

La incierta prevención del cáncer de cuello de útero con la vacuna contra el virus del papiloma humano^a

Juan Gérvas

Médico de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid) España. Equipo CESCA, Madrid, España

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 231-239

Documento publicado na Revista Portuguesa de Clínica Geral, a citar como Gérvas J. La incierta prevención del cáncer de cuello de útero con la vacuna contra el virus del papiloma humano. Rev Port Clin Geral 2007; 23:547-55. Publicado neste mes de decembro de 2007, e reproducido en Cadernos de Atención Primaria co permiso da Dirección da debandita revista e do seu autor.

RESUMEN

En 2007 se ha comercializado de la vacuna contra el virus del papiloma humano, con la que se propone vacunar a niñas de 11 y 12 años para la prevención primaria del cáncer de cuello de útero, dada la fuerte asociación entre el cáncer y algunos tipos oncogénicos del virus. La vacuna ha sido rápidamente incluida en los calendarios vacunales de la mayoría de los países desarrollados. En este texto se revisa el fundamento científico de dicha decisión. Son puntos clave: la ausencia de cambios en la epidemiología de la infección, la estabilidad o disminución de la incidencia y mortalidad del cáncer de cuello de útero, la falta de correlación entre respuesta inmunitaria serológica y la inmunidad natural, el impacto de la vacuna en la ecología del virus, las evaluaciones coste-efectividad que dependen de la duración desconocida de la inmunización, la dependencia excesiva de la investigación financiada por la industria farmacéutica, y la necesidad de mantener la citología de cribado. Se precisaría más tiempo e información antes de introducir la vacunación en el calendario vacunal.

ONCE PREGUNTAS BÁSICAS (sin respuesta concluyente)

Con un ímpetu frenético, sin parangón en el campo vacunal, la vacuna contra el virus del papiloma humano se ha incluido en los calendarios vacunales de casi todos los países europeos, Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Grecia, Holanda, Italia, Luxemburgo, Reino Unido, Suecia y Suiza⁽¹⁾ y en otros desarrollados como Australia, Canadá y EEUU.

¿Indica la unanimidad lógica y certeza científica? No. La prevención es campo aparte, como se deduce de otros casos; por ejemplo, res-

pecto al cribado de la displasia del desarrollo de caderas en el recién nacido⁽²⁾.

En el caso de la vacuna contra el virus del papiloma humano existen dudas razonables acerca de la racionalidad de la decisión de su inclusión en el calendario vacunal. Al menos hay once preguntas básicas sin respuesta concluyente, que hacen dudar de la oportunidad de la aprobación del nuevo calendario:

1. ¿Hay cambios recientes en lo que respecta a la infección por virus del papiloma humano? No. De hecho, desconocemos su historia natural. Es la enfermedad de transmisión sexual más frecuente y la más benigna (el 90% de las infecciones curan espontáneamente)⁽³⁾. Seguimos sin saber por qué algunas infecciones son persistentes y cancerígenas (al cabo de 20-30 años provocan cáncer de cuello de útero).
2. ¿Hay cambios en los países desarrollados de la epidemiología del cáncer de cuello de útero que lo justifiquen? No. Por ejemplo, en España la incidencia se mantiene estable y baja, así como la mortalidad (respectivamente, de 7,11 y de 2,4 casos por 100.000 mujeres y año)⁽⁴⁾. En EEUU disminuye, y cada año hay unos 11.100 nuevos casos y unas 3.700 muertes por cáncer de cuello de útero⁽⁵⁾.
3. La inmunidad natural, ¿conlleva la presencia de anticuerpos en sangre? No. La cifra de anticuerpos en sangre es muy baja o inexistente (en la mitad de los casos) en las mujeres inmunes naturalmente. La infección no conlleva viremia (la replicación vírica se produce en la superficie epitelial, muy lejos de la células presentadoras de antígeno y de los macrófagos)⁽⁶⁾. Desconocemos en detalle la respuesta inmunológica normal, pero es muy efectiva. Además, no se ve afectada por la re-exposición debida a la actividad sexual continuada.
4. La vacuna, y re-vacuna, provoca la presencia en sangre de anticuerpos, en dosis de hasta veinte veces las máximas normales, pero ¿existe relación demostrada entre el nivel de anticuerpos y la eficacia de la vacuna? No. No hay correlación inmunológica

demostrada. Ignoramos el mecanismo de acción de la vacuna. Se supone que los anticuerpos en sangre ayudan a eliminar los virus en la superficie epitelial, pero no sabemos cómo^(3, 6). La inmunidad natural es celular, no serológica.

5. Si la vacuna elimina los virus, ¿puede tener un doble efecto, beneficioso y perjudicial? Sí. Por ejemplo, la vacuna disminuye las infecciones persistentes y las lesiones pre-malignas causadas por los virus contra los que se vacuna (beneficioso). Pero si eliminase otros virus del papiloma humano no sabríamos cómo valorarlo. Por ejemplo, la co-infección con los tipos 6 y 11 (bajo riesgo oncológico) disminuye naturalmente la posibilidad de ser infectado por el tipo 16 (alto riesgo oncológico)⁽⁷⁾. En general se acepta que la vacuna evita la presencia o actividad de los virus contra los que vacuna. Por ello cambia la "ecología" del cuello uterino y alrededores, y hay datos⁽⁸⁾ que sugieren un efecto de "nicho vacío", que permite la proliferación de otros virus de alto riesgo oncológico, o la transformación de los de bajo riesgo.
6. ¿Se ha demostrado su efectividad? No; no se tienen datos sobre su resultado en la práctica clínica diaria, ni siquiera ensayos clínicos con resultados en salud en las niñas en que se propone la vacunación. Se tienen datos de eficacia de casi el 100% (resultados de ensayos clínicos para los que cumplen todas las condiciones ideales, muy diferentes de la clínica diaria), para lesiones asociadas a los virus contra los que se vacuna, en mujeres de 16 a 26 años, generalmente blancas, sanas, de países desarrollados y educadas⁽⁸⁻¹²⁾. Cuando se tiene en cuenta "la intención de tratar" (se incluyen todos los pacientes participantes en los ensayos, aunque no hayan cumplido las condiciones ideales) la eficacia baja al 50%⁽⁸⁻¹²⁾, y si se incluyen las lesiones no asociadas a los virus contra los que se vacuna, la eficacia baja hasta el 17%⁽⁹⁾.
7. ¿Se sabe cuánto dura la inmunidad? No, no se sabe. Lo máximo demostrado son cinco años. Si la inmunidad decae, se podría precisar de una re-vacunación cada cierto tiempo. Además del gasto y complicaciones que ello implica, no sabemos si al ceder la inmunidad artificial se debilitaría la inmunidad natural y habría infecciones oncogénicas más graves y agresivas (algo parecido sucede con la vacunación contra la varicela)^(5,10).
8. ¿Se ha determinado el coste-efectividad de la vacuna? Sí. Pero se asumen condiciones no demostradas. Especialmente respecto a la efectividad y respecto a la duración de la vacuna. De hecho, en condiciones muy probables, si la inmunidad provocada por la vacuna dura menos de treinta años, y si la efectividad es del 70%, en Canadá, el coste-efectividad es nulo. Es decir, habría que vacunar a infinitas niñas para evitar un caso de cáncer de cuello de útero⁽¹³⁾.
9. ¿Sirve en mujeres que ya han iniciado la actividad sexual? No. Las mujeres se contagian al comienzo de la actividad sexual. La eficacia (ensayos clínicos, condiciones ideales) es muy baja en mujeres que ya han iniciado la actividad sexual, de alrededor del 17%^(8, 14). Es una vacuna profiláctica (que evita el con-

tagio), no terapéutica (que elimine el virus de las células epiteliales)^(3, 8).

10. ¿Hay ensayos clínicos y estudios independientes, no financiados o promovidos por la industria farmacéutica? No, o son irrelevantes. El grueso de la investigación sobre la vacuna contra el virus del papiloma humano ha dependido, depende y dependerá de la industria que fabrica dichas vacunas⁽⁸⁾. Se ignora porqué los gobiernos de los países desarrollados han renunciado a tener un papel activo en el conjunto de la salud sexual, y se reservan sólo el papel pasivo de "pagador" de la vacuna.
11. ¿Se precisa mantener el programa actual de detección precoz del cáncer de cuello de útero? Sí. Los actuales programas de cribaje con la citología (Papanicolaou) tienen graves problemas de cobertura y fundamento científico, pero la vacuna no los evita, pues combate sólo dos de los quince virus oncogénicos. No sabemos en qué forma se modificará la sensibilidad y especificidad del cribaje^(3, 5).

LA INFECCIÓN

El virus del papiloma humano se transmite por contacto, por abrasión de la piel (no por los fluidos sexuales), durante las relaciones sexuales. Es, pues, una enfermedad de transmisión sexual, la más frecuente y más inocua⁽³⁾. El uso del preservativo disminuye el contagio sexual, pero no lo elimina⁽³⁾. A mayor promiscuidad, mayor probabilidad de infección.

Algunos tipos de virus del papiloma humano tienen capacidad oncogénica, y provocan mitosis sin control, displasia, carcinoma in situ, y cáncer de cuello de útero. El virus es causa necesaria, pero no suficiente. La edad, la pobreza, el tabaquismo, la paridad, la coexistencia con otras enfermedades de transmisión sexual, la inmunodepresión y otros factores desconocidos son clave para el desarrollo de la enfermedad⁽¹⁵⁾.

Las mujeres se contagian al comienzo de sus relaciones sexuales coitales, pero en la mayoría de los casos la infección se elimina por medios naturales, espontáneamente. No sabemos mucho de la historia natural, pero la tasa de infección es máxima en la primera juventud y regresa a partir de los treinta años. La inmunidad no se asocia a la presencia de anticuerpos, sino a la inmunidad celular⁽⁵⁾. Importa la infección que se mantiene^(3, 5, 15, 16). La capacidad oncogénica de la infección permanente es lenta; lleva hasta diez años el producir lesiones precancerosas, y otros diez años el producir carcinoma in situ. Aunque hay más de 150 virus del papiloma humano, sólo unos quince tienen capacidad oncogénica alta. Destacan entre ellos los virus 16 y 18, responsables del 70% de los carcinomas de cuello de útero⁽¹⁷⁾.

La prevalencia mundial varía con la edad, la cultura y la pobreza de la población. Las cifras más altas se dan en Haití, el país más pobre del mundo. Entre mujeres con citologías normales, las tasas mundiales medias son del 10%. La prevalencia más alta se da en África (media del 22%). En Europa la tasa está en torno al 8%⁽¹⁸⁾. En estas

mujeres sanas, el virus más frecuente es el 16 (2,5%). España es de los países del mundo con menor prevalencia de la infección por el virus del papiloma, en torno al 3% en mujeres de más de 30 años, aunque no existe ningún estudio nacional de base poblacional^(4, 15). Superan en mucho esa tasa las prostitutas, las mujeres encarceladas, y las mujeres con SIDA⁽¹⁵⁾.

LA MAGNITUD DEL PROBLEMA (España como ejemplo)

En España hay unos 2.000 casos de cáncer de cuello de útero al año, y unas 600 muertes por esta causa⁽¹⁹⁾. Es decir, el 99,7% de las mujeres que mueren en España no muere por cáncer de cuello de útero.

En España la mortalidad anual es de unas 2 mujeres por cada cien mil⁽¹⁹⁾. Hay gran variabilidad entre comunidades autónomas, con mayor incidencia en las regiones costeras e insulares turísticas, quizá por la mayor promiscuidad asociada al turismo.

La mortalidad por cáncer de cuello de útero ha disminuido en España, el 0,7% anual entre 1986 y 2000. Pero en las mujeres de 20 a 39 años ha aumentado⁽¹⁷⁾.

La edad media del diagnóstico del cáncer de cuello de útero en España es de 48 años. La edad media de muerte, de 60 años. La supervivencia a los cinco años, del 69%⁽¹⁷⁾.

