

Neurología en tiempos de crisis

D.A. Pérez¹ y A.L. Guerrero Peral²

Kranion: La actual crisis económica, cuyo fondo ni final nadie es capaz de augurar, está suponiendo un replanteamiento del estado de bienestar del que la salud supone su pilar más importante. Muchas de las enfermedades que competen directamente a la neurología son la principal causa de gran discapacidad en todas las franjas etarias, de modo que nuestra especialidad es, posiblemente, el área de la medicina más sensible a estos cambios. Las implicaciones de la crisis y la disminución de recursos afectan a la neurología, los neurólogos, los pacientes, sus familias y por ende a la sociedad desde todos los ámbitos: acceso al especialista, asistencia de calidad, métodos diagnósticos adecuados y a tiempo, mejor tratamiento posible, rehabilitación, dependencia e institucionalización, entre otros. ¿Qué problemas se han detectado? ¿Hay visos de solución? ¿Se puede dar más con menos? ¿Qué oportunidades afloran? ¿Cómo aprovecharnos de ellas?

Se ha solicitado a los doctores David A. Pérez y Ángel L. Guerrero, neurólogos comprometidos de y con la Sociedad Española de Neurología (SEN), que debatan sobre estas y otras cuestiones. Se recuerda a los lectores que la revista *Kranion* es quien propone a los autores el tema a discutir y les sugiere qué postura adoptar. En consecuencia, los argumentos de los expertos pueden ser retóricos y no reflejar necesariamente lo que en realidad piensan.

A.L. Guerrero: *Crisis? What crisis?* En 1975, en una coyuntura similar a la actual, Supertramp publicó su famoso disco con este atrevido título y una rompedora portada

en la que un despreocupado ciudadano disfrutaba sol y sombrilla rodeado del caótico desarrollismo industrial. Hoy en día, ni siquiera aquellos más reacios a utilizar esta palabra, «crisis», niegan su existencia. Y, por supuesto, todos entendemos que la crisis ha entrado en nuestras vidas para quedarse y cambiarlas, aunque en ocasiones intentemos meternos bajo esa sombrilla de la portada del disco de Supertramp.

La crisis es importante, probablemente hasta profunda, pero afecta y afectará a personas y organizaciones de forma diferente en función de cuál sea su situación en el momento del inicio del nuevo ciclo económico. Planteemos pues una pregunta que me parece clave en el debate: ¿Cómo «pilla» la crisis a la neurología española?

Yo pienso que razonablemente bien: desde la década del cerebro hemos llevado los grandes avances científicos a la cabecera del enfermo; hemos apostado decididamente por nuestra formación continua y presenciamos la eclosión de, seguramente, las mejores generaciones de residentes de la neurología española; hemos mostrado con rotundidad cómo lo que un neurólogo hace en cualquier lugar de nuestra geografía aumenta la calidad de vida de los pacientes neurológicos y evita no poca discapacidad futura; hemos llegado a la población general con un conocimiento sensato de las enfermedades neurológicas y eficaces pautas de prevención contra las mismas.

Todo esto, en un contexto de buena comunicación interna, nos proporciona a los neurólogos españoles un claro conocimiento de las «líneas rojas» y coherencia para discutir sobre ellas con quien sea necesario hacerlo; por todo ello, y para empezar, permíteme, David, querido

¹Servicio de Neurología
Hospital Universitario Infanta Cristina
Parla, Madrid
Director general de «La Fundación del Cerebro»

²Servicio de Neurología
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Vocal y responsable del Área de Política Estratégica
de la Sociedad Española de Neurología

Dirección para correspondencia:

David A. Pérez
E-mail: daperezm@gmail.com

Ángel L. Guerrero Peral
E-mail: gueneurol@gmail.com

colega, que deslice aunque sea tímidamente el término optimismo.

D.A. Pérez: El capitalismo tiene como uno de sus fundamentos la presencia de ciclos económicos, épocas de expansión seguidas de fases de contracción económica que se suceden cíclicamente sin que la intervención privada o pública pueda evitarlas¹. No obstante, en ocasiones, la contracción de la economía puede derivar en una situación dramática en las que el desempleo y la falta de crédito llevan a una auténtica depresión económica. Los economistas suelen denominar depresión a la presencia de una tasa superior al 10% de desempleo en el país.

El 14 de septiembre de 2008 se produjo un hecho que representa para muchos el inicio de la gran recesión económica que tenemos en nuestro país, la caída del banco de inversión Lehman Brothers tras 158 años de actividad². La quiebra del banco no fue más que la consecuencia de una serie de factores que se reunieron para formar lo que, periodísticamente, se denomina «tormenta perfecta». Las consecuencias sobre toda la economía global fueron dramáticas y llevaron durante unas semanas a una situación crítica de todo el sistema financiero mundial. La única solución planteada por los gobiernos de los países de la Unión Europea y EE.UU. fue la de rescatar dicho sistema mediante la intervención masiva de los estados y la financiación a cargo de la deuda pública de los bancos en situación crítica. Nuestro país, que vivía inmerso en una histórica burbuja inmobiliaria desde principios de la década, fue sometido a una enorme presión sobre su sistema económico y financiero. Sin embargo, los enormes problemas derivados de nuestra pobre base económica no fueron debidamente abordados a la espera de unos utópicos «brotes verdes».

