Dimensiunea socială a medicului de familie



FOTO: SHUTTERSTOCK

Dr. Marius Mărginean
medic specialist de Sănătate publică și management sanitar, medic primar de Medicina Familiei, Centrul Național de Studii pentru Medicina Familiei

Există o dimensiune socială a medicinei de familie? De unde rezultă ea? Am auzit de multe ori termenul de social, în legătură cu medicina familiei, dar de prea puține ori este clară asocierea. Este vorba de oferirea de îngrijiri pentru categorii defavorizate sau cu venituri modeste? Este vorba de faptul că medicul de familie îngrijește de multe ori (poate de prea multe ori) așa-zise cazuri sociale, care nu prea au unde să meargă în afară de medicul de familie? Sau este vorba de relația de lungă durată pe care medicii de familie o au cu pacienții lor, relație care se întinde uneori pe zeci de ani și include mai multe generații de pacienți?

Termenul de social este explicat în DEX ca fiind ceva „creat de societate, propriu societății; care este legat de viața oamenilor în societate, de raporturile lor în societate sau față de societate; care privește societatea omenească".

Rolul social constă în atribuțiile pe care le are o persoană în funcție de locul pe care îl ocupă în cadrul unui grup.

Sociologia înțelege prin rol social acel comportament pe care îl așteaptă membrii grupului social de la o persoa-

nă într-o situație dată, comportament care este datorat statutului social al acestuia.

Biserica ortodoxă, în limbajul laic, prezintă rolul social ca fiind un model normativ de acțiuni pe care un grup sau o societate le așteaptă de la un individ.

Organizația Mondială a Medicilor de Familie (Wonca) definește medicul de familie în felul următor (ediția 2011): „Medicii de medicină generală/medicină de familie sunt medici specialiști instruiți în disciplina de medicina familiei. Ei sunt medici personali, în primul rând responsabili pentru furnizarea de îngrijiri cuprinzătoare și continue pentru fiecare individ care solicită îngrijire medicală, indiferent de vârstă, sex și boală. Ei au în îngrijire persoane fizice, în contextul familiei, al comunității și al mediului cultural, respectând întotdeauna autonomia pacienților. Ei acceptă să aibă, de asemenea, o responsabilitate profesională pentru comunitatea lor. În negocierea planurilor de management cu pacienții lor integrează factorii fizici, psihologici, sociali și culturali, folosind cunoștințele și încrederea care se naște în urma contactelor repetate."

Medicii de familie au un rol în societate în calitate de profesioniști, dedicați sănătății și îngrijirii membrilor societății. Munca lor necesită stăpânirea unui complex bagaj de cunoștințe și abilități, precum și arta medicală. Ca atare, rolul de profesionist este ghidat atât de codul de etică și de preocuparea permanentă de a avea competență clinică, atitudini și comportamente adecvate, integritate, altruism și preocupare pentru binele public. Acesta este contractul social al medicului de familie cu societatea!

Un pic de istorie

Evul Mediu. Timp de multe secole, practica medicală s-a bazat pe principiile medicinei lui Hipocrate. Boala era înțeleasă mai degrabă ca o expresie a dezechilibrului umoral. Pentru a restabili echilibrul și sănătatea era necesar ca vindecătorul să cunoască fiecare pacient. Concurența pentru pacienți era acerbă și succesul vindecătorului depindea și de capacitatea sa de a explica simptomele bolii și de a găsi un tratament eficient, chiar fără pretenția la o înțelegere sistematică a naturii bolii.

Vindecătorul trebuia să știe nu doar simptomele exprimate ale bolii, dar și să le pună în contextul istoriei personale a pacientului. Diagnosticul, prognosticul și tratamentul erau foarte legate de viața personală a pacientului. Evident, se recurgea și la unele trucuri pentru a câștiga încrederea pacientului.

