



CONFERENCIA

¿PUEDE EL INTERNISTA AYUDAR AL SOSTENIMIENTO DEL SNS?

Dr. José Ramón Repullo Labrador

Jefe del Departamento de Planificación y Economía de la Salud
Escuela Nacional de Sanidad. Instituto de Salud Carlos III

irepullo@isciii.es

1

Sostenibilidad
interna y
externa

- Starting from around **6% of GDP** currently, the combined public health and long-term care expenditure for OECD countries is projected to reach **9.5% in 2060** in a **cost containment** scenario assuming that policies act more strongly than in the past to rein in some of the expenditure growth.
- In a **cost-pressure** scenario, which assumes no stepped-up policy action spending could reach **14% of GDP**. Projected increases are even steeper for some of the BRICS going on average from the current 2.5% to 5.3% and 9.8% of GDP depending on the scenario
- ... health care spending will be pushed up mostly by the combined effect of **technology**, **relative prices** and exogenous factors (such as institutions and policies),

<http://www.oecd.org/eco/growth/Health%20FINAL.pdf>



Public spending on health and long-term care: a new set of projections

OCDE: gastamos un 6%
En 2060 con esfuerzo de
contención un 9,5%, y sin
esfuerzos un 14%...

Compresión de la morbilidad: hipótesis de Fries

- La hipótesis de Fries (años 70) parece confirmarse: **al envejecer se comprime y desplaza la morbilidad hacia el fallecimiento.**
 - Los octogenarios están sufriendo ahora la carga de enfermedad que antes tenían los septuagenarios
 - Son los años previos al fallecimiento los que determinan la principal morbilidad y discapacidad; y también los costes.
- Si calculáramos los costes incurridos por una población en función de su **edad contada al revés** (de la muerte hacia el nacimiento), tendríamos una correlación mucho mejor que la habitual de la edad desde el nacimiento...

<http://aramis.stanford.edu/downloads/1980FriesNEJM130.pdf>

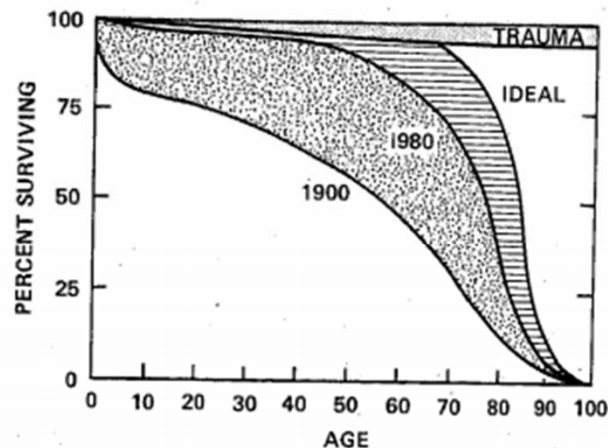


Figure 2. The Increasingly Rectangular Survival Curve.

parto Fires JF. Ageing, natural death and the compression of morbidity. NEJM, 1980, 17 Jul; pp: 130-35

THE NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE

July 17, 1980

SPECIAL ARTICLE

AGING, NATURAL DEATH, AND THE COMPRESSION OF MORBIDITY

JAMES F. FRIES, M.D.

Ciudadanos

Pacientes

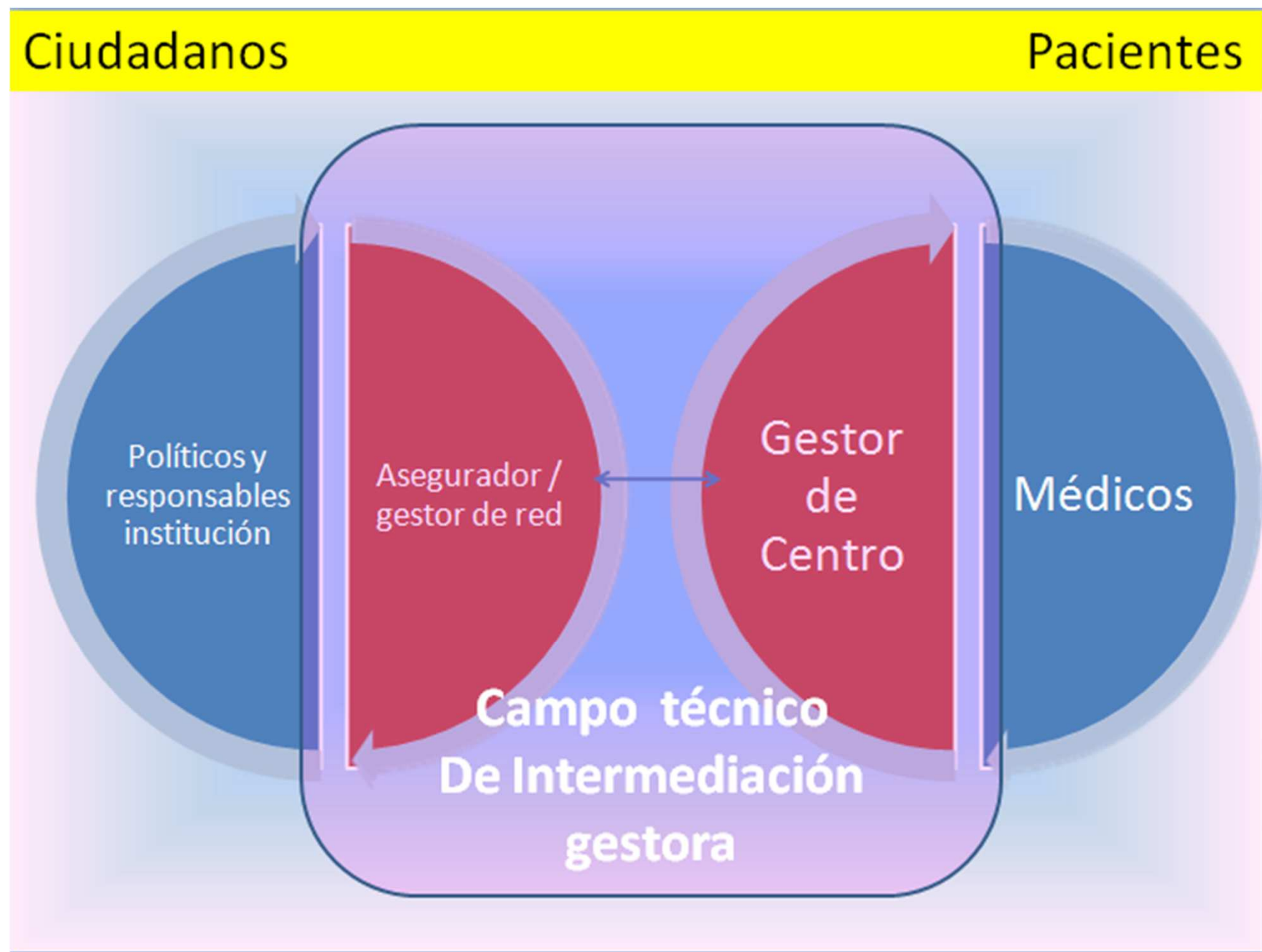
Políticos y
responsables
institución

Asegurador /
gestor de red

Gestor
de
Centro

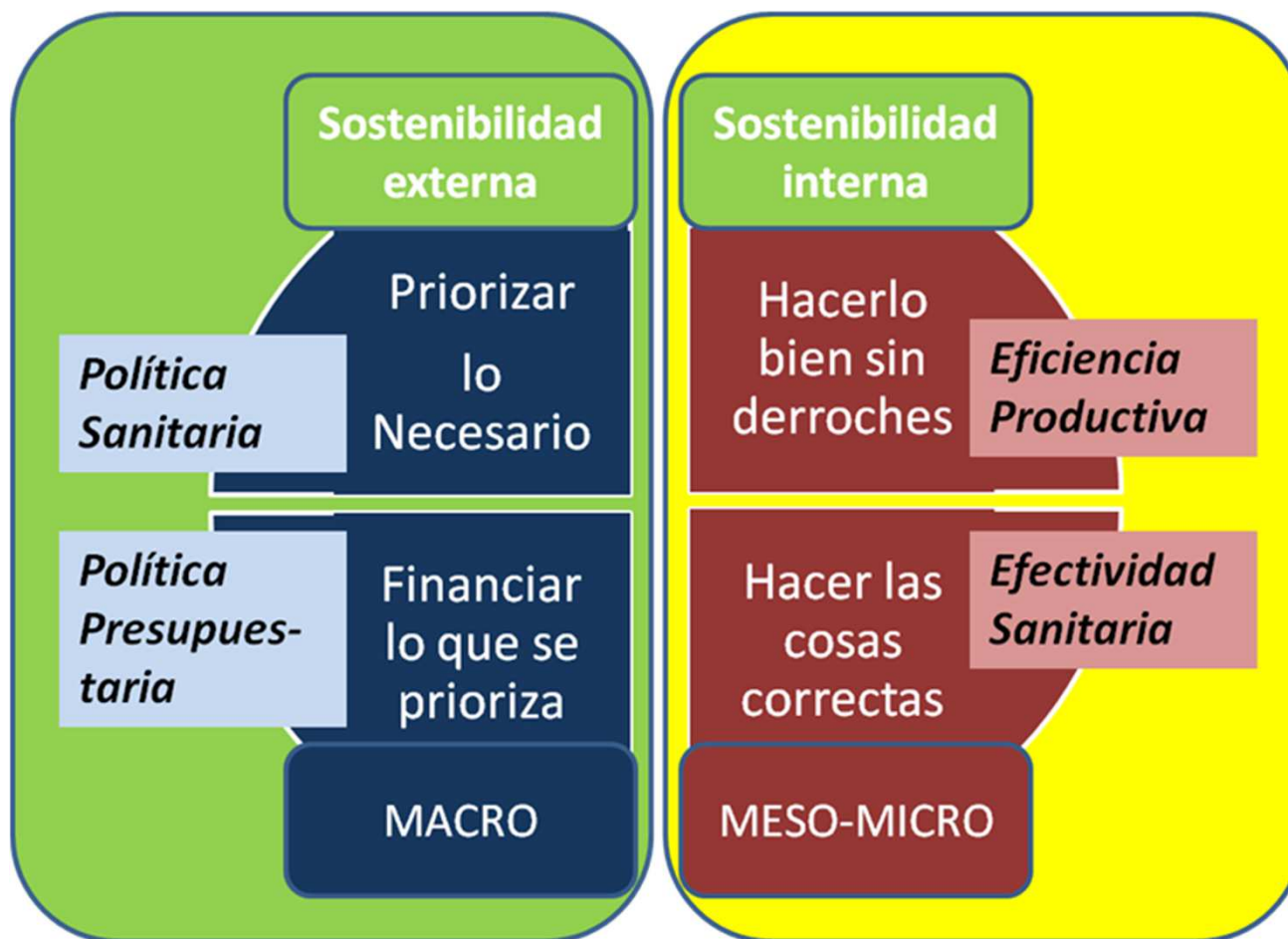
Médicos

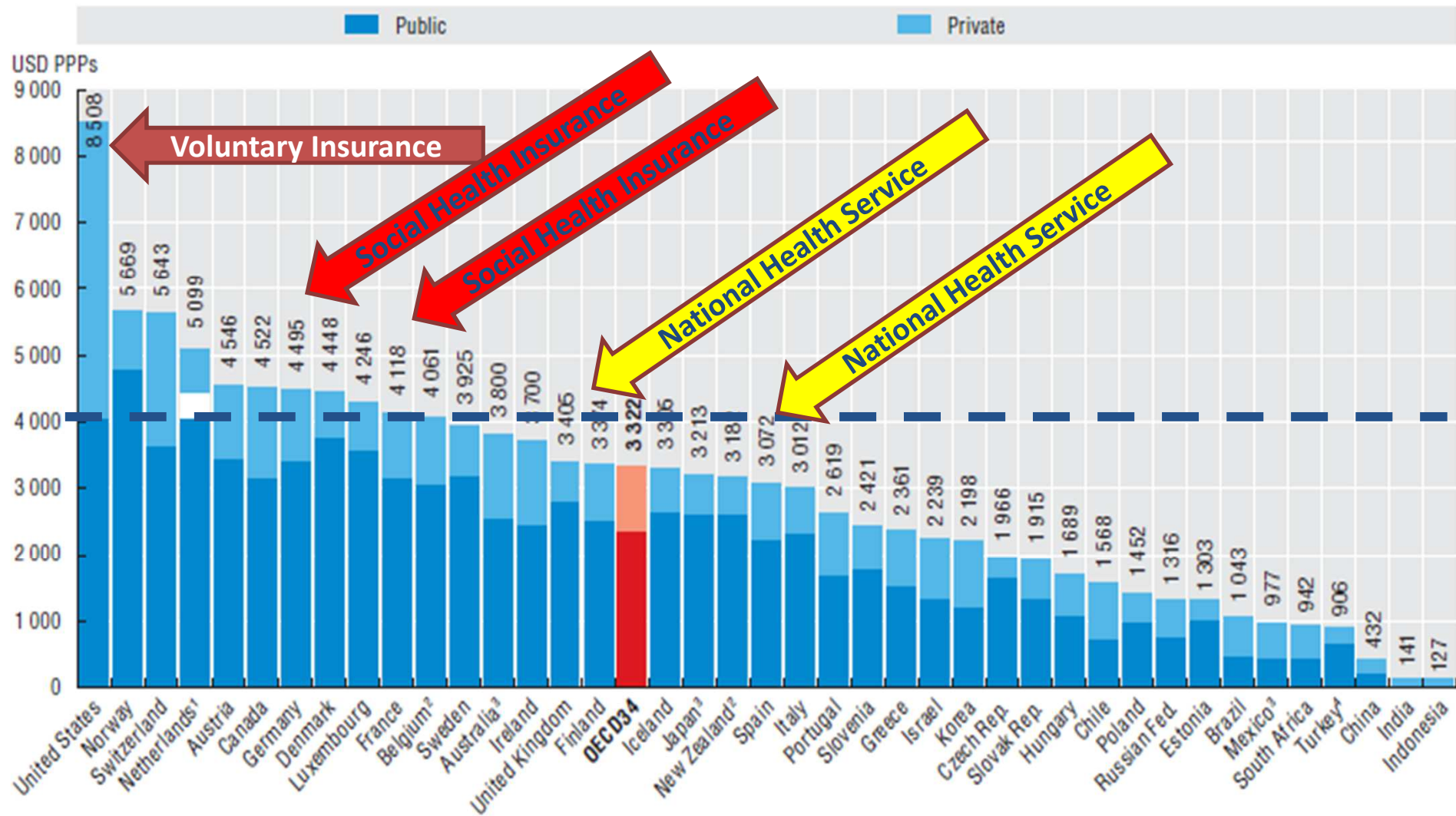
**Campo técnico
De Intermediación
gestora**



La sostenibilidad externa se establece por la Sociedad a través de los procesos políticos, y determina QUÉ SANIDAD DESEA TENER, Y CUÁNTO QUIERE PAGAR para ello.

