



28 marzo 2019

10:45-12:00 h. **Mesa 3. Quién y cómo lidera la Atención Primaria**

Modera: José Luis Almudi Alegre. *Médico de Familia, Coordinador Centro de Salud de Peñafiel (Valladolid). Presidente del COM de Valladolid.*

Como prestigiar las especialidades de Medicina y Enfermería de Familia.

Beatriz González López-Valcárcel. *Catedrática e investigadora en Economía de la Salud española. Profesora de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.*

beatriz.lopezvalcvarcel@ulpgc.es



**La paradoja española:
AP es el buque insignia
pero CRISIS**

La paradoja española

Bloomberg

Business

These Are the Economies With the Most (and Least) Efficient Health Care

By Lee J. Miller and Wei Lu

19 de septiembre de 2018 15:00 WEST

- ▶ Americans' life expectancy of 79 years lags behind 25 nations'
- ▶ Bloomberg Health-Efficiency Index tracks medical costs, value

Health Care Efficiency Scores in 56 Economies



Bloomberg Health Care Efficiency

Rank	Rank 1Y Ago	Chg	Economy	Efficiency Score	Life Expectancy	Relative Cost %	Absolute Cost \$
1	1	-	Hong Kong	87.3	84.3	5.7	2,222
2	2	-	Singapore	85.6	82.7	4.3	2,280
3	3	-	Spain	69.3	82.8	9.2	2,354
4	6	2	Italy	67.6	82.5	9.0	2,700
5	4	-1	S. Korea	67.4	82.0	7.4	2,010
6	7	1	Israel	67.0	82.0	7.4	2,750
7	5	-2	Japan	64.3	81.8	10.9	3,733
8	10	2	Australia	62.0	82.4	9.4	4,934
9	12	3	Taiwan	60.8	79.7	6.2	1,401
10	9	-1	U.A.E.	59.7	77.1	3.5	1,102
11	20	9	Norway	58.9	82.3	10.0	7,164
12	11	-1	Switzerland	58.4	82.9	12.1	9,816
13	-	-	Ireland	58.2	81.6	7.8	3,757
14	13	-1	Greece	56.0	81.0	8.4	1,506
15	-	-	New Zealand	55.6	81.5	9.3	3,554
16	16	-	Canada	55.5	82.1	10.4	4,506
18	15	-1	France	55.5	82.3	11.1	4,028
18	21	3	Portugal	55.4	81.1	9.0	1,722

La paradoja española

The New York Times

Opinion

OP-ED CONTRIBUTOR

What Spain Gets Right on Health Care

By Carolyn McClanahan

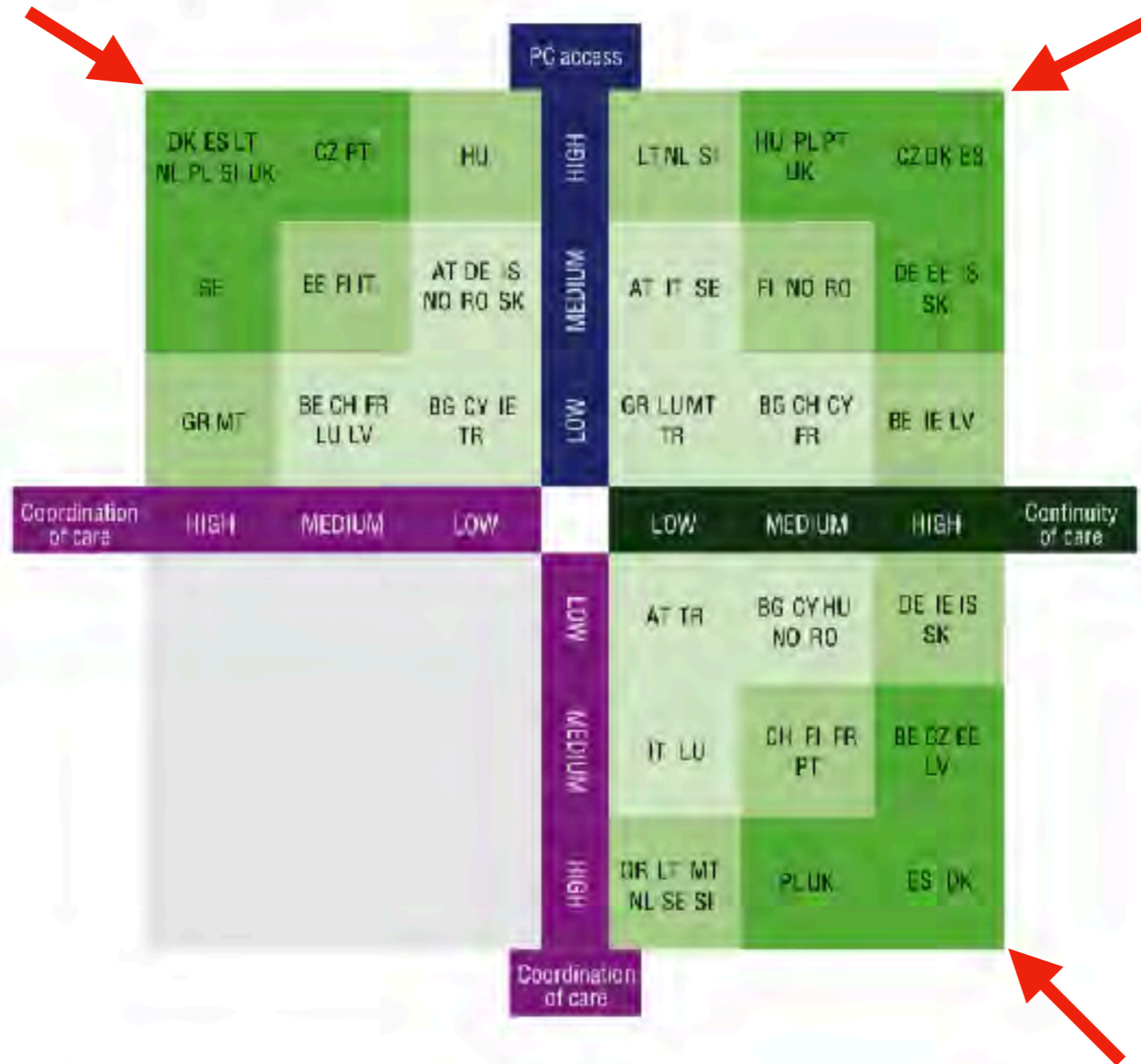
Atención primaria accesible

Countries that provide good primary care have better health outcomes and lower costs because they provide efficient care of common and chronic illnesses.

In the 1980s, Spain created taxpayer-funded community health centers located within a 15-minute radius of every citizen. This dramatically improved health measures and provided a good base of primary care for everyone in the country

Fig. 3.5

Overall (high/medium/low) level of accessibility, continuity and coordination of primary care by country



Key: AT - Austria; BE - Belgium; BG - Bulgaria; CH - Switzerland; CY - Cyprus; CZ - Czech Rep.; DE - Germany; DK - Denmark; EE - Estonia; ES - Spain; FI - Finland; FR - France; GR - Greece; HU - Hungary; IE - Ireland; IS - Iceland; IT - Italy; LT - Lithuania; LU - Luxembourg; LV - Latvia; MT - Malta; NL - Netherlands; NO - Norway; PL - Poland; PT - Portugal; RO - Romania; SE - Sweden; SI - Slovenia; SK - Slovakia; TR - Turkey; UK - United Kingdom.

Table 3.2
Continuity of primary care services, overview

Country	Use of patient list system by GPs	Average population size per GP	% patients reported visiting usual PC provider for common health problems
Austria	No	2300	65
Belgium	No	718	80
Bulgaria	Yes	1354	85
Cyprus	No	-	-
Czech Republic	Yes	1613	93
Denmark	Yes	1382	-
Estonia	Yes	1280	70
Ireland	Yes	1200	-
France	No	800	90
Germany	No	2300	95
Greece	Yes	-	-

Country	Use of patient list system by GPs	Average population size per GP	% patients reported visiting usual PC provider for common health problems
Hungary	Yes	1530	90
Iceland	Yes	1550	85
Ireland	No	1680	-
Italy	Yes	1094	-
Latvia	Yes	1585	80
Lithuania	Yes	1550	80
Luxembourg	No	500	-
Malta	No	2500	80
Netherlands	Yes	2322	71
Norway	Yes	1219	71
Poland	Yes	1530	85
Portugal	Yes	1600	87
Romania	Yes	2000	85

Country	Use of patient list system by GPs	Average population size per GP	% patients reported visiting usual PC provider for common health problems
Slovakia	Yes	2103	93
Slovenia	Yes	1789	93
Spain	Yes	1500	72
Sweden	No	-	-
Switzerland	No	-	83
Turkey	Yes	3687	78
United Kingdom	Yes	1715	77 (ENG)

APP = Booking appointments with patients; ADM = Writing bills/medical administration; MED = Prescription of medicines; REC = Keeping medical records of patients; INT = Searching expert information on the internet; SPC = Communicating patient information to specialists; P.M = Communicating prescriptions to pharmacists.

