



Atención Primaria un proyecto inacabado

J. Alvaro Bonet Plà
16 Febrero 2017

Historia MF y la AP



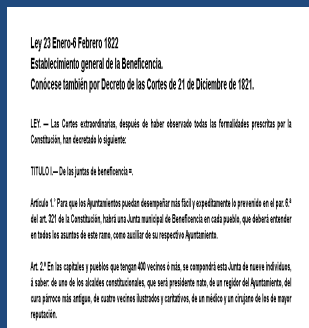
MF heredera de la MG aparece en textos jurídicos de la edad media.

Fuero Real Alfonso X menciona **físico** provisto de título

Renacimiento **médicos de cabecera** casas poder adquisitivo para pagar sus tarifas.

Siglo XVIII **médico titular** en municipios atiende privado a ricos y altruista pobres,

Historia de la AP



1816 **Real Hospitalidad domiciliaria**
APD

Alternativa a la hospitalización

1822 **Ley de Beneficencia Municipal**
Asistencia domiciliaria de los pobres
inscritos

Incluye salud pública

Médicos, farmacéuticos, cirujanos
titulares

1865 **Ley de sanidad**

Obligatoriedad de beneficencia municipal

Historia AP



1908 **Instituto Nacional de Previsión INP**

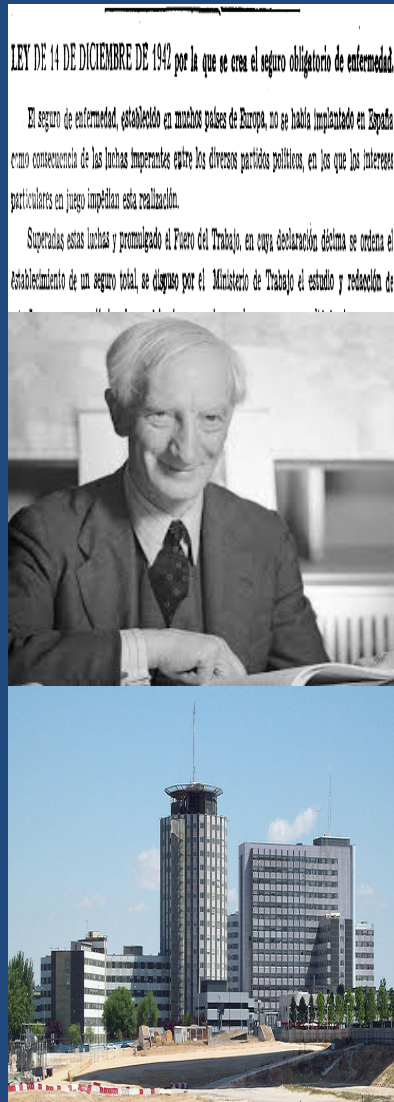
Contratación libre de pensiones obreras

- Seguro obligatorio Retiro Obrero (1919)³
- Subsidio de Maternidad (1923)
- Seguro Obligatorio de Maternidad (1929)

II República Largo Caballero intentó crear sistema sanitario que podría haber sido servicio nacional de salud.

Creación primera vez **Ministerio de Sanidad**, dirigido por Federica Montseny.

SOE



- 1942 **Seguro Obligatorio de Enfermedad** (SOE) Asistencial. Cuotas empresas y trabajadores Trabajadores por cuenta ajena. Asistencia sanitaria por enfermedad y maternidad. Acuerdos INP/instituciones privadas (mutualidades e igualatorios) recursos asistenciales clínicos.
- 1944 orden empresarios afiliaran trabajadores fijos gran extensión del mismo.
- 1953-62 incorporación masiva de trabajadores. **Hospitales públicos** (“residencias sanitarias”)

SOE/MG



Consultorios trabajan MG y practicantes.

2.5h consulta avisos a domicilio. 24hx7d medio rural.

Retribución capiativa. Cupo de "familias", según "cartillas" (trabajador y familia) +iguales

Cupo sistema piramidal. Varios cupos sectoriales, "director médico", "enfermera jefe" "inspector médico".

No cita previa en MG ni Especializada.

Masificación y escaso tiempo de atención.

Ley de Seguridad Social de 1963 integró el SOE en seguros gestionados directamente por el INP, disolución de las entidades colaboradoras.

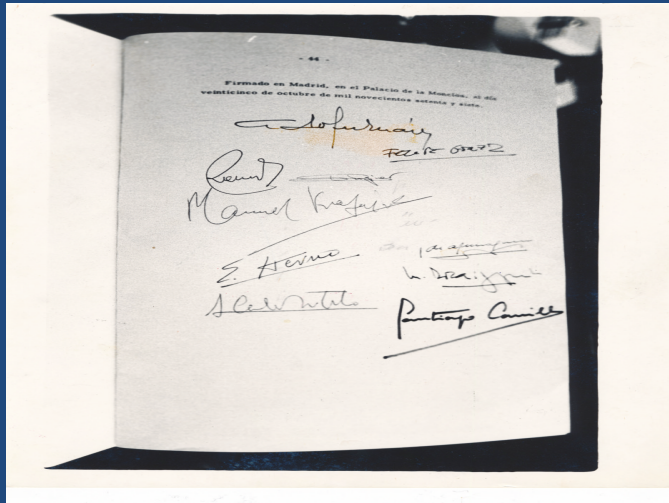
Sanidad



En el año 1977 se crea el **Ministerio de Sanidad y SS** a partir de la Dirección General Ministerio de la Gobernación.

Pactos de la Moncloa del año 1978, disolución INP y creación del **INSALUD**

1984 **Subdirección General de Atención Primaria**



Alma Ata



Conferencia Internacional APS Alma-Ata 1978.

Cambio rumbo Asistencia sanitaria mundial
Organiza OMS/OPS y Unicef

III Conferencia de Ministros de Salud 1972 analiza deficiencias sistemas sanitarios y su impacto en población.

Declaración, carácter no vinculante, principios construcción todos los países, sistema sanitario garantice asistencia básica para la totalidad de la población.



Declaración de Alma-Ata

1.-Definición de salud

Estado de total bienestar físico, social y mental, y no sólo ausencia de enfermedades o malestares.

Es un derecho humano fundamental

Meta social mundial más importante

Participación de sectores sociales y económicos además del sanitario.

2.-Equidad

3.-Salud como un asunto socioeconómico

4.-Derecho de la salud activo

5.-Responsabilidad gubernamental

Declaración de Alma-Ata

6.-Definición de atención primaria de salud

Asistencia Sanitaria basada en métodos y tecnologías sencillas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, al alcance de los individuos, familias y comunidad; a un coste asumible por ésta y por el país para cubrir cada etapa del desarrollo.

Declaración de Alma-Ata

7.-Componentes de la atención primaria de salud

- Promoción, prevención, asistencia y rehabilitación
 - Educación sobre los problemas de salud.
 - Suministro de alimentos y la nutrición apropiada.
 - Adecuada fuente de agua potable y de salubridad básica.
 - Cuidado maternal e infantil, planificación familiar.
 - Vacunación contra enfermedades infecciosas.
 - Prevención y control enfermedades endémicas locales.
 - Tratamiento apropiado enfermedades comunes y lesiones.
 - Medicamentos esenciales.

10 principios Declaración de Alma-Ata

8.-Gobiernos políticas, estrategias y planes de acción para iniciar y sostener la APS como parte de un SNS en coordinación con otros sectores.

9.-Colaboración de países para asegurar la APS a todas las personas del mundo. OMS/UNICEF declara AP base sólida para el desarrollo futuro del mundo.

