

XIX Jornadas REAP

RED ESPAÑOLA DE ATENCIÓN PRIMARIA

¿Dónde estamos?
Riesgos y retos de la
atención primaria en
el SNS de España

**XIX
JORNADAS
REAP**

DISTINTOS
PROFESIONALES
DISTINTAS
RAZONES

Abordando
las limitaciones
en prescripción y
controversia en
vacunación

**6-8
OCTUBRE
ASTURIAS
2016**

VIVERO DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD - OVIEDO

#REAP

Red Española de Atención Primaria

<http://blog-reap.blogspot.com.es>

Beatriz G Lopez-Valcarcel
Presidenta de SESPAS
Universidad de Las Palmas de GC
beatriz.lopezvalcvarcel@ulpgc.es



¿Dónde estamos?



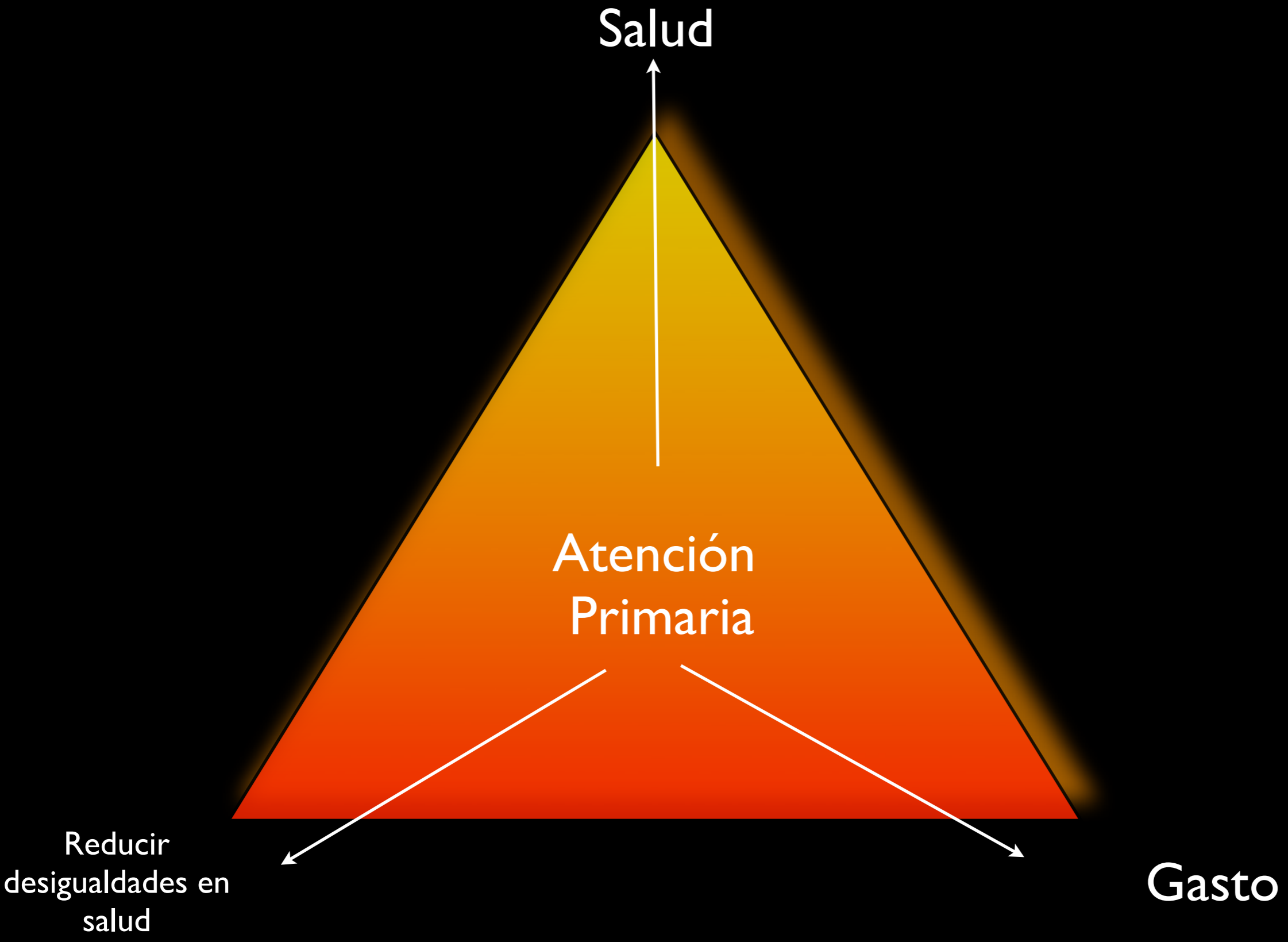
Indice

1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión

Las ventajas comparativas de la AP se deben a sus atributos

[Bien conocidos por todos aquí]

1. **Accesibilidad**. La AP mejora el acceso de la población “desfavorecida” a la atención sanitaria. Puerta de entrada al sistema
2. Responsable de la coordinación (**continuidad** asistencial)
3. Capacidad **resolutiva** (comprehensividad de la atención)
4. Mejor **prevención** primaria y secundaria y atención precoz e problemas de salud
5. Foco en la **persona** y no en la enfermedad. Continuidad del cuidado en el tiempo (**longitudinalidad**)
6. Mejor **calidad** de la atención clínica. **Reduce** atención especializada **innecesaria/inapropiada/iatrogénica** [**eficiente**]



AP y equidad horizontal en la utilización de servicios sanitarios

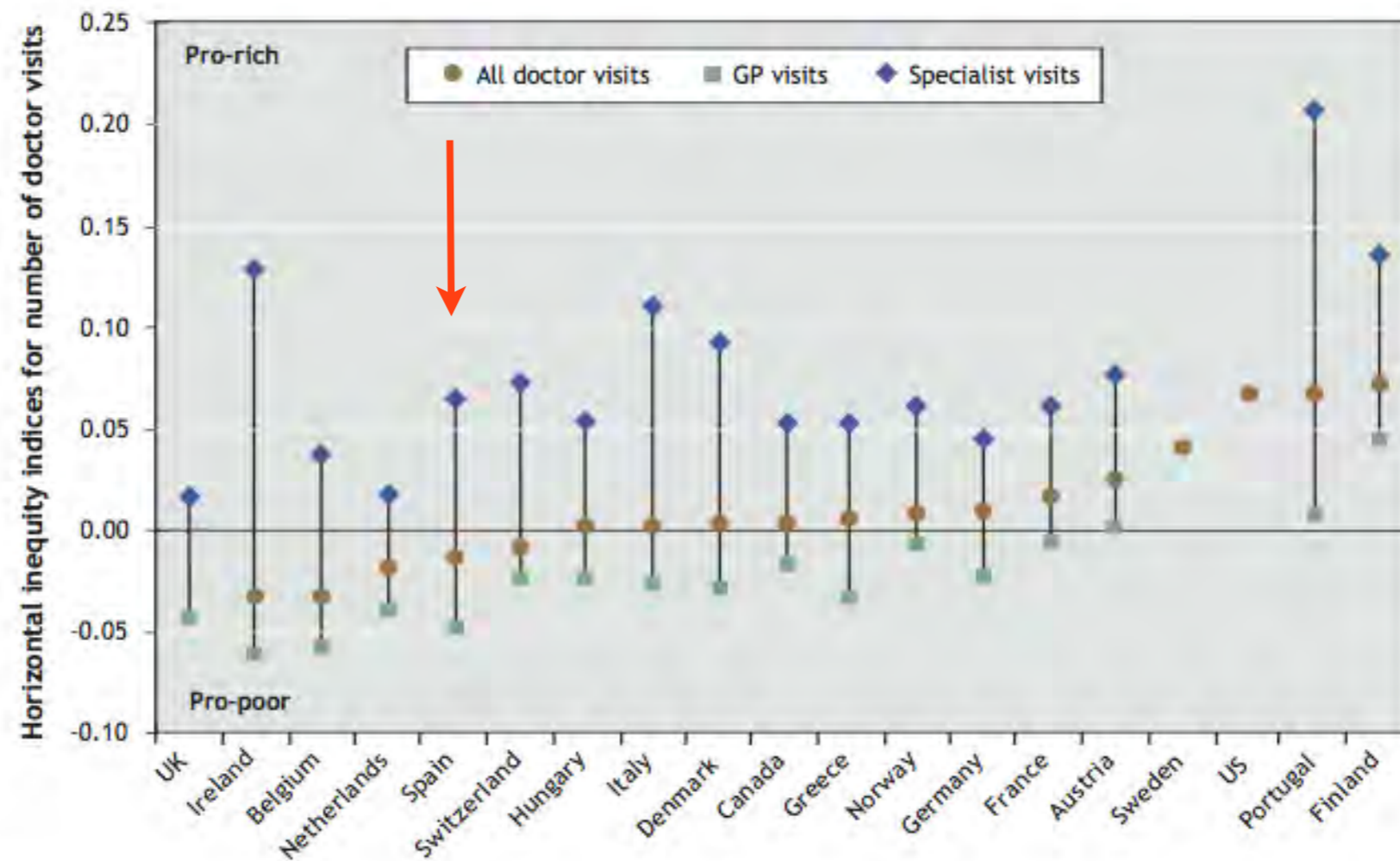


Fig. 5: Horizontal inequity (HI) indices for the annual mean number of visits to a doctor in 19 OECD countries. Countries are ranked by HI index for doctor visits. German general practitioner (GP) and specialist indices reflect data obtained in the 1996 ECHP.

Inequalities in access to medical care by income in developed countries

Índice

1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión



Todo Superman tiene su Criptonita

Las criptonitas de quitan fuerza a la AP

1

Responsable
de la
coordinación
(**continuidad**
asistencial)

Nuevo **paradigma** de los
Sistemas Sanitarios Basados en
el Valor y de la **Integración**
Asistencial para afrontar el reto
de la cronicidad

Sistema Sanitario Basado en el Valor



¿Papel de la AP en este proceso?

OSIs [Organizaciones Sanitarias Integradas]

Estrategias de cronicidad; HAD; sociosanitario...

Las grandes innovaciones ahorradoras de costes vendrán de **cambios organizativos**

.... Pero la integración no se lidera desde AP (al margen de la AP). Escaso protagonismo

Principales
resultados

Sistema de
Cuentas de
Salud

2014

¿Saben cuántas
vencidas menciona
la “atención
primaria”?

