

XXXII Congreso Nacional de la SEMI

XIV Congreso de la Sociedad
Canaria de Medicina Interna

26-28 Octubre 2011

Costa Meloneras

Palacio de Congresos Expomeloneras
Maspalomas. San Bartolomé de Tirajana
Gran Canaria. Las Palmas



Sostenibilidad del sistema sanitario

Beatriz González López-Valcárcel
Universidad de Las Palmas de GC
bvalcarcel@dmc.ulpgc.es

Indice

1. Introducción sobre el contexto económico, rumbos y holguras

2. Sostenibilidad y solvencia

3. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de problemas en el SNS

4. Conclusiones

El agravamiento de la crisis

Moody's sigue la estela de Fitch y S&P y rebaja dos escalones la deuda de España

La agencia justifica su nota en el débil crecimiento económico y la falta de una solución "creíble" a la crisis de la eurozona.- Exige al Gobierno que salga del 20-N una reforma fiscal

RAMÓN MUÑOZ | Madrid 19/10/2011

Vota ☆☆☆☆☆ Resultado ★★★★★ 67 votos

Comentarios - 106

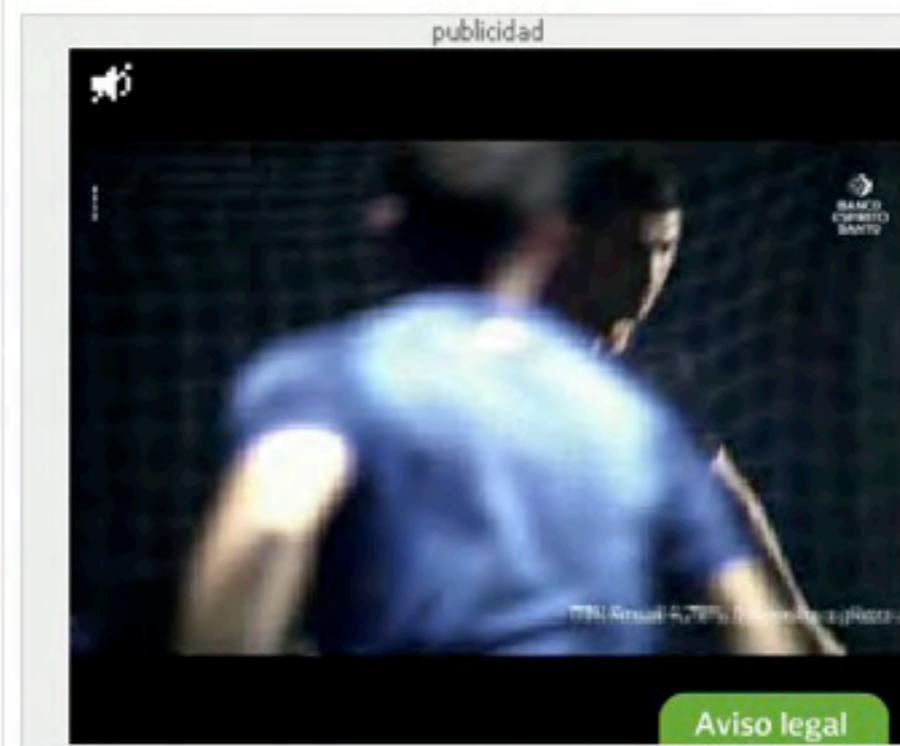
Twitter 76

Recomendar 102

Ya está el trío completo. Siguiendo la estela de [Fitch](#) y [Standard & Poor's](#), Moody's ha rebajado dos escalones la calificación de la deuda soberana de España, que pasa de Aa2 a A1. De esta manera, en apenas 11 días las tres agencias de calificación crediticia internacional han revisado a la baja la nota de la deuda española, y en el caso de Fitch y S&P esa rebaja ha alcanzado también a las principales entidades bancarias, y muchas [comunidades autónomas](#) y ayuntamientos. Y lo peor puede estar por venir, porque también [Moody's](#) como sus homólogas, mantiene la perspectiva negativa y deja abierta la puerta a otros recortes.

- › [Fitch rebaja la nota de solvencia de España en dos escalones](#)
- › [Rajoy habla con Zapatero para exigir que no acepte ajustes en el valor de la deuda](#)
- › [S&P castiga a España con una rebaja de la nota de su deuda](#)

Moody's justifica la decisión, en el plano nacional, en la incapacidad de la economía española para crecer y el posible incumplimiento de los límites de déficit; y en el plano internacional, en la vulnerabilidad de España a la [crisis de deuda soberana](#) de la eurozona para la que, por el momento, no encuentra ninguna "solución



E Última Hora

Once de los 40 palestinos liberados ayer por



Fiscal consolidation (I)

Objectives – regardless of macroeconomic performance

- Short-term: fiscal target of 6% deficit in 2011
- Establishing a more transparent framework
- Ensuring long-term fiscal stability

Instruments

- On-going commitment to deficit reduction
- Constitutional change limiting structural deficit and debt
- New spending rule: public spending linked to economic growth
- Pension reform: higher age of retirement, greater relationship between contribution and pension and sustainability factor

Approved 27/09/2011

Approved 14/07/2011

Approved 21/07/2011

General Government commitments by unit (% of GDP)							
	2009	2010		2011	2012	2013	2014
		Commitment	Execution				
General Government Budget Balance	-11.1	-9.3	-9.3	-6.0	-4.4	-3.0	-2.1
Central Government	-9.3	-5.9 (-6.7)	-5.0 (-5.7)	-2.3 (-4.8)	-3.2	-2.1	-1.5
Autonomous Communities	-2.0	-3.1 (-2.4)	-3.4 (-2.8)	-3.3 (-1.3)	-1.3	-1.1	-1.0
Local Governments	-0.6	-0.6 (-0.4)	-0.6 (-0.5)	-0.8 (-0.3)	-0.3	-0.2	0.0
Social Security	0.8	0.2	-0.2	0.4	0.4	0.4	0.4
General Government Debt over GDP	53.3	62.8	60.4	67.3	68.5	69.3	68.9

Source: *Stability Programme Update 2011-2014*.

In brackets: net of internal transfers among Public Administration units.

Sanidad lidera los recortes para atajar el gasto del s

Las prestaciones suponen el 35% de los presupuestos autonómicos - Ninguna comunidad, salvo Catalu

EMILIO DE BENITO - Madrid - 16/05/2011

Vota ☆☆☆☆☆ | Resultado ★★★★★ 32 votos

Comentarios - 25       

Cifras del sistema

- **Gasto total.** En 2010, la atención sanitaria consumió **63.768 millones** de euros, un 6,1% del PIB.
- **Personal.** El gasto en nóminas es la partida más importante: un 43,4% del total (27.675 millones). La rebaja del 5% de los sueldos supuso, por tanto, un ahorro de **1.384 millones.**
- **Gasto farmacéutico.** En los 12 meses que van de abril de 2010 a marzo de 2011 la subvención de recetas (medicamentos despachados en farmacias) supuso 11.895 millones de euros, un 5,7% menos que los 12.619 millones de un año antes.
- **Hospitales.** Representan aproximadamente un 40% del gasto farmacéutico. El ahorro en esta partida ha sido de unos **300 millones.**
- **Total.** Sanidad calcula que ha ahorrado **1.275 millones** en medicamentos.



Sector restructuring and Privatisation underway

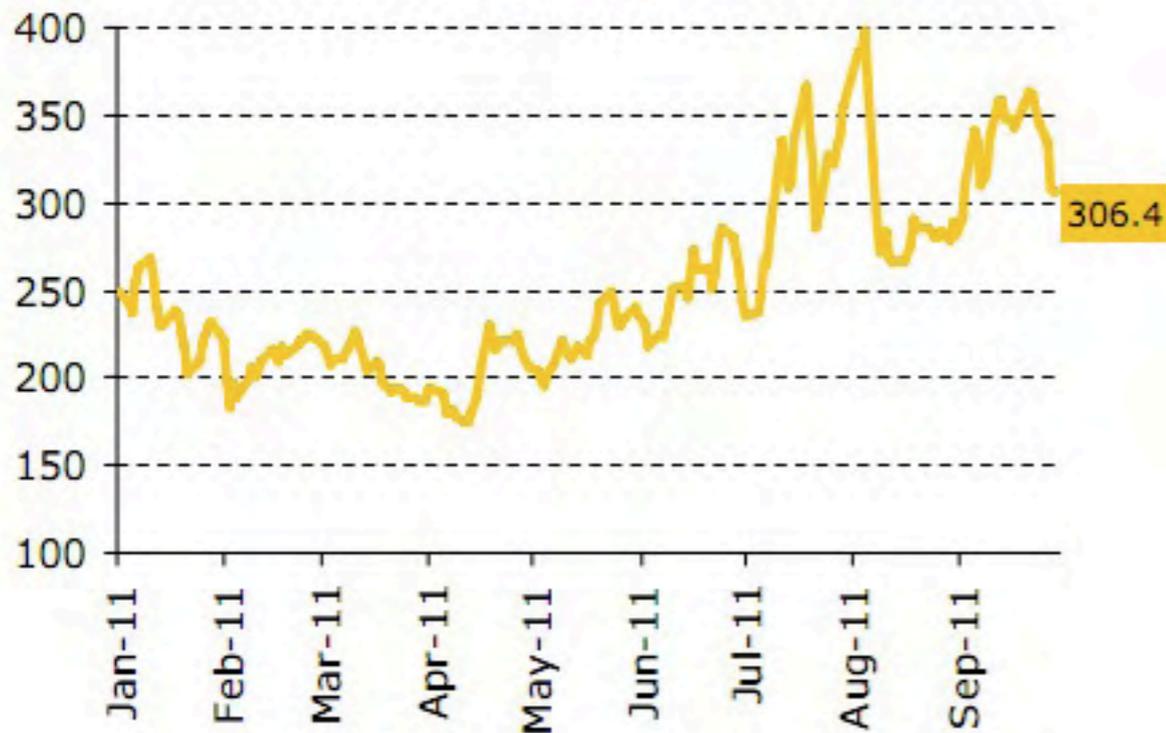
Airports	Lotteries	Telecommunications
<ul style="list-style-type: none"> ● Separation of airport operation and traffic control <p><i>(Completed in February 2011)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● New gambling law <ul style="list-style-type: none"> ▪ Separation of regulation and operation ▪ Regulation of on-line gambling <p><i>(Approved in May 2011)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Introduction of technological neutrality in the usage of spectrum ● Reallocation of the TDT extra-spectrum to telephone services
<ul style="list-style-type: none"> ● Major airports concessioned to private operators <p>November 2011</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Privatisation of 30% of the National Lottery <p>Postponed</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Spectrum auction <p>Jul-Sep 2011</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● Privatisation of up to 49% of the National Airport System <p>1st quarter 2012</p>		
<p>Expected revenues (in € bn):</p> <p>3-4</p>	<p>Expected revenues (in € bn):</p> <p>7-9</p>	<p>Expected revenues (in € bn):</p> <p>1.8-2.0</p>



Recent stabilisation in spreads and yields

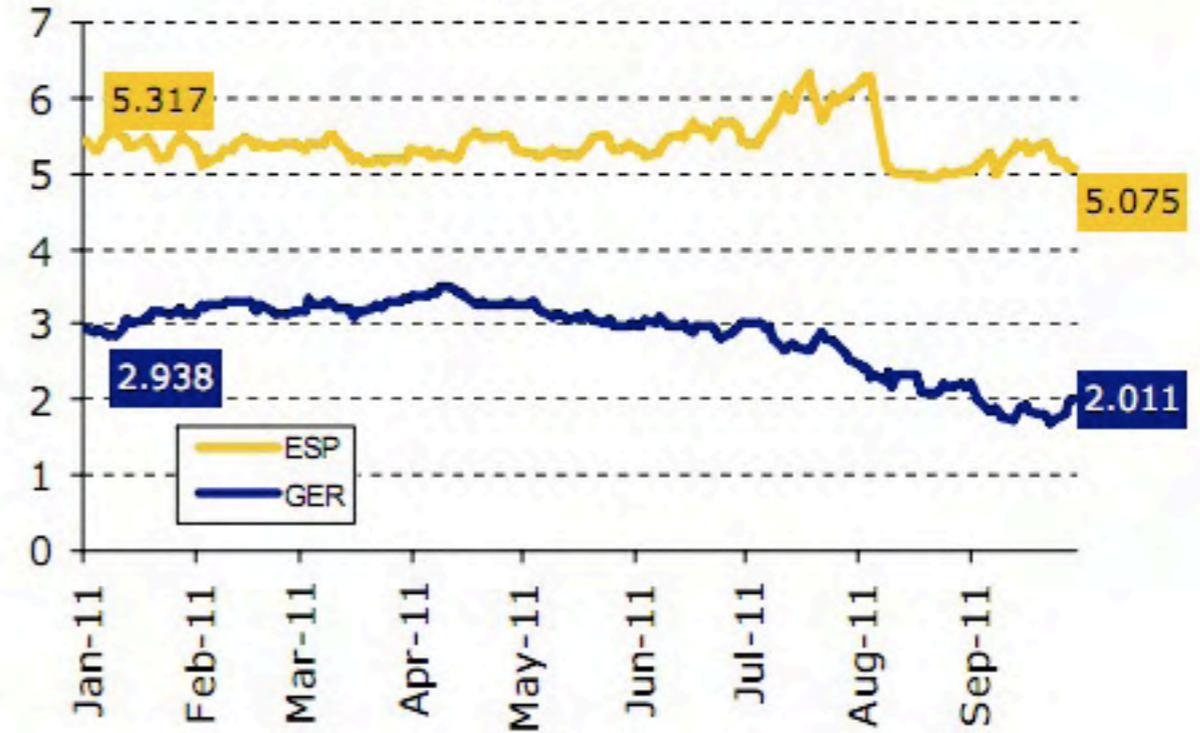
- Spanish spreads have risen throughout the year ... mostly due to the compression in Bunds
- 10-year yields have oscillated around 5.3%

Spreads Spain vs Germany 10 Year Bonds
(in bps)



Source: Bloomberg.

