

Artículos Breves. Mes de Octubre 2006

Índice:

- 1.- Los fármacos contra las enfermedades olvidadas son algo más que un negocio
- 2.- Estudio en Science demuestra que pacientes en estado vegetativo entienden lo que les dicen
- 3.- Distribución de los recursos, foco de conflicto ético en AP
- 4.- De la bioética declarada a la percibida: el programa de la Facultad de Medicina de la Universidad Cornell
- 5.- Lluís Montoliu: "Reducción, refinamiento y reemplazo, retos de la experimentación animal"
- 6.- A menudo no se publican los resultados de ensayos clínicos pediátricos
- 7.- El Consejo de Ministros de España aprueba el proyecto de Ley de Investigación Biomédica
- 8.- El usuario está satisfecho con el sistema de salud pero se queja de las listas de espera

1.- Los fármacos contra las enfermedades olvidadas son algo más que un negocio. Diario Médico, 01/09/2006 Esther Román Cantón

La Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi por sus siglas en inglés) ha creado una fábrica virtual de medicamentos que utiliza lo mejor de los recursos y experiencias que existen en investigación y desarrollo para elaborar fármacos que traten estas patologías, basándose siempre en las necesidades de los pacientes.

En los últimos 25 años sólo el 1 por ciento de los medicamentos desarrollados en el mundo se ha destinado al tratamiento de las llamadas enfermedades olvidadas. Para la malaria aún se desarrolla algún fármaco pero existen otras enfermedades extremadamente olvidadas por la investigación, como la leishmaniosis, la enfermedad del sueño y la de Chagas. Estas patologías se caracterizan porque las opciones de tratamiento son inadecuadas o inexistentes, fundamentalmente porque afectan a pacientes de países en vías de desarrollo con poco o ningún poder adquisitivo.

Ante la falta de nuevos tratamientos, los médicos aún se ven obligados a usar procedimientos antiguos cuyos resultados son cada vez más ineficaces. Para hacer frente a esta situación, Médicos Sin Fronteras promovió la Iniciativa de Medicamentos para Enfermedades Olvidadas (DNDi) integrada por instituciones públicas y privadas de todo el mundo entre las que se encuentra el Instituto Pasteur de Francia y el Banco Mundial.

"En la actualidad no existe un mercado que estimule la investigación y el desarrollo para estas patologías", afirma Bernard Pecoul, director general de DNDi. Ante esta situación es comprensible que las empresas farmacéuticas no

inviertan en nuevos medicamentos, pero "cuando el mercado no puede responder, la responsabilidad pasa a manos de los gobiernos y son ellos los que han de realizar el esfuerzo en I+D. El problema estriba en que tanto los gobiernos del norte como los de las áreas afectadas del sur han olvidado este terreno".

Además de investigar y desarrollar nuevos medicamentos, DNDi quiere reforzar la capacidad existente y el potencial de los países endémicos y negociar para lograr más I+D para medicamentos contra enfermedades olvidadas.

Pecoul destaca que "el conocimiento básico ha cambiado mucho, pero lo que no existe es alguien que traduzca esos conocimientos en un proceso de desarrollo de medicamentos que lleguen a los pacientes".

Proyectos

La selección de los proyectos que se van a desarrollar se realiza en paralelo a través de dos métodos: "La convocatoria para la presentación de proyectos y las búsquedas proactivas, contactando con investigadores que trabajan con las patologías tropicales e infecciosas, y con empresas farmacéuticas, que tienen los recursos y la experiencia necesaria para el desarrollo de fármacos", señala Pecoul.

Para el año 2014 DNDi tiene previsto entregar entre seis y ocho nuevos tratamientos para leishmaniosis, enfermedad del sueño, Chagas y malaria. A principios de 2007 estarán disponibles dos nuevos fármacos para el tratamiento de la malaria: una combinación de artesunato-amodiaquina y de artesunato-mefloquina. "Gracias a ellos se reducirá la dosis diaria a una única toma de dos comprimidos".

