

1 marzo 2023

La Atención Primaria vista desde la Economía

Vicente Ortún

<http://www.upf.edu/pdi/vicente-ortun/>



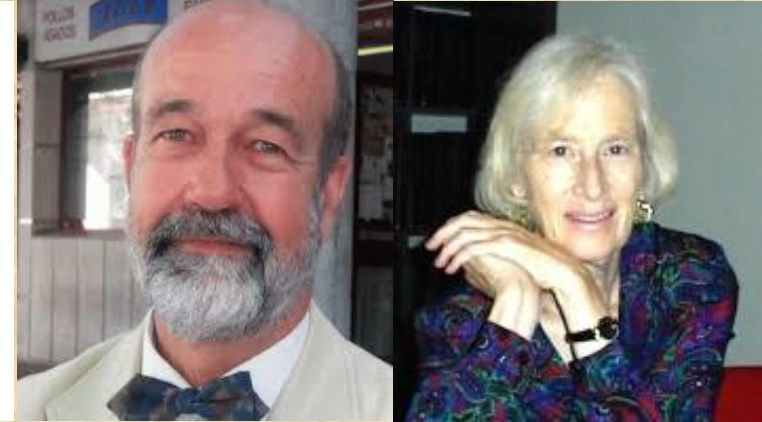
Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona



Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria

Vicente Ortún^a y Juan Gérvas^b

^aDepartamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona y ^bMédico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor Visitante Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, EE.UU.



Es atención médica primaria (AMP) la atención sanitaria a la que tiene acceso directo la población y que se presta por médicos generales/de familia, médicos cuyos pacientes no se seleccionan ni por patologías específicas, ni por técnicas concretas, ni por la pertenencia a grupos determinados de edad y sexo. La AMP constituye una parte -no una interpretación restrictiva- de la atención primaria de salud.

Gestión clínica bajo incertidumbre

- No hay acuerdo clínico sobre lo que se debe hacer o cómo hacer un procedimiento.
- Incertidumbre e ignorancia propician estilos de práctica diferentes, influidos de forma muy especial por la oferta
 - En EE.UU. priman intereses centros y cadenas
 - En Europa, mayor autonomía clínica -cta ajena como propia- 'physi-fashion': la fascinación tecnológica

Probabilidades y decisiones

Características pruebas Dx

- Especificidad
 - probabilidad de que un sujeto sano tenga un resultado negativo en la prueba $E = 0,95$
- Sensibilidad
 - proporción de enfermos correctamente identificados $S = 0,90$

Probabilidad pre-prueba = 0,5

	Enfermo	Sano	
Prueba positiva	450	25	475
Prueba negativa	50	475	525
	500	500	1000

Probabilidades y decisiones

Valor predictivo

Probabilidad de que un individuo padezca una enfermedad conocido el resultado de la prueba diagnóstica

	Enfermo	Sano	
Prueba positiva	450	25	475
Prueba negativa	50	475	525
	500	500	1000

