

Una publicación de  
**SANITARIA** 360

# Redacción Médica


A la vanguardia de la información sanitaria

Buscar en Redacción

Acceda a nuestra hemeroteca  
 Ver edición

Domingo, 17 de noviembre de 2013 | Nº 2129 Año IX  
Actualizado: Domingo a las 21:08

**Inicio** | Dependencia | Derecho | Enfermería | Excelencia | Farmacia | Formación | Industria

Autonomías: 

**ÚLTIMA HORA** Principado de Asturias | Gispasa realizó inversiones de 14,9 millones hasta septiembre

LOS DEBATES DE REDACCIÓN MÉDICA

## El 80% del gasto en diabetes es por complicaciones secundarias

El mayor logro sería acabar con el infradiagnóstico

Domingo, 17 de noviembre de 2013, a las 21:08



De izquierda a derecha: Félix Rubià, director de Asistencia Sanitaria del Sergas; Juan Ribes, asesor científico-técnico en la Oficina de Proyectos Europeos del Instituto de Salud Carlos III; Agustín Rivero, director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad; José Ángel Díaz, secretario de la Sociedad Española de Diabetes; Elías Delgado, vicepresidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición, y Jorge Francisco Gómez, jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Sofía de Madrid.

Marcos Domínguez / Imagen: Pablo Eguizábal.

La diabetes es una patología que afecta a un 13,8 por ciento de los ciudadanos, que la padecen bien de manera consciente o bien no estando todavía diagnosticada, con unos gastos sanitarios que suponen casi un 8,3 por ciento sobre el total y un coste estimado por paciente de más de 3.000 euros. De este gasto, más de tres cuartas partes corresponden a complicaciones derivadas, como nefropatías y enfermedades cardiovasculares.

Una patología tan prevalente en la Cartera de Servicios

**Agustín Rivero, director general de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia del Ministerio de Sanidad:** El coste de la farmacia comunitaria en 2012, sin incluir la hospitalización, fue de 824 millones de euros. Están apareciendo nuevos medicamentos, nuevos antidiabéticos orales, que lógicamente mejorarán mucho la situación del paciente: Las llamadas gliptinas, los inhibidores de la dipeptidil peptidasa, y también tendremos dentro de poco la nueva familia de los inhibidores de la SGLT2, que inhibe la absorción de glucosa. Tendremos nuevas insulinas, de acción prolongada. Para introducir un medicamento en el Sistema con la nueva metodología tenemos que hacer un Informe de Posicionamiento Terapéutico, definiendo cuál es su coste-efectividad y qué posición terapéutica tiene. Además, a través de la central de compras están en licitación las tiras de determinación de glucosa. El primer concurso estaba muy definido a dos o tres empresas, lo que hemos hecho es abrirlo a todas. Va a primar un poco más la calidad que el precio, que antes era lo que primaba exclusivamente. Las comunidades tendrán un precio máximo al que tendrán que ajustarse, y como mucho lo que podrán tener es algún tipo de descuento por el volumen de la compra. Por tanto, estamos trabajando en áreas importantes que tienen como referente la estrategia de diabetes, introduciendo nuevos medicamentos innovadores en función de las mejoras que puedan realizarse

### OPINIÓN

Editorial

#### UPyD y la sanidad nacional

El partido de Rosa Díez necesita un portavoz para el conjunto del Sistema Nacional de Salud que logre vertebrar y dar vuelo a sus mensajes políticos



FIRMA INVITADA

#### Mi visión de la cardiología

por Sergio Raposeiras



ALA DE ESPERA

a sanidad, en la prensa

#### Los romanos y la diabetes

### LOS PROTAGONISTAS

#### Dolores de Cospedal y José Ignacio Echániz

Presidenta y consejero de Sanidad y Asuntos Sociales de Castilla-La Mancha



Este lunes la presidenta de Castilla La Mancha Dolores de Cospedal y el consejero José Ignacio Echániz, inaugurarán en la sede del IESE en Madrid el Programa de Dirección de Instituciones Sanitarias de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales de esta Comunidad. Está dirigido a los profesionales 'high potential' de hospitales de Castilla-La Mancha, Atención Primaria y servicios centrales (Sescam) y también a otras personas con vocación de orientar su trayectoria profesional a la

sobre ese paciente a través de los Informes de Posicionamiento Terapéutico, y tenemos la centralización de las compras, que eso supone también un ahorro importante para el Sistema.

