

El final de l'era de la malaltia

Mary A. Tinetti, Terri Fried

Traducció de G. Permanyer Miralda i J. M. V. Pons de l'article: Tinetti MA, Fried T. The end of the disease era. Am J Med. 2004;116:179-85.

El problema

El “rodament de cap”¹ crònic continua sense solució; s'ignoren els factors psicològics que contribueixen a les malalties cardiovasculars; els pacients majors de 75 anys consumeixen una mitjana de 15 dosis de medicaments cada dia; els pacients se'n van de l'hospital curats de la seva pneumònia però amb funcions cognitives i físiques fetes malbé irreversiblement. En cadascun d'aquests casos, el diagnòstic del problema és que el focus primordial de la pràctica clínica és la malaltia.

Ha arribat el moment d'abandonar la malaltia com el focus primordial de la pràctica clínica. Quan la malaltia esdevingué el centre focal de la medicina occidental, en el segle XIX i la primera del XX, l'esperança de vida mitjana era de 47 anys i la majoria de consultes mèdiques eren per malalties agudes. Avui, l'esperança de vida mitjana en països desenvolupats és de 74 anys i va en augment, i la majoria de consultes mèdiques són per malalties cròniques o trastorns no associats amb malalties específiques. Les malalties cròniques, comparades amb les agudes, tenen un ventall més ampli de manifestacions clíniques i una correlació més fluïda entre les manifestacions clíniques i la patologia subjacent. Aquest espectre diferent de condicions de salut, la complexa interacció entre factors biològics i no biològics, la població envellida i la variabilitat interindividual de les prioritats en salut fan que una pràctica clínica centrada primàriament en el diagnòstic i tractament de malalties individuals sigui, en el millor dels casos, obsoleta i, en el pitjor, nociva. Ateses les necessitats sanitàries canviants dels pacients, un enfocament primordial en la malaltia porta, de manera inadvertida, a l'infractament, al sobretractament o al mal tractament.

Infractament

Una causa d'infractament és la reticència a tractar pacients amb símptomes que no corresponen a criteris diagnòstics actualment acceptats. Per exemple, els clínics poden dubtar a tractar símptomes depressius si el pacient no compleix els criteris del *Diagnostic Statistical Manual*, malgrat l'evidència existent que els símptomes

depressius responen al tractament mèdic. Hi ha molts símptomes i discapacitats que no es poden atribuir a una única malaltia malgrat exhaustives avaluacions diagnòstiques. El “rodament de cap” crònic i el dolor no cancerós són dos símptomes freqüents, que se sap que són conseqüència de la interacció entre factors físics i psicològics tractables i que sovint es deixen sense alleujar quan l'avaluació diagnòstica no arriba a demostrar una “malaltia” causal. No obstant, la definició de què és un símptoma (per exemple, el rodament de cap), una discapacitat (per exemple, la pèrdua d'audició) o una malaltia (per exemple, una pneumònia) és en part un artefacte del model basat en la malaltia. La categorització existent de les entitats clíniques, orientada segons malalties, classifica els símptomes i les discapacitats com a presentacions subjectives i objectives de malalties existents, mentre que les malalties són considerades manifestacions d'una patologia concreta. No obstant, si eliminem l'estructura imposada pel model basat en la malaltia, cadascun d'ells pot ser vist com un estat de salut que causa malestar, que té conseqüències adverses i que és resultat de múltiples factors contribuents.

L'infractament també té lloc en categories de malaltia “tradicionals” com la cardiopatia coronària. Hi ha un gran volum de dades que associen els resultats cardiovasculars desfavorables amb factors socioeconòmics, psicològics i ambientals, igual que amb determinants biològics. Malgrat l'evidència molt convincent de l'efectivitat d'intervencions tals com els antidepressius o l'assessorament, la pràctica clínica segueix molt concentrada en l'ús de blocadors beta, fàrmacs hipolipemians i altres tractaments similars. Tractar només els mecanismes biològics, que és una actitud derivada de l'enfocament centrat en la malaltia, en lloc d'abordar tots els factors que hi contribueixen, porta a la pèrdua d'oportunitats d'optimitzar els resultats en salut.