←→
Probabilidad pre-test

Probabilidades y decisiones

Prob preprueba: 2%

	Enfermo	Sano	
Prueba positiva	18	49	67
Prueba negativa	2	931	933
	20	980	1000

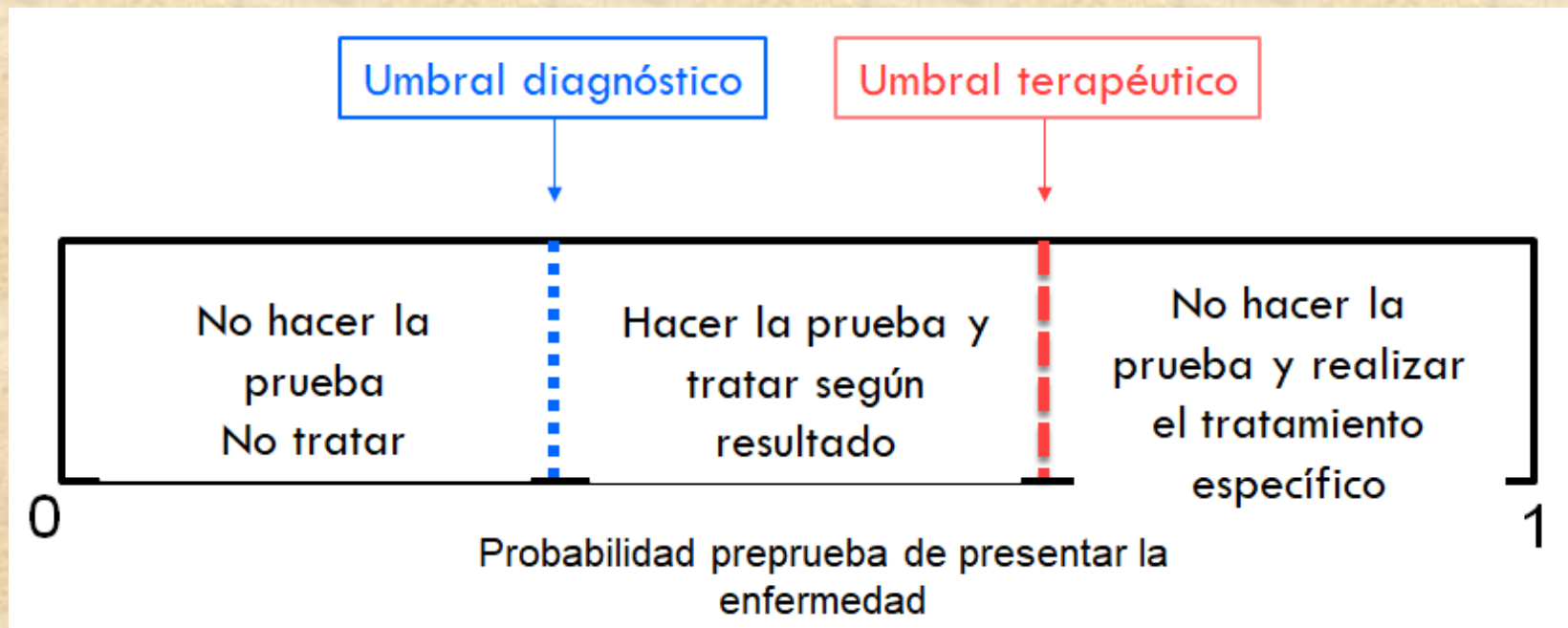
VPP=0,27

Prob pre prueba 50%

	Enfermo	Sano	
Prueba positiva	450	25	475
Prueba negativa	50	475	525
	500	500	1000

VPP=0,95

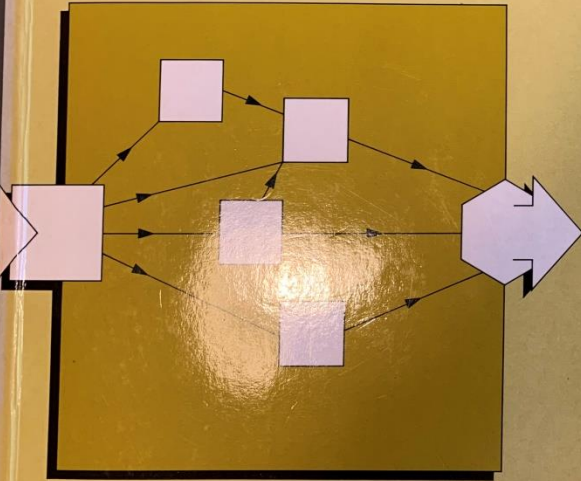
Probabilidades y decisiones



Professional judgment

A reader in clinical decision making

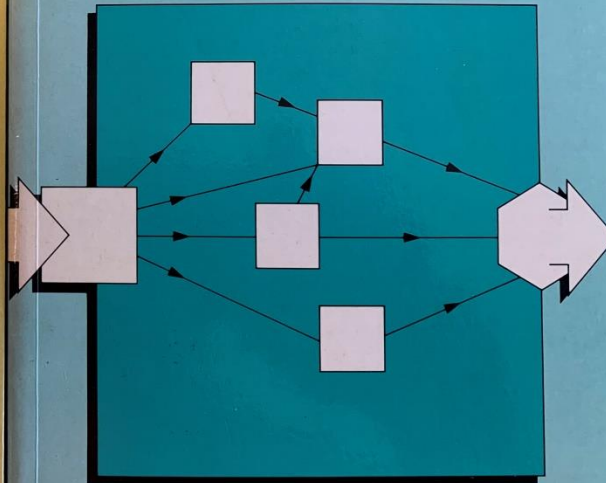
EDITED BY JACK DOWIE AND ARTHUR ELSTEIN



Decision making

Descriptive, normative, and prescriptive interactions

Edited by
DAVID E. BELL, HOWARD RAIFFA, and AMOS TVERSKY



Clinical Epidemiology

How to Do Clinical Practice Research

R. Brian Haynes
David L. Sackett
Gordon H. Guyatt
Peter Tugwell

THIRD EDITION



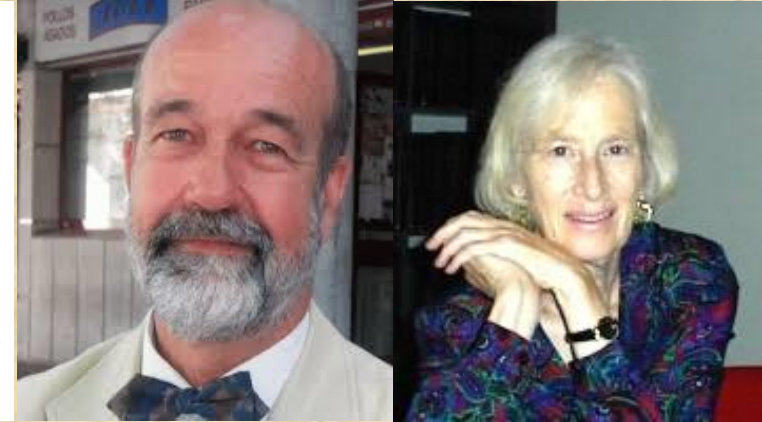
Arrow, Kahneman, Tversky, Robin Hogarth, March, Simon, Schiller, Thaler...