Tabla 4. Gasto sanitario total, público y privado en servicios de asistencia curativa y de rehabilitación según modo de producción. Millones de euros. España, 2014

	Gasto total	Gasto público	Gasto privado
Asistencia hospitalaria	22.724	20.700	2.024
Asistencia en hospitalización de día	1.896	1.871	24
Asistencia ambulatoria	30.050	17.538	12.512
Asistencia domiciliaria	724	721	2
Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación	55.393	40.830	14.563

Fuente: MSSSI Sistema de cuentas de salud 2015 (junio 2016)

Tabla 9. Gasto sanitario total, público y privado de los proveedores de atención ambulatoria según modo de producción. Millones de euros. España, 2014

	Gasto total	Gasto público	Gasto privado
Consultorios médicos	5.493	1.799	3.693
Consultorios odontológicos	7.847	70	7.777
Consultorios de otros profesionales sanitarios	740	170	571
Centros de atención ambulatoria	7.852	7.852	0
Laboratorios médicos y de diagnóstico	535	440	94
Proveedores de atención domiciliaria	1.221	942	279
Otros proveedores de atención ambulatoria	1.017	1.000	17
Proveedores de atención ambulatoria	24.705	12.273	12.431

Fuente: MSSSI Sistema de cuentas de salud 2015 (junio 2016)

**E
X
P
E
R
I
E
N
C
I
A
S**



**Estrategia
para afrontar
el reto de la
cronicidad en
Euskadi**

Julio 2010

**Y
P
L
A
N
E
S**

Pirámide de Kaiser ampliada



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	

Las criptonitas de quitan fuerza a la AP

2

Foco en la **persona** y no en la enfermedad. Continuidad del cuidado en el tiempo (**longitudinalidad**)

¿Tu médico o un CIAS?

Los contratos laborales de eventuales/incidencias torpedean la esencia, calidad y productividad de la AP

La productividad depende de la “confianza” (elección del paciente; ojo al doble agente)

Economías de la información.
Economías de aprendizaje

54.429 contratos de menos de un mes con MF

Tabla 3.2 Contratos temporales e indefinidos a médicos (Medicina de Familia y resto de especialidades) 2011 a 2014

Año	Contratos temporales						Contratos indefinidos			
	MFC			Médicos especialistas resto especialidades			MFC		Médicos especialistas resto especialidades	
	Numero de contratos temporales	De los cuales, de menos de un mes de duración	%	Numero de contratos temporales	De los cuales, de menos de un mes de duración	%	Número de contratos indefinidos	% sobre total de contratos	Número de contratos indefinidos	% sobre total de contratos
2011	23542	15999	68%	20767	12295	59%	1653	7%	2309	10%
2012	16751	11220	67%	24402	14707	60%	1051	6%	2318	9%
2013	19518	13895	71%	30167	19022	63%	903	4%	2252	7%
2014	19022	13315	70%	33055	21135	64%	1139	6%	3221	9%
Total		54429			67159					

Fuente: elaboración propia con datos del SEPE

El exceso de temporalidad en la sanidad española incumple la norma de la UE

"La renovación de nombramientos de duración determinada genera una situación de precariedad", sentencia el Tribunal de Justicia de la UE



CRISTINA DELGADO 

Madrid - 15 SEP 2016 - 06:45 EDT

Las criptonitas de quitan fuerza a la AP

3

Capacidad
resolutiva
(comprehensividad
de la atención)

La falta de resolutiveidad de la AP en España es uno de los puntos débiles

Carga asistencial y “balones fuera” en un contexto de hiperfrecuentación (MF), que los profesionales consideran exógena y de “cuenta ajena”

Sobreutilización de determinados inputs (medicamentos) frente a otros (tiempo)

CONSULTA
MEDICO GENERAL
GENERAL ES TODO





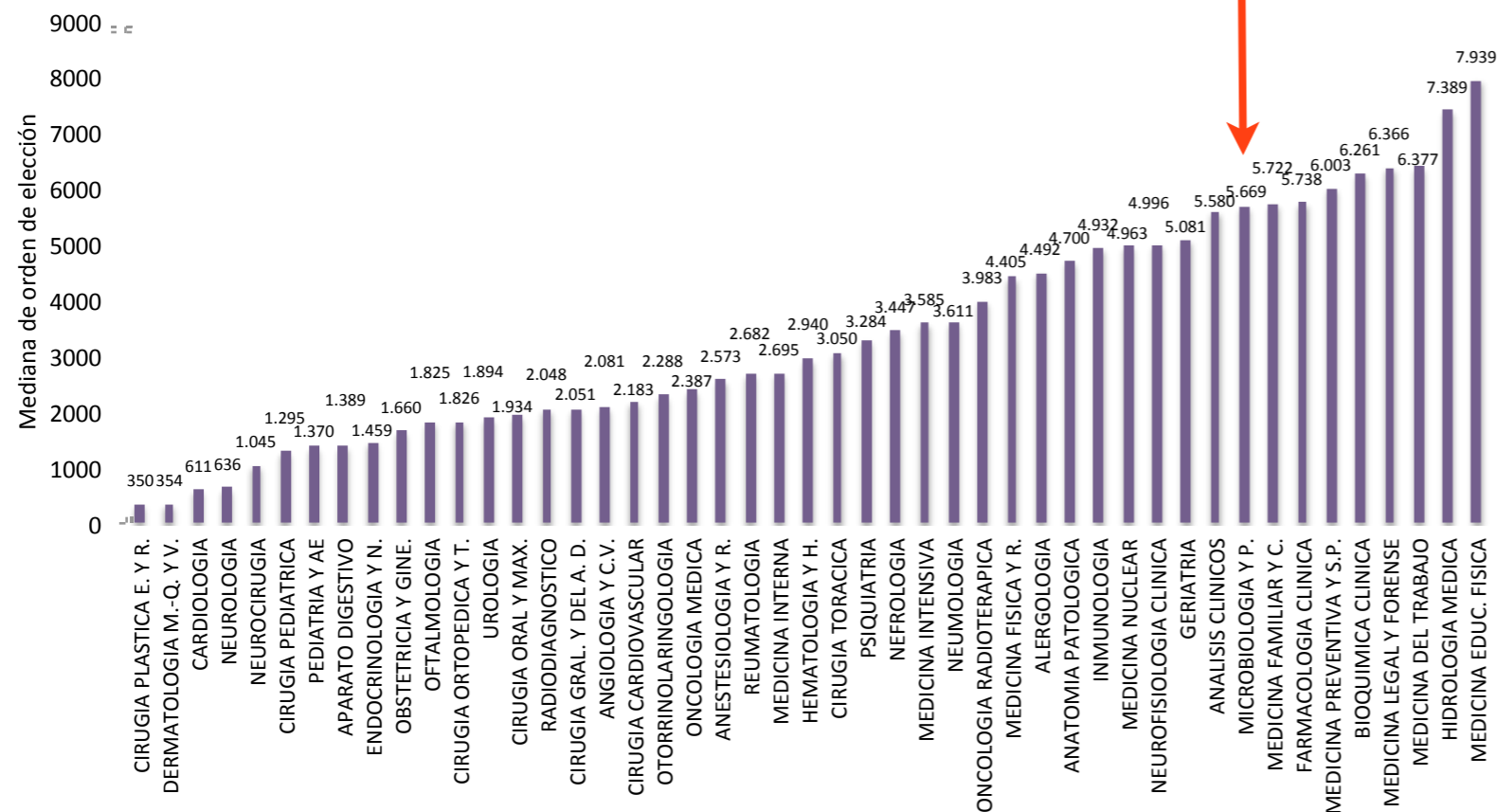
Foto de Eugene Smith

Síntomas de crisis en la MF?

El mercado MIR

La cotización de la MFC en el mercado MIR 2016

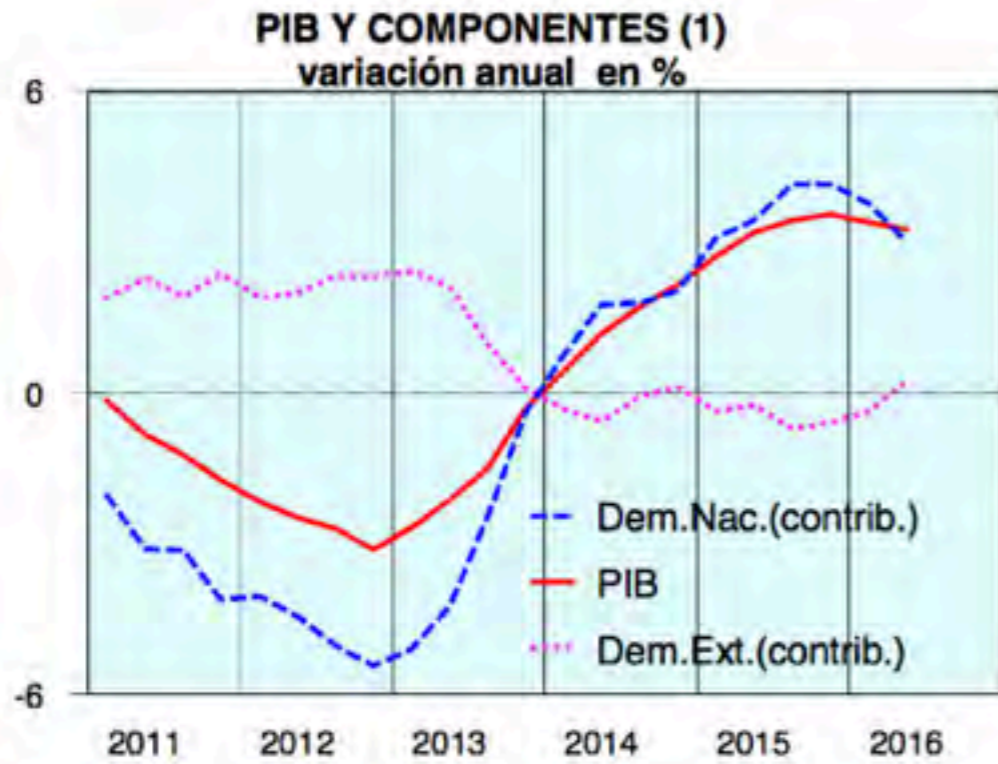
Ranking mediana de elección por especialidades.
Convocatoria MIR 2014-2015