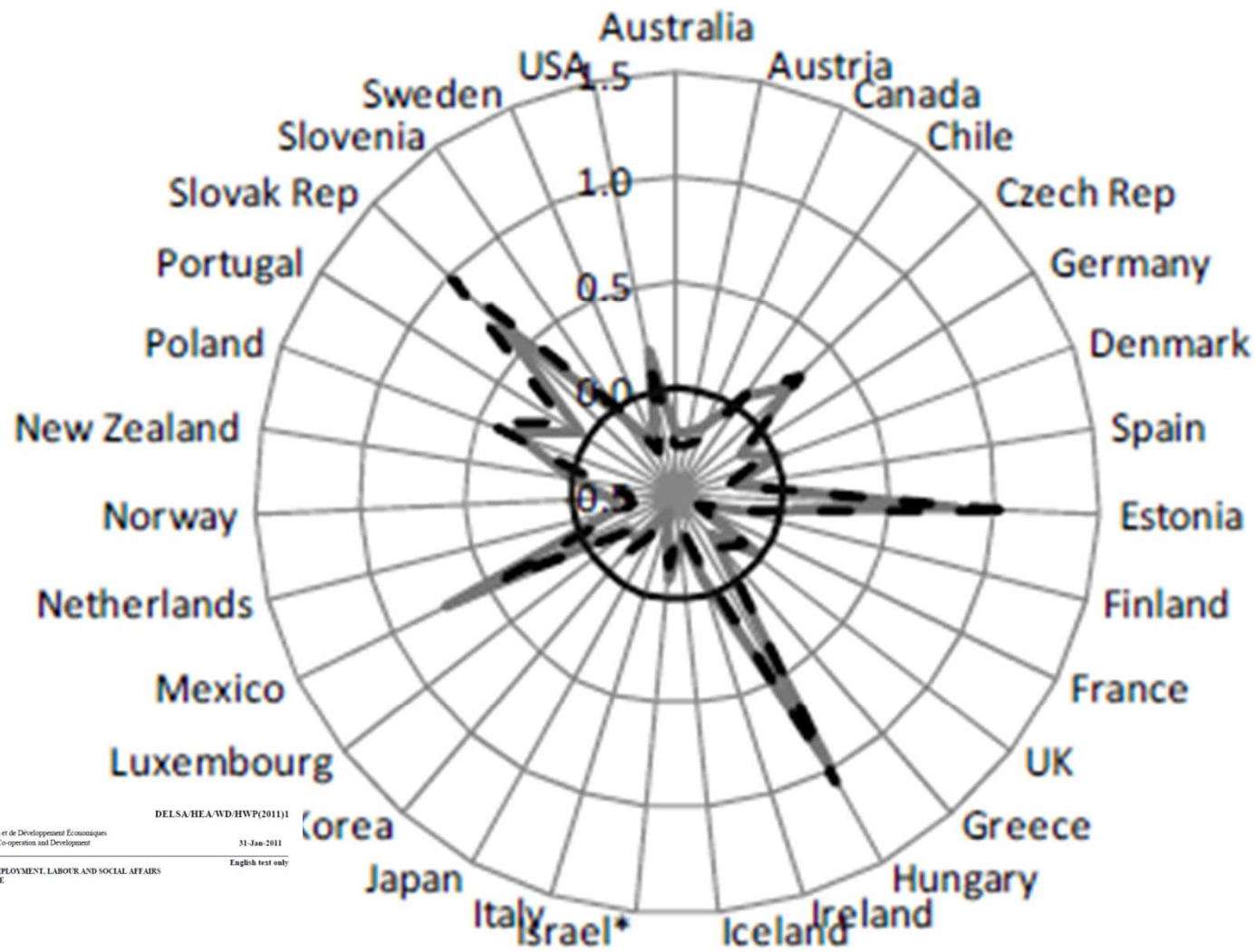
La sostenibilidad interna depende de nosotros; tiene dos componentes “hacer correctamente las cosas” y “hacer las cosas correctas”





7.1.1. Health expenditure per capita, 2011 (or nearest year)

Panel K. All causes



Unclassified
 DELSA/HEA/WD/HWP(2011)1
 Organisation de Coopération et de Développement Économiques
 Organisation for Economic Co-operation and Development
 31 Jan 2011
 English text only
 DIRECTORATE FOR EMPLOYMENT, LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS
 HEALTH COMMITTEE

Health Working Papers
 OECD HEALTH WORKING PAPERS NO. 55
 MORTALITY AMENABLE TO HEALTH CARE IN 31 OECD COUNTRIES:
 ESTIMATES AND METHODOLOGICAL ISSUES

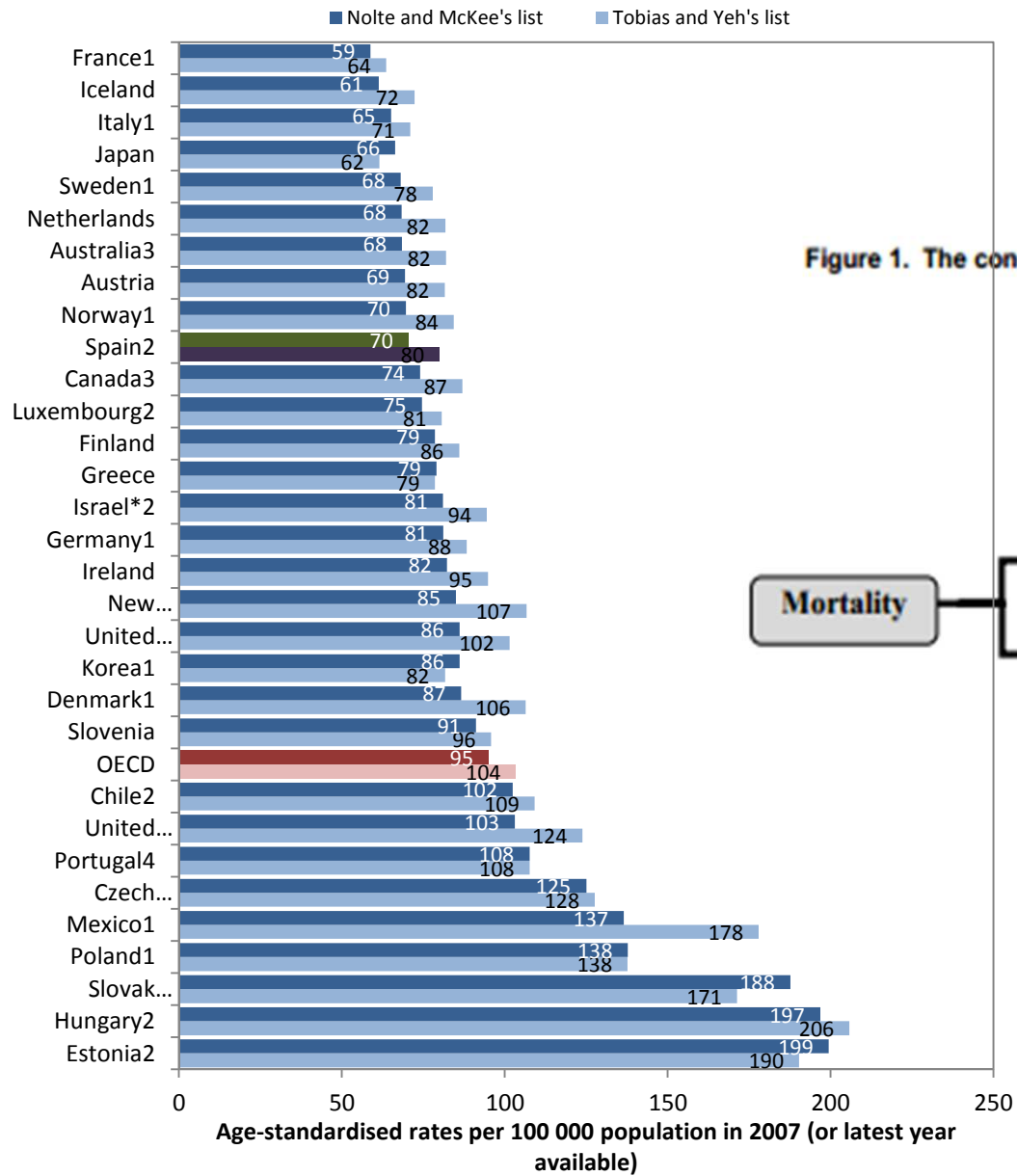
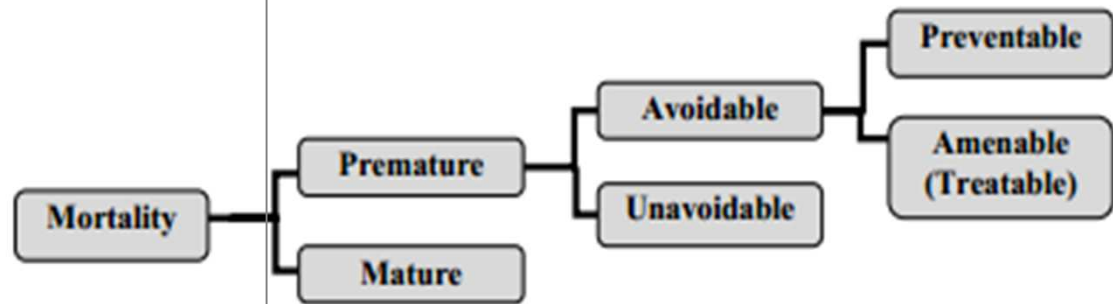


Figure 1. The concepts of avoidable and amenable mortality





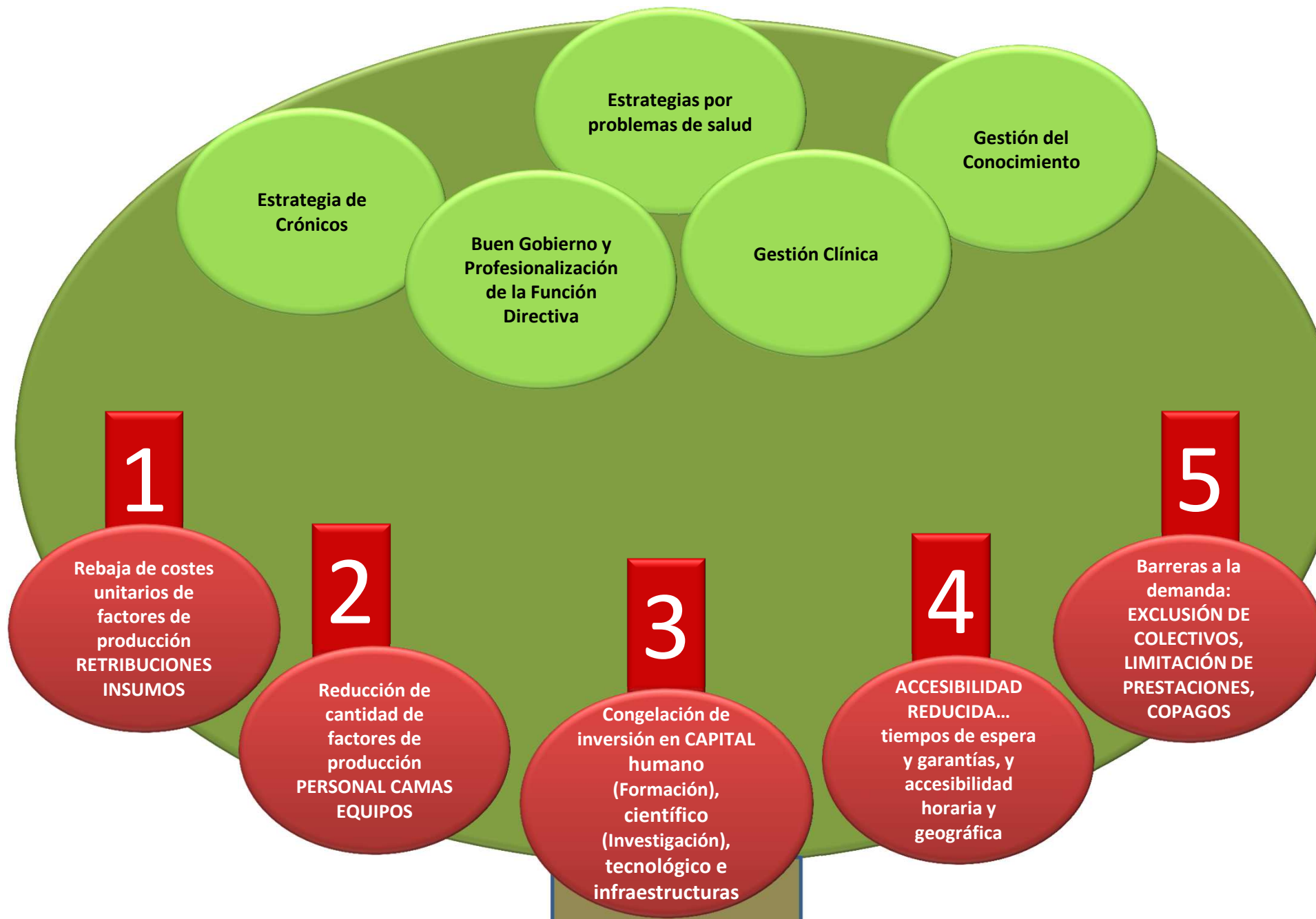
ACTUALIZACIÓN DEL PROGRAMA
DE ESTABILIDAD

REINO DE ESPAÑA

2012 - 2015



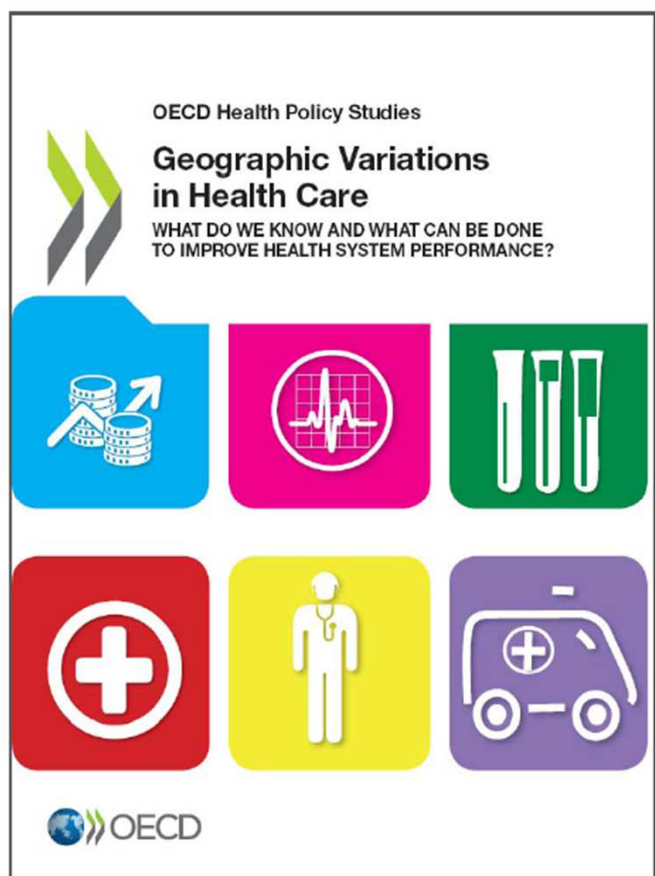
HAY RECORTES INGENUOS
¿AUSTERIDAD O AUSTRICIDIO?