Solo 5 de 31 países tienen menos pacientes asignados por médico
La gran mayoría de países tienen mayor % de pacientes usuarios regulares que España

La paradoja española ... Pero CRISIS

Protestas y manifestaciones.
reivindicaciones



Jornada de movilizaciones:

Colegios de Médicos mejora de labor asist

Diversos Colegios de Médicos Primarios y de las condiciones de trabajo defendiendo el CGCOM y el nivel asistencial



Madrid | 07/02/2019 | 10

Los mejores de la medicina y los viernes, Compostela, a esas mismas horas

14 FEB 2019

El Sindicato Profesional de Médicos de Atención Primaria, que es convocatoria de Salud de Tince Barranco Grande

Durante las dificultades incluyen una medida de Médicos de más de 25 pacientes en aquellos Servicios Normales de Urgencias de mayor contratación, mejora de las condiciones laborales y de Empleo anuales de 2020 a 2025 para captar médicos marchado.



y los viernes, Compostela, a esas mismas horas

ACTUALIDAD

Parón de médicos de familia por una "Primaria digna"

2019-02-14 14:10:04 - MARTA CLAVERO

Médicos del centro de salud Rosalía de Castro paran una semana más durante su jornada laboral para reivindicar un tratamiento "digno" para la Atención Primaria.

carácter urgente:

- 1) La Atención Primaria como eje del sistema sanitario, debe ser reconocida a todos los efectos y consecuentemente deben materializarse las siguientes acciones:

- Incrementar el presupuesto de AP dentro del sistema sanitario en los próximos presupuestos. Objetivo: 16% en un año y 20% en cuatro años



INVESTIGACIÓN CONGRESO GRUPOS DE TRABAJO

OPINIONES EN VIGO

onias, familias y comunidad. Sobre ella se de la de calidad en todos los aspectos de la sa

reverso a cabo las siguientes medidas con

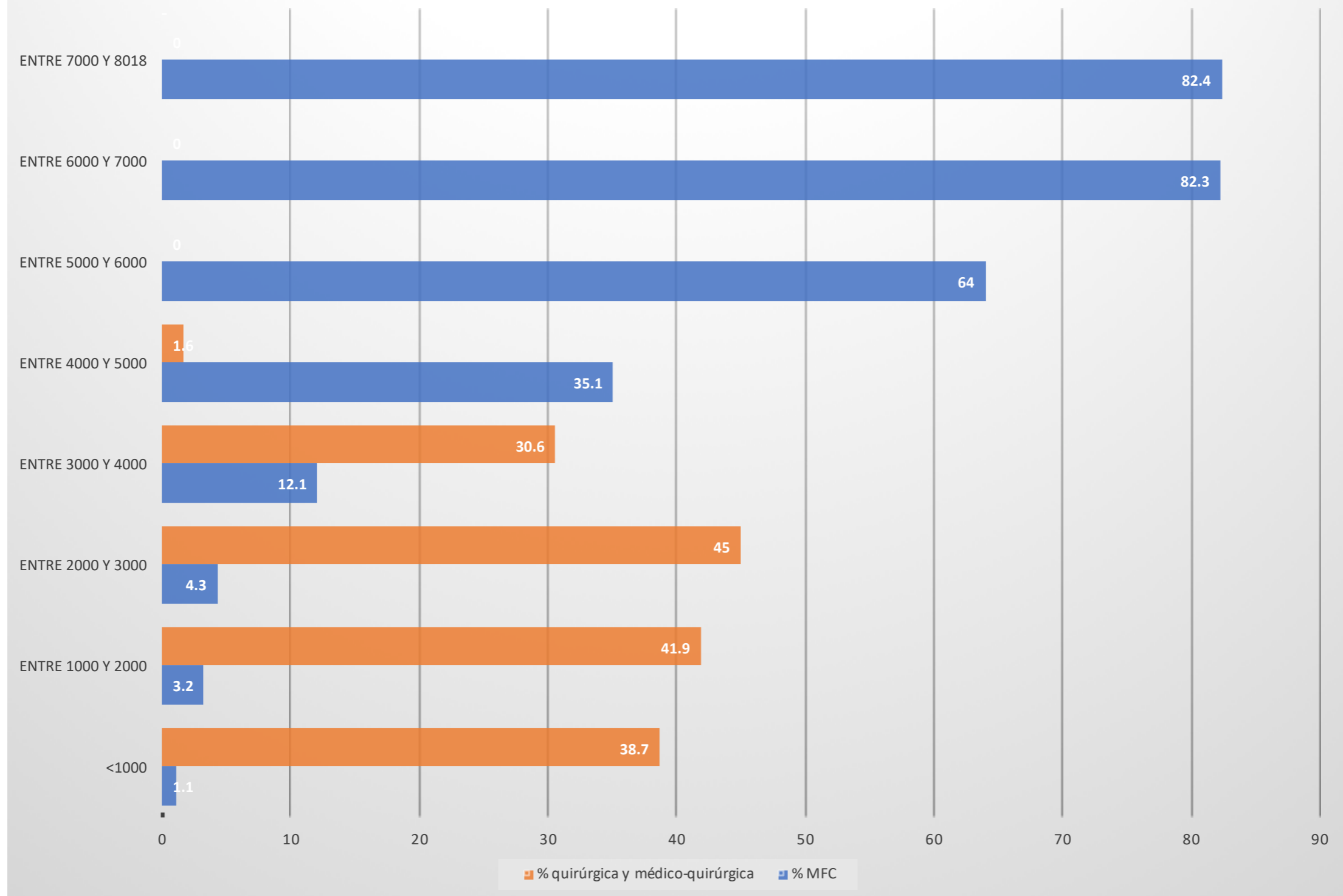
La paradoja española ... Pero CRISIS

Protestas y manifestaciones.
reivindicaciones

MFC, **malas posiciones** en el MIR

MIR 2018.

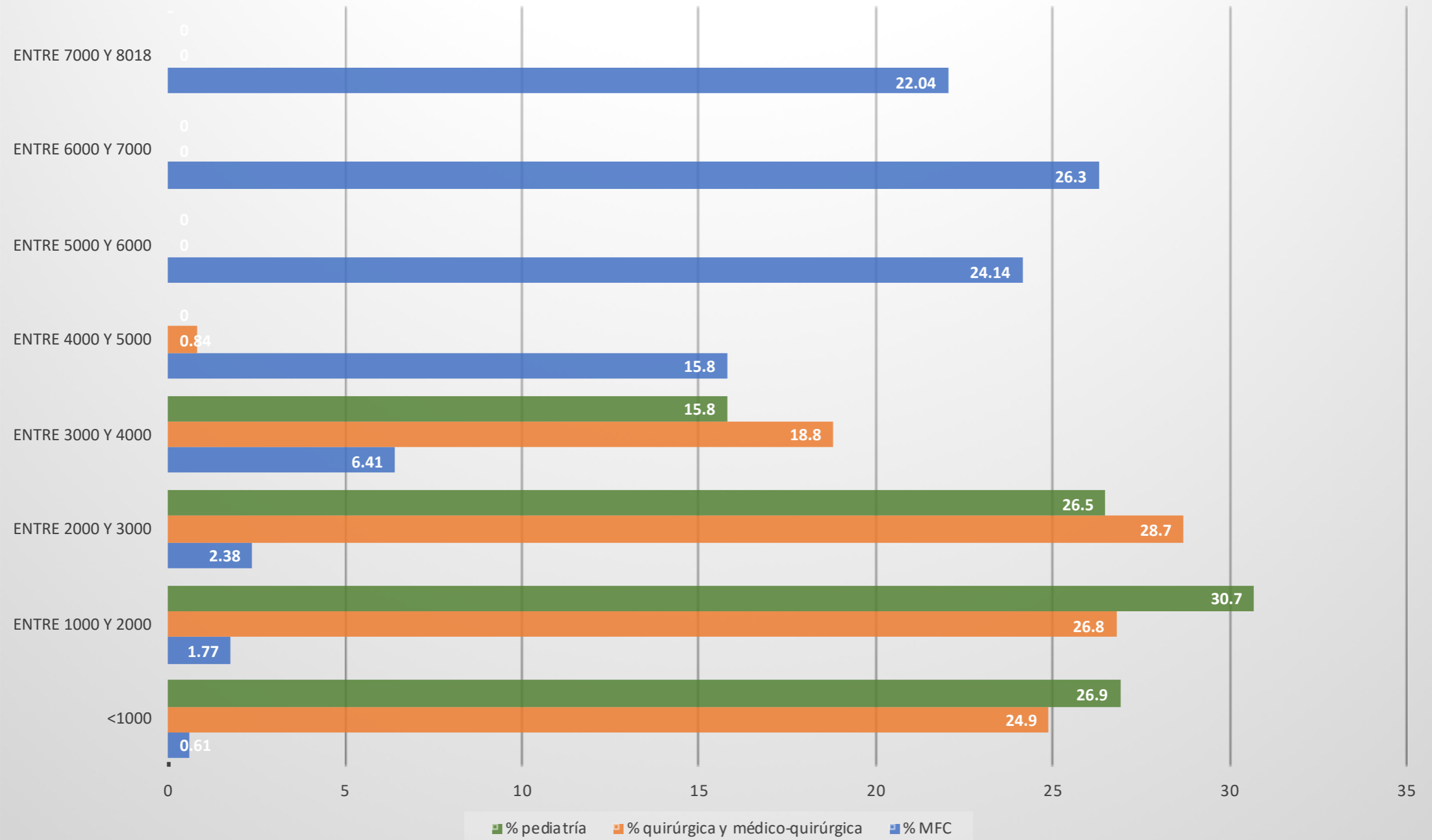
% de candidatos que eligen MFC y especialidades médico-quirúrgicas en cada tramo de orden de elección



