

## **Artículos Breves. Mes de Marzo 2009**

Nota editorial: Las opiniones e informaciones recogidas no están necesariamente acordes con la línea editorial del Servicio Informativo de Bioética. En todo caso, se trata de información de actualidad que pensamos es oportuno conocer.

### **Índice:**

- 1. Tribuna. Alcaldes y gerentes no deben liderar la sanidad. Joan Gené.**
- 2. Los efectos adversos de la vacuna del papiloma reavivan la polémica**
- 3. Cada vez más pacientes mayores de 80 años se someten a operaciones quirúrgicas**

## **1.- Tribuna. Alcaldes y gerentes no deben liderar la sanidad**

**Joan Gené**, Miembro de la Comisión Permanente del Plan de Innovación de Atención Primaria en representación de la Universidad de Barcelona  
17/02/2009

El proyecto de Plan de Innovación en Primaria refuerza la tendencia de la Administración sanitaria catalana a dejar el gobierno de la sanidad en manos de alcaldes y gestores; algo erróneo, según el autor.

En salud, la falta de innovación comporta inevitablemente un retroceso. Algunas de las buenas ideas de los años ochenta y los noventa que marcaron el carácter diferencial del modelo catalán ya no son válidas para empezar la segunda década del siglo XXI: ahora las patologías crónicas se han convertido en el principal problema y son las máximas responsables del consumo sanitario. Sin embargo, nuestro sistema sigue orientado a la patología aguda. Entendemos la atención primaria como la puerta de entrada, el hospital como el centro de la asistencia y el sociosanitario como la salida; un círculo fácil de comprender, pero totalmente desajustado de la realidad.

En el Reino Unido el 70 por ciento de los pacientes crónicos que acudían repetidamente a urgencias y que reiteradamente ingresaban, no eran ni conocidos ni seguidos por sus médicos de familia; nosotros ni siquiera disponemos de indicadores para valorar su atención. Estas enfermedades complejas únicamente son abordables desde una política de integración de servicios, aprovechando las nuevas tecnologías, utilizando las nuevas profesiones sanitarias y creando nuevos servicios en la comunidad.

Desgraciadamente la palabra integración tiene mala prensa en primaria, ya que los hospitales la han empleado para absorber el primer nivel con el fin de optimizar su cuenta de resultados. Justamente, tal como señala Cris Ham, esta integración vertical de la gestión es la peor forma de conseguir la integración asistencial por las resistencias que genera en la comunidad.

El modelo catalán ha de estructurarse a partir de las necesidades de los ciudadanos y no de las demandas de usuarios e intereses de hospitales. Los pacientes han de disponer de más información, mayor capacidad de elección y, por otra parte, han de asumir más responsabilidad sobre su salud. Los centros sanitarios han de proveer proactivamente la atención que precisa cada segmento de la población y no responder exclusivamente a la demanda de los servicios que tienen instalados.

Este cambio del paradigma asistencial, necesario para afrontar la nueva realidad, no lo liderarán nunca los gestores de los centros sanitarios ni los políticos locales. Justamente por este motivo los sistemas de salud, como el catalán, separaron la planificación y la compra de la provisión de servicios.

Los alcaldes de los municipios, por la naturaleza de su cargo, no pueden aplicar el principio elemental en salud pública de "piensa globalmente y actúa localmente". Los gerentes de los centros asistenciales trabajan para mantener

la supervivencia de su organización, objetivo que en este momento no coincide con las necesidades de la población.

Por ello, el liderazgo efectivo de la planificación y de la ordenación de la asistencia debe recaer en el Servicio catalán de la Salud (CatSalut). Éste no puede seguir limitándose a repartir el presupuesto y a delegar las decisiones sobre inversiones y ordenación de la asistencia a los proveedores. Los obvios conflictos de interés de alcaldes y gestores impiden que sigan asumiendo el liderazgo de la atención a la salud de su territorio. No pueden dirigir el cambio que ahora precisamos.

En sentido contrario

El proyecto de Plan de Innovación de Atención Primaria catalán apuesta por este nuevo liderazgo del CatSalut apoyado en la colaboración leal de profesionales y pacientes. Desgraciadamente, Cataluña sigue avanzando en sentido contrario. Tanto el Instituto Catalán de la Salud (ICS) como el resto de proveedores siguen promoviendo la gestión territorial desde la provisión; existen múltiples plataformas que intentan integrar sin conseguirlo la información clínica; no disponemos de guías de práctica clínica unificadas; los pacientes siguen cautivos de la especializada y el CatSalut delega en alcaldes y proveedores el gobierno.