Sobretractament

A l'altre extrem de l'espectre, la insistència en prevenir i tractar malalties específiques porta al sobretractament, sovint amb conseqüències serioses. És temptador remarcar exemples notoris com el del pacient de 90 anys, amb demència i diferents malalties coexistents, que sofreix hi-

potensió postural important a causa del tractament agressiu de la hipertensió arterial, o el de 85 anys amb càncer de pulmó amb episodis d'hipoglicèmia repetits en intentar un control glicèmic "estret". No obstant, més freqüents però menys reconegudes són les conseqüències de la pràctica clínica centrada en la malaltia en el "típic" pacient de 70 anys que pateix una mitjana de quatre malalties cròniques, a més de problemes de salut no específics de malaltia com dolor, mobilitat reduïda i trastorns del son. La insistència en diagnosticar i tractar malalties individuals ha donat lloc a una plèthora de guies de pràctica clínica. Per exemple, a un pacient amb la combinació no pas infreqüent de diabetis, insuficiència cardíaca, infart de miocardi, hipertensió i osteoporosi, el metge, per tal de seguir les guies actuals, li ha de prescriure fins a 15 medicaments.

L'excés de medicació és una conseqüència no volguda dels intents de prevenir o tractar malalties individuals. La medicació múltiple augmenta els costos, posa en perill el compliment i augmenta el risc d'efectes indesitjables dels fàrmacs. Encara que aquests efectes indesitjables són objecte d'investigació científica i pública, el paper que hi juga el nombre de fàrmacs, com a destacat factor de risc, ha estat molt ignorat. L'augment de l'ús de medicaments, amb els seus efectes adversos i també beneficiosos, és inherent al paradigma mèdic actual que exigeix la prevenció i el tractament de processos patològics individuals. Els problemes aparellats de la polifarmàcia i els efectes indesitjables no es resoldran fàcilment mentre la presa de decisions clíniques continuï centrada en el maneig de malalties individuals.

Mal tractament

El mal tractament pot ser conseqüència, tot i que no sigui intencionada, d'una decisió clínica basada en els resultats específics d'una malaltia, més que en les preferències del pacient. Els pacients difereixen en la importància que donen a la supervivència, el confort i la capacitat funcional, i en les eleccions que adopten quan s'encaren a compromisos difícils. Els hospitals són plens de pacients amb infeccions o insuficiències d'un òrgan que varen "respondre" amb una tecnologia actualitzada, però que es varen deteriorar en el seu funcionament físic, cognitiu i psicològic.

S'han desenvolupat diferents estratègies per tal d'abordar les limitacions de la pràctica clínica orientada segons la malaltia. Malauradament, aquests esforços heterogenis de grups seleccionats de professionals cap a subgrups seleccionats de pacients i problemes de salut, encara que dignes d'elogi, fragmenten l'atenció i reforcen l'opinió que aquest enfocament només s'ha de tenir en compte quan fracassa l'orientació dominant centrada en la malaltia. Per exemple, l'atenció d'equips multidisciplinaris existeix en un nombre limitat de contextos per tractar els factors físics, mèdics, psicològics, ambientals i altres que

contribueixen als problemes de salut especialment de persones ancianes o amb malalties cròniques. Es va desenvolupar el concepte de síndrome geriàtrica per explicar condicions de salut multifactorials freqüents, com són les caigudes, que d'altra manera són ignorades en el paradigma de malaltia. Però, és que no són multifactorials la majoria de condicions de salut? L'atenció inadequada de l'alleujament de símptomes va portar al desenvolupament de les cures pal·liatives. Encara que estaven plantejades per abordar l'alleujament de símptomes en tots els pacients amb malalties cròniques, en la pràctica es limita l'accés només a pacients amb malaltia terminal. El model biopsicosocial, que va ser introduït per Engel² ja fa més de 30 anys, està àmpliament acceptat i ensenyat, però es duu clínicament a terme només en un ventall força limitat d'entitats. La multiplicitat dels resultats clínics potencials en el tractament de les malalties cròniques, i el reconeixement creixent que les decisions terapèutiques requereixen compromisos, han portat a la creació de mètodes sofisticats per detectar les preferències o objectius dels pacients i a la participació d'aquests en la presa de decisions. No obstant, a dia d'avui aquests mètodes s'han emprat fonamentalment en recerca en un estret espectre de situacions clíniques i no s'han incorporat de forma àmplia a la pràctica clínica.

