

¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud?

J.M. Carrascosa

Ayudante de Redacción de Actas Dermosifiliográficas. Servei de Dermatologia.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Universitat Autònoma de Barcelona. Badalona. Barcelona. España.

Aunque la cuestión referida en el título raramente frecuenta los programas de congresos y reuniones dermatológicas, sí ocupa a menudo un sitio destacado en los descansos y en las tertulias de sus comidas, y animó durante un tiempo uno de los foros creados en la página web de la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV). En estos intercambios puede comprobarse cuán heterogéneos son los criterios aplicados por los académicos y cómo pueden variar las actitudes no ya entre distintas Comunidades Autónomas, sino incluso entre los miembros de un mismo hospital o área de asistencia. Incluso el número y características del abanico de entidades recogidas bajo este término puede considerarse discutible y nebuloso, dándose por buena la interpretación que, en este texto, el lector quiera incluir bajo su propio criterio.

La primera consideración que debería tenerse en cuenta antes de afrontar la controversia acerca del tratamiento de las lesiones cutáneas banales en el Sistema Público de Salud (SPS) es, aunque se antoje paradójico, la de si realmente puede considerarse un problema significativo. Esto es, ¿realmente existe una exigencia creciente por parte de la población del tratamiento de lesiones benignas banales? ¿Qué impacto tiene el manejo de este conjunto de procesos en la actividad diaria del dermatólogo en el SPS? En este sentido, y siguiendo la premisa fundamental en gestión sanitaria que reza « lo que no se mide no se conoce y lo que no se conoce no puede mejorarse » puede afirmarse que, salvo honrosas excepciones, poco hemos hecho los dermatólogos para transfigurar una mera impresión en una realidad tangible que permita conocer su magnitud¹. A partir de aquí no cabe sino la resignada alternativa de moverse en gran medida en el mundo de las impresiones y de la opinión.

Representa un hecho indiscutible el creciente interés e inversión de la población general en el terreno cosmético y estético, circunstancia que ha convertido a nuestro país en el primero de Europa y el cuarto del Mundo en el número total de intervenciones de cirugía estética y en el primero en

pacientes menores de 21 años². En este contexto, parece probable que el bombardeo continuo de acciones publicitarias acabe permeando en el individuo medio, que tenderá a reconocer como anormales y tributarias de tratamiento lesiones otrora consideradas connaturales al devenir cronológico o al «paisaje» habitual de la piel normal. Esta circunstancia, aunada a un Sistema Sanitario público razonablemente satisfactorio, que ha virado desde el cierto desdén funcional de otros tiempos hacia una estructura con profesionales bien instruidos no sólo en conocimientos, sino también en la sumisión y complacencia con los deseos o las exigencias del usuario, facilitan que los usuarios-clientes vean al SPS como el marco adecuado para plantear sus aspiraciones.

En la mayor percepción del peso relativo en la consulta dermatológica de las lesiones benignas banales y de su tratamiento puede influir la ya avanzada –casi completa en algún caso– desaparición del segundo nivel asistencial³. Su labor diaria de filtro de los motivos de consulta más habituales y de escasa trascendencia, quizás sorda e interesadamente denostada en el pasado y libre a menudo de brillantez o reconocimiento académico, queda en cierto modo reivindicada al recaer ahora éstos en aluvión de forma directa al único nivel de atención especializada que aún atención ambulatoria y hospitalaria. Valga añadir, si bien escapa un tanto al tema que nos ocupa, que la citada absorción del segundo nivel no se ha acompañado, en general, de un crecimiento correspondiente en la contratación de profesionales en la Atención Especializada, confiándose desde las instituciones en que su parte del trabajo sería absorbida por la hipertrofia aún creciente de la Atención Primaria.

Ante esta problemática los responsables de la gestión sanitaria en el SPS se comportan a menudo con una ambigüedad desconocida en otros ámbitos. Podría ocurrir que, habida cuenta del aparente bajo coste de la realización de estos procesos –más adelante se matizará esta afirmación– se aplique un concepto moderno de calidad empresarial, entendida como el acto de satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes ofreciendo los productos y servicios que necesiten, en el momento que los necesiten y al menor coste posible⁴. Sin embargo, e incluso desde una perspectiva de gestión, valdría la pena apuntar matices al respecto. El primero es la reflexión acerca de si realmente «necesitan» los usuarios del SPS el tratamiento de las lesiones

Correspondencia:
José Manuel Carrascosa.
Servei de Dermatologia.
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.
Crta del Canyet s/n. 08916 Badalona.
jmcarrascosac@hotmail.com

Aceptado el 10 de enero de 2007.