Kassirer, Pauker, Weinstein, Sox, Sackett, Eddy...

Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria

Vicente Ortún^a y Juan Gérvas^b

^aDepartamento de Economía. Universidad Pompeu Fabra. Barcelona y ^bMédico general, Equipo CESCA, Madrid. Profesor Visitante Department of Health Policy and Management, School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, Baltimore, EE.UU.



- Longitudinalidad permite establecer a bajo coste probabilidades previas. Requiere accesibilidad.
- Labor de filtro aumenta probabilidad de enfermedad en pacientes derivados
- Visión global del paciente convierte al MFC en un muy buen agente del paciente
- Capacidad resolutoria es la expresión clínica de la eficiencia así como un criterio para asignar tareas y funciones con principio de subsidiariedad: cada problema debe ser resuelto en el nivel más próximo por el profesional con capacidad para ello

Eficiencia AP: Pruebas (algunas)

*The National
Academies of*

SCIENCES
ENGINEERING
MEDICINE

THE NATIONAL ACADEMIES PRESS

Implementing High-Quality Primary Care: Rebuilding the
Foundation of Health Care (2021)

“La atención primaria es el único componente de la atención a la salud donde una mayor oferta se asocia con una mejor salud de la población y unos resultados equitativos.”

Comparative Study

> [Health Policy](#). 2002 Jun;60(3):201-18. doi: 10.1016/s0168-8510(01)00208-1.

12

Policy relevant determinants of health: an international perspective

Barbara Starfield ¹, Leiyu Shi

By Dionne S. Kringos, Wienke Boerma, Jouke van der Zee, and Peter Groenewegen

Europe's Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending

...Pruebas

- Best evidence that strengthening PC may improve quality, outcomes and cost comes from studies of *PC as an orientation of health systems and as a set of functions delivered by the usual source of care* [managed care, chronic care model...]
Friedberg, Hussey, Schneider. Health Affairs 2010
- Enfermedad a enfermedad: Curvas de 'supervivencia' o RWD

...Pruebas

Longitudinalidad, coste-efectiva, genera satisfacción y confianza, mejorar los resultados de la atención y alarga la vida

Las ventajas de una relación estable: longitudinalidad, calidad, eficiencia y seguridad del paciente

JESÚS PALACIO LAPUENTE

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Miembro del GdT de Seguridad del Paciente de la semFYC y del WONCA World Working Party on Quality and Safety on Family Medicine

AMF, setiembre 2019

Observational Study > Br J Gen Pract. 2022 Jan 27;72(715):e84-e90. doi: 10.3399/BJGP.2021.0340.

Print 2022 Feb.

Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway

Hogne Sandvik ¹, Øystein Hetlevik ², Jesper Blinkenberg ³, Steinar Hunskaar ⁴

Reducción mortalidad del 30%

La gran paradoja

- Cuando la sociedad necesita más que nunca de una atención coordinada, la MFC cotiza a la baja. Pocos MFC en los 3.000 primeros puestos MIR.
- Sin especiales problemas en Enfermería Comunitaria, Pediatría...

Eugene Smith



Tendencias

- Relegación de la silla marañoniana, pérdida de poder, prestigio, influencia, vocaciones...
- Disposición individual a pagar creciente, disposición social decreciente...

DOI: 10.1377/hlthaff.2010.0954
HEALTH AFFAIRS 30,
NO. 3 (2011): 510-518
©2011 Project HOPE—
The People-to-People Health
Foundation, Inc.

By Peter Zweifel

**Swiss Experiment Shows
Physicians, Consumers Want
Significant Compensation To
Embrace Coordinated Care**

Tendencias a revertir

- Dualización sanitaria y descremado sociológico AP, en análisis **Juan Simó**. Decisores y creadores de opinión sobre AP no la utilizan.
- Más del 30% del gasto sanitario financiado privadamente. 14 puntos por encima de Alemania. El financiamiento público es el que permite atender necesidad clínica y sanitaria. El financ. privado se dirige a la demanda solvente, con necesidad o sin ella. Según EPF, el quintil de mayor renta tiene un gasto sanitario privado 8'1 veces mayor que el quintil de renta más baja (la ratio es de 4 para el conjunto del gasto)
- Huida a financiación privada. Peligroso voto con los pies hacia la atención benéfico-privada de que venimos. Porcentajes elevados de población pero pequeños en relación al gasto sanitario (e.g. Cataluña, 33% i 8% respectivamente).

