

Encarna Guillén desencadenada: políticas sanitarias fuera de la realidad y conflictos de interés

Existe una sobrevaloración muy evidente de la capacidad de la medicina de precisión para conseguir mejoras sustanciales para los pacientes con enfermedades raras. Cuánto más para abordar los verdaderos problemas sanitarios de cualquier país o región; nada que ver con lo que necesita nuestra Comunidad.

La impresión es que consejera de sanidad, Encarna Guillén está poniendo sus intereses profesionales, personales y científicos por encima de las necesidades de salud de los murcianos.

Nuestra máxima responsable sanitaria está cada vez más “desencadenada”. Desde el principio de su etapa de gobierno fue clara su apuesta por apoyar desde la Consejería de Sanidad su propia área de trabajo e investigación, las enfermedades raras. Pero colocar la medicina de precisión en un nivel estratégico es simplemente una inconsciencia.

Y no es que apoyar políticas en relación con las enfermedades raras, por supuesto, sea malo; pero sí lo es que empiece a parecer que no hay otra cosa más importante para la Sra. Consejera en la sanidad murciana.

Es ya obvio, en mi opinión, que existe un conflicto de interés entre las políticas sanitarias que impulsa Encarna Guillén y el desarrollo de sus propios intereses científicos y profesionales

¿La consejera de sanidad utilizando su puesto político para potenciar su carrera cuando vuelva a su labor asistencial? Suena fuerte pero me temo que se acerca a la verdad.

La última de la consejera Guillén ya es de traca. Ahora quiere convertir la Región de Murcia, en referencia nacional en medicina de precisión:

“La Comunidad quiere estar en la primera línea de los cambios que el sistema de salud necesita, y en este sentido apostamos por la medicina de precisión” dice.

La casi segura futura Jefa del Servicio de Pediatría y de la nueva Unidad de Genética Médica de la Arrixaca (que anunció su mentor PAS; es una relación de simbiosis clara) y del Centro de Bioquímica y Genética Clínica (que realizará los caros test genéticos en los que se basa la medicina de precisión), coordinadora del grupo de investigación en Enfermedades Raras de la Región (que será el más favorecido por esta apuesta), ha decidido impulsar el controvertido abordaje de la atención sanitaria consistente en “estudios genéticos personalizados para afinar el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes, que en resumen es de lo que se trata”.

Tras invitar al Dr. Hernández Medrano, un “gurú” de la medicina de precisión y la explotación del big data, la consejera ya tiene clara la solución para mejorar la salud pública murciana: la medicina de precisión.

Para que lo entiendan los lectores, utilizo palabras de los investigadores españoles:

“Los motores de este cambio en la medicina son la expansión en conocimientos en genética, epigenética e identificación de biomarcadores en la mayoría de enfermedades, así como la capacidad tecnológica de análisis de gran cantidad de información. Esto último, permite el desarrollo de registros y bases de datos clínicos y biológicos de un gran número de pacientes y su análisis (big data). Ello permite identificar clusters de pacientes con características comunes a nivel de pronóstico o de susceptibilidad terapéutica no conocidos en la actualidad”

Pero entonces: ¿es la medicina de precisión algo más que la excusa para (auto)impulsar la carrera académica, profesional y científica de la actual consejera de sanidad?

Veamos

Vinay Prasad, un prestigioso oncohematólogo norteamericano, expresaba hace 1 año en una importante revista oncológica norteamericana la sobrevaloración de la medicina de precisión y contaba parte de su historia.

Casi todo comenzó con el imatinib, un fármaco que atacaba los tumores en su propia base molecular:

“La aparición de imatinib como terapia para pacientes con leucemia mieloide crónica fue recibida con gran entusiasmo. Supuso una validación de que eran posibles

terapias con dianas moleculares.. Cuando esta medicina mostró posteriormente tener eficacia en tumores del estroma gastrointestinal 2 -A, personas previamente intratables, muchos pensaron que era sólo cuestión de tiempo que el cáncer fuera domesticado.”

Este indudable avance y el entusiasmo general posterior, coincidiendo con el final del proyecto de secuenciación del genoma humano, hizo que la investigación médica y las empresas farmacéuticas y tecnológicas se lanzaran en tromba en busca de las dianas moleculares de cualquier enfermedad.

Pero lo que había servido para un cáncer raro, no era igual de válido para los cánceres más prevalentes u otras enfermedades, ya que pronto fue evidente que la mayoría de las patologías tienen alteraciones moleculares mucho más complejas y que la medicina de precisión puede servir como mucho para algunas pocas enfermedades.

Como escribía Jeneen Interlandi en Scientific American criticando la millonaria inversión de Obama en este nuevo paradigma médico:

“Por cada experto que defiende la medicina de precisión hay otro que piensa que los esfuerzos invertidos en ella son una pérdida de tiempo y dinero”

Obama citó en el discurso en el que anunció la millonaria inversión en 2015, el fármaco Ivacaftor, que ha aliviado los síntomas en un subgrupo pequeño y muy específico de pacientes con fibrosis quística (5% del total). La agencia norteamericana de medicamentos norteamericana FDA aceleró el desarrollo de la molécula hace unos

años, y el fármaco ha sido aclamado desde entonces como el prototipo de la medicina de precisión.