LA PREVENCIÓN SECUNDARIA

La citología de cuello de útero es el método más antiguo de cribado que existe, el primero que se implantó (en 1941). Es, también, el menos evaluado científicamente (faltan ensayos clínicos aleatorizados y enmascarados que demuestren su eficacia)⁽²⁰⁾. En los países con baja prevalencia de cáncer de cuello de útero se acentúan los problemas, por la baja sensibilidad^(4, 21). Esto conlleva bajo valor predictivo. Por ejemplo, en un grupo de 10.000 mujeres de 30 a 65 años, con tres o más citologías consecutivas, no habrá ningún cáncer de cuello de útero, aunque sí cinco displasias; el Papanicolau (la citología) dará 303 resultados anormales, de los que 298 serán falsos positivos (valor predictivo del 1%)⁽²²⁾.

En España es muy popular la citología, y el 75% de las mujeres se hace una al menos cada tres años⁽¹⁷⁾. Sin embargo, nunca se ha demostrado su efectividad⁽²³⁾. Se realizan unos diez millones de citologías anuales en España⁽²⁴⁾. Se aplica en exceso peligroso (por los falsos positivos, especialmente) a las mujeres que menos lo necesitan (sanas, jóvenes, cultas, ricas, urbanas). Finalmente, en España cuatro de cada cinco mujeres con cáncer de cuello no se ha hecho citología. Así, entre las 600 muertes anuales por cáncer de cuello de útero, no se había hecho citología al 80% de las mujeres⁽²⁵⁾.

La clasificación de las citologías lleva a gran confusión a las mujeres y a los médicos generales/de familia. La displasia leve, LSIL, antiguamente conocido como CIN 1, es totalmente irrelevante, una variación

de la normalidad, no patológica, demostración de infección viral que se resuelve por sí misma⁽⁴⁾. El HSIL, displasia de alto grado, agrupa los previos CIN 2 (displasia moderada) y CIN3 (displasia grave y carcinoma in situ). El primero (CIN2), es una displasia moderada que hasta en el 40% cura espontáneamente⁽⁶⁾. Al diagnosticar HSIL (SIL de alto grado) se mezclan displasias de muy distinto pronóstico.

Los nuevos métodos de determinación previa del ADN de virus del papiloma humano permitirían excluir de las citologías a todas las mujeres que den negativo y tengan más de 30 años.

Las propuestas de cambios en el programa de cribado de cáncer de cuello de útero en el siglo XXI siguen con las mismas carencias de base experimental que en el siglo XX (no hay ensayos clínicos al respecto, sólo "consensos" y "expertos"). En cualquier caso, la introducción de la vacuna no evitará los programas de cribado, puesto que sólo elimina dos de los quince virus oncogénicos.

LA VACUNA

La vacuna contra el virus del papiloma humano, tiene actualmente dos presentaciones, tetravalente (contra el carcinoma y contra las verrugas genitales) y bivalente (contra el carcinoma)^(3, 5, 6, 16, 17). En ambos casos se vacuna contra dos de los quince virus de alto poder oncogénico, los tipos 16 y 18.

Es una vacuna "profiláctica", no terapéutica (evita la infección, no la cura)⁽³⁾. Se vacuna contra la cápsula, no contra las proteínas oncogénicas. No se modifica la inmunidad celular (que permite eliminar las células infectadas), tan sólo se producen anticuerpos (que se supone eliminan el virus de la superficie del cuello del útero).

Se recomienda en niñas de 9 a 12 años.

Se administra por inyección intramuscular.

Son tres dosis, con cierta flexibilidad en su calendario.

Se ha demostrado su posible administración simultánea con la vacuna contra el virus de la hepatitis B.

Lleva como adyuvante el hidroxifosfato sulfato de aluminio amorfo. No lleva timerosal (ni mercurio, por tanto).

No se ha demostrado problema alguno en casos de sobredosis.

Es compatible con los anticonceptivos orales.

No se ha demostrado daño en caso de embarazo, ni de lactancia, pero no se recomienda su administración en estos casos (infrecuentes, además, en las edades recomendadas). Se ha encontrado un aumento del número de abortos en las vacunadas⁽⁹⁾.

Tiene buena inmunogenicidad, y se alcanzan niveles en sangre hasta veinte veces los normales en las mujeres espontáneamente inmunes⁽⁹⁾. No sabemos la correlación entre las cifras de anticuerpos en sangre y la eficacia de la vacuna^(3, 16, 25). Desconocemos, pues, el resultado del binomio seroconversión-protección.

Su eficacia está demostrada a/ con resultados intermedios, no finales (disminución de displasias, no de cánceres de cuello de útero ni de muertes por el mismo), b/ con resultados que no distinguen entre CIN2 y CIN3, c/ en grupos muy seleccionados en ensayos clínicos, y d/ con mujeres de 16 a 26 años.

No está demostrada su eficacia en el grupo de población que se propone vacunar, niñas de 9 a 12 años. En este caso sólo se ha demostrado su capacidad inmunogénica (producción de anticuerpos en sangre)^(5,5,16).

No está demostrada su eficacia en varones^(10,12).

Está demostrada su ineficacia en mujeres no vírgenes^(8,14).

No hay datos de efectividad (en la práctica habitual, en población general)^(10,12).

La duración demostrada de su eficacia es de cinco años^(10,12). Pero, en general, se da por hecho que dura toda la vida. La duración es crucial en los cálculos de coste-efectividad. En los cálculos matemáticos sobre efectividad y coste (hechos en Canadá, con el triple de prevalencia de infección que en España) si la duración de la inmunidad no es toda la vida sino treinta años, o menos, a/ las posibilidades preventivas del cáncer de cuello de útero se reducen a la décima parte (bajan del 61% al 6%), b/ el número necesario de niñas a vacunar para evitar un caso (no una muerte) de cáncer de cuello de útero pasa de 324 a 9.088, y c/ el coste pasa de unos 100.000 euros a unos 3.000.000 de euros por cáncer evitado (no por muerte evitada)^(13, 26). Si se dan las circunstancias, muy previsibles, de efectividad 70% y duración menor de 30 años, el coste-efectividad es cero, lo que exigiría vacunar a infinitas niñas para evitar un caso de cáncer⁽¹³⁾. Los estudios coste-efectividad están muy limitados por la carencia de información clave, por la inconsistencia de las medidas de salud y especialmente por las dudas acerca de la duración de la vacuna^(13,26,27).

En EEUU, donde el cáncer de cuello de útero es muchísimo más frecuente que en España, se ha calculado que la vacuna podría añadir al conjunto de la población de mujeres vacunadas unos cuatro días de vida ajustados por calidad⁽²⁸⁾.

Cabe la posibilidad de que la inmunidad contra los virus 16 y 18 dé mayores oportunidades a otros tipos del virus, que aprovechen el "nicho vacante"^(7, 8, 16, 25, 27). En ese sentido apunta algún dato de uno de los ensayos clínicos^(8,14). No hay muchos datos al respecto, pues desconocemos el impacto de la vacuna en la historia natural de la infección^(5, 27).

Los efectos adversos en los ensayos clínicos fueron frecuentes y sin importancia (dolor en el punto de la inyección, por ejemplo). Pero

sólo se ha empezado su aplicación generalizada, a toda la población. En EEUU, sobre 7 millones de dosis administradas en seis meses, a 30 de junio de 2007, se habían declarado 2.531 posibles efectos adversos (incluyendo siete muertes, y 13 casos de polineuritis de Guillain Barré; las primeras parecen no tener asociación con la vacuna, y sólo se han confirmado dos Guillain Barré probablemente inducidos por la vacuna). El 4% de los efectos adversos se dio en mujeres (y varones!) fuera de la población de vacunación recomendada; desde niñas de 3 meses de edad a ancianas de 77 años. Los efectos adversos fueron más graves cuando se asoció la vacuna contra el papiloma a la vacuna contra la meningitis⁽²⁹⁾.

La efectividad de la vacuna y las estrategias de su aplicación dependen de sus objetivos⁽¹⁰⁾. No sabemos los objetivos del Ministerio de Sanidad en España, (ni de las Consejerías de las Comunidades Autónomas) al respecto. Se puede pretender: 1/ evitar la infección en las vacunadas, 2/ erradicar la infección en la población (exigiría vacunar a los varones), 3/ evitar las displasias, 4/ evitar el cáncer invasivo, y/o 5/ evitar la mortalidad por cáncer de cuello de útero. En España y en los países desarrollados de la OCDE el gasto público en salud pública es apenas el 2% del total, incluyendo las vacunas^(30,31). Si se introduce la nueva vacuna contra el virus del papiloma humano, a unos 350 euros las tres dosis, habrá que destinar la mitad de dicho 2% para su compra (sin contar los gastos de organización y tiempo de profesionales clínicos). Por ejemplo, el conjunto de las 11 vacunas incluidas en el calendario vacunal de Cataluña tienen un coste total de 235 euros⁽²⁴⁾.

ALGUNAS CUESTIONES GENERALES

La vacuna contra el virus del papiloma humano es la primera que se refiere a una conducta personal sexual. No sabemos en qué forma afectará a la percepción del riesgo en ambos sexos y en las distintas formas de sexualidad humana^(10, 16, 32, 33). Aunque la hepatitis B también se transmite por vía sexual, es enfermedad que tiene otros muchos mecanismos de contagio, de forma que no se pueden comparar las vacunas respectivas.

El impacto esperable en salud de la población es menor, por la baja mortalidad por cáncer de cuello de útero. Por ejemplo, es seis veces más probable morir por ingesta diaria de aspirina, o por ir en coche⁽³⁴⁾.

Asombra el entusiasmo y el apoyo a favor de la vacuna de organizaciones políticas conservadoras (el Partido Popular en España, y los grupos que le apoyan, siendo banderín la Comunidad de Madrid, cuyo entonces consejero de sanidad, Lamela, ya anunció en marzo de 2007 que se incluiría la vacuna en el calendario cuando se aprobase), ante una vacuna que tiene que ver con conductas sexuales que habitualmente rechazan o reprueban (ni las mujeres vírgenes ni las que tengan pareja monógama perfecta se infectarán nunca). La vacunación reconoce, de facto, que la promiscuidad sexual es la norma, no la excepción.

También sorprende el interés de grupos políticos no relacionados con la salud, que han promovido la comercialización y aplicación de la vacuna. Por ejemplo, la Comisión Mixta Congreso-Senado sobre Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades, que al inicio de 2007 instó por unanimidad al Gobierno a favor de la vacuna y de su comercialización.

En EEUU ha sido muy comentado el caso del gobernador del estado de Tejas, republicano, que ordenó la vacunación obligatoria. Se demostró posteriormente su conflicto de interés con la industria farmacéutica productora de la misma^(32, 35). Esa misma industria financia un grupo de legisladoras de todos los estados estadounidenses, Women in Government⁽³⁵⁾. En España sobre estas cuestiones no sabemos nada.

Las vacunas son un tesoro sanitario, lo que más ha hecho por la salud de la población tras la educación general obligatoria y el suministro y depuración del agua potable. Las primeras tenían una eficacia y efectividad asombrosa. Por ejemplo, ante la difteria, que podía matar a uno de cada cinco pacientes en las epidemias. O ante el sarampión, con sus cientos de miles de casos anuales, y una muerte por cada 2.500 pacientes, y una encefalitis cada 1.000⁽³⁶⁾. La vacuna contra el virus del papiloma humano es bien distinta. Su bajo impacto en salud, como el de otras nuevas vacunas, puede contribuir al desprestigio de las vacunas en general⁽³⁶⁻³⁸⁾.

Ya hay problemas reales con las vacunas como la de la gripe (Guillain Barré), la triple vírica (trombocitopenia), la anti-neumocócica (selección de nuevos serotipos agresivos), la anti-varicela (agotamiento de la seroconversión y presentación tardía de casos más graves) y la inyección de mercurio (por el uso de timerosal como conservante; hasta 37 microgramos con el calendario vacunal en conjunto)^(10, 39-42). Y hay problemas "imaginarios", pero graves, como la asociación del autismo con la triple vírica, o la esclerosis múltiple con la de la hepatitis B, o la colitis ulcerosa con la vacuna contra el sarampión⁽⁴³⁻⁴⁵⁾. Conviene ser cautos y prudentes con las nuevas vacunas, para no perder "el tesoro" sanitario que representa el conjunto previo⁽³⁶⁻³⁸⁾. Son muchos los padres (y profesionales) que empiezan a pensar que habría que simplificar el calendario vacunal obligatorio, para dejarlo en lo esencial, sobre todo ante infecciones como las de transmisión sexual, que conllevan decisiones de conducta individual y que no aportan "inmunidad de grupo" (sólo se defiende al que se vacuna, no al conjunto de la población, como se logra con otras vacunas, tipo anti-sarampión)^(32, 33, 36, 37).

