

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-

petuosa con la ley, la actitud de los dermatólogos del área 19 de Alicante condujo de forma inicial hacia una crisis con tintes incluso mediáticos en su zona de influencia, reflejo de cómo a menudo el colectivo dermatológico minusvalora el eco de sus acciones en la sociedad. Si bien la respuesta airada de algunos pacientes puede considerarse legítima —y quizá alimentada por los mensajes populistas y nebulosos lanzados desde algunos ámbitos políticos— de sorprendente e incluso trasnochada cabe catalogarse la actitud de los médicos de Atención Primaria de la zona, ya que cabría esperar una mayor comprensión desde un colectivo acostumbrado a recibir el primer impacto de las arbitrariedades cambiantes del sistema. Aún a falta de concretar en cifras el desarrollo de los hechos y las consecuencias en firme de la acción —circunstancias del todo deseables y que podrían convertirse en un argumento de primer nivel en futuras medidas de presión— la perseverancia del equipo de la Dra. Belloch —recuérdese, sin coste adicional— parece dar la razón a los dermatólogos. De este modo, en un razonable corto plazo se intuye una prometedora mejoría en el principal caballo de batalla del sistema público

de salud (SPS): la reducción de las temidas listas de espera. Esto a su vez ha permitido la reestructuración de las consultas con el fin no de trabajar menos, sino de poder hacerlo con más comodidad para el dermatólogo y con mayor atención y garantías de calidad para el paciente, segunda gran diana siempre postergada por lo inasequible de la primera.

Refiere la Dra. Belloch que los pacientes «empiezan a comprendernos». Este punto no es baladí, habida cuenta de que el «cambio de cultura» del que promueven los autores los cimientos no puede ni debe hacerse sólo «para el paciente», sino «con el paciente». Esta actitud resulta del todo coherente con el concepto actual de «alianza» entre médico y paciente en la toma de decisiones clínicas, una vez devaluado el modelo «comercial» o «consumista», reinante durante la pasada década, y cuyos resultados de su máxima «el cliente siempre tiene la razón» conocemos sobradamente².

Habida cuenta de que, a pesar de lo que a veces parece, los recursos del SPS son, y serán limitados, resulta prioritario optimizarlos a fin de cubrir con solidez el fin primero del mismo: ofrecer a aquellos usuarios con enfermedades

de la piel una atención de calidad en un margen de tiempo razonable.

Una nota para la reflexión: de confirmarse la impresión de la Dra. Belloch, el último eslabón, el asistencial, podría ser capaz de implementar —palabra muy en boga— con éxito el objetivo frente al que se estrellan una y otra vez los cuantiosos y costosos mecanismos, actores y recursos que el SPS dedica a la gestión: el recorte de la lista de espera y la adecuación de los tiempos asistenciales. Nueva prueba del enorme potencial, a menudo subestimado, de los dermatólogos para influenciar nuestro medio laboral y modelarlo en aras del beneficio de nuestros pacientes y, por qué no, también del propio, desde el prisma del sentido común.

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. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. *J Am Med Assoc.* 1992;267:2221-6.

Mixofibrosarcoma de grado intermedio simulador de una enfermedad ampollosa

R. Valverde, R. Llamas, L. Vallés y B. Rosales

Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid. España.

Sr. Director:

El histiocitoma fibroso maligno (HFM) constituye uno de los sarcomas de partes blandas más frecuentes en la edad anciana^{1,2} y agrupa una serie de variantes histológicas, como la pleomórfica (60%), mixoide (25%), angiomatoide, de células gigantes e inflamatorio¹⁻³. Para algunos autores el mixofibrosarcoma (MFS) constituye la variante mixoide del HFM⁴, mien-

tras que otros autores⁵ defienden que se trata de una entidad independiente.

El MFS se manifiesta típicamente como una masa nodular, blanda e indolora, en el tejido celular subcutáneo de miembros inferiores (80%)² en una persona de edad avanzada. Se han descrito otras formas clínicas como infiltración difusa, múltiples nódulos o pápulas², e incluso un caso en que simulaba una mucinosis papulosa⁶. La

masa tumoral se origina en el tejido celular subcutáneo, con frecuente extensión a planos profundos (90%)³; la extensión hacia planos suprayacentes (dermis) es infrecuente con menos de 10 casos referidos en la literatura^{2,3,6}. Se han descrito una serie de grados histológicos⁷ considerando de alto grado formas con escasa matriz mixoide, así como mayor celularidad, pleomorfismo y número de mitosis. En general