Cu timpul, datorită influenței Bisericii și răspândirii creștinismului în Evul Mediu timpuriu, dezechilibrului umoral al individului a început să i se adauge și o dimensiune morală. Boala a ajuns să fie privită ca o manifestare fizică a necurăției morale, iar terapiile încorporau obligatoriu rugăciuni și elemente religioase, împreună cu tratamente fizice, precum sângerarea, purjarea și mici manevre chirurgicale. Strategiile combinate de vindecare, religioase și laice, nu erau privite ca incompatibile și, de obicei, metodele de îngrijire și tratament, religioase și medicale, se suprapuneau. De altfel, mulți așa-ziși doctori erau atât preoți, cât și vindecători.

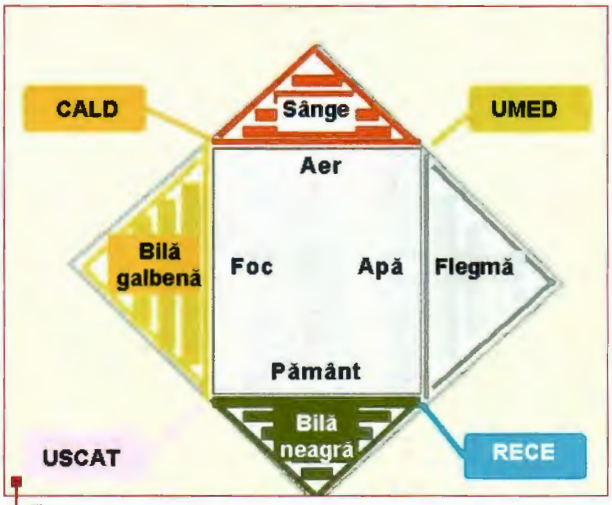


Figura 1

De-a lungul istoriei se descriu două mari momente care au influențat în mod decisiv schimbările în domeniul îngrijirilor medicale: crearea spitalelor și înființarea primelor universități medicale.

Crearea spitalelor s-a produs ca rezultat al creșterii puterii politice și sociale a Bisericii, în contextul în care se credea că boala este un dezechilibru spiritual și umoral. Astfel, grija pentru bătrâni și bolnavi a fuzionat cu



Figura 2



Figura 3

obiectivele religioase și au fost create spitale și instituții de caritate sub îndrumarea unor ordine religioase. În aceste instituții, pacienții primeau atât îngrijire fizică, cât și spirituală. Numărul spitalelor a crescut rapid în întreaga Europă, mai ales în secolul al XII-lea. Majoritatea erau de tip monastic, sub conducerea Ordinului Benedictin, acesta fiind citat în literatură ca fondator a peste 2.000 de infirmerii caritabile.

Cu timpul, în aceste spitale religioase au început să apară tensiuni tot mai mari între medici și clerici.

Un al doilea moment important l-a constituit apariția universităților în Europa. Medicina a început să fie recunoscută ca profesie bazată pe o educație formală, cu un curriculum standardizat și reglementări legale. În unele regiuni, medicii trebuiau să dea examene înainte de a începe să practice. Medicii neinstruiți erau urmăriți penal și amendați. Se acordau licențe de stat pentru a avea dreptul de a lucra ca medic.

Evident, învățământul medical a început să-și pună amprenta și pe conținut. Percepția față de boală începe să se schimbe. Boala nu mai este privită ca o nenorocire metafizică și spirituală și începe să fie considerată o problemă fizică și socială. Științele încep să se dezvolte. Corpul uman este studiat din ce în ce mai mult, se fac disecții, apar începuturile fiziologiei.

Unul dintre filozofii Evului Mediu, René Descartes, a oferit justificarea filosofică pentru conceptualizarea corpului uman în termeni matematici de împărțire în două componente separate, dar care interacționează - de *res cogitans*, substanță de gândire, și *res extensa*, substanță extinsă sau fizică. Pur și simplu, corpul uman putea fi împărțit în două componente - minte și corp.

A început cu timpul laicizarea medicinei, cu toată rezistența Bisericii. Spitalele s-au mutat treptat din jurisdicția clerică în jurisdicția laică. Această translație a impus în unele țări intervenția hotărâtă din partea guvernelor de stat.

De exemplu, în Austria, împăratul Iosif al II-lea, cel care a simbolizat Iluminismul privind raționalizarea și centralizarea grijii față de bolnavi și, de asemenea, cei săraci, a închis un număr mare de mănăstiri în întreaga țară și a construit un Spital General în Viena, cu 2.000 de paturi, inaugurat în vara anului 1784.

