

M. Labay Matías

An Esp Pediatr 1996;44:79-80.

Sr. Director:

Sin negar las indudables mejoras asistenciales para los ciudadanos españoles producidas en los últimos años, los profesionales que trabajamos en los hospitales del INSALUD hemos asistido, perplejos y desorientados, al sinnúmero de ideas y directrices, muchas contradictorias y contrapuestas, que han ido surgiendo de los máximos responsables institucionales.

Muchos tenemos la sensación de que en materia sanitaria no han existido líneas coherentes de actuación a medio y largo plazo. De tal forma, que lo válido ayer, hoy no lo es, pero mañana tal vez sí.

Separación jerárquica de enfermeras y médicos, infravaloración de las funciones de los jefes de servicio, de unidad y del médico adjunto, gestión exclusiva y excluyente de los hospitales por sus directores con escasa posibilidad de influir en sus decisiones, igualdad retributiva dentro del equipo, práctica gratuidad asistencial para toda la población, sin elevación correlativa de los recursos humanos en los hospitales, desaparición de los ambulatorios de especialidades médico-quirúrgicas... Todo esto lo hemos vivido en la última década dentro de los hospitales⁽¹⁾.

Además, la filosofía que ha sustentado muchas de estas ideas, «el derecho a la salud», es desde mi punto de vista un concepto equivocado y erróneo, tal como se ha transmitido. El Estado tiene la obligación de posibilitar la prevención y la asistencia en caso de enfermedad, pero nadie puede garantizar la salud de los ciudadanos, al menos por ahora. Ese «derecho a la salud», ha sido percibido por la población como la recepción de todo tipo de prestaciones en cualquier momento y circunstancia, y de forma ilimitada.

Las nuevas ideas basadas en la racionalización del gasto sanitario, que parece necesario, consideran erróneamente al profesional como el único factor que lo genera. Por lo tanto, se está pidiendo ya al médico que limite, con su actuación restrictiva, los costes asistenciales del INSALUD⁽²⁾.

Esto es parcial e incompleto, ya que la propia esencia del sistema y la demanda asistencial ilimitada que originan los pacientes son las principales causas de la elevación del presupuesto dedicado en España a la sanidad.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco». Teruel.
Correspondencia: M. Labay Matías
Servicio de Pediatría. Hospital General de Teruel «Obispo Polanco».
Avda. Ruiz Jarabo, s/n. 44002 Teruel.

Un decálogo para la racionalización del gasto sanitario en España

Por lo tanto, se lograrán controlar los incrementos presupuestarios si se adoptan, además, medidas como las siguientes:

1. Implantación del tique moderador en asistencia primaria, urgencias y medios diagnósticos, que haga partícipes a la población de los costes que genera su asistencia⁽²⁾. Además, en una economía de libre mercado como la española, sólo lo que cuesta es realmente apreciado.

2. Facturación a los pacientes ingresados de los gastos que originan en hostelería (alimentación, lavandería, pañales desechables...).

3. Participación del paciente en los costes de las prótesis a utilizar, e incluso evaluar la reutilización de algunas.

4. Limitación al máximo del desmesurado uso de traslados en ambulancias de pacientes que no lo precisan y que el enfermo participe en los gastos de su traslado.

5. Hay que «reinventar» los ambulatorios de especialidades médico-quirúrgicas, para realizar una función de filtro a los especialistas del hospital y de apoyo a los médicos de atención primaria.

El hospitalocentrismo actual es un error manifiesto que está condicionando negativamente la función específica de los hospitales y de sus médicos.

Muchos hospitales se han convertido en ambulatorios con camas para enfermos. Además, el médico especialista del hospital que es el máximo experto de la cadena sanitaria, al desaparecer los ambulatorios, no tiene más remedio que utilizar su tiempo y todo el arsenal diagnóstico en casos muchas veces banales, con el consiguiente gasto y generación de listas de espera⁽¹⁾.

Por otra parte, los veteranos y expertos médicos de hospital al llegar a cierta edad pueden tener en esos ambulatorios una digna salida profesional durante sus últimos años de actividad asistencial, lejos del dinámico ajeteo hospitalario, más idóneo para los jóvenes médicos.

6. Los jubilados deben de colaborar económicamente, aunque sea en porcentajes simbólicos, en los fármacos que utilizan. También debe de instaurarse la utilización de fármacos sin marca comercial («genéricos»).

7. Los procesos quirúrgicos menores y con escaso riesgo deben derivarse a clínicas ajenas, concertadas por el INSALUD, en las que el coste por proceso es inferior debido a su menor infraestructura.

