

La hipercolesterolemia familiar busca estrategia

Hay consenso regional, estudio económico favorable, apoyo del Senado, registro nacional y visibilidad en la UE

MADRID
JOSÉ A. PLAZA
japlaza@unidadeditorial.es

Una iniciativa que viene cogiéndose varios años podría estar cerca de cristalizar: el SNS podría contar a corto-medio plazo con un Plan Nacional de Detección de la Hipercolesterolemia Familiar. Los promotores, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar (FHF), cuentan con el apoyo (tras varias reuniones) de las autonomías, que ven la idea con buenos ojos.

Hay otros factores que hacen pensar que puede llegar a buen puerto, según explica Pedro Mata, presidente de la FHF. Ya cuenta con la aprobación de una Proposición no de Ley en el Senado, impulsada por el PP, para que el plan salga adelante.

AHORROS Y COSTES

Además, el estudio económico que acompaña a la presentación de la iniciativa habla de un coste social neto de 7 millones de euros en 10 años, con ahorros directos de 6,9 millones en re-

ducción de problemas cardiovasculares. Según explica Pablo Lázaro, economista de la salud y coordinador del estudio económico (puesto en marcha a petición de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio), los ahorros indirectos casi alcanzarían 18 millo-

El estudio económico cita unos ahorros directos de 7 millones, más otros 18 por más productividad laboral; también ocasionaría gastos a corto plazo, unos 25 millones

nes por ganancia de productividad laboral. En todo caso, hay que tener en cuenta un aumento inicial de costes de casi 25 millones, en test genéticos y mejores terapias derivadas.

Más posibles puntos a favor. El Parlamento Europeo organizó a principio de mes una jornada "de la que España salió como modelo a seguir" tras presentar el estudio económico y el regis-

tro nacional, que ya incluye 4.145 personas de 771 familias de toda España.

El último empujón a la iniciativa se produjo el viernes, en Valladolid. El consejero de Sanidad de Castilla y León, Antonio María Sáez Aguado, presentó el Plan de Detección de la HF de la comunidad, "pionero en España y en el mundo", según Mata.

LA PRIMARIA, CLAVE

El plan castellanoleonés tiene la singularidad de la participación del médico de Familia, fuente de la petición de la prueba genético. De hecho, esta iniciativa se basa en la citada proposición no de ley aprobada por el Senado, que tiene como fin lograr la estrategia nacional. La participación del médico de primaria es fundamental en el plan regional, y lo sería en el nacional.

Mata señala a DM que la mitad de las comunidades autónomas están impulsando la detección genética de las familias con hipercolesterolemia familiar (entre ellas, Cataluña, País Vasco,



CONSEJERÍA DE SANIDAD DE CASTILLA Y LEÓN

De Castilla y León al Interterritorial ¿y al SNS? El pasado viernes, la Consejería de Sanidad de Castilla y León presentó en Valladolid la estrategia autonómica de hipercolesterolemia familiar, pionera a escala nacional e internacional gracias a la implicación directa del médico de familia en la petición de test genéticos. Castilla y León tiene previsto llevar al Consejo Interterritorial la petición de que exista una estrategia nacional. En la imagen, José María Pino, director general de Asistencia Sanitaria de la consejería; Antonio María Sáez Aguado, consejero de Sanidad, y Pedro Mata, presidente de la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, en el acto de presentación del viernes.

Asturias, La Rioja, Navarra...). Sin embargo, matiza que "no existe un programa homogéneo y la detección en cascada familiar es escasa".

DIEZ AÑOS DE REGISTRO

El registro prospectivo que existe a escala nacional se ha llevado a cabo con el apoyo del Instituto de Salud Carlos III y del Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC). El programa nacional de detección de la HF en cascada familiar, para alcanzar el

El registro, con un programa nacional de detección de HF en cascada, arrancó en 2004 con apoyo de 26 hospitales. Ya cuenta con 4.145 personas de 771 familias

registro, se puso en marcha en 2004 en colaboración con 26 hospitales del SNS y como parte de un proyecto de investigación traslacional para mejorar el cuidado de la HF, conocido como *Safeheart (Spanish Family Hypercholesterolemia Cohort Study)*.

Diez años después, la presentación el viernes de la estrategia de Castilla y León se ve como un primer paso hacia una estrategia nacional. Mata ha dicho a DM que el consejero Sáez Aguado llevará próximamente al Consejo Interterritorial la petición de un plan de hipercolesterolemia familiar para todo el SNS. Vistos los apoyos antes explicados, la iniciativa tiene papeletas para finalmente cristalizar en 2015.