ARBOL DE LOS RECORTES Y DE LA RACIONALIZACIÓN SANITARIA

2

¿Sanidad
internamente
sostenible?



Geographic Variations in Health Care

What do we know and what can be done to improve health system performance?

Health care use varies a lot across countries but also within countries. Some of the very large geographic variations observed cannot be fully explained by differences in need or patient preferences. Governments should step up efforts to ensure better use of health services.

This report provides information on health care use for ten health care activities and offers a range of approaches to promote the delivery of more appropriate levels of care.

<http://www.oecd.org/els/health-systems/FOCUS-on-Geographic-Variations-in-Health-Care.pdf>

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/geographic-variations-in-health-care_9789264216594-en

Figure 1. Hospital medical admission rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year

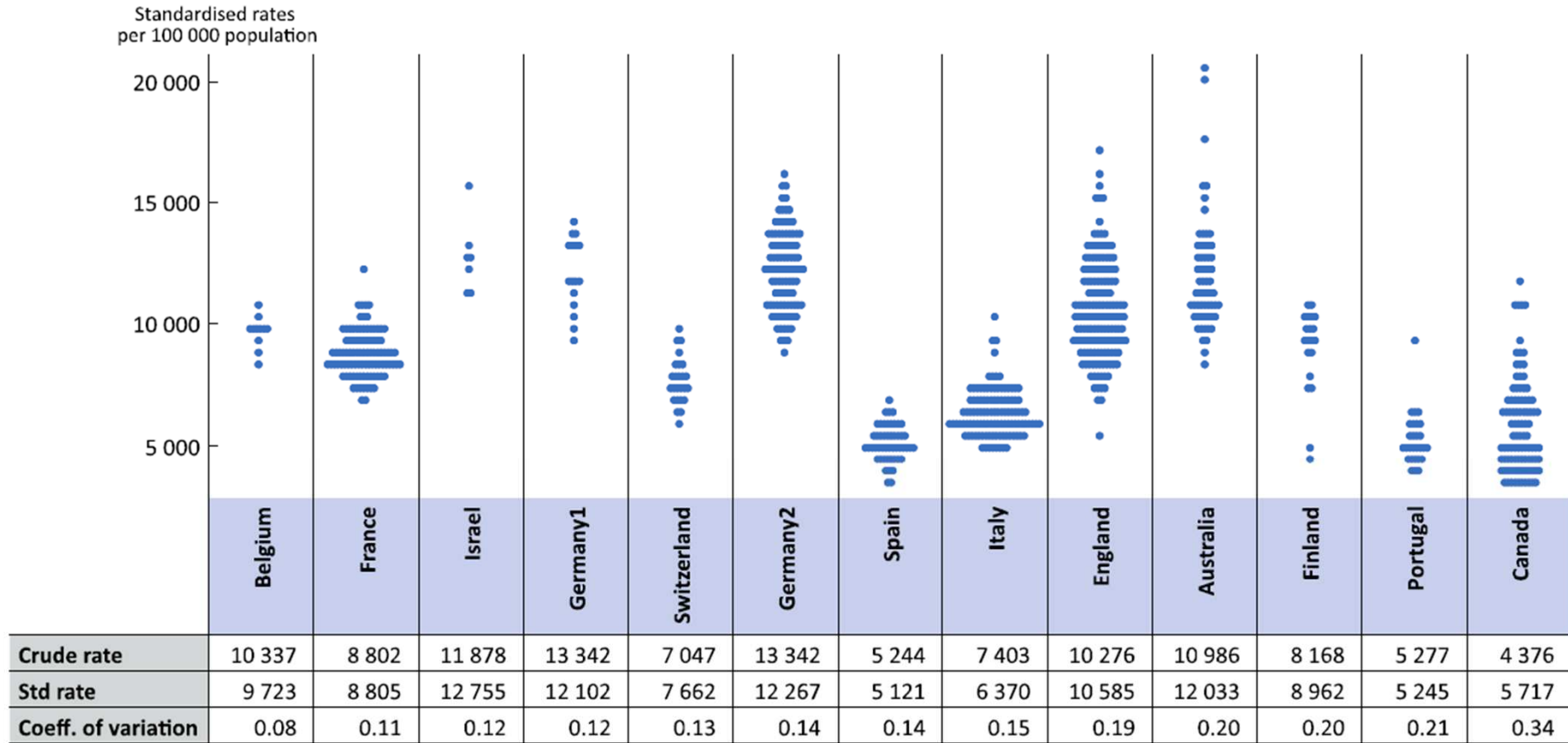


Figure 2. Knee replacement rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year

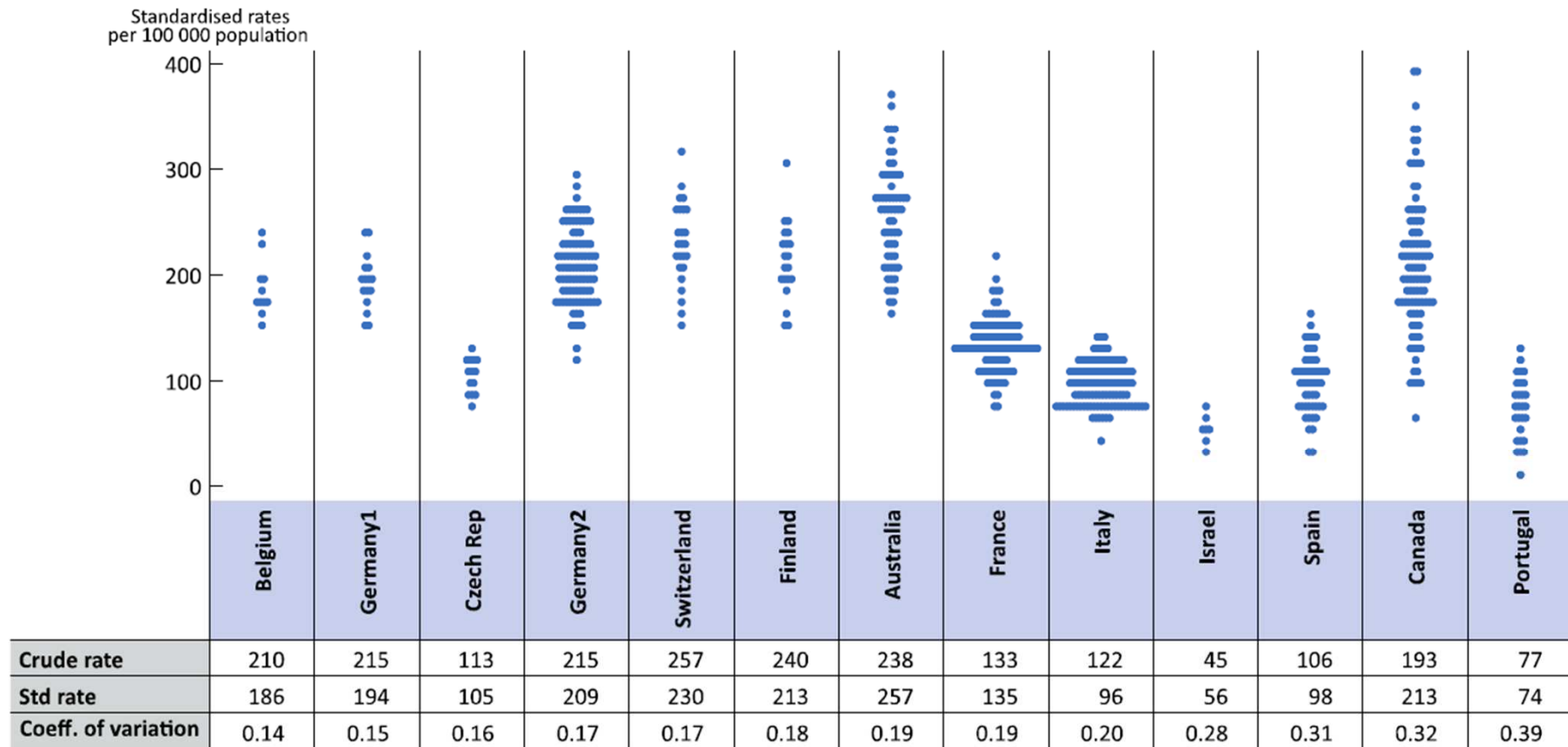
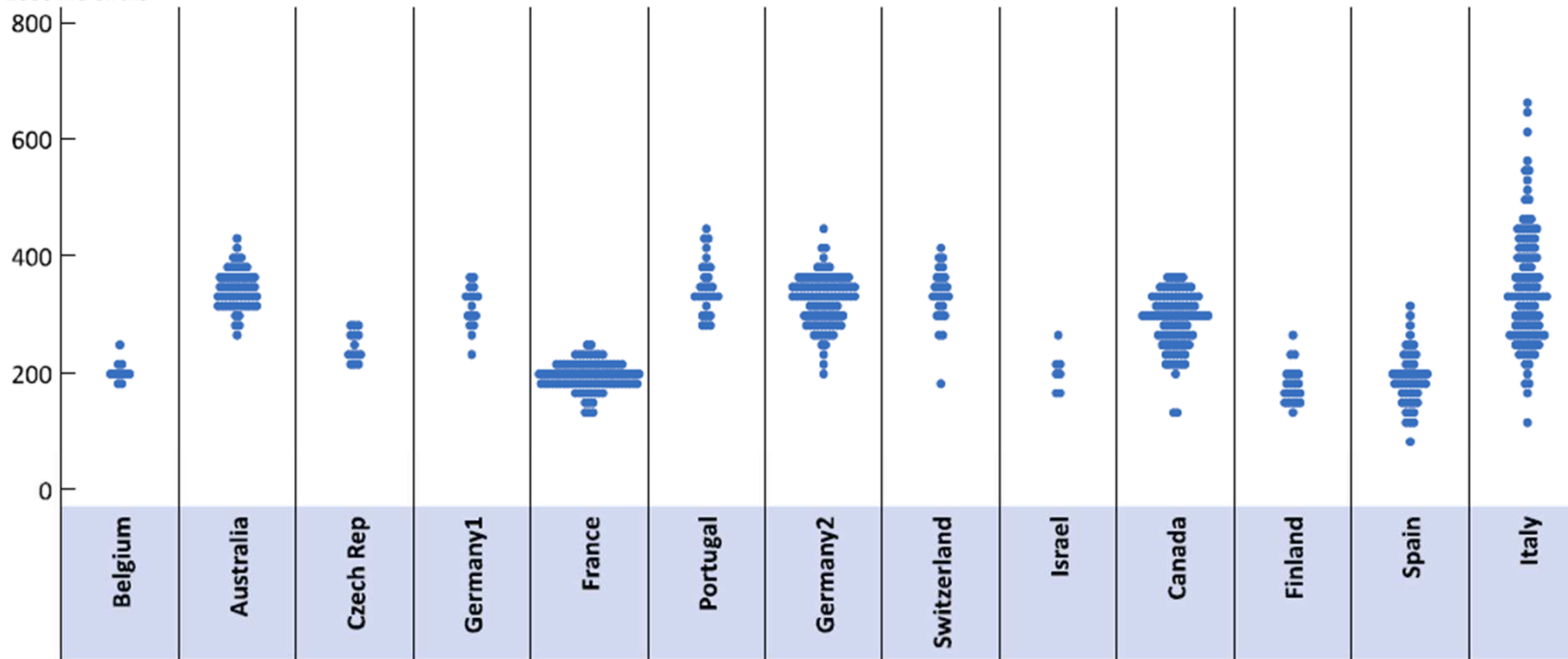