**Félix Rubial, director de Asistencia Sanitaria del Sergas:** Para las comunidades autónomas, la diabetes mellitus es una enfermedad paradigma. Nos puede servir para introducir innovaciones, y no solo desde el punto de vista puramente terapéutico sino también desde el punto de vista organizativo, y en ese sentido tenemos el marco de la estrategia nacional como elemento guía. Hablo de diabetes como paradigma por varios aspectos: efectivamente, es una enfermedad muy prevalente, tiene un alto impacto en el consumo de recursos, y además puede servir como el modelo para el manejo de otras enfermedades crónicas, tiene la tendencia a manifestarse junto con otras comorbilidades y exige un abordaje multidisciplinar, como muchas otras de ellas. En Galicia la diabetes es una de nuestras prioridades sanitarias y por tanto estamos trabajando en ella, evidentemente desde el ámbito de la clínica, pero también desde el organizativo: Desarrollo de procesos asistenciales integrados, trabajo claramente en prevención y diagnóstico e intervención precoz. Creemos que en el ámbito preventivo tenemos que incorporar estrategias preventivas en todas las políticas, en todos los ámbitos, desde la escuela, pasando por los ámbitos laborales, por el ámbito sanitario... En la detección precoz hay que establecer programas de actuación, y los hemos dirigido a personas con alto riesgo de desarrollar una diabetes tipo II, y desde el ámbito del manejo y del control, creemos en determinadas líneas muy concretas, como por ejemplo la necesidad de fomentar el autocuidado, estamos trabajando directamente con las propias asociaciones de pacientes a través de la Escuela de Salud para Ciudadanos, para desarrollar pacientes formadores, pacientes expertos en el manejo de su propia enfermedad, y que entable una línea de actuación a partir de ellos para seguir formando a más pacientes en mejorar su propio automanejo. Desde Galicia apostamos claramente por el papel de la Atención Primaria en el manejo del paciente diabético, como guía del paciente a lo largo de todo su devenir en el sistema sanitario, y especialmente por el papel de la enfermería, creemos que la enfermería educadora en diabetes tiene que tomar un papel decisivo en el manejo y control de este tipo de pacientes.

Rivero analiza el seguimiento de los nuevos fármacos y Rubial habla del infradiagnóstico.

Delgado señaló la diabetes como principal causa de ceguera y Gómez comenta el buen momento para las innovaciones.

**José Ángel Díaz, secretario de la Sociedad Española de Diabetes:** Con respecto al momento actual, somos optimistas porque disponemos de un amplio arsenal terapéutico tanto para la diabetes tipo II como para la tipo I, y esto nos hace tener que estar remodelando continuamente las guías terapéuticas para establecer cuándo se deben incluir los fármacos. En cuanto al uso de los nuevos medicamentos nos preocupa principalmente la seguridad, que aunque son aprobados y han pasado por varias agencias regulatorias, siguen apareciendo efectos adversos en fármacos que ya están comercializados. También nos preocupa la prevención, que desde la SED estamos haciendo amplios esfuerzos para incluir el ejercicio y el estilo de vida como prevención de la diabetes tipo II. Además nos preocupa que su tratamiento debe ser intensivo desde el diagnóstico, y el uso de las tiras reactivas, que pensamos que, por un lado, deben ser usadas de forma racional, pero que tampoco tienen que ser excesivamente limitadas por la administración, ya que los programas de utilización de tiras reactivas tienen que estar incluidos en programas de educación diabetológica desde el inicio y deben ser más flexibles de lo que están siendo en este momento.

**Juan Riese, asesor científico-técnico en la Oficina de Proyectos Europeos del Instituto de Salud Carlos III:** Desde Europa, hay dos vertientes que se van a potenciar. Uno es el programa marco, evidentemente, y desde el punto de vista de la Alianza Global para las Enfermedades Crónicas va a haber convocatoria para la diabetes tipo II, que pretende no investigar sobre nuevos tratamientos sino mejorar lo que hay actualmente. Mejorar en el sentido de cómo pueden ser utilizados los tratamientos actuales de una manera más eficaz y eficiente. Por otro lado está la Dirección General de Sanidad y Consumidores de la Unión Europea, que lanzó en diciembre una convocatoria de acciones conjuntas en enfermedades crónicas, que por mandato del Ministerio de Sanidad me encargó generar una propuesta desde España para gestionar las buenas prácticas en toda Europa en enfermedades crónicas. Se ha enfocado en cardiovascular, ictus y diabetes, y va a consistir en ver lo que están haciendo los países y regiones europeas, unificarlo y generar conocimiento que permita una mejora de la atención al paciente y a lo que le rodea, la Atención Primaria, la atención preventiva, el fomento de los hábitos saludables, la gestión del paciente por los que están alrededor como familiares, entorno de trabajo, etc. Estamos en fase de negociación pero esperamos que en enero podamos empezar con ello.

