

OPINIÓN

LA COLMENA

De oncología

Pablo Borrega
García

Médico

Represento a una especialidad -Oncología Médica- joven y quizás la última, o una de las últimas en incorporarse a los hospitales extremeños después de las transferencias sanitarias. Constituimos un colectivo humano muy joven, bien formado, ilusionado y con una uniformidad de criterios. Como casi todo estaba por hacer es justo reconocer el rápido avance que se ha conseguido en éstos cinco años. Todos los aspectos relacionados con el cáncer han sido abordados, y de una u otra manera mejorado o potenciado: el incremento en el número de unidades de Oncología Médica, la mejora en la organización, la constitución de comités de tumores, el incremento en la dotación técnica, la planificación y la prevención. La memoria de éstos cinco años de transferencias es una carrera continua por conseguir avances y mejoras. Se establecieron Unidades de Oncología en todas las áreas de salud al poco tiempo

“La memoria de éstos años... es una carrera continua por conseguir avances y mejoras”

po de comenzar las transferencias con el cambio cultural que conlleva en los Hospitales la presencia de oncólogos al ser una especialidad pionera en establecer una atención interdisciplinar, a través de los comités de tumores, de una patología muy compleja donde un conjunto amplio de profesionales implicados en sus diferentes etapas han tenido que aprender a poner en común visiones diferentes de un mismo problema e ir sentando las bases de lo que se denomina gestión por procesos, y siempre con la mirada en la atención integral e individualizada a cada paciente.

Junto al incremento en capital humano se ha seguido la implantación de medios diagnósticos avanzados que han culminado con la instalación de un PET en el Hospital Infanta Cristina; somos una región donde antes se incorpora el acceso a fármacos de última generación en el tratamiento del cáncer en la práctica clínica diaria; contamos con un Registro de Tumores de base poblacional; un hecho brillante por su rapidez de

implantación y eficacia fue la creación de las unidades de soporte en cuidados paliativos; otro, la Unidad de Consejo Genético en Cáncer Hereditario; y de forma global, en el Plan Integral del Cáncer de Extremadura decenas de profesionales hemos puesto entusiasmo y esperanza en una herramienta definitiva de lo que será la asistencia oncológica en los próximos 10 años.

Desde las transferencias ha habido un gran apoyo institucional y asignación de recursos a la oncología, incluso que ha sido una patología privilegiada. Queda mucho por hacer, coordinar niveles, invertir en investigación básica y clínica de calidad para estar equiparados al resto de comunidades y que permita la llegada de fondos de investigación a la región, asentar la cultura de la atención integral e interdisciplinar, el acceso de la población a la mejor información y tratamiento, aumentando su confianza en el sistema, implicarlo en la mejora de su salud, trabajo con los grupos de apoyo y voluntarios y creo, sobre todo, mimar el capital humano que poseemos, que se sienta reconocido, protegido por su sistema, y potenciado, de forma que continúe planteándose retos de forma continua lo cual asegurará un acceso a un progreso sin límites.



Lo sociosanitario

Valentín Martín-Pero
Aparicio

Enfermero

Me disponía a escribir unas líneas sobre los últimos 5 años de gestión de nuestro sistema. Mi idea era hacerlo con la mayor objetividad, sin caer en triunfalismos, con los pies en la tierra. Decir que hemos acabado con una lista de espera quirúrgica o con la de tal o cual prueba diagnóstica, está bien y debemos sentirnos orgullosos de ello, pero siendo conscientes de que volverá a salir otra.

Todos sabemos, aunque no queramos reconocerlo, que esos problemas de las listas de espera vienen por el lado de la oferta y no por el de la demanda. Montar un servicio, un programa o simplemente un aparato implica que desde ese momento, los usuarios, ya sean pacientes o profesionales, lo van demandar y al poco tiempo de instalado aparecerá la dichosa lista de espera que tanto nos preocupa.

Ring, ring, ring (mi compañero de mesa),
-Dígame/ Valentín te paso una llamada del

familiar de un paciente/-Hola buenos días, dígame/ -Hola buenos días, mire, soy Fulanita de tal, hermana de Citranito de tal, el motivo de mi llamada es comentarle la situación en que la que se encuentra mi hermano/-Cuénteme.