Por otra parte, sorprende que una vacuna del siglo XXI se aplique mediante inyección, cuando las inyecciones han prácticamente desaparecido en atención primaria. Necesitamos nuevas vías de administración^(37, 38). También necesitamos calendarios vacunales más científicos, basados en la efectividad probada, y al menos "europeos" (una recomendación de la Unión Europea acerca de calendario, agru-

pación de vacunas y demás, basado en hechos, en conocimientos empíricos)⁽³⁷⁾.

Se precisan, además, estudios de investigación de servicios para conocer el impacto de los calendarios vacunales en el trabajo y organización de la práctica clínica diaria. Sobre ello apenas sabemos nada.

Necesitamos un sistema de monitorización de la vacunación y de sus efectos adversos. De hecho, la autorización de la vacuna por la Unión Europea ha supuesto la exigencia del establecimiento de un Plan de Gestión de Riesgo, con seguimiento a corto plazo (datos de EEUU), y a largo plazo (datos sobre impacto en cáncer con el registro nórdico de tumores, y datos sobre embarazos, de Canadá, EEUU y Francia)⁽⁶⁾.

Es urgente mejorar la política global en torno a los problemas que conlleva la sexualidad (enfermedades asociadas, violencia, embarazos no deseados y abortos, por ejemplo)^(10, 16).

Es muy imprudente hablar de "vacuna contra el cáncer", o "contra el cáncer de útero", o "contra el cáncer del cuello de útero", como se ha hecho. Es falso. Es la vacuna contra el virus del papiloma humano (contra una proteína de su cápsula, para ser exactos). Si el Ministerio de Sanidad, las asociaciones científicas médicas y algunos profesionales abren la puerta a las "vacunas contra el cáncer" están abriendo las puertas a esas vacunas de charlatanes que se venden y difunden por Internet y otros medios alternativos, para enfermos terminales. De paso se desprestigia el verdadero esfuerzo contra el cáncer a través de vacunas, como es el caso en el melanoma⁽⁴⁶⁾.

El mercado vacunal ha pasado en apenas unos años del abandono, por su escaso rendimiento comercial (hemos llegado al desabastecimiento, tanto en España como en otros países), a una actividad febril, especialmente en torno al cáncer y a las vacunas personalizadas. En los seis primeros meses del 2007 Merck, la compañía fabricante de la primera vacuna (tetraivalente) autorizada y aplicada ha tenido beneficios en este campo de 2.000 millones de dólares, equivalente al total de 2006, y casi el doble que en todo 2005.

Resultan científicamente poco entendibles las decisiones del Ministerio de Sanidad español, y las prisas del mismo, de las distintas consejerías autonómicas y de otros países desarrollados. También resultan sorprendentes las declaraciones y "consensos" de asociaciones científicas médicas. Algunas veces son increíbles por su sobresimplificación y banalización. Por ejemplo, cuando se cita de continuo la cifra de medio millón de casos nuevos y un cuarto de millón de mujeres muertas al año por cáncer de cuello de útero, cuando esas cifras se refieren al mundo entero, especialmente al mundo pobre y en desarrollo⁽⁴⁾. A cambio, con mucha frecuencia se olvidan los problemas éticos y morales que conlleva la inclusión de la vacuna en el calendario obligatorio^(16, 32, 33).

Para terminar, conviene que los profesionales de atención primaria “protejamos” a las niñas y adolescentes, hasta ahora sanas y no necesitadas de más cuidados que el verlas crecer. La medicalización anexa a su vacunación “contra el cáncer” puede dar pie a la implantación de “unidades de menarquia”. Es un aviso para navegantes que ya di hace casi una década y que ahora sobrevuela como realidad cercana amenazante⁽⁴⁷⁾. Por otra parte, nada impediría que se pidiera el consentimiento informado a las adolescentes y/o a los padres, puesto que se trata de vacunar “contra las consecuencias” de una conducta individual^(32, 33, 48).

CONCLUSIONES

Desconocemos mucho, y esencial, sobre la historia natural del cáncer de cuello de útero.

Los datos sobre eficacia no han demostrado que la vacuna contra el virus del papiloma humano disminuya la incidencia y/o la mortalidad del cáncer de cuello de útero.

No hay datos publicados que avalen la efectividad de la vacunación contra el virus del papiloma humano.

No hay razones científicas que avalen la urgencia por vacunar.

No se han definido los objetivos de la vacunación.

No sabemos el impacto sobre la percepción del riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Vamos de extrapolación en extrapolación (de primera juventud a adolescencia, de seroconversión a eficacia, de resultados intermedios a resultados finales, de duración probada de cinco años a supuestos de por vida) y con ello se pierde en seguridad y en ciencia.

Conviene la prudencia para no errar ni generar expectativas excesivas, temores y/o desconfianza en la población.

Si las autoridades políticas introducen la vacunación, es fundamental que los profesionales y la población conozcan sus beneficios y riesgos. En último término, cabría plantear el consentimiento informado a las adolescentes. Sin olvidar la necesidad de estudios que permitan valorar a corto y largo plazo el impacto y la seguridad de tal decisión.

CONFLICTO DE INTERESES Y OTRAS CUESTIONES

Ningún conflicto de interés, más allá del deseo de ofrecer lo mejor a mis pacientes de Canencia de la Sierra, Garganta de los Montes y El Cuadrón (Madrid), España.

La institución pública en la que trabajo como médico rural es totalmente inocente del contenido del texto. El tiempo para obtener la

información y escribir el texto es tiempo no clínico, tiempo libre del firmante.

He manejado la mejor información publicada y accesible del mundo, tanto en España como en EEUU, Canadá y otros países desarrollados. Pudiera haber algún error menor, pues soy médico general, no especialista en vacunas. Cualquier error estoy presto a corregirlo, pero puedo sostener y sostengo que no hay errores mayores.

En 2001 organicé y mantuve en España una campaña sobre la vacuna anti-neumocócica, que se pretendía introducir sin base científica^(40, 49). En 2006 y 2007 los resultados en EEUU y en España confirman lo oportuno de mi campaña, pues la comercialización de dicha vacuna ha cambiado el patrón de serotipos, y no se ha conseguido el descenso esperado en las enfermedades invasivas por neumococos ya que la eliminación de las cepas contra las que se vacuna deja libre el campo para el desarrollo de otras (efecto “nicho vacío”)^(41, 50). Un fracaso pues. Un fracaso caro, y a costa de la salud de los niños y del descrédito de las vacunas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Este texto se basa en la presentación del autor, “La prevención del cáncer de cuello uterino desde la atención primaria de salud”, el 30 de agosto de 2007, en el seminario “Vacunar contra el virus del papiloma humano: implicaciones de una decisión”, celebrado en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo, Santander (España).
2. Vacuna.org. Calendario de vacunación. Europa. http://www.vacunas.org/index.php?option=com_content&task=view&id=2472&Itemid=336. Consultado el 13 de octubre de 2007.
3. Gervas J, Pérez Fernández M, González de Dios J. Problemas prácticos y éticos de la prevención secundaria. A propósito de dos ejemplos en pediatría. *Rev Esp Salud Pública*. 2007;81:345-52.
4. Markowitz LE, Dunne EF, Saraiya M, Lawson HW, Chessm H, Unger E for the ACIP. Quadrivalent human papilloma virus vaccine. *MMWR*. 2007;56(RR02): 1-24.
5. Galceran J, Marcos R, Izquierdo A, Borrás J. Carcinoma invasor y lesiones premalignas del cuello uterino en los registros poblacionales: utilidad y limitaciones. En: Sanjosé S, García A (coordinadoras). Madrid: Sociedad Española de Epidemiología (4ª Monografía); 2006. p. 15-29.
6. Navarro JA, Bernal PJ, Pérez JJ. Interrogantes en la introducción de la vacuna frente al virus del papiloma humano en los calendarios sistemáticos. *Med Clí (Barc)*. 2007;129:55-60.
7. EMEA. EPARS for authorised medicinal products. Gardasil. <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/gardasil/gardasil.htm>. Consultado el 13 de octubre de 2007.
8. Hughes JP, Garnett GP, Koutsky L. The theoretical population-level impact of a prophylactic human papilloma virus vaccine. *Epidemiol*. 2002;13: 361-9.
9. Sawaya GF, Smith K. HPV vaccination. More answers, more questions. *N Engl J Med*. 2007;356:1991-3.
10. Kahn JA, Burk RD. Papillomavirus vaccines in perspective. *Lancet*. 2007;369:2135-7.
11. Lippman A, Melnychuk R, Shimmin C, Boscope M. Human papillovirus, vaccines and women's health: questions and cautions. *CMAJ*. 2007;177:484-7.

Tomar yodo durante el embarazo es vital para el desarrollo cerebral del niño¹

El cerebro de un niño empieza a desarrollarse durante el embarazo. Y en ese momento el yodo es vital. Justo cuando las futuras mamás suelen presentar más carencias de este micronutriente. Es irónico, cuanto más yodo se necesita, de menos se dispone. Yoduk es el único fármaco con yodo en monosustancia financiado por el Sistema Nacional de Salud para prevenir la deficiencia de yodo. Por suerte no todo está perdido.

El yodo que necesitan está en Yoduk



Yoduk[®] 200µg

Yoduro Potásico

FIGURA 1. TRASTORNOS DEL SUEÑO (VER PAG. 274)

Avance mandibular mediante aparato elastomérico.



FIGURA 2. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (VER PAG. 284)

Colocación del equipo de MAPA al paciente.



FIGURA 2. TRASTORNOS DEL SUEÑO (VER PAG. 276)

Valoración automática de presión de tratamiento con CPAP. En la zona superior se sitúa la presión aplicada y en la zona media la presencia de fugas aéreas.

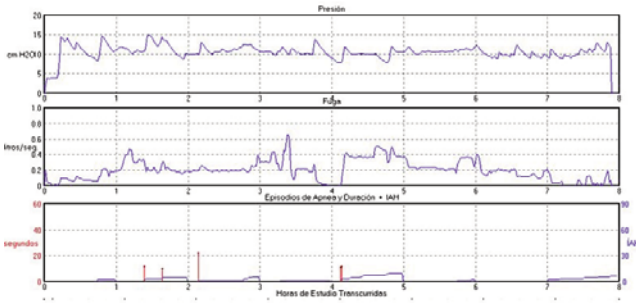


FIGURA 3. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (VER PAG. 285)

Presentación de un informe de MAPA.

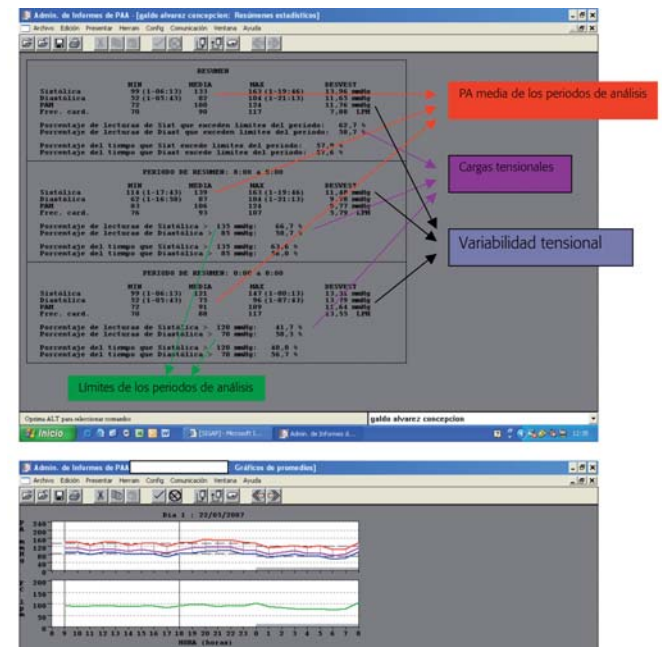


FIGURA 1. MONITORIZACIÓN AMBULATORIA (VER PAG. 283)

Equipo básico de monitorización.