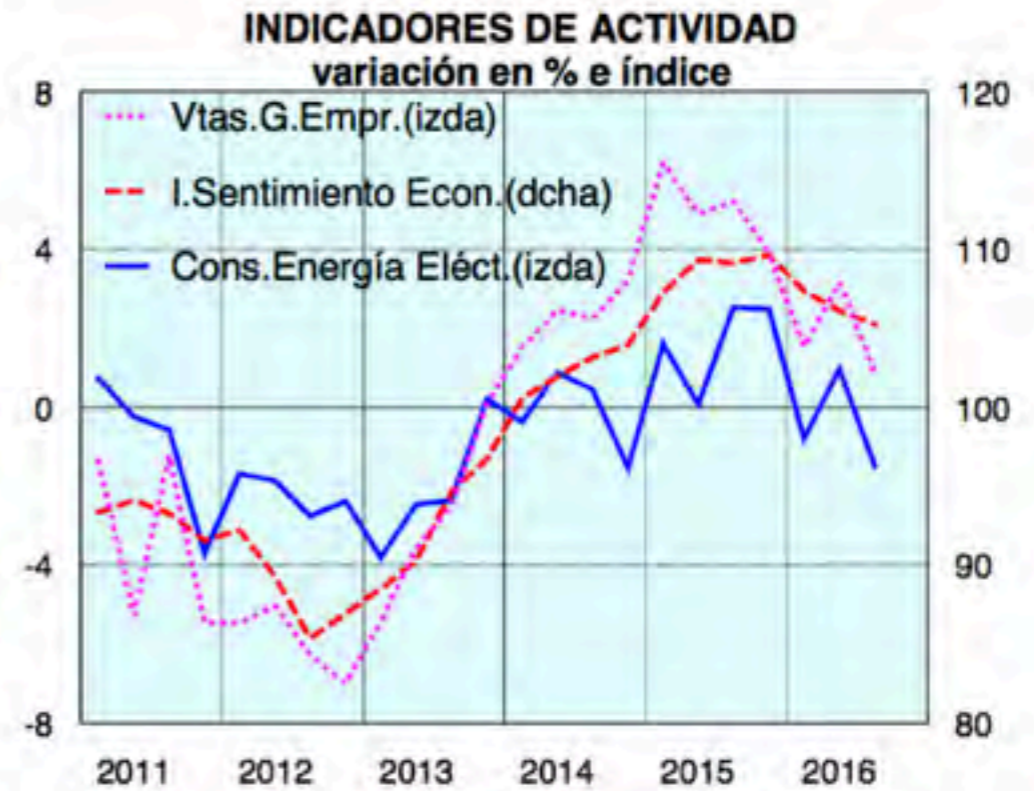
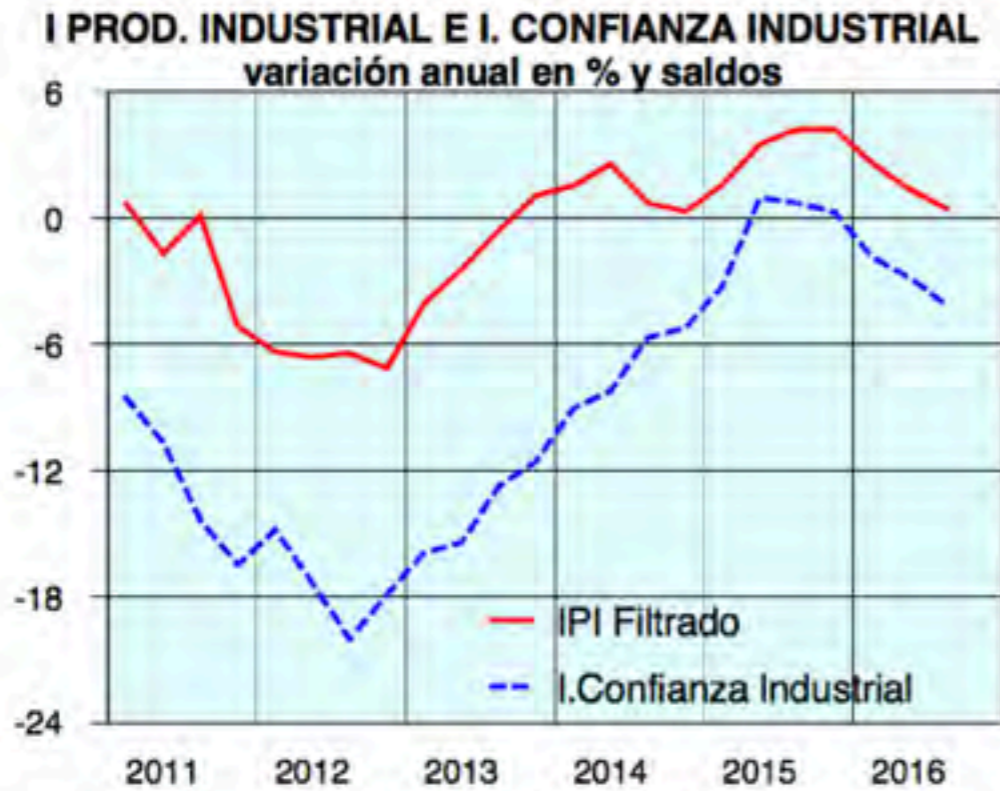
100 de los adjudicatarios de MFC están por encima de la mediana, 1590 por debajo



1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión

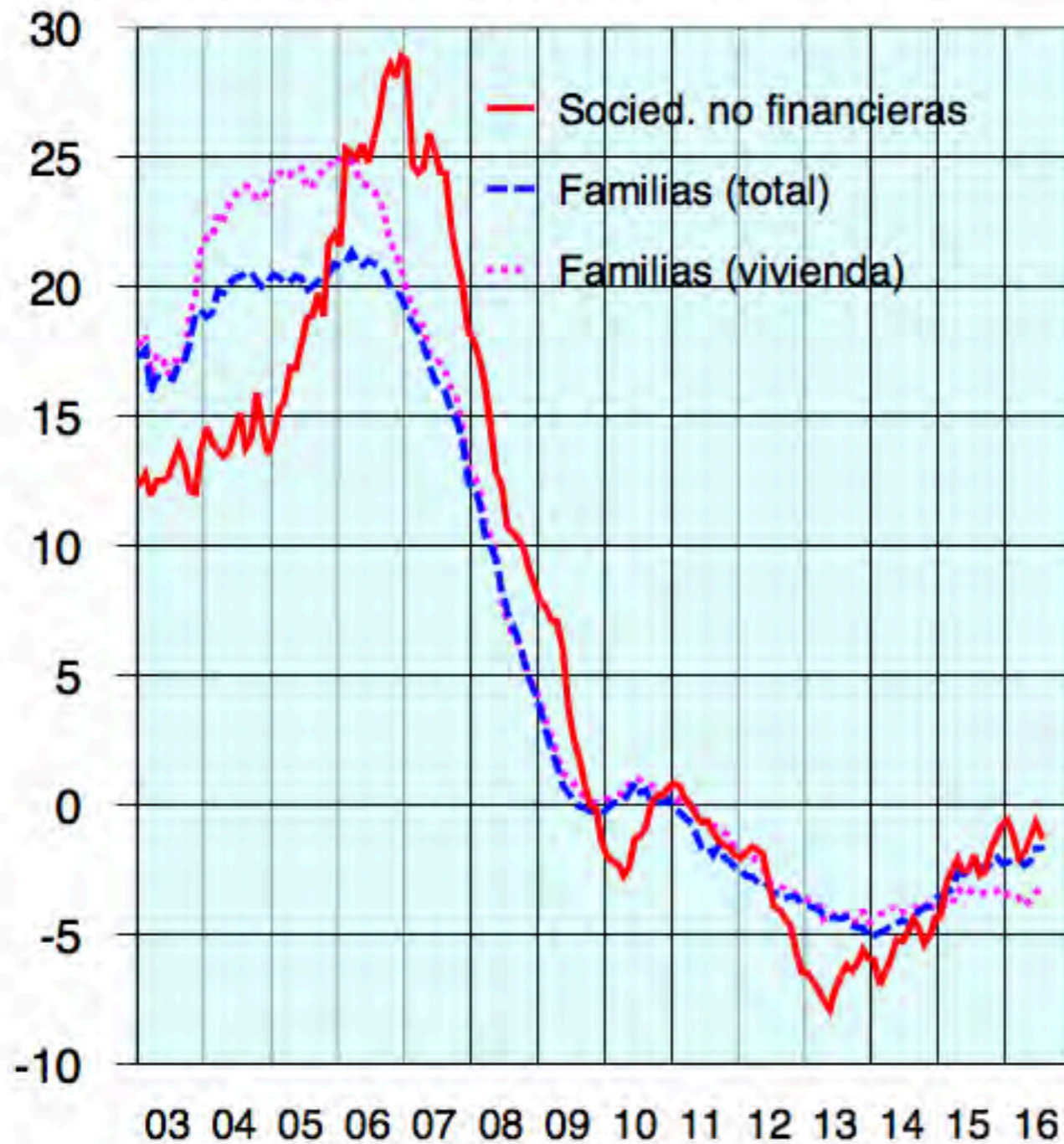


Remontando



El crédito se recupera

G 1.6 CRÉDITO EN ESPAÑA
tasas de variación interanual



Fuente: BE.

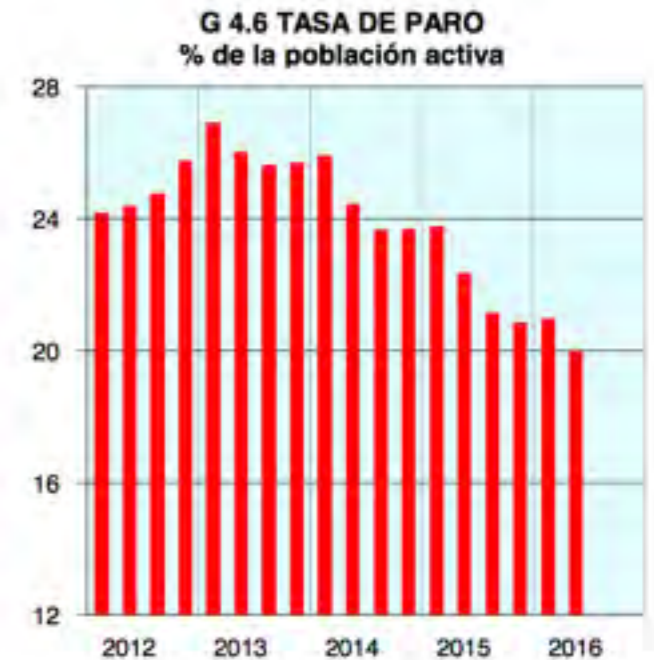
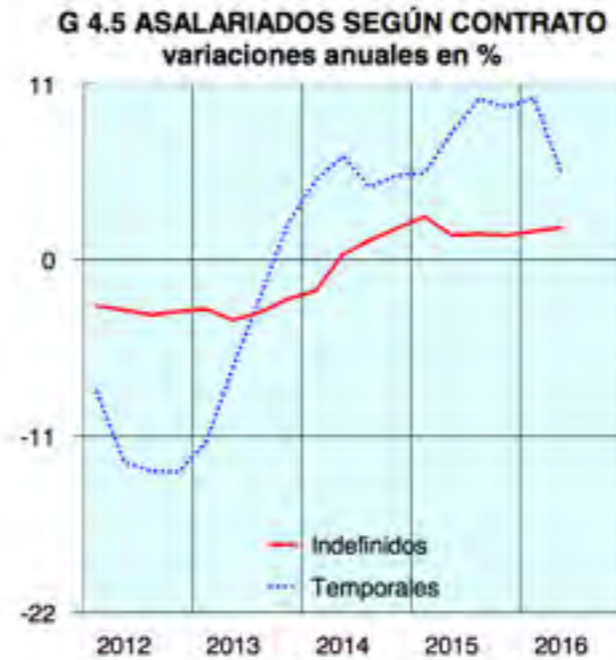
Remontando..... pero con secuelas



La crisis vino pa quedarse (un *antes* y un *después*)

Baja calidad del empleo

20% paro



Fuente: INE (EPA).

Fuente: INE (EPA).

11.6% larga duración

46.5% paro juvenil

Desempleo estructural



Fuente: INE (EPA).



Fuente: INE (EPA).

