GOGOETA ETA IRADOKIZUN BATZUK LEHEN MAILAKO ASISTENTZIARI BURUZ

FELIPE AIZPURU
(Medikua. Arabako Ikerketa-Unitatea)

AURREKINAK

Mendetan zehar, medikuntza, esperientzian eta tradizioan oinarritutako jakintza baten jabea izan da, gizartean botere haundia eman ziona. Paternaltasun-kutsuz ezagutu dugun medikuntza zen hori. Gaur egun, berriz, eta azkenengo mende t'erdian burututako iraultza zientifiko-teknologikoaren zuzen-zuzeneko ondorioz, gizarteak medikuei beraien interbentzioen eraginkortasuna segurta dezaten gaitasun teknikoa eskatzen die. Jakina, aipatutako aldaketak osasuneko profesionalok ere harrapatu gaitu. Partzialki behintzat, onartzeko prest gaude, gizarteari onargarria eman nahi badiogu, gaixotasunaren, bere zergatien eta ondorioen ezagutzak gero eta sakonagoa izan behar duela. Bikaintasun tekniko orokorrerainoko zentzugabeko lasterketa bat izan zen iraultza honen aurrean osasuneko profesionalen erantzuna, eta bidean gizakiaren eta gizartearen konplexutasunaren zati bat bederen utzi genuen kontuan hartu gabe: gizartearen antolatzeko era, hain zuzen ere. Egun, osasun-arazo bat sakonki ezagutzeko edozein ahalegin, epidemiologiaz (ikuspuntu objektiboa) eta soziologiaz (ikuspuntu subjektiboa) baliatuz egin behar dela onartzen da[1].

Euskadin, laurogeiko hamarkadan heldu zen iraultza zientifiko-teknikoa medikuntza orokorraren mundura -ez beste lekuren batean sortzen zen jakintzaren harrera pasiboa, baizik eta era aktiboago batean-, lehenengo osasun-zentroak esperimentalki ireki zirenean hain zuzen ere.

Osasun-sistemaren barruan, bi mundu horietako bidegurutzean kokatzen dira lehen mailako profesionalak, topagunerik egokienean:

a. alde batetik, ohizko medikuntzaren oinordekoak dira, ez baitira ospitaletan egiten den medikuntzaren estereotipaziora ailegatu.

---

[1] Soriguer Escofet F. ¿Es la clínica una ciencia? Ediciones Díaz de Santos S.A. Madrid, 1993.

b. bigarrenik, pazienteekin harremanak luzaro mantentzen dituztenez, gaixotasunen historia naturala aztertu (ikuspuntu objektiboa) eta medikuen interbentzioen eragina ikusteko leku pribilegiatuan daude.

c. azkenik, gaixotasunean ezezik, osasunean ere pertsonak ezagutzen dituztenez, beraien etxeko, gizarteko, laneko,..., inguruan, faktore hauek osasunarekin erlazionatuz hipotesiak sor ditzakete (ikuspuntu subjektiboa).

Gertakariak (gutxi gorabehera)

Hamabost urte hauetan, lehen mailako ikerketaren garapena oso haundia izan dela da gehienok daukagun iritzi subjektiboa: ia jende guztiak, edo nahi izan duenak behintzat, ustezko ikerlanen batean parte hartu du; bai administrazioak, bai beste erakunde profesional zein pribatuak ere ari dira eskaintzen etengabeko formazioa ikerketan edo ikerketarekin erlazionaturik dauden hainbat gaitan -metodologia zientifikoa, epidemiologia, estatistika, etab., informatika ez aipatzeagatik; kongresuak, aurkezteko hainbeste txosten jasotzen dutenez, beharturik daude horietako asko atzera botatzera; edukiak zehatzagoak dira, oraingo lanek ez dute jadanik osotasuna bilatzen eta ez dira garai batean bezala aspertu arte errepikatzen. Gaur egungoek, gero eta gehiago asistentzi lanaren barruan somatutako galderei erantzuten diete. Objektiboki, objektiboa izan badaiteke, badaude datu batzuk baikorrak izateko: badaude espezializatearen (medikuntza orokorraren) zientzi elkarteak, egindako ikerketa-lanak hedatu eta ikertzaileen arteko harremanak errazten dituzten aldizkariak, eta abar.