nes benignas banales para mejorar y promover sus niveles de Salud. En un sentido estricto, y dada su intrascendencia pronóstica y su prevalencia universal, no pueden considerarse enfermedades en sí mismas, por lo que podrían quedar fuera de los objetivos del propio sistema sanitario, que considera no financiable con cargo a la Seguridad Social los procedimientos que «no tengan ninguna relación con accidente, enfermedad o malformación congénita»⁵. En segundo lugar, el SPS, a diferencia de lo que ocurre en una empresa privada, cuenta con unos recursos encorsetados que dependen de la capacidad de financiación pública y de pactos políticos, y no de la demanda, por lo que la segunda premisa del citado concepto de calidad empresarial, la de recibir la atención en el momento adecuado, se desplaza inexorablemente en el tiempo de forma paralela a cómo lo hace para los pacientes con dermatosis relevantes, cuya atención sí está incluida como objetivo prioritario del SPS. Finalmente, también se conoce que al aumentar la satisfacción del cliente éste repetirá el consumo. Y los beneficios que reporta un cliente satisfecho son, en general, la repetición del acto de compra o consumo. Esta circunstancia, del todo adecuada en la empresa privada, debe evaluarse con cautela en un sistema capitativo, aparentemente gratuito para el usuario y de cobertura universal cuando se está hablando de un conjunto de motivos de consulta que suponen el 25 % de los habituales en el ambulatorio de Dermatología¹.

Aquellos dermatólogos favorables no sólo a tratar, sino también a asumir en exclusiva la gestión de las lesiones banales benignas, fundamentan su discurso en que ello supondrá un incremento en el número de visitas, con la consiguiente contratación de un mayor número de dermatólogos y, por lo tanto, un mayor peso y poder del colectivo en las negociaciones que impliquen a estos profesionales. Por otro lado, y como efecto colateral, se evita que la siempre intrigante Atención Primaria acabe encargándose del manejo de esas lesiones. El primero de los supuestos, es decir, la contratación de un número mayor de dermatólogos, podría ser cierto si el SPS estuviese regido por reglas de mercado, tal y como ocurre, por ejemplo, en los centros médicos privados o policlínicas, donde los dermatólogos son profesionales codiciados por la gran cantidad de visitas e intervenciones que pueden realizar con respecto a otras especialidades y con costes globales reducidos. Sin embargo, salvo excepciones, los Planes de Salud siguen criterios estrictos, a menudo guiados por tendencias políticas o modelos importados, trazados años atrás en despachos bien alejados de las consultas médicas. En este sentido, los ímprobos intentos de demostrar una mayor eficiencia de los dermatólogos en la gestión de los motivos de consulta dermatológicos con respecto a los profesionales de Atención Primaria se han estrellado inexorablemente con la inercia y los plazos de los Planes de Salud⁶. Estando así las cosas, y a la espera de una improbable mayor sensibilidad por parte de los gestores ha-

cia los requerimientos de la población y de Atención Primaria, una mayor demanda acostumbra a repercutir de forma directa en una incómoda lista de espera que tarde o temprano acaba recayendo en un mayor número de pacientes diarios con la falaz premisa de «urgente» o «forzado». La solución fácil para el gestor pasa por reducir de forma progresiva e inexorable —de forma escandalosa en ocasiones— el espacio cronológico por visita, con el consiguiente deterioro de la asistencia. Esto sin contar con la restricción, impensable en otros colectivos del mundo sanitario, en los derechos de asistencia a congresos o en la solicitud de días para asuntos propios, que sólo son concedidos, a menudo a cambio de incrementar la asistencia en los días adyacentes, con muchos meses de anticipación. Habida cuenta de la rigidez en los sistemas de provisión de plazas públicas, las temidas listas de espera acaban repercutiendo a lo más en contratos leoninos a tiempo parcial escasos en remuneración y derechos, a menudo a cambio de quedarse con la parte menos estimulante —desde el punto de vista profesional— y masificada de la asistencia durante inacabables jornadas diarias. Es probable que los dermatólogos subestimemos nuestra capacidad y fuerza a la hora de exigir unas condiciones laborales adecuadas para garantizar una asistencia de calidad de forma independiente a la demanda que sea capaz de generar el SPS.

