

XXXIV

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

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

21-23

Noviembre 2013

Palacio de Ferias y
Congresos de Málaga
Málaga



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

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

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

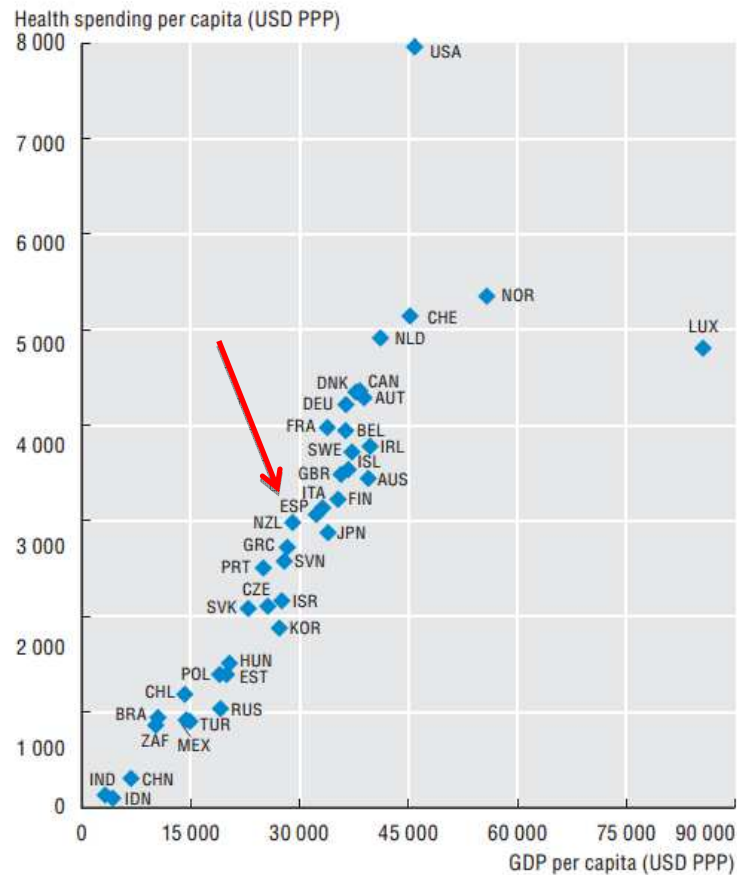
¿ QUÉ ES LA SANIDAD PÚBLICA?

