

Diabetes y Excelencia. ¿Por qué será que no lo acabo de ver claro?

Josep Franch Nadal

Equipo de Atención Primaria Raval Sud, Barcelona

«Todo está por hacer, todo es posible»

Miquel Martí Pol

Cuando ya estamos inmersos en el quinto año de la revista *Diabetes Práctica*, nuestro estimado compañero, el Dr. García Soidán, nos sorprende con un interesantísimo artículo (en la sección de *Habilidades Prácticas*) sobre los «**Centros de excelencia en diabetes: estándares de calidad**». A lo largo de las páginas del artículo desgrana aspectos tan interesantes como los objetivos de los centros de excelencia en diabetes, los contenidos de un programa y su plan de necesidades, qué acciones deben realizarse, cómo ha de evaluarse, qué indicadores y estándares de calidad tienen que emplearse... Todo para intentar conseguir lo mejor para la persona con diabetes. Y aquí empiezan mis reflexiones...

Hace años (muchos o pocos, según los casos), los médicos y el personal de enfermería entrábamos en una facultad para formarnos porque queríamos aprender cómo curar/ayudar a las personas que acudieran a nosotros. Y desde entonces lo venimos haciendo, con una inquebrantable vocación, cada día, intentando individualizar ante cada paciente para saber cómo le podemos ayudar más. Estoy absolutamente convencido de que todos intentamos hacerlo lo mejor posible en aras de la persona que padece una diabetes. Nuestro objetivo no es ganar dinero; para eso hubiéramos elegido otras profesiones. Nosotros queremos lo mejor para nuestros pacientes, en una lucha obstinada y constante. ¿Es esto excelencia?

Según la Real Academia, se definiría «excelencia» como: «*Superior calidad o bondad que hace digno de singular aprecio y estimación algo*». También tiene una segunda acepción: «*Tratamiento de respeto y cortesía que se da a algunas personas por su dignidad o empleo*», aunque esta última implica un grado de vasallaje/inferioridad que no es en absoluto de mi agrado, por lo que no voy a utilizarla nunca.

Volvamos a la primera, es decir, hacerlo mejor de lo habitual. Antes ya he expresado mi romántica visión de la actividad cotidiana de cualquier profesional sanitario. Creo que su voluntad es hacer siempre lo mejor. El problema posiblemente no viene de la actitud, sino de los medios de los que dispone. Es difícil/imposible visitar 40 pacientes seguidos y no cometer ni un solo error; es difícil/imposible tener limitaciones para prescribir un medicamento o el uso de unas tiras reactivas y pretender que todos los diabéticos se controlen bien; es difícil/imposible pretender que la educación sanitaria sea eficaz en 5-7 minutos que puede durar una consulta; es difícil/imposible sobrevivir a la masificación actual de nuestras consultas y conseguir plasmar nuestros ideales.

En el siglo XIX, la medicina se basaba en la **E**xperiencia de los grandes catedráticos, aquellos sabios míticos que solo vivían para la medicina y con una mirada sabían lo que le pasaba a un paciente porque habían visto cientos de casos iguales. Después, en pleno siglo XX, surgió la medicina basada en la **E**videncia: lo que no se había demostrado en estudios rigurosos no existía. Probablemente la verdad se encuentra en la mitad de estas dos MBE.

Pero en el siglo XXI ha surgido la omnipotente medicina basada en la **E**conomía. A la inmensa mayoría de nuestros gestores sanitarios solo les preocupa contener el gasto y a lo sumo los resultados a corto plazo (mientras ellos sigan de gestores). A los clínicos nos comprometen con objetivos meramente económicos de ahorro que frecuentemente se contradicen con la buena práctica clínica (que es lo mismo que decir lo que deseáramos para nuestros padres). No les preocupa tanto la complicación que aparecerá dentro de 10 años o lo que pueda costar entonces. Vivimos en un mundo de inmediatez.

Cuando se plantea la existencia de unidades de excelencia, ¿significa que aceptamos que en otros sitios se hagan peor las cosas? ¿No deberíamos ser todos excelentes y disponer de los medios necesarios para serlo?

Pero me niego a dejar tan pronto el terreno filosófico. Probablemente la discusión debería profundizar previamente en ¿qué es lo mejor para una persona con diabetes?, ¿para todas es igual?, ¿cómo lo medimos?, ¿qué es calidad de vida?, ¿qué significa que una actuación sea coste-efectiva?, ¿gastar treinta o sesenta mil euros en evitar un infarto es coste-efectivo?, ¿también en un paciente de 90 años?, ¿y yo... estaría dispuesto a pagar ese dinero de mi bolsillo para evi-

tarlo? No es necesario que el lector se esfuerce en encontrar una respuesta a estos enigmas, porque no existe. Como decía Bob Dylan, la respuesta está en el viento. Es necesario que lo escuchemos con honestidad, con compasión y con humildad, que seamos capaces de actuar con ilusión, con tenacidad, que sepamos que todo está por hacer, porque todo es posible; tal vez así consigamos ser excelentes en el trato con cada uno de nuestros pacientes.