

MALALTS I PROFESSIONALS. ASPECTES SÒCIO-CULTURALS DE L'ATENCIÓ SANITÀRIA EN EL PROCÉS D'EMMALALTIR

Coordinador = RAMON CASARES i POTAU, metge

Redactor = JESÚS MARCOS i ALONSO, sociòleg

CRISTINA BATLLE i ENRICH, assistent social

JOSE FERNANDEZ i BARRERA, assistent social

JORDI GOL i GURINA, metge

M. JOSÉ JIMÉNEZ i ROSS, assistent social

M. TERESA MANSO i PICH, infermera

CARME RIBAS i BOIXEDA, assistent social

FRANCINA ROCA i SORIANO, assistent social

ORIOL ROMANÍ i ALFONSO, antropòleg

TERESA ROSSELL i POCH, assistent social

CARME SOLÉ i BAS, infermera

ROSA SUÑOL i SALA, metge

ORIOL VALL i COMBELLES, metge

Introducció

El procés d'emmalaltir pot ésser entès de dues maneres. Una, com un procés en el qual interactuen factors molt variats (físics, químics, biològics, culturals, socials, etc.) i que tendeix espontàniament a la guarició, a un nou equilibri (cronificació o seqüeles) o a la mort. L'altra, com un procés que exigeix un camí de retorn, és a dir, una intervenció orientada a restaurar un equilibri perdut, o a trobar nous factors d'equilibri aprofitant els efectes negatius.

Entès de la primera manera, el procés d'emmalaltir se'ns presenta, sobretot com a objecte de coneixement. El seu centre d'interès està en la possibilitat d'explicació de la malaltia; el perquè i el com, és a dir, l'etiopatogènia, la fisiopatologia i l'evolució natural.

El segon punt de vista ens presenta el procés a la vegada com a objecte de coneixement i d'actuació. El seu centre d'interès no està ja només en el com i el perquè, sinó també en la possibilitat de modificar el procés en cada cas concret, és a dir, en l'acció guaridora. Aquesta és, doncs, una perspectiva global i integradora.

No hi ha dubte que aquesta segona perspectiva del procés d'emmalaltir es correspon exactament amb la lògica específica de les professions sanitàries. De fet,

però, el procés d'emmalaltir no pot considerar-se pròpiament acabat amb el coneixement de l'etiopatogènia (de les causes) i la intervenció dels professionals. L'acció amb intenció guaridora aporta nous factors –tècnics, aptitudinals, culturals, relacionals– que poden modificar el procés de manera favorable, però –paradoxalment– també desfavorable, provocant un agreujament i creant nous processos patològics i nous desequilibris.

Es des d'aquesta òptica que hem intentat elaborar algunes reflexions sobre *l'atenció sanitària com a intervenció dels professionals en el procés d'emmalaltir*.

Amb l'intent d'una major aproximació al tema, podríem, potser, enunciar-lo d'una manera diferent. Per exemple: com els mateixos malalts i els professionals de la salut influeixen en el procés d'emmalaltir. Dit així, la matèria se'ns fa més propera però no pas més concreta, ja que és ben evident que, des de sempre, els dos agonistes del procés d'emmalaltir són el malalt i el guaridor. L'un, escenari i actor a la vegada, l'altre, director i també crític d'una obra dramàtica l'autoria de la qual s'escapa als científics i als filòsofs, que cada vegada es troben amb un més enllà en els seus estudis. El camp, doncs, és prou ampli perquè des d'un punt de vista especulatiu hi pugui dir la seva tota mena de gent*.

L'atenció sanitària no està tan sols emmarcada per una xarxa molt complexa de valors, actituds, comportaments i relacions socials, sinó que és, ella mateixa, un complicat microcosmos amb un nucli central definit per una estructura relacional. En aquest nucli, en la confluència del malalt amb el professional de la salut, es modifica també, en bé o en mal, el procés d'emmalaltir. Aquest serà el centre de les nostres reflexions i per tant la nostra anàlisi es fixarà bàsicament en els factors d'ordre psicosocial i cultural. Altres grups de la ponència examinaran altres factors tan o més importants que aquests.

El nostre grup ha estat constituït de manera que, dins de l'enfocament que acabem d'explicar, pogués tenir una visió pluridisciplinària tan àmplia com sigui possible: infermeres, assistents socials, metges, antropòlegs, sociòlegs. I, si bé una vegada reunits ens ha temptat molt fer una excursió alhora històrica i prospectiva, hem cregut que fóra molt més assenyat, i potser més útil, limitar-nos a la nostra experiència concreta quan, en diferents moments del procés d'emmalaltir i des de diferents camps de l'assistència, tractem de donar ajuda al malalt i entrem en contacte íntim amb ell i el seu món: família, treball, societat, sistema de valors.

Les discussions del nostre grup proporcionaven material extens*, massa extens, pel temps i per l'espai de què disposàvem. Això ens va obligar a reduir aquestes pàgines a dos moments fonamentals:

* En la primera reunió del grup i en una primera ronda per a aportar idees, van sortir els següents temes d'interès: Canvis en el procés d'emmalaltir deguts als canvis de la posició de la dona dins la família, del treball de la societat. Malalties professionals. L'equilibri d'un treball personalitzat. La immigració. L'atur. L'herència cultural. Família, parella, relacions pares-fills. La societat de consum. L'avortament. La mort, el testament biològic. La pena de mort. La jubilació. La vellesa. Toxicomanies. La substitució del sacerdot, llevadora, curander, metge de capçalera, pels professionals moderns: assistent social, psicòleg, infermera, metge de Centre de Salut, metge d'ambulatori, especialistes tecnificats. El sistema escolar com a generador de malaltia. Estar malalt i sentir-se malalt.

* D'aquest material n'hauríem elaborat el següent guió:

A. «La visita». 1) moment del primer contacte (motius, demanda del malalt, què n'espera, rebuda o acolliment, actitud del professional envers el malalt, tipus de problemes que es plante-

Un, el moment en què una persona, pels motius que sigui, «se sent malalt» i entra en contacte amb el sistema sanitari.

L'altre, el moment en què el sistema sanitari, a través dels professionals de la salut, defineix i estableix una dinàmica d'actuació diagnòstica i terapèutica sobre el malalt.

1. El malalt entra en contacte amb el sistema sanitari

Motius i expectatives

Quan una persona acut al sistema sanitari, ho fa perquè creu que necessita una ajuda que aquest sistema potser li pot donar. És un malalt —o s'ho pensa— que busca ajuda i espera trobar-ne. Aquest és un dels pols que constitueixen la base relacional de l'assistència sanitària. L'altre pol és, naturalment, el professional: metge, infermera, assistent social... que poden actuar conjuntament o separatament.

La situació que reflecteix la definició anterior, però, no és sempre igual ni tan senzilla com sembla. Comencem per les dades més immediates i observables directament. I prenem com a referència la visita mèdica, que té moltes característiques aplicables a l'actuació dels altres professionals que intervenen d'una manera o altra en la funció terapèutica. I, encara que no hem pretès construir una tipologia exhaustiva, sí que hem analitzat una varietat de motivacions i d'expectatives que descriurem a continuació.