10. –Año 2000 aceptable nivel de salud para todas las personas del mundo si uso de recursos a nivel mundial para la salud, en vez de utilizarlos en armamentos y guerras.

Elementos conceptuales APS

Atención

Integral: modelo biopsicosocial no biomédico

Integrada: asistencia, promoción, prevención, rehabilitación y valoración del entorno social.

Continuada y longitudinal: en todos los momentos de la vida y a lo largo de toda ella.

Activa: anticipando los problemas precozmente e intentando darles solución

Elementos conceptuales APS

Atención

Accesible: sin dificultades para el acceso de toda la población, en especial los grupos más débiles.

Desarrollada por equipos: profesionales sanitarios y no sanitarios

Comunitaria y participativa: atendiendo individuos, familias y comunidades.

Programada y evaluable: en base a programas de salud evaluados.

Docente e investigadora: reconocida en sus ámbitos de actuación.

Los inicios de la APS en España



1978 Ministro de Sanidad Enrique Sánchez de León (UCD) crea la **Comisión Nacional de la especialidad de MFy C y la Unidad Docente de MFyC**

1979 se incluyen las primeras plazas de residentes de MFyC dentro del sistema **MIR**.

1982 se crea la **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)** encuadra las promociones de MF MIR



Ordenando el caos

MINISTERIO DE SANIDAD Y SEGURIDAD SOCIAL

24165 REAL DECRETO 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del Mapa Sanitario del territorio nacional.

A fin de instrumentar y racionalizar todos los recursos de la comunidad capaces de atender a la protección de la salud, se precisa la configuración de una estructura territorial que, iniciándose en la Unidad Sanitaria Local, lleve a la tipificación de las regiones sanitarias, estructuradas como núcleos autosuficientes en la gestión de los módulos asistenciales y en el desarrollo de los programas sanitarios y docentes, sin necesidad de abandonar su propio marco geográfico.



Gobierno UCD evidencia necesidad reforma MG.
1978 **RD 2221/78** mapa sanitario, requisito para reestructurar AP.

Gestión AP **Gerencias**/Direcciones

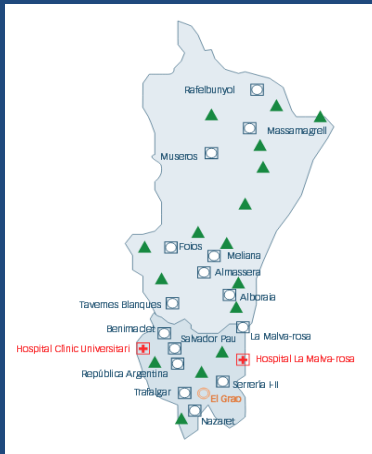
1982 PSOE aceleró reformas

1983 **baremo** plazas valora especialidad MFyC
incorpora médicos sistema MIR.

Cambio Estatuto Jurídico personal sanitario no facultativo, **Enfermería de AP**.

Primer eslabón legislativo

RD 137/84 Estructuras Básicas Salud



Zona de Salud

Marco territorial de la AP entre 5.000 y 25.000 hab. medio rural y urbano.

Centro de Salud

Estructura física y funcional. En él desarrolla sus actividades y funciones el EAP.

RD 137/84 Estructuras Básicas Salud,

EAP profesionales sanitarios y no sanitarios



- 1) MG, Pediatra, Puericultor, ATS/DUE, Matrona
Practicantes Zona y Auxiliar Clínica.
- 2) Sanidad Local: Médicos, Practicantes, Matronas
titulares.
- 3) Farmacéuticos titulares
- 4) Veterinarios titulares
- 5) Trabajadores/asistentes Sociales
- 5) Personal de administración,
- 6) Otros profesionales.

RD 137/84 Estructuras Básicas Salud

Funciones de la AP

- 1) Asistencia ambulatoria, domiciliaria y urgencia
- 2) Promoción, prevención y reinserción social.
- 3) Educación sanitaria de la población.
- 4) Diagnóstico de salud de la Zona.
- 5) Evaluación de las actividades realizadas.
- 6) Docencia pre y posgrado, investigación.
- 7) Programas de SM laboral y ambiental.
- 8) Necesarias para atención de la población.



RD 137/84 Estructuras Básicas Salud

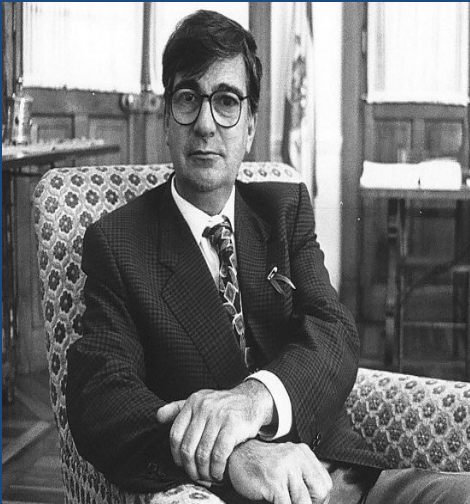


Los EAP son elementos organizativos de carácter y estructura jerarquizados, bajo la dirección de un **Coordinador Médico**.

Fija la **Jornada de trabajo** del personal integrado en los EAP en cuarenta horas semanales y la dedicación a guardias

Ley General Sanidad 1986

Capítulo primero, línea de la Conferencia de Alma Ata:



1. Medios y actuaciones del sistema sanitario orientados a la **promoción de la salud y prevención** de enfermedades.
2. **Asistencia** sanitaria pública se extenderá a **toda la población** española.
3. Política de salud orientada a la **superación de desequilibrios territoriales y sociales**.
4. Políticas, estrategias y programas de salud integrarán activamente en sus objetivos y actuaciones el **principio de igualdad** entre mujeres y hombres.....

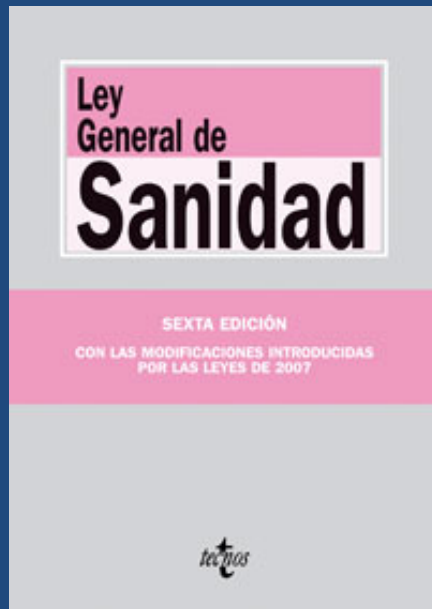
Ley General de Sanidad

Artículo 18.2 “las Administraciones públicas..... desarrollarán las siguientes actuaciones:

“La AP integral de la salud, incluyendo, además de curación y rehabilitación, la promoción y la prevención de la enfermedad del individuo y de la comunidad”.

Artículo 63 reafirma aspectos del RD 137/78 rango de ley fundamental.

“los CS....desarrollarán..... Mediante trabajo en equipo actividadespromoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, tanto individual como colectiva, de los habitantes de la ZBS; serán dotados de los medios personales y materiales precisos para el cumplimiento de dicha función”.



La Historia Clínica

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ÁREA DE REALIZACIÓN

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

HISTORIA DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

GENERALITAT VALENCIANA

PRESTACIÓ FARMACÈUTICA (A.P.)

