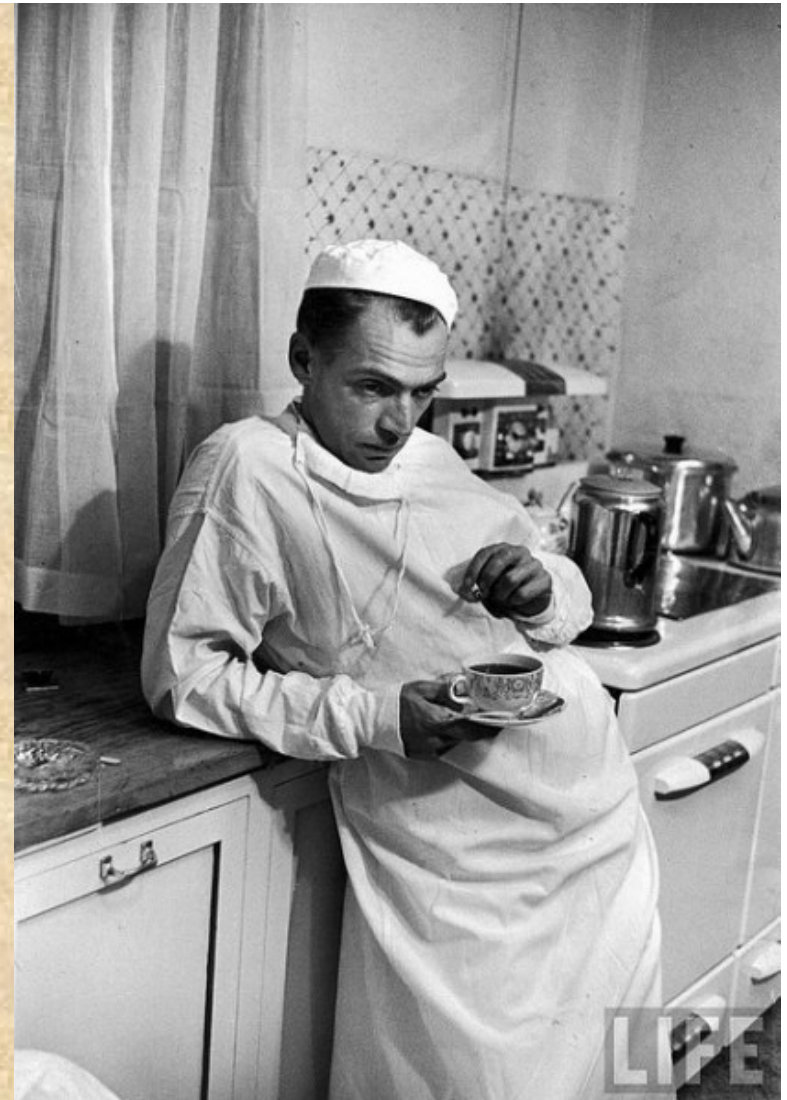


*Eugene Smith*

# Serveis sanitaris, crisi i estat del benestar: com afrontar-ho des de la legitimitat social i la racionalitat tècnica

Vicente Ortún



# Guión

- I. Salud, bienestar, crisis, servicios sanitarios y estado del bienestar
- II. Reformas clínicas
- III. Reformas políticas sanitarias
- IV. Cambios sociales
- V. Atención Primaria

# Grandes términos relacionados

- Salud  $\neq$  Bienestar (aunque sea un  $\frac{1}{2}$ )
- Impacto crisis en salud  $\neq$  Impacto crisis en servicios sanitarios
- Problemas no con Estado de Bienestar ...sino con la modalidad de EB en España (más gasto social sobre PIB que Noruega y más gasto sanitario sobre PIB que promedio OCDE)

*Sapir Globalization and the reform of European social models. J Common Mark Stud 2006;44:369-90*

# Solvencia EB

- Deseabilidad primero
  - Pérdidas evitables de legitimidad
- Equilibrio intergeneracional
- Actuación intersectorial
  - Pensión/fármacos, educación/relámpagos
- Limitaciones al crecimiento de la presión fiscal
  - ¿Aseguramiento privado? 8+2 pero < recorte

# Mayor productividad con mejora Estado del Bienestar

- Competencia internacional
- Sistemas de Bienestar flexibles
  - Transferencias que no desestimulen ni la responsabilidad individual ni la necesidad de trabajar
  - Del *welfare* al *workfare* (condicionalidad de prestaciones)
  - Decisiones legítimas y financiación prudente

# Efectos de la crisis en la salud

- Según instituciones sociales y civilidad
- Estados bienestar consolidados
  - Basic pensions increase reduces excess mortality in 'old'
  - Policies aimed at lone parents reduce child mortality

# Parece que...

- No todas las crisis económicas son iguales
- Las políticas públicas pueden prevenir y curar muchos de los efectos de las crisis sobre la salud
- Instituciones, clave



*Goya: Lo peor es pedir*

# Efecto crisis en servicios sanitarios

- Elasticidades renta  $\cong 1$  largo plazo  
Ajuste más rápido con mayor gasto privado

*Cantarero D, Pascual M 2012*

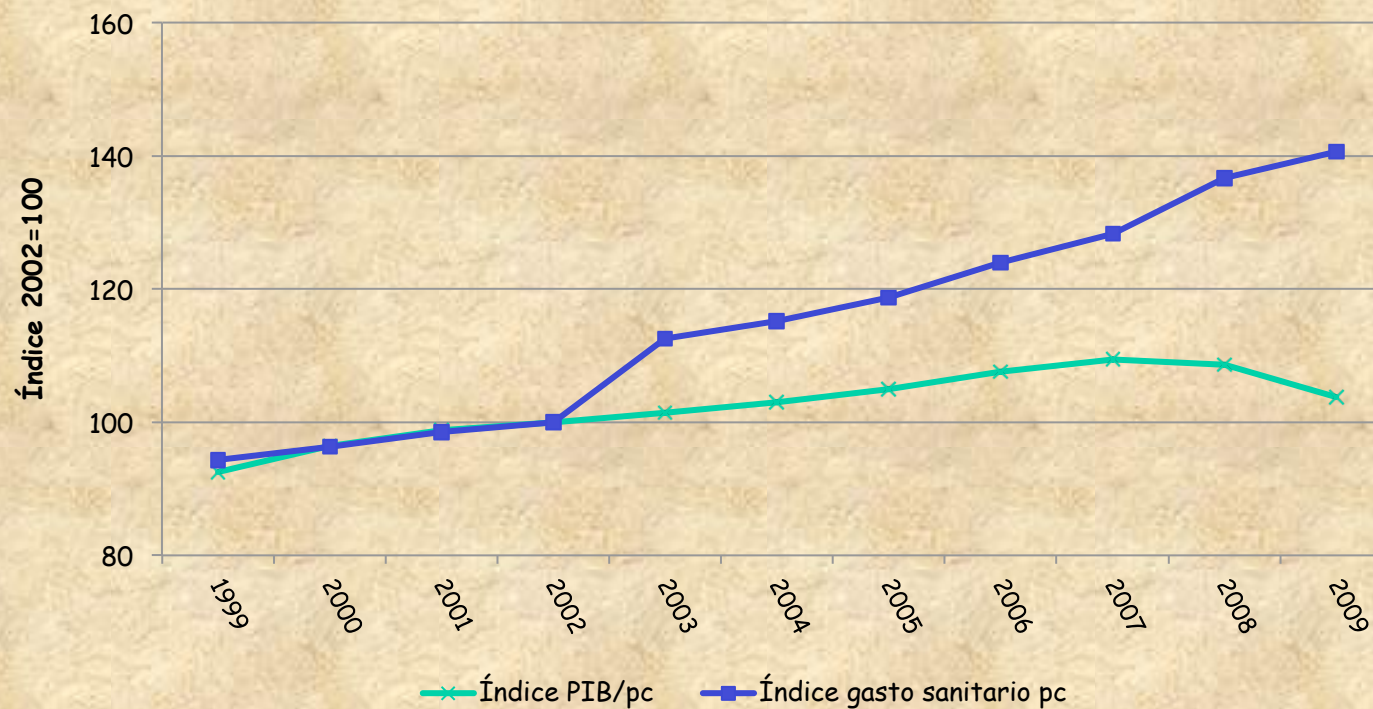
- Disminuye utilización (hosp, urgencias...) mejorando indicadores calidad y manteniendo satisfacción. Mejora la salud percibida.

*Observatorio Sistema Salud Catalunya: Impacto ajuste*



# ...Tendencias recientes

Figura 1: PIB y gasto sanitario público real per capita (OCDE)



# Desplazamiento frontera tecnológica

Servicios sanitarios secundarios entre los  
determinantes históricos de la salud

*(Fogel, McKeown)*

Porque apenas lo eran

Cortes transversales no reflejaban avances  
en frontera tecnológica

→ Perspectiva longitudinal

→ Coste beneficio generalizado

# Guión

I. Salud, bienestar, crisis, servicios sanitarios y estado del bienestar

**II. Reformas clínicas**

III. Reformas políticas sanitarias

IV. Cambios sociales

V. Atención Primaria

# Ningún sistema es mejor en todo

1. En promedio, el gasto sanitario resulta valioso
2. Más (gasto) no siempre es mejor (salud, educación, investigación...)  
...pero menos de cualquier forma todavía peor
3. Atención útil deja de suministrarse

*Adults in developed countries receive about half of needed medical care for the leading causes of death and disability*

*McGlynn et al. NEJM 2003; 348: 2635-45*

## The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 1: The Content, Quality, and Accessibility of Care

Elliott S. Fisher, MD, MPH; David E. Wennberg, MD, MPH; Thérèse A. Stukel, PhD; Daniel J. Gottlieb, MS; F.L. Lucas, PhD; and Etoile L. Pinder, MS

Background: The health implications of regional differences in

Results: Average baseline health status of cohort members was

## The Implications of Regional Variations in Medicare Spending. Part 2: Health Outcomes and Satisfaction with Care

Elliott S. Fisher, MD, MPH; David E. Wennberg, MD, MPH; Thérèse A. Stukel, PhD; Daniel J. Gottlieb, MS; F.L. Lucas, PhD; and Etoile L. Pinder, MS

Background: The health implications of regional differences in Medicare spending are unknown.

Objective: To determine whether regions with higher Medicare spending achieve better survival, functional status, or satisfaction with care.

Design: Cohort study.

Setting: National study of Medicare beneficiaries.

Patients: Patients hospitalized between 1993 and 1995 for hip fracture ( $n = 614\ 503$ ), colorectal cancer ( $n = 195\ 429$ ), or acute myocardial infarction ( $n = 159\ 393$ ) and a representative sample ( $n = 18\ 190$ ) drawn from the Medicare Current Beneficiary Survey (MCBS) (1992–1995).

Exposure Measurement: End-of-life spending reflects the component of regional variation in Medicare spending that is unrelated to regional differences in illness. Each cohort member's exposure to different levels of spending was therefore defined by the level of end-of-life spending in his or her hospital referral region of residence ( $n = 306$ ).

orts), change in functional status (MCBS cohort), and satisfaction (MCBS cohort).

Results: Cohort members were similar in baseline health status, but those in regions with higher end-of-life spending received 60% more care. Each 10% increase in regional end-of-life spending was associated with the following relative risks for death: hip fracture cohort, 1.003 (95% CI, 0.999 to 1.006); colorectal cancer cohort, 1.012 (CI, 1.004 to 1.019); acute myocardial infarction cohort, 1.007 (CI, 1.001 to 1.014); and MCBS cohort, 1.01 (CI, 0.99 to 1.03). There were no differences in the rate of decline in functional status across spending levels and no consistent differences in satisfaction.

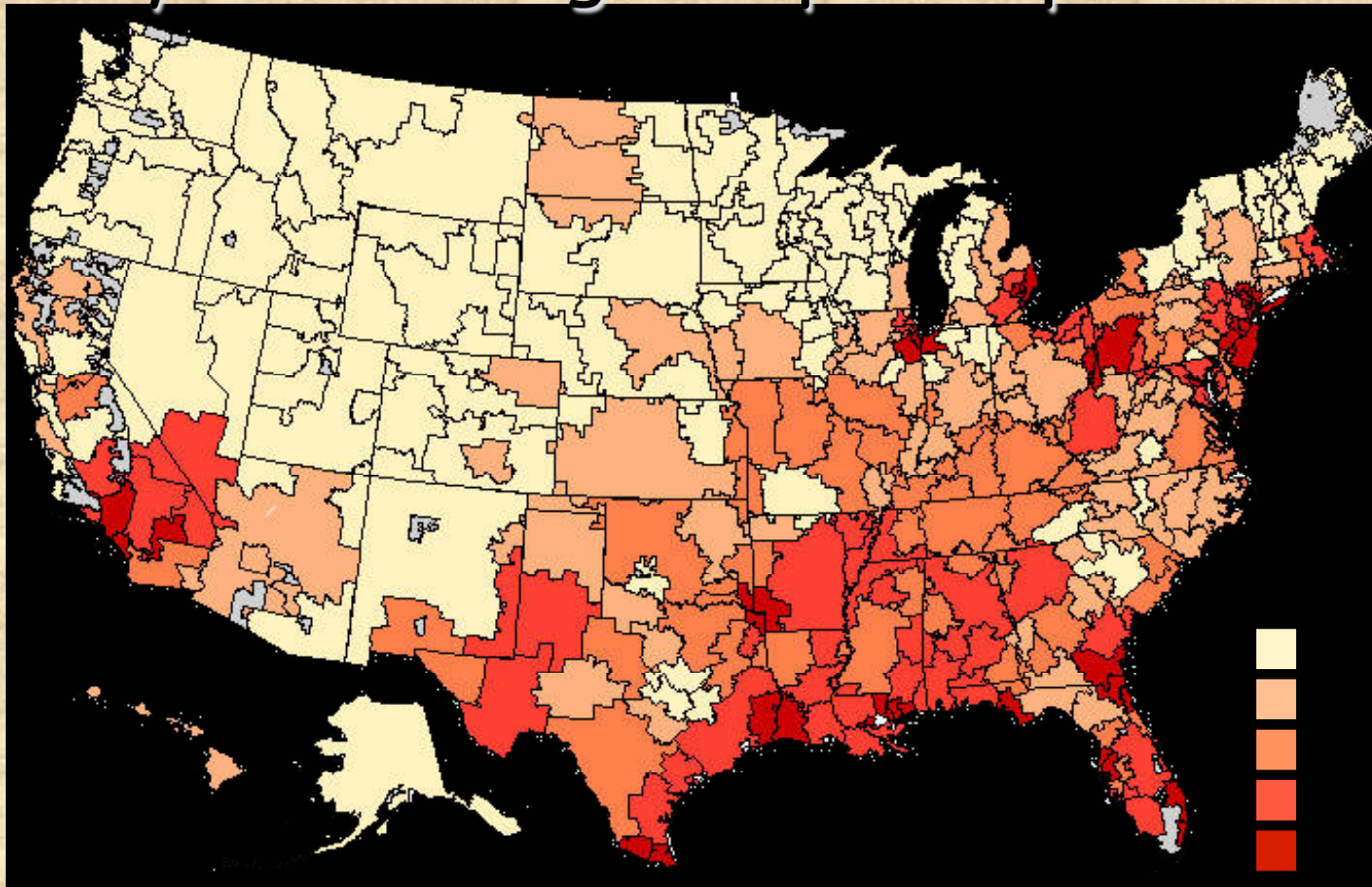
Conclusions: Medicare enrollees in higher-spending regions receive more care than those in lower-spending regions but do not have better health outcomes or satisfaction with care. Efforts to reduce spending should proceed with caution, but policies to better manage further spending growth are warranted.



