

ASPECTES DE L'ATENCIÓ MÈDICA

JOSEP FARRÉS i QUESADA*

Podem analitzar els aspectes de l'atenció mèdica, entesa en sentit estricte, és a dir, aquells aspectes que tenen a veure amb la intervenció individual del professional mèdic en el procés del diagnòstic i del seguiment, i també des d'un sentit ampli, com a descripció dels aspectes de l'atenció sanitària, del sistema sanitari en el seu conjunt, que s'interrelacionen amb la problemàtica de la SIDA.

Començarem per comentar aquesta segona òptica. L'atenció als problemes derivats de la infecció per VIH i la malaltia de la SIDA comparteixen amb la majoria de problemes de salut la característica que no poden ser abordats únicament des del punt de vista mèdic. Actualment el sistema sanitari en el seu enfrontament als problemes crònics, hegemònics com a causes de morbiditat i mortalitat, es troba en un relatiu desencís perquè no s'han assolit grans èxits malgrat l'increment progressiu de recursos per resoldre'ls. Per altra banda, la societat qüestiona aquest increment de recursos econòmics en un context de crisi econòmica general.

L'aparició de la problemàtica derivada de la SIDA ha representat, amb més o menys justificació, un aldarull en la societat que ha provocat que fos qualificat per algunes autoritats sanitàries com el problema de salut més important de finals del segle XX^{1,2,3,4}.

Són diverses les causes d'aquest fet, a més de les estrictament epidemiològiques. Podem destacar-ne dues: el fet de tractar-se d'un problema infeccions estretament vinculat a uns estils de vida, els canvis dels costums sexuals, l'homosexualitat i les toxicomanies, i el paper que ha tingut la mateixa iatrogènia del sistema sanitari.

L'afectació del VIH deguda a maniobres del sistema sanitari (transfusions, tractaments amb concentrats plasmàtics) es relaciona amb altres problemes molt punyents entre els professionals sanitaris i la seva relació amb la societat del nostre temps; el concepte del risc terapèutic i les seves conseqüències legals⁵. La responsabilitat que el sistema sanitari ha pogut tenir en la primera època de l'aparició i extensió de la malaltia ha estat causa també de la publicitat i l'atenció social que se li ha donat, i no es pot menysprear aquesta qüestió. La relativa impunitat que molts sanitaris desitjarien en l'atenció dels problemes de salut ja no és plantejable pel mateix desenvolupament de la societat. Les actuacions de la

* Josep Farrés és metge, cap dels serveis mèdics de l'Àrea de Gestió Centre de l'Institut Català de la Salut.

pràctica sanitària estan condicionades per les limitacions socials i la seva expressió formal, que són les normes legals que responsabilitzen els sanitaris dels resultats no desitjats en el curs de les seves actuacions.

Aquesta vessant del problema condicionarà també, com explicarem més endavant, les actuacions en el diagnòstic, el seguiment i les mesures efectives de control.

Els estils de vida, la salut i el sistema sanitari

Sembla obvi comentar que els problemes de salut en cada època històrica han estat determinats per l'organització social i els estils de vida han condicionat un perfil concret de problemes de salut. Han estat comentades exhaustivament les relacions entre les malalties infeccioses i l'organització social, i el relatiu paper que el sistema sanitari (el desenvolupament tecnològic en el diagnòstic i el tractament) ha tingut en la modificació dels indicadors de salut de les poblacions. Avui també els problemes sanitaris (malalties cròniques, accidents, càncer) estan vinculats a uns estils de vida (nutrició, hàbits, etc.) i la ideologia sanitària està en un procés de canvi des de l'antiga possibilitat de resolució individual a una altra que emfasitza els aspectes del manteniment (tenir cura), el seguiment, la rehabilitació. Així mateix les habilitats terapèutiques clàssiques tenen un relatiu èxit i es plantegen les tècniques per a la intervenció en el canvi o abandonament d'hàbits (dietes, tabac), i l'observança i els seus problemes, que connecten amb l'actitud i l'estil de vida de l'individu, que pot condicionar l'èxit o el fracàs en l'assoliment del resultat esperat.

La SIDA, encara que malaltia infecciosa actualment sense una terapèutica absolutament eficaç s'identifica amb les malalties cròniques en la influència de l'educació sanitària, la informació activa com a element clau per al seu control. Els professionals sanitaris enfrontats als problemes de la seva prevenció (control) i del seguiment de la infecció han d'utilitzar unes tècniques⁶ en les quals no han estat específicament formats: la influència en les actituds i els hàbits dels afectats per corregir-ne els aspectes no saludables, l'adopció de mesures preventives o el suport psicològic o social^{7,8} com a úniques mesures possibles en l'atenció dels infectats pel VIH. Aquest problema no és nou⁴. Com ja hem dit, a més de l'atenció als malalts crònics, també l'atenció a les malalties de transmissió sexual ja s'havia afrontat, per bé que amb un menor dramatisme a causa de la disponibilitat de mesures terapèutiques eficaces, amb aquestes qüestions.

