

XXXIV

Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

XXIX Congreso de la
Sociedad Andaluza de
Medicina Interna (SADEMI)

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga



Prioridades en la gestión de los recursos sanitarios

Mesa redonda:
“Ética y gestión sanitaria”

Dr. Abel Jaime Novoa Jurado
Médico de Familia
Servicio de Urgencias
Hospital Morales Meseguer (Murcia)
Magister en Bioética (UCM)
Secretario de la Plataforma NoGracias
Grupo de Trabajo de Bioética semFYC
(abelnovoajurado@gmail.com)



1. Tenemos un buen sistema sanitario (comparativamente)
2. Sin embargo, existen una serie de anomalías (comunes a todos los sistemas) que hablan de una pérdida progresiva de su eficiencia y de su efectividad social
3. En la actualidad, el gasto sanitario tiene una inercia imparable debido a factores culturales, profesionales, económicos y sociales, donde los valores tradicionales de la medicina han perdido el control de su desarrollo
4. Las medidas que hay que tomar no son técnicas (ni más financiación, ni más evaluación, ni introducción de más mercado) sino políticas, sociales y culturales



Tabla 5: Profecías ante los fines tácitos e irracionales de la medicina

“Serán económicamente insostenibles, con una tendencia a generar medicina demasiado cara, a aumentar la brecha de desigualdad entre ricos y pobres en el acceso a la mejor medicina y a agudizar el problema político que supone para cualquier gobierno la prestación de unos servicios de salud eficaces y de calidad”

“Crearán confusión en el terreno clínico, sin encontrar un equilibrio adecuado entre la cura y los cuidados, entre la conquista de la enfermedad y la mejora de la calidad de vida, entre la reducción de la mortalidad y la morbilidad y entre la inversión de recursos sociales en una asistencia sanitaria de calidad y la mejora verdadera de la salud de la población”

“Generarán frustración social, al suscitar esperanzas falsas y poco realistas entre el público y al crear expectativas acerca del poder transformador del progreso médico que, o bien no se puede alcanzar, o bien solo a costa de un precio ético, social, político y económico demasiado elevado”

“Carecerán de un sentido y una finalidad coherentes; con la creación de objetivos arbitrarios que no guardan relación los unos con los otros en nombre de la libertad del mercado o bien de grupos con intereses especiales y buenas intenciones; pero sin dar lugar a una línea distinguible, sin unos fines valiosos concebidos en función de la población y sin una idea clara de la contribución de la medicina al bienestar individual”

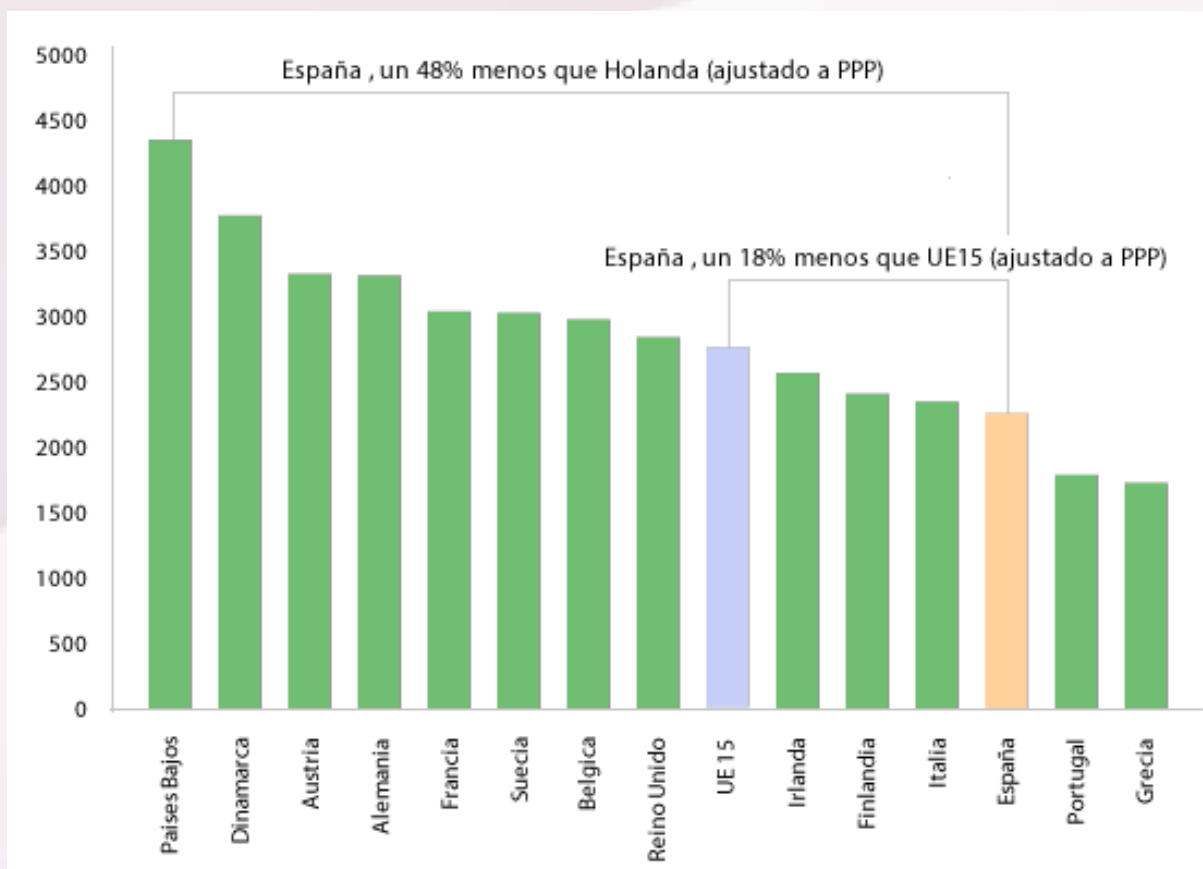


- 1. Tenemos un buen sistema sanitario (comparativamente)**
2. Sin embargo, existen una serie de anomalías (comunes a todos los sistemas) que hablan de una pérdida progresiva de su eficiencia y de su efectividad social
3. En la actualidad, el gasto sanitario tiene una inercia imparable debido a factores culturales, profesionales, económicos y sociales y los valores tradicionales de la medicina han perdido el control de su desarrollo
4. Las medidas que hay que tomar no son técnicas (ni más financiación, ni más evaluación, ni introducción de más mercado) sino políticas



21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga

Gasto sanitario público per cápita:
Somos **comparativamente** más baratos...

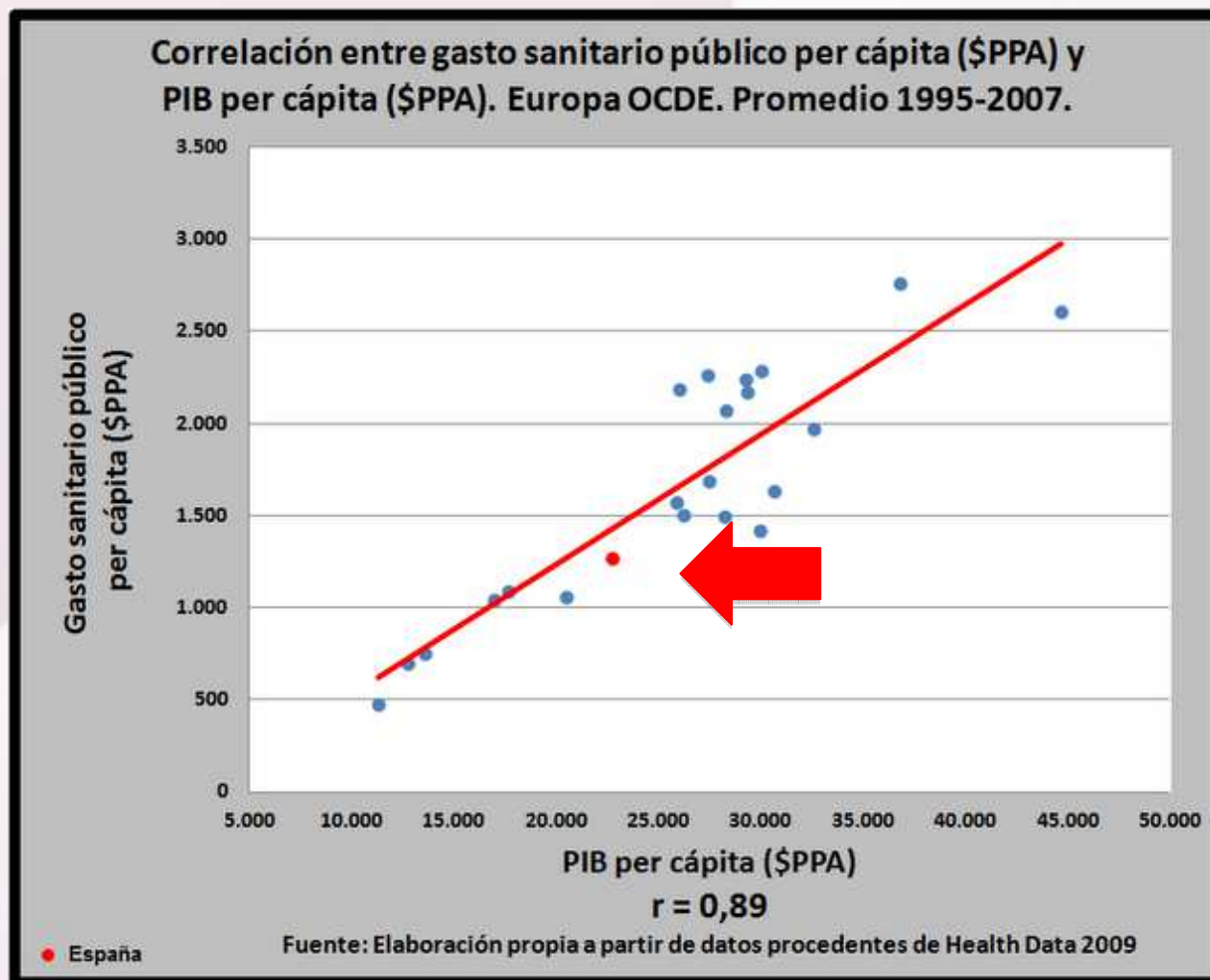


Gasto sanitario per cápita público, Unión Europea 15. 2010 (en dólares US, ajustados al poder paritario de compra)



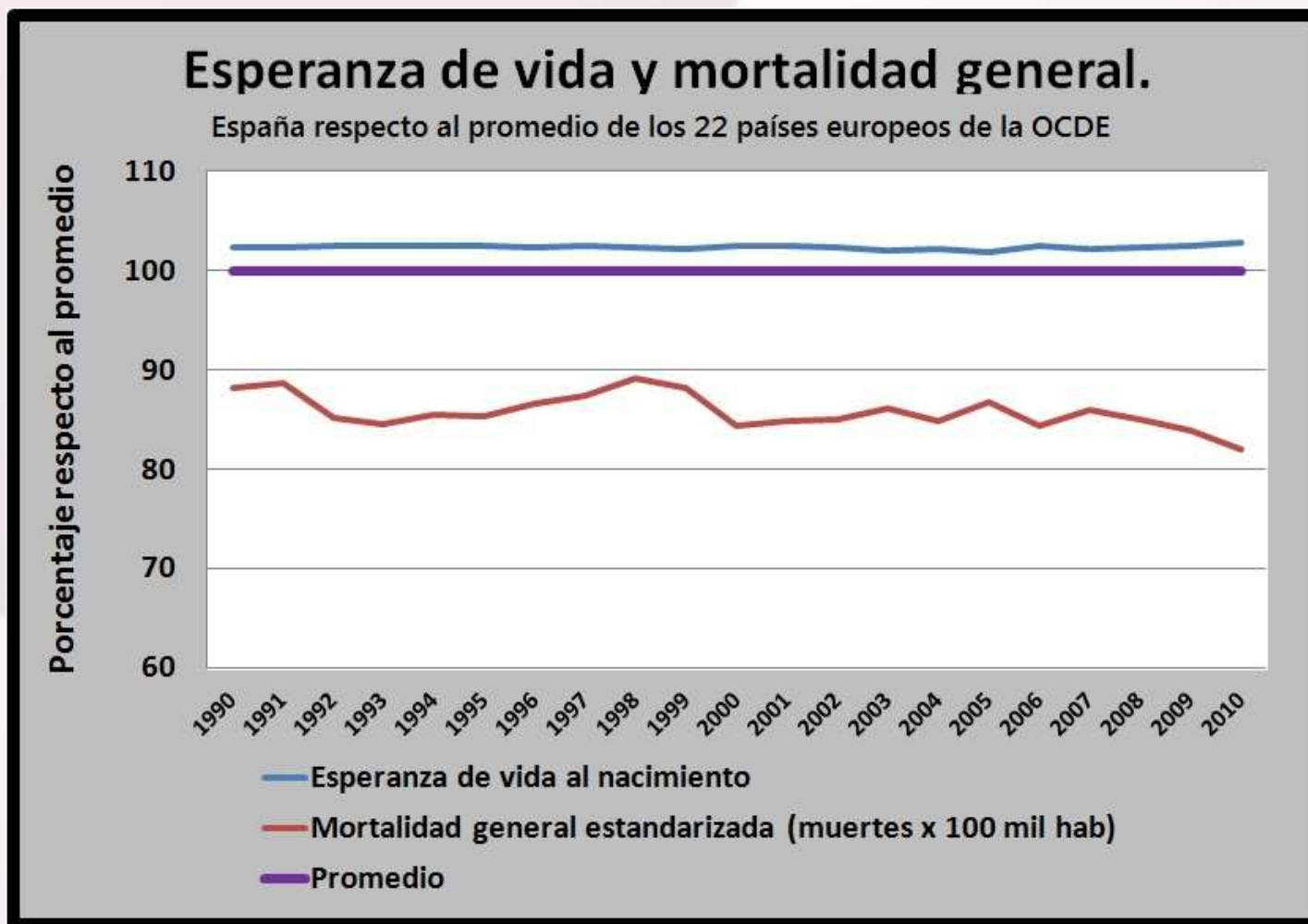


En sanidad pública, **comparativamente**, entre 1995 y 2007, **no hemos gastado por encima de nuestras posibilidades**





comparativamente, con mejores resultados...

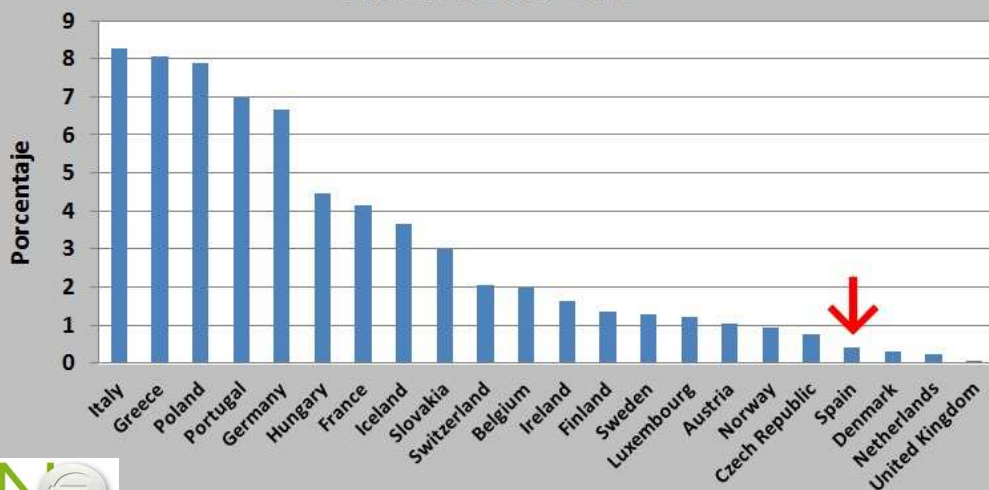




... preservando, **comparativamente**, mejor equidad en el acceso...