# Detalles del estudio:

- Población: Medicare
  - IAM n = 159,393
  - Cáncer colorectal n = 195,429
  - Fractura de cadera n = 614,503
  - Current Beneficiary Survey n = 18,190  
(población general mayor de 65 años)
- Diseño: experimento natural, asignación a quintiles de intensidad de práctica según residencia
  - La intensidad fue medida según la cantidad de recursos utilizados por la población de Medicare en sus últimos seis meses de vida.
  - 306 mercados naturales de uso de los servicios sanitarios especializados

# Variaciones regionales en el gasto estandarizado en los seis últimos meses de vida -- y media de gasto per-cápita en Medicare



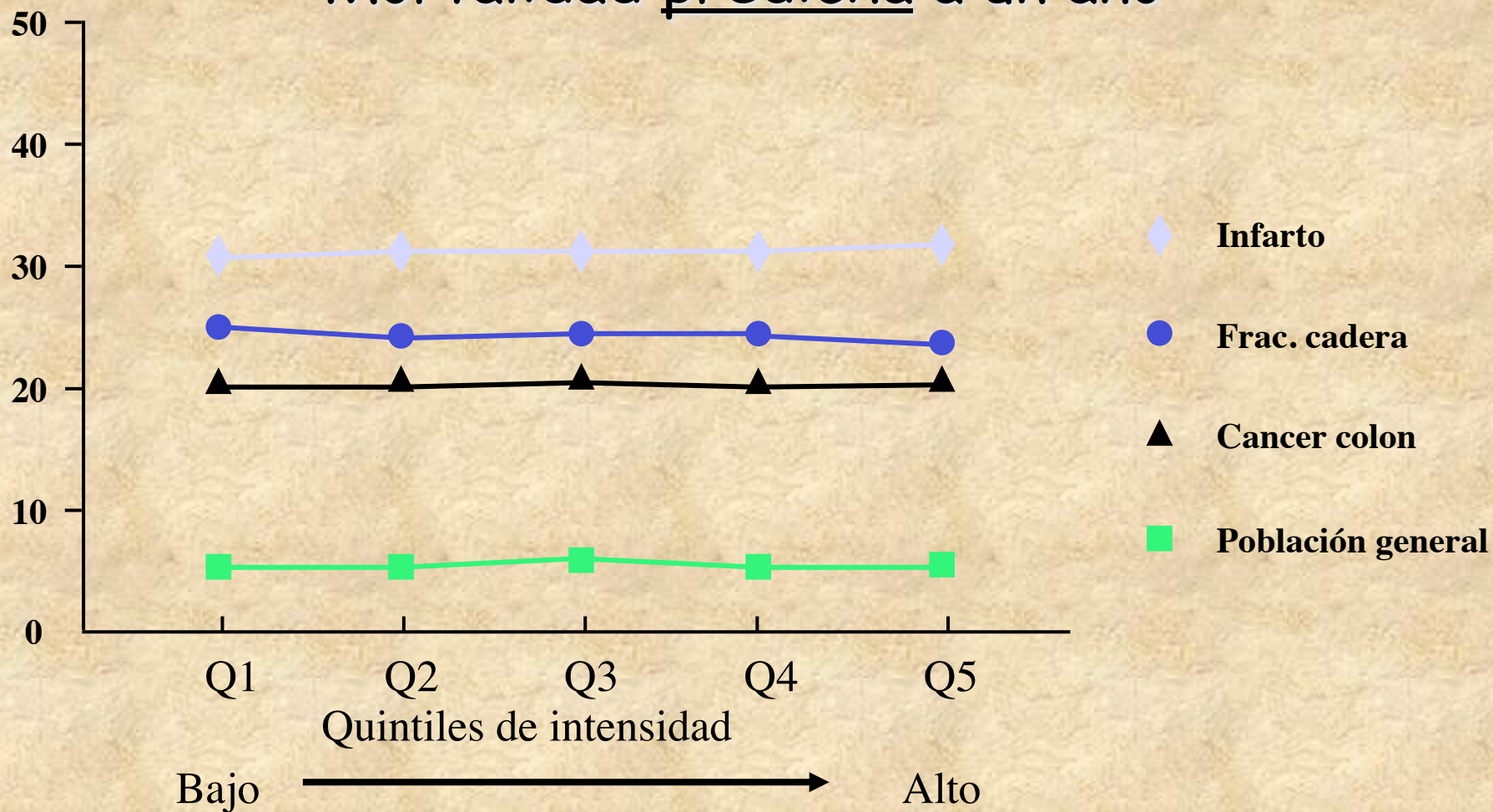
Gasto últimos 6 meses de vida	Gasto Población General
\$ 9,074	\$ 3,922
\$ 10,636	\$ 4,439
\$ 11,559	\$ 4,940
\$ 12,598	\$ 5,444
\$ 14,644	\$ 6,304

Ratio: 1.61 1.61

Validación de métodos

# Pacientes similares

## Mortalidad predicha a un año

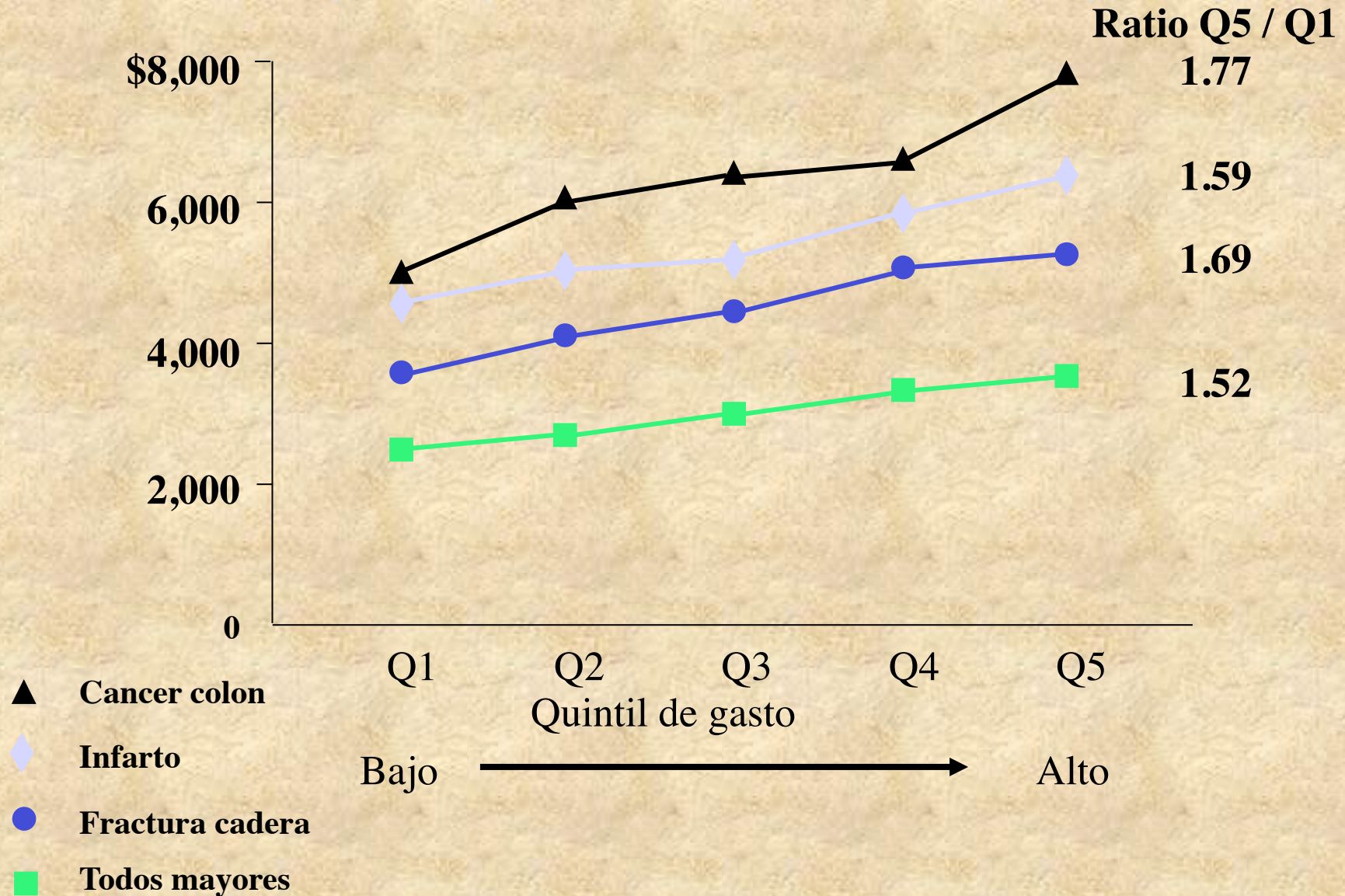




Validación de métodos

# Tratados de forma diferente

Uso anual per-cápita de Recursos Médicos y Hospit.



# Categorías de cuidados

- Cuidados efectivos
  - Cuidados sensibles a las preferencias
  - Servicios sensibles a la oferta
- Cuidados, basados en pruebas, que todos los pacientes deberían recibir
  - Múltiples opciones a elegir que precisan intercambios con el paciente
  - Visitas, estancias hospitalarias, consultas al especialista

## Cuidados efectivos:

Riesgo relativo entre las regiones de mayor gasto (Q5) y menor gasto (Q1)

0.5 1.00 1.5 2.0 2.5 3.0

### IAM

- Reperfusion en las 12 hours IAM
- Aspirina en el momento de la admisión
- Aspirina al alta
- IECA al alta
- Beta Bloqueante en admisión
- Beta bloqueante al alta

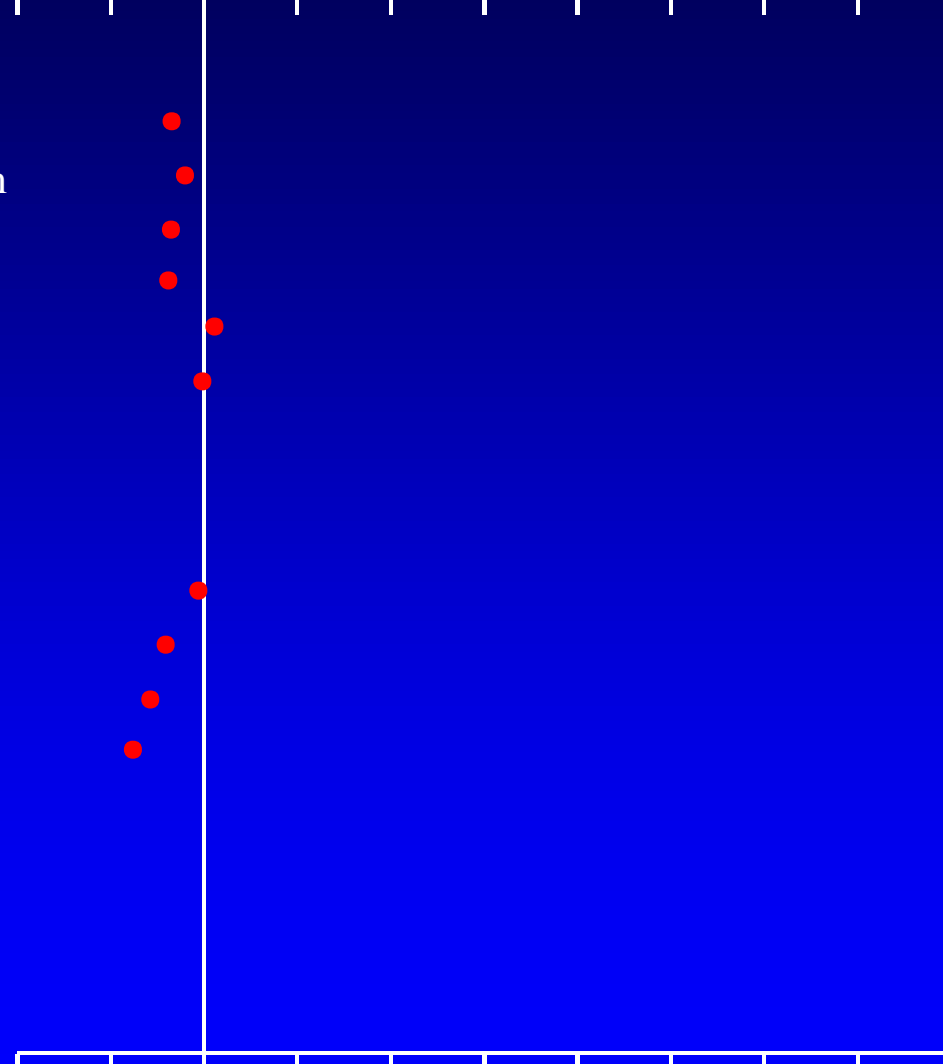
### Población general

- Mamografía, Mujeres 65-69
- Papanicolau, Mujeres 65+
- Inmunización gripe año anterior
- Inmunización neumococo

