

# XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna

**OVIEDO**  
17-20 Noviembre 2010

Auditorio-Palacio de Congresos  
"Príncipe Felipe"

## II Congreso Ibérico de Medicina Interna

**VII Congreso de la Sociedad  
Asturiana de Medicina Interna**

La triple crisis en la sanidad y el paciente crónico  
José R. Repullo  
Escuela Nacional de Sanidad / Instituto de Salud Carlos III  
[jrepullo@isciii.es](mailto:jrepullo@isciii.es)

# 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 sistemas sanitarios cada vez más ineficientes e insostenibles



## Physician Suicide

Louise B Andrew, MD, JD, Medical-Legal, Risk Management and Trial Consultant, Litigation Stress Course

Updated: Mar 29, 2010

Perhaps due in part to knowledge of and ready access to lethal means, completed suicide is far more prevalent among physicians than the public, with the most reliable estimates ranging from **1.4-2.3 times the rate in the general population**. More alarming is that, after accidents, suicide is the most common cause of death among medical students. Although **female physicians** attempt suicide far less often than their counterparts in the general population, completion rates equal those of male physicians and, thus, far exceed that of the general population (**2.5-4 times** the rate by some estimates). A reasonable assumption is that **underreporting** of suicide as the cause of death by sympathetic colleagues might well skew these statistics, so the real incidence of physician suicide is probably somewhat higher.

<http://emedicine.medscape.com/article/806779-print>

<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/resdoctors.html>

[ABOUT US](#)

[CONTACT INFO](#)

[STAFF](#)

[RESEARCH](#)

[PUBLICATIONS](#)

[MONITORING DSH](#)

[STATISTICS](#)

[LINKS](#)

[Centre for Suicide Research](#) | [Research](#) | [Suicide in high risk occupations](#) | [Doctors](#)

**Suicide in high risk occupational groups - Doctors**

The annual suicide rates in male and female doctors were 19.2 and 18.8 per 100,000 respectively. The suicide rate in **female doctors** was higher than in the general population, whereas the rate in male doctors was less than in the general population. The difference between the mortality ratios of the female and male doctors was statistically significant, although the absolute suicide risk was similar in the two genders. There were significant differences between specialities, with **anaesthetists, community health doctors, general practitioners and psychiatrists** having significantly increased rates compared with general hospital doctors. There were no differences with regard to seniority or time period.

1

*Crisis de la  
medicina y de los  
médicos*

# MEDICINA: ciencia y arte médico

- Pérdida del paciente en medio de tanto desarrollo de la ciencia y la técnica
- Hiper-especialización ingobernable
- Repliegue del rol profesional al de experto





# 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



# Y cuando la medicina comienza la senda de la especialización

- Expansión acelerada del conocimiento clínico:
  - *“la característica fundamental de la medicina del Siglo XIX es el intento de correlacionar los descubrimientos del laboratorio y de la sala de autopsias con las observaciones junto al lecho del enfermo”*

Lyons AS, Petrucelli RJ. Historia de la Medicina. Barcelona: Mosby-Doyma; 1994





# Nacimiento de los sistemas sanitarios y desarrollo del hospital

- Años 50: expansión de sistemas de aseguramiento público de los riesgos de salud
  - Años 60: expansión acelerada del hospital moderno
  - Años 70: crisis económica y de racionalidad
- *52.000 camas creó la seguridad social española en los años 60 y 70 (1/2 de las actuales camas públicas)*



