encara menys per a revaloritzar el seu «capital intel·lectual». El metge, el sanitari, necessita unes hores diàries per a renovar els seus coneixements. I moltes vegades, enfront d'aquesta situació, el metge corre el risc d'adoptar una actitud dimissionària, conformant-se amb la perspectiva econòmica d'uns ingressos assegurats, i de la pràctica d'una medicina rutinària.

Alguns metges joves veuen en l'especialització la solució a llurs desigs de practicar una medicina de qualitat, assegurant-se, d'aquesta manera, ingressos suficients o més elevats, i ensems sortint de la rutina de la pràctica diària. Aquesta és l'explicació del fet evident que el nombre d'especialistes s'ha incrementat molt més ràpidament que el dels metges internistes o de medicina general.

A conseqüència d'aquesta pràctica mèdica, la terapèutica és qualitativament deficient, i pot ésser fins i tot nociva. I aquesta terapèutica deficient queda agreujada per la quantitat de mala informació que pateix el metge. La propaganda farmacèutica, en forma de cartes, revistes paracientífiques, visitadors dels laboratoris farmacèutics, etc., desorienta el metge, de manera que li fa difícil de poder destriar allò que és veritablement científic, enriquidor o representant de nous avenços de la terapèutica, de tots aquells productes que ja són coneguts i que solament serveixen per a augmentar els beneficis de la indústria farmacèutica.

L'eficàcia de l'actuació del metge depèn:

- 1) Dels seus coneixements científics. Aquests depenen de l'eficiència dels plans d'estudi i de la possibilitat (i fins l'obligació) d'una formació continuada. En aquest punt, tan necessària considerem la inserció del metge general o de família a l'hospital durant unes temporades a determinar i d'una manera periòdica, com la coneixença més a fons per part del

metge hospitalari de la problemàtica del metge de família i àdhuc la conveniència que pogués exercir unes temporades com a tal.

2) Dels poderosos recursos que posseeix la tècnica actual, que han d'estar al servei de tothom, i per tant han d'ésser susceptibles de socialització.

3) Del fet que la finalitat dels coneixements i dels recursos sigui la de promocionar la salut personal i col·lectiva, i això dependrà de l'estructura sòcio-sanitària que comporti o no uns conceptes vàlids per a procurar salut. És molt important que el metge s'ocupi de cada cas particular, que curi la malaltia d'una persona, però és imprescindible que es preocupi de la salut col·lectiva. Si aquesta és atesa com hauria d'ésser, si es procura que l'ambient, el medi, sigui sa, si es conserva el medi ecològic natural tant físicament com psicològicament, les malalties que haurà de curar seran menys, l'home viurà més sa i la medicina complirà veritablement el seu deure: vetllar per la salut de la humanitat, de la societat.

Dit això, farem una distinció de la iatrogènia social que comporta actualment als Països Catalans la pràctica de la medicina privada i de la medicina hospitalària. Per elles mateixes, ni la pràctica privada de la medicina ni l'estructura hospitalària són nocives. De fet, la medicina privada ha acomplert grans objectius en benefici de la salut, sobretot quan s'entén per salut la simple guarició del malalt. El «metge de família» frueix d'una facilitat incomparable per a situar el malalt, és a dir per a captar tota la problemàtica (familiar, laboral, social...) que l'envolta, tota la perspectiva antropològica i ecològica del malalt. En aquest context s'estableix una relació entre el malalt i el metge, que mai no podrà suplir l'assistència hospitalària.

A mesura que la medicina s'ha anat complicant, i s'ha fet més eficaç, les possibilitats reals del metge de capçalera han anat minvant, incapaç d'un cantó d'assimilar totes les especialitats, i d'un altre d'estar utillat amb aparells cars, antieconòmics si és només un metge el que els ha d'usar, i de difícil i complicat maneig.

Tampoc la medicina hospitalària no és *per se* perjudicial per a la salut pública i privada, sobretot si tenim en compte que és a l'hospital l'únic lloc on es poden fer determinades intervencions, exploracions complicades i diagnòstics molt acurats.

És, doncs, lògic que la nostra posició no vagi essencialment contra cap dels avantatges d'aquestes dues menes de l'exercici de la medicina. Tot depèn de l'ús que hom faci de cadascuna i de les estructures socials i sanitàries de què disposi la població, i els mateixos metges, per a acomplir llur missió; de manera que el que ens proposem és de denunciar unes estructures i uns perills que certament van en contra de la mateixa salut.