**Elías Delgado, vicepresidente de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición:** De 100 euros que gasta un paciente con diabetes, prácticamente 75-80 lo hace por sus complicaciones secundarias: Sigue siendo la primera causa de ceguera, de nefropatía, y ocho de cada diez pacientes mueren de enfermedades cardiovasculares. Si miramos las estadísticas de la última década vemos

gestion sanitaria.

V Premios Sanitaria 2000 a la Sanidad de Castilla y León



ENCUENTRO DE DIRECTIVOS DE LA SALUD



CASTILLA Y LEÓN





mujeres de enfermedades cardiovasculares. Si miramos las estadísticas de la última década vemos cómo ha disminuido la prevalencia de enfermedad cardiovascular en la población en general, pero el subgrupo con diabetes no hemos sido capaces de tener la misma tendencia a la baja. Tenemos nuevos fármacos a los que hay que buscar su sitio, aquellos que nos hagan beneficio a nivel de control de la hemoglobina glicosilada sino que también nos prevengan complicaciones. Hay muchos estudios en marcha ahora mismo que van a ser los que nos den la confianza sobre su seguridad, que es un aspecto fundamental. El segundo aspecto que va a dar relevancia a estos grandes estudios va a ser el valor añadido de estos nuevos fármacos. Va a ser la prueba del algodón para que nosotros podamos disminuir esos eventos cardiovasculares que tanto nos preocupan. No podemos tener una mira corta en el coste-eficacia: Si un fármaco demuestra disminución de eventos cardiovasculares lo tenemos que implementar y buscar en qué grupo de población tenemos que hacerlo. Este es un aspecto fundamental, el otro es que del 14 por ciento de la población que tiene diabetes en España, solamente un 8 por ciento está diagnosticado. Ese tiene que ser un trabajo arduo, desde los hospitales, desde los enfermeros, todos los ámbitos de la sociedad, para el diagnóstico precoz. Sabemos por el estudio PREDIMED que el grupo de pacientes que se han tratado con una dieta mediterránea tiene un 30-40 por ciento de prevención de la conversión a diabetes. Quisiera acabar con la diabetes tipo I, que es mucho menos prevalente pero el impacto que causa a la familia es terrible. Tenemos nuevas insulinas, vamos a tener mejores en el futuro para que el paciente pueda ser tratado de una manera más fisiológica. En cuanto a las tiras, necesitamos determinaciones de glucemia intersticial mucho menos invasivas, e indicarnos en aquellos pacientes que vayan a hacer un buen aprovechamiento de ellas.

#### Jorge Francisco Gómez, jefe del servicio de Medicina Interna del Hospital Infanta Sofía de Madrid:

La medicina interna tiene que estar con las enfermedades prevalentes y con sus complicaciones: El enfermo pluripatológico, de enfermedad avanzada, que tiene muchas complicaciones, casi siempre tiene diabetes además de. El internista lo enfoca no solo como el paciente con diabetes mellitus sino como el paciente que tiene una enfermedad que es la que motiva su ingreso, y además que es diabético. Por tanto, el compromiso de las Sociedad Española de Medicina Interna y los internistas en general es muy fuerte. Prueba de ello es que el grupo de trabajo de diabetes es el que más ha crecido en cuanto a miembros. Con respecto a innovaciones terapéuticas, la diabetes ha vivido durante un tiempo una situación de impasse, y ahora tenemos varias líneas de investigación que están fructificando. Es cierto que falta por consolidar resultados, que habrá que ser cauto en el seguimiento clínico de los efectos adversos, que no siempre son los mismos que los que definen los ensayos clínicos, pero no podemos negar que vivimos en una era de esplendor en el manejo de la diabetes que no era así hace unos años.

**Agustín Rivero:** Desde que llegué a la Dirección General me estoy reuniendo con todas las sociedades científicas, nos estamos centrando en medicamentos muy costosos, monoclonales, anti-TNF, reumatología y los oncológicos. Pero también me parece interesante que sean en medicamentos muy frecuentes. Lo que estamos haciendo con ellos es ver no solo los efectos adversos sino su coste-eficacia, qué resultados da al paciente. Cuando tenemos que aprobar un medicamento y financiarlo, queremos tener información nuestra. Que después de un año de introducir un medicamento nuevo, innovador o no, poder evaluarlo y tener los resultados. Lo que le propongo a las sociedades científicas es que establezca unos indicadores de calidad para medir los resultados, tres o cuatro datos, y después de un año