# Atención Primaria y Gestión en los 80 y 90

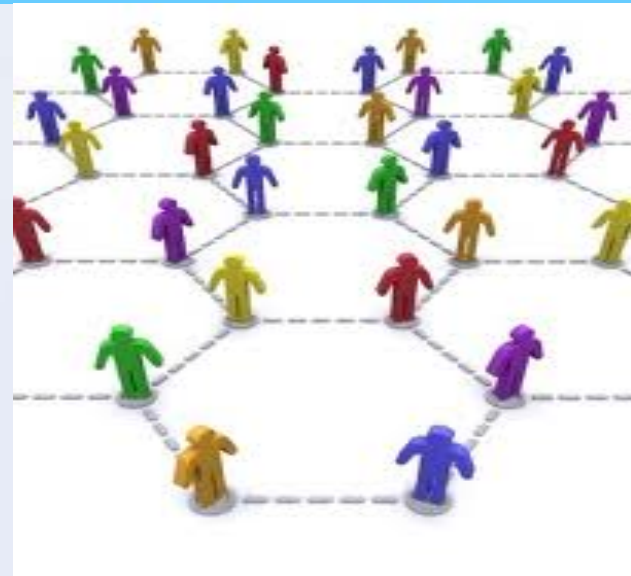
- **Atención Primaria** como reto de los años 80
- La mejora del funcionamiento del hospital se basa en la **meso-gestión**: gestionar mejor los “productos”: enfoque a procesos agudos (episodios asistenciales)
- **Complejidad** creciente de la medicina y los pacientes



# Redes y complejidad en los 90 /00

- Evidencias de que la coordinación primaria – especializada no funciona como estaba previsto:
  - ¿cómo enlazar las redes?
- Expansión acelerada del conocimiento médico
- Mesogestión incapaz de dar respuestas globales
  - micro-sistemas (Gestión Clínica)

- *El envejecimiento empieza a pugnar contra el paradigma dominante del hospital de agudos*
  - *Visión hospitalocentrista: la primaria no filtra, los servicios sociales no apoyan, los pacientes no cumplen los tratamientos...*



# Expansión del saber clínico y tendencia a la hiper-especialización

- Paradoja informativa de Muir Gray:
  - “... los médicos aunque están desbordados de información que no pueden procesar, son incapaces de encontrar aquello que precisan cuando lo necesitan. Se estima que para que un médico general pueda estar al día en todas las novedades de publicaciones primarias, **debería leer cada uno de los 365 días del año 19 artículos**”  
¡y esto era a mitad de los años 90!

*Evidence based medicine: what it is and what it isn't.  
David L Sackett, William M C Rosenberg, J A Muir Gray,  
R Brian Haynes, and W Scott Richardson. BMJ 1996;  
312: 71-72*



# 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 aparato, 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](http://www.economist.com/business-finance/management/displaystory.cfm?story_id=770819) )*





# Una paz espiritual al simplificararnos la vida...

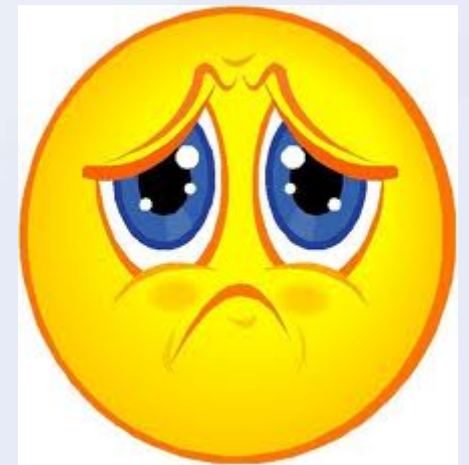
- La huida hacia universos menores tiene ventajas
  - estar fácilmente al día sin leer cientos de artículos en revistas
  - formar parte de un pequeño clan nacional o internacional, con posibilidad de asistir a congresos o hacer publicaciones con mayor facilidad
  - en el caso de los “expertos” el propio 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



# Problemas de funcionamiento

- la **hiper-especialización** tiene dos problemas
  - escinde la medicina en **parcelas diminutas** sin aportar mecanismos de coordinación e integración;
  - y para justificar las parcelas se requiere canalizar y **concentrar pacientes** tributarios del conocimiento hiper-especializado, sin que ni la red sanitaria ni la lógica de funcionamiento de la profesión médica estén en condiciones de facilitar este proceso de derivación terciaria
- El **rol de experto** y tecnólogo tiene también dos problemas:
  - El del **médico** que acaba dominando un elenco (estrecho habitualmente) de técnicas, procedimientos o instrumentos clínicos, y quiere **rentabilizar este enorme esfuerzo** de aprendizaje practicándolo en quien se beneficia mucho, pero también en quien se beneficia menos (o incluso poco).
  - Y el de la **administración** del hospital que intentar favorecer una mayor “productividad” de estas unidades para amortizar equipamientos caros adquiridos, o rentabilizar equipos humanos conformados para estos procedimientos altamente especializados.

