



Federación de Asociaciones
para la Defensa
de la Sanidad Pública



Informe

Las causas de enfermedad, la mercantilización y la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud

***Federación de Asociaciones
para la Defensa de la Sanidad Pública
Agosto de 2011***

Estamos asistiendo a un acoso sistemático en los medios de comunicación, que se ha acrecentado con la disculpa de la crisis económica, propugnando la insostenibilidad del sistema sanitario y la necesidad ineludible de realizar nuevos recortes en salarios y prestaciones, además de insistentes recomendaciones hacia la privatización de la financiación y la gestión y a la introducción de copagos.

Se menciona como causa mayor de esta insostenibilidad el envejecimiento de la población “cada vez se vive más tiempo y se consumen más recursos”.

El incremento de la supervivencia es uno de los objetivos esenciales del sistema sanitario, así que, nos encontramos ante una contradicción, el objetivo del SNS provocaría su propia insostenibilidad...

Pero ya son muchos los autores y las publicaciones que consideran que son otras las causas que subyacen bajo el incremento progresivo del gasto y la supuesta insostenibilidad del sistema sanitario, relacionadas esencialmente con el “abandono” de la Atención Primaria y con la creciente privatización y mercantilización del SNS. Como afirma la OMS, las inequidades en el acceso a la atención y en los resultados sanitarios suelen ser mayores cuando la salud se trata como si fuera una mercancía y la atención se orienta en función de los beneficios que rinde. Es fácil predecir el resultado: pruebas y procedimientos innecesarios, estancias más frecuentes y más largas en los hospitales, aumento de los costos generales y exclusión de las personas que no pueden pagar¹

¹ Informe de la Organización Mundial de la Salud. ALMATY, KAZAJSTÁN. 14 de Octubre de 2008. centro de prensa de la OMS

Causas principales del gasto sanitario

El incremento progresivo en las últimas décadas de los factores de riesgo modificables: **Tabaquismo, diabetes, sobrepeso, dislipemia e hipertensión arterial**, ha aumentado las tasas del Ictus, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer, que constituyen las primeras causas de muerte y años de vida sana perdidos, morbilidad, gasto sanitario y discapacidad de la población.

Los factores de riesgo modificables:

1. Consumo de tabaco: En el año 2001 se le atribuía a esta causa una de cada seis muertes de mayores de 35 años en España².

La política informativa y las medidas restrictivas consiguen disminuir, por fin, el consumo de tabaco. Solo 1 año después de la entrada en vigor de la ley frente al tabaquismo, había bajado en 2 puntos el porcentaje de fumadores (de 25,8% a 23,7%, 756.000 personas menos), aunque esto no ocurre de forma generalizada, ya que se observa un incremento del consumo de cigarrillos en el sexo femenino, especialmente en las mujeres mayores de 45 años, sin estudios o con bajo nivel de estudios y entre los 16 y los 24 años, franja en que el consumo de tabaco en la mujer se ha equiparado con el de los varones³.

2. La obesidad es, junto con el tabaco, el principal factor responsable de morbilidad, mortalidad y discapacidad prematuras en la población española, además incrementa los otros factores de riesgo, **HTA, dislipemia y diabetes tipo 2**⁴.

Las conclusiones de un estudio reciente⁵ son alarmantes, ya que el 45% de los niños y niñas españoles de entre 6 y 9 años tienen sobrepeso (26%) u obesidad (19%).

La obesidad está directamente relacionada con un estilo de vida cada vez más sedentario (el 40% de la población española no practica ejercicio físico en su tiempo libre)⁶ y con la modificación de nuestra dieta mediterránea, de un elevado efecto protector cardiovascular, en base a un bajo consumo de frutas y legumbres y a un incremento del consumo de carne, grasas, platos precocinados y alimentos y bebidas ricos en azúcares.

La falta de información parece estar en la raíz de problema, ya que existe mayor proporción de obesidad en los niños españoles (casi 8 puntos más) si son hijos de padres con estudios primarios y secundarios, con respecto a los hijos de padres universitarios, además de la pobreza, que se asociaba con desnutrición y hambre y ahora ha pasado a relacionarse también con la obesidad, de forma que, a escala mundial, el sobrepeso y la obesidad ya causan más muertes que la insuficiencia ponderal⁷.

2 Banegas JR et al. La mortalidad atribuible al tabaquismo empieza a descender en España. Med Clin (Barc). 2005;124(20):769-71

3 Indicadores de salud 2009: Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la UE. Ministerio de Sanidad y política Social.

4 Salor Moral D et al. Correlación entre parámetros antropométricos y perfil de riesgo cardiovascular estimado para la población española. Clínica e investigación en arterioesclerosis. 2010; 22(6):241-246

5 Estudio de prevalencia de obesidad infantil "aladino": Alimentación, actividad física, desarrollo infantil y obesidad. Estrategia naos. "010-2011.- MSPS.

6 Encuesta Nacional de Salud de España. ENSE 2006. Ministerio de Sanidad y política Social

7 Centro de prensa OMS. 27 de octubre de 2009

En España se ha observado que las dificultades para llegar a fin de mes favorecen el desarrollo de obesidad y de diabetes mellitus tipo 2, especialmente en mujeres⁸.

El tratamiento de estos factores de riesgo con fármacos no tiene la eficacia que se le supone:

- De las personas hipertensas que siguen un tratamiento, sólo el 25% logra controlar la presión arterial y en general, las personas de alto riesgo cardiovascular, los diabéticos y los enfermos renales crónicos, presentan peor control tensional que el conjunto de la población⁹.

- Alrededor del 25% de pacientes está diagnosticado de dislipemia en atención primaria (AP) y un 75% de los pacientes con dislipemia reciben tratamiento con dieta y fármacos, pero sólo un tercio alcanzan un control adecuado, y paradójicamente el control es menor a mayor riesgo cardiovascular.

- Varios estudios indican que a pesar de los avances en el tratamiento de la diabetes, los sistemas sanitarios fallan a menudo en conseguir los objetivos marcados por las directrices actuales (American Diabetes Association, 1998) lo que también ocurre en nuestro medio, donde se ha detectado un déficit importante en el cumplimiento de las recomendaciones de las guías de práctica clínica (Díaz Gravalos et al, 2006).

Por otra parte, los resultados del estudio EUROASPIRE III *sobre factores de riesgo cardiovascular en 22 países europeos, no solo no han mostrado mejoría sino que se detecta un empeoramiento con respecto a los estudios precedentes* (Kotseva K et al, Lancet 2009), con un evidente aumento de la obesidad y de la prevalencia de diabetes en los pacientes coronarios, un incremento de fumadoras en edades menores de 50 años y ausencia de mejora en el control de la hipertensión. Sin embargo:

- Una dieta saludable disminuye el riesgo cardiovascular. Existen experiencias interesantes en otros países¹⁰ ya implantadas hace años y que deberían trasladarse a España: En Nueva Zelanda, al comenzar a utilizarse un logotipo fácil de reconocer para el etiquetado de los alimentos más sanos, muchas empresas procedieron a reformular sus productos. Uno de los beneficios resultantes ha sido la disminución del contenido de sal de los alimentos elaborados. En Mauricio se consiguió reducir el colesterol en gran medida al sustituir el aceite de palma por el de soja como principal aceite de cocina. En Finlandia, gracias a intervenciones basadas en la comunidad, en particular la educación sanitaria y el etiquetado de los alimentos, se han conseguido reducciones del colesterol y muchos otros riesgos en la población en general, seguidas de un rápido descenso en las enfermedades cardíacas.
- Los sujetos físicamente activos tienen una incidencia de enfermedad coronaria 50% menor que los sedentarios y el ejercicio físico mejora el pronóstico de pacientes con enfermedad coronaria, con una reducción de la mortalidad coronaria del 26% y de un 20% de la mortalidad total. El ejercicio físico es además el componente más importante en el tratamiento conservador de la claudicación intermitente, más eficaz, según estudios (Creasy) que la angioplastia transluminal percutánea¹¹.

8 Escolar Pujolar A. Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitas de tipo 2 en Andalucía ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad?. Gac Danit. 2009;23(5):427-432

9 Villar Álvarez F et al. Las enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo en España. Hechos y cifras. Informe SEA 2007

10 Informe sobre la salud en el mundo 2002. OMS

11 Evaluación de tecnologías sanitarias 1994-2009. Ministerio de Ciencia e Innovación

- Cesar de fumar después de un infarto agudo de miocardio (IAM) es la más efectiva de todas las medidas preventivas de un nuevo episodio. Los pacientes que siguen fumando después de sufrir un infarto agudo de miocardio tienen cerca de tres veces más posibilidades de volver a padecer un episodio cardiaco¹²
- Un tratamiento completo de rehabilitación a los pacientes con patología cardíaca lograría un descenso en la mortalidad de entre el 20 y el 26%, además de la mejora de la capacidad funcional e incluso el estado psicológico del paciente”. “La evidencia científica es muy alta y choca con el acceso tan limitado a estos programas en España”¹³, donde únicamente la reciben el 5% de las personas que han sufrido un IAM, debido al gran desconocimiento, por parte de la sociedad y de los profesionales sanitarios, de los beneficios de estos programas. Esta proporción tan pequeña apenas ha aumentado en los últimos años (2-3% en España, Portugal y Grecia en el año 1995¹⁴) y está muy por debajo de otros países de la UE como Holanda, Austria y Finlandia, con un 50-60% de rehabilitación cardíaca (The Carinex Survey, 1999), o el 30-35% de media europea, según estudios más recientes¹⁵

Ante estos datos, la sociedad europea de cardiología puso en marcha un programa multidisciplinar (Euroaction) de prevención cardiovascular en 6 países europeos, entre ellos España, coordinado por enfermería, con la participación de personal de nutrición y fisioterapia y basado en la familia. Los resultados son alentadores y parece que este es el camino, la prevención mediante una actuación multidisciplinar centrada esencialmente en la Atención Primaria.

En palabras de la OMS, la obesidad no es culpa de un vicio personal, sino de la excesiva disponibilidad de alimentos ricos en grasas y azúcares.

Nuestros gobernantes no pueden seguir eludiendo su responsabilidad, ya que la política “consentidora” con el sector de la alimentación ha conseguido en pocos años echar por tierra gran parte de nuestra dieta y nuestra cultura alimentaria y ha provocado una tasa de sobrepeso y obesidad infantil de graves consecuencias no solo para la sostenibilidad del SNS sino para el desarrollo económico futuro. Es urgente implantar estrategias comunitarias con participación del sistema educativo y con la implicación especial de la enfermería de AP.

12 Estudio sobre recurrencias cardiovasculares. LVII congreso Colegio Americano de Cardiología. 2008. Chicago (USA)

13 Marco E. presidenta de la Sociedad Española de Rehabilitación Cardiorrespiratoria JANO.es. 29 Septiembre 2010

14 Grupo de trabajo de la Sociedad española de Cardiología 1995

15 Estrategia en cardiopatía isquémica del SNS. Sanidad 2009. MSPS

Las consecuencias de los factores de riesgo: la enfermedad cardiovascular, el ictus y el cáncer. Representan las tres primeras causas de muerte y motivan uno de cada cuatro ingresos hospitalarios en España.

Se detecta variabilidad significativa en la atención sanitaria de estos pacientes y, por lo tanto, un importante potencial de mejora de la eficiencia y la calidad.

1. Enfermedad cardiovascular

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de hospitalización en la población española, con más de 5 millones de estancias hospitalarias. Se observa un incremento constante de la morbilidad por enfermedad cardiovascular (1360 ingresos por 100.000 habitantes)¹⁶ y solo una discreta disminución de la mortalidad.

Se detectan diferencias geográficas importantes en las tasas de mortalidad por enfermedad cardiovascular en España, con tasas más elevadas en las CCAA del sur y Levante¹⁷

Fig. 1

Prevalencia de angina de pecho en las distintas CCAA¹⁸

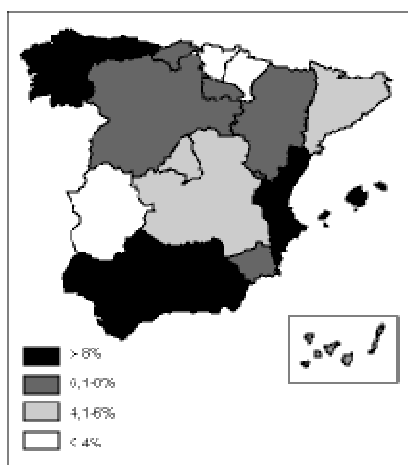


Fig. 1. Representación gráfica de la prevalencia de angina en las distintas comunidades autónomas españolas.

