



SUMARIO

TEMA DEL DÍA

PÁGINA

¿ESTAMOS ABORDANDO EL PROBLEMA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DESDE LA PERSPETIVA CORRECTA?

- MÒNICA BALLESTER ROCA 1

PENSAMIENTO ACTUAL

LA COOPERCIÓN INTERNACIONAL ESPAÑOLA EN EL ÁREA DE LA SALUD: EL CASO DE GUINEA ECUATORIAL .

- JOSEP LLUIS PERAY..... 23

ARTE, SALUD Y SOCIEDAD

ESTHELITA

- PEDRO ISSAC BARREIRO CHANCAY 50

!ANITA, COÑO, QUE ESTO ES PARA LLORAR!

- ELVIRA CALLEJO GIMÉNEZ 56



Co-directores

Marc Antoni Broggi i Trias (PCBC)
Francesc Borrell (UB)

Jefa de Redacción

Núria Estrach (UAB)

Consejo científico

Juan Carlos Hernández Clemente
Juan Medrano Albéniz
Vicente Morales Hidalgo

Correspondencia

Web:

<http://www.fundacionletamendi.com>

Correo electrónico:

info@fundacionletamendi.com

Envío de manuscritos:

[http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/](http://www.fundacionletamendi.com/revista-fo-
li-a-humanistica/envio-de-manuscritos/)

Información editorial

Folia Humanística publica artículos por encargo solicitados a especialistas, así como aquellas propuestas enviadas por los autores y aceptadas tras su evaluación por pares de académicos especializados.

Los textos recibidos se publicarán en la lengua original (castellano, catalán, inglés y francés); los que se consideren de relevancia mayor serán traducidos al inglés y castellano.

Los artículos deben ser originales y acompañados del documento "derechos de autor" que encontrarán en la web, junto a las normas de presentación a seguir.

Cada artículo publicado al final tendrá especificado la referencia de citación, donde se incluirá el número DOI ®.

Distribución

La Revista *Folia Humanística* es de libre acceso a consultar online.

<http://www.fundacionletamendi.com/category/revista/>

Folia Humanística es una revista internacional que tiene el doble objetivo de fomentar, por un lado, la reflexión y el debate público en el ámbito de la Salud, Ciencias Sociales y Humanidades, y por el otro, la colaboración entre distintos equipos de investigación nacionales e internacionales que dinamicen el diálogo entre la filosofía de la medicina, la salud pública y la justicia social. Dividida en "Tema del día", (artículos para el debate), "Pensamiento actual", (artículos críticos de novedades editoriales), y "Arte, Salud y Sociedad", la revista se esfuerza en fortalecer las conexiones entre la investigación académica, la práctica clínica, las experiencias de los pacientes y sus implicaciones éticas y estéticas en la sociedad. Todo ello con la intención de favorecer la reflexión entre diferentes disciplinas sobre temas de actualidad y las tendencias más novedosas en el campo de las Humanidades y la Salud.

Folia Humanística is an International Journal, born with the dual aim of fuelling the discussion and public debate on issues of health, social sciences and humanities and on the hand, of fostering cooperation between various research groups, both national and International, to spur the dialogue between philosophy and medicine, public health and social justice. The Journal is divided into three different sections: "main focus" (article for debate), "Contemporary thought" (critical reviews of new Publications) and "Arts, Health and Society" which all contribute to strengthening the links between academic research, clinical practice, the experience of patients and their ethical and esthetical implications for society. Ultimately, the intention of the Journal is to promote reflection at the crossroads of several disciplines on topical issues and new trends in humanities and health.

¿ESTAMOS ABORDANDO EL PROBLEMA DE LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LOS HOSPITALES DESDE LA PERSPECTIVA CORRECTA?

Mònica Ballester Roca

Resumen: La alta prevalencia de los eventos adversos para la seguridad del paciente en la atención hospitalaria es un hecho, tal como muestran estudios recientes. El enfoque viene siendo la creación de unidades funcionales de seguridad del paciente, el fomento de una cultura de seguridad del paciente, la implantación de sistemas de notificación voluntarios o la aplicación de prácticas seguras, entre otros. Pero un análisis de las causas raíz de los eventos adversos, muestra una serie de factores organizativos presentes en los hospitales que contribuyen a que la labor asistencial se realice de manera insegura y los profesionales cometan errores: la capacitación de los profesionales, la supervisión de los médicos en formación, la formación, ratios y turnos de enfermería, los problemas de comunicación en los equipos, la sobrecarga de trabajo, la atención médica continuada, la atención a las condiciones médicas de los pacientes quirúrgicos, los fallos en la respuesta emergente, el incumplimiento de protocolos o la sobreocupación de camas hospitalarias. Es necesario pues que los gestores sanitarios cambien su enfoque hacia estos factores para reducir el impacto de los problemas de seguridad del paciente.

Palabras clave: *seguridad del paciente /cultura de seguridad del paciente/ eventos adversos/ liderazgo/gestión sanitaria.*

Abstract: PATIENT SAFETY IN HOSPITAL CARE: ARE WE ADDRESSING IT FROM THE RIGHT PERSPECTIVE?

Recent studies show high rates of patient safety adverse events in hospital care. The approach has been the creation of patient safety units, promotion of a safety culture, implementation of voluntary notification systems or the application of safe practices, among others. But an analysis of the root causes of adverse events shows a series of organizational factors existing in hospitals that contribute to unsafe work and human error: staff training, supervision of doctors in learning, team communication problems, work overload, nursing training, ratios and shifts, continued medical care, care for the medical conditions of surgical patients, failures in the emergency response, non-compliance with procedures or over-occupancy of hospital beds. It is necessary that healthcare managers change their approach to these factors to reduce the impact of patient safety problems.

Keywords: *patient safety/ patient safety culture/ adverse events/ leadership/ healthcare management.*

Artículo recibido: 16 octubre 2019; **aceptado:** 10 febrero 2020.

DAÑO A LOS PACIENTES

La mayoría de los artículos referidos a la seguridad del paciente empiezan citando las fuentes ya clásicas como *To Err is human*¹, o los estudios ENEAS² y APEAS³, etc. Dichos trabajos arrojan cifras entre el 3% y el 9,3% de pacientes hospitalizados que sufren daños relacionados con la atención sanitaria, los

denominados *eventos adversos* según la taxonomía de la Organización Mundial de la Salud⁴. Pero trabajos más recientes, realizados utilizando la herramienta Global Trigger Tool -desarrollada por el Institute for Healthcare Improvement⁵-, muestran prevalencias de eventos adversos de alrededor del 37% en pacientes quirúrgicos⁶ y del 35% en pacientes hospitalizados⁷. La magnitud del problema es, por tanto, elevada.

En los informes de la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁸ se plantea la seguridad del paciente como uno de los principales problemas de salud pública de los países desarrollados. Como ello se lleva proponiendo hace muchos años, las autoridades sanitarias (OMS, Ministerio de Sanidad, Consejerías de Salud) han incorporado en sus agendas planes y estrategias de seguridad del paciente que, en muchos casos, han proporcionado a los centros sanitarios herramientas válidas para gestionar algunos aspectos relevantes de la seguridad del paciente. Son los programas de higiene de manos, listados de verificación de cirugía segura, estrategias para la reducción de las caídas de pacientes, de los errores de medicación, de las lesiones por presión, programas Zero para la reducción de las infecciones nosocomiales en las unidades de cuidados intensivos o en cirugía, por citar ejemplos destacados. Sin embargo, los profesionales, que estamos directamente implicados en la seguridad del paciente y vemos la realidad de los hospitales, tenemos la sensación de que solamente estamos detectando la famosa ‘punta del iceberg’ de los eventos adversos. Y que, con nuestras actuaciones, únicamente estamos poniendo parches a un problema que tiene unas profundas raíces en los modelos organizativos de los hospitales.

En este artículo se analiza cuáles son aquellos factores presentes en las organizaciones sanitarias (básicamente en hospitales de agudos, aunque muchos son extrapolables a otros niveles asistenciales) que no causan directamente daño a los pacientes, pero que sin embargo contribuyen de manera significativa a que los profesionales trabajen de manera insegura y cometan errores. Para ello me basaré en la experiencia de más de 12 años investigando incidentes de seguridad del paciente

mediante la técnica del análisis de la causa raíz⁹, metodología estructurada y sistemática que profundiza en la causalidad de los eventos adversos, llegando a las causas raíz de los mismos. Es sobre estas causas que hay que actuar para prevenir, de manera efectiva, la aparición de nuevos eventos adversos.

¿POR QUÉ SE PRODUCEN DAÑOS DERIVADOS DE LA ATENCIÓN SANITARIA?

James Reason, profesor emérito del departamento de Psicología de la Universidad de Manchester, estudió por qué se producen errores humanos, ya sea en la aviación (sector en el que realizó muchas de sus investigaciones) o en los hospitales¹⁰. Según Reason, para que se produzca un daño a un paciente, en primer lugar, se producen una serie de decisiones directivas y de organización. Éstas, normalmente, se toman en puestos alejados de los puntos donde se prestan los servicios sanitarios. Implican a los circuitos de trabajo, los sistemas información, las ratios de personal, las cargas de trabajo, los mecanismos de incorporación de nuevos profesionales, la reposición de equipamientos y un largo etcétera.

A continuación, existen en los lugares de trabajo determinadas condiciones de trabajo como la fatiga de los profesionales, la sobrecarga de trabajo, los equipamientos que no funcionan correctamente, los problemas de comunicación entre los miembros de los equipos, el incumplimiento de los protocolos asistenciales o la inexperiencia. Todo ello se considera como 'condiciones latentes' del sistema sanitario.

Finalmente (y generalmente como consecuencia de ello) se produce un error humano o acción insegura, que consiste en una acción u omisión cometida por los profesionales que están en contacto con los pacientes, y que precipita el daño a los mismos (Figura 1). Así, en una perspectiva sistémica, los errores no son considerados como causas sino como consecuencias, teniendo sus orígenes no en una supuesta perversidad humana sino en factores organizacionales preexistentes. No podemos cambiar la condición humana, pero podemos cambiar las condiciones bajo las que

trabajan los humanos. Esto último es una buena noticia: podemos y debemos actuar haciendo cambios en las organizaciones sanitarias.

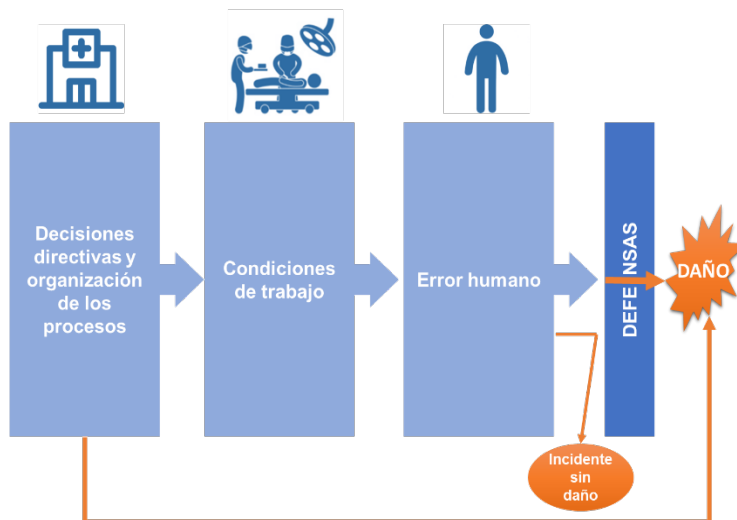


Figura 1. Mecanismo de producción de daños a los pacientes. Adaptado de Reason¹⁰

Nuestras organizaciones sanitarias, lejos de ser entornos completamente seguros, se asemejan a una serie de capas de queso suizo con agujeros. Cada capa sería una de las defensas del sistema, que pueden ser: medidas de diseño (alarmas, barreras físicas, paradas automáticas), medidas que recaen en las personas (cirujanos, anestesistas, enfermeras) y otras que dependen de los procedimientos y controles administrativos. Estas capas no son sólidas y, además, son móviles. Cuando los agujeros se alinean, permiten la trayectoria hacia el daño al paciente (Figura 2)

En nuestra experiencia, cuando estudiamos un evento adverso siempre encontramos, para asombro de los profesionales involucrados en los análisis, que 'han fallado muchas de las cosas que habitualmente no fallan'. Se produce una combinación de fallos del sistema y de errores humanos, posibilitando así que un riesgo potencial se materialice en un daño al paciente. A través del análisis de las causas raíz de los eventos adversos o daños a pacientes, se detectan la mayoría de

las condiciones latentes presentes en las organizaciones, que están en la base de los problemas de seguridad del paciente.

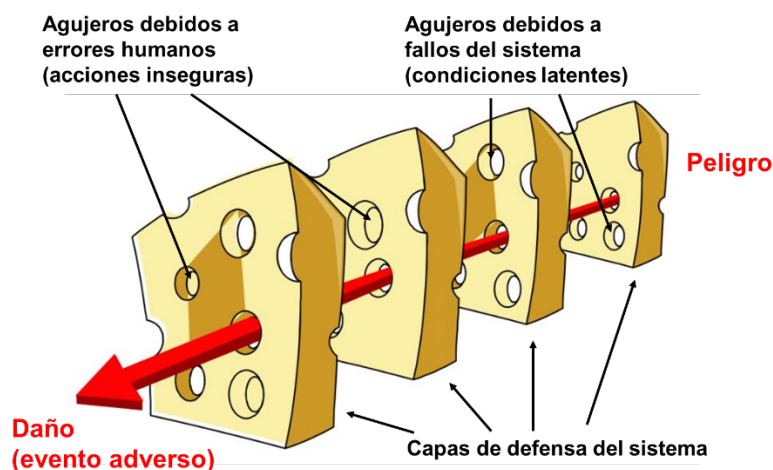


Figura 2. El modelo del queso suizo

¿CÓMO ESTAMOS ABORDANDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE?

Las propuestas de actuación frente al problema de la seguridad del paciente desde las instancias administrativas y organizaciones sanitarias son, en la mayoría de los casos, las siguientes:

- Implantar un sistema de notificación de incidentes y eventos adversos relacionados con la seguridad del paciente que permita, a cualquier profesional, de manera voluntaria y anónima, si lo desea, notificar incidentes.
- Evaluar los riesgos para la seguridad del paciente presentes en las diversas áreas del centro, a través de la elaboración de mapas de riesgos, utilizando metodologías estandarizadas como el análisis de modos de fallo y efectos (AMFE¹¹).
- Constituir unidades funcionales, o núcleos de seguridad del paciente, destinados a investigar y analizar los incidentes y eventos adversos detectados. Deben estar constituidos por profesionales con formación, dedicación y medios adecuados.

- Analizar los incidentes y eventos adversos con una metodología estandarizada como el análisis de la causa raíz (ACR) definida según el protocolo de Londres. Con intención no punitiva, sino enfocada hacia el aprendizaje y la mejora organizacional. Difundir entre los profesionales las medidas correctoras que se implantan a partir de los incidentes notificados, para estimular la notificación.
- Implantar aquellas prácticas seguras que han probado su efectividad en la reducción de los daños a los pacientes: listados de verificación (por ejemplo, el de cirugía segura), prevención de caídas, de infecciones relacionadas con la asistencia, higiene de manos, seguridad en el uso de medicamentos, seguridad transfusional, etc.
- Fomentar una cultura de seguridad del paciente: ésta es una competencia de la alta dirección que se puede ejercer potenciando la formación en seguridad del paciente de los profesionales, mandos intermedios y directivos, así como de la implicación y ejemplaridad de los directivos y mandos. Para ello, son útiles herramientas como las rondas de seguridad, en que los directivos visitan las áreas de trabajo para observar las prácticas seguras y hablar con los profesionales sobre aspectos de seguridad del paciente.
- Disponer de un cuadro de mando con indicadores de seguridad del paciente que permita hacer un seguimiento a varios niveles (directivo, de mandos intermedios y profesionales).
- Poner en marcha procedimientos para gestionar eventos adversos graves e inesperados, incluyendo programas de apoyo a los profesionales (segundas víctimas).
- Realizar sesiones de morbilidad en los servicios médicos, destinadas a evaluar las muertes y las complicaciones, y así poder proponer acciones de mejora.
- Implantar programas de *feedback* de los errores médicos en los servicios, con el fin de proporcionar un aprendizaje a partir de los errores diagnósticos y terapéuticos.

