LA COLMENA

Nuestro compromiso

Juan Carlos Martín Araujo

Secretario General de Drogodependencias del SES

El SES debe ser capaz de dar una respuesta al problema del tabaquismo en nuestra Comunidad. La OMS nos indica que el tabaco es responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, el 95% de las muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el 50% de la mortalidad cardiovascular y el 30 % de las muertes que se producen por cualquier tipo de cáncer. Datos de sobra conocidos por todos nosotros. La Ley de Medidas Sanitarias frente el Tabaquismo y Reguladora de la Venta, el Suministro, el Consumo y la Publicidad de los Productos del Tabaco recién aprobada conseguirá sin duda, como ha ocurrido en otros países, una mayor toma de conciencia en la población general y provocará un mayor deseo de abandono del consumo de tabaco entre los fumadores. Muchos de ellos pensarán: "vamos a hacer algo". En términos técnicos pasarán de un estadio precontemplativo (el fumador mantiene una actitud consonante con su conducta, "no pasa nada", "estoy bien así", "de algo hay que morir") o contemplativo (el fumador mantiene una actitud disonante con su comportamiento pero aún no está preparado para cesar el consumo, piensa "debo dejarlo cuanto antes" pero no encuentra el momento) a un estadio de 'preparación' o ensayo (el fumador disonante se prepara para la acción diseñando una estrategia a seguir y valorando un método para conseguirlo), y por fin, pasa a la acción: "Voy a intentarlo". Este proceso, aparentemente simple, es común a todos los cambios conductuales humanos, y en ocasiones, el tránsito entre una y otra fase requiere años.

Es en este momento donde nosotros, profesionales del sistema sanitario público extremeño, debemos actuar. Nuestra ayuda será imprescindible para acortar los plazos de transición entre las diversas fases y para ayudar al fumador cuando ha decidido pasar a la acción. El objetivo de nuestra actuación será que nuestro paciente conozca y entienda los riesgos asociados al tabaquismo cuando se trata de un precontemplativo, deberemos reforzar la motivación cuando estamos frente a un contemplativo, abrir el abanico de posibilidades terapéuticas y ayudarle a fijar la fecha de abandono a un paciente en el estadio de preparación, y por fin, facilitar todas las herramientas que la evidencia científica nos aporta para conseguir su propósito (acción). Recordemos que el tabaquismo es una adicción, y como tal, recorre un proceso donde las recaídas no son fracasos, sino parte de su evolución natural. En esta fase, en el mantenimiento de la abstinencia, también somos fundamentales reforzándole su nueva conducta y actuando con prontitud ante una recaída. Pero no debemos olvidar el concepto de adicción si no queremos llevarnos a engaño. Un buen programa de deshabituación tabáquica es capaz de conseguir el 40% de los pacientes atendidos abstinentes al año. ¿Es mucho o es poco? La botella medio llena o medio vacía. Desde luego, para los profesionales que trabajamos en conductas adictivas, esa proporción nos parece que roza la boca de la botella.

La nueva Ley, en su Capítulo IV, Artículo 12, determina que "Las Administraciones Públicas competentes promoverán el desarrollo de programas sanitarios para la deshabituación tabáquica en la red asistencial sanitaria, en especial en la atención primaria".