Spain vs Germany 10 Year Bonds
(in percent)



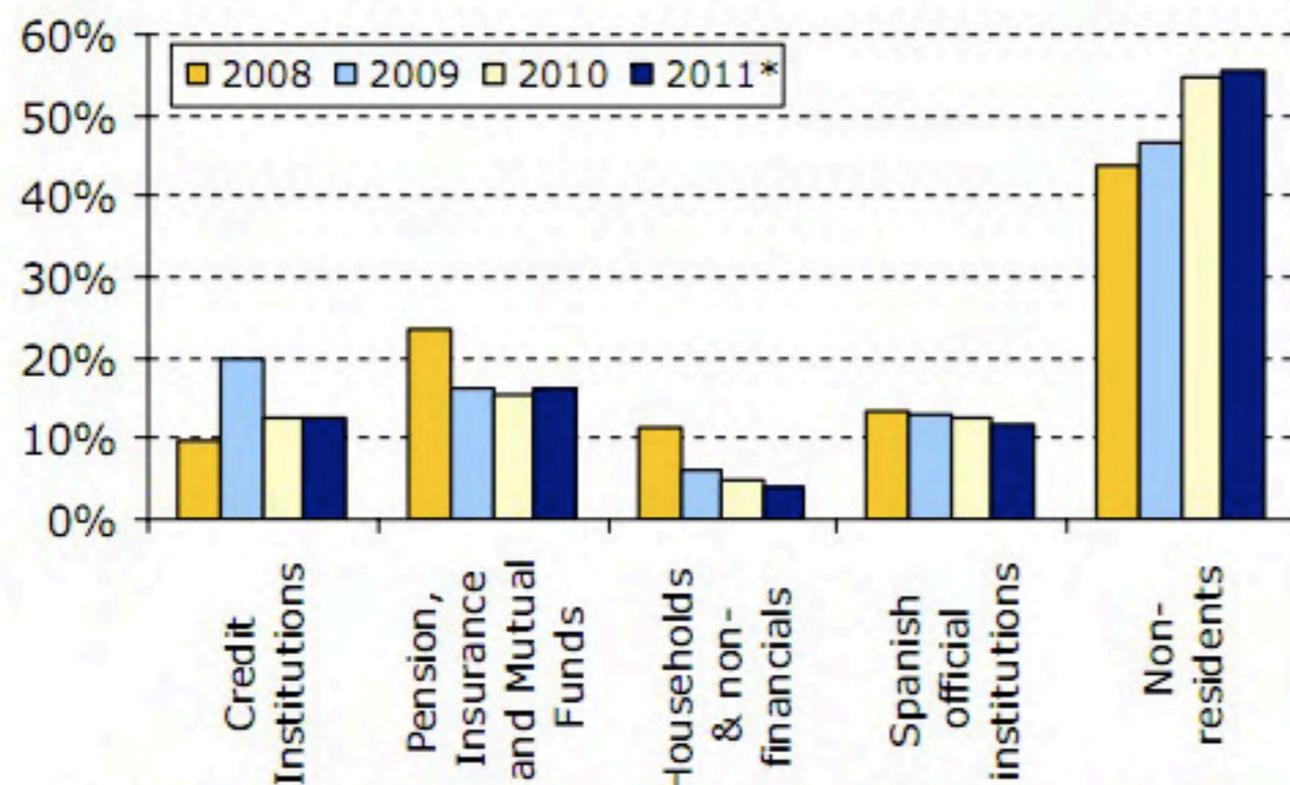
Source: Bloomberg.



A diversified investor base

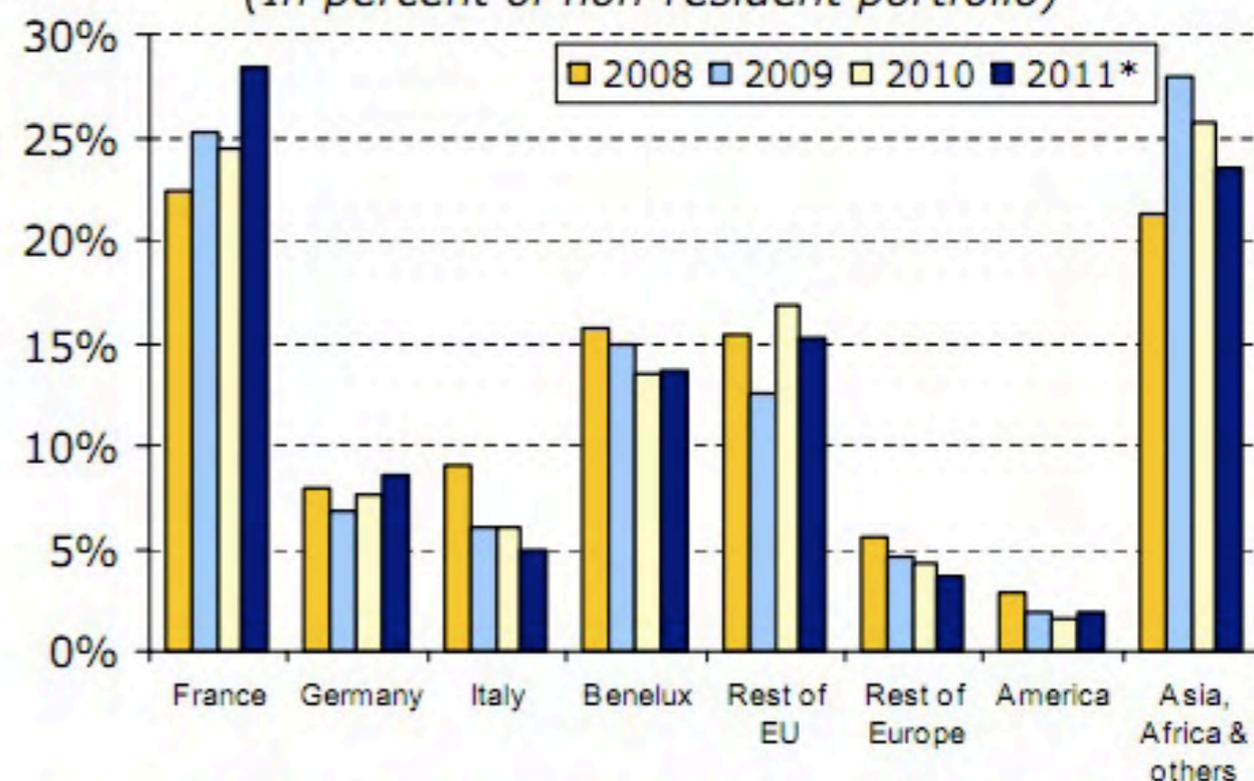
- Non-resident investors have been of instrumental importance throughout various periods of uncertainty
- The geographical distribution of holdings of government bonds has remained relatively stable during the last two years

Total unstripped Government debt by Holder
(Registered. In percent of total portfolio)



Source: [Dirección General del Tesoro y Política Financiera](#).
* As of August 31st 2011.

Geographical distribution of non-resident holders of government debt
(In percent of non-resident portfolio)

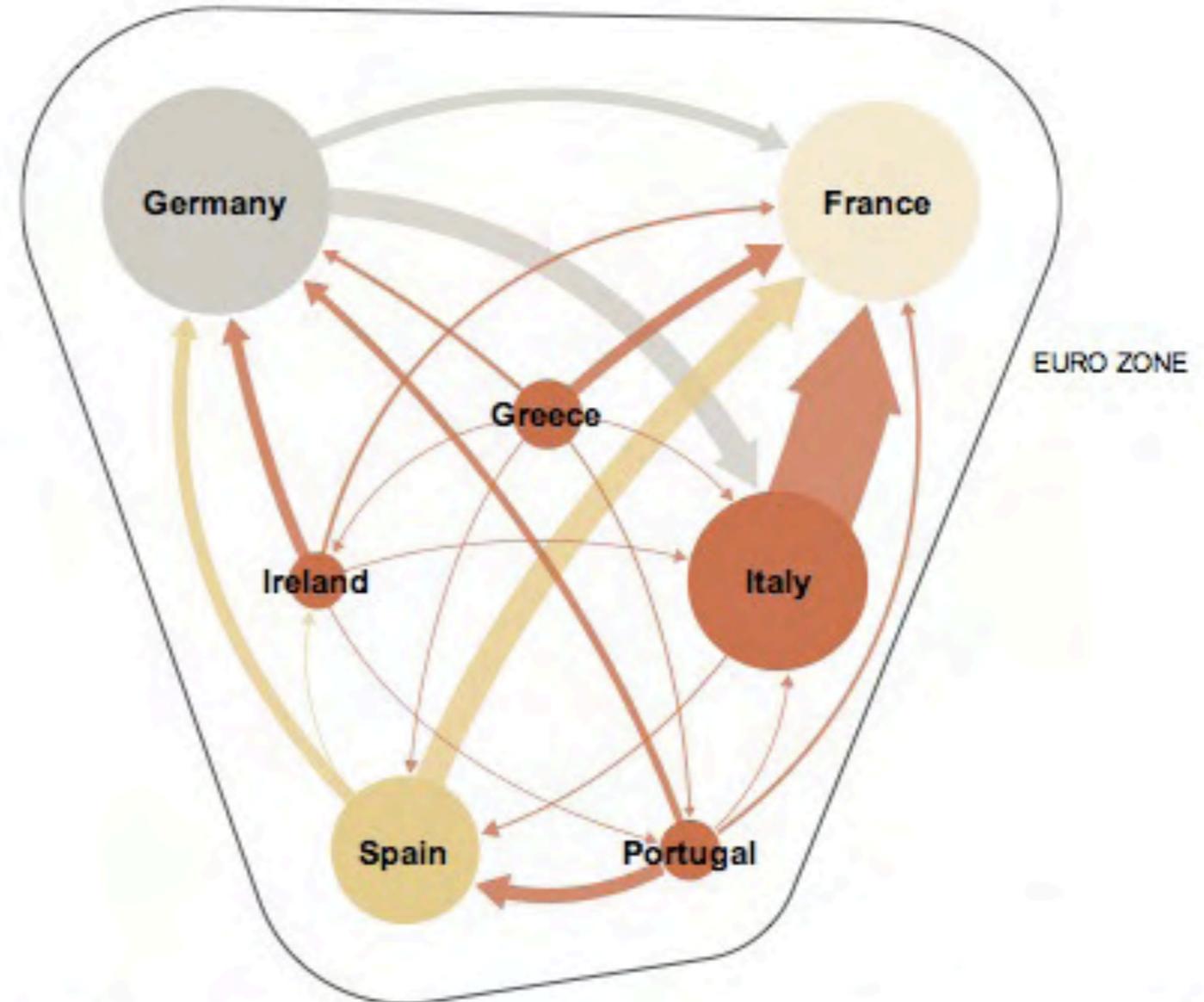


Source: [Dirección General del Tesoro y Política Financiera](#).
* As of August 31st 2011.

It's All Connected: An Overview of the Euro Crisis

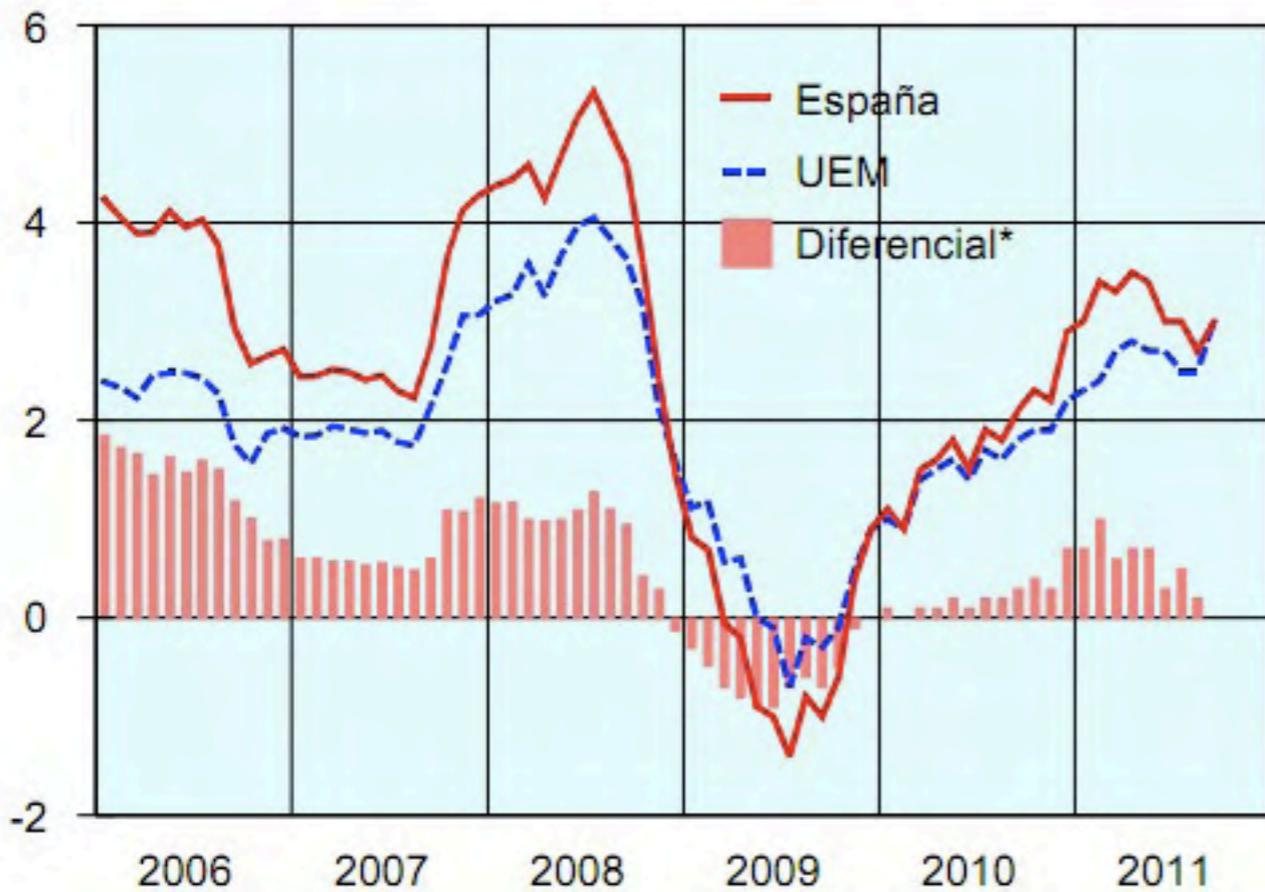
European leaders are meeting this week to deal with growing debt problems rattling investors worldwide. Here is a visual guide to the crisis.

