

Expertos sanitarios exigen que se coloque a la diabetes en primera línea de la agenda política

- ✦ Afirman que la prevención es clave para reducir la aparición de las complicaciones secundarias, que son las que más costes generan al SNS
- ✦ Critican la retirada y limitación de las tiras reactivas de diagnóstico en algunas comunidades por no atender esta medida a criterios sanitarios



José María López, director editorial del Grupo Contenidos; Bernat Soria, ex ministro de Sanidad y presidente de la Fundación de la SED; Alfonso López, editor de la revista de la SED; Ángel Cabrera, presidente de la FEDE; Guillermo Schwartz, presidente del COF de Tenerife; y Jesús Díaz, secretario del patronato de Fundamed, participaron en el debate organizado por Contenidos.

BERNAT SORIA | PRESIDENTE DE LA FUNDACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DIABETES. "LO QUE DE VERDAD IMPORTA ES LA PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES SECUNDARIAS, QUE SON LAS QUE DAN ORIGEN A LA CAÍDA DE LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE Y LAS QUE PRODUCEN UN MAYOR INCREMENTO DEL GASTO SANITARIO".

Fecha de publicación: Viernes, 15 de Julio de 2011

FRANCISCO ROSA

Las cifras de prevalencia de la diabetes en España y el impacto que tiene esta enfermedad en las cuentas públicas no se corresponde con el tratamiento que le dan las autoridades sanitarias. Ese fue el mensaje con el que se podría resumir el debate que bajo el título, "La diabetes en

España: una oportunidad de mejora", se celebró recientemente en la sede del grupo Contenidos. Una reunión que contó con la presencia de distintas personalidades del ámbito sanitario como Bernat Soria, ex ministro de Sanidad y presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes (SED); Ángel Cabrera, presidente de la Federación de Diabéticos Españoles (FEDE); Guillermo Schwartz, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Tenerife; y Alfonso López, editor de la revista de la SED.

El análisis de la situación requería profundizar en la epidemiología de la enfermedad. Así, hay quien estima que hablar de diabetes es hablar de la enfermedad más importante de las que afectan al mundo occidental, ya que se calcula que de cara a 2030 podrían existir unos 440 millones de diabéticos en todo el mundo. ¿Cifras? Actualmente son 46 millones en Estados Unidos, mientras que en España la cifra supera los 4,5 millones de afectados, aunque según algunos estudios, un tercio de ese total lo desconoce.

"Hay que tener en cuenta que la prevalencia es de entre el 12 y el 13 por ciento, pero que hay otro porcentaje similar de nuestra población que está ya en fase de prediabetes, por lo que estamos hablando de un total de siete u ocho millones de personas en esa condición", explicó Soria.

Ante esa epidemiología no es de extrañar el gran impacto económico que esta enfermedad tiene. Además, debido a que estamos en una época en la que nada puede valorarse sin hacer referencia al impacto económico a causa de la crisis económica y la obsesión por la austeridad, los participantes en este encuentro no pasaron por alto el gasto que conlleva hacer frente a la diabetes.

En este sentido, López advirtió de que "hay estimaciones que apuntan que uno de cada cinco euros que gastamos en sanidad lo gastamos en diabetes". Sin embargo, estimó que lo que pasa es que este gasto "no suele estar bien imputado, porque cuando alguien muere por infarto de miocardio, hay amputaciones o enfermedades renales, no se asocian esos gastos a la diabetes". Por ese motivo, estimó que el impacto de la enfermedad sobre el gasto sanitario está infraestimado. "En realidad esta enfermedad cuesta a nuestras arcas tres veces más que el cáncer y dos veces más que las enfermedades cardíacas", señaló. Debido a ello exigió que se coloque a la diabetes en primera línea de agenda política y deje de ser considerada "una patología de segunda".

A este respecto, Soria pidió un estudio económico profundo y preciso sobre los costes que la diabetes inflige al Sistema Nacional de Salud (SNS), ya que los últimos datos publicados lo establecían entre un 7 y un 8 por ciento del total del gasto sanitario en España. Un dato que contrasta, por ejemplo, con lo que ocurre en Estados Unidos, donde este gasto es el doble: se estima entre un 15 y un 16 por ciento.

Destaca que el coste para el SNS de un grado severo de hipoglucemia, la complicación aguda más frecuente en pacientes con diabetes tratados con insulina, es de 3.500 euros, y ya hay sistemas de medición que reconocen la tendencia a la hipoglucemia, por tanto, se podrían prevenir, con el consiguiente beneficio para el paciente y ahorro económico para el sistema.

Posibles remedios

Para hacer frente a una enfermedad común y costosa, los expertos creen que es necesario un cambio de perspectiva por parte del SNS. Por un lado, estimaron que es preciso que se deje de ver a la diabetes como una enfermedad aguda en vez de crónica. "Suelen ir al episodio concreto, no al proceso. Cuando nos mentalicemos de que la diabetes es un proceso de la salud podremos avanzar en su tratamiento", aseveró Schwartz.