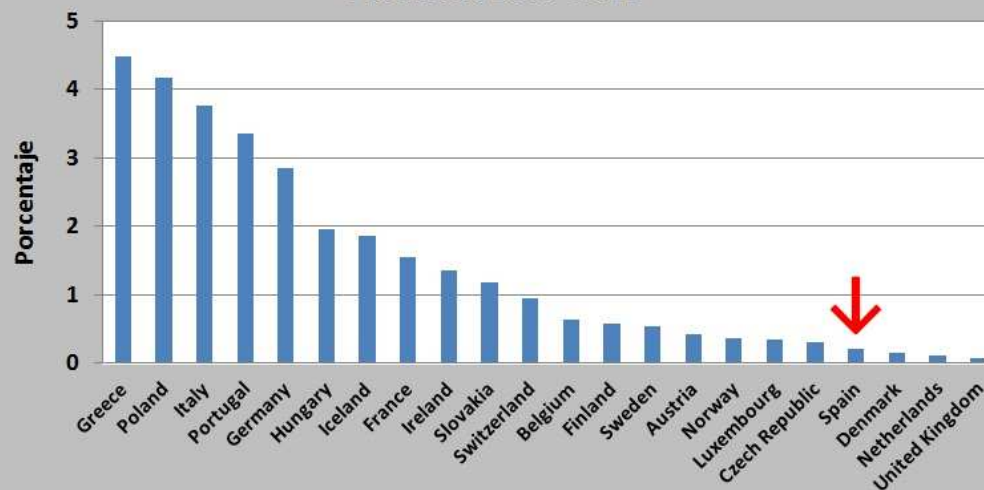
NECESIDAD INSATISFECHA POR BARRERA ECONÓMICA

Necesidad sanitaria insatisfecha por
BARRERA ECONÓMICA
Promedio 2005-2011



PRIMER QUINTIL DE RENTA

Necesidad sanitaria insatisfecha por
BARRERA ECONÓMICA
Promedio 2005-2011



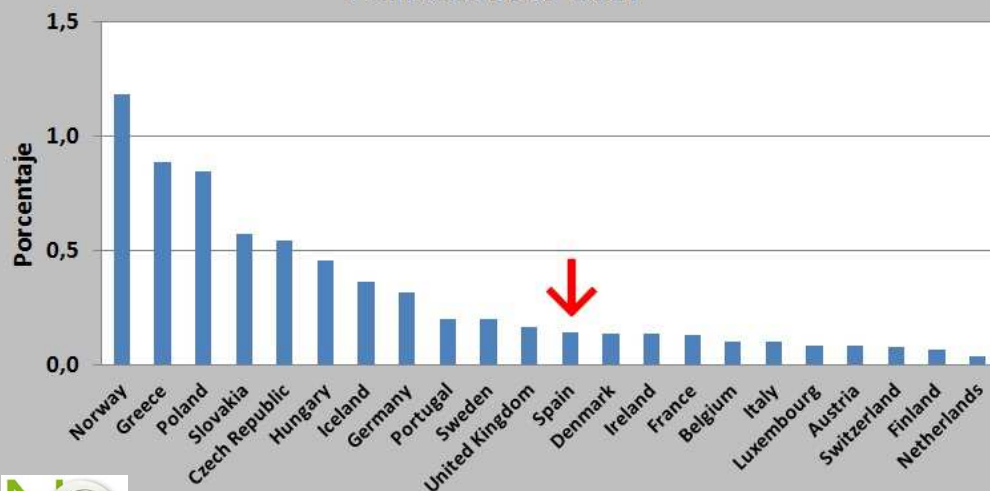
TODA LA POBLACIÓN

Tomado Simó J (accesible en <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/equidad-de-acceso-nuestro-sistema.html>)

European Commission. Indicators of the health and long term care strand. Access to care (including inequity in access to care) and inequalities of outcome. Self reported unmet need for medical care (2005-2011)

NECESIDAD INSATISFECHA POR LEJANÍA DEL SERVICIO

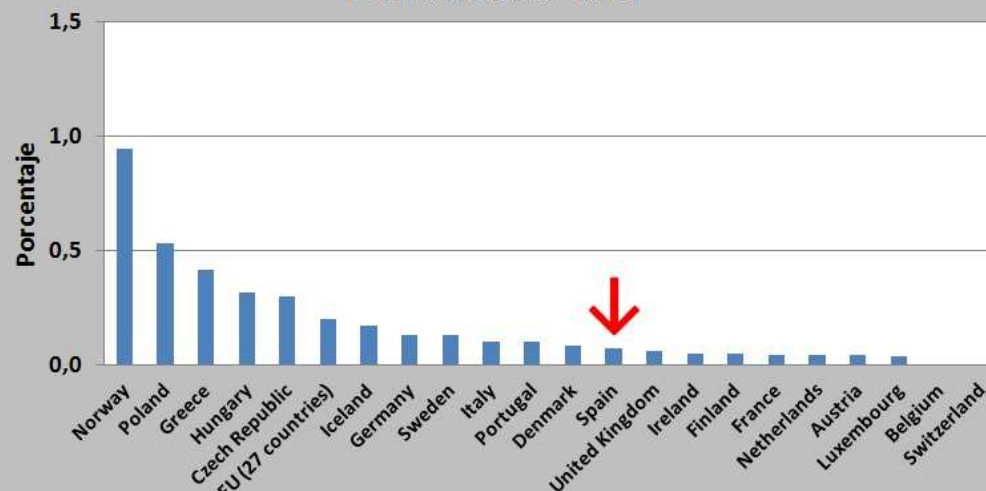
Necesidad sanitaria insatisfecha por
LEJANÍA DEL SERVICIO
Promedio 2005-2011



PRIMER QUINTIL DE RENTA



Necesidad sanitaria insatisfecha por
LEJANÍA DEL SERVICIO
Promedio 2005-2011



TODA LA POBLACIÓN

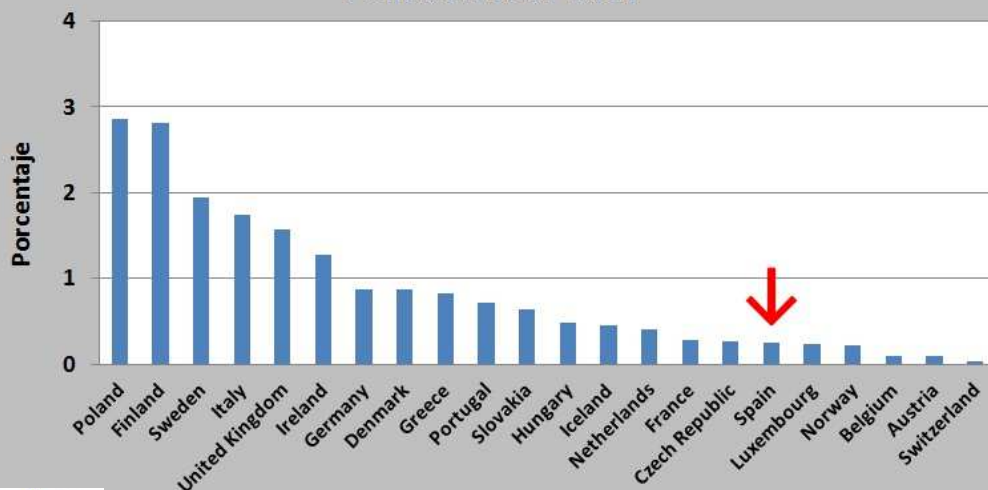
Tomado Simó J (accesible en <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/equidad-de-acceso-nuestro-sistema.html>)

European Commission. Indicators of the health and long term care strand. Access to care (including inequity in access to care) and inequalities of outcome. Self reported unmet need for medical care (2005-2011)



NECESIDAD INSATISFECHA POR DEMASIADA ESPERA

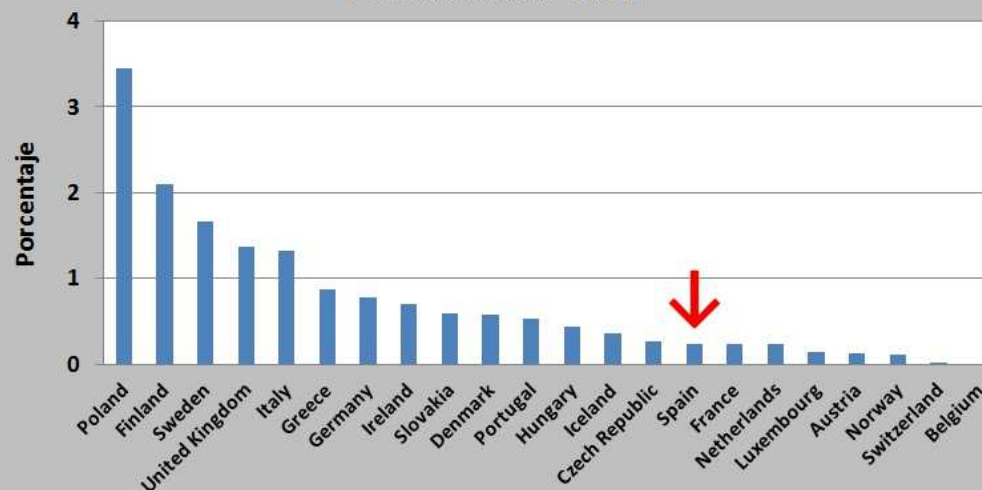
Necesidad sanitaria insatisfecha por
DEMASIADA ESPERA
Promedio 2005-2011



PRIMER QUINTIL DE RENTA



Necesidad sanitaria insatisfecha por
DEMASIADA ESPERA
Promedio 2005-2011



TODA LA POBLACIÓN

Tomado Simó J (accesible en <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/02/equidad-de-acceso-nuestro-sistema.html>)

European Commission. Indicators of the health and long term care strand. Access to care (including inequity in access to care) and inequalities of outcome. Self reported unmet need for medical care (2005-2011)



Comparativamente, nuestro sistema, universal y gratuito en el momento de la atención, es unos de los mejores del mundo

MEDICINA

INFORME DE LA OMS

El sistema de salud español, el séptimo mejor del mundo

España ocupa el séptimo lugar en la clasificación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para evaluar la calidad de los sistemas sanitarios de cada país, figurando sólo por detrás de Francia, que encabeza la clasificación, Italia, San Marino, Andorra, Malta y Singapur.

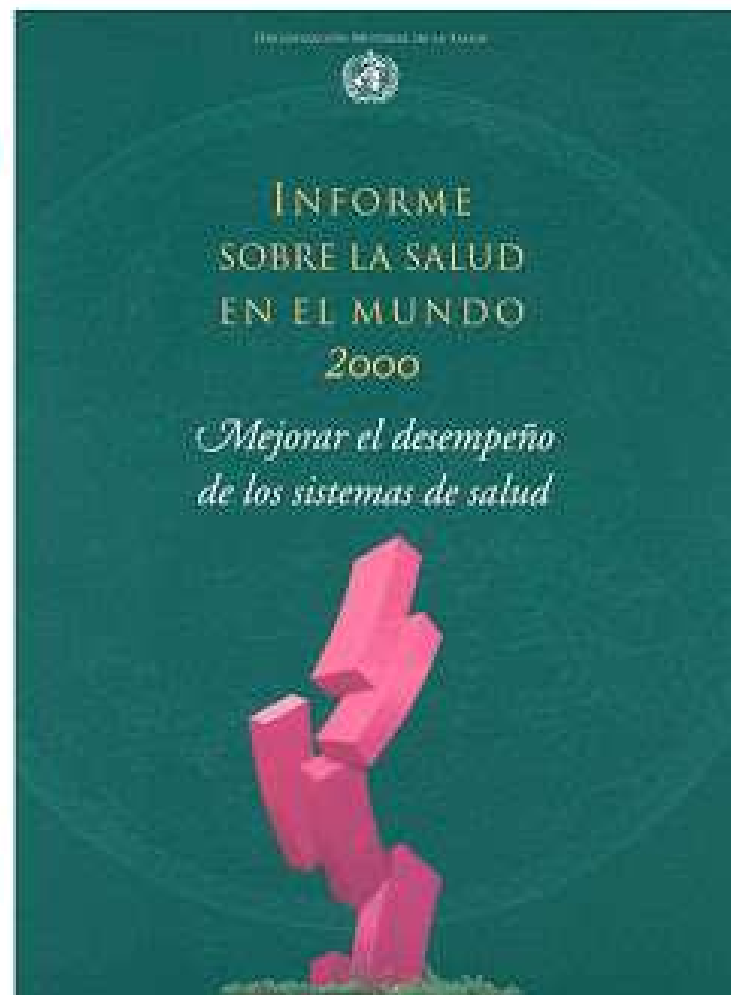
También figuran entre los diez primeros Omán (octavo), Austria (noveno) y Japón (décimo). A continuación figuran, en orden de mayor a menor calidad sanitaria y hasta alcanzar el puesto 30, Noruega, Portugal, Mónaco, Grecia, Islandia, Luxemburgo, Países Bajos, Reino Unido, Irlanda, Suiza, Bélgica, Colombia, Suecia, Chipre, Alemania, Arabia Saudí, Emiratos Arabes Unidos, Israel, y Marruecos.

Se quedan atrás, de este modo, sistemas sanitarios de países como Finlandia (puesto 31), Dinamarca (34), Estados Unidos (37), Cuba (39), República Checa (48), Argentina (75), Ucrania (79), Bosnia (90) o Rumanía (99).

➔ Ránking de los sistemas sanitarios nacionales

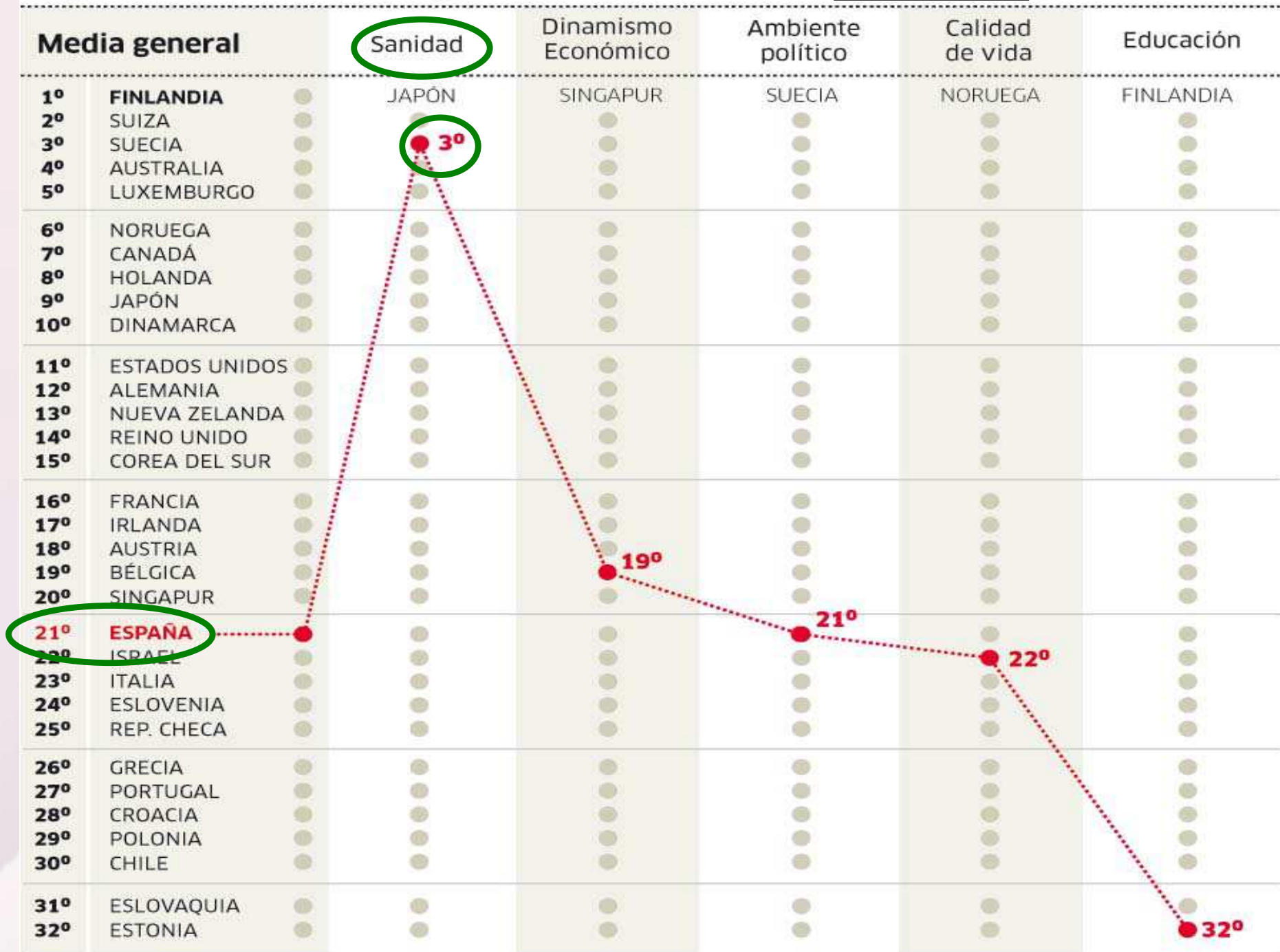
FUENTE: OMS

| Puesto | País |
|--------|----------------|
| 1 | Francia |
| 2 | Italia |
| 3 | San Marino |
| 4 | Andorra |
| 5 | Malta |
| 6 | Singapur |
| 7 | ESPAÑA |
| 8 | Omán |
| 9 | Austria |
| 10 | Japón |
| ... | ... |
| 37 | Estados Unidos |
| 39 | Cuba |
| 125 | Brasil |
| 130 | Rusia |
| 191 | Sierra Leona |