No es deseo de este neurólogo usurpar el papel del economista o el tertuliano de turno; la idea de presentar tan extensa introducción es la de subrayar que nos enfrentamos a un hecho histórico que influirá de manera decisiva en la organización social de nuestro país y su sistema sanitario. Nos encontramos ante un verdadero *cisne negro*³ que ha aparecido en los inicios del siglo XXI y que modificará, necesariamente, la forma de trabajar de los neurólogos de las próximas décadas. No estoy seguro de si será mejor o peor (todo depende de la óptica con la que se mire), pero desde luego ya nada será igual. Los neurólogos debemos estar preparados de cara a estos cambios, intentando posicionarnos adecuadamente para preservar la calidad de la asistencia y evitando que nuestros pacientes paguen los platos rotos de los hermanos Lehman.

A.L. Guerrero: Es muy interesante la referencia al *cisne negro*, y, al menos desde mi humilde competencia como neurólogo, poco puedo aportar al preciso marco macroeconómico que nos has planteado. Mis capacidades inductivas diagnósticas y de gestión de la incertidumbre que todo médico debe intentar desarrollar no llegan ni de

lejos a la sesuda capacidad de «predicción analítica del pasado» que los economistas contemporáneos han desarrollado.

Citando el título de un reciente artículo periodístico: «¿se trata de un cisne negro o de un pollo del montón?»⁴. Intentaré traer el debate a la esfera sanitaria y citaré un texto que, aunque antiguo, sigue siendo sorprendentemente vigente: el conocido como «Informe Abril Martorell» de 1991⁵. Hay que recordar que fue motivado por una proposición parlamentaria, de 23 de Enero de 1990, en la que se reflexionaba acerca de que España, como otros países de su entorno, debía adaptar su sistema a una situación de dificultades (*cisne negro* que, en este caso, derivaba de una creciente presión del progreso técnico, los cambios demográficos y las nuevas actitudes sociales). En el texto del informe, bien organizado, se expresaba como propósito de las reformas que preconizaba, que debía promoverse una conciencia de coste tanto en el profesional sanitario como en el ciudadano. Pretendía que no hubiera un diferencial excesivo entre las aspiraciones de la población y la realidad económica y que se promovieran mecanismos que aumentaran la responsabilidad de los profesionales.

Los años se han sucedido y los pasos que se han dado hasta ahora han sido muy diferentes. Es cierto que la situación económica ha empeorado, pero más lo es que cada persona, grupo u organización ha hecho sus deberes de manera bien distinta. No me toca analizar las deudas de los sistemas públicos o los estériles debates sobre asuntos –en mi opinión, menores– como las listas de espera. Lo que sí puedo afirmar es que la neurología no ha perdido el tiempo en estos años y textos como el PENTIEN⁶ reflejan este esfuerzo.

¿Cómo ves tú, David, a la neurología española ante este «pollo»?

D.A. Pérez: El problema no es la neurología, ni siquiera el sistema sanitario. El problema es la sensación de que el denominado «estado de bienestar» está siendo desmontado apresuradamente a ritmo de subida de prima riesgo ante la inminente bancarrota del estado. No dudo que se ha trabajado intensamente en el desarrollo de planes estratégicos, como el PENTIEN que has mencionado; pero, como dice un antiguo proverbio, «el papel lo aguanta todo» y la parte clave en todo plan es la implementación y su desarrollo. El Sistema Nacional de Salud (SNS) es uno de los sistemas más eficientes del mundo; sus logros en objetivos sanitarios como mortalidad infantil, longevidad y acceso a técnicas complejas son envidiables, con un gasto sanitario muy modesto. Nuestro sistema tiene el gasto más bajo en proporción al PIB entre los 15 primeros países de la Unión Europea y el de menor gasto per cápita de los países referidos⁷. Es cierto que la escasa asignación presupuestaria ha generado en la última década un endeudamiento de las Comunidades Autónomas con el fin de proporcionar más recursos a un sistema que pretendía cumplir las expectativas de la

población general. Por lo tanto, hemos alcanzado la «gran recesión» con un SNS que tiene una asignación presupuestaria escasa, fuertemente endeudado (en cierta forma como consecuencia de lo anterior), unos profesionales retribuidos crónicamente por debajo de la media de los países europeos y con una sociedad cautivada por unas expectativas muy por encima de las posibilidades reales. Si los poderes políticos hubieran querido hacer pedagogía en la sociedad civil sobre los objetivos en salud deberían haber subrayado la consecución del acceso a Unidades de Ictus en todo el territorio español, la rehabilitación precoz para pacientes con daño cerebral o la optimización en la atención a los pacientes neurológicos crónicos; sin embargo, en la última década se generó una expectativa mucho más doméstica en relación con la hospitalización en habitaciones individuales, la elección del menú o la reducción de las listas de espera quirúrgicas.