	IT'S ALL CONNECTED
	THE IMMEDIATE TROUBLE
	THE RISK OF CONTAGION
	A POSSIBLE SCENARIO
	CONTINENTAL CONTAGION
	GLOBAL REVERBERATIONS



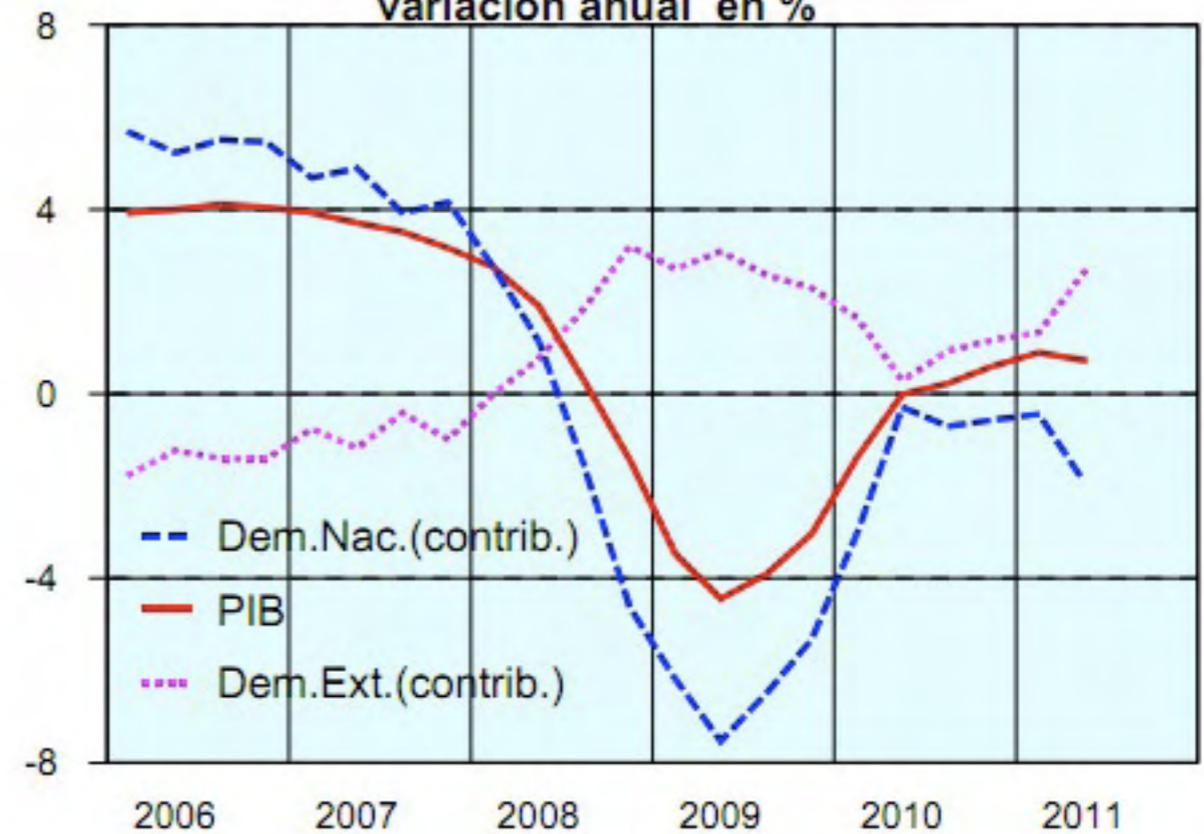
If there is no firewall or if it is inadequate, it would be easy to imagine a run on banks. The euro zone's single currency makes it easy to shift money across borders from risky economies to safer ones. That and the lack of central banks in each country -- those went away in 1999 with the arrival of the euro -- make the euro zone "the ultimate contagion machine," says Kenneth Rogoff, a Harvard economist.

G 8. INFLACIÓN TOTAL ARMONIZADA



(*) Los datos de septiembre 2011 son provisionales
 Fuente: Eurostat.

PIB Y COMPONENTES (1) variación anual en %



Fuente: INE.

La UE y la banca pactan una quita del 50 por ciento a la deuda de Grecia

► Bruselas ha conseguido que la banca privada acepte una quita superior a sus demandas de no más del 40 por ciento

ABC.ES, AGENCIAS / BRUSELAS
Día 27/10/2011 - 05.59h



Yorgos Papandréu, primer ministro griego

Los líderes de los países de la eurozona han alcanzado este jueves tras más de siete horas de negociaciones un acuerdo con la banca para que asuma pérdidas del 50% sobre los bonos griegos que tienen en su balance, según han informado fuentes europeas. El objetivo de esta quita es reducir el nivel de deuda de Grecia al 120% del PIB de aquí a 2020, frente al 150 por ciento que tiene en la actualidad. La canciller

► 1 COMENTARIOS

► IMPRIMIR

COMPARTIR



Publicidad

3% TA
a 12 m

Empresa



POR QUÉ NO SALIMOS

El círculo

M. J. PÉREZ Los países no pagan el pato

- Las eólicas españolas
- El sueño roto de...

Publicidad

¿Deberían
corridas



Vota y g



Tracking Europe's Debt Crisis

Markets' quick embrace of the latest effort to tackle this plan was broader and more robust than previ

The New York Times

Global Business WITH REUTERS

COUNTRY LATEST DEVELOPMENTS

France

 Oct. 28: President Nicolas Sarkozy said he would offer new spending cuts.
 UPDATED

Germany

 Oct. 28: Germany's Federal Constitutional Court issued a temporary injunction to prevent a panel of lawmakers from making decisions about funds for the euro zone rescue.
 UPDATED

Greece

 Oct. 28: Prime Minister George Papandreou urged Greeks to support the new rescue plan.
 UPDATED

Ireland

 Oct. 27: Ireland's government may benefit from parts of the agreement on Greek debt, although the country remains committed to paying its debts in full, Bloomberg reported.

Italy

 Oct. 28: Italy's borrowing costs rose sharply, as concerns mounted over the country's exposure to bad debt.
 UPDATED

Portugal

 Oct. 27: Two large Portuguese banks said that they may turn to the government to meet new capital requirements.

Spain

 Oct. 27: Banks in Spain won't seek state aid to meet capital requirements.

WORLD U.S. N.Y. / REGION BUSINESS TECHNOLOGY SCIENCE HEALTH SPORTS OPINION

Search Global DealBook Markets Economy Energy

The New York Times

October 27, 2011



Ansa/Reuters

A fight broke out Wednesday in Parliament in Italy, where a power struggle has hobbled the response to the crisis.

Published: October 14, 2011

El futuro ya no es lo que era

holgura

Condicionantes
exógenos: control
del déficit público,
techos de gasto

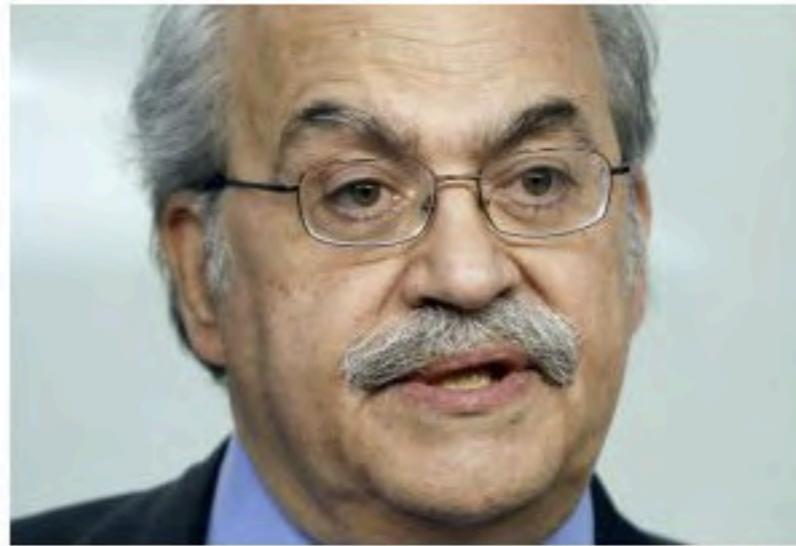
Poca holgura

Mas-Colell defiende los recortes y advierte de que “no hay otra opción”

- El consejero de Economía catalán aboga por que los ciudadanos paguen los servicios públicos

LLUÍS PELLICER | Barcelona | 30 SEP 2011 - 16:20 CET

Archivado en: Andreu Mas-Colell Gasto público Recortes sociales Estado bienestar Peaje Generalitat Cataluña Finanzas autonómicas Administración autonómica Cataluña Finanzas públicas



El consejero de Economía de la Generalitat, Andreu Mas / EFE

Acuciadas por la Unión Europea y por los mercados, Cataluña y España en conjunto no tienen otra salida que los ajustes presupuestarios que lleven a la estabilidad. Ese ha sido el mensaje que este mediodía ha trasladado el consejero de Economía y Conocimiento de la Generalitat catalana, Andreu Mas-Colell, a empresarios y académicos en una conferencia del Círculo de Economía.

“La consolidación fiscal es lo que toca y no hay otra opción”, ha afirmado. Y

en esa senda hacia la reducción del déficit, ha advertido, se tratará de mantener “el núcleo duro” del Estado del bienestar, pero también se recortará la cartera de servicios universales. Mas-Colell ha abogado por instaurar un “esquema de servicios” que pagarán sus beneficiarios y no la Administración, que a lo sumo dará subvenciones para que nadie quede al margen de estos.

Recomienda
10

Twittear
8

Enviar

La crisis económica alcanzó a la sanidad, que gana protagonismo

La sanidad se convierte en preocupación política

Capacidad de desestabilizar los presupuestos públicos

Gasto, responsabilidad de las CCAA (hasta 40% de su presup.)

El déficit sanitario no es nada nuevo

Historia de regularizaciones

Cada nuevo modelo de financiación autonómica, inyección de nuevos fondos del Estado

Pero ahora la financiación sanitaria no es finalista

Sostenibilidad vs solvencia

Sostenibilidad: ¿podremos mantener el sistema sanitario universal etc. a medio plazo, con las tensiones alcistas del gasto?

Solvencia: ¿podremos pagar las deudas (a corto plazo)?

La **burbuja** sanitaria

Entre 2002 y 2009....

Gasto sanitario público: x2

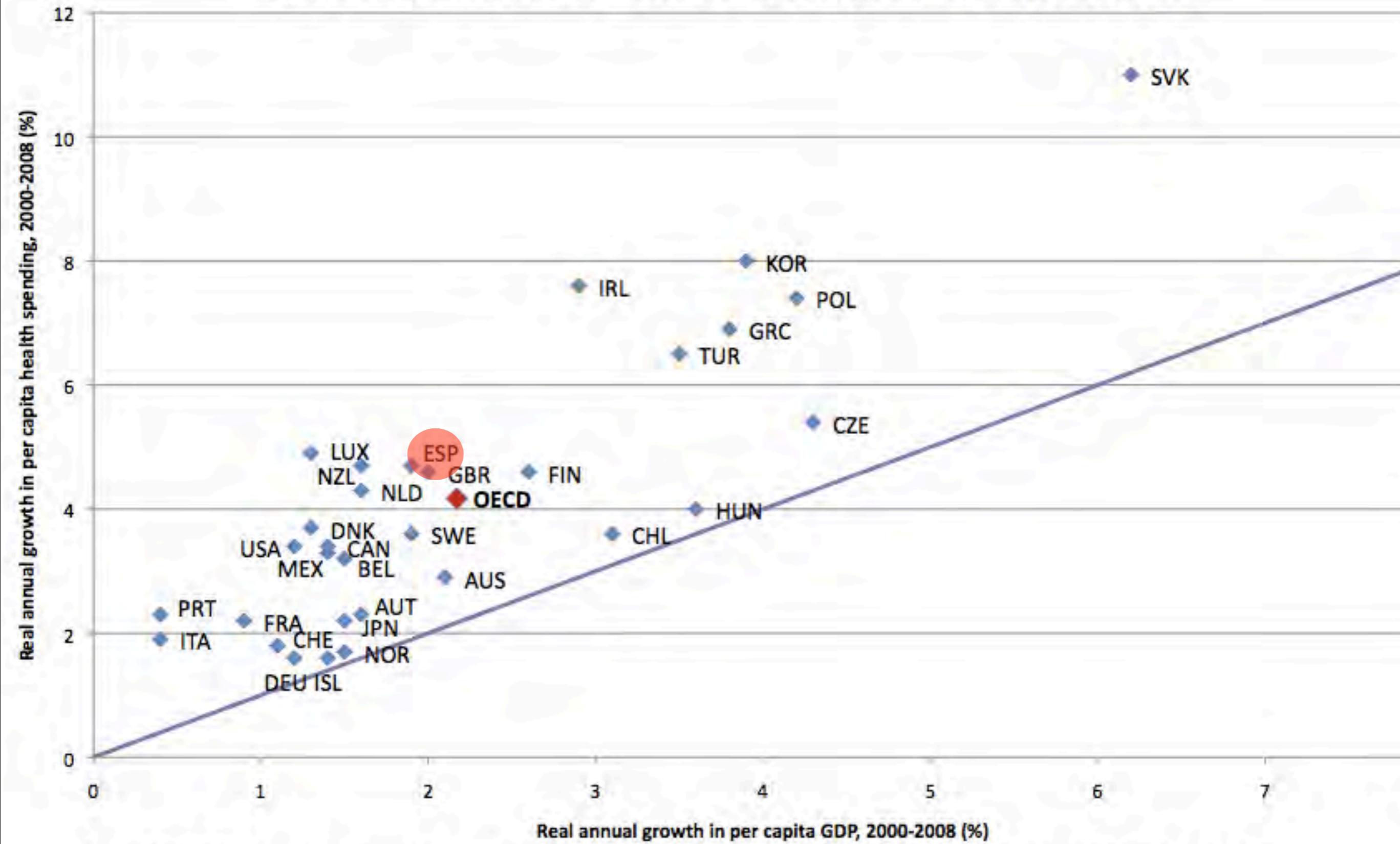
Gasto sanitario público per capita: +63%

Gasto sanitario público real per capita: +33%

Número de empleados por cama: +24.3%

MSPS Cuentas Satélite del Gasto Sanitario Público. EESCRI

Figure 1. Annual growth in health expenditure and GDP, 2000-2008



Notes: 2000-2006: Luxembourg and Portugal. 2000-2007: Australia, Denmark, Greece, Japan and Turkey. 2000-2009: Iceland.
 Source: OECD Health Data 2010.