MFC: n=1810; Quirúrgicas n=1555

MIR 2018

% de candidatos que eligen MFC, pediatría y esp. quirúrgicas o médico-quirúrgicas
Distribucion por tramos de orden de elección



MFC: n=1810; Quirúrgicas n=1555; pediatría n= 423
Médicos trabajando en Pediatría España 2018: AP=5489; AE= 4948 (47%)

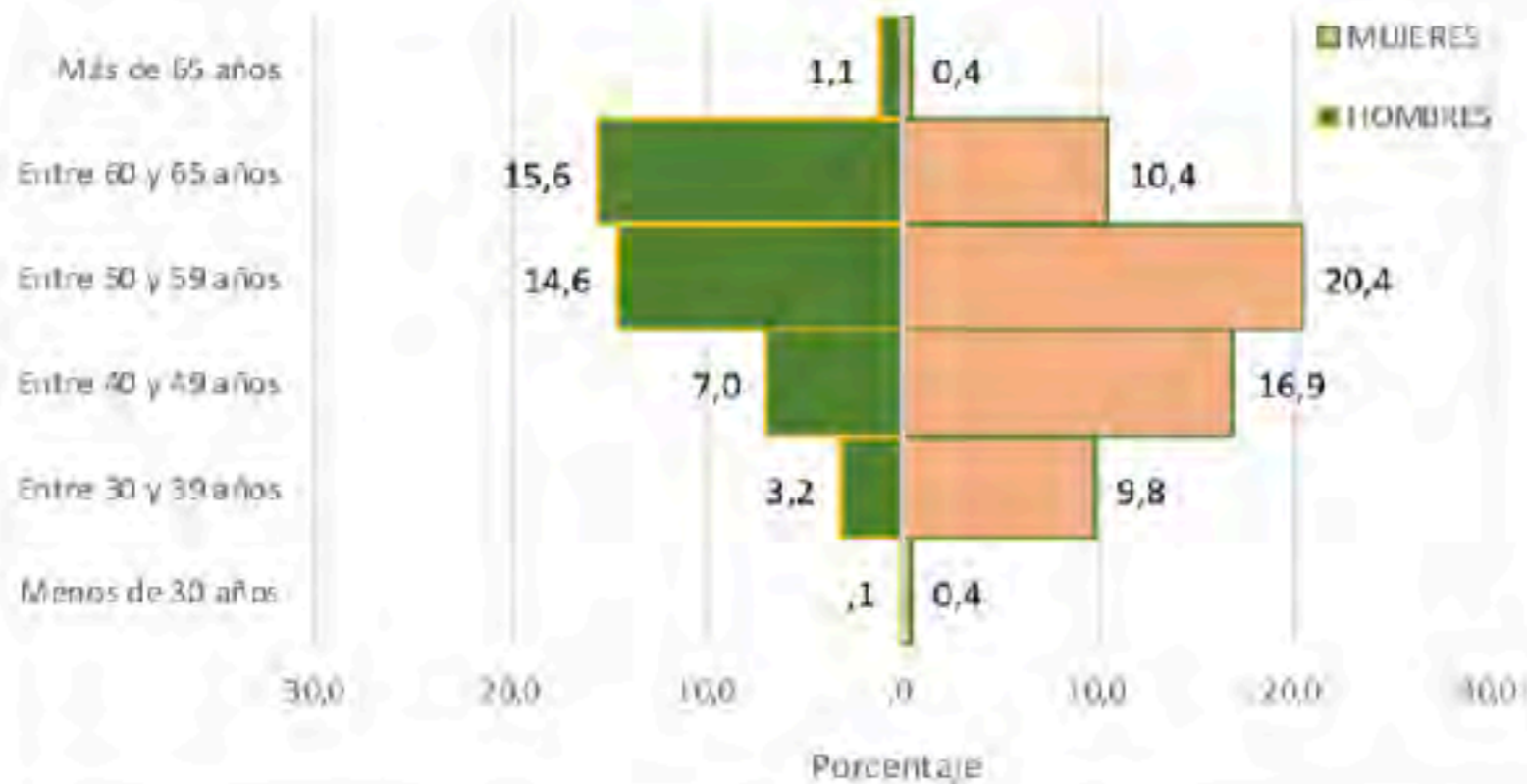
La paradoja española ... Pero CRISIS

Protestas y manifestaciones.
reivindicaciones

MFC, malas posiciones en el MIR

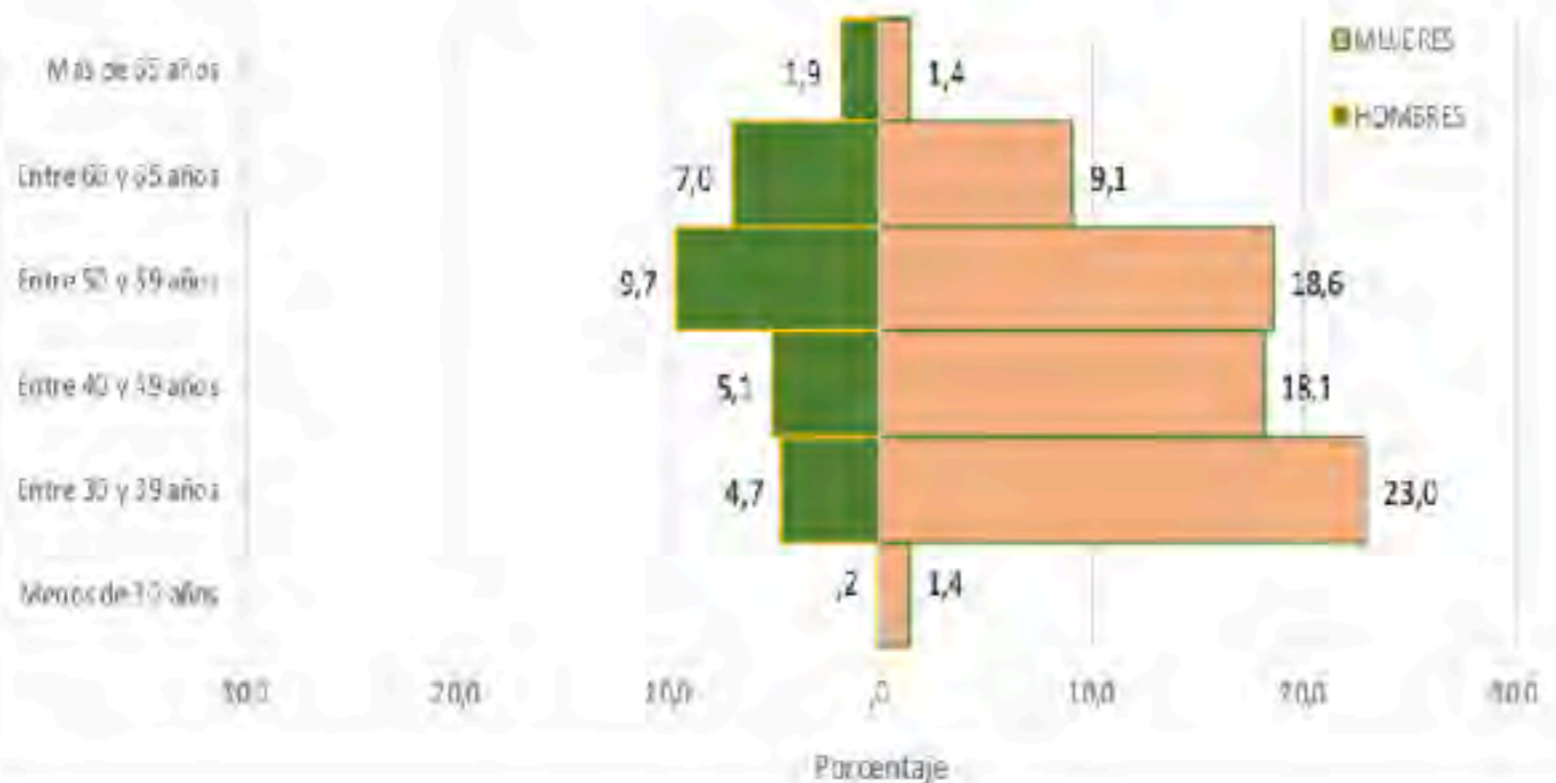
Capital humano **envejecido**,
desmotivado. NO se encuentran médicos

