Entre el pacient i l'organització

Carles Garcia-Ribera

Servei de Psiquiatria. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona.

Introducció

Potser començo a tenir una certa edat, ja que amb freqüència em venen al cap consells o solucions a situacions que es plantegen i que ja he viscut en altres moments de la vida professional. Però potser no tot té a veure amb l'edat sinó amb la certa tendència que he tingut a conèixer equipaments nous i àmbits diferents de la realitat assistencial. Al cap i a la fi, no soc tan gran!

Efectivament, he tingut l'oportunitat de conèixer equipaments i institucions diversos. Des de grans hospitals generals i grans hospitals psiquiàtrics a serveis comunitaris d'assistència primària especialitzada, de psiquiatria i addiccions, en el nostre país i als EUA. He tingut el privilegi d'haver portat i seguit molts malalts, ja que gairebé cada equipament nou incloïa una motxilla de casos nous i en seguiment.

Inicialment tenia molt clar que volia ser metge i concretament psiquiatre. La fantasia que això em facilitaria un coneixement nuclear de l'home em fascinava, des de la biologia a allò que és social. Després vaig veure com la realitat no era exactament així; és a dir, que no era tan simple el coneixement. El fet que pogués abastar sota l'epígraf de psiquiatria àmbits de coneixement químics, fisiològics, socials i també els gairebé filosòfics em seduïa.

El meu primer pacient, un cas rar, va decidir per mi, i em va fer endinsar en un món de neurotransmissors i circuits cerebrals, a causa de les característiques molt atípiques que presentava. Aquest pacient va determinar una de les meves àrees d'expertesa, la psicosi, i la psicofarmacologia com una finestra a la psicosi. En aquell moment teníem la impressió que el coneixement era ja establert i que quan la realitat no quadrava, el problema eren els nostres ulls. Amb el temps vaig descobrir que, amb més freqüència del que s'esperava, la realitat rebel s'exhibeix davant nostre. Vaig buscar i vaig tornar a buscar. Llavors era més difícil trobar la bibliografia i vaig demanar a un amic suec que m'enviés urgentment per correu una còpia de la publicació d'un cas similar des de la biblioteca de l'Institut Karolinska d'Estocolm, on havia localitzat aquest article. Aquest pacient fou, per a mi, el primer que va posar en qüestió la teoria del moment. Vaig anar adonant-me que no sempre el que hom dona per conegut ho és realment, i que és la realitat clínica la que determina i posa en crisi el coneixement acadèmic. Més endavant m'he anat veient immers en diverses situacions de qüestionament del coneixement instituït. El model biopsicosocial ha marcat el meu plantejament i, com a conseqüència, m'ha fet enrabiar amb la utilització de la desafortunada expressió "model mèdic" com a sinònim de reduccionisme, manca d'empatia i, fins i tot, manca d'humanitat.



FIGURA1. **El Dr. Carles Garcia-Ribera a l'Hospital de Sant Pau**

Correspondència: Carles Garcia-Ribera
Servei de Psiquiatria
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
C/ Sant Quintí, 89
08041 Barcelona
Tel 935 537 841
Adreça electrònica: cgarciaribera@santpau.cat

Annals de Medicina 2018;101:45-48.

Des del punt de vista de l'especialitat, no m'agrada l'etiqueta "escola" perquè em sembla també sinònim de reduccionisme; però és cert que els meus interessos han estat més en el món de la biologia i les anomenades neurociències, que en el pacient concret interaccionen amb aspectes psicològics i socials.

Els llocs i els canvis viscuts

L'Hospital de Sant Pau i el seu Institut Mental de la Santa Creu em van donar estimació i hi vaig trobar coneixement, bonhomia, humanitat i respecte per la diversitat, almenys en el meu nivell de resident. Diverses orientacions de la psiquiatria convivien en el servei i eren representades per brillants professionals. Vaig tenir la sort de viure una gran implicació amb la feina, amb evitació dels conflictes més sagnants que apareixien entre els meus sèniors.

També pensava que els mestres ho sabien tot. Vaig anar veient que no era així, cosa que va fer que em ressitués i pogués mirar per mi mateix amb les eines que em donaven. Així, el meu primer pacient es va convertir en tot un exemple de desafiament clínic en la meva vida professional.