Solvencia

LAS CUENTAS DE LAS AUTONOMÍAS

La deuda de la sanidad española se dispara más allá de los 9.400 millones

- Las autonomías retrasan pagos a los proveedores hasta más de 700 días. En tres años el volumen de facturas pendientes de cobro se ha duplicado

MARÍA R. SAHUQUILLO | Madrid | 9 JUN 2011 - 03:00 CET

49

Archivado en: Política Comunidades autónomas Sanidad pública Gasto farmacéutico
Deuda autonómica Gasto público España

 **Recomendar**

390

 **Twittear**

253

 **Enviar**

 **Compartir**

 **Enviar**

 **Imprimir**

El ejercicio de 2011 ha empezado con una sanidad más morosa que nunca. La maniobra de los hospitales de guardar las facturas de los proveedores sanitarios y farmacéuticos en el cajón ha cuajado y se ha convertido ya en una costumbre. Tanto, que las autonomías acumulan una deuda de 4.300 millones de euros en material (desde tiritas y gasas hasta catéteres y tecnología más compleja) y de 5.191 en fármacos. Las Administraciones tardan, además, en pagar estas deudas más de un año: 395 días para los proveedores sanitarios y 410 para los laboratorios. Un periodo muy superior a los 50 días que marca la Ley de Contratos del Sector Público.

Martes, 17 de mayo de 2011

Número 1459 Año VII

CRECE LA MOROSIDAD RESPECTO A DICIEMBRE DE 2010

La demora en el pago a las empresas de tecnología sanitaria se dispara en 2011

La demora media en el pago de las administraciones a las empresas de tecnología sanitaria continua en un ascenso que parece imparable. Según ha podido saber Redacción Médica, los datos a marzo de 2011 indican que la media se sitúa ya en 384 días, 40 más que en diciembre. Pero no sólo aumenta el plazo de cobro, sino que además la deuda en términos económicos globales está rondando los 4.200 millones de euros, en lo que supone un incremento superior a los 375 millones con respecto a diciembre de 2010, último periodo analizado.

SERVICIO SALUD	Plazo medio de cobro (Días)	% del total de deuda
ANDALUCÍA	610	25,34
ARAGÓN	267	2,63
ASTURIAS	289	2,03
BALEARES	461	2,16
CANARIAS	199	2,50
CANTABRIA	597	2,06
CASTILLA LA MANCHA	438	5,68
CASTILLA Y LEÓN	605	10,61
CATALUÑA	200	4,31
EXTREMADURA	166	1,30
GALICIA	204	3,79
LA RIOJA	318	0,62
NAVARRA	57	0,27
MADRID	310	12,18
MURCIA	658	6,10
PAIS VASCO	97	1,49
VALENCIA	616	16,90
CEUTA / MELILLA	35	0,03
MEDIA GLOBAL SS	384	100,00

Indice

1. Introducción sobre el contexto económico, rumbos y holguras
2. Sostenibilidad y solvencia
3. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de problemas en el SNS
4. Conclusiones



AVANZAR

hacia la sostenibilidad
del Sistema Nacional de Salud

Propuestas para su viabilidad
presente y futura



Impulsar un cambio posible
en el sistema sanitario

McKinsey&Company



Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**



Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

¿Qué hacer?

El arte de cortar

Editorials represent the opinions of the authors and not necessarily those of the *BMJ* or BMA

For the full versions of these articles see bmj.com

Disinvestment in health care

A shared vocabulary, language, and narrative of change are needed



FEATURE, p 622
ANALYSIS, p 628
PERSONAL VIEW, p 657

Cary Cooper distinguished professor of organisational psychology and health, Lancaster University Management School, Lancaster University, Lancaster LA1 4YW

c.cooper1@lancaster.ac.uk

Ken Starkey professor of management and organisational learning, Nottingham University Business School, University of Nottingham, Nottingham NG8 1BB

All authors have completed the Unified Competing Interest form at www.icmje.org/coi_disclosure.

Four linked *BMJ* articles consider disinvestment in health care.¹⁻⁴ They suggest several ways in which disinvestment can be promoted, including better evidence based clinical decision making; better alignment of health services between primary and secondary care providers; better integration of the health system with the social care system and community care; new technology; a culture of collaboration rather than competition; a better managed system of skill development; changes in working practice; the empowerment of patients; reductions in administrative costs; and greater dialogue to promote knowledge and understanding, so that policy options can be better discussed and agreed between relevant stakeholders. All of these are valuable insights into possible actions to promote change. However, they tend to underestimate the factors that promote resistance to the kinds of change a strategy of disinvestment is bound to cause.

Sociological and psychological research indicates why disinvestment is likely to meet resistance. Sociologists emphasise the contested problem of managerial control and how institutions tend to change only when a major shift in the nature of control occurs and a new management model is generally accepted.⁵ Psychologists emphasise resistance to change as a cognitive and emotional response at the individual and group level. We

lack a shared common language, a vocabulary, and a narrative of change for discussing the subject. Without this, an integrated policy of disinvestment will be difficult to introduce. Indeed, the very term “disinvestment” is problematic because for many it suggests reduced investment and divestment. It runs the risk of being associated only with cost reduction strategies, rather than with a coordinated policy of maximising the returns of investment in health care. We shouldn’t be looking only to cut things but to ensure that funding is focused on healthcare interventions and technologies that optimise health outcomes, individually and collectively.

To set a positive agenda of disinvestment, we need to convince healthcare professionals and the users of services that it can be an important means of freeing up resources, thereby improving the efficiency and the quality of health care. This will require a coordinated dialogue between healthcare managers and healthcare professionals to determine how a systematic, policy based approach to disinvestment is managed.

EXPERTS' GUIDE TO SAVING MONEY IN HEALTH

Academics and politicians have recently argued that NICE should pay more attention to disinvestment to help the NHS to save money. But what can be done at an individual specialty level? **Sophie Cook** asks some experts

NHS funding has done well under Labour with real



CARDIOLOGY

Adam Timmis, consultant interventional cardiologist and professor of clinical cardiology, Barts and The London NHS Trust

We should stop revascularisation of patients with stable angina before they have been given optimal drug treatment,³ extensive coronary stenting in diabetic patients with multivessel disease (in whom bypass surgery is the preferred method of revascularisation⁴), and Holter monitoring of young patients presenting with palpitations and a history indicating ectopic beats (who require only reassurance)⁵, according to

Professor Timmis. Non-invasive diagnostic tests for patients with a pre-test probability of coronary disease that is above 90% or below 10% should also be discontinued as "this adds little or nothing to diagnostic precision."

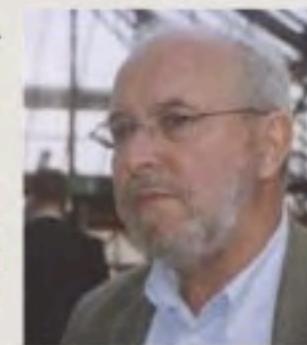
Cardiology patients tend to be elderly, and Professor Timmis says for patients who were coping well at home before admission "every day spent in hospital is a disaster as patients lose their independence and are at risk of hospital acquired infections." Patients often have to wait to see a social worker before they are discharged from hospital to assess their ability to cope at home, which "can add days or weeks" to the length of stay. This assessment would be better performed after discharge in the patient's home environment, freeing up beds and preventing further deterioration.

CARDIOTHORACIC SURGERY

Tom Treasure, professor of cardiothoracic surgery, Clinical Operational Research Unit, University College London

Professor Treasure thinks that there are two practices in cardiothoracic surgery that could be cut. The first is extrapleural pneumonectomy for mesothelioma.⁹ He says surgery alone is known to be ineffective,¹⁰ but the best efforts with elaborate chemotherapy and radiotherapy still produce no survivors.¹¹ The only justification for this procedure is that "at least we give hope." However, he says that these softer outcomes are not reported and he doubts that they are measured.

The second candidate is pulmonary metastasectomy for advanced colorectal cancer, which "has had no advance in its evidence base in 40 years¹² but is performed with increasing frequency." He thinks that the apparent increased five year survival rate is more likely to be the result of patient selection than of the surgery. He is currently conducting a trial to look at this,¹³ but believes there is already enough doubt of benefit to suggest that (apart from removal of solitary lung nodules when the possibility of primary lung cancer cannot be excluded) this surgery should be conducted only within a trial.



- National studies
- Health studies
 - Financial management reports
 - Reducing expenditure on low clinical value treatments
 - Using the Reducing PCT expenditure on treatments with low clinical value online tool

Reducing expenditure on treatments

A health briefing

Released 14 April 2011

Summary

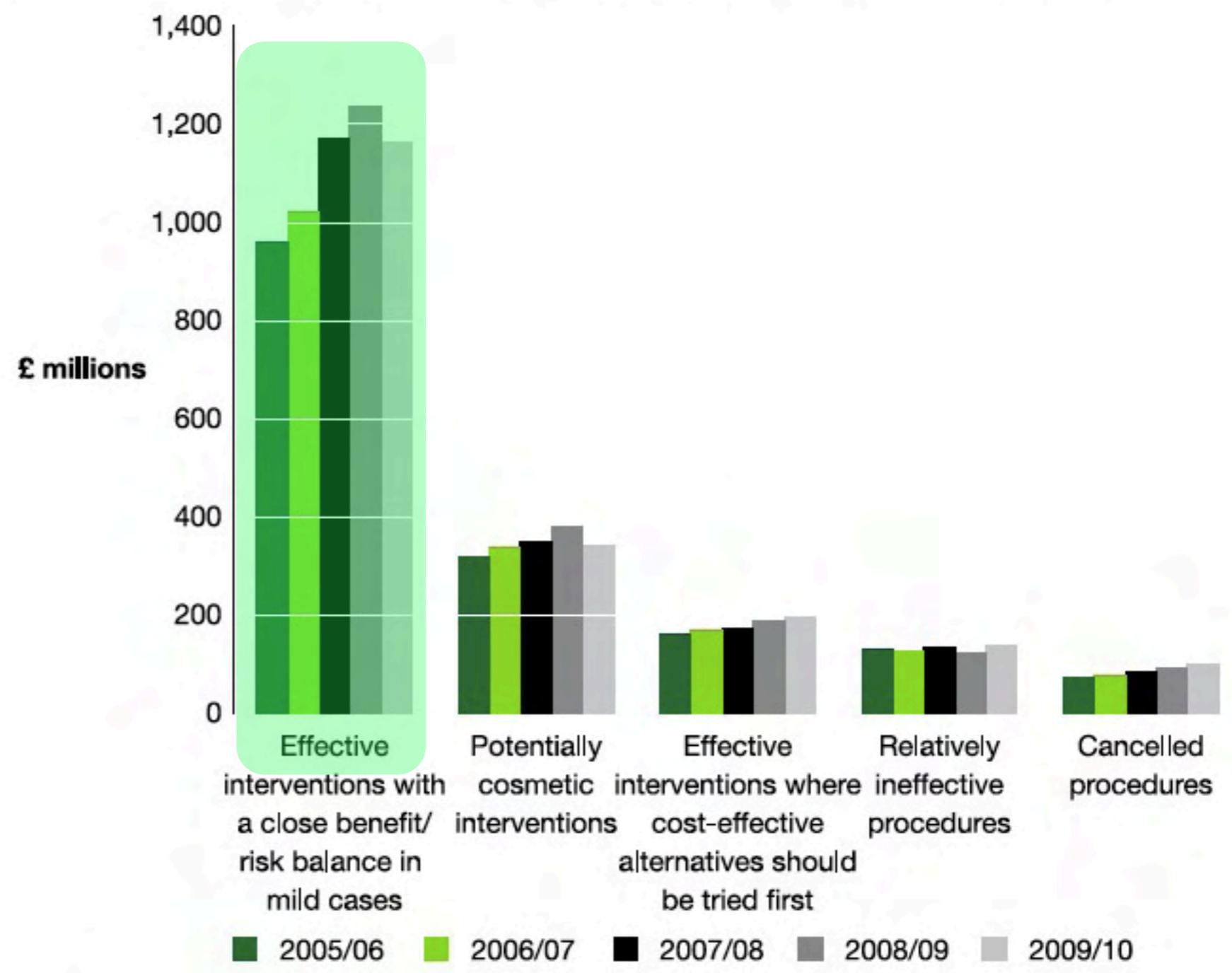
This health briefing suggests that the NHS could ineffective or inefficient treatments.

'Reducing expenditure on low clinical value treatments could help to reduce the du and help to ensure consistency across the countr

The briefing considers some PCTs' efforts to dect approaches they took and the list of treatments th any particular list, but the types of low value treat

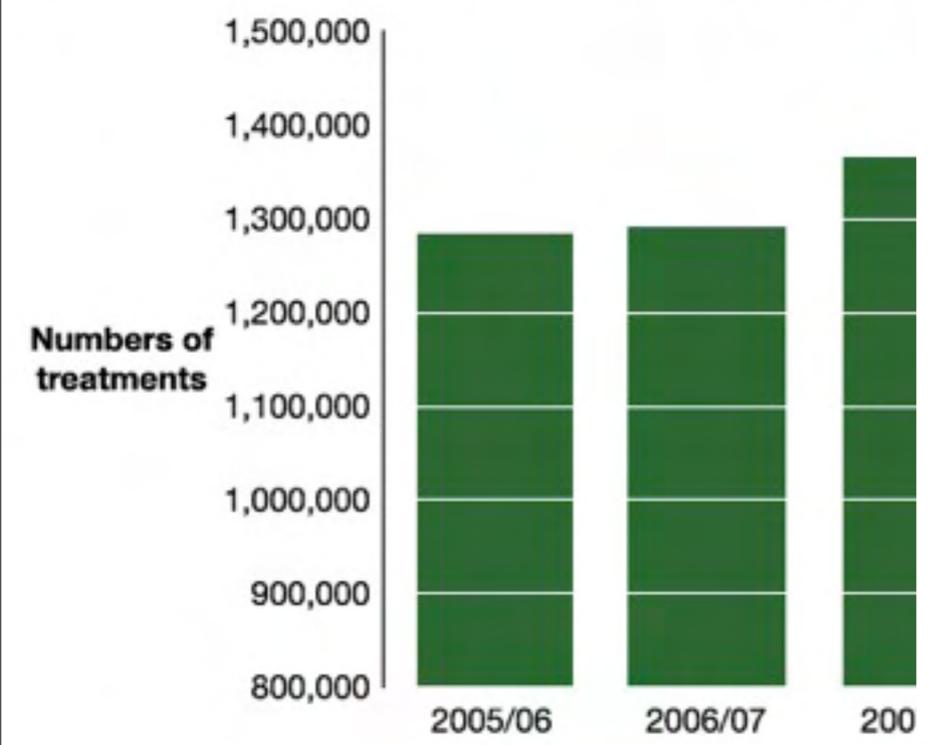
- Those considered to be relatively ineffective,
- Those where more cost-effective alternatives cases of heavy menstrual bleeding.