MFyC. Empleo Público SNS 2018



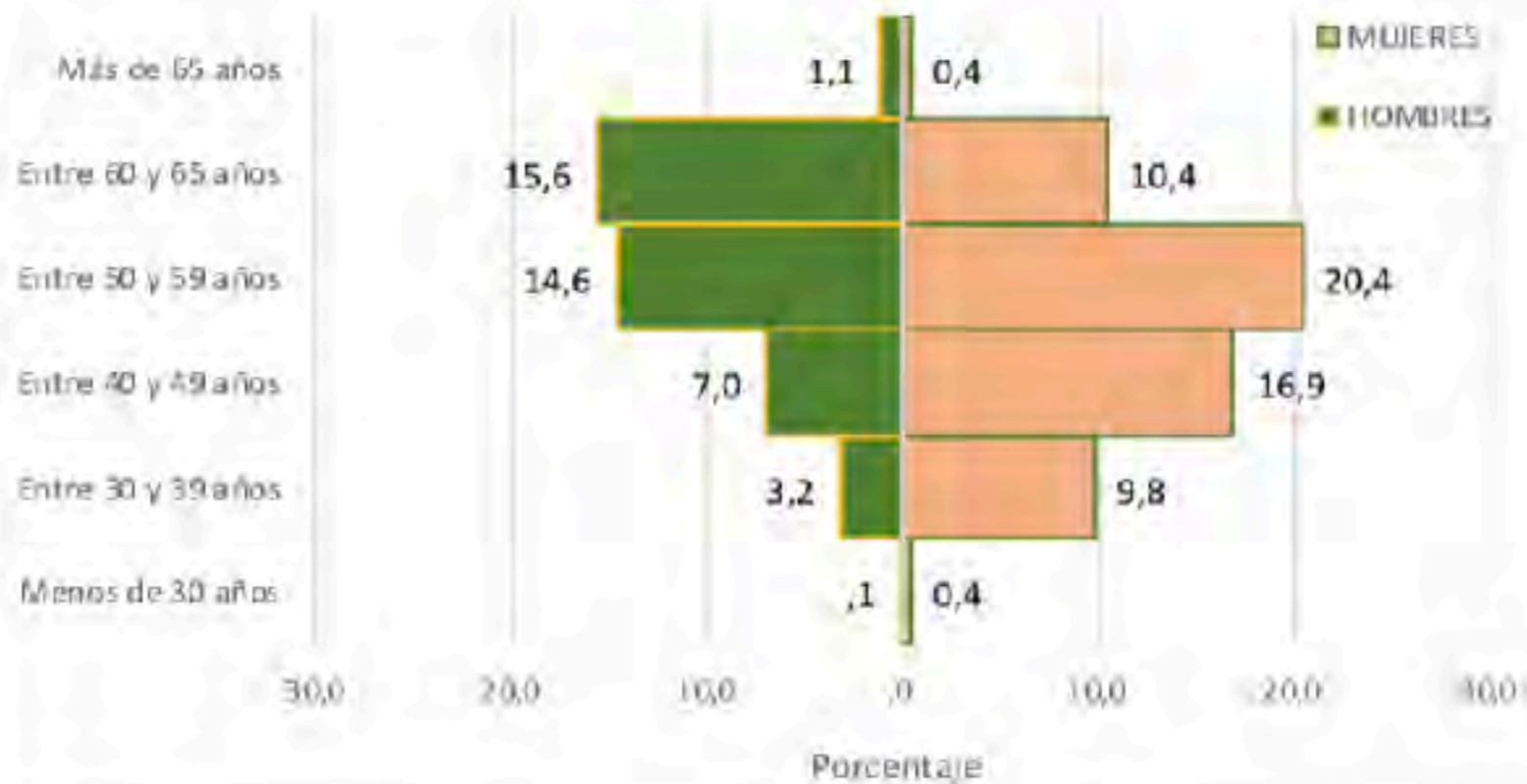
MFC:
 solo el 37.5% tiene menos de 40 años
 el 26% se jubilará en los próximos de 5 años

Pediatría y AE.. Empleo Público SNS 2018



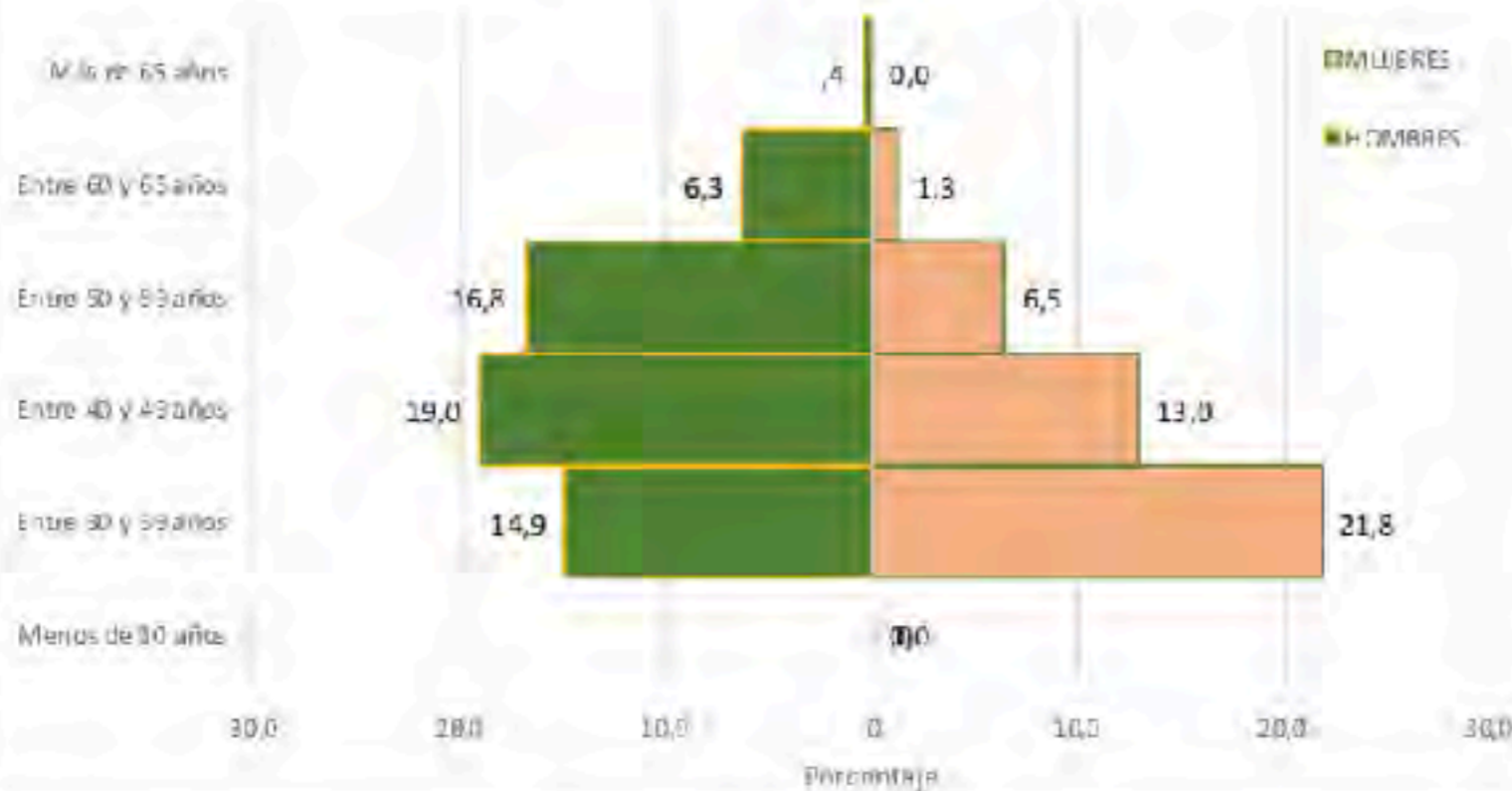
Pediatría y áreas específicas:
 el 52.3% tiene menos de 40 años
 el 19.4% se jubilará en los próximos 5 años

MFyC. Empleo Público SNS 2018



MFC:
 solo el 37.5% tiene menos de 40 años
 el 26% se jubilará en los próximos de 5 años

Angiología y CV. Empleo Público SNS 2018



Ejemplo de pirámide joven: cirugía vascular
 el 69% tiene menos de 40 años
 8.5% se jubilará en menos de 5 años

La paradoja española ... Pero CRISIS

Protestas y manifestaciones.
reivindicaciones

MFC, malas posiciones en el **MIR**

Capital humano **envejecido**,
desmotivado. NO se encuentran médicos

A large, bold, white number '2' is centered on a solid red rectangular background. The number is stylized with a thick stroke and rounded terminals.