Díez destaca la preocupación por la seguridad y Rieso explica la estrategia de la UE.

podernos sentar con el laboratorio correspondiente y decir si es un medicamento que está acorde con lo que dice la ficha técnica o no lo está, o no es innovador y podemos hasta suprimirle. Por tanto, el seguimiento es muy importante por dos razones: Porque vaya exactamente al paciente que tiene que ir, en el sentido de en qué situación, a qué paciente, en qué momento, etc. Dado que estamos en una situación muy compleja de sostenibilidad del sistema donde todo lo que viene nuevo es caro y además es muy complicado, mandemos ese nuevo medicamento o producto a la persona que lo necesita en el momento en que lo necesite, y para eso tenemos que tener información.

**José Ángel Díaz:** Desde la Sociedad Española de Diabetes también se está haciendo un esfuerzo en los grupos de trabajo, y fundamentalmente en el grupo de guías y consensos, donde se tocan mucho estos aspectos y se van reevaluando las nuevas guías de lo que tiene que introducir cada medicamento, también en situaciones especiales como diabetes en el anciano, hospitalización, etcétera. Me parece una idea fantástica hacer un registro, que ya lo tenemos de otros aspectos como bombas de insulina, de eficacia y seguridad de medicamentos, pero es un poco complicada, porque no es fácil de hacer un registro de cualquier aspecto y requiere un esfuerzo y unos gastos, pero es fundamental para ver si estos medicamentos, aunque sea a corto plazo, cumplen la eficacia que han demostrado en los ensayos clínicos y sobre todo la seguridad.

#### El paciente bien informado

**Elías Delgado:** La educación es un problema fundamental y recae fundamentalmente en el personal de enfermería, porque es el que tiene el tiempo y la cercanía para no solo enseñar al paciente sino motivar para que cambie de hábitos. No existe la figura de la enfermera educadora, la hemos ido soslayando en los hospitales con un servicio de medicina interna, de endocrino potente, educando y enseñando a enfermeras que se han volcado en este tema. La tecnología que tiene el servicio de endocrinología es una buena enfermera educadora en diabetes. Trasladar eso al ámbito de la Atención Primaria, al centro de salud, es algo que está todavía por hacer y es fundamental. El diabético tipo II

infancia, al centro de salud, es algo que está todavía por hacer y es fundamental. El diabético tipo II está en manos, con el volumen que hay, del personal sanitario de Atención Primaria, pero cuesta motivar a las enfermeras educadoras para que tengan tiempo. Evidentemente atienden muchas patologías, pero es un tema hacia el que tendremos que ir avanzando seguro.

**Félix Rubial:** Todo el personal de enfermería tiene que ser gestor en diabetes. Estamos hablando de que para un cupo de aproximadamente 1.200-1.500 pacientes, en números absolutos, hay 100 pacientes por cupo médico o de enfermería. Por tanto, tienen que ser auténticos expertos. Probablemente el papel de la enfermera educadora en diabetes es un papel mucho más coordinador de esa labor que hace la enfermería de cabecera y que se tiene que desarrollar. En el tema de la educación hay que establecer diferencias en los pacientes con diabetes tipo I y diabetes tipo II, por una parte, y por la otra vuelvo a reivindicar el papel de las asociaciones de pacientes. Es muy importante establecer nexos de unión por parte de las sociedades científicas con las asociaciones de pacientes, que fortalezcan su papel también a la hora de difundir y emitir mensajes no solo en el ámbito preventivo sino en el ámbito de manejo y control de la propia enfermedad. Creo en la formación online, en el papel de los pacientes expertos y en la necesidad de dar ese soporte que desde el sistema sanitario no podemos dar a un paciente crónico en general y al diabético en particular. Los contactos de los pacientes diabéticos con el sistema son muy puntuales, pero los pacientes son enfermos durante los 365 días del año y es imprescindible darle ese soporte cuando lo necesita.



**Juan Riese:** La idea genera ciertos problemas desde el punto de vista europeo. La formación, si lo enfocamos desde las mejores prácticas que pueda haber en Europa, hasta que llegue al paciente va a suponer un problema de lenguaje, en el sentido de algo que sea bueno en Lituania tiene que llegar a España, por ejemplo. No se trata solo formar al paciente sino de un modo que pueda llegar a entender, no solo a través de un lenguaje técnico sino de uno informal. Además, formar a los que van a formar, y si eso se pasa al inglés, lenguaje vehicular común, habrá que tener la capacidad para hacerlo y desde el inglés ofrecerle el paciente la formación adecuada.