Analizando los datos de la tabla I detectamos la variabilidad existente entre CCAA en procedimientos intervencionistas cardíacos, con una diferencia en las tasas de coronariografías entre las más altas (de Navarra y Madrid) y la más baja (de Andalucía) mayor de un 40% y una diferencia en las tasas de angioplastias entre las más altas (Navarra y País Vasco) y la más baja (Asturias) de casi un 50%.

Observamos que en CCAA con mayor frecuencia de enfermedad cardiovascular, como Andalucía, las tasas de intervencionismo se encuentran muy por debajo de otras CCAA del norte de España, con menor carga de enfermedad. Parece que es la oferta de tecnología la que genera la demanda y no a la inversa

16 INE 2007

17 Villar Álvarez F, Banegas banegas JR. Objetivo 9: Reducir las enfermedades cardiovasculares. Informe SESPAS. Sevilla 1999

18 Lorenzo López-Bescos et al. Prevalencia de angina y factores de riesgo cardiovascular en las diferentes comunidades autónomas de España: estudio PANES. Rev Esp Cardiol.2009; 52(12) :1045-56.

Tabla I
Procedimientos por CCAA¹¹

CCAA	Coronariografía 1000 hab 2004	Angioplastia 1000 hab 2004
Andalucía	1767	913
Aragón	1785	935
Asturias	2226	804
Cantabria	2009	901
Castilla LM	1904	821
Castilla-L	1822	929
Cataluña	2070	883
Ceuta y Melilla		
C valenciana	2495	1010
Extremadura	2150	933
Galicia	2615	1182
I baleares	2206	1082
I canarias	2561	1375
La Rioja		
Madrid	2958	1317
Murcia	1980	1194
Navarra	3121	1580
País vasco	2743	1492

Fuente: Registro de Actividad de la Sección de Hemodinámica y Cardiología Intervencionista de la Sociedad Española de Cardiología.2004

Por otra parte, existe una importante variabilidad en la atención del Síndrome Coronario Agudo (SCA) constatada desde hace más de 15 años en registros nacionales e internacionales. Se ha demostrado repetidamente la paradoja de tratar de forma menos completa o menos acorde con las guías cuanto mayor es el riesgo del paciente.

Dicha variabilidad depende de los centros y los médicos encargados de la asistencia, pero también de determinadas características de los pacientes, como el hecho de ser Mujer. Las mujeres con SCA y perfil de riesgo alto sufren más demoras en el tratamiento y menor uso de betabloqueantes y estatinas y de intervencionismo percutáneo. Esta infrautilización de medios en la mujer se considera la causa de un 30%-50% mayor de eventos adversos y de mortalidad femenina^{19, 20},

El estilo de vida saludable es el componente esencial de la prevención y de la mejora del pronóstico de la enfermedad cardiovascular y el principal pilar para el sostenimiento de nuestro sistema sanitario

Los avances tecnológicos y los medicamentos no resuelven, sino que únicamente paliar los problemas de salud causados, sin embargo, cuando mejoran los comportamientos saludables, en especial cuando se elimina el tabaquismo y el sobrepeso, disminuyen las desigualdades en la mortalidad y se reduce la contribución relativa de los factores socioeconómicos en más de un 70 %, debido a que son los

19 Bonet A. Bardají A. Variabilidad en el tratamiento del síndrome coronario agudo sin elevación del segmento ST y sus consecuencias. Rev Esp Cardiol Supl. 2011;11(A):8-13

20 Ruiz-Nodar JM. Impacto del tipo de hospital en el tratamiento y evolución de los pacientes con síndrome coronario agudo sin elevación del ST. Rev Esp Cardiol.2010; 63(4):390-399

grupos más desfavorecidos los que disponen de menor información y tiempo libre y los que presentan mayor exposición a los factores de riesgo cardiovascular. Son necesarias estrategias comunitarias, con la participación del personal de enfermería de AP, escasamente implantadas en España, a pesar de que se consideran viables, eficaces y con aceptabilidad social²¹

El Ictus, según datos de la OMS, es la primera causa de discapacidad y consumo de recursos, la segunda causa de demencia y la tercera causa de muerte en la población. Al igual que en otros países de nuestro entorno, la mortalidad por enfermedad cerebrovascular ha presentado una tendencia descendente a lo largo de la segunda mitad del siglo XX (tabla II) que no ha sido homogénea en las distintas CCAA²² (Fig. 2)

Tabla II

Mortalidad/100000 España ajustada por edad (Ictus)	Ambos sexos	Hombres	Mujeres
1981	132	143	123
1990	88	96	81
1995	70	78	63
2007	40	46	35

La incidencia actual de la Enfermedad Cerebrovascular en España no se conoce con exactitud aunque parece que, al contrario que la mortalidad, aumenta cada año, lo que supone un gran problema social, ya que un tercio de los afectados sufre una discapacidad que les impide valerse por sí mismos y la mayor parte del apoyo de estos enfermos procede de familiares, con consecuencias adversas para sus cuidadores (tensión psicológica y emocional, aislamiento y pérdida de oportunidades socioeconómicas) .

Es necesario avanzar en la atención sanitaria coordinada de la enfermedad cerebrovascular e incrementar la equidad en todas las CCAA, ya que existen diferencias tanto en el número de unidades de Ictus por habitante, con menos de la mitad de los que se consideran necesarios a nivel del SNS, como en los resultados asistenciales (Fig. 2)

Figura 2

21 González-Zapata L. Criterios de valoración de políticas públicas para la obesidad en España según sus actores principales. Gac Sanit. 2008;22(4):309-20

22 Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. MSPS

Figura 3.3 - Índice de mortalidad por enfermedad cerebrovascular según Comunidad Autónoma. España, 2006



Hay que tener en cuenta además que, la mejora de la atención al Ictus, está más relacionada con la gestión y la coordinación entre niveles (información, rapidez en el diagnóstico y tratamiento, atención integral, rehabilitación y apoyo a la dependencia) que con grandes innovaciones tecnológicas²³.

El Cáncer es otra enfermedad de alta prevalencia y gran carga social y económica. Es la segunda causa de muerte en España.

El cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal (CCR), por su alta mortalidad y el cáncer de mama, por su elevada carga de discapacidad, son los responsables del mayor número de años de vida sana perdidos.

Según los datos existentes, España se encuentra por debajo de la media europea en la incidencia poblacional de cáncer, pero se detecta incremento en algunos cánceres (CCR, Cáncer de mama y cáncer de pulmón en mujeres) así como aumento de la mortalidad, de un 1,1% por cáncer de mama, un 3% por CCR, un 9% por cáncer de pulmón y un 7% por cáncer de páncreas, ambos en mujeres (en el año 2008 con respecto a 2007)²⁴

Se estima que entre el 30-40% de los tumores están relacionados con la dieta y la actividad física²⁵.

Un problema existente en relación con la asistencia al cáncer en España es la ausencia de datos fiables de incidencia y prevalencia de los distintos tumores en la población española, que, a pesar de la generalización de las TICs en el SNS, aún tiene que basarse en estimaciones a partir de los escasos registros regionales existentes, algo sorprendente si tenemos en cuenta que la implantación de cribados poblacionales en las CCAA requiere de un conocimiento previo de incidencia y supervivencia, como justificación de los programas y valoración de su eficiencia.

23 Matías-Guiu J. Estrategia en Ictus del Sistema nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2008

24 Notas de prensa. Instituto nacional de estadística. Marzo 2010

25 Cáncer y Dieta: el Proyecto EPIC (European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition). 6ª Reunión de la Sociedad Española de Seguridad Alimentaria: Alimentación y Salud. Logroño, 2 de Octubre de 2009

Por otra parte existe variabilidad²⁶ en la asistencia al cáncer y no podemos asegurar demoras mínimas en el proceso asistencial de estos pacientes ya que muchas de estas no se registran y si se registran no se miden y por lo tanto ni siquiera se conocen.

El informe sobre “Estrategia en Cáncer del SNS de 2009”²⁷, se centra más en el diagnóstico precoz (programas de cribado) que en la prevención primaria o en la mejora del proceso asistencial. Aunque el documento considera esencial el manejo del cáncer mediante equipos multidisciplinares, menciona “la dificultad de articular, en la tradicional estructura organizativa de los servicios hospitalarios, esta concepción multidisciplinar” y en el informe no se concretan recomendaciones ni se comprometen con un calendario específico para generalizar la gestión clínica multidisciplinar del cáncer, objetivo inaplazable si se quiere minimizar la enorme variabilidad en demoras, atención y resultados en estos pacientes, en el SNS. Además, parece lógico pensar que, las “lagunas” asistenciales de los “pacientes sintomáticos” deben resolverse antes de utilizar los recursos disponibles en la implantación de nuevos programas de cribado poblacional para “pacientes asintomáticos”

Las innovaciones terapéuticas en el cáncer han mejorado las tasas de recaída y el pronóstico de los pacientes, pero no existen programas formativos obligatorios ni evaluación continuada de los resultados asistenciales.

En el cáncer de recto, por ejemplo, existen tratamientos quirúrgicos que han probado disminuir de forma drástica las recaídas locales de la enfermedad, pasando de un 30% hasta 5-10%, pero aún en la actualidad, 30 años después de la descripción de esta técnica quirúrgica (excisión total del mesorrecto) no se utiliza de forma generalizada, con la consiguiente falta de equidad en relación con el pronóstico y los efectos adversos (colostomía, impotencia e incontinencia) de estos pacientes

La Asociación Española de Cirujanos (AEC) ha puesto en marcha el proyecto Vikingo²⁸ con el objetivo de formar a los cirujanos, radiólogos y patólogos en el manejo de esta neoplasia, para solventar la inexistencia de un plan nacional de formación continuada en el SNS.

Cribados poblacionales de Cáncer

Cribado de cáncer de mama. El cáncer de mama es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres españolas y de la UE. La mortalidad por cáncer de mama sigue creciendo y existe disparidad entre las distintas CCAA (34% mayor mortalidad en Baleares que en Cantabria, cuyas causas no se conocen)²⁹.

Al cribado de Cáncer de mama se le ha atribuido una disminución de la mortalidad de un 28% con respecto al grupo no cribado, pero la mayor parte de este beneficio se relaciona con los avances terapéuticos y el manejo multidisciplinar y solo una tercera parte (10%) se podría atribuir al cribado, según un estudio realizado a 40.000 mujeres con cáncer de mama y publicado en el New England en de 2010³⁰. Por otra parte, no

26 Borrás JM, Espinás JA. Describir las variaciones sobre el cáncer es un paso necesario pero no suficiente. Variaciones en la Práctica Médica. Editorial.

27 Borrás Andrés JM et al. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. MSPS 2009

28 Héctor Ortiz. Proyecto Vikingo. Asociación Española de Cirujanos

29 Indicadores de salud 2009. Evolución de los indicadores del estado de salud en España y su magnitud en el contexto de la Unión Europea. MSPS

30 Mette Kallager MD et al. Effect of Screening Mammography on Breast-Cancer Mortality in Norway. N Engl J Med 2010; 363:1203-1210.

se dispone de análisis coste-beneficio que permita cuantificar el valor y grado de prioridad social de programas como el cribado del cáncer de mama frente a otros programas alternativos³¹.

Además, existen importantes límites e inconvenientes propios de este tipo de cribados: *Resultados falsos positivos*, de entre un 20-50% a lo largo de los años de duración del programa, con el incremento de controles mamográficos (mayor dosis de radiación) y de biopsias innecesarias. *Resultados falsos negativos* que generan retrasos en el diagnóstico y empeoramiento del pronóstico de estas pacientes y aumento en el *diagnóstico de casos de cáncer de mama en fases muy precoces*, cuyo pronóstico se desconoce.