En l'assistència sanitària que es presta a la Seguretat social, potser l'entrada majoritària és constituïda per aquelles persones que van a buscar receptes, perquè amb elles podran obtenir medicació gratuïta o amb un bon descompte, amb intenció de fer més rendible allò que els costa molts diners al cap de mes i que no sembla prou aprofitat. De la mateixa manera que podrien anar en una botiga de rebaixes o al supermercat, demanen l'auxili, no del metge, sinó d'uns productes (gotes, pòlvores o pastilles, grosses o petites, de color blanc o de color groc...) als quals atribueixen una eficàcia segura. Això és degut a causes diverses; per exemple, mala organització burocràtica que fa que en acabar cada envàs, el malalt es vegi obligat a renovar la recepta, de vegades sense que ningú no s'ocupi de considerar si encara és necessària, confiança en un altre metge que és qui ha receptat el medicament, però que no sempre se sap quants anys fa ni si controla adequadament el cas, consell d'una altra persona no professional, etc., etc. Sigui com sigui, el fet és que aquestes persones no busquen ni esperen una atenció sanitària. Aquesta situació és molt freqüent i només es relaciona indirectament amb el procés d'emmalaltir: en tant que engoleix recursos econòmics i temps dels professionals, béns que haurien de tenir un destí millor. I en tant que sol ser indicadora d'una actitud sanitària consumista i medicamentaltitzada, amb els riscos de iatrogènia i dependència que això comporta.

gen, dificultats de comunicació interprofessional, tases d'actituds i tases d'estructura.

2) Procés del diagnòstic (investigació de les arrels dels problemes, avaluació de conjunt).

3) Resposta als problemes (implicacions mèdiques, econòmiques, socials, pedagògiques, etc.).

B. *El procés cronicat: el malalt crònic* (cansament, avoriment, burocràcia, pensions, la medicallització, els seguiments).

C. *El moment crític: el malalt agut* (el perill de mort, les UVI, les urgències).

D. *La mort*.

E. *El guariment*.

És evident que aquest problema és en part el resultat d'una disfunció important de l'assistència primària. Donar-hi solució és alhora indispensable i complicat: les mesures han de ser, per un costat, tècniques i per l'altre, culturals.

Una altra cosa és el cas d'aquelles persones que, amb senzillesa de cor, van a demanar al metge que els recepti quelcom contra unes petites molèsties que elles creuen de poca importància: tenen tos i volen un matatós o tenen gasos i volen un matagasos. Aquestes persones no busquen ni esperen que se'ls faci una exploració a fons o que se'ls expliquin les causes dels seus símptomes. És un tipus de visita que trivialitza l'atenció sanitària. Però és el metge qui ha de decidir, amb bon judici crític, si la visita pot acabar així. No sempre caldrà demanar radiografies o antibiogrames, però sí que el professional ha d'aprofitar aquest moment per anar un xic més enllà i introduir l'explicació, el consell de prevenció o l'exploració de base que siguin oportuns. És evident, doncs, que el procés d'emmalaltir pot variar molt segons com sigui el primer contacte.

Un altre tipus d'entrada és motivat per l'ansietat o la por davant la sospita –fonamentada o no– de tenir alguns del símptomes d'una malaltia greu. Sovint es dona el fet d'un intent de transferir, juntament amb el problema, tota aquesta ansietat al professional, «que és qui hi entén», en detriment de la capacitat d'autocura o del creixement del propi malalt.

Deixant de banda el malalt hipocondriac, ens interessa fer ressaltar que aquest fenomen de vegades es un efecte secundari de certes campanyes orientades a facilitar el diagnòstic precoç d'algunes malalties que, com per exemple el càncer, tenen unes connotacions culturals de tragèdia sinistra i amenaçadora. Naturalment, en deixem constància, no per assenyalar posicions sistemàticament contràries, però sí crítiques, respecte a com s'han dut algunes de les campanyes de prevenció de les que creiem que cal una planificació ben raonada i un control estricte. Això mostra com el primer contacte amb el malalt reflecteix canvis en el procés d'emmalaltir.

Un altra mena de contacte és la demanda diagnòstica, és a dir, la d'aquelles persones que noten determinades molèsties i volen saber quin significat tenen o bé que elles mateixes ja identifiquen i classifiquen de manera que els condueix cap a un diagnòstic o, potser millor, cap a una presumpció diagnòstica que els cal corroborar o descartar amb l'ajuda del metge o sanitari que van a consultar. És l'entrada que respon millor a la idea de la «visita» tal com ha estat elaborada i definida per la professió mèdica i que a la vegada va lligada a uns canvis culturals importants de la societat.

Precisament en les societats desenvolupades s'està fent cada vegada més freqüent un altre tipus de demanda que probablement ha existit sempre però no en proporcions tan significatives com ara. Ens referim a aquell conjunt de símptomes inespecífics o somatitzacions més o menys vagues –«nervis», cansament, debilitat, decaïment... o bé palpitations, diarrees, impotència, etc.– que generalment encobreixen altres fenòmens: por, angioxa, problemes socials, de personalitat, familiars, laborals, sexuals, etc. En les societats tradicionals, molts d'aquests casos, o no s'expressaven en demanda concreta d'ajuda sanitària o acudien a d'altres instàncies socials. És, doncs, una demanda lligada a les transformacions socials i a la consegüent universalització dels sistemes sanitaris i així cal acceptar-la.

Una altra entrada en contacte molt freqüent i lligada també a les transformacions urbano-industrials, és la que podríem anomenar «demanda de legitimació». Pensem en la multitud d'ocasions en què el metge s'ha de pronunciar sobre aspectes de la salut d'una persona: per anar a l'escola, per fer esport, per una assegurança, etc., i,

molt especialment, per tants aspectes laborals com són ser admès en molts llocs de treball i sobretot, les peticions d'altres i de baixes per malaltia i les determinacions d'invalidesa. Els problemes lligats amb el treball a vegades estan justificats per una patologia orgànica específica i clara però altres vegades són conseqüència de greus problemes socials o provinents de la mateixa feina o, en alguns casos, de comportaments irregulars. Aquesta universalització de la funció social del metge com a legitimador del rol social del malalt, ha portat un canvi important no sols en la relació metge/malalt sinó en el mateix procés d'emmalaltir i això es reflecteix sobretot en l'evolució de les malalties cròniques.

Finalment, voldriem assenyalar també com una de les modalitats de motius i d'expectatives per a començar una visita, la d'aquells casos en què no és pròpiament el malalt qui hi va sinó que l'hi porten. La iniciativa, la pren la família i, a vegades, una institució que no és del ram sanitari. Aquests casos són més freqüents en relació amb problemes d'inadaptació o amb símptomes de malaltia mental, i cal que el sanitari sigui ben conscient del perill d'incórrer en iatrogenia, de fer un malalt d'una persona que no s'hi sent, pel fet d'emetre dictamens amb determinats tipus d'afirmacions.

El concepte de malaltia i el fet de sentir-se malalt

Però no sols els motius i les expectatives –tal com ho acabem de veure– sinó el fet de sentir-se malalt i la mateixa idea de malaltia que són a la base de la demanda d'atenció sanitària, poden variar molt significativament d'unes persones a d'altres. Una neuràlgia, un lumbago, un mal d'estómac, una sensació difusa de decaïment o d'angoixa, un mal de cap... són viscuts per uns individus com a simples molèsties que no els priven de continuar amb la seva rutina quotidiana i, per d'altres, com a manifestacions d'una situació de malaltia que els obliga a consultar el metge i fins i tot a demanar la baixa i a interrompre les activitats de la seva vida diària. Dues actituds que pot tenir un mateix individu en situacions diferents de la seva vida.