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

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

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

7.1.3 Total health expenditure per capita
 and GDP per capita, 2009 (or nearest year)

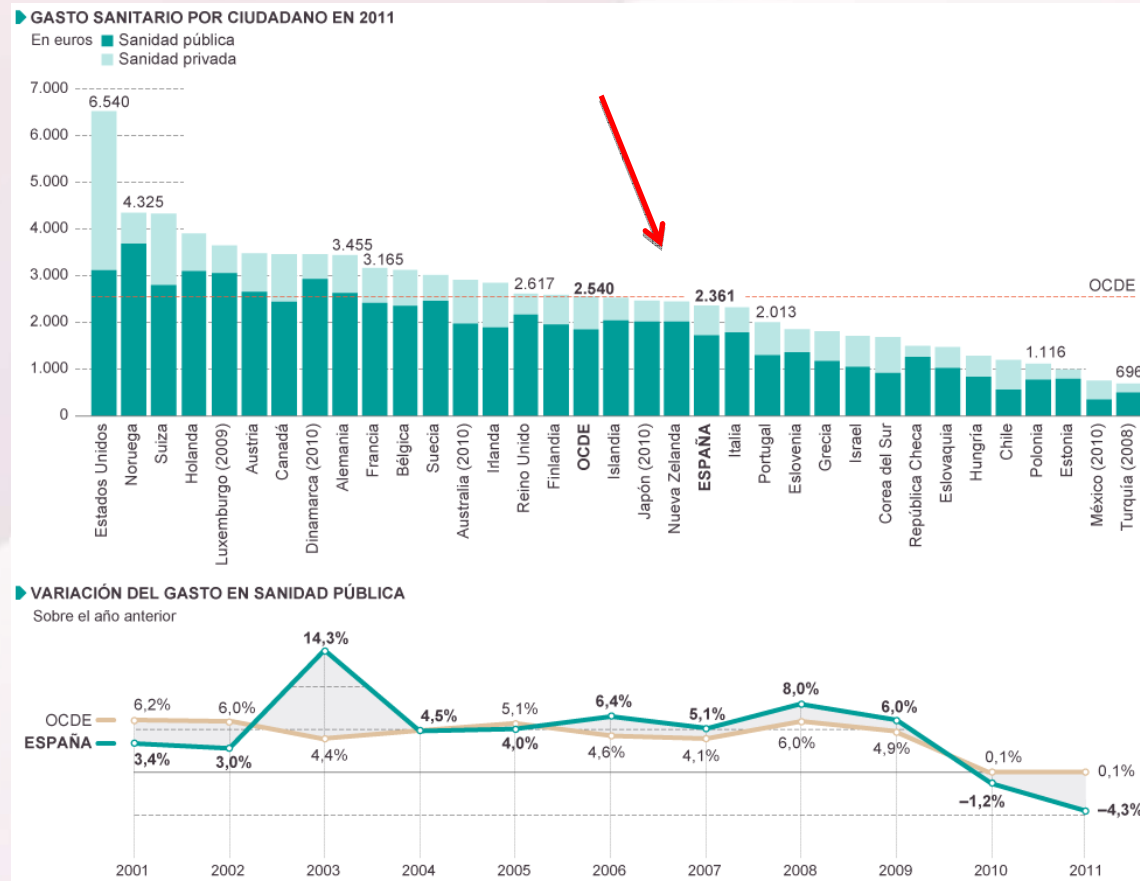


Source: OECD Health Data 2011; WHO Global Health Expenditure Database.
 StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932526084>

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

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

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



Fuente: OCDE (en El País 27/6/2013)

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

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

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

- **4th** among the 19 most developed countries

Health Affairs (*Health Affairs* 27: 58-71 (2008);)

- **6th** among 191 countries

British Medical Journal (2001)

- **7th** among 191 countries

WHO (*World Health Report 2000. Health Systems. Improving performance*)

Bloomberg Visual Data: Bloomberg Best (and Worst)

Sort by **All topics** or **All entities**

Most Efficient Health Care: Countries

123 Numeric View | Bar View | Information

Rank	Country	Efficiency score	Life expectancy	Health-care cost as a percentage of GDP per capita	Health-care cost per capita
1	Hong Kong	92.6	83.4		
2	Singapore	81.9	81.9		
3	Japan	74.1	82.6		
4	Israel	68.7	81.8		
5	Spain	68.3	82.3		
6	Italy	66.1	82.1		
7	Australia	66.0	81.8		
8	South Korea	65.1	80.9		
9	Switzerland	63.1	82.7		

OMS
 World Health
 Report 2000

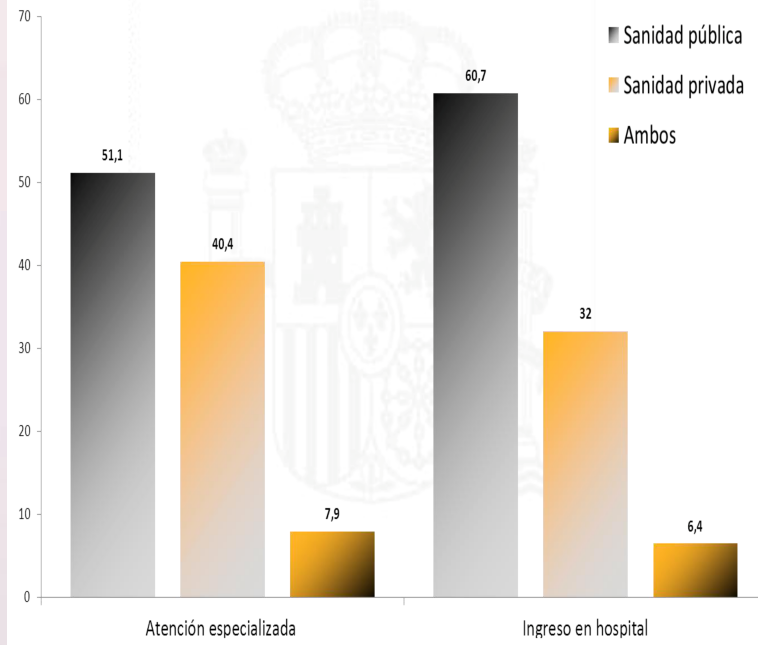


XXXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI)