La población diana en España son las mujeres de 50-65 años (4,3 millones de personas). Su organización depende de "Salud Pública" y sus resultados son poco conocidos por parte de los profesionales del sistema sanitario y de la población. Además, no cuenta con la AP por lo que no existe una buena alternativa para las pacientes que no acuden (un 35% de media, con gran variabilidad entre CCAA, con un rango de participación que se encuentra entre un 30% y un 88%).

La tasa de detección es de 3,76 por 1000 pacientes cribadas, 17992 tumores detectados en las 15 CCAA que aportan datos, entre 1990 y 2005. Aún teniendo en cuenta el retraso en la implantación del programa en algunas CCAA, es una cifra baja para la ingente cantidad de recursos utilizados, teniendo en cuenta la incidencia anual de 16.000 nuevos casos de cáncer de mama en España³².

En Galicia, se diagnostican unos 1000 cánceres de mama cada año³³ pero únicamente se han detectado en el cribado 2940 cánceres en 15 años de programa (1992-2006)³⁴

Según una valoración del cribado de cáncer de mama en León³⁵ se diagnosticaron en las mujeres que han participado únicamente uno de cada 7 casos incidentes y conllevó el retraso diagnóstico, por falsos negativos, de uno cada 9 casos, respecto al total de cánceres diagnosticados.

A pesar de estas importantes limitaciones, el cribado de cáncer de mama se está extendiendo a las mujeres de 70 a 75 años e incluso, sin apoyo científico, a las mujeres de 40-50 (seis CCAA ya han decidido ampliarlo al intervalo 45-50 años, a pesar de las recomendaciones en contra de múltiples organismos, incluida la estrategia del cáncer del SNS de España, 2006).

La industria, muy interesada en este tipo de actuaciones poblacionales, investiga en nuevas técnicas diagnósticas que faciliten la ampliación del cribado de Cáncer de mama. Recientemente³⁶ se está empezando a valorar la gammagrafía mamaria para paliar el problema de mayor densidad de las mamas en las mujeres menores de 50 años. De momento reconocen que "el riesgo de cáncer inducido por la radiación es 20 ó 30 veces mayor que con la mamografía, aunque "afirman estar trabajando para ajustar las dosis"

31 Evaluación de tecnologías sanitarias 1994-2009. Ministerio de Ciencia e Innovación.

32 Castell X. et al. Descripción del cribado de cáncer en España. Cáncer de mama. Proyecto descripc. AATRM 06/1. MSC.

33 VIII Simposio Internacional del Grupo Español de Investigación en Cáncer de Mama (GEICAM). Abril 2011

34 Programa galego de detección precoz do cancro de mama (PGDPCM). Resultados 1992-2007. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade. Xunta de Galicia

35 Gervás Camacho J. Cáncer de mama y cribado mamográfico. Med Clin . 2007;129 (5):199.

36 Nancy A. Melvilla. Gamma bests imaging ultrasound for dense breasts. Medscape Medical News, 13 de junio de 2011

Con respecto al Cribado de Cáncer Colorrectal (CCR) el documento sobre estrategia en cáncer 2009 afirma que existe suficiente evidencia científica sobre el beneficio del cribado del CCR, pero la literatura refleja una gran controversia al respecto y el cumplimiento por parte de la población está muy por debajo de lo recomendable en aquellos lugares donde se ha pilotado, con tasas de participación entre el 17 y 38%³⁷. A pesar de todo, se recomienda su implantación, con el objetivo de cubrir el 50% de la población diana (alrededor de 10 millones de personas en España) en 2015. Las sociedades científicas, que son arte y parte, en ocasiones actúan como grupos de influencia sobre la administración sanitaria para impulsar este tipo de actuaciones.

De la misma forma, aumenta la presión para la implantación de otros cribados de cáncer con menor base científica e incluso considerados negativos para la población, como el cribado de cáncer de próstata³⁸. La existencia cada vez más extendida de un cribado oportunista parece que subyace sobre el incremento detectado de la incidencia de esta neoplasia y de las tasas de prostatectomía radical¹³ con sus graves efectos adversos (impotencia e incontinencia).

El informe de estrategia en cáncer 2009 no recomienda el cribado de cáncer de próstata, pero tampoco medidas para frenarlo, excepto la de informar a los profesionales sanitarios y a la población sobre el estado de la evidencia científica al respecto, lo que parece insuficiente y no se ha cumplido, ni de forma generalizada en el SNS, ni en los medios de comunicación.

Con respecto al Cáncer de cuello de útero, España es uno de los países con las tasas de incidencia y mortalidad más bajas (2.243 casos y 808 muertes, año 2006). La introducción de la vacuna del virus del papiloma humano (2007) fue una decisión muy controvertida, por suponer un enorme consumo de recursos (prevenir una sola muerte habrá costado al SNS 8 millones de euros) y por la falta de evidencias científicas al respecto³⁹.

La implantación de nuevos cribados poblacionales y la ampliación de los existentes debe cuestionarse aún más en periodos de crisis y recortes presupuestarios como el que vivimos, ya que la “vuelta atrás” en este tipo de proyectos puede ser mal comprendida por la población y mal aceptada por los profesionales que participan y la administración, que no suele estar dispuesta a asumir los costes políticos que se deriven de este tipo de decisiones, por muy bien fundamentadas que se encuentren.

El seguimiento de los pacientes supervivientes de un cáncer es otra causa importante de ineficiencia del sistema sanitario. Se lleva esencialmente en los servicios oncológicos hospitalarios, incluso para afecciones banales sin relación con el cáncer, creando una situación de dependencia para el paciente y un fuerte impacto asistencial. Estudios en desarrollo en Europa y Canadá proponen que los pacientes con menor riesgo de recidiva se deriven a AP una vez finalizado el tratamiento, fomentando el autocuidado y los hábitos de vida saludables, que los de riesgo moderado tengan un seguimiento compartido por los 2 niveles asistenciales y los de alto riesgo se controlen en los servicios oncológicos⁴⁰.

Es fácil suponer el importante ahorro en recursos hospitalarios que podrían dedicarse a la atención de los pacientes más graves y a la atención multidisciplinar con la

37 Castell X. et al. Descripción del cribado de cáncer en España. Cáncer de colon. Proyecto descripc. AATRM 06/1. MSC

38 Castells X. et al. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. Gac Sanit. 2009;23(3):244-249.

39 Martín Llaguno M. La retirada de una campaña publicitaria para promoción de la vacuna tetravalente del virus del papiloma humano en España. Gac Sanit. 2010;24(1):75-77

40 Ferro Tártila, Borrás JM. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. Gac Sanit. 2011;25(3):240-245

coordinación entre niveles y entre profesionales de los distintos servicios, tareas que muchos especialistas creen secundarias o para las que “nunca hay tiempo suficiente”. Quizás en parte temen que esta “pérdida de pacientes” frene el desarrollo de sus servicios en los hospitales

Los hábitos de vida, especialmente la alimentación y la actividad física, se manifiestan de nuevo como las causas principales de los cánceres más frecuentes.

Las recomendaciones alimentarias, junto con el mantenimiento de la actividad física podrían contribuir a reducir la incidencia de cáncer entre un 30 y un 40% (OMS). Deben articularse estrategias comunitarias con la implicación de la AP de salud en la prevención y en la atención al cáncer.

El seguimiento de los pacientes con cáncer de riesgo leve o moderado de recaída (más del 50% de los pacientes en ciertos cánceres) debería suponer un mejor aprovechamiento de los servicios hospitalarios, con mayor disponibilidad de tiempo y recursos para la formación continuada, el trabajo en comités multidisciplinares y la atención a los pacientes más graves.

Parece necesario un debate serio e independiente sobre la conveniencia de incrementar los cribados poblacionales del cáncer y la realización de estudios comparativos con otras alternativas que incluyan a la AP y por lo tanto a toda la población, ya que no es ético disponer de dos niveles tan dispares de calidad asistencial en función de si el paciente está o no en un programa de cribado, al no existir una alternativa bien organizada en el SNS para las que no están o para las que no acuden.

Es inaplazable la implantación de la atención multidisciplinar a los pacientes con cáncer en todo el SNS con registro de indicadores específicos de calidad y de demoras de proceso (no únicamente la existente entre el diagnóstico patológico y el tratamiento)

La ausencia de un programa de formación continuada en el SNS y la falta de evaluación del desempeño profesional es una dejación de la administración sanitaria y es una causa principal de la variabilidad en la práctica clínica, del incremento de los efectos adversos en los pacientes y de la falta de implicación de los profesionales sanitarios.

LOS MEDICAMENTOS INNECESARIOS Y LA HOPITALIZACIÓN INADECUADA

El consumo excesivo de medicamentos y los efectos adversos de los fármacos suponen otra causa principal de gasto sanitario innecesario. Consideramos imprescindible implantar medidas enfocadas a disminuir este gasto, innecesario y perjudicial para los pacientes.

La mayor parte de los medicamentos los consumen las personas mayores de 65 años y se calcula que la medicación inapropiada se acerca al 30% en este grupo de edad, dando lugar a iatrogenia y a consumo de más fármacos en una especie de círculo vicioso de consecuencias a veces fatales.

Según una reciente investigación llevada a cabo en Inglaterra (Universidad de East Anglia) y publicado en el "Journal of American Geriatrics Society" la combinación de fármacos comunes, para tratar enfermedades cardiovasculares, depresión y alergia, se asociaban a consecuencias graves para la salud, incluyendo deterioro de la función cerebral y muerte y en un estudio con pacientes ancianos polimedicados publicado en 2010, se les retira aquella medicación que se considera innecesaria y la mayoría de ellos mejoran⁴¹.

Se estima que los mayores de 65 años (el 16,8% de la población española en 2010⁴²) consumen el 30% de los fármacos (costo aproximado, 4000 millones de euros) y la tercera parte serían medicamentos innecesarios. La revisión de estos tratamientos podría suponer un ahorro de 1200 millones de euros, sin incluir los efectos adversos e ingresos hospitalarios evitados.

Los datos sobre incidencia de reacciones adversas causadas por los medicamentos (RAM) y los ingresos hospitalarios derivados de estas, varían ampliamente según publicaciones (entre 1-28% de ingresos⁴³).

Un estudio realizado en Barcelona⁴⁴ concluye que un 12% (633.000)* de los ingresos hospitalarios en España están relacionados total o parcialmente con la reacción adversa a un medicamento y alrededor de la mitad de estos ingresos serían potencialmente prevenibles^{45, 46} (316.500), correspondientes a unas 2,5 millones de estancias con un coste medio de 470 dólares (336 euros)⁴⁷ por lo que el ahorro sería de 840 millones de euros anuales, en gasto no solo innecesario sino perjudicial.

Debemos considerar que muchos efectos adversos debidos a fármacos no se detectan hasta que estos se consumen durante un largo periodo de tiempo (como se comenta más adelante, la mayoría de los IAM debidos al Vioxx no se incluyeron como RAM) por lo que la dimensión de este problema puede ser muy superior.

41 Garfinkel y Mangin. Feasibility study of a systematic approach for discontinuation of multiple medications in older adults. Addressing polypharmacy Arch intern Med. 2010;170:1648

42 Eurostat. 1 de abril de 2011

43 Alonso Hernández P et al. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: Incidencia, características y coste. Farmacia Hospitalaria. 2002; 26(2):77-89

44 Sotoca Mombolona JM et al Problemas relacionados con la medicación que causan ingresos hospitalarios. Rev A. Primaria. 2007;41(3)

45 Puche Cañas E. reacciones Adversas a los medicamentos. Una revisión actualizada del problema en España. Rev Clinic Esp. 2006; 206:336-9.

46 Alonso Hernández P et al. Ingresos hospitalarios causados por medicamentos: incidencia, características y coste. Farmacia Hospitalaria. 2002; 26(2):77-89

47 Internacional federation of health plans. 2010 comparative price report. Medical and hospital fees by country

Por otra parte la incidencia de pacientes con efectos adversos durante su estancia hospitalaria⁴⁸ se sitúa en un 8,4% de todos los ingresados, siendo evitables el 42,6% de estos casos (189.000) con 6 días extra de estancia hospitalaria, según estimaciones. El ahorro potencial sería de 380 millones de euros.

*En el año 2008 se produjeron, en los hospitales españoles **5.282.283** altas (3.967.268 en hospitales públicos y 1.315.015 en hospitales privados) con una EM de 7,91 días en hospitales públicos y 8,68 en hospitales privados y un total de 42,8 millones de estancias totales⁴⁹.