Cum vedem, în Evul Mediu, poziția socială a medicului a fost mult timp umbrită de puterea Bisericii, de dogmele care au permis greu și de obicei cu sacrificii mari dezvoltarea științelor în general și mai ales a celor umaniste. Totuși, odată cu dezvoltarea învățământului academic, medicii încep să ocupe un loc binemeritat în societate. Evident, un rol l-au avut și valurile succesive de epidemii, care au decimat populația Europei (și nu numai), epidemii cărora doar metodele Bisericii nu le-au putut face față.

În secolul al XVIII-lea, medicina începe să se apropie tot mai mult de politic, consolidându-și poziția. Totodată, crește poziția socială a medicului. Comunitățile încep să se organizeze, iar activitatea medicală este reglementată cam peste tot. Legislațiile includ diverse măsuri legate de prevenirea epidemiilor, reguli de carantină la granițe, măsuri legate de igiena comunităților.

Totodată, crește și tensiunea între obligațiile medicului față de pacienții individuali și cele față de „îndatoririle civice". În toată Europa, cerințele de reglementare și de autorizare au crescut. Medicii sunt folosiți de state atât pentru îngrijiri publice, cât și pentru îngrijiri private. Practica medicală, în general privată, se adresa celor care puteau plăti. Deoarece situația materială a unei părți foarte mari de cetățeni era precară, comunitățile încep să-și pună problema asigurării accesului la îngrijiri și pentru săraci. Apar primii medici plătiți de comunitate sau de stat, care, pe lângă activitatea privată, au obligația să îngrijească gratuit și săraci.

Medicul devine o persoană publică importantă! Legătura dintre medicină și stat devine o problemă importantă.

O alianță extrem de puternică între medicină și stat a apărut odată cu conceptul de medicină socială propus de doctorul Johann Peter Frank (1745-1821), care s-a răspândit în Italia, Europa de Est și statele germanice. Dr. Frank susținea utilizarea de mijloace medicale pentru a reglementa și a produce o stare de iluminare, pentru a controla aproape toate aspectele vieții cetățenilor, de la naștere până la moarte (igienă, sanitație, aprovizionare cu apă, îngrijirea mamei și copilului, siguranța alimentară, controlul prostituției). În opinia lui Frank, statul era responsabil să asigure condițiile necesare pentru sănătate, prin reglementarea condițiilor sociale și a obiceiurilor cetățenilor, folosind medicii ca agenți ai săi. Toate acestea le-a publicat în lucrarea sa „Sistem complet de poliție sa-

nitară" - 1779. A fost profesor la universități medicale din Gottingen, Padova, Viena și St. Petersburg, astfel teoriile lui s-au răspândit ușor în toată Europa.

În Țara Românească, domnitorul Alexandru Ipsilante, prin reformele sale de la 1775, a inclus înființarea Casei Obștirilor, un fel de minister de interne care includea și problema sanitară publică. El a înființat medicul funcționar public în slujba intereselor sanitare ale comunității, practic a înființat medicina publică. În 1784, printr-un hrisov al lui Alexandru Mavrocordat Delibeiu, se creează la Iași funcțiile de chirurg al obștii și moașă a obștii.

Revoluția Franceză (1789) a influențat și ea în mare măsură evoluția medicinei în Europa. În prima etapă a măturat toate instituțiile vechiului regim. Au fost închise academiile medicale și instituțiilor de învățământ, care erau considerate emanații ale elitei corupte. În primii ani de democrație nelimitată, a prevalat medicina „laissez-faire", cu vindecători „profesioniști" și medicină practicată de amatori fără reglementări legale. Vindecători de diferite competențe și pregătire dubioasă - mulți șarlatani care practicau pentru interese pecuniare - au creat o piață liberă nereglementată pentru servicii medicale, care s-a dezvoltat rapid și dramatic, într-un moment în care nevoile populației devastate de revoluția violentă erau uriașe. În cele din urmă, guvernul francez a trebuit să reacționeze.