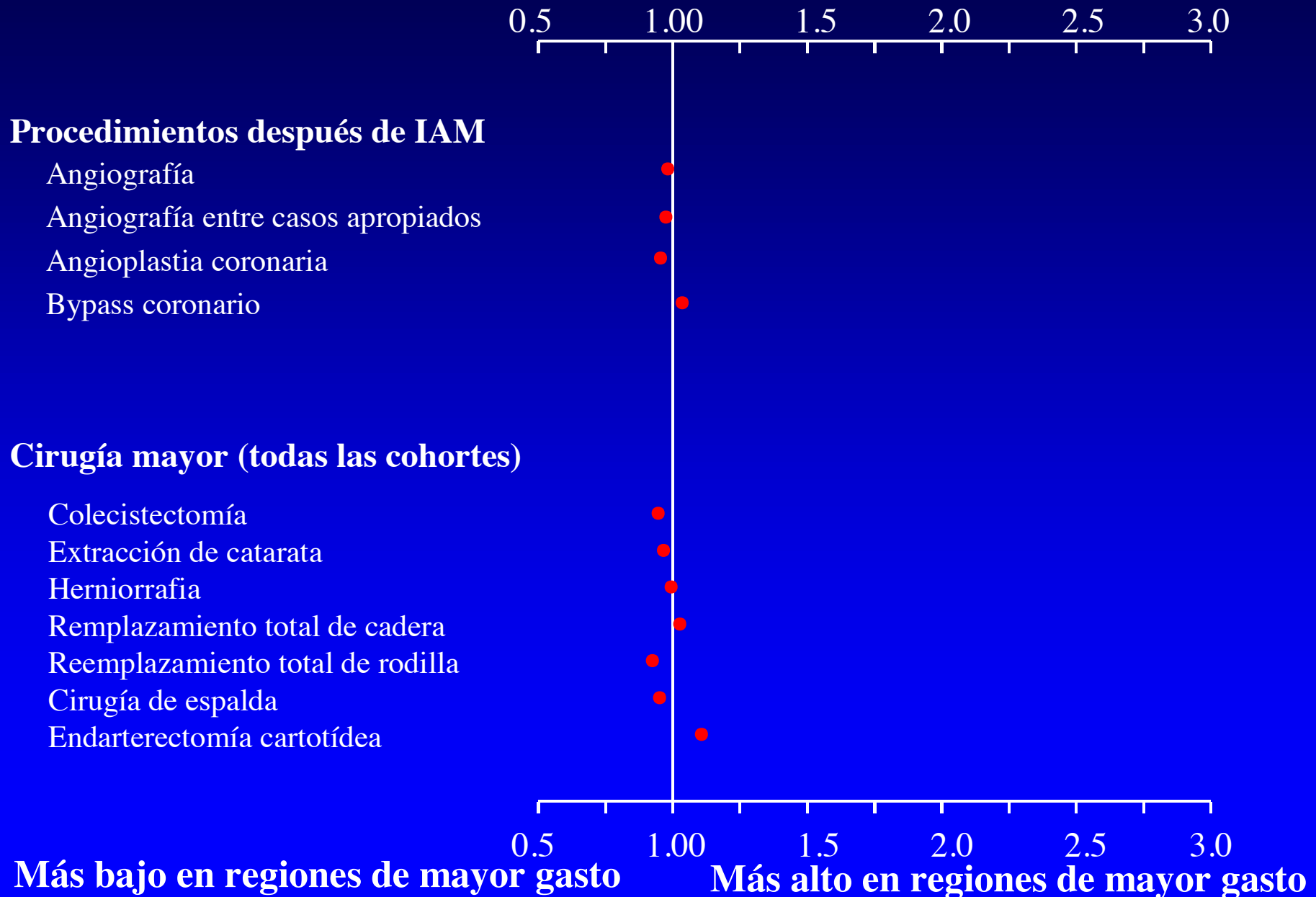
0.5 1.00 1.5 2.0 2.5 3.0

Más bajo en regiones de mayor gasto

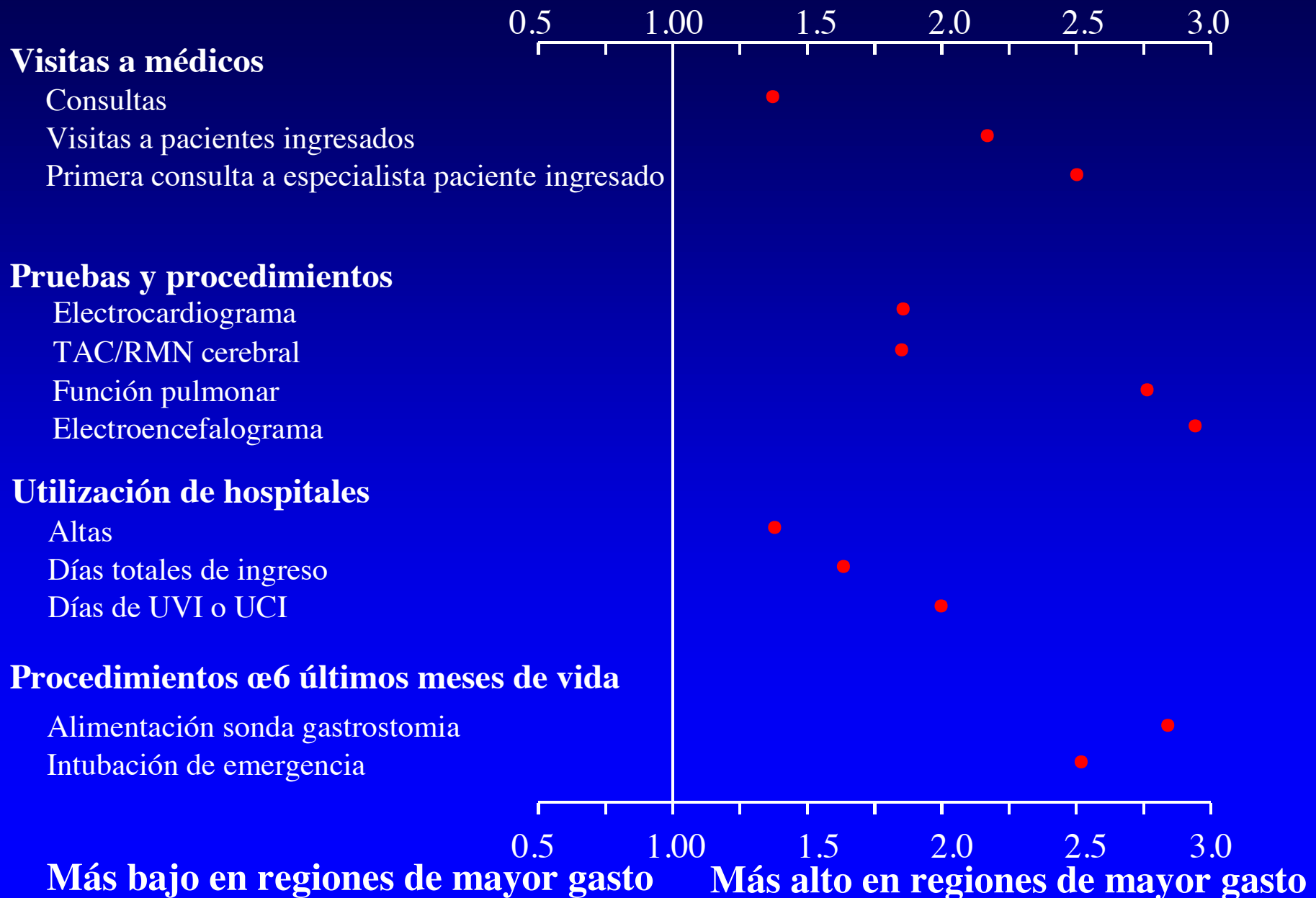
Más alto en regiones de mayor gasto



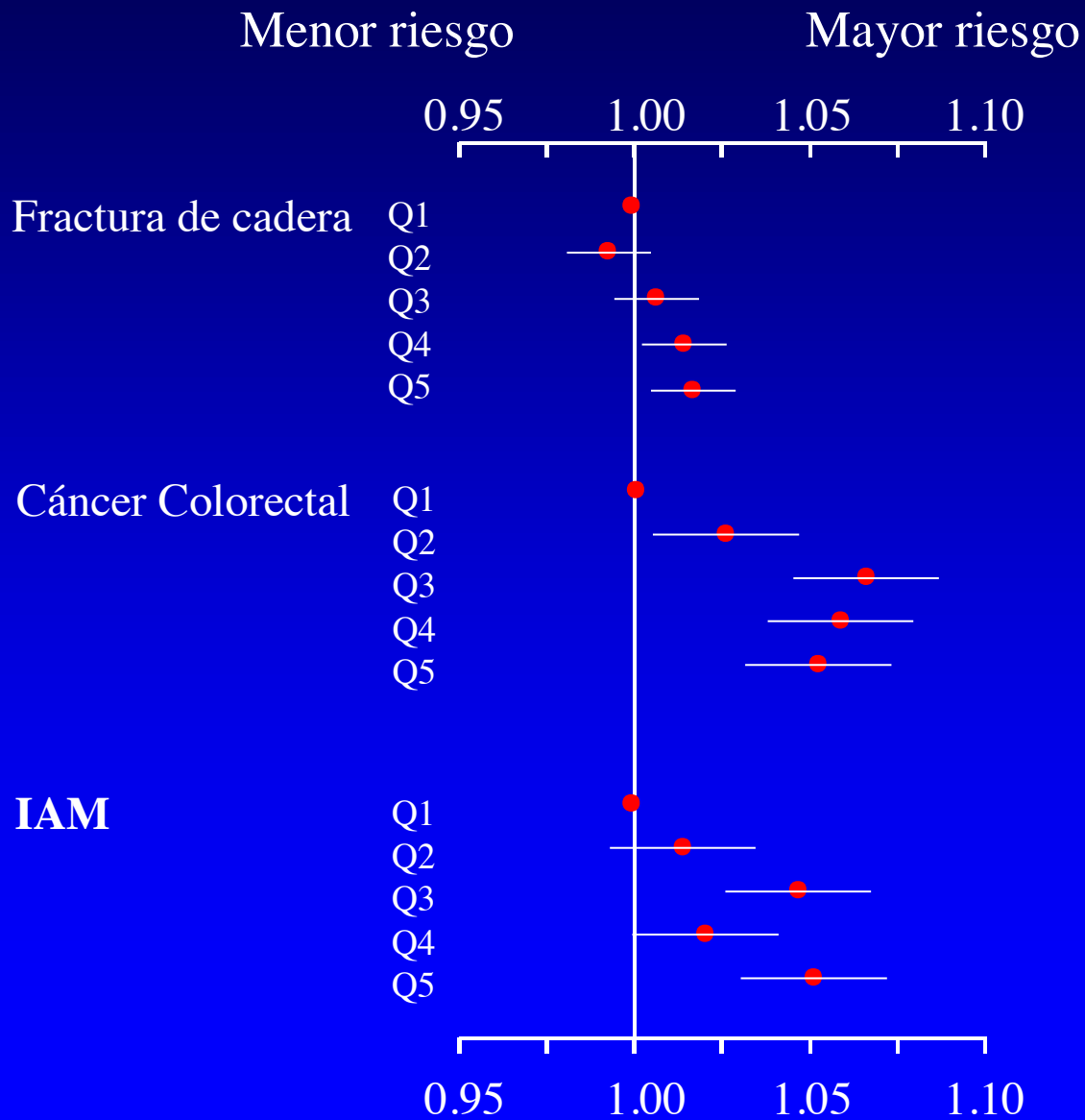
***Cuidados sensibles a preferencias:***  
regiones de mayor gasto vs regiones menor gasto



## *Cuidados sensibles a la oferta* regiones de mayor gasto vs regiones menor gasto



# Riesgo relativo de muerte según quintiles de gasto



# ¿Qué consigue el mayor gasto?

## Regiones de alto gasto

- Calidad de los cuidados
  - Infarto peor
  - Servicios preventivos peor
- Acceso a los cuidados
  - Atención Primaria peor
  - Tiempos de espera peor
- Satisfacción no mejor
- Estado funcional no mejor
- Mortalidad peor

# Ningún sistema sanitario es mejor en todo

- No es cuánto... sino cómo se gasta
- Calidad puede reducir costes o NO pero lo que importa es:
  - La comparación beneficios/costes
  - El que tratamientos efectivos dejen de suministrarse (*¿el 50% de Glynn?*)
  - El que parte de la atención sanitaria pueda eliminarse sin afectar negativamente los resultados en salud (*¿el 30% de Fisher?*)



Valor del AVAC

D

$\lambda_{SNS}$

q

$\lambda \geq p$

Número de procedimientos

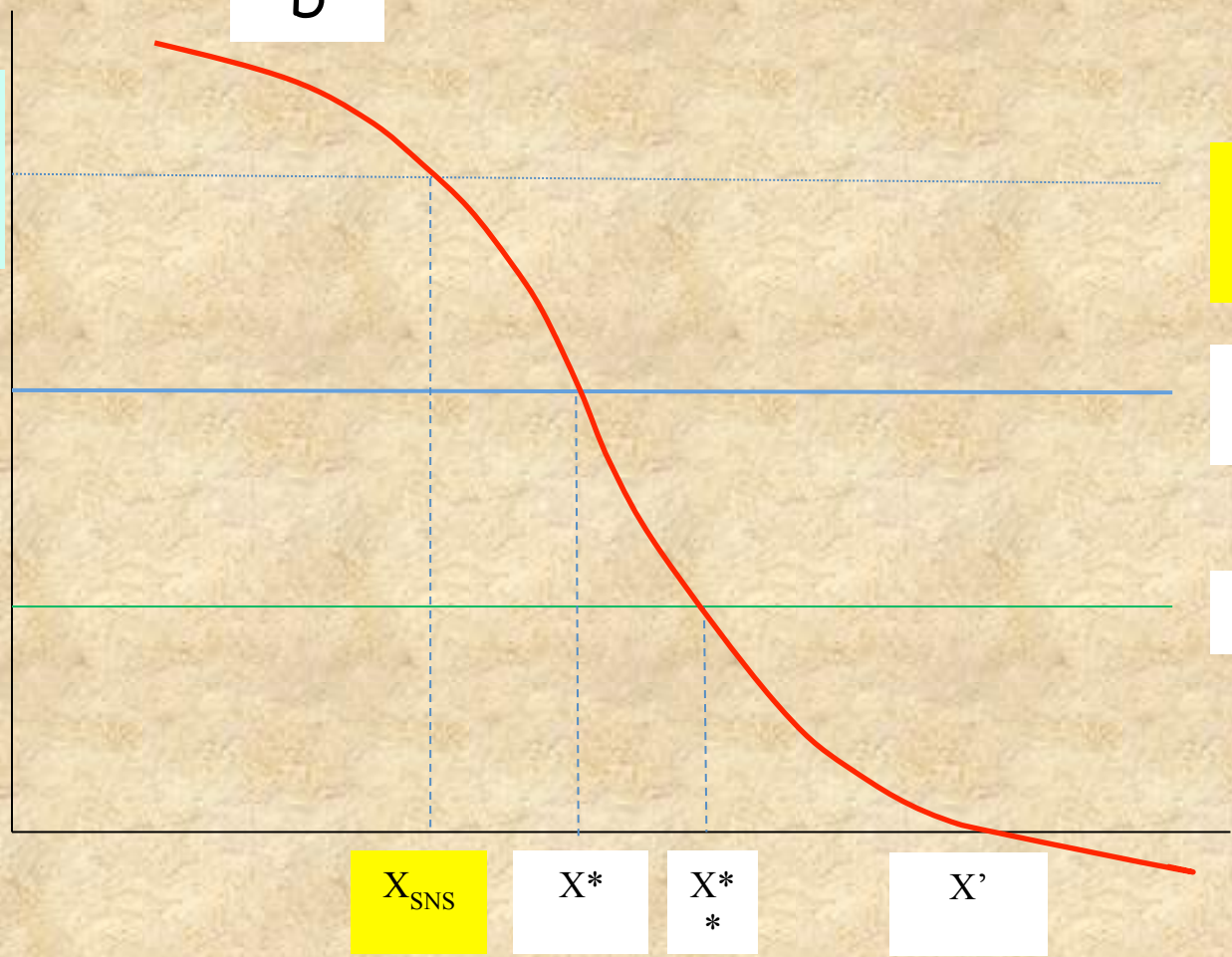
$X_{SNS}$

$X^*$

$X^*$   
\*

$X'$

Fuente: Chandra y Skinner 2011

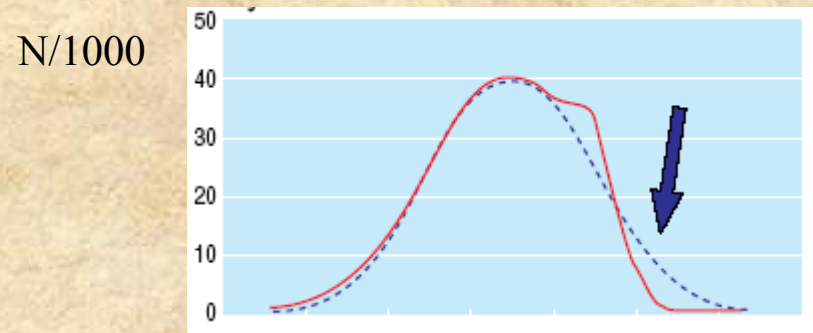


# Health in all policies

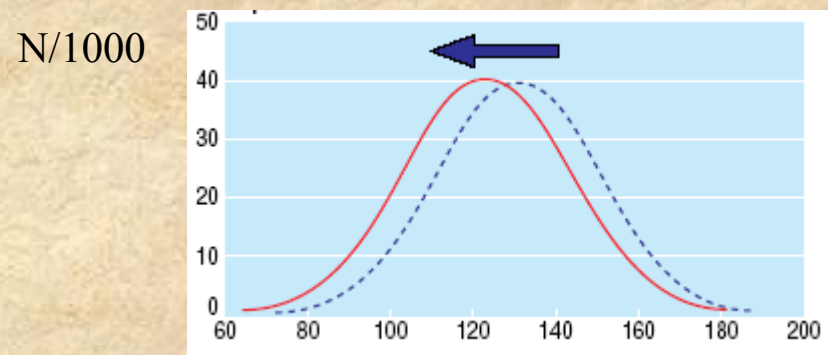
## Taking stock of our knowledge

- 4:1 or 40:1 (life styles)
- €2.000 a year in drugs or an increase on the retirement pension for one third of consumption
- ‘Healthy child’ program or deprived child program?