Las posibilidades de intervención desde Atención Primaria (AP) en relación con el tabaquismo son múltiples y han demostrado, con altos niveles de evidencia científica y de consenso entre expertos, su efectividad en la práctica para ayudar a los pacientes a dejar de fumar. Desde la inicial aportación de Russell (Russell, 1979) acerca de los logros de una intervención básica o consejo sanitario en consulta, la eficacia de dicha intervención, sola o acompañada de otras terapias, ha sido suficientemente contrastada (Fiscella,1996; Comas,1994), convirtiéndose la ayuda al fumador en una tarea ineludible de los Equipos de Atención Primaria. Frente al 0,3-1% de abandonos espontáneos del tabaquismo, entre un 5% y un 10% permanecen abstinentes después de un consejo explícito y breve acompañado de algún material de autoayuda, y si a esto se le suma el seguimiento, se puede alcanzar hasta un 20% de abstinencias. Si se realizara de un modo sistemático este tipo de intervención en una consulta de unas 1500 personas, dejarían de fumar entre 25 y 40 fumadores, lo que representaría salvar la vida a 10 pacientes/año y ganar hasta 240 años potenciales de vida (Gogorcena, 1994). El consejo médico antitabaco es la medida más eficiente en materia de prevención, logrando su máxima rentabilidad aplicándose masivamente en AP, ya que el número absoluto de exfumadores conseguido es muy superior al que se podría obtener en un centro especializado (hasta un 40% de abstinencias como refreíamos anteriormente) debido al mayor número de pacientes al que se puede llegar. Al comparar los programas de cesación tabáquica con otras intervenciones habituales en AP (HTA, Hcol) aquellos se revelan como "posiblemente el procedimiento más eficiente para mejorar la salud de la población" (Plans et al., 1995): La intervención básica o consejo sanitario sobre tabaquismo tiene una excelente relación coste/efectividad, siendo aproximadamente 30 veces más efectiva que tratar una hipertensión y unas 100 veces más que el tratamiento de la hipercolesterolemia (Cummings et al., 1989). Otras intervenciones, con soporte farmacológico, duplican aproximadamente la probabilidad de abandono a largo plazo respecto al placebo y la triplican frente a la ausencia de intervención, por lo que también deben ser consideradas en AP y ofrecerse a los fumadores que lo precisen (Córdoba et al., 1995).

Es evidente, que para abordar la ayuda a nuestros pacientes fumadores se precisa formación específica. Debemos ser capaces de darles empujoncitos para que pasen de fase, ofrecerles todas las posibilidades terapéuticas a nuestro alcance y acompañarles en su cesación probablemente a lo largo de toda su vida. ¿Pero no hacemos lo mismo con otras muchas patologías crónicas?

Hasta ahora, se venía interviniendo en deshabituación tabáquica desde varios dispositivos (centros de drogodependencia, consultas específicas de tabaquismo en algún hospital y en algún centro de salud, y organizaciones no gubernamentales –AOEX, AECC y Cruz Roja-) sin una estructuración clara. A partir de este año vamos a poner en marcha un programa muy ambicioso de intervención tabáquica donde la formación de los profesionales del SES será la estrategia más importante. Y, por último, nos apoyaremos en Fundesalud, como fundación pública íntimamente relacionada con la Consejería de Sanidad y Consumo, con la contratación de un coordinador del programa de tabaquismo y un técnico quienes darán un mayor impulso al programa regional de tabaquismo, especialmente en el ámbito formativo.

La formación es imprescindible y será ofertada a todos los profesionales sanitarios, pero como todos sabemos no basta conocer en profundidad un tema para abordarlo correctamente, debe existir un compromiso serio por parte de todos los profesionales sanitarios ante el mayor problema de salud pública que tenemos los extremeños.

La osadía de Jara

Agustín Pijierro Amador

Coordinador del Área Asistencial del Proyecto Jara

Hace poco más de un año, al inicio de los trabajos para el Proyecto Jara, hubo quien dijo que esto podía ser una osadía. Una osadía es un atrevimiento y un atrevimiento es "la acción y efecto de atreverse". Atreverse significa: "determinarse a algún hecho arriesgado", "rivalizar, competir", "faltar al respeto debido", y finalmente antes se usaba como equivalente a "confiarse en alguien".

Y así ha sido. Quien comentó que esto podría ser una osadía puede asegurar ahora que lo es. Hemos tenido el atrevimiento de pensar en Jara y después ponerlo en marcha. Y durante este año y pico hemos vivido momentos en los que poder aplicar cualquiera de los significados que la palabra "atreverse" encierra. O a lo mejor resulta que Jara propicia las cuatro definiciones antes enumeradas a la vez, de forma indisoluble, mezcladas irremisiblemente, al igual que queda una salsa en la que sin ayuda de métodos de laboratorio no logramos separar aceite, huevo y sal.