D'altra banda, el concepte de malaltia elaborat pels professionals de la medicina no sempre coincideix amb el que realment serveix de referència a les persones alienes al món sanitari. Els signes i símptomes clínics d'una malaltia no sempre donen a la persona que els experimenta una autopercepció com a malalt. Algunes enquestes realitzades en diferents països han palesat uns percentatges alts de persones afectades de diverses patologies –és a dir, persones que mèdicament cal considerar malaltes– que vivien els símptomes corresponents sense referir-los de cap manera a una situació subjectiva de malaltia. I al revés, hi ha persones que consulten el metge perquè se senten seriosament malaltes i els professionals defineixen el seu cas, a tot estirar, com una situació patològicament trivial.

Què fa que, amb els mateixos símptomes i les mateixes molèsties, hi hagi persones que se senten malaltes i d'altres no? Com es defineix la malaltia? Qui fixa els criteris pels quals una persona pot ser considerada, o no, malalta? Són preguntes que plantegen problemes de gran transcendència de cara a l'atenció sanitària i estem molt lluny de poder-hi donar una resposta satisfactòria.

El que pot portar una persona a sentir-se un malalt o a ésser classificada com a malalt, i també el significat concret que s'atribueixi en cada cas a la malaltia, depèn de molts factors. Uns, biofisiològics, dels quals ja des del començament ens hem proposat no parlar. D'altres, psicosocials i culturals, aquests s'expressen en dues direccions complementàries: una, com a factors objectius de salut-malaltia, i l'altra,

com a fonts de la percepció-valoració dels símptomes pels quals una persona se suposa, o no, necessitada d'atenció sanitària.

Si considerem únicament el darrer punt de vista, veurem que existeix un cúmul suficient d'exemples que demostren la importància de variables com l'edat, el sexe, el grup familiar, el grup ètnic, el grup religiós, la classe social, les cultures i subcultures nacionals, el fet de ser de ciutat o de pagesia, etc., en la definició i en la interpretació de la malaltia i dels seus remeis possibles (entre els quals hi pot haver l'anada a cal metge).

Totes aquestes variables reflecteixen una realitat fonamental en la comprensió del fet humà de sentir-se malalt: tant els símptomes que permeten reconèixer i definir una malaltia com la valoració del seu caràcter més o menys greu o com la decisió de l'acció apropiada per a posar-hi remei, formen part de les pautes i dels models culturals que anem aprenent i interioritzant.

Dintre d'aquest marc, que mai no admet una interpretació mecanicista, cal tenir en compte també la gran varietat de reaccions psicològiques atribuïbles directament a factors de personalitat, a la diferent experiència acumulada per cada individu, etc., fenòmens que no es poden separar dels factors socio-culturals, però alhora hem de considerar que aquests darrers no són els únics determinants. És a dir, que en una mateixa família, en un mateix grup social, en un mateix àmbit cultural, no sempre són iguals els comportaments dels individus enfront dels mateixos símptomes o de les mateixes molèsties. I, en canvi, una mateixa reacció psicològica es pot veure repetida en diferents grups. Per exemple, en tots els grups socials hi ha persones que sembla que han trobat la resposta en el paper de malalt a problemes relacionals, de soledat, d'autoidentificació personal i social, etc., i que estan ben decidides a no renunciar a aquest rol, per més que el metge els assegurí que «no tenen res».

Necessitat, demanda i consumisme assistencial

Què significa, doncs, en relació amb l'atenció sanitària, l'expressió «necessitat d'ajuda»? En quins paràmetres podem basar-nos per decidir què és una veritable necessitat i què una demanda innecessària, supèrflua o inapropiada?

Del que hem anat dient fins ara es desprèn que cap necessitat subjectiva no es converteix en demanda assistencial si no és a través d'unes determinades pautes socials i culturals. I això àdhuc en els casos en què l'autopercepció com a malalt és atribuïble a factors de personalitat (per exemple, «El malalt imaginari»). És fàcil de veure, des d'aquesta perspectiva, l'enorme importància que tenen els diversos agents de socialització –família, escola, cultura tradicional, mitjans de comunicació social, etc., a més, naturalment, del sistema sanitari– com a determinants, en sentit no sols quantitatiu sinó qualitatiu, de la demanda assistencial.

Pel que pertoca als excessos en la demanda assistencial, molts professionals estan ben convençuts que ells i el sistema sanitari són les víctimes i que els culpables són tota la resta, però en particular els mitjans de comunicació i l'actitud cultural sanitària popular. Els consideren com els principals causants del consumisme assistencial, és a dir, de la multiplicació d'un tipus de demanda darrera del qual no hi ha una autèntica necessitat sanitària. I creuen que això ha succeït gràcies al fet que els moderns sistemes de seguretat social han posat els serveis sanitaris a l'abast de tothom i a més a més els han convertit en drets que permeten àdhuc exigir la corresponent atenció per part dels professionals.

El problema, però, és molt més complex i encara que aquí no el podem aclarir plenament, val la pena que n'apuntem breument alguns dels aspectes més importants.

La clau de la qüestió està en el paper respectiu de la cultura popular i de la cultura tècnico-professional en el procés que configura les normes i els valors que serveixen de referència en la definició de la demanda «legítima». És ben palès que, en les societats modernes, el paper de la cultura tècnico-professional és netament dominant en relació amb aquest procés. La confluència i la interrelació de dos fets han suposat un cop molt dur per a les velles cultures tradicionals: el desenvolupament espectacular de les ciències mèdiques, l'un; i l'altre, l'acció abassegadora dels processos d'industrialització i d'urbanització.

Però això no vol dir que no tinguin vigència pràctica algunes de les pautes sanitàries de les cultures tradicionals i cal tenir-les ben presents. O que la cultura popular no continuï elaborant, constantment, pautes noves de caire sanitari al marge de la cultura oficial o en interacció amb ella. Tinguem també present que avui dia la cultura popular sovint és «elaborada» per les grans multinacionals amb la col·laboració dels mitjans de comunicació i –perquè no?– per les rutines aberrants massa exteses en l'actual assistència primària i que no tenen res a veure amb la medicina científica.

De fet, en les pautes i els models culturals interpretadors de determinats símptomes com a signes de malaltia i valorats, per tant, com a problemes que exigeixen atenció sanitària, trobarem sempre, combinats d'una manera o d'una altra, elements de la medicina oficial i elements de les medicines populars.

La pregunta bàsica és, doncs, aquesta: fins a quin punt un tipus concret de demanda pot ésser refusat o considerat innecessari, superflu, perquè no respon als paràmetres de les ciències mèdiques o perquè s'expressa en unes pautes culturals que aquestes ciències no han codificat com a «legítimes»?

És lògic, i en principi saludable, que la cultura sanitària basada en el coneixement científic tingui un paper i una funció predominants. En canvi no podem dir el mateix del monopoli exclusiu i exclouent que aquesta cultura s'atribueix sobre tot allò que incideixi en la salut i en la malaltia.