Todas estas actuaciones son necesarias. La mayoría han demostrado su efectividad en numerosos trabajos publicados y, por tanto, estas actuaciones deben continuar realizándose. Incrementando incluso los medios que se destinan actualmente. Muchos responsables de seguridad del paciente están motivados, pero lo cierto es que cuentan con muy pocos medios humanos y materiales, escaso o nulo apoyo por parte de sus directivos y, además, están cansados de luchar contracorriente en sus organizaciones.

¿HAY ALGO MÁS?

Cuando en una organización sanitaria, en concreto un hospital, se han puesto en marcha todas estas iniciativas y (durante un período de tiempo razonable y con herramientas sistemáticas) se han ido analizando los daños de los pacientes, se aprende que existen una serie de factores presentes en la génesis de la mayoría de los eventos adversos, que están totalmente aceptados por gestores y profesionales que forman parte de la organización, incorporados a los marcos mentales de todos los trabajadores sanitarios. Además, son costosos de resolver, pues requieren de mejora de procesos de trabajo y recursos. Aunque esta última afirmación es relativa: desafortunadamente, en los hospitales no disponemos de herramientas para calcular los costes de la no-seguridad. Si pudiéramos hacerlo, veríamos cuán coste-eficiente sería la resolución de estas situaciones de base. Existen datos muy significativos provenientes de una exhaustiva revisión publicada por el Ministerio de Sanidad español¹². Una bacteriemia nosocomial tenía, en 2005, un coste medio de 37.398 euros, una dehiscencia de herida 23.230 euros, un neumotórax iatrogénico 9.973 euros, una neumonía asociada a ventilación mecánica entre 9.633 y 15.293 euros, una infección nosocomial del tracto urinario entre 930 y 972 y un evento adverso relacionado con la medicación entre 3.315 y 5.584 euros. A pesar del sufrimiento humano que está detrás de todos estos eventos adversos, y de los importantísimos costes para el sistema sanitario, no suelen estar en las agendas de los gestores

sanitarios, o están con una muy baja prioridad en relación con otros objetivos como el cumplimiento de la actividad pactada y del presupuesto asignado.

¿CUÁLES SON ESTAS CONDICIONES LATENTES DE LAS ORGANIZACIONES QUE FAVORECEN LA APARICIÓN DE EVENTOS ADVERSOS?

El análisis de los eventos adversos detecta como causas raíz, con una amplia evidencia al respecto, los siguientes factores organizativos:

1. Problemas de comunicación entre los miembros de los equipos

Éste es el factor contribuyente que se encuentra con más frecuencia en los análisis. En el día a día de los profesionales de la salud existen barreras para la efectiva comunicación entre ellos. Pensemos, por ejemplo, en el trabajo en las unidades de hospitalización. Médicos y enfermeras ya no suelen realizar el pase conjunto de visita a los pacientes ingresados y se comunican muchas veces a través de los sistemas informáticos, anotaciones en la historia clínica electrónica, registros de enfermería, programas de prescripción y registro de la administración electrónicos, etc. Además, las comunicaciones no planificadas y estructuradas generan gran cantidad de interrupciones en el trabajo, como por ejemplo durante la administración de medicación por parte de las enfermeras, con el riesgo de errores que ello comporta.

En muchos eventos adversos observamos cómo los registros clínicos pueden ser incompletos o inexactos, por ejemplo, cuando otro especialista visita un paciente, a petición de su médico responsable, y no lo registra en su historia clínica. O un registro incompleto de constantes vitales por parte de una enfermera.

También detectamos deficiencias en la comunicación entre turnos de trabajo (por ejemplo, entre turnos de enfermería en las unidades de hospitalización, en urgencias, en unidades de críticos). Por motivos económicos, muchos hospitales no contemplan un tiempo de solapamiento entre turnos, lo que

permitiría a los profesionales dedicar unos momentos preciosos a compartir informaciones relevantes para los cuidados y la seguridad de los pacientes.

Son frecuentes las dificultades de comunicación entre diferentes unidades del hospital, por ejemplo, en el momento de transferencia de pacientes desde urgencias, o de unidades de críticos, a unidades de hospitalización. La comunicación entre los anestesiólogos y enfermeras de los quirófanos con los de las unidades de reanimación postquirúrgica o de hospitalización convencional es claramente mejorable en muchos centros, lo que supone a veces se produce la complicación innecesaria de cirugías que han sido exitosas en dichas unidades.

Otro ejemplo serían las dificultades, que se experimentan en muchos bloques quirúrgicos para implantar correctamente el listado de verificación de cirugía segura propugnado por la OMS. Se observa frecuentemente que los profesionales lo ven como un tedioso trámite impuesto desde los departamentos de calidad de los hospitales y lo han desvirtuado. Los problemas de comunicación en los equipos quirúrgicos pueden llevar a daños como la cirugía errónea (en el paciente erróneo, el lado o el nivel erróneos), los derivados de la falta de material quirúrgico, de la pérdida de muestras quirúrgicas o de unos cuidados postoperatorios inadecuados¹³.

En general, la atención en los hospitales ha evolucionado en los últimos años hacia una medicina fragmentada¹⁴, donde diversos profesionales ven únicamente una parte de las dolencias de cada paciente y no se comunican adecuadamente entre ellos. Ello, unido al aumento de la complejidad, la comorbilidad, la cronicidad y la fragilidad de los pacientes, conlleva riesgos estructurales para la seguridad del paciente.

2. Sobrecarga de trabajo

La sobrecarga de trabajo puede ser puntual o estructural en todo un hospital o en algunas áreas determinadas (urgencias, hospitales de día, unidades de hospitalización), en ocasiones como consecuencia de plantillas

infradimensionadas respecto a las cargas de trabajo. Es muy típico el caso de hospitales que, habiendo incrementado significativamente la actividad quirúrgica, por ejemplo, hayan aumentado en proporción mucho menor los recursos humanos del área quirúrgica y de esterilización, con lo que sus profesionales están sobrecargados.

No obstante, gran parte de la carga de trabajo se debe a un mal diseño de los procesos de trabajo. Nuestros hospitales funcionan, en la mayoría de los casos, del mismo modo desde hace años, sin que expertos en organización del trabajo hayan analizado y mejorado dichos procesos. Así, se generan múltiples duplicidades e ineficiencias, como por ejemplo: tiempo perdido buscando a profesionales, reclamando resultados de pruebas, tiempo de espera de los pacientes para realizar una exploración complementaria que alarga innecesariamente su estancia, repetición de pruebas, burocracia innecesaria, preoperatorios caducados porque no se ha operado a pacientes en lista de espera o pacientes programados que no pueden ser intervenidos por falta de preoperatorio, y un largo etcétera.

La sobrecarga de trabajo, aparte de los efectos psicosociales sobre la salud laboral de los trabajadores, hace que éstos den menos importancia a los controles, verificaciones y cumplimiento de prácticas seguras, priorizando el cumplimiento de la actividad asistencial por encima de la seguridad. Por consiguiente, es más fácil que se produzcan interrupciones y distracciones, sin duda condiciones poco favorables para la seguridad del paciente.

El personal de enfermería es el que pasa más tiempo en contacto con el paciente. Todos aquellos factores de organización del trabajo que pueden ocasionar sobrecarga de trabajo o estrés en las enfermeras tendrán un impacto muy directo en la seguridad del paciente. Algunos estudios han encontrado que, por un lado, los turnos de enfermería de 12 horas (muy frecuentes en los hospitales, en especial para cubrir los fines de semana) multiplican por 3 la probabilidad de cometer errores.^{15,16} Y, por otro lado, las ratios de enfermeras por

paciente también se ha demostrado que tienen un efecto directo sobre la seguridad del paciente: por cada paciente de más, se incrementa un 7% mortalidad a los 30 días^{17,18}. En diversos hospitales de agudos de Catalunya existen turnos de mañana con ratios de 1/8 hasta 1/14, con una gran variabilidad. El estudio citado muestra ratios de 1/5,2 de media en Noruega. La creciente complejidad, fragilidad y comorbilidad de los pacientes hace necesaria la revisión de las ratios de enfermería en los hospitales.

3. Falta de cumplimiento de protocolos y procedimientos

Los protocolos y procedimientos tienen, entre otras, una función muy importante: estandarizar la práctica asistencial. Deben nacer de la evidencia científica, delimitar muy bien las tareas y las funciones de los diferentes miembros del equipo y proporcionar el estándar de trabajo más adecuado. Pero muy frecuentemente dichos protocolos y procedimientos no existen o, si existen, los profesionales que los deben aplicar no los conocen porque nadie se los ha comunicado, ni se les ha formado para aplicarlos o, directamente, los profesionales a pesar de conocerlos no los aplican. Esto último pasa porque los profesionales, muy especialmente los médicos, no creen en ellos, no se les ha involucrado en su confección, los consideran una pérdida de tiempo y prefieren su manera de hacer de siempre, y porque tampoco existen incentivos para su cumplimiento ni penalizaciones por su incumplimiento¹⁹. Parece ser que el concepto de estandarización no convive muy bien con el concepto de medicina como arte.

En concreto, determinados protocolos, que son muy transversales a la práctica en las diferentes áreas de hospital, no se cumplen por una parte significativa de los profesionales. Sería el caso de los protocolos de manejo de las glucemias, del dolor, de los estados confusionales, o de la prevención de caídas, la identificación activa de los pacientes o la administración de medicación. Y, a pesar de las campañas sistemáticas, las evaluaciones y la formación continuada,

una práctica aparentemente tan sencilla como la higiene de manos persiste con un bajo grado de cumplimiento^{20,21}.

Los hospitales en general emplean muy poco tiempo para la formación de sus profesionales en la utilización de protocolos. La formación es muy costosa, en términos de dedicación horaria de los trabajadores y de los formadores, y no se visualiza como necesaria por parte de muchos gestores. Además, se tiende a considerar que los profesionales, gracias a su formación de base, ya estarán capacitados para aplicar nuevos protocolos.

4. Atención a las condiciones médicas de los pacientes quirúrgicos

La creciente superespecialización de los cirujanos, así como el incremento de la morbilidad y la polimedicación de los pacientes, han conducido a que, en la asistencia a los pacientes, una gran parte de los cirujanos centren su atención principalmente en el objeto de su intervención. Muchos cirujanos desatienden otros aspectos clave para la seguridad del paciente, como la conciliación de medicamentos al ingreso y al alta hospitalaria, la prevención y tratamiento de la infección nosocomial, el control de glucemias o función renal, el manejo de los estados confusionales y el delirium, lo que denota sin duda una evidente falta de visión holística del paciente.

Existe un vivo debate en los hospitales sobre si los cirujanos, como médicos responsables del paciente, deben ser los que manejen todos los aspectos clínicos del paciente, puesto que han sido formados como médicos, o si, por el contrario, debe haber una cooperación entre servicios médicos y quirúrgicos. En este segundo supuesto, los cirujanos se encargarían de los aspectos directamente relacionados con la intervención quirúrgica, mientras que los especialistas médicos tendrían a su cargo todas las demás variables. La evidencia parece ir más encaminada a lo último. Algunos hospitales están poniendo en marcha unidades de ortogeriatría²² y proyectos de asistencia compartida²³ entre los servicios de

medicina interna o geriatría y las especialidades quirúrgicas, con muy buenos resultados.

5. Fallos en la respuesta a la parada cardiorrespiratoria (PCR)

Los pacientes que, después de superar con éxito una cirugía o de ser estabilizados tras un problema médico, pueden sufrir durante su ingreso un deterioro más o menos brusco de su estado de salud que acabe en una PCR. Para prevenirlo, o actuar rápida y eficazmente en caso de que se produzca, los hospitales deben disponer de protocolos de detección precoz de los signos predictivos de paro y de reanimación cardiorrespiratoria. Y, además, se debe proporcionar formación: tanto a los equipos de reanimación cardiorrespiratoria, en la que se ejercite el liderazgo y las funciones de los diferentes miembros, como a los profesionales de enfermería de las unidades de hospitalización para que detecten los signos predictivos de una PCR, proporcionen el soporte vital básico y sepan actuar de apoyo a los equipos de reanimación hospitalarios. Asimismo, todas las áreas donde se atienden pacientes deben de disponer de carros de paro debidamente equipados y revisados de manera constante. Todo ello es costoso y no todos los hospitales deciden invertir en ello. Organizar, por ejemplo, la formación en soporte vital básico cada 3 años para los equipos de enfermería de un hospital requiere una logística importante, cubrir a los profesionales que están en el curso y pagar a los formadores. Es mucho más fácil pensar que esos profesionales de enfermería ya vienen de la carrera con esta formación y no hacer nada al respecto. Se ha demostrado que el rol de la enfermería en la detección y rápida actuación en casos de PCR en pacientes ingresados es clave para su pronóstico²⁴.

6. Atención médica continuada

El nivel de atención que reciben los pacientes en los hospitales es muy diferente los días laborables de 8 a 17 horas que a partir de las 17 horas o en

festivos. Los hospitales reducen sus plantillas, tanto las ratios de enfermería como la presencia médica. De hecho, se estima que mientras un paciente está ingresado la cobertura por el equipo médico habitual es sólo del 27% del tiempo de permanencia en el hospital²⁵. El resto del tiempo, la atención médica está cubierta por los médicos de guardia, profesionales que están trabajando en urgencias y deben abandonar a sus pacientes para acudir a las llamadas de las enfermeras de las unidades de hospitalización. Así, se producen retrasos en la atención y los profesionales de enfermería frecuentemente se sienten desamparados ante el enfermo en turnos de noche o fines de semana. Algunas especialidades tienen guardias no presenciales, con lo que se pueden producir retrasos en la atención médica especializada. O guardias unipersonales, lo cual significa que el especialista, si está atendiendo un quirófano urgente, no puede acudir a la llamada de la enfermería para un paciente de planta.

Está ampliamente descrito el *weekend effect* o efecto fin de semana: los pacientes que son ingresados durante el fin de semana tienen mayor morbimortalidad que el resto²⁶. Estudios recientes muestran que los pacientes intervenidos de forma programada tienen una probabilidad de morir un 44% superior si la intervención se realiza en viernes, y hasta un 82% si es en sábado o domingo²⁷. A diferencia de los días intersemanales, generalmente los pacientes no son visitados por ningún médico los fines de semana, a no ser que su estado de salud empeore y ello sea detectado por la enfermería, quienes avisan a los médicos de guardia. Se une a ello una menor disponibilidad de servicios diagnósticos y terapéuticos. Ello condiciona las decisiones diagnósticas y terapéuticas de los médicos de guardia y genera demoras en la atención.

7. Formación de los profesionales de enfermería

En 2009 un caso conmocionó la sanidad española: un bebé falleció en la unidad de neonatología de un hospital por un error de administración de la nutrición enteral, que le fue administrada por vía parenteral. En 2012, la enfermera fue

juzgada y considerada culpable de un delito de homicidio por imprudencia grave y se le impuso una pena de inhabilitación para el ejercicio de su profesión durante un año y seis meses. Cuando se analiza el caso, entre otros factores contribuyentes, se descubre que la joven enfermera, que no tenía experiencia en neonatología, fue asignada por la supervisora a esa unidad para realizar "una labor de aprendizaje, sin atribución de funciones concretas". Era su primer día en el servicio y estuvo supervisada hasta que las otras enfermeras tuvieron que atender a otro bebé y le solicitaron que administrara la nutrición enteral al bebé. La enfermera confundió la vía, pues previamente había administrado nutriciones por vía parenteral, el color blanco de la solución enteral era similar al de nutriciones parenterales y se podía conectar sin problemas una nutrición enteral a una vía parenteral.

