



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



CARTAS AL DIRECTOR

Si Hipócrates levantara la cabeza. . . Sobre la no atención a inmigrantes «ilegales»

If Hippocrates was among us. . . About the no-attention to “illegal” immigrants

Ante la actual situación derivada de la aprobación del RD 16/2012¹ (con entrada en vigor el pasado 01-09-2012) no se puede aplicar, ni mucho menos, aquello de «este es un pequeño paso para un hombre pero un gran salto para la humanidad». Todo lo contrario. Según el INE², el pasado año llegaron a nuestro país 457.650 personas (cabe destacar que emigraron 507.740), de los cuales el 32,77% fueron etiquetados como «ilegales», a los que se les negará la atención en la sanidad pública («salvo excepciones»)¹.

Tal y como figura en dicho RD, esta es una medida «urgente» que pretende «mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones». La ironía surge cuando en ningún caso se puede producir tal mejoría, puesto que: a) se pretende dejar desatendida a una masa de población nada despreciable (aproximadamente 150.000 personas); b) el hecho de negarles la asistencia puede provocar el desarrollo de epidemias; c) con este tipo de medidas puede fomentarse la xenofobia en los usuarios «legales» del Sistema Nacional Sanitario (SNS); d) se compromete al facultativo a tener que tomar una decisión que para muchos puede resultar desagradable, objetar o cumplir con la ley pese a incurrir en un delito de «omisión de socorro» o «denegación de auxilio»; e) aumentará la atención en los Servicios de Urgencias (de por sí sobresaturados gracias a recortes previos), generando unos costes económicos con los que no se ha contado, y f) la calidad asistencial no puede progresar cuando constantemente el SNS (y especialmente el colectivo de APS^{3,4}) está sufriendo recortes indiscriminados (destinándose el dinero a otros fines, como, por ejemplo, al colectivo taurino o al rescate de bancos, aunque ello supone otra historia).

Como estudiantes de medicina, quisiéramos manifestar nuestro desconcierto y decepción ante las directrices que ha tomado el actual Gobierno con respecto a esta situación. No entendemos cómo se incluyen asignaturas como Legislación, Gestión Sanitaria o Bioética en los planes de estudio, cómo se nos habla de la Carta de Esculapio, del Juramento Hipocrático, de la Declaración de Ginebra, de la Ley General de Sanidad o del Código Deontológico, si finalmente pretenden que neguemos la asistencia a quien la requiere. ¿Cómo es posible que se planteen planes educativos en los que se incluye la formación humanística y cultural del estudiante y

ulteriormente se adopten este tipo de medidas? Si una persona precisa nuestra atención, ¿por qué debemos distinguir entre raza, color, nacionalidad o situación de legalidad?

Entendemos que nuestros gobernantes-tecnócratas olvidan (con cierta frecuencia) que el médico trata a personas, que trabaja con un igual; luego el hecho de atender a los pacientes «ilegales» no debe ser una cuestión de conciencia, sino de mero reconocimiento de Derechos Humanos. Cuando un Gobierno antepone los deseos de unos pocos (bancos, equipos de fútbol o empresas de distinta índole) a los derechos de una población, y no vela por sus intereses, las personas quedamos vulnerables, especialmente aquellas con menos recursos. En este sentido, los más desfavorecidos son los primeros a los que se debería proteger, y así lo entiende la Constitución Española (Artículo 43: «Derecho a la protección de la salud»)⁵. La salud no puede ni debe estar supeditada a aspectos puramente económicos.

No entendemos cómo argumentan la necesidad de implantar esta cruel medida basándose en criterios únicamente económicos, cuando el ahorro correspondiente a negar la asistencia a inmigrantes «ilegales» supondría unos 500 millones de euros, es decir, el equivalente al 0,71% del presupuesto anual del Ministerio de Sanidad, el cual curiosamente recuerda el coste del fraude fiscal en España: 70.000 millones de euros.

Tras la lectura del mencionado RD concluimos que esta es una medida absolutamente irresponsable, desalmada, irracional y repleta de contenido demagógico, que como estudiantes de medicina, usuarios del SNS y futuros médicos rechazamos rotundamente.

Desde aquí queremos agradecer a los más de 2.000 médicos que se han declarado objetores de conciencia. ¡Gracias!