Figure 1: National spending on low clinical value treatments on the Croydon list



Source: Audit Commission

Figure 2: Total national activity for treatments on the Cro



Source: Audit Commission

The Croydon's list

Effective interventions with a close benefit or risk balance in mild cases

- Cataract surgery
- Cochlear implants
- Dupuytren's Contracture (tightening of tendons)
- Non-surgical female genital prolapse/stress incontinence
- Surgical female genital prolapse/stress incontinence
- Hip and knee revisions
- Knee joint surgery
- Other joint prosthetics or replacements
- Primary hip replacement
- Wisdom teeth extraction

Cost saving



Using NICE guidance to help you cut costs

Is it possible to increase the quality of care provided against a backdrop of tightening budgets? We think it is, and that NICE has a key role to play. From identifying specific recommendations that can save money, to advice on reconfiguring to support disinvestment from ineffective services, we have products and services to help organisations meet the twin challenges of providing high quality care to patients and the public while also saving money and resources.

Using resources efficiently



Following NICE guidance helps organisations deliver quality care for patients and service users and shows service providers how to best spend limited resources.

- ▶ Cost saving guidance
- ▶ All NICE guidance
- ▶ NHS Evidence on quality and productivity (QIPP)

Planning service delivery



NICE commissioning guides offer support on cost-effective commissioning and service configuration. Our costing tools and forward planner help estimate the local cost of implementing guidance.

- ▶ Commissioning guides
- ▶ Costing tools
- ▶ Forward planner

Reducing inefficiency



NICE 'do not do' recommendations and NICE 'referral advice' recommendations can help reduce inefficiency.

- ▶ NICE 'do not do' recommendations
- ▶ NICE 'referral advice' recommendations

Spending to save - public health



Promoting good health and preventing ill health saves money. All of NICE's public health guidance has proven to be cost-effective.

- ▶ Public health guidance

News

Following NICE guidelines for diabetes treatment 'could have saved NHS £625m'

Surgery for obese could 'save millions of pounds'

NICE launches database to cut inappropriate GP referrals

Future developments

Medical technologies

Cost saving examples

Tell us how you are using NICE guidance to reduce costs

Contribute to NHS Evidence's QIPP collection

[Home](#)[Find guidance](#)[Putting guidance into practice](#)[Get involved](#)[News and press](#)[About NICE](#)

Home... Using guidance... 'Do not do' recommendations

[Benefits of implementation](#)[NICE implementation programme](#)[Commissioning guides supporting clinical service redesign](#)[Implementation tools](#)[Help implement NICE guidance](#)[Education](#)[Measuring the use of NICE guidance](#)[Shared learning implementing NICE guidance](#)['Do not do' recommendations](#)[Referral advice](#)

NICE 'do not do' recommendations

What are the NICE 'do not do' recommendations?

During the process of guidance development NICE's independent advisory bodies often identify NHS clinical practices that they recommend should be discontinued completely or should not be used routinely. This may be due to evidence that the practice is not on balance beneficial or a lack of evidence to support its continued use. It is these recommendations that have been pulled together into the 'do not do' recommendations database.

The NICE 'do not do' recommendations database was created, and is maintained, by NICE's Research and Development team. [Read further information about the team's work.](#)

What is in the NICE 'do not do' recommendations database?

The NICE 'do not do' recommendations database contains all the 'do not do' recommendations that have been made since 2007. These have been abstracted from NICE cancer service guidance, clinical guidelines, interventional procedures and technology appraisals guidance. They will be updated or replaced as new guidance is published.

Each record contains the 'do not do' recommendation and includes additional information including the intervention, health topic, the guidance it comes from (with a link to the relevant paragraph in the guidance) and the other 'do not do' recommendations from the same guidance. Each recommendation also includes the health care setting that describes the main clinical environments in which the intervention or investigation may be initiated. The health care setting is subject to vary according to local arrangements.

[Search the NICE 'do not do' recommendations database.](#)

What about 'do not do' recommendations before 2007?

NICE introduced optimal practice review 'recommendation reminders' from December 2006, as part of a set of products to help the NHS make better use of its resources. The reminders aimed to help the NHS reduce ineffective practice by highlighting selective 'do not do' recommendations from NICE guidance issued between 2000 and 2006.

The optimal practice reminders are still available, along with electronic templates for estimating the local cost implications.

[See all NICE optimal practice review recommendation reminders.](#)

This page was last updated: **02 February 2011**

'Do not do' recommendation

'Do not do' by topic

'Do not do' by sub-topic

'Do not do' by guidance type

Search ▶

Search results

Results 1-10 of 35

Show All

Guidance ID	NICE 'do not do' recommendation	Interventions
CG107	Do not use nitric oxide donors to prevent hypertensive disorders during pregnancy.	nitric oxide donors
CG107	Do not recommend magnesium solely with the aim of preventing hypertensive disorders during pregnancy.	magnesium
CG107	Do not recommend salt restriction during pregnancy solely to prevent gestational hypertension or pre-eclampsia.	advice on salt restriction
CG107	Do not offer pregnant women with uncomplicated chronic hypertension treatment to lower diastolic blood pressure below 80 mmHg.	lowering diastolic blood pressure
CG107	Do not offer birth to women with chronic hypertension whose blood pressure is lower than 160/110 mmHg, with or without antihypertensive treatment, before 37 weeks.	birth before 37 weeks
CG107	Do not offer bed rest in hospital as a treatment for gestational hypertension.	hospital bed rest
CG107	Do not offer birth before 37 weeks to women with gestational hypertension whose blood pressure is lower than 160/110 mmHg, with or without antihypertensive treatment.	birth before 37 weeks
CG107	In women with pre-eclampsia who have given birth and have stepped down from critical care level 2, do not measure fluid balance if creatinine is within the normal range.	fluid balance measurement
CG107	In women with chronic hypertension, carry out ultrasound fetal growth and amniotic fluid volume assessment and umbilical artery doppler velocimetry between 28 and 30 weeks and between 32 and 34 weeks. If results are normal, do not repeat at more than 34 weeks, unless otherwise clinically indicated.	ultrasound fetal growth; amniotic fluid volume assessment; umbilical artery doppler velocimetry
CG107	In women with mild or moderate gestational hypertension, carry out ultrasound fetal growth and amniotic fluid volume assessment and umbilical artery doppler velocimetry if diagnosis is confirmed at less than 34 weeks. If results are normal, do not repeat at more than 34 weeks, unless otherwise clinically indicated.	ultrasound fetal growth; amniotic fluid volume assessment; umbilical artery doppler velocimetry

¿Quién mete el bisturí?

La sanidad se enfrenta a las dudas sobre su sostenibilidad, pero también a sus errores de gestión - Los políticos compitieron en prometer hospitales; ahora les toca aplicar cirugía al sistema

LUIS GÓMEZ 09/10/2011

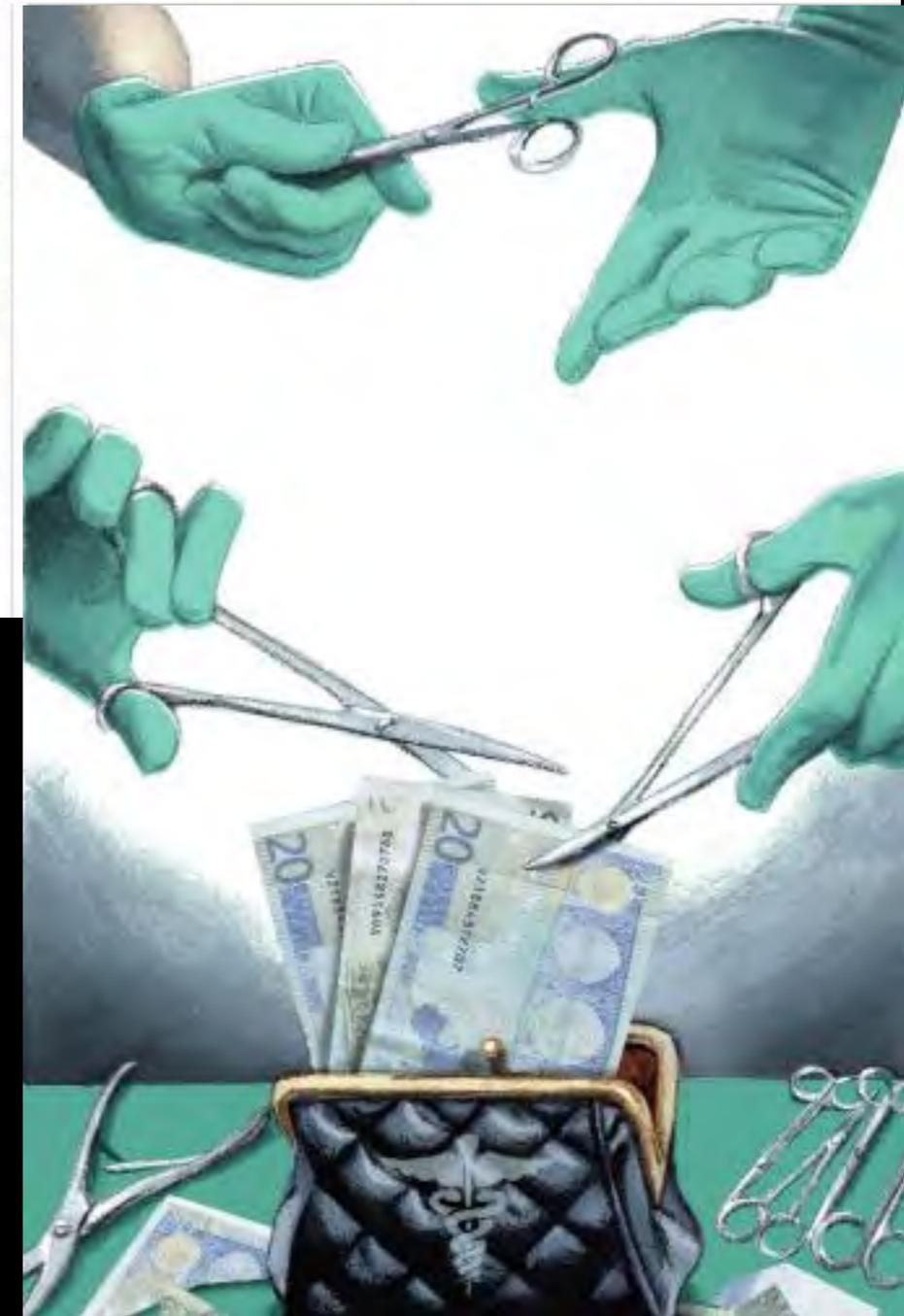
Vota ☆☆☆☆☆ | Resultado ★★★★★ 35 votos

Comentarios - 16

Twitter 52

Recomendar 48

Un español visita entre nueve y diez veces al año al médico, el doble que un francés o un británico. Ingiere más medicación (sobre todo antibióticos) que cualquier europeo. Solo el 15% de las veces que acude a un servicio de urgencias es para un caso realmente agudo. Y su esperanza de vida es una de las más altas de Europa. Cabría deducir que su longevidad es el fruto de sumar una forma de vida más saludable y un sistema sanitario accesible y de calidad. Luego nada debería cambiar. Los expertos no lo ven así: entienden que se han producido abusos, que el sistema sanitario español "tiene exceso de grasa" y que el enfermo está cambiando. Hay que modificar el modelo. Pero hacerlo en medio de una crisis económica obliga a una pregunta: ¿Están los políticos preparados para hacer de cirujanos?



Bending the Cost Curve in Cancer Care

Thomas J. Smith, M.D., and Bruce E. Hillner, M.D.

Annual direct costs for cancer care are projected to rise — from \$104 billion in 2006¹ to over \$173 billion in 2020 and beyond.² This increase has been driven by a dramatic rise in both the cost of therapy³ and the extent of care.⁴ In the United States, the sales of anticancer drugs are now second only to those of drugs for heart disease, and 70% of these sales come from products introduced in the past 10 years. Most new molecules are priced at \$5,000 per month or more,⁵ and in many cases the cost-effectiveness ratios far exceed commonly accepted thresholds.⁶ This trend is not sustainable.^{7,8}

We must find ways to reduce the costs of everyday care to allow more people and advances to be covered without bankrupting the health care system. Brody recently challenged each medical specialty to identify at least the top five tests or treatments for which costs could be substantially reduced without depriving any patient of meaningful benefit.⁹ Medical oncologists directly or indirectly control or influence the majority of cancer care costs, including the use and choice of drugs, the types of supportive care, the frequency of imaging, and the number and extent of hospitalizations. Here, we respond to Brody's challenge by suggesting five changes in medical oncologists' behavior (Table 1) and five changes in their attitudes and practice (Table 2) that will bend the cancer-cost curve downward. We recognize that these changes will cause discomfort and adjustments, since all of them will inevitably result in dissatisfaction for important constituents such as patients, physicians, or payers. Unless otherwise stated, our recommendations are restricted to the care of patients with incurable solid tumors and not those with curable cancers.

CHANGING ONCOLOGISTS' BEHAVIOR

TARGETING SURVEILLANCE TESTING OR IMAGING

The American Society of Clinical Oncology (ASCO)²⁰ and National Comprehensive Cancer Network (NCCN)¹¹ guidelines agree that there is

no benefit to surveillance testing or imaging for markers or imaging for mor including those of the pancreas, ov yet these tests are commonly usi tings. In breast cancer, randc showed that scheduled (not sy) imaging does not detect curable alter survival. Twenty years ago, cost of wasted medical resource States for patients with breast ca lion per year.¹⁴ The common exc cancer, for which some patients i scheduled carcinoembryonic anti computed tomography.¹⁵

Changing practice will not b want reassurance that things v early," and it can be troubling t and doctors to confront the real tecting liver metastasis when t sures 1 cm rather than 2 cm do prognosis. Many practices earn a from ordering laboratory and im vocates for testing who believe t vances in treatment justify routi attempt to confirm this contenti randomized trials or prospective for other innovations.

Besides lowering costs, target other benefits. Switching to a ne testing and better survivorship c reduce patient anxiety.¹⁶ To incr effective testing strategies, we er pronged social-marketing appro include printed guidelines distri visits¹⁷ and support from advoca fessional societies, and insurers. ASCO add recommendations reg lance testing to its Quality On Initiative (QOPI).¹⁸

SEQUENTIAL MONOTHERAPY VERSUS THERAPY

This is another area in which NCCN guidelines agree. Using a

Table 1. Suggested Changes in Oncologists' Behavior.