# Los médicos somos cada vez más infelices practicando la medicina atolondrada

- **El decálogo de la práctica clínica atolondrada por la hiperespecialización**

1. Cada síntoma una exploración
2. Cada órgano una especialidad
3. Cada parámetro anormal un medicamento corrector
4. Cada problema una intervención
5. Cada efecto adverso o complicación una nueva acción (ni un paso atrás)
6. Nunca un adiós, sólo un hasta luego (revisión a los 12 meses)
7. Prohibido pensar en más de un síndrome o problema a la vez
8. Prohibido mirar lo que no es nuestro en la historia clínica
9. Prohibido hablar con otras especialidades (del enfermo, claro...)
10. Ignorar al médico de primaria salvo que queramos mandar al paciente a la “papelera de reciclaje”

# La perversidad de la fascinación tecnológica

## • POR LA MAÑANA

- Los incentivos existentes (reputación, poder, ...) alimentan la hoguera de los procedimientos singulares, llamativos: **“high tech”** (alta tecnología),
- en detrimento de los modelos de intervención más personalizados, basados en la interacción con el paciente, la integración racional de intervenciones y el **“high touch”** (alto contacto personal).

## • POR LA TARDE

- preferencia matutina por el trasplante o el cateterismo en el sector público, y la aceptación rutinaria del juanete vespertino (en peonada pública o en práctica privada).
  - *Peiró S, Bernal E. ¿A qué incentivos responde la utilización hospitalaria en El SNS?. Gacet Sanit 2006; 20 (supl1): 110-6*



# Las amistades peligrosas

- El complejo industrial que nos rodea intenta convertir a los médicos en sus franquiciados virtuales
- El problema no está en la industria, sino 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*



Hormone replacement therapy

## The arrogance of preventive medicine

David L. Sackett

CMAJ • AUG. 20, 2002; 167 (4)

β See related articles pages 357, 361, 377 and 387

Yo echo la culpa a los "expertos" médicos, a todos aquellos que, para sacar beneficios privados (por su afiliación a la industria), para satisfacer una narcisista necesidad de reconocimiento público o en un descaminado intento de hacer el bien, abogan por maniobras "preventivas" que nunca han sido validadas en ensayos clínicos aleatorizados rigurosos. No solo abusan de su posición, apoyando sin pruebas, maniobras "preventivas", también ahogan la disidencia.



2

*Crisis de los  
sistemas  
sanitarios*

# ¿Siempre un paso por detrás de los problemas?

- Hospitales y médicos en la senda de la hiper-especialización y el rol de experto
- Ante el choque con la realidad, se descubre la **prevención** y la **cronicidad** pero se elabora desde el mismo paradigma intra-especialidad: LAS TRES “EMES”
  - **Miopía**: fuera del contexto de la red: todos a hacer educación sanitaria, cribados, recetas cada seis meses, o incluso atención domiciliaria desde el hospital
  - **Megalomanía**: mi especialidad (órgano, sistema o patología) es la más importante
  - **Melancolía**: tristeza al comprobar que la realidad es testaruda y que nadie nos hace el caso que nos merecemos