Tendencias a revertir...en la propia AP

- Tolerancia con la burocratización
- Conceptos desmesurados de prevención
- Abandono de espacios intrínsecos
 - Consultas a domicilio
 - Terminales
- Autopercepción excesivamente mala
- Medir actividad como número de visitas y tiempo por visita

Informe Oferta-Necesidad Especialistas Médicos en España 2021-2035

- N° médicos en el SNS se redujo un 1,77% entre 2018 y 2021: un descenso del 2,14% en AP y un incremento de casi el 6% en el resto de la Atención Especializada. En junio de 2021, el 46% de los médicos de la red pública tiene >50 años. Tasa de feminización a nivel nacional es del 61,1%.
- Número total de médicos activos en España asciende a 192.484, 406,13 por 100.000 habitantes en 2021. Empleo privado en torno al 30% del total, un incremento desde 2018 del 7%, vs caída empleo público del 1,7%.
- En el año 2027 habrá un déficit global de unos 9.000 médicos, que se debe sobre todo a la falta de médicos MFC.

Informe Oferta-Necesidad

Especialistas Médicos en España 2021-2035

- Las migraciones de médicos tienen un importante papel en el SNS. En 2021 se homologaron 4.293 títulos de médicos. Clara diferenciación entre universidades públicas y privadas, suscitando problemas de equidad horizontal, el de *Cartera o Cabeza*.
- Por especialidades, harán falta menos pediatras (aunque hoy haya escasez) y más especialistas que traten enfermedades crónicas asociadas al envejecimiento y a pacientes pluripatológicos complejos. La MFyC merece atención. Por lado demanda: alta necesidad. Por lado de la oferta, es la segunda especialidad con una pirámide etaria más envejecida, con los mayores porcentajes de profesionales con >60 años (uno de cada tres) y >50 años. Problema se agudiza: gran número de MFC optan por ejercer en el sector sanitario privado o en la medicina de urgencias, pública y privada.

¿Dónde están los MFC?

- En los últimos 10 años han salido unos **19.000** nuevos MFC del MIR en España (aproximadamente la mitad de profesionales MFC de la red pública)
- Pero solo el 13.5% de los MFC de la red pública tienen menos de 40 años ¿Dónde están esos MFC jóvenes?
 - 5.300 en red pública (EAP y urgencias AP)
 - 7.000 en la privada
 - 4.000 en urgencias hospitalarias red pública

<https://nadaesgratis.es/beatriz-gonzalez-lopez-valcarcel/medicos-numeros-y-mas-alla-de-los-numeros>

Vicente Ortún (Dir.)

