

VERS LA NOVA SALUT
SINERGIES PER A UNA SANITAT MILLOR
EN EL SEGLE DE LA CRISI

ANTONI COROMINAS

Vers la nova salut
Sinergies per a una sanitat millor
en el segle de la crisi



institució
alfons el magnànim
centre valencià
d'estudis i d'investigació
VALÈNCIA, 2018

L'obra *Vers la nova salut. Sinergies per a una sanitat millor en el segle de la crisi* resultà guanyadora del Premi València Alfons el Magnànim d'Assaig 2018. Formaven part del jurat Josepa Cucó, Lucía Hipólito, Marta García Carrión, Carmen Ors i Xavier Rius.

© Antoni Corominas Díaz, 2018

© De la present edició: Institució Alfons el Magnànim-CVEI
Diputació de València, 2018

Disseny de la coberta: Estudio Juan Nava

Disseny de la col·lecció: Fèlix Bella

Il·lustració de la coberta: Eugenio Simó

ISBN: 978-84-7822-766-2

Dipòsit legal: V 2067-2018

Impressió: Gráficas Marí Montañana, s.l. - www.marimontanyana.es

Índex

Introducció	9
Sinergia entre el sa i el malalt	13
La supèrbia del sa	13
Fora de la salut. Malalt i a més crònic: no hi ha escapatòria	14
L'autèntica revolució pendent: el pacient com a subjecte actiu	17
Algunes eines a l'espera d'un bon ús: ciència i democràcia	25
Límits, vulnerabilitat, víctimes a banda i banda de la taula i aliances	32
Un vessant encara desaprofitat: el voluntariat	34
Professionals exercint de voluntaris	39
Maquiavel amb màscara de 'bonista'	40
Sa/malalt, voluntari/involuntari: el contracte social	41
Intrusisme, invasió de competències i corporativisme	52
Prescripció social?	58
Sinergia entre la qüestió sanitària i la social	61
El que és social: cartera de serveis sense més?, o la cultura, les arts i l'esport com a ingredients preventius i terapèutics?	61
Separació eficient dels departaments social i sanitari i dels seus professionals, o bé regnes de taifes?	62
Determinants socials de la salut	65
Sinergia entre pacient i professional	69
Innovacions i canvis en la concepció i estudi de la relació terapèutica	70
Propostes per a la innovació en l'avaluació dels serveis	72
Sinergia entre disciplines professionals i entre nivells assistencials	79
Salut mental sinèrgica	82
Revolució interdisciplinària, la igualtat entre professions o la revenja pendent d'infermeria	84
Sinergia entre professionals i gestors de la sanitat	87
Sinergia entre la perspectiva pública i la privada	93
De la intocable sanitat pública al 'mantra' de la inevitabilitat de la privatització	93

Unitats de gestió clínica i models mixtos	98
Enmig del canvi de paradigma econòmic: de la decadència del capitalisme a un sistema col·laboratiu «procomú»?	106
¿Es poden establir unes condicions bàsiques o prepolítiques d'un bon sistema de salut?	114
El mite del malbaratament espanyol en sanitat	121
Vells valors oblidats per a una nova sanitat	125
Excel·lents	127

Introducció

Assistim a un moment molt delicat en l'evolució del nostre model sanitari, entenent com a tal el que ha prevalgut en els països rics o en general en la cultura occidental o la que, en major o menor mesura, ha participat de l'estat del benestar. Assumint les evidents diferències no només entre el sistema nord-americà i l'europeu, sinó fins i tot entre els mateixos països que, com el nostre, d'alguna manera han aplicat un sistema de protecció o accés a la salut amb vocació de gratuït i universal, la veritat és que, per diverses raons que tot seguit s'analitzaran, el model reclama urgentment un canvi de paradigma. I això resulta apassionant perquè es donen cita en aquest maldestre camí que ha iniciat el segle XXI un seguit de tensions i dicotomies que semblaven soterrades o ignorades i han irromput amb força amb l'avinentsa de la crisi econòmica, però que en absolut se circumscriuen o limiten a aquesta.