Una solució

La solució evident consisteix en adaptar millor l'atenció mèdica a les necessitats de salut, integrant el coneixement existent i les estratègies efectives. Més que esperar que el model basat en la malaltia fracassi, recórrer a estratègies alternatives integrades i coordinades hauria de constituir l'estàndard assistencial per a tots els pacients. La presa de decisions clíniques s'hauria de fonamentar en l'assoliment dels objectius del pacient i en la identificació i tractament de factors biològics i no biològics modificables, més que no pas en el diagnòstic, prevenció i tractament de malalties individuals. Aquest principi imposa determinades característiques a la pràctica clínica, que són ben diferents de les de l'atenció centrada en malalties individuals (Taula 1).

No s'ha d'abandonar el concepte de malaltia individual, sinó que cal integrar-lo millor en l'atenció individualitzada. Quan malalties tractables, agudes o cròniques, obstaculitzen els objectius de salut dels pacients, el seu diagnòstic i tractament són sempre una part integral del procés global de presa de decisions clíniques. El maneig de la malaltia esdevé un dels diferents mitjans cap a un objectiu més que no pas, com ara passa, l'objectiu final mateix.

Per tal que el model integrat i individualitzat, a mida del pacient, sigui efectiu, han de tenir lloc canvis importants en el procés de presa de decisions clíniques. En el model basat en la malaltia, la "molèstia principal" del pacient porta a la realització d'un diagnòstic diferencial. No-

TAULA 1. Característiques de dos models de pràctica clínica

Model centrat en la malaltia	Model integrat i individualitzat
La decisió clínica se centra primàriament en el diagnòstic, prevenció i tractament de malalties individuals	La presa de decisions clíniques se centra primàriament en les prioritats i preferències dels pacients individuals
Es considera que una patologia concreta és la causa de la malaltia; els factors psicològics, socials, ambientals i d'altres tipus són factors secundaris, no determinants primaris de la malaltia	Es considera que les condicions de salut són conseqüència de la interacció complexa de factors genètics, ambientals, psicològics, socials i d'altres tipus
El tractament s'adreça als mecanismes fisiopatològics que es consideren causa de la malaltia o malalties	El tractament s'adreça als factors modificables que contribueixen a les condicions que impedeixen els objectius de salut dels pacients
El millor maneig dels símptomes i limitacions és el diagnòstic i el tractament de la malaltia o malalties "causals"	Els símptomes i les limitacions són el focus primari del tractament, fins i tot si no es poden atribuir a una malaltia concreta
Els resultats clínics importants estan determinats per la malaltia o malalties	Els resultats clínics importants estan determinats per les preferències del pacient individual
La supervivència és el focus principal de la prevenció i tractament de la malaltia	La supervivència és un dels diferents objectius en competència

ves dades de la història clínica, l'exploració física i les proves complementàries ajuden a determinar quines malalties és més probable que expliquin els símptomes o les molèsties del pacient. Aleshores, el tractament està dirigit a aquestes malalties. En el model integrat i individualitzat, els símptomes del pacient donen lloc a tres grups de preguntes. El primer grup fa referència a saber de quina manera els símptomes són molestos: quin és el seu efecte en el funcionament físic, psicològic i social del pacient? El segon grup vol esbrinar què és el que el pacient vol assolir amb el tractament. Quin àmbit de resultat és més important? Quins compromisos o contrapartides està disposat a acceptar el pacient? En el cas de la prevenció, valora més el pacient els beneficis futurs o té preocupacions més immediates sobre els efectes indesitjables de les medicacions diàries? El tercer grup de preguntes explora els determinants no biològics de malaltia. Per exemple, hi ha factors psicològics o socials que dificultin més encara la salut i el bon funcionament? Les respostes a aquestes preguntes són fonamentals per a elaborar un pla de tractament. A la Taula 2 es presenten exemples del contrast en la presa de decisions seguint aquests dos models en el cas d'un home de 44 anys amb una sola malaltia però nombrosos factors contribuents, i a la Taula 3 en el cas d'una dona gran amb múltiples malalties. El diagnòstic i el maneig de la malaltia, que són el centre del model basat en aquesta, s'incorporen també a la presa de decisions en el model integrat i individualitzat, però no la dominen.