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de Abr, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. B.O.E. de 24 de Abr de 2012 (número 98). Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2012/04/24/pdfs/BOE-A-2012-5403.pdf> [consultado Sep 2012].

2. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en: <http://www.ine.es/> [consultado Sep 2012].
3. Ferreira Padilla G. Medicina de Familia en el ámbito universitario: reflexiones de un estudiante de 4.º de medicina. *Aten Primaria*. 2012;44:631-2.
4. Ferreira Padilla G. Valoración de un estudiante de 4.º de Medicina sobre la Medicina de Familia y Comunitaria y Atención Primaria de Salud en España. Breve revisión histórica. *fml*. 2012;16:11p. Disponible en: http://www.revistafml.es/upload/ficheros/noticias/201208/1606_op_valoracion_estudiante_mfyc_y_ap_en_espaa.pdf [consultado Sep 2012].
5. O Constitución Española. Disponible en: <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>.

Guillermo Ferreira Padilla* y Teresa Ferrández Antón

Grupo de Investigación ComunVista, Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir (UCV), Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: g.ferreirapadilla@hotmail.com (G. Ferreira Padilla).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.09.006>

Elastofibroma dorsi: serie de 4 casos diagnosticados en atención primaria

Elastofibroma dorsi: A series of 4 cases diagnosed in Primary Care

Sr. Director:

El elastofibroma dorsi (ED) es un tumor benigno de tejido conjuntivo, infrecuente y de lento crecimiento. La etiología es controvertida (origen genético, microtraumatismo, estrés mecánico). Es más prevalente en mujeres (8:1) y en mayores de 50 años¹. Se localiza en el 99% de los casos entre el ángulo inferior de la escápula y la pared torácica, profundo a los músculos serrato anterior y *latissimus dorsi*, siendo frecuentemente bilateral. Rara vez aparece descrito en otras localizaciones: olécranon, deltoides, trocánter mayor, región inguinal, pie, estómago, mediastino anterior, raquis, válvula tricúspide y región ocular². Desde el punto de vista clínico, suele presentarse como una masa globulosa, de crecimiento lento, que no interfiere con la función de la extremidad afectada hasta que adquiere un tamaño relevante. Cuando se manifiesta, la sintomatología consiste en una masa en el borde inferior de la escápula, más evidente cuando el miembro superior está en flexión y adducción (para la exploración, se pide al paciente que se toque con la mano la escápula contralateral), que provoca dolor predominantemente nocturno, rigidez del hombro y escápula en resorte³. El diagnóstico se basa en la exploración física y en pruebas de imagen: ecografía, tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética (RM)⁴. El hallazgo de una lesión contralateral apoya el diagnóstico de ED. La biopsia *trucut* solo es necesaria prequirúrgicamente cuando se sospecha un sarcoma de partes blandas. La actitud debe ser conservadora ante ED asintomáticos y se procederá a la extirpación quirúrgica cuando el dolor y/o limitación funcional sean incapacitantes⁴. Los resultados clínico-funcionales obtenidos con la cirugía son satisfactorios en todos los casos descritos en la literatura médica y las complicaciones infrecuentes^{5,6}.

Presentamos la serie de 4 casos de ED diagnosticados en nuestro centro de atención primaria entre enero de 2010 y julio de 2012. Se trata de 2 varones de 62 y 37 años y 2 mujeres de 52 y 71 años, respectivamente. Los 4 pacientes presentaban dolor y chasquido escapular al movimiento

de la extremidad afectada. En la exploración se observaba asimetría y resalte de la escápula correspondiente a la extremidad dolorosa en todos los pacientes y masa palpable subescapular en 3 de ellos. Como prueba de imagen se solicitó RM, observándose en todos los casos lesiones subescapulares de intensidad intermedia en T1. En 3 pacientes el ED era bilateral.

Se realizó extirpación quirúrgica unilateral en los 2 pacientes que presentaban ED de mayor tamaño (6 × 3 × 2 cm, 6 × 4,6 × 5 cm) y clínica que disminuía su calidad de vida, confirmándose el diagnóstico en el estudio



Figura 1 Examen físico donde se objetiva una masa palpable en el vértice inferior de la escápula (marcada con la flecha) al tocarse la escápula contralateral con la mano.