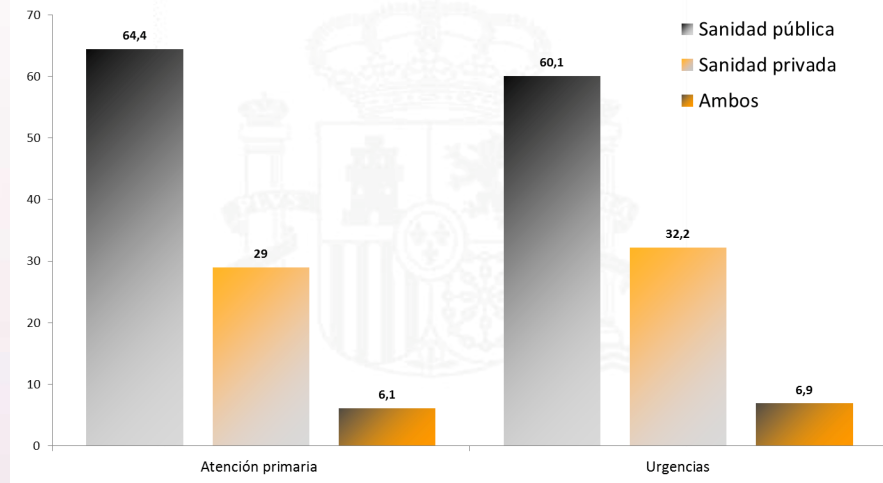
21-23 Noviembre 2013 Palacio de Ferias y Congresos de Málaga. **Málaga**

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

Preferencias por la asistencia sanitaria pública o privada en las consultas de atención especializada y para hospitalización



Preferencias por la asistencia sanitaria pública o privada en las consultas de atención primaria y en urgencias.



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

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

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

TABLA 1. Modelos alternativos de gestión

Modelo de gestión	Tipos de gestión	Ejemplos	
Directa	Empresas públicas	Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (Andalucía)	
	Consortios	Consortio Sanitario Público del Aljarafe (Andalucía)	
	Fundaciones público-sanitarias	(Madrid, Galicia y Baleares)	
Indirecta	Externalización/concierto	Prestaciones no sanitarias en la mayoría de los centros hospitalarios de España	
	Partenariado público-privado (PPP)	Iniciativa financiera privada	Hospital Baix Llobregat (Cataluña)
		Concesiones administrativas sanitarias	Modelo Alzira (Comunitat Valenciana)
		Entidades de base asociativa	EAP Sardenya (Cataluña)

Adaptado de Minué³.

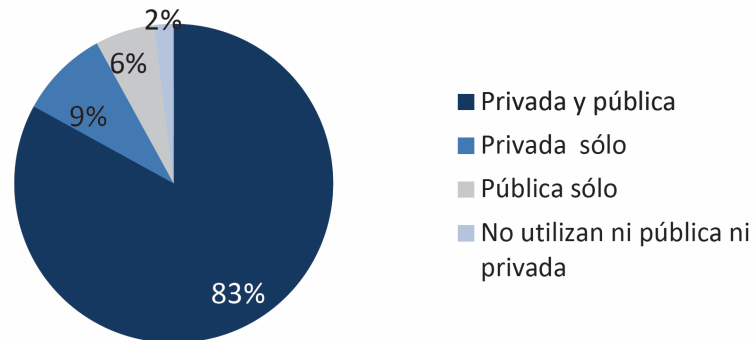
Sanidad Pública

- Universalidad
- Equidad
- Prevención
- Atención Primaria
- Cuidados paliativos
- Trasplantes
- Continuidad Asistencial
- Historia Clínica compartida
- Formación de profesionales
- Carrera profesional basada en acreditación
- Prestaciones
 - Farmacia
 - Ortoprótisis
 - Transporte sanitario
- No Selección.
- No exclusiones
- Seguridad
 - Control de la indicación
 - No incentivos a indicación

Barómetro de la sanidad privada 2013

Pacientes con Seguro Privado de Salud

Grado de utilización de la sanidad privada y pública



Base: Total entrevistados (2.556)