Recordo les guàrdies, jo diria les "megaguàrdies", del migdia de dissabte a dilluns al matí, en què seguíem la jornada laboral fins a les cinc de la tarda, fent-nos càrrec dels més de 290 pacients ingressats a l'Institut Mental i de les urgències generals de l'Hospital de Sant Pau. El 1984 es van traslladar les unitats d'aguts de l'Institut Mental a l'Hospital de Sant Pau; tot un exemple de modernitat i integració en l'hospital general, expressió de la realitat mèdica de la psiquiatria.

Uns anys més tard, l'apertura de la Unitat de Toxicomanies fou una experiència única de donació privada en un marc d'innovació, per mi sense precedent. Vaig assumir la responsabilitat de l'hospitalització essent molt jove, quan tenia sentit comú però encara poques callositats, amb l'entusiasme de tots nosaltres per tirar endavant un projecte engrescador i amb el convenciment de la importància de la biologia en el comportament i en allò que és social.

Però volia conèixer altres realitats, així que vaig acceptar la invitació a presentar-me a una plaça de coordinador a l'Hospital General de Manresa per impulsar la integració dels recursos de psiquiatria en un centre de salut mental, una unitat hospitalària i un centre de dia. Més tard, vaig anar a la Fundació Hospital Sant Pere Claver, Centre de Salut Mental de Sants-Montjuïc. Aplicava així el coneixement de l'assistència primària especialitzada per dotar-la d'una vocació més comunitària, s'iniciava el pla de seguiment individualitzat (PSI) i s'esmerçava un gran esforç per treballar pels trastorns més greus i acomplir les funcions derivades de la integració en la xarxa de salut mental en una gran ciutat i les dificultats d'una institució petita.

Mentrestant, vaig estar vinculat a la Societat Catalana de Psiquiatria, entranyable i tan necessària, i durant molts anys hi vaig col·laborar des de diversos càrrecs en la Junta Directiva, treballant per a l'estructuració d'una societat acadèmica catalana propera, sobretot per als professionals en formació. Foren activitats diverses, sempre sobre allò que era poc conegut o que s'havia desenvolupat recentment; s'elaboraren també publicacions acadèmiques com ara el llibre titulat *Nous antipsicòtics atípics*.

Posteriorment, vaig treballar a Sant Joan de Déu Serveis de Salut Mental com a Coordinador de la Unitat d'Aguts i Urgències. Fou una època amb molt mèrit dels seus directius i professionals en la modernització de l'hospital i altres dispositius psiquiàtrics, des d'unitats d'aguts a recursos de rehabilitació. Lideratge, estructura i una missió clara que tenia un objectiu, el pacient.

Això em va introduir en el camp de l'anomenada tecnologia de la qualitat. He de reconèixer que no va ser sense resistir-m'hi tot el que vaig poder. Em semblava que no era necessari i que estava molt lluny de les necessitats reals dels pacients... que, diguem, es feia "de cara a la galeria". Amb els anys, he de dir que vaig aprendre molt i estic agraït, per exemple, a la implantació de nous programes com ara el PSI, ja iniciat en la meva època a la Fundació Hospital Sant Pere Claver, o un nou Hospital de Dia. Especial interès va tenir per a mi l'oportunitat de redactar les característiques que hauria de tenir una nova unitat d'aguts específicament per a pacients psiquiàtrics "des de zero". Vaig poder participar en la redacció de les condicions arquitectòniques per a una tasca assistencial òptima i en l'elecció del taller d'arquitectura guanyador.

Ja a l'Institut Municipal d'Assistència Sanitària, com a cap de secció i amb responsabilitats directives, vàrem dissenyar i crear l'equip de psiquiatria domiciliària per a pacients desvinculats de la xarxa, l'Equip Multidisciplinari de Seguiment Especialitzat (EMSE), en col·laboració amb el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM). La mobilització dels familiars dels pacients va ser decisiva.