En USA en el año 2010 ya se detecta una proporción superior (13,5% de efectos adversos en la hospitalización de pacientes de Medicare, 44% prevenibles⁵⁰), hay que tener en cuenta que los sistemas actuales para detectar efectos adversos tienen serias limitaciones y se considera que únicamente se registran un 5% de los que suceden, por lo que el alcance de este problema debe ser mucho mayor.

Por otra parte, España ocupa el último puesto en número de camas hospitalarias por habitante de toda la UE-15 (tabla III) y según estudios realizados, entre el 10-30% de los ingresos hospitalarios son inadecuados y entre un 15-45% de las estancias son innecesarias. Otros estudios estiman en un tercio los días que los pacientes permanecen ingresados de forma inadecuada⁵¹aprox. 14 millones de estancias inadecuadas⁵²y un ahorro esperable de 4700 millones de euros, cifra importante pero que puede quedarse corta teniendo en cuenta los datos de otros países: cuatro estudios independientes realizados sobre los pacientes adultos hospitalizados en el sistema sanitario canadiense encontraron que el 24-90% de los ingresos hospitalarios y el 27-66% de los días de hospitalización fueron inapropiados⁵³

Tabla III

País UE	Alem	Aust	Bélgic	Esp	Din	Franc	Gre	Irland	Ital	Luxem	Finl	PBajos	Port	R U	Suec
Camas/ 1000 habitantes	82	77	66	32	36	71	48	52	37	56	65	43	34	34	S/D

Podríamos decir que más que el envejecimiento de la población, es su medicalización la que contribuye principalmente al incremento de un gasto evitable que crece cada año (un 45% de aumento en Inglaterra entre 1998 y 2005⁵⁴).

48Estudio Nacional sobre los Efectos Adversos ligados a la Hospitalización ENEAS 2005

49 Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado. Indicadores hospitalarios. Estudio evolutivo 2000-2008. Instituto Nacional de Estadística

50Daniel R. Levinson. Inspector General. Adverse events in Hospitals: National Incidence among medicare beneficiaries. Department of Health and Human Services. November 2010.

51 Luquero Alcalde FJ et al. Factores determinantes de la estancia inadecuada en un hospital de tercer nivel. Gac Sanit. 2008;22(1):48-51

52 Estadística de establecimientos sanitarios en régimen de internado.2007. MSC

53 Mejorar la eficiencia de los hospitales. Magnitud y duración de la hospitalización. Informe sobre la salud en el mundo. Financiación para la cobertura universal. OMS.2010.

54 Hitesh Patel et al.Tendencias de los ingresos hospitalarios por reacciones adversas a medicamentos en Inglaterra: el análisis de las estadísticas nacionales del hospital episodio 1998-2005. BMC Clinical Pharmacology. 2007;7

Un ejemplo esclarecedor: Medicare en USA da cobertura a sus asegurados a través de hospitales concertados con importantes incentivos cuanto más ingresos y menor coste por ingreso. Son “eficientes” ya que realizan muchas intervenciones quirúrgicas, pero ¿son necesarias? Según la agencia de evaluación de tecnologías de España, 1 de cada 3 varones en USA, que tengan 40 años serán sometidos a cirugía por hipertrofia prostática benigna, frente a 1 de cada 10 en Reino Unido. En los varones operados en USA, la cirugía se ha considerado inapropiada en un 75%, con consecuencias graves ya que un 34% de los hombres sexualmente activos habían empeorado su vida sexual y el 50% de los hombres mayores mejoran espontáneamente sin tratamiento quirúrgico.

Un estudio realizado asimismo dentro de marco del programa de Medicare en USA concluyó que los residentes de las regiones de gasto elevado recibieron un 60% más de cuidados, pero no tuvieron tasas de mortalidad inferiores, ni un estado funcional mejor, ni estaban más satisfechos.

Es inaudita la ineficiencia del sistema de salud de USA, con un gasto desorbitado en la atención sanitaria de parte de su población mientras millones de habitantes no disponen de la atención sanitaria más básica. Existe así una doble inequidad, las personas de bajos recursos no disponen de cobertura sanitaria y los de altos recursos se someten a pruebas e intervenciones innecesarias o perjudiciales para su salud.

Un informe de PricewaterhouseCoopers estimó que se malgastan más de la mitad de los 2 billones de dólares que se emplean en la sanidad cada año en USA⁵⁵

En España existe una tendencia similar, con mayor riesgo de ciertas actuaciones innecesarias o perjudiciales en los centros privados con respecto a los públicos: casi el doble de tasa de cesáreas, por ejemplo⁵⁶ a pesar de que las cesáreas inadecuadas aumentan el riesgo de morbilidad severa y mortalidad, materna y neonatal⁵⁷

Además en España se ha calculado que algunos jubilados reciben más recursos sociales a través de medicamentos inadecuados e iatrogénicos que por la vía de la pensión mensual⁵⁸

La crisis económica actual impulsa la toma de decisiones por parte de los gobiernos europeos, que comienzan a implantar algunas medidas de ahorro.

Según fuentes del MSPS en 2010, por primera vez en la historia, el sector registró un descenso de 2,4% en gasto farmacéutico público (GFP) en relación al año anterior: 259 euros/habitante y 12.207 millones de euros en 2010 frente a 267 euros/habitante y un total de 12.506 millones de euros en 2009, con un consumo de genéricos de un 21,8% en 2010, 2 puntos más que en 2009.

La tabla IV muestra el consumo de genéricos y el GFP por habitante. Se observa una amplia variabilidad entre las CCAA: Galicia con 332 euros de GFP/habitante y un 11% de genéricos es la que se encuentra peor situada y por lo tanto con mayor margen para el ahorro. Baleares con 198 euros en GFP/habitante es la de menor gasto y la segunda CA con mayor consumo de medicamentos genéricos (30%) tras Andalucía (32%).

55 Más salud por el dinero. Informe sobre la salud en el mundo(4). OMS 2010

56 ESCRIMinisterio de Sanidad. 2009

57 ¿Como utilizar los proveedores sanitarios las tecnologías?. Variaciones en la utilización de cesárea en

función del riesgo obstétrico en los hospitales de agudos del sistema nacional de salud. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica. 2009

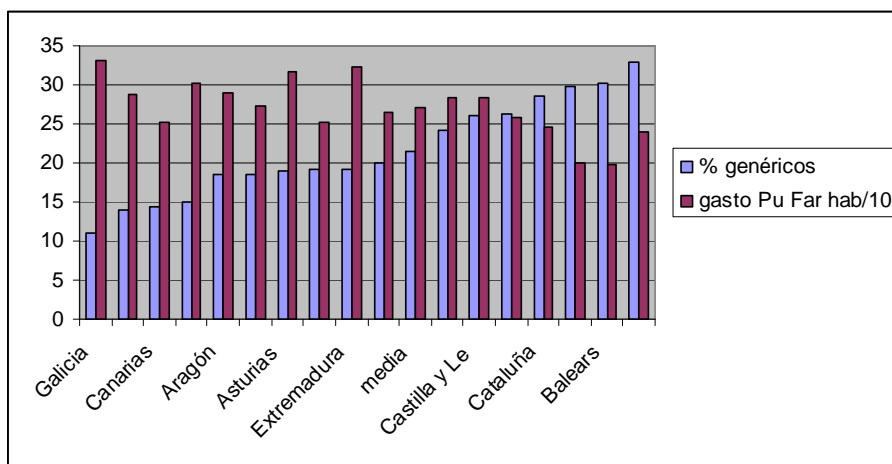
58 Bernal-Delgado E, Ortún-Rubio V. La calidad del Sistema nacional de Salud: base de su deseabilidad y de su sostenibilidad. Gac Sanit. 2010;24(3):254-258

Total España	Población 47.150.819	% genéricos	Gasto público farmacia/hab en euros	Ahorro anual 2500 millones de euros
Andalucía	8.415.490	32,85	239,48	34.503.140 euros
Aragón	1.345.132	18,50	290,65	123.752.144 euros
Asturias	1.081.348	18,89	317,01	128.680.412 euros
Balears (Illes)	1.112.712	30,28	198,63	0 euros
Canarias	2.125.256	14,40	253,15	116.889.180 euros
Cantabria	592.560	26,32	257,42	34.961.040 euros
Castilla-La M	2.113.506	24,08	284,26	118.356.336 euros
Castilla y León	2.555.742	25,98	283,35	217.238.070 euros
Cataluña	7.535.251	28,54	245,26	354.156.797 euros
C. Valenciana	5.111.767	14,97	302,04	531.623.768 euros
Extremadura	1.108.140	19,24	322,36	137.409.360 euros
Galicia	2.794.516	11,09	332,26	374.465.144 euros
Madrid	6.481.514	29,82	199,49	6.481.514 euros
Murcia	1.469.721	14,01	287,45	126.396.006 euros
Navarra	641.293	19,08	253,00	35.271.115 euros
País Vasco	2.183.615	20,02	265,35	146.302.215 euros
Rioja (La)	322.621	18,56	272,17	23.873.954 euros

Tabla IV

Aunque existen otros factores que condicionan el gasto sanitario, observamos que existe concordancia entre el porcentaje de genéricos y el gasto público por habitante, como se observa en el gráfico I.

Gráfico I



Simplemente igualando el gasto por persona de todas las CCAA con la de menor gasto (Baleares) obtendríamos un ahorro de 2500 millones de euros/año (20% del GFP) y este ahorro aún puede ser superior, ya que el consumo de genéricos en España se encuentra por debajo de la media europea (35%) y sobre todo de los países escandinavos y EEUU6 (60%).

La decisión recientemente aprobada en el Consejo Interterritorial de sanidad (julio de 2011) que obliga a los médicos a recetar por principio activo y no por nombre comercial, va en el sentido adecuado. El ahorro esperable de esta y otras medidas, de aproximadamente 2400 millones de euros anuales, es un buen comienzo, aunque insuficiente, dado el endeudamiento existente con la industria (al cierre de 2010 el SNS adeudaba a las compañías farmacéuticas casi el doble de esta cifra, 4685 millones de euros) y el alto consumo de fármacos de España, tercer país de mayor gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario total, tras Grecia y Portugal y 6º país en gasto farmacéutico per cápita en dólares internacionales, de la UE-15 (tabla V) por lo que, al objetivo de abaratamiento de los medicamentos debe unirse otro aún más importante, la disminución de su consumo excesivo.

Tabla V

País UE	%Gasto farmaceutico Sobre gasto total 2009	Gasto farmacéutico per cápita 2009 \$internacionales
Aleman	14,9	628
Austria	12,5	536
Bélgica	16,2	638
España	18,9	578
Dinam	7,3	318
Francia	16,1	640
Grecia	24,8*	676
Irlanda	17,5	661
Italia	18,2	572
Luxemb	9,1**	406*
Finland	14,3	462
P bajos	9,6	472
Portugal	20,6*	517
RU	11,6**	381**
Suecia	12,5	465

* Datos de 2007

** Datos de 2008

Fuente: OECD. Health data. 2011

El presidente de Farmaindustria en España, aunque no se ha atrevido a cuestionar la calidad de los medicamentos genéricos “jamás diremos que un medicamento genérico es mejor o peor que un medicamento de marca, ha calificado de inadmisibles la obligatoriedad de prescribir por principio activo

También muestran su “preocupación” por esta decisión del Consejo interterritorial la federación de Asociaciones Científico Médicas (FACME) y la Sociedad española de Médicos generales (SEMG)⁵⁹

59 Diario Médico. 27 de julio de 2011

La caducidad de las patentes de los medicamentos que les han reportado mayores beneficios, la crisis de innovación en la que se encuentra sumergida la industria y la crisis económica mundial dibujan un panorama especialmente preocupante, ya que la IF es un coloso económico muy influyente y no está dispuesta a tolerar la disminución de sus grandes beneficios y está activando todos los mecanismos posibles para compensar la pérdida de sus ganancias e incrementar el consumo de medicamentos: el gasto medio por receta registró en España una caída del 13,5% entre abril de 2010 y enero de 2011⁶⁰ pero se han incrementado el número de recetas, un 2,5% en 2010 con respecto a 2009, alcanzando las 957,7 millones, según los datos del Ministerio de Sanidad y Política Social.

