

Ser emérito

Being emeritus

Ovidio Fernández Álvarez¹, Fernando Diz-Lois Martínez²

¹Médico emérito del Servicio Gallego de Saúde. Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO). SERGAS. Ourense

²Médico emérito del Servicio Gallego de Saúde. Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC). SERGAS. A Coruña

Ante todo hemos de dar las gracias a la Consellería por habernos nombrado “eméritos”, algo que significa según la Real Academia de la lengua: “persona que se ha retirado de un empleo o cargo y disfruta algún premio por sus buenos servicios. También se dice especialmente del soldado cumplido de la Roma antigua que disfrutaba la recompensa debida a sus méritos”.

Es difícil programar una actividad para un “emérito” en un hospital donde ya debiera haber realizado todo lo que su capacidad le hubiese permitido, con la salvedad de que la actividad en un puesto directivo público siempre está condicionada por la organización administrativa. Pero es complicado el estar satisfecho con la labor realizada. Desde la distancia, que permite la liberación de responsabilidades, es fácil hacer conjeturas y dar consejos. Lo único que se puede hacer si uno vuelve al hospital sin responsabilidad administrativa, es teorizar sobre la base de la experiencia previa bajo la visión en perspectiva de la realidad.

Los problemas se solucionan legislando y haciendo cumplir la ley, esto siempre es conflictivo pero nadie duda que es necesario. Ahora que se avecinan cambios por la crisis económica es un buen momento para hacer algunos retoques a la sanidad pública. Pero los problemas no solo se mitigan por la fuerza de la ley sino, y sobre todo, por el diálogo. Hay que hablar con el enfermo, decía un catedrático al jubilarse ya que entonces tenía tiempo, pero también hay que hablar más con los profesionales.

La política consiste en traducir la lógica de realidad a la sociedad de por sí egoísta para poder tomar decisiones a veces comprometidas.

Ovidio Fernández Álvarez

Desde mi incorporación a finales del año 1969 a la entonces Residencia Sanitaria “Nuestra Señora del Cristal” (hoy Complejo Hospitalario Universitario de Ourense) hasta la actualidad, han pasado muchos años de dedicación intensa a la asistencia de los enfermos, a la docencia, investigación, organización y gestión incorporando cambios continuos para adaptarnos a los progresos de la ciencia y a las nuevas necesidades. De esta mi “segunda casa” -el Hospital al que mi esposa y mis hijas pequeñas también venían a veces, acompañándome en algún requerimiento telefónico de esos

que entonces podían llegar a cualquier hora del día o la noche-, tengo muchos recuerdos entrañables que serán difíciles de olvidar. El primero, la relación con los pacientes, que me ha permitido hacer diagnósticos y tratamientos, pero sobre todo establecer relaciones humanas tan intensas y satisfactorias que por sí mismas justifican toda una vida de trabajo y dedicación. El segundo, la relación con el mundo hospitalario, compañeros médicos, enfermería, administrativos, celadores....en los que he encontrado tolerancia, respeto, convivencia sana y, en muchos casos, amistad sincera. En tercer lugar, las sesiones clínicas de todas las mañanas en el Servicio, donde se presentan y discuten los enfermos más interesantes científicamente y aquellos de difícil diagnóstico o tratamiento. De todos los que me han acompañado en este largo periplo he aprendido mucho, tanto científica como humanamente. Por ello mi más profundo agradecimiento.

Cercana mi jubilación, salieron informaciones en la prensa, anunciando que el Servicio Gallego de Salud iba a crear la figura de personal emérito y, efectivamente, el día 11 de marzo de 2010 se publica el Decreto 36/2010 que regula el procedimiento para nombrar personal emérito en el ámbito sanitario¹. Órdenes posteriores han desarrollado ese decreto² con la convocatoria de tres plazas en la Comunidad de Galicia³.

