

Atenció primària i bioètica. El repte de l'excel·lència

Francesc Borrell i Carrió

Metge de família. EAP Gavarra, ICS.
Professor Departament Ciències Clíniques,
Facultat Medicina, Universitat de Barcelona.
Autor de *Práctica clínica centrada en el paciente*.
12902fbc@comb.cat

Resum

L'article conté un resum-comentari del llibre *Retos éticos en Atención Primaria*, editat per la Fundació de Ciències de la Salut, posant en el centre de la reflexió la qüestió del repte de l'excel·lència. Es tracta d'indicar grosso modo quins són els elements que els professionals, equips, institucions consideren que els poden ajudar a assolir nivells d'excel·lència en l'atenció als pacients, i com es poden avaluar els estàndards d'excel·lència.

Paraules clau

atenció primària, excel·lència professional, bona pràctica, bioètica, acreditació

Abstract

The article includes a summary-comment of the book *Retos éticos en Atención Primaria*, published by the Fundació de Ciències de la Salut, focusing on the achievement of excellence. It is a question of knowing the elements that professionals, teams and institutions consider helpful in order to achieve the level of excellence when taking care of patients and how can the standards of excellence be measured.

Keywords

primary health care, professional excellence, good practice, bioethics, credential

Recentment s'acaba de publicar la guia *Retos éticos en Atención Primaria*, editada per la Fundació de Ciències de la Salut.¹ A continuació en faig una breu introducció com a un dels autors del llibre. El propòsit de l'obra és deliberar sobre situacions quotidianes de l'Atenció Primària, seguint el mètode proposat pel professor Diego Gracia.² El llibre consta de sis parts, amb els següents títols: Conceptes generals; El repte de la medicina centrada en el pacient; El repte de l'atenció a les famílies i a l'entorn psicosocial; El repte de l'educació sanitària; El repte de l'excel·lència, i El repte de l'ús responsable de recursos. Cada cas, extret de la realitat, analitza els valors enfrontats i cerca cursos d'acció alternatius que es discuteixen.

En tota l'obra hi té un paper especial el repte de l'excel·lència. Es pot ser un bon professional sense ser un professional excel·lent? Tothom vol ser atès per un «bon» professional, si pot ser, pel millor dels professionals... Ara bé, qui determina la vàlua o qui avalua els professionals? Qui fixa els estàndards d'excel·lència?

En el nostre país hi ha hagut diferents intents d'avaluar l'excel·lència professional: acreditació i reacreditació de professionals docents amb exàmens de tipus pràctic, i extensió d'aquest sistema al conjunt dels professionals. De moment només els que es dediquen a la docència universitària s'han hagut d'acreditar. En aquests procediments d'acreditació no es mesura l'excel·lència, de fet es mesuren

Es pot ser un bon professional sense ser un professional excel·lent? Tothom vol ser atès per un «bon» professional, si pot ser, pel millor dels professionals... Ara bé, qui determina la vàlua o qui avalua els professionals? Qui fixa els estàndards d'excel·lència?

alguns indicadors indirectes, com ara producció científica, publicacions, docència... Per tant, siguem clars: ens estem movent encara en un terreny més filosòfic que científic.

Si entrem, doncs, en el terreny de la filosofia (i no ens ha d'avergonyar, tot el contrari), podem definir l'excel·lència com la pràctica clínica que aconsegueix un seguit de requeriments. Establir aquests requeriments no és senzill: els mateixos pacients, les institucions, la societat, els equips i els mateixos professionals implicats tenen una visió diferent i proposen indicadors diferents. Sembla que fer-hi participar diferents agents i diferents perspectives ens pot aportar una visió més ajustada del que representa l'excel·lència, una visió que vagi més enllà d'una acreditació basada en uns indicadors. En aquest article només seleccionaré alguns dels qualificadors proposats pels agents que hem esmentat.



Els professionals

Els professionals valoren l'esforç per estar actualitzats i per adaptar-se als diferents entorns. A les guàrdies mèdiques, un metge mandrós ràpidament queda etiquetat com un «mal company». L'ambient d'Urgències és molt exigent, probablement el més exigent dels diferents entorns sanitaris. Allà no hi ha professional que no quedi «retratat» pel que fa a la seva capacitat d'esforçar-se i fins i tot de sacrificar-se. Però en termes més generals podem dir que a un metge clínic se li demanen coneixements i capacitat per aplicar-los. Aquest requeriment també requereix esforç, sobretot quan el seu camp és tota la medicina, tot el que fa referència als problemes quotidians i freqüents de l'ésser humà. Podríem dir en aquest sentit que voler saber una mica de tot és una tasca pròpia del protagonista del mite de Sísif.