4. Accesibilidad en la atención sanitaria	19
4.1. Tiempo medio de espera de citación de pruebas complementarias	20
4.2. Tiempo medio de entrega de informe de pruebas complementarias	22
4.3. Tiempo medio de citación para consultas de especialista.....	24
4.4. Tiempo medio de primera asistencia en urgencias	25
4.5. Espera media quirúrgica	26
4.6. Tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico y el tratamiento en procesos oncológicos.....	27
5. Resolución asistencial	31
5.1. Tasa de retorno a urgencias a las 72 horas del alta por el mismo diagnóstico....	32
5.2. Tasa de reingresos en hospitalización a 30 días del alta.....	33
6. Calidad y seguridad del paciente	35
6.1. Acreditación y certificación de unidades y servicios hospitalarios	37
6.2. Políticas y procedimientos implantados de seguridad del paciente	38
6.2.1. Protocolo de higiene de manos	39
6.2.2. Protocolo de evaluación de úlceras por presión al ingreso	40
6.2.3. Protocolo de identificación de problemas relacionados con la medicación....	41
6.2.4. Sistema de notificación anónima de eventos adversos.....	42
6.2.5. Protocolo de cirugía segura ("Check list")	43
6.2.6. Ratio de intervenciones de cirugía segura (check-list quirúrgico).....	44
6.3. Tasa de supervivencia de pacientes ingresados por síndrome coronario agudo.....	45
6.4. Ratio de cirugías de prótesis de cadera dentro de las 48 horas posteriores al ingreso hospitalario	46
6.5. Ratios de colonoscopias y gastroscopias realizadas con sedación profunda	47
6.6. Tasa de reingresos posteriores a cirugía ambulatoria a 30 días.....	48

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

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

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

Health Econ. 2013 May 21. doi: 10.1002/hec.2942. [Epub ahead of print]

PUBLIC AND PRIVATE HEALTH INSURANCE IN GERMANY: THE IGNORED RISK SELECTION PROBLEM.

Grunow M, Nuscheler R.

University of Augsburg, Department of Economics, Augsburg, Germany.

Abstract

We investigate risk selection between public and private health insurance in Germany. With risk-rated premiums in the private system and community-rated premiums in the public system, advantageous selection in favor of private insurers is expected. Using 2000 to 2007 data from the German Socio-Economic Panel Study (SOEP), we find such selection. While private insurers are unable to select the healthy upon enrollment, they profit from an increase in the probability to switch from private to public health insurance of those individuals who have experienced a negative health shock. To avoid distorted competition between the two branches of health care financing, risk-adjusted transfers from private to public insurers should be instituted. Copyright © 2013 John Wiley & Sons, Ltd.

Copyright © 2013 John Wiley & Sons, Ltd.

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

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

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

MODELOS DE GESTIÓN Y ORGANIZACIÓN

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

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

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



Comparative Performance of Private and Public Healthcare Systems in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review

Sanjay Basu^{1,2,3*}, **Jason Andrews**⁴, **Sandeep Kishore**⁵, **Rajesh Panjabi**⁶, **David Stuckler**^{3,7}

¹ Department of Medicine, University of California, San Francisco, California, United States of America, ² Division of General Internal Medicine, San Francisco General Hospital, San Francisco, California, United States of America, ³ Department of Public Health and Policy, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom, ⁴ Division of Infectious Diseases, Massachusetts General Hospital, Boston, Massachusetts, United States of America, ⁵ Tri-Institutional MD-PhD Program, Weill Cornell Medical College/Rockefeller University/Sloan-Kettering Institute, New York, New York, United States of America, ⁶ Division of Global Health Equity, Brigham and Women's Hospital, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, United States of America, ⁷ Department of Sociology, Cambridge University, Cambridge, United Kingdom

102 estudios en países de ingresos bajos-medios.

La medicina pública:

- Cumplió estándares médicos y tuvo mejores resultados con más frecuencia.
- Más lenta en respuesta y menos grado de hospitalidad.
- Tendía a ser más eficiente
- Menos disponibilidad de equipos, medicación y trabajadores entrenados.

Kondilis et al. *BMC Health Services Research* 2011, **11**:234
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/234>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Payments and quality of care in private for-profit and public hospitals in Greece

Elias Kondilis^{1,2*}, Magda Gavana², Stathis Giannakopoulos², Emmanouil Smyrnakis², Nikolaos Dombros³ and Alexis Benos^{1,2}

Los hospitales públicos presentaron:

- Estancia Media más corta.
- Menores costes por proceso

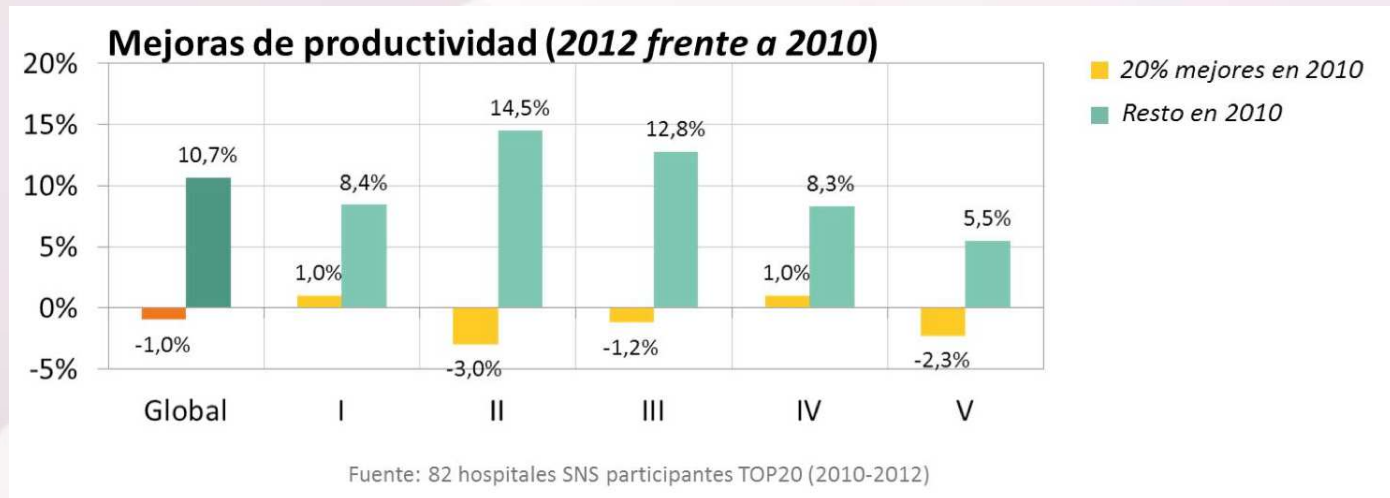
- **Zuckerman (1994)** muestra nacional de USA: los for-profit son más ineficientes que los non-for profit privados.
- **Vitalino y Toren (1996)**: 219 hospitales comunitarios en Nueva York no diferencias en la eficiencia.
- **Koop (1997)**: los dirigidos por el gobierno eran más eficientes seguidos por los non-profit y finalmente for-profit.
- **Picone Gabriel (2002)**
 - Compara mortalidad y costes de Medicare, cuando se cambian los hospitales de titularidad pública a privada.
 - Las tasas de mortalidad se incrementaron (por el proceso de conversión)
 - La conversión inversa, disminuyó la mortalidad.

Impacto de la restricción presupuestaria 2010-2012 (IASIST)

82 hospitales (30%) del Sistema Nacional de Salud (SNS) 2010-12

- 8/10 centros han incrementado su productividad 8% (2010 →2012).
- Han mejorado sobre todo los hospitales con peores resultados en 2010.
- La mejora de la productividad se acompaña de caída en costes de producción
- 23,2 UPH/Trabajador en 2010 a 25,0 UPH/Trabajador en 2012.
- Los indicadores de calidad asistencial clásicos no se han resentido: mortalidad, las complicaciones y las readmisiones.1

La diferencia en productividad entre los hospitales con mejores resultados y el resto se ha reducido pasando de un 53% en 2010 a un 36% en 2012



Informe IASIST (datos 2010)

41 hospitales del SNS de gestión directa y personal estatutario
37 hospitales, con distintas fórmulas organizativas y personal laboral



OTRAS FÓRMULAS DE GESTIÓN

- Gestionan mejor las camas ambulatorizan más
- Costes por unidad de producción (altas) ajustada por complejidad son un 30% inferiores.
- Son más pequeños en tamaño y plantilla, pese a tratar similar edad y complejidad,
- Obtienen parecidos resultados de calidad (mortalidad, complicaciones y readmisiones)

Diferencias más claras entre los dos grupos de hospitales:

- Productividad de los recursos humanos y el coste (un 48% de la varianza).
- Régimen laboral (estatutario vs. laboral)
- Subrayar que algunos de los hospitales de gestión directa se sitúan entre los más eficientes.

“si la pública tuviera las herramientas que
tiene la privada no habría hecho falta
conceder ninguna gestión”

Pilar Román

Presidenta de la SEMI

Gaceta Medica, viernes, 12 de julio de 2013

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

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

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

PAPEL DEL INTERNISTA EN AMBOS MODELOS

Frecuentación consultas Med. Interna:

- Hospitales públicos: 8%
- Hospitales privados: 4.5%

	Adeslas	Sanitas	Asisa	Cajasalud	Aresa
M. Interna	111	49	72	70	36
Endocrin.	143	98	110	92	37
Cardiología	198	131	155	165	56
A. Digestivo	137	81	124	116	36
Alergia	180	119	115	133	46
Neumología	78	47	52	43	27
Neurología	87	52	58	63	19