Yoduk[®] 200µg

Yoduro Potásico

potásico que se indican: Hasta 12 meses: 50 mcg (1/2 comp de 100). De 1 a 6 años: 90 mcg (1 comp. de 100). A partir de 6 años y adultos: 120-150 mcg (1-1 1/2 comp. de 100). Embarazo y lactancia: 200-300 mcg (1 comp. de 200-1 1/2 comp. de 200). El médico tendrá en cuenta estas necesidades y la toma de yoduro potásico en polivitámicos a la hora de establecer la dosis adecuada. **Contraindicaciones:** Hipersensibilidad conocida a alguno de los componentes. El uso de yoduro potásico está contraindicado en pacientes con bronquitis aguda. Hipertiroidismo manifiesto. Hipertiroidismo latente si la dosis es mas de 150 mcg / día. **Advertencias y precauciones especiales de empleo:** Puesto que algunas personas son muy sensibles al yodo, el yoduro potásico debe utilizarse con precaución al iniciar la profilaxis. Los pacientes con riesgo de sufrir efectos adversos derivados de la administración de yodo incluyen aquellos con vasculitis hipocomplementémica, bocio o tiroides autoinmune. Se debe tener especial precaución al iniciar la profilaxis en: embarazo, enfermedad renal, hiperkalemia, bocio o tuberculosis activa. Los recién nacidos (de 0 a 1 mes de edad) tratados con yoduro potásico deben ser monitorizados para detectar el posible desarrollo de hipotiroidismo mediante la determinación del contenido en tirotrópina (hormona estimulante del tiroides, TSH) y, en caso necesario, tiroxina (T₄) libre, debiéndose iniciar la terapia sustitutiva del tiroides en caso de que se produzca hipotiroidismo. **Interacciones con otros medicamentos y otras formas de interacción:** Se conocen las siguientes interacciones para el yoduro potásico: **Con diuréticos ahorradores de potasio:** El uso concomitante de yoduro potásico y diuréticos ahorradores de potasio produce una reducción de la excreción renal de potasio que puede dar lugar a una hiperkalemia grave (arritmias cardíacas) o incluso fatal (paro cardíaco), siendo la existencia de una función renal reducida un factor de predisposición para la aparición de esta complicación. En caso de que haya que administrar ambos fármacos al mismo tiempo, es necesario monitorizar los niveles de potasio y ajustar la dosis de forma adecuada. En cualquier caso, debe evitarse este tipo de combinación. **Con sales de litio:** El uso concomitante de sales de litio con sales de potasio puede producir hipotiroidismo. Por tanto, esta combinación debe evitarse siempre que sea posible. No obstante, en caso de que sea necesaria la administración de ambos fármacos y se desarrolle hipotiroidismo, puede utilizarse la hormona tiroidea para tratar los síntomas. **Con fármacos antiúricos:** El uso concomitante de agentes antiúricos y yoduro potásico puede producir un efecto hipotiroideo aditivo. **Embarazo y lactancia:** Embarazo: En el embarazo existe una necesidad aumentada de yodo. La administración de yodo y preparados que lo contengan debe realizarse por indicación expresa del médico basada en la evaluación beneficio riesgo. Dado que el yodo atraviesa la barrera placentaria y que el feto es sensible a dosis de yodo farmacológicamente activas, no deben administrarse dosis de yodo a nivel de mg. Lactancia: El yoduro potásico pasa a la leche materna pudiendo producir desarrollo o supresión tiroidea en el lactante. Por lo tanto, el médico deberá evaluar individualmente la administración de yoduro potásico en el periodo de lactancia. **Efectos sobre la capacidad para conducir y utilizar maquinaria:** No se conocen. **Reacciones adversas:** Pueden producirse reacciones de hipersensibilidad a los yoduros que se manifiestan con angioedema, hemorragia cutánea y mucosa y signos y síntomas semejantes a enfermedad sérica, como fiebre, artralgia, crecimiento de los nódulos linfáticos y eosinofilia. Otros síntomas relacionados con la reacción de hipersensibilidad al yodo son: Urticaria, púrpura trombótica trombocitopénica y periartritis fatal. La vasculitis hipocomplementémica en algunos pacientes con urticaria crónica o lupus eritematoso sistémico se ha asociado con la sensibilidad al yodo y algunos médicos previenen de que el yoduro potásico puede precipitar trastornos sistémicos severos en estos pacientes. Con dosis bajas de yodo (menos de 25 mcg de yodo al día) puede producirse enfermedad de Basedow por yodo o tirotoxicosis inducida por yodo; este efecto es más común en áreas con deficiencia endémica de yodo. **Sobredosisificación:** Cuando se administran grandes dosis de yoduro potásico o durante largos periodos de tiempo, pueden producirse manifestaciones de yodismo como sabor metálico, quemazón en boca y garganta, sensibilidad dolorosa en dientes y encías, aumento de salivación, coriza, estornudos e irritación ocular con hinchazón de los párpados. Puede producirse también dolor fuerte de cabeza, tos productiva, edema pulmonar e hinchazón y sensibilización de las glándulas parotídeas y submaxilares. La faringe, laringe y amígdalas pueden inflamarse. En zonas esbozadas pueden aparecer erupciones acineiformes moderadas; raramente, pueden producirse erupciones graves (ioderma) y, a veces, fatales. Si se ingieren dosis mucho mayores de las recomendadas la irritación gástrica es común y puede producirse diarrea, a veces sanguinolenta. Los signos y síntomas del yodismo suelen desaparecer espontáneamente después de unos días de haber discontinuado el tratamiento. El uso de dosis excesivas o durante un tiempo prolongado de yoduros puede producir hipertiroidismo de la glándula tiroidea, adenoma del tiroides, bocio e hipotiroidismo grave. **DATOS FARMACÉUTICOS. Relación de excipientes:** Carboximetilalmidón sódico (Tipo A), celulosa microcristalina, estearato magnésico, almidón de maíz, Manitol. **Incompatibilidades:** Ver apartado de Interacciones medicamentosas. **Periodo de validez:** 4 años. **Precauciones especiales de conservación:** Ninguna. **Naturaleza y contenido del recipiente:** Envases con 50 y 100 comprimidos acondicionados en blísters de PVC-PVDC / Aluminio. **Instrucciones de uso / manipulación:** Ninguna en especial. **Presentación y PVP IVA:** Yoduk 100 mcg, 50 Comprimidos, 2,56 euros. Yoduk 200 mcg, 50 Comprimidos, 3,84 euros. No todos los formatos están comercializados. **Condiciones de prescripción y dispensación:** Con receta médica. Financiable por la Seguridad Social. Aportación normal. Existe Ficha Técnica completa a su disposición. **NOMBRE O RAZÓN SOCIAL Y DOMICILIO PERMANENTE O SEDE SOCIAL DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN. RECORDATI ESPAÑA, S.L. División Farmacéutica. Isla de la Palma, 37 - 2ª Planta. 28700 San Sebastián de Reyes (Madrid). YODUK 100 MICROGRAMOS COMPRIMIDOS Nº de Registro: 66.102. YODUK 200 MICROGRAMOS COMPRIMIDOS Nº de Registro: 66.101.**

1. Arena Ansotegui J. Necesidades de yodo durante la gestación. En: Casimiro Soriquer Escofet FJ, Arena Ansotegui J, Orera Clemente M, Rodríguez Rozalán MA, Bailón Muñoz E, Gallo Vallejo M. Guía para la prevención de defectos congénitos. Grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006.

11. Joura EA, Leodoter S, Hernández-Ávila M, Wheeler CM, Pérez G, Loutsky LA et al. Efficacy or quadrivalent prophylactic human papillomavirus (types 6, 11, 16, and 18) L1 virus-like-particle vaccine against high-grade vulvar, and vaginal lesions: a combined analysis of three randomised clinical trials. *Lancet*. 2007;369:1693-702.
12. Rabout L, Hopkins L, Hutton B, Fergusson D. Prophylactic vaccination against human papillomavirus infection and disease in women: a systematic review of randomized controlled trials. *CMAJ*. 2007;177:469-79.
13. Brisson M, Velde N, Wals P, Boily MC. Estimating the number needed to vaccinate to prevent diseases and death related to human papillomavirus infection. *CMAJ*. 2007;175:464-8.
14. Future II Study Group. Quadrivalent vaccine against human papillomavirus to prevent high-grade cervical lesions. *N Engl J Med*. 2007;356:1915-27.
15. Amo J, González C, Losana J. La infección por virus del papiloma humano (VPH) en poblaciones de alto riesgo de cáncer de cuello uterino en España. En: Sanjosé S, García A (coordinadoras). Madrid: Sociedad Española de Epidemiología (4ª Monografía); 2006. p. 71-87.
16. Fusté P, Carreras R, López MT. Vacunas preventivas frente al virus del papiloma humano y cáncer de cervix. *Med Clí (Barc)*. 2007;128:735-40.
17. Grupo de Trabajo Ponencia de Programas y Registros de Vacunaciones. Virus del Papiloma Humano. Situación actual, vacunas y perspectiva de su utilización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
18. Sanjosé S, Díaz M, Castellidagné X, Clifford G, Bruni L, Muñoz N et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillovirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:453-9.
19. La situación del cancer en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2005.
20. Pérez Fernández M, Gervas J. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. *SEMERGEN*. 1997;25:239-43.
21. Spagnolo E, Segura A, Vila R, Andrés J, Sans S. Importancia del cáncer de cervix en Cataluña. Consideraciones sobre un eventual programa de cribaje. *Med Clí (Barc)*. 1984;82:83-6.
22. Sawaya GF. Papanicolau testing: when does become less? *Am J Med*. 2005;118:159-60.
23. Sanjosé S, Alejo M, Combalía N, Culubret M, Tarroch J, Badal JM et al. Historia del cribado en mujeres con cáncer infiltrante de cuello uterino. *Gac Sanit*. 2006;20:166-70.
24. Segura A. Los pros y los contras de una vacuna. *El País*, 11 de octubre de 2007.
25. Franco EL, Burch FX, Cuzick J, Schiller J, Garnett GP, Meheus A, Wright T. Knowledge gaps and priorities for research on prevention of HPV infection and cervical cancer. *Vaccine* 2006;24S3:242-9.
26. Velde N, Brisson M, Boily MC. Modelling human papillomavirus vaccine effectiveness: quantifying the impact of parameter uncertainty. *Am J Epidemiol*. 2007;165:762-75.
27. Newall AT, Beutela P, Wood JG, Edmunds WJ, McIntyre CR. Cost-effectiveness analysis of human papillomavirus vaccination. *Lancet Infect Dis*. 2007;7:289-96.
28. Sanders GD, Taira AL. Cost effectiveness of a potential vaccine for human papillomavirus. *Emerg Infect Dis*. 2003;9:37-48.
29. National Vaccine Information Center. Human papilloma virus vaccine safety. Aug 14, 2007 (revised 08/15/07). www.nvic.org. Consultado el 13 de octubre de 2007.
30. Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. Gasto Sanitario Territorializado por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad y Consumo. http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/GASTO_TERRITORIAL.xls#contenido!A1 Consultado el 13 de octubre de 2007.
31. Organization for Economic Cooperation and Development: OECD Health Data 2004. A comparative analysis of 30 countries. CD ROM and User's Guide, Paris 2004.
32. Udesky L. Push to mandate HPV vaccine triggers backlash in USA. *Lancet*. 2007;369:979-80.
33. Charo RT. Politics, parents and prophylaxis. Mandatory HPV vaccination in the United States. *N Engl J Med*. 2007;356:1905-8.
34. Cohen JT, Neumann PJ. What's more dangerous, your aspirin or your car? Thinking rationally about drug risks (and benefits). *Health Affairs*. 2007;26:636-46.
35. Wolfe SM. Q&A on the human papilloma virus vaccine Gardasil. *Health Letter (Public Citizen Health Research Group)*. 2007;23:1-3.
36. Lambert PH, Siegrist CA. Science, medicine and the future: vaccines and vaccination. *BMJ*. 1997;315:1595-8.
37. Pollard AJ. Childhood immunisation: what is the future? *Arch Dis Child*. 2007;92:426-33.
38. Navarro JA. La vacunología en los albores del siglo XXI (I). *Aten Primaria*. 2002;29:569-74.
39. Wraith DC, Goldman M, Lambert PH. Vaccination and autoimmune disease: what is the evidence? *Lancet*. 2003;15:1659-65.
40. Gervas J. Vacuna anti-neumocócica y calendario vacunal. *Diario Médico*, 15 de octubre de 2001.
41. Barricarte A, Gil A, Torroba L, Castilla J, Petit A, Polo I et al. Enfermedad neumocócica invasiva en la población menor de 5 años (2000-2005): impacto de la vacuna conjugada. *Med Clí (Barc)*. 2007;129:41-5.
42. Segura M, Catalá RM, Huerta C. Evaluación de la seguridad de las vacunas por su contenido en timerosal. *Pharm Care Esp*. 2000;2:432-9.
43. Gellin B, Schaffner W. The risk of vaccination. The importance of "negative" studies. *N Engl J Med*. 2001;344:372-3.
44. Hilton S, Hunt K, Petticrew M. MMR: marginalised, misrepresented and rejected? Autism: a focus group study. *Arch Dis Child*. 2007;92:322-7.
45. Seagroatt V, Goalacre MJ. Crohn's disease, ulcerative colitis, and measles vaccine in an English population, 1979-1998. *J Epidemiol Community Health*. 2003;57:883-7.
46. Berzofsky JA, Terabe M, Oh S, Belyakov IM, Ahiers JD, Jank JE, Morris JC. Progress on new vaccines strategies for the immunotherapy and prevention of cancer. *J Clin Investigation*. 2004;113:1515-25.
47. Gervas J. Menarquia. *El Médico*. 1999;706:14.
48. Lo B. HPV vaccine and adolescents' sexual activities. *BMJ*. 2006;332:1106-7.
49. Gervas J. Vacuna antineumocócica: el Ministerio ha movido pieza. *Rev Calidad Asistencial*. 2001;16:748-9.
50. El Ministerio no recomienda generalizar la vacuna contra el neumococo. Hemos leído (Noticias terapéuticas y de prescripción). 2006;1(6):1.