Cal que també es tinguin presents les normes i els valors de la cultura sanitària no oficial: les maneres d'entendre i de viure el dolor, la malaltia, la vida, la mort. I això, els professionals sanitaris potser ho entendriem més fàcilment si reconeguéssim amb humilitat: Primer que la racionalitat tècnico-científica no pot pas donar tota la resposta que els problemes humans demanen. Segons que no podem confondre el nostre bagatge i el nostre comportament professional amb aquesta racionalitat. De passada, caldria també assenyalar, des d'un punt de vista complementari, que l'atenció a problemes no exclusivament orgànics no eximeix pas els professionals d'una actitud rigorosament científica.

Aquí trobem, sens dubte, una de les explicacions que ens permeten entendre perquè el sistema sanitari institucional s'ha mostrat fins ara ben poc sensible a les noves malalties –moltes malalties cròniques i les anomenades malalties socials– i no sols això; ha estat incapaç, des dels seus supòsits científico-tècnics clàssics, d'analitzar-les i d'enfrontar-s'hi. I també hi rau la causa de tants mecanismes de producció de iatrogènia i de consumisme assistencial, exclusivament i directament imputables al sistema sanitari: ha medicalitzat o medicamentat una demanda que requeria una resposta d'altres ciències: psicologia, pedagogia o sociologia.

Tal com ja hem observat, els professionals tendeixen a veure sempre les causes del consumisme assistencial com a causes exògenes, induïdes per la interpretació

abusiva de l'assequibilitat dels serveis sanitaris que fan els mitjans de comunicació i les cultures populars. De totes maneres, sense negar que tenen una part de raó, els factors més importants, radicals i decisius del consumisme assistencial, han de ser buscats en el mateix sistema sanitari del qual són subproductes; en els efectes induïts per la cultura tècnico-científica, oficiada i representada pels mateixos professionals.

En aquest punt, no podem oblidar que, pel seu paper en la cultura sanitària dominant, els professionals i el sistema –tant en les actuacions individuals com de conjunt– constitueixen el primer i fonamental agent de socialització de les normes i dels valors determinants de la demanda sanitària.

És, sens dubte, un problema complex i difícil, que es manifesta en una munió de fenòmens i al qual només ens podem referir breument. Podem dir que a la base de la qüestió sempre trobem, per defecte o per excés, una desnaturalització de les funcions de la ciència i de la tècnica.

Per defecte es crea i es potencia el consumisme en tots aquells casos en què el professional es refugia en actituds de complaença de comoditat o de recursos fàcils i no utilitza els seus coneixements tècnico-professionals per a encarar el malalt amb la necessitat de cercar les causes de la malaltia i per a rompre el reflex símptoma-fàrmac que porta tants usuaris al consultori mèdic com si anessin al supermercat. No es pot admetre, en aquest sentit, el pretext que a vegades donen els professionals, dient que ells no en tenen cap culpa, que és això precisament el que demanen els clients. Trencar aquesta lògica forma part de les seves funcions i, de fet, en els llocs on metges i d'altres professionals sanitaris adopten actituds clarament anticonsumistes i d'antimedicalització dels problemes, canvien les idees, els valors i la conducta sanitària de la població.

La creació de consumisme a través de la desnaturalització per excés de les funcions de la ciència i de la tècnica, és més subtil i, per tant, més difícil de descriure en poques paraules. Els fenòmens corresponents a aquest capítol són, d'altra banda, molt diversos. La sacralització de la ciència i la tècnica mèdiques, en nom de les quals s'arriba, fins i tot, a l'aberració de justificar proves o experiments que causen un dany segur a les persones. Els missatges subliminars transmeten constantment i de mil maneres l'afirmació que la ciència/tècnica tot ho resol i que, per tant «sempre s'hi pot fer alguna cosa» o que sempre és beneficiosa la seva intervenció o que, com més sofisticada, més beneficiosa serà. Algunes campanyes que prometen la seguretat contra la malaltia com un objectiu fàcil i a l'abast de tothom –campanyes de revisions periòdiques– o que, al contrari, plantegen la salut-malaltia en to maniqueu, culpabilitzant, esborronador, multipliquen, en ambdós casos, les fonts de neurosi i degraden allò que hauria de ser una autèntica funció pedagògica. L'extensió progressiva del camp jurisdiccional de la medicina –intervenció, vigilància, control, sanció normativa– fins a envair pràcticament tots els aspectes i manifestacions de la vida humana, fenomen conegut amb el nom de «medicalització de la societat», es tradueix a vegades en una obsessió per trobar i denunciar riscos de malaltia i en una confusió entre riscos possibles i causes reals.

Podriem continuar enumerant fenòmens d'aquest tipus. Però els que hem apuntat basten per a fer-nos una idea de l'enorme potencialitat del sistema sanitari de produir consumisme, és a dir, de crear expectatives o necessitats falses o desproporcionades. El mecanisme és sempre el mateix: introduir postulats que, ignorant o falsejant els límits de la ciència i de la tècnica, desnaturalitzen els objectius que creiem propis del sistema sanitari, perquè el converteixen en una màquina de guarir

i, pitjor encara, de guarir al preu que sigui*.

Que tot això es faci en nom de la persona i de la vida, significa només que molts professionals encara pensen que la qualitat de la vida humana es mesura sempre –o gairebé sempre– per l'absència de malalties biològiques i no tenen mai en compte –o gairebé mai– d'una banda, el gran pes dels factors socials, culturals i psicològics com a constitutius de la malaltia; i, d'altra banda, l'existència de fronteres insalvables; i que per tant cal potenciar la capacitat d'anar assumint positivament els límits propis de la naturalesa humana, tals com el dolor, la malaltia i la mort.

I per assenyalar les dificultats i les possibles exageracions que aquesta assumpció dels propis límits comporta, volem acabar aquest tema amb unes paraules plenes de realisme que Miquel Martí i Pol posa en el pròleg del seu llibre de poemes «Estimada Marta». Diu que la seva és una «malaltia per-a-tota-la-vida, que en uns quants mesos converteix un home normal en un... pensionista de gran invalidesa» i explica que el seu metge li aconsellà que li «calia assumir plenament la pròpia situació» per a «establir un procés d'equilibri entre malaltia i malalt, que podria ajudar a acceptar la nova situació i fins i tot a aprofitar les limitades possibilitats que oferia». Constata que la seva malaltia «fa una colla d'anys que condiciona totes les meves activitats» i que «és una constant vital de la qual no puc desprendre'm per més que vulgui». I, amb serenitat i senzillesa acaba dient que, amb aquests condicionaments, «com a màxim, s'hi pot arribar a establir un pacte. Ara, ultrapassar aquest estadi i assolir aquells lligams gairebé afectius de què se sol parlar de vegades, no solament ho considero difícilíssim sinó que res no em predisposa a aspirar-hi».

2. Les relacions entre el malalt i els professionals en la pràctica de l'atenció sanitària

El marc estructural. Del metge a l'equip sanitari

La funció terapèutica ha estat concebuda tradicionalment com un afer exclusiu entre el metge i el malalt, i això tant pel que fa als elements cognoscitius i simbòlics com pel que fa a la dinàmica relacional. Aquest marc estructural ha estat transformat per la presència de dos tipus de factors: la complexitat institucional, tecnològica i organitzativa i la importància progressiva dels factors psicosocials i culturals.