Falta de perspectiva
Enfoque basado en el profesional

Reivindicaciones profesionales, más que proyecto para recuperar la AP

AP como "isla"




1. La Atención Primaria como **eje del sistema sanitario**, debe ser reconocida a todos los efectos y consecuentemente deben materializarse las siguientes acciones:
 - Incrementar el presupuesto de AP dentro del sistema sanitario en los próximos presupuestos. Objetivo: 16% en un año y 20% en cuatro años.
 - Determinar los criterios para la adecuación de las plantillas profesionales a la realidad sociodemográfica de la población a atender.
 - Definir una cartera de servicios homogénea a todos los profesionales.
 - Coordinar real y eficazmente los niveles asistenciales.
2. La Atención Primaria debe liderar la **gestión de procesos del enfermo crónico** dentro del sistema sanitario y social, debiendo definirse el papel que debe asumir la enfermería comunitaria de AP.
3. Los médicos de familia deben **liderar la toma de decisiones** relacionadas con la organización y gestión de los recursos sanitarios, dotando a los centros de una autonomía para la gestión de los recursos humanos, de los servicios que prestan y de los medios diagnósticos y terapéuticos adecuados.
4. Dado su papel central en el sistema sanitario, los médicos de familia deben tener **acceso al catálogo completo de pruebas complementarias** sin más limitación que criterios de eficiencia clínica.
5. El ejercicio de la Medicina en Atención Primaria debe tener un **entorno profesional y laboral adecuado**, con estabilidad, incentivos basados en criterios profesionales y reconocimiento de la penosidad.
6. Ofertar contratos de calidad para evitar la fuga de los médicos residentes que al acabar su periodo de formación abandonan la EDXI correspondiente marchando a otras Comunidades Autónomas. **Un modelo que garantice la estabilidad y que no esté expuesto a la precariedad e improvisación.**
7. Las **agendas deben adecuarse a una asistencia de calidad**, con un tiempo mínimo de 10 minutos por paciente, estableciendo un máximo de pacientes por día, siempre teniendo en cuenta el contexto socio demográfico y eliminando toda actividad burocrática que no tenga justificación clínica.
8. **Desarrollar un modelo de atención urgente en jornada ordinaria**, que permita adecuar la atención urgente sobrevenida diaria, sin distorsionar la asistencia previamente programada, de forma que se realice una asistencia de calidad en ambas.
9. **La formación en Atención Primaria debe empezar en la Universidad**, con la creación de un área de competencias en Medicina de Familia en la formación de pregrado, adecuando los criterios de acceso a la docencia universitaria a la realidad de la Atención Primaria y, en el posgrado, se debe reconocer adecuadamente el trabajo de los tutores de residentes.
10. Facilitar el acceso de los profesionales de AP a las **actividades formativas y promover la investigación** teniendo en cuenta las características propias de dicho nivel asistencial.

V. Ortún Economía de la Salud y Gestión Sanitaria

Josep Casajuana y Juan Gérvas
(Directores)

La renovación de la Atención Primaria desde la consulta

 Springer Healthcare

CAPÍTULO 1

Introducción: la necesaria renovación de la Atención Primaria desde “abajo”, desde la consulta. El ímpetu innovador contra la rutina y la “cultura de la queja”

Tres lastres:

Desprofesionalización (funcionarización),
Complejo de inferioridad
Bajo liderazgo en los equipos.

Falta de enfoque y perspectiva:

Demanda exógena
Prescripción inducida
Falta capacidad resolutive: para hacer más hay que dejar de hacer

3

**El Valor añadido de la AP
(indicadores):**

-  **salud poblacional**
-  **satisfacción de la población**

Población general

Valoración media de diferentes servicios sanitarios públicos



Usuarios de Atención Primaria del SNS

Valoración de la asistencia recibida



4

**Los sistemas basados
en AP son superiores...
pero coordinados**

¿Qué aporta valor?

- ✱ **Accesibilidad**
- ✱ **Continuidad del cuidado y longitudinalidad**
- ✱ **Capacidad resolutive y Comprensividad**



Todo Superman tiene su Criptonita

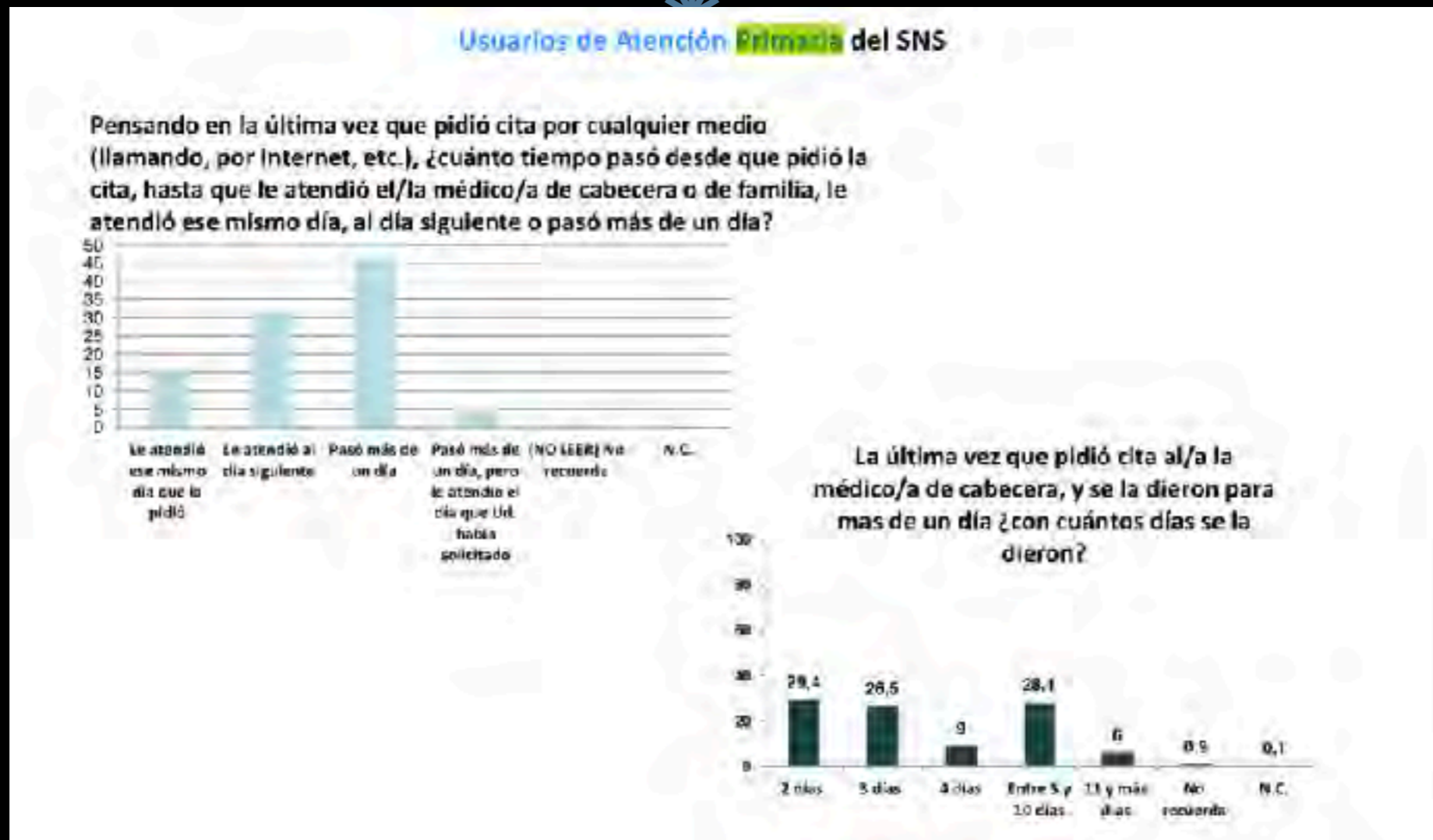
Pero todo Superman tiene su Criptonita



¿Qué aporta valor?

✱ **Accesibilidad....**

✱ ... casi la mitad de la población espera una media de 5 días



¿Qué aporta valor?

✱ Continuidad del cuidado y longitudinalidad

✱ ... contratos eventuales

Tabla 5.3. Contratos temporales e indefinidos a médicos (Medicina de Familia, resto de especialidades y total) 2011 a 2017

Año	MFC			Médicos especialistas resto de especialidades			TOTAL			Total contratos
	Número de contratos temporales	Número de contratos indefinidos	% de contratos indefinidos sobre total de contratos	Número de contratos temporales	Número de contratos indefinidos	% de contratos indefinidos sobre total de contratos	Número de contratos temporales	Número de contratos indefinidos	% de contratos indefinidos sobre total de contratos	
2011	23,542	1,653	6.6%	20,767	2,309	10.0%	44,309	3,962	8.2%	48,271
2012	16,751	1,051	5.9%	24,402	2,318	8.7%	41,153	3,369	7.6%	44,522
2013	19,518	903	4.4%	30,167	2,252	6.9%	49,685	3,155	6.0%	52,840
2014	19,022	1,139	5.6%	33,055	3,221	8.9%	52,077	4,360	7.7%	56,437
2015	21,220	1,187	5.3%	37,596	3,195	7.8%	58,816	4,382	6.9%	63,198
2016	21,059	1,256	5.6%	38,268	3,787	9.0%	59,327	5,043	7.8%	64,370
2017	19,978	1,477	6.9%	40,754	4,237	9.4%	60,732	5,714	8.6%	66,446

Fuente: Elaboración propia con datos del SEPE

¿Qué aporta valor?

✱ **Capacidad
resolutiva y
Comprehensividad**

....

✱ **... pruebas dx.
limitadas/ “Médico de
mocos”**

Aportar valor

De la cuna a la tumba

Coach del paciente

Menú de pruebas diagnósticas

Health at a Glance: Europe 2018
State of Health in the EU Cycle
© OECD/European Union 2018

We must also measure how well the primary care sector is managing the growing number of people living with one or more chronic conditions. The OECD and the European Commission are working together with countries to fill these critical data gaps on patient-reported experience and outcome measures.

Most countries recognise that in order to respond effectively to the needs of ageing populations and the growing burden of chronic disease, further efforts are needed both to strengthen access to primary care and to provide more continuous and coordinated care outside hospitals.

More Comprehensive Care Among Family Physicians is Associated with Lower Costs and Fewer Hospitalizations

Andrew Bazemore, MD, MPH¹

Stephen Petterson, PhD¹

Lars E. Peterson, MD, PhD²

Robert L. Phillips Jr, MD, MSPH³

¹Robert Graham Center, Washington, DC

²The American Board of Family Medicine,
Lexington, Kentucky



ABSTRACT

PURPOSE Comprehensiveness is lauded as 1 of the 5 core virtues of primary care, but its relationship with outcomes is unclear. We measured associations between variations in comprehensiveness of practice among family physicians and healthcare utilization and costs for their Medicare beneficiaries.