La noble tasca assistencial ha de nodrir-se de preguntes des de i per a la docència i des de i per a la recerca, tancant un cercle que s'autoalimenta. Vaig poder exercir la docència a la Unitat Docent de l'Hospital del Mar de la Universitat Autònoma de Barcelona com a professor associat, especialment en les àrees de psicosi, esquizofrènia i farmacologia dels antipsicòtics. Vaig aprendre la importància de tenir una direcció compromesa amb allò que és assistencial o no. L'assistència ha de ser finalitat o mitjà? Hi ha riscos de mal funcionament i de desviament de l'objectiu assistencial quan els mitjans esdevenen un objectiu en si mateix, immersos en les dinàmiques del poder.

He conegut aspectes foscos en la gestió i també en la part més assistencial, dels quals he intentat fugir o "exiliar-me", aspectes de la naturalesa humana i de les organitzacions que no són prou coneguts. He rebutjat alguns determinats càrrecs de comandament per no voler participar del mètode per assolir-los i de les seves implicacions o bé per no creure'm prou preparat. En altres moments vaig aprendre la importància dels *lobbies*, de tenir una família política, i els inconvenients de declarar-se orfe; i vaig veure relacions que porten a favors i a accions injustes o no benvolents per entrar o per mantenir-se en el sistema. He après sobre la condició humana i la importància de la salut de les organitzacions per treure el millor dels seus integrants. En aquesta època en què vaig aprendre tant, també vaig patir.

Amb la crisi econòmica va arribar el coneixement de la importància del que és social per a l'individu i la comunitat i també les repercussions de la violència no declarada, l'assetjament psicològic (*mobbing*), la intimidació, l'atropellament i la voracitat. I, en la consulta, vaig veure la freqüent "indefensió apresa" que facilita la depressió clínica.

Diversos regals van caure del cel com ofertes professionals i, entre ells, el premi a l'excel·lència del Col·legi de Metges de Barcelona el 2007. Em sembla increïble que hom pugui rebre un premi sense presentar-se, ni haver de fer campanya! I vaig marxar als EUA, acceptant una invitació a l'Hospital Zucker-Hillside de Nova York i després vaig acceptar una feina de psiquiatre comunitari al Consorci Sanitari de Terrassa.

I el meu primer pacient, recorden? Va reaparèixer fa uns anys en una trucada vespertina a casa. Com ha aconseguit el número de telèfon? Potser està malament? No, pur agraïment, ...no em puc queixar!

Més regals i, de nou, l'Hospital de Sant Pau. La tornada a casa... "Ah, però havies marxat?" em diuen des de Direcció, i em sembla acollidor. Em retrobo companys i mestres, content de sentir l'elevat nivell assistencial, humà i de coneixement i recerca. Noto, però, el patiment dels últims deu o quinze anys. Però, què representa en una institució de tan llarga història? Espero que poc. De fet, els projectes no falten, com el recentment portat a terme d'una unitat d'atenció domiciliaria per a pacients aguts en col·laboració amb el Centre Psicoteràpia Barcelona.

Des del punt de vista acadèmic i d'associacions, sempre he fugit de la carrera universitària. He format part de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Psiquiatria, essencial en el nostre entorn, i de la Fundació Congrés Català de Salut Mental, una visió de la salut mental amb especial atenció als determinants psicològics i socials del patiment mental. He estat membre del Comitè de Bioètica de la Schizophrenia International Research Society (SIRS) i del Consell Assessor de Salut Mental de Catalunya.

Què ha passat durant aquests anys?

Durant aquests anys el desenvolupament de la xarxa de salut mental ha estat extraordinari: s'ha passat de la psiquiatria vinculada als grans hospitals psiquiàtrics, al neuropsiquiatre de zona del "seguro" i a algun servei aïllat en hospitals, a l'extensió en el territori d'un model d'atenció psiquiàtrica en xarxa, que abasta des de l'assistència primària especialitzada a la situació d'alta dependència institucional. Resta, però, pendent l'articulació amb la part més social.

Els estàndards de salut són progressivament més estudiats en la seva complexitat i exigits pel client, ja des de la mateixa accessibilitat del pacient a les institucions. Inevitablement, amb els canvis apareixen perills que convé tenir presents. Per exemple, el perill que hom exigeixi una eficiència cada vegada superior però que no es faci de forma global o no es tinguin presents els resultats a mig i llarg termini, o el problema de la competència de les empreses-institucions sanitàries en un sistema que no és (de) lliure (mercat), ja que té un client pràcticament únic en la contractació de serveis.

