

Entrevista con Daniel Figuerola

“ NO BASTA CON DAR INSTRUCCIONES Y ESPERAR QUE LAS CUMPLAN;

AL PACIENTE HAY QUE ESCUCHARLE ”

Con la generosidad de los mejores maestros, que no se limitan a exhibir su conocimiento sino que te enseñan a aprender, el Dr. Daniel Figuerola, endocrinólogo, lleva toda su vida dedicado a escuchar, empatizar y comunicarse con los pacientes como nadie. Y hace mucho tiempo decidió que todos los profesionales de la salud deberían poder hacer lo mismo. No se calla lo que no le apetece callarse, “si es que las cosas fueron así” y no se ahorra ni las explicaciones ni los detalles. Ya tiene muchos años sobre el tablero, pero está tan al día de la actualidad que podríamos dar un repaso a toda la especialidad. Lo suyo es la educación diabetológica, y parece haber encontrado, con mucha humildad, ese momento justo en el que entender que el paciente no va

a cumplir tus normas “sólo por que tú se lo digas”. Empezó revolucionando el servicio de diabetes del Hospital Clínico y ahora ofrece una atención integral desde la Fundación Rossend Carrasco i Formiguera que él mismo creó. El Dr. Figuerola es el coordinador del Grupo de Trabajo de Educación Diabetológica de la Sociedad Española de Diabetes, uno de los grupos especializados que la SED puso en marcha para poder avanzar de manera específica en los sectores más importantes de la diabetes (nuevas tecnologías, enfermedad cardiovascular, etc.), con los profesionales más reputados de cada campo. Cuando habla, se nota que no es sólo un médico, es también un comunicador extraordinario.

TEXTO MERCEDES HURTADO

¿Con qué objetivo se creó el Grupo de Educación Diabetológica de la SED?

El grupo de trabajo surgió en el año 1.997, por iniciativa del entonces presidente de la Sociedad Española de Diabetes, el Dr. Herrera Pombo. La Sed quiso asumir la responsabilidad de formar a los profesionales de la salud para que supieran enseñar y trasladar a los pacientes las herramientas necesarias para controlar su diabetes.

¿Qué actividades se realizan en el grupo de trabajo?

Nos dedicamos a diversos frentes: por un lado se han organizado, y se siguen haciendo, cursos de formación para profesionales de la diabetes, puesto que éste es el principal objetivo del

grupo: avanzar en la educación diabetológica. Asimismo, estamos elaborando un Manual de Educación Terapéutica para profesionales sanitarios y nos dedicamos a diseñar material educativo para pacientes; incluso hemos revisado iniciativas parecidas hechas por laboratorios farmacéuticos. Durante un año, inclusive, tuvimos un programa de radio patrocinado por Menarini en Punto Radio en el que hablábamos de la diabetes.

Poco a poco se ha ido consiguiendo que dentro de la Sociedad Española de Diabetes, que es de carácter científico, se introduzca la idea de que la educación es una responsabilidad de todos, no hay que delegarlo sólo en la enfermería. Al principio la educación diabetológica se

trataba como si se recetara una aspirina: “despáchese educación diabetológica tres veces al día”. Creo que es perverso dejar a la enfermera como la responsable de impartir la educación diabetológica. Ésta tiene que integrarse, entrar dentro del sistema asistencial, ya que es patrimonio de todos. Desde la secretaria hasta el catedrático deben participar en esa educación.

¿Han conseguido esa integración?

Algo se ha conseguido y los médicos pensaban desde el principio que lo de la educación diabetológica era algo bueno, pero hace treinta años no hubiera sido posible. Yo me acuerdo de comentarios en los años 70 en los que se decía: “No, no, cuanto más saben los pacientes, más preguntas



Doctor Figuerola en la conferencia XV aniversario de la Fundación.

hacen y mas angustia tienen...” De ahí pasamos a la siguiente fase, en la que se consideraba que la educación era importante pero que lo tenía que dar la enfermería. Ahora estamos en la tercera fase: que la educación es algo que nos pertenece a todos. Del mismo modo que controlas la calidad de las pautas de insulina que se da en un hospital hay que controlar los mensajes que llegan a los pacientes.

¿Qué necesita una persona con diabetes?

Buscar una unidad asistencial en la que le atiendan con todo lo que precisa y en la que tengan como prioridad ponerse en el lugar del paciente: en el tratamiento de las enfermedades crónicas hay que negociar juntos el tratamiento,

imponer normas o simplemente prescribir no tiene ningún sentido.