High-risk individuals strategy



Population strategy



Systolic pressure (mmHg)

# Clínica 1: Reducir las brechas

- Consuetudinarias: Lavado de manos, listado de comprobación quirúrgica, utilización de medicamentos, cesárea...

*Campillo 2011*

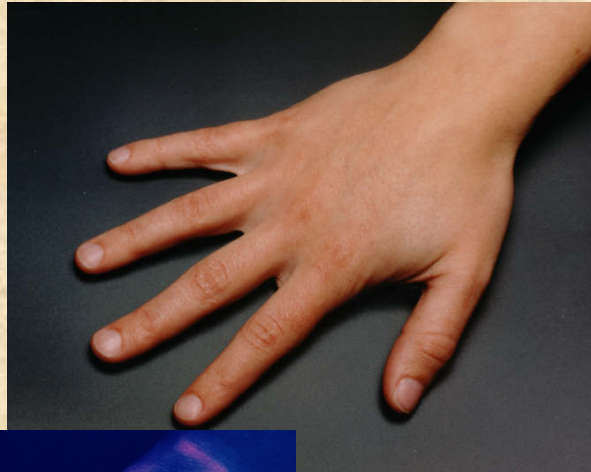
- Cotidianas

*Acercarse a la frontera de posibilidades de producción*

# Petri y los antiosteoporóticos

- Eficacia: Antiosteoporóticos
- Efectividad: Petri
- VPM para escepticemia
- Eficiencia para nota (mejor hablamos de calidad)

# Información y Sensibilización



## Llava't les mans

**La salut de tots en les teues mans.**

La higiene correcta de les mans prevé contagis en els centres sanitaris. Amb la teua ajuda podem evitar-los.



### Recomanacions per a la higiene de les mans\_

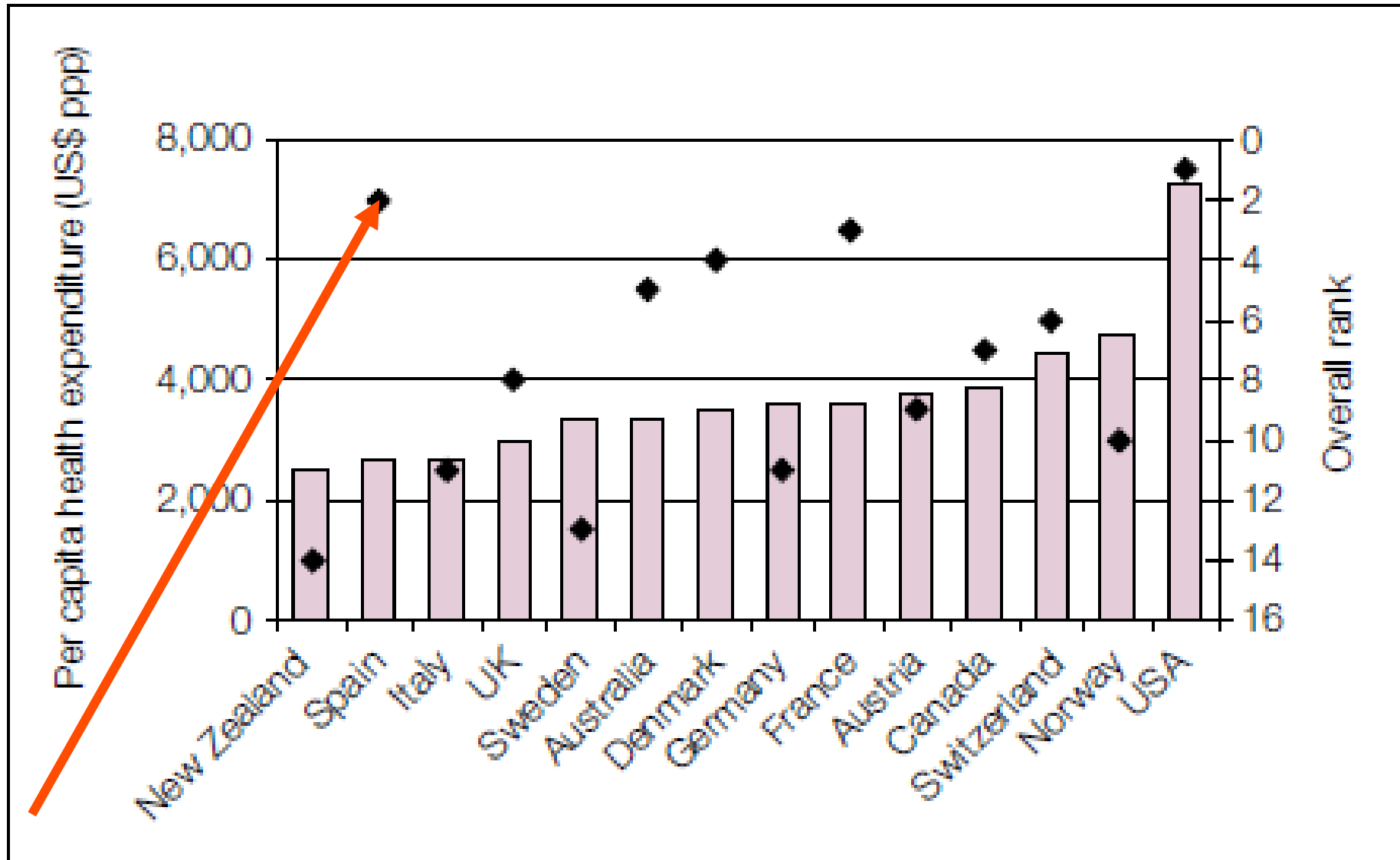
#### QUA QUAN?

- VISITANTS
  - A l'entrada i l'entrada de les instal·lacions sanitàries.
- PERSONAL SANITARI
  - Abans...
    - d'entrar en contacte amb el pacient.
    - de posar-se els guants per a col·locar un catèter, vendes, control.
    - d'insertar una sonda urinària o quirúrgica.
  - Després...
    - d'haver tocat la pell del pacient.
    - d'haver estat en contacte amb líquids o fluids, gel·l no líquids o agents de fertilitat.
    - de llevar-se els guants.

#### COM COM?

- VISITANTS
  - Llava't les mans amb sabó abans d'entrar a la zona on est treballant els pacients.
- PERSONAL SANITARI
  - Quan les mans estan visiblement brutes...
    - lava-te-les amb sabó o antisèptic i aigua.
  - Si les mans estan aparentment netes...
    - usa la desinfecció alcohòlica de les mans.

**Figure 1: Total expenditure on health per capita (US\$ purchasing power parity) in 14 countries (2007) against overall ranking of drug usage across 14 therapy areas**



# Clínica 2: Reducción grasa

- Altamente coste-efectivos: Antibióticos, aspirina y  $\beta$ -bloqueantes en IAM, lavarse las manos; antiretrovirales en alto coste
- Tratamientos potencialmente coste-efectivos pero con beneficios muy heterogéneos: antidepresivos, cesáreas o angioplastias.
- Tecnologías de pobre o nulo coste-efectividad. Artroscopia rodilla.

*Moseley 2002...pero Martí 2003 en GestClinSan*

# ...Clínica 2: Reducción grasa

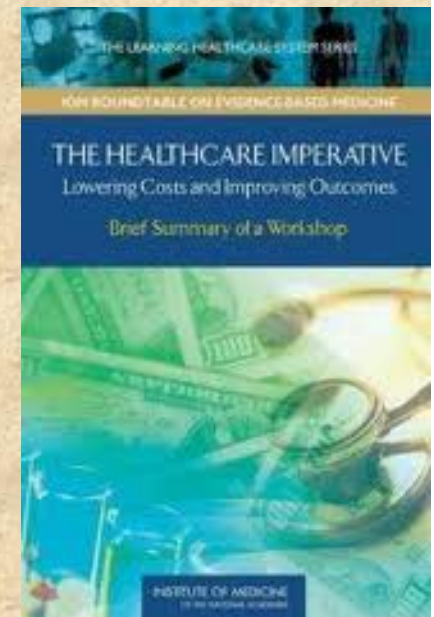
- 30% gasto en EE.UU.