Nº HISTORIA

CLASE

1 2 3 4

AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT

Nº HISTORIA

GENERALITAT VALENCIANA

BIOGRAFIA SANITARIA 1

IDENTIFICACIÓN

GENERALITAT VALENCIANA

BIOGRAFIA SANITARIA 2

GENERALITAT VALENCIANA

LISTA DE PROBLEMAS

Nº

FECHA DE INTRODUCCIÓN

PROBLEMA Y FECHA DE INICIO

CAMBIO Y FECHA

GENERALITAT VALENCIANA

HOJA DE EVOLUCIÓN

Elemento capital en el desarrollo de la APS.
MG consultorios y APD, **no sistema de registro** de actividad, salvo por propia iniciativa.

Condenaba MG **papel menor**.

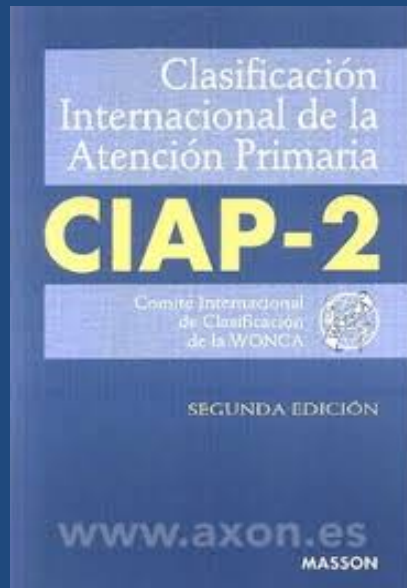
APS pasa de ser algo que ocurría a algo que existe

Nuevos **documentos**: biografía, evolución, problemas

EAP nuevo espacio arquitectónico **archivo**

NHC permitieron creación de **ficheros**, al principio manuales, y después informatizados

El diagnóstico/Las clasificaciones



Elemento calidad documentación clínica
codificación

WONCA 1987 primera edición **ICPC-1**

1999 versión española 2ªed inglesa. **CIAP-2**
ajustada AP.

Clasifica por “episodios de atención”, concepto más amplio que hospitalario “episodio de enfermedad”.

Emplea en HC en formato papel, informatización en AP sustituida por **CIE-9** informes de alta en el hospital.

La Investigación



Documentación clínica consecuencia investigación ,
reservada médicos hospital.

Elemento clave investigación revista **Atención
Primaria**, semFYC 1984.

En 1991 **Medifam** desapareció 2002.

Motivadora para nuevos residentes que se
incorporaban a la especialidad.



Docencia



Consolidar el prestigio de la AP y garantizar número suficiente de MF bien formados.

Programa Docente riguroso

Primeras **UD** en los Hospitales donde los residentes de familia iniciaban su formación.

Al finalizar MF de las primeras promociones ejercer de **Tutores extra-hospitalarios**

UD de MFyC se desplazaron a los CS con recursos humanos provenientes de la propia AP. **Unidades Multidisciplinares**

....y Comunitaria



MF y Comunitaria actividad actúa no sólo en personas ni familias también sobre la población

Inicio: **Diagnóstico de salud comunitario**

Conocer características y dinámicas de comunidad en la que actúa el EAP.

Gran esfuerzo. Poca utilidad para el trabajo diario. Escasas diferencias entre EAP misma ciudad, comunidad y hasta país; soluciones sobrepasan competencias de los EAP y del SNS.

A finales de los años 90 abandono DSC sustituido por actuaciones problemas y poblaciones desfavorecidas.

PACAP

MF y Universidad

Tabla 2

Presencia académica y porcentaje de universidades que tienen departamentos de medicina de familia

Países	Porcentaje departamentos	Presencia académica durante el grado
Alemania	100%	En 4º, 5º y 6º cursos
Austria	50%	En 11º y 12º semestre (120 horas)
Bélgica	100%	En 4º curso
Croacia	100%	En periodo clínico (140 horas)
Dinamarca	100%	En periodo clínico (7 semanas)
Eslovenia	100%	En 6º curso (7 semanas)
España	0%	Obligatoria en tres facultades de medicina, en 11 optativa (plan de estudios pre-Bolonia)
Finlandia	100%	En 1º y 3º cursos (Turku), y en 4º y 6º cursos (Helsinki)
Francia	30%	En periodo clínico
Grecia	20%	En 6º curso (Creta)
Holanda	100%	En periodo clínico
Hungría	75%	En 5º y 6º cursos
Irlanda	100%	En 4º, 5º y 6º cursos
Italia	0%	En cuatro universidades (de 36)
Malta	100%	En 3º, 4º y 5º cursos (12 semanas)
Noruega	100%	En 10º Term (10-15 semanas)
Polonia	100%	En 6º curso (100 horas)
Portugal	100%	En 6º curso
Reino Unido	100%	En 100% del periodo clínico
Suecia	100%	En 6º, 7º, 8º y 9º semestres

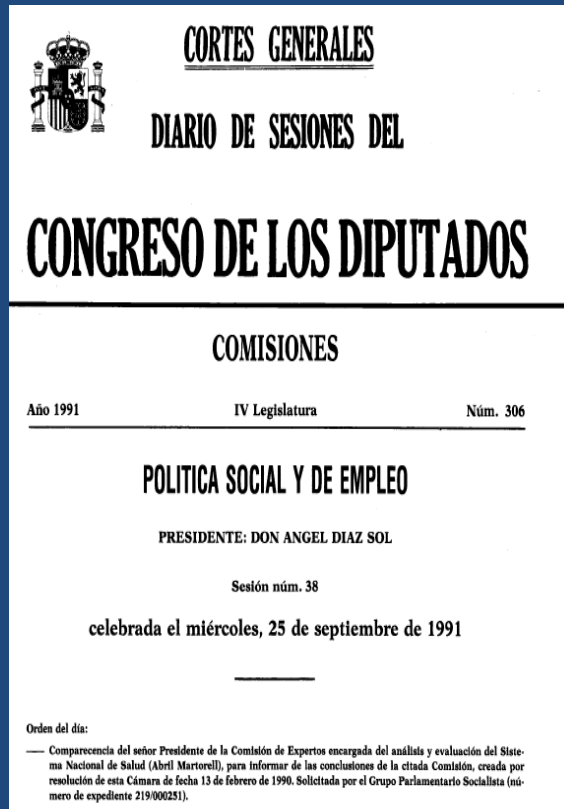
Inicio prácticas profesores asociados asistenciales
Asignatura optativa profesores asociados
Asignatura obligatoria desde entrada del Plan Bolonia.

Pocos **profesores titulares** aunque acreditados por la ANECA

2003, semFYC solicitud como **área de conocimiento**: silencio administrativo.

V. Casado Vicente et al / Gac Sanit. 2012;26(S):69-75

Comienzan los problemas



España SNS problemas por aumento demanda, envejecimiento, mayor nivel de vida, recursos insuficientes.

Pérdidas en eficacia, equidad y calidad de los servicios sanitarios.

90's tendencias privatizadoras en el mundo afectaban especial a los servicios de salud

Europa NL, UK, Suecia, modelo de SNS, reformas adaptar a nueva situación.

Año 1991 **Informe Abril.**

Informe Abril Martorell



Deficiencias más evidentes del SNS:

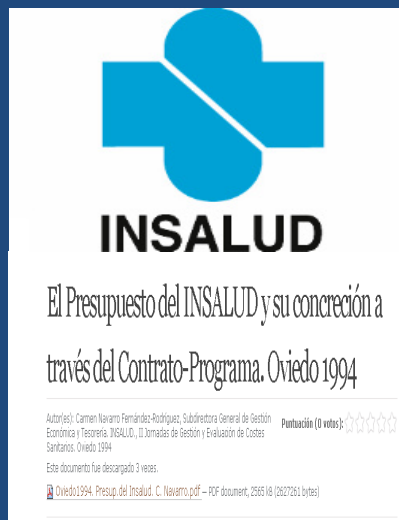
AP **lento proceso** cambio a formas eficaces.