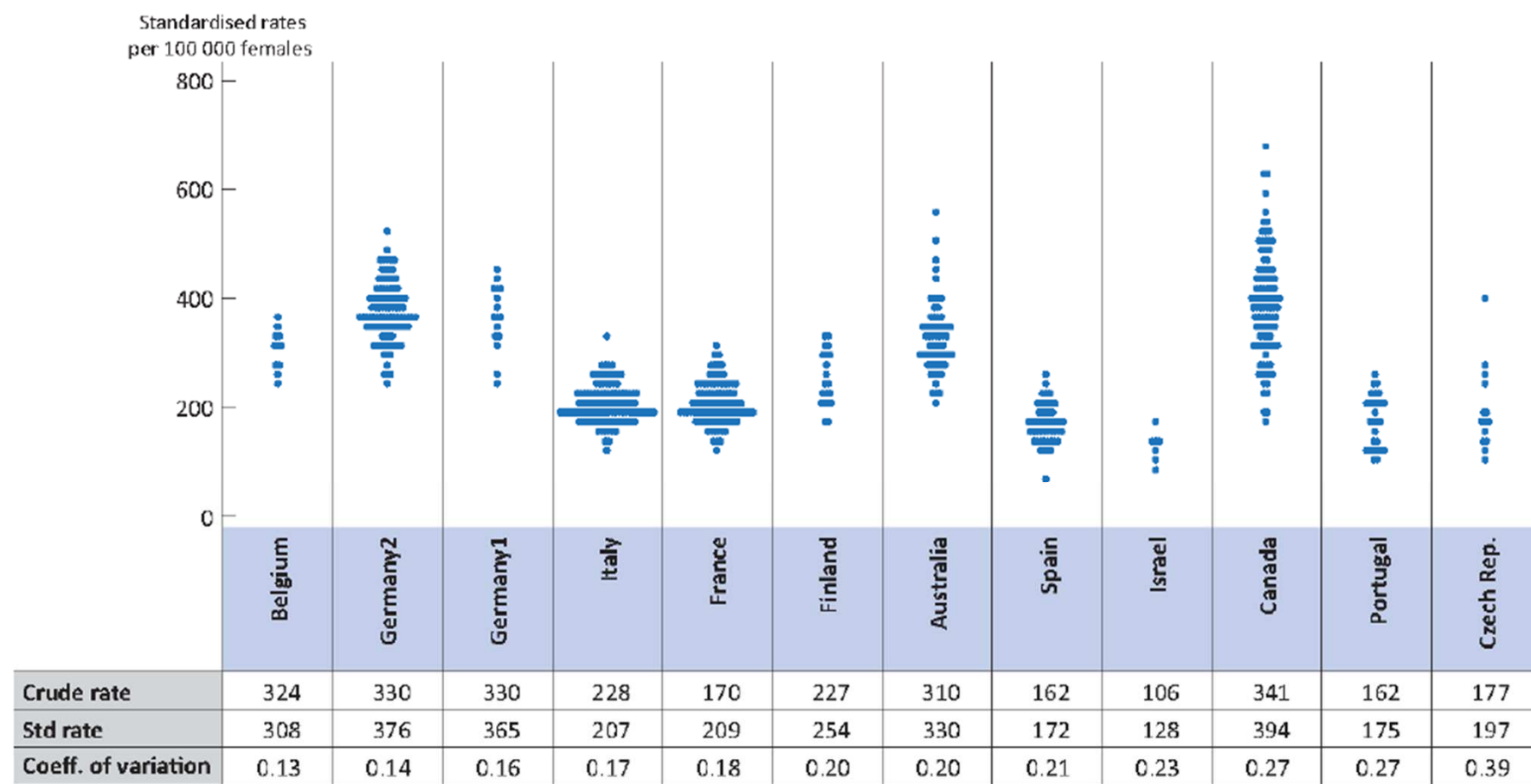
Figure 3. Caesarean section rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year

Standardised rates
per 1000 life births



Crude rate	194	323	237	314	196	328	314	332	185	270	161	170	369
Std rate	206	343	243	311	194	349	324	332	207	292	181	189	346
Coeff. of variation	0.09	0.10	0.11	0.11	0.12	0.13	0.13	0.15	0.16	0.16	0.18	0.25	0.29

Figure 4. Hysterectomy rate across and within selected OECD countries, 2011 or latest year



Did you know?

- Hospital medical admissions rates are twice as high in Australia, Germany, and Israel than in Canada, Portugal and Spain. They also vary by two-fold or more across geographic areas of a country.

Frecuentación hospitalaria x2

- Knee replacement rates are up to four times higher in Australia, Switzerland, Finland, Canada and Germany than in Israel. They also vary across geographic areas of a same country, often by two-to-three folds and up to five-fold across Canadian regions. These variations are influenced by physicians practice styles and socio-economic

Artroplastia rodilla x4

- The probability of giving birth by c-section is 50% higher in Italy, Portugal, Australia, Switzerland and Germany than in Finland, even after adjustment by the age of the mother. Variations in c-section rates are particularly large across Italian provinces (up to six-fold). C-section rates are higher in private settings and for women with higher economic status.

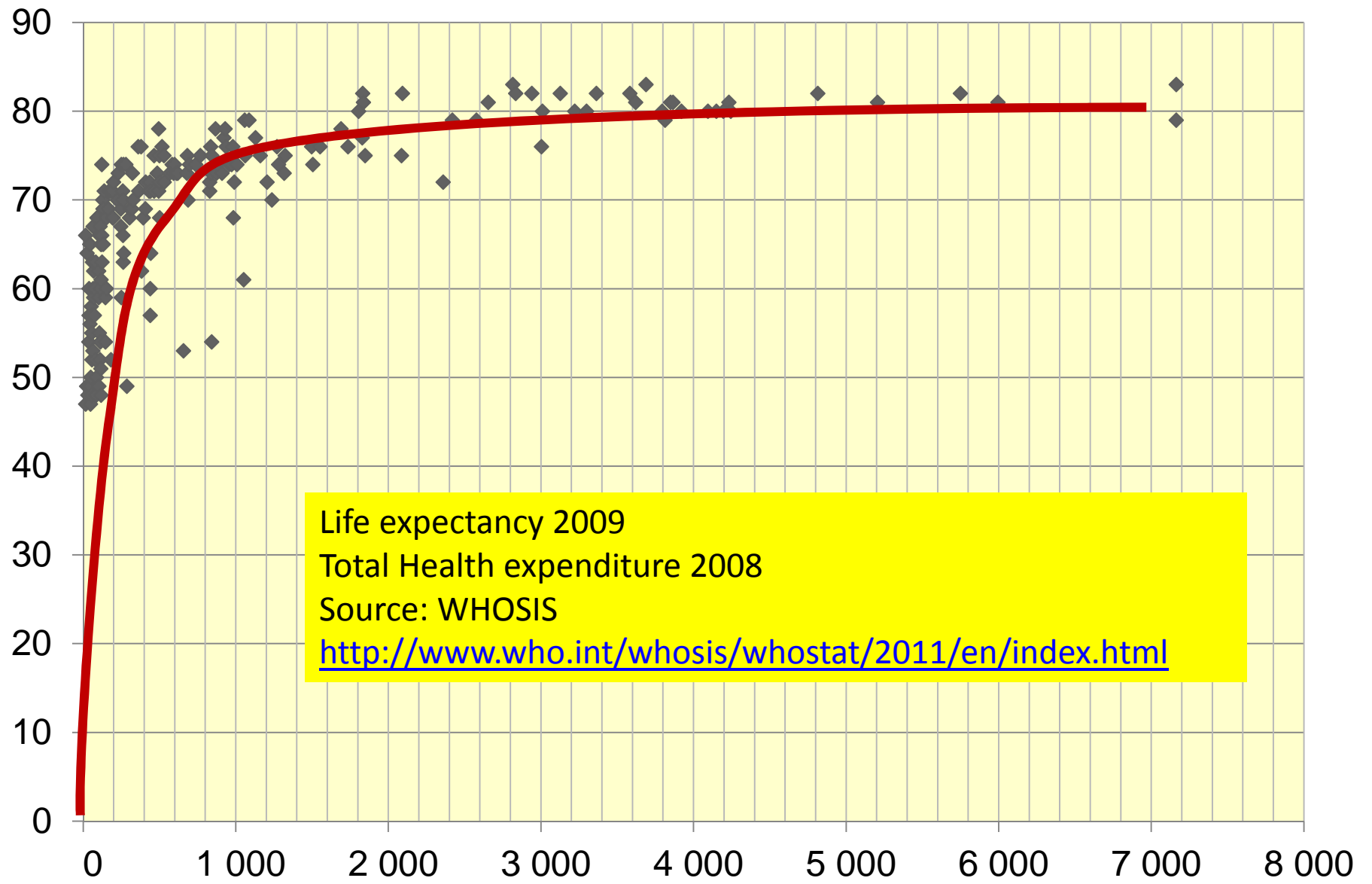
Cesáreas x 1,5

- Cardiac procedures vary by more than three-fold across countries and have the highest level of variation for more than half of the countries included in this study. They are particularly high for coronary bypass in Spain and Portugal. Revascularisation procedures are lower among people living in regions with low density, low level of

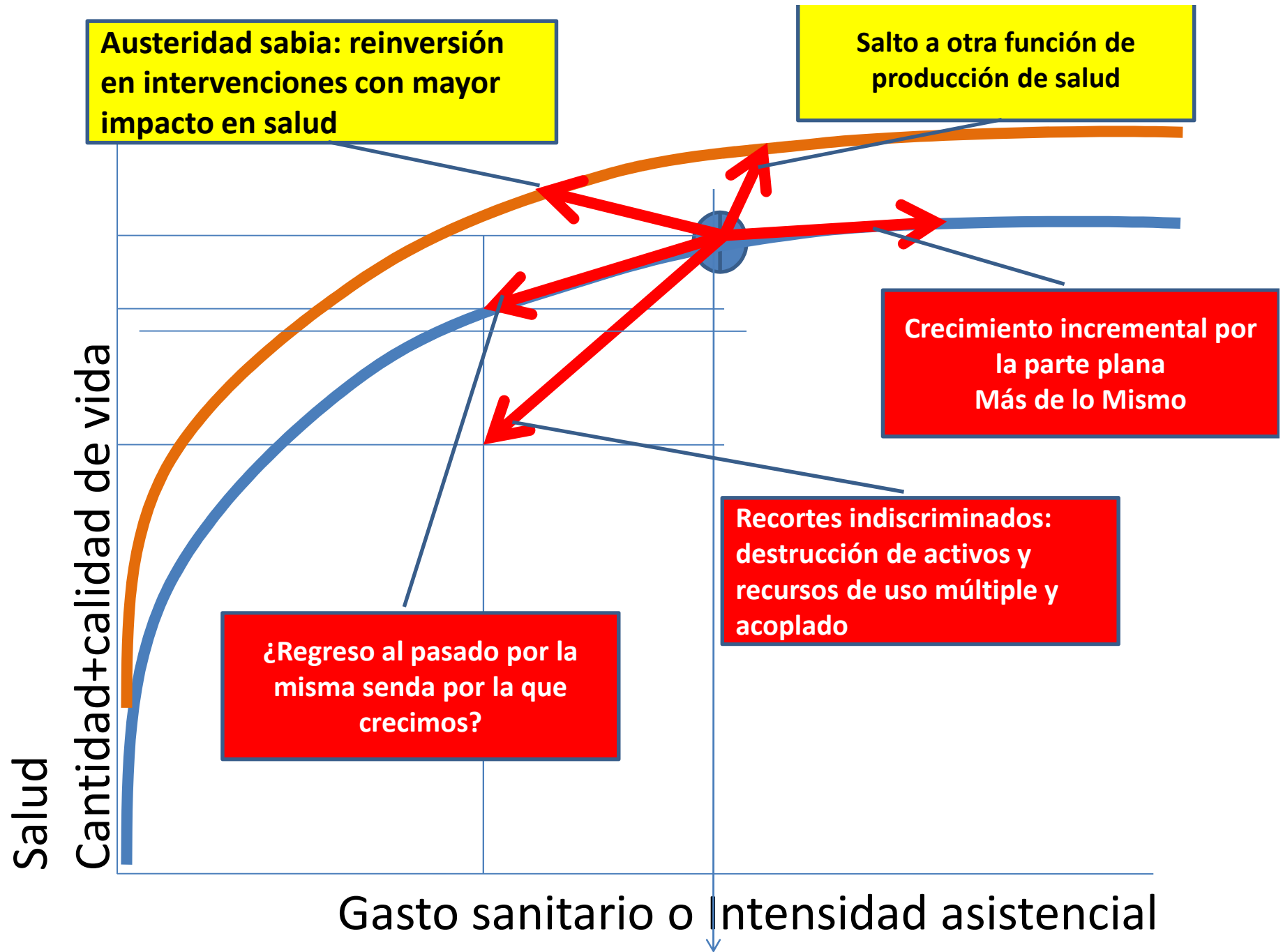
Procedimientos cardíacos x3

- The prevalence of hysterectomy is 75% higher in Canada and Germany (350 per 100 000 females) than in Israel, Spain, Portugal or the Czech Republic (less than 200 per 100 000 females). Most countries have two- to three-fold variation across geographic areas, but the variation is around four-fold in Canada and the Czech Republic. Most countries have higher rates in high economic status, especially when physicians

Histerectomía x 1,75



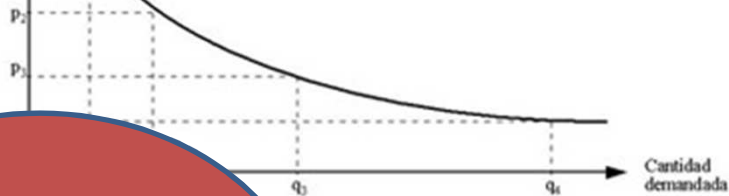
Rendimientos decrecientes al gasto sanitario



Lo mío es
la **P** de
precios



Aunque ayudo
en la **Q**



Lo mío es
la **Q** de
cantidades



Aunque ayudo
en la **P**

SOSTENIBILIDAD
INTERNA

Gestora

Profesional

La medicina moderna es cada vez más cara... ¿nos la podremos permitir?

- Algunos piensan que no
 - Y proponen un sálvese quien pueda:
insostenibilidad insolidaria
- Pero podría ser sostenible siempre que...
 - Se financiara en función de que añadiera salud
 - Rediseñaríamos la actual organización
 - Fragmentada y desajustada para la cronicidad
 - Y aprendiéramos a saltar de la parte plana de la curva de rendimientos marginales...

REVISIONES

Eficiencia de tratamientos oncológicos para tumores sólidos en España

I. Oyagüez^{1*}, C. Frías², M. A. Seguí¹, M. Gómez-Barrera¹, M. A. Casado¹ y M. Queralt Gorgas²¹Pharmacoeconomics and Outcomes Research Iberia, Madrid. ²Servicio de Farmacia Hospitalaria, Hospital Parc Taulí, Sabadell. ³Servicio de Oncología, Hospital Parc Taulí, Sabadell.