#### El problema del infradiagnóstico

**Elías Delgado:** En España tenemos una Atención Primaria de lujo, de lo mejor que hay en el mundo, pero cuando nosotros en Asturias salimos, en el año 1998, a chequear la prevalencia de diabetes, vimos que la mitad de los diabéticos no saben que lo son. El problema es que la diabetes es un todo continuo, nosotros hemos puesto un punto de corte a partir del cual aumentan las complicaciones. El problema es que las personas previas a ese punto de corte también tienen problemas cardiovasculares, y además esos puntos de corte también han ido cambiando. Los médicos de Atención Primaria no deben banalizar esos primeros signos de alarma y tienen que usar los algoritmos: Antes usábamos la glucemia basal y la sobrecarga, ahora tenemos la hemoglobina glicosilada. Ahí es donde de verdad tendríamos una innovación terapéutica muy barata pero tremendamente eficaz, porque prevenir es la mejor manera de curar. La mayor innovación terapéutica sería que el 100 por ciento de los diabéticos en España estuvieran diagnosticados a tiempo y tratados intensamente desde ese momento.

**Elías Delgado:** Si el paciente no te llega al centro de salud, no puedes hacer nada por él, con lo cual hay que concienciar a toda la sociedad de que a partir de una serie de años, con unos antecedentes familiares y unos perfiles de riesgo cardiovascular hay que ir al centro de salud y que te evalúen el riesgo de ser diabético.

**Félix Rubial:** Hay que ir un paso más atrás, incidir en la prevención primaria desde la más tierna infancia. Tenemos un enorme problema que es la obesidad y el sobrepeso infantil. Es un problema terrible y, o la bajamos, o tendremos las consecuencias en veinte años. Se está desarrollando en este momento el plan nacional de promoción y prevención, que creemos que debe marcar un antes y un después, dando las pautas a las comunidades autónomas de cómo actuar. En Galicia hemos hecho un plan específico de cómo actuar en obesidad infantil, desde una visión multidisciplinar y con la implicación de todos los sectores. Tenemos que dar pasos decididos y de una forma más proactiva, sin quitar ni un ápice a la necesidad de hacer aflorar ese 6 por ciento de la población que es diabética y no lo sabe, y por supuesto de implicar a los profesionales sanitarios en hacerla aflorar. Hay que dar una perspectiva más social a la enfermedad.

**Agustín Rivero:** En el proyecto NAOS, hace ya años de esto, en la Comunidad de Madrid, fue un

aliciente importante para la población, hubo un estudio interesante de la obesidad en cada comunidad autónoma y aparecieron dos o tres comunidades donde la obesidad era mucho mayor. Se incidió en evitar o disminuir algunos productos que no les resultaba fácil poder tomar a los niños, se potenció la fruta y el pescado, etc. Por tanto, el tema lleva ya muchos años. Es más fácil educar a la población joven que a la mayor. Si desde la infancia se va enseñando a comer bien es muy posible que no aparezcan patologías crónicas en un futuro. Hay que encontrar el profesional que sea el que vehiculice esto y creo que la enfermería ahí tiene mucho que decir.

**Jorge Francisco Gómez:** Existe nihilismo por no tener en cuenta al paciente que tiene alteraciones bioquímicas de la glucemia pero como no cumple el requisito de diabético entonces no tiene problema, cuando es un sujeto a vigilar y probablemente a intervenir, no necesariamente con fármacos sino con consejos para cambios en sus condiciones de vida, higiénicos, etc. Muchos de esos pacientes van a acabar siendo diabéticos e intervenir ahí es algo que no ha calado de forma suficiente en todos los estamentos de la atención primaria. Creo que se necesita un programa para incidir en este punto. La glucemia tiene una ventaja, es un dato objetivo, no es tan complejo definir la cualidad de diabetes o un punto de alarma aunque no se sea diabético.

#### Cómo mejorar la adherencia

**Jorge Francisco Gómez:** Hay dos aspectos. Uno es el inherente a los fármacos que se usan, porque conforme el perfil es mejor, se entiende que al haber menos efectos adversos el cumplimiento es más fácil. Pero no olvidemos que en esto la diabetes no se distingue tanto de otras enfermedades crónicas, donde la adherencia depende en gran manera de aspectos no solo del paciente sino del propio facultativo, de cómo lance los mensajes, la información que dé, si es convincente o individualizada... A pesar del poco tiempo en consultas, se puede hacer información individualizada. Esto influye mucho en la adherencia, como en otros procesos crónicos.

Rivero habla sobre nuevos medicamentos en el sistema y Rubial explica la diabetes como paradigma.