La respuesta a las tensiones generadas por la crisis de 2008 ha sido la reducción presupuestaria (hasta el momento) de 7.000 millones de euros⁸. Esta reducción se concentra en la reducción del sueldo a los profesionales (recordemos que son los que menor retribución tienen en relación a los países de nuestro alrededor), la introducción del copago sanitario incluyendo a pensionistas y la eliminación de inversiones en nuevas infraestructuras y tecnología. La consecuencias que puede aportar esta solución «a la griega» –si se me permite la expresión– es obvia para el lector. El profesional sanitario profundizará su nivel de insatisfacción por el sistema. El síndrome del médico quemado o *burn-out* será un problema aún más relevante, conociendo que los estudios que han investigado este aspecto han subrayado que es un problema creciente incluso en las épocas de vacas gordas⁹. La emigración y la huida del talento a países con mejores opciones es una tragedia para cualquier país que busque un papel relevante en este mundo, problemas a los que ya se enfrenta nuestro SNS¹⁰. Según la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos, formar a un médico especialista en nuestro envidiado sistema MIR cuesta unos 200.000 euros. La huida de estos profesionales a otros países no solo es una mala noticia para la atención de nuestros pacientes, sino que además supone una catástrofe para las arcas públicas al desperdiciar una inversión económica cuyo retorno será aprovechado por empresas privadas o sistemas públicos de otros países.

Desde el punto de vista del paciente, la introducción de las medidas de copago supone en algunos casos una falta de equidad y accesibilidad al sistema que limita de manera notable una asistencia correcta¹¹. Además, tales medidas aplicadas de forma universal pueden generar un mayor gasto a medio plazo debido a la posibilidad de falta de adherencia al tratamiento, aumento de las complicaciones propias de la enfermedad y mayor tasa de ingresos hospitalarios y comorbilidad¹².

Con todo lo expuesto, estimado colega, quisiera subrayar la importancia del momento en que vivimos y las consecuencias nefastas que tienen las medidas adoptadas

sobre nuestra profesión y el SNS. Te animo a discutir qué soluciones podrían buscarse a los retos que el sistema nos está generando, aunque si la percepción del problema es el de un «pollo del montón», posiblemente tu respuesta más apropiada sea mantener las viejas recetas que sirvieron en las últimas dos décadas para apuntalar el sistema. Sinceramente, no creo que ahora valgan y no estoy seguro de que el anunciado rescate sea una solución o un añadido al problema. Puestos a ello, prefiero que me rescaten a mí y no al Estado¹³.

A.L. Guerrero: Como imaginaba, David, debatir contigo está resultando, aparte de apasionante, sumamente estimulante.

Voy respondiendo a los puntos que me planteas; cuando introduce el término «pollo del montón», intentaba quitar hierro a la coyuntura actual y mostrar que, de situaciones similares en cuanto a su gravedad se ha salido con más o menos fortuna y con más o menos errores. Pero, por supuesto, las recetas en este momento deben ser nuevas como nueva es la generación, la nuestra, que está afrontando esta crisis.

Empecemos el análisis con la causa última de todo, que es el paciente que acude a nuestras consultas, urgencias y salas de hospitalización. Es básico que sea atendido con calidad y que reciba los mejores y más eficientes tratamientos disponibles para sus dolencias. Es cierto, eso sí, que las «vacas gordas» podían haber sido mejor aprovechadas con una labor pedagógica a nuestros conciudadanos que incidiera menos en asuntos pequeños, como la hostelería de los centros hospitalarios o las listas de espera, elevados erróneamente a parámetro absoluto de calidad del SNS. Planteamientos políticos que basaban un programa electoral sanitario en un determinado número de días de lista de espera, con los subsiguientes debates sobre su valoración y planes de choque que se convertían en «estructurales», no nos han conducido a ningún sitio. Voy a parecer un antiguo de nuevo, pero en 1998, cuando en España se hacían planes globales, un documento del Instituto Nacional de la Salud buscaba la equidad con una guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica¹⁴ en la que la información, la transparencia y un buen catálogo de servicios se ponían al servicio de paciente y médico. En cuanto al copago, es un tema con muchísimos matices pero, no perdiendo jamás de vista las consideraciones especiales que muchos de nuestros conciudadanos merecen, no está de más que todos nos demos cuenta de que la demanda insaciable, el «efecto Buffet», o incluso el «riesgo moral» que se estaba llegando a producir no era positivo para nadie¹⁵.