Decálogo para una buena relación médico-paciente

José M.^a Brea Feijo

Médico de Familia. SAP DOBLADA - VIGO

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 240-244

RESUMEN

Partiendo de las bases teóricas de la comunicación y, en definitiva, de la entrevista clínica, se analizan diez condicionantes de la relación médico-paciente sobre los que, sin duda, es preciso incidir para conseguir el buen fin que anuncia el título. Se consideran las actitudes y la conducta profesional que debe adoptar el entrevistador, la respuesta del paciente, el medio donde se realiza la entrevista y otros factores que podrían perjudicar la comunicación. Porque es posible mejorar notablemente la recíproca relación médico-paciente, poniendo interés por nuestro lado, aconsejando y educando a la ciudadanía desde el primer nivel asistencial, e instando a las autoridades sanitarias a mejorar el medio en que nos movemos y dejamos buena parte de nuestra vida.

COMUNICACIÓN O ENTREVISTA CLÍNICA

Los médicos de Atención Primaria debemos estar preparados para relacionarnos con multitud de usuarios, enfermos o no, con problemas diversos, y hemos de mantener el tipo sin desfallecer en el intento. Sin duda, de la buena relación -comunicación- dependerá en buena parte el éxito del tratamiento, porque no sólo cura el remedio que se prescriba sino también la palabra, lo que se le diga al enfermo y, sobre todo, cómo se le diga, "el buen decir". Algo fácil de aconsejar y no tanto de asumir.

Primeramente, hemos de asimilar el proceso de la COMUNICACIÓN, a fin de transmitir la información de modo adecuado. En nuestro caso, implica una relación interpersonal que establecemos con el paciente, enfermo o usuario. Lo deseable es que emisor y receptor transmitan y reciban sus mensajes mediante un adecuado canal de comunicación y en una situación propicia.

Para nosotros, comunicación significa ENTREVISTA CLÍNICA, en la cual sólo si el mensaje sale de manera conveniente alcanzará talmente a su interlocutor. En la práctica a través de un canal sonoro (y a veces también visual: mirada, expresión facial, gestos, modales), mediante un lenguaje inteligible y en un contexto agradable. Para

que sea realmente efectiva, hemos de tener presente la significación de algunos términos acuñados por los estudiosos de la comunicación, especialmente: la escucha activa, la asistencia centrada en el paciente, la transferencia, la alianza terapéutica y el modelo bio-psicosocial. Aprender determinadas técnicas favorecerá el propósito de buena relación.

En cualquier caso, hay una decena de factores que determinan de alguna manera la entrevista clínica; son los **CONDICIONANTES DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE**. De partida, tres esenciales: 1) el profesional, 2) el paciente y 3) el ambiente o medio. Tras ellos, considere cinco factores añadidos: 4) la presión asistencial, 5) el tiempo, 6) la burocracia, 7) el personal auxiliar y 8) los servicios sociales. Y, finalmente, dos elementos complementarios que no podemos obviar: 9) la educación sanitaria y 10) la delimitación de las competencias. Con estos condicionantes se configura un particular decálogo.

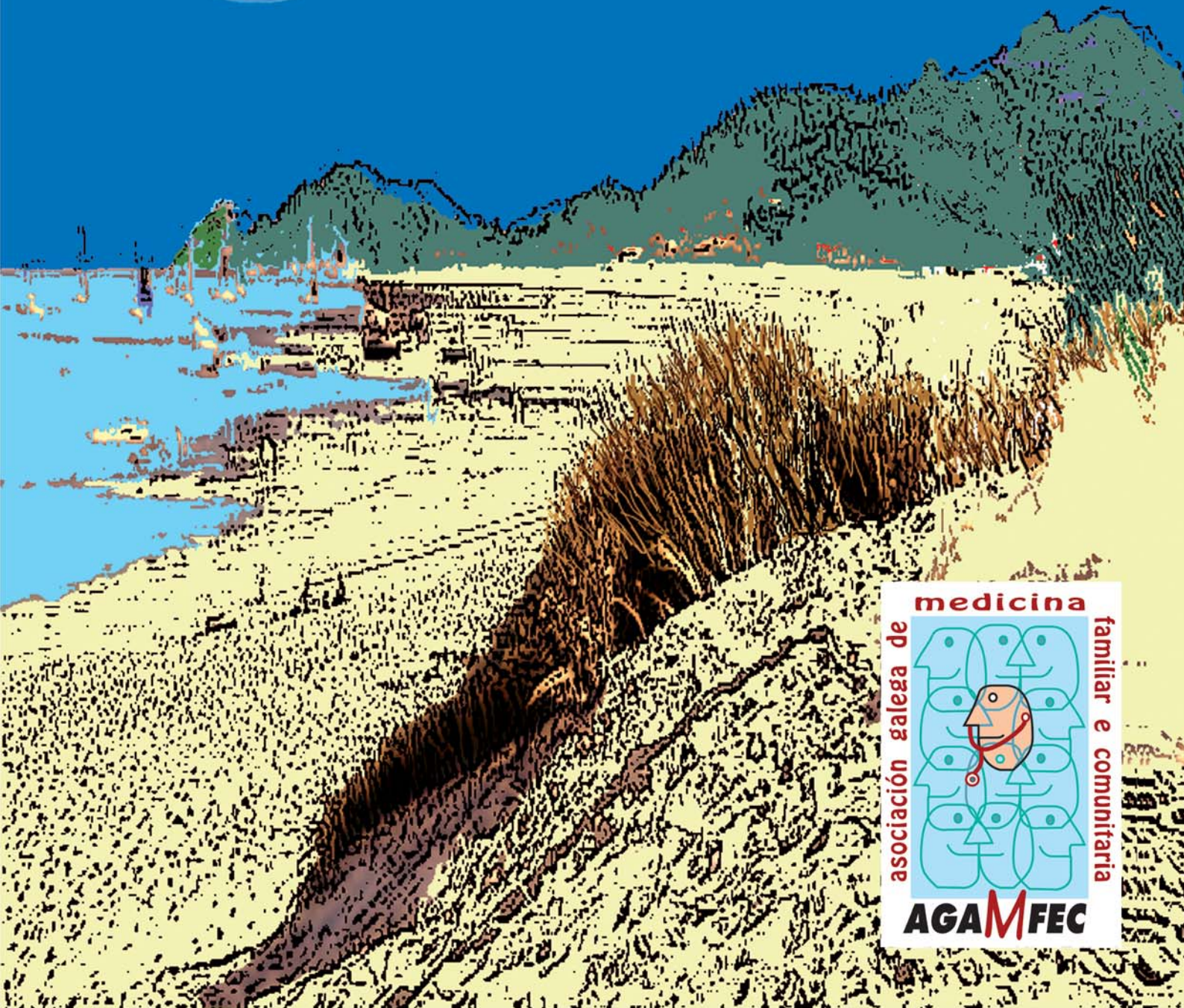
Del primer condicionante ya se derivan ciertas **ACTITUDES EN LA ENTREVISTA CLÍNICA** que conviene adoptar para favorecer la comunicación y, de paso, evitar inconveniencias (carga emocional negativa, desconfianza, reclamaciones, etc.). Forman parte de la "adecuada conducta profesional", que encabeza el decálogo susodicho y que, con intención práctica, se exponen en la tabla 1.

PRIMER CONDICIONANTE: LA CONDUCTA PROFESIONAL

Primeramente, debemos ser los médicos quienes impulsemos la buena relación, en pro de la colaboración y la eficacia terapéutica. Desde luego, hay que tener presentes las **ACTITUDES** reseñadas y las **CUALIDADES DEL PROFESIONAL**, entendidas como destrezas o habilidades del buen comunicador o entrevistador: calidez (cordialidad, proximidad afectiva), respeto, empatía, concreción (aprovechamiento del tiempo), asertividad (seguridad), autenticidad (sinceridad) y contención emocional. Hemos de impedir que la entrevista se malogre por nuestras propias "BARRERAS" DEL MÉDICO, de personalidad y emocionales. Y admitiendo humildemente que los peores colaboradores somos nosotros mismos cuando nos vemos en el descon-

XIII Xornadas Galegas de Medicina Familiar e Comunitaria

Vigo 23 e 24 de Maio de 2008
IFEVI (Instituto Ferial de Vigo)



SECRETARÍA TÉCNICA:

 **congrega**
tipo de servizos

dirección C/ Rosalía de Castro, 13 - 1º Izda. 15004 A Coruña teléfono 981 216 416 fax 981 217 542 e-mail secretaria@congrega.es web www.congrega.es

TABLA 1

Actitudes en la entrevista clínica

Actitud	Comentario
Concederle la palabra al paciente	Dejar que cuente sus problemas y escucharle con atención; implicarse en una escucha atenta (activa) y abrirse a las emociones (actitud abierta ➡ confianza).
No olvidar que no hay enfermedades sino enfermos	Centrarse en el individuo, considerarlo como persona, interesándose por él y por su entorno familiar, social y laboral.
Implicarse en una transferencia* de identificaciones y afectos	No actuar como impasibles máquinas terapéuticas o diagnósticas, sino humanamente. (*concepto psicoanalítico)
Buscar la cooperación del paciente	No aceptar toda la responsabilidad, ni actuar como dioses, sino buscar una alianza o colaboración responsable.
Presuponer ansiedades del paciente	Ansiedades del tipo: "no me entenderá... no me escuchará... no encontrará lo que tengo... a lo peor me encuentra algo malo... me hará desnudar o una exploración molesta o humillante... quizás sea una tontería y se ría o me riña..."
Evitar las ansiedades propias	Derivadas de la inseguridad, del tipo: "no seré capaz... otro lo haría mejor... tal vez me arriesgo... no sé que voy a decirle... es un tema muy íntimo..."
Considerar que hay enfermedades de base psicosocial	Enmarcar el modo de enfermar en su contexto cultural y no limitando el hecho de la enfermedad a una consideración puramente biológica.
Esforzarse en el dominio de las técnicas, destrezas o habilidades en comunicación	La entrevista clínica es el instrumento más eficaz, suficiente en la mayoría de casos para llegar a un diagnóstico.

certante papel de enfermos, tengamos en cuenta las siguientes recomendaciones:

- **Utilizar sabiamente la "Autoridad de Esculapio"**, ese poder especial que el paciente nos otorga, sin abusar, evitando la relación autoritaria.
- **Considerar nuestro "poder terapéutico"**, empleándolo con amabilidad pero con firmeza, tratando de evitar la turbación y la desmesurada complacencia.
- **Emplear un lenguaje comprensible**, con explicaciones claras y detalladas, huyendo en lo posible de la "jerga médica".
- **Elevar la autoestima**, orgulloso el médico de familia de su labor integral e integradora, coordinando e impidiendo la fragmentación asistencial.
- **Actuar como consejeros**, ayudando al paciente a modificar su actitud pasiva frente a la enfermedad y para prevenirla (sin intimidar ni discutir).
- **Reconocer los errores**, inevitables por humanos, procurando atenuar el temor a acciones legales que las habilidades en comunicación pueden minimizar.
- **Procurar una buena dosis de humor**, para relajarse y levantar el

ánimo, recordando siempre que es mejor morderse la lengua que soltarla en un arrebato.