La crisis vino para quedarse (*un antes y un después*)



Desempleo estructural

Aumento de las desigualdades

- . territorial
- . interpersonal

Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)

Number

The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares of the ... [more](#)

Flags Codes

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)		:	:	:	:	:	:	:	30.4	30.8	30.4	30.5	30.9
EU (27 countries)		:	:	30.6 ^s	30.3 ^s	30.6	30.9	30.5	30.4	30.7	30.4	30.5	30.9
Euro area (19 countries)		:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:	:
Euro area (18 countries)		:	:	29.3	29.3	30.0	30.4	30.2	30.2	30.5	30.3	30.6	30.9
Belgium		28.3 ^b	26.1	28.0	27.8	26.3	27.5	26.4	26.6	26.3	26.5	25.9	25.9
Bulgaria		:	:	:	31.2 ^b	35.3	35.9	33.4	33.2	35.0	33.6	35.4	35.4
Czech Republic		:	:	26.0 ^b	25.3	25.3	24.7	25.1	24.9	25.2	24.9	24.6	25.1
Denmark		24.8 ^b	23.9	23.9	23.7	25.2	25.1	26.9	26.9 ^b	27.8	28.1	26.8	27.5 ^b
Germany		:	:	26.1 ^b	26.8	30.4	30.2	29.1	29.3	29.0	28.3	29.7	30.7
Estonia		:	37.4 ^b	34.1	33.1	33.4	30.9	31.4	31.3	31.9	32.5	32.9	35.6 ^b
Ireland		30.6 ^b	31.5	31.9	31.9	31.3	29.9	28.8	30.7	29.8	29.9	30.0	30.7
Greece		34.7 ^b	33.0	33.2	34.3	34.3	33.4	33.1	32.9	33.5	34.3	34.4	34.5
Spain		:	31.0 ^b	32.2	31.9	31.9	32.4	32.9 ^b	33.5	34.0	34.2	33.7	34.7
France		:	28.2 ^b	27.7	27.3	26.6	29.8 ^b	29.9	29.8	30.8	30.5	30.1	29.2
Croatia		:	:	:	:	:	:	:	31.6	31.2	30.9	30.9	30.2
Italy		:	32.9 ^b	32.7	32.1	32.0	31.2	31.8	31.7	32.5	32.4	32.8	32.4
Cyprus		:	:	28.7 ^b	28.8	29.8	29.0 ^b	29.5	30.1	29.2	31.0	32.4	34.8
Latvia		:	:	36.2 ^b	38.9	35.4	37.5	37.5	35.9	35.1	35.7	35.2	35.5

Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC) Number

The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares

2014

eurostat

Table: Gini coefficient of equivalised disposable income (source: SILC)
Number

The Gini coefficient is defined as the relationship of cumulative shares of the ...

geo	time	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
EU (28 countries)	-	-	-	-	-	-	-	-	30.4	30.8	30.4	30.5	30.9
EU (27 countries)	-	-	-	30.5 ^a	30.3 ^a	30.5	30.9	30.5	30.4	30.7	30.4	30.5	30.9
Euro area (19 countries)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Euro area (18 countries)	-	-	29.3	29.3	30.0	30.4	30.2	30.2	30.5	30.3	30.6	30.9	-
Belgium	29.3 ^b	28.1	28.8	27.8	26.3	27.5	28.4	28.8	28.3	26.5	25.9	25.9	-
Bulgaria	-	-	-	31.2 ^b	35.3	35.9	33.4	33.2	35.0	33.8	35.4	35.4	-
Czech Republic	-	-	28.0 ^b	25.3	25.3	24.7	25.1	24.9	25.2	24.9	24.8	25.1	-
Denmark	24.8 ^b	23.8	23.9	23.7	25.2	25.1	28.9	26.9 ^b	27.8	28.1	28.8	27.5 ^b	-
Germany	-	-	28.1 ^b	26.8	30.4	30.2	29.1	29.3	29.0	28.3	29.7	30.7	-
Estonia	-	27.4 ^b	34.1	33.1	32.4	30.9	31.4	31.3	31.9	32.5	32.9	28.9 ^b	-
Ireland	30.6 ^b	31.5	31.9	31.9	31.3	29.9	28.8	30.7	28.8	28.8	30.0	30.7	-
Greece	34.7 ^b	33.0	33.2	34.3	34.3	33.4	33.1	32.9	33.5	34.3	34.4	34.5	-
Spain	-	31.0 ^b	32.2	31.9	31.9	32.4	32.9 ^b	33.5	34.0	34.2	33.7	34.7	-
France	-	28.2 ^b	27.7	27.3	26.6	26.9 ^b	29.9	29.8	30.8	30.5	30.1	29.2	-
Croatia	-	-	-	-	-	-	-	-	31.6	31.2	30.8	30.9	30.2
Italy	-	32.9 ^b	32.7	32.1	32.0	31.2	31.8	31.7	32.5	32.4	32.8	32.4	-
Cyprus	-	-	28.1 ^b	28.8	29.8	29.9 ^b	29.5	30.1	29.2	31.0	32.4	34.8	-
Latvia	-	-	36.2 ^b	38.9	35.4	37.5	37.5	35.9	35.1	35.7	35.2	35.5	-



Desigualdad económica

Sistema fiscal cada vez más regresivo

EJECUCIÓN PRESUPUESTARIA

	2002	2015	Incremento %
IRPF	55.526	72.346	+30%
Imp. Sociedades	32.267	20.649	-36%
Imp. Indirectos	38.026	82.726	+118%

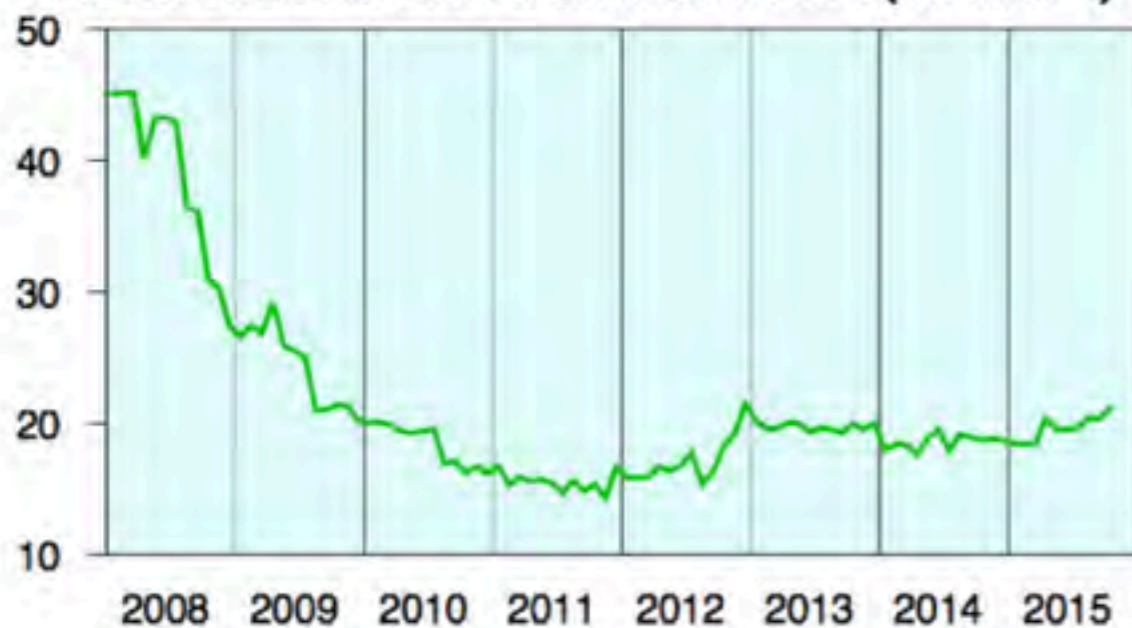
IRPF

Datos acumulados 12 últimos meses (m. mill. €)



I. SOCIEDADES

Datos acumulados 12 últimos meses (m. mill. €)



IMPUESTO SOBRE EL VALOR AÑADIDO

Datos acumulados 12 últimos meses (m. mill. €)



**Un nuevo papel de la
sanidad:
redistribución de renta**

**La crisis vino para
quedarse**
(un antes y un después)

¿Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad?