Sigamos el análisis con la gran línea roja: nunca dejemos de proporcionar a un paciente lo que necesita. Todos los que en mayor o menor medida vamos a tener que negociar algo en los próximos meses debemos tener muy claro de dónde no se puede retroceder. Y aquí, como neurólogo, me encuentro razonablemente tranquilo: en los

últimos años se ha hecho un excelente trabajo en, no solo descubrir evidencias diagnósticas y terapéuticas con los ensayos clínicos, sino en difundirlas y aplicarlas a nuestro medio con excelentes guías de práctica clínica. En estas guías, la neurología se ha implicado en los problemas más prevalentes de nuestra especialidad^{16,17}, e incluso en patologías, como la fibromialgia, donde la participación neurológica aún no es universalmente admitida¹⁸.

Demos un paso más: evidentemente, para ser un neurólogo sólido, para aplicar la acrisolada evidencia de las guías, necesitamos medios materiales y humanos. El PENTIEN⁶, actualmente en proceso de actualización, da orientaciones razonables sobre, por ejemplo, tiempos recomendables o mínimos para desempeñar algunas de nuestras labores asistenciales. Tienes razón, estimado colega: «el papel lo aguanta todo», pero estarás conmigo en que si toca ir a negociar con un gerente que dispone de menos recursos que hace 5 años, mejor ir pertrechado con un documento que con percepciones y anhelos personales, por muy sesudos y bienintencionados que sean.

Sí, David, en todo este camino, con crisis y recortes, el profesional puede quemarse, pero como muy bien apuntas, de una u otra forma algunos siempre se han quemado. Sin embargo, «Somos neurólogos; nada relacionado con el cerebro nos es ajeno»¹⁹ y disponemos del conocimiento y el manejo de lo que nuestros colegas y deseados compañeros de tronco formativo, los psiquiatras, han denominado resiliencia, esa capacidad de superar la adversidad creciendo y acercándonos a la excelencia. Resiliencia –según parece, regulada por factores neurotróficos²⁰– que nos permitirá ir construyendo –esculpiendo como decía Cajal– en nuestro plástico cerebro mecanismos que nos faciliten, lejos de la desesperanza, ir superando esta crisis como antes hemos superado otras.

Poesía aparte, y buscando el optimismo futuro, reflexiono en tono de autocritica. De la misma manera que los ciudadanos, nuestros pacientes, se han autoconvenido de un sistema sanitario de máximos, quizá lo hayamos hecho también los neurólogos durante los últimos años con algunas pretensiones posiblemente no muy realistas acerca del ejercicio de nuestra especialidad; en otras palabras, nuestro propio «efecto Buffet». En una excelente entrevista de hace unos años, el Prof. José Castillo, hablando del ictus pero en mi opinión con extrapolación al resto de la neurología, reflexiona sobre un fundamentalismo neurológico normativizador y una exigencia del «todo» para llevar a cabo nuestra asistencia que nos puede abocar a la «nada» si no disponemos de ello²¹. Todos hemos conocido, en mayor o menor medida, letreros parecidos a «Unidad de...» que surgían en lugares dudosos y con méritos discutibles, entre otros «sesgos semánticos» nacidos durante nuestra cada vez más lejana bonanza económica. Castillo, en esta entrevista, pone sobre la mesa un concepto que además recomienda: el «posibilismo exigente». Respondiendo a la última frase de

tu anterior intervención, no pensemos en rescates, sino en lo que nosotros podemos aportar a la atención sanitaria con un posibilismo armado de la autoexigencia de todas las líneas rojas que no debemos traspasar ni dejar que otros lo hagan.

Finalizo, David, con la parte de tu intervención que más ha agitado mis sentimientos: el futuro de nuestros residentes. Los médicos jóvenes de esta generación tienen los mejores expedientes académicos, y nuestros residentes y los neurólogos jóvenes están entre los mejores de esta elite intelectual. Veo en ellos entusiasmo, gran capacidad de trabajo, brillantez y, por qué no, una resiliencia que seguramente nos ayudará a crecer a todos. Por favor, David, lee a esta joven neuróloga en formación y cómo se siente orgullosa de ser neuróloga²², y «no es orgullo estúpido que no da de comer, sino ilusión que escarba carreteras».

D.A. Pérez: Por supuesto, Ángel, estoy de acuerdo con tus palabras. Es un discurso acorde con la situación, aunque me temo que no ofrece muchas soluciones reales a los problemas que tenemos y a los que están por venir. Sin querer decirlo con acritud, la capacidad de resiliencia y un enfoque optimista es un discurso bastante similar al que nuestros políticos nos transmiten. Los famosos «brotes verdes» y la expresión «de esta salimos ya que de otras peores hemos salido» se repiten de manera continua, en forma de mantra, esperando que la fuerza de las palabras influya sobre la realidad.