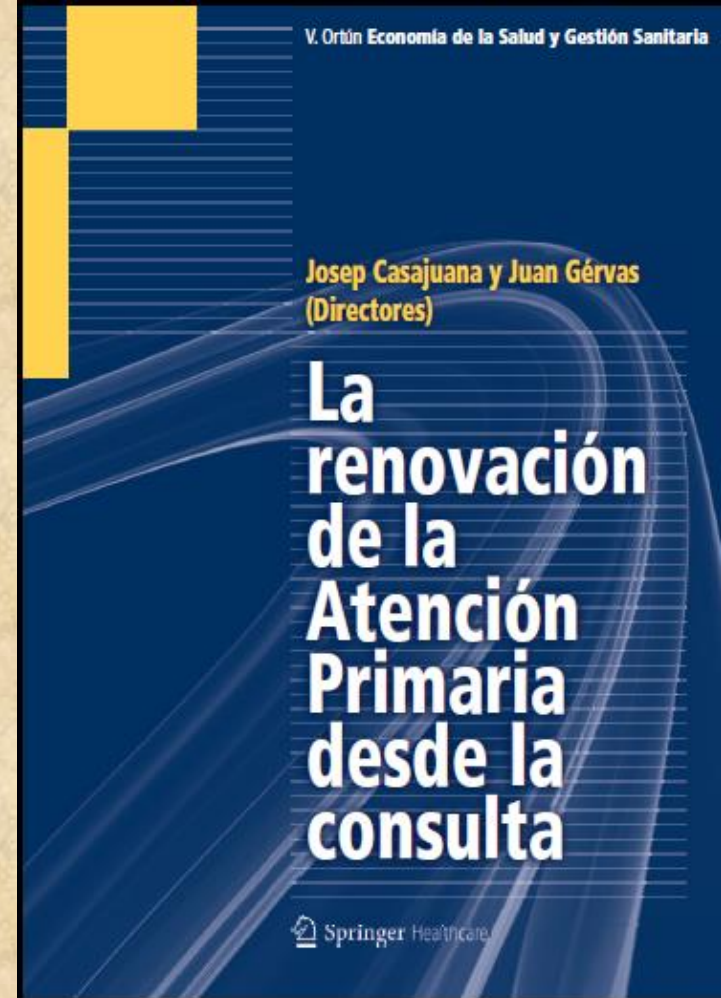
La refundación de la Atención Primaria

**Josep Casajuana y Juan Gérvas
(Directores)**

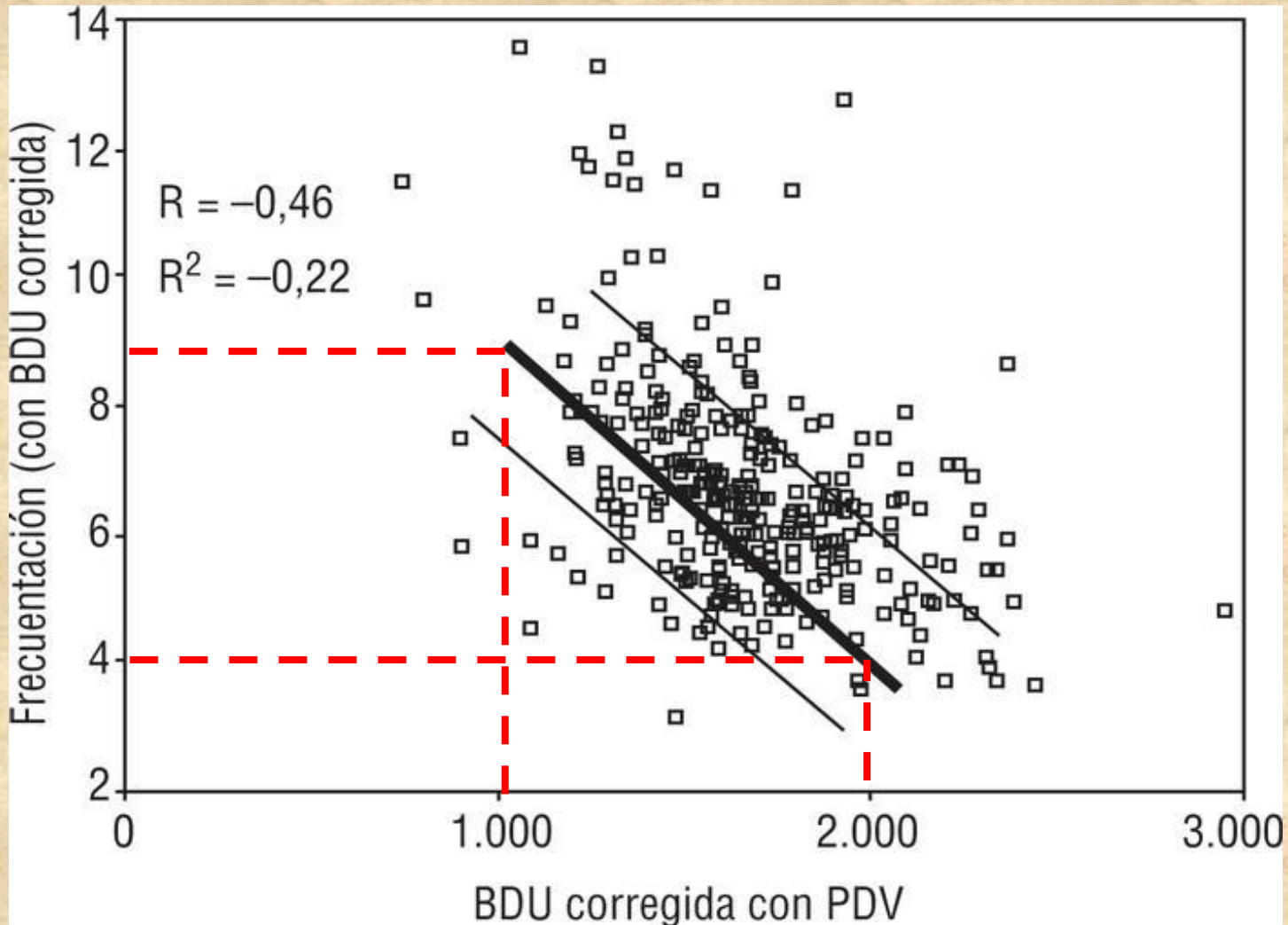
La renovación de la Atención Primaria desde la consulta

Renovar la AP para:

- Influir en estilos de vida
- Mantener visión global del paciente
- Aumentar VP+
- Coordinar e integrar atención
- Manejar los ajustes presupuestarios
- Posibilitar la sostenibilidad (deseabilidad) de la componente sanitaria del Estado del Bienestar



1. ¿Frecuentación exógena?



2. ¿Prescripción inducida?

FMC -Volumen 7, Número 5, Mayo 2000

**Tema
para el debate**

Prescripción inducida en atención primaria: de la excusa pasiva a la gestión activa

J.M. Bordas y J. Casajuana
EAP Gòtic. ICS. Barcelona.

Editorial

AMF 2008;4(3):122-124

El doctor Kleenex y la batalla de la receta

Josep Casajuana
Gerente de Àmbito de Atenció Primària de Barcelona Ciutat. ICS.

3. ¿Capacidad resolutive?

- "Dejar de hacer para poder hacer".

Actividades:

1/ Administrativas fuera

2/ Autogeneradas, básicamente controles de crónicos incluyendo niños crónicamente sanos, compartidas con otros profesionales..