Hi ha una desnaturalització de l'activitat sanitària? Hi ha desafectació del seu personal? El canvi en la terminologia: de pacient a client, de doctor a productor, podrien ser-ne una expressió. S'ha passat dels valors de la perícia i la saviesa als de la imatge i el ressò. A què respon aquest canvi? Potser hauríem de fer-nos aquestes preguntes.

Una amiga que treballava per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) em va dir una vegada: "per saber com és un hospital, el primer que has de fer és anar a veure els lavabos del personal i la biblioteca", i jo hi afegiria, també "compara-ho amb la façana". No falla mai! Quina és la cura que hom té de les eines diu molt de quin és l'objectiu real de l'empresa.

S'ha produït una pèrdua i un aprimament dels equips. Ens trobem amb la pràctica en solitari amb poc equip real, amb objectius molt concrets i pèrdua de l'educació, del sentit comú i del mètode, amb una tendència al pensament digital, en què sembla que tot tingui el mateix nivell d'importància *versus* el pensament més analògic, i a atomitzar la tasca, amb la fantasia que posteriorment només caldrà reunir els elements integrants per tenir la molècula sencera, sense atendre ni valorar les forces que la fan possible i li donen cohesió.

Crec que hi ha el risc de desenfocar l'objectiu principal de la nostra activitat, que és el pacient, i confondre'l amb altres objectius que són intermediaris, com ara el mètode, o secundaris, com són la promoció personal o institucional. Efectivament, la competència, la imatge i els mitjans encarregats de la seva creació han ocupat el centre del focus en mesura diversa. A això hi han contribuït també els sistemes de reconeixement professional i els seus pro-

motors. Hi ha canvis que se succeeixen gairebé sense que ens n'adonem:

– Del metge sobirà en la utilització dels recursos per a l'assistència del pacient individual que té davant, al metge com a gestor dels recursos públics. Abans el metge era sobirà i el pacient individual ho era tot. Ara, afortunadament, també hem de pensar en els recursos i en com els repartim.

– L'aplicabilitat del coneixement és universal, però els pacients són tots diferents i molts atípics. Institucions sanitàries com a empreses de producció (en sèrie) o bé de creació a mida? Mercantilització de l'activitat sanitària? El coneixement pla i bidimensional en lloc del tridimensional i complex, l'aplicació cega del protocol *versus* el pacient com a font de coneixement.

– Tanmateix, la gestió i l'estil de direcció en progressiu canvi des d'un estil assistencial integrat a un model d'obediència automàtica en funció de les decisions del pagador: qui paga mana! Afortunadament, el pagador va aprenent i va essent més sensible a la complexitat i al fet que el rendiment a curt i a llarg termini poden ser contradictoris o a la importància de l'estalvi que representa una despesa feta a temps i de la prevenció. Qui i com es controla i qualifica la feina del gestor?

Afortunadament hi ha hagut una pèrdua de la timidesa en l'àmbit de la recerca i de la relació internacional. Encara hi ha poca recerca bàsica al nostre país. Mentrestant, la tecnologia, la biologia, les "òmiques", han donat un salt espectacular a la vegada que es van incorporant maneres de fer poc tecnificades basades en la recerca en grans poblacions i a llarg termini des d'Escandinàvia i des d'Àsia. Hi ha hagut un gran avenç de la tecnologia que aportarà, de ben segur, coneixements clau en el futur. Però, manca la "maionesa" per a la translació, triga massa temps en arribar el coneixement al clínic; manca tot el que es relaciona amb l'àrea translacional. Això implica complexitat, afegeix dimensions al coneixement en un món cada cop més bidimensional, de curt termini i d'aprimament econòmic.

La internacionalització progressiva, de la qual la creació de la Schizophrenia International Research Society n'és un bon exemple, ha facilitat la creació d'entorns de relació específics de recerca i coneixement i de formació transnacional.

NOTA

Deliberadament no he esmentat persones concretes, de moltes de les quals hauria volgut parlar i a les quals estic molt agraït.