No voy a entrar en soluciones macroeconómicas, pues ni tengo formación adecuada para discutir las ni capacidad para poder implementarlas. Obviamente, los problemas actuales serían mucho más fácilmente solucionables si dispusiéramos de la capacidad presupuestaria adecuada, algo que desgraciadamente no está en nuestras manos. Aunque podamos reclamar insistentemente una mayor inversión, me gustaría enfocar la discusión dibujando un escenario dominado por una restricción presupuestaria intensa. ¿Qué podemos hacer los profesionales ante este escenario? Siguiendo el discurso optimista cargado de resiliencia cabe citar la famosa frase del presidente norteamericano John F. Kennedy en su investidura: «No te preocupes de qué puede hacer el país por ti, pregúntate qué puedes hacer tú por el país»²³. Sin embargo, supongo que nuestros lectores desean que nos manchemos un poco más en el barro dialéctico y no que solo les dediquemos palabras llenas de buenas intenciones.

Hacer más (o lo mismo) con menos recursos es un objetivo que solo puede pasar por una mejora en la eficiencia del proceso asistencial, y ahí sí tenemos capacidad de decisión y poder para implementar las medidas que creamos más oportunas. Uno de los grandes objetivos del Ministerio de Sanidad ha sido racionalizar el gasto en farmacia desfinanciando fármacos con poco poder terapéutico²⁴. Este tipo de iniciativas han sido aplaudidas desde numerosos sectores profesionales y apoyadas por

iniciativas en la red como «Prescripción prudente»²⁵ – donde han participado compañeros neurólogos–, que aboga por una intervención farmacológica razonada y razonable, manteniendo la prudencia como uno de los pilares de la práctica médica. Se trata de dar lo necesario a cada paciente evaluando el coste y el riesgo para el mismo, trabajando en el largo plazo y evitando los beneficios marginales y las indicaciones *off-label*. Esta actitud debe contar con la opinión del paciente, transmitiéndole una información realista sobre los posibles beneficios y perjuicios de los fármacos empleados, valorando y suspendiendo los tratamientos que no son claramente eficaces. Es importante no dejarse llevar por fascinantes hipótesis fisiopatológicas sobre el potencial beneficio de un determinado fármaco y centrarse en los beneficios reales demostrados en ensayos clínicos aleatorizados. La adherencia al tratamiento, que siempre se supone a los pacientes como el valor a los soldados, es un área a investigar y determinar antes de decidir cambiar o aumentar las dosis del fármaco empleado. La falta de seguimiento en las prescripciones es un hecho subrayado en numerosos estudios que evalúan patologías crónicas; por ejemplo, en epilepsia se estima que el 50-30% de los sujetos no sigue una adecuada adherencia al tratamiento²⁶. En lo que concierne a las organizaciones profesionales, sería interesante organizar talleres o simposios sobre prescripción razonada o prudente, diseñando protocolos de actuación que valoren criterios no basados exclusivamente en la eficacia, sino que aporten información sobre la eficiencia y la efectividad en condiciones reales. No se trataría de evitar la prescripción, sino de adecuar la prescripción a beneficios mensurables, minimizando el riesgo y enmarcándolo dentro de un escenario de restricción económica.

El otro gran debate en busca de la eficiencia es la lucha contra la variabilidad en la práctica clínica. La asistencia médica se ha convertido, con toda probabilidad, en la organización más compleja de la historia de la humanidad, atendiendo problemas individualizados con una tecnología en continuo cambio en manos de profesionales con altísima cualificación. Por tanto, es habitual encontrar una variabilidad en las respuestas asistenciales a cada problema; es lo que se denomina variabilidad justificada. Sin embargo, no es infrecuente encontrarnos con variabilidades no justificadas por la evidencia²⁷. Establecer respuestas homogéneas ante escenarios similares fundamentadas en la evidencia científica es una necesidad de cualquier sistema sanitario. Sin embargo, el análisis de las prácticas médicas observa con frecuencia diferencias cualitativas o cuantitativas no justificadas entre distintos hospitales o entre distintos facultativos del mismo servicio. Esta forma de practicar la medicina es ineficiente y potencialmente peligrosa para el paciente. Se trataría de aplicar la medicina basada en la evidencia buscando «la evidencia basada en la medicina», como predicen algunos autores²⁸. Los profesionales debemos liderar esta iniciativa antes de que otros lo hagan por nosotros²⁹,

apostando por el desarrollo de protocolos clínicos basados en la evidencia con el apoyo de las sociedades científicas. Este tipo de protocolos deben avanzar hacia una mayor transparencia en su realización, evitando los conflictos de intereses con las administraciones y la industria farmacéutica. Esta tarea debería incluir la implementación y monitorización de las guías y protocolos, evitando que las recomendaciones se queden en el papel sin provocar ningún cambio en la asistencia clínica.