Els professionals travessen diferents etapes en relació amb aquest repte. El resident surt ben format i pensa que «ho sap tot»: «Quina sort tenen els meus pacients de tenir-me a mi de professional». Ben aviat s'adona de les insuficiències, de les moltes coses que en realitat les sabia perquè estava en un entorn, però que traslladat a un altre entorn... dubta... o no ho

sap! Llavors vénen els primers fracassos que són autèntiques bufetades. Però aquests fracassos el fan entrar en una fase de maduració, d'humilitat i d'aprendre dels pacients. El pitjor que pot passar és caure en la mediocritat, en el «no voler fer les coses millor». Distingeixo tres posicions: a) el professional PROACTIU, obert al canvi, a la crítica, capaç d'estar atent i d'autoavaluar-se; b) el professional EN CLAUSURA, que admet i coneix les seves limitacions, però no vol fer res per esmenar-les: «fins aquí he arribat, ja no sóc capaç d'avançar més, no tinc forces»; c) el professional OPAC I EVITATIU cap als altres i vers ell mateix. Aquest darrer és el més perillós, ja que en un determinat moment pot prendre decisions per les quals no està preparat, però les prendrà per no quedar en evidència davant d'altres companys, i a vegades també perquè ha esborrat les fronteres entre el que sap i el que no sap. La hipocresia continuada acaba per encegar qui la practica.

L'equip

L'èthos de l'equip és cabdal, i només es forneix un èthos de qualitat sobre la base de la generositat d'almenys una part de l'equip. Aquesta generositat pot tenir formes diferents depenent de les persones: unes poden aportar coneixements, d'altres iniciatives, d'altres bon humor, d'altres planificació d'activitats grupals...

L'equip valora per damunt de tot l'ànim cooperatiu i creatiu. Tanmateix, els equips es mouen en una contradicció: volen tirar endavant però una part dels equips voldria que no es pogués res... Volen que els altres els ajudin però no volen ajudar. El comentari: «dono més del que rebo», en el fons és un comentari de bona salut de l'equip. També és un comentari que denota la percepció equivocada que arribem a tenir dels equips, ja que difícilment podem donar més del que rebem, per més aportacions de qualitat que fem.

L'èthos de l'equip és cabdal, i només es forneix un èthos de qualitat sobre la base de la generositat d'almenys una part de l'equip. Aquesta generositat pot tenir formes diferents depenent de les persones: unes poden aportar coneixements, d'altres iniciatives, d'altres bon humor, d'altres planificació d'activitats grupals... No podem fer judicis de les aportacions només des de l'òptica científica, seria un error. Un equip ho necessita tot.

Les institucions

Les institucions, en temps de retallades, el que volen és complicitat i eficiència. Des de l'òptica institucional un metge excel·lent és un metge eficient. I l'empresa o la institució té una manera de premiar aquesta eficiència: ho fa amb els incentius o part retributiva variable.

Res a dir fins aquí, sobretot res a dir si aquesta política d'incentius reverteix en una atenció al pacient més curiosa. Sembla que tots haguem d'anar junts... Però, i si la institució no és coherent amb el seu codi ètic (en cas de tenir-ne)? En un moment tan crític com el que vivim, més que mai, la diferència entre valors proclamats i valors executats per les institucions sanitàries seran objecte d'una anàlisi minuciosa i crítica. Les inconsistèn-

cies en aquest nivell són clamoroses: el pacient no està en el centre de la preocupació, i amb les retallades econòmiques, menys. Sorgeixen per tant tensions importants: ús d'exploracions complementàries, tractaments que el clínic creu que aporten molt i les institucions/empreses miren d'estalviar...

Pel que fa a les polítiques de personal, resulta paradoxal que el treball de les Unitats Assistencials Bàsiques (metge i infermer treballant sobre la mateixa població), les quals es van iniciar amb la famosa Reforma d'Atenció Primària, hagi estat malbaratat i es consideri un anacronisme quan era justament per orientar el treball d'atenció domiciliària! Haurem de tornar als orígens?

Els pacients

Els pacients volen una bona atenció preventiva i assistencial. Això vol dir bàsicament dues coses: que el professional ha de saber de la persona humana, ha de saber de les seves malalties, de com es manifesten inicialment, de com evolucionen... Però també ha de tenir un criteri ben format per decidir. Decidir conjuntament, *shared mind*, per emprar la terminologia de



tema. El *shared mind* només pot venir d'una clara posició del professional, que per això és el professional, per saber el que cal fer en un sentit canònic. Però després ve el sentit real, i això implica fer aflorar els valors del pacient, respectar-los i possiblement influir-los, perquè també la societat ens paga per ser part del sistema d'influències —bona influència, positiva i honesta influència— que rodeja cada pacient. Trobar aquest equilibri entre valors canònics i valors reals del pacient no és pas senzill, i obre un conjunt

ment diferent al de fa trenta anys: el 50% de les persones de 50 anys tenen una o més malalties cròniques, el nivell socioeconòmic és un paràmetre tan important que la pobresa fa duplicar el nombre de malalties cròniques a les franges mitjanes i altes de la vida, i també fa que s'ajuntin a les malalties cròniques les de tipus mental. No és lògic en aquest escenari que els objectius assistencials siguin els mateixos per als diferents perfils de pacients. Ens podem trobar que per un excés de zel pretenguem que un pacient molt poc competent faci un règim terapèutic complex que el posi en risc (per exemple, per un ús inadequat d'anticoagulants). Tot això ha d'entrar també en l'equació de l'excel·lència: fer el que la Medicina Basada en la Evidència ens diu que hem de fer, sempre que ho vulgui el pacient i estigui en capacitat per fer-ho. D'aquesta filosofia assistencial se n'ha dit «*minimally disruptive medicine*».⁴ Mal traduït al català com a «medicina mínimament impertinent». De sentit comú, potser sí, però n'estem lluny quan a dia d'avui es demanen espirometries a avis de 80 anys per aconseguir determinats estàndards de qualitat!