España en el ranking de 'Newsweek'

2010





1. Tenemos un buen sistema sanitario (comparativamente)
2. **Sin embargo, existen una serie de anomalías (comunes a todos los sistemas) que hablan de una pérdida progresiva de su eficiencia y de su efectividad social**
3. En la actualidad, el gasto sanitario tiene una inercia imparable debido a factores culturales, profesionales, económicos y sociales y los valores tradicionales de la medicina han perdido el control de su desarrollo
4. Las medidas que hay que tomar no son técnicas (ni más financiación, ni más evaluación, ni introducción de más mercado) sino políticas

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

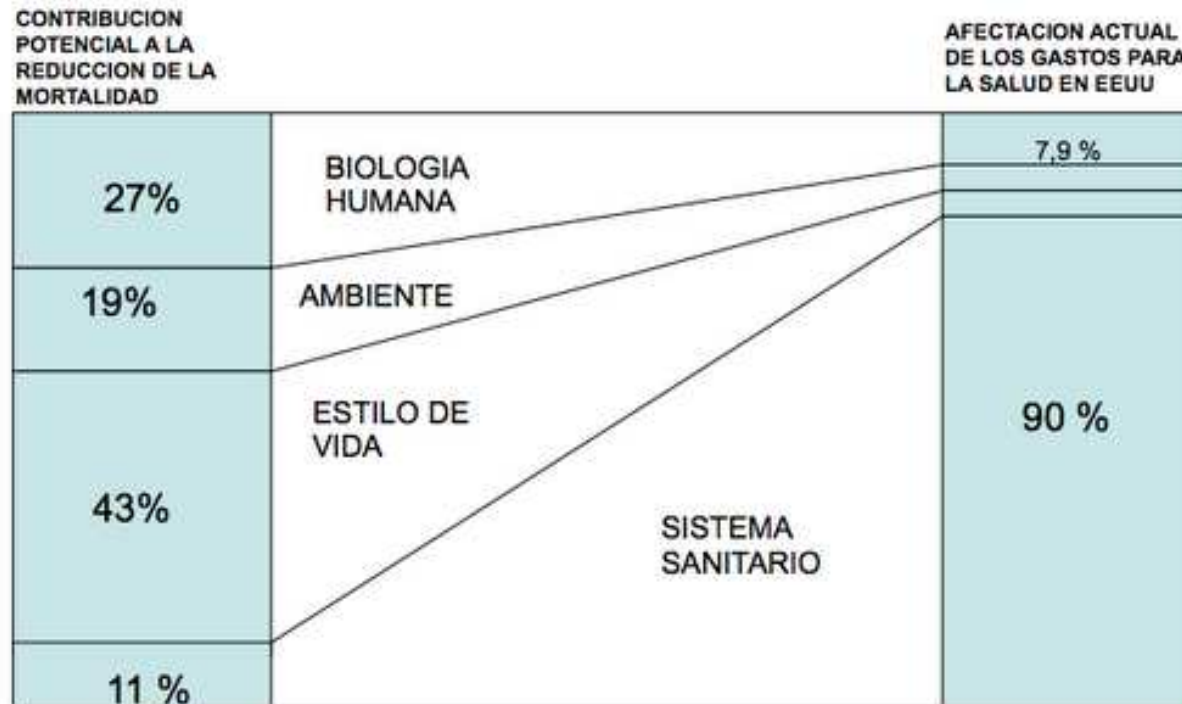
21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



A. Los determinantes de la salud

LOS DETERMINANTES DE LA SALUD



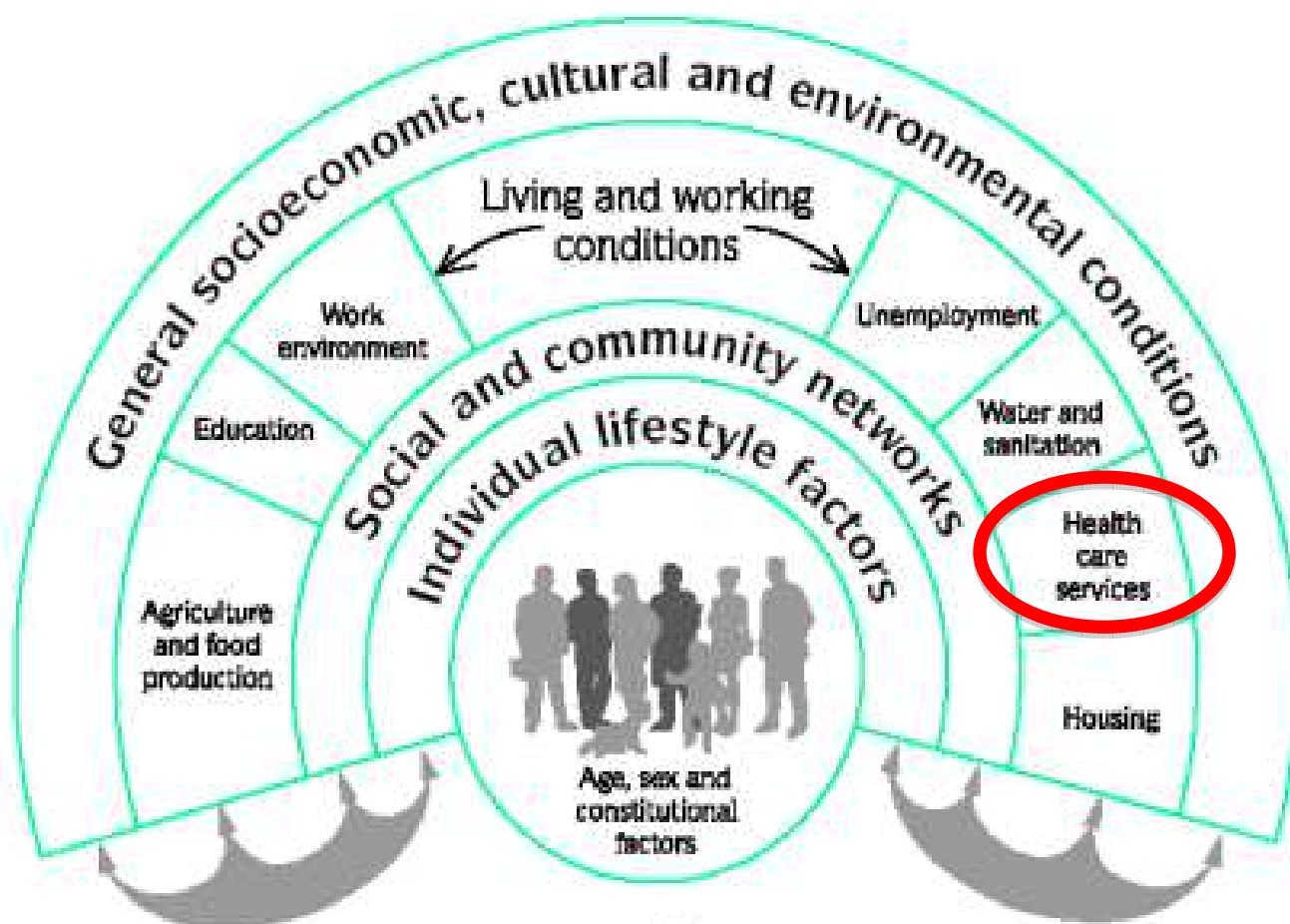
Dever, GEA. "An epidemiological Model For Health Policy Analysis". 1976

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga

Figure 3-1. The main determinants of health



Source: Dahlgren and Whitehead⁸⁰

Anomalías

- **Anomalía nº1:** el sistema sanitario contribuye poco a la salud de la población pero se lleva la mayoría del presupuesto

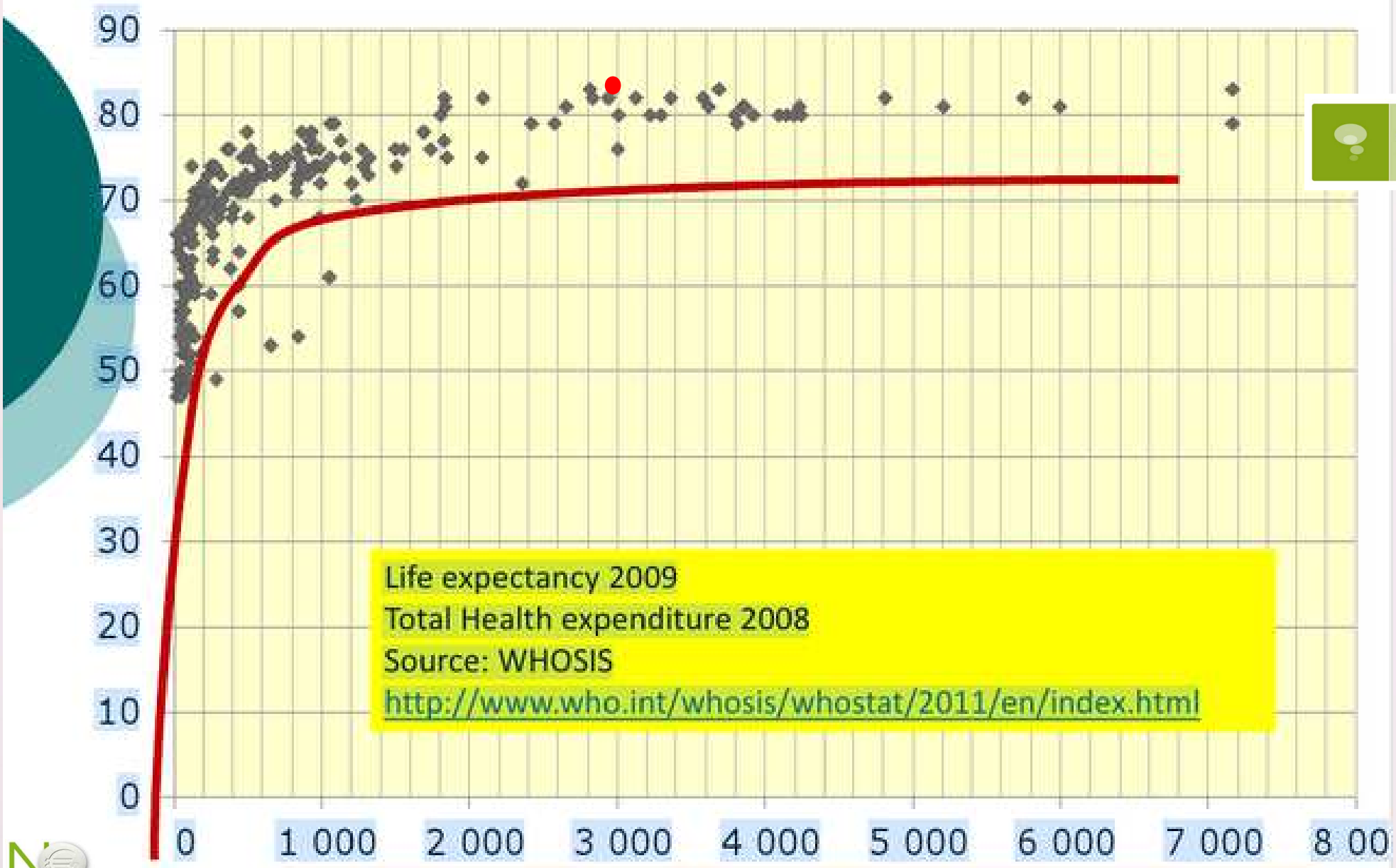
XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



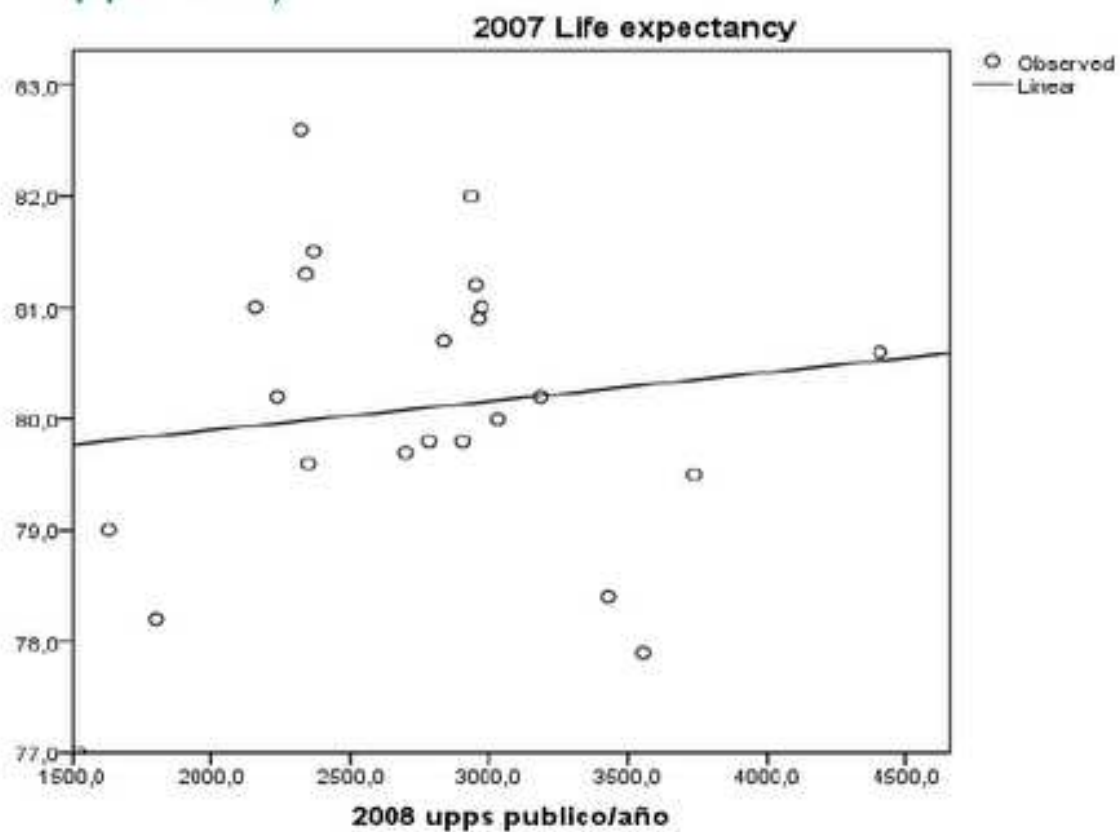
B. Curva de rendimientos decrecientes



Rendimientos decrecientes al gasto sanitario

España: 2735 upps

Ausencia de correlación entre gasto sanitario público y resultado en salud (a partir de >1500 upps/año)



Fuente : OCDE Health data
2011

R=0.130

Anomalías

- **Anomalía nº2: el gasto sanitario contribuye poco a mejorar la salud a partir de unos mínimos**



LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**



XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



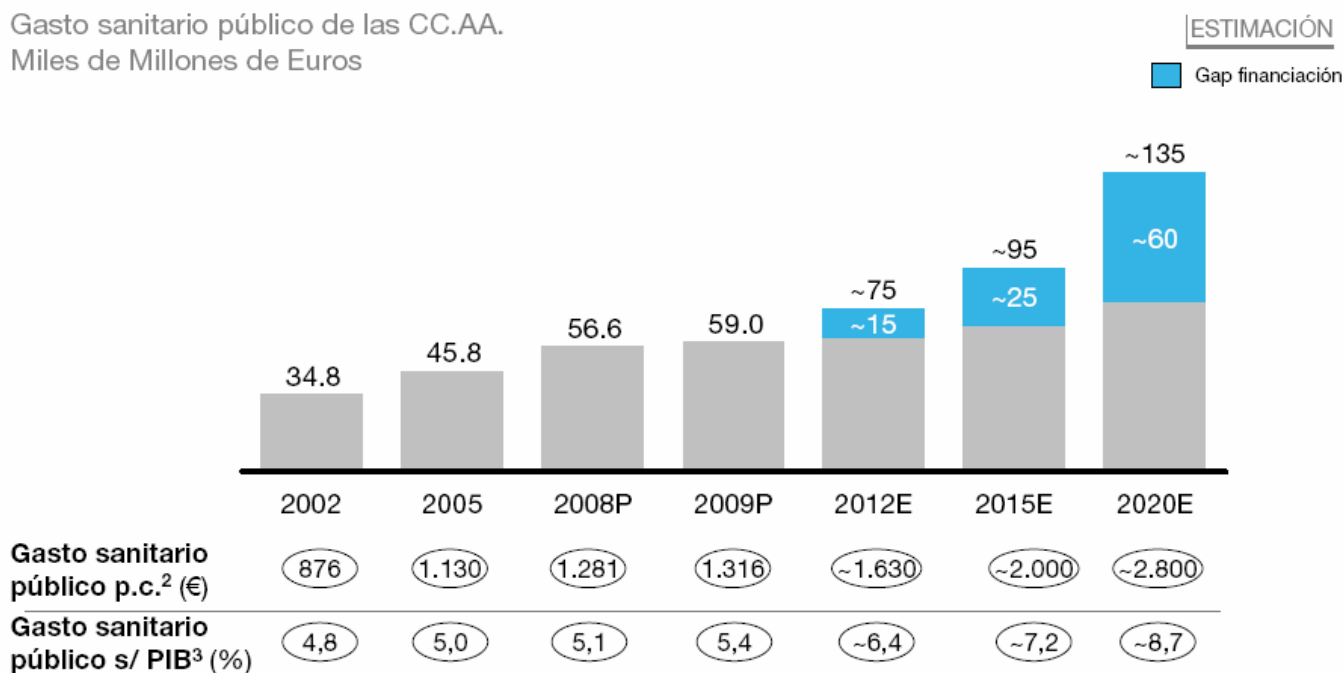
C. Insostenibilidad



Crecimiento acelerado del gasto sanitario

De continuar con el ritmo de crecimiento actual, el gasto sanitario podría duplicarse en 10 años

Gasto sanitario público de las CC.AA.
Miles de Millones de Euros



~50€ de cada 100€ del gasto público de las CCAA podrían destinarse a sanidad, frente a los 35€ actuales

1 Crecimiento anual 2010-2020 de 7,9%, equivalente al crecimiento entre 2002 (fin traspaso de competencias) y 2006

2 Calculado sobre datos de población protegida por el sistema sanitario

3 Variación anual del PIB de -3,3% en 2009, -1% en 2010, 1,2% en 2011, y 3% de 2012 a 2025

Anomalías

- **Anomalía nº3:** el gasto sanitario tiene un crecimiento imparable (inercia) que amenaza la sostenibilidad económica



LA VISIÓN GLOBAL DE LA PERSONA ENFERMA

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

Sademi
Sociedad Andaluza de Medicina Interna

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)



D. El factor residual

**En la última década, más del
50% del incremento anual en
los presupuestos sanitarios
se debe al aumento de la
prestación real por persona**

Crecimiento del gasto sanitario por periodos y factores

| PERIODOS | GASTO SANITARIO | EFEECTO DEMOGRAFICO | TASA DE COBERTURA DE LA POBLACIÓN | DE LA PRECIOS | PRESTACION REAL POR PERSONA |
|-----------|-----------------|---------------------|-----------------------------------|---------------|-----------------------------|
| 1967-1975 | 26,81 | 5,91 | 20,05 | 47,75 | 26,29 |
| 1975-1986 | 18,30 | 5,10 | 8,12 | 83,02 | 3,76 |
| 1986-1992 | 15,50 | 4,23 | 4,04 | 44,38 | 47,35 |
| 1986-1994 | 12,80 | 5,57 | 3,82 | 41,91 | 48,70 |
| 1994-2002 | 6,55 | 16,86 | 1,38 | 43,26 | 38,51 |
| 2002-2008 | 9,54 | 21,12 | -1,64 | 41,19 | 39,33 |
| 2008-2010 | 3,84 | 34,42 | 0,00 | 7,90 | 57,68 |
| 1960-2010 | 16,30 | 7,62 | 7,75 | 54,58 | 30,06 |

Prestación real por persona: cantidad, asociada a su correspondiente calidad, de servicios sanitarios recibidos que incluye cambios en el estado de salud, cambios en las pautas de uso de los servicios sanitarios e incorporación de nuevas tecnologías.

Prestación real por persona (factor del residual):

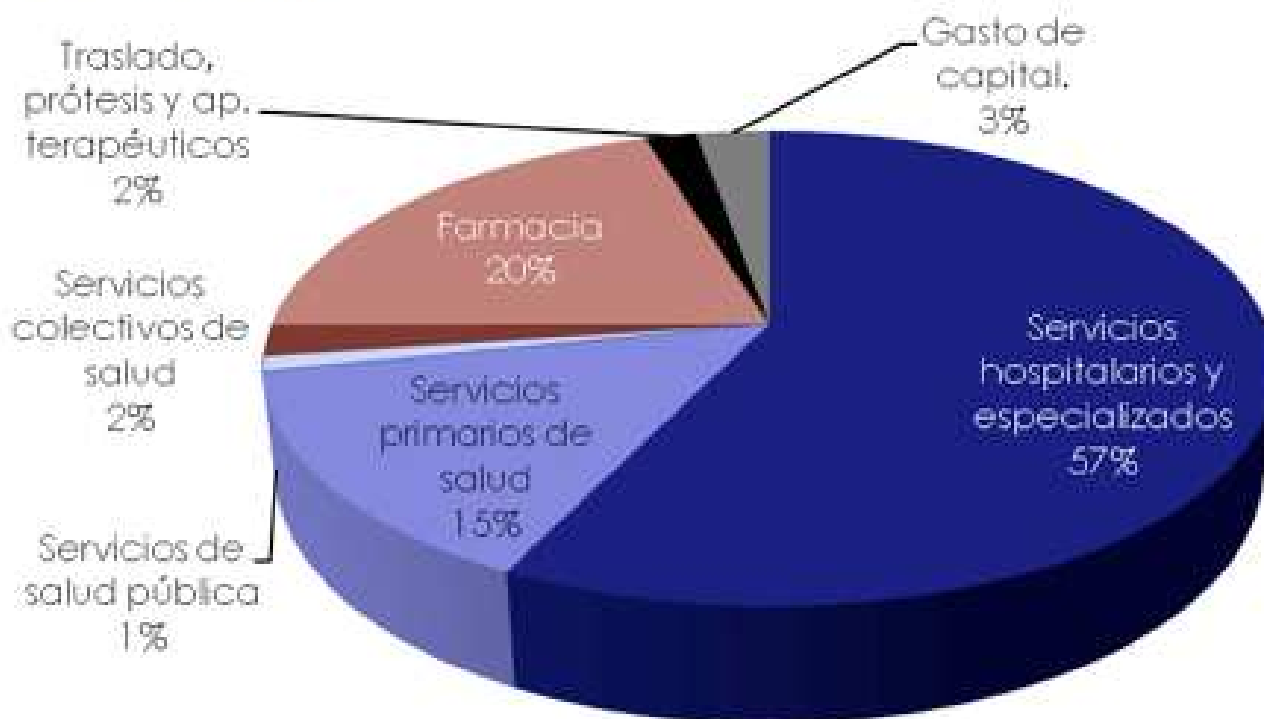
- **más cantidad:** más tecnología, más medicamentos, más intervenciones sanitarias.
- **más calidad:** más personal, mejores infraestructuras, menos listas de espera.
- **mala gestión**

Anomalías

- **Anomalía nº4:** la insostenibilidad viene determinada por un aumento de la intensidad de la atención sanitaria sin límites racionales

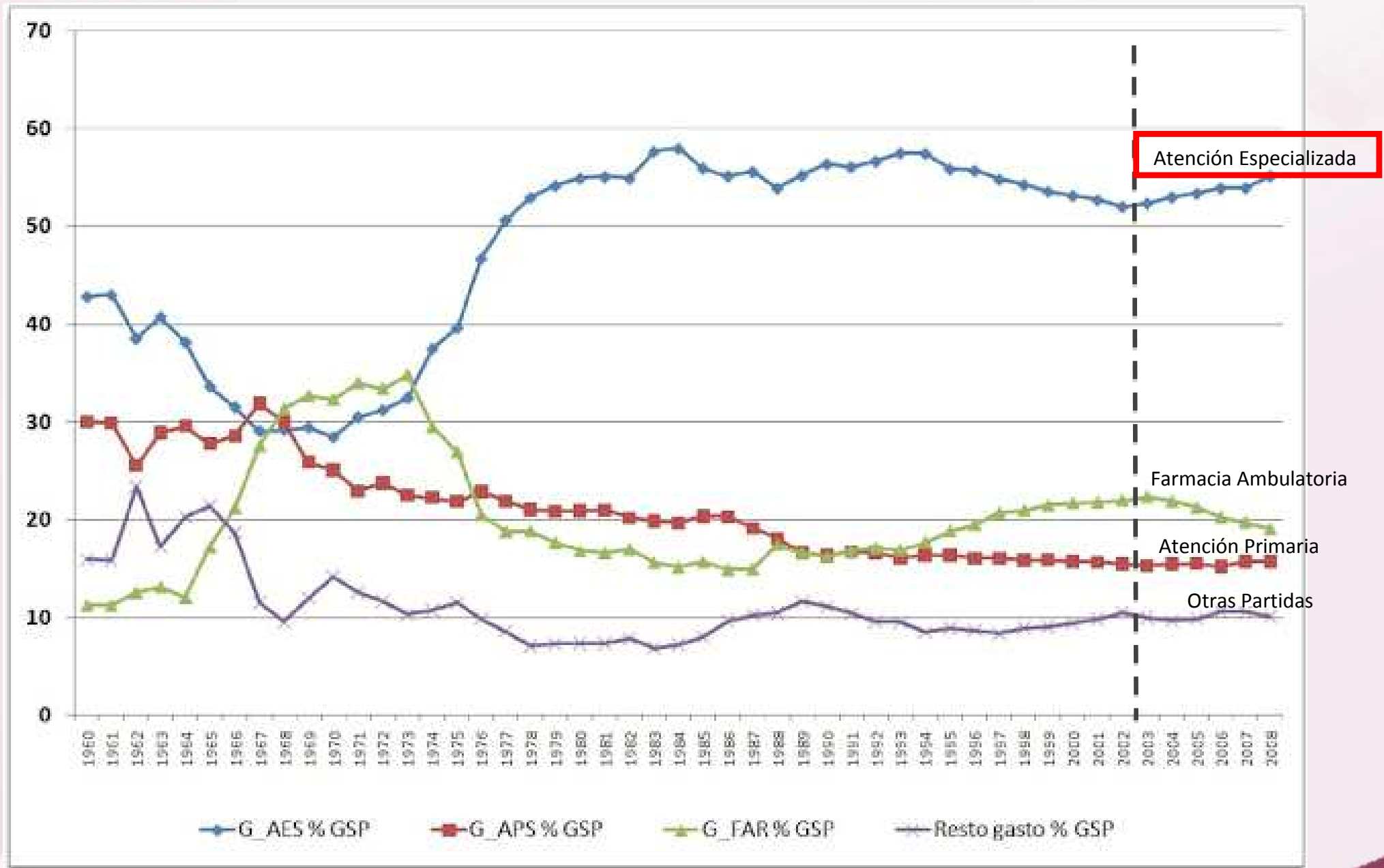
¿Dónde se refleja la
intensidad de la atención
en nuestro sistema de
salud?

Gráfico 3. Composición del gasto sanitario público de comunidades autónomas e Ingesa por funciones. 2010

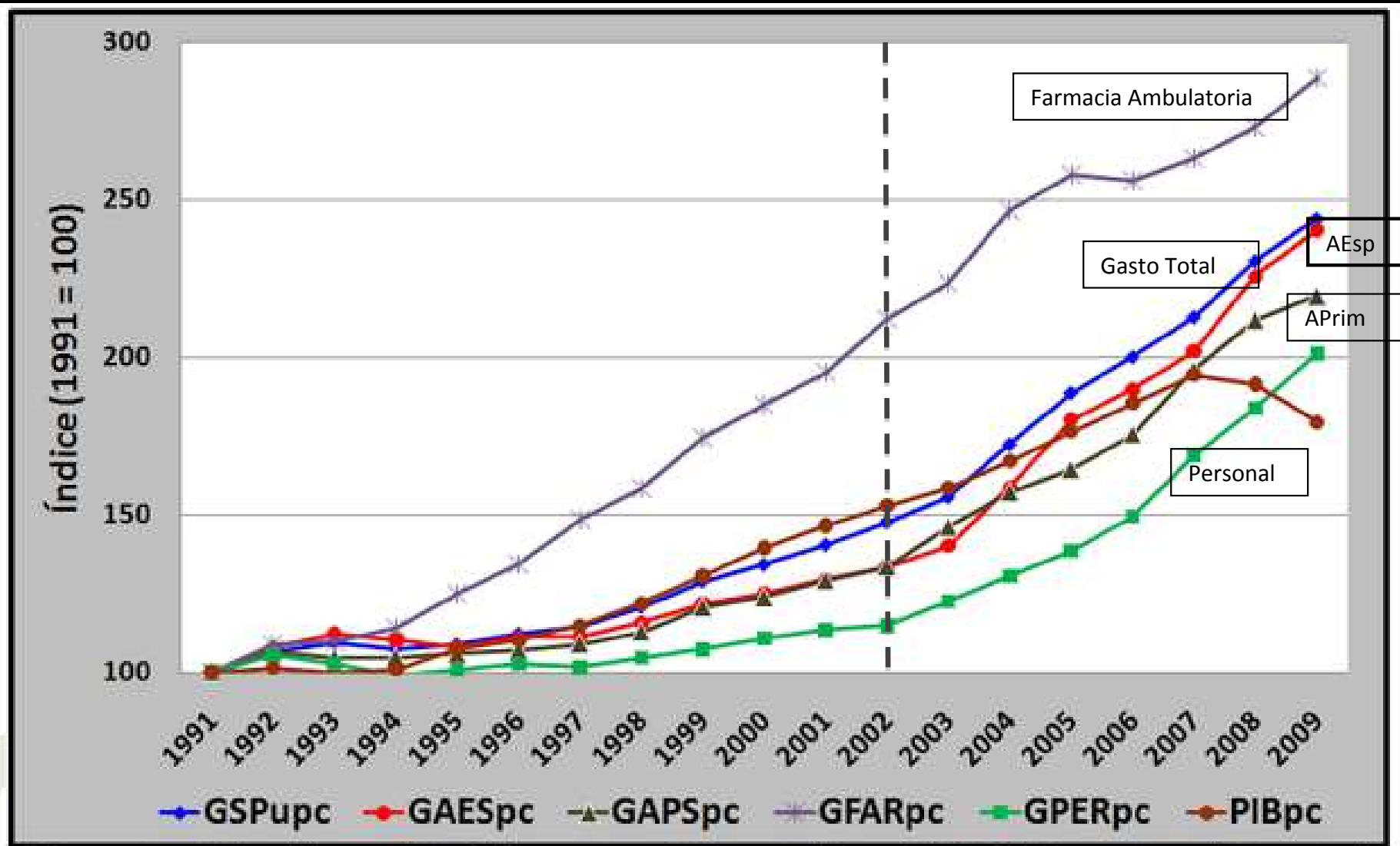


Fuente: Fundación BBVA-Ivie

Gasto sanitario público en % del total (AE, AP, GF y Resto)