Termino ya, Ángel. He procurado dejar a un lado las discusiones macroeconómicas y bajar al «teatro asistencial». Se trata de ver cómo podemos aportar algo de raciocinio a una política de recortes indiscriminados y arbitrarios.

A.L. Guerrero: Agradezco mucho tu descenso al teatro asistencial. Pienso que has tocado puntos decisivos que conviene matizar.

Partamos de la palabra que está en boca de todos: «recorte». La Real Academia Española da a este término varias acepciones. Una tiene su gracia y quizá alguno de nuestros lectores se apunte a ella: «Regate para evitar la cogida del toro». Bromas aparte, centrémonos en la siguiente: «Porciones excedentes que por medio de un instrumento cortante se separan de cualquier materia trabajada hasta reducirla a la forma que conviene»³⁰.

Voy a intentar desmenuzar con una visión asistencial esta definición que, dicho sea de paso y como diría un castizo, «se las trae». Lo primero que llama la atención es lo del «instrumento cortante». Parece que los ajustes presupuestarios han de ser rápidos, quizás a causa de la urgencia real o la falta de temple (seguimos con términos taurinos) de nuestros gestores. El problema es que, cuando hay prisa, el escalpelo debe estar en buenas manos y, si no es así, alguien tiene que ayudar a su sujeción. Tal vez, cuando los lectores de *Kranion* se acerquen a este Neurodebate, la situación haya seguido cambiando. Buen ejemplo es lo que está ocurriendo en el Hospital Universitario de la Princesa, el teatro asistencial más caliente en el momento de redactar este párrafo. La propuesta –seguramente precipitada y para muchos incomprensible– de transformación de un hospital general universitario de reconocida calidad y tradición en un «Centro de Alta Especialización en Personas Mayores» (*sic*), se ha seguido de una inmediata y enojada reacción por parte de sus profesionales³¹. Ello ha dado lugar al compromiso por parte de la Administración de trabajar conjuntamente en modelos de gestión asistencial a pacientes mayores sin perder el carácter del hospital³², aunque habrá que verlo. No hay otra: el camino adecuado es, en justicia, que los médicos asumamos cada vez mayor responsabilidad en la organización sanitaria³³. Confiamos en que así sea.

En cuanto a la segunda parte de la definición, el trabajo en la materia para que adquiera la forma que conviene, de nuevo se ha de contar con las opiniones de los médicos, en nuestro caso de los neurólogos. Nadie mejor que nosotros para asesorar al gestor en las difíciles

decisiones que quizás deba tomar en materias tan complejas como la prescripción prudente o la variabilidad en la atención sanitaria. Decisiones acerca del papel de los nuevos fármacos se han tomado³⁴ y se seguirán tomando por la neurología española. Y, siempre que la disponibilidad del gestor sea la adecuada y que el neurólogo evite sesgos innecesarios e indeseables, servirán para llevar a cabo una atención neurológica más eficiente. Resumiendo, y en el marco de este teatro asistencial, más papel para el neurólogo y trabajar en reformas mejor que en recortes.

D.A. Pérez: Me alegro de que hayas traído a colación el Diccionario de la Lengua Española con las distintas acepciones de la palabra recorte³⁰. No tengo la menor duda de que las Administraciones Central y Autonómica están empleando dicho término para referirse a la primera acepción que mencionas: «Regate para evitar la cogida del toro». La política de reformas emprendidas por las administraciones parecen fruto de la improvisación y la búsqueda de soluciones cortoplacistas a requerimientos contables. Ya que implícitamente lo has mencionado, podemos pasar a analizar con algo más de detalle los cambios propuestos en el autodenominado «Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid»³⁵. Las decisiones tomadas en relación con el cambio de modelo de gestión y la reestructuración de la asistencia sanitaria en algunos hospitales de Madrid han sido emprendidas de manera unilateral y sin ningún tipo de información previa o debate público sobre el fondo de la cuestión. Es evidente que existen razones y argumentos para plantear las distintas formas de abordar el modelo de gestión pública o privada, la posibilidad de separar al proveedor sanitario del financiador, o sobre las bondades o desventajas de introducir la empresa privada en la asistencia sanitaria. Sin embargo, todos deberíamos estar de acuerdo en que la modificación de este modelo requeriría, en primer lugar, de un consenso con los profesionales que intervienen en la atención sanitaria. Este debate debería incluir también a la opinión pública para que analizara las debilidades, riesgos y potenciales ventajas y desventajas de un modelo de gestión puramente privada; por supuesto, ejercitando la transparencia a la hora de facilitar la información relativa a la posible mejora económica que aportaría este cambio de modelo. Nada de eso se ha hecho en este caso. Desde el secretismo más absoluto se ha lanzado un proyecto radical sin el más mínimo debate o consenso, obviando la opinión de los profesionales sanitarios y tomando decisiones críticas sin, como parece desde el exterior, un análisis pormenorizado de los riesgos y conflictos que pudieran generar. Así no se puede establecer una política de reformas en un país avanzado.