Emaitza zientifikoari dagokionez, duela gutxi argitaratu diren lan batzuek agertzen digute zenbatekoa[2] eta nolakoa[3] den lehen mailako asistentzian edo lehen mailako asistentziari buruz egiten den ikerketa. 1991ko FISen ikerketen laguntzarako deialdian, lehen mailako asistentziari buruzko 55 proposamen aurkeztu ziren (proposamen guztietako % 3.8). Haien artean, FISek 19 (% 34.5,urte hartako onartze-tasa orokorrean egon zenaren antzekoa) besterik ez zituen onartu eta finantzatu. Ikusgarria da lehen mailak duen pisuaren eta aurkeztutako proposamen-kopuruaren arteko desproportzioa. Lan honetako autoreek honela amaitzen dute: "..nabari da badagoela hazten ari den ikertzaile-talde bat, sendo eratuta, eta metodologi irizpide zorrotzak erabiltzen dituena; baina proposamen gehienek oso maila eskasa mantentzen dute metodologiaren aldetik, oso erraz hobe litekeena formazioa eta adituen laguntzaz".1991. urtean

[2] Gómez de la Cámara A, Gabriel R, Pozo F, Ricoy JR. Análisis de los proyectos de investigación sobre atención primaria presentados al Fondo de Investigación Sanitaria durante 1991. Aten. Primaria 1993; 11:20-7

[3] López-Miras A,Pastor-Sánchez R, Gervás J.Investigación en atención primaria: contenido de los artículos publicados en revistas científicas. Aten primaria 1993; 340-43

bertan, "Atención Primaria" aldizkarian agertutako ikerlan gehienak, ikertzaileen zentroen eratzeko moduarekin erlazionatutako gaiei buruzkoak ziren. Hau, gurea bezain gaztea den osasun-sistema batean itxarotekoa bada ere, autore berberek inguru anglosaxoiean argitaratzen diren beste lau aldizkarietan ere errepikatzen da. Bukatzeko, autoreek beste arlo batzuk garatzea ere komeniko litzatekeela diote, hala nola, klinikoa, psikosoziala, metodologiakoa eta formaziokoa. Begi-bistan dago lau arlo hauetan, eratuta dauden moduan behintzat, osasun-munduan ikergarriak diren gauza guztiak sar daitezkeela, baita osasun-mundutik kanpo dauden batzuk ere. Honek gauza bat argi eta garbi uzten digu: ospitale-inguruan gertatzen ez den bezala, lehen mailako asistentziaren arloa gaien aldetik oso aberatsa dela orokorrean.

OZTOPOAK ETA ZAILTASUNAK

Honaino, oso azaletik izan bada ere, lehen mailako asistentzian egiten den ikerketak etorkizun guztiz emankorra daukala pentsatzera bultzatzen gaituzten elementurik oinarrizkoenak errepasatu ditut. Aitzitik, ezkortasunak jotzen bagaitu, elementu hauetariko batzuk guztiz kontrako bihurtzen dira: behar bezalako ikerketa eta jendearen osasun-egoera hobetzeko oztopo alegia.

Gaztetasuna

Lehen mailako asistentziaren -idatzi honetan ikusten den legez, behintzat- historia laburra ez da berez akats edo oztopo bat. Baina, ikerketarako tradiziorik ez egotea ulertarazten du, eta beren eguneroko lan arrunta bailitzan ikertzen duten taldeak ez egotea. Gainera, osasun-ikerketa ospitaleko kontutzat hartu dugu -hemen- betidanik. Beraz, epidemiologia edo metodologian formatuta zegoen jende urriari oso zaila izan zaio -kasurik onenean- beren metodo horiek lehen mailako asistentziaren bereiztasunei egokitzea. Jakina, lehen mailako erizain edo sendagileei ere kosta egin zaie beraiek ere iker zezaketela konturatzea, eta -parre lotsatien artean- "p" adierazgarriren bat lortzearekin amesten has zitezkeela. Laburtzeko, esperientzia gutxi, tradizio gutxi eta oraindik gainditzen saiatzen ari den konplexuren baten nahaste kaltegarri bat.

