

La medicina catalana ha estat i segueix essent d'un gran nivell. I això us ho puc dir des de l'experiència d'haver treballat a l'estranger tant en sistemes públics com privats i d'haver-me plantejat en més d'una vegada com aconseguir que em visiti un metge. Comencem per aquí i siguem positius en aquest sentit.

El sistema assistencial català té dues característiques que el defineixen. La universalitat, tothom té dret a tenir servei mèdic en tot moment, i l'accessibilitat, la possibilitat d'anar a un lloc a on saps que hi trobaràs el teu metge. Podriem discutir si aquests dos conceptes porten a abusar d'un sistema ja de per si saturat i de si és un model que hauria de tenir algunes limitacions o filtres. Però el que és cert és que els dos conceptes són o haurien de ser drets ineludibles de qualsevol persona, tenir metge i en qualsevol moment que es necessiti.

En el nostre sistema, com que aquesta és una realitat de la qual en gaudim des de pràcticament sempre, ho assumim com quelcom natural, que també és present a tot arreu. Però no és així, fins i tot en alguns dels països més avançats. Als Estats Units, per exemple, hi ha 40 milions de persones sense assegurança mèdica, i per tant sense accés a metges. Al Canadà no hi ha prou metges per atendre tothom, i molta gent es desplaça perduda entre especialistes hospitalaris.

Les repercussions d'aquesta realitat assistencial són extremadament importants a la salut de la comunitat, perquè sense l'accessibilitat i la universalitat falla el concepte més important de la medicina, la prevenció. Així, en alguns dels barris marginals dels Estats Units, a les urgències dels hospitals comunitaris, es poden veure malalties amb unes complicacions que només es troben al tercer món, en llocs a on no hi ha metges.

Gent que ve amb ceguesa degut a una conjuntivitis bacteriana que podria haver estat tractada amb unes gotes antibiòtiques, gent amb gangrena a una cama per una ferida mai curada. És un tercer món encabit en un país ric, que no té accés a metges per problemes econòmics, i que només té accés a la medicina d'urgència, quan la malaltia s'ha fet inaguantable. En aquest país es planteja la medicina merament com una activitat econòmica i l'individu de classe mitjana, amb uns ingressos mínims que el permeten viure però que no el permeten està assegurat, en pateix les tràgiques conseqüències.

El nostre sistema és doncs, malgrat els problemes de saturació, malgrat els problemes de sou i malgrat els problemes de llistes d'espera, un dels millors del món. I ho és sobretot per la qualitat d'un sistema assistencial que es sustenta en la importància de la prevenció, la salut pública i el control de les malalties cròniques. Com a proveïdors d'aquest tipus de medicina, la medicina familiar i comunitària representa doncs, sense cap dubte, el pal de paller del nostre sistema assistencial.

En aquest sentit a Catalunya, com a molts altres llocs, fem servir el seny i la previsió. Sabem que cal invertir una part dels nostres esforços en la prevenció i control estricte de la malaltia per a que l'individu tingui una vida llarga, productiva i sana. Perquè la gent que està sana,

treballa i la gent que treballa és la que manté les criatures i els retirats, i és per tant la base de la nostra societat del benestar.

El metge de família té una responsabilitat fonamental en el manteniment d'aquest benestar; una responsabilitat que sobresurt la de les altres especialitats mèdiques. El metge de família ha de garantir que el seu malalt rebi un tractament global i no un tractament per sistemes. Ha de garantir que rebi un tractament que enforteixi les febleses d'una part sense afeblir la resta.

Per això el metge d'assistència primària ha de tenir unes capacitats diferents a les del metge especialista hospitalari, la capacitat d'integrar, aconseguir posar junts tots els problemes de salut de la seva població, la de fer un seguiment a llarg termini d'un mateix malalt i la de saber definir el moment que cal buscar un servei d'urgència més agressiu o buscar l'expertesa i la tecnologia en l'hospital de referència. Els equips assistencials garanteixen sempre aquesta integralitat, coordinació i longitudinalitat gràcies als centres d'assistència primària.

Si la medicina primària és tan important pel nostre benestar, i és una especialitat tan agraïda, perquè no aconseguim el reconeixement dels nostres estudiants? Què falla en el nostre sistema docent actual que la majoria d'estudiants no coneixen aquesta especialitat? Bé, no cal buscar gaire per adonar-nos que en el nostre sistema educatiu falla simplement la promoció de la medicina familiar i comunitària. Un estudiant no farà allò que no coneix.

La medicina familiar no ha estat mai clarament disponible al currículum de moltes facultats i ha estat sempre mal encabida en unes assignatures de prevenció i epidemiologia, amb pràctiques opcionals i limitades.