Episodios como éste ponen de relieve la importancia de una correcta asignación de los profesionales, en función de su capacitación, así como su supervisión por personal más experimentado hasta que sepan desempeñar correctamente las tareas que les son asignadas. A diferencia de otros sectores de riesgo, como por ejemplo la aviación o las centrales nucleares, en que se asigna a los trabajadores a los puestos de trabajo cuando están totalmente capacitados para realizar las funciones de su puesto, en los hospitales es frecuente poner a profesionales inexpertos en primera línea asistencial sin una correcta capacitación, sin haber recibido formación sobre los sistemas de información, las prácticas seguras o el funcionamiento de los equipos que van a utilizar. Ello les genera un importante estrés. Van aprendiendo sobre la marcha y en muchas ocasiones gracias a sus compañeros que les van instruyendo. La supervisión y formación en el puesto de trabajo por parte de compañeros más experimentados puede suponer un estrés y una sobrecarga de trabajo para estos últimos que, a su vez, pueden favorecer los errores.

En los hospitales docentes, es necesario que los docentes de enfermería tengan un conocimiento de los niveles de atribuciones de los estudiantes en

formación y de los objetivos docentes de cada año, para que no les sean asignadas tareas para las cuales aún no están capacitados. Asimismo, la organización debe prever, dentro de su horario de trabajo, el tiempo necesario para una correcta supervisión.

La mayoría de los hospitales disponen de las denominadas enfermeras 'corretornos': profesionales no asignados a un área específica, sino que prestan sus servicios a diferentes unidades según las necesidades de las mismas, en función de la cobertura de bajas laborales o picos de actividad. La existencia de estas figuras es necesaria para las políticas de polivalencia en la gestión de profesionales y la cobertura de los puestos de enfermería, pero debería priorizarse la estabilidad de los equipos y su especialización en los cuidados de cada área específica.

En períodos de verano se incorporan numerosos profesionales de enfermería para substituir las vacaciones del personal habitual. Son más frecuentes los errores en estos profesionales noveles^{18,28}. Cuando se estudia la incidencia de las infecciones nosocomiales o la contaminación de las muestras microbiológicas en los hospitales, se observa un incremento de las mismas en los períodos de verano, muy probablemente relacionado con las prácticas inseguras de estos profesionales de enfermería más inexpertos.

8. Supervisión y responsabilidad progresiva de los médicos en formación

Los hospitales docentes tienen un rol clave en la formación de los médicos. Actualmente, la formación y capacitación de los médicos no se concibe sin su paso por los hospitales, pero ello no debería suponer una merma en la seguridad del paciente. Es imprescindible pues que los tutores de la formación sanitaria especializada conozcan y apliquen los protocolos de supervisión y responsabilidad progresiva de los residentes. La capacitación y, por tanto, la responsabilidad de los residentes se va incrementando durante la residencia, al mismo tiempo que decrece la necesidad de supervisión por parte de tutores, médicos adjuntos y

residentes seniors. Esto es particularmente sensible en el área de urgencias, donde en algunos eventos adversos analizados se detectan residentes insuficientemente supervisados, con poco apoyo por parte de los médicos de plantilla y asumiendo responsabilidades que no les competen por su nivel de formación.

9. Alto índice de ocupación de camas hospitalarias

En los últimos años hemos asistido a un progresivo cierre de camas hospitalarias con el objetivo del ahorro económico. Se ha potenciado alternativas al ingreso hospitalario, como los hospitales de día o la hospitalización a domicilio. No obstante, las enfermedades crónicas suponen un reto para los sistemas sanitarios y las agudizaciones requieren ingresos en centros de agudos, si no existen alternativas para su atención. Ello sitúa las ocupaciones por encima del 98%, para optimizar recursos, lo que supone una sobrecarga asistencial. La consecuencia es que los profesionales de primera línea asistencial están más estresados y son más proclives a cometer errores. Algunos estudios han determinado que, por encima de una ocupación del 92,5%, se produce un incremento de la mortalidad^{25,29}

Una de las consecuencias de la alta ocupación es que puede generar gran número de cambios de cama de los pacientes durante su estancia hospitalaria, con los riesgos que puede comportar: errores diagnósticos y terapéuticos asociados a errores de identificación, en especial si no se realiza una buena identificación activa de pacientes.

Otra consecuencia es el gran número de pacientes 'ectópicos', es decir, aquéllos que se encuentran ingresados en unidades de una especialidad distinta a la que le atiende. Se ha detectado mayor mortalidad en los pacientes ectópicos³⁰ y los profesionales perciben la existencia de estos pacientes como un factor de riesgo para su seguridad. Ello tiene que ver en gran parte con la especialización del personal enfermería: un paciente quirúrgico atendido en una unidad de

medicina interna será atendido por un equipo de enfermería menos especializado en las curas quirúrgicas, en la medicación habitual en ese tipo de pacientes, la detección y manejo de las posibles complicaciones, etc. También está relacionado con el desplazamiento de los médicos desde su planta habitual a otras, los problemas de comunicación con equipos no habituales, los entornos no apropiados para los pacientes y la desorientación de los pacientes trasladados³¹.

CONCLUSIONES

Si bien se ha avanzado mucho en la seguridad del paciente en los últimos años, con la creación de unidades funcionales y la implantación de prácticas seguras en los hospitales, es necesario volver la vista hacia las causas raíz de los problemas de la seguridad del paciente. Hasta que no abordemos las condiciones latentes en el sistema, con la complejidad y la inversión económica que ello supone, seguiremos teniendo altas cifras de eventos adversos o iatrogenia en nuestros sistemas sanitarios. Reason propone un símil muy adecuado: imaginemos que sufrimos una plaga de mosquitos. Podemos intentar eliminarlos matándolos uno a uno, pero se seguirán reproduciendo hasta que no drenemos las charcas donde se multiplican. Los errores humanos serían los mosquitos, mientras que en las charcas encontraríamos las condiciones latentes que originan los problemas de seguridad del paciente. Con este nuevo enfoque, los gestores tienen que dejar de ver la seguridad del paciente como algo que se trabaja desde los departamentos de calidad, asumir la existencia de factores organizacionales originados en gran parte por las decisiones directivas y ejercer un liderazgo potente para evitar futuros daños a los pacientes en sus organizaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kohn, LT, Corrigan J, & Donaldson MS. (2000). To err is human: Building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press.
2. Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización, ENEAS. Ministerio de Sanidad. Madrid 2005 [consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://www.seguridadelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2006/ENEAS.pdf>
3. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud (APEAS) Ministerio de Sanidad. Madrid 2008 [consultado octubre 2019]. Disponible en: http://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/estudio_apeas.pdf
4. Marco Conceptual de la Clasificación Internacional para la Seguridad del Paciente. Organización Mundial de la Salud, Geneva 2009 [consultado octubre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/patientsafety/implementation/icps/icps_full_report_es.pdf
5. Hibbert PD, Molloy CJ, Hooper TD, Wiles LK, Runciman WB, Lachman P, Muething SE, Braithwaite J. The application of the Global Trigger Tool: a systematic review. *Int J Qual Health Care*. 2016;28:640-649. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw115>
6. Pérez Zapata AI., Gutiérrez Samaniego M., Rodríguez Cuéllar E., Andrés Esteban EM., Gómez de la Cámara A., Ruiz López P. Detección de efectos adversos en cirugía general mediante la aplicación de la metodología «Trigger Tool». *Cir Esp*.2015;93:84–90. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2014.08.007>
7. Guzmán-Ruiza O., Ruiz-López P., Gómez-Cámara A., Ramírez-Martín M. Detección de eventos adversos en pacientes adultos hospitalizados mediante el método Global TriggerTool. *Rev Calid Asist*. 2015;30:166-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.03.003>
8. Consejo Ejecutivo, 144. (2018). Seguridad del paciente: medidas mundiales en materia de seguridad del paciente: informe del Director General. Organización Mundial de la Salud. Geneva 2018 [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/327527>.
9. Taylor-Adams S, Vincent C. Systems analysis of clinical incidents. The London protocol [Consultado octubre 2019]. London, 2004 Disponible en: https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/surgery-cancer/pstrc/londonprotocol_e.pdf
10. Reason J. Human error: models and management. *BMJ* 2000;320:768–70. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

11. Govindarajan R, Molero J, Tuset V, Arellano A, et al. El análisis modal de fallos y efectos (AMFE) ayuda a aumentar la seguridad en radioterapia. Rev Calidad Asistencial. 2007;22:299-309. [https://doi.org/10.1016/S1134-282X\(07\)71238-1](https://doi.org/10.1016/S1134-282X(07)71238-1)
12. Revisión bibliográfica sobre trabajos de costes de la “no seguridad del paciente”. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2008 [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CostesNoSeguridadPacientes.pdf>
13. Haynes, AB. et al. A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. N Engl J Med 2009; 360:491-499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
14. Stange, KC. The Problem of Fragmentation and the Need for Integrative Solutions. Ann Fam Med. 2009; 7: 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.971>
15. Varela J. Unidades de hospitalización (1): enfermeras y seguridad clínica. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/11/unidades-de-hospitalizacion-1.html>
16. Rogers AE, Hwang WT, Scott LD, Aiken LH, Dinges DF. The working hours of hospital staff nurses and patient safety. Health Aff. 2004;23:202-212. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.23.4.202>.
17. Varela J. Enfermeras: (+) formación (-) cargas de trabajo = (-) mortalidad. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/04/enfermeras-formacion-cargas-mortalidad.html>
18. Aiken, Linda H et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. The Lancet, 383:1824 – 1830 [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
19. Grol R., Grimshaw J. From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care. Lancet 2003; 362: 1225–30. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14546-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14546-1)
20. Erasmus V, Daha TJ, Brug H, Richardus JH, Behrendt MD, Vos MC, van Beeck EF. Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31:283-94. <https://doi.org/10.1086/650451>
21. Al-Tawfiq JA, Pittet D. Improving hand hygiene compliance in healthcare settings using behavior change theories: reflections. Teach Learn Med. 2013;25:374-82. <https://doi.org/10.1080/10401334.2013.827575>.

22. González Montalvo JI, Alarcón Alarcón T, Pallardo Rodil P, Gotor Pérez P, Mauleón Álvarez de Linera JL, Gil Garay E. Ortogeriatría en pacientes agudos (I). Aspectos asistenciales. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008;43:239-51. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(08\)71189-2](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(08)71189-2).
23. Montero Ruiz E. Asistencia compartida (comanagement). Rev Clin Esp. 2016;216:27-33. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2015.05.006>
24. Odell M, Victor C, Oliver D. Nurses' role in detecting deterioration in ward patients: systematic literature review. J Adv Nurs. 2009;65:1992-2006. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05109.x>
25. Varela J. Unidades de hospitalización (2): ocupación, fines de semana y Seguridad. Blog Avances en Gestión clínica. Barcelona 2014. [Consultado octubre 2019]. Disponible en: <http://gestionclinicavarela.blogspot.com/2014/12/unidades-de-hospitalizacion-2-ocupacion.html>
26. Lilford RJ, Chen YF. The ubiquitous weekend effect: moving past proving it exists to clarifying what causes it. BMJ Qual Saf 2015;24:480–482. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004360>.
27. Aylin P, Alexandrescu R, Jen M H, Mayer E K, Bottle A. Day of week of procedure and 30 day mortality for elective surgery: retrospective analysis of hospital episode statistics. BMJ 2013; 346 :2424. <https://doi.org/10.1136/bmj.f2424>.
28. Westbrook J, Rob M, Woods A, Parry D. Errors in the administration of intravenous medications in hospital and the role of correct procedures and nurse experience. BMJ Qual Saf 2011;20:1027e1034. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000089>.
29. Kuntz L, Mennicken R, Scholtes S. Stress on the Ward: Evidence of Safety Tipping Points in Hospitals. Management Science 2015; 61: 754-771. <https://doi.org/10.1287/mnsc.2014.1917>
30. Cabrera Torres E, García Iglesias MA, Santos Jiménez MT, González Hierro M, Diego Domínguez ML. Los ingresos ectópicos y su relación con la aparición de complicaciones y estancias prolongadas. Gac Sanit. 2019;33(1):32-37. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.012>.
31. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. BMJ Qual Saf. 2012. 218-224. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000280>.

Mònica Ballester Roca

Directora de Calidad, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol
Instituto Catalán de la Salud.

mballesterr.germanstrias@gencat.cat

Cómo citar este artículo:

Ballester Roca, M., “¿Estamos abordando el problema de la seguridad del paciente en los hospitales desde la perspectiva correcta?”, *Folia Humanística*, 2020; 1(2):1-22. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0060>.

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL ESPAÑOLA EN EL ÁREA DE SALUD: EL CASO DE GUINEA ECUATORIAL

Josep Lluís de Peray

Resumen: En este artículo se describe someramente la historia de la cooperación española en Guinea Ecuatorial, haciendo un recorrido desde la época colonial y destacando los principales hitos. Asimismo, se reflexiona sobre el sentido y alcance de la cooperación internacional pública y privada. Se detalla también el contexto geográfico, social, económico y político en el que se da la cooperación española en los últimos cincuenta años. Se explica sucintamente la situación de salud, la organización del sistema sanitario ecuatoguineano, su financiación y sus principales retos. Finalmente se presentan los contenidos de la cooperación sanitaria actual y los ámbitos principales de actuación.

Palabras clave: *cooperación en salud/ Guinea Ecuatorial/ España/ Historia.*

Abstract: SPANISH INTERNATIONAL HEALTH COOPERATION: THE CASE OF EQUATORIAL GUINEA

This article briefly describes the history of Spanish cooperation in Equatorial Guinea, taking a tour from the colonial era and highlighting the main milestones. It also reflects on the meaning and scope of public and private international cooperation. Geographical, social, economic and political context in which Spanish cooperation takes place in the last fifty years is also explained. Health situation, organization of Equatorial Guinean health system, its financing and its main challenges are briefly described. Finally, the contents of the current health cooperation and the main areas of action are presented.

Keywords: *health cooperation/ Equatorial Guinea/ Spain/ History*

Artículo recibido: 8 setiembre 2019; **aceptado:** 14 febrero 2020.

INTRODUCCIÓN

Este artículo trata de presentar la perspectiva de la cooperación española en materia de salud en Guinea Ecuatorial (GE). Para hacerlo se considerarán algunos conceptos sobre cooperación y ayuda al desarrollo, unos datos de contexto referidos a la geografía e historia, a la situación del sistema de salud y a la acción actual de la cooperación desde los aspectos institucionales hasta los operativos.

Seguramente este artículo, por su limitada extensión, no aborda más que superficialmente un tema de una complejidad y profundidad que requeriría muchas

más páginas. Esta limitación está además sesgada por la visión personal que trato de reflejar a través del conocimiento atesorado en mi trabajo en el país. He intentado minimizar los sesgos a través del conocimiento documental y de las conversaciones con algunos de los actores del pasado y del presente, tanto españoles como ecuatoguineanos. Seguramente al lector le suscitará más preguntas que respuestas. Estoy abierto a la interacción con él. He añadido bibliografía y comentarios en las notas a pie de página que pueden ayudar a tener una mejor comprensión y información sobre lo expuesto.

¿QUÉ ES LA COOPERACIÓN INTERNACIONAL?