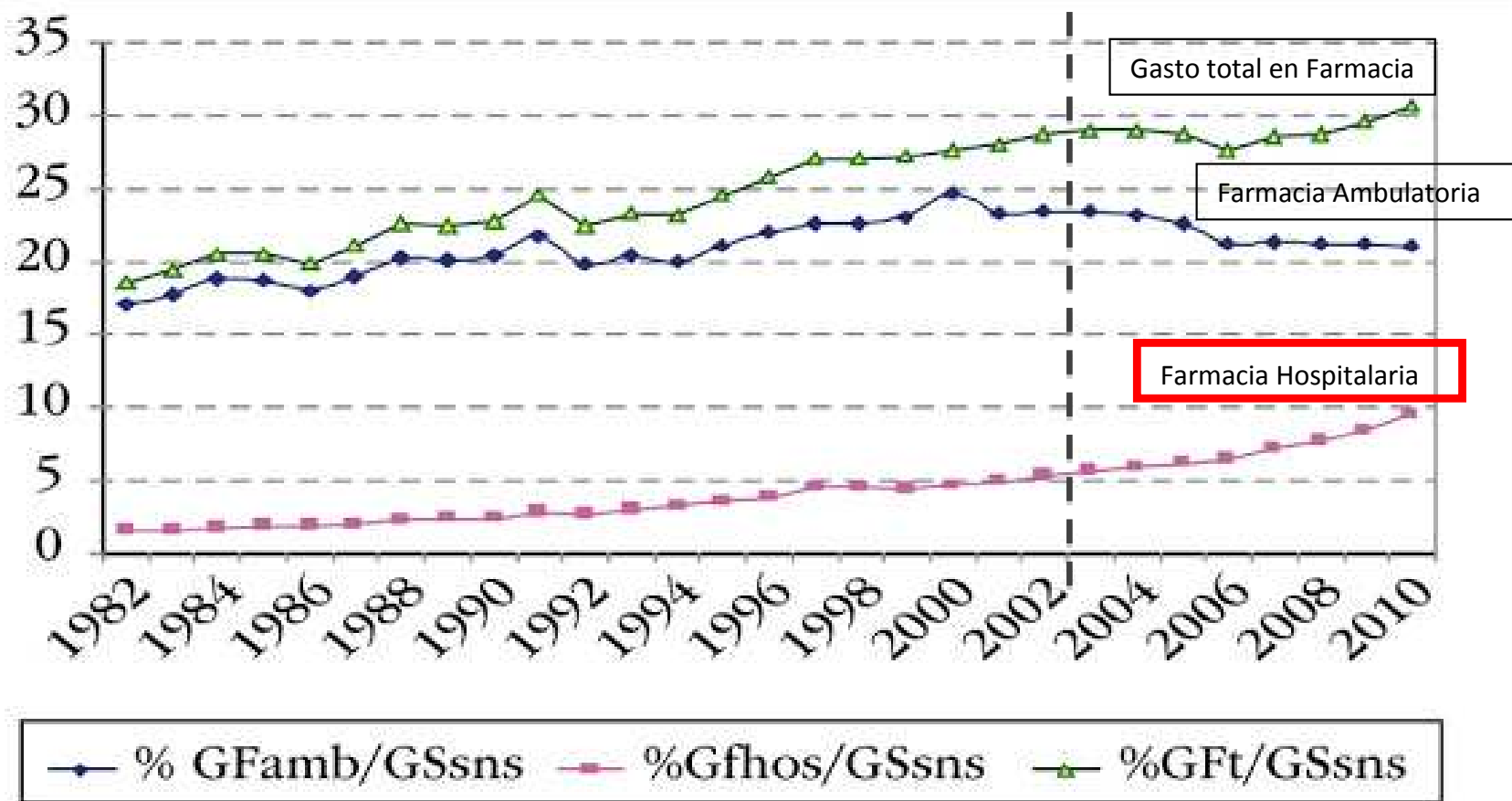


Crecimiento real del gasto sanitario público per cápita, del gasto per cápita en atención especializada, del gasto per cápita en atención primaria, del gasto per cápita en farmacia de receta, del gasto per cápita en personal y del producto interior bruto per cápita. España. Periodo 1991-2009. Año de referencia 1991 = 100



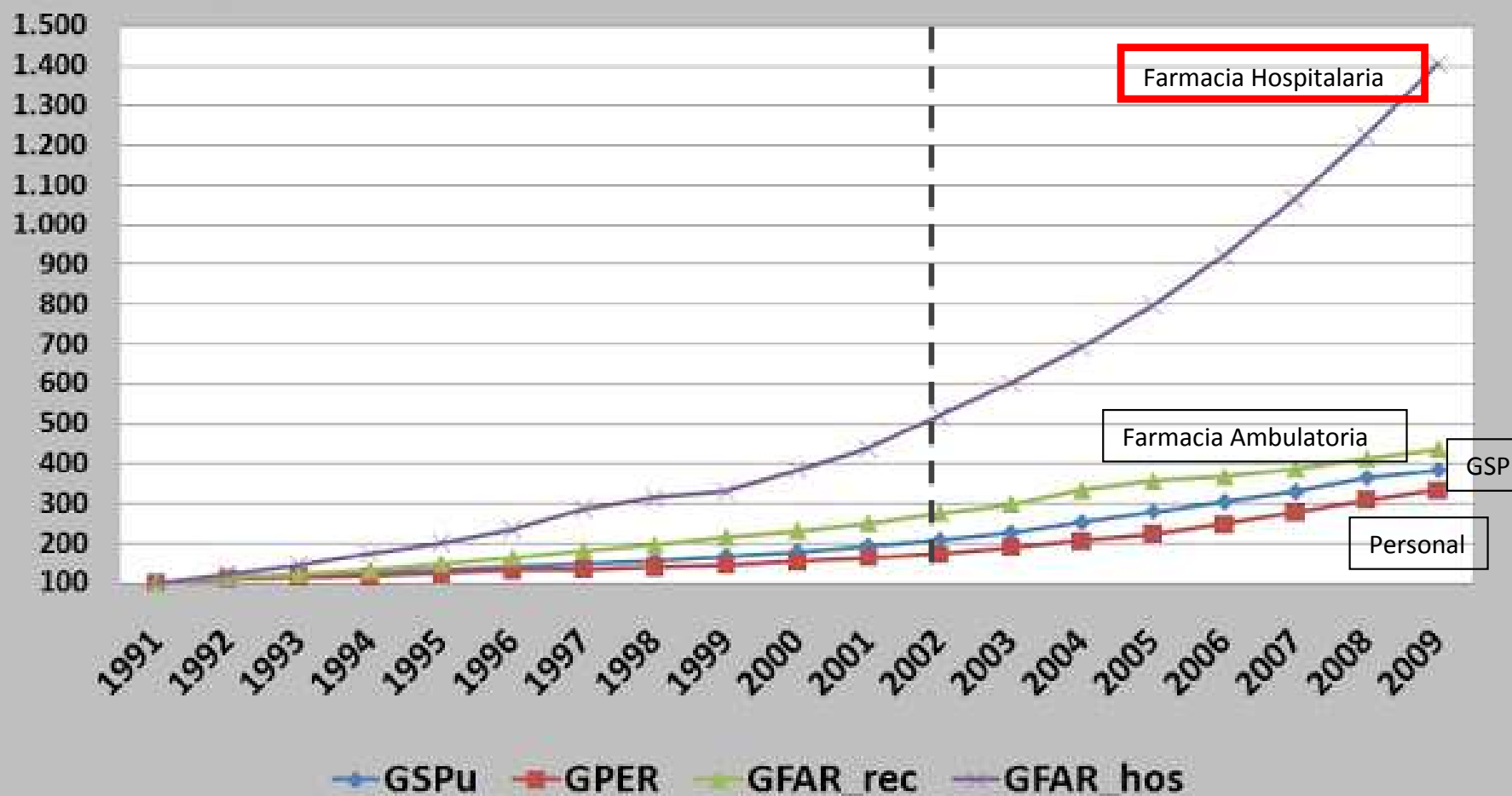
GSPupc: gasto sanitario público per cápita; GAESpc: gasto per cápita en atención especializada; GAPSpC: gasto per cápita en atención primaria; GFARpc: gasto per cápita en farmacia de receta; GPERpc: gasto per cápita en personal; PIBpc: producto interior bruto per cápita. Fuentes: Ministerio de sanidad (EGSP) e INE.

Gasto Farmacéutico en el SNS como porcentaje del Gasto Sanitario SNS en el periodo 1982-2010



Nota; % GFamb/GSsns = porcentaje que representa el gasto farmacéutico ambulatorio en el gasto sanitario del SNS-CC.AA.; % Gfhos/GSsns = porcentaje que representa el gasto farmacéutico de hospital en el gasto sanitario del SNS-CC.AA.; %GFt/GSsns = porcentaje que representa el gasto farmacéutico del SNS (incluye ambulatorio y hospitalario) en el gasto sanitario del SNS-CC.AA.

Crecimiento (en %) del gasto sanitario público (GSPu), gasto de personal (GPER), del gasto en farmacia de receta (GFAR_rec) y del gasto en farmacia hospitalaria (GFAR_hos). Periodo 1991-2009





ELEMENTOS INTENSIFICADORES DE LA ATENCIÓN SANITARIA

1. Atención hospitalaria
2. Utilización de tecnologías
3. Farmacia: hospitalaria y ambulatoria
4. Mala gestión

SPECIAL COMMUNICATION | ONLINE FIRST

Eliminating Waste in US Health Care

Donald M. Berwick, MD, MPP; Andrew D. Hackbarth, MPhil

JAMA. 2012;307(14):1513-1516. doi:10.1001/jama.2012.362.

Table. Estimates of Annual US Health Care Waste, by Category^a

| | \$ in Billions | | | | | |
|-------------------------------------|---|------------|------------|--|------------|-------------|
| | Annual Cost to Medicare and Medicaid in 2011 ^b | | | Annual Cost to US Health Care System in 2011 | | |
| | Low | Midpoint | High | Low | Midpoint | High |
| Fallos en la atención sanitaria | 26 | 36 | 45 | 102 | 128 | 154 |
| Fallos en la coordinación sanitaria | 21 | 30 | 39 | 25 | 35 | 45 |
| Sobre-tratamiento | 67 | 77 | 87 | 158 | 192 | 226 |
| Mala gestión | 16 | 36 | 56 | 107 | 248 | 389 |
| Alteración de los precios | 36 | 56 | 77 | 84 | 131 | 178 |
| Fraude y abusos | 30 | 64 | 98 | 82 | 177 | 272 |
| Total^c | 197 | 300 | 402 | 558 | 910 | 1263 |
| % of Total Spending | | | | 21 | 34 | 47 |

^aTable entries represent the range of estimates of waste in each category from sources cited in the text. The total waste estimates are simply the sums of the category-level estimates. This simple summing is feasible because the categories are defined in such a way that wasteful behaviors could be assigned to at most 1 category and because, like Pacala and Socolow,² we did not attempt to estimate interactions between or among the categories.

^bIncluding both state and federal costs.

^cTotals may not match the sum of components due to rounding.

**Las “medidas de gestión” por
si solas no han demostrado
capacidad para contener
el crecimiento
del gasto sanitario**

UNA **MEDICINA
HIPER-TROFIADA..
¿por qué?**



Modelo sanitario infinito

- Mejora infinita de las “conveniencias”: calidad percibida
 - Instalaciones
 - Listas de espera
 - Número de recursos humanos
 - Accesibilidad



Modelo sanitario infinito

- Mejora infinita en la “prestación de servicios”: calidad técnica
 - Ampliar las áreas de la vida susceptibles de intervención médica y/o tecnológica (medicalización)
 - Mejora de los estándares (tiempo, dolor, etc)
 - Disminución de los riesgos de las intervenciones



Risk, life extension and the pursuit of medical possibility

Janet K. Shim, Ann J. Russ and Sharon R. Kaufman

Institute for Health and Aging, University of California, San Francisco

We have no standards for what an 80-year-old should do, or act like, or what's normal.

General cardiologist

La disminución del riesgo aumenta la prevalencia de los beneficios marginales

La persecución de la posibilidad médica

El avance tecnológico hace que el antiguo criterio del balance riesgo-beneficio que permitía abstenerse de algunas medidas, sobre todo en personas mayores o con mal pronóstico, se desequilibre: cada vez hay menos riesgo en las intervenciones pero no hay más beneficio.

Change in End-of-Life-Care for Medicare Beneficiaries

Site of Death, Place of Care, and Health Care Transitions in 2000, 2005, 2009

JAMA, Febrero 6, 2013, vol 309, Nº5

| | 2000 | 2005 | 2009 |
|---|----------------------------|-----------------|--------------------------|
| Nº fallecidos | 270.202 | 291.819 | 286.282 |
| Edad media (CANCER, EPOC, DEMENCIA) | 81,9 (77,9, 80,2, 85,2) | 82,1 | 83 (78,7, 81,4, 86,2) |
| Muertes en hospital | 32,6% | 26,9% | 24,6% |
| UCI último mes de vida (con ventilación) | 24,3% (8,3%) | 26,3% (8,6%) | 29,2% (9,3%) |
| Transiciones últimos 90 días (media) | 2,1 | 2,8 | 3,1 |
| Transiciones 3 últimos días | 10,3% | 12,4% | 14,2% |

XXXIV Congreso Nacional de la
 Sociedad Española de Medicina Interna
 (SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
 de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

Rev Esp Salud Pública 2006; 80: 377-385

N.º 4 - Julio-Agosto 2006

**DISTRIBUCIÓN Y TENDENCIA DE LOS FALLECIMIENTOS
 EN EL MEDIO HOSPITALARIO EN ESPAÑA DURANTE
 EL PERIODO 1997-2003**

Evolución de fallecimientos en hospitales, España 1997-2003

| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2002 | 2003 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| % fallecimientos en planta hospitalización | 43,8 | 44,5 | 45,4 | 47,0 | 47,3 | 47,7 | 48,0 |
| % fallecimientos en urgencias hospitalarias | 6,5 | 6,4 | 6,2 | 5,8 | 5,6 | 5,7 | 6,0 |
| % total fallecimientos en hospital | 50,3 | 50,9 | 51,6 | 52,7 | 52,9 | 53,5 | 54,0 |
| % fallecimientos hospitalarios en urgencias | 12,9 | 12,5 | 12,0 | 11,0 | 10,5 | 10,7 | 11,1 |

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga

Gráfico 7: Evolución del coste total y de los costes medios. Pacientes de 65 y más años. Hospitales del SNS. 2000-2010.



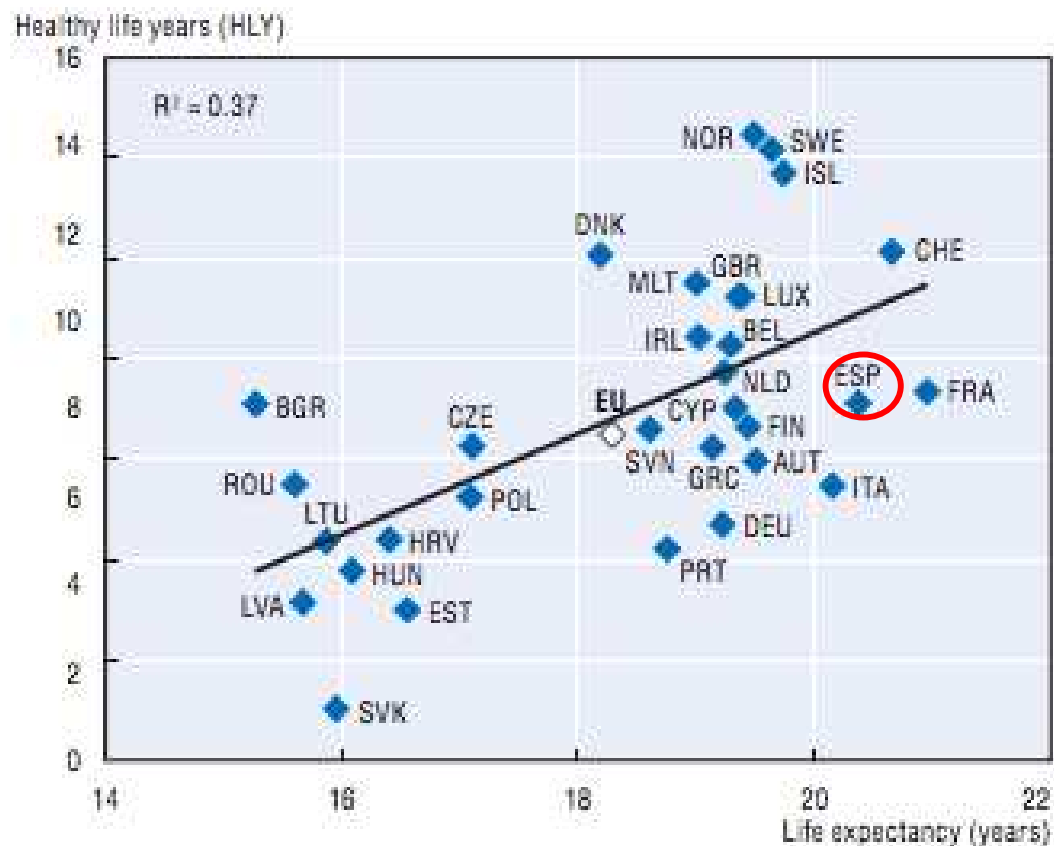
Fuente: elaboración propia a partir del Registro de Altas (CMBD). MSSSI.