Prestakuntza

Lehenago esan dut ikerketarekin zerikusia duten hainbat gaitan prestakuntza edonon aurki dezakegula egunotan. Osasun-arloan arduraren bat daukaten instituzio guztiek eskaintzen dute prestakuntza iraunkorreko programaren bat eta, beraz, jadanik ez dago metodologia, epidemiologia, estatistika, edo gauza guzti hauek nahasten dituen tituluren bat bere "curriculum vitaen" idatzita ez daukan profesionalik. Arazoa da prestakuntza honekin batera ez dela gehienetan behartu, lan praktiko baten bidez, hartutako

ezagutza finkatzera. Egoera honek bi jarrera-mota eragiten ditu:

- apal batean kurtsoaren materialak gordetzen dituztenena, txukun-txukun, berehala kurrikulum-ari gehitu eta, hurrengoan ere kurtso berberaren beste edizio batean, edo antzekoa den beste batera izena ematen dutenak "...aurrekoa oso ondo egon zen baina, praktikatzen ez baduzu..., oraingo honetan ordukoa pixka bat sendotu nahi dut, ea horrela hasten naizen zerbait egiten" edo horrelakoak esanez.

- 30 orduko kurtso bat egin eta gero, ikerketari buruzko jakin behar den guztia dakitela uste dutenena, itaunketa edo fitxa bat diseinatzen dute, 100, 1.000, edo 10.000 paziente aukeratzen dituzte eta, datuak jaso bezain pronto, SPSS erabiliz aztertzen dituzte. Dena oso denbora gutxian eta eguneroko kontsultan dauzkaten 35 pazienteak ere atenditzen dituzten bitartean, noski.

Aipatutako lehenengo jarrera pasiboa da, ez du ezer askorik aportatzen, eta prestakuntzarako dauden errekurtsoak alferrik galtzeko oso era polita da.

Bigarrenari dagokionez, hemen pixka bat karikaturizatuta izan da, baina, nahiz eta positiboagoa izan, oso zaila izango zaio kalitatezko ikerketa bat burutzea, ziur aski oztopo logistiko zein metodologikoren bat agertzen denean - eta beti agertzen da baten bat- ahalegina bukatu egingo baita.

Kongresuak eta argitalpenak

Nire iritziz, sasi-zientziaren sorburu diren kongresu handien ugalketa eta, neurri txikiagoan, "zientifikoak" diren argitalpenak dira osasun-ikerketak dauzkan etsairik arriskutsuenetarikoak. Niretzat, sasi-zientifikoa bere egokitasuna gogorki probatu ez duen ikerlana da; probabilistikoa ez den lagin bat erabiliz egiten dena; edota anabasean jasotako datuen bilduma besterik ez dena. Egoera hauetan, edo aipatu ez ditudan beste zenbaitetan egindako argitalpenak, argitu baino gehiago nahastu egiten dute, zabalkundearen arabera, bai populazio orokorra, baita profesionalak ere.

Gaiak

Lehen mailako asistentziak duen gaien aniztasuna funtsezko aberastasun bat da baina, horrekin batera, jarraitu beharko liratekeen lehentasunezko ikerketa-lerroak zeintzuk diren eztabaidatzen ari garenean aho biko arma bihurtu daiteke. Argi dago gastroenterologo batentzat, bere zerbitzu barruan oso ongi zehaztutako arlo bat daukanez, sakabanatzeko arriskua oso txikia dela, lehen mailako asistentziako sendagile batekin konparatuz. Sakabanatze hau, jeneralki, azalekotasunari, inkonstantziari eta, azken batean, kalitate eta eragin gutxiko ikerketa bati lotzen zaio.

EPE LABURREKO ETORKIZUNA

Hemendik aurrera, ikertu nahi duenak, egiten duenak merezi duela frogatu beharko du; ikertu ahal izateko diru bila beste ikertzaileekin lehian sartu behar izango du, eta emaitzak eskaini beharko ditu -prestigioa daukaten aldizkarietan argitaratuz, adibidez. Ezin izango da, sasi-ikerlan horietako baten kontura kongresu batera joan (laboratorio batek ordainduta ez bada) eta, batez ere, erremediorik jartzen ez badiogu, ezinezkoa izango zaigu kalitatezko ikerketa autoktono bat garatzea. Laburki, prozesu hau aurrera eramateko niri iruditzen zaizkidan puntu garrantzitsuenak azalduko ditut.