El model integrat i individualitzat també s'aplica a la prevenció. Actualment, la presa de decisions en adults relativament sans està sotmesa a una lletania de recomanacions de conducta (per exemple, no fumar, sexe segur, augment d'activitat física i beure menys alcohol), de serveis preventius (per exemple, mamografia, colonoscòpia, atenció odontològica regular, determinació de la densitat òssia, vacunacions) i, segons l'edat, el sexe, la predisposició

genètica i els resultats del cribratge, ús diari de medicaments com ara aspirina, estatines, calci, vitamina D i bifosfonats, tots ells basats en la prevenció de malalties específiques. Seguint un model més individualitzat, la presa de decisions preventives es basa en la manifestació que fa el pacient de la seva prioritització de preferències entre resultats a llarg termini, com supervivència o funcionament; l'acceptació a curt termini de la càrrega de proves, canvis d'estil de vida; i la incomoditat, cost i efectes indesitjables de medicació diària. Els detalls de la manera com cal estructurar les entrevistes clíniques sota aquesta orientació més complexa i individualitzada requeriran els esforços combinats dels pacients i els grups d'atenció i política sanitàries.

La necessitat de descobrir i incorporar les prioritats individuals, d'abordar simultàniament múltiples factors contribuents, i de prescriure i supervisar intervencions multidimensionades farà que la decisió clínica sigui més iterativa, interactiva, individualitzada i complexa. Caldrà que l'ús creatiu de les tecnologies de la informació faciliti l'organització, presentació i integració d'aquestes dades per arribar a una presa de decisions clíniques individualitzada però sistemàtica, fonamentada en les prioritats individuals del pacient.

Reptes i barreres

Els intents de dur a terme un model més integrat i individualitzat toparan amb barreres estructurals i filosòfiques. Per assolir els seus objectius, l'atenció sanitària s'ha de fer més interdisciplinària. La manca de coordinació, o tan sols de comunicació, entre disciplines rellevants podria fer empitjorar la fragmentació de la cura de la salut, que ja és flagrant. La major insistència en els factors psicològics, ambientals i altres, desvetllarà preocupacions sobre la "medicalització" de problemes vitals. Encara que exigeixi una major delimitació dels components de la salut, caldria

TAULA 2. Presa de decisions clíniques segons el model centrat en la malaltia i el model integrat i adaptat individualment per a un home obès de 44 anys que refereix pèrdua de la tolerància a l'exercici