Educația medicală, care fusese fragmentată în diverse colegii și academii, a fost unificată sub un singur sistem. A fost introdus un curriculum standard pentru pregătirea studenților medicinești, care a integrat chirurgia cu pregătire medicală. În 1803, Franța a introdus un sistem național de licențiere în medicină și astfel a fost creat primul sistem de sănătate național adevărat.

Industrializarea din secolul al XIX-lea a permis marile descoperiri științifice. Medicina era deja o știință recunoscută. Dar organizarea la nivelul societății încă nu era cristalizată. Medicii erau personalități de sine stătătoare, încă nu aveau un rol social bine determinat.

În București, la 26 septembrie 1830, se decide că în fiecare „despărțitură se orânduiește câte o casă spre cercetarea bolnavilor", prefigurând viitoarele dispensare medicale.

Revoluțiile de la 1848 au scos în evidență noi idei. Una dintre idei era că „Statului, și nu comunelor, trebuie să îi revină tutela bolnavilor, a bătrânilor și a orfanilor". Și statele au început să caute soluții.

În 1880, în Germania de către Bismark, apoi în Anglia (1912) au fost introduse unele forme de asigurări sociale și de boală, ceea ce ne arată implicarea în mod direct a statului în ceea ce privește ocrotirea sănătății.

La începutul secolului al XIX-lea deja existau numeroși medici practicanți, mulți dintre ei cu studii academice. Desigur, ei erau concentrați în orașele mari. Unii practicau în așezăminte de tip spitalicesc, alții lucrau în cabinete proprii sau la domiciliul pacienților. De remarcat că deja încep să existe reglementări nu doar pentru spitale, ci și pentru practica medicinei în ambulatoriu, plătite din bani publici. Un ins pios din Țara Românească din 1832 menționează că „s'a decis ca din sumele hotărâte pe seama spitalelor să se plătească de Eforie [n.n., Eforia Spitalelor] câte 200 de lei pe lună, de fiecare vopsea din poliția Bucureștilor, spre a plăti doctoriele bolnavilor, ce nu se pot prididi în a lor primire în spitaluri". Acest serviciu a funcționat până în 1847. După o perioadă de întrerupere, în 1890 a fost publicat un Regulament pentru asistența medicală la domiciliu, care a fost în vigoare timp de 2 ani.

Tabelul 1 Recomandările OMS și abordările considerate neacceptabile, aplicate în unele țări cu resurse limitate (după WHO. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever, 2008)

Recomandarea OMS	Abordări neacceptabile
Asistența medicală primară oferă un loc în care oamenii se pot prezenta cu o gamă largă de probleme de sănătate.	Nu este acceptabil ca asistența medicală primară să se ocupe doar de câteva „boli prioritare".
Asistența medicală primară este un *hub* prin care pacienții sunt ghidați prin sistemul de sănătate.	Nu este acceptabil ca AMP în țările cu resurse reduse să fie considerată doar o unitate medicală izolată sau un singur lucrător de sănătate la nivelul comunitar.
Asistența medicală primară facilitează legătura între pacienți și clinicieni, pacienții participând la procesul de luare a deciziilor legate de sănătatea lor și alegerea tipului de îngrijiri, construind punți de legătură între îngrijirea personală a sănătății și familiile sau comunitățile pacienților.	Nu este acceptabil faptul că, în țările cu venituri mici, îngrijirea medicală primară ar fi folosită doar pentru limitarea accesului la unele intervenții costisitoare.
Asistența medicală primară deschide oportunități pentru prevenirea bolilor și promovarea sănătății, precum și depistarea precoce a bolii.	Nu este acceptabil ca îngrijirile medicale primare să se rezume doar la tratarea afecțiunilor uzuale.
AMP necesită echipe de profesioniști: medici, asistente, personal cu abilități biomedicale și sociale specifice și sofisticate.	Nu este acceptabil ca AMP să fie considerată un sector în care se oferă îngrijiri de slabă calitate, neprofesioniste, pentru cei săraci, care nu își pot permite mai mult.
Asistența medicală primară necesită resurse și investiții adecvate și poate oferi apoi o plusvaloare mai mare pentru banii investiți, față de alternativele sale.	Nu este acceptabil faptul că, în țările cu venituri mici, îngrijirea medicală primară ar trebui să fie finanțată prin plata din buzunar, pe baza ideii greșite că este mai ieftină și chiar și săracii ar trebui să fie capabili să și-o permită.