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

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

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

Número de estancias por áreas asistenciales (miles), 2008-2010

Actividad asistencial	Públicos 2008	Públicos 2009	Públicos 2010	Variación Públicos 08-10	Privados 2008	Privados 2009	Privados 2010	Variación Privados 08-10	% privado / total 2008	% privado / total 2009	% privado / total 2010	Variación % privado / total 08-10
Medicina interna y especialidades médicas	12.566	12.535	12.211	▽ -2,8%	2.090	2.183	2.186	△ 4,6%	14,3%	14,8%	15,2%	△ 6,5%
Cirugía general y especialidades quirur.	5.938	5.809	5.712	▽ -3,8%	1.073	1.073	1.006	▽ -6,2%	15,3%	15,6%	15,0%	▽ -2,1%
Traumatología	2.571	2.483	2.570	0,0%	852	797	629	▽ -26,2%	24,9%	24,3%	19,7%	▽ -21,0%
Obstetricia y ginecología	2.198	2.031	1.937	▽ -11,9%	547	531	502	▽ -8,2%	19,9%	20,7%	20,6%	△ 3,3%
Pediatría	1.695	1.625	1.556	▽ -8,2%	185	198	194	△ 5,0%	9,8%	10,8%	11,1%	△ 12,7%
Rehabilitación	372	337	345	▽ -7,2%	170	205	192	△ 12,8%	31,4%	37,9%	35,7%	△ 13,8%
Medicina intensiva	1.087	1.109	1.058	▽ -2,7%	211	191	185	▽ -12,1%	16,3%	14,7%	14,9%	▽ -8,3%
Larga estancia	1.613	1.488	1.412	▽ -12,5%	3.197	3.190	2.949	▽ -7,7%	66,5%	68,2%	67,6%	▽ 1,7%
Pisiquiatría	3.029	3.006	2.955	▽ -2,4%	2.940	2.968	2.864	▽ -2,6%	49,3%	49,7%	49,2%	▽ -0,1%
Otras	313	286	562	△ 79,5%	152	223	419	△ 175,7%	32,7%	43,8%	42,7%	△ 30,7%

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), 2010.

El internista en la Medicina Privada (1)

- Asume la hospitalización médica (Hospitales de tamaño pequeño-medio)
- Gestión de las interconsultas a especialistas médicos
- Interconsultas cirugía y urgencias
- Enfermedades infecciosas
- Coordinación urgencias
- Gestión de casos complejos
- Apoyo a la dirección en proyectos corporativos y conflictos
- Participación en comisiones
- Docencia
- Garante de la historia clínica y calidad de informes

El internista en la Medicina Privada (2)

Consulta

- Enfoque y decisiones en pacientes
 - Con síntomas inespecíficos
 - Complejos
 - Pluripatológicos
 - Evitando múltiples visitas
 - Evitando eventos adversos fármacos (control interacciones)
- Continuidad asistencial tras alta del paciente
- HACE UN INFORME AL PACIENTE
- Asunción de Chequeos racionales, Preoperatorios