Ikerketa-unitateak

1992tik, Madrilgo osasun-ministeritza REUNI (ikerketako unitateen sare) proiektua bultzatzen ari da, osasun-ikerketarako dauden errekurtso guztiez baliatuz, haiei ahalik eta etekin gehien ateratzeko asmoz. Nik uste dut autonomi administrazioek gogoz bultzatu behar dutela proiektu hau. Oraindik kontsolidatuta ez dagoen proiektu bat da, zeinari Hego Euskal Herrian hamar ikerketa-unitate elkartu zaizkion, horietako bat (Bizkaian) lehen mailako asistentziari erabat dedikaturik dagoena. Unitate hauen eginkizunik nagusienak hauexek dira: lehentasunezkoak diren ikerketa-lerroak bizkortu eta koordinatu; bere ikerlanen edozein fase burutzeko laguntza behar duten ikertzaile-taldeei aholkuak eman; ikerketarako etengabeko prestakuntza-planik egokiena diseinatu eta martxan jarri; eta berezko ikerketa diseinatu eta egin. Nahiz eta idatzita ez egon, nik beste bat gehituko nuke, 'de facto' egiten duguna: zuzendaritzen aurrean presio-taldea izatea, aipatutako helburuak bete daitezen laguntza eta baliabide materialak lortzeko.

Beste alde batetik, baliabide materialei dagokienez, gaur egun ikerketarako unitate hauek nahiko ondo hornituta daude eta, ikuspuntu honetatik behintzat, murrizketa haundirik gabe iker dezakegula esan daiteke. Ez dut uste gaur egun, benetan ikertu nahi duen pertsona batentzat, baliabide informatiko edota ediziorako materialen gabezia oztopo bat denik.

Ikerketa-lerroak

Arreta haundiz aukeratu behar da ikerketaren edukia. Etorkizunean proiektu batentzat finantzabidea lortzea ez da posible izango, finantzatzen duten agentziek erabat egoki kontsideratzen ez badute eta oso kalitate onekoa ez bada. Oso garrantzitsua izango da ikerketa-lerro sendo batean parte hartzea, hau da, duela urte batzuk, osasun-arazo baten, edo arazo-familia baten ikuspuntu desberdinak aztertzen ari den talde batean parte hartzea. Honek, sorgin-gurpil batean sartzen gaitu: esperientziarik gabe, nola egin dezakegu

kalitatezko ikerketa?; nola lortuko dugu esperientzia, maila txikiko ikerketak egiten ez baditugu eta gure akatsekin ikasten ez badugu? Orain arte, diru publikoarekin finantzatzen den ikerketaz aritu naiz, gizartearen beharrik garrantzitsuenei buruzkoa izan behar duena, bai jende askorengan eragina duten arazoak direlako (kardiobaskularrak, gaixotasun mentalak, hezur-muskuluetakoak), edota gizartearengan oso eragin edo kezka haundia sortu dutelako (HIESa). Ikerketa hau benetan erabilgarria izan ahal izateko, kanpoko ebaluazio independentearen bidez kalitatezkoa dela segurtatu behar dugu, horrela bakarrik ziurta baitezakegu behar bezalako ondorioak lortuko direla:

- ikerketa klinikoa baldin bada, gaixotasunei buruzko ezagutza osatzen, osabide berrien agerpena, gaixotasunaren aurka goizago interbenitzeko posibilitatea eta, beraz, sendakuntzaren edo biziraupenaren hobekuntza.

- ikerketa ebaluatiboa bada, osasun-zerbitzuen hobekuntza, gaur egun eskuragarri zaigun teknologiarik berrienaren erabilerarik efizienteena barne.

- azkenik, industriarekin harreman egokiak ezartzen badira, ikerketak patenteen garapena ere lor lezake.

Baina, ikerketa-lerro bat kontsolidatzeak zera esan nahi du: profesional bat edo batzuk isolaturik aritu direla, traszendentzia gutxiko ikerlanak egiten, lokalak gehienetan eta finantzaketarik gabekoak. Geroago, pertsona hauek taldeka lan egiten hasi dira eta, beharbada, egun batean, beste zentroekin koordinatuta, adituen laguntza izan duten eta kalitatezkoak diren ikerlanak zuzentzen bukatu dute. Horrela, finantzaketarik gabeko ikerlantxo multzo bat besterik ez zena, muga haundiz eta baliabide gutxirekin egindakoa, ikerketa-lerro kontsolidatu bat bihurtzen da.