Tabla 4. Resultados de supervivencia y coste incrementales de los esquemas oncológicos respecto al comparador

Localización	Esquema	Comparador	Meses de SG incremental	Meses de SLP/TTP incremental	Coste incremental (€)	RCEI (€/mes de SG adicional)	RCEI (€/mes de SLP/TTP adicional)
1ª LÍNEA							
Cabeza y cuello	Cetuximab+platino+fluorouracilo ⁶⁷	Platino+fluorouracilo	2,7	2,3	14.849,60	5.499,85	6.456,35
Células renales	Bevacizumab+IFN alfa-2a ^{35,36}	Placebo+IFN alfa-2a	2,0	4,8	46.716,90	23.358,45	9.732,69
	Pazopanib ⁵²	Placebo	ND	8,3	20.512,40	ND	2.471,37
	Sunitinib ⁵⁰	IFN alfa-2a	4,6	6,0	32.832,41	7.137,48	5.472,07
	Temsirolimus ⁴²	IFN alfa-2a	3,6	1,9	12.608,62	3.502,39	6.636,11
Colorrectal	Bevacizumab+irinotecan+ fluorouracil +leucovorina ⁴³	Placebo+irinotecan +fluorouracil +leucovorín	4,7	4,4	22.123,98	4.707,23	5.028,18

CANCER PULMÓN

Bevacizumab +Paclitaxel +Carboplatino

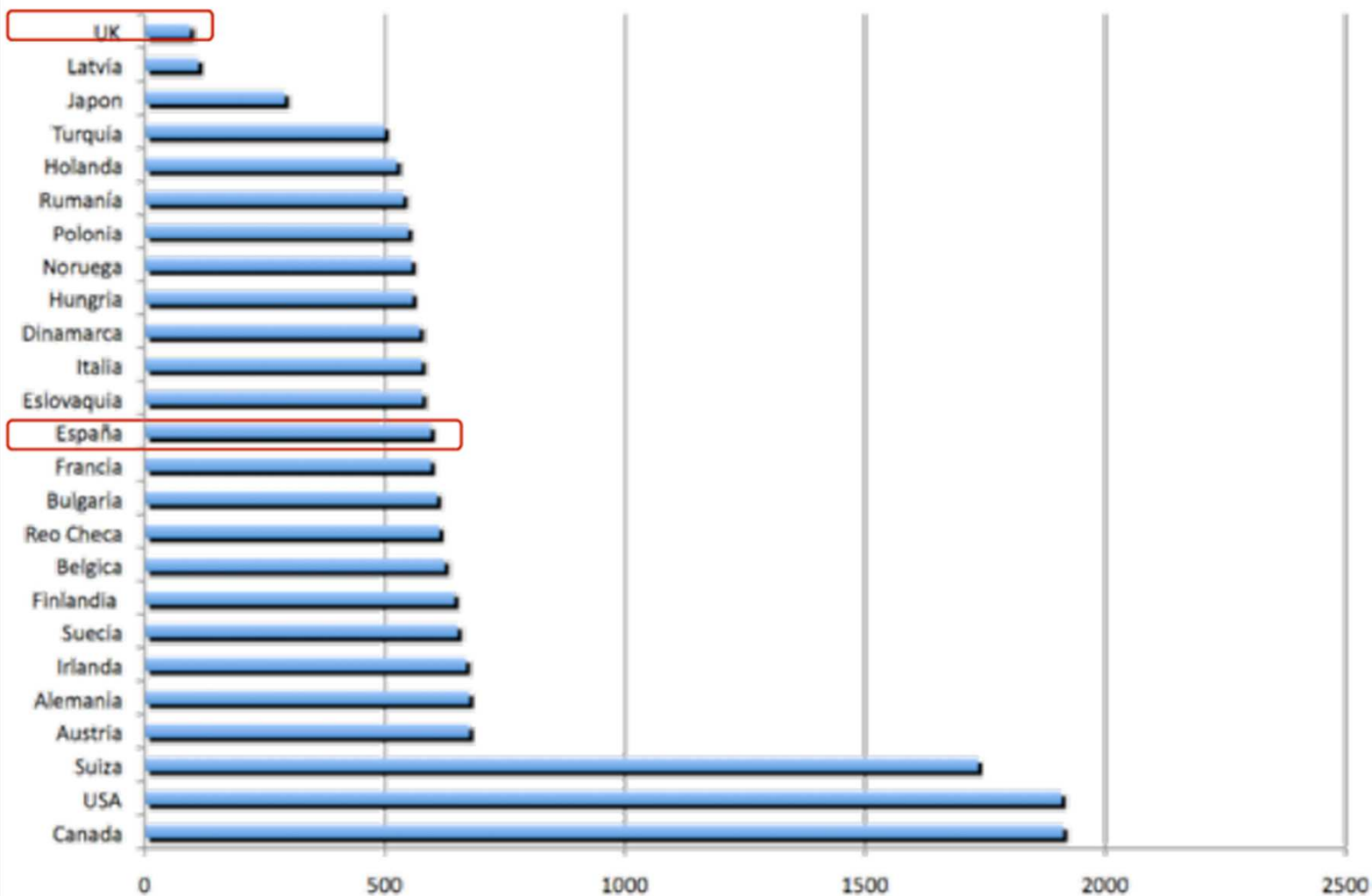
VS

Paclitaxel +Carboplatino =

+ 0,3 meses = 23.028 € coste incremental

Pulmón	Bevacizumab+paclitaxel+carboplatino ⁶⁴	Paclitaxel+carboplatino	2,0	1,7	23.028,88	11.514,44	13.546,40
	Pemetrexed+cisplatino ⁶⁶	Cisplatino+gemcitabina	0,0	-0,3	8.9901,56	NA	NA

DIFERENCIAS INTERNACIONALES DE PRECIOS DE TRASTUZUMAB (HERCEPTIN) 2010 \$ POR DDD



Fuente: IMS Health

Activists protest the price of sofosbuvir: “So-Valdi, So-Expensive” – UK access already rationed

27 May 2014. Related: Conference reports, Treatment access, EASL 49 London 2014.

Simon Collins, HIV i-Base

A community-led protest that took place at the European Liver Conference was notable (and newsworthy) for apparently being the first time that a demonstration had been held at a medical liver conference. [1]



The action was to protest against setting the US price of the newly approved hepatitis C (HCV) drug sofosbuvir at \$1000 a day. [2]

<http://i-base.info/htb/25884>



The Comparative Clinical Effectiveness and Value of Simeprevir and Sofosbuvir in the Treatment of Chronic Hepatitis C Infection

A Technology Assessment

Final Report

April 15, 2014

file:///C:/Users/J/Downloads/CTAF_Hep_C_Apr14_final.pdf

- 1) Even though the CTAF panel voted that the new drugs are likely superior in terms of clinical effectiveness for most patients and offer clinical benefits beyond current treatments, serious limitations in the evidence base remain. Further evidence is needed to more fully evaluate the comparative clinical effectiveness and value of these new treatments.
- 2) A majority of the CTAF Panel rated the new treatments as “low value” compared with older drugs due to the magnitude of the potential impact on health care budgets of treating large numbers of patients with these high-priced drug regimens. Because the financial impact of using these new drugs to treat all eligible patients with hepatitis C is untenable, policy makers should seek avenues to achieve reductions in the effective price of these medications.

2) La mayoría del panel calificó de “bajo valor” a los nuevos tratamientos debido a la magnitud del impacto presupuestario potencial que tendría tratar a grandes números de pacientes con precios de tratamiento tan elevados... dado que es impracticable tratar a todos los posibles pacientes, las autoridades deberían buscar medios de reducir el precio...

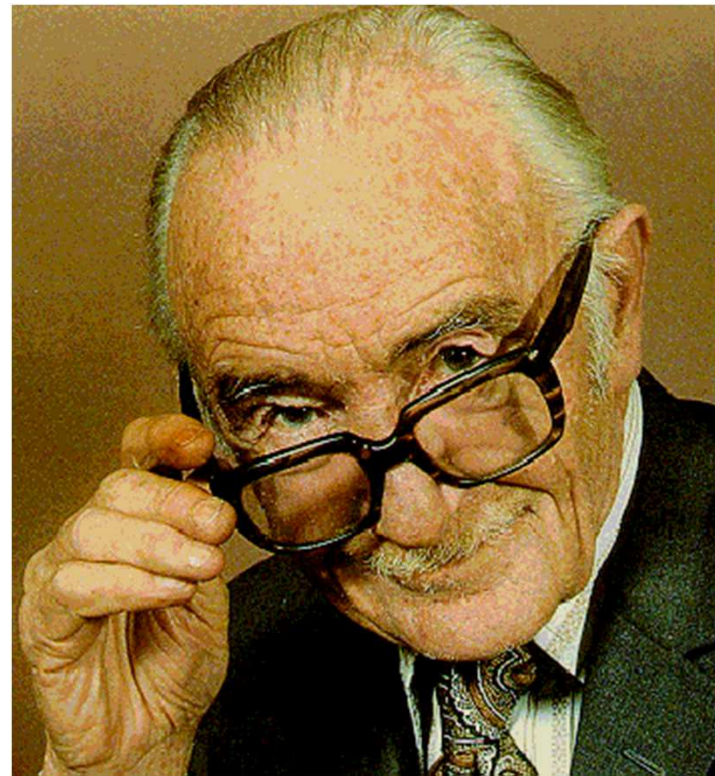
While reducing the financial impact should be considered, payers seeking to achieve these goals should consider use of prior authorization criteria that a) require patient commitment, b) utilize “futility rules” that define when a lack of early response should lead to discontinuation of treatment, and c) require that the new drugs be prescribed by specialists with experience treating patients with hepatitis C.

Redirigir la atención a los que más nos necesitan

Lo que decían Cochrane y Holland en 1971

*“Es más
agradecido tratar
sanos que
enfermos”*

Cochrane A, Holland WW. Validation of screening procedures. *Be Med Bull.* 1971;27:30-4



Dinosaurus

En colaboración con la ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

¡La Galleta de CEREALES más divertida!

Colecciona 22 Dinocromos

NUESTRAS GALLETAS

LOS DINOCROMOS

GRATIS DESCARGAS

SORTEO y PREMIOS (PROMOCIÓN FINALIZADA)

The advertisement features a vibrant, cartoonish prehistoric landscape with red mountains and a green field. In the center, five biscuits are displayed, each shaped like a different dinosaur: a brown Triceratops, a white Stegosaurus, a small brown T-Rex, a large yellow T-Rex, and a brown Triceratops. The biscuits are arranged on a wooden fence that runs across the bottom of the scene. The fence has several signs: 'NUESTRAS GALLETAS' with a biscuit icon, 'LOS DINOCROMOS' with a card icon, 'GRATIS DESCARGAS' with a gift icon, and 'SORTEO y PREMIOS (PROMOCIÓN FINALIZADA)' with a yellow banner. In the top left corner, there is a logo for the 'ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA' (AEP). In the top right corner, there is a speaker icon with 'ON' and a circular graphic showing a box of cereal with the text 'Colecciona 22 Dinocromos'. The background has a blue sky with radiating lines, suggesting a bright sun.

Descubra en cinco segundos el detalle absurdo de esta publicidad



Ya no sólo
medicalizamos el
malestar, sino
también el
bienestar y la vida
cotidiana...

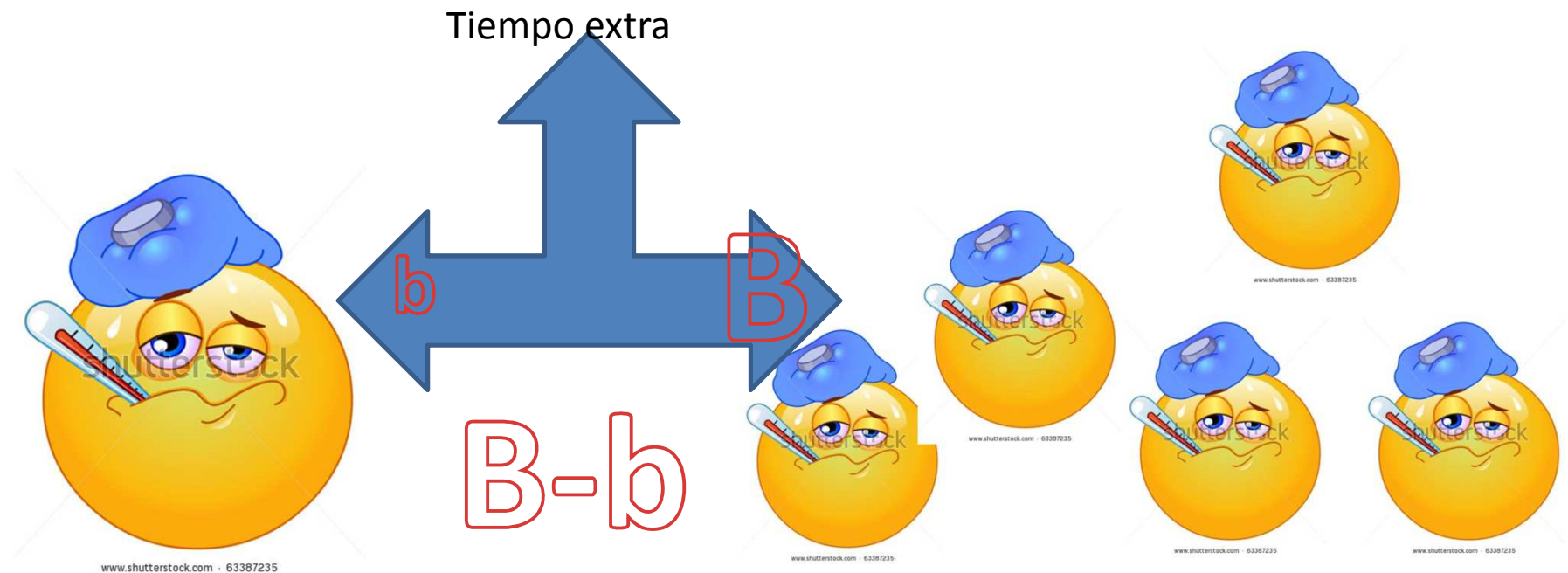
*... y al llegar la noche...
¿Dónde duerme el
Pediatra?...*

Eficiencia

- Cociente entre Efectividad y Costes
 - ¿en intervenciones específicas?
 - ¿en desempeño de los sistemas de salud?
- La efectividad de la acción de un sistema de salud se mide en relación a la NECESIDAD (ability to benefit)
 - Capacidad de reducir la carga de enfermedad y sufrimiento con la mejor aplicación de la ciencia y la técnica médicas y de la mejor organización asistencial.
- La **eficiencia** parte de considerar la limitación de los recursos (coste): para una cantidad dada de recursos, ¿qué carga de enfermedad y sufrimiento puedo aliviar?