Cal una xarxa especial?

El sistema sanitari s'ha de fer més ampli, ha d'integrar en el seu si les intervencions socials, i el paper que els grups d'ajuda mútua^{7,8} poden tenir és rellevant. L'ampliació a altres professionals no estrictament sanitaris i les mesures interdisciplinàries adquireixen un paper protagonista. La disponibilitat que tingui el sistema d'adaptar-se a aquesta nova situació condicionarà l'efectiu èxit que pugui tenir. La SIDA no ha fet més que tornar a posar en evidència una discussió que ja s'havia encetat en l'atenció a malalts terminals per altres problemes (neoplàsies, fonamentalment).

Creiem que al llarg de la història s'han produït altres transformacions condicionades per la necessitat d'adaptació a problemes diferents. El sistema sanitari es validarà en la seva capacitat de transformació.

Aquesta necessitat de transformació es concreta en la polèmica que existeix entre la creació d'una xarxa monogràfica per a l'atenció a la SIDA i, per altra banda, l'atenció en la

xarxa assistencial ordinària i, finalment, les discussions sobre el nivell assistencial que hauria d'assumir-ne la responsabilitat. Els antecedents històrics, com el cas de la tuberculosi, han demostrat els greus inconvenients a llarg termini de les xarxes monogràfiques, i creiem que pot ser positiu com element dinamitzador del propi sistema l'atenció a la problemàtica de la SIDA. Així mateix cada nivell s'hauria de fer càrrec de cada tipus de problema d'acord amb les seves possibilitats, en la línia de la taula adjunta⁶.

TAULA. Cures per als malalts amb VIF / SIDA

I N S T A L · L A C I Ó							
Progrés infecció	Serveis Socials			Hospital			
	Metges de capçalera/ Infermeres	Residències	Centre per a terminals	Hospital de dia	Ambulatori	Ingrés	Equip cura domicili·li
VH1: Assimptomàtic/hém	+				+		
Síntomàtic (adenopatia generalitzada persistent, complex relac. amb la SIDA, etc)	+				+	(+)	
SIDA: Infecció Aguda (primera o tumor)					(+)	+	
Convalescència	+			++			(+)
Infeccions agudes subsegüents / altres problemes	+			+		+	+
No conveniència de cures domiciliaries o terminals	+						
Cures terminals	+		+			+ / -	+

(+) Indica una possibilitat però no l'única

Els aspectes de l'atenció en sentit estricte

En la descripció dels aspectes de l'atenció en sentit estricte, topem d'entrada amb les qüestions relacionades amb l'ètica mèdica i les normes legals⁵. En aquest apartat volem referir-nos a les actuacions relacionades amb la confidencialitat i el respecte a la intimitat. L'atenció a la SIDA ha tornat a posar de relleu l'imperatiu del secret professional i la necessitat de comptar amb l'opinió de l'usuari a l'hora d'iniciar mesures diagnòstiques o terapèutiques. El paper que l'usuari com a consumidor⁹ informat ha de tenir com a protagonista en les decisions que tenen a veure amb la seva salut ha estat repetidament oblidat per la ideologia sanitària basada en la malaltia. En recomanar una teràpia, el personal clínic substitueix habitualment el lloc que correspon al pacient. En l'atenció als problemes de la SIDA s'ha de fer èmfasi en els aspectes pedagògics (instructius) i els possibles avantatges

i inconvenients de cada actuació. Cal que el consumidor disposi de tots els elements que li permetien fer l'elecció més adequada i que la faci. Les repercussions posteriors (socials, personals) s'han de tenir presents en l'abordatge individual dels afectats pel problema¹⁰.

Així també cal recuperar la necessària confidencialitat per evitar els desastrosos efectes posteriors que poden ser més dolorosos (més insans) per a la seva vida futura. Recordant Jordi Gol¹¹, cal evitar que es produeixi el curtcircuit sistema sanitari-metge-malaltia, que deixa fora de joc, sense interlocutor, el malalt, i que és tan freqüent en la pràctica sanitària «científica» d'avui.