El primer d'aquests factors és la complexitat institucional, tecnològica i organitzativa que ha anat adquirint l'atenció al malalt. Una variada gamma d'institucions ha assumit, progressivament, la responsabilitat de la prestació de serveis assistencials els quals, d'altra banda, ja no són una tasca exclusiva de la professió mèdica sinó que integren en un conjunt funcional i organitzatiu les aportacions de diversos professionals: experts en organització i gestió, enginyers, advocats, economistes, administratius, etc.

I alhora el coneixement mèdic ja no és unitari i global; es fracciona cada vegada més en una colla de coneixements parcials i de funcions especialitzades. Àdhuc

* Alguns de nosaltres volem fer constar que aquestes ratlles mostren només un aspecte de l'assistència sanitària actual. Una visió més àmplia i completa podria explicar els aspectes positius aportats pel progrés científic, tècnic i social, que també són ben reals. Acabariem, concloent, ben segur, que el procés d'emmalaltir és cada vegada més modificat per l'acció sanitària i, certament, no sols en bé.

l'assistència primària –el camp de funcions del metge general– es transfereix gradualment a la responsabilitat d'una gran varietat d'especialistes i les funcions del metge de capçalera es van reduint a la d'un mer distribuïdor de malalts a uns o a d'altres nivells del sistema.

El fet que tot aquest procés hagi estat lligat a un desenvolupament extraordinari de les ciències biomèdiques ha tingut, entre d'altres, uns determinats efectes particularment interessants de cara a la nostra anàlisi.

Per una banda, la divisió i l'especialització de les funcions afecta també la resta de les professions sanitàries –personal d'infermeria, sobretot– les quals, però, mantenen encara un tipus de relació funcional amb la professió mèdica que no s'aparta de la lògica més rigorosa de les funcions ancil·lars. És a dir, el sistema no els reconeix el significat de professions funcionalment diferenciades i complementàries de la professió mèdica. El seu paper d'«ajudants» roman i fins i tot en alguns casos, s'ha accentuat i degradat a tasques de simple suport administratiu de la funció del metge*.

D'altra banda, l'interès pel malalt com a objecte de l'atenció sanitària ha passat a segon terme, i el seu lloc l'ocupa l'interès per la malaltia vista com a entitat en si mateixa, analitzable i tractable des de paradigmes científics en què no tenen cabuda les variables personals, culturals i socials. Aquest fet, ara més remarcable, no és nou; ja fa més de mig segle que els bons clínics avisaven: «No hi ha malalties, sinó malalts». No cal dir que la nova tecnologia, l'abundància d'exploracions, l'especialització i la subespecialització, etc., si bé han contribuït a graus superiors de guariment, també han generat expectatives il·lusòries i, en no haver-hi el contrapès d'un professional amb visió sanitària, han tendit a oblidar la persona del malalt. Sembla que aquests perills de què teòricament tothom és conscient, comencen a planar ara sobre l'assistència primària, amb el retard que correspon a un sector assistencial menystingut tradicionalment.

Aquest model –en podriem dir tecnocràtic– en el qual la relació metge-malalt tendeix a despersonalitzar-se, a objectivar-se en paràmetres purament tècnics, comença a decaure a través del segon dels factors esmentats: l'evidència, assumida progressivament, del pes que tenen en la salut-malaltia els factors psicosocials i culturals, com a factors etiològics i com a factors de percepció-valoració de la malaltia i del fet de sentir-se malalt.

La mateixa pràctica sanitària ha corroborat i imposat aquesta evidència. Per un cantó, la intensa investigació biomèdica de les darreres dècades ha pogut resoldre un gran nombre de problemes difícils, però no ha donat cap resposta significativament apreciable al conjunt de les malalties cròniques i socials (mentals, minusvàlues en general, pròpies de la vellesa, etc.) que són precisament les que predominen en les societats avançades. D'altra banda, el coneixement de les variables que defineixen el marc psicosocial i cultural del malalt, s'ha revelat com un element imprescindible, àdhuc en el tractament de les malalties amb més base orgànica.

Precisament, per no haver-se tingut en compte aquestes variables, quan hom ha dissociat la malaltia del malalt, sovint se sol trobar que l'aplicació eficaç d'un paradigma guaridor, encara que resolgui una patologia determinada, no posa remei al problema de salut de la persona i àdhuc pot originar o potenciar altres patologies.

* De totes maneres, el rol dels professionals de la sanitat està en plena transformació i és molt difícil fer-ne una generalització vàlida.

En resum, el metge no en té prou amb el coneixement que li procuren les ciències biomèdiques. Si vol ensenyar a prevenir la malaltia, si vol entendre, tractar i guarir el malalt, si vol realitzar un seguiment eficient i positiu, sobretot en els processos crònics, ha d'incorporar altres coneixements procedents de les ciències de la conducta i de les ciències socials.

Així sorgeix la necessitat d'un nou marc estructural en la funció terapèutica. La tradicional relació metge-malalt ha de cedir el pas a una estructura relacional més àmplia, en què d'altres professionals –infermeres i assistents socials, sobretot– assumeixen un paper que ja no és secundari, «auxiliar», sinó específic i complementari del paper del metge.

En efecte, la necessitat d'integrar els nous coneixements –sobre la conducta, sobre les relacions de la persona amb el seu medi físic i socio-cultural, etc.– no es pot resoldre fent del metge un expert universal, una mena de factòtum de la salut i la malaltia. El metge ha de conèixer els fonaments i els avenços essencials de les noves ciències, però no pas per a resoldre ell sol tots els problemes, sinó per a ser sensible a la globalitat amb què aquests problemes es presenten. Només així podrà coordinar les decisions oportunes sense traïr aquesta mateixa globalitat.

La resposta adequada només pot venir de la integració de coneixements i d'experiències professionals distintes que permeti constituir un autèntic equip de treball en què cada professional –metge, assistent social, infermera, d'altres experts quan convingui–, desenvolupi unes funcions específiques en el marc d'una lògica de coordinació i complementarietat que tingui com a objectiu prioritari la solució més idònia dels problemes del malalt. L'anàlisi que ara farem de la dinàmica del diagnòstic i del tractament ens mostrarà amb més rigor la necessitat absoluta de l'equip sanitari.

De fet, ara com ara, el treball en equip no passa de ser, a la majoria dels serveis assistencials, un desig ben intencionat. Ni se'n sol fer –fora de comptades excepcions– ni s'aprecien símptomes significatius de coordinació entre els diversos professionals –metges de diferents especialitats, infermeres, assistents socials, personal administratiu, personal de recepció, etc.– que es relacionen amb el malalt. I en aquests casos comptats, pot ocórrer fins i tot que diferents equips actuïn cada un pel seu cantó, sense cap interconnexió, sobre la mateixa persona. Un sol ciutadà pot ser atès alhora en un centre de planificació familiar, per un equip de salut mental, en una unitat d'hipertensió, per un metge de zona que passi receptes i demanar l'ajut d'un servei d'urgències, sense que circuli cap informació entre totes aquestes entitats.

Una colla de problemes de diversa índole, la interrelació dels quals té un poderós efecte multiplicador, impedeix de fet la superació d'aquest model tecnocràtic i despersonalitzat, o d'aquest –a vegades– simple caos. És evident que això passaria per canvis estructurals difícil d'aconseguir. Però també per canvis d'actitud de bona part dels professionals sanitaris, cosa també difícil.