Recortando en las tres dimensiones del cubo

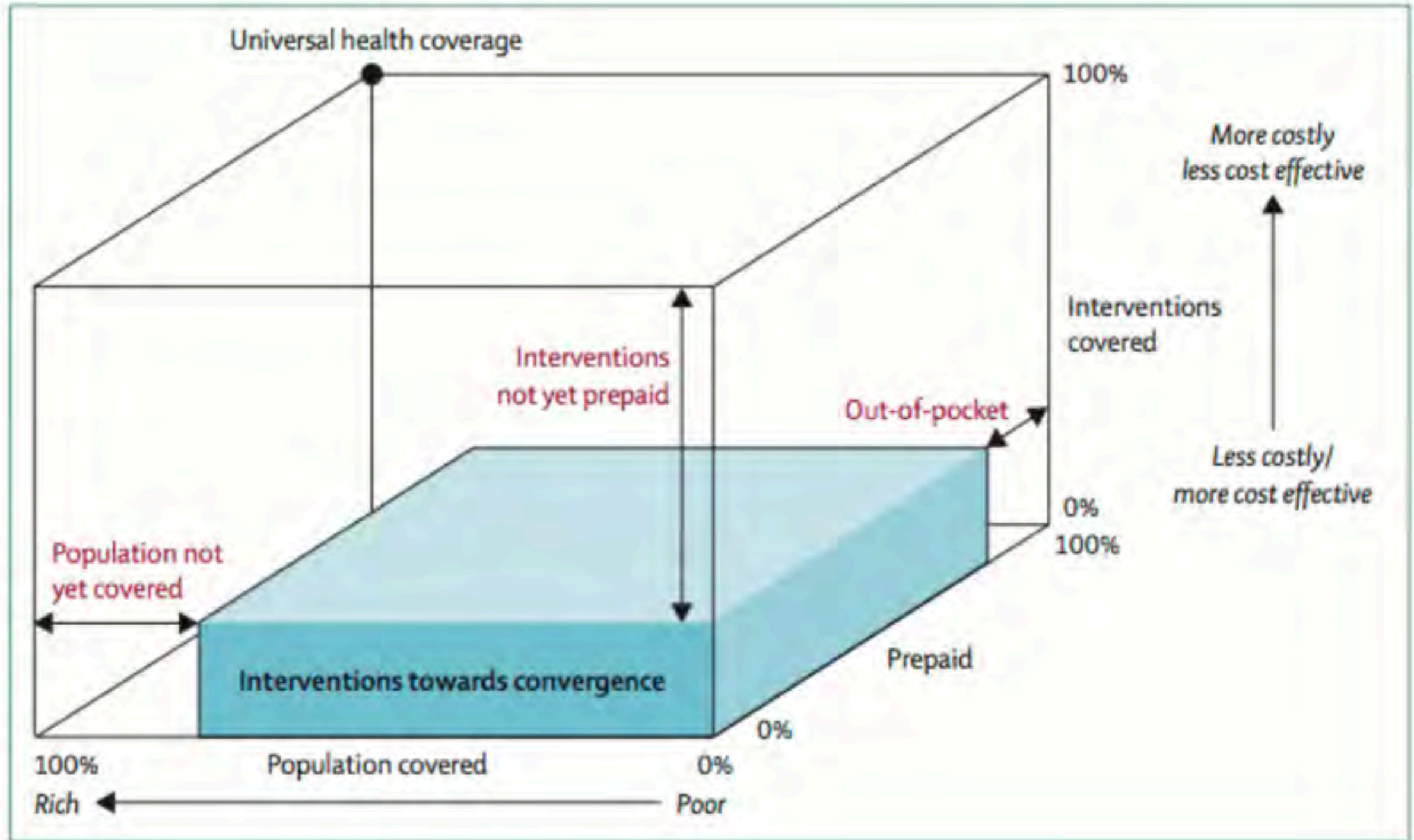


Figure 17: Pathways towards universal health coverage

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

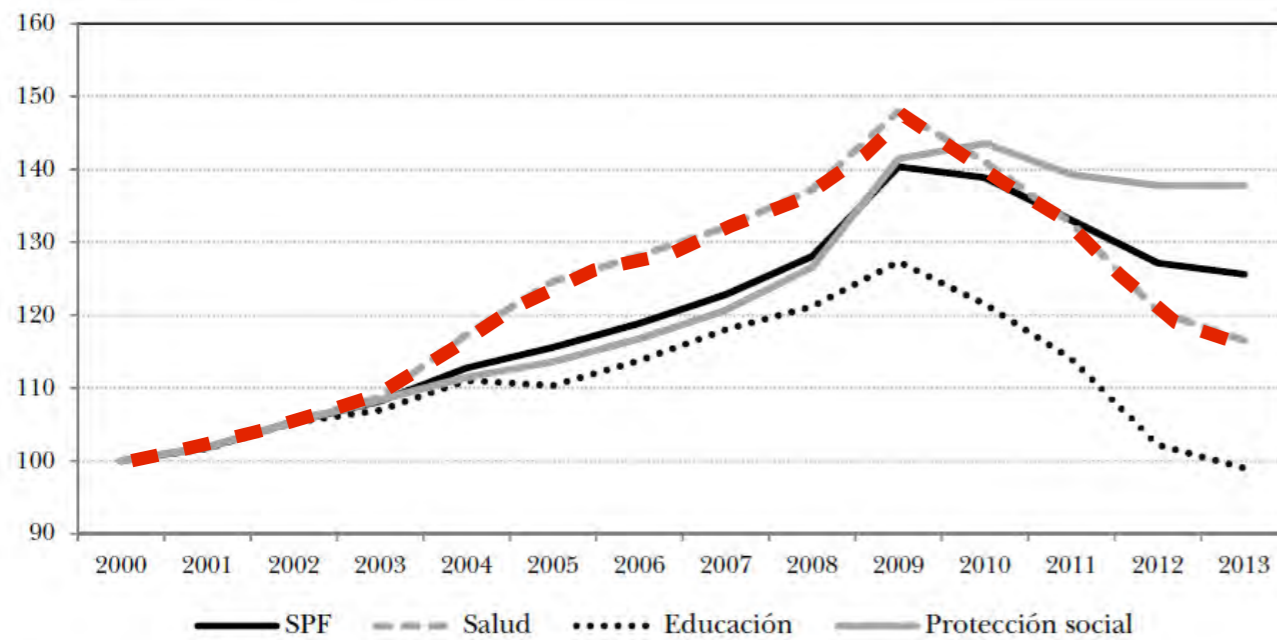
1. **Recortes** en la sanidad pública.
Primero, hachazos indiscriminados.
Poco a poco, selectivos

Inversiones

Farmacia (ambulatoria)

Personal

GRÁFICO 1.18: Evolución del gasto real por habitante en SPF, salud, educación y protección social, 2000-2013 (2000 = 100)



La **sanidad** ha cargado con la mayor parte de los recortes de la crisis

Fuente: IGAE (2015a). Tomado de (Perez-García et al., 2015)

Tabla 1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2010-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto sanitario público	75.460	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826

-11.4%

- 8.634 m€

Fuente: MSSSI Sistema de cuentas de salud 2015 (junio 2016)



España no es Coventry

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad

2. Co-pagos y desuniversalización



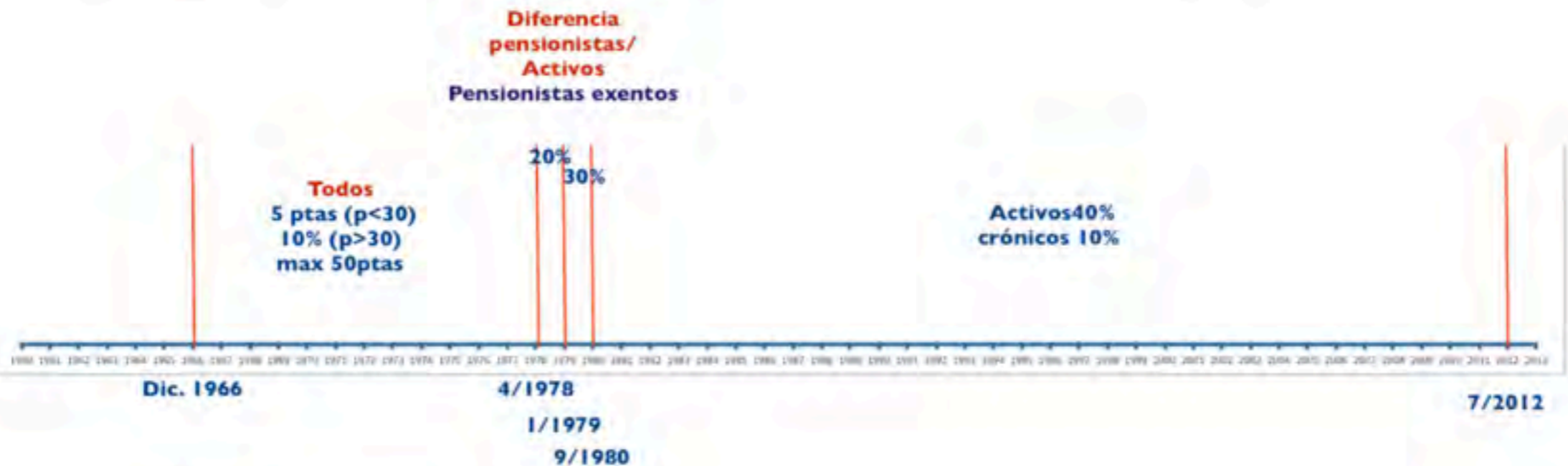
I. DISPOSICIONES GENERALES

JEFATURA DEL ESTADO

103 Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Figura 1. La evolución del co-pago de medicamentos en España 1966-2012



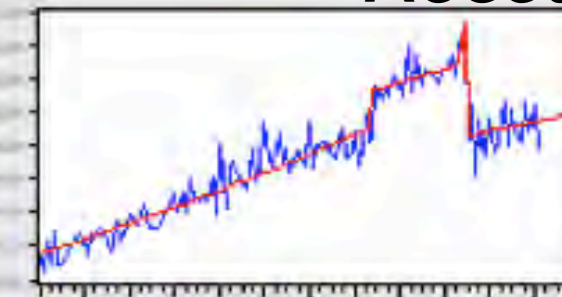
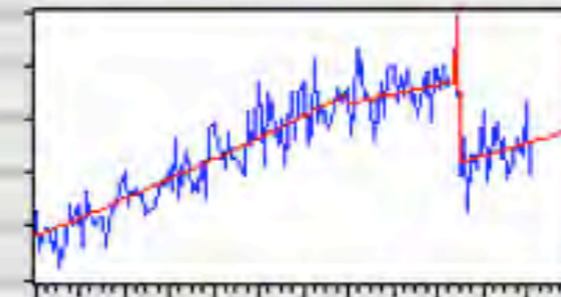
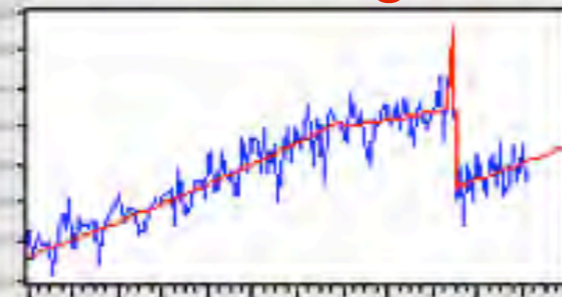
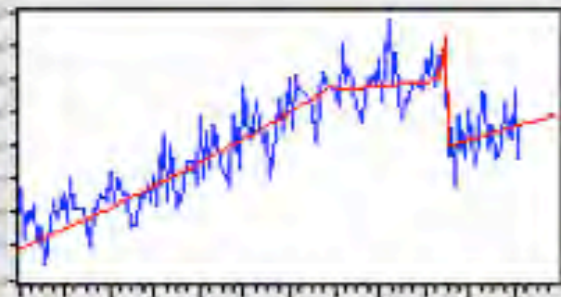
Andalucía

Número de recetas con cargo al Sistema Nacional de Salud

Baleares *Recetas*

Aragón

Asturias

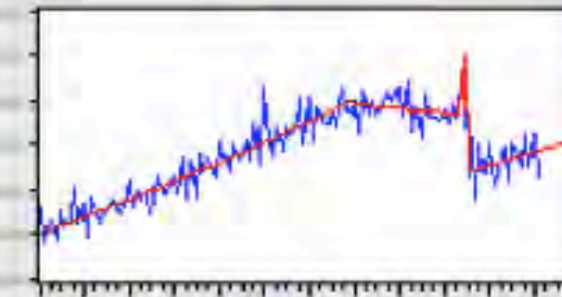
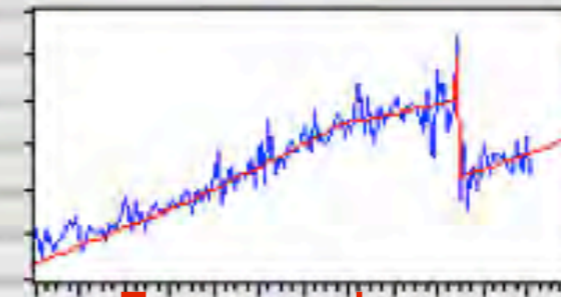
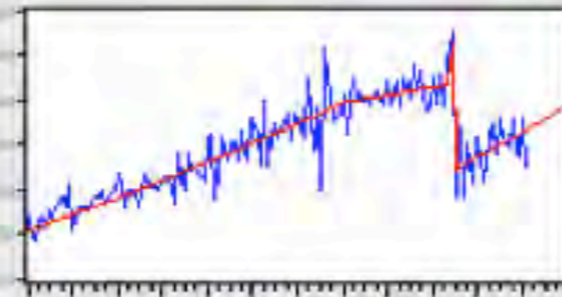
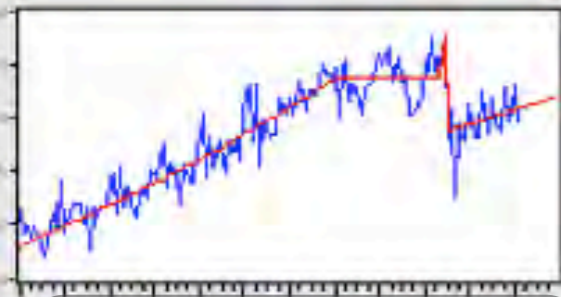