L'amargor de la segona part del títol d'aquest assaig no es deu al pessimisme del seu autor, sinó que respon a les persistentment desoladores previsions de bona part d'experts economistes, encimbellats a gurus mediàtics:¹ ens trobem en la segona dècada del segle però això de la crisi va per a llarg. I això implica la necessitat de resignar-se que no superarem determinat sostre de benestar o progrés econòmic, sigui pel deute, la desfeta estructural del sistema, la manca de confiança dels mercats... o el que sigui. Doncs bé, és urgent prendre'n consciència i no pretendre tornar al mateix en quatre dies. O potser sortir d'aquest desconsol acomplexat i descartar definitivament la fantasia de recrear el model que semblava perfecte: esborro allò de resignar-se, cal estar disposats a reconèixer els errors i inventar-nos un altre model. I en el cas concret de la sanitat, caldrà acabar de desmuntar alguns mites que encara enfosqueixen el camí i també caldrà ensenyar el llautó que hi ha darrere d'algunes iniciatives oportunistes i tramposes.

1 Santiago Niño-Becerra. *Diario del crash*. Los libros del lince, 2013.

Aquest text analitza els sis grans eixos sobre els quals basculen les principals contradiccions i batalles que avui en dia tenen lloc en el camp de la salut. I ho fa amb un enfocament pretesament optimista, invocant les sinergies, ja que, de l'aparent oposició o a voltes confrontació entre els sis pols i els seus oposats o contraparts, sorgeixen clares oportunitats de millora, innovació i reinvençió d'un model que permeti tornar a somiar d'acostar-se a la fantasia d'una sanitat de qualitat, sostenible i per a tothom. Aquests sis grans eixos són els següents: sa-malalt, qüestió sanitària-qüestió social, pacient-professional, disciplines professionals (medicina-infermeria...) i nivells assistencials (atenció primària-atenció especialitzada...), professionals de la sanitat-gestors de la sanitat, perspectiva pública-perspectiva privada.

Sense l'establiment d'aquest conjunt de sinergies entre diversos sectors, grups d'interès, protagonistes i postures ideològiques serà difícil no ja recuperar el perdut en aquest terreny, sinó establir les bases d'un constructe diferent que doni resposta a les noves necessitats i s'adapti a les condicions canviant, inesperades (no!, contra el que semblava, el sistema no era perfecte ni etern...) i incertes en què ens trobem immersos. Aquest text no és aliè al debat polític i econòmic en relació a l'apassionant realitat actual i el futur incert que se'ns presenta com a país. Però la intenció de les propostes que tot seguit trobareu i la seva aplicabilitat no són exclusives de la realitat espanyola o al debat sobre les autonomies, les independències o les descentralitzacions... Per bé que en alguns apartats parteixen dels condicionants que caracteritzen la nostra situació i els models vigents a l'Estat, pretén aprofitar-ne els aspectes positius, revisar els qüestionables i construir un paradigma que esdevingui l'oportunitat d'inspirar nous enfocaments que puguin ser emprats en el nostre futur i en el de tot model sanitari basat en la salut com a dret humà inalienable.

Espero que el lector perdoni alguns possibles excessos en l'èmfasi o la denúncia d'aspectes que per a l'autor resulten urgents. El propòsit no ha estat altre que aportar una mica de llum i una mirada crítica amb la intenció d'estimular la reflexió i la millora. Si és cert que «les

paraules haurien de ser una mica salvatges, perquè són l'atac dels pensaments contra la falta de reflexió»², les possibles exageracions en què hagi caigut o els límits que hagi pogut transgredir aquest assaig estarien en part justificats.

Aquí va, doncs, la proposta d'aquests sis punts de trobada per a tornar a il·lusionar-se.

2 John Maynard Keynes: «Words ought to be a little wild, for they are the assaults of thoughts on the unthinking». Potser aquest *wild* és avui el nostre «políticament incorrecte».