La Cooperación Internacional (CI)^I es el conjunto de intervenciones que realizan entidades, privadas o públicas, con la finalidad de promover el progreso sostenible y, en la medida de lo posible, equitativo, en la esfera económica, social y cultural de un país, de una región, del mundo en general. La CI trata de promover una solidaridad internacional que tienda a hacer posible los derechos humanos¹ a través de diversas estrategias. La actual estrategia, a nivel global, son los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) propiciados por las Naciones Unidas², y que ayudarán a completar la Agenda 2030^{II}. Pero coexisten otras muchas estrategias, locales o sectoriales, con diversos alcances.

Los actores del sistema de CI son múltiples y actúan de muy distinta manera, pero caben distinguir los privados y los públicos. Esta distinción es relevante porque la responsabilidad es diversa. Una es ante la ciudadanía y la otra es ante los socios. Entre las privadas también hay que considerar las que pertenecen a instituciones con afán de lucro, sin que esto quiera decir que la cooperación que realizan sea para obtener beneficios económicos, y las que pertenecen a las organizaciones sin afán de

^I A veces también recibe el nombre de cooperación para el desarrollo o asistencia al desarrollo.

^{II} Organización de Naciones Unidas. La Agenda 2030. Es un plan de acción a favor de las personas, el planeta y la prosperidad, que también tiene la intención de fortalecer la paz universal y el acceso a la justicia. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/2015/09/la-asamblea-general-adopta-la-agenda-2030-para-el-desarrollo-sostenible/>

lucro. Dentro de las entidades sin afán de lucro encontraríamos: organizaciones no gubernamentales de desarrollo (ONGD), sindicatos, organizaciones de base, comités de solidaridad y otras nomenclaturas. No hay que desestimar la yuxtaposición de funciones cuando las ONGD realizan funciones y actividades del sector público y son financiadas por él. Este caso es cada vez más frecuente por el progresivo abandono a la sociedad civil del financiamiento de las entidades de cooperación del sector privado.

Por otro lado, se denomina Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD) a aquellos recursos, fundamentalmente económicos y técnicos, que las administraciones públicas dedican a los países en desarrollo para mejorar su estructura económica. Más tarde nos referiremos a este punto, pero adelantemos que van a ser donaciones y préstamos. Es decir, en parte, deuda. Pero es interesante señalarlo porque a veces los términos de CI y AOD se emplean como sinónimos.

Finalmente, otro concepto muy utilizado es el de ayuda humanitaria (AH) que es una forma de cooperación destinada a hacer frente a crisis humanitarias como desastres naturales o guerras. La AH atiende las necesidades básicas y las urgencias, sea desde el punto de vista estructural como de provisión de servicios. Esta ayuda puede ser económica, material y, si fuera el caso, enviando profesionales para atender necesidades específicas. Los agentes de la AH pueden ser asociaciones (por ejemplo, Cruz Roja / Media Luna Roja) u organizaciones no gubernamentales (por ejemplo, Médicos sin Fronteras), los estados o asociaciones de estados (por ejemplo, Unión Europea) y también empresas.

La aclaración precedente sirve para saber de qué se está hablando cuando se habla de la CI de España con GE y entender su alcance. España y GE han tenido y tienen una relación compleja al tratarse de la metrópoli y la excolonia. Además, las vicisitudes de sus respectivas evoluciones históricas, políticas, sociales y económicas han hecho de estas relaciones un camino tortuoso en los 50 años que hace que duran. La primera CI se produce cuando España era receptora de CI y no tenía ninguna

estructura de CI ni conocimiento de como constituirla. Además, las acciones de CI y AOD se dieron en aquel tiempo sin principios claros, con discrecionalidad y sin transparencia, atendiendo a los intereses políticos del momento.

NOTAS DE GEOGRAFIA E HISTORIA

GE debiera ser un país bien conocido por la comunidad hispana. Fue la última colonia española en lograr la independencia (1968) y el único país africano en el que se habla español. Durante un tiempo tuvo la condición de provincia española. Pero la realidad es que es un país muy desconocido. Demos algunos datos básicos para ubicarnos.

GEOGRAFÍA

La República de Guinea Ecuatorial es un pequeño país centroafricano (29.000 km²)^{III} en el que viven 1.308.974 (2018) personas^{IV}, situado en el Golfo de Guinea (*Ilustración 1*). Consta de una parte insular, con dos islas principales (Bioko, la antigua Fernando Poo, y Annobón), entre las cuales existe un país, Santo Tomé y Príncipe. La parte continental, conocida como Rio Muni, está situada en la costa entre Camerún



Ilustración 1.
Ubicación Geográfica de Guinea Ecuatorial

y Gabón, e incluye las cercanas islas de Corisco y Elobey Grande y Elobey Chico. Así pues, el país tiene una discontinuidad territorial importante. El clima es ecuatorial, con temperaturas altas (media de 25°C – 26°C), pocas variaciones térmicas (2°C). Tiene un régimen de lluvias abundantes (1.500 – 2.000 mm anuales) con épocas de seca y épocas de

^{III} Casi la superficie de Galicia (29.575 km²), en España.

^{IV} Los datos demográficos están extraídos de datosmacro.com (consultado el 28 de agosto de 2019) en: <https://datosmacro.expansion.com/demografia/estructura-poblacion/guinea-ecuatorial>

lluvia, regulares pero variables, en cada uno de los territorios del país.

La orografía presenta dos tipos bien diferenciados. La orografía insular corresponde a la de las islas de la cadena volcánica del Océano Atlántico. El Pico Basilé en Bioko tiene 3.011 m y la Gran Caldera de Luba, también en Bioko, presenta alturas de más de 2.000 m. Allí se pueden encontrar bosques lluviosos y la temperatura en las cumbres es fría. En la región continental, la altura se va incrementando desde la costa al interior, donde se encuentran diversas cadenas de montañas. La biodiversidad es enorme. Las selvas son infranqueables y la belleza y variedad del paisaje inenarrable. Ríos anchos y caudalosos serpentean por todo el territorio.

Si atendemos a la población que vive en cada una de las regiones del país, también se observará esta variabilidad. La capital del país, Malabo, antes Santa Isabel, está en Bioko, la isla mayor y la sede del gobierno. Se estima que en Bioko habitan unas 350.000 personas, en poco más de 2.000 km², de forma mayoritaria en la capital y su área metropolitana. En Annobón, la isla más lejana, viven poco más de 5.000 personas, en 17 km². En la región continental, viven unas 750.000 personas, la mitad de las cuales viven en Bata, en 26.000 km². En el momento de la independencia GE tenía una población estimada de 300.000 habitantes. Al final de la dictadura de Macías (más adelante se comentará este hecho), eran solo 200.000 habitantes. Llegó a 500.000 en el 2003 y siguió el incremento hasta la cifra actual, lo que ha supuesto casi triplicar la población en un periodo de 15 años.

Las principales características de la estructura de la población en Guinea Ecuatorial que refleja su pirámide de población (*Figura 1*) son:

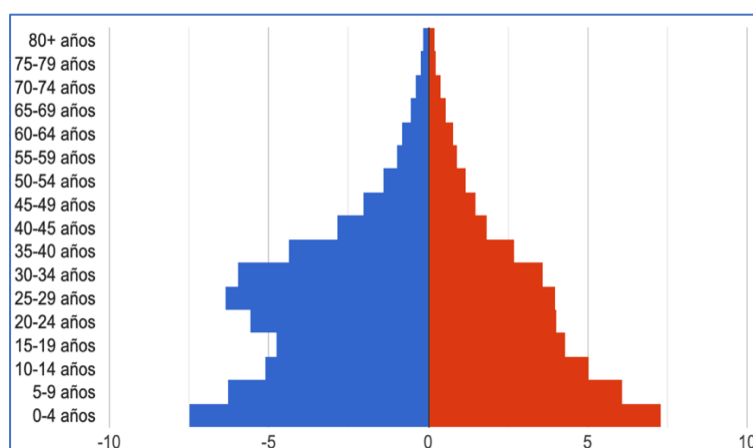


Figura 1. Pirámide población de GE. Diciembre de 2017. Azul: hombres. Rojo: mujeres. Fuente: *datosmacro.com* (2019)

Se trata de una población muy joven. La población masculina es el 55,42%, muy superior a la femenina que es del 44,58%. Esto se produce especialmente en la franja de edad de los 20 a los 40 años y probablemente se deba a la presencia de emigrantes varones de esta edad en busca de empleo. Se trata de una población joven, casi la mitad de ésta tiene menos de 20 años. La población mayor de 65 años apenas representa el 3% y la esperanza de vida está en los 58 años, una de las más bajas del mundo. Así, los principales problemas de salud estarán en el área materna infantil y en la juventud y adolescencia. Además de los relacionados con una mortalidad prematura y probablemente evitable como más tarde se comentará.

Esta población pertenece a diversas etnias, cada una con lenguas y tradiciones culturales muy diferenciadas. La etnia dominante es la fang, que proceden del continente y que representa aproximadamente el 75% de la población. Los fang de GE están agrupados a su vez de 77 clanes o tribus, dispersos por todo el territorio y por los países vecinos. Los bubis, originarios de Bioko, representan el 15% de la población. Otros grupos son los fernandinos, descendientes de fugados y rescatados del esclavismo; los annoboneses, descendientes de los esclavos angolesees que se establecieron en la isla de Annobón; y los bisio y ndowé, pueblos que vivían junto a la costa en la región continental. Hay otras minorías, los pigmeos, los europeos,

mestizos, emigrantes chinos, libaneses, liberianos, cameruneses, nigerianos y otros. Cada vez más se observa un fenómeno de mezcla de razas y culturas, y la etnografía va adquiriendo nuevas formas y sentidos. La diáspora de ecuatoguineanos es muy relevante y están en muchos países de Europa, principalmente en España, pero también en otros países de África y América.

Aunque la principal fuente de riqueza es el gas y el petróleo, ocupa y beneficia a una minoría del país. Los sectores de actividad de la población³ son la agricultura de subsistencia, funcionarios de las administraciones, incluyendo la educación y la sanidad, los servicios, el comercio, la construcción, empleos forestales, pequeñas explotaciones agrícolas y ganaderas, y la pesca. Las plantaciones de cacao y café, antaño muy abundantes y valoradas, están prácticamente abandonadas. Solo son cultivadas en las comunidades a través de pequeñas cooperativas.

La organización geopolítica está constituida por 2 regiones y 7 provincias^V (*Ilustración 2*). Las provincias constan de distritos y en ellos hay municipios y poblados.



Ilustración 2. Mapa de las provincias de Guinea Ecuatorial

^V Con la construcción de la nueva capital del país, la Ciudad de la Paz, en el término de Djibloho, está previsto que exista una nueva provincia.

Las infraestructuras viarias y aeroportuarias son de regular calidad, con buenas conexiones aéreas internacionales desde el aeropuerto de Malabo. Existen dos puertos industriales (Malabo y Bata) con instalaciones para buques de gran calado, que están generando el desarrollo de áreas industriales y comerciales, y otros menores en Cogo, Corisco y Annobón.

HISTORIA RECIENTE

Estamos en la época del fin de las colonias africanas y el nacimiento de los nuevos países africanos con fronteras dibujadas con tiralíneas. La presión del Comité de Descolonización de las Naciones Unidas se hizo insostenible para España. El deseo de independencia, libertad y, no pocas veces, de revancha frente a los colonizadores inunda África. GE no es la excepción.

El 12 de octubre de 1968 en GE se proclamó la independencia en un acto presidido por el entonces ministro Manuel Fraga en el que Francisco Macías es proclamado, tras unas elecciones democráticas, primer presidente de GE. No da el artículo para hablar de la personalidad del personaje, pero digamos que es de una complejidad extrema, por no decir psicopática y con una crueldad sin límites, con el tribalismo fang como única divisa.

La independencia se desenvuelve con aparente tranquilidad solo dos meses, hasta diciembre del mismo año. Las tensiones larvadas estallan: el papel anti independentista de TVE emitiendo desde el Pico Basilé, la crisis de las banderas, el colapso económico, la evacuación de españoles y la salida del país de muchos ecuatoguineanos, la intervención de la ONU, los encarcelamientos y asesinatos de políticos, la creación del Partido Único Nacional de Trabajadores y así un sinnúmero de hechos de gran trascendencia que terminarán durando más de 10 años^{VI}.

^{VI} Para saber más del tema hay un link muy interesante: <http://www.angelfire.com/sk2/guineaecuatorial/Lacosta2.htm>

Un clima de feroz represión contra todo lo español domina el país. Casi cualquier cosa vale para la afirmación de lo guineano y la desaparición de lo español. Aquel territorio, que durante los dos primeros tercios del siglo XX había sido un territorio con igual o superior desarrollo al de cualquier provincia española^{VII} y con altos niveles de autogobierno y de iniciativas, ha dejado de existir⁴. Desaparece también un estilo de vida y una manera de relacionarse en el que hay de todo: una empresa colonial, la evangelización, el aprovechamiento de los recursos naturales y la búsqueda de nuevas formas de vida. En aquella realidad estaban también presentes la desigualdad y el dominio patriarcal, el sometimiento del indígena y el aprovechamiento de sus personas.

El día 3 de agosto de 1979 Teodoro Obiang da un golpe de estado contra su tío, el presidente. Obiang inmediatamente pide apoyo a España. Fundamentalmente para garantizar su seguridad personal y para hacer frente a los desafíos de la refundación del país. El presidente del gobierno español, Adolfo Suárez, se la niega parcialmente. Marruecos envía un batallón para apoyar su protección. La dimensión del apoyo social es la única considerada por España y cristalizará con la firma del Tratado de Amistad y Cooperación⁵, que permitirá dar contenido, entre otras, a la cooperación sanitaria. Este tratado dura de forma efectiva hasta 1993, año en el que estallan también conflictos larvados y nuevas realidades. España sufre otra crisis económica. GE se ha convertido en un productor importante de gas y petróleo y de pronto se ha enriquecido. Las estructuras de poder se refuerzan en el sentido de consolidar un prácticamente partido único. Aparece Francia y el francés es, juntamente con el español y portugués, idioma oficial. El país está rodeado de grandes países francófonos. La cooperación mengua y esto va a durar hasta el año 2003, donde se retoman los contactos. España ya tiene una Agencia de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID). La cooperación, la política y la diplomacia ya van

^{VII} Recibió el nombre de Provincia de los Territorios Españoles del Golfo de Guinea.

de la mano y empieza a acunarse el concepto de diplomacia sanitaria^{VIII} como un componente más de las relaciones internacionales.

GE es formalmente una democracia presidencialista. Consta de un Parlamento bicameral. La Cámara de Representantes del Pueblo es la cámara baja con 100 miembros elegidos por sufragio universal, que cumplen un mandato de cinco años. La cámara alta, el Senado, tiene 70 miembros que sirven un mandato de cinco años: 15 son nombrados por el presidente y 55 son elegidos por sufragio universal. El Partido Democrático de Guinea Ecuatorial (PDGE) es el partido hegemónico. Hay alrededor de una docena de otros partidos registrados, la mayoría de los cuales apoyan a la presidencia. La Convergencia para la Democracia Social (CPDS) es el principal partido de la oposición. Existen también partidos que operan extraoficialmente en el exilio. El Democracy Index que elabora Economist Intelligence Unit sitúa a GE en el puesto 163, en 2017.