Quizás habría que conseguir un personal con una titulación media, ya que no hay suficientes médicos para extender la educación diabetológica lo máximo posible.

Es verdad. En algunos países, como Argentina, no se pueden permitir el lujo de tener un médico en zonas rurales porque las distancias geográficas son muy extensas, de modo que disponen de un encargado sanitario, un profesional intermedio con conocimiento en diabetes para tratar a los pacientes alejados de las ciudades.

En realidad para tratar una diabetes en situaciones no agudas no se necesitan grandes conocimientos, con una titulación

de enfermería o parecida podría bastar. Sería bonito que llegara, pero el gran déficit no está en el personal sanitario con conocimientos técnicos, sino en los profesionales sanitarios con capacidad para ponerse en el lugar de otras personas.

Recientemente la Generalitat Valenciana ha manifestado que no puede ampliar el servicio de diabetes porque no tienen suficientes médicos especialistas, así que plantean formar de manera específica en diabetes a los médicos de familia.

En Cataluña también lo hacen, dentro de los grandes centros de atención primaria hay algunos médicos que se dedican de forma prioritaria a la diabetes, pero no pueden tener un título que

acredite eso.

La gran dificultad no es que falten sanitarios, creo que globalmente tenemos uno de los servicios sanitarios mejores del mundo, y esto hay que decirlo; no nos damos cuenta de lo que tenemos cuando nos quejamos. Se podría mejorar la utilización de nuestros recursos sanitarios porque, por ejemplo, la alta frecuentación en la sanidad resta calidad al sistema. Hay sistemas para reducirlo, como pagar una pequeña contribución. Nosotros atendemos al paciente en consulta, como mucho, dos veces al año, y otras dos veces la enfermera. Lo demás es comunicación por fax, teléfono e internet. Al final dedico las mismas horas al paciente que en una asistencia pública, pero de forma distinta. El rendimiento, a mi modo de ver, es mayor. Es cierto que la conexión a internet no está accesible para todos, pero estoy seguro que este método mejoraría la calidad asistencial y reduciría la alta frecuentación. Cuando los pacientes acuden a menudo al médico los índices de satisfacción son bajos, aunque parezca contradictorio.

¿Cómo inició usted su carrera como endocrino?

Soy de formación hospitalaria: en el año 1969 acabé la carrera y en el 73 empecé a trabajar en el Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico de Barcelona. En aquella época se empezó a jerarquizar los servicios de los hospitales y en el año 1975, cuando yo trabajaba como adjunto de endocrinología, el jefe de la sección de diabetes se fue y empecé yo en su lugar. Me encontré, de repente, con un hospital de 1000 camas y sólo tres médicos de personal, responsables de la diabetes en



Doctor Daniel Figuerola con su equipo.

todo el hospital. Cada día había veinte interconsultas (consultas a pacientes diabéticos pero que se encuentran atendidos en otros servicios). Se nos iba el día en atender a los pacientes de interconsultas, de modo que lo que hicimos fue reunir a los médicos de otros servicios para hacer un protocolo mínimo y pactar con ellos un protocolo mínimo para tomaran a su cargo el manejo de sus pacientes con diabetes. En dos años bajó considerablemente el número de interconsultas.

Lo que el personal médico tiene que aprender es que todo tu conocimiento técnico sirve de muy poco en el paciente crónico. Que la persona haga lo que tú quieres que haga no lo consigues si te limitas a darle instrucciones y a decirle lo que tiene que hacer.

¿Por qué?

Porque los objetivos del paciente no son los del médico. Además tratábamos pacientes culturalmente alejados de nuestro medio y no sabíamos hacerlo de otra manera que desde la biomedicina. ¡Nadie enseña a los futuros médicos a comunicar! El fracaso estaba servido. Esto generó tanta frustración en algunos de nosotros que decidimos cambiarlo. En 1979 conocí al grupo de Jean

Philippe Assal, que era el líder de la Unidad de Enseñanza y Tratamiento de Ginebra (Suiza): de pronto, me había encontrado con alguien que daba respuesta a mis dudas y a mis inquietudes, porque todo lo que yo estaba tratando de poner en marcha él ya lo estaba llevando a cabo.