TRIBUNA

Primero fue el *holding de empresas*. El Instituto Catalán de la Salud (ICS) era demasiado grande y para remediarlo se tenía que convertir en un *holding de empresas*. Se debían crear múltiples empresas, que aumentarían la competencia en el sector; estas empresas gozarían de más autonomía, serían menos rígidas, más eficientes, etc. Se encargó el proyecto a Josep Prat, vicepresidente de USP, multinacional sanitaria privada; toda una declaración de intenciones. Prat acabó imputado por su gestión en Innovna, otro *holding*. El proyecto del *holding* del ICS desapareció con Prat.

Cuando el cadáver del *holding* del ICS aún estaba fresco, alguno de sus promotores empezó a vender la idea de los consorcios. Ya no había que ser más pequeño para ser más flexible; ahora de lo que se trataba es de ganar masa crítica. El Gobierno de la Generalitat encargó al Servicio Catalán de la Salud (CatSalut) unificar en un único ente gestor todos los servicios asistenciales de la sanidad pública de Lérida, que en la inmensa mayoría dependen del ICS, y el resto, de Gestión de Servicios Sanitarios, otra empresa pública de la Generalitat. El CatSalut, contra toda lógica, decidió crear un consorcio en el que tuvieran participación él mismo, el ICS, el Instituto de Investigación Biomédica, que depende del ICS, y la Universidad de Lérida. El día 26 de noviembre el Consejo de Gobierno de esta universidad acordó participar en el nuevo consorcio pidiendo mayor representación y quedando al margen de cualquier responsabilidad económica en caso de liquidación o deuda. Dos empresas públicas gestionan la sanidad pública y en lugar de unificarlas, asumiendo el ICS todos los servicios, se crea un consorcio en el que el único participante que no es de la Generalitat no quiere asumir ninguna responsabilidad.

La Generalitat ha iniciado una campaña propagandística por la provincia de Lérida en la que se destacan las ventajas del nuevo consorcio: los centros de atención primaria tendrán más soporte, podrán hacer más ecogra-

¿Mejorar la sanidad o destruir el ICS?

La creación del consorcio de Lérida no tiene ningún sentido. ¿Quién mejor para gestionar la sanidad leridana que la empresa pública Instituto Catalán de la Salud?



Carme Navarro

Secretaria general de la Federación de Sanidad de CCOO-Cataluña

fías, los médicos de Familia podrán pedir más pruebas y, en definitiva, la atención primaria será más resolutiva; también se dice que habrá más especialidades y más especialistas cerca de casa y que disminuirán las listas de espera. Todo esto sucederá porque a partir de ahora las decisiones se podrán tomar desde el territorio, y los centros tendrán más autonomía en la gestión de los recursos. Se dice que esto no sería posible si se unificaran todos los servicios en la empresa pública ICS, ya que está burocratizada y el régimen jurídico de su personal es muy rígido.

Lo cierto es que todas estas supuestas ventajas no tienen nada que ver con la creación de un consorcio. Hay decisiones, como la creación de nuevas especialidades, que no dependen del proveedor, sino del CatSalut. Otras, como las relacionadas con la capacidad resolutiva de la atención primaria, la autonomía de los centros

o la continuidad asistencial entre primaria y hospitalaria hace años que se están desarrollando en el ICS. La Ley del ICS también permite un alto grado de autonomía de sus centros y servicios, por lo que ya hoy no hay ningún impedimento para que las decisiones se tomen en el territorio. Es cierto que todo avanza muy lentamente, pero no por la estructura rígida del ICS, sino porque los mismos que denuncian la rigidez del ICS y su poca capacidad de trabajar con autonomía de gestión están interfiriendo continuamente en las decisiones que el ICS debería tomar autónomamente. Buena prueba de ello es el continuo baile de gerentes y equipos directivos en función de las afinidades políticas. Mucho de lo que ahora se presenta como ventajas del nuevo consorcio es lo que CCOO y muchos profesionales llevamos demandando desde hace años y que no se ha implementado por decisión política. Es política la decisión de que el ICS trabaje muy por debajo de su capacidad; también es una decisión política que el ICS tenga que comprar exploraciones complementarias que podría hacer con sus propios medios con un coste mucho menor. Sin estas injerencias en la gestión habría menos pastel para otros proveedores que están más preocupados por su cuenta de resultados que por la atención a los ciudadanos de Cataluña.

La creación del consorcio de Lérida no tiene ningún sentido. ¿Quién mejor para gestionar la sanidad pública leridana que la empresa pública que ya gestiona la mayor parte con unos excelentes resultados clínicos y económicos?

Todo parece indicar que al final de lo que se trata es de plantear reformas, unas en un sentido y otras en el contrario, cuyo único objetivo es que el ICS deje de ser la referencia de la sanidad pública catalana. Como su desmembración en múltiples empresas fracasó, ahora toca probar integrando parte de sus centros y servicios en otros entes de diversa naturaleza jurídica. El objetivo, siempre el mismo: que la empresa pública ICS pierda la hegemonía que tiene en el sistema sanitario catalán.