*Institute of Medicine 2011: Lowering costs  
and improving outcomes*

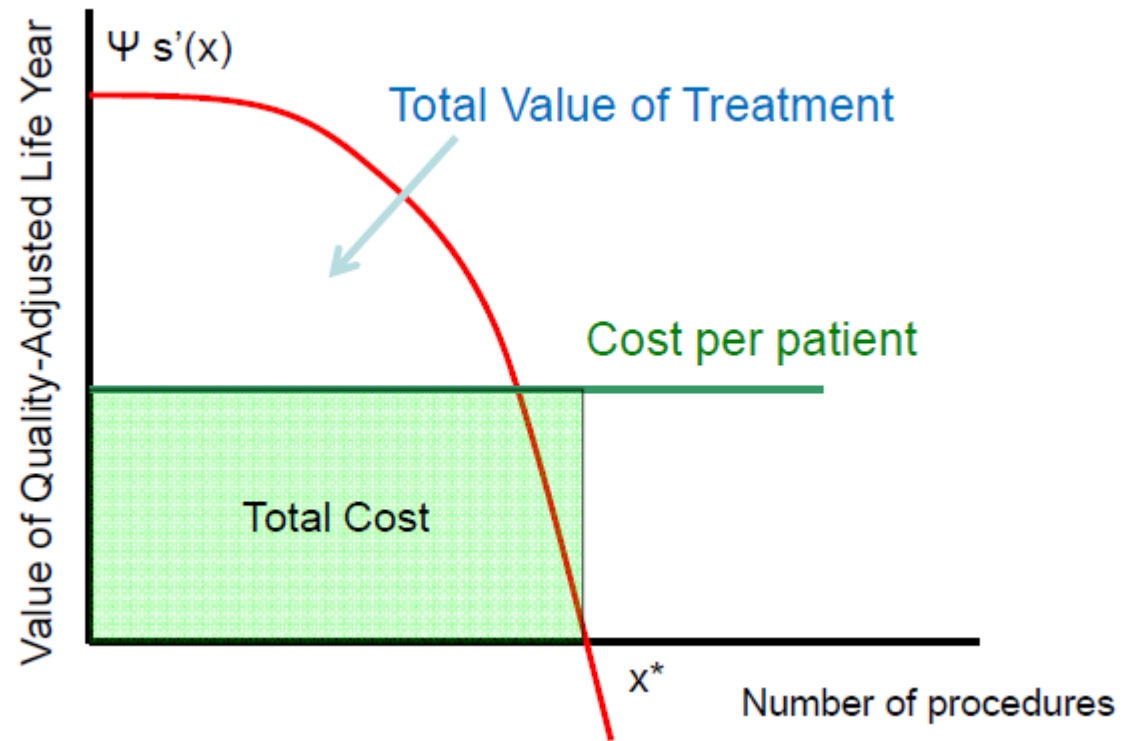
The NEW ENGLAND JOURNAL of MEDICINE

ORIGINAL ARTICLE

A Randomized Trial of Vertebroplasty  
for Osteoporotic Spinal Fractures

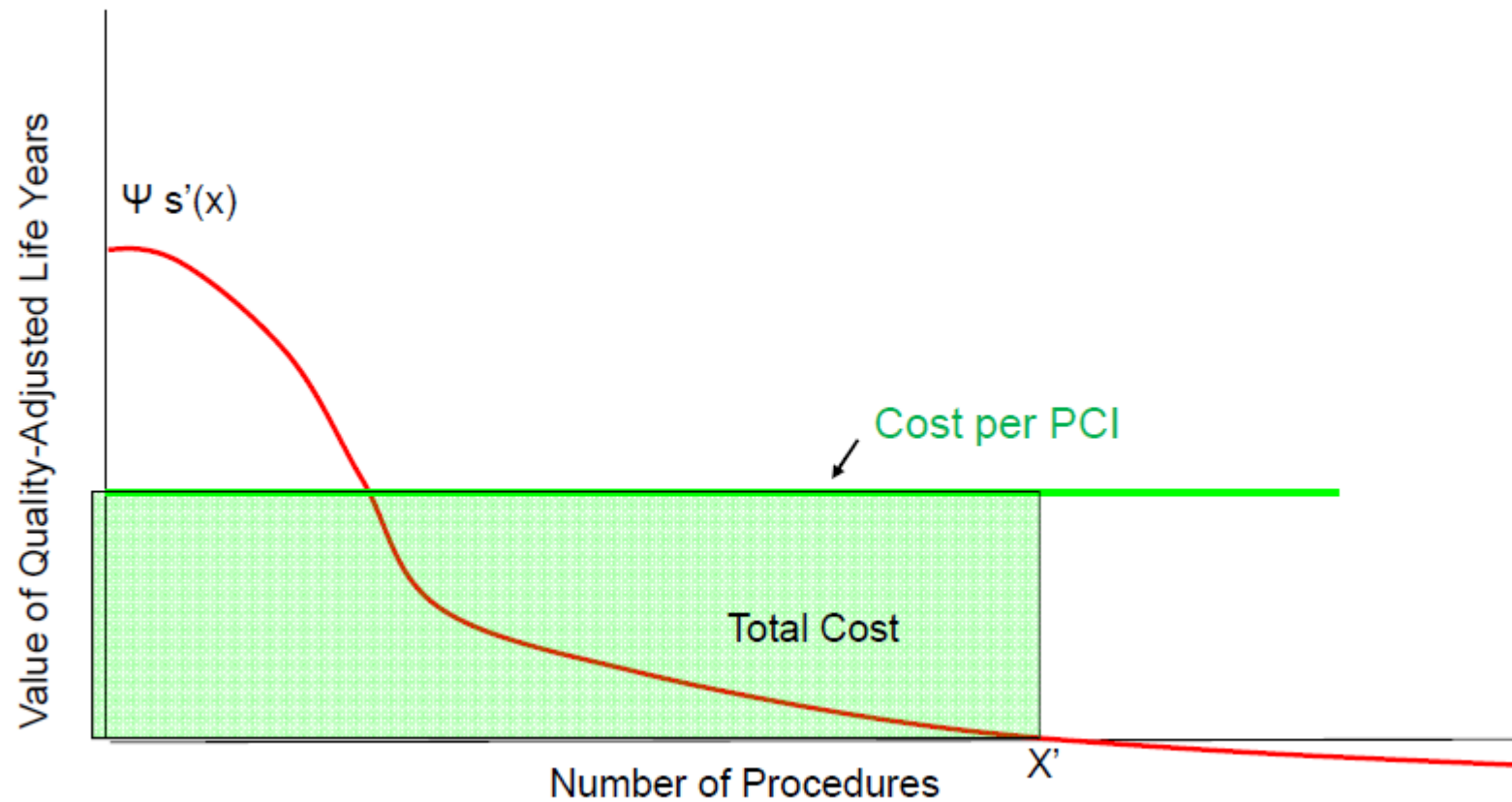






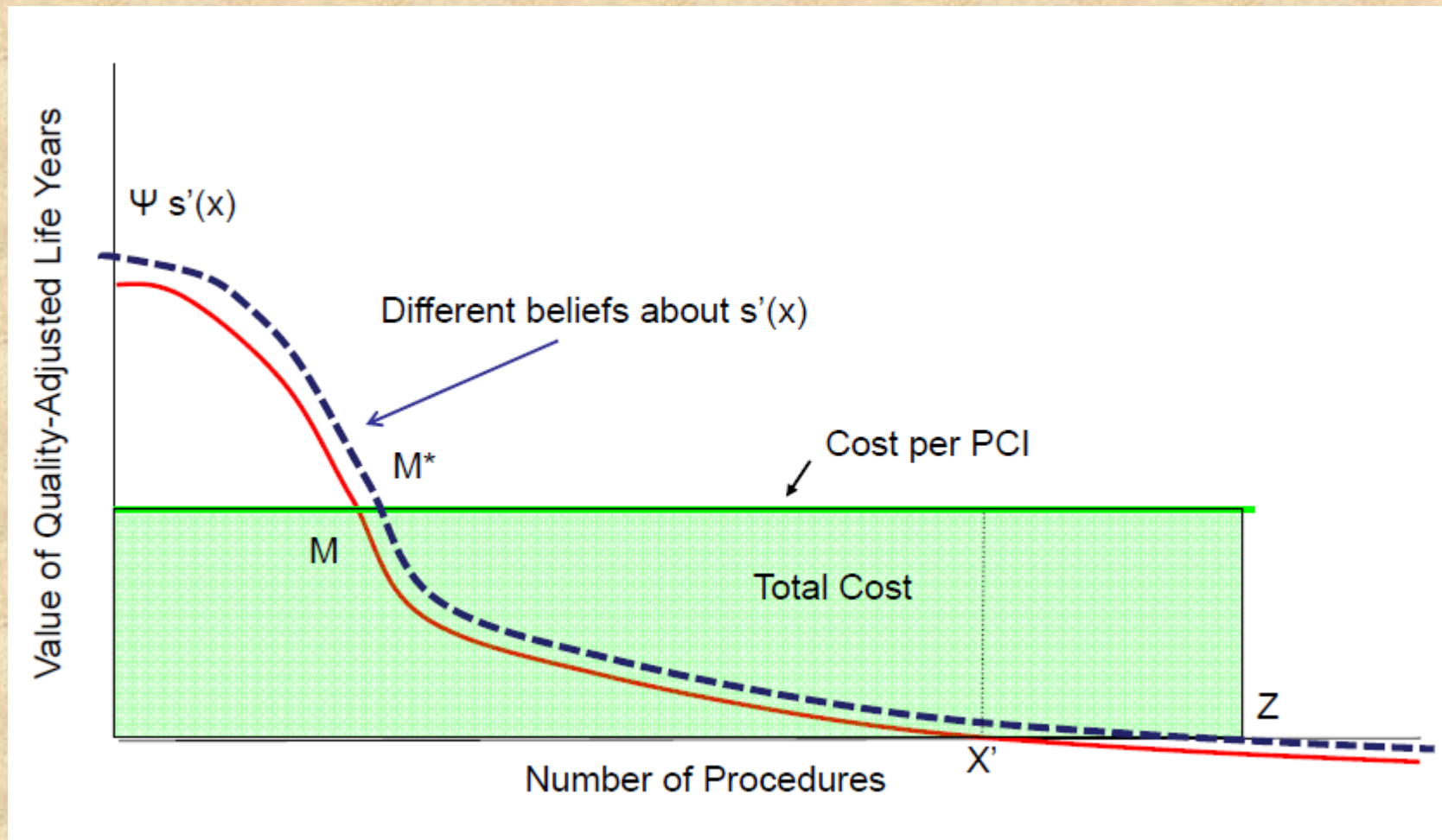
Beneficios y Costes de Servicios altamente coste-efectivos y con derivada segunda de la función de producción fuertemente negativa

Fuente: Wennberg, Fisher y Skinner 2002, Chandra y Skinner 2011



Beneficios y costes de tratamientos potencialmente coste-efectivos pero con beneficios muy heterogéneos

Fuente: Wennberg, Fisher y Skinner 2002, Chandra y Skinner 2011



Impacto en la utilización de las VPM o en la demanda para tratamientos coste-efectivos pero con beneficios muy heterogéneos

# Clínica 3: Reasignación

- Dejar de financiar, en todo o en parte, medicamentos, dispositivos, procedimientos con nulo o bajo valor clínico al tiempo que promueven los de más alto valor clínico y, además, los recursos liberados se dedican a financiar estos últimos (*desinvestment*)

*Gérvas y Pérez 2011*

*Campillo y Bernal 2012*

# Reasignación en el mundo

- NICE...más de 420 tecnologías candidatas a la reasignación (y desde 2009 tres vías de escape: patient access, cancer drugs, end of life)
- NICE Cost saving guidance
- Lista Croydon Primary Care Trust
- Tecnologías inefectivas o dañinas del Institute of Medicine EE.UU.
- Cataluña: Proyecto 'Essencial'

[http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eccaef0828310VanVCM2000009b0c1e0aRCRD&vanextfmt=default)

[0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eccaef0828310VanVCM2000009b0c1e0aRCRD&vanextfmt=default)

[vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eccaef0828310VanVCM2000009b0c1e0aRCRD&vanextfmt=default](http://www20.gencat.cat/portal/site/canalsalut/menuitem.0f6d9feb5e076b7d48af8968b0c0e1a0/?vgnextoid=e06eccaef0828310VgnVCM2000009b0c1e0aRCRD&vgnnextchannel=e06eccaef0828310VanVCM2000009b0c1e0aRCRD&vanextfmt=default)

ONLINE FIRST | LESS IS MORE

# The “Top 5” Lists in Primary Care

## *Meeting the Responsibility of Professionalism*

*The Good Stewardship Working Group*

**Background:** Physicians can adhere to the principles of professionalism by practicing high-quality, evidence-based care and advocating for just and cost-effective distribution of finite clinical resources. To promote these principles, the National Physicians Alliance (NPA) initiated a project titled “Promoting Good Stewardship in Clinical Practice” that aimed to develop a list of the top 5 activities in family medicine, internal medicine, and pediatrics where the quality of care could be improved.

**Methods:** Working groups of NPA members in each of the 3 primary care specialties agreed that an ideal activity would be one that was common in primary care practice, that was strongly supported by the evidence, and that would lead to significant health benefits and reduce risks, harms, and costs. A modification of nominal group process was used to generate a preliminary list of activities. A first round of field testing was conducted with 83 primary care physicians, and a second round of field testing with an additional 172 physicians.

**Results:** The first round of field testing resulted in 1 activity being deleted from the family medicine list. Sup-

port for the remaining activities was strong. The second round of field testing showed strong support for all activities. The family medicine and internal medicine groups independently selected 3 activities that were the same, so the final lists reflect 12 unique activities that could improve clinical care.

**Conclusions:** Physician panels in the primary care specialties of family medicine, internal medicine, and pediatrics identified common clinical activities that could lead to higher quality care and better use of finite clinical resources. Field testing showed support among physicians for the evidence supporting the activities, the potential positive impact on medical care quality and cost, and the ease with which the activities could be performed. We recommend that these “Top 5” lists of activities be implemented in primary care practice across the United States.

*Arch Intern Med.*

*Published online May 23, 2011.*

*doi:10.1001/archinternmed.2011.231*

Benefits of implementation

NICE implementation programme

Commissioning guides supporting clinical service redesign

Implementation tools

Help implement NICE guidance

Education

Measuring the use of NICE guidance

Shared learning implementing NICE guidance

'Do not do' recommendations

Referral advice

## NICE 'do not do' recommendations

### What are the NICE 'do not do' recommendations?

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

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

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

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

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

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

### What about 'do not do' recommendations before 2007?

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

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

# Reducing spending on low clinical value treatments

Health briefing, April 2011

Croydon List



Delivering more for less





# EXPERTS' GUIDE TO SAVING MONEY IN HEALTH

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



## CARDIOLOGY

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

We should stop revascularisation of patients with stable angina before they have been given optimal drug treatment,<sup>3</sup> extensive coronary stenting in diabetic patients with multivessel disease (in whom bypass surgery is the preferred method of revascularisation<sup>4</sup>), and Holter monitoring of young patients presenting with palpitations and a history indicating ectopic beats (who require only reassurance)<sup>5</sup>, according to

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

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

## CARDIOTHORACIC SURGERY

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

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

The second candidate is pulmonary metastasectomy for advanced colorectal cancer, which "has had no advance in its evidence base in 40 years<sup>12</sup> but is performed with increasing frequency." He thinks that the apparent increased five year survival rate is more likely to be the result of patient selection than of the surgery. He is currently conducting a trial to look at this,<sup>13</sup> but believes there is already enough doubt of benefit to suggest that (apart from removal of solitary lung nodules when the possibility of



# Guión

I. Salud, bienestar, crisis, servicios sanitarios y estado del bienestar

II. Reformas clínicas

**III. Reformas políticas sanitarias**

IV. Cambios sociales

V. Atención Primaria

# Política 1: Planificación

- Gestión de la utilización
- Economías de escala por razones de calidad: Concentración de oferta
- Conveniencia de la especialización
- Planificación 'ansiolítico social': da información pronóstica

# La estatua de la Libertad y...

- Los 'centros de gasto'
- $p$ ,  $q$ , intensidad
- Historia de dos ciudades y Berlín revisitado
- Política de servicios sanitarios
  - Agencia independiente (de verdad)
  - Control de oferta
  - Utilización endógena
    - AP
    - Integración, Capitalistas
    - Profesionalismo, Autonomía y Competencia por Comparación

# Política 2: Financiación selectiva

- Financiación selectiva según CE incremental
  - Galsufase/Maroteaux-Lamy syndrome (536.000€/paciente-año)
  - Idursulfase/Hunter syndrome (1.000.000€/paciente año)
  - Fiv? PSA?
- Cartera de servicios sensata
  - *...y priorización: Solans-Adam-Espallargues 2012, Fusté 2012*
- Pagar por lo que interesa
  - Capitativo - P4P
  - Regulación precios hacia la innovación que interesa

# Precios que orienten hacia la innovación que interesa

- La innovación que apenas se da en sanidad, la que ahorra costes: proceso y organizativa
- Productos: *Value-based pricing* : utilidad terapéutica comparada con ttos ya disponibles.

Próximamente en RU, coste-efectividad dinámico, generalización conveniente

- Evaluación económica en condiciones de transparencia e independencia (alejamiento del marketing científico)

*S Grimm, M Jofre-Bonet...2012*

*J Rovira 2012*

OFFICE OF FAIR TRADING

**The Pharmaceutical Price  
Regulation Scheme**

An OFT market study

# Política 3: Maduración

- Autonomía de organizaciones sanitarias integradas (financiación capitativa) y competencia- sin mercado- entre ellas
  - Seguridad para todos, inmortalidad para nadie
- Evitar las tentaciones fáciles (PPP) que parecen matar muchos pájaros de un tiro

# Competencia por comparación

- Aunque solo sea por comparación...  
llevará a eficiencias similares entre distintas formas organizativas siempre que:
  - No se garantice la inmortalidad
  - Se proporcione cierta capacidad de elección (derivaciones p.e.)
  - Fondos se asignen en consonancia con la eficiencia mostrada



# Guión

I. Salud, bienestar, crisis, servicios sanitarios y estado del bienestar

II. Reformas clínicas

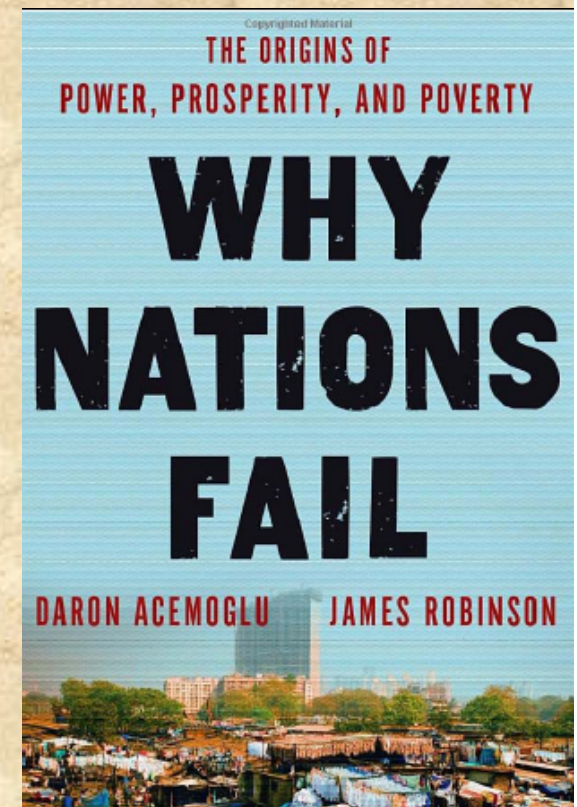
III. Reformas políticas sanitarias

**IV. Cambios sociales**

V. Atención Primaria

# Cambios sociales

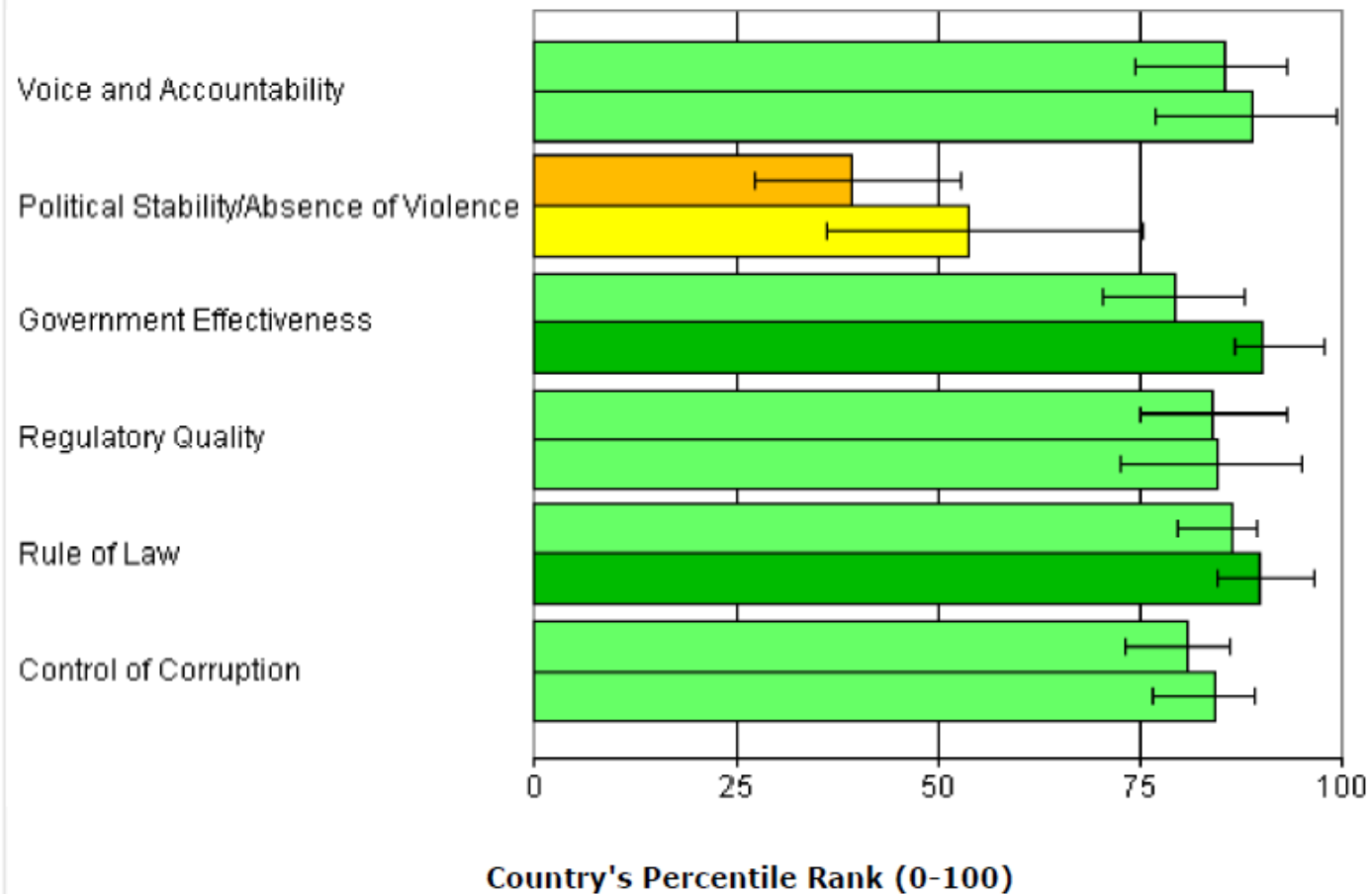
- Experimentos a prueba de fallos
- RD 16/2012
- Viscosidad