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga

1.2.2. Relationship between life expectancy and healthy life years (HLY) at 65, 2008-10 average



VIVIMOS MÁS PERO EN
PEORES CONDICIONES

El “modelo infinito” de atención sanitaria es una visión abierta del progreso médico y de la innovación tecnológica, que no explicita sus fines, que no acepta que existan limitaciones a la búsqueda de una mejor salud y satisfacción de los deseos de los ciudadanos

Un modelo infinito es lógicamente imposible de financiar con recursos finitos





- El nivel de gasto sanitario está en función de la medicalización de la sociedad que a su vez depende del nivel tecnológico medio de su sanidad y de las expectativas de la población
- Cuanta mayor es la calidad de vida de una sociedad y mejores sus condiciones sanitarias, más elevado es el consumo en salud, y la tendencia es siempre creciente
- Paradójicamente cuanto más saludable es una sociedad más gasta en sanidad

XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

LA IRRACIONALIDAD DE LOS FINES

LOS FINES TÁCITOS DE LA MEDICINA

- (1) La conquista de toda enfermedad.
- (2) La conquista de la muerte por medio de la eliminación de todas las causas biológicas.
- (3) El alivio de todo sufrimiento, mental y físico, que la medicina pueda controlar.

(4) La satisfacción de todos los deseos que pudieran ser satisfechos a través de los medios técnicos

(5) Permitir que sean el progreso médico y la innovación tecnológica los responsables de redefinir constantemente los fines de la atención sanitaria y el ámbito del cuidado de la salud.





1. Tenemos un buen sistema sanitario (comparativamente)
2. Sin embargo, existen una serie de anomalías (comunes a todos los sistemas) que hablan de una pérdida progresiva de su eficiencia y de su efectividad social
3. **En la actualidad, el gasto sanitario tiene una inercia imparable debido a factores culturales, profesionales, económicos y sociales y los valores tradicionales de la medicina han perdido el control de su desarrollo**
4. Las medidas que hay que tomar no son técnicas (ni más financiación, ni más evaluación, ni introducción de más mercado) sino políticas

The Perfect Storm of Overutilization

Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD

Victor R. Fuchs, PhD

JAMA, June 18, 2008—Vol 299, No. 23

1º CULTURA MÉDICA:

- fomenta la meticulosidad en el diagnóstico y no la efectividad;
- el reconocimiento a los médicos más agresivos
- la formación de los médicos jóvenes centrada en la tecnología
- el imperativo moral de ayudar al paciente independientemente del costo

2º PAGO POR HACER:

3º INCENTIVOS DEL MERCADO:

The Perfect Storm of Overutilization

Ezekiel J. Emanuel, MD, PhD

Victor R. Fuchs, PhD

JAMA, June 18, 2008—Vol 299, No. 23

4º MEDICINA DEFENSIVA:

no hay demandas por sobretratar

5º LAS PREFERENCIAS DE LOS PACIENTES:

- por intervenir más que esperar
- por lo nuevo sobre lo viejo

6º EL MARKETING AL CONSUMIDOR A TRAVÉS DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN:

- siempre es noticia lo nuevo, lo más invasivo, lo más espectacular



The Hastings Center

a nonpartisan research institution dedicated to bioethics
and the public interest since 1969





DANIEL CALLAHAN

7º LA SANTIFICACIÓN DE LA VIDA:

- no es adecuado introducir elementos económicos al evaluar tratamientos que pueden prolongar o salvar vidas

8º COMPETENCIA POR LA TECNOLOGÍA:

- “medical arm race”

9º LA CONSIDERACIÓN DEL CRECIMIENTO EN I+D+I SIEMPRE COMO BUENO PARA LA ECONOMÍA



DANIEL CALLAHAN

10º LA CONVERGENCIA IDEOLÓGICA:

- la izquierda, hija de la ilustración, cree que el avance científico liberará a las sociedades y que la ciencia y la tecnología es siempre buena
- la derecha apuesta por la ciencia y la tecnología como un sector de grandes beneficios económicos

11º EL DISCURSO IMPOSIBLE: “RACIONAR”

- la idea de que es necesario priorizar la investigación y establecer barreras serias a la introducción de nuevas tecnologías en el sistema sanitario es inconcebible política, social y profesionalmente

LAS CONSECUENCIAS EXPLÍCITAS

- (1) Predominio del curar sobre el cuidar.
- (2) Búsqueda del aumento indefinido en la expectativa de vida sin considerar la calidad de vida
- (3) Medicalización y medicamentación de la vida (disease mongering)
- (4) Beneficio individual sobre el poblacional.

- (5) Intervenciones tecnológicas para curar o mejorar la enfermedad en lugar de esfuerzos para promover la salud y prevenir la enfermedad.
- (6) Una medicina de super-especialidades en lugar de una basada en cuidados y una atención más general (MI-MF) pero mejor distribuida



21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

1. Tenemos un buen sistema sanitario (comparativamente)
2. Sin embargo, existen una serie de anomalías (comunes a todos los sistemas) que hablan de una pérdida progresiva de su eficiencia y de su efectividad social
3. En la actualidad, el gasto sanitario tiene una inercia imparable debido a factores culturales, profesionales, económicos y sociales y los valores tradicionales de la medicina han perdido el control de su desarrollo
4. **Las medidas que hay que tomar no son técnicas (ni más financiación, ni más evaluación, ni introducción de más mercado) sino políticas y cambios culturales**

Fases evolutivas en el desarrollo de los sistemas de salud

- Fase 1: salubrista
- Fase 2: sanitaria
- Fase 3: social



Fases evolutivas en el desarrollo de los sistemas de salud

- Fase 1: salubrista
- Fase 2: sanitaria
- Fase 3: social



Modelo finito de atención sanitaria

- (1) La aceptación de la muerte y el envejecimiento como características normales de la condición humana.
- (2) La comprensión de la morbilidad, esto es, la meta de alcanzar una longitud de vida suficiente en buena salud y morir de una muerte relativamente rápida e indolora
- (3) Énfasis en políticas de desarrollo humano (educación, medio ambiente, trabajo, vivienda..), la salud pública y la atención primaria

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

Informe sobre la salud en el mundo 2008

La atención primaria de salud



**Más
necesaria
que
nunca**

REFORMAS DE
LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS

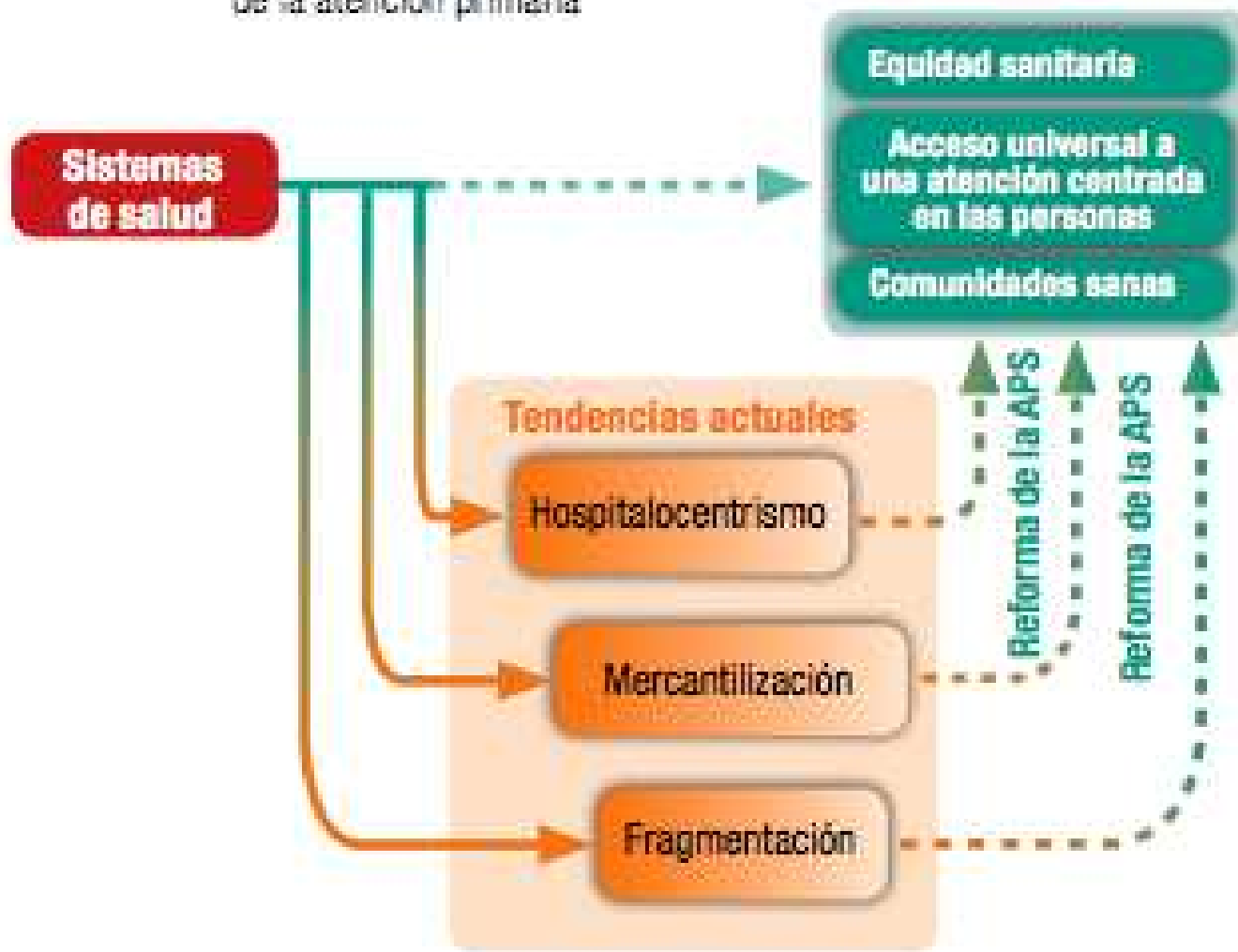
REFORMAS EN PRO
DE LA COBERTURA
UNIVERSAL

REFORMAS
DE LAS POLÍTICAS
PÚBLICAS

REFORMAS DEL
LIDERAZGO



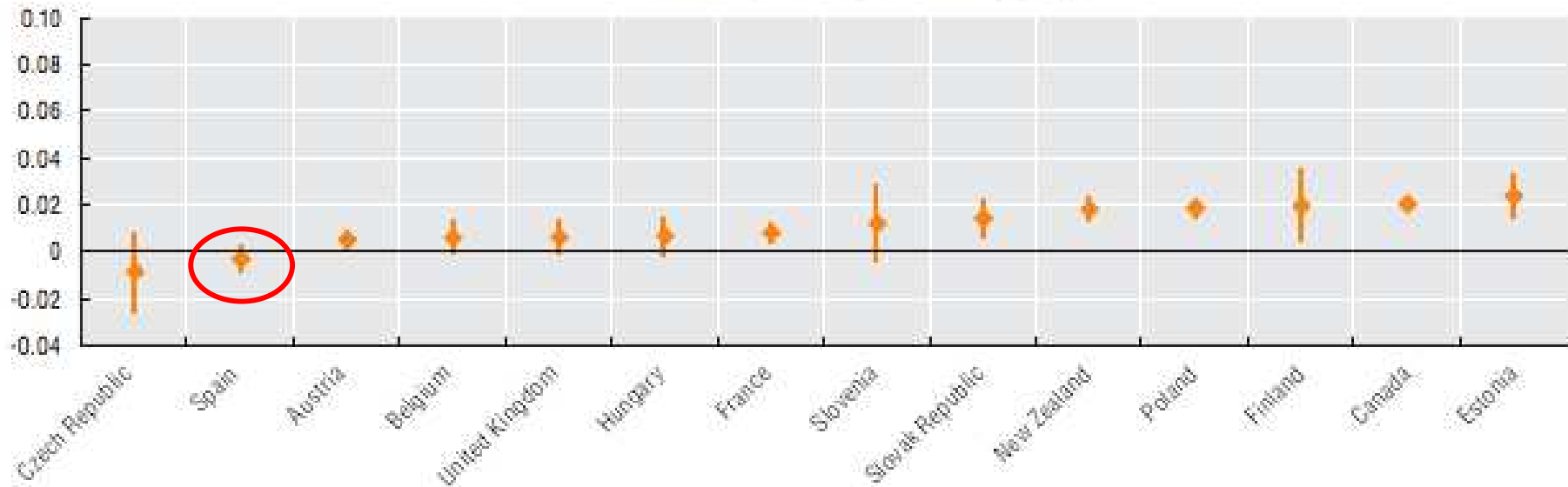
Figura 1.10 Los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la atención primaria



Dualización

**Atención Primaria para pobres y
Atención Especializada para ricos**

6.5.2 Horizontal inequity indices for probability of a GP visit (with 95% confidence interval), 14 OECD countries, 2009 (or nearest year)



Source: OECD estimates (2011).

INEQUIDAD EN EL ACCESO A LOS DISTINTOS NIVELES DE ASISTENCIA A IGUALDAD DE NECESIDAD

6.5.3 Horizontal inequity indices for probability of a specialist visit (with 95% confidence interval), 13 OECD countries, 2009 (or nearest year)

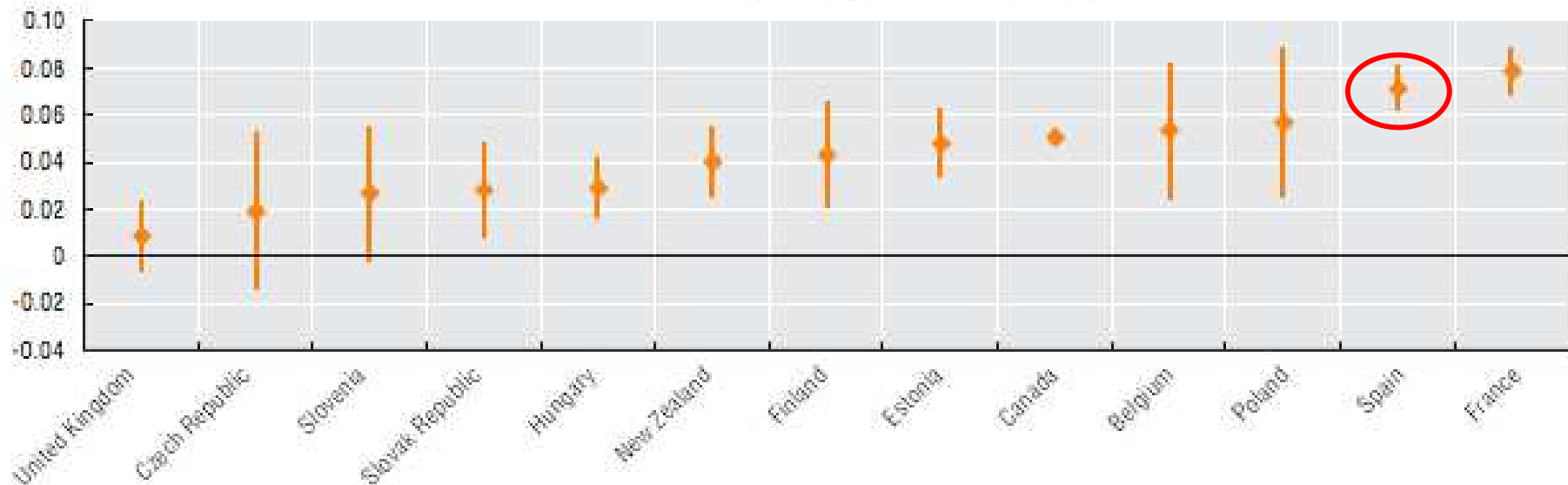
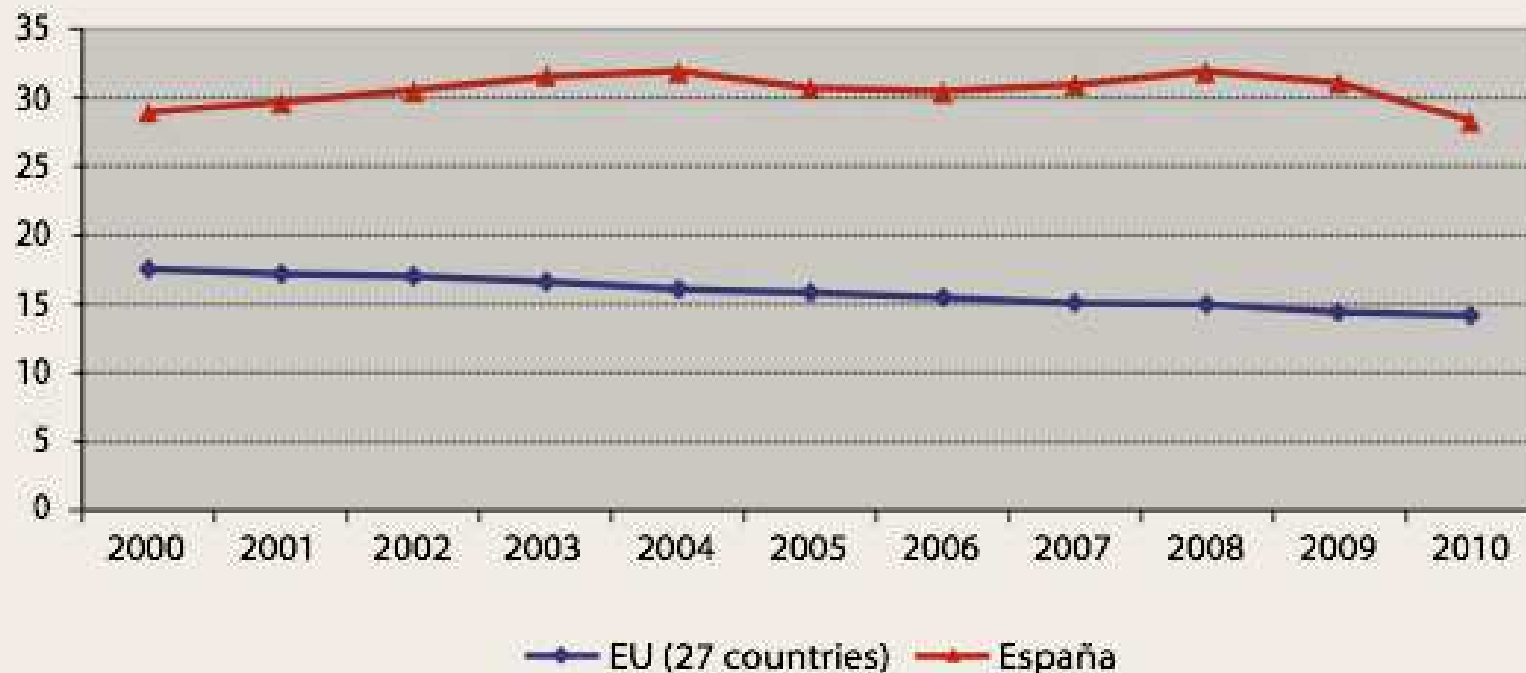