METHODS We merged data from 2011 Medicare Part A and B claims files for a complex random sample of family physicians engaged in direct patient care, including 100% of their claimed care of Medicare beneficiaries, with data reported by the same physicians during their participation in Maintenance of Certification for Family Physicians (MC-FP) between the years 2007 and 2011. We created a measure of comprehensiveness from mandatory self-reported survey items as part of MC-FP examination registration. We compared this measure to another derived from Medicare's Berenson-Eggers Type of Service (BETOS) codes. We then examined the association between the 2 measures of comprehensiveness and hospitalizations, Part B payments, and combined Part A and B payments.

RESULTS Our full family physician sample consists of 3,652 physicians providing the plurality of care to 555,165 Medicare beneficiaries. Of these, 1,133 recertified between 2007 and 2011 and cared for 185,044 beneficiaries. There was a modest correlation (0.30) between the BETOS and self-reported comprehensiveness measures. After adjusting for beneficiary and physician characteristics, increasing comprehensiveness was associated with lower total Medicare Part A and B costs and Part B costs alone, but not with hospitalizations; the association with spending was stronger for the BETOS measure than for the self-reported measure; higher BETOS scores significantly reduced the likelihood of a hospitalization.

CONCLUSIONS Increasing family physician comprehensiveness of care, especially as measured by claims measures, is associated with decreasing Medicare costs and hospitalizations. Payment and practice policies that enhance primary care comprehensiveness may help "bend the cost curve."

Ann Fam Med 2015;13:206-213. doi: 10.1370/afm.1787

New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians

Ann S. O'Malley MD, MPH¹ | Eugene C. Rich MD¹ | Lisa Shang MS² | Tyler Rose BS³ | Arkadipta Ghosh PhD⁴ | Dmitriy Poznyak PhD⁴ | Deborah Peikes PhD⁴

We developed two claims-based measures (*involvement in patient conditions* and *new problem management*) and used a third, previously developed, *range of services* measure.²⁸ We calculated a primary care physician-specific score for each.

TABLE 3 Associations between primary care physician comprehensiveness and patient outcomes

Comprehensiveness measure	Outcome	Difference in outcome between 25th and 75th percentile for comprehensiveness measure	Difference in outcome between 25th and 75th percentile for comprehensiveness measure (as percentage)	P value
Involvement in patient conditions	Total Medicare expenditures	-17.36	-2.18	<0.01
	Number of hospitalizations	-5.49	-1.87	<0.05
	Number of ED visits	16.26	-2.37	<0.01
	Number of ACSC admissions	0.15	0.25	0.899
New problem management	Total Medicare expenditures	-13.80	-1.68	<0.01
	Number of hospitalizations	-6.75	-2.37	<0.001
	Number of ED visits	-19.75	-2.66	<0.001
	Number of ACSC admissions	-0.36	-0.58	0.67
Range of services	Total Medicare expenditures	0.75	0.10	0.911
	Number of hospitalizations	4.09	1.40	0.224
	Number of ED visits	-17.10	-2.50	<0.01
	Number of ACSC admissions	-0.56	-0.90	0.629

Notes: Each row represents a separate model, with outcomes Winsorized to the 99th percentile and adjusted for physician, practice, and patient characteristics. Each model accounts for clustering of patient outcomes within practices, for both patients seeing the same physician and those seeing different physicians within the same practice.

For each outcome, we present the numeric change and percentage difference in the adjusted mean outcome for an increase in the comprehensiveness score from the 25th to 75th percentile among all physicians in the analysis.

Medicare expenditures are expressed per beneficiary per month.

ED, hospitalization, and ACSC rates are per 1,000 beneficiaries per year.

The reported P-values are from testing the significance of the marginal effects (instantaneous rate of change). Nearly identical P-values were found when testing the significance of the effect going from the 25th to 75th percentiles of the comprehensiveness measures.



ESTRATEGIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA

PARA EL SIGLO XXI



MARCO ESTRATÉGICO PARA LA MEJORA
DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN ESPAÑA
2007 – 2012

Tabla 1.- Procedimientos diagnósticos

Procedimiento	Nº de CCAA		Grado de implantación 2012: Nº de CCAA			
	2006	2012	Escasa	Aprox. 50%	Amplia	Aprox. 100%
INR capilar (Coagucheck)	11	13				12
Perfil lipídico (tiras)	11	8		1	3	5
Test embarazo (orina)	12	13	1	2		10
ECG (tras ejercicio)	8	8	2		1	5
Eco Doppler	9	11	4		2	5
Oscilometría en EE II	13	13	4		3	5
TA-AMPA	11	12	2	3	3	3
TA-MAPA	11	13	3	1	4	4
Cooxímetro	9	12	5	2	1	4
Espirometría	13	13			1	11
Peak-Flow	12	13		2	1	9
Pulsioximetría	13	13				12
Agudeza visual cercana	10	11	1		1	8
Agudez visual lejana (optotipo)	12	12				10
Tonometría ocular	4	6	2			3
Audiometría (manual)	5	9		3	1	5
Laringoscopia indirecta	11	11	1	3	1	5
Timpanometría infantil	4	5	3			2
Impedanciometría	3	3				2
Barthel	12	13				12
CAGE	12	13				12
Lawton Brody	8	12			1	10
Mini Mental	12	13				12
Pfeiffer	12	13				11
Citologías	12	12			1	10
muestras bacteriológicas	12	13			1	11
Grasa corporal	6	10	3	2	1	4
Pliegue cutáneo	8	10	2	1	2	5
Huella plantar	8	12			2	9

Nota: La suma de número de CCAA según grado de extensión puede ser inferior al número que figura en la casilla "2012". Ello se debe a que, en algún caso, falta la información respecto de la extensión de algún procedimiento concreto por parte de alguna Comunidad Autónoma.

**Los sistemas basados
en AP son superiores...
pero coordinados**

RESEARCH ARTICLE

Open Access



The three paradoxes of patient flow: an explanatory case study

Sara A. Kreindler

Abstract

Background: Health systems in many jurisdictions struggle to reduce Emergency Department congestion and improve patient flow across the continuum of care. Flow is often described as a systemic issue requiring a “system approach”; however, the implications of this idea remain poorly understood. Focusing on a Canadian regional health system whose flow problems have been particularly intractable, this study sought to determine what system-level flaws impede healthcare organizations from improving flow.

Methods: This study drew primarily on qualitative data from in-depth interviews with 62 senior, middle and departmental managers representing the Region, its programs and sites; quantitative analysis of key flow indicators (1999–2012) and review of ~700 documents furnished important context. Examination of the interview data revealed that the most striking feature of the dataset was contradiction; accordingly, a technique of dialectical analysis was developed to examine observed contradictions at successively deeper levels.

Results: Analysis uncovered three paradoxes: “Many Small Successes and One Big Failure” (initiatives improve parts of the system but fail to fix underlying system constraints), “Your Innovation Is My Aggravation” (local innovation clashes with regional integration); and most critically, “Your Order Is My Chaos” (rules that improve service organization for my patients create obstacles for yours). This last emerges when some entities (sites/hospitals) define their patients in terms of their location in the system, while others (regional programs) define them in terms of their needs/characteristics. As accountability for improving flow was distributed among groups that thus variously defined their patients, local efforts achieved little for the overall system, and often clashed with each other. These paradoxes are indicative of a fundamental antagonism between the system’s parts and the whole.

Conclusion: An accretion of flow initiatives in all parts of the system will never add up to a system approach, and may indeed perpetuate the paradoxes. What is needed is a coherent strategy of defining patient populations by needs, analyzing their entire trajectories of care, and developing consistent processes to better meet those needs.