# Worldwide Governance Indicators

## SPAIN

Comparison between 2010, 1996 (top-bottom order)



# Transparency International

Índice Percepción Corrupción 2010

Orden	País	Puntos
1	Dinamarca	9,3
2	Nueva Zelanda	9,3
3	Singapur	9,3
14	Irlanda	8,0
16	Alemania	7,9
14	Irlanda	8,0
18	Japón	7,8
19	Qatar	7,7
20	Reino Unido	7,6
21	Chile	7,2
23	Estados Unidos	7,1
24	Uruguay	6,9
25	Francia	6,8
26	Estonia	6,5
27	Eslovenia	6,4
29	Emiratos Árabes	6,3
30	Israel	6,1
<b>31</b>	<b>España</b>	<b>6,1</b>
32	Portugal	6,0
33	Bostwana	5,8
67	Italia	3,9
78	Grecia	3,5

# Global Competitiveness Report 2011-12

Country/Economy	GCI 2011-2012		GCI 2010-2011	
	Rank	Score	Rank	Change
Switzerland	1	5.74	1	0
Singapore	2	5.63	3	1
Sweden	3	5.61	2	-1
Finland	4	5.47	7	3
United States	5	5.43	4	-1
Germany	6	5.41	5	-1
Netherlands	7	5.41	8	1
Denmark	8	5.40	9	1
Japan	9	5.40	6	-3
United Kingdom	10	5.39	12	2
Hong Kong SAR	11	5.36	11	0
Canada	12	5.33	10	-2
Taiwan, China	13	5.26	13	0
Qatar	14	5.24	17	3
Belgium	15	5.20	19	4
Norway	16	5.18	14	-2
Saudi Arabia	17	5.17	21	4
France	18	5.14	15	-3
Austria	19	5.14	18	-1
Australia	20	5.11	16	-4
Malaysia	21	5.08	26	5
Israel	22	5.07	24	2
Luxembourg	23	5.03	20	-3
Korea, Rep.	24	5.02	22	-2
New Zealand	25	4.93	23	-2
China	26	4.90	27	1
United Arab Emirates	27	4.89	25	-2
Brunei Darussalam	28	4.78	28	0
Ireland	29	4.77	29	0
Iceland	30	4.75	31	1
Chile	31	4.70	30	-1
Oman	32	4.64	34	2
Estonia	33	4.62	33	0
Kuwait	34	4.62	35	1
Puerto Rico	35	4.58	41	6
Spain	36	4.54	42	6

# Deterioro institucional

- Partitocracia, funcionarios con futuro vital y laboral que depende del propio partido *(A. Nieto, M Castells, JM Vallés...)*
- Sin mejor política no habrá mejor gestión pública

INFORME SOBRE BON GOVERN  
I TRANSPARÈNCIA ADMINISTRATIVA

# Guión

- I. Salud, bienestar, crisis, servicios sanitarios y estado del bienestar
- II. Reformas clínicas
- III. Reformas políticas sanitarias
- IV. Cambios sociales
- V. Atención Primaria

# Situación en perspectiva

- Hace 100 años...ni flexnerianos: Todo Medicina de Familia
  - 1895 R-X
  - 1916 Oftalmología
  - 1922 Insulina



*Eugene Smith*



# Tendencias

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

By Peter Zweifel

---

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

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

# Evidencia

- AP tiene capacidad resolutoria, la expresión clínica de la eficiencia  
*Macinko, Starfield*
- Enfermedad a enfermedad gana la superespecialización, pero los pacientes mueren menos con una buena AP → Medida global de resultados

*Juan Gérvas*

## ...Evidencia

- 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

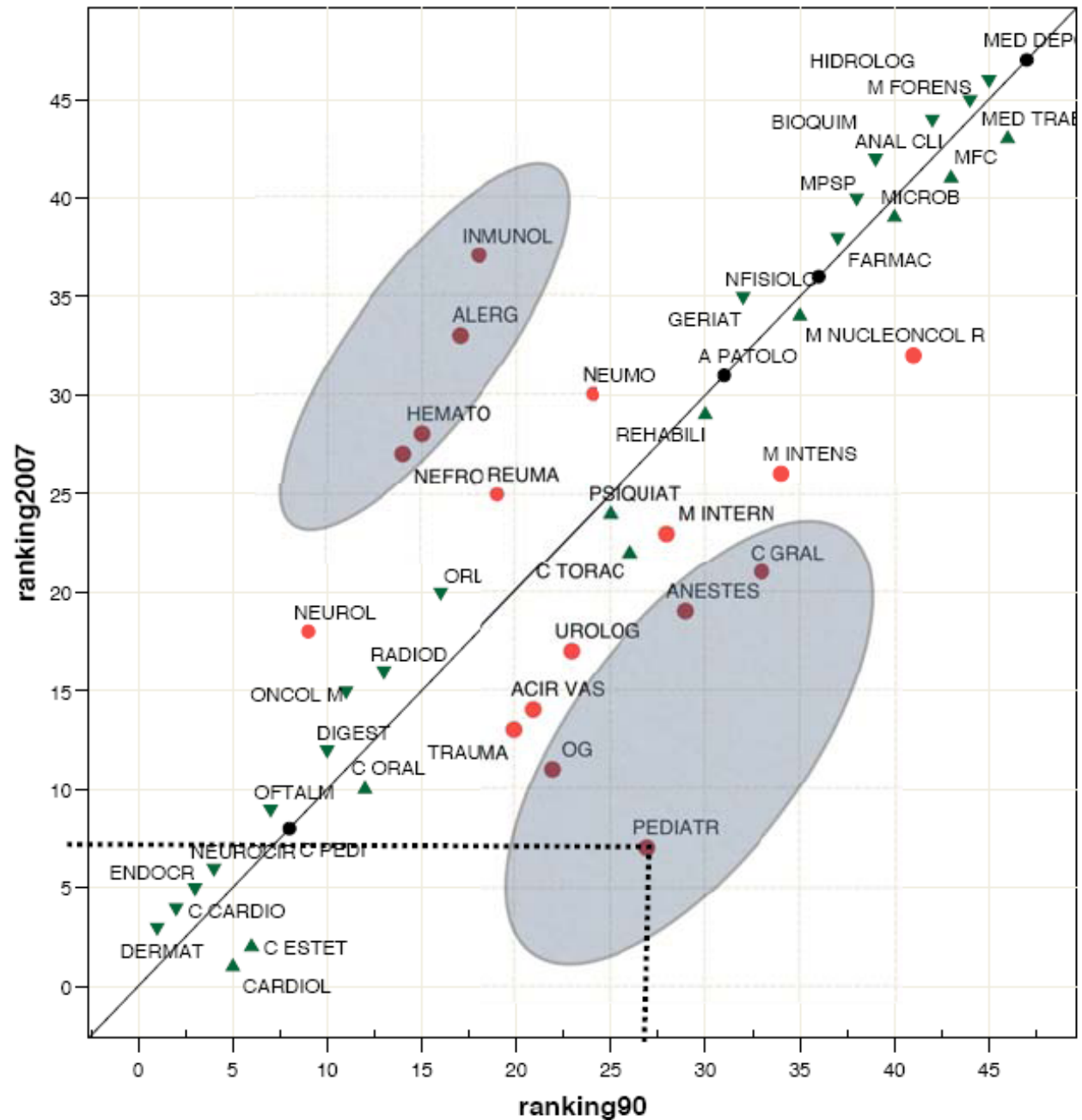
# La gran paradoja

- Cuando la sociedad necesita más que nunca de una atención coordinada, la MFC cotiza a la baja
- Atención Primaria: No sólo médicos ni asunto exclusivo de la 'primaria'

# MIR en perspectiva

- Desde primeros 80
- Asignación de candidatos a plazas según riguroso orden de mérito (90% examen nacional; 10% nota media carrera)
- Se convocan unas 6,800 plazas, y salen 4,200 licenciados: Diferencia cubierta por extranjeros y recirculación
- Cotización : Mediana ranking elección (mal MFC)
- Cierta estabilidad a lo largo del tiempo