Por otro lado, puede ser un error táctico considerar que un mayor número de visitas supone mayor consideración y capacidad de representación en los centros hospitalarios. De este modo, en la actualidad los Servicios médicos no tienen ninguna capacidad de gestión sobre el importe que, a través de su trabajo, facturan los centros a las distintas entidades gestoras autonómicas. De nuevo la impresión es de que los Servicios de Dermatología quedan a menudo relegados a la hora de obtener nuevo utillaje, instalaciones o personal a pesar de ofrecer una actividad muy rentable para las instituciones. Más bien, por el contrario, los gerentes prefieren hacer gala de unidades hospitalarias «de élite» que, aunque muy costosas y aun cuando ofrezcan servicios a colectivos muy reducidos, les sirvan como carta de presentación nacional e internacional. Sin duda, también los dermatólogos contamos con capacidad para llevarlas a cabo a través de las consultas especializadas que propone la cartera de servicios de la AEDV, aunque sólo si no se pretende que el dermatólogo las ejecute después de haber visitado de 40 a 50 pacientes diarios en el ambulatorio. En este sentido, puede comprobarse cómo, de forma paradójica, el aparente descenso en el número de consultas en algunas especialidades médicas secundario al desarrollo de la Atención Primaria, lejos de lesionar sus intereses, ha favorecido el despeque de las mismas y la asunción de grandes cotas de especialización y prestigio, que quizás permanecían ahogadas por el exceso de asistencia. Por el contrario, y en opinión de algunos autores, el proceso de banalización que para la Dermatología supone el que buena parte de su actividad se consu-

ma en el manejo de lesiones de escasa trascendencia puede poner en riesgo su propia consideración como especialidad médica en el SPS⁷.

Un segundo argumento de peso defendido por algunos dermatólogos pasaría por afirmar que el tratamiento de las lesiones benignas banales— se da por descontado el derecho del usuario a recibir el diagnóstico correcto, bien por el dermatólogo o por el médico de Atención Primaria— forma parte de las lindes de la especialidad y que no hay justificación, por lo tanto, para renunciar a ello. Sin embargo, no se trata de concluir que el dermatólogo no trata estas lesiones, sino simplemente de si deben tratarse o no en el ámbito del SPS, de igual manera que el hecho, mucho más flagrante, de que los empastes dentales no estén incluidos en las prestaciones sanitarias, no indica que los dentistas no estén capacitados para hacerlos, acción a la que el usuario sabe que puede acceder de forma privada o a través de compañías sanitarias. Como se indicó con anterioridad, esta actuación se ajustaría claramente a la ley, y tampoco se priva al conjunto de usuarios de un bien notable objetivo desde el punto de vista de la salud, siempre y cuando se dejen de lado consideraciones referidas al impacto psicológico, de difícil concreción y reproducibilidad. Cabe sin embargo plantear en este punto alguna situación paradójica a la que puede tener que enfrentarse la comunidad dermatológica de nuestro país en los próximos años: si bajo la loable intención de garantizar una formación adecuada en la creciente vertiente cosmética de la especialidad se asientan las convenientes rotaciones de los residentes en instituciones especializadas en aquella, y este circuito se acaba integrando en el marco económico de la formación MIR, los gestores del SPS podrían exigir de los dermatólogos no sólo el tratamiento de las lesiones banales, sino incluso diversos procedimientos médico-quirúrgicos de naturaleza estética. Y todo ello a precio de SPS. Criterios como el de la Organización Mundial de la Salud (OMS), incluido en su Constitución, en el que define la salud como un «Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia» no resultarían de gran ayuda a la hora de ser restrictivo en estas pretensiones.

No puede olvidarse la respetable opinión de algunos compañeros, según la cual si los dermatólogos dejan vacantes el tratamiento de estas lesiones, serán los médicos de Atención Primaria los que ocuparán el vacío. La ya antigua, y no por ello menos creciente, preferencia de todas las administraciones en las últimas décadas por la Atención Primaria como apuesta fundamental del sistema sanitario, ha creado numerosas controversias en las especialidades médicas dentro y fuera de nuestro país⁸⁻¹¹. De este modo, la aparente facilidad de la Atención Primaria para obtener recursos y dotaciones que son negadas o regateadas a los especialistas crea desasosiego e incluso cierto desconsuelo. Intentar luchar contra esta tendencia se augura como una empresa, hoy por hoy, tan titánica como estéril. Sin embar-

go, parece poco probable que los médicos de Atención Primaria, salvo excepciones de profesionales especialmente motivados para ello, se vuelquen en el tratamiento de estas lesiones, imbuidos en sus propios problemas para gestionar la creciente lista de atribuciones otorgada por el SPS.

Otro dato a considerar, a pesar del esfuerzo espartano realizado por nuestras administraciones por mantener los sueldos de nuestros médicos como los más bajos de la CE, sólo por encima de Lituania, Polonia o Hungría, es que el coste calculado por estas actuaciones es notable y supera el que cualquier compañía de seguros retribuye a los profesionales independientes^{12,1}. De este modo, en el interesante escrito de Macaya et al se estima en más de 300.000 euros la facturación correspondiente al diagnóstico y tratamiento de estos procesos a lo largo de un año en una única consulta dermatológica ambulatoria¹. Sin duda, la puesta en marcha de trabajos destinados a perfilar de forma certera el coste real de estas actuaciones introduciendo conceptos de gestión sanitaria facilitarían reflexiones en este campo¹³.