Además, DNDi cuenta en África con una plataforma de ensayos clínicos para implantar un nuevo tratamiento para leishmaniosis con un antibiótico descubierto hace tiempo, "pero del que era necesario alcanzar una fase III".

Una de las claves en el desarrollo de medicamentos contra las enfermedades olvidadas consiste en definir el marco de uso de las moléculas existentes que son eficaces para su tratamiento. Por ello, DNDi negocia para obtener el permiso necesario para utilizarlas y crear fármacos que lleguen a los afectados. Los pobres carecen de medicamentos

Médicos sin Fronteras hace una división de la patología mundial en tres grupos de enfermedades: las globales, las olvidadas y las extremadamente olvidadas. El primer grupo se refiere a afecciones como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, mentales, problemas neurológicos... que concentran gran cantidad de investigación. Estas patologías afectan tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo, aunque en el Tercer Mundo muchas veces requieren fármacos caros que no son accesibles para la mayoría de la población. Las enfermedades olvidadas, como la malaria y la tuberculosis, tienen un interés secundario para la investigación debido a que sólo afectan reducidamente a personas de países ricos. Las extremadamente olvidadas, como la enfermedad del sueño, Chagas, y leishmaniosis, son dolencias que

sólo afectan a países pobres, por lo que apenas se les dedica esfuerzo investigador.

2.- Estudio demuestra que pacientes en estado vegetativo entienden lo que les dicen. El Mundo, MADRID, 10 Sep. 06 (ACI)

Un estudio realizado por investigadores del Reino Unido y publicado recientemente por la revista Science demuestra que el cerebro de los pacientes en estado vegetativo se activa cuando otras personas les hablan, de manera que entienden y escuchan lo que se les dice.

Según informa el diario El Mundo, si bien algunos de los pacientes diagnosticados en este estado conservan unas islas de actividad cerebral que no eran detectadas por los exámenes regulares, lo que no se conocía hasta ahora es que algunas de estas islas pueden preservar casi intacta su capacidad cognitiva para procesar información.

Esto es lo que demuestra la investigación del Dr. Adrian Owen, de la Unidad de Ciencias Cerebrales y Cognitivas del Consejo de Investigación Médica del Reino Unido. "El estado vegetativo es uno de los menos entendidos y de los más complejos éticamente. En esta investigación, hemos descubierto una forma de determinar si un paciente está consciente cuando los exámenes tradicionales no son capaces de hacerlo", dijo Owen al diario español.

El equipo de Owen utilizó aparatos de resonancia magnética funcional, una tecnología conocida desde los 90's para calcular las respuestas neuronales luego de haberle solicitado a una paciente cosas como imaginar que estaba jugando un partido de tenis y visualizar las habitaciones de su casa. Las imágenes cerebrales escaneadas fueron exactamente iguales a las de los voluntarios sanos sometidos a la prueba.

"En el cerebro de la paciente se activó la región que controla nuestra habilidad de generar y seguir un mapa espacial", subrayó el investigador. "Los resultados confirman que la paciente preservó su capacidad de comprender las instrucciones que le dábamos", añadió.

Lo más sorprendente para los científicos fue la decisión consciente de la paciente de cooperar en la realización de las pruebas. "Sabemos que ella cooperó voluntariamente porque las reacciones cerebrales automáticas a una palabra, como ocurre cuando estamos durmiendo y alguien nos dice algo, suelen ser muy cortas", destacó Owen. "En este caso, la paciente siguió imaginando hasta que le pidiésemos que parase y descansase", precisó.

Science 8 September 2006:

Vol. 313. no. 5792, p. 1402 BREVIA

Detecting Awareness in the Vegetative State

Adrian M. Owen,^{1*} Martin R. Coleman,² Melanie Boly,³ Matthew H. Davis,¹ Steven Laureys,³ John D. Pickard²

Detectando la vigilia en el Estado Vegetativo

Resumen:

Utilizamos la resonancia magnética funcional para demostrar que en los pacientes que cumplen los criterios diagnósticos de Estado Vegetativo se mantiene el estado de vigilia consciente. Cuando se les solicitó que imaginaran que estaban jugando tenis o caminando por la propia casa, se activaron las áreas corticales esperadas de un modo indistinguible del de los voluntarios sanos.