Consume en exceso medios diagnósticos y terapéuticos y sobrecarga AE.

Gasto sanitario sube AE baja en AP.

M Preventiva y SP no recibe lo necesario

Contrato Programa



1993 nueva relación Gerencias **Contrato Programa**

1999 **Contrato de gestión**

Objetivo: Relacionar recursos empleados y resultados obtenidos

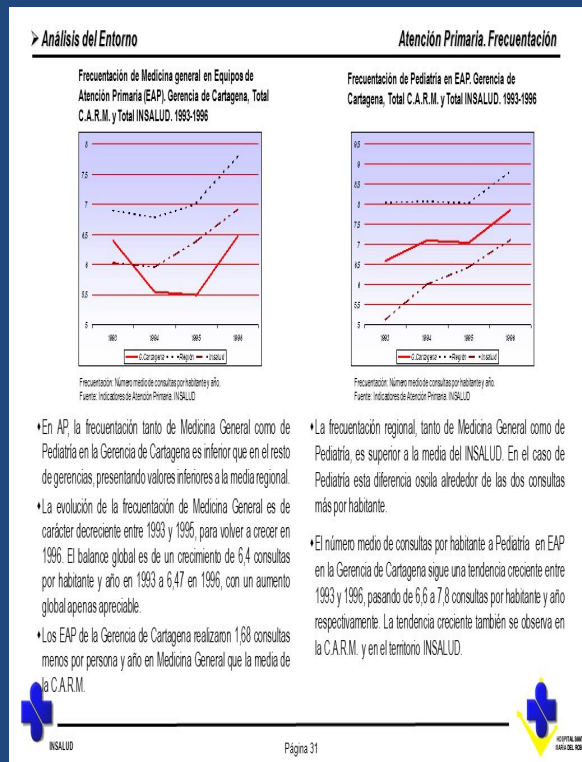
Incluye

negociar objetivos

valorar cumplimiento de objetivos

premiar resultados.

Contrato Programa



Elementos del Contrato Programa

Cartera de servicios

Criterios de asignación recursos

Imputación de costes

Programa uso racional de medicamentos

TSI

Sistema de Incentivación

Otras formas de gestión

RD ley 10/1996 ampliar formas de gestión de los centros sanitarios.

La administración de los mismos pudiera llevarse a cabo, no sólo directamente, sino indirectamente mediante cualesquiera entidades admitidas en Derecho.....

Ley 15/1997 nueva redacción Real Decreto-ley.

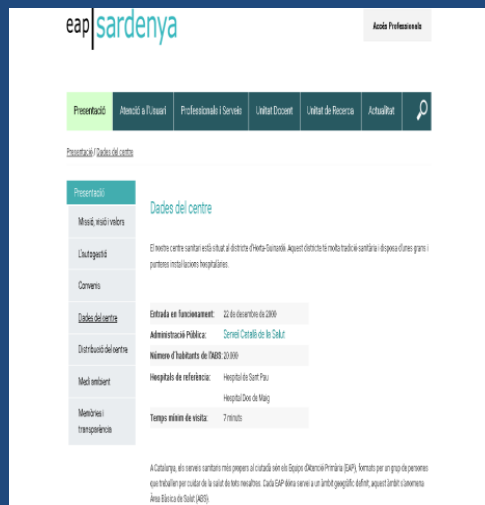
Equipos Base Asociativa EBA



Cataluña RD 95 **EBA** 1996 primera EAP Vic.
Empresa **ánimo de lucro**, derecho privado
propietarios profesionales sanitarios
SL, Cooperativa, SAL.

Administración concesión administrativa.

Ahorro revierte EAP, incrementos gasto pérdidas.



Modelo Alcira



Concesión administrativa AE de la Ribera a **UTE** Adeslas ,Cajas Ahorro, Constructora

Concesión 10 años prorrogables otros 5.

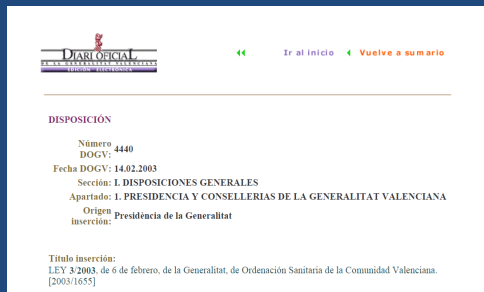
Construcción hospital por adjudicatario.

Financiación capitativa por habitante.

2003 UTE renunció contrato nueva concesión misma UTE gestión integrada AP y AE +cápita.

UTE beneficio hasta 30% de los ahorros, siempre gasto inferior al promedio de la CV.

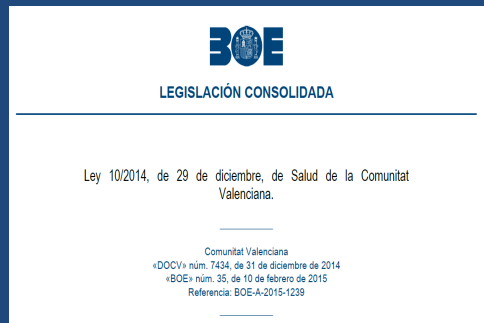
Gerencia Única



LEY 3/2003 Ordenación Sanitaria de la CV

Artículo 32.

El gerente del departamento de salud es el encargado de la dirección.....tanto de AP como AE y sociosanitaria.



ORDEN de 13/2005

Los directores de hospital o directores médicos.....
.....asumirán las funciones y atribuciones previstas en el Decreto 42/1986, que define y estructura la AP.....

UGC



Decreto 197/2007 incrementa participación de profesionales sanitarios en EAP.

AG objetivos asistenciales, docentes e investigadores. RRHH, materiales, tecnológicos económicos e incentivos.

No independencia económica ni contratación.



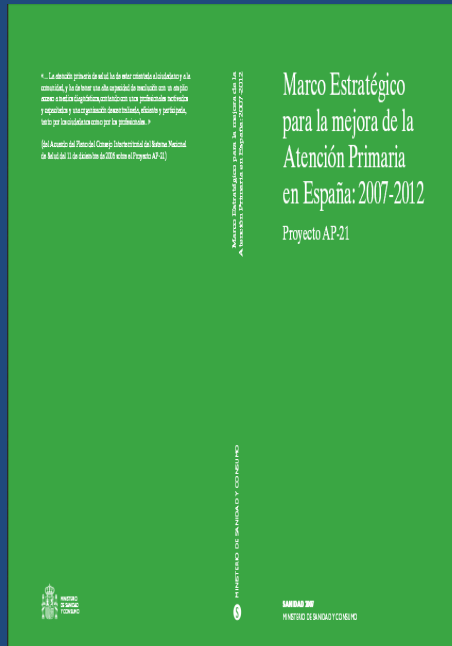
Calidad asistencial modelo de gestión por procesos.

Autonomía de Gestión. Tres niveles:

Nivel básico , intermedio, avanzado

Estrategia AP 21

Ante la creciente **deriva** de la AP en el estado .
Respuesta satisfaga a los profesionales.
Impulsada por las SSCC AP y MSSI.



