

ENTREVISTA



ANA JIMÉNEZ

Ezekiel Emanuel cree que la formación de los profesionales ha de cambiar para volver al domicilio del enfermo

ANA MACPHERSON
Barcelona

Hay que cerrar camas. Habrá que cerrar hospitales. Ya sé que es mucho más difícil para los sistemas públicos de salud porque hay que explicarlo en unas elecciones, pero en el siglo XXI el 75-85% del gasto sanitario se dedica a enfermos crónicos y el hospital es el último sitio en el que hay que tratar la cronicidad". Es el mensaje rotundo de Ezekiel Emanuel, catedrático de ética médica y política sanitaria de la Universidad de Pensilvania (EE.UU.) y gurú de la transformación sanitaria que viene.

Estuvo en Barcelona en las conferencias Josep Egozcue que organiza la Fundació Víctor Grífols, dedicadas a los nuevos escenarios en asistencia e investigación médica en un contexto de envejecimiento y cronicidad.

¿Estaremos mejor atendidos en casa, aunque vivamos solos?

La soledad es un gran problema, es cierto, pero no lo soluciona el hospital. Tratar en casa da buenos resultados clínicos. La experiencia en Estados Unidos de esta atención VIP a domicilio reduce el

“La medicina del siglo XXI tiene que salir del hospital”

Ezekiel Emanuel, catedrático de Bioética y Política Sanitaria U. Pensilvania

colapso de muchos servicios, rebaja los costes el 20%, también el número de infecciones y complicaciones. El hospital no es un spa como a veces creemos. Es un lugar horrible donde cuesta hasta dormir y donde no hay que pasar más de tres o cuatro días cuando hay un problema agudo. Pero no sirve para recuperarse de un problema de salud con el que se convive cada día como les ocurre a los crónicos. La atención a domicilio favorece además la conexión social de las enfermedades y permite abordar el problema de esa soledad. Eso sí, se necesita otro tipo de servicios.

¿Los profesionales sabrán trabajar sin el amparo del hospital? Aquí no se encuentran pediatras para atención primaria. Harán falta cambios profundos en

la formación, desde luego, pero es un camino inevitable. En el siglo XIX los médicos aprendían siguiendo a otros médicos de paciente en paciente. En el XX la medicina creció en el hospital. En el XXI volveremos a formarnos con los pacientes, a aprender a escuchar de otra manera qué le pasa al enfermo. También detectar esas necesidades sociales y todo lo derivado de la soledad. Será así en todos los países. En unos irá más rápido y en otros más lento, pero irá por ahí. El prestigio dejará de estar centrado en el hospital. Y podremos hacer resonancias magnéticas desde el móvil. Y la atención a la salud mental dejará de ser un terreno aparte.

¿Por qué? Porque un diabético deprimido

controla peor su dieta, su medicación y su actividad física; luego, el problema a tratar no es sólo la diabetes.

Parece evidente. ¿Por qué no se ha hecho?

Primero, porque tenemos históricamente una actitud muy supersticiosa ante la enfermedad mental; segundo, porque no tiene gran prestigio profesional; y tercero, porque no se había estudiado que cuando se tratan los problemas de salud mental de forma integrada se reducen los costes.

¿El objetivo siempre es reducir costes?

Todos queremos aumentar la calidad de nuestra asistencia y hay que reducir los costes porque el gasto sanitario sólo va a aumentar. Y habrá que buscar la manera de

tener dinero para educar, para infraestructuras...

¿Es inevitable que cada nuevo medicamento se convierta en una esperanza que no se puede llegar a pagar?

La gente espera mejorar su salud. Hemos aumentado la esperanza de vida gracias a tratamientos cada vez más eficaces. Pero no todo

CAMBIO DE ESCENARIO

“Tratar en casa da buenos resultados clínicos y reduce un 20% el gasto”

LONGEVOS Y CRÓNICOS

“Deberíamos apostar porque nadie muera antes de los 75 en lugar de alargar la vida”

conocimiento se traduce en dinero. Debemos conseguir un sistema más eficaz para permitir esos nuevos tratamientos para más gente. Aunque también hay que incentivar otras opciones no tan caras.