3.- Distribución de los recursos, foco de conflicto ético en AP

Diario Médico, 11/09/2006. Marta Esteban

Los primeros resultados de una tesis doctoral sobre problemas éticos en atención primaria realizado en Aragón demuestran que la distribución de los recursos se perfila como uno de los dilemas frecuentes. Begoña Buil, autora de la tesis, analiza las conclusiones extraídas.

La distribución de los recursos y la gestión de las listas se espera se perfila como uno de los problemas éticos que se les plantean a los médicos de atención primaria. Esta es una de las primeras conclusiones que Begoña Buil, médico de familia de Zaragoza, ha extraído de los resultados de la primera parte de una tesis doctoral sobre detección de problemas éticos en atención primaria y que ha explicado en el curso de verano La enseñanza de la bioética en la universidad y en las instituciones que ha organizado en Jaca la Universidad de Zaragoza en colaboración con el Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud, con el patrocinio de Multicaja (Caja Rural Aragonesa y de los Pirineos).

La elaboración de la tesis, que nació tras una propuesta del instituto, surge porque "queríamos saber cuáles eran los problemas éticos reales que existían en atención primaria, pues ante la escasa participación de los médicos de familia en los cursos de bioética que se impartían, nuestra hipótesis era que quizá la formación en este aspecto era demasiado teórica para las necesidades reales del médico".

La metodología empleada era la cualitativa, es decir, "nos interesaba saber cuál era la realidad, para lo que formamos una red de médicos de primaria en todo Aragón, a los que denominábamos observadores, para que nos transmitiesen cuáles eran las inquietudes éticas que se detectaban en las consultas".

Una vez realizado el estudio "clasificamos los problemas que se detectaban con más frecuencia". Sin embargo, para saber si esos dilemas más comunes se correspondían con la realidad, se remitió a los 900 médicos de primaria de Aragón un cuestionario, cuyos resultados aún no se han elaborado. Hasta ahora, tal y como ha explicado Begoña Buil, "han contestado un 35 por ciento de los médicos de primaria de Aragón".

En cualquier caso, Buil ha analizado los principales problemas detectados por los médicos observadores. Entre estos dilemas existían algunos clásicos en la teoría de la bioética, como la confidencialidad, pero otros que no se suelen incluir, tales como la distribución de los recursos, las listas de espera y la gestión de las bajas laborales.

En el caso de las esperas, "el dilema ético se plantea ante la insistencia del paciente que está esperando una operación y sus visitas constantes al médico de primaria para las continuas revisiones".

Dilemas imperceptibles

Tras la detección de los problemas éticos, las conclusiones que se extraen son dos. En primer lugar, "observamos que las situaciones relacionadas con cuestiones éticas que se dan en la consulta diaria de un médico de familia son más frecuentes de lo esperado, ya que son casos tan habituales en la práctica que a penas son percibidas por el médico". Por ejemplo, "es el caso de una madre que solicita al médico de cabecera, al que conoce desde hace muchos años, los análisis de su hijo de veinticinco años que no puede recogerlos porque está trabajando. Este puede ser un caso habitual en el que se plantea un problema de confidencialidad que el médico no detecta como de carácter ético".

Otra de las conclusiones que se pueden extraer es la "necesidad de actualizar y adaptar las teorías y cursos de formación en bioética con las necesidades sentidas por los profesionales de primaria".

4.- De la bioética declarada a la percibida: el programa de la Facultad de Medicina de la Universidad Cornell. 11/09/2006. M. Esteban

Hace cuatro años, la División de Ética Médica de Weill Cornell Medical College, en Qatar, puso en marcha un programa longitudinal de bioética para los estudiantes.