En ese cambio de enfoque cobra especial importancia la puesta en valor de las actuaciones preventivas, dado que es la única forma de reducir la aparición de complicaciones secundarias, que son las que realmente suponen un alto coste para el SNS. El problema, según advirtió Soria, es que nuestro sistema de salud tiene un "sobresaliente en el tratamiento de procesos agudos, un aprobado raspado en crónicos y un suspenso claro en prevención".

Ese suspenso se obtiene en la materia más importante para el manejo de la diabetes. "La prevención es un tema muy importante en esta patología. La prevención primaria puede tener su incidencia, sobre todo en la diabetes de tipo 2. Pero la verdaderamente importante es la prevención secundaria, la que tiene que ver con las complicaciones secundarias, que son las que dan origen a la caída en la calidad de vida del paciente y a un fuerte incremento del gasto sanitario", advirtió Soria.

Para cumplir con estas exigencias de anticipación a la aparición de complicaciones se lanzaron en su día las tiras reactivas para determinación de glucemia en sangre, las cuales permiten el autocontrol del paciente, elemento clave para manejar bien esta enfermedad. Para López, "existen indicaciones realizadas por organismos internacionales que declaran la necesidad del autocontrol en las personas con diabetes. Además del valor de la acción en sí mismo, el autocontrol contribuye a la motivación y la implicación del paciente", con los beneficios que ello puede tener para mantener la adherencia al tratamiento.

Pese a la gran incidencia que se supone podría tener el uso de las tiras en la salud del enfermo y en la de las propias arcas públicas, hay algunas comunidades autónomas que han limitado su uso por cuestiones económicas cortoplacistas. Y es ésta una decisión con la que no coincidió ninguno de los expertos presentes en el debate. Por ejemplo Cabrera, quien desmontó la teoría del supuesto sobrecoste que acarrea para el SNS la financiación de las tiras.

"Los datos que manejamos nos dicen que el 25 por ciento del gasto en diabetes es gasto ambulatorio. El gasto farmacéutico asciende, por otro lado, al 42,5 por ciento, mientras el hospitalario está en un 32 por ciento. Curiosamente, el coste que suponen las tiras al SNS solamente asciende al 0,6 por ciento del gasto total en diabetes", afirmó. Por eso, indicó que no entendía "que se vaya contra la única herramienta de la que dispone el paciente para controlarse la enfermedad. Un diabético autocontrolado ahorra mucho dinero al SNS".

En la misma línea se mostró Schwartz, que criticó la política cortoplacista. "El problema es que este gasto no tiene su repercusión cuando pasan seis meses, sino cuando han transcurrido 15 años, y se ve que esto no cala en la gente. Pero, ¿qué ocurre con otras patologías? ¿Alguien dice que hay que restringirle a un anticoagulado la medida del INR? A nadie se le pasa por la cabeza, pero con los diabéticos, en cambio, sí", declaró.

Tampoco eludió el tema de la limitación de las tiras Soria, quien achacó el relativo desdén mostrado por las autoridades sanitarias hacia la diabetes porque se trata de una enfermedad que se presenta sin dolor ni efectos físicos apreciables. Eso la convierte, según él, en potencial objeto de recortes en tiempos en los que los gobiernos autonómicos se ven obligados a apretarse el cinturón.

La necesidad de priorizar

Sobre este particular Soria lo tiene claro: para hacer recortes hay que saber priorizar. Y recortar en prevención, sobre todo cuando se habla de enfermedades como la diabetes, nunca será una medida eficiente. "Al recortar hay que establecer prioridades, y si sabemos que el 40 por ciento de las complicaciones se pueden evitar y que lo que de verdad disminuye el gasto es la prevención secundaria, está claro que tenemos que mandar recursos a ese ámbito. Además, si hablamos de priorización debemos reconocer que hay otros gastos, y no solamente en sanidad, que difícilmente podrían estar más justificados que éste", dijo.

Además de mostrar su desacuerdo con los recortes en prevención en diabetes, los expertos analizaron los métodos y argumentos utilizados por las distintas administraciones. Así, Cabrera criticó la limitación en el uso de los diferentes modelos de medidores en algunas autonomías y llamó a tener en cuenta la variabilidad de los pacientes y sus complicaciones. "Una persona ciega o con retinopatía necesitará un medidor distinto al de un paciente que no presenta problemas de visión. Si limita al médico su responsabilidad frente al paciente de esta manera es que vamos por el mal camino", advirtió.