Zentzu honetan, aipagarria da formato magnetikoan gero eta datu-base gehiago daukagula eskura (bizi-estatistikak, derrigorrez deklaratu beharreko gaixotasunak (EDO), minbiziaren erregistroa, gaixotasun profesionalak, osasun-inkesta,...). Base hauekin, ikertzaile ez-adituak aktualitatezko gai askotan has daitezke ikertzen oso gastu gutxirekin.

1993 urtean, hauexek izan ziren Bizkaiko osasun-barrutiaren ikerketa-batzordeak identifikatutako lehentasunezko gaiak:

2 Gaixotasun kardiobaskularrak, minbizia, GIBek eragindako infekzioa, istripuak eta biriketako butxadura-gaixotasun kronikoa(EPOC) aurrezaintzeko aktibitateak
3 Zahartzaroko osasun-beharrak eta zahartzaroari eskaintzen zaion asistentziaren ebaluazioa
4 Bizimodu osasuntsua
5 Adimen-osasuna
6 Asistentziaren maila desberdinetako integrazioa

Ñabardura gutxi edo gehiagokin, uste dut ia edonork izenpetu dezakeela zerrenda hau. Neure iritziz, hau baino era orokorrago batean, oinarrizko bi arlo azpimarratu beharko genituzke:

- **Erabaki klinikoa.** Egun Espainiako ministeritzan ikerketaz arduratzen direnek diotenez[4], "oso gutxi ikertu da praktika klinikoari buruz eta medikuek nola bilatzen eta erabiltzen duten informazio klinikoa, nola aplikatzen dieten osabideei eta diagnostikoei dagokien ezagutza, nola antzematen dituzten ondorioak, eta ebaluatzen dituzten pazienteen nahiak eta interesak; beste era batera, oso gutxi ikertu da erabaki klinikoen ondorio eta determinanteei buruz".

- **Osasun-zerbitzuen ikerketa,** nahiz eta, lehenago ikusi dugun bezala, jada maiz aukeratzen diren gaien artean egon. Arlo honen barruan sar genezake zaharrak edo berriak diren teknologien ebaluazioa, kostua/efektibitatea analisiaren bitartez. Baita gure interbentzioek populazioan daukaten inpaktua ere, osasun-egoeraren edo jendearen satisfakzioaren neurriak erabiliz. Zentzu honetan, eta hitzaldiaren hasieran aipatu ditudan arrazoiengatik, azpimarratu behar dut zein garrantzitsua den osasun-ikerketarako teknika kuantitatibo eta kualitatiboen integrazioa, ikerketa klinikoa positibismo zientifikoarekin lotzeko sinplifikaziotik ihes eginez[5].

Estudio-motak

Erantzun nahi dugun galderaren arabera, estudio-diseinurik egokiena aukeratuko dugu. Ahalmenaren arabera ordenaturik, hauek dira medikuntzan erabilitako estudiorik sarrienak:

Kohorte-estudioak: gaixotasunen fase aurreklinikoak aztertzea posibilitatzen dute. Intzidentzia altua (urteko % 1 baino gehiago) daukaten patologiak ikertzeko egokiak.

Estudio esperimentalak: entsaio kliniko aleatorioak, adibidez. Kausalak diren harremanak ikertzeko. Baita osabideen efikazia aztertzeko ere.

Kasu-kontrol estudioak: egokiak (askotan aukera bakarra) arraroak diren gaixotasunak ikertzeko.

Zeharkako estudioak: prebalentzia estimatzeko erabilgarriak, baina intzidentzia neurtzeko balio ez dutenak, ezta harreman kausalak ere.