Keywords: Patient flow, Health services organization and administration, Organizational efficiency, Qualitative research

Aseguramiento privado y sostenibilidad social del SNS: El papel de la AP es *esencial*



Lobbies presionando por la generalización del “(modelo MUFACE”

Contra la demagogia:
datos, evidencias,
argumentos

5

Necesitamos Perspectiva
El gasto es sólo gasto
La actividad es sólo actividad

El aumento de los recursos económicos se ha destinado preferentemente a atención especializada

Tabla 3. Gasto sanitario público consolidado según clasificación funcional. Millones de euros. España, 2012-2016

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Incremento 2011-2016
Servicios hospitalarios y especializados	39.840	38.720	37.421	38.003	41.110	41.586	+4.4%
Servicios primarios de salud	10.176	9.468	9.138	9.045	9.358	9.530	-6.3%
Servicios de salud pública	747	699	665	655	672	756	
Servicios colectivos de salud	2.105	2.038	2.040	1.730	1.864	1.766	
Farmacia	12.296	10.834	10.480	10.391	10.463	10.873	
Traslado, prótesis y aparatos terapéuticos	1.391	1.248	1.133	1.235	1.213	1.227	
Gasto de capital	1.501	1.072	850	859	1.029	940	
Total consolidado	68.057	64.078	61.728	61.919	65.708	66.678	-2%

El aumento de los recursos humanos se ha destinado preferentemente a atención especializada

Tabla 5.2. Ratios de médicos en atención primaria y en atención especializada por 1.000 habitantes, red pública SNS. 2004 y 2018

	Año	2004	2010	2016	% Incremento 2004-2016	% Incremento 2010-2016
Atención primaria		0.72	0.75	0.76	6%	1%
Atención especializada		1.59	1.79	1.9	19%	6%

Fuente: MSCBS, Indicadores Clave del SNS. <http://inclasns.msssi.es/main.html>

MÉDICOS ESPECIALISTAS	TOTAL	% Mujeres	% 50 años y más	% Especialidad	Ratio por 100.000 hab.
ALERGOLÓGIA	631	67,8%	46,3%	0,45%	1,42
ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIQUÍMICA (solo MÉDICOS)	860	66,7%	63,4%	0,62%	1,94
ANATOMÍA PATOLÓGICA	1.367	61,5%	50,1%	0,98%	3,08
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	6.351	57,0%	41,3%	4,58%	14,30
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	463	42,5%	31,3%	0,33%	1,04
APARATO DIGESTIVO	2.356	53,3%	34,9%	1,70%	5,30
CARDIOLOGÍA	2.533	38,0%	37,1%	1,82%	5,70
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	502	25,9%	45,4%	0,36%	1,13
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	3.816	36,8%	51,4%	2,75%	8,59
CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL	459	30,5%	40,3%	0,33%	1,03
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	4.248	24,0%	45,8%	3,06%	9,56
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	375	50,9%	42,7%	0,27%	0,84
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	571	38,2%	44,8%	0,41%	1,29
CIRUGÍA TORÁCICA	244	32,8%	35,2%	0,18%	0,55
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	1.371	61,1%	42,2%	0,99%	3,09
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	1.149	61,1%	41,4%	0,83%	2,59
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	384	63,3%	49,0%	0,28%	0,86
GERIATRÍA	613	63,5%	42,9%	0,44%	14,56
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	1.760	64,0%	43,6%	1,27%	3,96
HIDROLOGÍA MÉDICA	8	62,5%	75,0%	0,01%	0,02
INMUNOLOGÍA (solo MÉDICOS)	80	56,3%	56,3%	0,06%	0,18
MEDICINA DEL TRABAJO	1.002	55,9%	72,0%	0,72%	3,47
MEDICINA EDUCACIÓN FÍSICA	313	42,8%	56,5%	0,23%	0,70
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (AP)	37.544	58,5%	63,4%	27,05%	84,54
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA (AE)	1.469	54,5%	41,0%	1,06%	3,31
TOTAL MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	39.013	58,4%	62,5%	28,11%	87,84
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	1.445	70,5%	43,9%	1,04%	3,25
MEDICINA INTENSIVA	2.214	50,1%	42,5%	1,60%	4,99
MEDICINA INTERNA	5.027	49,2%	46,8%	3,62%	11,32
MEDICINA LEGAL Y FORENSE	40	52,5%	75,0%	0,03%	0,09
MEDICINA NUCLEAR	415	57,6%	43,4%	0,30%	0,93
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	602	58,1%	62,1%	0,43%	1,36
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA (solo MÉDICOS)	546	67,0%	59,5%	0,39%	1,23
NEFROLOGÍA	1.253	60,9%	41,2%	0,90%	2,82
NEUMOLOGÍA	1.705	52,9%	42,8%	1,23%	3,84
NEUROCIRUGÍA	569	27,6%	31,3%	0,41%	1,28
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	452	67,3%	35,6%	0,33%	1,02
NEUROLOGÍA	1.837	52,4%	36,0%	1,32%	4,14
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	4.902	67,4%	42,6%	3,53%	21,68
OFTALMOLOGÍA	3.099	53,2%	48,3%	2,23%	6,98
ONCOLOGÍA MÉDICA	1.307	62,0%	27,8%	0,94%	2,94
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	566	59,9%	45,6%	0,41%	1,27
OTORRINOLARINGOLOGÍA	1.904	40,9%	51,5%	1,37%	4,29
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS (AP)	5.489	75,2%	55,5%	4,0%	73,83
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS (AE)	4.948	67,4%	38,9%	3,56%	66,56
TOTAL PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS	10.437	71,5%	47,7%	7,52%	140,39
PSIQUIATRÍA	4.219	58,0%	47,2%	3,04%	9,50
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	3.929	53,8%	48,4%	2,83%	8,85
REUMATOLOGÍA	910	55,9%	48,6%	0,66%	2,05
UROLOGÍA	1.749	20,9%	48,3%	1,26%	3,94
OTROS	19.201	55,6%	43,4%	13,8%	43,23
TOTAL PRIMARIA	43.034	60,7%	62,4%	31,0%	96,89
TOTAL ESPECIALIZADA	95.763	53,2%	44,3%	69,0%	215,62
TOTAL TOTAL	138.797	55,5%	49,9%	100,0%	312,52
MÉDICOS ESPECIALISTAS	TOTAL	% Mujeres	% 50 años y más	% Especialidad	Ratio por 100.000 hab.

2018: AP tiene el 31% de los médicos de la red pública

El 62.4% tienen mas de 50 años (AE: 44.3%)

Tabla 6.20. Variabilidad de las dotaciones por 100.000 habitantes.
Empleo Público SNS 2018

ESPECIALIDAD	Porcentaje de Variabilidad*	VARIABILIDAD ENTRE CC.AA.
PEDIATRÍA Y ÁREAS ESPECÍFICAS AE y AP	13,97	VARIABILIDAD BAJA
HEMATOLOGÍA Y HEMOTERAPIA	14,69	
CIRUGÍA GRAL. Y DEL A. DIGESTIVO	16,00	
OTORRINOLARINGOLOGÍA	16,17	
ANATOMÍA PATOLÓGICA	17,42	
OFTALMOLOGÍA	18,11	
UROLOGÍA	18,12	
CARDIOLOGÍA	18,68	
RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA	19,29	
ONCOLOGÍA MÉDICA	19,47	
NEFROLOGÍA	20,58	
APARATO DIGESTIVO	20,60	
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	20,89	
MEDICINA INTENSIVA	20,99	
ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN	21,12	
ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN	21,53	
NEUMOLOGÍA	21,60	
NEUROLOGÍA	22,05	
DERMATOLOGÍA MÉDICO-QUIRÚRGICA Y V.	22,30	
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA	22,68	
OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA	23,68	
MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN	25,96	
REUMATOLOGÍA	26,11	
MEDICINA INTERNA	27,20	
PSIQUIATRÍA	32,46	VARIABILIDAD MEDIA
NEUROLOGÍA	34,35	
CIRUGÍA TORÁCICA	39,57	
CIRUGÍA OÍAL Y MAXILOFACIAL	39,66	
MEDICINA NUCLEAR	40,00	
CIRUGÍA PEDIÁTRICA	40,78	
ONCOLOGÍA RADIOTERÁPICA	41,41	
ALERGOLOGÍA	41,97	
NEUROFISIOLOGÍA CLÍNICA	43,79	
MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA (solo MÉDICOS)	45,54	
MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA	47,97	
CIRUGÍA PLÁSTICA ESTÉTICA Y REPARADORA	51,88	VARIABILIDAD ALTA
ANÁLISIS CLÍNICOS Y BIOQUÍMICA (solo MÉDICOS)	52,32	
ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA VASCULAR	60,55	
CIRUGÍA CARDIOVASCULAR	81,58	
GERIATRÍA	91,54	
INMUNOLOGÍA (solo MÉDICOS)	91,87	
FARMACOLOGÍA CLÍNICA	127,62	VARIABILIDAD MUY ALTA
MEDICINA DEL TRABAJO	144,03	
TOTAL	76,84	VARIABILIDAD BAJA

* Coeficiente de Variación=Desviación/Media x100

Obstetricia y Ginecología: Ratio por 100.000 mujeres
 Pediatría: Ratio por 100.000 menores de 15 años
 Medicina del Trabajo: Ratio por 100.000 hab. entre 16 y 64 años
 Geriatria: Ratio por 100.000 hab. de 75 y más años

Fuente: ESTIMACIÓN DE LA OFERTA Y DEMANDA DE MÉDICOS ESPECIALISTAS. ESPAÑA 2018-2030
<https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/necesidadEspecialistas/doc/20182030EstimacionOfertaDemandaMedicosEspecialistasV2.pdf>

6

Liderazgo y organización

Liderazgo profesional

en AP
de la AP

Dejar de hacer para poder hacer (aportando valor)

Recuperar el **profesionalismo**

Experiencias organizativas: España
es un rico laboratorio...

... Aunque falta visibilidad y
evaluación. La investigación
evaluativa, un reto pendiente

A large, bold, white number '7' is centered on a solid red rectangular background. The number is composed of a horizontal top bar and a curved stem that tapers towards the bottom.