La nostra docència ha estat majoritàriament dirigida per especialistes hospitalaris, en hospitals terciaris que han avesat més els estudiants cap a la formació del metge especialista en sistemes, aquell que cada vegada ha sabut més de menys fins aconseguir saber el tot del res. En definitiva, aquesta especialització ens fa perdre la visió global del pacient. No cal dir que la medicina terciària és igualment necessària, però veu el malalt ja diagnosticat o el malalt agut a urgències i per tant va encaminada al tractament i mostra poc interès en la prevenció. El problema rau, i aquesta és la gran incongruència del sistema actual, que la docència de la medicina terciària no prepara per veure el malalt crònic estable, el gruix de la nostra població, i el gruix de la medicina del país.

Amb la nova facultat de medicina hem pres una decisió que creiem solucionarà tant la visió que es té de la medicina familiar, com l'interès per aquesta especialitat. Corregir la visió que té l'estudiant de la medicina familiar no requereix unes ulleres de gaire graduació, només requereix que algú li obri els ulls. A la Universitat de Girona, amb el nou mètode docent, no només els obrim els ulls, sinó que els fem una immersió en una visió 3D de la medicina familiar, des de l'àmbit teòric, des de l'àmbit pràctic i des de l'àmbit de la recerca. I com a degà i per tant com a primer responsable de la formació dels futurs metges a la nostra Universitat he pres aquest compromís. I podeu veure la nostra aposta ferma per la medicina familiar en el fet que a la facultat tenim el privilegi de comptar amb el Dr Pascual Solanas com a director de la Unitat d'Educació Mèdica. Un metge de família, de reconegut prestigi i llarg bagatge assistencial, docent i polític, que us podrà garantir que la medicina familiar aconseguirà el lloc que li correspon al currículum de la facultat.

Us faig cinc cèntims de la nostra visió 3D i en Pascual us ho podrà concretar millor. Us he parlat de tres pilars. Ens sustentem en un sistema docent innovador, provocatiu, agosarat, que ens posa sota l'escrutini de les altres facultats, l'aprenentatge docent basat en problemes. Nosaltres ho tenim més senzill que la resta, perquè comencem de zero i no hem de convèncer cap dels professors a canviar el seu sistema. Els professors són nous i saben que si volen participar els cal incorporar aquest sistema d'aprenentatge, un aprenentatge que obliga els estudiants a tenir en compte que el pacient és un tot, i no només un detall. L'autoaprenentatge és bàsic en aquest sistema, el treball a casa, indagar, esbrinar, cercar les respostes als problemes que es plantegen, i assimilar el cas, no com un llistat de possibilitats, sinó com un cas global. Els professors es converteixen en tutors, que guien pacientment els estudiants cap a la solució. L'experiència d'aquestes primeres setmanes ens ha sorprès gratament. Els estudiants han estat molt receptius, perquè han vist que, malgrat que es puguin equivocar, l'equivocació no és motiu de vergonya, sinó que forma part del seu aprenentatge.

Ens sustentem en un segon pilar, el de les pràctiques. Fugim del concepte ornamental dels estudiants de pràctiques. Tots hi hem passat per aquest tipus de pràctiques. No volem estudiants aturats, arraconats com si estiguéssim assistint a una exposició de flors. A la facultat situem els estudiants al centre de l'equip assistencial, tant a l'àrea bàsica com al

centres hospitalaris. Tenen l'obligació de veure el malalt primer, fer la historia clínica i un examen clínic complet i prendre decisions sota la supervisió del metge.

No són les pràctiques de medicina primària una opció, són una obligació. Un, dos malalts per dia, d'acord al nivell que estiguin. Aquesta informació és guardada i presentada com a prova del seu treball. Que aconseguim amb aquesta feina?. Sobretot que no s'oblidin que el malalt no és només un fetge, un cor o un ronyó. Cal que l'investiguin de cap a peus. Tenim la convicció que amb aquest sistema els estudiants seran completament competents quan comencin el darrer any de la seva carrera.

Igualment tenim acords preliminars amb alguna universitat americana per a que puguin fer pràctiques allí, i també estem buscant acords amb altres facultats europees i de l'estat, però única i exclusivament si ens garanteixen que rebran la mateixa formació. I estem igualment desenvolupant els acords per a que puguin fer pràctiques al tercer mon, en països subdesenvolupats, per a que vegin i aprenguin la realitat de la medicina que es fa en altres llocs.

I finalment ens sustentem en un pilar de projecte de recerca. La recerca és una part imprescindible de la formació d'un metge, i a la facultat ens hem proposat que tots facin un projecte, que pot ser perfectament un projecte de salut pública amb un dels centres d'assistència primària.

En resum, a la facultat volem canviar el missatge de sistema, de diagnòstics difícils i de proves complementàries altament sofisticades. La nostra és una carrera que ha deixat de banda el malalt, la persona i el seu conjunt. Cal replantejar aquesta realitat des de l'arrel, amb una formació integral dels nostres estudiants, i per tant amb una base sòlida en medicina primària.