La Gerente de nuestro Hospital consideró que dada mi dilatada trayectoria podría ser utilizada mi experiencia en el campo institucional y en el de la investigación. Desde mi punto de vista personal me resultaba atractivo poder continuar en el Hospital y llevar a cabo algunas “actividades” que como responsable de un servicio grande, el de Medicina Interna del CHUO, no había podido desarrollar antes, por estar ocupado en labores organizativas y de gestión. Seguidamente preparación de currículum, memoria de actividades y propuesta a la Consellería. El día 24 de febrero de 2011 soy nombrado, junto con el Dr. Fernando Diz-Lois Martínez, Médico Emérito del Servicio Gallego de Salud⁴ y el 17 de marzo de ese mismo año, en un acto entrañable, el Presidente de la Xunta de Galicia y la Conselleira de Sanidade, en compañía de altos cargos de su Consellería y del Consello asesor, nos hacen entrega de los nombramientos. Me he sentido muy honrado y reconocido tanto por la distinción, como por tener de compañero

Los problemas se solucionan legislando y haciendo cumplir la ley, esto siempre es conflictivo pero nadie duda que es necesario

al Dr. Diz-Lois. He dedicado mi tiempo como emérito a los siguientes proyectos:

- a) Proyecto de prevención cardiovascular: *“Detección precoz de las hipercolesterolemias familiares en la Provincia de Ourense”*. He constituido un “grupo de trabajo” en el que participan especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria de los distintos Centros de Salud de Ourense, así como especialistas del ámbito hospitalario de los Servicios de Medicina Interna, Cardiología y Endocrinología.

Durante este tiempo, hemos impartido “formación” en todos los Centros de Salud de la provincia, así como en los Hospitales comarcales de Verín y Barco de Valdeorras. También hemos presentado el “Proyecto” y los criterios diagnósticos y de sospecha de la hipercolesterolemia familiar y familiar combinada en los Servicios de Medicina Interna, Cardiología y Endocrinología del Complejo Hospitalario de Ourense. Hemos celebrado varias reuniones del “grupo de trabajo” para comentar problemas que van surgiendo, como la dificultad de conseguir perfiles lipídicos de familiares de primer grado o los previos al tratamiento.

Se ha celebrado la *“Primera Campaña de Detección de las hipercolesterolemias familiares en la provincia de Ourense”*, haciendo hincapié en la importancia de un diagnóstico precoz, para evitar los eventos cardiovasculares.

El cribado que se realiza en los Centros de Salud se hace por seguimiento no probabilístico consecutivo en las consultas de los médicos participantes, de los pacientes que cumplen los criterios establecidos.

Dispongo de una consulta para hipercolesterolemias familiares, donde recibo los pacientes que me envían los Médicos de Familia y los del propio Hospital. También atiendo consultas telefónicas y por e-mail.

Además estoy llevando a cabo una búsqueda activa de estos pacientes:

- Revisando historias clínicas, en los últimos doce años, de todos los pacientes que de forma precoz (hombres antes de los 55 años y mujeres antes de los 65) han sufrido un evento coronario y están

codificados con los diagnósticos de cardiopatía isquémica e hipercolesterolemia. Los pacientes con alta probabilidad de sufrir una hipercolesterolemia familiar son citados en la consulta.

- Valorando en consulta a todos los pacientes de la provincia que toman hipolipemiantes y son adquiridos a precio reducido.
- Analizando las historias clínicas de los pacientes con hipercolesterolemias muy elevadas,
- b) Impulso y participación activa en la elaboración del Plan Estratégico de Docencia del CHUO y actualmente en el Plan Estratégico de Investigación.
- c) Organización, colaborando con la Unidad de Investigación del CHUO y la Universidad de Vigo, de las Primeras Jornadas de Investigación Biomédica en las que participaron destacadas figuras en el campo de la investigación de nuestra comunidad, como los profesores Ángel Carracedo y Carlos Díeguez. Dichas jornadas se inscriben en un plan de trabajo tendente a auspiciar, promover y estimular la investigación en los profesionales médicos de esta provincia.
- d) Como Director Científico de la Fundación Cabaleiro Goas, realizo las funciones propias del cargo, pero fundamentalmente llevo a cabo la coordinación con la Universidad de Vigo, con la que se ha firmado un convenio de colaboración y se están realizando varios proyectos conjuntos, así como con hospitales del norte de Portugal. Todos ellos financiados por la Comunidad Económica Europea.
- e) Como miembro del Consello asesor de la Consellería de Sanidad colaboro con el resto de los miembros en esta función.

Estas actividades que estoy desarrollando como Médico Emérito del Servicio Gallego de Salud, suponen un colofón muy gratificante de mi vida profesional, me permiten continuar en el apasionante mundo del Hospital, vinculado al servicio de Medicina Interna, poder asistir a las sesiones clínicas, ahora ya sin responsabilidades de gestión. Y sobre todo, recibir un trato extraordinario de todos los miembros del Servicio, mientras intento, al mismo tiempo, desarrollar una actividad beneficiosa para el propio CHUO y para los pacientes de Ourense.