**MFC ¿Cómo hacer
individualmente atractivo lo
socialmente deseable?**

HEALTH ECONOMICS

Health Econ. (2016)

Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com). DOI: 10.1002/hec.3318

ALLOCATION OF RESIDENCY TRAINING POSITIONS IN SPAIN: CONTEXTUAL EFFECTS ON SPECIALTY PREFERENCES

JEFFREY E. HARRIS^{a,*}, BEATRIZ G. LOPEZ-VALCARCEL^b, PATRICIA BARBER^b and VICENTE ORTÚN^c

^a*Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts, USA*

^b*Department of Quantitative Methods in Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, Spain*

^c*Faculty of Economic and Business Sciences, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain*

ABSTRACT

In Spain's 'MIR' system, medical school graduates are ranked by their performance on a national exam and then sequentially choose from the available residency training positions. We took advantage of a unique survey of participants in the 2012 annual MIR cycle to analyze preferences under two different choice scenarios: the residency program actually chosen by each participant when it came her turn (the 'real') and the program that she would have chosen if all residency training programs had been available (the 'counterfactual'). Utilizing conditional logit models with random coefficients, we found significant differences in medical graduates' preferences between the two scenarios, particularly with respect to three specialty attributes: work hours/lifestyle, prestige among colleagues, and annual remuneration. In the counterfactual world, these attributes were valued preferentially by those nearer to the top, while in the real world, they were valued preferentially by graduates nearer to the bottom of the national ranking. Medical graduates' specialty preferences, which we conclude, are not intrinsically stable but depend critically on the 'rules of the game'. The MIR assignment system, by restricting choice, effectively creates an externality in which those at the bottom, who have fewer choices, want what those at the top already have. Copyright © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.

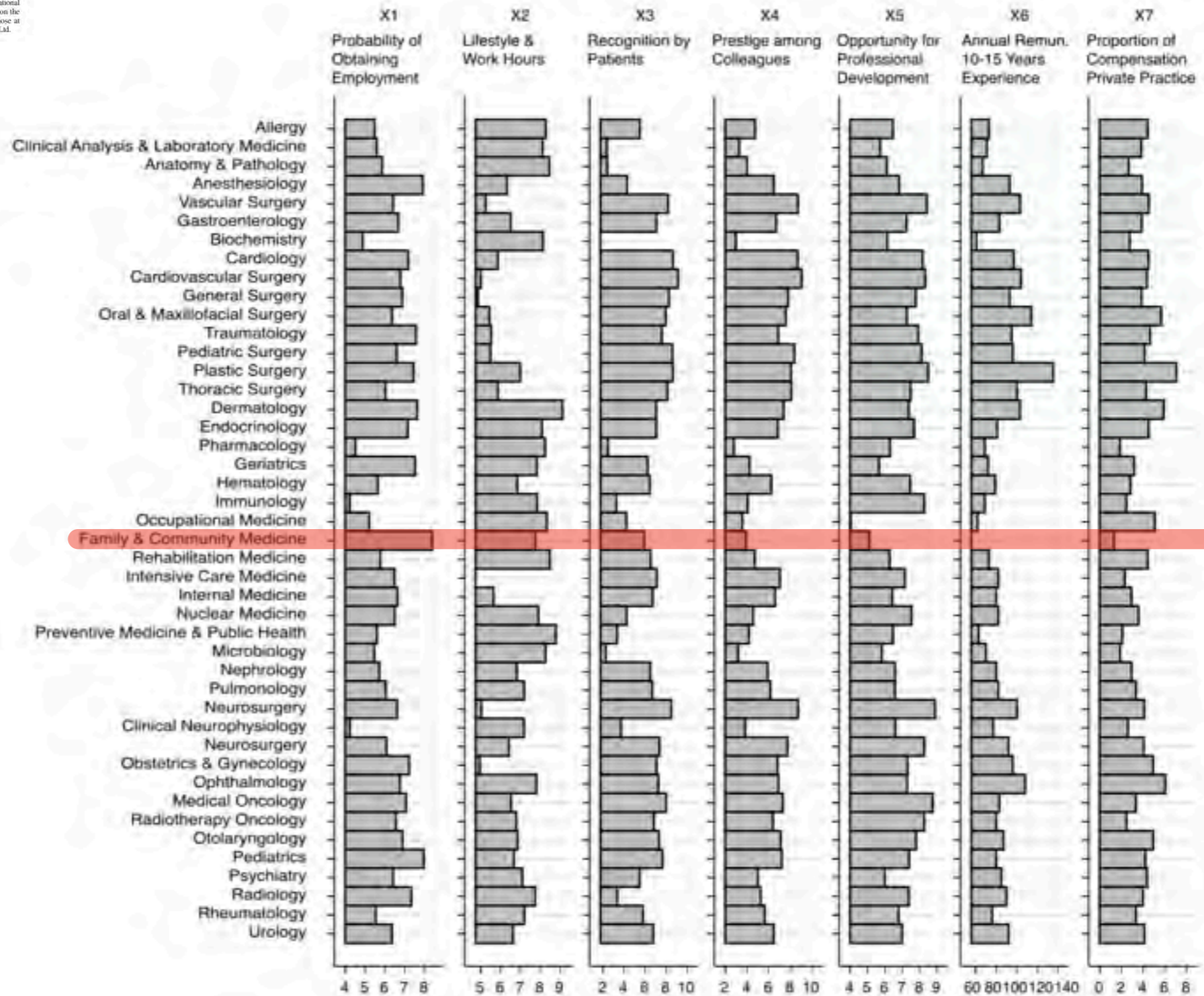
ALLOCATION OF RESIDENCY TRAINING POSITIONS IN SPAIN:
 CONTEXTUAL EFFECTS ON SPECIALTY PREFERENCES

JEFFREY E. HARRIS^{1*}, BEATRIZ G. LOPEZ-VALCARCEL², PATRICIA BARBER³ and VICENTE ORTÚN⁴

¹*Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology, Cambridge, Massachusetts, USA*
²*Department of Quantitative Methods in Economics and Management, University of Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, Spain*
³*Faculty of Economic and Business Sciences, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Spain*

ABSTRACT

In Spain's 'MIR' system, medical school graduates are ranked by their performance on a national exam and then sequentially choose from the available residency training positions. We took advantage of a unique survey of participants in the 2012 annual MIR cycle to analyze preferences under two different choice scenarios: the residency program actually chosen by each participant when it came her turn (the 'real') and the program that she would have chosen if all residency training programs had been available (the 'counterfactual'). Utilizing conditional logit models with random coefficients, we found significant differences in medical graduates' preferences between the two scenarios, particularly with respect to three specialty attributes: work hours/lifestyle, prestige among colleagues, and annual remuneration. In the counterfactual world, these attributes were valued preferentially by those nearer to the top, while in the real world, they were valued preferentially by graduates nearer to the bottom of the national ranking. Medical graduates' specialty preferences, which we conclude, are not intrinsically stable but depend critically on the 'rules of the game'. The MIR assignment system, by restricting choice, effectively creates an externality in which those at the bottom, who have fewer choices, want what those at the top already have. Copyright © 2016 John Wiley & Sons, Ltd.



... con señales claras de discriminación positiva

Ganar capacidad resolutive con tecnología diagnóstica e incentivos

Reorganización del trabajo médicos y enfermeras

RRHH estables y motivados: mejorar los incentivos a la práctica y **pagar más** y por resultados de salud

Recuperar la **visibilidad. Benchmark y premios a la excelencia**

Prestigio académico e investigador. Universidad, **cátedras** de AP

Priorizar proyectos de investigación de AP en convocatorias públicas



redacción médica

PROFESIONALES SANITARIOS ▾ POLÍTICA SANITARIA ▾ FORMACIÓN SANITARIA ▾ EMPRESAS ▾ ESPECIALIDADES ▾ AUTONOMÍAS ▾ **OPINIÓN** MULTIMEDIA **REVISTA** **VÍDEO**

un contenido de **Medicina de Familia**

ESPECIALIDADES / MEDICINA FAMILIA

Igualdad salarial entre médicos de Primaria y de hospital a partir de 2020

Médicos presentes en la reunión consideran una errata que haya cupos de 1000 pacientes en Familia y 1500 en Pediatría

La ministra de Sanidad, María Luisa Carcedo (centro), momentos antes de comenzar la reunión en la que se presentó el documento de propuestas para Primaria.



El **Ministerio de Sanidad** quiere atajar de raíz la [falta de profesionales en el Sistema Nacional de Salud](#) a través de un **contrato de al menos dos años** de duración a todos los **MIR** que terminen su residencia.

Esta es una de las propuestas que contempla el documento de consenso para **relanzar la Atención Primaria** en el sistema de salud español, que este miércoles ha [presentado su primer esbozo a los consejeros de Sanidad](#) de las comunidades autónomas.



Carcedo explica los avances del plan para relanzar la Atención Primaria.

Seis estrategias a seguir

El documento está estructurado en **seis estrategias**: reforzar el compromiso del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social con el **liderazgo de la Atención Primaria**, consolidar una **política presupuestaria** y de Recursos Humanos que garantice la efectividad y la calidad de la Atención Primaria y **mejorar la capacidad resolutive y la coordinación** con el resto de ámbitos asistenciales, servicios e instituciones.

Las restantes tres estrategias se refieren a **potenciar el uso de las tecnologías médicas** de la información y la comunicación, reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención en la AP y, finalmente, **impulsar la formación y la investigación** en Atención Primaria. Otros de los aspectos incluidos en este borrador hacen referencia a medidas para combatir la precariedad y la temporalidad.

garantizar que los cupos de pacientes estén en relación con la población



Conclusión



**Recuperar el liderazgo de la AP
en beneficio del SNS**



Muchas gracias!

beatriz.lopezvalcarcel@ulpgc.es