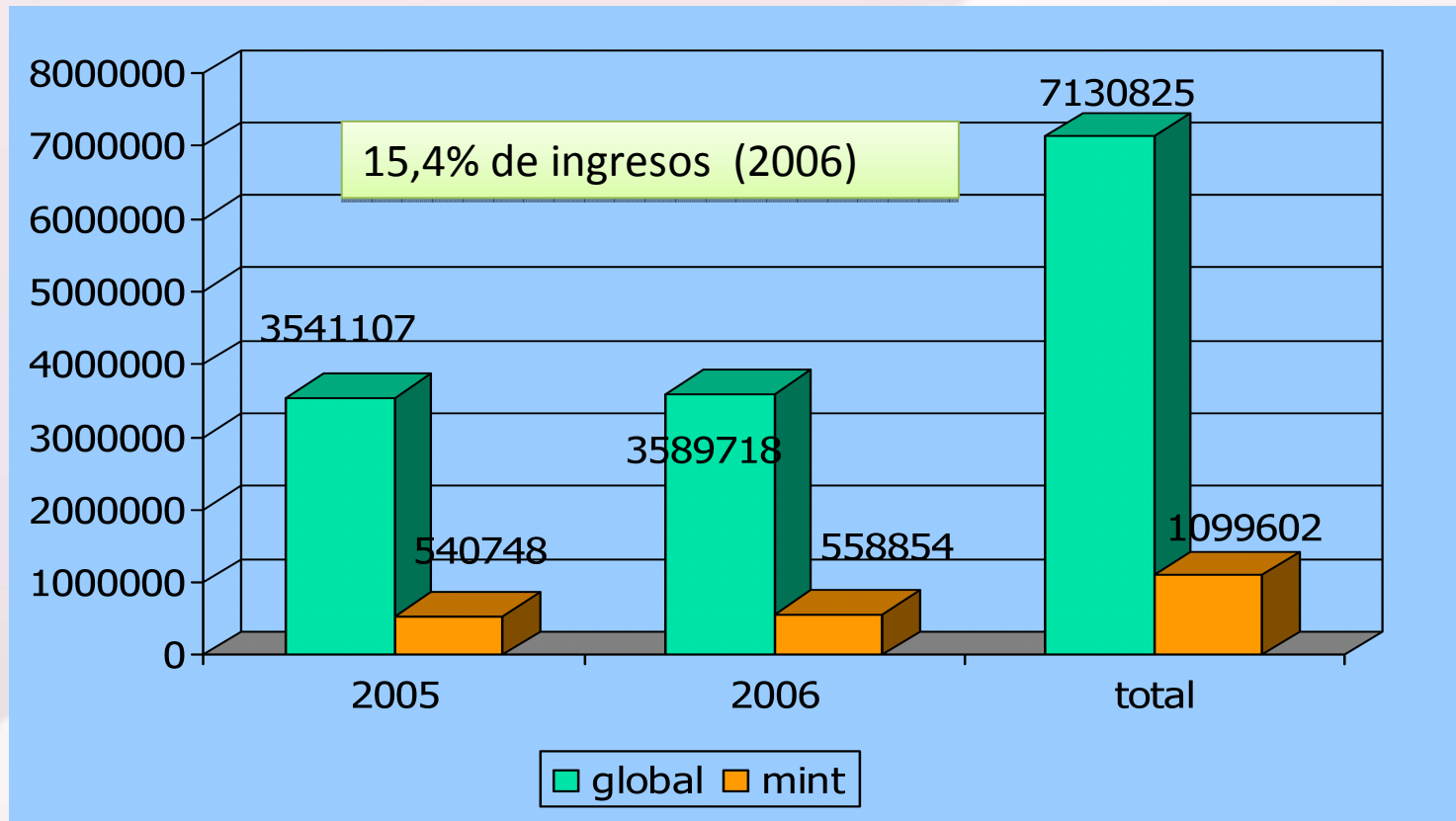
Medicina Interna Privada: dificultades y limitaciones

- Baja compensación: casos complejos, sociales o problemáticos
- No facturación de pruebas
- Derivación → pérdida del paciente / excesivos costes al paciente
- Tentación de competir con primaria (“descremado”)
- La consulta hospitalaria es compleja
- Asunción de demoras de especialistas.
- Chequeos / Preoperatorios no es “core” de la especialidad
- La tentación de la SUPERESPECIALIZACIÓN
- Medicina alternativa: anti-aging, dieta-nutrición, pseudoespecialización.

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

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

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



El internista en la Medicina Pública

- Hospitalización Médica en Comarcales y hospitales pequeños
- Hospitalización más restringida en hospitales grandes:
 - Infeccioso Paciente complejo Paciente problemático
- Interconsultas: general, infeccioso
- Unidades de corta estancia, Hospital de día, Hospitalización domiciliaria
- Paliativos
- Relación con primaria
 - Consultorías
- Superespecialización

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

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

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

FUTURO DE LA MEDICINA INTERNA

PRIVADA

- Puerta de entrada al sistema
 - Primaria
 - Medicina Interna: paciente complejo, altas hospitalarias.
- Evitar consultas múltiples simultáneas
- Evitar tratamientos “de última generación”
- Evitar eventos adversos
 - Conciliación de tratamientos diversos especialistas
 - Historia clínica única
 - Transiciones internivel (alta hospitalaria, cirugía)
- Evitar uso inadecuado de pruebas

Costes

Iatrogenia

Medicina Interna: Futuro

- **Papel de “hospitalista”**
 - + Papel especialista en hospitales pequeños.
 - Población de pacientes ancianos pluripatológicos con ingresos frecuentes
 - Tendrá a otros especialistas como “consultores”
 - Realizará Interconsultas para conciliación de tratamientos y enfermedades
 - Hospitalización domiciliaria
 - Hospital de día / Unidad estancias Cortas (prevención de reingresos)
 - Nexo de comunicación con atención primaria
- **Consultas externas**
 - **Generales: Filtro prehospitalario finalista o derivación a otras especialidad**
 - **Pluripatológicos / Complejos / Insuficiencia cardiaca (disnea crónica) / Pacientes reingresadores / Ancianos comórbidos**
 - Factores de riesgo cardiovascular / Infeccioso / VIH / Trombosis / Autoinmunes