# Conciencia creciente de la irracionalidad del modelo

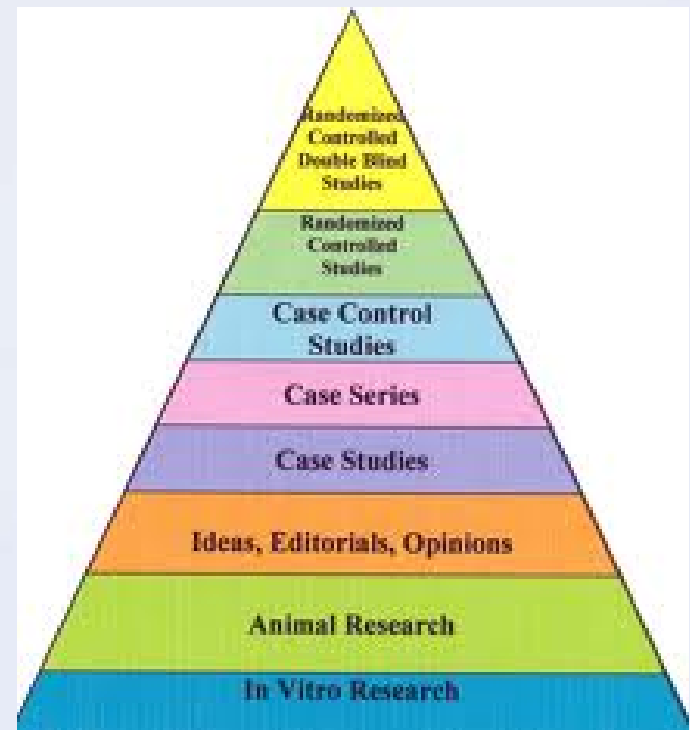
- Rendimientos decrecientes del gasto sanitario en salud
- Evidencias dolorosas de la fragmentación asistencial
- Movimientos autocríticos desde la propia profesión:
  - Garantía de calidad, evaluación tecnológica, MBE, bioética, etc.

- *Se introduce con fuerza creciente los paradigmas de gestión clínica e integración*



# MBE y buena medicina: alineada con la sostenibilidad de los sistemas

- En un contexto de crisis de la innovación efectiva
  - Mejor medicina es más económico, más apropiado y más compasivo
- Quedan por resolver algunos dilemas:
  - ¿qué hacer con lo escasamente efectivo pero insoportablemente caro?
  - ¿qué hacer con la medicalización del malestar en las sociedades post-modernas?



# UN GRANO DE EFECTIVIDAD Y UNA MONTAÑA DE COSTES

¿QUÉ HACER?

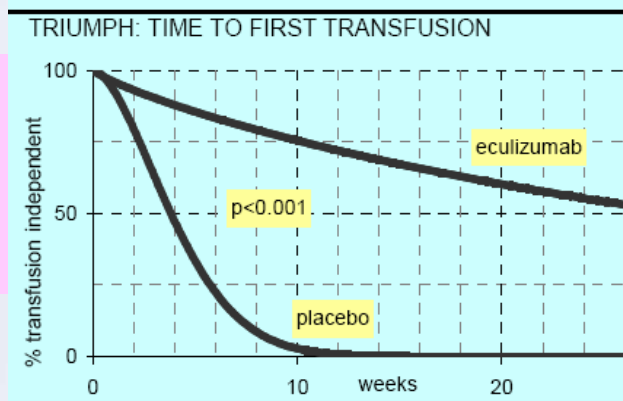
Biofármaco	Coste total (millones €)	% del gasto total
Insulina	2,7	0,3
Bevacizumab	18,9	2,1
Cetuximab	32,6	3,6
PEGinterferón alfa 2A	47,0	5,2
Adalimumab	55,4	6,1
Interferón beta 1b	66,6	7,3
Trastuzumab (2000)	80,5	8,8
Hormona de crecimiento	83,6	9,2
Rituximab (1999)	84,5	9,3
Etanercept	99,5	10,9
Infliximab (2000)	101,0	11,1
Eritorproyetina	118,2	13,0
Interferón beta 1. <sup>a</sup>	120,3	13,2

Fuente: Proyecto Genoma España (2007).