Canarias

CL

CM

Cantabria

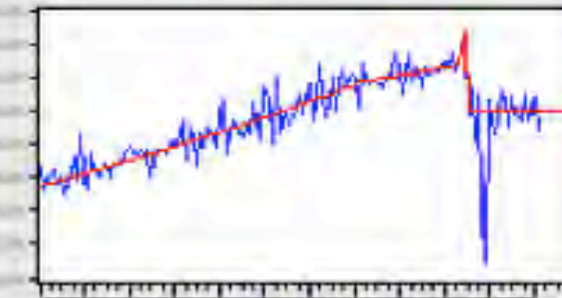
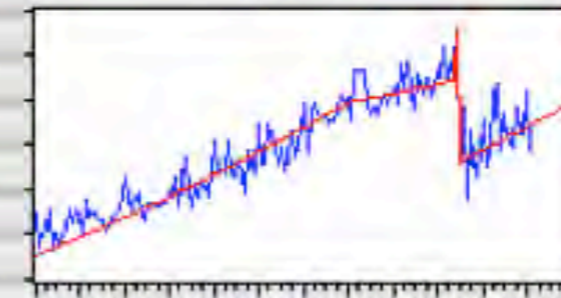
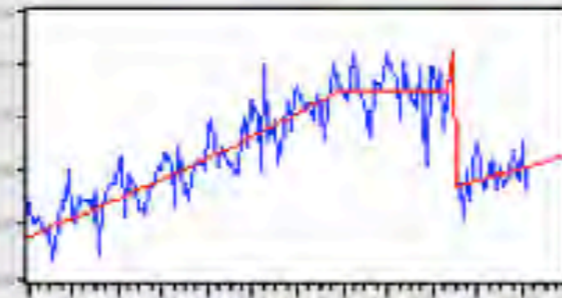
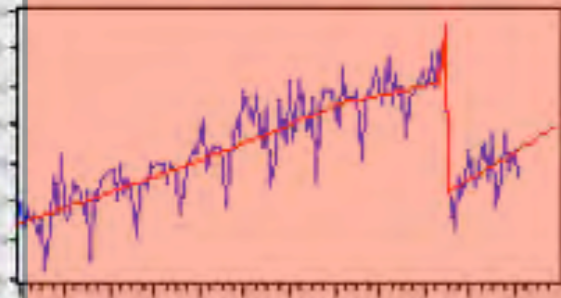


Cataluña

Valencia

Extremadura

Galicia

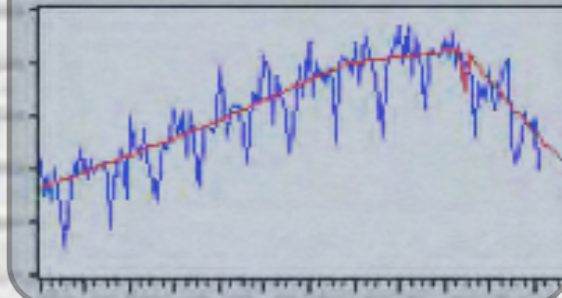
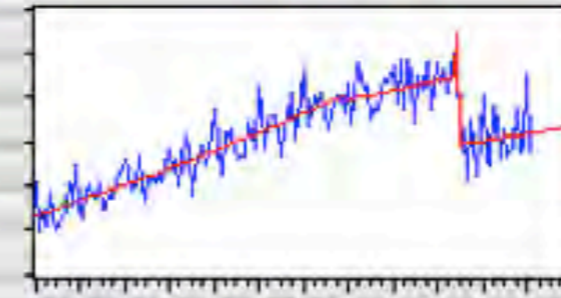
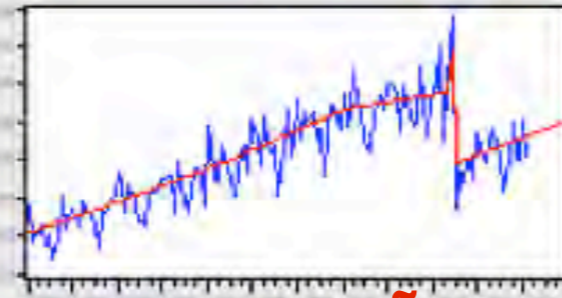
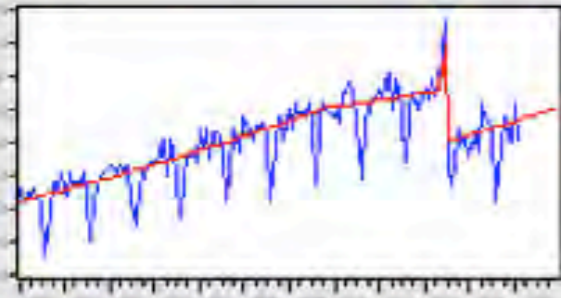


Madrid

Murcia

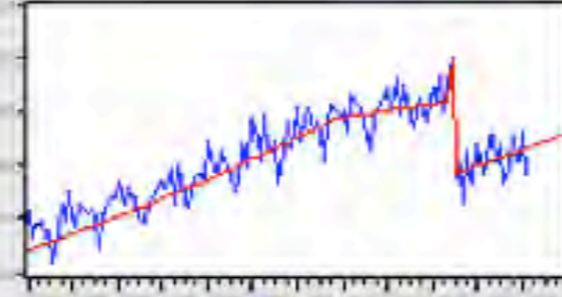
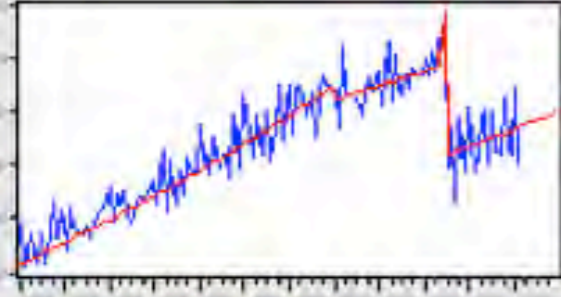
Navarra

País Vasco



Rioja

ESPAÑA



Caída de prescripciones a corto plazo
Tendencia a la recuperación

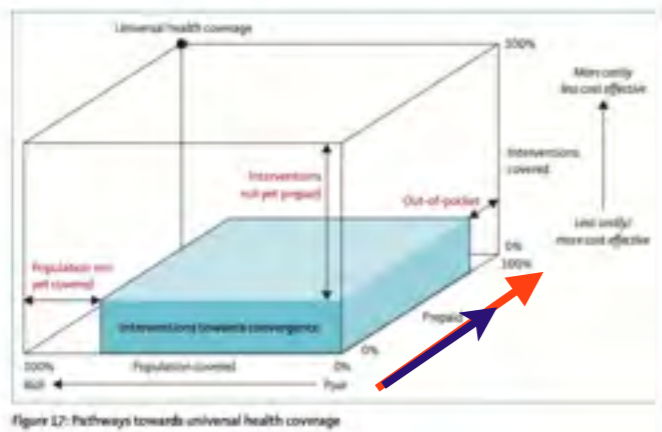
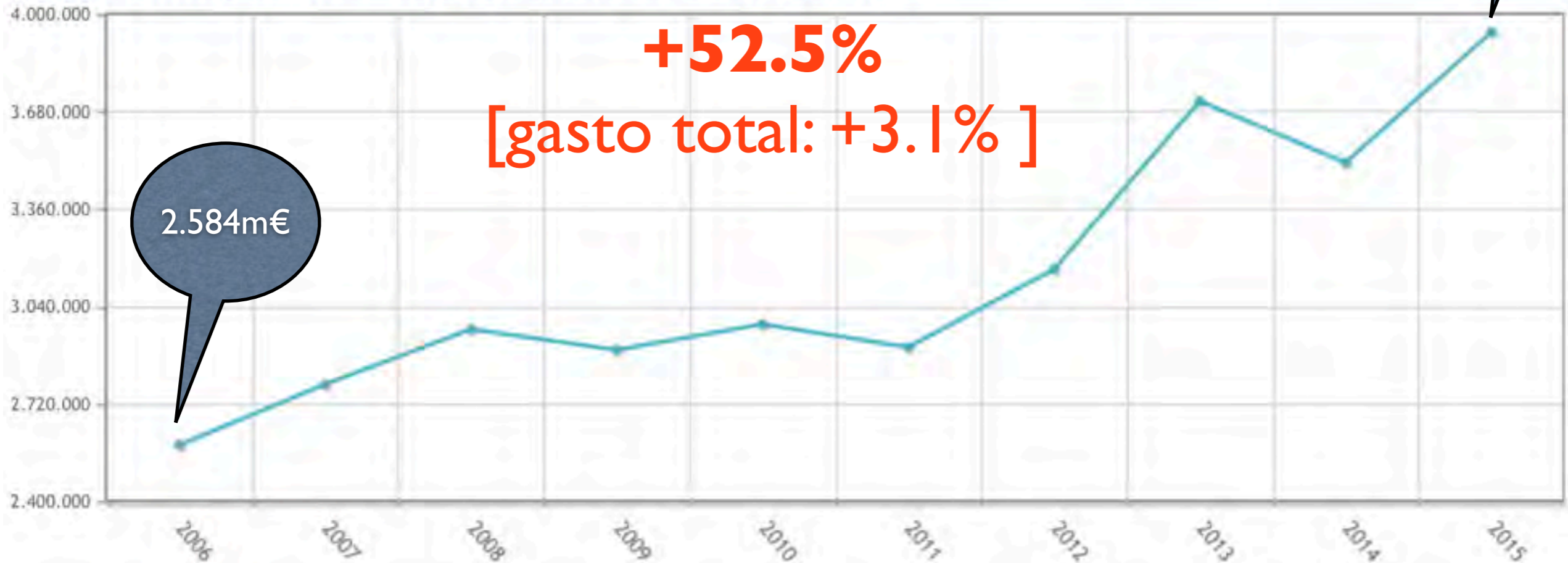


Figure 17: Pathways towards universal health coverage

Efecto de los copagos: redistribución de la carga financiera

3.949m€

Encuesta de Presupuestos Familiares (EPF), Productos farmacéuticos, Gasto total



2.584m€

+52.5%

[gasto total: +3.1%]

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad



3. De forma muy **heterogénea** entre CCAA

Disciplina presupuestaria generalizada

Pero **Hacienda** “controla” y las CCAA difieren en cumplimiento déficit

El gasto sanitario público por habitante ha **aumentado** sus **diferencias** autonómicas desde 2009

Aragón redujo su gasto per capita (presupuesto liquidado) un 19% entre 2009 y 2013, Cantabria un 2%

En 2014, 1.042€ Andalucía, 1.448€ Extremadura [1.582€ País Vasco]