Sinergia entre el sa i el malalt

La supèrbia del sa

Aquesta expressió d'Albert Jovell³ il·lustra a la perfecció l'actitud altiva, prepotent i en certa mesura humiliant (gairebé sempre inconscient) de la persona que ha tingut la fortuna de no patir encara cap trastorn seriós (o bé que practica la inconsciència d'haver-se oblidat que el té o, pitjor encara, nega la seva existència). El cas és que el concepte reflecteix la incapacitat de posar-se en el lloc del que pateix, i no ja per una qüestió compassiva o misericordiosa, sinó per simple empatia, solidaritat o fins i tot intel·ligència: demà puc estar a l'altre costat de la frontera entre la salut i la malaltia, i segurament desitjaria ser tractat amb el mateix respecte que ara (que pertanyo al club dels *bons*), i potser reivindicaria certes millores organitzatives i ajudes que tinguin en compte la meva condició i evitin que entri en una via morta.

En aquest punt és imprescindible, doncs, recordar la figura de Jovell, injustament i precoçment oblidat després de la seva desaparició el 2013, que va encarnar com ningú els valors que haurien d'inspirar la sinergia sa-malalt que analitzem en aquest capítol. Des de la seva doble condició de sanador i «sanable», aquest metge especialista en medicina preventiva i salut pública, a qui finalment es va endur el càncer amb què va carregar durant anys, insistia amb humilitat que «sé que tinc una malaltia greu: no aspiro que em curin, però sí que em cuidin». El cas és que hem corromput el concepte de compassió portant-lo a una mena de caritativisme condescendent i vanitós, cosa que no es correspon amb unes altres classes de valors i actituds que conté: solidaritat, generositat, comprensió i disposició a l'ajuda, altruisme i equiparació d'igual a igual. El concepte anglosaxó

³ Albert J. Jovell (1962-2013), fundador i president del Foro Español de Pacientes, autor, entre altres llibres, de *La confianza. En su ausencia, no somos nadie* (Plataforma Editorial, 2007).

probablement implica encara part d'aquests elements, que s'han vist contaminats en la nostra cultura llatina i potser per una certa mal entesa connotació d'«apiadar-se del feble» des d'una postura de superioritat posseïdora de certes (de les quals el pobre malalt se suposa orfe i amb les quals caldria restaurar-lo).

Cal fer esment aquí del menyspreu que la figura de Jovell va patir per les administracions (probables representants d'aquest odiós club de sans productius a què creiem pertànyer alguns votants). Possiblement les seves tesis no podien ser ben rebudes en un mitjà que encara no estava preparat per a una revolució conceptual com la que suposa situar la persona en el centre de la sanitat, donar-li veu i protagonisme. En aquesta línia van les propostes que s'inclouen en els apartats següents.

Fora de la salut. Malalt i a més crònic: no hi ha escapatòria

Precisament per les consideracions que apuntàvem en els paràgrafs precedents, les actituds «superbes» del col·lectiu sa cap al malalt, la mateixa organització i els mateixos valors de la nostra societat, pel que impliquen de no acceptació ni integració de la malaltia i la discapacitat, comminen la persona amb algun problema crònic a estar fora de la circulació, fora de la normalitat, fora de la dignitat que dona la pertinença al grup. La gent que no funciona, no serveix, no aporta: queda al marge del sistema.

Un eix de la nova sanitat seria la desestigmatització de la malaltia crònica; de qualsevol malaltia crònica, no només de la mental, tot i que aquests últims pacients pateixen el doble estigma (el de ser un malalt crònic i a sobre estar malament del cap). El malalt crònic, en la nostra falsa i perversa noció de societat del benestar, oscil·la entre la consideració d'empestat (especialment el malalt mental, el *sidós*, el *demenciat*...) i la de privilegiat o aprofitat (la figura del pensionista que ha «aconseguit una paga» i que en gran mesura entronca amb la nostra millor tradició picaresca). Per descomptat, totes dues etiquetes estan molt lluny del que representa (o allò per a què es va crear) la cobertura social a determinades condicions que coarten les possibi-

