

CARTAS AL DIRECTOR

Patología cutánea benigna banal y sistema público. Experiencia en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana

I. Betlloch-Mas

Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Alicante. España.

Señor Director:

Hemos leído con gran interés el original publicado recientemente por el Doctor JM Carrascosa¹, en el que expone un problema que sufrimos la mayoría de los dermatólogos que trabajamos en el Sistema Público de Salud, y con el que nos sentimos totalmente identificados.

Por distintas razones que no pretendemos analizar, los dermatólogos nos vemos obligados, de manera más notable que otros médicos especialistas, a dar respuesta a la creciente demanda de atención por parte de la población, tanto en su necesidad de obtener un diagnóstico rápido, como de satisfacer sus exigencias de ser tratados sea cual sea el diagnóstico. Esta gran demanda provoca una saturación de las consultas ambulatorias de Dermatología, creando enormes listas de espera que las gerencias sanitarias suelen penalizar, exigiéndonos de continuo la reducción de las mismas. La solución habitual no suele ser un aumento en las plantillas de médicos, sino un recorte en el tiempo de asistencia dedicado a los pacientes para así poder atender a un mayor número de ellos.

En nuestra área, el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana dependiente del Hospital General Universitario de Alicante, contamos con una cobertura ambulatoria dermatológica bastante amplia, ya que ésta ha sido claramente priorizada sobre otras actividades. Gracias a la jerarquización, los polifacéticos facultativos especialistas de área (FEA) ahora ya denominados facultativos especialistas de departamento (FED), además de cubrir la asistencia propia de un

hospital de tercer nivel con docencia, investigación, quirófanos, consultas monográficas, urgencias, etc., se han desplegado como un abanico, ofreciendo consultas en diferentes franjas horarias de mañana y tarde atendiendo cifras de pacientes difícilmente superables.

Teniendo en cuenta el amplio espectro de consultas ambulatorias de que disponemos, el número de pacientes que atendemos, la imposibilidad a corto plazo de aumentar nuestra plantilla y presionados por nuestra dirección para resolver la creciente lista de espera ambulatoria, hace unos meses decidimos analizar la situación. Observamos que tal como ya se ha referido en la literatura², más de un 25% de nuestras consultas ambulatorias eran debidas a patología banal benigna que nos remitían los médicos de Atención Primaria (MAP), no tanto para diagnóstico, obvio en la mayoría de casos, como para solicitar tratamiento a petición de los propios pacientes. Por ello decidimos plantearnos si realmente debíamos asumir el tratamiento de dicha patología, y para ello examinamos detenidamente la Ley de Sanidad³, donde el artículo, 2.3C explicita que «[...] no se considerarán incluidas en las prestaciones sanitarias aquellas atenciones, actividades o servicios en los que se trate de actividades de mejora estética o cosmética [...]» y en el anexo IIIc «no son prestaciones a cargo de la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria la cirugía estética que no guarde relación con accidente, enfermedad o malformación congénita».

Basándonos en ello dirigimos un escrito a la dirección médica del Depar-

tamento en la que suscribimos las bases de lo que creíamos debía ser la asistencia dermatológica, y redactamos una nota solicitando a los MAP poner en práctica las siguientes recomendaciones: «no remitir las patologías tumorales benignas en que el paciente consultara por motivo estético, como queratosis seborreicas, puntos rubí o acrocordones, o las lesiones cutáneas pigmentadas debidas a envejecimiento de la piel como lentigos seniles [...] y remitir siempre los casos que plantearan dudas diagnósticas o con sintomatología».

Dicha notificación fue remitida a todos los centros de salud del Departamento, y su difusión trajo como consecuencia la siguiente reacción inmediata:

1. La aparición en la prensa dominical local⁴ de un artículo en que se expresaba la indignación de algunos MAP que consideraban nuestra solicitud como un atentado contra los derechos de los enfermos.
2. La reivindicación por parte de los MAP de quirófanos de cirugía menor para tratar las lesiones que nosotros habíamos decidido que no eran competencia del sistema público.
3. Las reclamaciones efectuadas al Servicio de atención al paciente por parte de algunos pacientes que consideraron injusta nuestra falta de atención a su patología estética.