Sin saber por donde iba a salir doña Fulanita, me puse a pensar quién era el tal Citranito. A bote pronto, me vino a la cabeza que es un señor, qué digo un señor ¡un chaval, es más chico que yo!, que padece una encefalopatía espongiiforme y una hepatitis C, que le tienen postrado en una cama desconectado de este mundo, que está ingresado en un centro T-1. Por si no lo sabes los T-1 son centros donde se prestan cuidados sanitarios intensos y continuados. No están diseñados para curar sino para cuidar y aliviar los síntomas en personas con alto nivel de sufrimiento; su objetivo es mejorar su calidad de vida.

-No se si usted sabe que mi hermano se encuentra ingresado en el centro “X” desde hace unos 20 días como T-1. Mire, quiero que sepa, (en este momento confieso que me dije, madre mía, en qué habremos fallado), que estamos super satisfechos con la atención que está recibiendo mi hermano. Estábamos acostumbrados a escuchar que con mi hermano no se podía hacer nada desde el punto de vista clínico, cosa que fuimos asumiendo con el tiempo, pero ¡Joder tiene 44 años!, algo se podrá hacer, aun-

que no se pueda curar. Ha sido una sorpresa para nosotros comprobar que existe este tipo de servicios en nuestra comunidad, las instalaciones son inmejorables, el trato exquisito, podemos seguir cuidando de nuestro hermano, todos los días le vestimos con su ropa, le echamos su colonia, le atusamos el pelo, le levantamos al sillón, por cierto cada día aguanta más, ayudamos al fisioterapeuta a hacerle algo de rehabilitación, le hablamos, le cuidamos y nos sentimos cuidados. Gracias, muchas gracias.

Por donde iba, por lo de la oferta y la demanda, ya me acuerdo.

A los pacientes les ofrecemos (¿o es a los profesionales?) tecnología de vanguardia, nuevos servicios de los llamados estrella con un alto coste, y ellos demandan, según las encuestas encargadas ad hoc o el barómetro sanitario de MSC, un mejor trato, más íntimo, respetuoso y cada vez más proactividad en lo que comporta la atención que van a recibir para poder decidir. Esto debe ser barato ¿verdad? ¿No será esta nuestra asignatura pendiente?

Mayor cercanía



Albert J. Jovell

Presidente del Foro
Español de Pacientes

Teóricamente las transferencias han supuesto una cercanía de la población a los servicios sanitarios, lo que redundaría en una mayor equidad de acceso a la atención sanitaria. Sin embargo, los datos que manejamos en torno a la valoración que hace la población de sus servicios sanitarios indican un desconocimiento elevado de cómo

están organizados y cómo se financian. El estudio “Confianza en el Sistema Nacional de Salud”, realizado por la Fundación Biblioteca Josep Laporte y la Universidad de Harvard en noviembre de 2005, indica que el 85% de los españoles no conocen o conocen poco cómo están organizados y se financian los servicios de salud. Más aun, sólo un 33% de los españoles sabían que su atención hospitalaria era financiada por la CA, creyendo la mayor parte de las 3.010 personas entrevistadas que lo era por la Seguridad Social. En relación a la atención primaria, un 39% opinaba que ésta era financiada por la CA. Sorprende que, una vez culminadas las transferencias, la población desconozca elementos básicos de las mismas. El estudio también puso de manifiesto los diferentes niveles de confianza de la población, siendo muy alta en relación a los profesionales de la atención sanitaria proporcionada en instituciones públicas y baja respecto a los gobiernos de las CA o central. De esta forma, el 81% de los entrevistados conocía el nombre de su médico de AP y sólo el 18%, el de su consejero de Sanidad. Esto revela cierto distanciamiento entre lo que ha implicado la transferencia de las competencias de atención sanitaria y la percepción que tiene la población beneficiaria. Estos resultados sugieren la necesidad de mejorar el conocimiento que tiene la población de los servicios de salud, que pasa por una mayor participación de los pacientes en el gobierno de los mismos y, por lo tanto, desterrar actitudes paternalistas. La transferencia de autoridad y poder a las CA debería ser compartida con pacientes y ciudadanía. Finalmente, el proceso de transferencia lleva asociado una mayor equidad en el acceso a los servicios de salud, que pasa por mayor equidad en el trato y tratamiento, y sobre todo, en los resultados clínicos. Ampliar el concepto de equidad y mejorar la participación en el gobierno de las instituciones sanitarias y diseño de políticas de salud son los grandes retos que permitirían culminar con éxito el proceso de transferencias.