La acea perioadă (1887) practicau 486 de medici, raportul fiind de un medic la 10.991 locuitori. Dintre aceștia, 344 profesau la orașe și 142 în mediul rural.

Apariția sistemelor de sănătate

La sfârșitul secolului al XIX-lea și începutul secolului XX apar sistemele de asistență medicală (Bismark, Semashko, Beveridge, sistemul privat). Industrializarea a avut ca urmare directă o creștere a interesului patronilor pentru sănătatea angajaților, a forței de muncă din fabrici, uzine, exploatări miniere. Au existat diverse încercări, ca în final să se concretizeze în modelul sistemului de asigurări sociale de sănătate de tip Bismark, în Germania după 1880 și ceva mai târziu în Uniunea Sovietică - modelul sistemului centralizat de stat de tip Semasko (1918).

Nu vom intra în analiza sistemelor de asigurări de sănătate. Ele au constituit un pas înainte foarte important pentru pacienți, pentru asigurați, astfel încât ei au avut acces, mai mult sau mai puțin, la servicii medicale corespunzătoare nivelului de la vremea respectivă.

Dar totodată a avut și un impact asupra medicilor, care devin furnizori de servicii medicale: privați, în general, în sistemele de tip Bismark, angajați în cele de tip Semashko.

După Al Doilea Război Mondial (1945) a apărut un nou model, Beveridge, inspirat din modelul sovietic, model adoptat de Marea Britanie. Acesta este considerat ca fiind cel mai „social". Aproape toți furnizorii de servicii medicale sunt angajați guvernamentali și guvernul acționează ca un singur plătitor pentru toate serviciile de sănătate. Finanțarea este asigurată din taxe și impozite. Pacienții nu suportă costuri din buzunar, astfel încât și acest sistem a ajuns în scurt timp să facă față cu greu presiunii creșterii costurilor.

În secolul XX, medicina a avut o dezvoltare fără precedent, atât în Europa, în America, dar și în restul lumii. Populația a crescut exponențial, orașele au devenit tot mai mari. Epidemiile au intrat în cărțile de istorie, iar medicina clinică a început să ofere tratamente din ce în ce mai eficiente pentru pacienți.

Prima conferință internațională medicală privind sănătatea publică a avut loc în iunie 1851, la Paris. Ea a inaugurat o nouă eră privind acțiunile de sănătate publică. Până la sfârșitul secolului al XIX-lea au mai avut loc încă 11 asemenea conferințe internaționale, care au constituit un forum de diseminare a modelelor de organizare sanitară din diverse țări. La aceste conferințe se prezentau inclusiv ultimele cuceriri în domeniul medical, de exemplu în 1867 Lister și-a prezentat noile principii privind antisepsia.

În 1907 ia ființă Biroul Internațional de Igienă Publică, al cărui rol principal constă în colectarea și diseminarea informațiilor privind sănătatea publică în statele membre (în special legate de combaterea holerei, ciumei, febrei galbene).

Agenda internațională în domeniul sănătății era marcată în continuare de problemele acute legate de bolile infecțioase. Abia după Al Doilea Război Mondial, când ia naștere și Organizația Mondială a Sănătății (1946), agenda începe să se diversifice și lumea să fie preocupată de accesul la serviciile medicale, la organizarea domeniului medical în țările membre.

A existat însă și un efect negativ al dezvoltării societății, îngrijirile de sănătate au fost transformate încet într-un bun de larg consum, care se putea vinde și cumpăra. Sănătatea era atât un bun public, cât și un drept pe care cetățenii îl cereau de la societate. Costurile au început să fie din ce în ce mai mari, atât în ceea ce privește tehnologiile noi, cât și medicamentele din ce în ce mai sofisticate, rezultate ale cercetării efectuate cu costuri tot mai mari.