Les fases del camí de retorn

La modificació favorable del procés de la malaltia, únic objectiu que legitima la intervenció dels professionals, gairebé mai no és tan sols l'efecte màgic o instantani d'una fórmula ritualitzada, sigui una pastilla, una recepta o una paraula, sinó que aquesta modificació és també un procés en què assumeix una importància decisiva la interacció del malalt i els diversos professionals que hi intervenen. Interacció que

s'articula en fases consecutives, cada una de les quals pot condicionar seriosament les fases posteriors i, en conseqüència, el resultat final.

Abans de referir-nos específicament a cada una d'aquestes fases, és útil fer remarcar la importància de dos fets que, més o menys, les condicionen totes, des de l'acolliment i el diagnòstic fins a la prescripció de mesures terapèutiques i el seguiment i control conseqüents.

El primer terme, el caràcter desigual de les relacions entre el malalt i els professionals. Per l'objectivació del rol respectiu –«expert» contra «llec»–, per la situacióànima del malalt, per les mateixes característiques formals i circumstancials en què es realitza la funció terapèutica, els avantatges en aquesta interacció sempre són per als professionals. Dit en altres paraules, per molt assequibles, dialogants i respectuosos que es mostrin amb el malalt, tant el metge com la resta de professionals, hi tindran unes relacions sempre de caire asimètric. Això vol dir que el fet que acabin essent un instrument a favor o contra el malalt depèn, per regla general, molt més d'ells que no pas del pacient.

En segon lloc, l'enorme importància dels elements simbòlics que emmarquen la relació malalt-professional: l'espai físic, el seu caràcter acollidor o, al contrari, incòmode i angoixant; els indicadors i signes que faciliten l'accés als serveis o subratllen les claus de la identificació dels professionals amb uns determinats nivells culturals i socials; l'estil del tracte; el llenguatge; la presentació personal, bàsicament el vestit i els gestos. Tot un conjunt d'elements que poden facilitar l'aproximació o accentuar la distància.

a) *L'acolliment*

El primer element que facilita o dificulta, a vegades decisivament, la restauració de l'equilibri perdut, el retorn del malalt a una situació de normalitat, és la rebuda per part del sistema sanitari. La importància d'aquesta primera fase del procés terapèutic, en general greument infravalorada per les institucions sanitàries, es manifesta en un doble aspecte. Una bona acollença no és sols un indicador i un factor de l'expectativa de relacions personalitzades entre el malalt i els professionals sanitaris; també és un mecanisme que permet un primer filtratge i una primera definició de la demanda i, per tant, orientar-la correctament vers el nivell o els professionals més idonis.

Naturalment, això aconsella un tipus d'acolliment en què, a part de l'actuació del personal administratiu o de recepció, intervinguin professionals sanitaris ja des del primer moment. Podem entreveure la importància que aleshores podria adquirir el paper de la infermera, per exemple, si en comptes de limitar-se –com es fa gairebé sempre– a introduir el malalt o a formalitzar els requisits burocràtic-administratius, realitzés una autèntica funció d'acolliment, d'orientació i de consell.

Hem posat l'exemple de la infermera com un dels molts que poden mostrar la necessitat, ja en aquesta primera fase assistencial, d'una actuació coherent i coordinada de l'equip interdisciplinari.

Sovint la demanda que arriba al consultori mèdic amaga un problema familiar o social o és l'expressió d'una necessitat d'ajuda que en rigor no correspon estrictament al sistema sanitari. El metge sovint la resol –aparentment– amb una recepta, però correspondria a l'assistent social ajudar a solucionar-la o, almenys, a definir-la i situar-la en el context corresponent. El problema invers també és corrent: persones malaltes que haurien de consultar el metge i que, per distintes raons –perquè no saben on anar, perquè no tenen confiança en el metge de la seguretat social, perquè

necessiten alhora ajuda social, etc.– s'adrecen a l'assistent social. Com es pot orientar correctament la demanda, fer-ne un tractament adequat, si els diversos professionals condueixen les seves respectives competències i experiències per camins paral·lels i àdhuc divergents?

b) El diagnòstic

El diagnòstic és el moment central de la interacció entre el malalt i els professionals i, alhora, el requisit indispensable per a donar una resposta adequada a la necessitat de la persona que s'adreça al sistema sanitari en recerca d'ajut.

Des del punt de vista del procés terapèutic, el diagnòstic és una hipòtesi explicativa del problema del malalt. Hipòtesi que, com en tota metodologia científica, exigeix un procés previ i sistemàtic de recollida i d'avaluació de dades. Per què aquesta persona sol·licita ajuda? Què busca? Què necessita realment? Què hi ha darrera dels símptomes que presenta o darrera dels mots amb què s'expressa?

La primera informació que cal avaluar és la que el malalt aporta espontàniament quan acut a la visita: molèsties, símptomes, expectatives, peticions. Generalment, aquesta informació no basta i a vegades, fins i tot pot emmascarar necessitats i problemes reals molt diferents dels que el malalt pensa o explica. Fa falta, doncs, un segon nivell de recollida d'informació, que proporcionaran l'anamnesi i les exploracions i proves pertinents. Un tercer nivell de proves complementàries i més alambinades serà necessari quan el conjunt de dades recollides sigui insuficient per a establir raonablement una hipòtesi explicativa o quan aquesta hipòtesi presenti punts dubtosos que han d'ésser confirmats o desmentits.

Més que analitzar les línies estrictament tècniques de la pràctica diagnòstica, ens interessa sobretot assenyalar les condicions del desenvolupament d'aquesta praxi des del punt de vista de la interacció entre el malalt i els professionals. Des d'aquesta perspectiva, destacarem els punts següents com a més rellevants:

1) En primer lloc, la necessitat mateixa del diagnòstic i el caràcter de metodologia científica que sempre ha de tenir, independentment que la informació que es pugui recollir en cada cas, sigui més o menys quantiosa i complexa. Naturalment això no sols és vàlid en relació a les exploracions i proves analítiques sinó també en relació amb l'anamnesi, sigui del metge, de l'assistent social o dels altres professionals sanitaris. La manca d'una metodologia seriosa i rigorosa pot convertir fàcilment l'anamnesi en un mecanisme que fa dir al malalt coses que potser el professional desitja sentir, però que no són veritat, coaccionant, i fins i tot deformant les vivències del malalt per adaptar-les als esquemes del metge.

Els problemes, en aquest sentit, procedeixen tant del mateix sistema de formació dels professionals sanitaris –que no insisteix prou en l'ensenyament teòric i pràctic d'aquestes qüestions– com de rutines que una mala organització ha permès que arrelin. No és estrany, doncs, que ben sovint el diagnòstic es confongui o bé amb la mera intuïció o bé amb la realització de proves analítiques sofisticades. Ni tampoc no ho és que se substitueixi pel reflex símptoma-decisió o símptoma-fàrmac, pauta, aquesta darrera, molt generalitzada tant entre els usuaris com entre els professionals.