**Elías Delgado:** El otro aspecto que influye en la adherencia, fundamentalmente, es que como intentes con ciertos fármacos bajar mucho los niveles de glucosa aparecen los efectos secundarios, la hipoglucemia fundamentalmente. Por lo tanto, la innovación terapéutica en nuevos fármacos sin ese otro riesgo de caer en la hipoglucemia también es necesario y mejoraría la adherencia del paciente, porque quien experimente una hipoglucemia va a tener posteriormente una peor adherencia al fármaco.

**José Ángel Díaz:** Aproximadamente el 40 por ciento de los pacientes en España no sigue el tratamiento adecuado, pero también hay que tener en cuenta la inercia terapéutica, que forma parte de los médicos y educadores. Desde la Sociedad Española de Diabetes estamos viendo algunos estudios de tratamientos intensivos que incluyen no solamente fármacos sino un programa inicial de educación diabetológica, que ha demostrado que no solo hace que la hemoglobina se sitúe por debajo de seis y medio sino que además se ha empezado a demostrar que los costes sanitarios no son tan altos como parece. Esto se debe trasladar al ámbito de atención primaria porque la atención especializada no está preparada en estos momentos para asumir una diabetes desde el inicio.

#### Importancia de las hipoglucemias

**Elías Delgado:** Es el mayor hándicap que tenemos para tener a nuestros pacientes en las hemoglobinas que nos dicen las guías terapéuticas. Se trata de buscar fármacos que bajen los niveles de glucosa sin ese efecto secundario. Todo lo que sea buen control sin hipoglucemias es nuestro objetivo fundamental, con lo cual no solamente podemos hablar de hemoglobina glicosilada sino de hemoglobina glicosilada sin efectos secundarios. Ese es el caballo de batalla con el que nos peleamos todos los días, tanto en la diabetes tipo I como en la tipo II. Esta última tiene otro matiz, que muchas veces pasa desapercibida, pero eso no quiere decir que muchas veces no esté ahí, y que el paciente no corra riesgos vitales; personas que viven solas, que conducen... En el día a día no deja de ser fundamental tener el sistema nervioso central activo, y una hipoglucemia no deja de ser más que un interruptor que te lo desconecta, con lo cual hay que intentar evitarlas a toda costa. Pero hasta hace muy poco no teníamos alternativas, hoy las tenemos y debemos buscarlas y usarlas en los momentos oportunos.

#### Los profesionales y las alteraciones en la calidad de vida

**Elías Delgado:** Toda patología crónica la llevas desde el diagnóstico hasta que te mueres, obviamente. Influye la personalidad, el ambiente, etc. Por tanto, hay que pasarle al paciente toda la información que necesita. Luego los hay que te la cogen al 100 por ciento, otros al 80, pero la obligación como responsable sanitario es que no quede sin información.

**Juan Riese:** En Europa, por primera vez se aborda la investigación en salud no desde el punto de vista de la enfermedad sino desde el punto de vista de la conservación de la salud. El reto social, que es el marco en el que se van a mover las convocatorias, se llama "Salud, cambio demográfico y bienestar", y este bienestar es el del paciente, por lo que va a ser objeto en los próximos siete años de enfoque financiado.

#### La coordinación entre administraciones

**José Ángel Díaz:** En eso se ha mejorado mucho pero sigue habiendo muchas diferencias entre comunidades de los recursos para personas con diabetes. Un ejemplo: Las normas de uso de los infusores continuos de insulina, bombas de insulina, difieren entre comunidades. También en el caso de tiras reactivas, creo que se ha avanzado mucho en el entendimiento entre sanitarios y políticos, pero todavía tenemos que limar algún aspecto entre las diferencias regionales.

**Félix Rubial:** Tenemos una estrategia nacional que nos afecta a todos y nos marca la pauta a todos. Por otra parte, hay determinados aspectos que están muy vinculados a las propias sociedades científicas e incumben a todos los profesionales que trabajan en el entorno de la diabetes, ya sea en endocrinología, en medicina interna, en medicina de familia, etc. y en ese sentido se comparte conocimiento y práctica. Hay diferencias entre servicios de salud por el uso de las competencias que cada uno hace y probablemente por las propias diferencias que pueden existir en las propias comunidades autónomas en aspectos como prevalencia o incidencia de determinadas patologías. Son perfectamente salvables y también perfectamente naturales en el hecho de que las comunidades autónomas tienen la competencia y por tanto el ejercicio de la misma obliga a priorizar los recursos y por tanto sus propias actuaciones en función del perfil demográfico, sociológico, económico o incluso clínico.