A pesar de este aparente rechazo ante nuestra decisión, creemos que es la correcta. Los términos en que redactamos nuestro escrito fueron suficientemente ponderados y equilibrados

como para que nadie pueda acusarnos de cerrar puertas al diagnóstico, o de no querer atender a los pacientes.

Como dermatólogos estamos empleando muchas energías en resolver problemas que no son competencia del sistema público, y que sin embargo nos restan tiempo para poder asumir otras competencias de mayor envergadura o dificultad técnica. La herramienta legal está disponible y en nuestras manos el poder utilizarla. Todo el mundo es capaz de comprender que el sistema público no tiene porqué asumir el tinte de las canas ni la depilación de las piernas, y de la misma manera se puede comprender que ciertas patologías que como bien dice JM Carrascosa «forman parte del paisaje normal de la piel» no deberían ser tratadas en dicho marco. No pensamos que no deban ser tratadas por el dermatólogo para que pase a hacerlo el MAP, sino que en el sistema público nadie debería tratarlas y fuera de él por supuesto quien mejor puede asumirlas es el dermatólogo.

En una decisión de esta naturaleza siempre puede haber un sector de la población que, por sus escasos recursos económicos, resulte más desfavorecida al no poder financiarse tratamientos de patologías cutáneas banales pero inestéticas. Este argumento altruista puede llevar a algunos dermatólogos a querer complacer a todo el mundo para no caer en la injusticia social, y pensar que la solución no es recortar la asistencia sanitaria sino dotarla de más medios. Efectivamente necesitamos muchos

más medios técnicos y de personal, pero para otros fines. El que quiera practicar beneficencia dermatológica estética debería hacerlo fuera del sistema público, pero no a su costa.

El seguir bajo esta línea de actuación implica un cambio de cultura tanto en la población como en los MAP, en los dermatólogos y en las direcciones de nuestras instituciones sanitarias. Se trata de una inversión a largo plazo, una carrera de fondo que tiene que ir acompañada de una información constante a MAP y a pacientes, de mucha paciencia por parte de los dermatólogos y por supuesto de una labor de equipo.

Unos meses después de nuestro cambio activo de actitud hemos empezado a observar ya que los MAP están modulando las consultas que nos remiten, los pacientes están empezando a comprendernos y hemos reducido un poco nuestras listas de espera ambulatorias y el volumen de pacientes por sesión, aproximándonos un poco más al número deseable, aún lejano, que nos permita ofrecer una asistencia de mayor calidad.

La toma de decisiones conjuntas por parte de todos los profesionales y el contar con el apoyo de nuestras instituciones, como la Academia Española de Dermatología y Venereología (AEDV), y de vehículos de comunicación como esta revista puede favorecer el intercambio de opiniones para ir perfilando lo que queremos que sea nuestra especialidad.

Pensamos que esta actitud no interfiere con los derechos de los pacientes, ni con los principios bioéticos referidos en la Ley de Sanidad⁵, y suscribimos totalmente la propuesta de JM Carrascosa de que la Dermatología en el sistema público debe desprenderse del manejo de lesiones benignas banales y centrar nuestros esfuerzos en desarrollar otros aspectos más necesarios, interesantes y complejos de nuestra especialidad.

Agradecimientos

La autora agradece a todos los dermatólogos del área 19 de Alicante su colaboración y la suscripción de lo referido en este manuscrito.

Bibliografía

1. Carrascosa JM. ¿Deben tratarse las lesiones cutáneas benignas y banales en el Sistema Público de Salud? *Actas Dermosifilogr.* 2007;98:236-9.
2. Macaya-Pascual A, López-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 Dermosifilogr.* 2006;97:569-72.
3. Real Decreto 63/1995 de 20 de enero, sobre Ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, BOE de 10-02-1995.
4. <http://www.diarioinformacion.com/2007/03/2005>.
5. Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, BOE 101/1986 de 29-04-1986.

Réplica: «Patología cutánea benigna banal y sistema público. Experiencia en el Departamento de Salud 19 de la Comunidad Valenciana»

J.M. Carrascosa

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

Sr. Director:

Agradezco los comentarios a mi escrito de la Dra. Betloch, los cuales per-

miten sugerir que las condiciones, circunstancias y convencimiento que lo impulsaron son reproducibles en las

distintas realidades del ámbito sanitario de nuestro territorio¹. Desde una posición absolutamente legítima y res-