2) Cal fer ressaltar l'exigència, en tot el procés de recollida i d'avaluació de dades, d'una actitud respectuosa i comprensiva envers el malalt, actitud que ha de tenir, entre d'altres, dos trets fonamentals. D'una banda, evitar l'etnocentrisme quan s'interpreten i es valoren els seus models culturals, defecte particularment punyent

si es tracta de les classes més humils, de grups d'immigrats, etc. De l'altra, respectar les seves pors i angoixes i el seu dret a la intimitat.

Sovint el malalt ofereix més resistència al fet de despullar-se –físicament o metafòricament– davant el professional, o viu aquest fet com una amenaça injusta a la seva intimitat personal o familiar, perquè el professional –metge, infermera, assistent social– no es molesta a explicar-li ni les raons per les quals li demana que es despulli o que li expliqui la seva vida, ni la utilització que farà de la informació que el malalt li pugui proporcionar. El professional ha de deixar ben clar que no actua per tafaneïria, ni pretén convertir-se en acusador, sinó que ho fa per recollir totes les dades que puguin ésser útils en la seva funció principal, que és la d'ajudar-lo en el seu problema.

3) Un altre punt que convé fer ressaltar és que, si hom vol identificar el problema real del malalt o, ja més enllà, les causes reals de la seva malaltia, el diagnòstic ha d'ésser plantejat com un intent de comprensió global de la persona i del seu entorn i no sols d'identificació clínica de la malaltia.

En d'altres paraules, la possibilitat d'un bon diagnòstic exigeix sempre, d'una manera o d'una altra, el coneixement dels factors psicosocials, culturals, ambientals, que puguin estar relacionats amb la malaltia de la persona concreta. Per tant, la primera i prèvia condició per a l'èxit d'un diagnòstic rau en la capacitat de discernir el nivell o nivells –somàtic, psíquic, social, ambiental– on en realitat es planteja el problema. Sense aquesta capacitat, els professionals poden cometre greus errors i de conseqüències gravíssimes.

Però si l'atenció sanitària s'ha d'adreçar no a la malaltia sinó al malalt, no n'hi ha prou amb la comprensió dels diversos factors etiològics objectius –biològics, psicològics, socials, ambientals– que actuen. S'ha de comprendre també la malaltia tal com és viscuda pel malalt. Els professionals s'han de fer càrrec de la importància que el pacient dona a la seva malaltia i acceptar que no sols són serioses les malalties els símptomes clínics objectius de les quals, fan pensar en un pronòstic greu. També ho són aquelles que el malalt sent com una considerable amenaça a la seva persona.

És, doncs, important comprendre no sols el llenguatge i la manera d'expressar-se del malalt sinó també la seva vivència i valoració personals del trastorn, que poden estar fortament condicionades per uns models culturals no coincidents amb els models culturals de la sanitat professional.

De tot el que hem exposat es deriva la necessitat d'integrar el diagnòstic mèdic i el diagnòstic psicosocial mitjançant la participació del coneixement i de l'experiència de les tres perspectives professionals –metge, infermera, assistent social– en una labor d'equip coordinada funcionalment ja des del primer contacte del pacient amb el sistema sanitari. Això comporta que l'equip disposi del temps suficient, sense la qual cosa no es podria establir una autèntica relació personalitzada amb el malalt. No oblidem, a més, que la pressa afavoreix i legitima el reflex símptoma-fàrmac de què ja hem parlat.

Això no vol dir pas que l'equip professional hagi de fer una investigació exhaustiva cada vegada que el malalt es visita. Vol dir que sempre cal avaluar el problema plantejat i atorgar-li la importància corresponent sense minimitzar-lo ni magnificar-lo. Temps suficient, objectivitat, saber escoltar i saber preguntar, una visió àmplia, rigor científic, actitud amistosa, no confondre la pròpia opinió amb la realitat provada i una bona història clínica que reculli, tant en la primera visita com en els contactes successius, tots els factors i totes les variables –biofisiològiques, psicosocials, culturals, familiars, ambientals– que siguin significatives per a la comprensió del malalt i per al

seguiment del seu procés personal de salut-malaltia. Aquestes són les condicions que permeten un bon diagnòstic.

4) El quart punt que esmentarem és la utilització de mitjans tècnics complementaris, per tal de completar una informació o bé perquè cal verificar i contrastar una hipòtesi diagnòstica. Quantes i quines, entre les diverses tecnologies analítiques possibles, s'han d'utilitzar en cada cas?

Evidentment, ens trobem de nou amb un problema de discerniment de l'equip professional i, més particularment, en aquest cas, del metge. Com que som lluny encara de disposar de pautes objectives i vàlides per a cada circumstància (pautes, d'altra banda, que seran sempre una ajuda només parcial), els professionals han de decidir-ho d'acord amb uns determinats paràmetres generals –cost-benefici, fiabilitat-agressivitat, riscos de iatrogènia, etc.–, però sempre han de fer-ho tenint com a última referència el bé del malalt.

A vegades, l'element determinant no és pas aquest sinó la seguretat del professional, cosa que, en alguns casos, no és més que un recurs per a evadir-se de la incòmoda necessitat de comprendre la persona malalta i els problemes que presenta. A vegades, el professional cerca alliberar-se de l'angoixa que li produeix la identificació amb el drama del pacient o la mancança d'una certesa total i absoluta, característica freqüent de qualsevol diagnòstic, àdhuc en el diagnòstic realitzat correctament.

En aquests casos, la relació malalt-professional perd qualitat i es converteix en una relació deshumanitzada, objectivada en paràmetres purament tècnics. A part d'altres consideracions, cal fer ressaltar que la recerca de seguretat per part del professional, passant per damunt del bé del malalt, és un dels factors determinants de l'abús de les tècniques i, en conseqüència, un factor de consumisme i de passivització del malalt. Això contribueix a fomentar unes expectatives i uns valors sanitaris que es tradueixen, per part de l'usuari, en la demanda de solucions màgiques, en l'esperança i àdhuc en l'exigència, que li guareixin tots els seus trastorns amb anàlisis, pastilles o receptes.

Per acabar la nostra anàlisi del diagnòstic voldríem fer una darrera observació. La necessitat d'un plantejament personal i global de la malaltia i de les relacions entre el malalt i els professionals, apareix potser més immediatament a l'àmbit específic de l'atenció primària, però és igualment vigent en relació amb els tipus d'assistència propis dels diferents nivells hospitalaris. L'arrel més important de tots els inconvenients de la medicina hospitalària rau justament en l'absència d'aquestes relacions personalitzades i en la fugida cap a una objectivació tecnològica pràcticament total de la malaltia i de les relacions entre el malalt i els professionals.

c) El tractament: informació i funció pedagògica

La majoria de condicions i requisits que hem assenyalat a propòsit de la fase de diagnòstic, són igualment aplicables a la fase de tractament. Ens limitarem, doncs, a unes breus observacions sobre determinats aspectes més específics d'aquesta fase.

El tractament no és res més que la posada en pràctica de les mesures que s'han decidit des de la hipòtesi diagnòstica, orientades a modificar positivament el procés de la malaltia. Les mesures poden ser diferents segons els casos, però sempre han de tenir, com a raó última, no la demostració de l'eficàcia o de la brillantor de les tec-

nologies terapèutiques sinó el bé de la persona malalta. Decidir les mesures que poden ajudar millor el malalt és, també, un problema de discerniment que només es resoldrà adequadament si, des d'un principi, l'equip professional –no sols el metge– ha fet un esforç per a comprendre totes les circumstàncies d'aquella persona des d'una actitud d'amistat i de respecte.