8. Hay que facturar a terceros (compañías privadas de asis-

tencia, aseguradoras...) costes reales de asistencia, actualizados anualmente.

9. Crear una red asistencial de media y larga estancia para enfermos crónicos, aprovechando infraestructuras ya existentes en Ayuntamientos, Diputaciones..., dejando los hospitales para los procesos agudos⁽²⁾.

10. Implicar al médico en la gestión de su hospital o centro de salud, informándole, escuchando sus opiniones, restaurando su autoridad sobre el equipo asistencial, y dejándole de considerar extraño, ajeno o enemigo del sistema⁽²⁾.

El médico ha demostrado en tiempos bien difíciles profesionalidad y abnegación^(3,4). Integrándole realmente en el sistema, y no aislándole, participará con ilusión y conocimiento en objetivos asistenciales, docentes y de racionalización del gasto.

A los políticos y gestores les corresponderá matizar y estructurar las propuestas anteriores u otras, fijando las excepciones en los casos de los sectores sociales con menores recursos.

Lo que no parece lógico es que un sistema público, casi gratuito, pueda funcionar en el futuro de forma similar a una empresa privada, si a los pacientes y a los profesionales, ejecutivos del sistema, no se les hace partícipes de sus aspectos económicos.

Bibliografía

- 1 Labay Matías M. La medicina actual: ¿la servidumbre del miedo? *An Esp Pediatr* 1994;**41**:59-60.
- 2 Labay Matías M, de Miguel Pardo C, Valero Adán MT, Martín Calama J, Buñuel Alvarez JC, Valle Sánchez F. ¿Y aún quieren más? *An Esp Pediatr* 1992;**36**:405-406.
- 3 Labay Matías M, Valero Adán MT, de Miguel Pardo C, Valle Sánchez F, Martín Calama J, Buñuel Alvarez JC. Las guardias médicas de pediatría en los hospitales: Un grave problema actual que requiere solución urgente. *An Esp Pediatr* 1991;**34**:328-330.
- 4 Labay Matías M, de Miguel Pardo C, Valero Adán MT, Buñuel Alvarez JC, Martín Calama J, Valle Sánchez F. Asistencia oculta en un Servicio de Pediatría. *An Esp Pediatr* 1994;**40**:386-387.

M.R. del Val Río, N. Báñez del Toro,
C. Ereño Zárate¹, J.M. Indiano Arce

An Esp Pediatr 1996;**44**:80-82.

Sr. Director:

Los tumores intracraneales son una patología neoplásica frecuente en la edad pediátrica; representan aproximadamente el 16-20% de todas las neoplasias por debajo de los 15 años de edad.

Dentro de los tumores primitivos intracraneales, los oligodendrogliomas son poco frecuentes (2-5% de los tumores del sistema nervioso central)⁽¹⁻⁴⁾. Tienen una evolución lenta, por lo que habitualmente se diagnostican en la edad adulta, entre la cuarta y quinta décadas de la vida^(1-3,5). Afectan por igual a ambos sexos y esporádicamente pueden aparecer en el niño⁽²⁻⁴⁾.

Observación clínica

Niña de 3 años y 4 meses de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta por cuadro de 4 días de evolución iniciado con claudicación de extremidad inferior

Oligodendroglioma en la edad pediátrica: presentación de un caso

derecha, asociando en las últimas 24 horas dificultad para movilizar el brazo derecho; caídas más frecuentes y cefalea ocasional de poca intensidad en la última semana. Diez días antes del inicio de los síntomas había sufrido traumatismo occipital leve.

En la exploración física presenta peso, talla y constantes vitales dentro de los límites normales para su edad. Se encuentra afebril, los signos meníngeos son negativos y las pupilas isocóricas y normorreactivas; se observa discreta claudicación de extremidad inferior derecha con la marcha; disminución de la fuerza y movilidad de los dedos de extremidad superior derecha, pie derecho en extensión, con movilidad pasiva y reflejos osteotendinosos normales; actitud del pie izquierdo en flexión con reflejos osteotendinosos exaltados. El resto de la exploración física por órganos y aparatos es normal.

Entre los exámenes complementarios destaca la radiografía simple de cráneo en la que se observa un aumento de densidad de calota en zona frontoparietal izquierda. El EEG muestra una alteración difusa de mediana intensidad sin signos de focalidad. En la TAC craneal se aprecia una masa quística de localización frontoparietal izquierda, que se realiza tras la administración de contraste, con una gran calcificación de aspecto

Unidad de Oncología, Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Anatomía Patológica. Hospital de Basurto. Universidad del País Vasco. (UPV/EHU).

Correspondencia: Dra. M.R. del Val Río

Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Avda. de Montevideo, 18. 48013 Bilbao.