Fernando Diz-Lois Martínez

En la memoria para obtener la etapa profesional de “emérito” propuse un plan de estudio sobre algo que me siguió preocupando al dejar el hospital, como ha sido la aplicación del método clínico en la atención médica al enfermo y el papel de los generalistas en el hospital.

La clínica

Cuando uno va siendo mayor va perdiendo en innovación pero ganando en perspectiva, la juventud se atiene a lo más directo a lo que parece evidente. Quizás por eso entre los jóvenes la tecnología ha tomado protagonismo en detrimento del método clínico y del propio hacer del médico. Esto ha mermado su autoestima, creo que su principal apoyo para evitarlo es el diálogo con el enfermo y con la enfermedad a través del enfermo.

En el método clínico siempre hubo algo más, algo que el estudiante no estudia, pero que intuye, la vivencia de la enfermedad por el enfermo, la relación del enfermo con su enfermedad. En efecto, los protagonistas ya no son el médico y la enfermedad, sino además la persona que porta la enfermedad.

El hospital y el centro de salud no son simplemente una oficina o un lugar de trabajo, sino un lugar de encuentro. Allí se juntan el profesional médico y el enfermo que busca solución a un problema vital para él. La relación médico paciente, según Michel Foucault, es la relación de la sociedad consigo misma, porque, en potencia, todos somos médicos, todos queremos curar a nuestros amigos o familiares que están mal y todos estaremos enfermos alguna vez. Así pues, este encuentro no es solo del médico con el enfermo, sino del médico consigo mismo.

Por eso, el hospital es un lugar de reflexión, donde confluyen y chocan la angustia del devenir oscurecido por la enfermedad y la ilusión por la vida del que sale bien parado del aparato asistencial.

La vida en el hospital, como la vida familiar, es un crisol de sentimientos. En el hospital es donde se muestra al desnudo la fragilidad humana, donde cuerpo y espíritu se precipitan en el oscuro mundo del incierto futuro que marca la enfermedad o la muerte. La lucha contra ellas, como cualquier lucha, une a los contendientes. Por eso, es importante que el trabajo del equipo sanitario sea coordinado, que esté unido ante la adversidad y, aunque la desgracia parezca muchas veces ajena, cada uno debe vivir la enfermedad del paciente para poder vencerla. La cohesión en el trabajo también se forja a través de la ciencia médica que se ciernen sobre todas las áreas del hospital, desde el pase de visita, consultas, sesiones incluso en comentarios de pasillo. La clínica es todo ello: una mezcla de ciencia y ayuda al enfermo, ambas vivas y entremezcladas en cada acto

médico, y siempre en colaboración con el resto de los profesionales de la medicina.

La clínica, entendida como la aplicación del método clínico, es la única manera de evitar, errores, abusos y gasto excesivo en la práctica de la medicina, tanto en el hospital como fuera de él. Es la esencia de la medicina. Es el acto médico y todo lo que se relaciona con él. En él subyace, fundamentalmente, la comunicación. Comunicación del médico con la enfermedad a través del enfermo, comunicación del médico con la persona enferma y comunicación del enfermo con su propia enfermedad.

La medicina general en la asistencia sanitaria

En el hospital es conveniente replantearse el papel de los generalistas (urgencias y medicina interna) dado el problema de masificación de ingresos y ocupación en el área médica y de observación urgencias. Pero no hay que olvidar el marco en el que se desenvuelve la profesión médica, como la utilización de los servicios sanitarios públicos que ha ido evolucionando con los cambios sociales hacia un proteccionismo innecesario.

No hay duda del papel fundamental que el médico de atención primaria tiene en los cuidados de salud de la población. Su práctica basada en una “asistencia integral, universal, accesible, centrada en el paciente y su ambiente inmediato”, debe de ser razonablemente eficiente. Pero esto que es, o fue, un objetivo, no se está cumpliendo. No se deberían de tapar huecos, que puedan surgir de una insuficiente atención primaria global a la población, utilizando especialistas. Cuando los especialistas hacen labores que corresponden a los médicos de Atención Primaria, se produce redundancia de los actos asistenciales, se incrementa la necesidad de médicos, se desprestigia la asistencia primaria. Todo ello encarece la asistencia sin que en principio se obtenga un mejor resultado. Una asistencia universal ha de basarse en generalistas.