---

[4] Pozo F, Ricoy JR, Lázaro P. Una estrategia de investigación en el Sistema Nacional de Salud: I. La epidemiología clínica. Med Clin (Barc) 1994; 102:664-9

[5] Gaminde I. De la fascinación del número. Acerca de la necesaria flexibilidad metodológica en la investigación en salud. Aten Primaria 1994; 14:631-6

Diagnostiko-estudioak estudio-mota bereziak dira, proba diagnostikoen sentsibilitatea, espezifitatea eta aurresankortasun baloreak ezagutzeko erabiltzen ditugunak.

Ikertzaileak

Badakigu zer ikertu nahi dugun, badauzkagu ordenagailuak, programak, diapositibak egiteko 'palette-a' ere bai,..., baina, nork ikertu behar du? Ikerketa-unitateetan lan egiten duten ikertzaileak jeneralki denbora osorako kontratatuta daude, edo asistentziala ez den beste lanpostu bat osatzen. Esan nahi dudana da iker dezakegula baina mugatuta gaudela: ez daukagu harreman zuzenik pazienteekin edo jendearekin. Asistentziako profesionalak ikerketan barruraino sartzea behar dugu, ikertzaile profesionalok sortu ezin ditugun hipotesiak sor ditzaten. Badaude pertsonak ondo formatuak. Arazoa astirik ez dutela da, asistentzi presioa haundia baita. Nahiz eta gaur egungo "Subdirección de Atención Primaria" delakoak ikertzeko denbora kontuan hartzen duten lanerako planak eragiten dituen, zuzendaritzak erretizenteak dira, krisialdi-garai hauetan gero eta gehiago. Esate baterako, 1994an Arabatik FISera ikerketarako proposamenak bidali zituzten ikertzaileek, ikerlan hori egiteko deklaratu zuten batezbesteko denbora asteko 12.8 ordukoa zen. Ikertzaile nagusiak besterik kontuan hartzen ez baditugu, kopurua asteko 16 ordura igotzen zaigu. Argi dago, ezin dela talde ikertzaile osoa (askotan, zentroaren profesional guztiak) liberatu ia lan-egun erdirako. Konpromisu orekatuak lortu behar ditugu, adibidez, ikerlanak egiteko lan-ordutegiz kanpoko ordu batzuetan lan egin behar dugula onartzea. Beste konpentsazio batzuk ere badaude: zentroaren materiala hobetu egiten da, normalean; gure "ego" profesionala ere bai; pertsonalki, pozgarria da ikerlan bat burutzea, eta are gehiago argitaratzea. Garrantzitsua da denon artean -zuzendaritzak, ikertzaileak, klinikoak, etab. oreka hau bilatzea, ikerketa iharduera emankor, sendo eta, batez ere gizarterako erabilgarria izan dadin.

Konklusio gisa, esandakoaren puntu inportateenak azpimarratuko nituzke:

. Medikuntza zientzia aplikatua da; esperientziaren bidez bakarrik ezin da garapena ziurtatu. Beraz, gizartearekin eta geure buruarekin daukagun konpromisua mantentzeko etengabeko ikerketa behar dugu.

. Lehen mailako asistentzia oso posizio egokian dago ikertzeko, atzoko medikuntza pertsonalizatuaren eta gaurko medikuntza super-teknifikatu eta estereotipatuaren erdian baitago.

. Nahiz eta esperientzia haundirik ez izan, etorkizunerako ikerketa-lerro sendo batzuk antzeman ditzakegu gaur egun maila apalekoak, isolatuak eta boluntaristak diren ikerlan askotan.

. Saiatu behar dugu metodo kuantitatibo zein kualitatiboak integratzen, ikerlanen etekinak sendoak izan daitezen.

. Diru publikoaz finantzatzen den ikerketak, kalitatezkoa izan behar du eta gizartearentzat ondorioak eman behar ditu.

Hego Euskal Herrian Ministeritzak onartutako ikerketa-unitateak (1994)

ARABA	Arabako osasun-barrutia[1]
	Osasun-saila[1]
BIZKAIA	Lehen mailako asistentzia[1]
	Galdakaoko ospitalea[1]
	Gurutzetako ospitalea[2]
	Basurtoko ospitalea[2]
GIPUZKOA	Arantzazuko ospitalea[1]
NAFARROA	Lizarrako ospitalea[2]
	Tuterako osasun-barrutia[2]
	Osasunbidea[1]

[1] IU Kliniko epidemiologikoa
[2] IU Kliniko esperimentala