Para lograr un aumento del consumo de fármacos la IF utiliza diversas estrategias:

1. Incrementar su influencia sobre las sociedades médicas, los responsables de los servicios asistenciales y evaluadores del SNS y los partidos políticos:

El presidente del órgano de gobierno de la fundación de la Compañía Farmacéutica (CF) Lilly en España⁶¹ es Patrono de la Fundación del “Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas y cardiovasculares Carlos III” y Presidente de la Comisión de Estudios para la Sanidad del PP. Los Vocales de la fundación Lilly son profesionales del sistema público de gran influencia en el mundo de la oncología, salud pública y evaluación de tecnologías, presidentes de sociedades profesionales relevantes y de revistas de impacto y personas que son o han sido directivos del FMI, del Banco Mundial y de Goldman Sachs.

Forman parte del Consejo asesor del Instituto Roche, influyentes jefes de servicio y cargos directivos de hospitales públicos y el director general de Investigación Biomédica de la Comisión Europea en Bruselas.

Ostentan el nombramiento de Patronos de la fundación Pfizer en España el director General de un hospital público de Barcelona, el catedrático de Psiquiatría de una universidad madrileña que a su vez ha participado activamente en la planificación de la Reforma Psiquiátrica en Madrid con el PP, un ex ministro de sanidad del PSOE, el presidente de la Comisión Nacional de Especialidades Médicas y un Concejal del Menor de un Ayuntamiento madrileño, a su vez diputado en la Asamblea de Madrid por el PP.

Son personalidades del consejo asesor de Farmaindustria: Isabel aguilera, Guillermo de la Dehesa, Felipe González, Federico Mayor Zaragoza, Joaquin Maya-Angeler, Joan Mulet, Pedro Nueno y Joan Rodés (Fuente: Memoria anual de la industria farmacéutica 2010)

2. Reforzar su posición en los organismos reguladores:

En USA: el 75% de la financiación de la la Food and Drug Administration (FDA) depende de la Industria, con lo que ha conseguido simplificar la aprobación de los nuevos productos, que lo único que realmente deben demostrar es que sean más efectivos que placebo, no que sean más efectivos que el mejor medicamento disponible. Además, ha conseguido acelerar de tal modo la aprobación de sus

60 Farmaindustria.es. marzo de 2011

61 Página Web Fundación Lilly

fármacos que se ha disparado el número de medicamentos retirados del mercado por problemas de seguridad, tras causar miles de muertos⁶² como ha ocurrido con el **Vioxx**, que tras confirmarse el incremento del riesgo de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) en las personas que lo consumían en el año 2000, el laboratorio Merk utilizó todas las medidas de presión posibles para retrasar la retirada del producto hasta septiembre de 2004. Se calcula que ha provocado entre 80.000 y 140.000 casos de IAM solo en EEUU⁶³, o con la **gabapentina**: se documentaron 2.700 intentos de suicidio entre los enfermos de epilepsia que tomaban este fármaco, entre septiembre de 2003 y agosto de 2004, pero tras haberles remitido los datos, ni la compañía Pfizer ni la agencia reguladora FDA habían tomado todavía medida alguna, ni siquiera la de indicar en el prospecto el incremento del riesgo de suicidio.

A pesar de todo en 2006, la FDA reforzó aún más su posición de apoyo a la IF y promulgó una nueva norma que exime a las compañías de responsabilidad por no informar adecuadamente o por no notificar los riesgos asociados a sus productos⁶⁴ de esta forma se facilitará la pretensión de la IF de acelerar todavía más la aprobación de sus innovaciones terapéuticas, reduciendo el tiempo entre las fases de la investigación de un nuevo producto e incrementando de forma intolerable los riesgos a los pacientes⁶⁵

En España, profesionales de los organismos evaluadores y participantes en la elaboración de Guías de Práctica Clínica forman parte de los consejos asesores o de las fundaciones de las compañías farmacéuticas.

3. Mantener el control sobre la investigación y la formación continuada de los médicos

La IF dedica el 30-35% de su facturación a influir en la prescripción de medicamentos⁶⁶ lo que explica el incremento progresivo de la utilización de fármacos por parte de la población, incluso por cambios fisiológicos o patologías banales, mientras que los hábitos de vida saludable pierden actualidad.

La IF alega que una parte importante del coste de los medicamentos está relacionado con la investigación. Sin embargo, y según fuentes de la propia Industria⁶⁷, esta destinó 1029 millones de euros a investigación en el año 2009 en España, sobre un gasto total en farmacia en ese mismo año de casi 20.000 millones de euros (12506 millones de euros de gasto público y 6964 millones de euros en gasto privado).

Otras publicaciones avalan estos datos y vienen a corroborar la escasa dedicación de fondos de la IF a la Investigación en España, con casi 3 veces menos fondos que los países de nuestro entorno (6% de porcentaje sobre sus ventas en España frente a 16,5% de porcentaje en Europa)⁶⁸ y únicamente un 12% (4813/40.000) de sus trabajadores.

Gran parte los ensayos clínicos se realizan en los centros públicos, con la participación de sus pacientes y sus profesionales, por lo que no existen razones para apoyar la propiedad intelectual y el secretismo de los resultados de la investigación por parte de

62 Macia Angell. La verdad sobre la industria farmacéutica. 2004

63 Laporte JR. Que hemos aprendido del vioxx en el BMJ. e-fármacos. 30 de enero de 2007

64 Kesselheim AS, Avorn J. The role of litigation in defining drug risks.JAMA.2007;11:297-308

65 Barrio J. Director general Instituto Roche. Médico Interactivo. 4-julio-2011

66 Jaro M. La corrupción sanitaria. Club Faro de Vigo. 2011

67 La industria farmacéutica invierte 1029 millones en Y+D.Redacción médica. 11 de enero de 2011

68 Farmaindustria y el Estado impulsan el sector farmacéutico con 327 millones de euros en 2011 para apoyar la investigación en I+D+I. Sanidad y Salud. 3 de abril de 2011.

la industria. Además, los sesgos de publicación afectan a la seguridad asistencial y son una causa principal de efectos adversos y de la mortalidad relacionada con los medicamentos.

4. Dadas sus dificultades para fabricar medicamentos para curar enfermedades, la IF promociona de enfermedades para vender medicamentos:

-Como ocurre con el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Su tratamiento es con drogas psicotrópicas relacionadas con la anfetamina, que se recetan de forma muy liberal para tratar a estos niños. En el RU se ha doblado su consumo entre 2003 y 2007. En EEUU se emiten 2 millones de recetas al mes. En España, un informe de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Osakidetza (Osteba) alerta del sobrediagnóstico de TDAH en Euskadi y describe el fenómeno de progresión imparable de casos que se están dando en los últimos años. Entre 2001 y 2007 se multiplicó por 18 la prescripción de psicofármacos por parte de pediatras del País Vasco y por 100 el gasto público en relación con el TDAH (de 8.648 a 890.848 euros). La agencia advierte que tanto en la evidencia científica como en las Guías de Práctica Clínica que en ella se basan, existen sesgos y conflictos de interés que empañan la credibilidad y objetividad de sus afirmaciones y recomendaciones⁶⁹

- La CF Novartis ha realizado una página Web y ha iniciado una campaña en los medios de comunicación, en junio 2011, específica para la enfermedad de Alzheimer, con los eslóganes: “Alzheimer mejor saberlo” y “todos sufrimos Alzheimer” La campaña hace hincapié en la importancia de acudir cuanto antes al médico ante la mínima sospecha de Enfermedad de Alzheimer (EA). No es difícil alarmarse ante esta información, aunque no queda claro que calidad de vida le espera al paciente que sabe varios años antes que es posible que llegue a padecer EA, sin que exista la posibilidad de un diagnóstico certero en una fase tan precoz, ni un tratamiento curativo. Se abre no obstante una gran oportunidad de negocio ya que, según informes de prevalencia, la enfermedad afecta a cerca de 650.000 españoles y se espera que vaya en aumento hasta duplicarse en 2020.

- Según las conclusiones de un estudio realizado en un hospital extremeño publicado recientemente en la revista “Thorax” la apnea del sueño afecta al 24% de los adultos, la mayoría sin diagnosticar⁷⁰ lo que supondría unos 8 millones de adultos con este trastorno en España y al menos la realización de otras tantas poligrafías respiratorias para su diagnóstico.

La IF conoce bien los efectos de la generación de alarma social, que supone un incremento del número de supuestos pacientes que exigirán todo tipo de medidas desorbitadas y un consumo innecesario de recursos⁷¹. La gripe A y la vacuna del VPH son otros ejemplos recientes.

5. La IF firma de acuerdos comerciales para eliminar cualquier competidor, como el reciente de la India con la UE, denunciado por ONUSIDA, ya que pretende de nuevo restringir la producción de medicamentos genéricos para el SIDA, a pesar de que únicamente están accesibles para 6 millones (objetivo de la ONU, 15 millones de tratamientos para 2015)⁷²

69 Informe de seguridad. Ref 2009/1. 22 de enero de 2009. Comité de Seguridad de Medicamentos de Uso Humano. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

70 La apnea del sueño afecta al 24% de los adultos, la mayoría sin diagnosticar. Neumología. Jano.es. 12 de julio de 2011

71 Caylá JA. Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública. Gac Sanit. 2009;23(5)362-364

72 "La ONU advierte de que millones de enfermos de sida podrían morir si India deja de fabricar genéricos. Médico interactivo 7 de julio de 2011

6. La IF pretende Incrementar del consumo privado de medicamentos: Por un lado, investiga en innovaciones terapéuticas avanzadas como la medicina genómica, pero por otro advierte que el coste de la medicina personalizada del cáncer y la cronificación de esta enfermedad obligará a establecer restricciones de acceso a estos medicamentos, porque el sistema no va a tener recursos para todos”⁷³

Además, debido a la publicidad engañosa contra los medicamentos genéricos “menos controlados, menos efectivos, menos reconocibles”... y la posibilidad de publicidad directa al consumidor, probablemente aumentará el consumo privado de medicamentos de marca. De hecho, en su memoria anual del año 2010 la Industria reconoce un aumento global de las ventas del 0,8% en España, a pesar de la disminución del gasto público en medicamentos de un 2,5% en dicho año.

La pérdida de puestos de trabajo, alegada por la IF cada vez que se quiere controlar su “hipertrofia”, puede compensarse con la contratación de profesionales en el SNS, ya que solo igualando la tasa de personal de enfermería en España con la media europea: 85 frente a 52 por 10.000 habitantes (tabla IX) se podrían crear un total de 33 puestos/10.000 habitantes, alrededor de 150.000 puestos de trabajo, casi 4 veces más que los trabajadores existentes actualmente en toda la industria farmacéutica española y muy necesarios para la potenciación de la AP y la atención a la dependencia.

-Según estos mismos indicadores europeos (tabla IX) España ocupa un puesto alto en personal de farmacia con respecto a los otros países, sin embargo existe un gran descontrol en la medicación de los pacientes (polimedicados con duplicidades, interacciones y medicamentos innecesarios, dispensación inadecuada de antibióticos y otros productos, medicamentos sobrantes que llenan los botiquines de los domicilios españoles...) Con la receta electrónica se facilita el control y el farmacéutico debería compartir la responsabilidad con el médico sobre la prescripción inadecuada, superando la figura de “farmacéutico tendero” para pasar a la de “farmacéutico comunitario” de mayor utilidad para el sistema y que probablemente redundará en un mayor prestigio para estos profesionales.

Las estrategias para reducir los EA de los medicamentos no sólo son sanitariamente necesarias sino que, de paso, pueden suponer un enorme ahorro para el SNS.⁷⁴

Para ello es necesaria una mayor “transparencia” en la atención sanitaria, con registro de actuaciones e incidentes, además de una política farmacéutica controlada desde el SNS, no desde la industria farmacéutica, que permita revertir esta situación.

Por otro lado, la introducción paulatina de la investigación y la dispensación públicas no solo supondría un gran ahorro económico, sino un importante impulso para el desarrollo de una nueva estrategia de I+D en el SNS, que marcaría sus propias prioridades en el campo de la investigación, basadas en las necesidades sanitarias de la población y no en las oportunidades de negocio de la IF. Esto supondría además la potenciación del conocimiento y de la formación continuada en el SNS, la organización más importante para la población y con la mayor concentración de profesionales de España.