3/ Asistenciales: Gestión enfermera de la demanda

Orientación hacia AP implica

- Planificación (control de oferta influencia legítima sobre práctica clínica) y regulación que permita la gestión de la utilización (la morbilidad no es medida de necesidad sino de utilización)
- Cierta poder para la AP
 - Una articulación entre niveles liderada por hospitales -lógica de la *realpolitik*- no siempre conveniente...salvo que una financiación capitativa estimule el *business case* de los hospitales (cuando sean autónomos)

Business case AP para SNS requiere business case para actores

- Hay *business case* para un sistema sanitario orientado a la AP (razones de beneficio social)
- Hace falta también que exista ese *business case* para los actores del SNS
- Los dos ya que la calidad de un sistema sanitario no resulta de la suma de la calidad de sus componentes

Geisinger

.... secuencia el exoma a toda la población, tratando los hallazgos (BrCa, Lynch...) en atención primaria, y a los diabéticos tipo II les proporciona terapia alimentaria en lugar de farmacológica, bajando así los costes anuales a una quinta parte y consiguiendo una bajada de la hemoglobina glicada 2'5 veces superior. Geisinger además trabaja en una zona poco dinámica de Pensilvania.

...aunque los hospitales continuarán con su crecimiento metastásico.

<https://www.medscape.com/viewarticle/902769>

Propuestas para fortalecer AP

50 SOCIEDAD

Crisis del sistema sanitario // A debate

DOMINGO, 16 DE FEBRERO DE 2020 ABC

Antonio Siso

Profesor de Medicina de la UB y presidente de la CAMFiC

«Se debe revalorizar la carrera y retener el talento»

1. Los problemas se resumen en tres: profesionales, de organización y de prestigio. Medicina Familiar y Comunitaria es la especialidad garante de la sostenibilidad del sistema sanitario, y paradójicamente, la más deficitaria: en tres años viviremos un volumen de jubilaciones muy superior a incorporaciones. Tenemos organizaciones cuyo marco normativo las convierte en lentas y rígidas. Por el contrario, los cambios sociales crecen rápidamente. Ese desequilibrio con distintas velocidades entre rigidez administrativa y avances sociales tensiona tanto a profesionales como organizaciones (convirtiéndolas en ineficientes). El exceso de burocracia y

la ausencia de proyección científico-técnica en perspectiva desprestigian el sector.

2. Incrementar significativamente las inversiones en los centros de salud, modernizarlos y dotarlos de presupuesto independiente de los hospitales. Prover herramientas que permitan a los profesionales autogestionar agendas y recursos humanos en un marco público. Revalorizar la carrera profesional, incrementar las plazas MIR de medicina familiar, retener el talento evitando fugas a otros países, desburocratizar las consultas, y ampliar roles y competencias de otros profesionales que integran los centros. Ampliar y consolidar a especialistas en Medicina de Familia como profesorado de las facultades. Financiar la investigación en esta área mediante estructuras y convocatorias específicas. De todo ello el ciudadano debe exigir garantías: o las protegemos con una Ley de Atención Primaria, o acordamos un Pacto de Estado.

3. Existen diferencias territoriales en la accesibilidad, coordinación, gestión o resolución, entre otras. Incrementar la inversión en Atención Primaria es una apuesta segura en términos de eficiencia global: el Consejo Interterritorial y las Consejerías deben 'arremangarse' hacia la modernización del sistema. Creeré en un auténtico cambio cuando atendamos a altos cargos políticos, mediáticos y económicos en centros de salud.



INÉS BARRUELOS



ABC

Remedios Martín Álvarez

Presidenta de la Sociedad de Médicos de Familia (semFYC)

«La situación no es homogénea en todo el país»

1. Los problemas que castigan la Primaria son los déficits en longitudinalidad y accesibilidad, que tocan directamente las necesidades de salud de la ciudadanía. En accesibilidad, el último dato de tiempo medio de espera era de 5,8 días; debemos mejorar y poder decir 'vamos a dar una respuesta hoy a tu demanda, a tus necesidades'. Además, debemos lograr que te atienda tu médico, enfermero o administrativo de referencia. La longitudinalidad mejora nuestra sanidad: mantener el mismo médico de familia puede reducir la mortalidad un 25 por ciento; las hospitalizaciones, un 28 por ciento; y el uso de urgencias, un 30 por ciento.

2. Las soluciones pasan por dotar de más autonomía a los profesionales, porque somos extraordinarios. Defendemos un modelo de equipo con una triada de médico, enfermería y administrativo sanitario. Ya demostramos trabajar con autonomía y autogestión

en base a criterios clínicos los primeros meses de pandemia, decidiendo quién, cómo y cuándo seguimos a cada paciente. También es imperativo recuperar las gerencias de Primaria, pues las gerencias hospital-AP han sido el sustento para nuestra infraestimación. Y a largo plazo, queremos una Ley de Primaria garantista para el ciudadano, que ampare la universalidad, la longitudinalidad, la accesibilidad, eficiencia, la capacidad de resolución y una cartera de servicios, con una financiación finalista real y blindada del 25 por ciento del presupuesto de sanidad.