litats d'autonomia de les persones. I, per descomptat, aquest text no pretén ni molt menys negar el dret a aquest col·lectiu en què en un moment o altre nosaltres o els nostres familiars podem trobar-nos i gràcies al qual sobreviuen com poden milers de ciutadans que han tingut la desgràcia de patir una malaltia greu i als quals la medicina i la societat no han donat una altra opció. Però cal subratllar el macabre denominador comú subjacent a les dues etiquetes esmentades: el malalt crònic no aporta res a la societat i només pot aspirar a ser compensat per aquesta de manera compassiva o caritativa, a canvi de renunciar a integrar-s'hi compartint el mateix estatus de dignitat que la del ciutadà actiu. La dicotomia entre els que poden i els que no (els que són i els que no són lliures, en definitiva) ha sedimentat de manera immutable en la nostra consciència col·lectiva. No hi ha terme mitjà: o ets vàlid o no ho ets. Els mateixos termes d'invalidesa o incapacitat amb què hem designat administrativament i mèdicament aquestes condicions encadenen definitivament el seu significat a un significant que, sota la seva aparença piadosa, esclavitzava perpètuament el subjecte malalt al seu trastorn, que es cola en el seu ésser fins que hom no té més remei que assumir-lo com a element identitari: no pateixo o tinc una malaltia psicòtica sinó que «sóc esquizofrènic», no tinc problemes amb el sucre sinó que «sóc diabètic», no tinc un trastorn d'abús o dependència de l'alcohol sinó que «sóc un alcohòlic»...

Per tant, la primera de les propostes per a començar a canviar les coses (a més d'arraconar les etiquetes) implicaria assumir una gradació de la discapacitat. En segon terme, fins i tot assumint que algunes malalties i condicions cròniques donen lloc a la impossibilitat d'exercir una feina, podrien plantejar-se moltes alternatives abans d'arribar a aquest extrem (relativitzant i reajustant les càrregues laborals, les dedicacions, horaris, etc.). Però això necessitaria d'entrada un canvi real en el mercat empresarial: l'oferta, les característiques i condicions dels llocs de treball. I aquest canvi en l'oferta hauria de reflectir-se en una revisió de la demanda. Gairebé diríem que es podria plantejar una «resurrecció» de tot un segment de població al qual la revisió real i temporització autèntica de les condicions patològiques els posaria de nou «en circulació».

És com si el pacient crònic hagués quedat definitivament aparcats en una via temporal paral·lela (en via morta?) a la de la resta de la societat, que viu en un present atropellat. El crònic està instal·lat irremeiablement i involuntàriament en el passat, i aquesta involuntarietat es transforma en voluntària elecció del seu destí quan no troba un altre refugi, una altra sortida. Condemnem el crònic a estar perpètuament dessincronitzat. I no es tracta que tots anem a la mateixa velocitat, sinó que a ningú se li negui la possibilitat de dirigir la seva mirada cap al futur, de visualitzar projectes o contemplar esperances de millora i de realització personal. Cada etapa del nostre projecte individual o d'un determinat col·lectiu social té els seus segments temporals, més o menys extensos, més o menys ordenats al llarg del trajecte. L'èxit és la mesura que aquests segments o etapes aconseguixin solapar-se amb els dels nostres companys de viatge. Aquesta resincronització del malalt o del pacient crònic passa per la intersecció o el contacte, la coincidència, encara que parcial, entre els seus segments històrics i els dels altres. I per això no cal estar tots en el mateix lloc i amb els mateixos interessos o idees: només cal descobrir, aprofitar i potenciar aquestes confluències, per tangencials que siguin.

Seria un concepte equiparable al que en la tecnologia de comunicació digital s'ha denominat «plesidron»:4 el nostre procés està en una ona semblant a la dels nostres éssers propers, no forçosament idèntica, i es nodreix de les aportacions, peculiaritats i condicions psicofísiques de cadascú sense renunciar al debat o la diferència però buscant l'entesa i enfortiment mutu. Es tracta de sumar esforços o valors no idèntics però que volen assemblar-se, encara que els seus protagonistes es trobin en estadis diferents. La càrrega d'imperfeció i humilitat d'aquest concepte permet ajustar expectatives a cada tram i d'alguna manera immunitzar-se al fracàs: no hi ha objectius

4 Del grec *plesios*, pròxim, *chronos*, temps. S'aplica als sistemes que funcionen de manera que les seves diverses parts es troben *gairebé*, però no del tot o perfectament, sincronitzades. Xarxes de *jerarquia digital plesidrona*: tecnologia utilitzada en telecomunicacions en què les diferents parts de la xarxa estan *gairebé* sincronitzades però no completament.

tancats, sinó que es modifiquen dinàmicament amb l'evolució i la influència que exercim sobre els altres i ells sobre nosaltres.