Model centrat en la malaltia	Model integrat i individualitzat
<i>Recollida de dades clíniques</i>	<i>Recollida de dades específiques del pacient</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Història clínica (per exemple, fumador i bevedor important, dolor toràcic ocasional induït per l'exercici, història familiar de cardiopatia coronària) - Exploració física (per exemple, pressió arterial 158/94 mm Hg, índex de massa corporal 31,2 kg/m², lleu edema perifèric, quart soroll en l'exploració cardíaca) - Proves de laboratori i complementàries (per exemple, química sanguínia, recompte hemàtic complet, radiografia de tòrax, ecocardiograma, electrocardiograma, proves funcionals respiratòries, prova d'esforç) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupacions del pacient (per exemple, inquiet per la possible pèrdua de feina que comporta aixecar pesos, preocupat per si sofreix un infart de miocardi i mor abans dels 50 anys com el seu pare) - Prioritats del pacient (per exemple, vol viure tant com sigui possible però no vol medicacions si afecten la vida sexual, el seu nivell d'energia o el seu nivell de consciència; està disposat a acceptar un major risc d'infart de miocardi o ictus a canvi d'evitar aquests problemes actualment) - Determinants no biològics: augment de consum de tabac i alcohol i menor activitat física després que un fill seu morís en un accident; la religió li és font de suport
<i>Diagnòstics</i>	<i>Factors contribuents a obstaculitzar els objectius vitals</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatia coronària, hipertensió, hipercolesterolèmia, tabaquisme, etilisme 	<ul style="list-style-type: none"> - Cardiopatia coronària, pèrdua familiar, tabac, alcohol, símptomes depressius, oportunitats laborals limitades pel nivell educatiu
<i>Maneig</i>	<i>Maneig (basat en les prioritats del pacient)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Modificació de factors de risc (per exemple, consells per a l'abstència de tabac, reduir o eliminar l'alcohol, perdre pes, començar un programa d'exercici) - Tractar la hipertensió arterial (per exemple, tiazida, blocador beta, ± inhibidor de l'enzim convertidor de l'angiotensina) - Tractar la hipercolesterolèmia (per exemple, estatina) - Consulta al cardiòleg per a ulterior avaluació diagnòstica i tractament 	<ul style="list-style-type: none"> - Assessorament a l'església sobre la pèrdua del fill - El pacient selecciona quin factor o factors de risc està disposat a tractar (per exemple, reunions d'Alcohòlics Anònims a l'església) - Estimular una major activitat física durant la vida diària més que un programa d'exercici - El pacient està disposat a començar prenent una tiazida i aspirina; més tard, accepta una dosi baixa de blocador beta perquè una de més alta li dona cansament; rebutja antidepressius però està disposat a rebre assessorament o psicoteràpia
<i>Resultats clínics</i>	<i>Resultats clínics (per ordre de les prioritats del pacient)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Valor de pressió arterial - Valor de colesterol - Infart de miocardi, ictus, insuficiència cardíaca, supervivència 	<ul style="list-style-type: none"> - Nivell d'activitat física i funcionament sexual - Conservar l'ocupació laboral - Supervivència, infart de miocardi

que el debat no donés voltes entorn de la medicalització o els límits interdisciplinaris, sinó entorn dels esforços per coordinar i reembossar una atenció sanitària interdisciplinària eficient i efectiva, tant si és duta a terme dins del sistema de salut com fora d'ell.

La transició cap a aquest model exigirà una reorganització de soca-rel de l'atenció sanitària, des de l'ensenyament fins als sistemes de provisió. Per exemple, la formació mèdica, que ha estat organitzada entorn de mecanismes fisiopatològics o de sistemes orgànics, ja està evolucionant cap a un pla d'estudis més integrat. Aquests canvis són, en primer lloc, una resposta a pressions de temps i sobrecàrrega d'informació, més que no pas al reconeixement de cap limitació de l'enfocament centrat en la malaltia. Nogensmenys, val la pena aprofitar l'avantatge d'aquesta transició per formar la següent generació de metges, encara no

compromesa amb el model centrat en la malaltia, segons un model de pràctica clínica més adequat. Es necessitaran canvis paral·lels en la formació dels altres professionals sanitaris.

Juntament amb la pràctica clínica, la recerca ha determinat l'estructura departamental de les facultats de medicina, que alhora han influït en l'organització de la pràctica clínica. No obstant, la recerca ja s'està reestructurant segons línies tecnològiques i metodològiques, allunyant-se d'una configuració basada en òrgans i especialitats. La recerca bàsica, que aspira a aclarir mecanismes fisiopatològics, estarà cada cop més organitzada segons una estructura diferent de la pràctica clínica. Per tant, l'organització dels serveis clínics podrà avançar sense el destorb que representa la necessitat d'adaptar-se artificialment a un paradigma dependent de la recerca.

TAULA 3. Presa de decisions clíniques segons el model centrat en la malaltia i el model integrat i adaptat individualment per a una dona de 76 anys amb cansament i pèrdua de pes