Del análisis de los estudios internacionales sobre el aprendizaje de la ética en las facultades de medicina se desprende que muchas veces los estudiantes "aprenden más de los malos ejemplos que ven que de las buenas palabras que puedan oír". Este dato demuestra la importancia de iniciativas como las de Qatar. Según Pablo Rodríguez del Pozo, responsable del programa, "el proyecto trata de que la enseñanza de la ética responda a lo que realmente es, que la medicina es ciencia en sus medios, pero ética en sus fines".

Durante los seis años de la carrera los estudiantes toman contacto con la ética en tres ocasiones. En primer lugar, "se les imparte un curso para sensibilizarles con la materia y que se identifiquen con la idea de que la medicina es cien por cien ética y cien por cien ciencia. Esa sensibilización se realiza con el análisis de textos clásicos de la literatura".

En segundo término, durante lo que correspondería al cuarto año de licenciatura, "se les instruye en las categorías y problemas clásicos de la bioética". En este curso toman contacto con materias como la ética del principio de la vida, la ética en la relación médico-paciente (consentimiento informado, revelación de la información, etcétera), la ética al final de la vida y la relativa a la investigación clínica. Este contenido se completa con el estudio de la legislación sanitaria.

El aprendizaje de estos aspectos éticos "es necesario, pero insuficiente", por eso al final de la carrera los estudiantes tienen la oportunidad de vivir la bioética en primera persona. "Durante dos semanas se les asignan pacientes para, además de observar la parte relativa a la enfermedad, analizar en primera persona los aspectos no clínicos que rodean al enfermo. Las cuestiones éticas que detecten se discuten y reflexionan en grupo". La finalidad de esta bioética experimentada es "conseguir que los alumnos se pongan en el lugar del paciente. Consiste una observación-reflexión que trata de conseguir abrir los ojos al médico y sacar su currículum oculto".

Ejemplo para occidente

El programa de ética médica que desarrolla la Universidad de Qatar es un ejemplo de cómo se aborda la bioética en un país no occidental. Sin embargo, Rodríguez del Pozo considera que "esta experiencia debería replicarse en las universidades occidentales, pues es un intento muy consistente de prever una enseñanza ética más completa para el profesional". La aplicación de este programa longitudinal hace que "estemos formando mejores profesionales y enriqueciendo la calidad global de nuestra enseñanza, y no por el lado científico, pues en este aspecto la enseñanza ya es suficientemente buena".

5.- Lluís Montoliu: "Reducción, refinamiento y reemplazo, retos de la experimentación animal". Diario Médico, 12/09/2006 Ana Callejo Mora

Lluís Montoliu José, investigador del Centro Nacional de Biotecnología (CNB) y coordinador nacional del grupo de trabajo sobre Transgénesis en Mamíferos, que forma parte de la Sociedad Española de Bioquímica y de Biología Molecular (Sebbm) desde 1999, ha explicado a Diariomedico.com los últimos avances en células pigmentarias y fenotipación.

El simposio 'Fenotipación de ratones modificados genéticamente en España', organizado por Lluís Montoliu en el XXIX Congreso de la Sebbm que se ha celebrado en Elche, ha estado orientado a investigar la aplicación de los diferentes modelos animales generados en varios centros españoles de investigación. En la reunión se han expuesto ejemplos sobre cómo analizar las funciones visual, auditiva, renal, pulmonar y el sistema hematológico. El objetivo de encuentros como éste, según Montoliu, es la puesta en común de experiencias para facilitar a los investigadores de nuestro país la comunicación con los expertos en cada función u órgano.

¿Cuáles son los últimos adelantos en fenotipación?

La fenotipación es el reto actual para los que nos dedicamos a investigar con ratones. Hay muchos modelos generados y muchos ratones genomanipulados tanto en España como en otros países. Sin embargo, hay que fomentar el desarrollo de redes, sistemas de colaboración, centros o proyectos que permitan a cualquier investigador poder abordar sistemáticamente todos los órganos que estructuran un animal para verificar cuáles pueden estar afectados. A priori cuando un científico genera un modelo animal tiene una idea aproximada de dónde podrían salir las alteraciones, pero frecuentemente la naturaleza le sorprende con alteraciones inesperadas.