El plan de innovación sólo se implementará si logra el soporte de profesionales y pacientes. Políticos y gestores parecen poco entusiasmados con el cambio propuesto.

## **2.- Los efectos adversos de la vacuna del papiloma reavivan la polémica Los 35 casos graves registrados en España se suman a otros 584 en EE UU**

El País, Mónica L. Ferrado - Barcelona - 17/02/2009

Polémica y controvertida, la vacuna del virus del papiloma humano (VPH) no se desprende de la sombra de la duda, sobre todo desde que el año pasado pasó a formar parte del calendario vacunal oficial en España de las niñas de entre 11 y 14 años para prevenir el cáncer de cuello de útero. El caso de las dos niñas de Valencia que sufrieron convulsiones ha vuelto a poner los focos sobre la vacuna. Las chicas continúan ingresadas, sin un diagnóstico claro.

- \* Incógnitas aún por aclarar
- \* 8.000 firmas reunidas a favor de una moratoria

La noticia en otros webs

- \* webs en español
- \* en otros idiomas

Los beneficios de la inmunización serán inciertos durante décadas

En España se han distribuido 1.146.000 dosis entre 2007 y 2008

Aunque las autoridades sanitarias vinculan estos casos a la posibilidad de que haya un lote defectuoso de la marca Gardasil, no descartan que sea otra la causa de las dolencias que han sufrido las niñas. Pero con la alerta, la vacuna ha sido de nuevo cuestionada por sectores sanitarios y de salud pública que en su momento consideraron precipitado aplicarla con carácter general, por entender que no había demostrado suficientemente ni la eficacia ni la seguridad a largo plazo.

En un editorial del pasado mes de agosto, la revista The New England Journal of Medicine insistía en que los beneficios reales del tratamiento continuarían siendo inciertos durante décadas, hasta que no haya datos suficientes sobre cuántas chicas vacunadas acaban desarrollando un cáncer cervical y cuántas no. Pero, además, añadía dudas sobre los posibles efectos colaterales: ¿qué efectos pueden aparecer cuando se haya administrado a decenas de miles de adolescentes, teniendo en cuenta que los ensayos clínicos realizados se han centrado en evaluar la respuesta inmune?

Para Xavier Castellsagué, investigador del Instituto Catalán de Oncología (ICO) y uno de los investigadores que han participado en los ensayos clínicos de una de las vacunas, Gardasil, la efectividad y la seguridad están probadas y los efectos adversos entran dentro de lo esperable para una vacuna de nueva aplicación. En los siete grandes ensayos que han servido para que la FDA y la EMEA autoricen Gardasil han participado 21.000 personas, de las cuales, 1.700 tienen entre 11 y 19, afirma Castellsagué.

¿Son suficientes? Para el investigador, sí. Para Juan Gérvas, médico de familia, coordinador del grupo de estudios CESCA y uno de los impulsores de un manifiesto que pidió al Ministerio de Salud una moratoria en la vacunación hasta tener más evidencias, es en cambio insuficiente. "La consideramos una vacuna experimental", añade Gérvas. Más teniendo en cuenta que se trata de la franja de edad en la que se están centrando las campañas públicas de vacunación. De hecho, aunque un medicamento esté autorizado, en sus primeras etapas de comercialización se considera que está aún en fase IV de investigación.

Pero ya comienza a haber datos, al menos de efectos adversos. Según la FDA, la agencia que controla los medicamentos en Estados Unidos, desde que se aprobó la vacuna en 2006 se han administrado 16 millones de dosis y se han reportado 9.746 casos de efectos adversos, que incluyen lipotimias, mareos y desmayos. Un 6% de los casos (584 en total) fueron calificados como graves. También registró la muerte de 20 chicas después de ser vacunadas, aunque en un informe la FDA especifica que "no existe un patrón común que sugiera a la vacuna como causa". En España se han distribuido 1.146.000 dosis en 2007 y 2008. Hasta el momento se han notificado 103 casos de efectos adversos, 35 de ellos graves.

En la Comunidad Valenciana, la única autonomía en la que se paralizó la vacunación contra el virus del papiloma humano, ayer se reemprendió la campaña, aunque sólo 24 chicas acudieron a los centros de salud a recibir la vacuna. Otras 543 familias se han puesto en contacto con el teléfono habilitado por la Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana (900 700 007) para plantear sus dudas sobre la conveniencia de inmunizar a sus hijas. Hasta el momento hay 18.473 adolescentes valencianas que ya han recibido la primera de las tres dosis, por lo que, de repetir todas ellas, faltarían 3.263 por recibir la segunda, informa Jaime Prats.