L'autèntica revolució pendent: el pacient com a subjecte actiu

Aquest «revolucionari» plantejament pot semblar a primera vista una obvietat. Doncs resulta que la pràctica clínica habitual i l'organització de la gestió sanitària continuen recordant en certa mesura el model hipocràtic. A l'individu malalt se li reserva un paper bàsicament passiu davant de la seva malaltia. Probablement el segle XXI serà el que trencarà aquest esquema, i cal intentar que aquesta ruptura sigui per a bé, ja que la «proactivitat» o protagonisme del pacient portat a l'extrem comporta també riscos, com analitzarem més endavant, i dels quals en aquest paràgraf només n'apuntarem alguns: el risc de convertir la salut en un mercat sense cap regulació, la medicina a la carta, internet com a eina de desinformació o manipulació interessada, l'abolició de la confiança i el respecte no només a la figura del metge o professional sanitari sinó al seu bagatge formatiu i experiencial, l'esclat de violència contra els professionals... Però hi ha molt més de prometedor, motivador i inexplorat en aquesta nova concepció del paper de «pacient». Podríem parlar de dues forces o dos corrents que sostenen aquesta hipòtesi de canvi radical en l'asimetria entre professionals i malalts:

1. El paper de l'associacionisme i la seva progressiva influència en la gestió i provisió de recursos sanitaris, i l'accés massiu, ràpid i creixent per part de tota la població a la informació sobre les malalties i els seus tractaments. El pacient acudeix a la consulta amb una quantitat d'informació que cal ordenar, i podríem dir que de vegades el paper del metge no és ja el d'informar sinó el de detectar quins errors, mites o falses notícies interessades porta el subjecte a la motxilla per a anar confrontant-los i ajudar-lo a desempallegar-se'n.

Hem vinculat intencionadament l'associacionisme amb aquesta «democratització» de la informació relacionada amb la salut i la malaltia perquè realment les associacions d'usuaris, afectats o familiars tindran un paper crucial en aquesta nova forma de rela-

ció entre el malalt i el professional. No només com a dipòsit, filtre, adaptació i canalització de la informació que pot i ha de comprendre millor l'afectat (millor, és clar, per què no assumir-ho?) que no pas si aquesta li ve subministrada exclusivament pel professional, sinó també com a nexa entre les dues parts i fins i tot com a ajuda als col·lectius professionals sobre com arribar millor a les necessitats i els interessos dels seus pacients, il·luminant zones de la relació terapèutica que fa anys que estan a la penombra (per exemple, què és el que espera el pacient del seu metge, què entén realment del que se li ha explicat a l'entrevista –si és que hi ha hagut entrevista i no monòleg, d'una banda o altra–, i què és el que acaba fent: les dades del compliment de les prescripcions i consells dels professionals no superen, amb sort, el 50 %). I he posat el futur «tindran» de manera intencionada, ja que de moment les associacions continuen en gran mesura nedant en una certa confusió sobre el seu paper més adequat. Per diverses raons. Algunes són atribuïbles als seus propis plantejaments a voltes arriscats o excessivament ambiciosos (ignorant alguns límits com el d'esdevenir un contrapoder davant l'Administració o erigir-se en gestors o contractadors de serveis...), de vegades portades per un voluntarisme ingenu o manipulades per personatges que representen interessos particulars, o simplement per falta de continuïtat o absència d'una massa crítica prou representativa. Però en major mesura, la manca de consolidació de l'associacionisme d'usuaris i familiars ha estat responsabilitat dels professionals i de l'Administració. Els primers perquè encara no han superat la postura defensiva, la por d'enfrontar-se no ja amb els dubtes i dificultats que comporta cada pacient individual, sinó ni més ni menys que amb tot el col·lectiu! La majoria dels professionals de la sanitat no es veuen ni preparats ni amb prou temps per a establir un diàleg fructífer amb les associacions (que vagi més enllà d'alguna conferència, si pot ser amb escàs debat –encara que sense arribar a la pantalla de plasma...). I és una llàstima, perquè quan aconsegueix establir-se una autèntica complicitat (sense la qual les coses no poden funcionar en aquest terreny) entre les dues parts, els resultats afecten l'àmbit individual i transcendeixen al col·lectiu,