¿Cree que el modelo murino es el mejor para la experimentación?

El modelo con ratones es el que nos permite hacer animales genéticamente modificados a la carta. Hasta el momento ninguna otra especie ofrece la misma facilidad ni especificidad. Además, el modelo murino es el que nos ha aportado más ejemplos; por ello, nos va a servir para comparar sus resultados con los de otros modelos.

El roedor, por su condición de animal de laboratorio, dista del primate. A pesar de ser un mamífero, no reproduce las sintomatologías y patologías de forma idéntica que el humano. Aun así, es un animal que concede la posibilidad de estudiar prácticamente todas las enfermedades que afectan a los humanos de una forma pormenorizada. Es la única especie que ayuda a decidir cuál es el gen que va a centrar nuestra atención y qué hacer con ese gen (eliminarlo, sobreactivarlo o ponerlo a trabajar en un órgano distinto).

¿En el futuro se podrá reducir la investigación con experimentación en animales?

España es uno de los firmantes del acuerdo consistente en la reducción, el refinamiento y el reemplazo de este tipo de ensayos. Los investigadores deben esforzarse en reducir el número de animales usados en cada experimento, refinar la metodología para reducir o eliminar el dolor, el distrés o el sufrimiento de estos animales y sustituir la experimentación con animales por métodos que no requieren el empleo de estos seres vivos siempre que sea posible. No obstante, hasta que no se concrete cuál es el sistema celular afectado hay que seguir trabajando con el individuo como un todo ya que a los ratones les sucede lo mismo que a los humanos: cuando está enfermo todo su cuerpo está enfermo.

A finales de septiembre se celebra en Barcelona el XIII Encuentro de la Sociedad Europea para la Investigación de las Células Pigmentarias (Espcr 2006), del cual es coordinador, ¿qué temas van a tratarse?

Por una parte, se abordarán asuntos relativos a la biología fundamental como la investigación de la fisiología normal y la patológica del melanocito o célula pigmentaria. Otro tema, que será objeto de un simposio, es el melanoma.

También ocuparán un lugar destacado en esta reunión europea las alteraciones dermatológicas que cursan con despigmentación de la piel, como el vitíligo, y otros casos de hiperpigmentación, como la presencia de pecas o manchas oscuras.

La reunión, que contará con 300 participantes de 26 países diferentes y alrededor de 50 ponentes, prestará atención a condiciones genéticas como el albinismo.

¿Cuáles son los últimos avances en células pigmentarias?

En el campo de la medicina regenerativa hay propuestas muy interesantes a partir de células troncales embrionarias y de la propia piel que permiten la obtención de células pigmentarias. Está por ver cómo y cuándo van a aplicarse estos avances a la parte clínica, pero ya existe un programa de diferenciación hacia célula pigmentaria. Respecto al melanoma, cada vez está más claro cuáles son los supresores de tumores o los genes cuya alteración precede al desarrollo del melanoma. Se ha avanzado mucho en los test de diagnóstico y esto supone un descenso de la mortalidad, ya que en un estadio inicial se puede tratar quirúrgicamente esta patología.

En cuanto a los tratamientos, han aparecido varias terapias experimentales basadas en anticuerpos o en tratamientos más o menos agresivos frente a células cancerosas de melanoma. Para tratar la hipopigmentación contamos con terapias para repigmentar y hay terapias para depigmentar en los casos de hiperpigmentación.

¿Prefiere estudiar los genes de forma individual o las regiones enteras de genes?

El sistema celular te dice qué tienes que hacer. En el caso del albinismo oculocutáneo se puede reducir el estudio al análisis del gen afectado, el de la tirosinasa, mientras que en el melanoma hay múltiples genes afectados y no tiene sentido estudiarlos de forma aislada.

¿Qué aplicación tienen sus investigaciones?