Eficiencia para John Howie

- La eficiencia es la capacidad de justificar el tiempo extra dedicado a un paciente en términos del coste impuesto al retos de pacientes que quedan por ser atendidos



3

Triple crisis:
medicina,
médicos y
sistemas
sanitarios

Triple crisis + paciente crónico

- Tres dolencias relacionadas
 - Medicina
 - Médicos
 - Sistema Sanitario
- Un cambio del entorno desfavorable
 - Enfermo crónico, pluripatológico y frágil



La triple crisis sería...

- Una “mala medicina” basada en “excelentes procedimientos”,
- médicos insatisfechos que no entienden su malestar y lo atribuyen a sistemas sanitarios o a pacientes
- y pacientes, y sistemas sanitarios cada vez más ineficientes e insostenibles

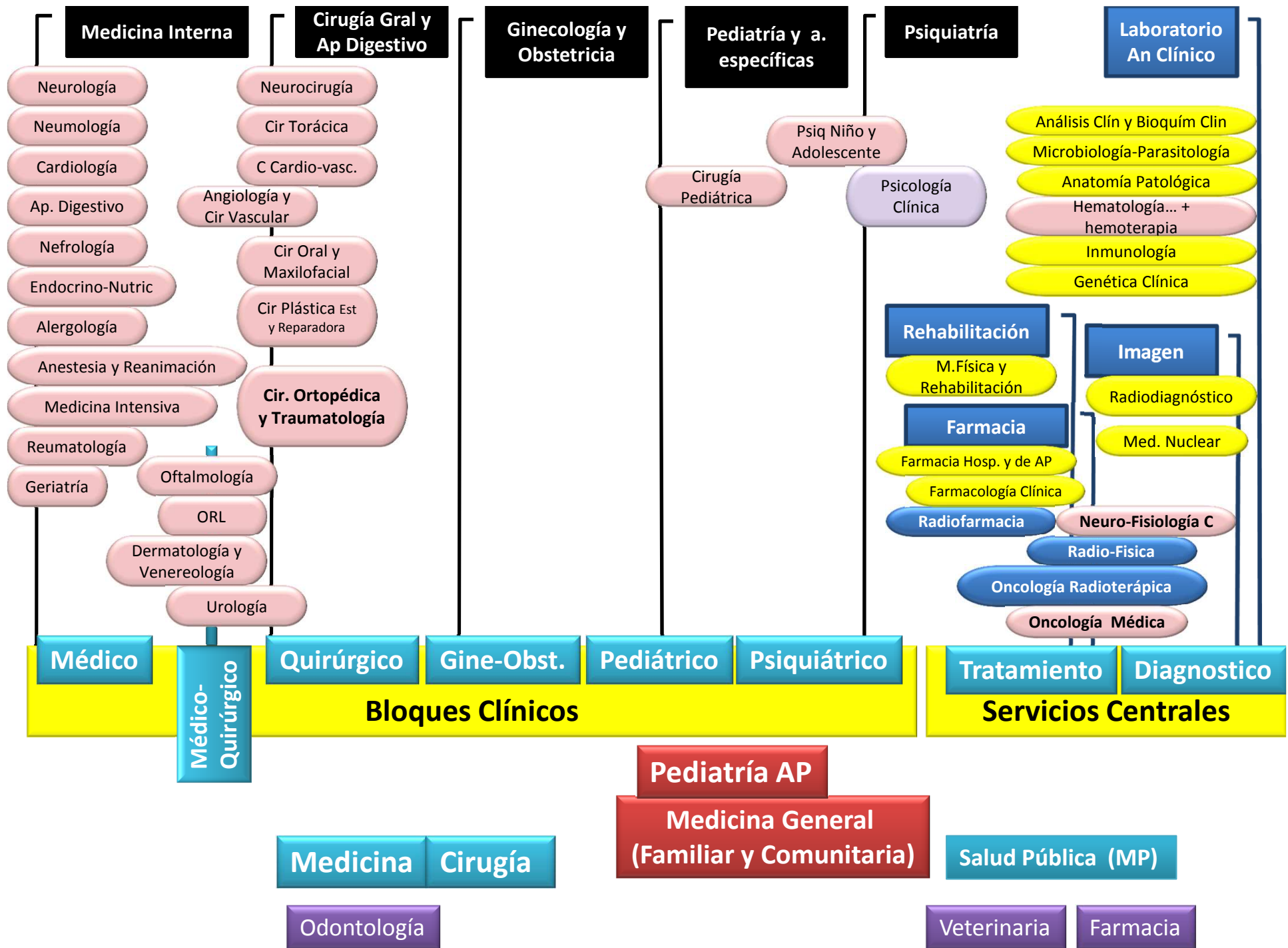


Triple CRISIS

- **MEDICINA**
 - ¿cómo coordinar el saber médico expandido y fragmentado?
- **MÉDICOS**
 - ¿cómo motivar altruismo y sensatez en medio de tantos intereses y tanta dificultad para abarcar y aplicar el saber y la técnica?
- **SISTEMAS SANITARIOS**
 - ¿cómo adaptar el entorno para coordinar una buena medicina, motivar a los profesionales, y activar los micro-sistemas clínicos?

4

Retos en la
articulación
del saber
médico







La comorbilidad se reinterpreta como problema principal

- Si el paciente que llega tiene un **problema agudo** y bien acotado, que cae de lleno en la especialidad, la respuesta asistencial es razonablemente buena;
- pero si tiene **otra comorbilidad**, lo habitual es **derivarlo** a otro servicio especializado (raramente a la atención primaria), y mucho menos abordarlo directamente con los propios conocimientos médicos generalistas que se suponen a cualquier facultativo).
- El servicio interconsultado recibe al paciente, y tiende a identificar la **comorbilidad como problema principal** instaurando procesos diagnósticos o terapéuticos no acoplados con el proceso principal.
- La **historia clínica electrónica** permite saber qué está ocurriendo en paralelo... pero no garantiza que seamos conscientes de la multiplicidad de intervenciones: no percibimos lo que no miramos



La hiper-especialización y el rol de tecnólogo experto nos traen de nuevo la paz espiritual

- Ante el paciente concreto el médico no sabe si él ignora o si la medicina no tiene respuestas: enorme ansiedad...
- Alternativas: escapar a un territorio más pequeño
 - segmento de aparto, órgano o sistema: **el hiper-especialista**
 - tecnología que requiera tanta pericia y dedicación para su excelente uso que pueda justificarse una dedicación completa a la misma (repliegue desde el rol de profesional hacia el de **experto o tecnólogo** del conocimiento
 - *lo que Peter Drucker llamaba “Knowledge technologists”*
 - Drucker P. *The next society*. *The Economist*, 2001, nov 3. Disponible en: http://www.economist.com/business-finance/management/displaystory.cfm?story_id=770819)



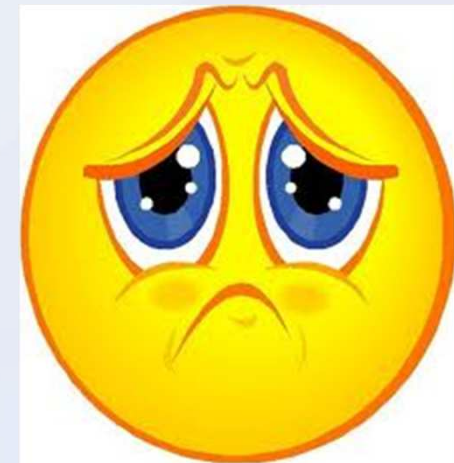
Una paz espiritual al simplificarnos la vida...

- La huida hacia universos menores tiene ventajas
 - estar fácilmente al día sin leer cientos de artículos en revistas
 - formar parte de un pequeño clan nacional o internacional, con posibilidad de asistir a congresos o hacer publicaciones con mayor facilidad
 - en el caso de los “expertos” el propio virtuosismo del manejo de la “*techne*” genera la satisfacción intrínseca del artesano
 - Y facilita una ruta poco laboriosa hacia una excelencia aparente (“*learning by doing*”), más en el procedimiento que en la asistencia



Pero una paz espiritual engañososa...

- Porque tiene inconvenientes graves
 - **Fragmentación** de la medicina
 - Mantiene y acrecienta el **desencuentro** histórico entre ciencia y arte médico y paciente individual
 - Choca frontalmente contra las necesidades del **paciente crónico**: puede llegar a producir medicina tóxica
- Por eso produce sólo una apariencia de tranquilidad oculta una creciente **frustración** del profesional vocacional:
 - El “confortable estado del malestar”
 - ... la infelicidad viene de la frialdad de vivir en la abstracción de la enfermedad o el procedimiento estandarizado, y la añoranza de la cálida relación con el enfermo y la interacción clínica creativa



5

Retos en la
toma racional
de decisiones

Sensatez: ¿hasta cuándo más es mejor?

Epidemia de diagnósticos triviales e insensatos

The Lancet, [Volume 380, Issue 9839](#), Page 307, 28 July 2012

Prostate cancer: send away the PSA?

<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961232-X/fulltext?elsca1=ETOC-LANCET&elsca2=email&elsca3=>

- To the Hippocratic Oath might be added: *I will not request an investigation unless I am confident that the answer, and the actions I take on its basis, will substantially improve my patient's life.*
- En el Juramento Hipocrático se podría añadir: ***no voy a solicitar una prueba a menos que esté seguro de que la respuesta y las acciones que tomo sobre esta base, mejorará sustancialmente la vida de mi paciente.***

¿Epidemia diagnóstica?

- La mayor parte del crecimiento aparente de la enfermedad ha escapado a la atención pública. Un ejemplo llamativo es la incidencia del cáncer de tiroides, que se ha triplicado en EE. UU., Australia y otros países entre 1975-2012, período durante el cual la tasa de mortalidad no se ha modificado.
- Este dramático incremento se explica por la mejora de las herramientas diagnósticas, más que por un cambio real en la incidencia del cáncer. Es lo que se ha descrito como una *epidemia diagnóstica*, antes que una verdadera epidemia. Otras similares han tenido lugar en patologías para las que existe un cribado activo, como el cáncer de mama y el de próstata.
 - Traducciones de <http://elrincondesisifo.wordpress.com/2013/07/08/bmj-demasiada-medicina-y-pocos-cuidados/>

Does everyone develop covert cancer?

Mel Greaves

Nature Reviews Cancer **14**, 209–210 (2014) | doi:10.1038/nrc3703

Published online 13 March 2014

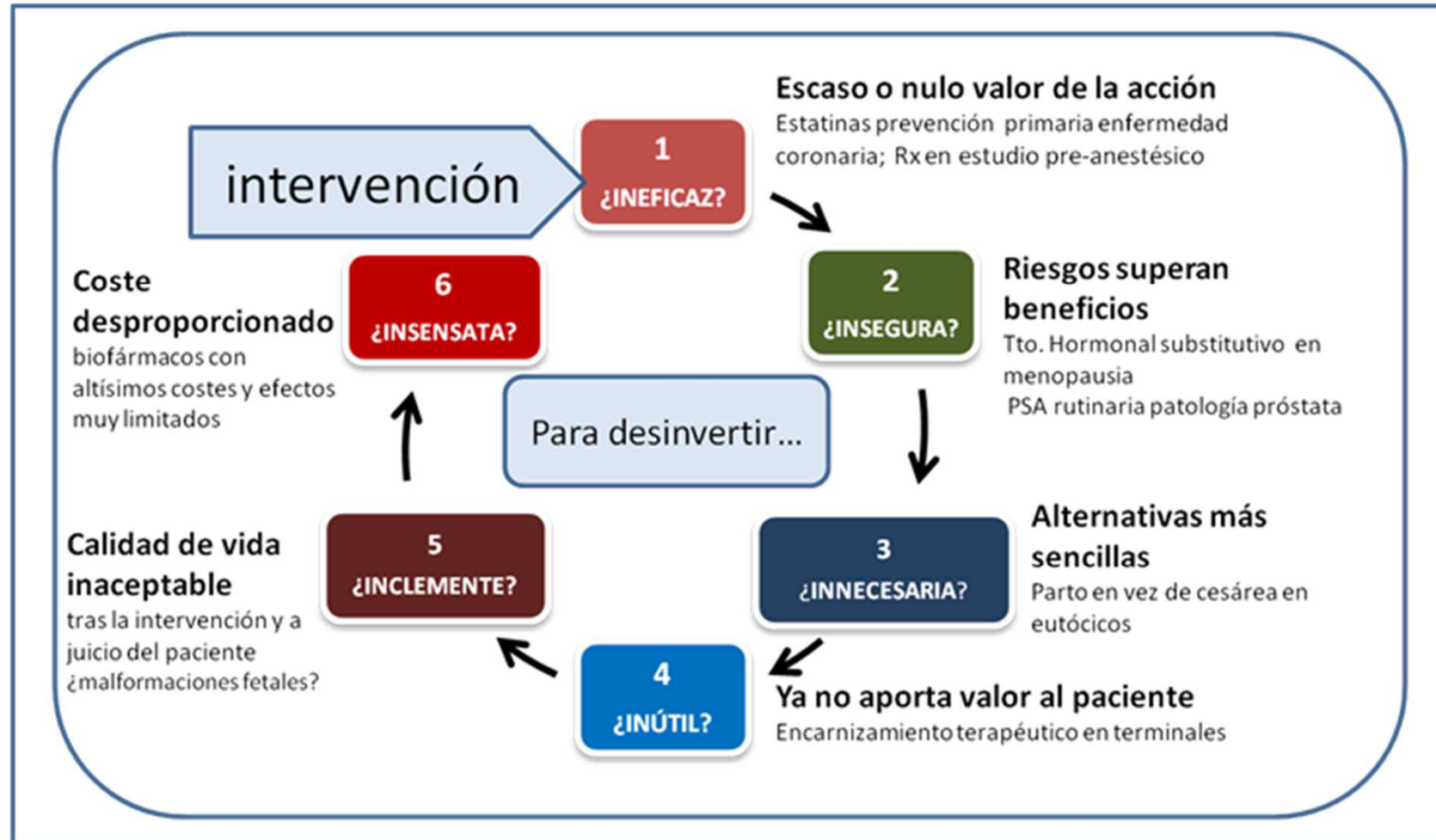
<http://www.nature.com/nrc/journal/v14/n4/abstract/nrc3703.html>

Quien está vivo, vive con cáncer / Juan Gervas

- El concepto “cáncer” alude a enfermedad grave y mortal, si se deja a su libre evolución. Pero este concepto está obsoleto. Fue un concepto cierto en el siglo XIX y comienzos del siglo XX, cuando no había casi otro método diagnóstico que esperar a que el cáncer diera síntomas al diseminarse
- Hoy, en el siglo XXI, con los nuevos métodos diagnósticos, **cáncer es palabra que deberíamos reservar para expresar algunos cambios celulares** que conlleva el vivir. **Hay órganos con alta dependencia de hormonas, o con gran recambio celular en los que el cáncer existe en la mayoría de los adultos sanos** (en tiroides, mamas, colon y próstata, por ejemplo).
 - <http://www.actasanitaria.com/menos-lacito-rosa-y-mas-informacion-antes-de-que-te-arranquen-una-teta-sana/>

Desinversión

gestión activa para depurar lo inefectivo



Repullo JR. Taxonomía práctica de la «desinversión sanitaria» en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud. Rev Calidad Asistencial. 2012;27:130-8. <http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-ade-valor-para-hacer-sostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>

Search the NICE 'do not do' recommendations database

You can search the NICE 'do not do' recommendations database by:

- typing in a specific term in the 'do not do' recommendations box
- selecting an appropriate topic
- selecting the type of source guidance.