Cómo se ha afrontado la crisis en sanidad



5. Como reacción al aumento de las listas de espera: aumento de gasto y aseguramiento privado

[Pacientes en lista de espera cirugía aumentó 43% entre junio 2009 y junio 2012, y el tiempo medio de espera aumentó un 21% (de 63 a 76 días)]

Tabla 1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2010-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto sanitario público	75.460	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826

-11.4%

- 8.634 m€

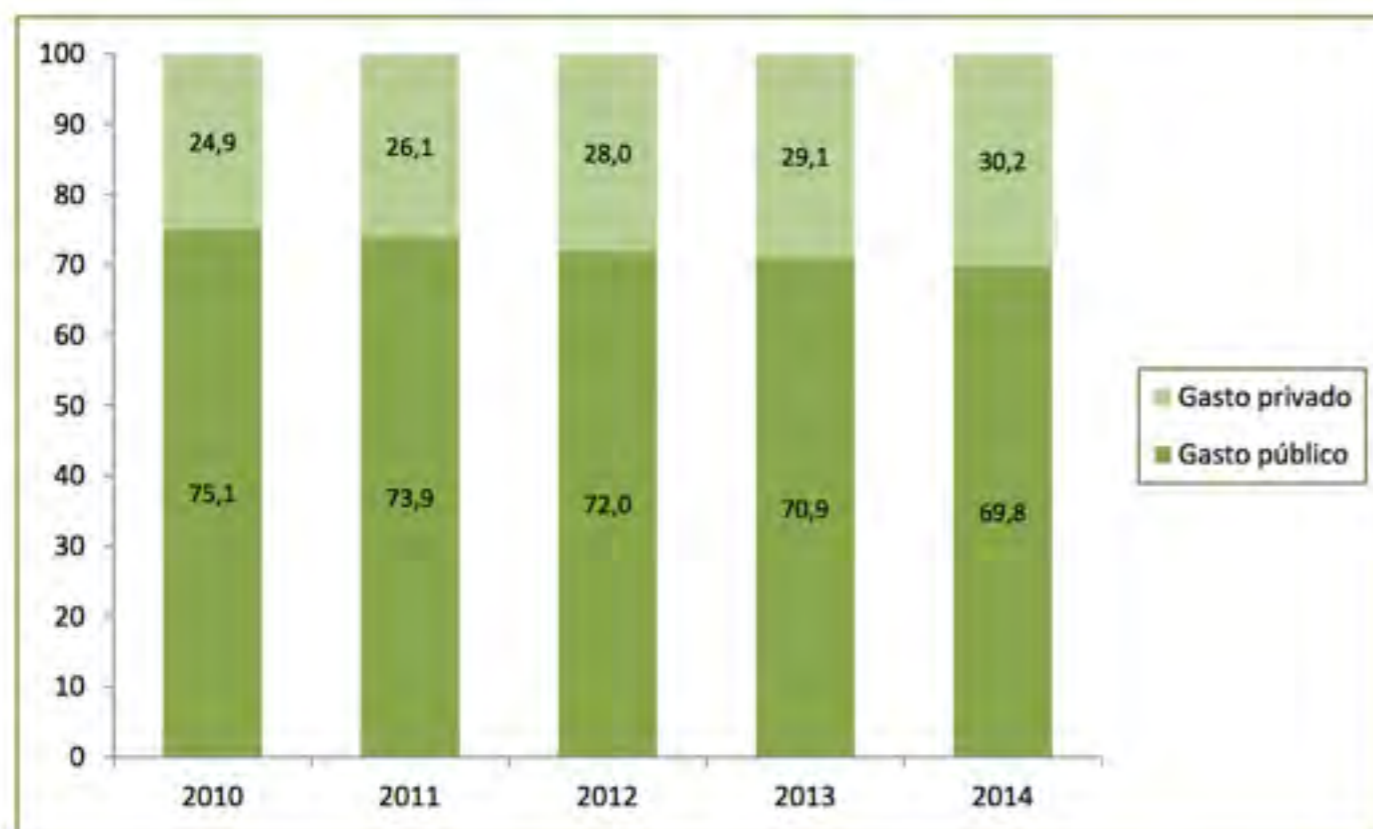
Sustitución de gasto público por privado

Cambio 2009-2014	%	€
Gasto público		
Gasto privado		

Tabla 1. Gasto sanitario total, público y privado. Millones de euros. España, 2010-2014

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Gasto sanitario total		99.899	99.167	96.174	93.856	95.722
Gasto sanitario público	75.460	74.987	73.238	69.211	66.522	66.826
Gasto sanitario privado		24.912	25.930	26.963	27.334	28.895

Gráfico 2. Gasto sanitario total. Contribución porcentual del gasto público y del gasto privado. España, 2010-2014



Sustitución de gasto público por privado

Cambio 2010-2014	%	€
Gasto público	-11.4%	- 8.634 m€
Gasto privado	+16%	+4.983m€

Fuente: MSSSI Sistema de cuentas de salud 2015 (junio 2016)

Carga ideológica en el debate de la sostenibilidad

Mezcla con el debate sobre
“**modelo**” y *público vs privado*



UK? Holanda? EEUU?

¿Cuáles son los planes para los próximos años?



Los planes de futuro: el Programa de Estabilidad



**ACTUALIZACIÓN
DE ESTABILIDAD**

REINO DE ESPAÑA

2012



**ACTUALIZACIÓN DE
ESTABILIDAD**

REINO DE ESPAÑA

2013 - 2014

**ACTUALIZACIÓN DEL
PROGRAMA DE ESTABILIDAD**

REINO DE ESPAÑA



**ACTUALIZACIÓN DEL
PROGRAMA DE ESTABILIDAD**

REINO DE ESPAÑA

2015 - 2018

Actualización del Programa de Estabilidad 2016-2019

Cuadro A.9b. Cambio en la estructura del gasto por funciones

Funciones	Código COFOG	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
		En % del PIB								
1 Servicios públicos generales	1	6,20	6,61	7,11	6,92	6,46	6,10	5,93	5,78	5,66
2 Defensa	2	1,04	0,93	0,96	0,87	0,96	0,86	0,88	0,97	0,93
3 Orden público y seguridad	3	2,17	2,03	2,04	2,02	2,04	1,93	1,92	1,89	1,87
4 Asuntos económicos	4	5,66	7,95	4,51	4,42	4,21	4,14	4,07	3,92	3,95
5 Protección del medio ambiente	5	0,95	0,89	0,84	0,84	0,82	0,78	0,78	0,77	0,77
6 Vivienda y servicios comunitarios	6	0,57	0,46	0,45	0,50	0,48	0,45	0,45	0,45	0,45
7 Salud	7	6,47	6,20	6,12	6,08	6,17	5,95	5,89	5,81	5,74
8 Actividades recreativas, cultura y religión	8	1,51	1,21	1,15	1,15	1,11	1,08	1,07	1,06	1,06
9 Educación	9	4,40	4,15	4,08	4,06	4,03	3,89	3,86	3,81	3,76
10 Protección social	10	16,83	17,51	17,87	17,62	17,04	16,70	16,40	16,16	15,87
11 Gasto total	TE	45,80	47,95	45,13	44,47	43,32	41,88	41,24	40,61	40,07

Fuentes: Instituto Nacional de Estadística y Ministerios de Economía y Competitividad y Hacienda y Administraciones Públicas.



1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión



Presiones al alza del precio de los inputs

Costes salariales

Precios de medicamentos

ambulatorios (de receta)

hospitalarios

¿Y de lo mío qué?

Demandas de inversión

El gasto sanitario y en particular en farmacia hospitalaria, amenaza la sostenibilidad del sistema

Gasto en medicamentos en 2015 SNS España		
Gasto en recetas médicas	10.106mm€	60.2%
Gasto medicamentos hospitalarios	6.668mm€ (1.249mm€ para HC)	39.8% (18.7% para HC)



EMPRESAS > Industria

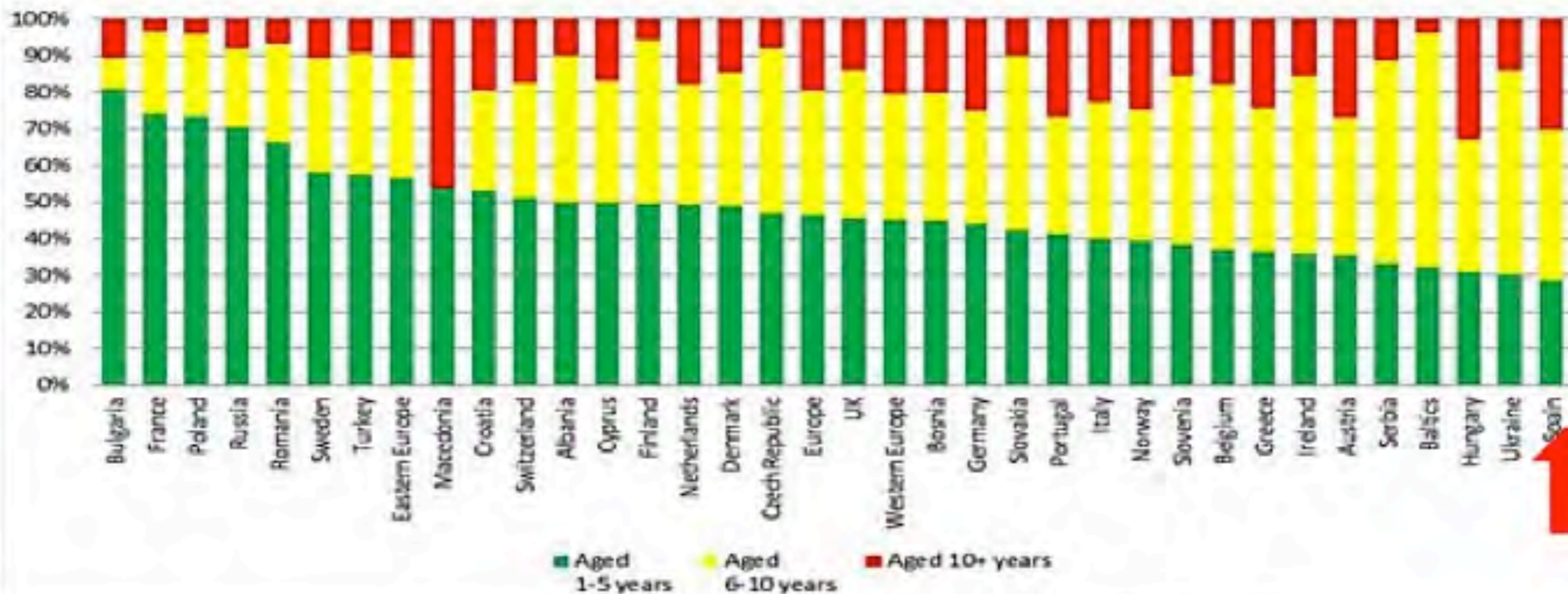
El gasto farmacéutico hospitalario crece un 11,6% en 2016, sin hepatitis C

En enero, la inversión en medicamentos de hospital se incrementó un 13,4%, con escaso impacto de los nuevos antivirales

Cristóbal Montoro, ministro de Hacienda.