En el laboratorio del CNB hemos creado bastantes modelos para el estudio del albinismo, en concreto del albinismo oculocutáneo de tipo 1, que no es el más frecuente pero sí el más reconocido por la población. Hemos intentado entender las limitaciones en el sistema visual para desarrollar así alguna estrategia para corregirlas. A principios del pasado año conseguimos este objetivo. Mediante la producción localizada en la retina de uno de los intermediarios de la síntesis del pigmento conseguimos que los ratones aumentasen su capacidad visual sin tener que repigmentarse. De esta forma hemos logrado separar los problemas visuales de la falta de pigmentación. En enero de este año fundó, junto con otros investigadores, la Sociedad Internacional para las Tecnologías Transgénicas (ISTT). ¿Cuáles son sus objetivos y actuaciones?

La ISTT nació con la intención de mantener la actualización técnica, formar a profesionales en la materia, difundir a los expertos y a la sociedad en general los beneficios de los animales modificados genéticamente, y asesorar o apoyar a las instituciones, hospitales o universidades sobre temas que afecten a la experimentación con animales.

6.- A menudo no se publican los resultados de ensayos clínicos pediátricos. Jano On-line 14/09/2006.

En 1997 se aprobó una ley en Estados Unidos por la cual es necesario realizar ensayos clínicos en población infantil para poder ampliar las indicaciones de un medicamento para uso pediátrico. Desde entonces, se han realizado más de 100 cambios en prospectos de medicamentos para reflejar si los fármacos en cuestión ofrecen beneficios o no en los niños.

A pesar de ese éxito, poco se sabía acerca de si los resultados de los ensayos clínicos realizados con niños llegaban a conocimiento de los médicos.

Es lo que han querido saber investigadores de la Universidad de Duke, que publican en "JAMA" los resultados de su investigación al respecto, subrayando que los resultados de tales ensayos clínicos se publican en menos de la mitad de casos.

Sus datos muestran que entre 1998 y 2004 se realizaron 253 estudios para obtener la exclusividad pediátrica. El 50% se centraron en la eficacia de los medicamentos evaluados, el 33% en la dosis y el 17% en la seguridad. Un total de 127 ensayos dieron lugar a cambios en el prospecto del medicamento. Sin embargo, sólo se publicaron 113 estudios.

JAMA 2006;296:1266-1273

7.- El Consejo de Ministros de España aprueba el proyecto de Ley de Investigación Biomédica. El Mundo. Actualizado 15/09/2006 14:53 (CET)

* La Ley permitirá utilizar las técnicas de transferencia nuclear y la puesta en marcha de biobancos

* El siguiente paso será su aprobación en el Parlamento, donde va a ser remitida "de inmediato"

* La ley regulará la clonación terapéutica

El Consejo de Ministros ha aprobado remitir a la Cortes Generales el proyecto de Ley de Investigación Biomédica, el siguiente paso hacia su aprobación. La medida recoge la posibilidad de que los investigadores utilicen la técnica de la transferencia nuclear (clonación terapéutica). España se suma así a otros países de la Unión Europea, como Reino Unido, Suecia y Bélgica.

El proyecto de Ley de Investigación Biomédica, cuyo informe fue visto el pasado 24 de marzo en el Consejo de Ministros, recoge en principio la creación de bancos de material biológico (biobancos) así como la clonación terapéutica o transferencia nuclear.

Este procedimiento consiste en transferir el núcleo de una célula adulta a un óvulo al que se le ha extraído su núcleo. Su objetivo es reprogramar su crecimiento celular y orientarlo hacia la creación de órganos o tejidos que luego puedan ser trasplantados al donante para combatir alguna patología.

Según anunció el Gobierno el pasado mes de marzo, el texto permite la utilización de cualquier técnica de obtención de células troncales humanas siempre y cuando ésta no suponga la creación para tal fin de un embrión, por lo que queda prohibida expresamente la creación de embriones humanos destinados a la investigación.

Tal y como ha declarado la ministra de Sanidad, Elena Salgado, al término de la reunión del Consejo, la ley establece un marco jurídico para incentivar este tipo de investigaciones "con las máximas garantías legales para los derechos y las personas que pueden resultar afectados".