Un lustro de transferencias

Eduardo Corchero
Rodríguez

Médico

Se me antoja definir este periodo como de **trasferencia**, por aquello que iniciamos el mismo con las listas de espera en los cajones y hace unos días algún directivo manifestaba la deuda de facturas heredada. Es una simpleza insistir en lo negativo y no recordar que nuestro vicepresidente se conformaba con

poco más de 135 mil millones, y recibimos 152 mil, esto es lo positivo, considerando que pertenecíamos a territorio INSALUD y no partíamos de una situación igualitaria. Insistiendo en la cifra pasamos de un gasto por persona de 105.000 a 140.000 pesetas y a 1.026 euros al día de hoy, hagan cuentas.

Cierto que la gestión sanitaria no es fácil: no hay una sanidad óptima, pues requiere costes infinitos, como es un deseo prácticamente utópico la salud total e igual para todos. En tal sentido y por los datos publicados, podemos afirmar que disponemos anualmente de mayor presupuesto, mas personal y más medios tecnológicos, pero seguimos como siempre: listas de esperas similares y aumento de quejas al Defensor del Paciente.

Efectivamente ha aumentado la actividad, no faltaría más. Si disponíamos de ocho TACs y hoy hay quince, posiblemente el incremento del 26 % se queda corto. Se disminuye la estancia media o se aumentan el

número de consultas, ¿alguien cree que eso supone una mejor gestión? Valga para la opinión pública. Y por cierto la actividad con centros concertados se ha mantenido a pesar de los intentos de disimularla.

En relación al personal, es indiscutible el incremento económico, paga de la CA, mejora de la productividad variable, aunque sigue siendo la tapadera de las peonadas, y la puesta en marcha de la carrera profesional para médicos y enfermería. ¡Faltaría más! En el debe siguen los contratos basuras, personal de refuerzos, la carrera de otros colectivos, y generalizar el complemento específico, no limitándolo a la exclusividad.

Si en un futuro se pretende tener especialistas, habrá que ir pensando en formulas atractivas, ya que el aumento de plazas de estudiantes y MIR verán sus frutos no antes de 10 años. En tanto, ningún problema a la libre circulación de profesionales, pero cumpliendo la normativa vigente de títulos, homologación y

registro público de los mismos, que sea garante para los pacientes.

Nos queda un repaso para las infraestructuras realizadas, en algunos casos guiadas por criterio político, y quizás por aquello del equilibrio imperfecto y estar en la sociedad de la imaginación, podamos entender que centros de salud como Nuevo Cáceres, Mejostilla, o el nuevo hospital de Cáceres estén a pleno rendimiento aunque se hagan por fases.

Como acabo de oír a nuestro consejero de Sanidad y Consumo: “no se ha hecho más que aquello que había que hacer”.



LA COLMENA



Sentir lo nuestro



María José Benavente Sanguino

Directora Escuela de Enfermería del SES

La petición de mi colaboración en este especial de Salud Extremadura coincidió con un viaje que realicé a El Cairo para asistir a la clausura del primer año de un proyecto de formación de enfermeras de Atención Primaria dirigido y coordinado, a partir de este año, por la Escuela de Enfermería en la que trabajo como profesora y directora de un excelente equipo docente. Esta estancia me dilucidó el tema de mi aportación: la solución me la ha brindado el recuerdo de lo vivido. Y es que el Dr.

Naggar, que ocupa el puesto equivalente al de Consejero de Sanidad, expresó su admiración por el sentimiento que tenemos acerca de nuestras instituciones: las sentimos, las cuidamos y las defendemos como nuestras. Envidió el orgullo con el que nos oyó hablar de nuestra sanidad, que si los egipcios sintieran igual, los indicadores sanitarios de su país cambiarían. Para un servicio sanitario como el extremeño, este sentimiento del Dr. Naggar, es un valor importante. La herencia que recibimos al asumir las competencias fue buena y lo realizado en este quinquenio ha sido un esfuerzo por mejorar. El peso de la legislación sanitaria indica la importancia que el bienestar ha alcanzado. Pero como el sistema acaba de conformarse y ha de crecer, habrá que afanarse para que ese sentimiento por lo nuestro crezca con él y le acompañe siempre. Nos queda un gran trabajo: crear en la importancia de nuestra sanidad y en la grandeza de nuestra misión. A los responsables hay que pedirles que mantengan la capacidad de comunicar el alto valor de la misión y de

transmitir la complejidad de lo que está en juego. A las enfermeras nos toca afianzar un espacio de acompañamiento donde garantizar a las personas que puedan ser sujetos de su vida y de su muerte, un espacio de negociación y de alianza donde el individuo es respetado porque es un compendio de deseos y necesidades. Esta garantía de libertad confiere una nobleza incomparable a la enfermería, ya que es el lugar donde las personas se entregan sin defensa y que la enfermera respeta en vez de apoderarse de su cuerpo en nombre de su propio bien. Hay que tener presente la complejidad del momento y la competitividad que se reclama a las organizaciones y esto requerirá de todos, la generación de ideas y la gestión de la imaginación. Habrá que mejorar las formas de trabajo, adaptarse a nuevas situaciones y garantizar la transversalidad, la continuidad y la calidad de los cuidados, así como la capacidad de respuesta. Será la forma óptima de mejorar la oferta y de adaptar los servicios a las necesidades y demandas de los ciudadanos.