Las dos adolescentes que sufrieron reacciones adversas tras recibir la segunda dosis de la vacuna del lote NH52670 de la marca Gardasil ya se encuentran en planta después de que la última de ellas abandonara ayer la unidad de cuidados intensivos.

Incógnitas aún por aclarar

Todavía quedan lagunas en el conocimiento sobre la vacuna contra el virus del papiloma (VPH) que Miguel Ángel Martínez-González, Silvia Carlos y Jokin de Ira, del departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Navarra, enumeran en un artículo publicado por Medicina Clínica. "Los ensayos que han usado lesiones clínicas como criterio de valoración no se han prolongado todavía más allá de cinco años", afirman. Aún se están realizando estudios sobre la vacuna.

Los autores añaden que "no obstante, es preciso reconocer que los valores de anticuerpos protectores que logra la vacunación son muy elevados". Algunas de las dudas e incógnitas mencionadas por los autores son:

1. Se desconoce su eficacia y seguridad en un plazo mayor de cinco años.
2. No se sabe si se deberán usar dosis de recuerdo.
3. Se desconoce el mínimo valor de anticuerpos para obtener protección.
4. Falta información sobre la inmunogenicidad cruzada con otros tipos de VPH.
5. En niñas de 9-14 años no hay ensayos con lesiones (neoplasia intraepitelial cervical / adenocarcinoma in situ) como resultado.
6. No hay evidencia científica de reducción del cáncer invasivo.
7. No se ha presentado la eficacia estratificada por conducta sexual.
8. Se ignora si la infección por el VIH, la desnutrición u otros factores modifican la eficacia.
9. Hay dudas sobre su prioridad frente a otras vacunas o estrategias preventivas.
10. Se ignora si la vacunación masiva modificará los patrones de conducta sexuales, cuál será su impacto en el uso del preservativo y en los programas de cribado.
11. Se desconoce si las dos vacunas existentes (Gardasil y Cervarix) son intercambiables.

### **3.- Cada vez más pacientes mayores de 80 años se someten a operaciones quirúrgicas**

Diário Médico, G.S.S. 18/02/2009

Los médicos, que siempre han dudado acerca de la necesidad de llevar a cabo cirugía mayor para los pacientes con más de 80 años, están empezando a revisar los parámetros por los que se guiaban. Según la revista *Bioethics*, cada vez más pacientes que rozan la centuria se someten a operaciones de cáncer o a corazón abierto a una edad en la que antaño se les decía que la naturaleza debía seguir su curso. Esto se debe en parte a las mejoras en la tecnología médica, unidas al envejecimiento progresivo de la población, que tiene mejor salud que las generaciones pasadas.

Sin embargo, estos avances plantean para algunos controversias y han despertado objeciones éticas. Entre ellos, se encuentran los que cuestionan alargar la vida si no va aparejada de la suficiente calidad y los que argumentan que el coste para el sistema sanitario es muy grande y, dada la limitación de recursos, supone no emplearlos para pacientes más jóvenes. Otros, en cambio, esgrimen que esos argumentos suponen una discriminación por razón de la edad, lo que sugiere que los médicos se basen en criterios cronológicos para prestar una asistencia.

Un estudio de *The British Journal of Urology* mostró un beneficio de 52 meses de vida para gran parte de los ancianos que se habían sometido a una operación. El estudio descartó a los que murieron por una enfermedad no relacionada con la operación. Sin embargo, en patologías como el cáncer de vejiga la supervivencia sólo difería en 15 ó 18 meses entre los que se operaban y los que recibían radioterapia.

Más frecuente

"Para los pacientes de corazón de avanzada edad la cirugía para reemplazar válvulas o llevar a cabo una angioplastia ya no es tan rara", ha señalado Robert Kincade, cirujano de un instituto privado de cardiología de California. Entre los ancianos el cáncer de próstata es incluso más común que el cáncer de vesícula. La última tendencia en el tratamiento de cáncer de próstata de ancianos es que una temprana detección no tiene como consecuencia la operación, ya que se piensa que una persona de avanzada edad morirá normalmente de otra cosa antes. Pese a que la población norteamericana de más de 85 años está creciendo paulatinamente, muchos bioéticos, como Daniel Callahan, cofundador de Hastings Center, estiman que los pacientes de más de 80 años no deberían operarse.