Una altra qüestió és la que es refereix al risc del contagi que corren els professionals sanitaris. Malgrat que això no està ben demostrat^{12,13,14}, les mesures de rebuig en l'atenció a afectats de SIDA s'han produït en algunes ocasions. Les mesures discriminatòries han respost a actuacions individuals, com a conseqüència de l'epidèmia de pànic. La sensació d'omnipotència en el nostre sistema s'ha trobat sobtada per l'enfrontament a un problema no ben conegut, el qual ha provocat l'adopció de mesures que tenen un valor més màgic que eficaç. La responsabilitat social dels sanitaris sortosament ha evitat el seu increment, i actualment cal esperar que no passin de ser anècdotes d'un temps passat.

La conducta mèdica davant la utilització de les proves serològiques creiem que s'hauria de caracteritzar per l'antic principi que recomanava la realització de qualsevol prova quan del seu resultat es derivessin actuacions posteriors. A partir del concepte, ja comentat, del paper actiu de l'usuari en la seva realització, s'han de sospesar amb molta cura els eventuals efectes desitjables o indesitjables.

A hores d'ara està sota controvèrsia^{15,16,17} el fet que el coneixement del resultat tingui un paper determinant en l'adopció de mesures preventives, en comparació amb la informació i l'educació sanitària sobre elles¹⁵. En tot cas és una qüestió que cal deixar que resulti del diàleg entre usuari i terapeuta, que conscientment en facin un balanç acurat i resolguin les actuacions posteriors en funció d'un o altre resultat.

Bibliografia

1. HARDY A.M., RANCH K., ECHENBERG D., MORGAN W.M., CURRAU J.W. «The economic impact of the first 10.000 cases of acquired immunodeficiency syndrom in the U.S.». JAMA 1986; 255:209-11.
2. SCITTOVSKY A.A., CLINE M., LEE R.R. «Medical care costs of patients with AIDS in San Francisco». JAMA 1986; 256:3103-6.
3. JOHUSON A.M., ADLER M.W., CROWN J.M. «The AIDS and epidemic of infection with HIV. Costs of care and prevention in an inner London district». BM. Journal 1986; 293:489-92.
4. DUNEA G. «SIDA puesta al dia». British Medical Journal (Ed. espanyola) 1988; 2:77-8.
5. DYER CLARE. «La determinación del VIH desde el punto de vista médico-legal». British Medical Journal (ed. espanyola) 1988; 3:15-16.
6. ADLER MICHAEL W. «Asistencia a los pacientes con infección por el VIH y SIDA». British Medical Journal (Ed. espanyola) 1987; 11:90-3.
7. ARNO P.S. «The men profit sector's response to the AIDS epidemic: community based services in S. Francisco». AM. y Public Health 1986; 76:1325-30.
8. GRIMSHAW J. «Soy un portador de anticuerpos anti-VIH». British Medical Journal (Ed. espanyola) 1987; 11:85-86.
9. DRUMMOND M. et alter. «Health economics: An introduction for clinicians». Annals of Internal Medicine 1987; 107:88-92.
10. BURTON S.W. «aspectos psiquiátricos de la infección por VIH». British Medical Journal (Ed. espanyola) 1987; 11:27.
11. GOL GURINA J. «Els grans temes d'un pensament i una vida» Edi. La llar del llibre 1986; pag.44-45.

12. VAQUE REFORT J. «El risc potencial en la SIDA». *Annals de Medicina* 1988; 44:21-23.
13. McEVoy, PORTER K., MORTIMER P., SIMMONS N., SHANSON D. «Estudio prospectivo del personal clínico, de laboratorio y auxiliar expuesto accidentalmente a sangre o líquidos orgánicos de pacientes infectados por VIH» *B.M.J. (Ed. espanyola)* 1988; 3:92-94.
14. McCRAY E. «The cooperative needlestick surveillance group. Occupational risk of the AIDS among health care workers» *N. Eng. J. Med.* 1986; 314:1127-32.
15. FOX R., ODAKA N.J., BROOKMEYER R., POLK B.F. «Effects of HIV antibody disclosure on subsequent sexual activity in homosexual men». *AIDS* 1987; vol. 1:241-246.
16. McCOSKER J., STODDARD A., et alter. «Effects of HIV antibody test Knowledge on subsequent sexual behaviors in a cohort of homosexually active men. *Anc. J. Public. Health* 1988; 78:462-7.
17. LYTER D.W., VALDISERRI R.O., KINGSLEY L.A., AMOROSO W.P., RINALDO C.R. The HIV antibody test. Why gay and bisexual men want or do not want to know their results. *Public. Health Rep.* 1987; 102:468-474.