GRÁFICO 10. Tasa de abandono escolar

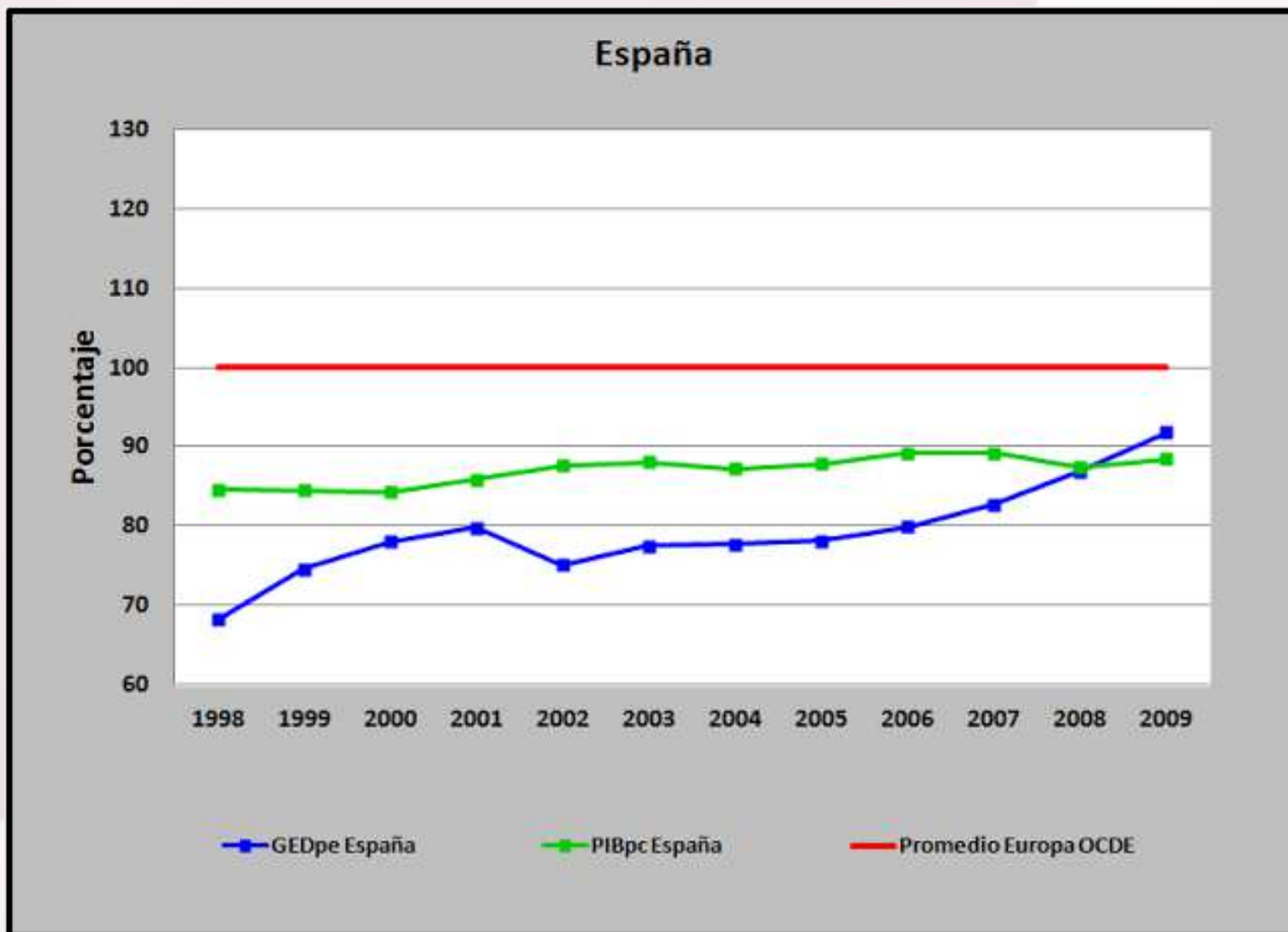


Fuente: Eurostat.

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

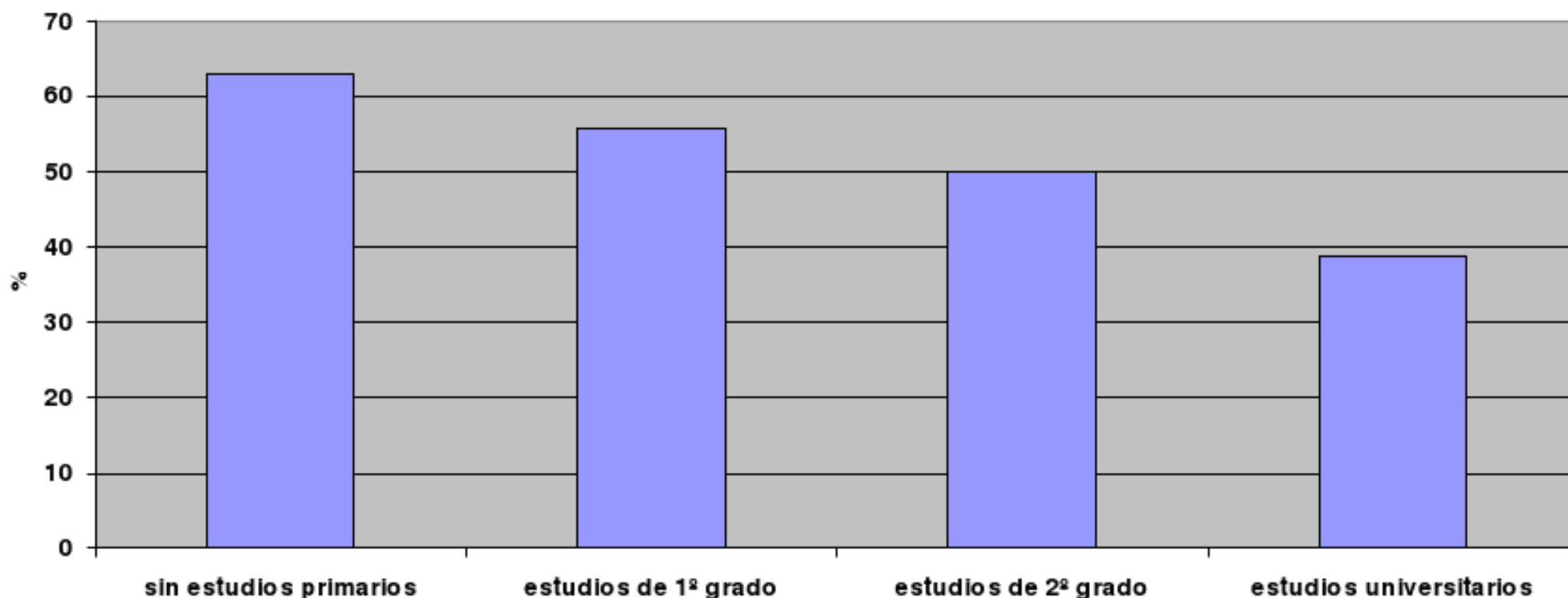
XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**



Salud autopercebida

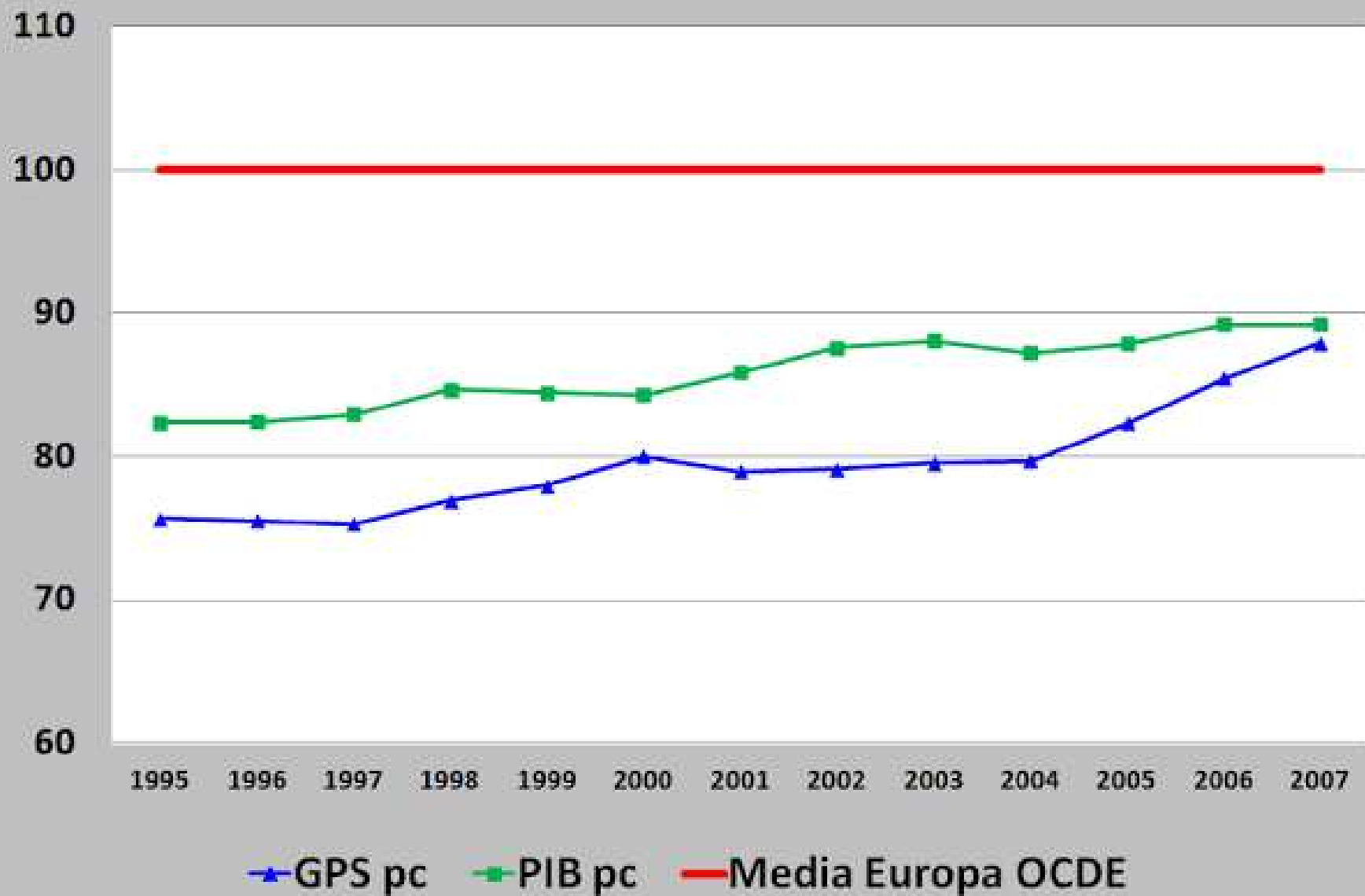
Prevalencia de mala salud* según nivel de estudios (población mayor de 65 años)



* Salud Muy mala+Mala+Regular

Fuente: Encuesta de salud de la Comunidad de Madrid 2001

ESPAÑA

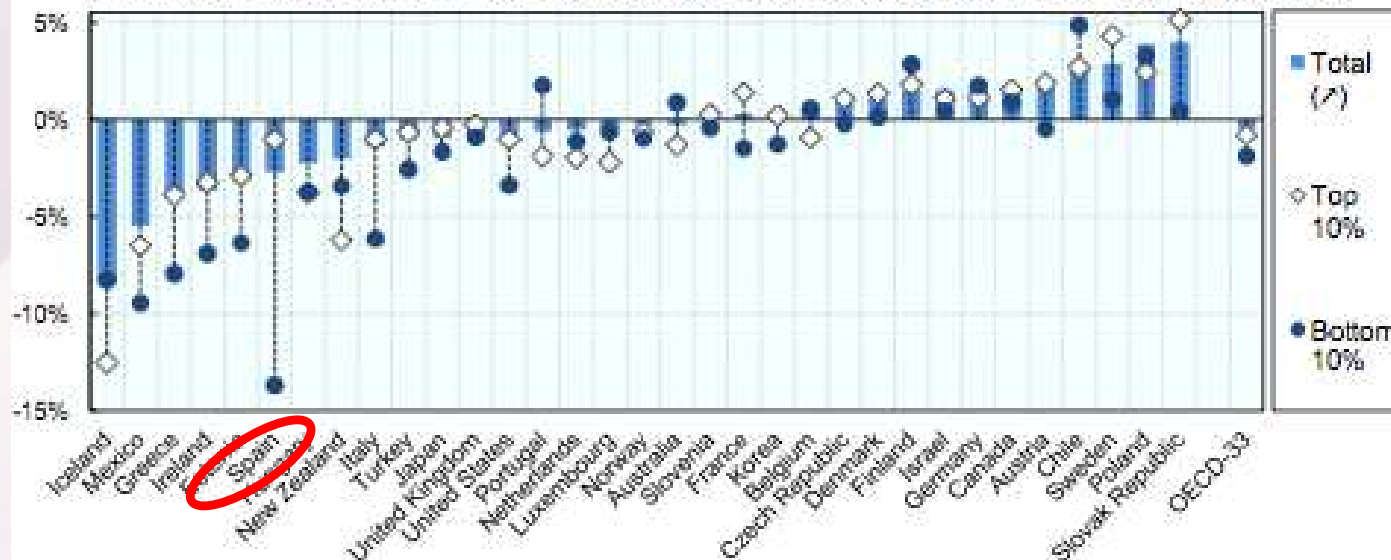


España, el país de la OCDE donde más crecieron las desigualdades en 2007-2010

- La desigualdad de los recursos disponibles por familia, medida con el llamado coeficiente Gini, se agravó en 2,9 puntos porcentuales en el caso de España en esos tres años, según un **informe publicado** este miércoles.