SEGUNDO CONDICIONANTE: LA RESPUESTA DEL PACIENTE

El paciente, influido por todo lo que le rodea, está condicionado; diversos FACTORES SOCIO-ECONÓMICO-CULTURALES determinan su colaboración: la sociedad, la familia, la economía, las vivencias, los medios de comunicación... Todos inciden en el modo de afrontar la enfermedad, en la motivación, en los temores (pe. a efectos colaterales de fármacos), en las expectativas irreales (especial influencia de los medios), en las reivindicaciones (la salud como derecho convertida en objeto de consumo, al disponer de servicios gratuitos y por ello despreciados) y en el costo sanitario (no determinante, de momento, en nuestro sistema). Por otro lado, existen "BARRERAS" DEL PACIENTE: problemas físicos (sordera, disfasia, ceguera), psíquicos o de comportamiento; los pacientes singulares o problemáticos merecen una atención especial. Que el paciente sepa valorar el sistema sanitario no está en nuestra mano, pero podemos intentar:

- **Preparar al individuo para enfrentarse a una dolencia**, que puede presentarse inesperada.
- **Motivar al enfermo**, para que asuma su enfermedad y colabore, con especial atención a los ancianos.
- **Indicarle los efectos colaterales de los medicamentos**, pero sopesando sus beneficios.
- **Actuar adecuadamente con pacientes difíciles o problemáticos**, con firmeza y mano izquierda; difícil cuestión sin apoyo y con sobrecarga asistencial.

TERCER CONDICIONANTE: EL AMBIENTE

Por mucho que el médico y el paciente pongan de su parte, si el lugar de la entrevista no es el adecuado, se interpondrá alguna de las "BARRERAS" DEL MEDIO, desvirtuando quizás el resultado diagnóstico y/o terapéutico. Por eso son deseables unas óptimas circunstancias: consulta y sala de espera dignas, tiempo de espera no excesivo y evitación de molestias en lo posible. De modo que hago las siguientes consideraciones al respecto:

- **Diseñar consultas confortables**, con buena iluminación e insonorización, evitando barreras arquitectónicas (ojo: minusválidos).
- **Procurar salas de espera agradables**, de colores tenues, bien ventiladas, compartimentadas si hay varias consultas, e incluso decoradas con plantas.
- **Minimizar ruidos y otras molestias** (polvo, humos...), con buena construcción, aislamiento y colaboración municipal respecto a vehículos, maquinaria y obras.
- **Limitar en lo posible el tiempo de espera**, para evitar cargas emocionales inconvenientes; puede implicar una reorganización asistencial.

FACTORES AÑADIDOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

A parte de los tres condicionantes referidos de la relación médicopaciente (profesional, paciente y ambiente), podemos señalar otros cinco factores añadidos, secundarios tal vez pero muchas veces decisivos: presión asistencial, tiempo, burocracia, personal auxiliar y servicios sociales.

LA PRESIÓN ASISTENCIAL o demanda está muy condicionada por un particular sistema sanitario que habitualmente conlleva masificación. Es un problema de primer orden, porque supone deterioro de la asistencia (merma de la calidad) y efecto negativo en la relación médicopaciente, favoreciendo asimismo el desgaste profesional. Por ello se hace necesario:

- **Limitar el número de pacientes asignados**, lo cual precisa incrementar el número de médicos en situación de progresiva carencia (emigración médica).
- **Sustituir al personal ausente**, imposible muchas veces por la razón aludida; en su defecto, cabría fijar las agendas y asumir una razonable espera.
- **Aplicar estrategias para controlar la demanda y mejorar las condiciones de trabajo con demanda excesiva**, tal vez imitando fórmulas foráneas.

EL TIEMPO disponible viene determinado por la referida presión asistencial. Su extrema limitación para cada paciente condiciona la eficacia e incrementa la probabilidad de cometer errores; impide la realización de tareas preventivas y provoca insatisfacción; obliga a prescripciones apresuradas y genera gasto. Por eso, considero razonable:

- **Apoyar el objetivo de la "Plataforma diez minutos"** (10 minutos/paciente, 25 pacientes/día y 1200 personas/médico), como planteamiento genérico.
- **Distribuir pacientes por tramos**, en lugar de la rigidez actual (pe., citando 3 cada media hora), lo que permite más flexibilidad.

LA BUROCRACIA es un factor íntimamente relacionado con los dos anteriores, porque implica aumento de la demanda y disminución de tiempo disponible. De cualquier manera, hay una burocracia útil, imprescindible, y otra inútil, prescindible (rutinaria y fastidiosa), lo que me impulsa a proponer:

- **Mantener sólo documentos ineludibles:** historia clínica (principal), hojas de interconsulta, hojas de solicitud de pruebas complementarias...
- **Reconsiderar documentos discutibles:** partes de IT, informes sociales, formularios de solicitud de material ortopédico...
- **Desestimar documentos inútiles o improcedentes:** informes para "visados", "justificantes" para empresa, certificados específicos (deportivos...)...

EL PERSONAL AUXILIAR en el nivel primario contribuye a la colaboración del paciente (mejora el clima de trabajo) y "descarga" de las agobiantes tareas burocráticas, permitiendo la asunción de tareas propias del médico; también proporciona seguridad ante eventuales problemas médico-legales (carencia de testigos). Es por ello que propongo:

- **Consultas auxiliadas.**

LOS SERVICIOS SOCIALES son imprescindibles para solucionar problemas de índole no sanitaria (soledad, abandono, marginalidad...). Se hace ineludible la colaboración efectiva de ayuntamientos y otras instituciones para afrontar una realidad que, por no abordarse suficientemente, repercute en la presión asistencial. Así que convendría:

- **Potenciar servicios sociales.**
- **Potenciar centros sociales y recreativos.**

ELEMENTOS COMPLEMENTARIOS EN LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

No por complementarios son marginales, sino dignos de tener muy en cuenta, en especial la educación sanitaria (esencial), sin olvidar el establecimiento, de una vez por todas, de una clara delimitación de las competencias.

LA EDUCACIÓN SANITARIA debe formar parte de la integral del individuo, máxime en una sociedad que soporta peor las dolencias que antaño. Y aunque los médicos portemos el estandarte de la promoción de la salud, hemos de considerar la influencia de los agentes sociales. Escuela, familia y medios son decisivos. Entonces, exhortemos a:

- Una correcta promoción de la salud en AP.
- Una educación sanitaria en las escuelas.
- Una educación sanitaria en la comunidad.
- Unos medios de comunicación responsables.

LA DELIMITACIÓN DE LAS COMPETENCIAS es necesaria para impedir el quebranto de la entrevista clínica. A nadie se le escapa la distorsión que provoca el intrusismo de otros profesionales, como farmacéuticos a través de acciones interesadas o mensajes equívocos; sobre curanderos y embaucadores huelgan comentarios. En consecuencia, intentemos:

- Mejorar la organización asistencial.
- Evitar el intrusismo profesional.

DECÁLOGO PARA UNA BUENA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Habiendo bebido en diversas fuentes y nutrido de opiniones ajenas, valorando la visión distante y la propia reflexión pausada, y dejando de lado cualquier originalidad, me valgo del socorrido y

TABLA 2

Decálogo para una buena relación médico-paciente

1. Adecuada conducta profesional

- sabio empleo de "autoridad" y "poder" terapéutico
- lenguaje claro
- elevación de autoestima
- papel de consejero (no de intimidador ni discudidor)
- reconocimiento de errores
- buen humor

2. Adecuada respuesta de paciente

- enfrentamiento con enfermedad
- colaboración (a través de motivación + manejo "problemáticos")
- enfoque realista en efectos colaterales farmacológicos
- enjuiciamiento de información que brindan los medios
- valoración del sistema de salud

3. Adecuado ambiente

- consultorio digno
- sala de espera agradable
- aislamiento acústico
- tiempo de espera razonable

4. Disminución de presión asistencial

- limitación de número de pacientes
- sustitución de personal ausente (> nº licenciados)
- controlar demanda y mejorar condiciones si excesiva

5. Disponibilidad de tiempo

- objetivo de "Plataforma Diez Minutos"
- distribución por "tramos"

6. Desburocratización de consultas

- cambio del modelo de receta
- eliminar documentos inadmisibles/revisar cuestionables

7. Personal auxiliar de apoyo

8. Servicios sociales apropiados

- asistencia social
- centros sociales y recreativos

9. Educación sanitaria

- promoción de salud en AP
- educación sanitaria escolar
- educación sanitaria en la comunidad
- medios de comunicación responsables

10. Delimitación explícita de competencias

- mejora de organización asistencial
- evitación de intrusismo profesional

delimitador decálogo para enumerar, a modo de resumen, los preceptos que estimo prioritarios en el proceso de comunicación en AP. Los recojo en la tabla 2, aguardando que también sirvan a otros de provecho.

BIBLIOGRAFÍA

1. Anónimo. Organización del equipo de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo/Insalud; 1990. p. 141.
2. Astudillo Alarcón W, Mendinueta Aguirre C. Cuidados paliativos en Atención Primaria. En: Biblioteca básica DuPont Pharma para el médico de Atención Primaria, nº 1. Madrid: DuPont Pharma; 1996. p. 57-82.
3. Borrel i Carrió F. Entrevista clínica. Decisión clínica en la cabecera del paciente. En: Biblioteca básica DuPont Pharma para el médico de Atención Primaria, nº 1. Madrid: DuPont Pharma, 1996. p. 7-31.
4. Briggs GW. La alianza terapéutica: revisión de la relación médico-paciente. Medifam 1991; 1 (3): 144-147.
5. Carvajal De la Torre A, Combarro Mato J, Freiria Tato MJ, Viana Zulaica C. Grupo de Comunicación y Salud de Galicia. Cad Aten Primaria 1999; 6 (4): 247-248.
6. De las Cuevas Castresana C. El desgaste profesional en Atención Primaria. Madrid: Servier; 1994.
7. García de Blas F, Regato Pajares P, Álvarez Solaz M & Gorroñoigoitia Iturbe A. actividades preventivas y de promoción de la salud en los ancianos. En: Atención al anciano (semFYC). Madrid: Ed. Eurobook S.L.; 1997. p. 49-77.
8. Gené Badía J. Urge un cambio táctico: abandonar el enfrentamiento y pasar a la alianza estratégica. Jano 1999; 56 (1287): 7.
9. Gil VF, Belda J, Piñero F & Merino J. El cumplimiento terapéutico. Madrid: Zéneca Farma; 1999.
10. Llorens Camp MJ. La Comunicación. En: Gramática española. Madrid: M. E. Editores; 1995. p. 9-11.
11. Obaya Rebollar JC, Ruiz Millán J y Cabrera García B. Trabajo con demanda excesiva e impacto de la consulta burocrática: propuestas de mejora. Salud Rural 2004; 21(15): 41-50.
12. Robertson WG. Los medios de comunicación y sus efectos sobre la colaboración médico-paciente. En: La colaboración del paciente. Monografía Bayer; s.d. p. 18-19.
13. Simón-Talero Martín M. La entrevista clínica. En: Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria. Madrid: Merk Sharp & Dohme, 1997. p. 321-348.
14. Villaplana Saval I, Serra Hurtado JL. Relación médico-paciente. En: Manual de metodología de trabajo en Atención Primaria. Madrid: Merk Sharp & Dohme; 1997. p. 365-378.
15. Zarco Rodríguez J, Pérez-Hervada Payá A & Izquierdo Atienza P. Habilidades Comunicacionales en el Paciente Psiquiátrico para Médicos de Familia. Madrid: IM & C (SEMERGEN); 2003.