La verdad es menos espectacular. El fármaco tardó décadas en desarrollarse, cuesta 300.000 dólares al año por paciente, y es inútil en el 95 por ciento de los pacientes cuyas mutaciones son diferentes a las específicas sobre las que actúa en ivacaftor (cuyo diagnóstico de laboratorio es también sumamente costoso).

Lo que no se dijo es que las ventajas que aportaba el ivacaftor eran semejantes a tres tecnologías baratas y accesibles desde hace décadas: dosis altas de ibuprofeno, solución salina en aerosol y el antibiótico azitromicina.

“Estas últimas innovaciones baratas son parte de muchas mejoras de pequeña escala incorporadas al tratamiento de la fibrosis quística que han aumentado las tasas de supervivencia de manera impresionante en las últimas dos décadas”, dice Nigel Paneth, un pediatra y epidemiólogo de la Universidad Estatal de Michigan. “Cuestan mil veces menos que lo que valen los medicamentos “de alta tecnología”, y además son accesibles a todos los enfermos”.

El pertuzumab para cáncer de mama metastásico con un marcador molecular llamado HER2+ es otro ejemplo. Según un informe de evaluación, hay que tratar a 20 pacientes para que 1 aumente un 6% su probabilidad de estar viva el primer año, con un coste total de 1.099.482,00 €. La mujer desgraciadamente, con o sin pertuzumab, morirá de su cáncer en pocos meses.

Los ejemplos del ivacaftor y del pertuzumab señalan perfectamente el escaso impacto en términos de salud de estos fármacos y los elevados precios que se están pagando por ellos. ¿Esta es la ciencia promisoriosa en la que la consejera Guillén está centrando sus estrategias políticas? Poco más que humo científico a un precio escandaloso.

Pero si la medicina de precisión ha demostrado pocos resultados en las enfermedades raras, menos en las más prevalentes. Como dice Prasad hablando de la oncología de precisión:

“La evidencia acumulada indica que los tumores más frecuentes albergan un gran número de alteraciones moleculares, la mayoría de ellas sin un efecto clínicamente significativo”

Lo sorprendente es que a pesar de estas evidencias se hacen cada vez más caros los tests genéticos para diagnosticar dianas moleculares, con el fin de que el sistema público pague “con precisión” los carísimos fármacos que, con frecuencia, acaban teniendo menos beneficios que las terapias convencionales.

De hecho, cuando se han hecho estudios más robustos científicamente, como el ensayo clínico francés Shiva que compara tratamientos con dianas moleculares con terapias convencionales, los primeros aparecen como menos efectivos y más tóxicos. ¿No parece ciertamente irresponsable vender humo científico que pagaremos todos a precio de oro para justificar políticas sanitarias que posiblemente solo beneficien la carrera profesional, científica y académica de la persona nombrada para atender los gravísimos problemas de salud de la población murciana?

En opinión de Prasad y otros muchos científicos estamos yendo dos pasos por delante de los datos objetivos; y la historia de la medicina nos ha enseñado que tendríamos que ser mucho más prudentes.

La consejera va 100 pasos por delante. Lo que es una hipótesis atractiva de investigación, con algunos escasos resultados alentadores, aunque a un precio inasumible, no puede ser la base para el desarrollo de ninguna estrategia de salud pública.

Como escribe Jeneen Interlandi:

“Parece justo decir que pasará mucho tiempo antes de que la ciencia llegue al punto en que pueda ofrecer un tratamiento adaptado individualmente al grueso de la población, si es que alguna vez lo hace. La pregunta es, ¿Debería intentarlo? Aunque la medicina de precisión puede tener sentido para personas con ciertas condiciones que son difíciles y costosas de tratar, como las enfermedades autoinmunes, en general, los enfoques más simples para tratar la enfermedad son mejores porque cuestan menos y benefician a muchos más pacientes”

La esperanza de vida ha aumentado en los últimos 50 años de una manera espectacular. Y ninguna de esas ganancias está relacionada con el ADN o las dianas moleculares. Al contrario, para muchos, la medicina científica que ha dominado la atención sanitaria en las últimas décadas probablemente ha tocado techo como recurso de salud pública.

Ahora hace falta mejorar los factores sociales que determinan la salud como la pobreza, el medio ambiente, la falta de cultura y educación, el trabajo precario, las viviendas mal acondicionadas, la falta de ayudas sociales, etc. Murcia está enferma de pobreza y ninguna diana molecular ni ningún big data va a cambiar esa realidad.

La medicina de precisión es una hipótesis de investigación pero no está en condiciones de ser una iniciativa de salud pública y menos una estrategia de política sanitaria. Si la consejera está entusiasmada con este nuevo paradigma que vuelva a su labor asistencial e investigadora y luche, en igualdad de condiciones con otros científicos, por generar financiación y apoyo social e institucional a sus líneas de investigación. Pero no es legítimo utilizar un cargo político para construir un sólido suelo profesional, académico y científico al que volver tras la aventura política que, como vemos, parece estar respondiendo más a sus intereses personales que a un genuino afán de servicio público.

Detrás de la medicina de precisión no obstante hay muchos intereses económicos, políticos, académicos y científicos que no van a dejar que la verdad arruine un buen titular a la consejera.

Los veremos.

Abel Novoa

Vicepresidente de la ADSP-RM

La opinión de este artículo es personal y no refleja necesariamente la de la Junta Directiva de la ADSP-RM