1. Target surveillance testing or imaging to situations in which a benefit has been shown.
2. Limit second-line and third-line treatment for metastatic cancer to sequential monotherapies for most solid tumors.
3. Limit chemotherapy to patients with good performance status, with an exception for highly responsive disease.
4. Replace the routine use of white-cell-stimulating factors with a reduction in the chemotherapy dose in metastatic solid cancers.
5. For patients who are not responding to three consecutive regimens, limit further chemotherapy to clinical trials.

Table 2. Suggested Changes in Attitudes and Practice.

1. Oncologists need to recognize that the costs of care are driven by what we do and what we do not do.
2. Both doctors and patients need to have more realistic expectations.
3. Realign compensation to value cognitive services, rather than chemotherapy, more highly.
4. Better integrate palliative care into usual oncology care (concurrent care).
5. The need for cost-effectiveness analysis and for some limits on care must be accepted.

Dinamarca: reembolso condicional

Precio de las dosis diarias

Preparación	Precio de la dosis de un día
Ciprallex (escitalopram)	8,57 a 16,85 coronas danesas (10-20 mg)
citalopram	0,30 a 0,56 coronas danesas (20-40 mg)
sertralina	0,44 a 0,88 coronas danesas (50-100 mg)
Cymbalta (duloxetina)	15 a 28,41 coronas danesas (60-90 mg)
venlafaxina	0,72 a 1,01 coronas danesas (75-150 mg)

Precios por persona.
19/09/2011, la más barata pack

En caso de tratamiento?

Reflexiones sobre los interruptores del producto

también puede ser una buena oportunidad para discutir con el paciente sobre el tratamiento médico sigue siendo apropiada. Si la enfermedad se resuelve, puede haber un plan para la retirada, el tratamiento de mantenimiento, no de atención médica, etc

agomelatina, buspirona, duloxetina, escitalopram, pregabalina, fluvoxamina, imipramina, quetiapina y reboxetina.

Changed reimbursement for medicines for depression and anxiety as of 5 March 2012

With effect from 5 March 2012, the reimbursement is changed for certain medicinal products for treatment of depression and anxiety (antidepressants and anxiolytics). Based on the Reimbursement Committee's recommendation, the Danish Medicines Agency has decided that in future the general rule is that treatment with inexpensive medicines (e.g. sertraline and citalopram) must be attempted before reimbursement can be granted for more expensive medicines (e.g. escitalopram, duloxetine, pregabalin and agomelatine).

Background to the changes

ce of medicines used for depression and anxiety varies greatly, and a general consensus among doctors that treatment with inexpensive medicine is just as good as expensive medicine for most patients. There is a general consensus that some depression or anxiety patients are so fragile that a switch to a less expensive medicine can entail great risk of relapse.

Who is affected and how?

The majority of patients treated for depression and anxiety use inexpensive medicines. They do not face any changes.

Patients who are in treatment with one of the more expensive medicines should generally switch to a less expensive medicine in order to retain the public reimbursement for their treatment. If a patient has already tried to use an inexpensive medicine unsuccessfully (insufficient effect or side effects), he or she can continue treatment with the more expensive medicine and maintain the public reimbursement. This also applies in other exceptional cases, based on a doctor's overall assessment of the patient's mental condition. In both cases, however, the doctor must write "tilskud" (reimbursement) on the prescription.

Along with their patients, doctors in Denmark must, by 5 March 2012, decide whether to switch to another treatment.

Tabla 1. Lista de los treinta procedimientos trabajados en este estudio

Procedimientos de cirugía electiva con lista de espera^a

Operaciones de catarata
Operaciones de varices de extremidades inferiores
Reparaciones de hernia inguinal/crural
Colecistectomía
Operaciones de septo nasal
Artroscopia
Vasectomía
Operaciones de próstata
Liberación de túnel carpiano y otros
Operaciones de amígdalas y adenoides
Circuncisión
Cateterismos cardíacos
Inserción/recambio de prótesis de cadera
Inserción/recambio de prótesis de rodilla
Histerectomía
Operaciones del aparato lagrimal
Operaciones de oído medio
Operaciones de dientes y encías
Operaciones anales
Operaciones de hemorroides
Reparaciones de otras hernias
Reparaciones del dedo del pie
Reparaciones de hernia discal
Fusión vertebral
Operaciones de obesidad mórbida
Operaciones de mano
Operaciones de tejidos blandos del aparato locomotor
Operaciones de quiste pilonidal
Escisión de lesión cutánea
Reparación de la incontinencia urinaria

^a La lista de los agrupadores de los procedimientos es la vigente en el Registro de seguimiento y gestión de las listas de espera del CatSalut en diciembre de 2009. No obstante, la nomenclatura está actualizada en abril de 2010.

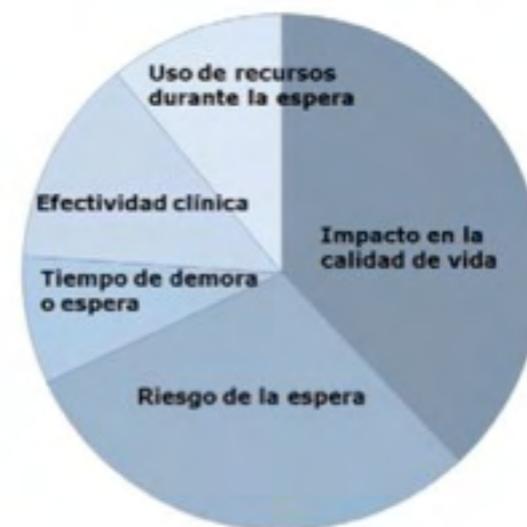
Priorización listas de espera (Cataluña)

Resultados

Se obtienen los criterios siguientes para la priorización de procedimientos de cirugía electiva con lista de espera y unos pesos para cada criterio (entre paréntesis):

- Impacto en la calidad de vida (0,38)
- Riesgo de la espera (0,30)
- Tiempo de espera y de demora (0,08)
- Efectividad de la intervención (0,13)
- Uso de recursos sanitarios durante la espera (0,11)

Figura 1. Criterios y pesos de priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con listas de espera



Adam P, Alomar S, Espallargues M, Herdman M, Sanz L, Solà-Morales O, Tebé C. Priorización entre procedimientos quirúrgicos electivos con lista de espera del sistema sanitario público en Catalunya. Barcelona: Agencia de Información, Evaluación y Calidad en Salud. Servicio Catalán de la Salud. Departamento de Salud. Generalitat de Catalunya; 2010.

Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**



Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

... co-pagos recaudatorios

¿Qué hacer?

El arte de cortar
(profesionales)

Rediseñar co-pagos

Indicaciones para co-pagos

Disuasorios, no recaudatorios

Mejor los co-pagos evitables

Entre el 0 y el 100

Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**



Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

... co-pagos recaudatorios

... diferir costes hacia
el futuro: PPP

¿Qué hacer?

El arte de cortar
(profesionales)

Rediseñar co-pagos

Nuevas formas de
colaboración que no sean
huídas hacia adelante.
Basadas en la evaluación



Eurostat Treatment of Public-Private Partnerships

Purposes, Methodology and

European PPP Expertise Centre

ABSTRACT

This report provides guidance on accounting and statistical treatment of PPPs and debt. It provides an insight into trends in accounting and statistical

Classification criteria

Both the “risk and reward” and “control” criteria are based on a “substance over form” approach looking at the economic substance rather than the legal appearance.

Economic ownership of an asset, which is the determining factor for the balance sheet treatment, is defined on the basis of the economic substance of the relations between the asset and the entity that exerts control over the asset and is exposed to the benefits and costs of its ownership.

Legal ownership and economic ownership often coincide. When they do not coincide, a “substance over form” approach should prevail for accounting and statistical purposes. National and international accounting frameworks have adopted several criteria to determine the economic ownership of an asset. The following are generally adopted:

“Risk and reward” criterion: the economic ownership of an asset lies with the party that possesses the asset and carries the risks, benefits and burden in connection with the asset⁸.

“Control” criterion: the economic ownership of an asset lies with the party that (i) controls what services the non-government partner must provide and (ii) has control over the residual value of the asset in case of early termination of the PPP contract.

El fondo de la familia Roig parte de la Caixa en el hos

Atilán proyecta crear una división sanitaria para adquirir el 30 % de Ribera Salud inyectando capital como paso pr



VÍCTOR ROMERO VALENCIA

La estrategia de diversificación de negocios de la familia del vista en el mercado sanitario. El fondo de capital riesgo Atilán quiere pujar por el 51 % que Adeslas (filial de la Caixa) posee su vez accionista con el 45 % del capital.

Centeno confirmó ayer las intenciones de Atilán en un encu una jornada organizada por la Asociación para el Progreso d la venta el negocio de Adeslas en clínicas para restringir su seguros. La Caixa, inmersa como otras muchas cajas en un través de sus participaciones industriales.

Atilán quiere quedarse con Alzira como paso previo a su en capital que le permitiría hacerse con el 30 %. La empresa q necesidad de recursos para atender sus compromisos finan expansión. Actualmente participa, además de en el de Alzira Elx y se ha hecho con la concesión de un centro sanitario e Laboratorio Central de San Sebastián de los Reyes que da c La complicada situación de CAM y Bancaja les impide segu iniciado la búsqueda de aliados que proporcionen el oxígeno de capital riesgo las cajas valencianas se debaten ahora ent Grupo Santander)

El Santander se adelanta a la familia Roig y lanza su oferta por Ribera Salud

Vista Capital ofrece a Bancaja y CAM hacerse con el 33 % de la sociedad y ya busca financiación



VÍCTOR ROMERO VALENCIA

La filial de capital riesgo del Banco de Santander, Vista Capital, ya ha puesto encima de la mesa una oferta para hacerse con al 33 % de Ribera Salud. La concesionaria de la gestión de hospitales y centros sanitarios públicos participada al 50 % por Bancaja y la CAM quiere cerrar antes de que finalice el verano un acuerdo para dar entrada a un nuevo accionista a través de una ampliación de capital con la intención de mejorar sus balances y financiar sus planes de expansión, además de abrir la puerta a su posible salida progresiva de la sociedad. Bancaja, ahora integrada en Bankia con Caja Madrid y otras cinco entidades de ahorro, y la CAM, cuyo futuro está en manos del Banco de España, iniciaron hace algunos meses un proceso de búsqueda de nuevos socios con la invitación a varios fondos de capital riesgo y grupos inversores.

De ese proceso inicial hay dos firmas que han mostrado interés. Por un lado está Vista Capital y por otro el fondo de inversión Atilán que dirige Roberto Centeno, yerno del presidente de Mercadona, Juan Roig. Tras entregar el cuaderno de venta a los interesados para su estudio, Bancaja y CAM están a la espera de recibir la propuesta de Atilán, toda vez que Visca Capital ya hizo lo propio el pasado mes de mayo. Aunque las cantidades no han trascendido, la filial del Grupo Santander ha condicionado su entrada a la reunión de financiación suficiente. En cualquier caso, la aportación del nuevo accionista a través de una ampliación de capital permitiría a Bancaja y la CAM mejorar el papel de Ribera Salud en sus balances por la actualización de la valoración de la empresa. No obtendrían, no obstante, una plusvalía directa ya que el acuerdo no pasa, de momento, por la venta de acciones propias.

Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**



Bolsas de ineficiencia

**Medicalización de la
prevención;
expectativas
desmedidas sobre el
sistema sanitario**



Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

... co-pagos recaudatorios

... diferir costes hacia
el futuro: PPP

Sobreuso y uso inapropiado.
A la vez, infrautilización

Sobrecostes por mala organización

Prestaciones no coste-efectivas

¿Qué hacer?

El arte de cortar
(profesionales)

Rediseñar co-pagos

Nuevas formas de
colaboración que no sean
huídas hacia adelante.
Basadas en la evaluación

Los españoles nos medicamos más....

¿Ha tomado medicamentos en las últimas dos semanas?

	18 y mas años	65-74 años	DDD/1000h
2001	48%	81%	502
2006	62%	89%	754

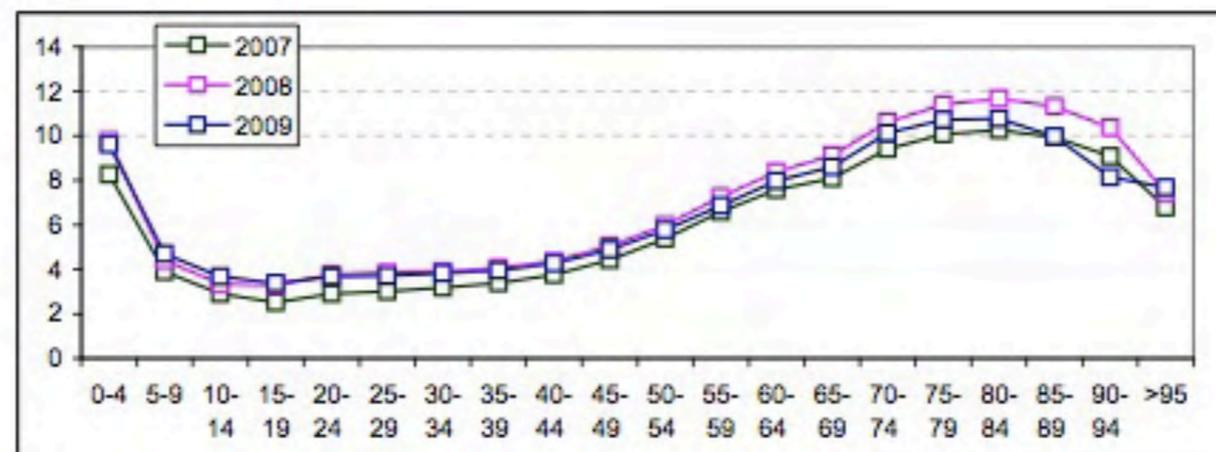
958 millones de recetas SNS (2010)
20.4 recetas por persona

Frecuentación general por edad

➔ Frecuentación general por edad en Medicina (agrupa de Medicina FyC + Pediatría)

	2007	2008	2009
0-4	8,27	9,78	9,61
5-9	3,89	4,40	4,69
10-14	2,91	3,35	3,67
15-19	2,51	3,28	3,39
20-24	2,91	3,75	3,66
25-29	3,01	3,86	3,70
30-34	3,18	3,91	3,83
35-39	3,39	4,06	3,95
40-44	3,76	4,37	4,28
45-49	4,43	5,03	4,89
50-54	5,37	5,98	5,77
55-59	6,59	7,25	6,86
60-64	7,58	8,38	7,97
65-69	8,09	9,12	8,61
70-74	9,40	10,63	10,12
75-79	10,07	11,41	10,72
80-84	10,27	11,67	10,77
85-89	9,94	11,31	9,97
90-94	9,07	10,36	8,14
>95	6,78	7,44	7,69

➔ Frecuentación general por edad en Medicina (agrupa de Medicina FyC + Pediatría)



* Población informante: 2007 30%, 2008 70%, 2009 72%.