Atención Primaria: razóns para a ilusión

Pablo Vaamonde García
Médico de Familia. SAP Labañou (A Coruña)

Manuel Martín García
Médico de Familia. CS Seixo, Marín (Pontevedra)

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 245-247

Na segunda metade do século XX o espellismo tecnolóxico case reduceu á nada a antiga importancia do médico de cabeceira. O médico “*renacentista*” (xeral e polivalente) perdeu prestixio e funcións a favor dos especialistas, os grandes hospitais, os diagnósticos complexos e a tecnoloxía. Proba visible do papel de cenicienta da atención primaria (AP) en España é o bloqueo dos orzamentos, a pesar da retórica oficial que a convirte no “eixo do sistema sanitario”.

O aumento do gasto sanitario, fagocitado polo nivel hospitalario, non repercute en mellores indicadores de saúde para a poboación. Por eso, desde a década dos 80 iniciouse un camiño de recuperación da AP e da figura do médico de familia. Hoxe sabemos que a opción pola AP forma parte do Estado do Benestar, que axuda á cohesión social, que produce melloras medibles no estado de saúde da poboación e que é percibida de maneira positiva polos cidadáns.

Pese aos notables avances realizados, existe nos últimos anos en certos sectores profesionais un crecente malestar polo estancamento da reforma e a percepción de deterioro na calidade do seu traballo cotiá. Este malestar foi canalizado por diferentes colectivos e asociacións profesionais e acadou certa notoriedade a denominada *Plataforma Dez Minutos*, que demanda inversións, formación, tecnoloxía, acceso a medios diagnósticos e reformas organizativas para dispor de máis tempo que adicar aos pacientes e acadar una maior capacidade de resolución dos seus problemas de saúde.

O goberno español captou estas demandas e na II Conferencia de Presidentes, en setembro de 2005, destacou a “necesidade de impulsar novamente a AP e instou a un compromiso para mellorar a súa capacidade de resolución e os seus recursos”. Esta nova actitude levou á elaboración, coas organizacións profesionais, dun documento (“*Estratexias para a Atención Primaria do século XXI*”) no que se plantexan un conxunto de 44 liñas de actuación para mellorar a AP, tendo sempre en conta que os cidadáns son a razón de ser dos

servizos sanitarios e que os profesionais de AP, como primeiros garantes destes servizos, requiren lograr o seu maior desenvolvemento profesional e motivación.

AP EN GALICIA

Galicia estivo sempre no furgón de cola na reforma da AP. Os conselleiros de sanidade do PP nunca apostaron pola modernización deste nivel asistencial e posicionáronse sempre cos sectores máis inmovilistas e reaccionarios da sanidade. O Decreto 200, que dibuxa o novo modelo de AP de Galicia, é do ano 1993, case unha década despois do inicio da reforma no resto do Estado.

O novo goberno galego foi quen de entender as mobilizacións dos profesionais de AP, ás que respondeu cunha proposta de diálogo e abrindo un proceso participativo con todo o sector que culminou, tras meses de traballo conxunto e consensuado, nun compromiso coa AP plasmado no “*Plan de Mellora da AP de Galicia 2007-2011*”, que a Consellería asina en abril de 2007 coa totalidade das organizacións sindicais e colectivos profesionais que representan a AP do noso país. Neste documento, que implica un enorme esforzo orzamentario para o goberno galego, a Consellería de Sanidade adquire o compromiso de levar a cabo as medidas necesarias co orzamento preciso para executar dito Plan, e os profesionais comprométese a participar activamente para a mellora da atención prestada aos cidadáns, razón última deste proxecto. Deberán, polo tanto, utilizar a historia clínica informática, realizar adecuadamente a solicitude de probas complementarias, actualizar e estender a carteira de servizos, colaborar activamente na redución do gasto farmacéutico, realizar actividades de autoformación para mellorar a competencia profesional, etc.

O PLAN DE MELLORA DA AP

Podemos dicir, polo tanto, que Galicia, que chegou tarde á primeira reforma da AP, colleu agora a dianteira. O goberno galego impulsa un ambicioso Plan que suporá unha inversión de 62 millóns de euros e prevé a contratación de 309 médicos e 65 pediatras no período citado. O compromiso está asinado. Queda moito camiño por andar e

será preciso contar coa implicación dos profesionais xa que o desenvolvemento deste Plan supón un cambio radical na práctica cotiá.

A sinatura deste Plan foi acollida de xeito positivo polos distintos sectores profesionais, que ven plasmadas no mesmo as respostas a numerosas reivindicacións do colectivo. Só houbo algunhas aportacións críticas ao mesmo (*Aspectos non resolto no Plan de mellora da AP. Domínguez Grandal e outros. Cad Aten Primaria.2007; 14:156-159*), facendo referencia a determinados aspectos relevantes non recollidos no Plan, máis concluíndo cunha valoración global positiva do mesmo.

O Plan foi resultado dun **proceso previo de negociación**, inédito ata o momento polo seu carácter participativo, pola busca do consenso e pola implicación activa de todas as organizacións da AP na súa elaboración. No mesmo recóllense diferentes propostas de mellora deste nivel asistencial:

- Importantes incrementos no número de profesionais das diferentes categorías, de xeito que, á fin do proceso, cada facultativo terá unha cota de arredor de 1250 TIS.
- Melloras no equipamento dos centros de saúde.
- Eliminación das limitacións no acceso ás probas diagnósticas.
- Informatización de todas as consultas de AP e melloras nas relacións co nivel especializado.
- Introducción de guías clínicas para facilitar e racionalizar os procesos diagnósticos e terapéuticos.
- Medidas para reducir a carga burocrática das consultas médicas.
- Recursos para realizar actividades de investigación e docencia nos centros de saúde.

A COMISIÓN DE SEGUIMIENTO

O desenvolvemento deste acordo será supervisado por unha **Comisión de Seguimento** (na que están todas as organizacións que subscribiron o acordo), que controlará o seu cumprimento, os prazos de aplicación e as medidas orzamentarias precisas. Paralelamente todos os temas de natureza salarial, laboral e profesional seguerán a ser negociados coas forzas sindicais (que tamén participaron na elaboración dos acordos) nas Mesas Sectoriais.

A pesar de que os acordos están a ser cumpridos en termos orzamentarios e de aplicación das medidas (a Comisión de Seguimento realizou xa dúas sesións de control sen manifestar ningunha queixa), desde algúns colectivos de AP estase a espallar unha mensaxe crítica e esixen o cumprimento dunha taboa reivindicativa con temas que están xa a ser negociados polos sindicatos nas Mesas Sectoriais. Esta mensaxe crítica complétase cunha visión catastrofista da realidade que ignora os acordos recentemente asinados así como o notable incremento no orzamento adicado a AP, a convocatoria de novas prazas, a eliminación de limitacións para a solicitude de probas, o incremento no pago da intersubstitución dos profesionais ausentes e a

retribución acordada por prolongación de xornada.

A TABOA REIVINDICATIVA

A taboa reivindicativa céntrase en temas salariais (incremento da retribución por intersubstitución, aumento do pago por horas de garda, equiparación de complementos, etc.) e de redución do tempo de traballo. Neste sumatorio de agravios aparece reclamacións que afectan aos médicos de xornada ordinaria e aos profesionais dos PAC. As demandas son contradictorias e imposibles de satisfacer de xeito simultáneo. A xornada de 35 horas, **a eliminación da mañán dos sábados como atención ordinaria (que requeriría da creación de 98 novas prazas de facultativos** para poder cubrir o excedente de horas que se produciría), a redución da xornada nos PAC e ao mesmo tempo manter a voluntariedade do persoal dos centros para facer gardas e do persoal dos PAC para cubrir ausencias en xornada ordinaria: todas estas demandas formuladas ao tempo nun escenario de ausencia de substitutos (pola desaparición da bolsa de médicos parados) son imposibles de satisfacer de xeito inmediato. Cicais nun futuro próximo haberá que replantear o modelo dos PAC, pero coa actual ordeación das urxencias extrahospitalarias prodúcese unha ocupación moi elevada de profesionais que dificulta a súa disponibilidad para outros servizos. Non resulta razoable a énfase na redución de xornada cando na maioría dos Centros de Saúde é raro que se traballe máis de 40 horas semanais e case todos os profesionais realizan menos dun sábado cada dous meses. A proposta de mobilización contundente dalgunha coordinadora profesional ten sido capaz de arrastrar aos sindicatos (ninguen quere parecer como pouco belixerante ante potenciais votantes) a apoiar concentracións e paros que non parecen proporcionados coa natureza dos temas reivindicados. Os chamados sindicatos de clase están molestos coa falta de avances nos acordos coa administración en mesa sectorial nalgúns temas de natureza económica e laboral como a xornada de sábados, o montante de horas de gardas voluntarias e as condicións para a súa realización, o abono das intersubstitucións, etc. Máis estes desacordos puntuais non poden ter unha consecuencia tan desmesurada como é o cuestionamento do Plan de Mellora e a creación dun conflito entre os profesionais da AP.

Doutra banda os sindicatos corporativos pretenden capitalizar esta situación para relanzar a folga sindical que aprazaron en outubro, na que un dos obxectivos prioritarios era eliminar a dedicación exclusiva á sanidade pública (que consideramos necesaria para acadar un funcionamento eficiente dos centros públicos). Por último, estes grupos assemblearios que, aparentemente, defenden intereses corporativos, corren o risco certo de ser instrumentalizadas polos sectores máis dereitistas da profesión cunha clara intencionalidade política nun momento xa case preelectoral.

O INCREMENTO ORZAMENTARIO EN AP

Resulta chamativa tanta belixerancia cando os orzamentos sanitarios

adicados á AP supoñen **o 40% do crecemento orzamentario deste ano**, contemplan a creación de 175 prazas de facultativos (9% de incremento) de 391 de persoal de enfermería (22,5% de incremento) e 139 de persoal sanitario (7,7% de incremento).

Existe unha **inercia histórica** de malestar e queime profesional que dalgún xeito se recolle e amplifica para justificar estas mobilizacións, pero sorprende a falla de perspectiva estratéxica de quen dirixe estas protestas e dalgúns sindicatos que parecen preocuparse só do inmediato, esquecendo os importantes cambios e melloras que suporá o Plan de Mellora para o futuro da AP en Galicia. Consideramos, pois,

necesario proseguir con prudencia o diálogo e a negociación na Mesa Sectorial, e reclamamos das asociacións profesionais unha **maior implicación** (tal e como está comprometido no texto do Plan de Mellora) para promover entre os profesionais de AP un clima de colaboración activa para o desenvolvemento deste Plan que, de chegar ao seu destino, significará unha auténtica revolución no xeito de prestar atención sanitaria en AP cunha repercusión moi positiva para todos os cidadáns, que deben ser sempre a razón fundamental do noso traballo.

Galicia, 12 de decembro de 2007.

Atención Primaria ¿existen motivos para o conflito?

Pablo Vaamonde García

Ex-Director Xeral de Asistencia Sanitaria do SERGAS.

Ex-Presidente da Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria (AGAMFEC).