Model centrat en la malaltia	Model integrat i individualitzat
<i>Recollida de dades clíniques</i>	<i>Recollida de dades específiques de la pacient</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Història clínica (per exemple, anorèxia; nega altres símptomes gastrointestinals; tot el dia cansada; nega dolor toràcic, dispnea o altres símptomes cardíacs o pulmonars; història coneguda de diabetis, fibril·lació auricular, insuficiència cardíaca i depressió) - Medicacions (per exemple, warfarina, inhibidor de l'enzim conversiu de l'angiotensina, furosemida, estatina, sulfonilurea, tiazolidinediona, blocador beta, aspirina, mirtazapina) - Exploració física (per exemple, pressió arterial 146/88 mm Hg; freqüència cardíaca 52 batecs per minut, irregular; pes 48 kg, i 55 kg un any abans; exploració cardíaca, pulmonar, neurològica i abdominal sense troballes remarcables; glucosa per punció digital 112 mg/dl) 	<ul style="list-style-type: none"> - Preocupacions de la pacient (per exemple, l'astènia l'ha obligat a reduir activitats, entre elles tenir cura dels seus nets; creu que l'anorèxia i l'astènia estan en part produïdes pels medicaments, encara que sap que varies de les seves malalties cròniques poden contribuir-hi; entén els beneficis de cada medicació, però pensa que en conjunt li fan més mal que bé) - Exploració física (igual que en el model centrat en la malaltia) - Prioritats de la pacient (per exemple, disposada a acceptar un major risc d'ictus i infart de miocardi per tal d'estar amb millor funció física i social en el moment actual, però té por d'un empitjorament de la insuficiència cardíaca) - Determinants no biològics (per exemple, viu sola; li desagrada menjar sola; té problemes per pagar el menjar i els medicaments; li desagrada el gust de la dieta baixa en sal i greixos; té una filla divorciada que depèn d'ella perquè li cuidi els seus nens; la depressió va empitjorar quan el seu marit va morir)
<i>Diagnòstics</i>	<i>Factors contribuents a obstaculitzar els objectius vitals</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Insuficiència cardíaca i diabetis estabilitzades; hipertensió amb insuficient control; fibril·lació auricular; empitjorament de la depressió; a descartar neoplàsia oculta 	<ul style="list-style-type: none"> - Diferents malalties cròniques que poden produir astènia i anorèxia; viu sola; diferents factors estressants vitals; medicacions múltiples que, combinades, poden produir fatiga i afectar la força muscular, l'afecte, el gust i la gana.
<i>Maneig</i>	<i>Maneig (basat en les prioritats de la pacient)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Laboratori i proves complementàries (per exemple, hemograma complet i bioquímica sanguínia; proves funcionals tiroïdals; INR; radiografia de tòrax; sang oculta a femta) - Medicacions (per exemple, continuar amb la mateixa dosi de tots els fàrmacs) - Consulta a psiquiatria per ajustar o canviar l'antidepressiu - Plantejar consulta a gastroenteròleg o tranquil·litzar-la per la baixa probabilitat de càncer 	<ul style="list-style-type: none"> - Suprimir l'estatina i reduir la dosi de blocador beta i furosemida - Estimular la ingesta d'aliments sòlids i líquids reduint la restricció de sal i líquids i suprimint les dietes per a la diabetis i les cardiopaties - Controlar la freqüència cardíaca, els signes d'insuficiència cardíaca i la cetoacidosi diabètica - Estimular la pacient a comentar amb la seva filla la possible ordenació de les seves condicions de vida i la cura dels nens per tal de satisfer millor les necessitats dels membres de la família - Animar la pacient a participar en centres per a la tercera edat en àpats, programes d'exercici i activitats socials - Canviar l'antidepressiu si la resposta a aquestes actuacions és inadequada
<i>Resultats clínics</i>	<i>Resultats clínics (per ordre de les prioritats de la pacient)</i>
<ul style="list-style-type: none"> - Pressió arterial, valors de glucèmia i de freqüència cardíaca - Ictus, càncer, insuficiència cardíaca, supervivència 	<ul style="list-style-type: none"> - Absència d'astènia i retorn de la gana - Funcionament psicològic - Supervivència

Un altre repte serà el reembossament. En teoria, les decisions de cobertura i pagament haurien de seguir de manera lògica una declaració clara dels objectius i l'estructura de l'atenció sanitària. De fet, l'evolució d'un nou model ofereix, potser per primer cop, l'oportunitat de declarar decisions de cobertura basades en l'evidència de la seva efectivitat i en prioritats personals i socials transparents. No obstant, en la pràctica, reestructurar el reembossament per associar-lo millor a l'efectivitat i a les prioritats, en qualsevol sistema de salut, demanarà coratge i tenacitat per part de líders mèdics i polítics. La determinació de les fronteres de l'atenció sanitària, atesa la definició de salut més àmplia que és implícita en aquest model, plantejarà nous reptes al reembossament.