Iatrogènia social derivada del funcionament de la medicina privada

Està en funció de factors que incideixen en el metge que actua aïllat:

1) Perill de mercantilisme. Deixant a part la valoració ètica dels honoraris que cada metge estableix en la prestació dels seus serveis (fins i tot del paternalisme que comporta a vegades la rebaixa o la no percepció d'honoraris), l'afany de lucrar-se amb la seva professió (afany comú pràcticament a totes les professions dites liberals i a les estructures lligades amb el comportament capitalista de la societat), el perill és evident amb l'abús de la superioritat que tot metge té sobre el seu pacient, imposant no solament consultes, anàlisis i intervencions injustificades, sinó també el seu criteri, la seva escala de valors i les pròpies creences sobre el malalt.

2) El metge aïllat, a mesura que passa el temps, va oblidant allò que havia estudiat, i cada vegada es fia més de la seva «intuïció», tot reproduint en els seus malalts els esquemes familiars i socials del medi d'on prové, amb criteris acientífics, ja que, d'altra part, és susceptible a la indiferència envers l'evolució científica, que no li reporta cap benefici immediat. Al cap d'uns anys, el seu bagatge pseudo-científic prové quasi exclusivament dels visitadors mèdics dels laboratoris farmacèutics. Manca l'estímul i fins i tot la possibilitat de la formació continuada que li haurien de procurar els experts, els mestres de la medicina.

La manca de treball en equip, amb altres metges de la mateixa especialitat i d'altres afins, comporta una falta d'intercanvi d'idees i fins i tot de conèixer altres companys especialitzats que podrien ajudar-lo a superar les seves limitacions. Si bé creiem que un dels drets del metge és el d'equi-vocar-se (tot metge té uns coneixements limitats), el que comporta una manca d'ètica és l'autodefensa mitjançant el dogmatisme, la presumpció i el no voler reconèixer el propi error.

3) Falta la crítica científica que només es troba dins les comunitats de metges als hospitals i societats científiques. Portat pel mateix desig del malalt, la seva lluita s'orienta més contra els símptomes molestos (anorèxia, mal color, dolors, etc.) que cap a establir un diagnòstic acurat que comporti un tractament correcte, orgànic i de situació psico-social de la malaltia.

4) A les clíniques privades, els efectes contra la salut tenen uns altres paràmetres, i participen en part d'allò que hem dit de la medicina privada: Sovint es posa més atenció al luxe (menú, aparell de televisió, butaques, nevera particular, etc.) que a l'utilitatge eficient i a la renovació del material.

Iatrogènia social derivada del funcionament actual de la medicina despersonalitzada

L'aspecte quantitatiu de la manca de llits hospitalaris i la falta de planificació, amb una xarxa hospitalària estructurada d'acord mb les necessitats comarcals i de districtes, ja ha estat exposat en un altre apartat. Aquí ens ocuparem preferencialment dels *defectes qualitatius* i l'assistència hospitalària, que comporta l'absoluta manca d'una política sanitària coherent.

Constatem:

1) La falta de col·laboració panhospitalària. En no haver-hi uns eficients hospitals comarcals i de districte, juntament amb el fet de la preponderància política i material que es pot permetre la Seguretat Social (pensem en els grans Palaus de la medicina), s'estableix una veritable guerra d'hospitals, no ja per llur competència, sinó per l'afany de retenir els «casos» interessants, mentre el pobre malalt que solament té una hèrnia o una apendicitis aguda ha d'anar d'hospital en hospital, on cirurgians molt competents s'han d'entretenir desbridant flegmons i altres malalties, mentre els «serveis privilegiats» poden quedar-se amb malalties importants per a llur prestigi professional.

2) Dins un mateix hospital també s'estableix la guerra entre els diferents serveis, on les dificultats per a entrar-hi i ascendir a graus superiors, moltes vegades no tenen altre motiu que el de gaudir de sous més elevats i d'un prestigi que els permeti cobrar honoraris superiors a la clientela privada.

La jerarquització actual d'alguns dels nostres serveis hospitalaris, és font de tensions internes entre metges de diferents categories o fins i tot de la mateixa categoria, que per a mantenir el lloc o per a optar a graus més elevats, han d'adaptar-se als petits capricis del Cap, al marge de la seva eficàcia i eficiència científica.

No és infreqüent que les iniciatives de metges de grau inferior siguin malvistes i no escoltades pels companys amb més experiència o amb més anys de treball hospitalari, que, per tal de mantenir la seva posició, estan sotmesos als gustos del Cap, si no volen quedar arraconats.

També el paper de l'A. T. S. queda en moltes ocasions ambigu: tant ha de resoldre problemes mèdics importants, com en altres ocasions és tractat com personal de neteja, de cuina o mecànic.

3) Actualment també trobem una falla, un *décalage* entre l'hospital i el metge que s'encarrega de l'assistència habitual del malalt. I això en una doble direcció: D'una part el metge assistencial o de capçalera no és exactament informat del que ha passat a l'hospital. D'altra part, el metge no és estimulat a assistir a les sessions i a les discussions clíniques que es produeixen a l'hospital.