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

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

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

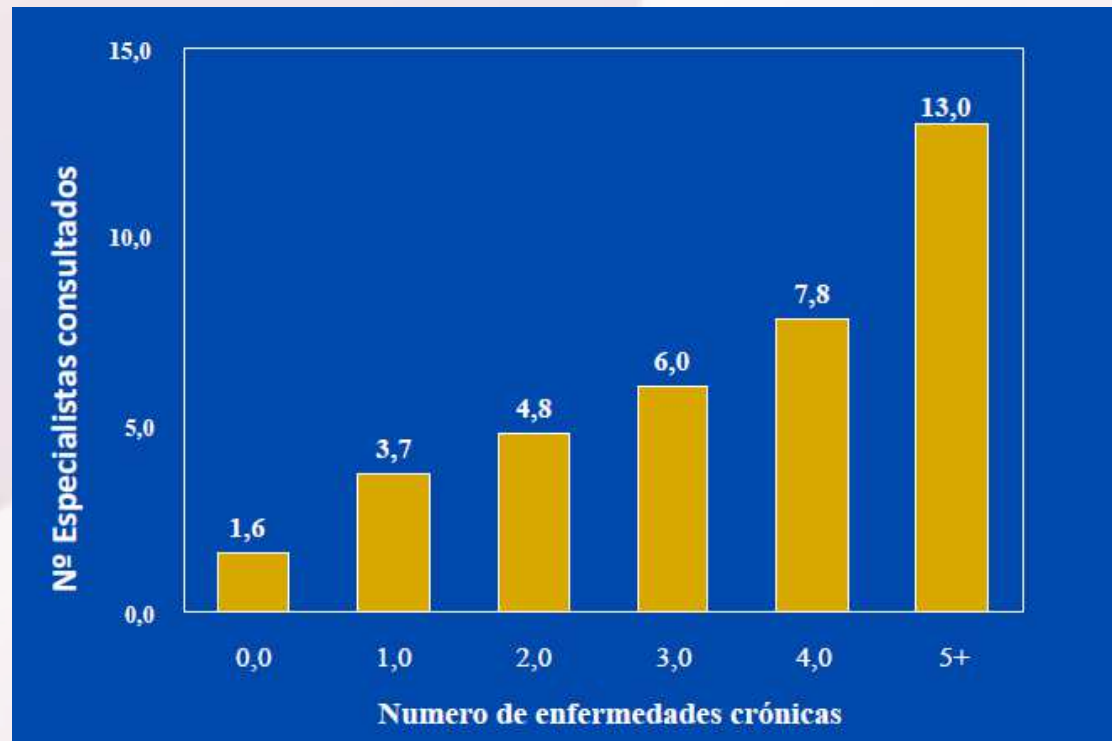
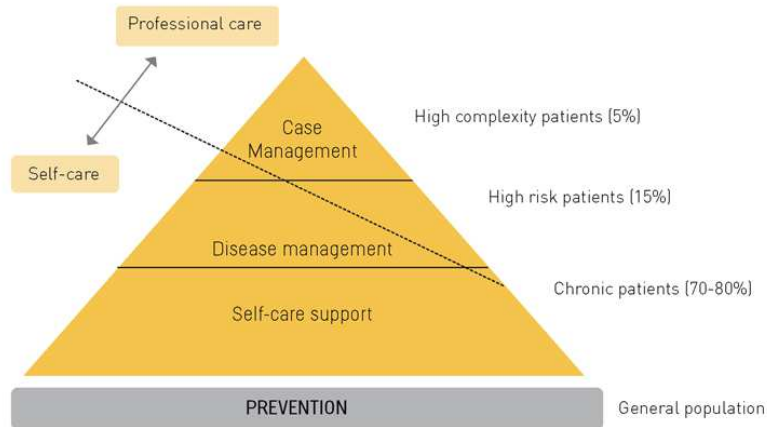


Figure 4

Kaiser Permanent risk stratification pyramid



[DCGs], Patients at Risk of Re-Hospitalization [PARR 1 and 2] and the Combined Predictive Model [CPM] [42].



El paciente crónico complejo y/o frágil supone un 5% de la población y consume el 65%