Cooperación transfronteriza



Juan José Cardesa García

Médico

El pasado mes de junio comenzó a funcionar el Convenio entre las Administraciones Sanitarias del Alentejo Portugués y el SES, en el Área de Salud de Badajoz, en materia de atención a los partos del área de Elvas-Campo Maior. La experiencia -magnífica y de resultados muy favorables- trasciende más allá de los aspectos estrictamente profesionales y técnicos. Las personas que se unen para sacar adelante un proyecto nuevo, con cierta complejidad, es natural que lleguen a establecer lazos de amistad y comprensión mutua sobre bases sólidas, creando cohesión y solidaridad, que se difunde a su ámbito de convivencia. La cooperación entre sanitarios portugueses y españoles constituye una de estas circunstancias: nos conocemos mejor, nos comprendemos mejor nos entendemos mejor y nos podemos ayudar más.

Una iniciativa de cooperación transnacional a nivel sanitario, en el momento en que se está construyendo Europa, es, sin duda, una manera práctica de llevar a cabo este proyecto de sentirnos europeos. Y como todas las realidades, para que sean buenas,

deben ser ordenadas; debemos empezar a cooperar entre los que somos "más próximos": es decir entre españoles y portugueses vecinos a uno y otro lado de La Raya.

Esta iniciativa tiene como complemento una destacada vertiente docente. En el Hospital Universitario y en la Facultad de Medicina de la UEx, cursan estudios de Licenciatura y Diplomatura muchos estudiantes portugueses-europeos, y es lógico que, en su enseñanza práctica, a través de estos pacientes portugueses-europeos puedan conocer mejor la patología de su patria de origen. Y también los estudiantes españoles-europeos que el día de mañana desarrollen su labor asistencial en Portugal. Y viceversa.

Esta colaboración nos va a hacer a todos más solidarios y más europeos, sin perder nuestra identidad y nuestras raíces. Los sublimes versos de Luís de Camões en "Os Lusíadas" en los que se refiere al enfrentamiento entre españoles y portugueses en la batalla de Aljubarrota: "A vós outros também não tolhe o medo./Ó sórdidos Galegos, duro bando./Que para resistirdes vos armastes, /Aqueles, cuyos golpes já provasses.// Também movem da guerra as negras fúrias/A gente Biscainha, que carece/De polidas razões, e que as injúrias/Muito mal dos estranhos compadece" deben constituir un recuerdo histórico cierto, pero ya superado. En materia sanitaria, España y Portugal, a través de Extremadura y Alentejo, han iniciado una vía de mutua cooperación que contribuye a una Europa solidaria, en la que la dignidad de las personas, -una de cuyas expresiones es el derecho a la salud-, debe estar por encima de razas, nacionalidades, lenguas y culturas.

Política de proximidad



Luís Gonçalves

Médico

En la política de salud se habla mucho de la proximidad, o sea conseguir que los pacientes sean observados, diagnosticados y tratados lo mas cerca posible de su "entorno" familiar y de su lugar de trabajo. En una época en que los recursos económico-financieros y humanos se tornaron mas difíciles, las tecnologías de información en salud, como la Telemedicina y e-salud se han convertido en una herramienta que, bien utilizada, permite esa política de proximidad entre el ciudadano que presta cuidados de salud y el ciudadano que los recibe.

Las autoridades sanitarias de Extremadura y el Alentejo, respetando la similitud de la estructura poblacional, la dispersión geográfica y social, la proximidad geográfica y el hecho de pertenecer a la Unión Europea, aplican su estrategia política en la salud para la utilización de esas herramientas tecnológicas con el objetivo de lograr la equidad en el acceso a los cuidados de salud por parte de los ciudadanos de ambas regiones.

Esa preocupación se exterioriza en los

acuerdos de cooperación transnacional en el área de la salud (algunos ya funcionando y otros en preparación) entre el Alentejo y Extremadura, utilizando como paradigma la política de proximidad y dando mayor solidaridad y dignidad a sus ciudadanos.