Vayamos analizando todo lo que esto implica.

Jara propone adentrarse en un terreno arriesgado. Propone en una Comunidad pequeña, tradicionalmente olvidada por los grandes proyectos de nuevas tecnologías de la información y la comunicación, dotar de un sistema de información basado en redes informáticas a todos los profesionales sanitarios. Pretende llegar con ese instrumento a todos los lugares, por dispersos que estén, por pequeños que sean, para poder atender mejor a los ciudadanos. Además intenta Jara ir creciendo de tal forma que su construcción sea accesible y esté abierta a todos y que sea capaz de entenderse con cualquier otra herramienta del entorno sanitario.

A todos estos riesgos estructurales, que Jara está desafiando, hay que añadir los riesgos conceptuales que Jara asume. Fundamentalmente el riesgo de construir una Historia Clínica Electrónica única por ciudadano. Esto significa romper culturalmente con la fragmentación de la información clínica y los guetos de conocimientos. Jara quiere compartir información, depositarla en el lugar en el que esta pueda resultar útil, sea el que sea. Lo dice la ley y Jara cree en ello: la Historia de Salud pertenece al paciente y el Servicio de Salud es el depositario y guardián de ella.

Precisamente al entrar en este terreno es cuando tropezamos con el segundo significado de la palabra "atreverse", Porque efectivamente, Jara compite y rivaliza. Y lo hace con

otras formas de tratar la información clínica u organizar los mecanismos de administrar esta información. Estamos en un camino sin retorno. Jara está proponiendo un sistema que contempla el total de nuestra organización sanitaria y no entiende su ilógica parcelación. Porque la salud de los pacientes no es troceable.

Lamentablemente, desde su inicio, también hemos de reconocer que Jara ha podido en algún momento "faltar al respeto debido". De entrada Jara pide disculpas a los que se sientan identificados con este hecho, porque obviamente no es su intención. Los primeros que se ven afectados por Jara son algunos de los que han empezado a trabajar con el nuevo sistema. Ellos están siendo testigos en primer plano de todos los riesgos que contiene el Proyecto. Es muy difícil que todo encaje perfectamente a la primera. Por ello estamos ahora en un período en el que nos toca parar, analizar, corregir, construir y superar los problemas existentes. Es indispensable dar las gracias a todos los profesionales que con su dedicación, sus ganas de trabajar con una herramienta nueva y de ayudar a construirla, están logrando que Jara sea mucho mejor.

Finalmente hemos de reconocer que Jara, en su atrevimiento, precisa "confiarse en alguien". Nuestra Organización sanitaria sabe que su apoyo es vital para el proyecto. Jara necesita directrices claras para llegar a todos los usuarios y recursos suficientes para ello. Debemos conocer de antemano qué y cuántos cambios requiere esta organización y cuánto tiempo tiene establecido para realizarlos. El objetivo es conseguir un instrumento que sea reflejo de lo que queremos para hacer mejor nuestro trabajo.

Al mismo tiempo Jara ha necesitado confiarse también en otras empresas, copartícipes del proyecto. Estos socios saben que han de embeberse de nuestra organización, asimilar nuestras necesidades, dilemas y esperanzas. Deben conocer el tiempo que necesitamos para adaptarnos y los recursos de los que disponemos. Porque el fin principal de todo ello, por encima de un sistema impecable, es atender mejor a los pacientes. Jara ha de dar el mejor servicio posible, porque al final de todo se convertirá en un servicio sanitario más.

Es pues, efectivamente, Jara una osadía. Ese atreverse continuo en el que nos encontramos ahora, probablemente lo acompañará siempre, y durante ese periplo "atreverse" implicará los cuatro significados antes enumerados. Esa es la auténtica magnitud del proyecto. Por eso Jara es una osadía y no es pusilánime ni displicente. Pero esos son otros vocablos que tienen otros significados y que habrá que analizar en otra ocasión...¡Basta de analizar, a trabajar!