repercutint en la satisfacció no només dels usuaris sinó també del professional, i també en termes preventius i de cost-eficiència. I l'Administració té també la seva part de culpa, per descomptat, en primer lloc per no haver instaurat uns criteris clars en la concessió d'ajuts, programes o serveis als col·lectius d'associats, i per no haver sabut reconèixer encara un estatus independent i de discrepància fructífera, basada en el respecte a la veu del que pateix. Que al final és el quid de tot aquest embolic i del que sovint sembla que ens desviem: la millora de la salut de tota la població.

Però en qualsevol cas, gran part d'aquestes dificultats, errors i núvols que planen sobre el paper de l'associacionisme són imputables a la seva joventut, i segur que representarà una peça clau i estimul·lant i de potencial encara per descobrir en la sanitat d'aquest segle.

2. La necessitat de revisar (després de la crisi de l'inici del nostre segle i en certa mesura per a immunitzar-nos respecte al que ens ofereixin les següents) l'assignació dels recursos sanitaris des de l'òptica de la corresponsabilització: el paper de l'individu en la prevenció primària (evitació de l'aparició de la malaltia), secundària (la seva col·laboració i participació activa en el tractament un cop detectada la patologia) i terciària (tot el que la persona pot fer per minimitzar la repercussió de la malaltia crònica en la seva vida, retardar o atenuar les conseqüències deterioradores a tots els nivells: laboral, familiar, social..., i impedir l'aparició de recaigudes o avançar-s'hi abans que sigui massa tard). I en aquest últim punt, el de la prevenció terciària, no només contemplaríem les persones malaltes sinó també les sanes que, solidàriament, contribueixin a aconseguir el que s'ha esmentat, fins i tot readaptant els seus hàbits a la condició dels seus éssers més propers. Per exemple, si tinc un amic amb problemes hepàtics derivats d'un consum abusiu crònic d'alcohol, puc quedar-me tan ample aconsellant-li que no begui, o bé mostrar la meua solidaritat hipòcrita compadint-lo que no pugui participar de la sortida amb els altres col·legues si ens n'anem «de copes», o potser puc anar més lluny i tenir el coratge d'assumir el repte de modificar el meu patró social de «com-vols-que-deixi-de-beure-si-surto», i de passada conservo un amic i també em protegeixo per a no ser la següent víctima de la cirrosi.

Anem per parts: pel que fa a la prevenció primària, això és una cosa que no s'improvisa ni «s'inocula» a la societat a cop de decret; i menys en capes socials en què les inèrcies, hàbits alimentaris, estils de relació, estan ja molt instaurats. Si volem canviar realment el patró preventiu, l'adquisició d'hàbits saludables a partir d'un interès autèntic i no «hipocondríac» sobre la salut o, en sentit ampli i positiu, la qualitat i el gaudi de la vida, hem de fer-ho des dels primers anys. I no només per una qüestió d'economia de recursos, sinó pel que implica d'inversió en aspectes que acabaran elevat el nivell de felicitat de la societat. La millora en hàbits alimentaris, la constatació dels efectes nocius del consum de drogues, els beneficis de l'exercici o l'establiment d'unes relacions amb el nostre cos, amb els altres i amb el medi ambient més sanes i respectuoses pot anar conformant la nostra manera de comportar-nos des de la infància, i la comprovació en pròpia carn dels seus resultats serà el que perpetui aquesta mena de conductes, no els sermons que puguem endossar. Bé, si a més algun d'aquests patrons aconseguix formar part dels «valors» o elements culturals de la societat en qüestió, s'haurà avançat molt més. Per tant, aquest primer element, el de la prevenció primària, és una aposta a llarg termini i la diana han de ser les noves generacions. Si això acaba funcionant, el paper merament «reactiu» que ara tenen la majoria de les mesures i els pressupostos derivats de les polítiques de salut aniria reduint-se, i el pou sense fons d'anar tapant el que ja té un curs crònic podria limitar-se dràsticament.