**Lo mucho que cuestan algunas cosas (el per-cápita de 30 personas)**

**Y lo poco que a veces se obtiene de este gasto**

# Hemoglobinuria paroxística nocturna



- Enfermedad ultra-rara
  - ultra-huérfana: 2,4 pacientes por millón pueden beneficiarse del tratamiento:
    - Tratamiento efectivo en la reducción de trasfusiones (Eculizumab)  
[http://www.worcestershirehealth.nhs.uk/Internet\\_Library/Primary\\_Care\\_Trust/policies\\_and\\_procedures/Prescribing/230708Eculizumab\\_for\\_ParoxysmalNocturnalHaemaglobinuriaPolicyStatementJune08.pdf](http://www.worcestershirehealth.nhs.uk/Internet_Library/Primary_Care_Trust/policies_and_procedures/Prescribing/230708Eculizumab_for_ParoxysmalNocturnalHaemaglobinuriaPolicyStatementJune08.pdf)
- Tratamiento ultra-caro
  - Coste 275.000 € anuales;
  - Por año de vida ganado entre 800.000 y 1.100.000 €
    - <http://www.rep.bham.ac.uk/2008/PNH.pdf>
- ¿Qué hacer con lo razonablemente efectivo pero insoportablemente caro?



**Am J Manag Care. 2003 May;9(5):393-400; quiz 401-2.**

**Effect of off-label use of oncology drugs on pharmaceutical costs: the rituximab experience. Kocs D, Fendrick AM.**

Indicaciones de **RITUXIMAB** de 1998 a 2001 / on label vs off label

RESULTADOS: de los 428 tratamientos con rituximab el **75%** no estaba incluido en **las indicaciones autorizadas**

# Integración: ¿también un paso por detrás?

- En el hospital:

- Los experimentos de las “unidades fashion” singulares y diferenciadas
  - Experiencias que no se generalizan se enquistan
- En Europa hace tiempo se buscó la reingeniería de la organización de los departamentos hospitalarios

- En la red:

- Fusión de gerencias de primaria y especializada
  - Ahorro en gestión, y posibilidad de movilizar presupuestos, pero...
  - ¿asegura un nivel de racionalización de los procesos clínicos?

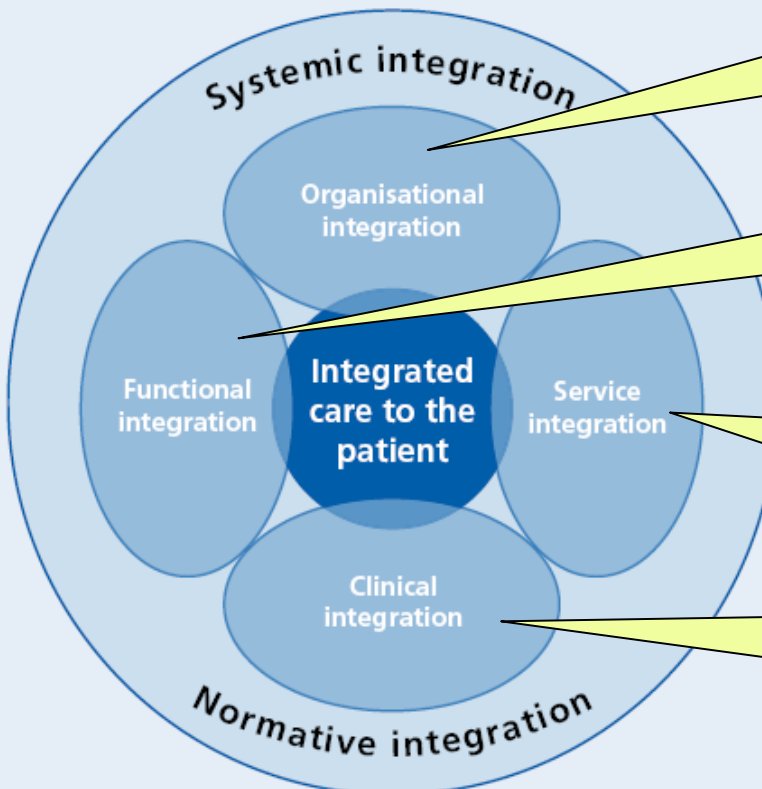


# Where next for integrated care organisations in the English NHS?

Richard Q Lewis, Rebecca Rosen, Nick Goodwin and Jennifer Dixon

<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/detail.aspx?id=145&prID=693>

FIGURE 1: TYPOLOGIES OF INTEGRATED CARE



**ORGANIZATIVA**  
Fusiones o Redes

**FUNCIONAL**  
Servicios de soporte clínico  
(historia clínica, citación...)

**DE SERVICIOS**  
Agrupación de servicios clínicos  
en equipos multiespecialidad

**CLÍNICA**  
Proceso asistencial articulado y  
coherente

- Systemic integration, where there is coherence of rules and policies at all organisational levels. This is sometimes termed an 'integrated delivery system'.