Jean Philippe Assal planteaba la diabetes desde el problema del paciente y no de la enfermedad, lo que ahora es obvio, pero en los años ochenta no se veía así. A través de él y de su grupo empezamos a transformar nuestra manera de ver las cosas, empezamos a dar cursos a pacientes y al mismo tiempo a profesionales de la salud, para mejorar sus habilidades de comunicación con los pacientes. Y desde entonces, prácticamente toda mi dedicación docente e ha reducido a esto.

¿Entonces es usted el padre de los educadores diabetológicos en España?

Hay quien me atribuye ese papel, no digo que no me haga ilusión, pero no sé si es así (sonríe). Simplemente, empecé a sensibilizar a las personas en esto. En el año 1988 mi situación se torció en el Hospital Clínico, porque el grupo de diabetes, que era autónomo, tras una

01



02



03



01 Daniel Figuerola junto al Dr. Juan José Barbería 02 El Dr. Gomis y Daniel Figuerola en el monumento a Frederick Banting. 03 Daniel Figuerola con la presidenta de la Fundación Rossend Carrasco i Formiguera, Núria Pi-Sunyer.

reestructuración pasó a depender de un servicio que aunaba endocrinología, diabetes y nutrición. Luché por mantener nuestras funciones pero fracasé, así que me marché del Hospital Clínico en el año 1989. Creo que yo tenía razón, pero con eso no basta. Además de tenerla, te la deben dar. Y no me la dieron.irme significaba claudicar y además dar un salto en el vacío, abandonando un sueldo fijo y tratar de vivir de la consulta privada. Estuve mal, a punto de tener una depresión, con ansiolíticos seis meses. El hecho de marcharme del hospital, además, significó que me quitaran la plaza de profesor asociado que tenía, cuando una cosa necesariamente no iba unida a la otra. Cuando me quedé sin proyección académica me sentí como estar desnudo, porque para mí la docencia es muy importante, la medicina no termina en las paredes del hospital. Pero en realidad me hicieron un favor, porque las cosas me han ido mucho mejor de lo que me hubieran ido quedándome allí.

¿Cómo surgió la idea de crear la

Fundación Rossend Carrasco i Formiguera?

El Dr. Rossend Carrasco era un diabetólogo muy reputado: él fue el pionero en utilizar la insulina en España en el año 1922, cuando hacía poco más de un año que se había descubierto. Obtuvo la insulina a través de la extirpación del páncreas de los cerdos sacrificados en el matadero municipal de Barcelona. De esta forma, consiguió tratar a Francisco Pons, de 20 años, que fue una de las primeras personas con diabetes en toda Europa en ser tratado con insulina. Su labor y su dedicación extraordinaria merecía un reconocimiento, y por eso propuse a su esposa, Núria Pi-Sunyer, la creación de una Fundación en honor al Dr. Carrasco, de la cual es ahora presidenta. En aquel año el Dr. Carrasco era muy mayor y estaba enfermo. Núria Pi-Sunyer accedió a mi propuesta, ya que es una mujer con una gran implicación. No en vano, pertenece una conocida familia de la primera línea de la política catalana republicana. El padre, Carles Pi y Sunyer, fue

consejero de la Generalitat, alcalde de Barcelona y ministro de la República. La Fundación Rossend Carrasco i Formiguera nació finalmente en el año 1989 y se debió en buena parte a la idea espléndida de un colaborador que tenía entonces, el Dr. Carlos de Lecea, al que nunca agradeceré lo suficiente su aportación.

¿Cuál era el fin de la Fundación?

Nuestro objetivo es dar una asistencia global y multidisciplinar al paciente, ofreciéndole todo lo que necesita desde el primer momento: las nuevas tecnologías aplicadas a la diabetes, asistencia psicológica, pedagógica, etc... Además de la propia asistencia del endocrinólogo tenemos un dietista, un podólogo, una enfermera especialista y un psicólogo.

¿Cómo llegan a vosotros las personas con diabetes?

Por Internet, por el boca a boca, por la gente que se ha formado conmigo. Atendemos a unos 700 pacientes por año, unos 500 en seguimiento: una parte de las personas tienen mutuas

de reembolso, y los demás son privados. La frecuentación es baja, después de una primera visita y un training, los pacientes no tienen que venir demasiado a menudo, puesto que el contacto se realiza por otros sistemas. La comunicación vía internet supone ahora un problema a la hora de facturarlo, porque lleva un consumo de tiempo importante y deberíamos incluirlo dentro de la minuta. Pero es una calidad adicional.