COCIR 2013 Age Profile - Magnetic Resonance Imaging



Los incentivos de las partes no están bien alineados ni son compatibles con los del conjunto

R
I
E
S
G
O
S

1. **Profesionales: Pago** por salario, con retribución variable muy escasa (P4P limitado). Dislexia: profesionalismo clínico pero no económico
2. La visualización de los beneficios monetarios de las prácticas clínicas y profesionales es borrosa. Todos ignoran la **apropiación privada de excedentes** (baja productividad, práctica privada en centros públicos). Debate sobre privatización muy ideologizado pero.... ¿qué mayor privatización que la de la *plaza "en propiedad"*?
3. La **formación/información** de los profesionales, todavía (bastante) **a cargo de la industria**
4. **Pacientes:** Se impone el **discurso liberal** (libre elección del usuario, empoderamiento) pero no responsabilidad de los ciudadanos sobre su propia salud

Cunde la resignación entre los médicos por la Gestión Clínica

Asalarización
desmotivadora



LUIS XIMÉNEZ — MADRID 6 OCT, 2016 - 6:06 PM

Ante el estado de evolución en el que se encuentra el proyecto de real decreto de Unidades de Gestión Clínica, la profesión médica y sus sociedades científicas han dado ciertas muestras de resignación y dudas sobre el papel que tendrán finalmente los médicos en el funcionamiento y organización de los centros asistenciales en los que trabajan.

Pudo extraerse la impresión arriba descrita durante un encuentro que organizó, este jueves 6 de octubre, la Federación de Asociaciones Científico Médicas Españolas (FACME), convocado en unión con el Colegio Oficial de Médicos de Madrid (ICOMEM), para informar sobre la jornada titulada '¿Qué es y no es la Gestión Clínica?'. Durante el misma, el presidente de FACME, doctor Carlos Macaya, aludió al [Decálogo de la Gestión Clínica](#) que la Federación utiliza para definir esta cuestión esencial de la organización asistencial.



Debate muy **ideologizado**

Sector **privado** (proveedores) **lucrativo**, crecientemente activo y **reivindicativo** que presiona para cambiar de “**modelo**”

Experiencias ricas en gestión indirecta de la prestación sanitaria pública, pero insuficientemente evaluadas.

Carga ideológica

Mezcla con el debate sobre
“**modelo**” y *público vs privado*



En suma:

La AP corre con los mayores riesgos
en los debates sobre el
cambio de modelo



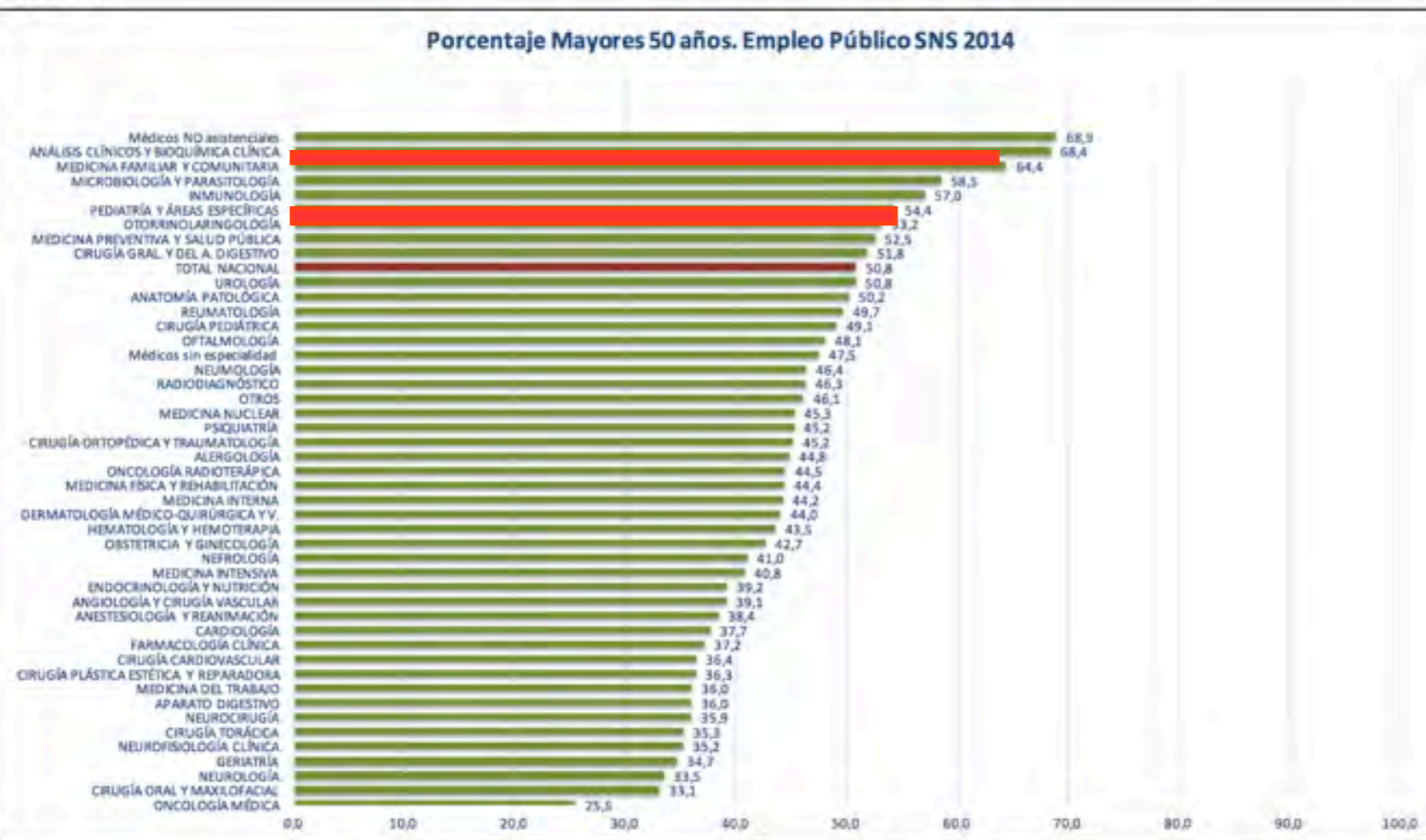
Lobbies presionando por la
generalización del “modelo
MUFACE”

Contra la demagogia:
datos, evidencias,
argumentos

En suma:

La AP corre con los mayores riesgos en los debates sobre el ***cambio de modelo***

Figura 7.7 Porcentaje mayores 50 años por especialidad. Empleo Público SNS 2014



Profesionales de AP divididos, atrincherados en posiciones “por cuenta ajena”, envejecidos y poco proactivos



Indice

1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión

A **todos** los agentes del sistema

I
n
c
e
n
t
i
v
o
s

Pago a profesionales y hospitales

Contratos de riesgo compartido con la industria

Co-responsabilización de los pacientes

Revisar los incentivos en AP; ¿pago caputivo?;
pagar por indicadores de salud/calidad





EDITOR'S CHOICE



How should doctors be employed?

Fiona Godlee *editor in chief*

The BMJ

After last week's question about whether GPs should retain their gatekeeper role (doi:10.1136/bmj.i5272), this week we ask whether all GPs should become NHS employees in the same way hospital doctors are. With the bitter dispute between junior doctors in England and the government now entering a "cold war" (doi:10.1136/bmj.i5213), opting for direct NHS employment may seem like recklessness.

In our latest Head to Head debate Azeem Majeed is more positive about the proposition (doi:10.1136/bmj.i5064). Over a quarter of GPs in England are already salaried, but most of these are employed by other GPs or by commercial companies, often on worse terms than doctors employed by the NHS. Meanwhile, the way GP partners contract with the NHS contributes to their high levels of stress and dissatisfaction, he says, while failing to provide a proper career structure, and GPs become scapegoats for the NHS's problems.

But Laurence Buckman isn't giving up his self employed status any time soon. He relishes the distance from government that

There is, as always, a third way, articulated by Des Spence (doi:10.1136/bmj.i5329). With his experience of building a large (35 000 patient) practice in Glasgow, he argues for a new contract and a new vision, requiring practices to become much larger, with groups of 20 or more doctors. All staff, including nurses and receptionists, should have a stake in the partnership, he says, and practices should be run as local not-for-profit social enterprises. This may sound utopian, but Spence says it's working, and, for my money, it looks worth trying out on a wider scale.

What of the rest of the NHS medical workforce in England? Will the health secretary's plans for more medical school places ease the pressure? I think so. But would it be right to require doctors trained in the NHS to repay some of the cost of training if they leave the service before four years (doi:10.1136/bmj.i5399)?

This seems to me like Jeremy Hunt shooting from the hip again, ride with unforeseen consequences. playing to the public gallery

Propuestas en positivo (AP)

Tener como objetivo prioritario que hay que pelear y ganar un papel protagonista en la Integración Asistencial

Recuperar la visibilidad

Mejorar los incentivos a la práctica de la AP

Incentivos a la capacidad resolutive

+ tecnología diagnóstica

Prestigio académico e investigador.

Universidad, cátedras de AP

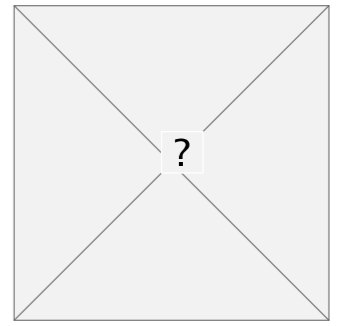
Benchmark y premios a la excelencia



Indice

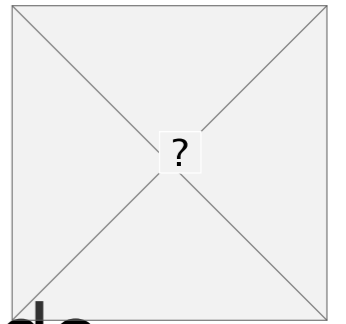
1. Punto de partida: un modelo basado en la AP es superior
2. ... Pero todo Superman tiene su criptonita
3. Dónde estamos: cómo se ha afrontado la crisis en sanidad (y los planes y retos para los próximos años)
4. ¿Modelo en riesgo?
5. Propuestas en positivo
6. Conclusión

Sistema sanitario



- 1. Stress-Test superado (además, España no es Coventry)
- 2. Hacienda ha invadido sanidad. Disciplina presupuestaria, UE, PDE,...
- 3. Infr FINANCIACIÓN sanitaria. Planes de futuro restrictivos....
- 4. Dado el sistema fiscal progresivamente regresivo, la sanidad tiene un nuevo papel redistribuidor de renta. Pero ojo a la dualización a lo Latinoamericano

AP



- 1. Se la juega más con las presiones de “cambio de modelo”
- 2. Saliendo del radar. Objetivo prioritario, protagonizar el cambio organizativo hacia la integración asistencial
- Reto: capacidad resolutive, comprehensividad
- Reto: prestigio profesional y social (cátedras de AP, discriminación positiva en proyectos de investigación,..)
- Esto requiere rumbo, proactividad, alianzas internas y externas, energía

beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es