73 CF Lilly. VI escuela de verano sobre la evaluación económica de las intervenciones sanitarias

74 Peiró S. Gasto = fármacos + coste de los EA + Coste del fracaso. Diario médico. 25 de mayo de 2011

LA PRIVATIZACIÓN EN TIEMPOS DE CRISIS:

Los recortes apresurados que se están llevando a cabo desde el gobierno central y las CCAA en el SNS y los mensajes confusos en los medios de comunicación, que se resumen en *servicio sanitario público= ineficiente y servicio sanitario privado= eficiente* está incrementando la deriva privatizadora de nuestra sanidad pública, de modo que España es uno de los países de Europa con mayor gasto sanitario privado sobre gasto sanitario total, sólo superado por Suiza, Grecia y Portugal y la provisión de asistencia privada financiada con fondos públicos ya representaba 7700 millones de euros en 2010 (sin contar el gasto de farmacia).

Debemos tener en cuenta que los 7,6 millones de asegurados del seguro privado disponen también de cobertura pública y pueden elegir, lo que supone un problema de inequidad en el trato (únicamente una parte de la población dispone de este aseguramiento duplicado), cuidados inversos (una buena parte de los beneficiarios de este derecho son ciudadanos con altos recursos o trabajadores de la administración con una posición económica, sanitaria y educativa por encima de la media) y representan una bolsa de ineficiencia para el SNS, ya que cotizan a la aseguradora privada cuando están sanos y en muchas ocasiones acuden al SNS tras ser diagnosticados enfermedades graves o crónicas.

Los beneficiarios de las mutualidades administrativas suponen 2 millones, 26% del total de los poseedores de un seguro privado en España. Son más frecuentadores que la media en actuaciones de bajo coste o complejidad (representan el 51% de las urgencias de los centros privados y el 38% de sus consultas externas) pero menos que la media en asistencia sanitaria más compleja (representan únicamente el 17% de las intervenciones quirúrgicas con ingreso de los centros privados). Estas cifras explican las presiones existentes para evitar la desaparición de estas mutualidades, cuyo mercado sigue creciendo.

En estos años de crisis económica (2008-2010) y según sus propias fuentes, el sector privado ha incrementado su actividad paralela a su disminución en los centros públicos⁷⁵:

1. El número de mutualistas de la administración ha sufrido un incremento de 4,6% anual entre 2006 y 2010
2. Los centros privados realizan un 20% de las sesiones de radioterapia (RT) y quimioterapia (QT) que se han incrementado un 6% y un 5% respectivamente en estos 3 años. El 52% de los pacientes que acuden a sesiones de RT a centros privados pertenecen al SNS.
3. Se han incrementado un 13% anual las consultas externas de neurocirugía y un 6% las intervenciones neuroquirúrgicas en estos años, un 22% anual las consultas externas de cirugía cardíaca de adultos y un 11% las pediátricas, un 4% las IQ cardíacas de adultos y un 8% las pediátricas.
4. El 45% de los PET y el 38% de los equipos de RM existentes en los hospitales de España están en centros privados
5. el 37% de las determinaciones analíticas y el 60% de los test genéticos realizados en 2010 en centros privados correspondieron a pacientes pertenecientes al SNS, así como el 88% de la actividad de hemodiálisis.

75 La sanidad privada aportando valor. Análisis de la situación. Instituto para el desarrollo e integración de la sanidad. 2010

6. En los últimos años se han incrementado los hospitales del SNS con gestión privada: Hospital Infanta Elena, H. de Móstoles, H. de torrejón y H. Collado Villalba, en La CA de Madrid. El H. de la Ribera y H. de Manises, H. de Denia, H. de Torrevieja y H. de Vinalopó en la C. Valenciana, además del laboratorio central de la CAM y la Unidad de Oncología radioterapéutica de Canarias. Muchos de estos hospitales obedecen a decisiones políticas más que sanitarias y tienen alrededor de 200 camas o incluso menos, a pesar de que las investigaciones realizadas principalmente en USA y el Reino Unido demuestran la ineficiencia de estos centros hospitalarios de tamaño tan pequeño⁷⁶

76 Informe sobre la salud en el mundo. Financiación para la cobertura universal. OMS 2010.

LA ALTA TECNOLOGÍA DIAGNÓSTICA

El crecimiento continuado de las exploraciones de alta tecnología diagnóstica es otra de las consecuencias principales de la mercantilización de la sanidad y del crecimiento progresivo del gasto sanitario innecesario y perjudicial para salud.

Los estudios de Tomografía Computarizada (TC) los que más radian al paciente, crecen un 8-10% cada año en Euskadi⁷⁷ y el número de TC y resonancia Magnética (RM) se ha multiplicado por tres en el Reino Unido en los últimos 10 años⁷⁸

La mayor evidencia disponible considera que la realización de imágenes de rutina (Radiografía simple o TC o RM) por lumbalgia, no reporta mayor beneficio para el paciente que la atención médica habitual, ni en los resultados clínicos ni en la satisfacción con el servicio prestado, a corto ni a largo plazo.⁷⁹ Pero muchos médicos las siguen solicitando.

No se conoce con exactitud el número de RM de columna lumbar que se realizan cada año en España, aunque según el informe Kovacs⁸⁰ estarían entre 360.000 y 948.000 y de uno a dos tercios de estas pruebas son innecesarias" Considerando un número intermedio de 500.000 y un 50% de innecesarias, podrían evitarse 250.000 RM, lo que supondría un ahorro de alrededor de 58 millones de euros (coste medio de las exploraciones de RM en España, 234 euros⁸¹) además de las intervenciones quirúrgicas que podrían evitarse, ya que la realización de RM de columna lumbar incrementa un 400% la posibilidad de ser operado, esté indicada o no la cirugía, según este mismo informe.

Bruce Hillman, editor jefe de la revista del colegio americano de radiólogos, afirma que aunque nadie sabe la fracción exacta, se estima que un tercio de todos los estudios de imagen realizados son innecesarios y no benefician al paciente^{82, 83}

En Europa los estudios de RM de la columna vertebral representan alrededor de un 26%⁸⁴ (Gráfico II) por lo que podríamos calcular en 2 millones las RM anuales realizadas en España, cifra coincidente con los datos aportados por la OCDE (tabla VI).

Alrededor de 650.000 de estas RM serían inadecuadas, con un ahorro potencial de 150 millones de euros

Gráfico II

77 Morales A. responsable programa radioprotección. Donosti. Euskadi. Osakidetza registrará el historial de radiaciones recibidas por los pacientes. diariavasco.com. 28 de febrero de 2011.

78 Rebeca Moan. AuntMinieEurope.com

79 Chou Roger et al. The Lancet. 2009; 373:463-472

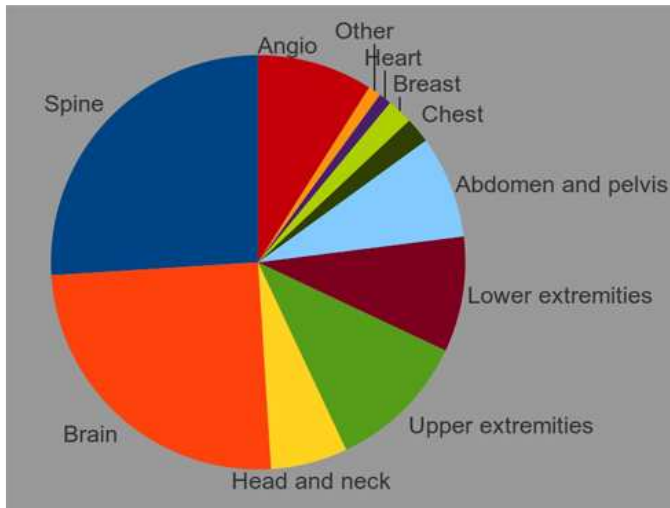
80 Arana E, Royuela A, Kovacs FM, Estremera A. Lumbar Spine: Agreement in the interpretation of 1.5 magnetic resonance images of the lumbar spine using the Nordic Modic Consensus Group classification form. Radiology 2010. 254 (3): 640-1.

81 International Federation of Health Plans 2010 Comparative Price Report. Medical and Hospital Fees by Country,

82 Hillman B, Goldsmith JC: The Uncritical Use of High-Tech Medical Imaging. 10.1056/NEJMp1003173. Nejm.org

83 Rodriguez recio J. XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Radiología Médica SERAM. Mayo 2010.

84 Estimaciones Foro Europeo para la investigación RM y Aplicación (EMRF). 2011.



Fuente: Estimaciones Foro Europeo para la Investigación RM y Aplicación (EMRF) 2011

Pero la industria de tecnología sanitaria presiona para incrementar el mercado de los dispositivos médicos:

-Las ventas anuales de tecnología médica en Europa suponen alrededor de 100.000 millones de dólares, la tercera parte de la cuota de mercado mundial, y crece a un ritmo de un 5 ó 6% anual, ya que como la industria afirma *“tiene la ventaja de contar con un ciclo de vida promedio de solo 18 meses antes que se presente una mejora del producto disponible, lo que deriva en grandes ganancias para el sector”*⁸⁵

-Las propuestas de inversión en I+D del sector⁸⁶ se centran en el diagnóstico por imagen precoz de la enfermedad de Alzheimer y otros procesos neurodegenerativos y en equipos de diagnóstico rápido o de imágenes de altísima resolución y dudoso beneficio, que probablemente se generalizarán sin evaluación previa: equipos portátiles de diagnóstico por imagen, diagnóstico mediante imágenes tridimensionales, aparatos híbridos (PET-TC, PET – RM...). Ayudas al diagnóstico por ordenador (CAD) para el cribado de cáncer de mama y colon y técnicas de imagen para nuevos cribados (cáncer de pulmón, arterias coronarias, etc.)

-En un estudio realizado en España sobre 7 tipos de pruebas de alta tecnología diagnóstica (ATD) que incluyen TC y RM, Los investigadores concluyen⁸⁷ que, aunque las pruebas de ATD vienen prescritas médicamente, el grado de utilización es una variable ligada a la oferta de equipos, ya que existe una elevada correlación entre el número de pruebas y el número de equipos existentes en cada CCAA

-Según el informe ‘Innovación en tecnología médica’, realizado por la consultora PriceWaterhouseCoopers (PwC) “Europa es vista como un buen lugar para la inversión en tecnología médica, al registrar un crecimiento medio de 60% entre los años 2000 y 2009, comparado con 40% en Estados Unidos”. Los datos de la OCDE

85 Informe “Europa 2020” Eucomed (Asociación Europea de Tecnología Médica). elHospital.2010

86 Estudio de prospectiva “Diagnóstico por imagen”. Fundación Opti, Observatorio de prospectiva tecnológica industrial y fenin, fundación española de empresas de tecnología sanitaria

87 Aparicio Chueca P et al. ¿Existen diferencias en el número de estudios de imagen y en el número de equipos de alta tecnología diagnóstica por Comunidades Autónomas? www.proyectonets.org. Universidad de Barcelona. Marzo 2009.

(tablas VI y VII) muestran el incremento imparable del número de equipos de alta tecnología diagnóstica y de las exploraciones de TC.

Tabla VI

RM por millón de habitantes

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	Incremento 2000-2009
Alemania	4,9	6	6,6	7,7	8,7	9,5	-	48%
Austria	11	13,4	15,9	16,9	18	18,5	-	40%
Francia	2,4	3,9	5,2	6	6,5	6,9	-	65%
España	4,8	6,2	7,7	8,8	9,6	10	10,7	55%
Italia	7,8	10,9	14	16,7	20,1	21,6	-	63%

TAC millón de habitantes

	1995	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	Incremento 2000-2009
Alemania	8,6	12,2	13,6	14,6	15,8	16,7	17,2	-	29%
Austria	-	26,1	27,1	29,3	29,9	29,6	29,3	-	11%
Francia	-	8,3	9	10,3	12,3	12,8	12,9	13,9	35%
España	8,3	12	12,8	13,3	13,9	14,8	15,1	15	20%
Italia	-	24,3	28,1	30,9	34,7	37,8	39,1	-	38%

Fuente: OECD StatExtracts-2011

Tabla VII

País UE	ExploracionesTC/1000 Hospitales 2004	ExploracionesTC/1000 hospitales 2009 ó 2010	Incremento 2004-2009
Alemania	36	49	26%
Austria	94	139	32%
España	65	80	19%
Dinamarca		84	37,8
Francia	68	89	23%
Irlanda		75	
Luxemburgo	153	187	18%
P bajos		65	
RU	43	73	41%

Fuente OCDE Health data 20011 (países UE-15 que aportan datos)

Esta mercantilización sanitaria sujeta a “estímulos comerciales” está generando un “tsunami” de pruebas radiológicas, por la presión de la industria y la incapacidad de los gestores para impulsar la radiología clínica, centrada en estudios necesarios a pacientes con procesos muchas veces complejos, y no en multitud de exploraciones, de baja complejidad e innecesarios en demasiadas ocasiones.