3. Es preocupante la situación de la Atención Primaria en general, pero no es homogénea en todo el país. En Madrid, las médicas y los médicos han estado mal y siguen estándolo, lamentablemente, sin expectativas de mejora. Hay otras comunidades en las que, por lanzar un mensaje en positivo, si se están impulsando mejoras.

informes CAMFiC

Atención Primaria
en la era post-COVID
revolución para la transformación

Propuestas para orientar SNS a la AP

1. **Financiación capiativa.** Pasar de financiar servicios sanitarios a financiar atención sanitaria a una población constituye una palanca de fomento de la integración que se está utilizando de forma creciente en el mundo.

Cuando existe base geográfica, como en España, se trata de ajustar por necesidad (RU hace años) o igual subsidio público para la misma necesidad (algunos países escandinavos).

Mayor problema: aislar influencia de la oferta, el determinante más importante de la utilización sanitaria.



Joan Gené: El debate está en 'saber como se puede hacer'

Aten Primaria. 2019;51(5):266-268

Orientación a la atención primaria: la oportunidad que ninguna sociedad puede perder

Vicente Ortún

Olga Pané

28/02/2022



Propuestas para orientar SNS a la AP

2. Autonomía organizativa responsable. Maduración de un país donde predomina el principio de legalidad (aparente?) pero no el de orientación a resultados en entornos de competencia por comparación en calidad. Se precisa mejor Estado no solo en Sanidad, también en Investigación y Universidades para no perder el tren de nuestros homólogos franceses, daneses o portugueses. Descentralización progresiva -incluso modelos tipo EBA voluntarios- gestión de agenda y capacidad de compra en AP. Garantía de contratación efectiva y no corrupta. Laborales y funcionarios. *Grandfathering*.

Propuestas para orientar SNS a la AP

...2. **Autonomía organizativa responsable.** Aquí es donde resulta más difícil 'saber como se puede hacer'

- ¿Explotar resquicios regulatorios?
- ¿Radicalismo selectivo?

Gestión pública continua siendo para muchos un oxímoron. Para otros, fuera del funcionariado no hay salvación.

Mejor gestión pública requiere mejor política.

La sanidad pública desfallece por ser gestionada como un negociado de vados: Preocupa el 'control de la legalidad' (o su apariencia) no la eficacia gestora que hace resolutive la sanidad y, por tanto, deseable para la población votante.

Mejor Estado

Para abordar bienes públicos, también los globales:

- Naturales (como la estabilidad climática)
- De producción humana (como el conocimiento)
- Políticos: Paz, reducción desigualdad, estabilidad financiera

...y todas las reformas pendientes

- en un contexto de confianza en las instituciones muy baja
- tratando de compatibilizar el *tick* UE con el aplantillamiento general (LOSU; Ley de Ciencia, Tecnología e Innovación; proyecto de Ley de 'Equidad' = adhesión inquebrantable a la gestión directa)

Propuestas para orientar SNS a la AP

3. Discriminar positivamente la AP. Valoración social, autonomía, variedad, estabilidad, oportunidades de desarrollo (docencia, investigación) pero también incentivos monetarios
Sencillamente flexibilidad gestora para contratar adaptándose a características de la persona y del puesto... y mayor remuneración, particularmente en MFC, para corregir un fallo de mercado.

Idea Hsiao Resource Value-Based Scale preparación, esfuerzo y experiencia similares llevan a valoraciones de mercado muy diferentes en la dimensión silla-'physi-fashion'

Propuestas para orientar SNS a la AP

4. Equipos multiprofesionales. Asignar funciones según capacidad resolutive.

- Potenciar el rol de la enfermera, su especialización compatible con el cuidado gen
- Gestión enfermera de la demanda
- Administrativos *clinical assistant*
- Relación activa con farmacias comunitarias
- ...

ORIGINALES

Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería

Alba Brugués Brugués, Antoni Peris Grao, Laurentino Martí Aguasca y Gemma Flores Mateo



JAN

JOURNAL OF ADVANCED NURSING

ORIGINAL RESEARCH

A randomized controlled trial of nurses vs. doctors in the resolution of acute disease of low complexity in primary care

Begoña Iglesias, Francisca Ramos, Beatriz Serrano, Mireia Fàbregas, Carmen Sánchez, María José García, Hèlia Marta Cebrian, Rosa Aragonés, Josep Casajuana, Neus Esgueva & PIPA Group

Accepted for publication 2 February 2013

Propuestas para orientar SNS a la AP

5. Revisar por completo los contenidos administrativos de las consultas que ocupan el 30% del tiempo

Les voy a contar lo que no soy, por Teresa Fernández

 saludinerop.blogspot.com/2023/01/les-voy-contar-lo-que-no-soy-por-teresa.html

10 Actividades burocráticas
para  **NO HACER** en Atención Primaria

6. Dotar tecnológicamente los centros de primaria de **acceso rápido a recursos** diagnósticos. Más allá del ecógrafo y la ecografía como técnica propia de AP, deben poder utilizarse plataformas diagnósticas.