EL MODELO DE ASISTENCIA SANITARIA

ÉPOCA COLONIAL

La presencia española en la actual GE data de 1778 tras el Tratado de San Ildefonso⁶. La consideración que tuvieron aquellos territorios fue de presidio, en un primer momento, luego colonia y finalmente provincia española. Desde el principio se impulsó la atención sanitaria y la Guinea Española tuvo a gala tener en el sistema sanitario de esos territorios una de las joyas de la corona. A finales del siglo XIX se escribía que viajar allí era ir a la antesala de la muerte^{IX}. En los años cincuenta del siglo XX en el trabajo de Darías, se podía leer:

^{VIII} Diplomacia Sanitaria: comprendería el conjunto de funciones para el manejo de las relaciones entre los estados y otros actores relevantes vinculados con la salud, que persiguen la búsqueda de soluciones y acuerdos para el beneficio de la salud de sus pueblos. Organización Panamericana de la Salud (OPS) <https://cursospaises.campusvirtualsp.org/mod/glossary/showentry.php?eid=1336>

^{IX} Memoria que presenta a las Cortes el Ministro de Estado respecto a la situación política y económica de las posesiones españolas del África Occidental en el año 1910. (consultado el 3 de septiembre 2020) en: <http://www.saber.es/web/biblioteca/libros/memoria-cortes-situacion-politica-economica-posesiones-africa-1910/html/capitulo-2-administracion-colonial-territorios-espanoles-golfo->

Con la llegada de los años cincuenta se inician casi dos décadas doradas en las que la Guinea Española se convierte en tierra de promisión. Aumenta la demografía por aumento de la población tanto autóctona como emigrante europea y africana, se multiplica y diversifica muy significativamente la producción agrícola (Guinea llega a producir el 3% del cacao mundial), ganadera y de pesca apoyándose en una serie de trabajos científicos aparecidos en revistas agronómicas. Se hace un importante esfuerzo educativo, pero sobre todo mejora la sanidad ecuatorial lográndose un descenso asombroso en las estadísticas de paludismo, fiebre amarilla, lepra, tripanosomiasis, tuberculosis y mortalidad infantil entre otras. Se multiplican las obras públicas (carreteras, puertos y aeropuertos, electrificación, tendido telefónico, agua potable, saneamiento urbano...)^x.

Puede ser que ni el modelo de salud en España de los años de la dictadura franquista tuviera la cantidad de recursos, ni se hubieran realizado los esfuerzos, que existían allí. En algunos momentos, como menciona alguno de los médicos que trabajaban, cita Begoña Sampedro⁷, el discurso era equiparar la empresa colonial como una empresa de salud pública. Esta voluntad estaba fundamentalmente al servicio de la población de la metrópoli allí desplazada: los colonos, las fuerzas armadas y de seguridad presentes, los emancipados⁸ ^{xI}, los extranjeros y los

[guinea.html](#)

^x Ver nota ¹¹

^{xI} Ver referencia bibliográfica 8.

De acuerdo con el Estatuto de Justicia indígena de 1938 en su artículo 6, tenían la condición de indígena emancipado:

- a) *Los que, conforme a las disposiciones vigentes, hayan obtenido carta de emancipación*
- b) *Los que posean título profesional o académico, expedido por la Universidad, instituto u otro centro oficial español*
- c) *Los que se hallen empleados durante dos años en un establecimiento agrícola o industrial, con sueldo igual o superior a 5.000 ptas. Anuales.*
- d) *Los que estén al servicio del Estado o de los Consejos de vecinos, con una categoría igual o equivalente a la de auxiliar indígena mayor o asimilada.*

trabajadores de las explotaciones agrícolas (cacao y café) y forestales (madera) y la población autóctona.

La Guinea Española era un territorio relativamente bien articulado y para la época con comunicaciones, nada fáciles, pero accesibles y con establecimientos de salud suficientes, mínimamente dotados y aceptablemente bien mantenidos. Por ejemplo, el hospital de Bata, en el momento de su construcción, fue considerado el mejor hospital de África. Médicos y, especialmente, enfermeras religiosas, científicos, epidemiólogos formaban el núcleo del entramado sanitario de entonces. La idea colonia albergaba también una dimensión epidemiológica cuyo mayor representante fue Gustavo Pittaluga. De origen italiano, recaló en España y a los pocos años se estableció, adquirió la nacionalidad y desarrollo una portentosa carrera en el terreno de la parasitología y en la Guinea Española se interesó por el paludismo y especialmente por la tripanosomiasis.

La idea científica de España en este terreno no puede compararse con la de otros países como Bélgica, Inglaterra, Francia o Polonia, pero el Instituto de Salud Carlos III (ISCIII)^{XII} podríamos situarlo como el correspondiente a la London School of Hygiene and Tropical Medicine, al Institute of Tropical Medicine de Amberes, antes conocido como Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, o el Insitute Pasteur de Francia. Todos ellos bebieron del conocimiento generado en sus respectivos imperios coloniales. Ciertamente la aportación española en este terreno es un poco más modesta pero no menos relevante. El Centro Nacional de Medicina Tropical a través del Programa de Salud Global, perteneciente al ISCIII, presta asistencia técnica a los programas de GE de lucha contra el paludismo, tripanosomiasis, tuberculosis, lepra,

Termina diciendo el art. 6 que la esposa e hijos del que obtenga carta de emancipación o le corresponda, de pleno derecho, gozará de la capacidad que las leyes españolas le otorgan en relación con el jefe de familia. (Consultado el 31 de agosto de 2019) en: <http://espacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:ETFSerie5-C1567B04-34C8-342F-55B8-0888954C0F9E&dsID=Documento.pdf>

^{XII} Instituto de Salud Carlos III. Proyecto Bilateral de Cooperación Científico-Técnica en Guinea Ecuatorial. (Consultado el 6 de septiembre de 2019) en: <https://www.psglobal.es/cooper-internacional/guinea-ecuatorial>

oncocercosis, VIH/SIDA y salud materno infantil, incluyendo las vacunaciones, bajo el nombre Centro de Referencia para el Control de Endemias en Guinea Ecuatorial (CRCE). La misión es fortalecer al Ministerio de Sanidad y Bienestar Social (MINSABS), primero prestando los servicios y luego, ya a partir de 2010, dando asistencia técnica a las estructuras del país. El reto en el país sigue siendo la vigilancia epidemiológica y la respuesta a emergencias en salud pública.

Los territorios colonizados eran hostiles para la salud, debido fundamentalmente a la extraordinaria presencia de los vectores de enfermedades infecciosas. Este hecho constituyó el principal reto de las potencias hegemónicas para proteger a los suyos y garantizar también la salud de la población nativa como fuerza productiva. La posición de España en este terreno no se puede decir que haya sido predominantemente semejante a la de una cruzada contra las infecciones. No obstante, esta lucha se realizó más o menos de forma estructurada y orientada a la erradicación de enfermedades y a la generación de conocimiento. En cualquier caso, la estrategia higienista conseguida aseguraba la salud de los residentes blancos y de los ejércitos y otras estructuras que los cuidaban. La fantasía de África como el pozo de la enfermedad en el mundo y la fuente de todo peligro, que tan eficazmente ha llegado hasta ahora y perdura, adquiriría, de la mano de la salud pública, la justificación colonial. Solo así se explica, por ejemplo y saltando de contexto, el dominio de Estados Unidos sobre el canal de Panamá, que hizo renunciar a Francia a la construcción del canal, cuando los trabajos de la obra de Ferdinand de Lesseps tuvieron que cesar por la cantidad de trabajadores diezmados por el paludismo. La respuesta estadounidense fue atacar el vector, el mosquito, cosa que no habían comprendido los franceses, y acondicionar el hospital que aquellos dejaron cerca de las obras del canal y, asegurado este punto, desarrollar la obra gigantesca. Cabe recordar como la mitad de la población humana que ha existido sobre la tierra ha muerto a causa de los mosquitos⁹.

La población guineana tuvo durante el periodo colonial acceso a la red de servicios de salud que seguirán la estructura jerárquica de la capacidad resolutoria: el

puesto de salud, el centro de salud, el hospital distrital, el hospital provincial y el hospital regional que eran los de Malabo y de Bata. La población contaba con un pasaporte sanitario, una especie de carné de salud que registraba las vacunas y los despistajes de algunas enfermedades infecciosas, como la lepra. Este pasaporte daba acceso a la posibilidad de ser contratado, a la escolarización, a la circulación transfronteriza, a veces entre las propias fronteras interiores. De no tenerlo en regla las personas habían de ingresar en un hospital para la puesta al día. Los hospitales atendían a los pacientes segregado por procedencia y estatus. Así, podía observarse por ejemplo en el Hospital General de Bata pabellones para extranjeros o pabellones para emancipados.

Pero es bueno recordar que, tanto ayer como hoy, para la población ecuatoguineana, la primera opción para la asistencia no era la medicina alopática que traían como una buena nueva los colonizadores, sino la medicina tradicional. Algunos de los servicios de medicina tradicional olvidados, o menospreciados por la CI y por los propios servicios de salud del país, pero a los que la población recurre lo constituyen las parteras tradicionales, el conocimiento empírico de las propiedades sanadoras de las plantas o el respeto por los curanderos. Con esto no se quiere decir que la medicina tradicional no sea fuente de problemas, como es el caso de la atención al parto, sino que el trabajo y la relación con la medicina tradicional es un elemento de culturización cruzada que puede hacer más bien que si se descuida. A esto hay que añadir en los últimos años la opción de la medicina china, presente en muchas esquinas de los pueblos y ciudades, como una alternativa accesible y de buen trato.

LA SITUACIÓN DE LA SALUD

LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD

La prevalencia de los problemas de salud en GE se correlaciona muy bien con los patrones de enfermedad de los países tropicales de la zona. Sin pretender presentar exhaustivamente aquí el patrón epidemiológico del país, se puede decir que los principales problemas son aún la alta mortalidad infantil y materna, el paludismo,

el VIH/SIDA, las infecciones respiratorias de vías bajas, las diarreas, los accidentes de tránsito, las enfermedades cardiovasculares, la tuberculosis, las enfermedades de transmisión sexual, las hepatitis (A, B y C). Los principales riesgos para la salud son la falta de control de vectores, especialmente del mosquito, la dificultad en disponer de agua potable y de un sistema de saneamiento, la dieta, el escaso uso de preservativos, la malnutrición, el uso del alcohol, la violencia de género y el propio sistema de salud.

Como se ve, buena parte de los problemas están muy relacionados con los determinantes sociales de la salud. Por tanto, la acción intersectorial y comunitaria es imprescindible si se quiere luchar por las causas y las causas de las causas. Además, la visión biologista y funcionarial presente en buena parte de los profesionales y de sus gestores, ambos con un pobrísimo nivel de estímulos de todo orden, no ayuda a generar las bases para un abordaje que tenga en cuenta los atributos fundamentales de la atención primaria de salud: accesibilidad, longitudinalidad, globalidad y coordinación¹⁰.

LA ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD

De forma esquemática, GE tiene tres subsistemas de salud:

1. El de la sanidad privada, representada por establecimientos de salud de diversa índole, con tecnología de primera línea, que cuida la imagen y el trato al paciente y con altos precios. Estos sirven a las clases pudientes del país, que son la minoría. En ellos trabajan profesionales nacionales o, más frecuentemente, foráneos y reciben altos salarios. Este subsistema es equivalente al modelo occidental de medicina privada.
2. Un sistema de seguridad social que atiende a las personas empleadas y sus familias, en el contexto de una economía formal. Nos estamos refiriendo a empleados y funcionarios de las administraciones y de las empresas. Quién suministra los servicios es el Instituto Nacional de Seguridad Social (INSESO) y es

dependiente del Ministerio de Trabajo. Está financiado por las cuotas patronales. Cubre aproximadamente a un 15% de la población y emplea a profesionales nacionales y foráneos en los establecimientos que el INSESO tiene repartidos por el país. La gestión está contratada a una compañía de seguros externa. Tras los profesionales del sector liberal sus profesionales son los mejor pagados y no se consiguen los necesarios para atender las necesidades asistenciales. Casi de forma permanente buscan contrataciones en otros países con salarios que multiplican por cinco los que reciben los médicos del MINSABS^{XIII}.

3. Un sistema de atención al resto de la población, la población con menos recursos y sin un seguro de salud, del que se responsabiliza el MINSABS y que cubre a más del 80% de la población. Está constituido por una red de centros de salud, con sus puestos de salud en el área rural, que se organizan en torno a un distrito de salud. El distrito sanitario tiene un hospital distrital, instalación de referencia cuando se agota la capacidad resolutoria de los centros de salud, y que a su vez actúa como centro de salud para la población de su área. También hay hospitales provinciales y los regionales de Malabo y Bata. Estos establecimientos, considerados globalmente, presentan serias carencias de personal, de equipamiento y de mantenimiento. Están atendidos por profesionales diversos (personal médico y de enfermería, comadronas, personal auxiliar y agentes de salud) que son nombrados por el MINSABS. El MINSABS los asigna con gran discrecionalidad, puesto que los profesionales quieren trabajar y vivir en las zonas urbanas a través de los vericuetos legales y anomalías administrativas. De este modo, en las zonas más alejadas y con más penosidad no se logra tener plantillas de profesionales mínimas para atender las necesidades de salud. Los profesionales reciben sus emolumentos del estado, pero el ministerio no tiene recursos para garantizar ni el equipamiento ni el mantenimiento de los centros. El MINSABS no gestiona ningún

^{XIII} Anuncio del Colegio de Médicos de Córdoba. (Consultado el 2 de setiembre de 2019) en: https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5-sp.pdf

presupuesto. La Iniciativa de Bamako^{XIV}, aplicable en casi todos los países africanos, fue el punto de partida para que las estructuras asistenciales del primer nivel fueran mantenidas a través de los pagos realizados por la población cuando usan los servicios. Esta iniciativa representó casi la supresión de la financiación pública de los servicios de salud, también de la atención primaria, para la población pobre. Tenemos entonces una atención primaria y empobrecedora^{XV}. Solo dos problemas de salud están exentos de estos pagos. El paludismo y la infección por el VIH/SIDA que tienen programas que cubre los procesos diagnósticos y terapéuticos. En todos los centros una de las cosas que primero se ve son las tarifas para cada servicio. En GE existe también una no formalizada concesión administrativa para la prestación de servicios de atención primaria realizada por centros de salud dependientes de ONGD o de órdenes religiosas. Los casos de los centros de María Ráfols y María Gay en la ciudad de Bata, el de Mokom o el de Sampaka son paradigmáticos. Estos representan los modelos de buena práctica ansiados por el MINSABS para el conjunto de centros de salud del país. La cooperación española en buena parte pivota sobre estos centros ejemplares que se constituyen en la referencia para el modelo de atención primaria deseado en el país.

Para remediar la falta crónica de profesionales para atender los servicios de salud, el gobierno de GE estableció un contrato con el gobierno de Cuba, al igual que han hecho muchos otros países del mundo, para la prestación de servicios de salud a través de la denominada Brigada Médica Cubana (BMC), que proporciona médicos/as y otros profesionales de la salud y de la epidemiología para cubrir las necesidades existentes. También tienen un importante papel en la formación de los futuros profesionales de la salud ecuatoguineanos. La dirección y profesorado de la

^{XIV} UNICEF. Iniciativa de Bamako. https://www.unicef.org/spanish/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5-sp.pdf

^{XV} OMS. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo, 2008. https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Facultad de Ciencias de la Salud, dependiente de la Universidad Nacional de GE, está formada esencialmente por profesores cubanos. Además, la formación de 5 años del grado de medicina incluye un último curso rotatorio que los estudiantes realizan en Cuba.

FINANCIACIÓN

El gasto público en sanidad en GE se estimó en 80,6 millones (M) de euros en 2016. Esto supuso el 2,6% del gasto público. En relación con el Producto Interior Bruto (PIB) representó el 0,79%. Estas cifras son extremadamente bajas especialmente si se compara con su PIB y el peso al que habría que dar al sector salud teniendo en cuenta su situación epidemiológica y los recursos del país. En casi todos los indicadores económicos de salud GE se sitúa en el cuartil más bajo de los rankings de los países sobre los que se tienen datos. La traducción más tangible de estos datos es que el gasto público por habitante y año fue de 60€. La muy relativa buena noticia es que, si se compara con los años precedentes, estos valores, de forma muy discreta, no han dejado de incrementarse^{XVI}. Además, tiene más mérito relativo en la medida que el PIB en los últimos años ha venido disminuyendo de forma significativa a causa de la caída del precio del barril de petróleo, el descenso en la producción y la caída de la inversión en la industria petrolera que representa entre el 85-90% de los ingresos totales de GE. Hay que recordar que el PIB per cápita actual estaba, el año 2018, en 9.000 \$ - 20.000 \$, según las fuentes que se consulten (15.000 \$ en 2012)^{XVII}.