Documento Marco estratégico

5 grandes estrategias

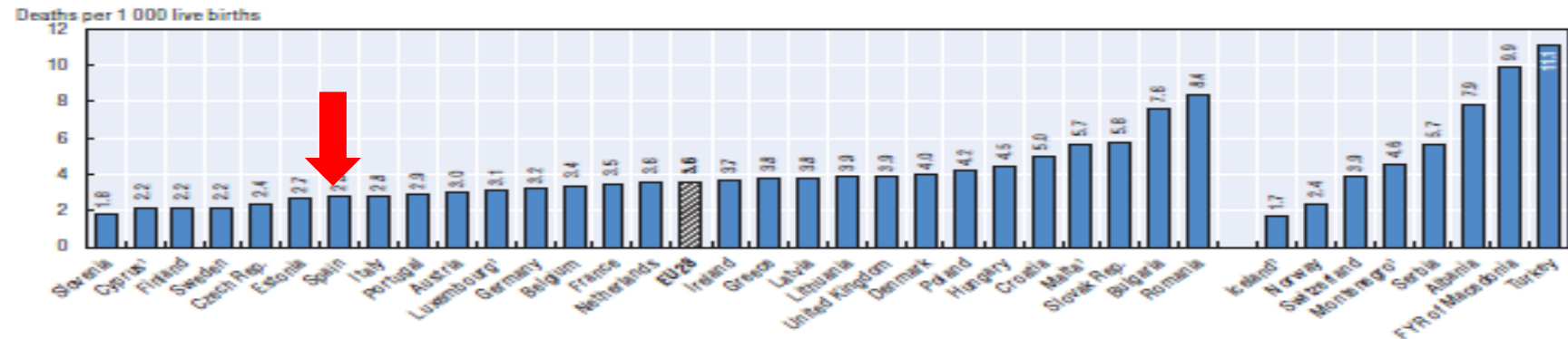
- I. Mejora de **calidad** de servicios
- II. Mejora de **efectividad y resolución**
- III. Mejora de **continuidad** asistencial
- IV. Mejora de participación y **desarrollo profesional**
- V. Mejora de la **eficiencia**, gestión y organización

Indicadores de salud



Indicadores de salud

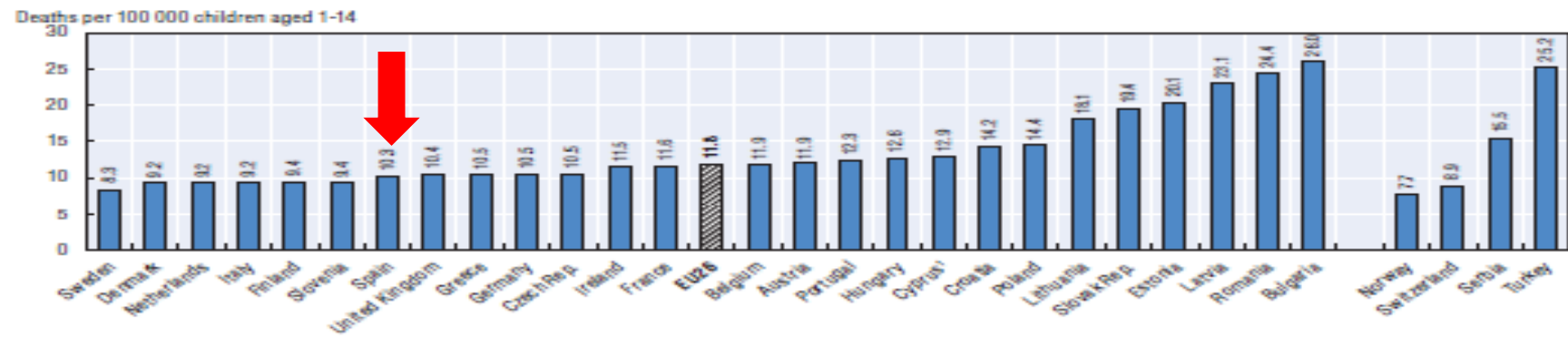
3.19. Infant mortality rates, 2014 (or nearest year)