Source: adapted from Fulop and others (2005)

3

*Cronicidad como  
factor detonante  
del escenario de  
crisis de  
sostenibilidad*

# Cambio en el perfil de demanda

- Los pacientes actuales son **ancianos**, y por ello acarrean cronicidad, comorbilidad y pluri-patologías.
- Pero no sólo los ancianos cuentan: hay cada vez más **supervivientes** de enfermedades graves de las cuales antes se moría la mayoría: cáncer, cardiovascular, SIDA...
  - crónicos de enorme fragilidad, y que tienen por delante muchos años de cuidados sanitarios.
- Por último, el **final de la vida** se convierte en una pugna feroz para sostener la alimentación, la hidratación, la respiración y la circulación del paciente; evitando además que sufra; y esperando un fallo multiorgánico que (final y afortunadamente) nos supere...
  - ¿calidad de vida sin calidad de muerte?



# La comorbilidad se reinterpreta como problema principal

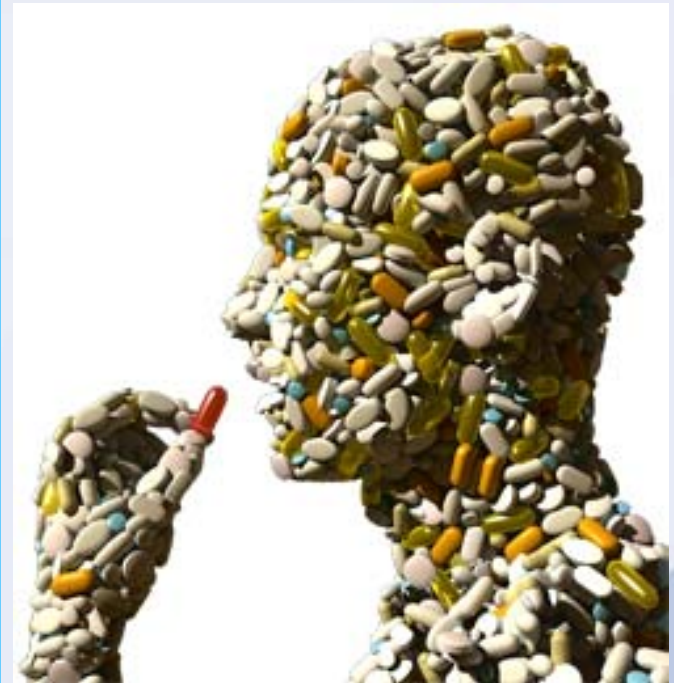
- Si el paciente que llega tiene un **problema agudo** y bien acotado, que cae de lleno en la especialidad, la respuesta asistencial es razonablemente buena;
- pero si tiene **otra comorbilidad**, lo habitual es **derivarlo** a otro servicio especializado (raramente a la atención primaria), y mucho menos 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





# Tras la tercera pastilla nadie sabe lo que puede ocurrir

- El paciente crónico va acumulando intervenciones simultáneas y sucesivas, desacopladas y con frecuencia irracionales.
- La adición y sumación de fármacos, por ejemplo, puede ser tan amplia y florida que desborda cualquier previsión o ensayo de interacciones, y convierte a los pacientes en verdaderos experimentos naturales
  - En ocasiones sólo la baja adherencia terapéutica salva de interacciones farmacológicas desconocidas y potencialmente peligrosas... pero nos mete en la nube de la ignorancia



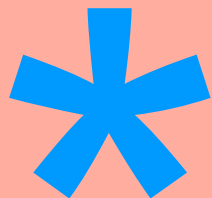
# Peligroso y caro

- “Errar es Humano” del *Institute of Medicine*:
  - noviembre de 1999
  - *casi 100.000 estadounidenses podrían haber fallecido en los hospitales por errores prevenibles*: conmoción en el mundo profesional
  - **seguridad** del paciente han subido en el interés público y profesional
  - pero los factores clínicos y organizativos que favorecen su aparición permanecen intactos.