Inechitățile cunoscute de decenii persistă, mai ales accesul scăzut la serviciile de sănătate de bază pentru toți indivizii. Medicina funcționa deja pe baze științifice, metodele erau din ce în ce mai valide, dar totuși accesul la servicii era inegal. Nu toți oamenii aveau acces la îngrijirile medicale de bază, care majoritatea se ofereau în spitale.

Organizația Mondială a Sănătății dădea ultimele bătălii contra bolilor transmisibile, având încă o abordare verticală pe câte o boală. Este probabil ca această abordare să fi fost imprimată de fapt de experții din țările membre. Aproape în toate țările, sistemele de sănătate erau puternic centralizate, dezvoltate în jurul spitalelor. Existau însă semnale, în special din partea unor organizații neguvernamentale din multe țări, că era necesară găsirea unei balanțe între abordarea pe verticală cu o abordare pe orizontală, astfel încât OMS să imagineze soluții pentru organizarea mai bună a serviciilor medicale.

O nouă abordare a OMS a fost marcată de alegerea dr. Halfdan Mahler ca director al organizației (1973-1988). Lui îi revine meritul de a lansa conceptul de asistență medicală primară, înțelegând că este nevoie ca statele să asigure îngrijiri medicale de bază tuturor cetățenilor. Acest concept a fost prezentat la Conferința de la Alma-Ata (6-12 septembrie 1978) în fața unei audiențe formate din 3.000 de delegați, 134 de guverne și 67 de organizații internaționale.

În cele din urmă, statele membre au acceptat o serie de măsuri la nivelul propriilor sisteme de sănătate și a urmat o perioadă de reală dezvoltare a medicinei de familie. În multe țări, printre care și România, au fost dezvoltate centre medicale, inclusiv în mediul rural, în care medici de medicină generală ofereau îngrijiri medicale primare. A fost perioada în care guvernele și societatea au oferit o poziție importantă, din ce în ce mai mare, medicinei de familie.

Desigur, drumul nu a fost neted. Din contră, a urmat contraofensiva din partea tehnologiei medicale și a pieței farmaceutice. Îngrijirile de specialitate și tehnologiile au continuat să fie din ce în ce mai costisitoare, consumând o mare parte a fondurilor pentru sănătate.

După 30 de de ani, în 2008, dr. Margaret Chan, actuala directoare a OMS, a publicat raportul anual „Primary Health Care. Now More Than Ever", care scoate în evidență că procesul de dezvoltare a asistenței medicale primare încă nu este terminat.

Raportul dr. Chan subliniază că plasarea asistenței medicale primare în centrul sistemului de îngrijiri a fost considerată de către OMS ca fiind soluția a trei probleme imperative ale societății:

1. îmbunătățirea stării de sănătate a populației;
2. păstrarea viabilității financiare a sistemului de sănătate;
3. orientarea îngrijirilor către persoană, astfel încât „persoana să fie în centrul sistemului de îngrijirii de sănătate".

Organizația Mondială a Medicilor de Familie - WONCA, a subliniat că fiecare familie din lume ar trebui să aibă acces la un medic de familie și să existe cel puțin un medic de familie.

Cu toate acestea, schimbarea este greu de acceptat, mai ales de profesioniștii din domeniul medical, adepți ai sistemului centrat pe spital. Sistemele de sănătate continuă să se concentreze în mod disproporționat pe o ofertă restrânsă de îngrijiri de specialitate și supraspecialitate. Abordarea bazată pe comandă-și-control a dus la fragmentarea îngrijirilor de sănătate. De asemenea, sistemele de sănătate cu o abordare liberă sau fără o strategie clară a guvernării au permis comercializarea, de multe ori chiar nereglementată, a îngrijirilor de sănătate. Comercializarea serviciilor medicale înseamnă în mod clar inechitate, acces diferențiat la îngrijiri medicale în funcție de posibilitățile materiale.

În raportul din 2008 sunt prezentate clar practicile greșite, devierile de la recomandările OMS, specifice în special țărilor în curs de dezvoltare, cu resurse limitate. Unele dintre abordări ne par foarte cunoscute!