Por último, estarían las poco retóricas, pero por ello no menos comprensibles razones, de aquellos dermatólogos que simplemente desisten de enfrentarse continuamente a sus usuarios, envalentonados por un sistema en el que el médico, relegado a una función técnica, puede decidir simplemente la mejor manera de llevar a buen término la solicitud de su cliente.

Al autor le consta que el problema que se plantea en Dermatología no es exclusivo de la misma. Así, son diversas las especialidades médicas que se cuestionan cómo afrontar un exceso exponencial de demanda en el SPS coincidiendo, de forma paradójica, con una restricción de recursos en virtud de su papel teórico de mero consultor frente a una robusta Atención Primaria pensada como casi autosuficiente.

Desarrollados los distintos argumentos (aunque por supuesto habría más) en torno a esta cuestión, el autor es de la opinión de que la Dermatología haría bien en desprenderse del manejo de las lesiones benignas banales en el ámbito del SPS. Su considerable peso en la actividad diaria del dermatólogo parece justificar unas abultadas listas diarias con escasos minutos por visita, impensables en otras especialidades que poco hacen por el prestigio de nuestra especialidad, distorsiona la lista de espera dificultando el acceso a los pacientes con auténticas dermatosis y supone la inversión de ingentes recursos materiales y personales en objetivos de escaso valor añadido para la salud de la población. Una restricción consensuada a su acceso en el SPS no sólo no representaría un riesgo para la demanda de asistencia, sino que podría fortalecer la progresión, el asentamiento y el prestigio de la Dermatología en la sanidad pública a través del desarrollo de sus distintas subespecialidades.

Las razones y argumentos desplegados en este artículo en la búsqueda del consenso y la controversia pueden antojarse excesivos en un tema de escasa brillantez académica e intrascendencia aparente. Sin embargo, como se recordaba,

ocupa uno de cada 4 minutos de la actividad diaria de los dermatólogos que trabajan en el SPS. En primer lugar, cabría cuestionarse si el colectivo de dermatólogos tiene la voluntad de establecer, desde un punto de vista de criterio estrictamente profesional y resueltas sus propias contradicciones, cuál debe ser su cometido en el SPS para, a continuación, transmitirlo a las Autoridades Sanitarias. Un éxito colectivo en la capacidad de aunar esfuerzos y criterios y hacerse entender frente a la Administración como poco podría augurar buenas andaduras en proyectos de mayor calado, y quizás esto funcione también en sentido contrario.

Agradecimientos

El autor agradece a los Dres. Carlos Ferrándiz y Eduardo Fonseca la lectura crítica del escrito.

Conflicto de intereses

Declaro no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Macaya-Pascual A, Lopez-Canós, López-Piqueras S, Gómez S. Análisis de los motivos de consulta y de su coste en la asistencia dermatológica en un centro de atención primaria. *Actas Dermosifiliogr.* 2006;97:569-72.
2. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2006/10/05>.
3. Fonseca E. El dermatólogo y el cambio de modelo asistencial en el Sistema Nacional de Salud. *Piel.* 1999;14:171-4.
4. Duran J. Gestión global de la calidad. En: *Gestión Empresarial de Centros Sanitarios: Una visión integral.* Barcelona, Centro de Estudios colegiales del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona; 2002.
5. Real Decreto 63/1995 sobre ordenación de prestaciones sanitarias, anexo III, epígrafe «Prestaciones que no son financiables con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria».
6. García Doval I, Labandeira García J, Toribio J. Dermatología y Asistencia primaria en la Seguridad Social. *Actas Dermosifiliogr.* 1996;87:421-4.
7. Fonseca E. Dermatología médica y estética: ¿Una disyuntiva?. *Piel.* 2005;20:259-61.
8. Fonseca E. La crisis del ontologismo nosológico y la dermatología. *Piel.* 1997;12:227-9.
9. Penneis NS. Biting the hand that feeds you: an argument against developing organized speciality-wide therapeutic guidelines for dermatologic practice. *J Am Acad Dermatol.* 1995;33:538-40.
10. Carrascosa JM. El dermatólogo en medicina primaria: ¿una especie en vías de extinción? *Piel.* 1996;11:561-2.
11. Carrascosa JM, Ribera M, Ferrándiz C. Cirugía dermatológica en el ámbito de la Sanidad Pública Nacional. *Med Clin (Barc).* 1997;109:477.
12. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2005/09/15>
13. Borbujo-Martínez J, Córdoba-Guijarro S. Indicadores de consulta externa dermatológica. *Actas Dermosifiliogr.* 2006; 97:618-9.