La insuficiència en la continuïtat del tractament posthospitalari, va des del malalt que abandona l'hospital sense saber què li han fet, ni de què pateix, ni quin tractament ha de seguir, fins al metge que ha enviat el malalt i que serà després l'encarregat de seguir el tractament, que no en sap ni el curs que ha fet, què han recomanat, ni què ha de tenir en compte.

Resumint: el metge que ingressa un malalt a l'hospital no comunica l'historial clínic perquè no té temps; moltes vegades els resultats de les proves analítiques o les radiografies no arriben a l'hospital amb el malalt. Es repeteixen novament les proves, les anàlisis, les radiografies en els serveis hospitalaris, no solament perquè no han arribat, sinó perquè «no se'n fien». Si el metge de capçalera va a l'hospital per parlar o col·laborar en el diagnòstic o tractament del malalt, és deficientment atès pels companys i no podrà participar ni en la discussió, ni podrà, per tant, beneficiar-se dels ensenyaments recíprocs que constitueixen el valor mèdic fonamental del sistema hospitalari. Una vegada el malalt és donat d'alta, no podrà obtenir les radiografies i altres resultats que serien d'una gran importància per al curs posthospitalari. No serà gens inhabitual que el metge hagi de repetir novament anàlisis o radiografies, amb la duplicitat o triplicitat de despeses que això representa, al marge de les molèsties ocasionades al malalt.

4) L'atenció hospitalària té, encara, una greu repercussió contra el concepte de salut que s'ha proposat, derivada de la *despersonalització* del malalt. Aquesta repercussió la podríem trobar a diversos nivells:

- L'isolament del malalt, fora del seu normal àmbit familiar, el posa en condicions d'inferioritat psico-social. No és una persona, és un cas clínic, un número —més o menys interessant— no quant a malalt sinó segons la malaltia que tingui.
- Està limitat per la pròpia malaltia, per l'espai que té destinat, per la relació de dependència envers les persones que l'envolten, per la pèrdua del propi vestuari.
- En el context de la Seguretat Social, està desvaloritzat com a persona, ja que és un inútil com a ésser productiu; està en fase de «reparació», per tal d'ésser «reintroduït» en el circuit «producció-consum».
- La por i la mort queden sense atenció i sense resposta.
- Hi ha una manca quasi total d'informació. No sap què té. Ningú no li ho diu. I pitjor encara si li ho diuen sense miraments. Una infermera anònima li pot comunicar allò que ella més o menys s'afigura o sap, sense pensar en la possibilitat que el malalt té d'assumir la pròpia malaltia, sobretot si aquesta és greu o mortal. El malalt no sap ben bé què li donen ni quin medica-

- ment pren: no pot col·laborar a la seva curació. Tampoc no sap si se li respectarà la seva intimitat, la seva minvada dignitat i si es farà tot el que calgui per ajudar-lo.
- Davant el problema de la mort del malalt, el metge hi constata la seva derrota (impotència és el mot més emprat en aquests casos), a més de recordar-li la seva pròpia mort. Protegir-se contra la mort del malalt, és eludir aquests dos problemes. La dilució de responsabilitats, l'anonimat, l'abandó del malalt moribund, no són altra cosa sinó mecanismes de defensa del metge.
 - Per a la família és tràgic de penetrar en el món desconegut i hostil de l'hospital. No sap a qui dirigir-se, ni qui es fa responsable del familiar. La responsabilitat no compartida, sinó diluïda entre el grup de sanitaris, allibera aquests de la dura tasca de la compassió («patir amb»).
 - La reinserció social del malalt, si queda amb una minusvalència o té alguna malaltia mental, no és supervisada per cap assistent social, ni es tenen converses amb la família a fi que aquesta assumeixi el paper que li correspondrà.
 - En molts casos el burocratisme i els papers amb el número del malalt, tenen més importància que no pas aquest.

5) Quan dels inevitables Grans Centres hospitalaris i de recerca mèdica es fan els «Grans Palaus de la Medicina», i es menysprea la feina del metge local, les joves generacions de metges senten més atracció pels al·licients de confortabilitat, de no aïllament i de possibilitats científiques i culturals, dels primers, i deixen els pobles sense els millors elements humans per a llur salut.

No és tampoc menyspreable el fet que l'existència dels grans Palaus hospitalaris comporta un creixement capitalista heterònom a la Medicina, en detriment de l'economia del ciutadà. Els grans avantatges pecuniaris reverteixen sobre l'especulació de fabuloses companyies monopolistes de la construcció, de l'electrònica i de la indústria química i farmacèutica. Les grans despeses fetes sobre les necessitats sanitàries del poble reverteixen, en una petita part, sobre un nombre molt petit de malalts que realment ho necessiten i als quals no se'ls ha d'escatimar, però en la major part sobre estructures alienes a la preocupació pròpiament sanitària.