LA COOPERACIÓN ESPAÑOLA EN MATERIA DE SALUD

Tras el golpe de estado de 1978, el llamado “golpe de la libertad”, y la posterior firma del Tratado de Amistad y Cooperación de 1980, GE trató de recuperar el

^{XVI} <https://datosmacro.expansion.com/estado/gasto/salud/guinea-ecuatorial>

^{XVII} <https://datosmacro.expansion.com/pib/guinea-ecuatorial>

funcionamiento del sistema de salud a través de la ayuda española. Ésta se comprometió a la cooperación en salud, en educación y en la AOD. A pesar que, por entonces, España aún no dominaba ni las políticas ni la gestión de la CI, pero debía aprender a hacerlo en el nuevo contexto. España nunca dejó de prestar ayuda a GE, ni en tiempos de Macías, aunque lo tuvo que hacer bajo figuras jurídicas y políticas nada transparentes, pese al maltrato ejercido contra las personas e intereses españoles y las barbaridades cometidas contra la propia población. Seguramente para minimizar los daños a la pequeñísima población española que se quedó en el país. Los asuntos ecuatoguineanos en España siempre han tenido el manto del secreto oficial en España. Como resultado, la CI acabó siendo entonces un sinnúmero de iniciativas fragmentadas e inconexas.

Las políticas de CI erráticas y las prácticas desleales, cuando no corruptas, hacen muy ineficientes los recursos sanitarios disponibles. Se puso de manifiesto la escasa profesionalización y la baja calidad técnica global de las actividades de la CI por lo menos hasta bien entrado el siglo XXI. La participación de la Cruz Roja, de Médicos sin Fronteras, los procesos de contratación y ejercicio de la acción de los profesionales en el terreno desde los puestos asistenciales en los centros de salud o en las oficinas, digámoslo suave, tienen bastantes claroscuros. Como fue mostrado en la reunión organizada, con motivo de los 50 años de la independencia de GE, por la Universidad Nacional de Educación a Distancia en 2018^{XVIII}.

En aquellos años, el monto que España dedicó a la CI apenas llegó al 0,1 % de su PIB. En 1985 se crea la Secretaría de Estados para la Cooperación Internacional y para Latinoamérica, dependiente del Ministerio de Asuntos Exteriores. Se puede deducir que un eje que determinará las prioridades de la CI de España será la relación con países con vínculos históricos y lingüísticos. La orientación básica de la

^{XVIII} “La sanidad pública en Guinea Ecuatorial tras la independencia”. Mesa redonda. V Seminario Internacional del CEAH: 50 años de independencia de Guinea Ecuatorial. 11 de julio. <http://www.asodeguesegundaetapa.org/mesa-redonda-la-sanidad-publica-en-guinea-ecuatorial-tras-la-independencia-v-seminario-internacional-del-ceah-50-anos-de-independencia-de-guinea-ecuatorial-11-de-julio/>

cooperación será en forma de AOD, incluyendo cooperación financiera y asistencia técnica. Pero, para el caso particular de GE, existía una Oficina de Cooperación con Guinea Ecuatorial específica. Su presupuesto excedía con mucho las aportaciones que recibían otros países objeto de la CI española y no se subsumían en la secretaria de estado citada. Así, en el año 1984 era casi de 1.200 M de pesetas (7,2 M €). Habría que hablar entonces que, más que de cooperación, se estaba realizando una ayuda que se sustentaba en importantes donaciones sin ningún respaldo programático. La dirección de los fondos, que supuso un endeudamiento importante para GE, se dirigió al sector de la educación, salud y, muy probablemente, al gasto militar y policial. En 1988 se crea la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID). Esta cooperación con GE siguió con esta estrategia hasta 1994, en que cesa la cooperación y no se retoma hasta 2003, ya sin una oficina específica para GE.

El país, mal que bien, trata de recuperar los estándares anteriores a la independencia. Algunos responsables del MINSABS añoran, con la boca pequeña, los servicios de salud del tiempo colonial. La gestión de la cooperación por parte de España, en el nuevo contexto, es aún muy débil y se resiente en los aspectos de planificación y operacionales, por no hablar de los comunicativos y emocionales. La variabilidad del conocimiento técnico, del interés y de la formación de la contraparte es muy alta. Además, adolece de poco margen de maniobra para implementar los cambios que son propuestos y aceptados. Por esto, en los documentos de la cooperación se ven repetidas una y otra vez recomendaciones y propuestas similares, ninguna de las cuales se implementa. No es fácil la brega cuando la asesoría de la cooperación puede exponer carencias, ni tampoco callarse cuando se ve la deriva de la gestión y de los servicios.

LA ASISTENCIA TÉCNICA EN SALUD

Los modos de la CI son diversos, pero hay dos fundamentales: el que proporcionan las agencias de CI oficiales y los de las ONGD. El primero está

financiado con fondos públicos y su orientación, y cuantía, va a depender de las políticas del gobierno donante y de los acuerdos a que lleguen con las contrapartes receptoras. Esta CI va a tener control de cuentas y parlamentario. Mientras, las ONGD actúan como institución privada y su desempeño va a tener que ver con la dirección de la organización y los acuerdos a los que llegue con el país y sus instituciones, privadas o públicas. El control lo ejercen las asambleas de socios de las organizaciones. Como se ha comentado, en la actualidad las ONGD actúan también como proveedores de CI para las agencias oficiales, la mayoría de las veces, para poder subsistir y mantener la organización en las sedes. Estas agencias oficiales, en general burocratizadas, tienen misiones en el terreno, las oficinas técnicas de cooperación, que controlan las tareas y mantienen el contacto interinstitucional, pero no disponen de dispositivos operativos y licitan las actividades.

En GE operan ambos tipos de fórmulas. Así, se puede encontrar la CI pública que depende de AECID y que actualmente solo lo hace a través de un convenio con la Fundación de Religiosos para la Salud (FRS) que es también una ONGD. Por lo que respecta a las ONGD, hay que mencionar a la Fundación para el Desarrollo de la Enfermería (FUDEN), una organización española que apoya la formación del personal de enfermería y la mejora de las competencias para la promoción de las enfermeras. Medical Care Development International (MCDI) es una organización vinculada a una petrolera y que está apoyando los procesos relacionados con la lucha contra el paludismo y al sistema de información sanitaria. La Cruz Roja de Guinea Ecuatorial, miembro de la Federación de la Liga de la Cruz Roja y Media Luna Roja, es una ONG de dimensión nacional y que opera débilmente en el sector de la salud y está más inclinada a los temas sociales. Existen además otras muchas pequeñas ONG, como Aldeas Infantiles SOS en Bata^{XIX} o las Capuchinas Terciarias de Luis Amigó^{XX}. No existe en el país una plataforma de ONG de la sociedad civil para la salud.

^{XIX} Aldeas Infantiles SOS: <https://www.aldeasinfantiles.es/conocenos>

^{XX} Capuchinas Terciarias de Luis Amigó.
http://www.terciariascapuchinas.org/spagnolo/missione_otros%20proyectos.htm

En la dimensión multilateral si hay una importante presencia de las organizaciones, todas del sistema de Naciones Unidas, con un componente de salud más o menos marcado:

- Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)^{XXI}
- Fondo de Naciones Unidas para la Población (UNFPA)^{XXII}
- Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)^{XXIII}
- Organización Mundial de la Salud (OMS)^{XXIV}
- Organización de Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)^{XXV}
- United Nations Department of Safety and Security (UNDSS)
- Programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA (ONUSIDA)^{XXVI}

Si nos centramos en los componentes de la asistencia técnica, que expresan fundamentalmente el quehacer de la CI, hay que decir que el principal y casi único objetivo es el incremento de las competencias, conocimientos y habilidades, del capital intelectual presente en el país. Ya no se trata de substituir carencias o de dar, sino acompañar a hacer. La forma como esto se lleva a cabo es a través de las ayudas para estudios, la presencia de consultores, la realización de actividades de formación y entrenamiento y otras actividades semejantes. Esto es lo que algunos denominan neocolonialismo cultural.

El nuevo eurocentrismo domina el discurso de la CI. La traducción de este presupuesto en el terreno va a ser, como se puede ver en toda África, la perversión de entregar dinero para recibir “formación”. En el pensamiento del estratega debe

^{XXI} PNUD http://www.gq.undp.org/content/equatorial_guinea/es/home/about-us/

^{XXII} UNFPA <https://equatorialguinea.unfpa.org>

^{XXIII} UNICEF <https://www.unicef.org/es/pa%C3%ADs/guinea-ecuatorial>

^{XXIV} OMS <http://www.who.int/countries/gnq/es/>

^{XXV} FAO <http://www.fao.org/guinea-ecuatorial/es/>

^{XXVI} ONUSIDA <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/equatorialguinea>

estar la idea de “reparte que algo queda”: invertir mediante servicios en las economías locales, honorarios, dietas y estadías a profesores o consultores que representan “el saber” que permita ir disminuyendo las asimetrías de conocimiento. Todo mediante clases magistrales, talleres, técnicas didácticas novedosas u otras tecnologías. Buena parte de la formación y de las reuniones de grupos de trabajo o de las actividades rutinarias que realizarían los equipos de profesionales en Europa o América, aquí como en buena parte de África, se van a producir siempre que exista: alquiler de un espacio de calidad y alejado de los centros de trabajo, material de escritorio nuevo para cada ocasión, bebidas, comidas o refrigerios, dietas para transportes y alojamiento que será pagado a poco que dé lugar por la lejanía de los hogares de los asistentes. Ni que decir tiene que todos estos gastos ayudan a las economías personales de los concurrentes y que, para los niveles más altos de la administración, son condición sine qua non para garantizar su presencia para inaugurar o para clausurar. Es un mercenariado de la dieta del sector salud. En el campo de la CI hay que decir que existe una verdadera competencia entre los donantes o financiadores para captar la clientela, de forma que los destinatarios de la formación no tengan duda de adonde ir dependiendo de quién la organice, sin pensar en la pertinencia de la temática.

Más allá de estas consideraciones, no tan anecdóticas, hay que mencionar que GE es un país que, especialmente a partir de contar con un flujo regular de ingresos por el gas y el petróleo, ha dejado de ser elegible por las agencias y bancos de ayuda al desarrollo por superar ampliamente los indicadores del PIB por habitante. En este sentido hay que decir que es la primera economía de África y que en determinados años su PIB por habitante era semejante al español. Por tanto, la razón de la cooperación y la ayuda al desarrollo hay que entenderla como actividad para el desarrollo de dos ideas fuerza. La primera tiene que ver con el desarrollo de la conciencia crítica sobre el propio sistema de salud y que se quiere de él y puede ser abordada a través de la mayéutica, con todos los condicionantes políticos. La segunda tiene que ver con la mejora de las capacidades técnicas y de las competencias

profesionales en el conjunto del sistema a través de la formación. En este sentido se estimulan cuatro posibles caminos para avanzar en esta mejora: (1) la formación formal mediante clases o cursos, (2) la tutoría o mentoría, (3) aprender haciendo, teniendo como referencia las buenas prácticas que en el país existen y (4) la lectura y formación personal con discusión de casos. En cualquier caso, la intervención no pasa ni debe pasar por la ayuda material más allá del apoyo para lo mencionado anteriormente.

Los objetos principales de esta intervención son: (1) el desarrollo de un sistema de información sanitaria que empieza con la práctica cuidadosa de anotar lo que se hace y de usar las historias clínicas como parte esencial e inseparable del trabajo clínico; (2) garantizar la competencia para la gestión de los centros de salud y de los distritos, atendiendo a la demanda y a las necesidades de salud de la población, desde una visión de atención clínica, pero también de promoción y protección de la salud y de prevención, de acuerdo con los atributos de la Atención Primaria de Salud, que incluye la participación de la comunidad, que es muy fácil en estos entornos; y (3) identificar las áreas de mejora relacionadas con las competencias profesionales para enfrentar las diversas problemáticas de la atención clínica y de gestión del sistema, especialmente en el nivel distrital y central.

Este tipo de cooperación se substancia en el permanente acompañamiento y el análisis, de forma conjunta con los tomadores de decisiones, en todos los niveles del sistema. La aplicación de la humildad cultural¹¹, del diálogo, de la empatía, así como la adaptación a los ritmos del lugar y del tiempo son elementos imprescindibles para trabajar juntos en la progresiva transformación y mejora de un sistema que la población requiere.

CONCLUSIONES

Trabajar en CI requiere el planteamiento de las 5 preguntas cardinales que Sidney Kark propone cuando un trabajador de salud se enfrenta a una comunidad¹², en el caso de la CI, a un país: (1) ¿cuál es el estado de salud de la comunidad, sus

familias y sus grupos constituyentes?; (2) ¿Cuáles son los factores responsables de este estado de salud?; (3) ¿Qué se está haciendo por el sistema sanitario, por la propia comunidad, las familias de la comunidad y otros?; (4) ¿Qué más se puede hacer, que se propone, y cuáles son los resultados esperados?; y (5) ¿Qué medidas se necesitan para continuar la vigilancia de salud de la comunidad y evaluar los efectos de lo que se hace?. Estas preguntas son altamente pertinentes en el contexto de la CI, pues muy frecuentemente cada proyecto tiene una fuerte tendencia a empezar desde cero, singularmente en África.

Conocer y reconocer la geografía y la historia es esencial antes de cada proyecto porque nunca los contextos son iguales, pero la diversidad de las situaciones, de las condiciones sociales, culturales y de vida, de los valores predominantes son en África extraordinariamente complejos, especialmente si uno viene de una cultura occidental. La CI tiene además un fuerte componente político, económico y diplomático. Hay que conocer la historia de las relaciones y los contextos en que se produjeron los acuerdos que la generaron y cuanto hay de AOD. Este conocimiento enmarca el campo relacional, pero no lo determina. Al contrario, es un espacio para construir y quizás desbordar, si la fluidez comunicativa, la búsqueda de un interés y objetivo común logra establecerse.

Esta aproximación debe hacerse desde la posición de compartir y dialogar. La CI ha de estar abierta al otro y orientada a sus necesidades, si no es así es neocolonialismo. Para esto es necesario estar revisando constantemente el modo de hacer propio y tener la certeza que nunca sabremos todo sobre el entorno y las personas con las que trabajamos. Por tanto, el respeto y la flexibilidad han de ser las actitudes fundamentales del trabajo de la cooperación. El hecho de saber que difícilmente se conseguirán los objetivos y las metas que normalmente fueron diseñadas previa y lejanamente al lugar de la intervención, no ha de impedir documentar, analizar y comprender lo que se hace, con la voluntad de formar una serie histórica para que el esfuerzo tenga continuidad. Esta es la audacia y la responsabilidad de la cooperación.

La lucha contra las desigualdades es también el debate sobre los desequilibrios injustos. Es papel de la cooperación interrogar y recibir las razones de las causas de los problemas de salud desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Es el diálogo entre expertos: la contraparte es experta en el país y el cooperante es experto en conocimientos de los efectos de las causas. Ambos conocimientos están legitimados y pueden y deben colaborar, porque en última instancia se respaldan y pueden generar realidades nuevas y positivas.