➔ **Frecuentación general por tipo de profesional (CCAA, 2009)**

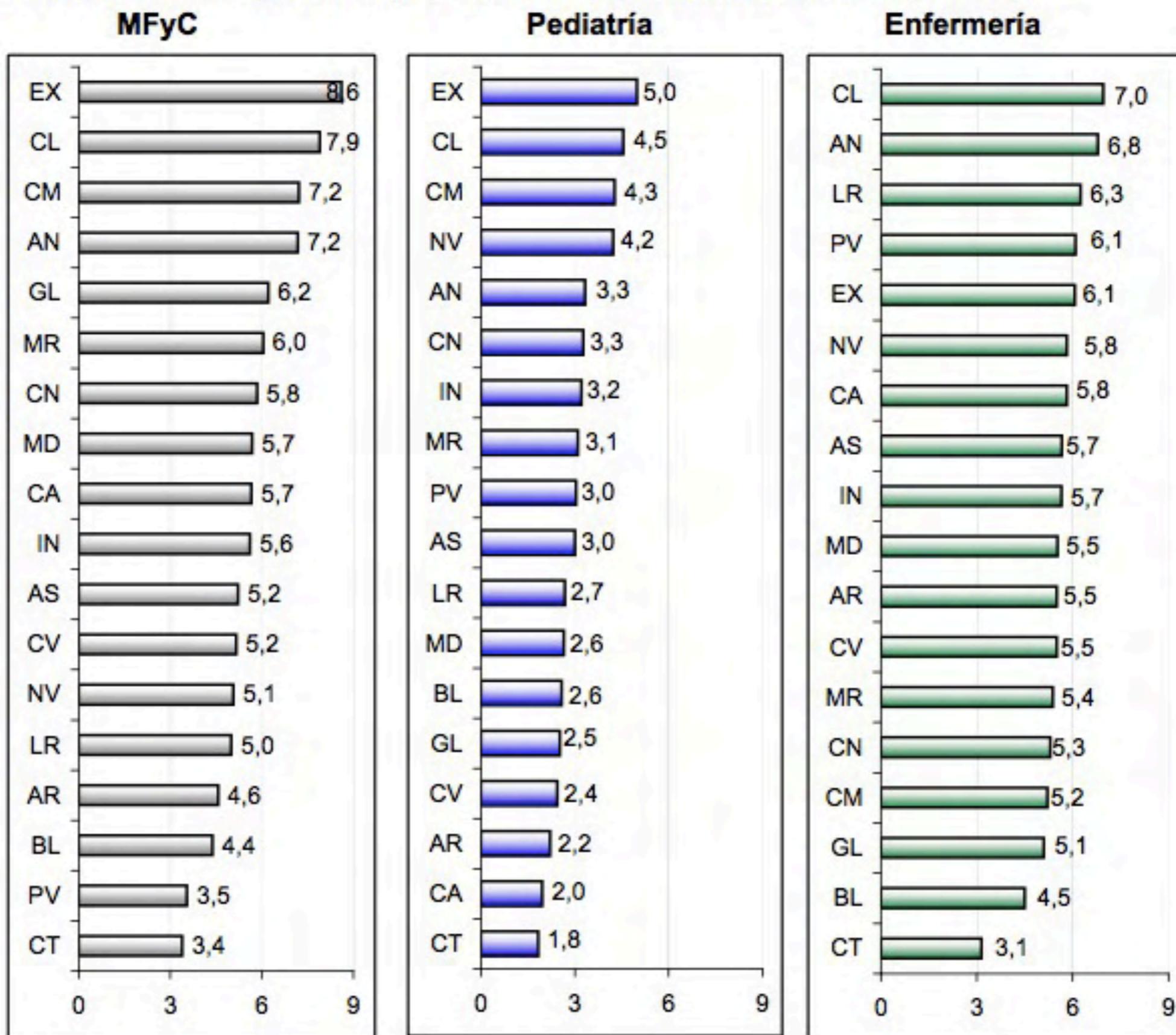
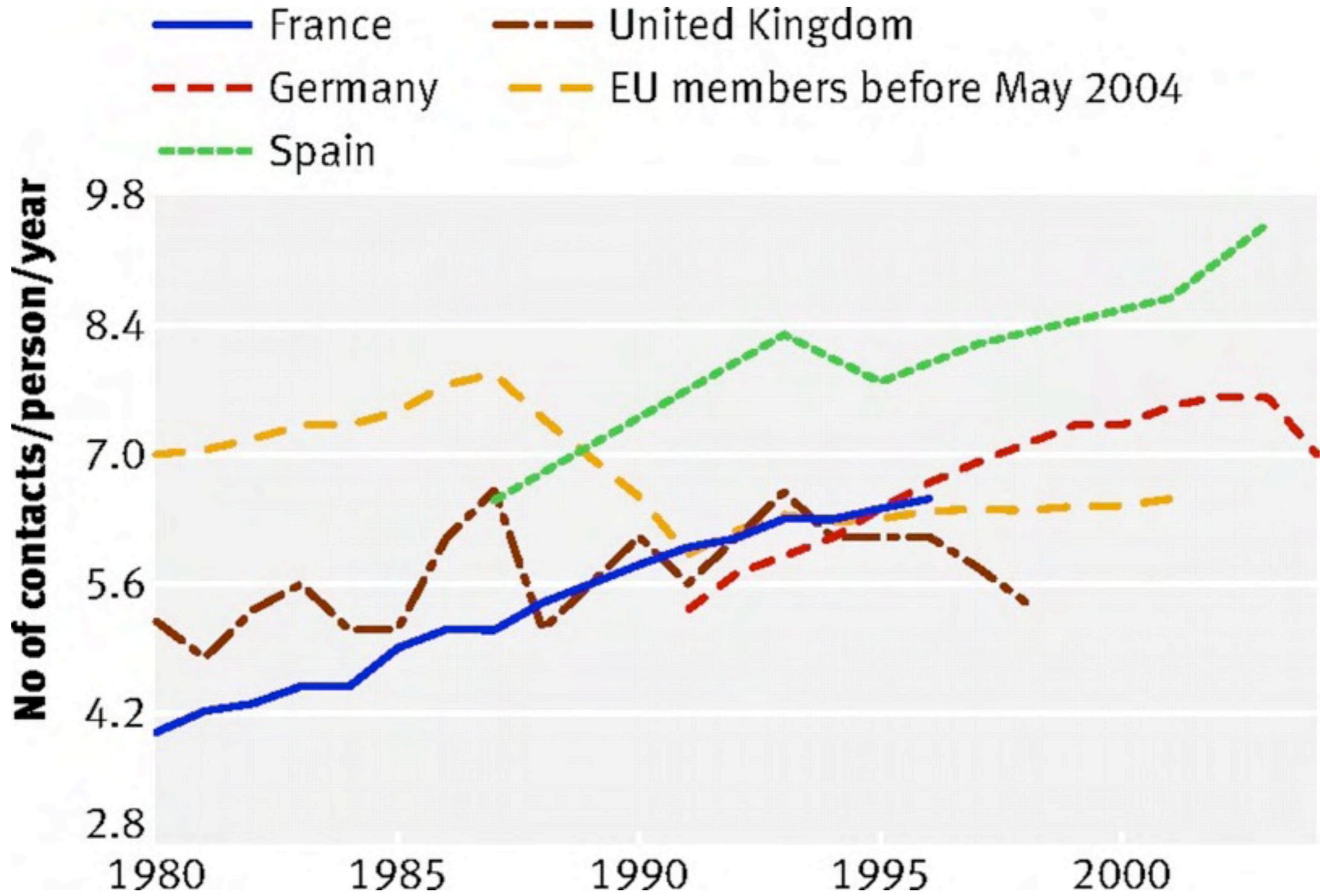


Fig 1 Outpatient contacts per person per year, 1980-20045.



Martin-Moreno J M et al. BMJ 2009;338:bmj.b1170

Los españoles nos medicamos más... ...y hay problemas relacionados con los medicamentos (PRM)

Se estima que:

19 millones de efectos
adversos de medicamentos

1 millón son graves

La mitad son evitables

300.000 ingresos hospitalarios
por PRM

203.000 son evitables

Gabriel Sanfélix-Gimeno , Salvador Peiró , Ricard Meneu La prescripción farmacéutica en atención primaria. Mucho más que un problema de gasto (2011) en prensa

Según donde vivas,
tu probabilidad de
ser operado a lo
largo e tu vida de
tunel carpiano es de
10 a 1

País	Población	Numero de artrodesis año
España	47m	21.000
Reino Unido	52m	1000

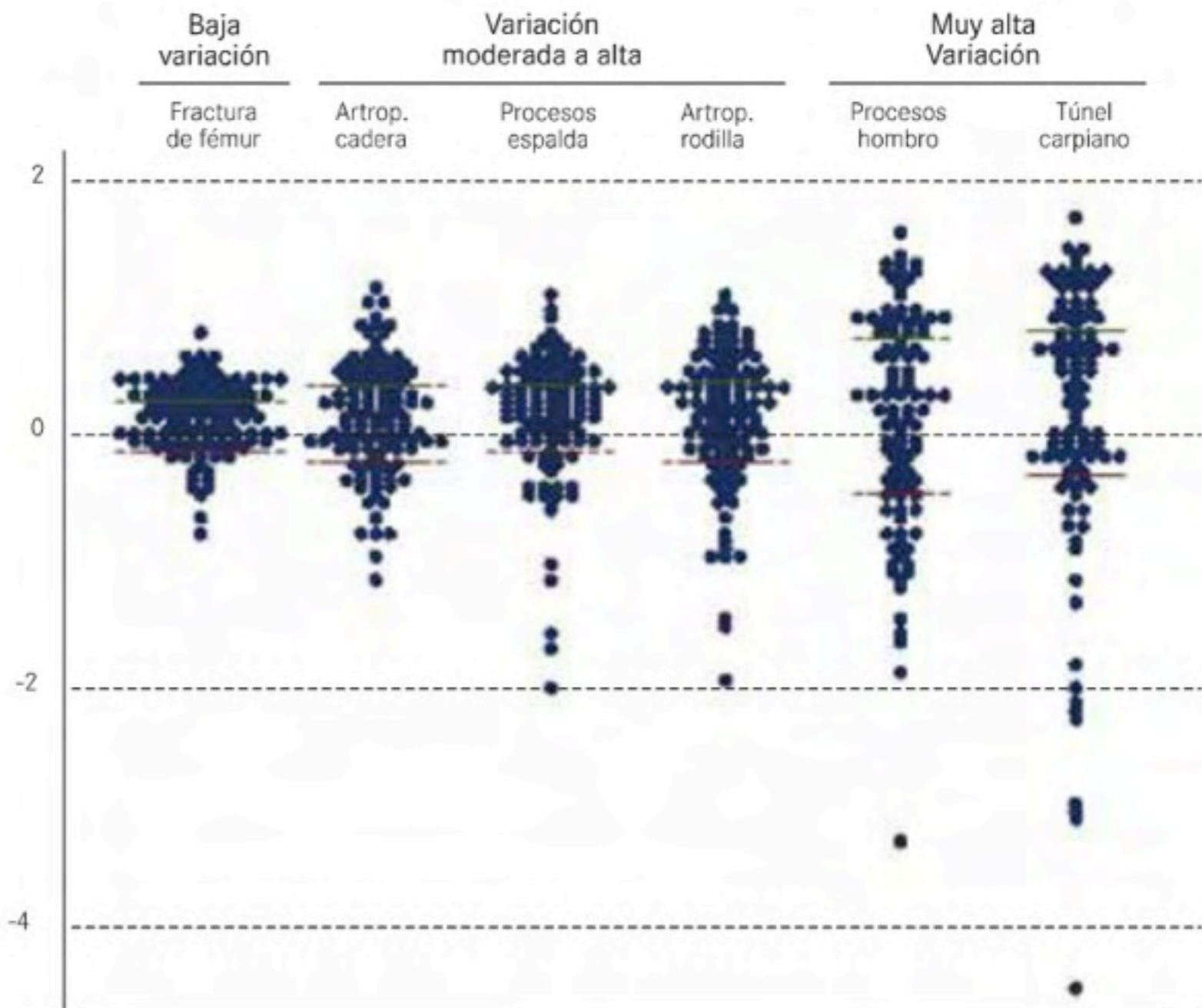


Figura 1. Tasas de procesos de Cirugía ortopédica y traumatología (escala logarítmica) ordenadas.

Grupo de Variaciones den la Práctica Médica de la Red temática de Investigación en Resultados y Servicios de Salud (Grupo VPM-IRYS). Variaciones en cirugía ortopédica y traumatología en el Sistema Nacional de Salud. Atlas de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud 2005;1:17-37

Ejemplo: osteoporosis

Coste anual de diferentes fármacos utilizados de la osteoporosis

Principio Activo	Nombre comercial	Costo anual (Euros sin IVA)*
Alendronato	Varios genéricos	200,46**
Alendronato	Fosamax	275,47
Risedronato semanal	Genéricos	298,09
Alendronato + Vitamina D	Fosavance	357,11
Risedronato mensual	Acrel. Actonel	399,84
Ibandronato	Bonviva. Bondenza	399,84
Ácido zoledrónico	Aclasta	406,39
Raloxifeno	Evista. Optruma	430,04
Risedronato semanal	Acrel. Actonel	433,42
Ranelato de Estroncio	Protelos. Osseor	617,37
Calcitona nasal	Miacalcic. Vários	937,69
PtTH 1-84	Preotact	4,952,35
PTH 1-34	Forsteo	5,002,87

490 millones € SNS (2008)

Gran variabilidad. Razón estandarizada por areas de salud PTH: 24/1

O-073. IMPACTO POBLACIONAL Y ADECUACIÓN A LAS RECOMENDACIONES DE LAS GUÍAS DE TRATAMIENTO PARA LA OSTEOPOROSIS

I. Hurtado Navarro, G. Sanfélix-Gimeno, S. Peiró y J. Sanfélix-Genovés

Centro Superior de Investigación en Salud Pública (CSISP).