#### Acceso del paciente a los tratamientos

**Elías Delgado:** Creo que hemos mejorado en las cosas pero tenemos 17 comunidades distintas y 17 atenciones sanitarias diferentes, exagerando lógicamente. Un tema fundamental es este, la administración de fármacos novedosos, y cada autonomía tiene sus peculiaridades, y un paciente que está en Asturias tiene matices diferentes a otro que está en Madrid. Echo en falta tener un esquema de prestaciones y reglas del juego idénticas para todos los que viven en España.

**Juan Riese:** El lema de Europa es "unión y diversidad". Tenemos la diversidad pero falta la unión. Es un momento muy bonito para tratar de ver dónde está lo mejor de todas partes, y España tiene mucho que ofrecer. La Comisión está entendiendo el problema y querrá que vayamos en la buena dirección, que aprendamos unos de otros y, como resultado de ello, haya unas guías que permitan ofrecer lo mejor que hay en todas partes.

**Félix Rubial:** Creo que la diversidad tiene su enorme valor, en el sentido de que permite que existan distintas líneas de desarrollo en las distintas comunidades, y lo importante viene después, que estas líneas se demuestren efectivas y eficientes, que afloren y puedan ser compartidas. Es el gran valor del estado autonómico en general y en sanidad en particular. Efectivamente, falta el paso de ponerlas a disposición de todos y que podamos compartirlas, y en ese sentido el Consejo Interterritorial juega su papel, el ministerio juega su papel y desde la Comisión Europea se nos está instando a que vayamos por esa línea.

**Elías Delgado:** España tiene un peso importante en investigación pero quizá habría posibilidades de hacer más cosas. El tema de los Ciber ha sido muy bueno, pero desgraciadamente el Caiber se nos ha ido abajo. En el mundo de la diabetes hay muchas líneas de investigación tremendamente atractivas, por ejemplo las células madre con componentes inmunomoduladores, que tienen que apoyar los que tienen los recursos en investigación.

**Agustín Rivero:** Es muy difícil que se llegue un consenso en la UE: En Polonia hace dos años que no hay un medicamento innovador, y como este otros países. En una reunión a nivel de direcciones generales se planteó el tema de unificar algunas prácticas, yo fui de los que dije que me parecía bien pero también muy complicado. Hasta las mismas sociedades científicas, no todas están de acuerdo a la hora de tomar una decisión, y eso también pasa en las comunidades autónomas. Lo que estamos intentando es que cuando se apruebe un medicamento innovador se intente introducir en todas las comunidades autónomas. El objetivo está claro que va a depender de la persona, el clínico, etc. pero lógicamente cada comunidad va a tener su prioridad en una patología, porque tiene más o menos. Hay tantísimos protocolos que muchas veces es muy difícil cumplirlos porque son muy estrictamente definidos y cada uno tiene su forma de trabajar. Está claro que los medicamentos nuevos e innovadores tienen que llegar a toda la población, las sociedades científicas tienen que saber quiénes son y a dónde tienen que ir, y eso tienen que definirlo para que quien esté en Virgen del Rocío haga lo mismo que quien esté en el Vall d'Hebron. Administración y sociedades científicas deben decir: este es el protocolo que tienen que utilizar todos los especialistas.

#### Los medios y las expectativas erróneas

**Elías Delgado:** Cuando sale una noticia, sabes que de cada diez pacientes diabéticos, ocho te van a preguntar sobre la investigación. Siempre les digo lo mismo: Lo que aparece es los periódicos es una punta de lanza de la investigación, pero hasta que llegue a utilidad clínica van a pasar muchos años, con lo cual lo que tú (el paciente) tienes que hacer es estar en el mejor tratamiento posible, con las mejores condiciones posibles, para poder ser un candidato a futuras investigaciones que sean de aplicación clínica. Hay que ser muy cauto a la hora de sacar a la luz pública investigaciones.

**José Ángel Díaz:** Los médicos y la sociedad tenemos la responsabilidad de modular ese tipo de noticias, es muy peligroso porque estamos acostumbrados, en diabetes, a que salgan muchas noticias erróneas. Lo último, por ejemplo, la cirugía metabólica. Algunos pacientes preguntaron si se tienen que operar para curarse. Tenemos que sacar comunicados continuamente para frenar y filtrar este tipo de información e informar de que hay tratamientos innovadores que todavía no se pueden aplicar, que se está investigando, etc. Tenemos que estar muy alerta a las noticias que salen en diabetes.