Principiile AMP au fost „simplificate" de unele țări cu resurse limitate, într-un mod considerat de OMS ca fiind neacceptabile

Dimensiunea socială a medicinei de familie

Am prezentat întregul parcurs al dezvoltării profesiei medicale pentru a avea o imagine cât mai completă asupra contextului în care s-a dezvoltat profesiunea medicală. Așa cum s-a putut vedea, dimensiunea socială



a profesiei medicale nu a fost constantă și clară pe tot parcursul istoriei.

Dacă la început activitățile legate de îngrijiri medicale erau oferite mai mult în jurul bisericilor, la un moment dat, după dezvoltarea universităților medicale, profesia medicală a suferit un proces de laicizare evidentă. Medicii practicau atât în spitale (din ce în ce mai mari), cât și în cabinete individuale sau la domiciliul pacienților. Totuși, numărul personalului medical fiind mic, nu reușea să asigure o asistență medicală sistematică. Un moment important care a întărit poziția medicului în societate a fost cel legat de lupta împotriva bolilor transmisibile și a medicinei de campanie. Au fost luate o serie de măsuri legate de prevenție, cu caracter polițienesc, uneori cu accente exagerate, care au conferit o perioadă un caracter de putere absolută corpului medical.

Industrializarea și introducerea sistemelor de asigurare au adus îmbunătățiri evidente privind accesul indivizilor la serviciile medicale, nu neapărat profesiei medicale. Locul unde medicii s-au regrupat a fost spitalul, care a devenit un pol de putere. Dezvoltarea științelor, a tehnologiilor medicale și a industriei farmaceutice a întărit rolul spitalului, care a devenit centrul de cost cel mai important al sistemelor de sănătate.

Secolul XX, cu toate cuceririle medicinei, a adus în prim-plan și consumerismul, transformarea actului medical în bunuri de larg consum, cu implicații în ceea ce privește creșterea costurilor și accentuarea inechităților. A devenit tot mai clar că este nevoie de o schimbare a abordării. Și pentru prima dată, în anii '70 a fost evident că medicina de ambulatoriu, medicii omnipracticieni, care existau și până atunci, ar putea fi soluția pentru asigurarea asistenței medicale de bază pentru întreaga populație. Acum rolul social al medicinei de familie a devenit evident!

Din păcate, sistemele de sănătate erau deja construite în jurul spitalelor. În a doua jumătate a secolului XX era însă evident că spitalele nu puteau acoperi întreaga nevoie a populației de îngrijiri de sănătate. Majoritatea pacienților aveau (și au în continuare) nevoie de îngrijiri de sănătate continue, accesibile, la costuri rezonabile. Doar un număr relativ mic de pacienți au nevoie de proceduri de diagnostic și tratament sofisticate. De aceea, OMS a dezvoltat conceptul de asistență medicală primară, concept acceptat de toate țările membre.

Am văzut cum de-a lungul istoriei au existat medici care practicau în spitale și medici care practicau în ambulator. Cel puțin în secolul XX, mai ales din perioada interbelică, unii medici de medicină generală au ales să practice medicina în cabinete proprii, așezându-se în comunități, chiar și în mediul rural. Cu timpul, oamenii au ales să aibă câte un medic la care să apeleze în toate problemele lor de sănătate, stabilindu-se relații care s-au întins pe perioade de zeci de ani de multe ori. Efectele benefice ale practicii medicinei generale, care apoi a fost numită medicină de familie, au fost evaluate în numeroase studii, care au arătat fără echivoc (și aici dr. Barbra Starfield și-a adus o mare contribuție) că țările unde medicina de familie este bine dezvoltată au o stare de sănătate mai bună. Acesta este și motivul pentru care OMS și sistemele de sănătate au ales să pună medicul



FOTO: SHUTTERSTOCK

de familie în centrul sistemelor de sănătate. Medicina de familie este singura specialitate care în prezent oferă îngrijiri medicale comprehensive, pentru orice pacient și pe toată durata vieții. Relația specială de încredere care se dezvoltă între pacient și medicul său de familie este esențială și este rezultatul unei colaborări de lungă durată.