1. Three-year average (2012-14).
Source: Eurostat Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428695>

3.20. Child mortality, 2013 (or nearest year)

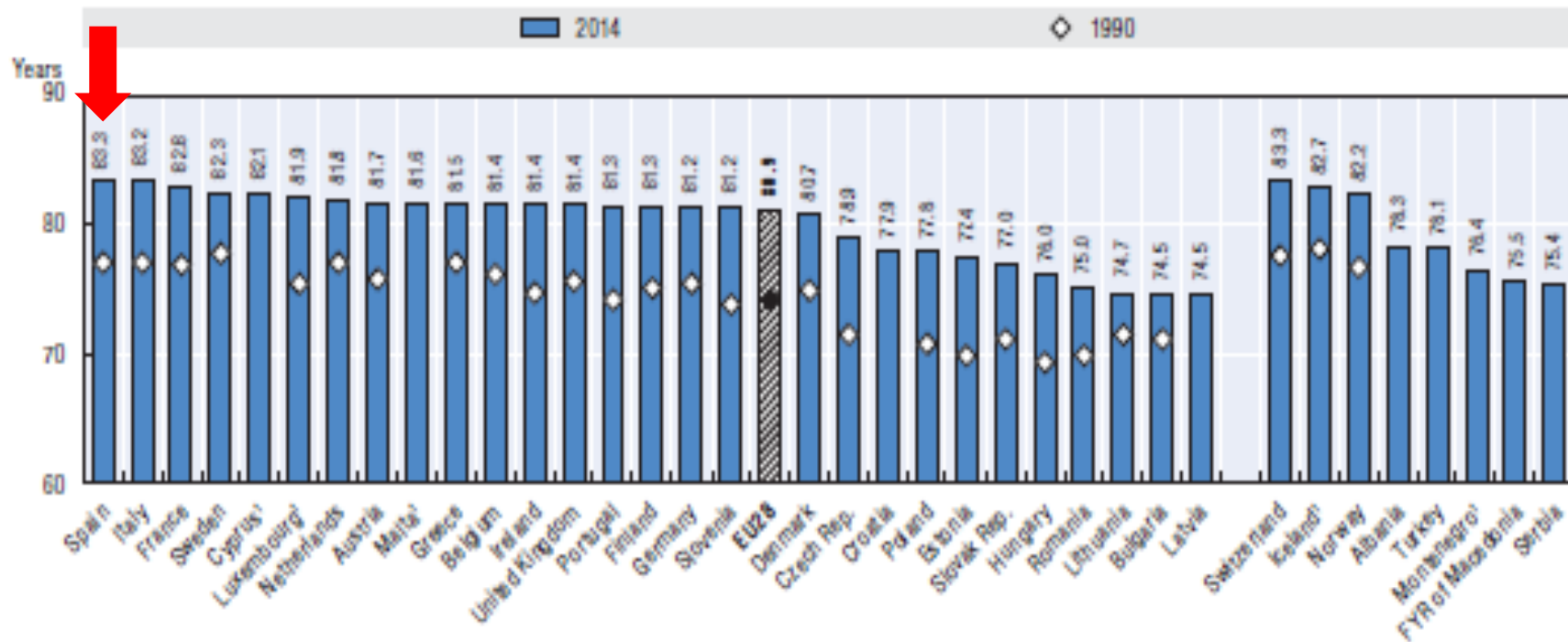


1. Three-year average (2011-13).
Source: Eurostat Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428703>

Indicadores Salud

3.1. Life expectancy at birth, 1990 and 2014



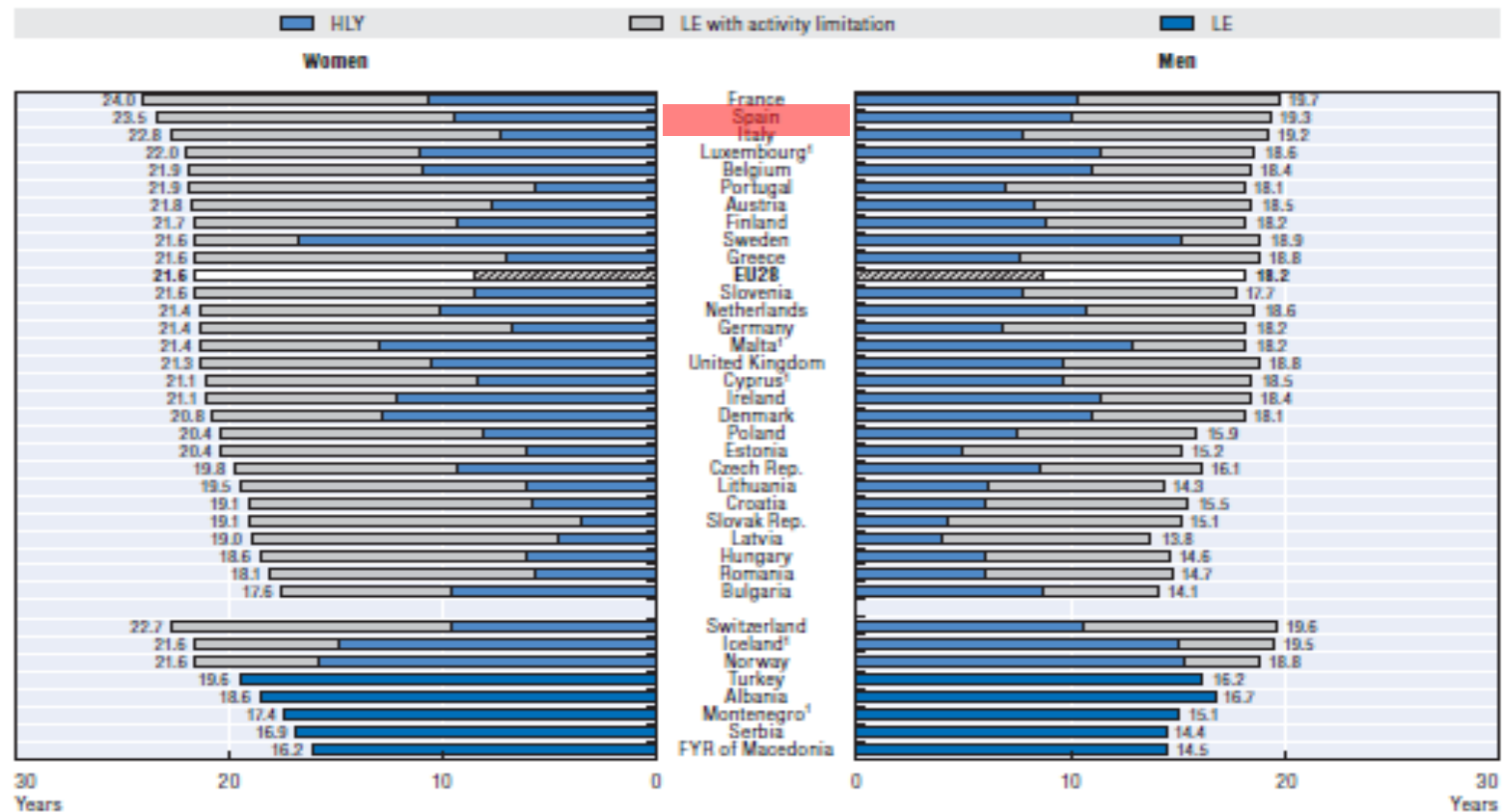
1. Three-year average (2012-14).

Source: Eurostat Database completed with data from OECD Health Statistics 2016.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428513>

Indicadores Salud

3.3. Life expectancy (LE) and healthy life years (HLY) at 65, by gender, 2014



Note: Countries are ranked in descending order of life expectancy at 65 for women.

1. Three-year average (2012-14).

Source: Eurostat Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933428539>

Indicadores de salud

Table 1.1. Premature deaths and potential productive life years lost related to non-communicable diseases among people aged 25-64, EU countries, 2013

	Premature NCD deaths		Potential productive life years lost	
	Number	Rate per 100 000 population	Number	Rate per 100 000 population
EU28 total	555 065	201	3 412 060	1 236
Austria	7 736	165	47 694	1 018
Belgium	10 307	173	62 115	1 042
Bulgaria	16 828	410	103 766	2 527
Croatia	6 894	293	40 015	1 701
Cyprus	558	116	3 786	789
Czech Republic	14 711	244	79 195	1 316
Denmark	5 177	178	29 755	1 023
Estonia	2 013	280	11 230	1 562
Finland	4 961	174	27 997	980
France	57 318	169	355 707	1 046
Germany	86 545	195	522 522	1 179
Greece	11 325	188	76 390	1 270
Hungary	22 947	411	129 389	2 319
Ireland	3 564	143	24 014	966
Italy	48 231	147	312 026	952
Latvia	4 439	400	29 731	2 682
Lithuania	5 910	372	39 220	2 466
Luxembourg	450	147	2 961	969
Malta	368	159	2 063	889
Netherlands	15 618	173	94 067	1 042
Poland	67 050	305	378 167	1 722
Portugal	9 827	170	66 294	1 147
Romania	40 621	361	247 952	2 203
Slovak Republic	9 148	289	53 324	1 685
Slovenia	2 380	200	13 384	1 122
Spain	38 003	142	256 969	960
Sweden	6 726	138	40 104	821
United Kingdom	55 410	166	362 228	1 084