Personas, grupos, comunidades, juntas compartiendo tienen una enorme fuerza y pueden crear impacto en los servicios y las estructuras superiores. La historia de los fracasos es tan importante o más que la de los éxitos. Saber qué “no hacer” es a menudo mucho mejor que saber qué “hacer”. La historia de la CI en GE, tan errática en muchos sentidos, aporta mucho a la posibilidad de una mejora efectiva y necesaria.

BIBLIOGRAFIA

1. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
2. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). <https://www.undp.org/content/undp/es/home/sustainable-development-goals.html>
3. Informe económico y comercial. Elaborado por la Oficina Económica y Comercial de España en Malabo. Actualizado a septiembre de 2016. (Consultado el 28 de agosto de 2019) en: <http://www.comercio.gob.es/tmpDocsCanalPais/1759FAB73DD3841F701F720A5EC52449.pdf>
4. Darías del Castillo V y Darías de las Heras V. Contribución al estudio de los medios de comunicación en la ex Guinea Española. Revista Latina de Comunicación Social, núm. 44, 2001. Universidad de La Laguna. (Consultado el 30 de agosto de 2019) en: <http://www.revistalatinacs.org/2001/latina44septiembre/4404victor.htm>
5. Tratado de 23 de octubre de 1980 de amistad y cooperación entre el Reino de España y la República de Guinea Ecuatorial, hecho en Madrid, y dos Cartas anejas. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1981-16874>
6. Tratado de San Ildefonso: Wikipedia. [https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_de_San_Ildefonso_\(1777\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Tratado_de_San_Ildefonso_(1777))
7. Sampedro Vizcaya B. La economía política de la sanidad colonial en Guinea Ecuatorial. Endoxa: Series Filosóficas, núm. 37, 2016, pp. 279-298. UNED, Madrid. (Consultado el 28 de agosto de 2019) en: http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Endoxa-2016-37-5060/Economia_politica_sanidad.pdf

8. Belmonte Medina PM. Penología e indigenismo en la antigua Guinea española. Espacio, Tiempo y Forma, Serie V, Hª Contemporánea, t. 11, 1998, págs. 113-138.
9. Winegard, TC. The Mosquito: A Human History of Our Deadliest Predator. Dutton, 2019. Puede leerse un artículo y breve reseña sobre este dato en el artículo de El País (Consultado el 25 de agosto de 2019) en: https://elpais.com/elpais/2019/08/14/ciencia/1565778292_347398.html
10. Prieto R, Moisés A, Zárata N y Cuba Fuentes MS. Atributos de la Atención Primaria de Salud: Una visión desde la Medicina Familiar. Acta médica peruana. 2013; 30(1): 42-47. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000100008&lng=es
11. Waters A and Asbill L. Reflections on cultural humility. American Psychological Association. August 2013. (Consultado el 5 de septiembre de 2019) en: <https://www.apa.org/pi/families/resources/newsletter/2013/08/cultural-humility>
12. Kark SL, Kark E, Abramson JH y Gofin J. Atención Primaria Orientada a la Comunidad, Doyma. Barcelona 1994.

Josep Lluís de Peray

Profesional Independiente

Cómo citar este artículo:

De Peray, J.LL., "La cooperación internacional española en el área de salud: el caso de Guinea Ecuatorial", *Folia Humanística*, 2020; 1(2):23-49. Doi: <http://dox.doi.org/10.30860/0061>

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.

ESTHELITA

Pedro Isaac Barreiro Chancay

Resumen: Ambientado en una población rural de la zona costanera tropical del Ecuador, este pausado y conmovedor relato ubica al lector frente a las profundidades y las desesperanzas de un viejo, indestructible y único amor que una joven mujer con Síndrome de Down (Esthelita) ha guardado desde su niñez hacia un vecino de su misma edad (Vicente), quien ha debido alejarse definitivamente de su pueblo. Ella, además, ahora sufre los estragos de una leucemia que le hacen imposible soportar su soledad y sus dolores a pesar de los cuidados y de la solidaridad de sus padres y vecinos que la acompañan hasta su delirio final.

Palabras clave: *Síndrome de Down/ leucemia/ evocaciones/ solidaridad.*

Abstract: ESTHELITA

Set in a rural town of the tropical coast of Ecuador, this unhurried and moving story places the reader in the face of the depths and despair of an old, indestructible and unique love that a young woman with Down Syndrome (Esthelita) has kept since she was a child towards a neighbor of her age (Vicente), who decided to move away from the town. In addition, she now suffers the ravages of leukemia, that make it impossible for her to endure the loneliness and pain, despite the care and solidarity of her parents and neighbors who accompany her until her final delirium.

Keywords: *Down Syndrome/ Leukemia/ Evocations/Solidary community.*

Artículo recibido: 23 noviembre 2019; **aceptado:** 11 febrero 2020.

Hoy puedo confesar que, cuando don Villa me dijo que podía pasar a verla, sentí un estremecimiento. Unas ganas de regresarme de inmediato y olvidarme del propósito de mi visita. Yo no la había visto desde el pasado mes de agosto y sospechaba que, por las referencias que me habían dado, debía ser difícil reconocerla a pesar de haberla visto tantas veces y tan de cerca. A pesar de haber compartido con ella muchos inviernos lluviosos, muchas mañanas de sol, muchos cantos de gallos y, alguna vez, hasta algunos secretos escondites del vecindario. De aquellos que los adultos nunca saben en dónde exactamente están.

Yo recordaba bien sus diminutos ojos negros, pero no recordaba su mirada. Yo recordaba su voz, pero, por más que hurgaba en mi memoria, no podía recordar ni una

sola de sus palabras. Y recordaba su vanidad y su coquetería cuando, a la hora de nuestra salida de la escuela, ella, que nunca pudo asistir, se sentaba siempre detrás de su ventana. Y me sonreía. Pura. Llena de vida y vacía al mismo tiempo. Con una vieja muñeca de cartón entre sus brazos.

Don Villa me dijo que ella estaba en la hamaca. Que era allí en donde se sentía mejor y parecía que realmente descansaba. De la pared colgaban humildes adornos navideños y el piso, de viejas tablas mal clavadas, sonaba con cada paso que yo daba para acercármele. Dormitaba y su respiración apenas se sentía. Abrió los ojos, se los restregó con ambas manos, recorrió la habitación con la mirada y cuando se encontró con la mía susurró:

-¡Vicente!

Entonces sonrió y se tapó la cara con una raída sábana blanca que la protegía de la voracidad de los mosquitos y con la que, a menudo agobiada por el calor, se abanicaba. Volvió a susurrar:

-¡Vicente!

Entonces la vi. Y mi estremecimiento inicial se transformó en desazón. En amargura. En impotencia. En vergüenza. En dolor. En lágrima contenida. En un sentimiento nuevo que no puedo describir y que, seguramente por nuevo, no tiene nombre todavía. Algo así como ternura. Devoción. Respeto. Temor. Angustia.

Y otra vez:

-¡Vicente!

Desde varios días atrás no podía levantarse de la hamaca: comía allí, dormía allí, soñaba allí... moría allí. Y, seguramente, también amaba allí.

Entonces se apoyó en mi mano y pudo sentarse. Tomó una gran bocanada de aire y logró ponerse en pie. Pudorosa como la recuerdo, se estiró un poco su bata intentando cubrirse las piernas. Se abanicó con un desesperado ademán de coquetería y lentamente, torpemente, se dirigió a su cuarto...

Cuando regresó se había cepillado el pelo, lucía una gran diadema roja en la cabeza y tres pulseras de colores diferentes en el brazo derecho. En el izquierdo traía

puesto un inmenso reloj-muñequera, detenido en alguna de las más lúgubres horas de su existencia. Y un collar de bolitas de plástico que, por tener un brillo nacarado, parecía de perlas, y era uno de sus tesoros más preciados. Olfía a agua de colonia y, a pesar de su impresionante palidez, parecía animada.

-¡Vicente!

Me miraba de reojo y su esfuerzo por sonreír no hacía más que incrementar mi tristeza. Con la mirada perdida, los ojos llorosos, los movimientos descoordinados, las muñecas y los tobillos hinchados y una palidez de niña enferma, repetía mi nombre con vehemencia, con desamparo, con esperanza, con amor. Tal vez el único amor de su desdichada vida y por el que esperó desde niña, desde su primer invierno, desde su primera ilusión y desde sus primeros deseos de mujer...

-¡Vicente!

-¡Vicente!

Cuando regresó a su hamaca comprendí que aquella sería la última tarde que nos veríamos. Que tal vez no volvería a repetir jamás mi nombre en su inconsciencia. Que la leucemia acabaría por fin sus sufrimientos.

II

LA DESPEDIDA

Ese domingo de carnaval amaneció lloviendo en Santa Ana. No era la habitual lluvia de invierno que todos conocían y que, desde el último diciembre, parecía haber desatado toda su furia contra los más desamparados del pueblo. Llovía pertinazmente, cansadamente. Sin prisa. Sin ruido. Sin relámpagos ni truenos. Llovía por dentro y por fuera de las casas. Cansinamente. Llovía cuando el cura repicó para la primera misa, y llovía aún cuando las garzas, en lo alto del cielo, estiraban sus pescuezos para volar hacia el río.

Ella había vivido su última noche. Había soñado su último sueño. Había sentido su último dolor. Se vio, como en el día de su Primera Comunión, vestida de blanco, con

un velo de tul apenas cubriéndole su cara y con una hermosa diadema de perlas que, semanas atrás, Vicente -su Vicente-, le había traído desde muy lejos. Ella estaba linda cuando recibió, por primera y única vez, el pedazo de hostia que el cura puso en su boca y que -no podía creerlo-, no tenía ningún sabor. Ella no necesitó repartir recuerdos de ese acontecimiento, ni hacerse tomar una fotografía así vestida, así radiante, para guardar en su memoria las miradas de envidia de las personas que estaban en la iglesia. Ella nunca necesitó que alguien le dijera que estaba linda para ser feliz.

-Parece que está lloviendo.

-Ojalá que venga pronto.

-Ojalá que no se moje.

-Ojalá me traiga una gran cartera blanca para vestirme mañana.

-Ojalá encuentre mi pinta-labios para lucir más bonita.

-Ojalá le guste a él...

-Vicente... En dónde estás?

-Vicente...Cuándo vendrás?

-Cuídate de la lluvia que puede hacerte daño y no estoy a tu lado para abrigarte con mi cuerpo. Con este cuerpo que no sé por qué hoy me duele tanto..!

Ya están cantando los gallos. Ya empiezan a aparecer las montañas a través de la llovizna. Ella no los ve. No ve el amanecer. No alcanza a ver sus estampas en las paredes. No ve su vieja y descuartizada muñeca que siempre la ha acompañado. Ni siquiera ve a sus padres que, desconsolados la rodean en medio de rezos y de sollozos. Ya no los ve. Ya no los siente. Ya no sabe quiénes son. Ya no sabe en dónde está. Ya no sabe quién es ella...

La casa se llena de vecinos. Ya lo sabe todo el mundo: ella se está muriendo. Las mujeres están llorando. Los hombres están llorando. El pueblo está llorando. El cielo sigue llorando. Ya traen sábanas blancas. Flores blancas. Azucenas, narcisos, jacintos, jazmines de Arabia, rosas blancas. La gente viste de negro. Y se empujan para verla, para sobarle las manos, para acariciarle el pelo, para estirarle los dedos... para vestirla de blanco.

Parece ahora una novia con su diadema de perlas. Con su traje blanco. Con su sonrisa blanca. Con las flores blancas. Empiezan a encender las velas y empiezan a decir su nombre: como un murmullo al comienzo:

-Esthela... Esthela...?

Como un torrente después...

-Esthela!!

-Me estoy sintiendo cansada...

-Me está dando mucho sueño...

-Yo sé que ya estás llegando, Vicente...

-Ya no puedo abrir los ojos ni puedo decir tu nombre...

-¿Es tu voz la que me llama...?

-Me estoy quedando dormida...

-Despiértame apenas llegues, no importa que sea muy tarde...

-Vicente..!

Pedro Isaac Barreiro Chancay

Médico salubrista ecuatoriano, oriundo de Santa Ana de Vuelta Larga.

Secretario de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética.

Miembro de la Corporación Ecuatoriana de Escritores Médicos

pedroisaacbarreiro@yahoo.es

Cómo citar este artículo:

Barreiro Chancay, PI., "Esthelita", *Folia Humanística*, 2020; 1(2): 50-54. Doi:

<http://doi.org/10.300860/0062>

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns.
This is an open access article.

¡ANITA, COÑO, QUE ES PARA LLORAR!

Elvira Callejo Giménez

Resumen: Hace más de 5 años, Ana fue diagnosticada de un cáncer de ovario que, pese a numerosas intervenciones quirúrgicas y tratamientos quimioterapéuticos, se resiste a desaparecer. A ella le ayuda compartir sus experiencias y sus sentimientos en una conocida red social. A los amigos que la seguimos, además de conmovernos, nos enseña muchas cosas. Y en casi todas las ocasiones, además nos arranca una sonrisa o incluso, unas carcajadas. Por lo tanto, y como empieza el mismo, este relato, no es un relato, ya que es una experiencia real de una persona real, su verdadera autora.

Palabras clave: *Cáncer/ Humor/ Colostomía.*

Abstract: COME ON, ANNIE, YOU ARE ALLOWED TO CRY!

More than five years ago, Ana was diagnosed with ovarian cancer and, after several surgeries and chemotherapy treatment cycles, it has not been cured. She finds it helpful to share her experiences and feelings in a well-known social network. Her friends and followers find her posts moving, and at the same time we cannot help but smile or even laugh when reading them. For all these reasons, this story is not a story but a real experience, of a real person, its real author.

Keywords: *Neoplasms/ Affect/ Colostomy*

Artículo recibido: 22 noviembre 2019; **aceptado:** 12 febrero 2020.

Este relato, no es un relato ni yo, su autora, soy su autora. Es una anécdota real, que una amiga compartió en una red social hace unos meses. Creo que nunca me había reído tanto, con tantas ganas de llorar; según lo leía, pensaba en vosotros, compañeros de comunicación, que tan bien entendéis las otras dimensiones de la enfermedad. Sentí la necesidad de compartirlo y, con permiso de la protagonista, lo estoy haciendo.

Antes, algunas otras entradas para ponerlos en situación:

5 enero 2018:

- “5 de enero..... ¡¡¡Y yo sin escribir la carta a los Reyes Magos!!!
¡Qué desastre de vida tengo últimamente! Pero en fin, allá vamos...”

Queridas Majestades:

No sé si he sido buena o mala. Creo que buena, pero no soy yo la persona más idónea para juzgar eso. Mis últimos cuatro años han sido un poco complicados, y reconozco que he mandado a tomar por culo a más gente de lo que es lo normal en mí.

Así que por ahí va mi primera petición: Que me disculpen si me he pasado tres pueblos.

Lo segundo que os pido es para mi familia y para las personas que me quieren: dadles fuerza, paz, tranquilidad, alegría... compensadles de alguna forma por todo lo que han sufrido por mí, ¡y lo que les queda!

Lo tercero es para mí. Os pido lo más valioso a lo que ahora mismo puedo aspirar: tiempo. Tiempo para terminar cosillas, para organizarme, para desestresarme, para disfrutar, para estar en paz.

Eso es todo. Que paséis una buena noche. Yo os dejo un orujito en la ventana, que hará frío.

P.D.: Bueno, y si está en vuestras manos, pues también os pido que no me quiten demasiadas piezas. Se lo he pedido a mis cirujanos, pero ellos ya me han dicho que no son “magos”...”

Esta es la carta que Ana envió a los reyes hace casi 2 años. Cuatro años antes, había sido diagnosticada de un cáncer de ovario. Hizo tratamiento quirúrgico y quimioterapia, pero el cáncer se resiste a desaparecer. Así que no es raro que en cada revisión se le tenga que plantear nuevamente una intervención o nuevos ciclos de quimio.