**Agustín Rivero:** La administración no puede salir a cortar este tipo de informaciones porque al ser políticos no saben de esto y tienen que ser las sociedades científicas las que lo hagan. Nos llegan

cartas de todas las comunidades autónomas, cartas personalizadas dirigidas a la ministra, diciendo que hay un nuevo producto que tiene que entrar en la cartera de servicios. Las sociedades científicas tenéis que decir más que la administración, a la que no se le va a hacer caso, se le acusará de ahorrar dinero, de no querer introducirlo, etc. Si ha salido el presidente de la sociedad científica diciendo "esto es así", ya no hay discusión posible.

**Juan Riese:** Hay que apelar al sentido de responsabilidad de los profesionales de la comunicación. No se dan cuenta de lo que supone dar una noticia de este tipo, es tan malo decir noticias falsas como levantar expectativas demasiado pronto. En todos los artículos que he publicado acabo con las palabras "it needs further investigation", necesitamos más investigación. Lo que se dice habitualmente es una prueba de concepto, hasta que llegue a un mercado todos sabemos lo que pasa.

#### Importantes innovaciones después de décadas

**Eliás Delgado:** Las novedades que hemos tenido de la diabetes en los últimos diez años han sido muy superiores a los 50 años anteriores. Está ocurriendo lo que pasó en el mundo de la hipertensión hace 30 años. Los investigadores y las empresas farmacéuticas están apostando por la investigación en esta línea y eso se está traduciendo en nuevas posibilidades terapéuticas para ir usándolas en los pacientes, con todas las seguridades, etc. Creo que estamos en un momento crucial, hay varios estudios en este momento sobre estas nuevas familias de fármacos que nos van a decir si además de controlar los niveles de glucosa aportan ese beneficio que estamos esperando para todos los pacientes de diabetes, que es disminuir su riesgo cardiovascular. Yo diría que en este momento hay que ser optimistas porque hay mucha investigación en el mundo de la diabetes, aunque les pediríamos a los gestores de la investigación que sigan apoyando a los investigadores españoles en esta línea porque son muchos y muy buenos.

**Agustín Rivero:** El año pasado, Farmacia pasó 140 millones de euros al Carlos III para la investigación, y este año serán 125 millones porque los ingresos han sido menores, pero son muchos millones de euros.

**Juan Riese:** Se aprovechan bien, pero tenemos que decir que en Europa se mueven en cifras de 70.000 millones de euros.

#### Conclusiones

**Jorge Francisco Gómez:** Hay motivos para pensar que no solo con lo que tenemos, sino con lo que probablemente está por venir en los próximos años, nuevas familias de fármacos, nuevos fármacos que cubren mejores espectros, hay motivo para ser optimista con cautela.

**Eliás Delgado:** Me quedo con esta frase que ya dijo el doctor Joslin en los años 20: "El diabético que sabe más vive más y mejor". Ese es nuestro reto hoy en día de innovar y meter esa educación en todos nuestros pacientes. Además, hay optimismo porque tenemos mucha investigación y fármacos nuevos que podemos

#### Conclusiones del debate.

usarlos de forma correcta para mejorar esa morbimortalidad cardiovascular, que es lo que queremos en todos nuestros pacientes.

**Juan Riese:** Tenemos que tener cautela en dar buenas noticias. En la Unión Europea hay un apoyo total a la innovación, empujando los resultados obtenidos hacia el mercado para que disfrute la sociedad en todos sus problemas y sobre todo en salud, en este caso de la diabetes. Hay un apoyo muy fuerte por parte de los políticos en Europa para que esto sea una realidad en el futuro, en el año 2020 tengamos más cosas en el mercado que mejoren la calidad de vida.

**José Ángel Díaz:** Somos bastante optimistas en cuanto al momento que estamos viviendo en innovación terapéutica, y esto ha hecho que el entendimiento con la administración sea mucho mejor que hace algunos años, y el entendimiento entre las distintas sociedades científicas sea cada vez mayor, lo que está haciendo que se elaboren nuevas guías y consensos y puedan ser aplicadas de forma adecuada.

**Félix Rubial:** Me congratulo del optimismo de los especialistas clínicos en cuanto a las innovaciones terapéuticas, deben ir acompañadas de innovaciones organizativas: La diabetes como paradigma, mejorando su atención vamos a mejorar la atención a otras enfermedades crónicas; necesidad de prevención primaria desde la más tierna infancia; necesidad de mejorar el infradiagnóstico, y el manejo multidisciplinar con la implicación del paciente e incluyendo las nuevas tecnologías.

**Agustín Rivero:** Innovación sí, pero para quien esté dirigida concretamente. El Ministerio no va a poner ningún "pero" si la damos a quien lo necesita.