¿Está justificado ese crecimiento vertiginoso de los precios?

El problema en la investigación de nuevos tratamientos está en soportar de otro modo los riesgos y los beneficios. Y los comités de ética lo hacen muy mal. En la mayoría de evaluaciones los profesionales se dejan llevar por intuiciones y la intuición está cargada de sesgos. Si estás en un terreno familiar, tienes sensación de control y minimizas. Y al revés. Ha pasado a la hora de hablar de resonancia magnética o de pruebas de alergias. Yo propongo una fórmula para evaluar de forma cuantitativa los riesgos que evite la arbitrariedad actual.

Vivimos demasiado, ¿no? ¿Lo que nos sobran son años de vida?

En eso no voy a entrar. Pero la esperanza de vida no es una buena forma de medir la calidad. En lugar de eso deberíamos apostar porque nadie muera antes de los 75. Ese debería ser el objetivo. A partir de esa edad, la mayoría de la población ya ha conseguido sus objetivos vitales.

¿No quiere vivir hasta los cien?

Nadie que lo haya pensado de verdad quiere vivir hasta los cien. El cuerpo falla, la mente falla, se acaba con demencia... Y probablemente ya se habrán muerto todos sus amigos.

Una pitón de siete metros devora a una mujer de 54 años en Indonesia

BARCELONA Agencias

Decenas de personas se arremolinan alrededor de una serpiente pitón de siete metros mientras un hombre abre en canal al reptil. El vídeo fue colgado ayer en internet para informar de la muerte de una mujer, de 54 años, cuyo cuerpo fue tragado entero por esa serpiente en una isla de Indonesia. La víctima había salido de casa el jueves por la noche para ir a un huerto

cercano a su domicilio, en la isla de Muna. Al no regresar a casa sus familiares salieron a buscarla. En el huerto sólo encontraron sus sandalias y una linterna. Pero no había ni rastro de la mujer.

Siguieron buscando y en un paraje cercano al huerto localizaron una serpiente pitón con el vientre muy hinchado. Las peores sospechas se confirmaron cuando después de matar al reptil llevaron a la pitón hasta su aldea y un hombre

empezó a abrirla en canal. El primer corte despejó todas las dudas. La mujer a la que buscaban, Wa Tiba, estaba en el estómago de la serpiente. Vestida con su ropa y sin heridas aparentes. La pitón se la había tragado.

Las autoridades locales confirmaron la muerte, ocurrida a un kilómetro de la casa de la víctima en una área rocosa con cuevas y acantilados que los habitantes de la zona saben que es un refugio de este

tipo de serpientes. Las pitones reticuladas son unos reptiles muy temidos en Indonesia por su voracidad y capacidad para tragarse cuerpos enteros, aunque es extremadamente infrecuente que devoren a personas. Suelen asfixiar primero a sus víctimas y se ayudan de su capacidad para separar las mandíbulas superior e inferior para abrir lo suficiente la boca para tragárselas enteras.

No es la primera vez que se produce un suceso similar en la región. En marzo del pasado año un joven de 25 años corrió la misma suerte que Wa Tiba al ser devorado por otra pitón. Sus vecinos, como en este último caso, no pudieron hacer otra cosa que rescatar

el cadáver del vientre del reptil.

Hace sólo unos meses una pitón birmana devoró en Florida a un venado que pesaba mucho más que ella. Este animal sería el de mayor tamaño del que se tiene constancia se ha tragado uno de estos reptiles, un hecho que ha motivado una investigación científica sobre el comportamiento de estos animales y los mecanismos desarrollados para digerir cuerpos tan grandes.

Las pitones reticuladas pueden medir más de ocho metros y alcanzar un peso de hasta ciento treinta kilos. Tienen casi un centenar de dientes y suelen comer por la noche. Sus presas más habituales son roedores, aves, otros reptiles, ciervos y jabalíes.