Concluzii

Practic putem spune că medicina de familie este singura specialitate care are cu adevărat o dimensiune socială. Dimensiunea socială a medicului de familie este determinată de responsabilitatea socială și de poziția socială pe care i le conferă societatea. A evoluat în timp, preluând întreaga încărcătură și istorie a dimensiunii sociale a profesiunii medicale. A fost încă o dată scoasă în evidență prin desemnarea ca actor principal al sistemelor de sănătate, de către OMS, în repetate rânduri.

Întărirea poziției medicului de familie și a AMP este o obligație a statului, care trebuie să susțină și să întărească dimensiunea socială a medicului de familie. În prezent, societatea a ales ca medicina de familie/asistența medicală primară să aibă o poziție centrală în sistemele de sănătate. Politicile de sănătate trebuie să creeze cadrul în care asistența medicală primară să se dezvolte și să ofere suportul financiar necesar. Trebuie evitată incoerența deciziilor politice, care în plan declarativ sprijină AMP, iar în plan operațional pun diverse piedici, de la subfinanțare până la birocratizarea excesivă. Este dovedit faptul că 80-90% din problemele de sănătate pot fi rezolvate cu adevărat în asistența medicală primară.

Evident, toate celelalte specialități și servicii medicale sunt necesare, și ele trebuie să completeze, atunci când este nevoie, practica de zi cu zi a medicului de familie. Trebuie găsite metode ca serviciile de specialitate și cele de laborator să poată fi accesate de membrii comunităților la orice nivel. Pe de altă parte, trebuie evitată transformarea nevoilor de sănătate într-o piață în care pacienții să fie considerați simpli consumatori de servicii de sănătate.

Medicii de familie au și ei o mare responsabilitate de a se ridica la nivelul poziției conferite în structura sistemelor de îngrijiri de sănătate. Relația lor continuă cu pacienții peste ani va trebui să consfințească această poziție.

Fenomenul de îmbătrânire a populației, care ridică probleme deosebite în întregul sistem de sănătate, este o provocare și pentru medicii de familie. Asistența medicală primară va trebui să răspundă unui număr tot mai mare de probleme. De aceea, ea trebuie să fie sprijinită pentru a avea la dispoziție toate facilitățile necesare.

În ultimă instanță, putem discuta și de încrederea pe care populația o are în sistemul medical al unei țări. Dacă o țară, un sistem de sănătate, nu poate asigura cetățenilor săi nici îngrijirile de bază, prin AMP, cum pot cetățenii să aibă încredere că acel sistem funcționează și îi va soluționa nevoile în situații mai dificile? De aceea, sprijinul pe care statul ar trebui să-l ofere medicinei de familie ar trebui să fie hotărât și susținut. ■

Bibliografie

1. CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization. 2008.
2. Felix I. Tratat de igiena publică și de poliția sanitară (2 vol). Tipografia Academiei Române. București, 1889.
3. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part I: the GP perspective. J Epidemiol Community Health 2007;61:966–971.
4. Popay J, Kowarzik U, Mallinson S, Mackian S, Barker J. Social problems, primary care and pathways to help and support: addressing health inequalities at the individual level. Part II: lay perspectives. J J Epidemiol Community Health 2007;61:972–977.
5. Rasanathan K, Montesinos EV, Matheson D, et al. J Epidemiol Community Health (2010).
6. Starfield B. Are social determinants of health the same as societal determinants of health? Health Promotion Journal of Australia 2006: 17 (3). P. 170-173.
7. Ward P. Trust, Reflexivity and Dependence: A 'Social Systems Theory' Analysis in/ of Medicine.
8. White KL, Williams F, Greenberg. The Ecology of Medical Care. Reprinted from The New England Journal of Medicine 265:885- 892. 1961. SUMMER 1996 Bulletin of the New York Academy of Medicine.
9. WHO. Action on the social determinants of health: learning from previous experiences. A background paper prepared for the Commission on Social Determinants of Health. March 2005.
10. WHO. The World Health Report 2008. Primary Health Care. Now More Than Ever. 2008.
11. WONCA EUROPE. The European Definition of General Practice/Family Medicine. 2011 Edition.