Creo que está cansada, y aunque ya sabemos que el cáncer no es una batalla, sino una enfermedad, es una luchadora. Compartir esta dura experiencia con los amigos virtuales de las redes le reconforta. Y a sus amigos virtuales, además de producirnos admiración, nos enseña muchas lecciones.

Después de esa intervención de enero, escribió lo siguiente:

• *“Bueno.... dije que cuando me desconectara de vías, cables, sueros, sondas y otros artefactos varios vendría, y aquí estoy.*

La operación fue jodidilla, larga y complicada; y si me descuido palmo en el post-operatorio. Seis horas de quirófano, mucho cirujano metiendo mano y mucha sangre transfundida. Demasiado trajín para mis riñones. Sufrí un fracaso renal, un fallo cardíaco y una insuficiencia respiratoria. Lo que se dice un “completo”. Y el tabaco tampoco ayudó mucho (y no aprendo...). Pero bueno, ya se sabe.... ¡Bicho malo nunca muere! O simplemente, no era mi hora.

Lo importante: que sigo viva y casi entera. Y lo que más me preocupaba, mi culo, sigue en su sitio. Me han vuelto a abrir como a un boquerón, me han extirpado no sé qué y he perdido un trozo de uréter. Pero vista desde fuera ¡ni se nota! Dentro de unos días me quitarán un catéter que han puesto por ahí para empalmar y después vendrá nuevamente la quimio y volveré a lucir mi preciosa calvorota (ya me jode gastarme ahora 60 euros en darme las mechas, pero no voy a estar impresentable hasta entonces).

La verdad es que estoy contenta. Cansada y dolorida pero feliz. Estaba convencida de que no saldría de ésta, pero ya veis... ¡aquí estoy! No es tan fácil acabar conmigo. No sé lo que duraré, pero tampoco me importa demasiado: todo lo que viva a partir de ahora lo consideraré tiempo regalado. Y no sabéis lo estupendo que ha sido reencontrarme con todas aquellas cosas y personas de las que me despedí, creyendo que no volvería a verlas. Reitero lo que siempre he dicho: el cáncer me ha quitado muchas cosas, pero también me ha dado muchas otras buenas y, entre ellas, me ha hecho más fuerte, puede que más feliz y me ha enseñado a ver la vida de otra manera.

Como siempre daros las gracias a todos los que habéis estado ahí. Y gracias también a la Seguridad Social, ésa a la que tanto critican pero que conmigo ni ha escatimado ni se ha rendido. Y por supuesto gracias a mi estupenda familia, que nunca, nunca, nunca me falla. Un beso a todos (que como siempre incluye al “todas”)

Como veis, Ana hay 3 cosas a las que no estaba dispuesta a renunciar:

- A seguir fumando
- A tener todos los agujeros en su sitio natural
- A conservar su sentido del humor.

“Capítulo de hoy: “Tarde en Urgencias”

Llevaba unos “díitas” molesta, pensando que si voy, que si no voy, que espero un poco, que a ver si se me pasa, que hay mucha gente... Total, que dado mi lamentable estado “chuminal”, mi hemorragia nasal y la invasión de granos y cardenales, he hecho acopio de valor y para allá que me he ido. Y ¡sorpresa! no había casi nadie, por lo que me han atendido en un plis-plás. No sé si es que vamos aprendiendo a usar este servicio o sencillamente es que había algún partido de fútbol, telenovela, boda gitana u otro acontecimiento que desconozco.

El caso es que he llegado con mi carpeta de males y mis lágrimas de sufrimiento y.... ¡pá dentro!

Es curioso lo que un poco de sangre y unas gotas de pis dicen de uno mismo. A mí me sigue pareciendo milagroso.

En fin; en mi caso han dicho unas cuantas cosas: que mi riñón funciona perfectamente (¡¡¡bien!!!), que tengo infección de orina (lo suponía), que los granos son por la quimio (cachisssss) y que tengo..... PANCITOPENIA (eso me ha hecho menos gracia porque ha venido a decírmelo una médico muy, muy, muy, muy seria y que me miraba muy, muy, muy mal).

Total, que he salido del hospital con una caja de antibióticos, una mascarilla en la cara, y la prohibición absoluta de que alguien me tosa, me toque, me escupa o me pase el más mínimo virus o bacilo. Que no me dé golpes, que no me corte, que no me fatigue... ¡Ainsssss! ¡Ahora soy la “niña burbuja”!. Y esto no ha hecho más que empezar”

Con el verano, llegaron malas noticias:

• 19 junio 2018: *Hoy ha sido un mal día lleno de malas noticias... mejor dicho, de una mala noticia que lo ha llenado todo. Ni siento, ni padezco, simplemente estoy en shock. Incapaz de soltar una lágrima.*

Mañana será otro día y tendré que enfrentarme a lo que venga. Y más adelante, si hay opción, tomar decisiones algo complicadas.

• 2 agosto 2018: *Bueno... pues ¡llegó el día! Después de nuevas pruebas médicas y deliberaciones varias entre ginecólogos, urólogos, oncólogos y cirujanos, hoy me daban a elegir entre dos únicas posibilidades: “susto o muerte”. Así, literal, a lo Halloween.*

He elegido “susto”. Espero no haberme equivocado.

Alguien muy querido me dijo una vez que lo importante era vivir, aunque fuera hecha cachitos. Yo no estoy tan segura de eso, pero debo intentarlo. No puedo rendirme ahora tras casi cinco años de batallas. Si hay una posibilidad, entre cien, de salir “bien” de ésta, no me queda otra que enfrentarme y asumir el 99% restante.

Echad mano de estampitas, conjuros, credos, ánimos, deseos, fuerzas superiores, dioses, santos, fenómenos sobrenaturales o lo que se os ocurra, porque..... ¡lo voy a necesitar! La fe mueve montañas y la montaña a mover es enorme. Así que os quiero a todos (que incluye a todas) manos a la obra y ¡al lío!”

Hubo varias intervenciones y pasó lo que Ana no estaba dispuesta a aceptar:

• 2 octubre 2018: *Hoy hace una semana que salí del hospital y ha sido una semanita un tanto horrible, metida en un círculo vicioso entre el “yo no quiero vivir así” y el “me tengo que suicidar y no sé cómo”.*

En estos últimos casi cinco años había ido perdiendo a cachitos todo mi aparato reproductor y algún que otro colindante (que tampoco me servía para mucho) y algo de funcionalidad en un riñón. Pero esta vez ha sido distinto: ha sucedido aquello a lo que siempre me negué.... “Antes muerta” había repetido mil veces. Eran muchas las posibilidades de que esto pasara, pero la

pequeña esperanza que existía de volver a salir “entera” del quirófano, y el pensar que ya me tocaba un poco de buena suerte, me hizo embarcarme en una aventura sin otra alternativa que la muerte. Jugué y perdí. Aunque tampoco tenía muchas cartas para ganar. Los médicos lo intentaron, pero el cáncer estaba ahí, desafiante, cobardemente infiltrado, invadiéndolo todo...

Total, que ahora he perdido un montón de piezas y tengo que vivir mi particular infierno con tres bolsas adheridas a mi tripa. Pero ¡es lo que hay! Ni puedo arrancarlas, ni valgo para suicidarme. Supongo que tardaré en salir de mi estado de shock, que viviré amargada y deprimida una temporada, o toda la vida, no lo sé, pero confío en que en algún momento esto dejará de doler y yo dejaré de llorar.

Y las bolsas serán parte de mí.

¿Que por qué os cuento todo esto? Porque quizás mi testimonio ayude a alguien que viva en un infierno parecido. Cuando me llevaron de nuevo al quirófano, porque si no me operaban de urgencia me moría, les supliqué a los médicos que no me despertaran, que yo me rendía, que no quería vivir así. Me dijeron que eso era imposible, que su misión era salvar vidas. Espero que salvar la mía haya merecido la pena. Tiempo al tiempo.”

El 13 de noviembre, Ana hizo algo especial, que nos conmovió a todos sus amigos: colgó una foto ¡de su tripa!

• 13 noviembre 2018: *“Mi hermano Dani me dijo que el día que lograra enseñar mi cuerpo al mundo daría un paso de gigante en la aceptación de mi “desgracia”. Supongo que esto no se acepta nunca. Pero sentada en mi cocina, con mi cafetito y mi cigarro, he abandonado toda idea de suicidio. La verdad es que me alegro de estar viva.*

Para nada lo he superado. Pero enseñaros esta foto es el principio de algo. Mi último ingreso hospitalario, por falta de camas en ginecología, fue en la planta de Ictus. No sé si lo hicieron adrede, pero allí empecé a cambiar el chip, a dejar de quejarme por mi mala suerte viendo lo que me rodeaba.

No sintáis lástima por mí. Yo no la siento.”

Recodareis, que había 3 cosas a las que Ana no estaba dispuesta a renunciar:

- A seguir fumando, que lo sigue haciendo
- A tener todos los agujeros en su sitio natural, que ya veis que no ha sido posible
- A conservar su sentido del humor, que es, como os dije al inicio de este relato, el motivo que me ha empujado a contároslo:

• *28 febrero 2019: Aquí os dejo un relato verídico para que os vayáis a dormir con una sonrisa.*

Tema de hoy: “Mis p.... bolsas de mierda (nunca mejor dicho) y el lío que he montado para cambiármelas”. Advierto que el temita tiene su pequeño toque escatológico....

Eran las 20:00 horas, más o menos. Andaba yo haciendo unas risas con un amigo por teléfono cuando de tanto reírme.... ¡zasssssss! se me soltó una de las bolsas del pis (finalmente llamadas “urostomías”) ¡¡Qué le vamos a hacer!! Estuve todavía un rato más a carcajada limpia hasta que tuve que decidir entre colgar y cambiarme la bolsa o ir a buscar la fregona. Y ahí empezó todo.

Creo que os debo poner un poco en situación para que podáis visualizar la escena. Mi tripa parece los invernaderos de Almería, por los plásticos, dos bolsas para el pis, y una para la caca. Los preparativos para cambiar la del pis que se había soltado, fueron los de siempre: cortar la bolsa nueva para adaptarla, el jabón, las gasas, el antiséptico, el tabaco y el mechero cerquita... y al lío. ¡Y os juro que es un lío! Hay que quitar la bolsa usada, sujetar el catéter que asoma (que el muy cabrón no para de mear), sujetar un hilo que también asoma para que el catéter no se mueva, etc, etc, dedicando a cada “etecé” un dedo de la mano izquierda, con lo que sólo me queda la derecha para meterme en faena (os recuerdo que soy zurda).

Pues bien, todo iba más o menos bien hasta que llegó el momento de darle al spray del antiséptico. Como soy mujer, y puedo hacer varias cosas a la vez, andaba yo metida en estas lides y viendo al mismo tiempo la tele en el iPad apoyado en el lavabo, entre las gasas y el cenicero. Total, que he echado mano del spray y..... ¡¡¡¡¡que me he equivocado de spray!!!! ¡¡¡Le he echado a mi boquete urinario el colutorio bucal para las llagas de la quimio!!! ¡¡¡¡Horror y vituperio!!!!

Luego he pensado: “tampoco será tan malo”. Pues sí, lo era. Sobre todo, y como he comprobado después, porque no hay forma humana de que la bolsa nueva se pegue a la piel con ese potingue.

Tras cuatro intentos y cuatro despegues, ahí estaba yo, como al principio y cuatro veces más meada. Pero no acaba aquí la cosa. ¡qué más hubiera querido yo! Tanto pis fuera de su sitio ha acabado empapando la bolsa de la caca (finamente llamada “colostomía” aunque yo prefiero llamar al pan, pan y al vino, vino) que en solidaridad con la del pis también se ha despegado.

Y ahí andaba yo, con el codo derecho intentando taponar mi nuevo culo, que está más o menos a unos 10 centímetros por debajo del del pis. ¿Os vais poniendo en situación?. Y todo esto en pelota picada. ¡¡Pá foto!! He encendido un cigarro, he suspirado unas cuantas veces al estilo Zen, y me he dicho: “Anita, tranquila, que esto se soluciona con paciencia y orden”

Primera decisión: darle al pause del iPad, porque encima no me estaba enterando de quién mataba a quién.

Segunda decisión: taponar el agujero de la caca como fuera y atacar directamente al del pis, origen del problema. Como para todo esto necesitaba la mano derecha no me quedaba otra que sostener el cigarro en los labios. ¡Me veía en el espejo de esa guisa, y me reía tanto que era incapaz de solucionar nada! “Anita, coño, que esto es para llorar” me decía a mí misma; pero nada, me daba más la risa.

Me puse otra vez zen y comencé de nuevo desde cero. A base de frotar conseguí limpiar la piel y solucionar el tema de la bolsa del pis. Conseguí

pegarla y ¡asunto arreglado! Eso me dejaba libre la mano izquierda porque a partir de ese momento podía sujetar la bolsa del pis hacia arriba con la barbilla y así acceder al boquete de la caca que está debajo. Pero claro, tenía que quitarme el cigarrillo de la boca porque si no o quemaba la bolsa nueva (que ya me pasó una vez) o me quemaba una teta (que ya me pasó otra vez). Renuncié al cigarro y me puse manos a la obra para solucionar mi segundo problema.

La falta de nicotina me provocó la genial idea de que ya que andaba estreñida por la quimio, ¿por qué no aprovechar para ponerme un micralax?) La colostomía básicamente consiste en tener el culo en otro sitio pero funciona más o menos igual (eso sí, te libras de las “almorranas”, lo que siempre es de agradecer). Y ahí estaba yo, cabeza contra pecho sujetando la bolsa del pis, y armada con un micralax en mi mano inútil, intentando atinar en el agujero. Atiné a la tercera estocada. ¡Perfecto! Ya podía ponerme la bolsa nueva y ¡a otra cosa, mariposa!

¡Pues tampoco! El micralax comenzó su función, pero se ve que mi intestino estaba más por la labor de soltar pedos que cacas. A los 10 minutos del estreno de la bolsa nueva la pobre se había hinchado como una sepia a la catalana, ahí pegada a mi tripa. A los 15 minutos no pudo más, se despegó y salió despedida. ¡¡¡Otra vez risas!!!

Y aquí ando, a las 0:32 de la noche, tumbada en la cama, sin bolsa de cagarrutas, con mi cigarrillo en la boca, escuchando mi propio concierto de pedos, y esperando que salgan todos los gases para ponerme una bolsa nueva. Mientas tanto he aprovechado para contaros todo esto. Espero que al menos hayáis pasado el mismo buen rato que he pasado yo.

Besos a los (que incluye “a las”) que aún tenéis la paciencia de leerme.”

Porque, como veis, para Ana ya no hay tres, sino dos cosas a las que no estaba dispuesta a renunciar:

- A seguir fumando
- A conservar su sentido del humor

Porque el hecho de no tener los agujeros en su sitio, puede convertirse en una fuente de anécdotas, si no se pierde el humor y las ganas de vivir.

Y yo he querido compartir este relato con vosotros, porque creo que es uno de esos pequeños regalos que a veces nos hacen los pacientes y que pueden ayudar a otras personas a vivir con sus ostomías, limitaciones o dificultades, mucho más que todos los esfuerzos que podemos hacer los profesionales y los consejos que podamos dar.

Elvira Callejo Giménez

Médico de Familia

Miembro del Grupo de Comunicación y Salud de semFYC-SOCALEMFYC

elviracallejo@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Callejo Giménez, E., “¡Anita, coño, que es para llorar”, *Folia Humanística*, 2020; 1(2):55-64. Doi: <http://doi.org/10.30860/0063>

© 2020 Todos los derechos reservados a la *Revista Folia Humanística* de la Fundación Letamendi Forns. This is an open access article.