■ Poorer households tended to lose more or gain less

Annual percentage changes in household disposable income between 2007 and 2010, by income group

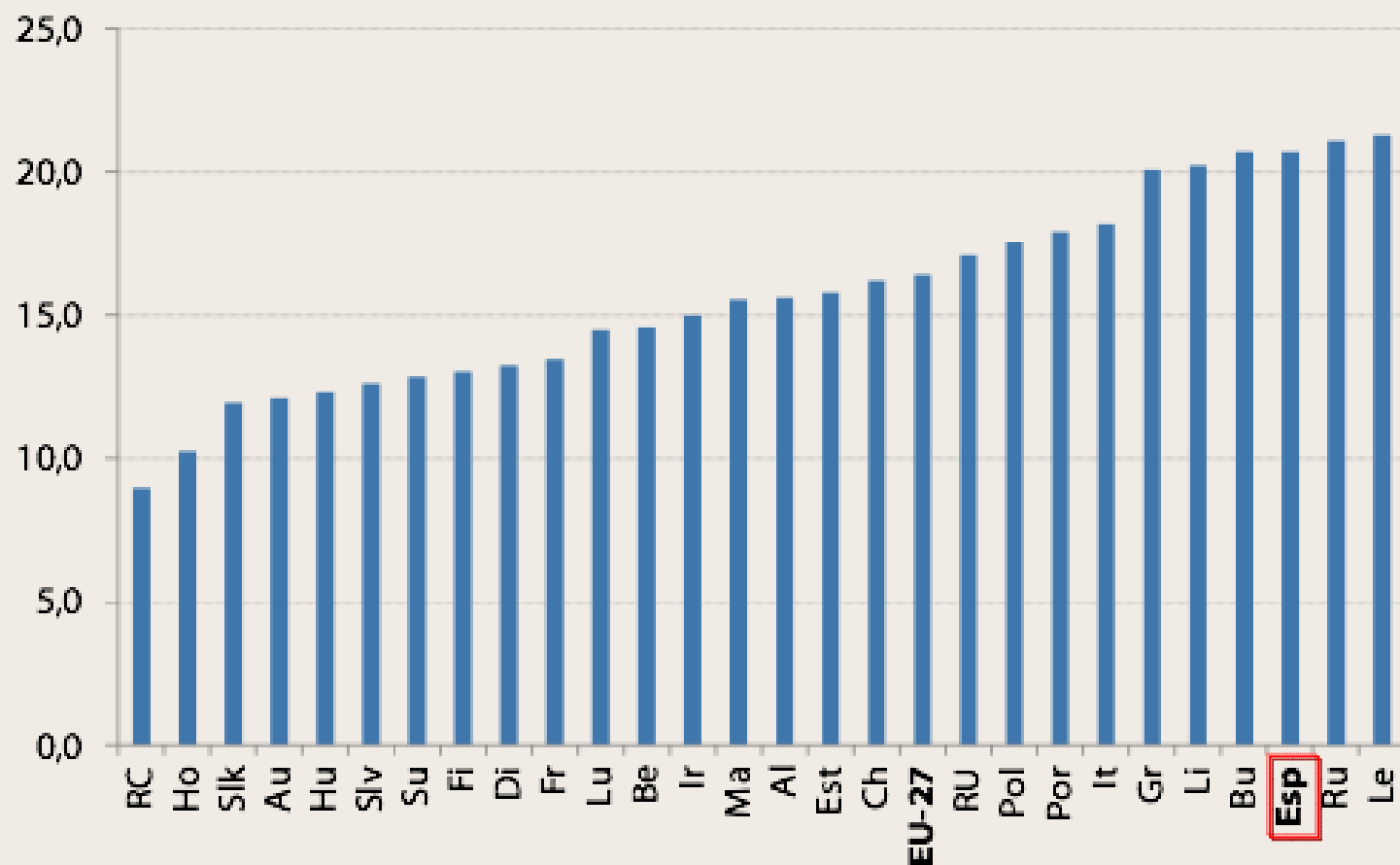


XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

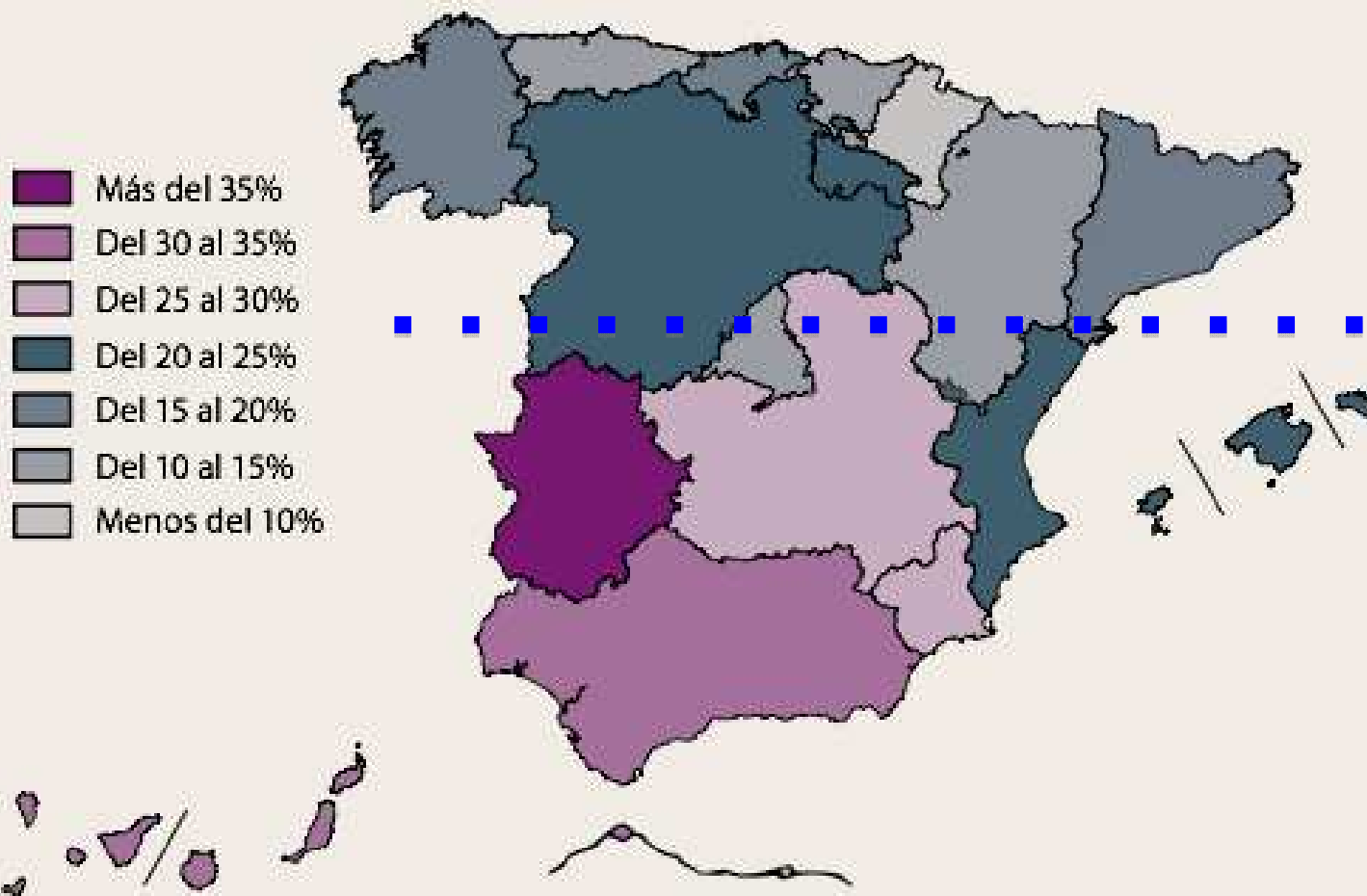
21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. Málaga

GRÁFICO 7. Tasas de pobreza en la Unión Europea, 2010



Fuente: Eurostat.

GRÁFICO 5. Distribución de la pobreza por comunidades autónomas, 2010

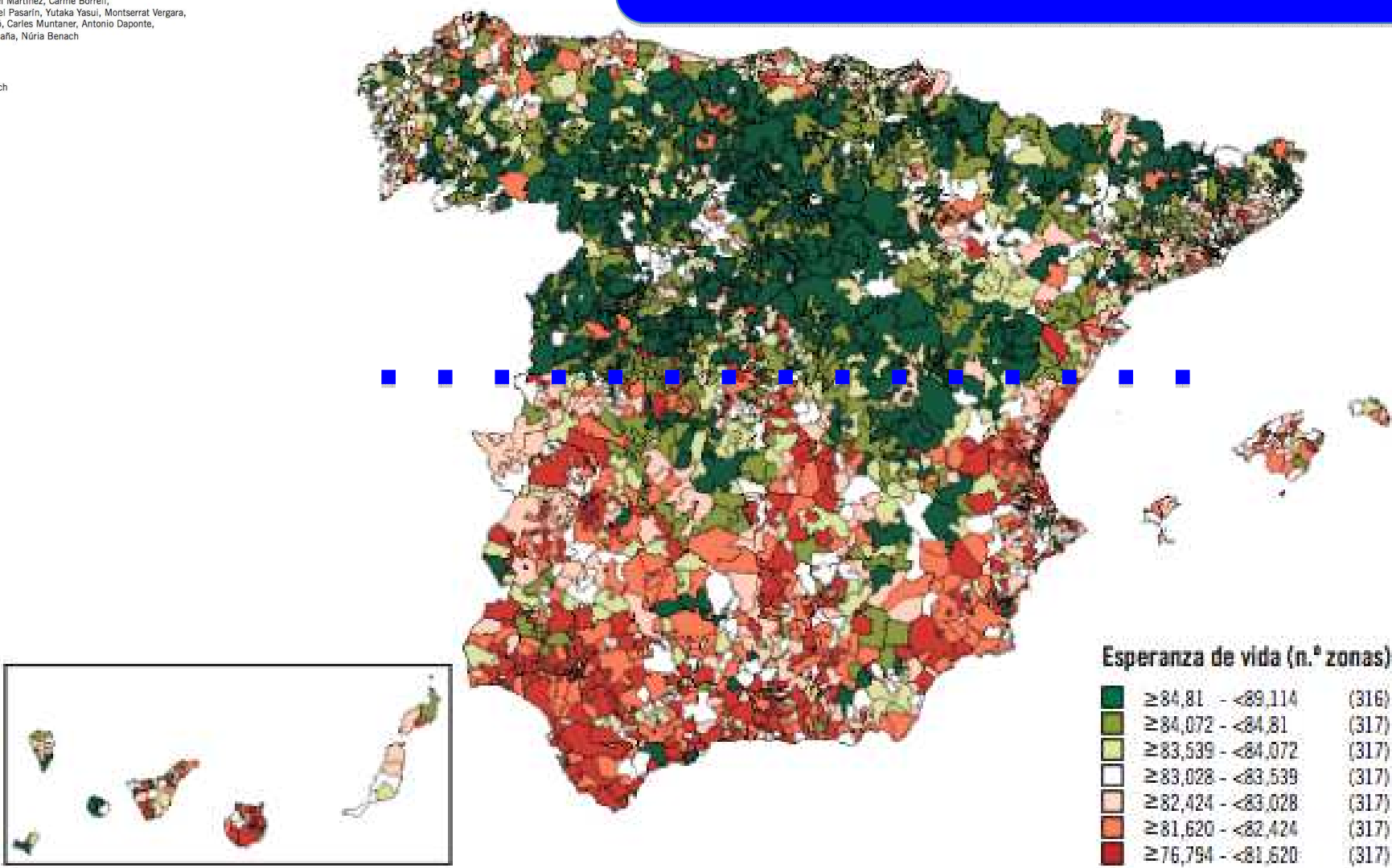


Fuentes: Encuesta de Condiciones de Vida (INE).

José Miguel Martínez, Carme Borrell,
María Isabel Pasarín, Yutaka Yasui, Montserrat Vergara,
María Buxó, Carles Muntaner, Antonio Daponte,
Ricardo Ocaña, Núria Benach

Dirigido por:
Joan Benach

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA ESPERANZA DE VIDA EN MUJERES

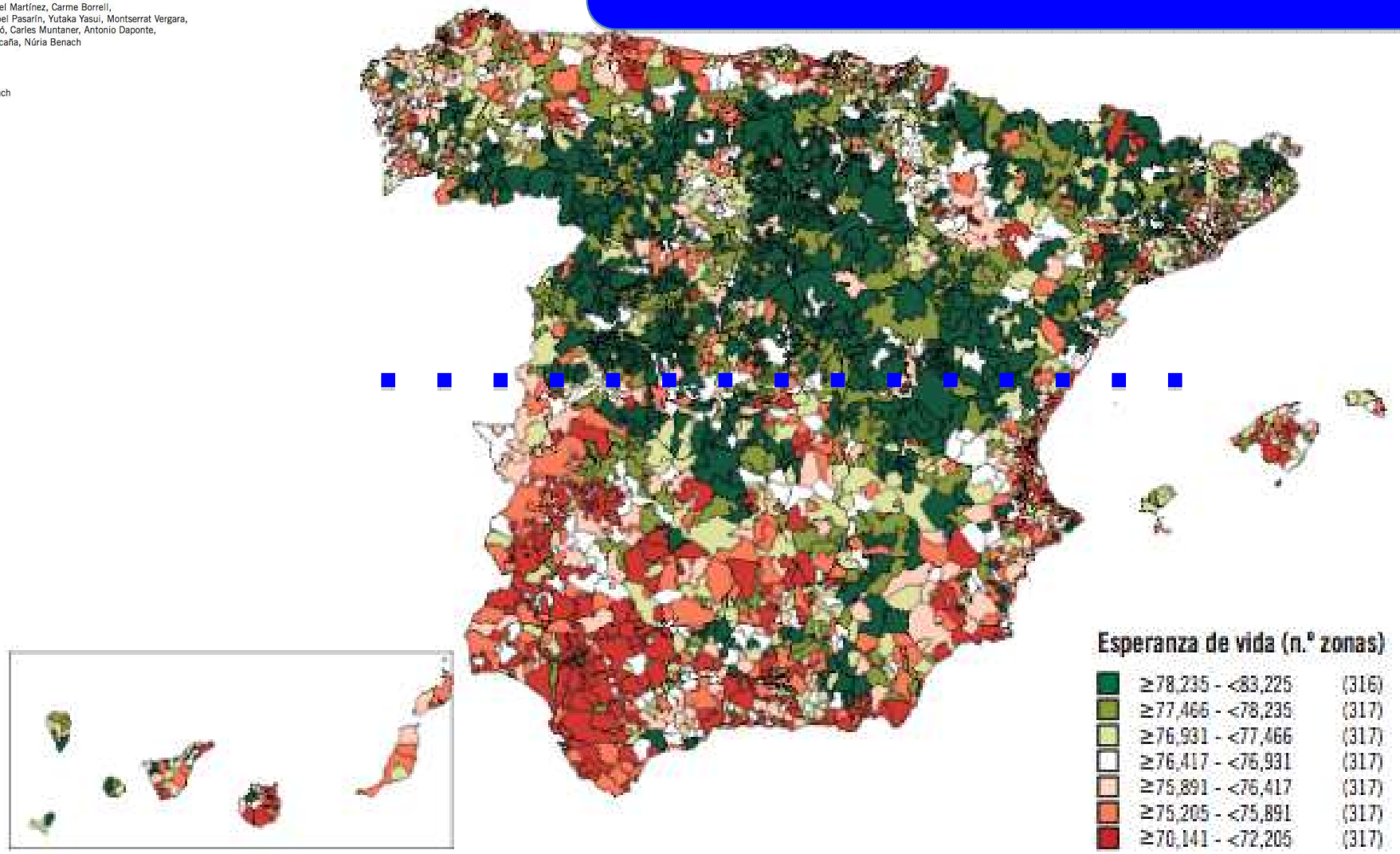


MAPA 4.2: Esperanza de vida en mujeres. España, 1999-2001

DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA ESPERANZA DE VIDA EN HOMBRES

José Miguel Martínez, Carme Borrell,
María Isabel Pasarín, Yutaka Yasui, Montserrat Vergara,
María Buxó, Carles Muntaner, Antonio Daponte,
Ricardo Ocaña, Núria Benach

Dirigido por:
Joan Benach



MAPA 4.39: Esperanza de vida en hombres. España, 1999-2001

Priorización de los niveles de atención

1. El cuidado: alivio del dolor, cuidados paliativos, atención a la fragilidad y a la cronicidad
2. Necesidades de salud pública: medidas de salubridad básica, promoción de la salud y prevención de enfermedades
3. Vacunas y atención a las enfermedades infecciosas
4. Atención médica general a las demandas más comunes, distribuidas equitativamente
5. Atención médica avanzada que beneficia a unos pocos o que tiene pocas posibilidades de éxito dirigidas prioritariamente a niños y adultos

XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza de Medicina Interna (SADEMI)



XXXIV Congreso Nacional de la
Sociedad Española de Medicina Interna
(SEMI)

21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

XXIX Congreso de la Sociedad Andaluza
de Medicina Interna (SADEMI)

Muchas gracias

abelnovoajurado@gmail.com