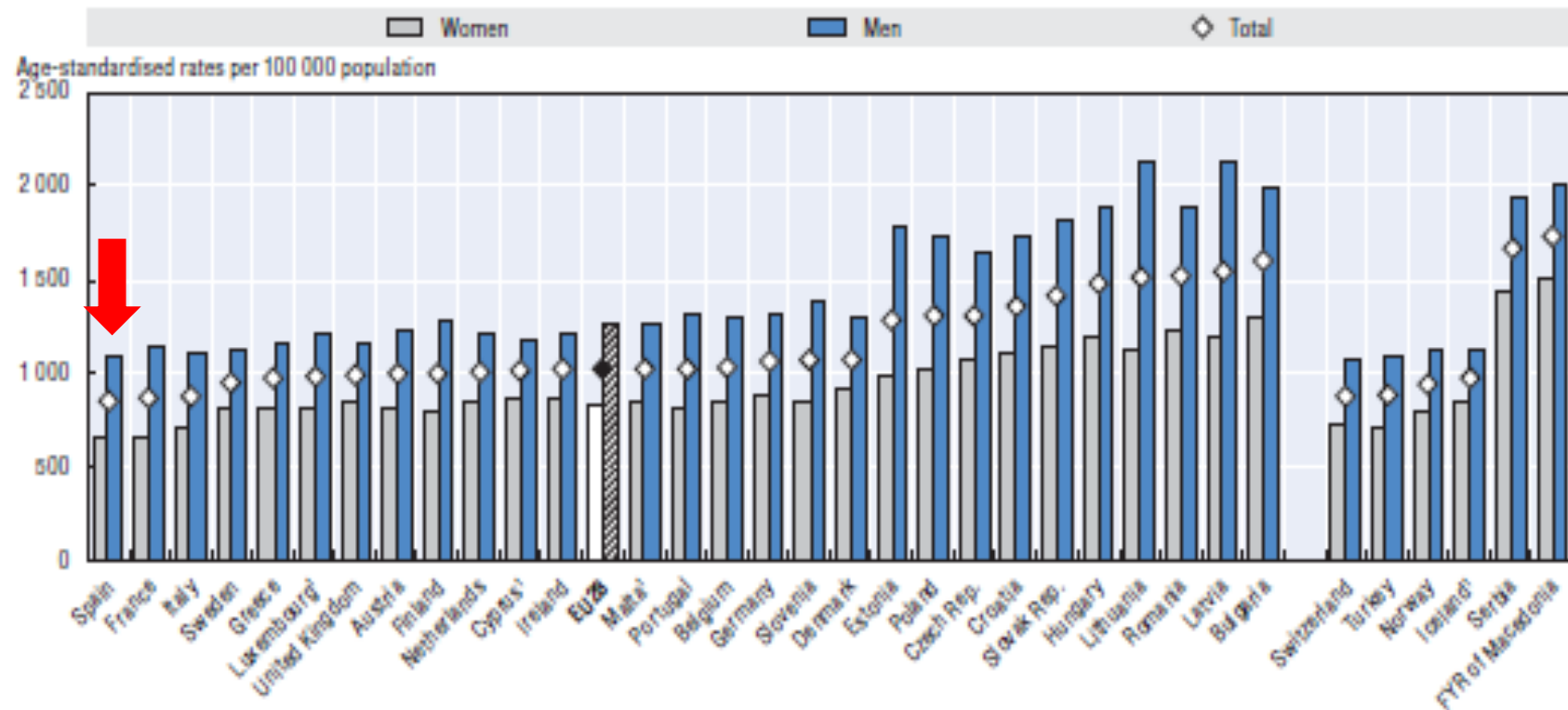
Note: Non-communicable diseases include cardiovascular diseases (ICD-10: I00-I99), cancers (C00-C97), respiratory diseases (J40-J47), and diabetes (E10-E14). Potential productive life years have been calculated as the difference between the age of death and age 65, using the EU28 average of employment rates for the population aged 25-54 years and 55-64 years.

Source: OECD estimates based on Eurostat data.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933430238>

Indicadores Salud

3.5. Mortality rates from all causes of death, 2013



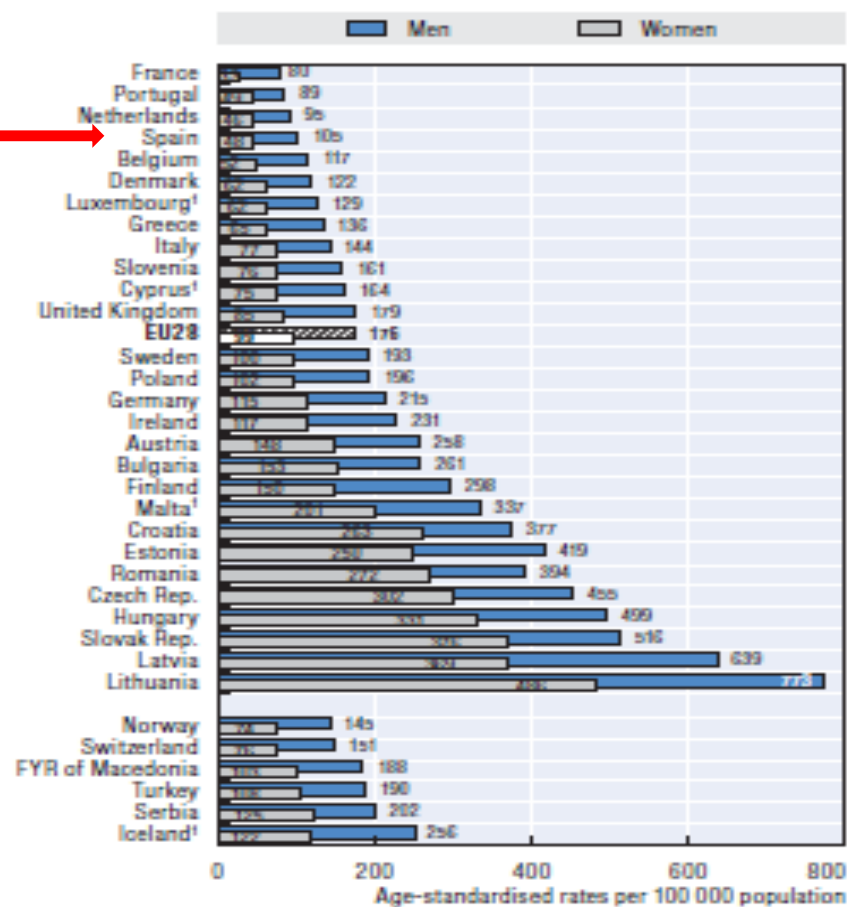
1. Three-year average (2011-13, except for Iceland: 2007-09).

Source: Eurostat Database.

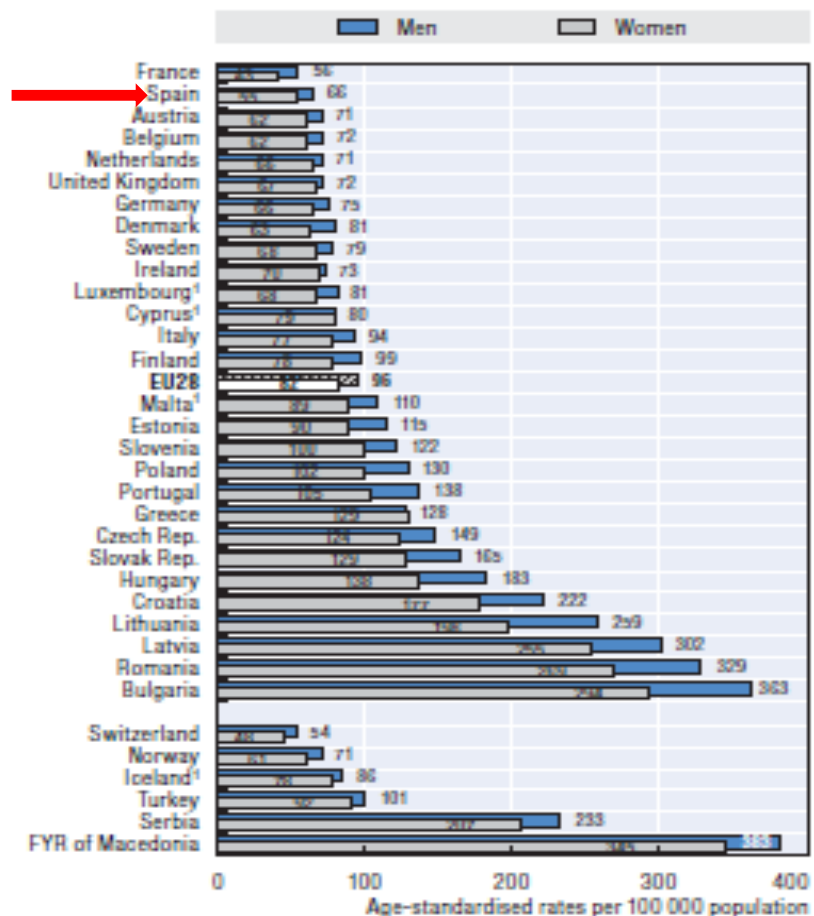
StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933428552>