Manuel Martín García

Secretario da Federación de Asociacións para a defensa da Sanidade Pública (FADSP).

Responsable de Plataforma Dez Minutos de Galicia.

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 248-248

A Cordinadora de Médicos de Atención Primaria (AP) ven de convocar concentracións diante das Xerencias de Atención Primaria e nos propios Centros de Saúde para o día 12 de decembro, e promoverá unha folga para o día 21. Denuncia a falta de profesionais, problemas organizativos e de burocracia que provocan sobrecarga laboral nos Centros de Saúde e nos PAC.

Estes problemas non son novos. Veñen de moi atrás, e os profesionais de AP non estamos, neste intre, en condicións peores que hai dous ou tres anos. Só hai un elemento diferencial: **non existen médicos parados**. Este dato, que para os que teñen praza pode ser un elemento negativo (carencia de substitutos para suplir aos profesionais ausentes por permisos ou doenza) tamén ten a súa lectura en positivo: todos os médicos que estaban parados están actualmente traballando de interinos, nos PAC ou noutros destinos. O que se pode afirmar é que **xa non emigran a Portugal** na busca de traballo.

Sorprende a radicalidade no plantexamento do conflito tendo en conta que a grande maioría das reivindicacións (temas salariais e de redución de xornada, básicamente) están xa a ser negociadas por sindicatos e administración en Mesa Sectorial, que é o foro donde estes temas deben ser debatidos. **Plantexar un conflito colectivo cando a negociación está aberta resulta difícil de xustificar**. Ademais, algunhas demandas dos médicos de cabeceira e dos PAC son contradictorias; non se poden satisfacer de xeito simultáneo a ambos colectivos (no actual escenario de ausencia de médicos parados) salvo cunha medida: a redución de servizos sanitarios aos cidadáns. E eso é algo que nunca fará un goberno de esquerdas.

Sorprende tamén a extrema belixerancia deste colectivo de médicos (pois non está representado ningun outro estamento profesional dos que traballan en AP) tendo en conta que hai pouco máis de seis meses foi asinado un acordo histórico entre sindicatos, organizacións profesionais e a administración: o **Plan de Mellora de AP** en Galicia é un proxecto pioneiro no Estado Español que implica dar un impulso radical a este nivel asistencial para situalo entre os mellores de Europa. Podemos dicir, polo tanto, que Galicia, que chegou tarde á primeira reforma da AP, colleu agora a dianteira. O goberno galego impulsa un ambicioso Plan que suporá unha inversión de 62 millóns de euros e prevé a contratación de 309 médicos e 65 pediatras no período 2007-2011. Como froito deste compromiso os orzamentos sanitarios adicados á AP supoñen o 40% do crecemento orzamentario deste ano.

¿De donde xurde, polo tanto, esta crispación? De seguro que existe unha **inercia histórica** e unha instalación na queixa por parte dos profesionais, condicionada por moitos anos de abandono por parte de anteriores administracións. Pero tamén é certo que estas plataformas autoconvocadas corren o risco de ser **instrumentalizadas polos sectores máis dereitistas da profesión** cunha clara intencionalidade política nun momento xa case preelectoral. Compre reclamar aos sindicatos e ás organizacións profesionais unha demostración de responsabilidade no **cumplimento dos compromisos asumidos coa sinatura do Plan de Mellora**. Máis ca sembrar o malestar compre favorecer un clima de compromiso e ilusión con este proxecto que pode significar unha auténtica revolución no xeito de realizar atención sanitaria na AP do noso país.

A Coruña, 12 de decembro de 2007

Recuperemos a ilusión polo traballo. Os porqués dun conflito.

Ramón Veras Castro
Médico de familia CS San Xosé (A Coruña)

Manuel González Moreira
Médico de familia CS de Filgueira. Crecente (Pontevedra)

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 249-250

“El mito de la motivación. Cómo escapar de un callejón sin salida”, de Reinhard K. Sprenger. Aínda sendo excesivamente sintéticos, as mensaxes deste libro son as seguintes: 1) Os sistemas actuais de motivación, cada vez máis individualizados, están baseados na desconfianza do directivo ante os seus colaboradores (traballadores); 2) En xeral os sistemas de motivación son accións desmotivadoras e provocan unha adaptación do traballador aos incentivos que lles piden, reducindo a súa capacidade creativa e de rendemento; e 3) Non existe mellor sistema de motivación que situar ao traballador en condicións de que éste poida facer ben o seu traballo e disfrutar do mesmo, tanto no que se refire ao espazo físico como ao seu entorno organizativo ou ás posibilidades de desenvolver a súa capacidade creativa e de participación nos obxectivos da empresa.

O lema dos **Dez Minutos** coincide co punto 3 de Sprenger. Un espazo físico adecuado e agradable. A posibilidade de dedicarlle a un paciente o tempo que precisa para ser atendido correctamente. Poden ser un minuto, dez ou media hora. Non ter que facer o que consideramos que non é o noso traballo (burocracia innecesaria, consultas demorables como urgentes,...). Ter accesibilidade a procedementos diagnósticos ou terapéuticos para poder resolver problemas, a medida que adquirimos a capacidade profesional precisa. Poder participar e acordar (non só asinar) os obxectivos do noso equipo. Todo isto é Dez Minutos. E isto, como di ese libro, é situarnos en condicións de facer ben o noso traballo. Por estes motivos levamos facendo mobilizacións o 10 de novembro desde hai uns cantos anos. E polo recoñecemento desta realidade naceu o **Plan de Mellora**. Un plan que inclúe a creación de prazas de médicos e doutros profesionais, co obxectivo de chegar a 1250 tarxetas sanitarias (TIS) no caso dos médicos. Pero que tamén inclúe aspectos fundamentais de condicións de traballo como poden ser a opción prioritaria pola substitución externa e só en último caso a intersubstitución, fala tamén de eliminar os sábados da xornada ordinaria e toca aspectos profesionais esenciais como pode ser a desburocratización ou o acceso a probas, a formación e a investigación.

En marzo asinouse este Plan. As primeiras medidas deberían tomarse pronto xa que ían destinadas a ‘aliviar’ un pouco os posibles agobios nas consultas do verán. O certo é que a primeira mesa de negociación convocouse, tarde e con desgana, a finais de maio e asinou-se un acordo de prolongación de xornada o 20 de xuño, quedando para novembro tratar a intersubstitución, o paso de cartillas a TIS e a eliminación dos sábados. A pesar desto, na Área de A Coruña, e tendo 25 médicos para substitucións a tempo completo e 20 para algunha substitución parcial, a modalidade de intersubstitución supuxo no verán o 73% das diferentes formas de ‘substitución’ para médicos e un 75% para pediatras. Sen dúbida un número excesivo e indica que probablemente os servizos se poderían organizar doutro xeito, ben con máis substitución externa ou ben con máis prolongación de xornada. O certo é que se continúa usando a intersubstitución por defecto. Non hai unha programación estrutural de prolongación de xornada, voluntaria, a onde se poidan dirixir os cupos dos ausentes. A perversión da intersubstitución mantense como primeira opción nos primeiros días ata que alguén berra o suficiente para ser oído. É posible que ás veces non haxa outra forma de resolver esa ausencia pero non é así outras moitas veces. ¡Hai de ti se estás nun equipo cunha media de 1500 TIS ou menos!. ¡Esquece a substitución externa aínda que fose posible!. Como estás mellor que moitos, xa non hai opción de substitución. Non importa que dese modo te pases máis de medio ano con 1800 TIS ao intersubstituír aos teus compañeiros e vexas como se reduce a calidade da asistencia que prestas, e como han de suprimirse durante o mesmo tempo outras actividades como por exemplo, as docentes. A intersubstitución é unha lacra que hai que intentar evitar e unha das formas de que iso suceda é facendo que non lle interese á administración. **A intersubstitución debe ser máis cara que a substitución**, se queremos que se reduza considerablemente.

Por outra banda, e aínda que non estaba no Plan de Mellora, **os profesionais de PAC** levan moito tempo reclamando, tamén, dignidade e melloras das súas condicións de traballo. Piden redución de xornada, piden cobrar diferente un domingo que un martes, unha noite

que unha tarde, piden cobrar máis unha garda extra obrigatoria que unha da súa xornada ordinaria, piden formación, roupa e medios técnicos adecuados para facer ben e seguros o seu traballo. Realmente, se se pensa, **non piden nada extraordinario**. Só o que pediría calquera en calquera outra empresa. Estas peticións foron consensuadas nunha táboa reivindicativa en maio deste ano coas organizacións sindicais e éstas as trasladaron á administración naquelas datas e estaban pendentes de negociación.

Mal que lles pese a algúns, as cuestións que afectan aos de ordinaria e aos de PAC, están intimamente unidas. É un erro velo doutro xeito. Se o PAC ten malas condicións de traballo haberá menos médicos que desexen traballar nun PAC, irán á privada ou a calquera outro sitio, e esa actividade será realizada obrigatoriamente por ordinaria. Se o PAC funciona mal, con profesionais queimados, trasladarase actividade indebida a ordinaria. Se ordinaria funciona mal, con esperas indebidas, trasladarase a actividade aos PAC, porque os pacientes necesitan solucionar os seus problemas en algún sitio. Temos que mellorar as condicións de traballo xuntos. Temos que facer atractivo o traballo tanto en ordinaria como en PAC. Se se quere ter máis voluntarios para gardas ou para prolongacións de xornada ou para substitucións externas pois haberá que pagalas máis. **Pode ser necesario incrementar a actividade pero deberá facerse en base a unha oferta o suficientemente atractiva que permita incrementar a voluntariedade.**

O SERGAS empezou ben este curso porque cumpría co incremento de prazas previsto para o 2008 pero sorprendeunos a todos cunha proposta indecente e provocadora sobre condicións de traballo tanto para PAC como para ordinaria. Que o SERGAS cumpra unha parte dos compromisos acadados no Plan de Mellora, creación de prazas, acceso a tecnoloxía, etc., non pode ser utilizado para ocultar que outros aspectos non cumpre. Pensaron que estaba todo feito co incremento de prazas pero a realidade diaria, en ordinaria, penalízase coa

intersubstitución (e coa burocracia, coa desorganización,...) e a proposta do Sergas é, para este problema, máis do mesmo. Resulta máis orixinal noutras propostas xa que o SERGAS quere facer chantaxe ao condicionar calquera mellora de condicións de traballo á realización de gardas, e a quen xa fai gardas voluntarias faille unha oferta retributiva a cambio de poder envialos a calquera PAC da Área se fose necesario. Aos PAC, no lugar de redución de horas e adecuación de retribucións, propóñenlles incrementar a xornada obrigatoria e cos mesmos prezos. Semella que hai xente dentro da dirección do Sergas que quere rebentar o Plan de Mellora, que non quere cumprir o que moitos esperáramos do mesmo.

Probablemente este goberno é o que máis investimentos está facendo en persoal desde as transferencias sanitarias (carreira profesional, redución de prazas eventuais, creación de prazas, convocatoria de oposicións) pero o sentimento do persoal non é de gratitude. Non pensa que esa sexa a política da empresa senón que esas melloras foron 'arrincadas' con sucesivas mobilizacións. Iso sí debería ser motivo de reflexión por parte da Consellaría. No lugar de buscar conspiracións xudeomasónicas como causa de conflitos, sería mellor que o SERGAS, por unha vez, se adiantase aos acontecementos e presentase unha proposta que faga atractiva a voluntariedade e o aumento de actividade tanto en PAC como en ordinaria para uns e outros en ámbolos dous lugares de traballo. De seguro que se o Sergas tivera presentado unha proposta 'para negociar' na mesa sectorial do 6 de novembro, neste momento non habería conflito. Pero optou, non se sabe por que, pola provocación.

A creación das mellores condicións laborais e profesionais para todo o persoal de Primaria, e bo para os profesionais, pero tamén o é para o propio Sistema Sanitario, pois so nestas condicións estaremos preparados para enfrontarnos as crecentes necesidades asistenciais e ao déficit de profesionais ocasionado pola falta de previsión e as nefastas políticas de xestión de recursos humanos.