*To Err is Human: Building a safer health system. IOM, 1999. Resumen disponible en:*  
<http://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/1999/To-Err-is-Human/To%20Err%20is%20Human%201999%20report%20brief.ashx>

- Por encima de un límite de desarrollo de la medicina moderna, más no es mejor
  - Fisher y Wennberg en un estudio de hospitales de Estados Unidos: *la mejor asistencia puede llegar a ser un 70% más cara que ... la mejor asistencia*
  - Fisher ES, Wennberg DE, Stukel TA, Gottlieb DJ, Lucas FL, Pinder EL. The implications of regional variations in Medicare spending. Part 2: health outcomes and satisfaction with care. *Ann Intern Med.* 2003 Feb 18;138(4):288-98





*la agenda de  
alternativas...*

# Medicina

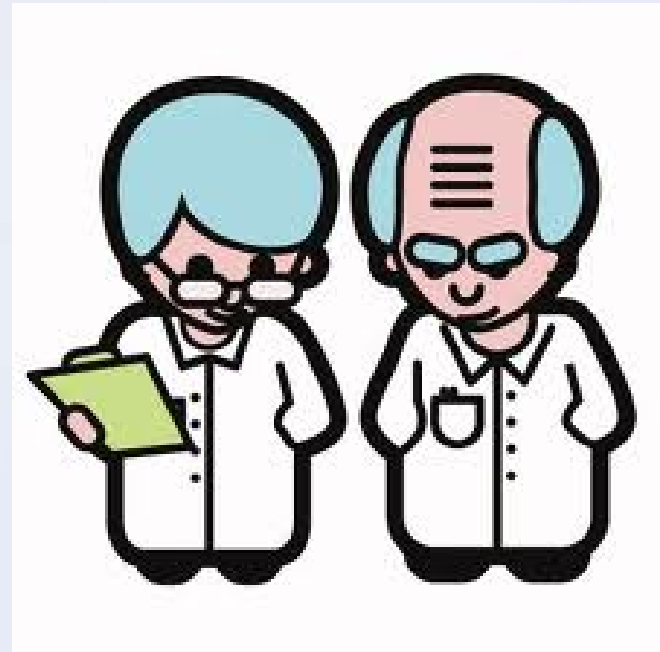
- Aceptar que es una ciencia aplicada, donde el contexto es esencial
  - Supra-especialistas de atención primaria
  - Inter-especialistas de atención especializada
  - Foco a proceso y paciente
    - ¿paciente como anti-especialista?



# Médicos

- Cambio de la visión profesional
  - Motivación intrínseca:
    - Que el paciente sea también objeto de “fascinación tecnológica”
    - Si sólo amo a la *techné* debo evitar ser tóxico para mis pacientes:
      - ceder el control a un supra-especialista o inter-especialista
  - Motivación trascendente:
    - Evitar el racismo de los “casos feos”:
      - *¡¡¡La arruga es bella!!!*

- *Papel de la universidad, las organizaciones colegiales y sociedades científicas*



# Sistemas Sanitarios

- Políticas de gestión del conocimiento y MBE
  - La efectividad está alineada con la sostenibilidad
- Políticas de atención al enfermo crónico
  - Al enfermo, no a la cronicidad de cada especialidad
  - Osakidetza...
- Políticas hacia la integración
  - Organizativa
  - Funcional
  - De servicios
  - Clínica

- *¿Integración basada en el hospital o en la atención primaria?*







Ciencia y caridad, Picasso 1989, Museo Picasso de Barcelona