# Cambios en las preferencias MIR 1990-2007

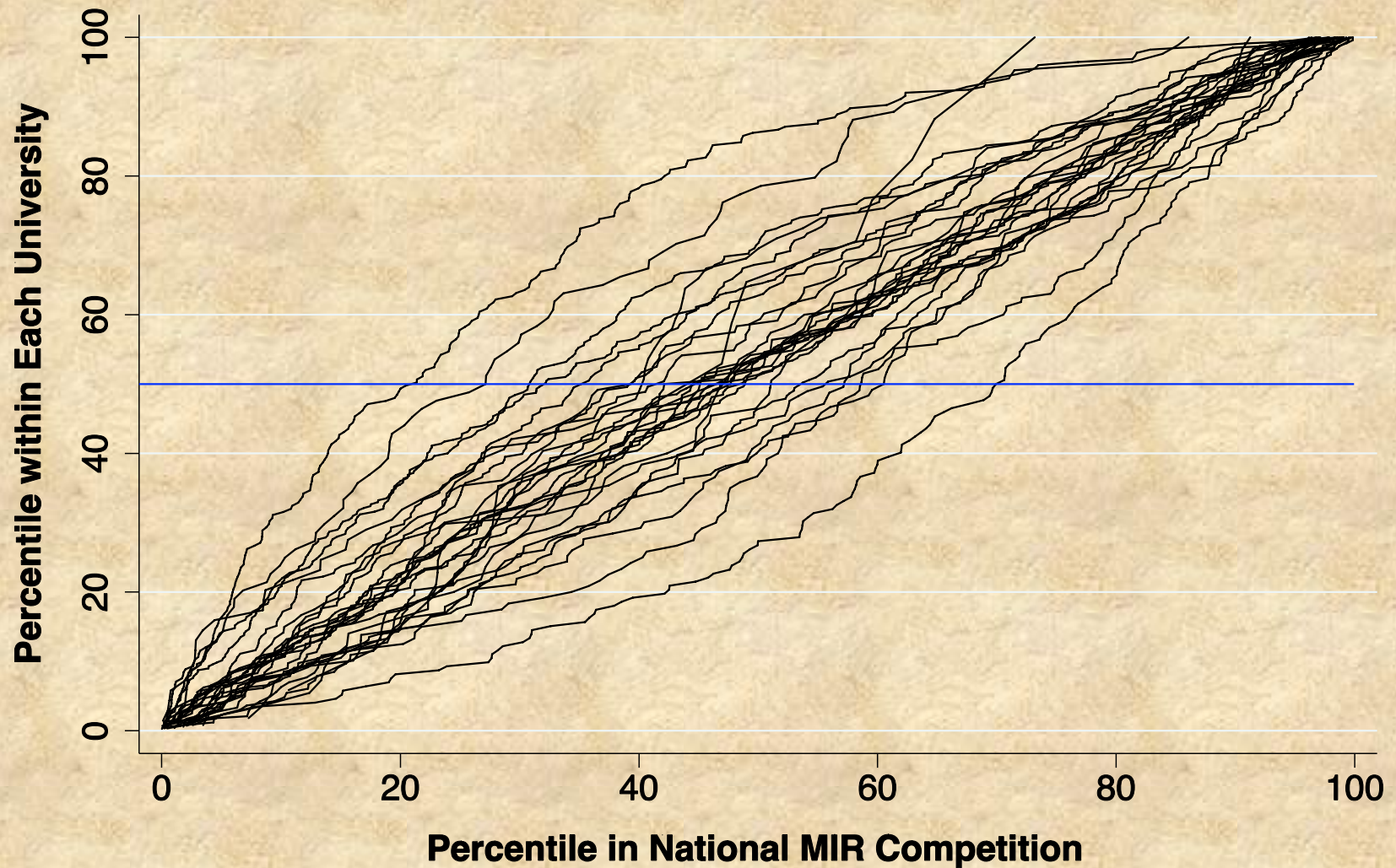


Patricia Barber

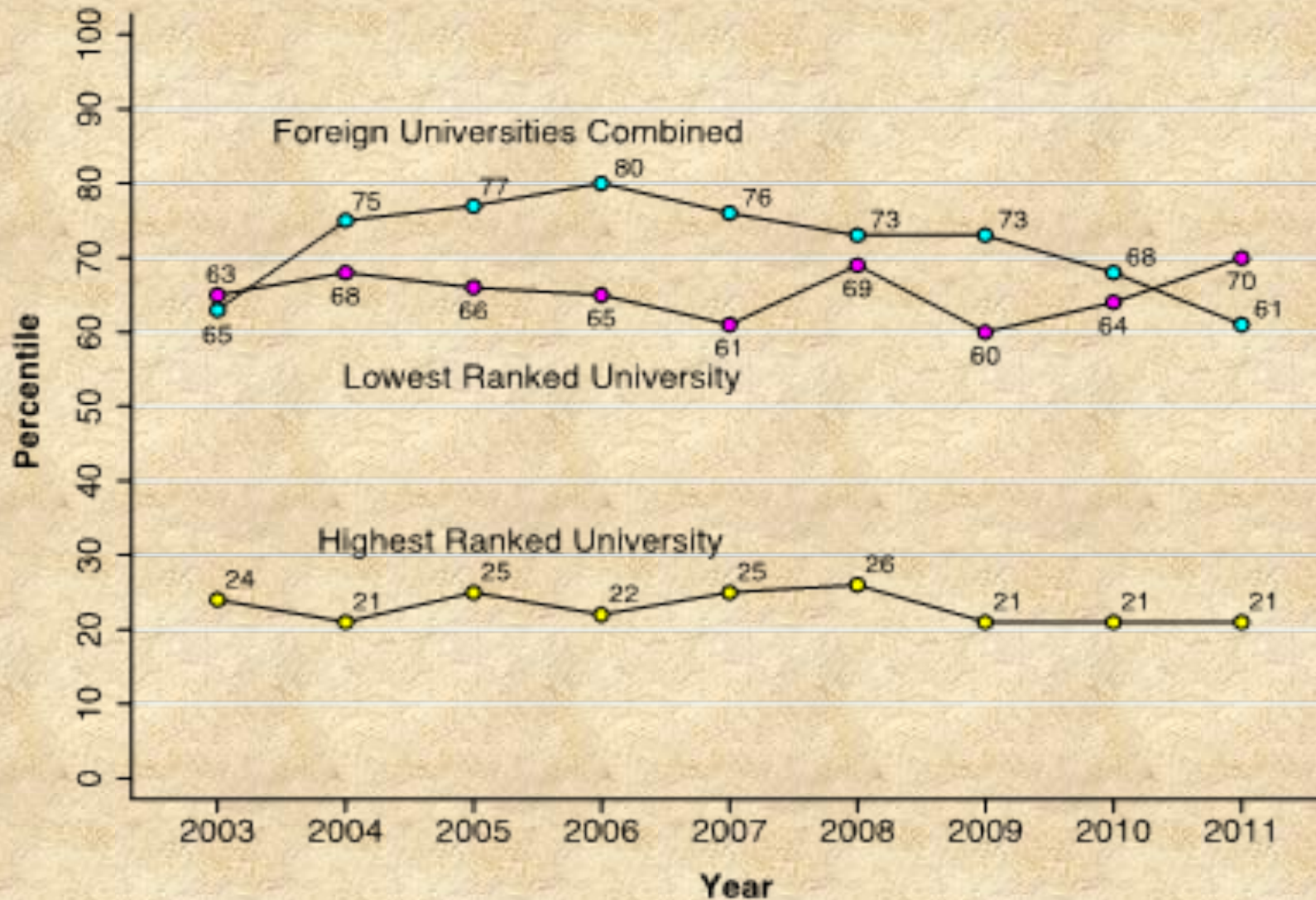


Beatriz González

# Ranking Facultades Medicina



# Ranking Facultades Medicina



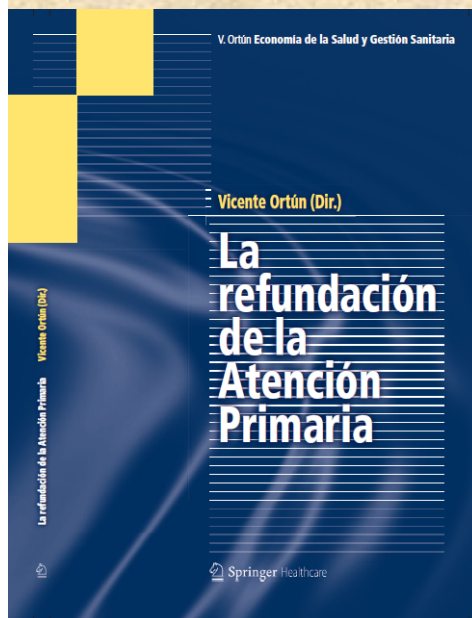


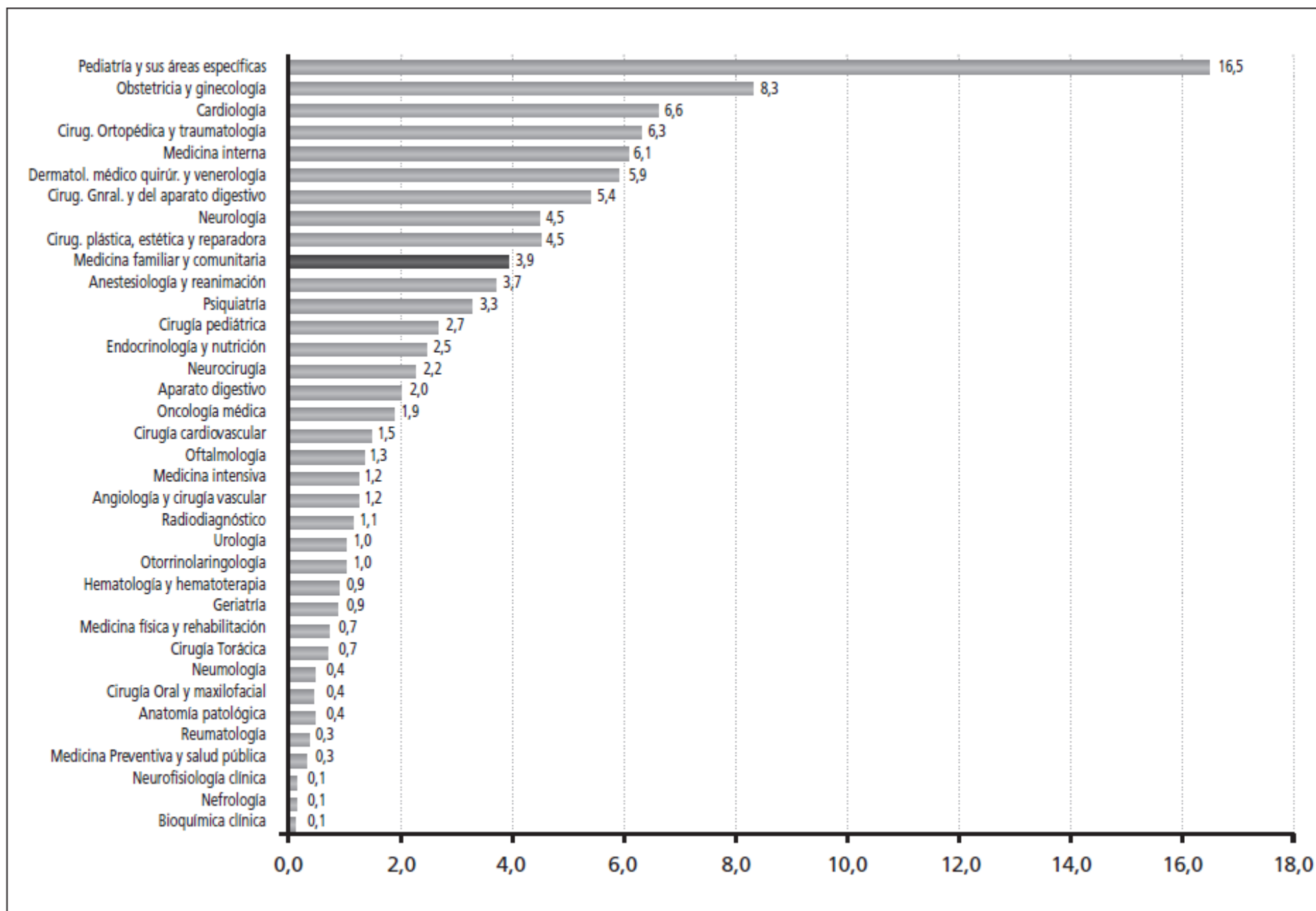
# ¿Por qué los médicos huyen y rehúyen la Medicina de Familia? Datos y claves sobre el problema en busca de soluciones

Beatriz González López-Valcárcel, Patricia Barber Pérez y Vicente Ortún Rubio

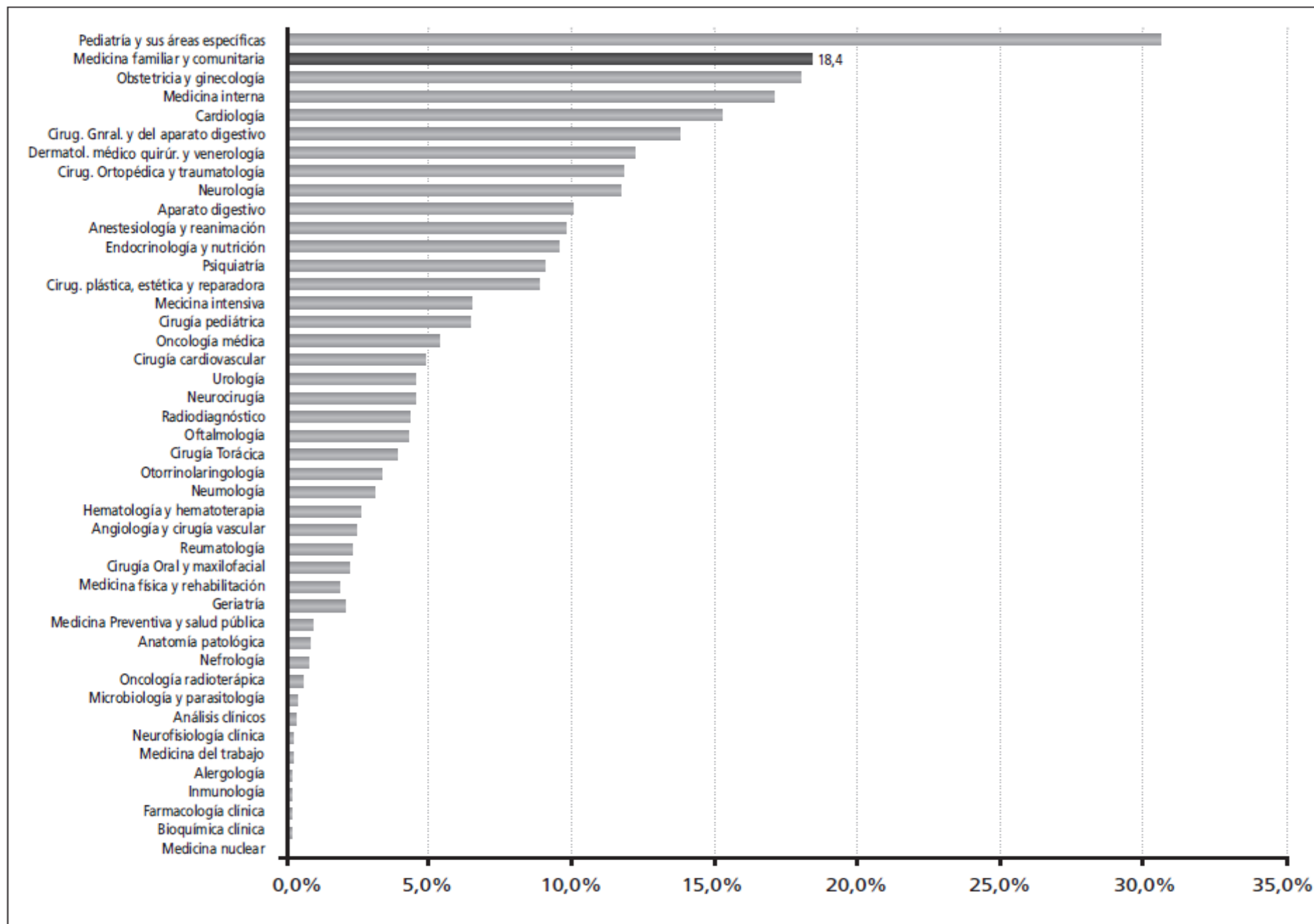
- Abril 2011
- 27 Facultades Medicina
- 25% estudiantes último curso

[http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion\\_catedra.html](http://www.upf.edu/catedragrunenthalsemg/publicaciones/coleccion_catedra.html)

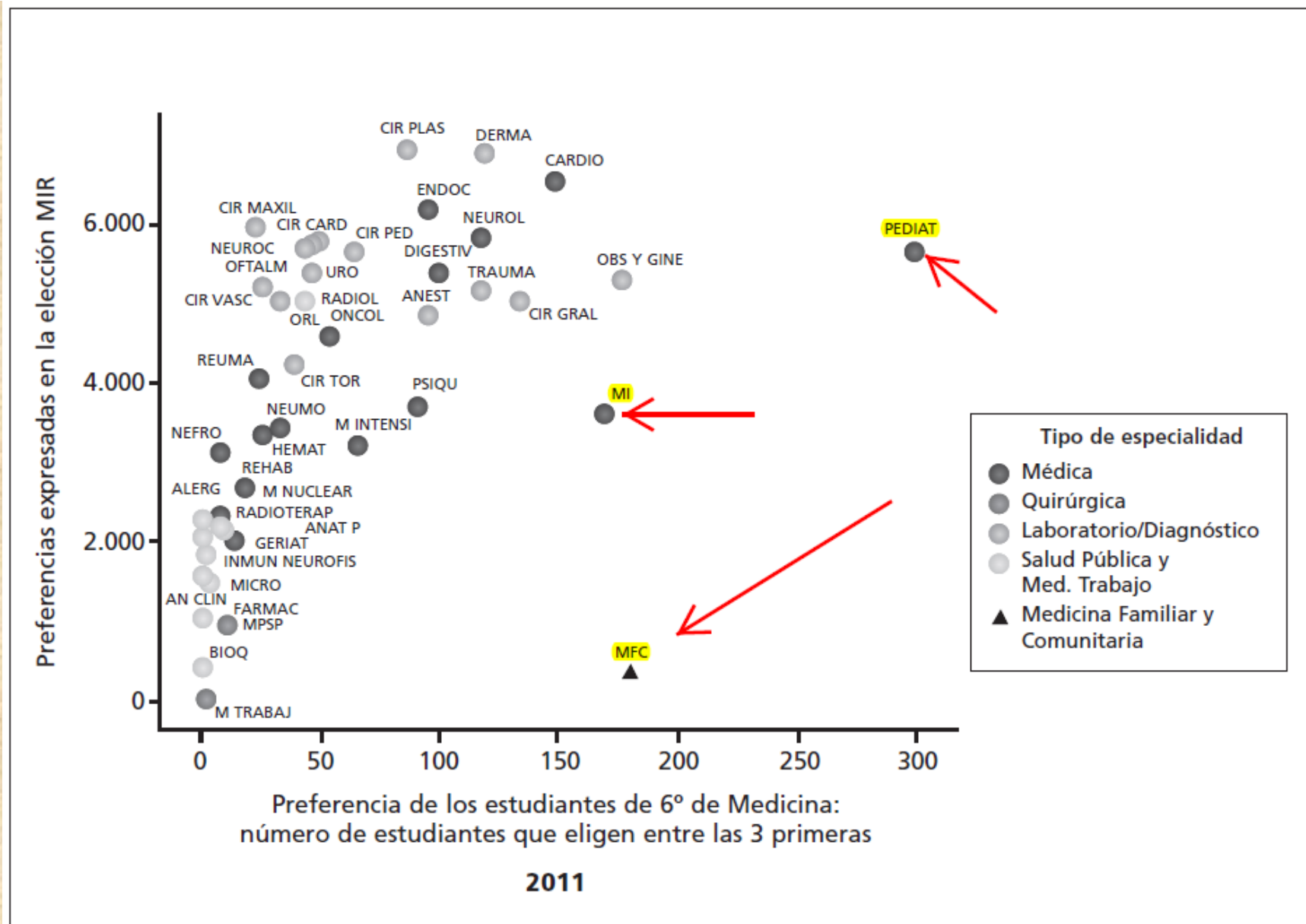




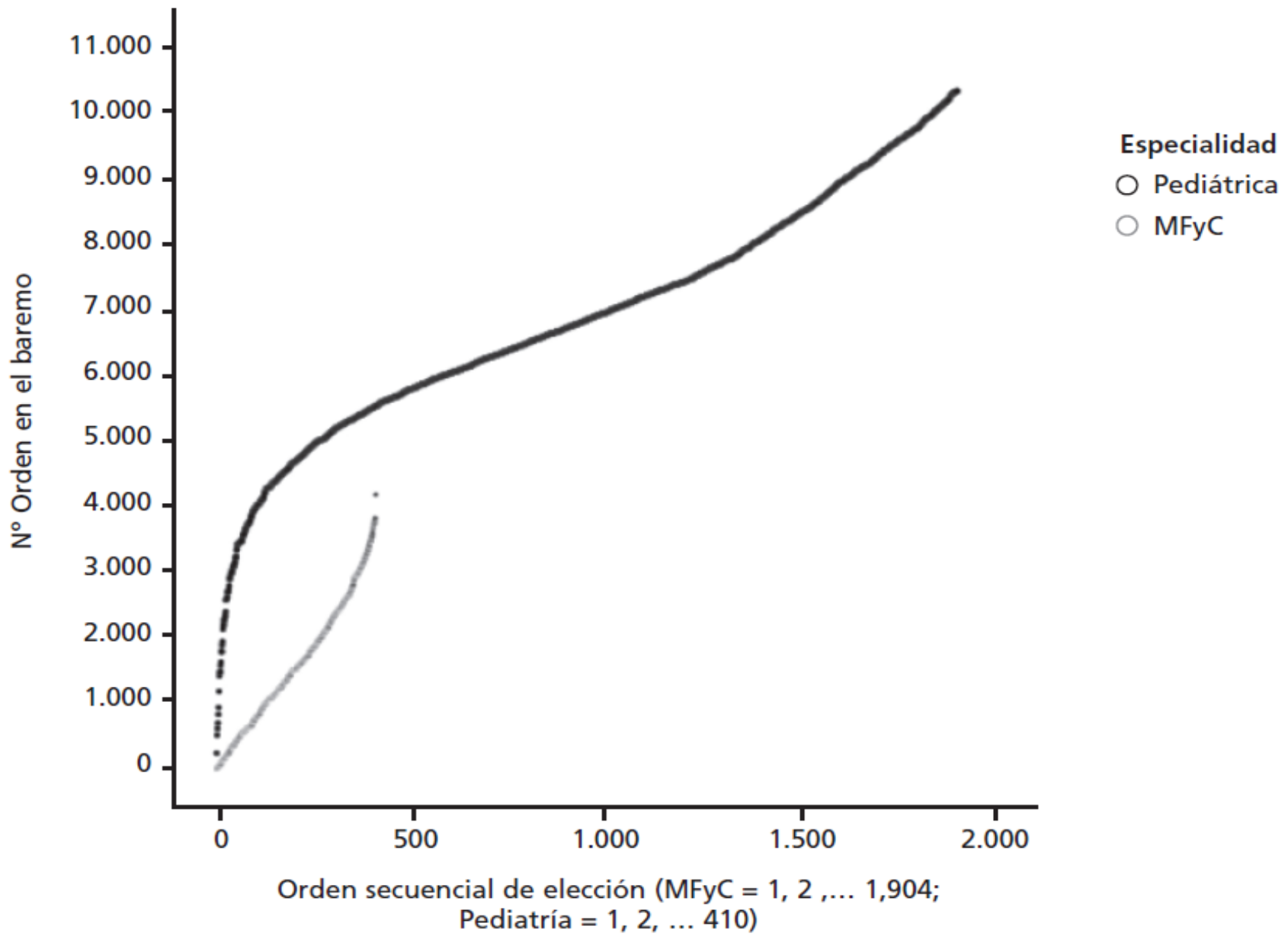
**Figura 3-1.** Porcentaje de estudiantes de sexto de Medicina que elegirían en primer lugar cada una de las especialidades



**Figura 3-2.** Porcentaje de estudiantes de sexto de Medicina que elegirían entre sus tres preferidas cada una de las especialidades.