Todos estamos de acuerdo en la necesidad de reformar los lastres producidos por una gestión decimonónica de la sanidad, analizando las bolsas de ineficiencia que

existen en el sistema y planteando una política de ahorro en recursos para optimizar las intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Sin embargo, en mi opinión, un profesional razonable nunca debería apoyar cambios que no estuviesen apoyados por evidencias científicas o económicas claras, especialmente cuando dichos cambios se imponen sin debate alguno ni información precisa sobre sus ventajas. Creo que ha llegado la hora de plantear una «gestión basada en la evidencia» y no en la experiencia ideológica.

A.L. Guerrero: Hay algo, David, donde el acuerdo entre nosotros parece total: es momento de que los profesionales intervengamos, es imprescindible que seamos consultados. El Presidente de la SEN, que firma el editorial de este número de *Kranion*, lo afirmó con contundencia en su intervención durante el pasado Acto Institucional de la SEN³⁶: «Defendemos que en tiempos de crisis el especialista, y en este caso el neurólogo, es el que mejor puede distinguir lo necesario de lo superfluo y el que mejor puede aprovechar los recursos existentes». Cuando esa consulta se produzca, todos a quien se solicite consejo deberán tener en cuenta el bienestar de los pacientes neurológicos, el desarrollo y la seguridad profesional de los neurólogos y cuidarse mucho de que sus respuestas se vean contaminadas por sesgos personales.

Ha sido un placer y un privilegio dialogar contigo, David. El Neurodebate ha sido extraordinariamente estimulante y me ha servido para reflexionar con ayuda de mis colegas cercanos, especialmente los más jóvenes. Me pongo a tu disposición y la del editor de *Kranion* para continuar observando el devenir de una crisis a la que seguramente le quedan bastantes capítulos. Para terminar, permítaseme hacer una invitación al gran foro de debate neurológico que pretende ser la I Conferencia Nacional de Neurología que tendrá lugar en Salamanca del 23 al 25 de mayo de 2013³⁷.

D.A. Pérez: Gracias por tus palabras, Ángel; son recíprocas. Este debate me ha servido de diálogo constructivo y profunda reflexión sobre el papel del profesional en este cambio de modelo al que nos enfrentamos. Es posible que estas líneas sirvan de poco a la hora de lograr algún objetivo real, pero me conformaría con que hayamos despertado en los lectores de *Kranion* el interés por reflexionar y debatir en su entorno profesional acerca de las adversas circunstancias que nos rodean y cómo ayudar a solucionarlas.