De manera paradoxal, dos arguments que es poden esperar contra el canvi són que "això no és res de nou, ja ho estem fent" i "seria millor gastar els recursos investigant els mecanismes d'actuació dels factors biològics i no biològics". En resposta al primer argument, encara que alguns metges actuïn algunes vegades d'aquesta manera amb alguns dels seus pacients, la majoria no ho fa. L'organització, pagament i avaluació de la qualitat de l'atenció mèdica segueixen fermament atrinxerades en l'atenció episòdica i específica per a malalties. Per respondre al segon argument, encara que ningú no pot negar els beneficis que s'obtenen investigant els mecanismes bàsics de la malaltia, és una candidesa pensar que aquesta estratègia obviarà per si sola la necessitat d'una orientació més individualitzada, inter-

disciplinària i integrada de la pràctica clínica. Certament, aquests mateixos descobriments han portat un nombre creixent de persones a sofrir una dura càrrega de malaltia i incapacitat.

El mateix canvi és una barrera. Quin serà l'incentiu d'embarcar-se en la intimidant tasca de transformar l'estructura, l'organització i la funció de l'atenció sanitària? Un panorama possible és que, amb motivacions diferents, les actituds mèdiques i de la societat convergeixin simultàniament en un punt de no retorn. El repertori cada cop més extens de tecnologies costoses aplicables a un nombre creixent de pacients, sense mecanismes viables per determinar qui ha de rebre quines intervencions en un context de recursos limitats; la imminent invasió de la generació del *baby-boom*, que ràpidament desbordarà un sistema sanitari fonamentat en la prevenció, diagnòstic i tractament de qualsevol malaltia imaginable; i les demandes creixents de pacients amb diferents prioritats de salut per participar en la presa de decisions són alguns dels probables factors precipitants del canvi.

Potser la barrera més gran serà que el model basat en la malaltia està tan arrelat que la majoria de metges i de pacients no són conscients de la seva existència. Allò que abans no era més que un model nou, elaborat com un mitjà de transferir el coneixement científic emergent a una millor pràctica clínica, ara és acceptat com "la veritat". Malgrat totes aquestes dificultats estructurals i barreres

psicològiques, la pràctica clínica ha d'evolucionar, una vegada més, cap a un model més integrat i individualitzat a mida i basat en les necessitats d'atenció sanitària dels pacients del segle XXI.

N. dels T

1. És opinió dels traductors que no hi ha un terme català d'ús mèdic consensuat que correspongui exactament al "dizziness" anglès, que es defineix, en termes generals, com sensació rotatòria amb inestabilitat. Correspondria a "vertigen", però aquest terme té l'inconvenient d'estar també associat a malalties ben definides, a les quals no es refereixen les autores. "Mareig", definit al TERMCAT com "malestar caracteritzat habitualment per nàusees i vertigen" semblaria una bona opció, però creiem que, en incloure-hi "nàusees" en primer lloc, fa referència a una situació més específica que l'al·ludida per "dizziness", on només s'hi inclou el rodament de cap i la inestabilitat. Per això, escollim precisament "rodament de cap", malgrat el seu regust poc acadèmic, prou inespecífic com per encaixar, creiem, en les intencions de les autores (i també present al TERMCAT).
2. George L. Engel publicà el 1977 (*Science* 1977;196:129-36) un article en què defensava la necessitat d'un model mèdic holístic –anomenat biopsicosocial– com a resposta a un altre model, el biomèdic, imperant en les societats industrialitzades de mitjan segle XX. Com bé examina F. Borrell en un article a *Medicina Clínica* (2002;119:175-9), on defensa la vigència del model junt amb el de la medicina basada en proves-evidències, les dues vessants del model biopsicosocial són: a) un model de causació superador del model clàssic de causa-efecte, postulant-se en aquest sentit com "un nou paradigma en la medicina", i b) l'aposta per donar la paraula al pacient en el procés assistencial, passant de ser mer objecte a ser subjecte de l'acte clínic.