Para disminuir las listas de espera generadas se propone la telerradiología, con el objetivo de fabricar informes a destajo mediante radiólogos deslocalizados, aunque carezcan de información fundamental sobre los pacientes.

La telerradiología:

El archivo de imágenes y la telerradiología son herramientas que facilitan el trabajo cotidiano en los servicios de radiodiagnóstico. El PACS (digitalización, archivo y transmisión de imágenes) hace innecesario el revelado, transporte y almacenamiento

de placas radiográficas y los estudios de los pacientes pueden visualizarse de forma instantánea en todas las estaciones de trabajo, tanto por los radiólogos para diagnóstico y emisión de informe como por los otros especialistas que tratan al paciente, en el quirófano o en la consulta.

En USA comienzan a utilizar esta tecnología para enviar los estudios radiológicos a empresas externas (EOTS por sus siglas en inglés) que empezaron a proliferar, de modo que del 15% de los estudios informados en 2003 pasaron a realizar el 44% del total de informes radiológicos en 2007⁸⁸. Los estudios se enviaban a países lejanos, que desconocían datos clínicos esenciales de los pacientes, pero con la hora de profesional más barata posible. A la disminución consiguiente de la calidad del informe radiológico se añadieron otros problemas derivados de la externalización -quién detenta la responsabilidad ante diagnósticos erróneos -el riesgo a la confidencialidad y -la ingente cantidad de datos de salud del pueblo americano que se trasladaban a otros países (Israel, la India...), sin consentimiento informado del propio paciente⁸⁹.

La ecografía, técnica de imagen inocua y resolutive, pierde aceptación debido a que no es compatible con la telerradiología, ya que requiere de radiólogos presenciales. En España, donde se quiere extender esta gestión de la radiología (ya implantada en Madrid) se han intentado varias alternativas para resolver el problema, una de las más apoyadas sería la realización de la ecografía por los técnicos, medida sin respaldo legal y rechazada por la Sociedad Española de Ultrasonidos (SEUS). Existe por lo tanto un alto riesgo de reconversión, ya detectado en otros países, de estudios ecográficos no invasivos en TC, prueba más invasiva y con altas dosis de radiación, lo que se observará especialmente en estudios urgentes, en los que más se utiliza la externalización de las pruebas de imagen.

Un estudio publicado en la revista Radiology⁹⁰ revela que el número de TC realizados a pacientes pediátricos en los S de Urgencias de USA se ha multiplicado por 5 en un plazo de 13 años (entre 1995 y 2008) e investigadores de la Universidad de Michigan han detectado un incremento de pruebas radiológicas en niños en los últimos años, hasta el punto de que casi la mitad (42,5%) se somete a este tipo de pruebas, alertando de que puede favorecer la aparición de tumores. En la investigación se analizan las pruebas realizadas a 355.000 niños menores de 18 años⁹¹ y observan que pese a que una TC de tórax emite una dosis más de cien veces superior a la de una radiografía, casi el 8% de estos menores se ha sometido a una prueba de este tipo y el 3,5 % la repitió una segunda vez en los tres años que duró el estudio.

Debido a estas consecuencias negativas, se extiende cada vez más la opinión, entre los profesionales y otros foros, de que la telerradiología ha evolucionado hasta traspasar los límites legales y a pesar de las predicciones de la EOTS de expansión continuada de su mercado, su uso se está estancando e incluso ha empezado a descender. Un informe reciente del Colegio Americano de Radiólogos concluye⁹² que un número considerable de médicos que utilizaban los servicios de EOTS, los han abandonado y no parece por lo tanto sensato intentar implantar este sistema ya denostado en nuestro SNS.

88 Equipo editorial de Medimaging en español. 9 de febrero de 2010. Según un estudio publicado en AJR en noviembre 2009

89 Ton Hoffman. Teleradiology: An underdeveloped legal frontier. For RADLAW. ACR Bulletin. Sempember 2005

90 Jhon C. Hades. CT use and radiation exposure in children. Medscape News Radiology. 17 de junio de 2011

91 Radiation exposure from imaging common in kids. Reuters health information. gestión en salud pública. 4 de enero de 2011

92 Disminuye uso diseminado de servicios de teleradiología. Informe KLAS (investigación sobre tecnologías sanitarias. USA). Medimaging. 9 de febrero de 2010.

Pero, si no cambia este panorama de mercantilización, externalización y privatización de la alta tecnología, se generará un incremento progresivo en la realización de pruebas prescindibles o innecesarias, que darán lugar a nuevas pruebas, biopsias e intervenciones quirúrgicas, lo que absorberá una parte cada vez mayor de los recursos sanitarios, unido a las dosis cada vez más altas de radiación aplicadas a la población, especialmente preocupantes en niños y mujeres jóvenes.

Pero la presión de la industria es muy fuerte: a pesar de la crisis económica, la empresa Philips Healthcare incrementó un 9% los pedidos de dispositivos médicos totales en 2010 con respecto a 2009 y en una proporción muy superior (20%) en los países emergentes.

La distancia que existe en las tasas por millón de habitantes de equipos de alta tecnología entre los países desarrollados y los países emergentes es muy grande (tabla VIII) y la oportunidad de negocio que se abre, si se consigue implantar este tipo de “mercamedicina” en China y la India es enorme. La mimetización de “nuestros valores” favorecerá el hiperconsumo sanitario de las clases más favorecidas, pero con toda seguridad frenará el desarrollo de un sistema de salud universal

Tabla VIII

	EE.UU.	Europa	Alemania	Noruega	Japón	China	India
Nº total equipos RM	11000	4800	1200	84	5600	3500	525
Equipos RM por millón de habitantes	37	11	15	18	44	3	0.5

Un reciente estudio de instituto Healthcare improvement titulado “The triple Aim” (triple objetivo) considera que para el incremento de la mejora de la salud de la población debe replantearse la práctica médica, con la eliminación o al menos la reducción de procedimientos y diagnósticos inútiles y poco eficaces, mayor participación del paciente en el control de su tratamiento, y reconsiderar la eficiencia de actuaciones preventivas como la mamografía anual, colonoscopias periódicas, vacuna contra el cáncer de cervix... Consideran, sin embargo, que es necesario reconvertir la medicina «high tech —low touch» además de potenciar y dignificar la medicina de familia⁹³

93 Libro blanco sobre el sistema sanitario español. Academia Europea de Ciencias y artes. 2011

LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

La medicalización de la población y el incremento progresivo de la utilización de tecnologías desborda los servicios hospitalarios y genera grandes listas de espera, en las que en muchas ocasiones no existe adecuada discriminación por gravedad o riesgo. Los pacientes intentan resolver sus problemas de Salud en los servicios de urgencias de los hospitales, a donde generalmente pueden acudir sin pasar previamente por atención primaria (incluso en horario de consulta de su médico de familia) y casi por cualquier razón. Esto explica el aumento creciente de la frecuentación a estos servicios (incremento de un 26% en las urgencias hospitalarias en España entre 2001 y 2009)⁹⁴ y el crecimiento considerable en infraestructuras y RRHH que se observa en los últimos años.

El colapso de los servicios de urgencias ha obligado a la implantación de sistemas de triaje y ha incrementado la solicitud de pruebas complementarias (radiología y laboratorio) lo que distorsiona el trabajo en los servicios centrales. Además, las habilidades de los clínicos para la exploración del paciente y la confección de la historia, de gran importancia en la práctica médica, se resienten al confiar demasiado en estas pruebas.

Debido a la alta tasa de ingresos por urgencias y la ocupación consiguiente de las plantas de hospitalización (presión de urgencias) que dificulta el trabajo programado y la planificación hospitalaria, se intenta mantener al mínimo dicha tasa, considerada un indicador de calidad asistencial. Sin embargo, si analizamos los datos de un estudio comparativo de 7 hospitales de España⁹⁵ observamos que la tasa de ingresos desde urgencias apenas se modifica y el número absoluto de pacientes ingresados incluso se incrementa en los años estudiados (2005 a 2007) en 6 de los 7 hospitales valorados. Además, la presión de urgencias disminuye en unos centros pero se incrementa en otros, y este indicador parece estar más relacionado con la gestión de las plantas de hospitalización (disminución de EM...) que con la de los servicios de urgencias.

Por otro lado, esta alternativa de facilitar la utilización de los servicios de urgencias, aunque disminuye el coste político de las listas de espera, no es una solución apropiada, ya que una atención en urgencias, puntual y apresurada, puede no detectar patologías graves y sin embargo generar una tranquilidad injustificada a los pacientes.

94 Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Intenado. (Indicadores Hospitalarios). Agencia de Calidad del SNS. Instituto de Información sanitaria. 2009.

95 Alcaraz-Martínez J et al. Benchmarking en el proceso de urgencias entre siete hospitales de diferentes Comunidades Autónomas. Rev Calid Asist. 2011

LOS PROFESIONALES

Los profesionales sanitarios se encuentran en el centro del sistema de salud y representan una parte importante del gasto sanitario. Los SNS deben dotarse de personal sanitario suficiente y evitar la contratación inapropiada, la formación inadecuada, la mala supervisión, la mala distribución de los profesionales dentro del país y la remuneración insuficiente, ya que el resultado inevitable de estos fallos combinados es la reducción de la productividad y del rendimiento⁹⁶.

Si analizamos los datos comparativos de profesionales del SNS español y de los otros países de la UE-15 (tabla IX) España ocupa un puesto muy bajo, el 12º lugar, en número de enfermeras, a pesar de que una plantilla adecuada podría reducir de forma significativa los efectos adversos (entre un 12 y un 14% de reducción de las complicaciones en los ingresos hospitalarios⁹⁷) Sin embargo en personal de farmacia ocupamos un puesto alto, el 3º junto con Finlandia.

El número de médicos se encuentra en un puesto intermedio alto, aunque es difícil asegurar si los especialistas se encuentran bien distribuidos y su dotación se corresponde con las necesidades sanitarias de la población, dado el desconocimiento de los ratios de profesionales por habitante en las distintas áreas sanitarias y en las distintas CCAA.

Tabla IX

País UE	Med 10.000 Hab 2010	Enfer 10.000 Hab 2010	Dent 10.000 Hab 2010	Personal Farm 10.000 hab 2010
Aleman	35	108	7,7	6,0
Austria	47	78	5,6	6,1
Bélgica	30	3	7,3	12,0
España	37	52	5,9	10,7
Dinam	34	145	8,4	4,8
Francia	35	89	6,8	12,3
Grecia	60	37	13,0	8,8
Irlanda	32	157	6,2	10,2
Italia	42	65	5,0	10,2
Luxemb	29	113	8,0	8,5
Finland	27,4	155	7,8	10,7
P bajos	39	1,5	5,1	1,7
Portugal	38	53	6,7	6,5
RU	27	103	5,2	6,6
Suecia	36	116	8,3	7,3

Tabla I- RRHH y gasto sanitario UE-15
Fuente: Estadísticas sanitarias Mundiales. OMS 2011
Elaboración propia. S/D- Sin Datos

⁹⁶Motivar a las personas. Informe para la salud en el mundo. Financiación para la cobertura universal (4). OMS.2010

⁹⁷Enfermería esgrime 10 razones para dar visibilidad a la profesión. Acta Sanitaria. 12 de mayo de 2011

Por otra parte, a pesar de los grandes cambios ocurridos en las últimas décadas, la gestión de los RRHH en el SNS no parece estar a la altura de las circunstancias:

1.- La evolución técnica y tecnológica en el SNS ha dado lugar a la aparición de nuevas especialidades, que se han separado de los servicios de origen para formar nuevas unidades (neumología, digestivo, cardiología...) Esto ha supuesto un gran avance en el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades, aunque también se detectan consecuencias negativas: Por una parte, Las innovaciones tecnológicas suelen tener buena y rápida acogida en estos “nuevos” servicios, como justificación para incrementar su presencia en los hospitales (recambio acelerado de sofisticadas técnicas de imagen, presión para la implantación de cribados de cáncer...) debido a la ausencia de planificación y a la preocupación de estos profesionales por su futuro.