Asistiré solícito y agradecido a la I Conferencia Nacional de Neurología, pues tengo el honor de haber sido invitado para impartir su conferencia inaugural³⁷. Estoy seguro de que será un foro de discusión de gran interés para la planificación estratégica de nuestra especialidad en el medio y largo plazo. Para entonces habrá nuevos capítulos de este serial económico-sanitario que podremos seguir tratando en esta grata revista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ciclo económico. En: http://es.wikipedia.org/wiki/Ciclo_económico. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
2. Lehman Brothers se declara en bancarrota. El País, 15 de septiembre de 2008. En: http://economia.elpais.com/economia/2008/09/15/actualidad/1221463973_850215.html. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
3. Taleb NN. El cisne negro. El impacto de lo altamente improbable. Paidós Ibérica; 2008.
4. ¿Cisne negro o pollo del montón? El déficit fiscal catalán en perspectiva. El País, 5 de octubre de 2012. En: http://economia.elpais.com/economia/2012/10/05/actualidad/1349467455_178571.html. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
5. Informe y Recomendaciones. Comisión de Análisis y Evaluación del Sistema Nacional de Salud. Julio de 1991.
6. Plan Estratégico Nacional para el Tratamiento Integral de las Enfermedades Neurológicas. Sociedad Española de Neurología. Ibáñez & Plaza Asociados. Mayo de 2002.
7. Martín JJ, González Mdel P. La sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud en España. Cien Saude Colet. 2011;16:2773-82.
8. Rajoy anuncia el recorte de 10.000 millones en Educación y Sanidad. El País, 9 de abril de 2012. En: http://politica.elpais.com/politica/2012/04/09/actualidad/1333985643_619652.html. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
9. Matia Cubillo AC, Cordero Guevara J, Mediavilla Bravo JJ, Pereda Riguera MJ, González Castro ML, González Sanz A. Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. Aten Primaria. 2012;44:532-9.
10. El éxodo de médicos y enfermeras se duplica por los recortes sanitarios. El País, 6 de agosto de 2012. En: http://politica.elpais.com/politica/2012/08/06/actualidad/1344284347_177524.html. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
11. Pacientes: «No puedo pagar la ambulancia». Dos familias con enfermos crónicos relatan las penurias que sufren. Diario de Sevilla, 14 de octubre de 2012. En: <http://www.diariodesevilla.es/articulo/sevilla/1374952/pacientes/quotno/puedo/pagar/la/ambulanciaquot.html>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
12. El Observatorio de la Adherencia al Tratamiento advierte de que el copago «puede complicar» el cumplimiento terapéutico. Europa Press, 3 de octubre de 2012. En: <http://www.europapress.es/salud/noticia-observatorio-adherencia-tratamiento-advierde-copago-puede-complicar-cumplimiento-terapeutico-20121003145444.html>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
13. Fontella Bass: Rescue me (Shindig 1965). En: http://www.youtube.com/watch?v=RJmz7UJK_CY. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
14. Guía para la gestión de la lista de espera quirúrgica. Madrid: Instituto Nacional de la Salud; 1998.
15. The OECD Health Report. Towards high-performing Health Systems. Paris: OECD; 2004.
16. Estrategia en Ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
17. Guía Oficial para el Diagnóstico y Tratamiento de las Cefaleas 2011. Díaz Insa S, ed. Barcelona: Prous Science; 2011.
18. Alegre de Miquel C, García Campayo J, Tomás Flórez M, et al. Documento de consenso interdisciplinar para el tratamiento de la fibromialgia. Actas Esp Psiquiatr. 2010;38:108-20.
19. Ezpeleta D. Neurólogos somos: nada relacionado con el cerebro nos es ajeno. Kranion. 2011;8:3-4.
20. Rothman SM, Mattson MP. Activity-dependent, stress-responsive BDNF signaling and the quest for optimal brain health and resilience throughout the lifespan. Neuroscience. 2012. [Epub ahead of print]
21. Entrevista al Dr. José Castillo con motivo del Día Nacional del Ictus. Revista de Neurología, 19 de noviembre de 2008. En: <http://www.revneurolog.com/sec/entrev.php?id=17>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
22. Mulero Carrillo P. El neurólogo joven en tiempos de incertidumbre. E Boletín Neurojoven. 2012;48(Junio). En: http://www.sen.es/neurojoven/eBoletinNeurojoven_4_2012_Anexo.htm. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
23. Discurso de toma de posesión: John F. Kennedy; 20 de enero de 1961. En: <http://www.youtube.com/watch?v=SvdBvkS9sl0>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
24. 417 medicamentos saldrán de la financiación pública el 1 de septiembre. El País, 17 de agosto de 2012. En: http://sociedad.elpais.com/sociedad/2012/08/17/actualidad/1345186799_786983.html. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
25. Principios para una prescripción prudente. En: <http://prescripcionprudente.wordpress.com>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
26. Hope JT. Compliance in children and adults: review of studies. Epilepsy Res Suppl. 1988;1:23-47.
27. Westert GP, Groenewegen PP. Medical practice variations: changing the theoretical approach. Scand J Public Health. 1999;27:173-80.
28. González de Dios J. De la medicina basada en la evidencia a la evidencia basada en la medicina. An Pediatr (Barc). 2001;55:429-39.
29. El Observatorio del SNS emplaza a los gerentes a revisar la variabilidad clínica. Publicación de Directivos de la Salud. En: <http://directivos.publicacionmedica.com/spip.php?article295>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
30. Diccionario de la Lengua Española. 22.ª ed. Real Academia Española. En: <http://www.rae.es>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
31. Espíritu Princesa. En: <http://hospitalaprincesaenpeligro.blogspot.com.es/>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
32. Comunicado de Prensa de la Junta de Centro del Hospital Universitario de la Princesa; 7 de noviembre de 2012. En: <http://blogs.ppmadrid.es/salamanca/files/2012/11/Comunicado-La-Princesa.pdf>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
33. Morera Guitart J, Ortega Moreno A, Sánchez Sánchez C, Escudero Torrella J, Marta Moreno J. Manual de Gestión para Neurólogos. Barcelona: Ediciones SEN; 2012.
34. Fernández O, García-Merino JA, Arroyo R, et al. Consenso español sobre la utilización de natalizumab (Tysabri®) - 2011. Neurología. 2012;27:432-41.
35. Plan de Medidas de Garantía de la Sostenibilidad del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid. Presupuestos 2013. En: <http://www.madrid.org>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
36. Intervención Institucional del Presidente de la Sociedad Española de Neurología. Acto Institucional de la SEN 2012; 19 de abril de 2012. En: <http://www.sen.es/component/attachments/download/28>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.
37. I Conferencia Nacional de Neurología, Salamanca 2013. En: <http://www.sen.es/noticias/101-noticias-sen/vocalia-de-politica-estrategica/578-i-conferencia-nacional-de-neurologia-salamanca-2013>. Acceso el 7 de diciembre de 2012.