Para ello se formará un Comité de Bioética, constituido por 11 personalidades propuestas por los diferentes ministerios y las Comunidades Autónomas (CCAA), que vigilará que toda la investigación se realice siguiendo todos los estándares de protección de datos.

Como paso previo a la realización de estas investigaciones, la Comisión de Garantías para la Donación y Utilización de Células y Tejidos Humanos (adscrita al Instituto de Salud Carlos III) deberá emitir un informe favorable sobre cada proyecto que evalúe su idoneidad, viabilidad y la solvencia del equipo investigador. También determinará si se han respetado los criterios éticos y se ha obtenido el consentimiento informado de los donantes.

La norma ofrece garantías suficientes sobre la conservación y privacidad de los datos. "De esta forma se regulan los biobancos", ha aclarado la titular de Sanidad.

Este anteproyecto también regulará los aspectos sanitarios, éticos y legales de estos procesos. Además, como se ha explicado en la rueda de prensa, antes de su aprobación se ha consultado el contenido de la ley con "comités científicos, CCAA y grupos de afectados".

Todo el proceso de donación, almacenaje, cesión y utilización de muestras estará basado en el principio de gratuidad para evitar la discriminación de los pacientes e investigadores en el acceso a dichas muestras, a posibles investigaciones y terapias a realizar con ellas.

En Europa sólo Reino Unido, Bélgica y Suecia permiten la clonación con fines terapéuticos, que también está regulada en Japón, Australia, Singapur, Israel y Corea. Con la futura ley, ha destacado Salgado, España se situará en esta lista y se convertirá en uno de los países más avanzados en este ámbito.

8.- El usuario está satisfecho con el sistema de salud pero se queja de las listas de espera. Diario Médico. M^a Carmen Rodríguez 9/09/2006

Tras evaluar los los problemas que afectan a la continuidad asistencial entre atención primaria y especializada, los responsables de medir la calidad del sistema sanitario madrileño ha analizado los factores que influyen en el nivel de satisfacción del usuario en las III Jornadas de Atención Primaria y asistencia especializada celebradas en Madrid. El tiempo de espera y la falta de equipos técnicos son las dos asignaturas pendientes según los madrileños.

Lo que no se puede medir no puede mejorar. Por esta razón la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid evaluó en 2005 la calidad del sistema sanitario con la finalidad de conocer la percepción final del usuario madrileño y así elaborar estrategias de mejora. Los resultados definían el panorama sanitario de la atención primaria, los centros de especialidades periféricas y los servicios de urgencias según los madrileños.

El trato y la atención médica del profesional eran los dos factores mejor valorados por los pacientes. No así el tiempo de espera y la falta de equipos técnicos en los servicios de urgencias. "Éstos son los dos puntos flacos de la satisfacción del usuario con el sistema", ha dicho Luis Pérez España, dermatólogo del Hospital de la Paz, de Madrid, y hasta hace poco técnico de la Dirección General de Calidad de la Consejería de Salud y Consumo de la Comunidad de Madrid.

Desajuste

En su opinión, no esperar en la sala se ha convertido en el principal problema del usuario, "por lo que podríamos concluir que existe un desajuste entre la percepción del sistema de salud y sus expectativas. El usuario está satisfecho con la atención médica recibida y valora la calidad asistencial, pero se frustra cada vez que acude al centro de salud y tiene que esperar para ser atendido".

Para José María Mena, responsable de la unidad de calidad del área 4 de Madrid, se trata también de un problema de educación sanitaria. "Los ciudadanos tienen mucha información, pero no disponen de los conocimientos, las actitudes y los hábitos básicos para la defensa y la promoción de la salud individual". La solución, según Mena, está en modular las expectativas de los usuarios. "El paciente tiene derechos, pero también obligaciones. Hay que pedirle corresponsabilidad".

Ambos coinciden en señalar la necesidad de implantar un sistema de calidad efectivo en atención primaria con una capacidad ejecutiva y acciones de mejora.