**Figura 3-3.** Preferencias de los casi-médicos y elecciones MIR. Las preferencias expresadas en la elección MIR se miden con la mediana del ranking de elección en la convocatoria 2010-2011. Se ha invertido el orden para que valores más altos representen especialidades más preferidas, a partir de la especialidad peor posicionada en la convocatoria MIR (Medicina del trabajo; mediana = 7.180).

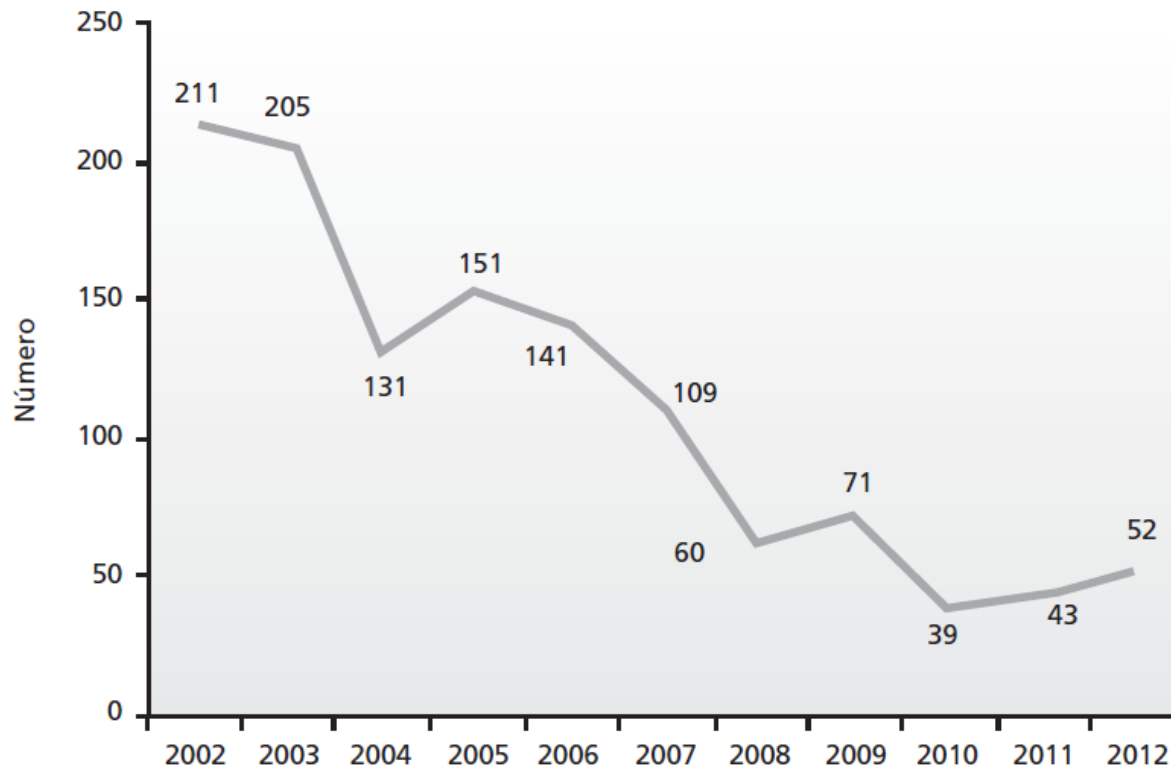


**Figura 3-4.** Orden en el ranking MIR de los nuevos residentes en MFyC y en Pediatría convocatoria 2010-11.

## CAPÍTULO 6

### Cómo lo que vamos aprendiendo acerca de la elección de especialidad médica puede ayudar a refundar la Medicina de Familia y Comunitaria\*

Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez



**Figura 6-1.** Evolución del número de candidatos MIR que eligen MFC entre los 3.000 primeros en el baremo, convocatorias 2002-2012.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.



# Specialty choice determinants

In search of the *expected values* of the 7 attributes that characterize each specialty

Attribute and survey text	FCM Mean SD	All others Mean SD
1. <i>Probability of obtaining employment.</i> 'How would you rate the probability of obtaining work in the next three years, whether in the public or private sector, for an individual who became certified in this specialty today? (0 to 100 percent)'	83.98 19.89	64.78 23.92
2. <i>Lifestyle and work hours.</i> 'Work hours, working conditions, and the ability to reconcile work with family life. (0 to 10, 0=very bad, 10=very good)'	7.78 2.09	6.78 2.25
3. <i>Recognition by patients.</i> 'Recognition of professional work on the part of patients. (0 to 10)'	5.92 2.60	6.34 2.73
4. <i>Prestige among colleagues.</i> 'Prestige and recognition among colleagues as well as social recognition. (0 to 10)'	3.92 2.28	6.30 2.52
5. <i>Opportunity for professional development.</i> 'Possibility of promotion or future professional development within the specialty (new fields, new techniques, scientific advances). (0 to 10)'	5.11 2.30	7.20 2.15
6. <i>Annual remuneration with 10–15 years' experience.</i> 'Estimate the current average annual gross remuneration (public and private combined) of a specialist with 10–15 years of experience. (Thousands of euros)†	60.00 0.16	86.56 31.96
7. <i>Proportion of compensation from private practice.</i> 'What percentage of this remuneration (including public and private) do you believe comes from private practice? (0 to 100 percent)†	0.00 0.00	39.32 23.40

# Specialty choice determinants

## Mixed multinomial logit regressions

Explanatory variable	Model 4
1. <i>Probability of obtaining employment</i> †	1.337 (1.272 to 1.405)
2. <i>Lifestyle and work hours</i>	0.907 (0.860 to 0.957)
Population SD	0.301 (0.182 to 0.419)
3. <i>Recognition by patients</i>	1.098 (1.047 to 1.151)
4. <i>Prestige among colleagues</i>	1.062 (1.005 to 1.121)
5. <i>Opportunity for professional development</i>	1.303 (1.229 to 1.381)
6. <i>Annual remuneration with 10–15 years' experience</i> ‡	
Interaction: <i>female gender</i>	
Interaction: <i>concordance with favourite specialty</i> §	
Interaction: <i>age (years)</i>	
7. <i>Proportion of compensation from private practice</i> †	1.071 (1.028 to 1.116)
Number of respondents¶	887
Number of observations**	5184

- Probability of obtaining employment (1) and opportunities for professional development (5)
- Recognition by patients (3) and prestige among colleagues (4)

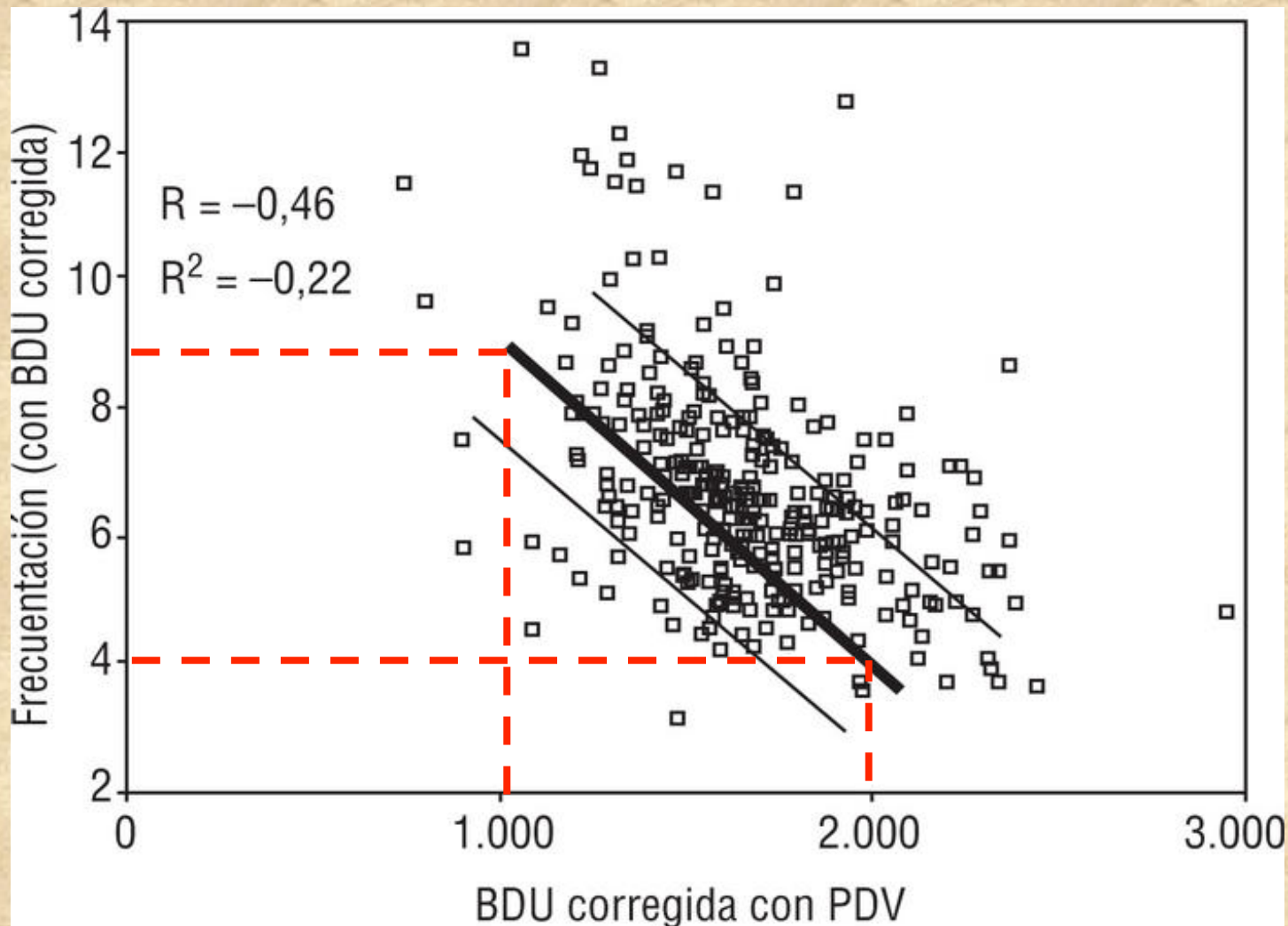


# Reencarnación AP

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 Atención Primaria de Barcelona Ciudad. ICS.

### 3. ¿Capacidad resolutive?

- Josep Casajuana: "Dejar de hacer para poder hacer". Actividades:
  - 1/ Administrativas fuera
  - 2/ Autogeneradas, básicamente controles de crónicos incluyendo niños crónicamente sanos, compartidas con otros profesionales, modernizadas (teléfono) y replanteadas: un hipertenso bien controlado...se controla sus cifras

# Organización AP

Josep Casajuana: "Dejar de hacer para poder hacer". Actividades:

3/ Asistenciales, en relación con enfermedades agudas, compartidas

Liberación tiempo consulta para dar respuesta a insuficiencia cardíaca, FA, osteoporosis, anticoagulantes orales, hiperplasia benigna próstata...

# *Business Case* y Política

- Mercado: Pintan bastos aunque...
  - Capitulo ayudaría
  - Autonomía también
    - Grandes dosis de sentido común: dejar de hacer para poder hacer, redistribuir tareas
  - En entorno de competencia por comparación

# Política/regulación

- Financiación capitativa
- Planificación
- Mejor política para mejor gestión
- Regulación clara: AP puerta entrada
- Cambio examen MIR y formación en facultades
- Aumentar el atractivo de la especialidad

# Competencia

- Aunque solo sea por comparación...  
llevará a eficiencias similares entre  
distintas formas organizativas  
siempre que:
  - No se garantice la inmortalidad
  - Se proporcione cierta capacidad de  
elección (derivaciones p.e.)
  - Fondos se asignen en consonancia con la  
eficiencia mostrada



# Salida crisis requiere:

Aumentar la productividad

- Capital humano: atraer talento y mejorar la educación
- Sociedad meritocrática: incentivos a aprender
- Menores costes de los servicios (telecomunicaciones, electricidad, etc.)
  - Reguladores Independientes no capturados por las empresas (partidos políticos)
- Inversión pública acertada y administración eficaz
- Movilidad de los factores (competencia, meritocracia, reducción de la influencia de las redes sociales)
- Capacidad Fiscal
  - Reducir el fraude fiscal, para poder rebajar la carga fiscal sin reducir la recaudación

# Pronósticos....

- Como a los enfermos: pronósticos
- ...y señales realistas de esperanza aunque se pueden ver afectados los sueldos financiados públicamente



# Qué y cómo

- Importancia equivalente: *qué* - *cómo* de las reformas
- Racionalidad técnica y legitimidad social




Monumento a la Reforma Sanitaria 1899-1903 Parque del Retiro, Madrid

V. Ortún Economía de la Salud y Gestión Sanitaria

Vicente Ortún (Dir.)


# La refundación de la Atención Primaria

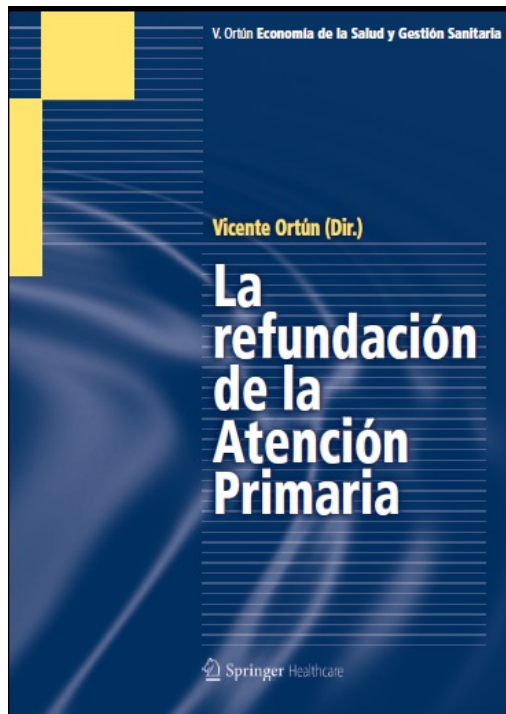
 Springer Healthcare

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



# LA REFORMA SANITARIA

**Vicente ORTÚN**

*Universidad Pompeu Fabra*

**María CALLEJÓN**

*Universidad de Barcelona*

*Papeles de Economía Española*  
2012, n° 133: 128-139



## Accesibles:

- Los dos libros en muchas webs  
(Licencia Creative Commons 3.0)
- Artículos en  
Web personal Vicente Ortún