To see the full list of all NICE 'do not do' recommendations leave all the fields blank and click the 'Search' button.

Search 'do not do' recommendations

'Do not do' recommendation

'Do not do' by topic

'Do not do' by sub-topic

'Do not do' by guidance type

Search

Desinversión

Search results

Results 1-10 of 848

1 2 3 4 5 6 7 8 Next Show All

Guidance ID	NICE 'do not do' recommendation	Interventions
CSGSTIM	GPs performing skin surgery on low-risk basal cell carcinomas (BCCs) within the framework of the directed enhanced services (DES) and local enhanced services (LES) under General or Personal Medical Services should provide details to their primary care trust (PCT) or local health board (LHB) of all types of skin cancer removed in their practice as described in the 2006 NICE guidance on skin cancer services and should not knowingly remove skin cancers other than low-risk BCCs.	removal of skin cancers
CG8	Treatment of acute episodes: Frequent (more than three times a year) or prolonged (longer than 3 weeks) use of corticosteroids should be avoided in patients with multiple sclerosis. Interventions affecting disease progression: cyclophosphamide should not be	corticosteroids



An initiative of the ABIM Foundation

American Society of Clinical Oncology



American Society of Clinical Oncology

Five Things Physicians and Patients Should Question - 2013

- **Don't give patients starting on a chemotherapy regimen that has a low or moderate risk of causing nausea and vomiting antiemetic drugs intended for use with a regimen that has a high risk of causing nausea and vomiting.**
- **Don't use combination chemotherapy (multiple drugs) instead of chemotherapy with one drug when treating an individual for metastatic breast cancer unless the patient needs a rapid response to relieve tumor-related symptoms.**
- **Avoid using PET or PET-CT scanning as part of routine follow-up care to monitor for a cancer recurrence in asymptomatic patients who have finished initial treatment to eliminate the cancer unless there is high-level evidence that such imaging will change the outcome.**

http://www.asco.org/sites/www.asco.org/files/asco_choosing_wisely_top_five_list_2013.pdf



An initiative of the ABIM Foundation

American Society of Clinical Oncology



American Society of Clinical Oncology

Five Things Physicians and Patients Should Question - 2013

- **Don't perform PSA testing for prostate cancer screening in men with no symptoms of the disease when they are expected to live less than 10 years.**
- **Don't use a targeted therapy intended for use against a specific genetic aberration unless a patient's tumor cells have a specific biomarker that predicts an effective response to the targeted therapy.**

http://www.asco.org/sites/www.asco.org/files/asco_choosing_wisely_top_five_list_2013.pdf

Las amistades peligrosas

- El complejo industrial que nos rodea intenta convertir a los médicos en sus franquiciados virtuales
- El problema no está (solo) en la industria, sino (también) en nosotros
- Reivindicar un pensamiento científico vigoroso y una ética de integridad en el servicio público
- *Seguir la pista de los conflictos de interés*
- *Recuperar las sociedades y las revistas científicas para el control de la propia profesión*



• BAD SCIENCE •

1. SENSATIONALISED HEADLINES



Headlines of articles are commonly designed to entice viewers into clicking on and reading the article. At best, they over-simplify the findings of research. At worst, they sensationalise and misrepresent them.

2. MISINTERPRETED RESULTS



News articles sometimes distort or misinterpret the findings of research for the sake of a good story, intentionally or otherwise. If possible, try to read the original research, rather than relying on the article based on it for information.

3. CONFLICT OF INTERESTS



Many companies employ scientists to carry out and publish research - whilst this does not necessarily invalidate research, it should be analysed with this in mind. Research can also be misrepresented for personal or financial gain.

4. CORRELATION & CAUSATION



Be wary of confusion of correlation & causation. Correlation between two variables doesn't automatically mean one causes the other. Global warming has increased since the 1800s, and pirate numbers decreased, but lack of pirates doesn't cause global warming.

5. SPECULATIVE LANGUAGE



Speculations from research are just that - speculation. Be on the look out for words such as 'may', 'could', 'might', and others, as it is unlikely the research provides hard evidence for any conclusions they precede.

6. SAMPLE SIZE TOO SMALL



In trials, the smaller a sample size, the lower the confidence in the results from that sample. Conclusions drawn should be considered with this in mind, though in some cases small samples are unavoidable. It may be cause for suspicion if a large sample was possible but avoided.

7. UNREPRESENTATIVE SAMPLES



In human trials, researchers will try to select individuals that are representative of a larger population. If the sample is different from the population as a whole, then the conclusions may well also be different.

8. NO CONTROL GROUP USED



In clinical trials, results from test subjects should be compared to a 'control group' not given the substance being tested. Groups should also be allocated randomly. In general experiments, a control test should be used where all variables are controlled.

9. NO BLIND TESTING USED



To prevent any bias, subjects should not know if they are in the test or the control group. In double-blind testing, even researchers don't know which group subjects are in until after testing. Note, blind testing isn't always feasible, or ethical.

10. 'CHERRY-PICKED' RESULTS



This involves selecting data from experiments which supports the conclusion of the research, whilst ignoring those that do not. If a research paper draws conclusions from a selection of its results, not all, it may be cherry-picking.

11. UNREPLICABLE RESULTS



Results should be replicable by independent research, and tested over a wide range of conditions (where possible) to ensure they are generalisable. Extraordinary claims require extraordinary evidence - that is, much more than one independent study!

12. JOURNALS & CITATIONS



Research published to major journals will have undergone a review process, but can still be flawed, so should still be evaluated with these points in mind. Similarly, large numbers of citations do not always indicate that research is highly regarded.

<http://www.compoundchem.com/2014/04/02/a-rough-guide-to-spotting-bad-science/>

Views & Reviews

From the Frontline

Big pharma and big medicine in big trouble

BMJ 2013 ; 347 doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f6900> (Published 15 November 2013)Cite this as: *BMJ* 2013;347:f6900

viernes, 31 de enero de 2014

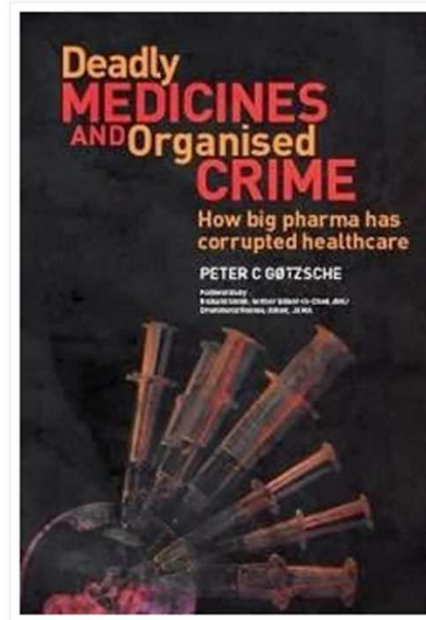
Los médicos ¿deberíamos ser más democráticos y menos corteses?... en contra de la DEFERENCIA

El British Medical Journal hace una breve glosa del libro de Peter Gotzsche, cuyo título habla por sí mismo: *Deadly Medicines and Organised Crime: How Big Pharma Has Corrupted Healthcare*

<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6900>

No me he podido resistir a hacer una traducción libre (muy libre y por frases) de un par de párrafos de la presentación... siquiera sea para facilitar su difusión.

Y lo he hecho, en buena medida, porque yo mismo he encontrado que con demasiada frecuencia me pierden las buenas maneras con gente importante y poderosa... aunque cada vez veo más claro que no hay ninguna razón para concederles excesiva importancia o sumisión alguna; ahí arriba hay mucho menos talento y mérito del que creemos. Y esto vale también para quien puede empezar a mirarnos a nosotros mismos (los más yayos) con demasiada **deferencia**.



<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f6900>

6

Retos en la
práctica
clínica

Cuando la medicina abandonó al enfermo para abrazar a la enfermedad

“...en la segunda mitad de la década de 1830 en la Academia de Medicina de París flotaba la siguiente pregunta: ¿el quehacer del clínico debe girar en torno al ***paciente individual de carne y hueso o a un hipotético enfermo resultado del cálculo de probabilidades?***”

Detrás de esta cuestión lo que se estaba ventilando era ni más ni menos saber *cuál debía ser el papel de la profesión médica en la sociedad...* si el médico debía ser un ***sanador humanitario o, por el contrario, un científico empírico***”[

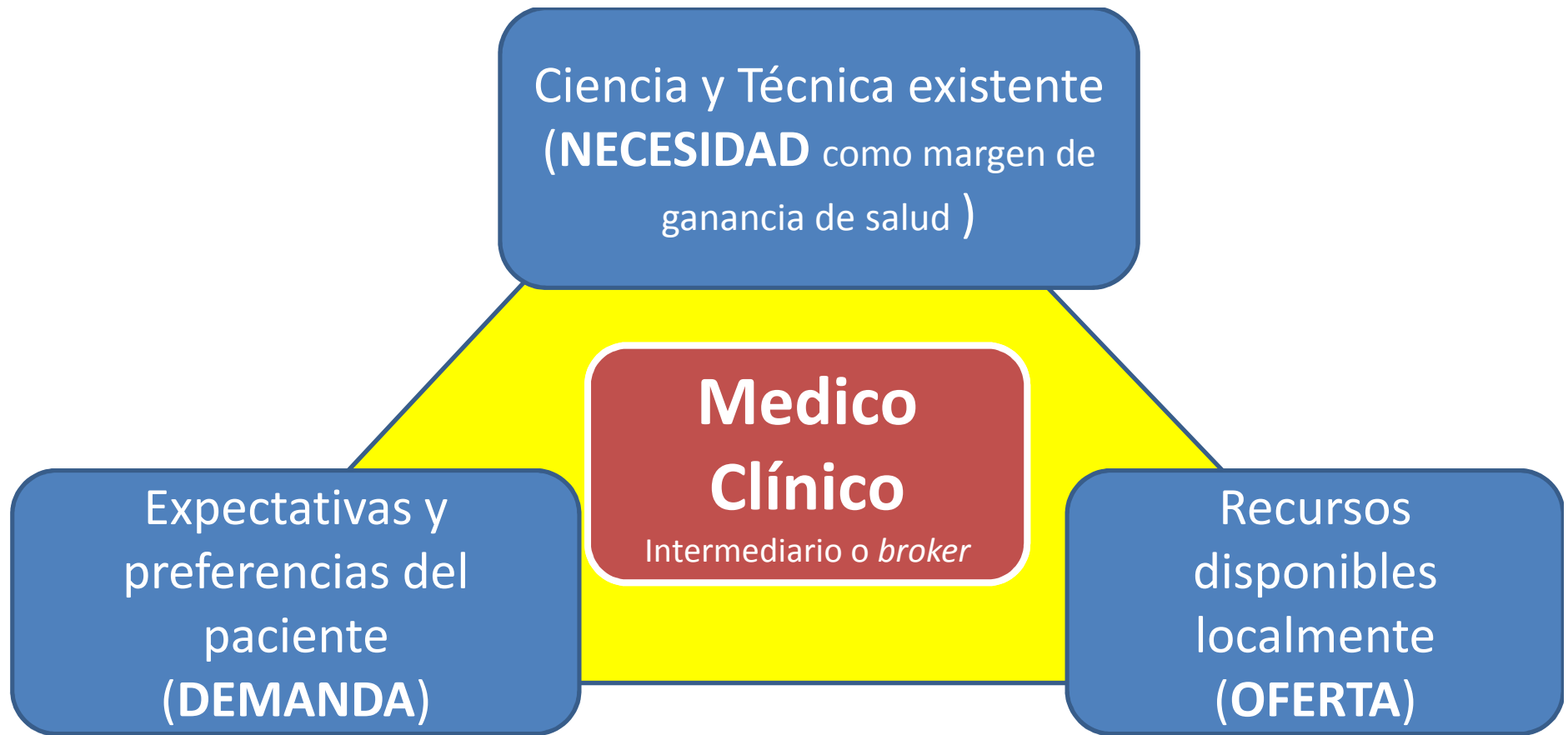
[1] Puerta JL. De lo universal a lo particular. *Ars Medica* - Revista de Humanidades 2006;5(1):1-5