Por su parte, el ex ministro de Sanidad expuso su posición contraria a las excusas ofrecidas para restringir su uso, basadas en la afirmación de que los pacientes hacen un mal uso de las tiras reactivas. "Hablamos, en general, de pacientes muy concienciados con su enfermedad. ¿Cómo pueden hacer un mal uso de las tiras?", se preguntó. En todo caso, y para disipar las dudas en torno a la buena autogestión de la enfermedad a través del uso de estos medidores, Soria reclamó la implicación del profesional farmacéutico en todo este proceso, con lo que contradijo la decisión de algunas comunidades que han trasladado su dispensación exclusivamente en centros de Atención Primaria.

De este modo, Soria hizo referencia a razones que tuvieron mucho que ver con la cercanía del farmacéutico con el paciente. "Tenemos un modelo de oficina de farmacia que es muy próximo a los ciudadanos y que, además, está dotado con gente muy preparada. Por ello, integrar a la oficina de farmacia en el control y el autocontrol del paciente es una cuestión vital", manifestó.

El presidente del COF de Tenerife intervino, por alusiones, para completar la argumentación de Soria. "Pongo el ejemplo de Canarias, donde hay 110 centros de salud y 710 farmacias, con dos profesionales de media cada una. En total son 1.400 los farmacéuticos que pueden facilitar las tiras a los pacientes a escasos 200 metros de sus casas, con el alivio que eso supone para las consultas de atención primaria. Eso también es ahorrar", constató.

Como complemento a su defensa de los medidores, los participantes del debate organizado por Contenidos hicieron un repaso por las distintas aplicaciones que permitiría la extensión del uso de los mismos, sobre todo en lo referido a ofrecer una información al médico que podría ser muy útil de cara al control de la enfermedad y la administración correcta del tratamiento. Sobre este particular, destacaron que la información que se obtiene a través de los medidores "no llega de momento a los facultativos", aunque técnicamente se trata de una opción disponible.

De esta forma, según indicó Soria, el médico podría evaluar la evolución clínica, un aspecto esencial. Aunque bien es cierto que para él se trata de una labor que también podría verse facilitada por el farmacéutico, quien tiene a su disposición las herramientas para proveer al paciente con esa información, con esas gráficas de evolución, que posteriormente tendrán que ser valoradas por el médico.

Schwartz no dejó pasar la oportunidad para ahondar en el tema, y aportó su conocimiento directo del funcionamiento de esta tecnología en la oficina de farmacia. "Se trata de un proceso muy sencillo. El paciente va a la oficina de farmacia dos o tres veces al mes. El farmacéutico extrae los resultados almacenados en el medidor y los imprime. Si se establece una vía de comunicación directa con el médico, el farmacéutico podrá dirigirse de forma dinámica al facultativo y advertir a este sobre la alta prioridad que requiere determinado paciente", concluyó.

Opiniones de los expertos:

Bernat Soria - Presidente de la Fundación de la Sociedad Española de Diabetes. "Lo que de verdad importa es la prevención de las complicaciones secundarias, que son las que dan origen a la caída de la calidad de vida del paciente y las que producen un mayor incremento del gasto sanitario".

Guillermo Schwartz - Presidente del COF de Tenerife. "La diabetes sigue tratándose como una enfermedad aguda y no crónica. Cuando consigamos mentalizarnos de que se trata de un proceso para la salud del paciente podremos avanzar en la forma de afrontarla y de tratarla".

Alfonso López - Editor de la revista de la Sociedad Española de Diabetes. "La diabetes es la enfermedad que más nos cuesta sobre otras, pero los recursos que destinamos a ella son menores, por lo que los esfuerzos deben dirigirse a colocarla en primera línea de acción política".

Ángel Cabrera - Presidente de la Federación de Diabéticos Españoles. "Recortar limitando la administración de las tiras reactivas supone quitarle al paciente la única herramienta de que dispone para controlarse la enfermedad y un diabético autocontrolado ahorra mucho dinero al SNS".

Mapa de sistemas de distribución de tiras de glucemia

La distribución de las tiras diagnósticas no responde a un único patrón. Existen muchas comunidades que han asignado esta labor de forma exclusiva a los centros de salud. De hecho (ver mapa), son solamente cuatro las regiones en las que los diabéticos pueden acceder a este material a través de la oficina de farmacia: Galicia, Andalucía, Comunidad Valenciana y Canarias. Las ventajas de la distribución de las tiras en la botica son varias. Entre ellas, el aumento de los puntos de entrega, ya que lo normal es que existan siete farmacias por cada centro de salud. Además, la farmacia ofrece una mayor libertad horaria y podría involucrarse en el cuidado de los pacientes. Asimismo, el diabético recoge allí sus medicinas, por lo que ir al centro de salud a por las tiras supone un gasto de tiempo añadido. Por otro lado, el farmacéutico está mejor capacitado para la gestión de los stock y la farmacia ofrece todos los productos disponibles en el mercado. En cambio, para la distribución en centros de salud algunas comunidades han restringido las posibilidades de elección de sistemas de medición.