¿Qué tipo de pacientes vienen?

La mayoría buscan una segunda opinión. Otros son de un nivel socio económico medio y simplemente tienen poco tiempo y quieren hacerse todas las pruebas en una mañana.

Lo que gana la Fundación se invierte en la calidad de lo que hace y en la formación de profesionales, con la ayuda del patrocinio de la industria farmacéutica. Celebramos los cien primeros cursos hace no mucho.

¿Qué se le dice a un paciente con diabetes que viene por primera vez a su consulta?

Yo no les digo nada, primero escucho. He aprendido que lo primero es escuchar y no dirigir el interrogatorio hacia lo biomédico sino hacia la biografía de la persona, tratar de ver qué le interesa, qué busca... y tratar de conducir después la entrevista hacia aspectos biomédicos que te interesan y construir con él un pacto terapéutico. Lo malo que hacemos los médicos es dar consejos antes de que nos los pidan.

Tienes que tratar de saber que es lo que el otro quiere. Mi objetivo puede ser que tú tengas una hemoglobina del 7%, pero el tuyo es sentirte bien, y si yo no tengo capacidad para escucharte no sabré que no estás bien contigo

mismo y me emperraré en darte más insulina, en ajustar la dosis, que sólo conseguirá hundirte más. Y luego yo diré: "es que es un paciente que no cumple". La estrategia tiene que ser otra. En los seminarios nos quedamos horrorizados de ver a gente con veinte años de dedicación y con unas ganas de cuidar a sus pacientes como nadie que descubren, de golpe, que toda la vida han estado haciendo eso. Hacemos ejercicios donde ponemos a los médicos en el rol de los pacientes, y se les cae el velo de los ojos. Para entender al paciente uno se tiene que poner en una situación de aprendizaje que sea para ti tan difícil como es para el paciente el manejo de un lector de glucosa: hacer calceta para un varón, un nudo de corbata de smoking para una mujer... Hay que educar a los educadores. Y les ponemos en situaciones de pacientes: voy a la consulta y no quiero que me digan lo que tengo que hacer; sino que me ayuden a hacer eso sintiéndome bien. Con normas y consejos solo consigues romper la comunicación. Hay que tratar de traspasarle el poder y las herramientas para que se haga cargo de su propia enfermedad con conocimiento.

¿Estamos lejos de encontrar el fin de la diabetes?

Estamos lejos del trasplante de islotes y estamos – y ojalá me equivoque – lejísimos de las células madre. Buscamos la varita mágica y eso no existe. Pero estamos muy cerca de las tecnologías sanitarias, que hacen mucho más fácil la vida con la diabetes.

En la actualidad se está avanzando mucho con las bombas de insulina, perfeccionando los sensores, ya que si hasta ahora el paciente debía seleccionar la cantidad de insulina que la bomba debía proporcionar; las últimas

investigaciones apuntan a bombas que se puedan autorregular; primero por la noche y después durante todo el día. Así, se reducirían las hipoglucemias nocturnas y se mejoraría mucho la calidad de vida de las personas que padecen ésta enfermedad. La tecnología sanitaria sí está al alcance de los pacientes y representa una solución real.

De un consejo para una persona con diabetes.

¡Me hace contradecirme con lo que le he dicho antes de las normas y los consejos!

Lo importante es que lo que haces con tu vida es lo que haces con la diabetes. Si tú eres una persona responsable, que consideras que lo que ocurre a tu alrededor depende de ti, harás lo mismo con la diabetes. Si tú piensas que las cosas suceden porque sí o se deben al azar es muy difícil que seas responsable con tu diabetes. Tienes recursos farmacéuticos y tecnológicos para que tu vida sea tan normal como la de los demás, pero eso no se consigue sólo con los recursos, depende de otros condicionantes. Fíjate, está probado que es más importante en el control de la diabetes tipo I tener soporte afectivo, personal y familiar; que su nivel socio económico o que el tipo de tratamiento que lleve. Y eso no se tiene nunca en cuenta. La gente que tiene un soporte afectivo familiar importante tiene mejor control glucémico que los que no lo tienen. Teóricamente yo no diría que tiene que ver; pero sí que tiene relación. Y mientras seguimos discutiendo sobre el tipo de insulina, si poner bomba o no, y no abordamos si tienen un entorno que se preocupan por ellos y le ayudan a manejar su diabetes... vamos mal. ■