Objetivos: Existen fármacos eficaces para disminuir el riesgo de fractura osteoporótica, aunque existe controversia según las diferentes guías de práctica clínica para estimar este riesgo y para decidir quién debería ser tratado. El objetivo de este trabajo es evaluar la adecuación de los tratamientos antiosteoporóticos según las recomendaciones de la guía de la National Osteoporosis Foundation (NOF), de la guía de la Comunidad de Madrid (D.G. de Farmacia y Productos Sanitarios) y de la guía de la Sociedad de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) en mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años residentes en Valencia (estudio FRAVO).

Métodos: Estudio transversal, desarrollado entre febrero de 2006 y marzo de 2007. Muestra estratificada por grupos de edad de mujeres posmenopáusicas mayores de 50 años residentes en Valencia, obtenida por muestreo aleatorio poblacional. Se les realizó una encuesta en la que se recoge información sobre factores de riesgo y tratamiento antiosteoporótico. Se les efectuó una radiografía de columna dorsal y lumbar y una densitometría ósea de columna y cadera. Se evaluó el impacto poblacional de seguir las recomendaciones de cada una de las 3 guías seleccionadas y la adecuación del tratamiento según cada una de ellas.

Resultados: La población de mujeres mayores de 50 años que deberían ser tratadas según las diferentes recomendaciones sería del 22,7% (IC95%: 19,1;26,4) con la guía de la Comunidad de Madrid, del 31,1% (IC95%: 27,3;34,8) con la guía SEMERGEN y del 41,7% (IC95%: 37,8;45,6) con la de la NOF. Esto supondría que en el SN se seguirían las recomendaciones de las diferentes guías serían candidatas a ser tratadas entre 1,9 y 3,6 millones de mujeres mayores de 50 años. Respecto a la adecuación de los tratamientos antiosteoporóticos en la ciudad de Valencia, de las mujeres tratadas (21,0%) el 73%, el 61% y el 50% no reúnen criterios para ser tratadas según las guías de la Comunidad de Madrid, la SEMERGEN y la NOF, respectivamente. Mientras que las mujeres no tratadas (79,0%) deberían recibir tratamiento el 22%, el 29% y el 39% según las guías de la Comunidad de Madrid, la SEMERGEN y la NOF, respectivamente.

Conclusiones: Existen enormes diferencias en el impacto poblacional de seguir las recomendaciones de una de las tres guías. La adecuación de los tratamientos antiosteoporóticos según las recomendaciones de estas guías es muy baja.

Ejemplo: osteoporosis

1. Guías no concordantes

Com. Madrid, SEMERGEN, NOF: Tratar a 1.9 - 3.6 millones de mujeres >50 años

2. Evidencia de sub y sobre utilización

Estudio poblacional (Valencia):

SOBRE

Entre el 50% y el **73%** de las mujeres tratadas: no indicado

INFRA

Entre el 22% y el **39%** de las mujeres no tratadas deberían recibir tto

Gran variabilidad. Razón estandarizada por áreas de salud PTH: 24/1

Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**



Bolsas de ineficiencia

**Medicalización de la
prevención;
expectativas
desmedidas sobre el
sistema sanitario**



Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

... co-pagos recaudatorios

... diferir costes hacia
el futuro: PPP

Sobreuso y uso inapropiado.
A la vez, infrautilización

Sobrecostes por mala organización

Prestaciones no coste-efectivas

¿Qué hacer?

El arte de cortar
(profesionales)

Rediseñar co-pagos

Nuevas formas de
colaboración que no sean
huídas hacia adelante.
Basadas en la evaluación

Colaboración
institucional SNS
(historia clínica, etc)

Catálogo de
prestaciones con
criterios. Agencia
independiente HISPA-
NICE

¿Cuánto cuesta ganar un Año de Vida (ajustado por calidad) con cribado poblacional de cáncer de mama (mamografía) en España?

Programa	Cada dos años	Anual
40-49 años	€ 176.076	€ 418.252
50-69 años	€ 19.585	€ 53.623
70-75 años	€ 190.180	€ 456.389

López Bastida J, Bellas Beceiro B, García Pérez L. Análisis coste-efectividad del cribado del cáncer de mama mediante mamografía en diferentes grupos de edad (40 a 49, 50 a 69 y 70 a 75). Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud; 2008. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias: SESCS No 2006/09

ONLINE FIRST

Likelihood That a Woman With Screen-Detected Breast Cancer Has Had Her “Life Saved” by That Screening

H. Gilbert Welch, MD, MPH; Brittney A. Frankel

Background: Perhaps the most persuasive messages promoting screening mammography come from women who argue that the test “saved my life.” Because other possibilities exist, we sought to determine how often lives were actually saved by mammography screening.

Methods: We created a simple method to estimate the probability that a woman with screen-detected breast cancer has had her life saved because of screening. We used DevCan, the National Cancer Institute’s software for analyzing Surveillance Epidemiology and End Results (SEER) data, to estimate the 10-year risk of diagnosis and the 20-year risk of death—a time horizon long enough to capture the downstream benefits of screening. Using a range of estimates on the ability of screening mammography to reduce breast cancer mortality (relative risk reduction [RRR], 5%-25%), we estimated the risk of dying from breast cancer in the presence and absence of mammography in women of various ages (ages 40, 50, 60, and 70 years).

Results: We found that for a 50-year-old woman, the estimated risk of having a screen-detected breast cancer

in the next 10 years is 1910 per 100 000. Her observed 20-year risk of breast cancer death is 990 per 100 000. Assuming that mammography has already reduced this risk by 20%, the risk of death in the absence of screening would be 1240 per 100 000, which suggests that the mortality benefit accrued to 250 per 100 000. Thus, the probability that a woman with screen-detected breast cancer avoids a breast cancer death because of mammography is 13% (250/1910). This number falls to 3% if screening mammography reduces breast cancer mortality by 5%. Similar analyses of women of different ages all yield probability estimates below 25%.

Conclusions: Most women with screen-detected breast cancer have not had their life saved by screening. They are instead either diagnosed early (with no effect on their mortality) or overdiagnosed.

Arch Intern Med.

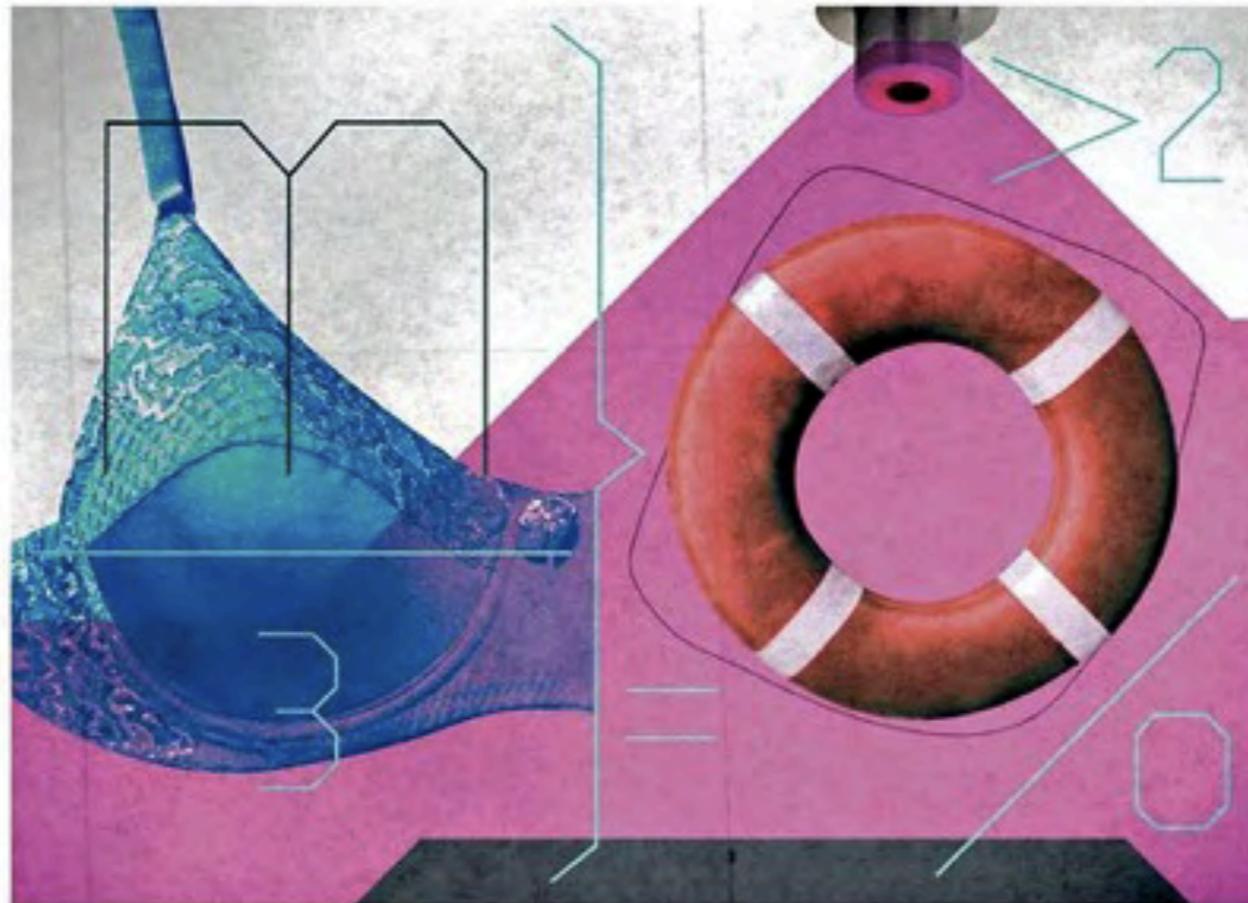
Published online October 24, 2011.

doi:10.1001/archinternmed.2011.476

October 24, 2011, 4:01 PM

Mammogram's Role as Savior Is Tested

By TARA PARKER-POPE



Stuart Bradford

Has the power of the [mammogram](#) been oversold?

At a time when medical experts are [rethinking screening guidelines for prostate](#) and [cervical cancer](#), many doctors say it's also time to set the record straight about mammography screening for [breast cancer](#). While most agree that mammograms have a place in women's health care, many doctors say widespread "Pink Ribbon" campaigns and patient testimonials have imbued the mammogram with a kind of magic it doesn't have. Some patients are so committed to annual screenings they even begin to believe that regular mammograms actually prevent breast cancer, said Dr. Susan Love, a prominent women's health advocate. And women who skip a mammogram often beat themselves up for it.

Problema

**Insuficiencia
financiera/crisis:
tentación de...**

1

2

Bolsas de ineficiencia

**Medicalización de la
prevención;
expectativas
desmedidas sobre el
sistema sanitario**

3

**Crisis de la atención
primaria/Falta de
coordinación/
integración**

4

Signos

... cortar
indiscriminadamente/
no nuevas prestaciones

... co-pagos recaudatorios

... diferir costes hacia
el futuro: PPP

Sobreuso y uso inapropiado.
A la vez, infrautilización

Sobrecostes por mala organización

Prestaciones no coste-efectivas

Excesiva responsabilidad de la
sanidad para producir salud

¿Qué hacer?

El arte de cortar
(profesionales)

Rediseñar co-pagos

Nuevas formas de
colaboración que no sean
huídas hacia adelante.
Basadas en la evaluación

Colaboración
institucional SNS
(historia clínica, etc)
Catálogo de
prestaciones con
criterios. Agencia
independiente HISPA-
NICE

Cambios organizativos
hacia integración
asistencial, estrategias
de crónicos, etc
Refundación de la AP
Desfuncionarización

**Aprovechar:
economías de escala
economías de alcance
economías de red**

Cuadro 12: Intervenciones ajustadas a las necesidades del paciente

Es crítico ajustar el tipo de intervención a las necesidades del paciente para usar los recursos de manera eficiente

	Autocuidado	Consulta médica telefónica	Consulta enfermera AP	Consulta médico AP	Consulta especialista	Gestión del caso	Hospitalización a domicilio	Hospitalización media estancia	Hospitalización aguda
Coste por actuación/ estancia €/día	0€	<10€	25€	35€	~50€	100-150€	50-200€	400-500€	700-900€
Nivel de atención	Atención a necesidades básicas sencillas		Análisis clínicos y atención intermedia	Diagnósticos complejos AP	Diagnósticos complejos especializada	Integración de la atención y gestión integral	Seguimiento medicalizado básico	Seguimiento medicalizado intermedio	Seguimiento medicalizado avanzado
Nivel de disrupción para el paciente	Mínimo	Limitado	1-3 horas para acudir y realizar la consulta		2-5 horas para acudir y realizar la consulta	Contacto periódico con persona de referencia	Cambios en el hogar y visitas/contactos frecuentes	Disrupción elevada	Disrupción muy elevada

El objetivo del sistema no es ahorrar dinero

Objetivo Salud

Si todos los obesos adelgazaran repentinamente, a largo plazo el **gasto público** sería mayor

Van Baal PH, Polder JJ, de Wit GA, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Boshuizen HC, et al. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. PLoS Med. 2008 Feb;5(2):e29.

Objetivo Salud

Impuestos sobre el
“pecado”:
Mejor NO FINALISTAS

El objetivo del sistema no es ahorrar dinero, ni recaudar...
ni redistribuir rentas

Indice

1. Introducción sobre el contexto económico, rumbos y holguras
2. Sostenibilidad y solvencia
3. Diagnóstico, pronóstico y tratamiento de problemas en el SNS
4. Conclusiones

1. La crisis económica impone fuertes **restricciones** al sistema sanitario y deja poca holgura a corto plazo
2. Insuficiencia financiera crónica, y **bolsas de ineficiencia** difíciles de eliminar. Problemas de **solventia** a corto plazo
3. La crisis ha propulsado la tendencia a la **gestión privada** de la sanidad pública. Necesidad de evaluación rigurosa
4. La sanidad necesita colaboración institucional y cambios en las reglas del juego y en los incentivos
5. La sanidad necesita criterios explícitos de asignación de recursos y una **agencia** independiente que tome las decisiones (HISPA-NICE)



XXXII Congreso Nacional de la SEMI

XIV Congreso de la Sociedad Canaria de Medicina Interna
26-28 Octubre 2011



Costa Meloneras

Palacio de Congresos Expomeloneras
Maspalomas, San Bartolomé de Tirajana
Gran Canaria, Las Palmas