Hi ha mesures que representen una actitud protagonista per part del malalt: quan haurà de canviar d'habituds o haurà d'adoptar comportaments sanitaris nous; en altres casos, el seu paper serà més passiu: vacunes, presa de medicaments, intervencions quirúrgiques, etc. Sempre, però, i com a part essencial del tractament, tota mesura ha d'anar acompanyada d'una labor informadora i pedagògica que permeti al malalt comprendre el seu propi problema i fer-se'n càrrec. Obviament, la tasca informativa i pedagògica –de persuasió, no de culpabilització– és particularment imprescindible quan la malaltia està lligada a conductes i habituds que han d'ésser abandonats o canviats. Per exemple: tabac i malaltia coronària, alcohol i hepatopatia. Un exemple de categoria diferent podria ésser el de la brucel·losi; no és ben igual el que li passa al malalt si aquella persona sap: a) que té unes febres, b) que té les febres de Malta, c) que és una infecció produïda per la brucel·la que ha adquirit per contagi a través de la llet de cabra o del formatge, d) que les lleis del país obliguen a una investigació que pot tenir conseqüències legals, socials, industrials, etc.

Fins on ha d'arribar la informació donada al malalt? No sempre és fàcil explicar-li els seus problemes i fer-los-hi entendre. I tampoc no és sempre fàcil discernir quan s'acaba la informació que el pot ajudar a ser més autònom i a mantenir una relació més positiva amb si mateix i amb l'entorn i quan comença la que li pot fer més mal que bé. Això és un nou aspecte que pot influir decisivament en el desenvolupament del procés d'emmalaltir i sovint una nova font d'angoixa per als professionals.

La resposta no pot ésser la mateixa en totes les circumstàncies perquè les persones no són iguals. Podria establir-se com a norma general que tant el malalt com els seus familiars han de rebre tota la informació que correspongui a llur capacitat de reacció positiva i creadora. Això exigeix, naturalment, que s'inclogui l'avaluació d'aquesta capacitat entre les funcions del procés diagnòstic.

Donar informació també vol dir que el professional ha d'estar disposat a donar tot el suport necessari: és a dir, ha de conèixer profundament al malalt i no l'ha de deixar sol amb la seva angoixa; li ha de fer costat, perquè pugui acceptar la nova situació que la informació pot produir.

Avui dia, però, donar informació excessiva és excepcional. Més corrent entre nosaltres és no donar-ne cap o, a tot estirar, oferir explicacions banals sobre les quals seria quimèric establir una mínima però autèntica pedagogia.

d) El seguiment i la seva importància particular en les malalties cròniques

El procés terapèutic és un procés únic totes les fases del qual s'interrelacionen i no és pas extraordinari que el seguiment mostri elements que obliguen a un ajustament o a un canvi de la hipòtesi diagnòstica, del tractament o de tots dos elements.

El seguiment constitueix, per tant, un complement imprescindible del diagnòstic i del tractament de les malalties. Aquesta fase ens suggereix, més directament i plàsticament, enfront de la noció de medicina com a màquina d'eliminació del dolor i de

victòria sobre la mort, la idea i la imatge de l'atenció sanitària com a conjunt d'actuacions en favor del malalt i com a esforç per a ajudar la persona que sofreix.

El seguiment és, potser, una de les fases de l'atenció sanitària on juga un paper més rellevant la relació establerta entre el malalt i l'equip sanitari. D'una banda els factors interpersonals tenen una importància decisiva a l'hora d'aconseguir l'acompliment de mesures de tractament llargues i pesades. I de l'altra es tracta d'arribar a una situació de màxima autonomia del pacient, sobretot evitant les situacions de dependència que poden crear-se amb facilitat en una relació continuada.

La seva importància, tant en l'assistència primària com en l'assistència hospitalària, és, doncs, indiscutible. I ho és, sobretot i d'una manera absolutament decisiva i central, en les malalties cròniques.

I justament són aquestes malalties, d'altra banda, les predominants en les societats avançades, les que acusen un dèficit més gran –quantitatiu i qualitatiu–, fins i tot dramàtic, d'atencions sanitàries. Es gasten recursos ingents en solucions tecnològiques brillants que sovint només beneficien un comptat nombre de persones, mentre que no sembla haver-n'hi per a la investigació de les solucions adequades als problemes dels malalts crònics.

El tema és molt complex i no en podem analitzar tots els aspectes. Volem, però, assenyalar des del nostre treball uns fets de relleu particular. En el seguiment, i més en el seguiment dels malalts crònics, es plantegen dos aspectes fonamentals: Un, l'assumpció per part del malalt de la seva situació de «crònic» aspecte que influirà de manera decisiva en el posterior compliment del tractament i en la forma de vivenciar el seu procés d'emmalaltir. L'altre, el canvi en les relacions del nucli familiar que representa la presència d'un malalt crònic. L'actitud que pugui adoptar la família (de suport, sobreprotecció, culpabilització, marginació, etc) condicionarà no tan sols la vida futura del membre malalt sinó també el creixement i desenvolupament de tots ells.

Tot això fa que els problemes psicològics i socials i els factors de l'àmbit familiar acostumin a ser més significatius que els d'ordre estrictament fisiopatològic i sobretot, diagnòstic, i en podem treure dues conclusions importants:

La primera, que cal integrar en el seguiment del malalt accions de suport i d'ajuda a la família (el malalt no es pot atendre com una persona aïllada): problemes d'acceptació per part del grup, problemes d'hàbits de vida que cal canviar –i ho ha de fer no sols el malalt, sinó també la família–, problemes de transferència de l'angoixa i àdhuc de la culpabilitat envers el malalt o envers algun membre de la casa, necessitat d'una pedagogia específica en cada cas, necessitat de recursos socials d'ajut, etcètera.

La segona és que la integració de l'equip interdisciplinari és encara més necessari en el seguiment, per tal que aquesta activitat no es converteixi en un procés sense sentit, atès que el pes relatiu dels professionals tendeix a canviar en relació amb el que succeïa en les fases de diagnòstic i tractament. El paper clau pot correspondre al metge però també molt sovint a la infermera o a l'assistent social. De vegades es deixa el seguiment en mans de la infermera o de l'assistent social perquè es tracta de malalties desagradables o en una situació que «ja no té interès» per al metge. Cal doncs, que l'adjudicació d'aquesta responsabilitat no es basi mai en criteris de jerarquia o de corporativisme sinó que, com en totes les fases anteriors, el bé del malalt predomini sobre qualsevol altra circumstància i les normes del treball en equip s'utilitzin per al seguiment de tots els casos que es tractin.

* * *

Voldriem posar una cloenda a aquests reflexions. Les sabem incompletes i ens dol que el temps de què hem pogut disposar ens hagi fet acabar abans d'haver exhaurit el tema i el nostre entusiasme. Això no obstant, si que creiem haver deixat prou clara constància que en el moment concret de la nostra pràctica professional, en aquella cruïlla en què ens trobem amb l'home malalt, posem en marxa una relació condicionada per factors socials, culturals i psicològics que influeixen enormement, de manera positiva, o de vegades, negativa, en el Procés d'Emmalaltir.