Propuestas para orientar SNS a la AP

7. Evitar el onfalocentrismo. Dado que importa la integración entre niveles, sus rutas y episodios, habrá que **coordinarse con otros gestores del paciente** una vez se deriven.

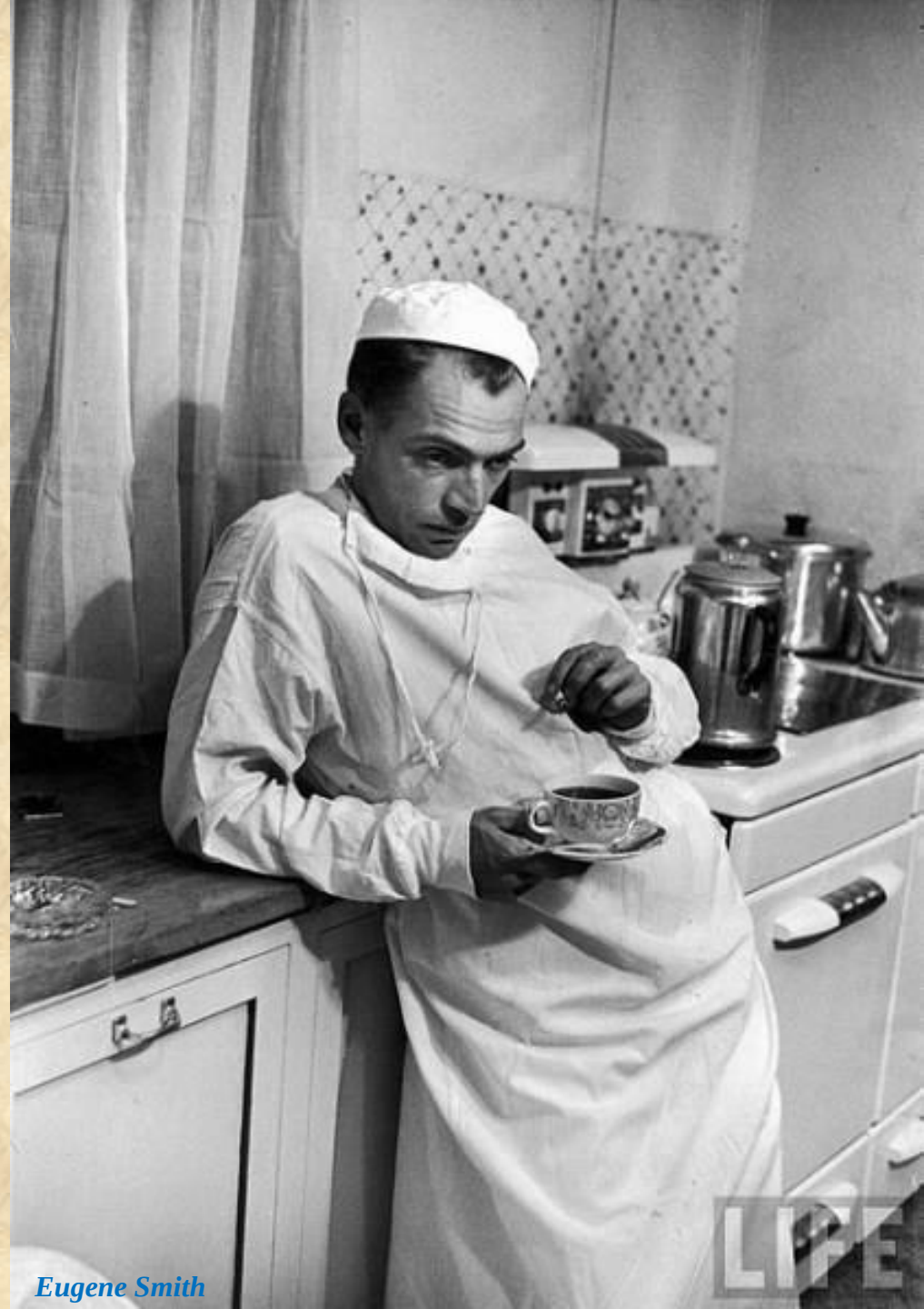
8. **Clínicos y gestores** en igualdad con 'controladores'. La pandemia ha puesto en valor el profesionalismo y ha mostrado que la gestión importa.

9. Recuperar **dimensión comunitaria AP**: residencias, escuelas, domicilios, terminales...

10. **Numerus clausus** aumento selectivo, efecto a 10 años. A corto plazo, atraer jubilados, retener con buenos tutores a los residentes MFC, ¿repescar de Urgencias y privada?

Gracias

vicente.ortun@upf.edu



Eugene Smith