Los Médicos de Familia junto con la enfermería deberían constituir equipos que controlasen gran parte del proceso asistencial. Su actividad y la de la medicina especializada deben fluir juntas y paralelas en las patologías crónicas y frecuentes, formando grupos de asistencia, en los que interviene también el especialista.

La medicina general en el hospital: los internistas generales y médicos de urgencias deberían formar un bloque aunque sean servicios distintos, incluso permitir el intercambio de facultativos para poder hacer una labor integrada y más eficaz, y sobre todo sin conflictos. Pero esto no deja de ser una utopía.

Después de hablar extensamente con facultativos del área de urgencias por un lado y de otras áreas del hospital por otro, se llega a la conclusión de que hay una escisión estructural entre ellas. Esto es evidente para cualquier médico del hospital y tal como están organi-

zadas la atención urgente y las guardias de especialidades tiene difícil solución. Las expresiones siguientes son habituales hablando con los médicos de servicios de urgencia:

“Si se baja la estancia media se resuelve el problema”

“No necesitamos que estén en urgencias los intensivistas, sólo si los llamamos”

“Con un área de observación (sin enfermos ingresados) funcionaríamos mejor”

“Si el enfermo está ingresado (cuando el especialista dice que está de acuerdo en ingresarlo) ya no es nuestro”

“El residente no me vale como consultor”

“Los especialistas bajan durante la mañana a urgencias, los internistas no”

“Nosotros estabilizamos al paciente y lo pasamos a la especialidad luego ya no es nuestro”

“La Urgencia debe de ser una especialidad como las demás”

“Mas relación de urgencias con atención primaria”

“Las unidades monográficas resuelven problemas”

“La unidad de corta estancia o de preingreso deben de pertenecer a urgencias”

La actitud de las especialidades, incluida medicina interna suele ser de inhibición ante el problema.

Como resultado de todo ello los servicios de urgencia y el resto de las unidades hospitalaria sufren de un mal acoplamiento, de falta de integración y por lo tanto de un disfuncionamiento crónico con pocas perspectivas de cambio si no se toman medidas innovadoras.

Para aumentar el protagonismo, por otra parte necesario en nuestro sistema sanitario público, de los médicos de atención primaria y de los generalistas, puede ser un acierto el plantear una troncalidad común para

medicina de familia (generalista de centros de salud), medicina interna (generalista de hospital) y medicina de urgencias (generalista de urgencias) incluso también la medicina intensiva, con programas de capacitación para cada una de ellas. Así se puede evitar la dispersión de títulos que cierran puertas y crean compartimentos estancos. El que se pueda practicar la medicina en distintos ambientes, como urgencias, el hospital, centros de especialidades o centros de salud, tiene la ventaja de hacer la especialidad más atrayente e interesante y sobre todo contribuirá a una mayor integración entre servicios de urgencia, atención primaria y servicios hospitalarios.

En otro orden de cosas personalmente, durante el tiempo que estuve en el hospital como “emérito”, he utilizado el tiempo en hablar con los facultativos sobre problemas organizativos en el hospital, servicios de urgencia y centros de salud, he colaborado en cursos de la FEGAS, he participado en el programa de “enfermos polimedicados” puesto en marcha por el SERGAS en atención primaria y he coordinado un grupo de estudio sobre la crisis y cambios aconsejables en la sanidad pública.

Bibliografía

1. Decreto 36/2010, de 11 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el nombramiento de personal emérito en el ámbito sanitario. (DOGA nº 56 de 24-03-10)
2. Orden de 27 de octubre de 2010 por la que se desarrolla el procedimiento para el nombramiento y prórroga del personal emérito en el ámbito sanitario. (DOGA nº 212 de 04-11-10)
3. Resolución de 16 de noviembre de 2010, de la Gerencia del Servicio Gallego de Salud, por la que se determina el inicio de los procedimientos de nombramiento de personal emérito. (DOGA nº 225 de 23-11-10)
4. Resolución de 24 de febrero de 2011 por la que se nombra personal emérito del Servicio Gallego de Salud. (DOGA nº54 de 17-03-11)
5. Diz-Lois Martínez F, Fernández Álvarez O, Pérez Vázquez C. El paciente pluripatológico. Galicia Clin 2012; 73(Supl.):S37-S41.
6. La Medicina y los Sistemas de Salud. Ed. Fundación Instituto de Estudios Políticos y Sociales. Criterios 12 (www.fundacionieps.org). Abril 2012.