Pel que fa a la prevenció secundària, una cosa tan simple com l'«observança» (abans «compliment», que sona a acatament passiu) de les prescripcions i els consells dels professionals sanitaris ja seria un gran avenç. El cas és que en les últimes dècades hem assistit a un enfonsament de l'*auctoritas* de la figura del metge (probablement per mèrits propis en gran part, pel fet de no saber adaptar la nostra comunicació a les noves necessitats de la població, i especialment per no haver sabut reconèixer el paper actiu, participatiu en la presa de decisions, del pacient), i a més han campat l'intrusisme i un seguit de missatges fraudulents i d'informacions no contrastades científicament.

cament. Aquesta proliferació de falses solucions probablement té a veure també amb la «fam» de respostes immediates i fàcils per part d'una societat que sembla haver-se infantilitzat, o descendit a nivells alarmants d'immaduresa i intolerància a la insatisfacció dels seus desitjos bàsics. Cal una recomposició d'aquest pacte ancestral entre la societat i els seus «bruixots» (amb perdó dels meus col·legues), però no des de posicions d'adoració cega o acatament acrític, sinó des de la humilitat que implica saber reconèixer els sabers i sobretot «aguantar» les incerteses. Els professionals de la sanitat haurien d'aprendre a transmetre no ja les seves certeses o pronòstics, sinó especialment els seus desconeixements (no precisament per una insuficiència personal o llacuna formativa, sinó com a «representants» de la incompletesa o imperfecció de la mateixa medicina o les ciències de la salut), de manera que poder reconèixer i transmetre les limitacions en termes de curació o predicció no signifiqui una renúncia o desistiment d'ajuda, suport, complicitat o acompanyament en els processos d'envellir, emmalaltir, deprimir-se o morir. I, per descomptat, mantenir viva entre les dues parts l'esperança de ser capaços de modificar aquests processos: aquí és on entrem en el tercer nivell, el de la prevenció terciària.

Pel que fa a aquesta última, ja hem assenyalat el paper que poden tenir canvis en els hàbits de manera solidària. Però també de manera exemplar: la influència que una conducta nostra pot tenir en els successius «nusos» socials és molt més significativa del que creiem. Aquí apareix amb tota la seva força la xarxa; cal reconèixer que estem completament «enredats»: influïm i estem influïts pels senyals que emetem i rebem dels altres en forma de conductes, actituds, valors, creences... La magnitud o extensió d'aquest «contagi» abastaria, segons Christakis i Fowler,⁵ fins a tres «nivells nodals»: el que jo propago, el model que transmeto, afecta els meus amics, els amics dels meus amics i els amics dels amics dels meus amics. Aquests autors proposen una cosa que incidiria més sobre la prevenció pri-

5 Christakis, Nicholas; Fowler, James. *Connected: The surprising power of our social networks and how they shape our lives*. Little, Brown and Company, 2009.

mària: la implantació de mesures sanitàries destinades a modificar hàbits (dieta, estil de vida...) tindrà èxit en la mesura que es focalitzi en els individus «centrals» (amb major nombre de connexions en aquesta xarxa o major capacitat d'irradiació de la seva influència).