Transplantando ese paradigma a la política general, se observa que ocurre lo contrario. La globalización, al transformar la democracia en plutocracia, alejó a los políticos, que detentan ese poder, de los ciudadanos, los cuales cada vez tienen menos posibilidades de influir (en el buen sentido) y de controlar sus acciones, lo que lleva a situaciones dramáticas de injusticia social y arrastre endémico de la corrupción. Por eso nos parece necesario que la sociedad decida volver a los valores fundamentales de la Democracia y consiga influir y controlar más y mejor, en un paradigma de política de proximidad, a los políticos.

Y, ¿cómo conseguir eso?

Una forma podría ser la creación efectiva y con las competencias adecuadas de las euro regiones, lo que permitiría que regiones como el Alentejo y Extremadura cuidasen de una forma "más próxima" del futuro de sus ciudadanos, reduciendo las vías de intermediación política.

Este buen ejemplo de cooperación producido por las autoridades sanitarias de las dos regiones podría ser extrapolado a otras áreas, para que lo que se está haciendo a esta escala pueda conducir a un modelo territorial y de cooperación transnacional que ayude a la ciudadanía a ser más solidaria y más digna.

Vacilaciones



José Luis Mañas Núñez

Médico

Un biógrafo de Mao Tse-tung escribió de la medicina occidental que ésta es practicada por unos señores vestidos de negro que introducen sustancias desconocidas en cuerpos que tampoco conocen. Hace 30 o 40 años se podía decir eso porque parecía inalcanzable la decodificación del genoma humano, la secuenciación de genes asociados a diversas enfermedades y la farmacogenómica y la farmacogenética: medicamentos a medida del paciente, de sus necesidades y de sus defectos genéticos. Pero este es el futuro, aunque hoy no podamos predecir el plegamiento de una cadena proteica, por-

que los sistemas biológicos fluctúan "al filo del caos" (García Barreno, 2006), lo cual les confiere la plasticidad necesaria para contemporizar con el medio y autoorganizarse. El modelo fisiopatológico dejará de ser una foto finish colectiva y será reemplazado por una genomografía estática del individuo. El biógrafo de Mao debería haber tenido la oportunidad de desdecirse.

Cuanto más profundiza el científico en los abismos de la vida más obligado se ve a adjetivar la biología, la bioquímica y la genética con la palabra cuántica. La concesión del Premio Príncipe de Asturias al físico teórico Cirac viene a respaldar la relevancia de las leyes cuánticas, a la luz de las cuales el futuro de la medicina resulta inquietante. La nueva medicina, ¿podrá acabar algún día con la enfermedad o ésta

acudirá en tropel ante nuevos reclamos? Por ejemplo, bajo ritmo cuántico podría escribir ahora mismo que el acto de observación define el mundo, y que nada existe hasta que se mide en el modelo experimental creado a propósito de lo que se quiere demostrar, y que si se baja al mundo subatómico la noción de causalidad desaparece para ser sustituida por la probabilidad de que algo suceda, cosa que aquí arriba y ante la dualidad salud-enfermedad, estamos acostumbrados a ver.

Hasta podría escribir que un gen no está en su sitio a menos que lo observe. Y que un gen puede estar activo/inactivo a la vez: hay superposición o posibilidades de tener dos propiedades distintas y al mismo tiempo. Y que un gen deja de estar activo o inactivo a la vez cuando lo observo, momento éste en que se

muestra activo o inactivo, pero si no lo observo su estado continúa indefinido. Y que una misma partícula del mundo subatómico de un gen, puede estar en varios sistemas a la vez, sistemas que pueden estar en cualquier sitio, pero cuando esto sucede el observador no está observando. En el momento en que yo lo observo, sólo puede estar en un sistema. Y puede haber entrelazamiento de dos sistemas genéticos, cada uno de los cuales está activo e inactivo al mismo tiempo. Si tenemos los dos activos, a pesar de no conocer vínculo entre ellos, tenemos un estado entrelazado. El problema es que el estado de entrelazamiento se destruye al ser observado. La observación hace que el gen cambie: lo miro y lo modifico, y lo veo activo o inactivo. Por lo tanto, las enfermedades, desde las diversas perspectivas correlativas (subatómica, atómica, molecular, etc), existen como certidumbres a posteriori, pero al menos, ¿será posible atrapar la enfermedad y erradicarla en estas profundidades danzarinas o la enfermedad se convertirá en cabezas de Hidra?, y, por último, ¿podremos manipular el *a priori* para acabar definitivamente con la enfermedad?