En temps de retallades hi ha força

Els pacients volen una bona atenció preventiva i assistencial. Això vol dir bàsicament dues coses: que el professional ha de saber de la persona humana, ha de saber de les seves malalties, de com es manifesten inicialment, de com evolucionen... Però també ha de tenir un criteri ben format per decidir

moda, però jo diria: també per decidir de manera independent, per ell/a mateix/a. I àdhuc, afegeixo: *un professional no és professional si no és capaç de tenir independència de criteri*, si cerca només complaure el pacient o d'altres agents que operen en el sis-

de problemes morals molt interessants i, a vegades, colpidors.

La realitat assistencial, d'altra banda, canvia amb l'ésser humà i amb la demografia. Un estudi recent de comorbiditat³ ens presenta un dibuix total-

En temps de retallades hi ha força males notícies, és cert, però també hi ha oportunitats per trencar determinades inèrcies i replantejar polítiques. El repte de l'excel·lència ha de ser en darrer terme el repte de millors polítiques, polítiques centrades en el pacient

males notícies, és cert, però també hi ha oportunitats per trencar determinades inèrcies i replantejar polítiques. El repte de l'excel·lència ha de ser en darrer terme el repte de millors polítiques, polítiques centrades en el pacient, perquè al capdavall la pràctica professional se'n veurà poderosament influïda. Però... i a nivell de cadascú de nosaltres? Per on podem començar?

L'Institut Pincker Europa ha publicat una Guia de Pràctica Clínica centrada en el pacient, dirigida a establiments sanitaris,⁵ que en essència ens diu que cal:

- Respectar les preferències del pacient. Fer aflorar per tant les seves expectatives i valors.
- Fomentar interaccions de cura. I per tant, a nivell d'Atenció Primària, procurar que altres professionals puguin completar el que massa vegades és un enfocament massa centrat en el metge.
- Trobar moments «obligats» en què el pacient pugui opinar o decidir.

Preguntar-li: veu clara aquesta proposta que li faig?, té preguntes?, voldria tenir més informació?...

- Adaptar el Centre de Salut o Hospital a diferents enfocaments culturals. Disposem de traductors en línia però no sempre tenim una bona predisposició per atendre la diversitat.

- Recompensar i reconèixer l'esforç dels professionals. Els directors dels serveis concrets haurien de tenir en aquest sentit una formació específica.

- Promoure un balanç entre treball i vida privada. Els plans de conciliació dels quals ja ningú no parla!

Siguem encara una mica més precisos... què cal fer en el tracte amb el pacient? Aquestes recomanacions no són de l'Institut Pincker Europa, sinó personals, però, a parer meu, hi sintonitzen bé:

- Estar presents en cada consulta, i estar sempre atents. L'atenció és un primer pas per a l'empatia.

- Ser proactius: telefonar als pacients, avançar-nos als problemes...

- Estudiar: efectivament, quan estudiem tenim més interès per aplicar els nous coneixements i estem més motivats.

- Cultivar el punt de perplexitat. No tenir por a «no saber», tot el contrari, saber veure quan hi ha quelcom en la situació del pacient que se'ns escapa...

- Tenir «el meu» propi criteri sobre cada pacient. No val agafar el criteri d'un altre company. Hem de fer l'esforç de construir un criteri per a cada pacient.

- Tenir cura dels meus companys. O, almenys, no maltractar-los!

Part de nosaltres són les circumstàncies en les quals ens movem, com deia el filòsof José Ortega y Gasset. Part de nosaltres es fa, es realitza, en aquestes circumstàncies que elegim. Per tant, procurem activament que aquestes circumstàncies siguin les millors per fer-nos millors. I els nostres companys/es són la part més important del que ens rodeja.

Notes i referències bibliogràfiques:

1. Fundación Ciencias de la Salud. Guía de ética en la práctica médica. Retos éticos en atención primaria. Madrid: Fundación Ciencias de la Salud; 2013. [Aquesta guia es pot descarregar en obert a través de la pàgina web: <http://www.fcs.es/>].

2. Gracia D. La deliberación moral: el método de la ética clínica. Med Clin (Barc) 2001; 117: 18-23.

3. Barnett K, Mercer SW, Norburhy M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Lancet 2012 Jul 7; 380 (9836): 37-43.

4. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ 2009 Aug 11; 339: b2803.

5. Picker Institute Europe. Patient Centered Guide. Improvement Guide. Camdem: Picker Institute Europe; 2008. [Accés 18 de febrer de 2013]. Disponible a: <http://planetree.org/wp-content/uploads/2012/01/Patient-Centered-Care-Improvement-Guide-10-28-09-Final.pdf>