Afegiríem aquí un altre element: el de la tasca de voluntariat social, que inclouria sans i malalts, i que desenvoluparem en el capítol següent. En realitat, la prevenció terciària comença pel reconeixement de la malaltia i de tots els seus efectes –sovint devastadors–, sense embuts i sense negació (sense mirar cap a un altre costat i sense minimitzar-la). Només des d'aquí podem començar a aplicar els models de recuperació, en alguns casos de «resurrecció»: encara que sembli paradoxal, per a començar a guanyar la batalla als efectes a llarg termini de la malaltia cal mirar-la cara a cara, cal patir-la fins a les últimes conseqüències, cal assumir que se'ns ha penjat un estigma que d'alguna manera ja tindrem a sobre sempre. Des d'aquesta òptica, tot el que li segueixi pot ser un triomf; però cal canviar d'objectius, d'expectatives, d'ambicions. I això és tan dur com el que arriba a significar de canvi dels cercles en què ens movíem, d'amistats, de treball (o sovint de condició d'actiu laboralment a no actiu...). Però tornem a la corresponsabilització a la qual fèiem referència al principi d'aquest apartat: cal reconèixer que en aquesta marató tots portem la samarreta marcada amb les mateixes sigles. En un moment o altre haurem de lluitar contra alguna condició patològica. No es tracta de quedar lliures de marca ni d'arribar abans, sinó de fer-nos el viatge els uns als altres el més agradable possible. Aquesta és la victòria.

En síntesi, ens referim a la necessitat de salvar el sistema sanitari públic no (o no tan sols) a força de concertar-lo, privatitzar-lo, o fer-lo més eficient amb mesures liberalitzadores en la seva gestió, organització i assistència (mesures al cap i a la fi que només arriben a la prevenció secundària), sinó a còpia de fer-lo realment públic, no només en les seves prestacions, o entenent el ciutadà com a receptor passiu, sinó precisament fent-lo protagonista i treballador actiu d'aquest sistema. Aportant al sistema una eficiència i un estalvi en cost que comença per la prevenció i acaba per la minimització de les

seqüeles i la reintegració i reinclusió en la societat de la persona amb alguna condició patològica que ara està condemnada a quedar-se al vagó de cua sense aportar res.

Hem començat aquest apartat plantejant un canvi en l'asimetria de la relació professional-pacient tal com la coneixem des dels inicis de la medicina. I s'entén que aquesta asimetria implica que un dels protagonistes de la relació posseeix els coneixements i les claus terapèutiques, i per tant decideix com i en quina mesura les transmet i aplica, i l'altre les rep. Per tant, el flux d'aquesta relació és gairebé unidireccional. I no només pel que fa a la transmissió d'informació i intervenció terapèutica, sinó també pel que fa a la comunicació que s'estableix: el pacient es limita a «presentar», mostrar, la seva condició, i és el professional qui recopila, ordena, interpreta i elabora una hipòtesi diagnòstica. Aquest paradigma asimètric i unidireccional està destinat a canviar radicalment amb l'aparició de l'accés massiu, «democràtic» i lliure a la informació (com una més de les conseqüències de la globalització i la xarxa), que ja hem comentat, i també gràcies al canvi de model que retorna a l'individu la « propietat » i la gestió de les seves condicions (patològiques o no). I és aquí on la persona integra els seus aspectes o hàbits « fisiològics » o « normals » amb els patològics (sense cedir-los al professional, sense desentendre's passivament de la seva condició), i fins i tot els interpreta i elabora en un relat que narrarà al seu interlocutor, el qual no se n'apropriarà sinó que el compartirà i debatrà.

En darrer terme, el pacient s'empodera no només per a «desvergonyir-se» del seu estat i atrevir-se a generar i explicar el seu relat, sinó també per a decidir sobre el seu tractament.

José Lázaro recorre a Plató i a Laín Entralgo per a contraposar una medicina muda i una comunicativa, una «veterinària per a esclaus» i una medicina narrativa per a ciutadans lliures i rics, «basada en la conversa amistosa, el coneixement personal i familiar, l'argumentació persuasiva».⁶ Aquesta que empara el moviment de la medicina narrativa, que està obrint-se camí gràcies al fet que s'ha deslliurat (de

6 José Lázaro. «La medicina narrativa». *El País*, Babelia, 8 d'agost del 2014.