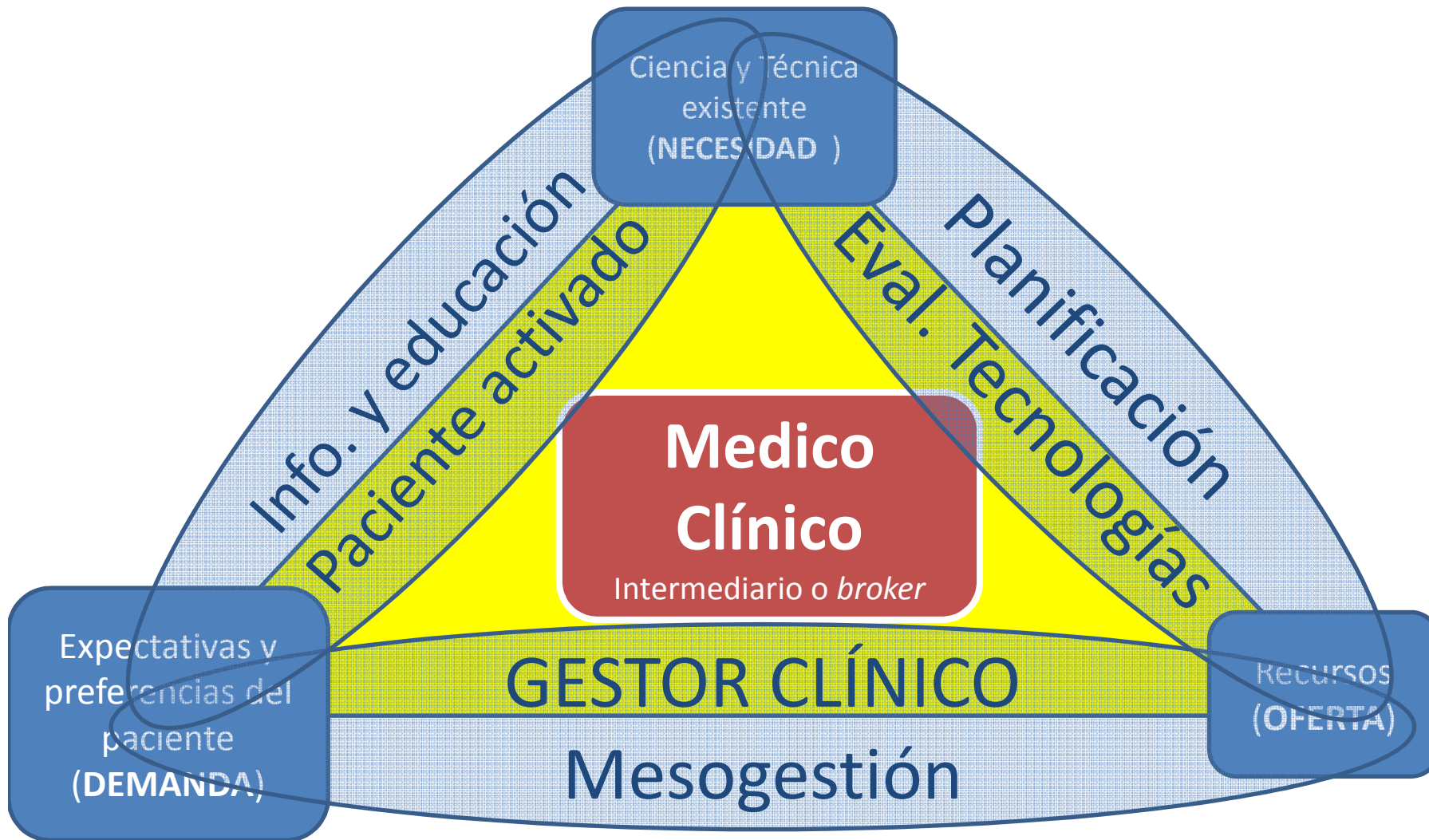
MEDICINA

Medicina sabia, que gestiona su conocimiento y que reajusta su ejercicio profesional.

- Huir del positivismo estrecho y de la efectividad miope para transitar **del conocimiento a la sabiduría, y de la enfermedad al enfermo**
- La excelencia clínica está en la intersección creativa de campos de conocimiento: **inter-especializarse** es la clave para el manejo de la complejidad, superando los límites de la estandarización.
- Debate sobre **roles nuevos** en la medicina para gestionar un saber en expansión:



La medicina como un arte (más que como una ciencia), y la práctica clínica como intermediación y ajuste entre CIENCIA, RECURSOS y PREFERENCIAS (necesidad, oferta y demanda)



7

Papel de la
Medicina
Interna

Tres vías de avance:

1. Des-fragmentar: abrir las fronteras entre especialidades y profesiones.
2. Desactivar o mitigar los principales conflictos de interés que erosionan el profesionalismo.
3. Expandir las fronteras del profesionalismo para protagonizar la gestión clínica y la integración asistencial.





Medical generalism

Why expertise in whole person medicine matters

June 2012



http://www.rcgp.org.uk/policy/rcgp-policy-areas/~media/Files/Policy/A-Z-policy/Medical-Generalism-Why_expertise_in_whole_person_medicine_matters.ashx

... Un generalista es alguien que tiene una habilidades y competencias suficientemente amplias como para manejar síntomas indiferenciados de forma segura, y para iniciar la evaluación y el tratamiento inicial.

Utilizando esta descripción en el Reino Unido, el primer punto de contacto para cualquier persona que solicita la atención a un nuevo problema es casi siempre con un "generalista".

Aunque medicina general es la más generalista de todos los especialidades médicas, otros profesionales de la medicina también puede, dependiendo de su formación, el alcance y el entorno asistencial actuar como generalistas dentro de su propia especialidad en beneficio de los pacientes.



Professionalism

What is Medical Professionalism

Physician Charter

Endorsements of the Charter

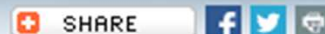
Commitments of the Charter

Principles of the Charter

Accomplishments in Advancing Medical Professionalism

[Home](#) > [Professionalism](#) > [Physician Charter](#)

Physician Charter



10 Years of Advancing Professionalism

In 2002, the ABIM Foundation, [American College of Physicians Foundation](#) and the [European Federation of Internal Medicine](#) jointly authored [Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter](#). Published simultaneously in *Annals of Internal Medicine*, *The Lancet* and the *European Journal of Internal Medicine*, Harold C. Sox, MD, then editor of *Annals of Internal Medicine*, wrote, "I hope that we will look back upon its (the Charter's) publication as a watershed event in medicine."

A decade later, the impact of the *Physician Charter* in advancing medical professionalism and addressing these challenges is far-reaching:

- More than 130 organizations across the world have [endorsed](#) the *Physician Charter*
- It has been translated into 12 languages
- Nearly 100,000 copies have been distributed
- The number of journal articles published on medical professionalism has increased threefold to nearly 300 a year

The Charter has as its fundamental [principles](#) the primacy of patient welfare, patient autonomy and social justice. The Charter also articulates professional [commitments](#) of physicians and health care professionals, including improving access to high quality health care, advocating for a just and cost-effective distribution of finite resources, and maintaining trust by managing conflicts of interest.

Project Professionalism

American Board of Internal Medicine



Project Professionalism
educational environment
enhancement of project
Project Professionalism
and a new activity

I. DEFINITION AND OBJECTIVES

Professionalism in medicine requires the physician to serve the interests of the patient above his or her self-interest. Professionalism aspires to altruism, accountability, excellence, duty, service, honor, integrity and respect for others. The elements of professionalism required of candidates seeking certification and recer-

Un compromiso con los más altos estándares de excelencia en la práctica de la medicina y en la generación y difusión del conocimiento

A commitment to the highest standards of excellence in the practice of medicine and in the generation and dissemination of knowledge.

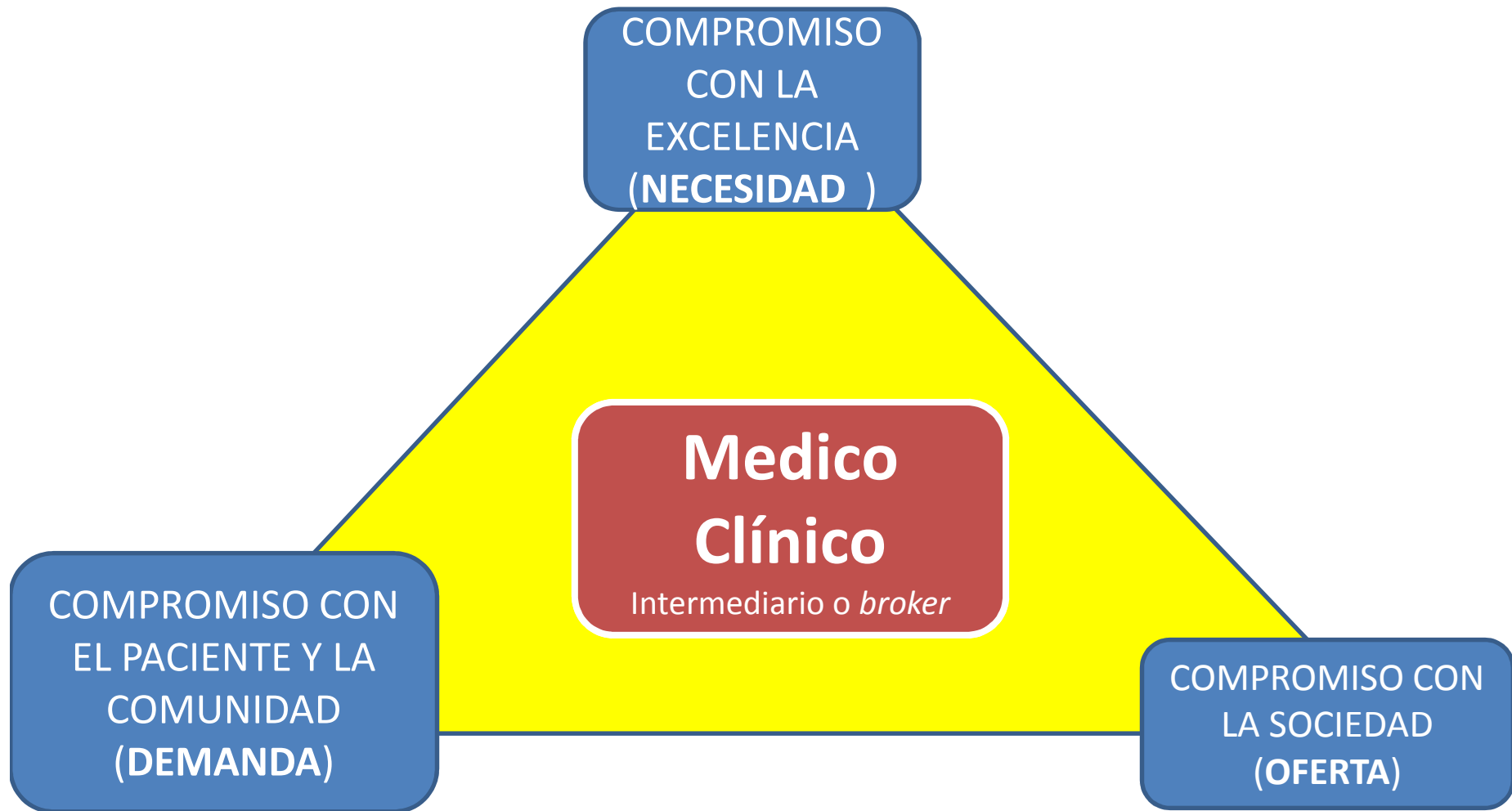
Un compromiso para defender los intereses y el bienestar de los pacientes

...the welfare of patients.

Un compromiso para ser sensible y responsable a las necesidades de salud de la sociedad

A commitment to be responsive to the health needs of society.

<http://www.abimfoundation.org/ResourceCenter/Bibliography/~media/Files/Resource%20Center/Project%20professionalism.ashx>



“Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España”

50 recomendaciones de "No hacer" en España del Proyecto "Compromiso por la Calidad de las Sociedades Científicas en España", inspirado en el Choosing Wisely / Dic 2013

1. Biopatología Médica
2. Cirugía
3. Urología
4. Alergología e Inmunología Clínica
5. Anatomía Patológica
6. Anestesiología
7. Angiología y Cirugía Vascolar
8. Cirugía Oral y Maxilofacial
9. Cirugía Ortopédica y Traumatología.
10. Cirugía Plástica
11. Cirugía Torácica y Cardiovascular
12. Enf. Infecciosas y Microbiología Clínica
13. Geriatria y Gerontología
14. Ginecología y Obstetricia
15. Hematología y Hemoterapia
16. Medicina Geriátrica
17. Medicina Intensiva Crítica
18. Medicina Nuclear
19. Medicina Preventiva
20. Neurocirugía
21. Oftalmología
22. Oncología Médica
23. Oncología Radioterápica
24. Otorrinolaringología
25. Psiquiatría
26. Radiología Médica
27. Rehabilitación y Medicina Física

La **Sociedad Española de Medicina Interna** recomienda:

1. No está indicado el cribado ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática, incluyendo pacientes con sondaje vesical, salvo en el embarazo o en procedimientos quirúrgicos urológicos.
2. No usar ácido acetilsalicílico como prevención primaria en personas sin enfermedad cardiovascular.
3. No usar benzodiazepinas para el tratamiento del insomnio, la agitación o el delirio en personas de edad avanzada.
4. No está indicada la determinación de los péptidos natriuréticos para la toma de decisiones terapéuticas en la insuficiencia cardiaca crónica.
5. En la mayoría de ocasiones que se detecta una cifra de presión arterial elevada no existe indicación para iniciar tratamiento antihipertensivo de manera inmediata.

Nuevo contrato social con la profesión médica y revitalización del profesionalismo

- La mejor opción para todos (si no la única) es que la profesión médica de un paso adelante y lidere los cambios.
- Precisaré de un gran talento y generosidad para conciliar las visiones de la sociedad (contribuyentes), pacientes, y sus propios intereses científicos, profesionales y gremiales.
- Para ello no va a contar con muchas ayudas externas...

CONCLUSIÓN...

- La medicina tiene ante sí una crisis de maduración: para gestionar su conocimiento debe salir de la vieja crisálida
- Se necesita mucho profesionalismo y generosidad para hacer esta metamorfosis
- La narrativa de la gestión clínica y de la integración asistencial pueden ser excelentes instrumentos para impulsar el cambio
- La **Medicina Interna** por su centralidad organizativa, su enfoque sintético y su prestigio y reputación en el saber clínico, está llamada a jugar un papel irremplazable en esta revitalización.