Por otra parte, los servicios tradicionales culpan a las nuevas unidades de su pérdida de influencia, y a que no se han limitado a la realización de interconsultas o de determinadas técnicas específicas sino que en muchas ocasiones “se quedan” con el paciente, fragmentando la atención y dificultando el consenso.

Podemos decir que por una parte, los avances existentes y la complejidad creciente de la atención sanitaria obligan a la especialización, ya que determinados procesos asistenciales y determinadas técnicas y tecnologías requieren de profesionales experimentados y por otra parte, es más importante que nunca el acuerdo entre estos, ya que ninguno de los profesionales implicados, por muy alto que sea su nivel teórico y técnico, es capaz de ofertar por si solo una atención con la calidad suficiente.

El decreto de troncalidad, trata de resolver esta situación disponiendo de profesionales “multifunción” que puedan cambiar de actividad según las necesidades, pero esta medida será insuficiente en ausencia de estudios bien fundamentados que definan los cambios a implantar en la gestión de los centros y la necesidad de profesionales a medio plazo. Sin una gestión transparente, previsor y participativa de los profesionales no será posible una atención sanitaria coordinada e integral.

2. - No existe evaluación periódica de muchos jefes de servicio ni un plan de formación continuada que permita identificar las necesidades formativas, en base a los indicadores de calidad del desempeño profesional. Pudiera darse el caso de que un profesional en ejercicio (internista, cirujano...) no haya actualizado sus conocimientos teóricos y/o prácticos en los últimos años, sin que se encienda ninguna alarma en el sistema.

3.- La gestión clínica requiere de directivos con liderazgo para promover el cambio de cultura necesario, con capacidad de trabajo en equipo y de consenso con la AP y con los otros servicios del hospital y con capacidad para compartir decisiones y responsabilidad, especialmente con los coordinadores de los equipos multidisciplinares que se implanten. Sin embargo se detecta pérdida de libertad profesional y de la capacidad crítica imprescindible para el cambio, dada la endogamia existente en el sistema, relacionada con el gran poder que ostentan las direcciones de los centros y los jefes de servicio, en la gestión de sus unidades y en la contratación de los profesionales médicos y, si es esencial la transparencia en el acceso a la formación postgraduada, lo que parece demostrado con el sistema MIR, también debe serlo la selección de los médicos de plantilla de los centros sanitarios, que deben demostrar la mejor formación y capacidad investigadora.

4.- La administración debe ejercer su derecho y deber de obligar al cumplimiento de la ley de incompatibilidades en el SNS, sobre todo a los responsables de los servicios. Este es un objetivo inaplazable para incrementar la transparencia en la gestión de las

listas de espera, especialmente tras la reciente aprobación del decreto de demoras máximas para intervenciones quirúrgicas en el sistema público (6 meses) y la alternativa de derivación a un centro privado de superarse dicho plazo, por el claro conflicto de intereses que supone que el responsable de gestionar las listas de espera en los hospitales públicos se beneficie de estas en el centro concertado o pueda, en algún caso, utilizar su consulta privada para disminuir las demoras de sus pacientes.

En este momento de crisis económica profunda, es aún más importante la transparencia en las ofertas públicas de empleo y en la aplicación de las leyes.

LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN (TICS)

La historia clínica electrónica está significando un gran avance en la atención sanitaria dada la posibilidad de disponer de forma instantánea de todos los datos clínicos de un paciente en el monitor del profesional, en el momento de la atención sanitaria.

Los grandes recursos utilizados en la implantación de las TICs en el SNS no deberían dedicarse únicamente al objetivo de mejorar la gestión administrativa. Debería avanzarse en una codificación orientada a los resultados asistenciales, al registro de enfermedades y a la identificación de efectos adversos. En cada proceso asistencial relevante deben introducirse un mínimo número de indicadores de calidad, registrables y medibles.

Por otra parte, debería replantearse el acceso a la totalidad de los datos de salud de la población desde los centros sanitarios privados, ya que podría tener repercusiones importantes con respecto a la confidencialidad de una información especialmente sensible, que en un plazo relativamente corto de tiempo podría incluir el mapa genético de muchos pacientes, además de posibles conflictos de intereses con las aseguradoras privadas accionistas de los centros

CONSIDERACIONES FINALES

El SNS es la organización más estimada por la población española y, aunque nuestro gasto sanitario se encuentra por debajo de la media de la UE-15 (9º puesto en gasto sanitario como porcentaje del PIB y 3º por la cola, en gasto per-cápita en dólares internacionales- tabla X) su cobertura es universal.

Tabla X

País UE	% PIB 2008	% PIB 2008	% gasto Gob salud 2008	G Per-cápita & 2008	Gasto Per-cápita \$int 2008
Aleman					
Austria	10,3	10,5	18,0	4720	3922
Bélgica	9,9	10,5	15,8	5201	4150
España	9,0	11,1	14,8	5243	4096
Dinam	7,2	9,0	15,2	3132	2941
Francia	8,3	9,9	15,3	6133	3814
Grecia	10,1	11,2	16,0	4966	3851
Irlanda	7,9	10,1	13,0	3110	3010
Italia	6,1	8,7	16,0	5253	3796
Luxemb	8,1	8,7	13,6	3343	2836
Finland	7,5	6,8	13,7	7998	5996
P bajos	7,2	8,8	12,6	4481	3299
Portugal	8,0	9,9	16,2	5243	4233
RU	8,8	10,6	15,4	2434	2578
Suecia	7,0	8,7	15,1	3771	3222
	8,2	9,4	13,8	4858	3622

En el momento actual, una proporción significativa del gasto sanitario público se transfiere a manos privadas, no solo debido a los conciertos y a la privatización de la gestión de muchos centros sanitarios sino también para financiar a la industria farmacéutica y las tecnologías médicas. Una buena parte de estos recursos se despilfarran en marketing y en medicamentos, pruebas y cirugía innecesaria, así que existe una importante capacidad de ahorro sin perjuicio para los pacientes.

España destina a gasto sanitario público entre uno y dos puntos menos de porcentaje del PIB que los países más avanzados (70.274.696 euros en 2009)⁹⁸, sin embargo, el porcentaje de gasto sanitario privado ha crecido paralelamente a la mercantilización del sistema, alcanzando el 29,2% (media de la UE 23,0%)⁹⁹.

La crisis económica puede significar una gran oportunidad para implantar los cambios necesarios que incrementen la calidad del SNS y que frenen su privatización. Para ello hay que salvar la presión de la industria, cuyos objetivos son opuestos, ya que sus ganancias suelen ser inversamente proporcionales a la eficiencia del sistema.

Las medidas de contención del gasto descritas previamente se basan en la evidencia científica y en recomendaciones de la OMS, suponen un beneficio para el paciente y un importante ahorro anual: 9250 millones de euros (tabla X)

98 Cuenta satélite del gasto sanitario público. Tablas estadísticas. Serie 2002-2009. MSPS

99 Lamata F. Cooperación y gobernabilidad en el SNS. Intervención ante la subcomisión del congreso de los diputados. Pacto de estado para la estabilidad del SNS. 24 de junio de 2009

Tabla XI

Estancias inadecuadas	4700 millones
Prescripción por principio activo	2400 millones
Medicamentos innecesarios >65 años	1200 millones
Ingresos por RAM	380 millones
EA hospitalización	420 millones
RM innecesarias	150 millones

Aunque este ahorro podría ser muy superior, ya que el gasto sanitario dedicado a procedimientos ineficaces o perjudiciales se calcula en un 20% del gasto sanitario total en España, alrededor de 20.000 millones de euros¹⁰⁰ y la OMS estima que entre el 20% y el 40% de todo el gasto sanitario mundial se desperdicia por la ineficiencia¹⁰¹.

Consideramos que no son admisibles más medidas privatizadoras ni más recortes, que únicamente reflejan la incapacidad de las administraciones para realizar una gestión de calidad y hacer frente a las presiones del mercado, ni la introducción o la ampliación de pagos directos, que dificultan el acceso a la asistencia sanitaria de muchas personas¹⁰². Además, la OMS explica, en su informe sobre la salud en el mundo de 2010, los fracasos de los copagos sanitarios en las últimas décadas y propone el objetivo de su disminución.

Para conseguir un SNS sostenible debemos incrementar la salud y disminuir la carga de enfermedad de la población, evitar el gasto innecesario, con evaluación continuada de las tecnologías y actuaciones sanitarias y tratar en AP todas las patologías susceptibles.

- Debe reducirse al mínimo la variabilidad existente y la falta de equidad del sistema, sobre todo la más inadmisibles y que se repite insistentemente, de dedicar grandes recursos a pacientes menos graves y por el contrario, cuidados menos intensivos a pacientes gravemente enfermos. Esto se observa entre las distintas CCAA, entre las distintas clases sociales (más factores de riesgo y mayor carga de enfermedad en personas con bajos recursos y más actuaciones innecesarias en pacientes con más recursos, que acuden a un centro privado) entre ambos sexos (menor atención a la mujer con SCA) y en procesos como el cáncer, con gran dispendio económico en cribados de pacientes asintomáticos y grandes carencias en pacientes de alto riesgo o sintomáticos. De nuevo se cumple la ley de cuidados inversos de Tudor Hart *“La disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida, más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado.*
- Debe existir un control estricto tanto para el cumplimiento de la ley de incompatibilidades como para evitar los conflictos de intereses, especialmente cuando se trata de responsables de servicios y profesionales de organismos

100 Evaluación de tecnologías sanitarias 1994-2009. Ministerio de Ciencia e Innovación

101 La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. OMS 2010.

102 La unión hace la fuerza. Informe sobre la salud en el mundo (3). OMS 2010

evaluadores o que participan en la elaboración de Guías de Práctica Clínica. Se debe impedir el contacto directo de la industria con los profesionales en los centros públicos.

- No deben implantarse nuevas tecnologías si no están suficientemente probadas y debe existir evaluación continuada de las tecnologías ya implantadas, con vuelta atrás si es necesario (para ello se debe profesionalizar y despolitizar la gestión del sistema)
- La participación de los profesionales y la democratización de la gestión, la formación continuada, el registro de indicadores, la evaluación y la investigación pública deben ser componentes esenciales del SNS

Muchas de las recomendaciones recogidas en este documento son similares a los conclusiones del Consejo de Ministros de Salud de la UE, celebrado en Noordwijk en 2004 recogidas en el documento elaborado por la presidencia holandesa y aportadas por el OECD Health Project, solo es necesario aplicarlas:

- Impulsar las políticas de prevención y educación para la salud, puesto que los beneficios a largo plazo para ciudadanos y para los sistemas sanitarios compensan el gasto inicial.

- Articulación de políticas dirigidas a las causas finales de la inequidad (pobreza y exclusión social, entre otras)

- Eliminación de barreras financieras que dificulten el acceso a los más desfavorecidos.

-Avanzar en la mejora de la gestión en los centros sanitarios. Utilización de la evidencia científica como base para la toma de decisiones clínicas y de política sanitaria. Establecimiento de sistemas de evaluación de resultados que monitoricen la calidad.

-Reducción de los tiempos de espera e introducción de criterios de priorización clínica.

-Regulación de precios farmacéuticos e introducción gradual de políticas destinadas a incentivar las decisiones clínicas con mejor relación coste/efectividad.

-Rechazo frontal a la introducción de mecanismos generalizados de copago, por ser contrarios a los principios de equidad, igualdad y solidaridad sobre los que se sustenta el Sistema Nacional de Salud¹⁰³.

*Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública
Agosto de 2011*

103 Gabinete de prensa. Ministerio de sanidad y Política Social (MSPS)