Indicadores salud

3.7. Ischemic heart disease, mortality rates, 2013

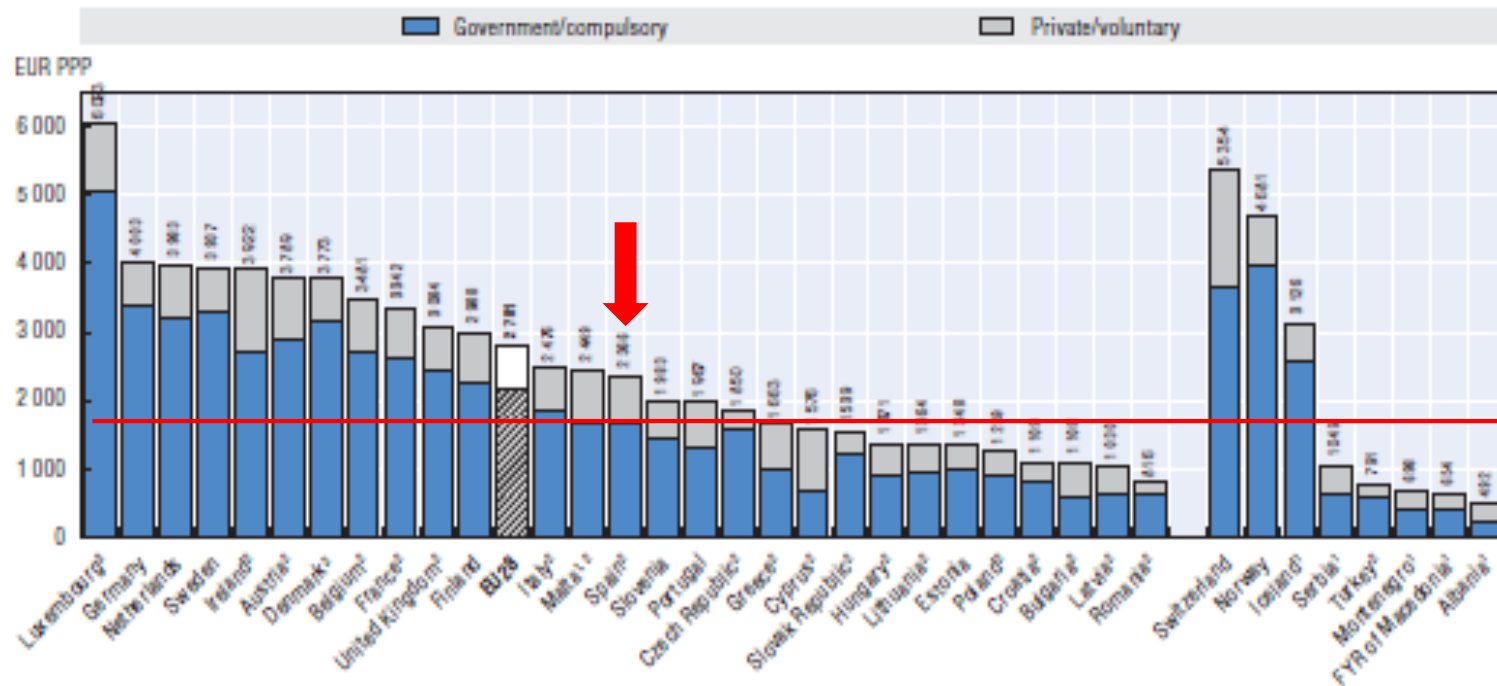


3.8. Stroke, mortality rates, 2013



Gasto por habitante

5.1. Health expenditure per capita, 2015 (or nearest year)



1. Includes investments.

2. OECD estimate.

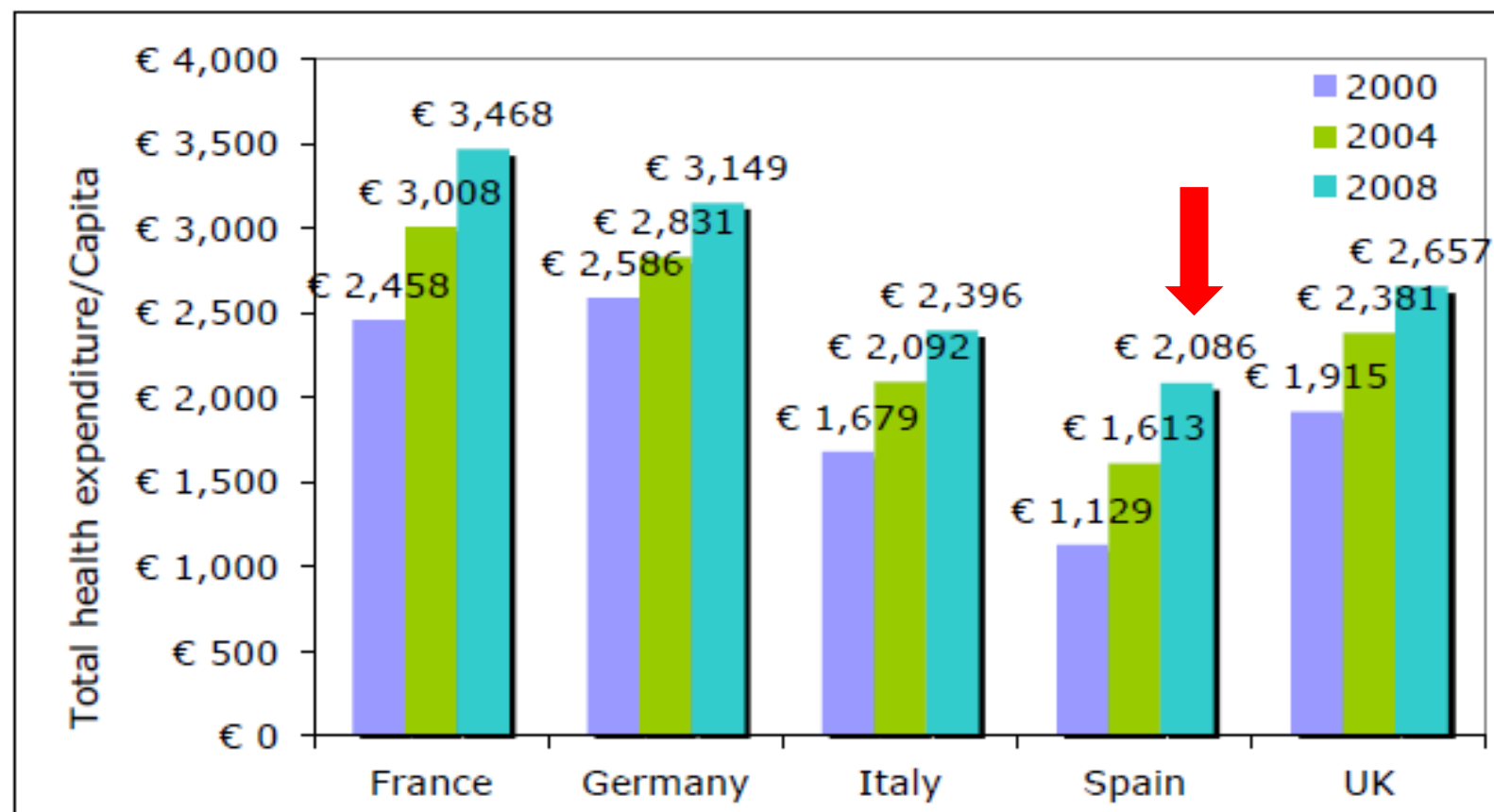
3. For Luxembourg, the population data refer only to the total insured resident population, which is somewhat lower than the total population.

Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429236>

Gasto sanitario

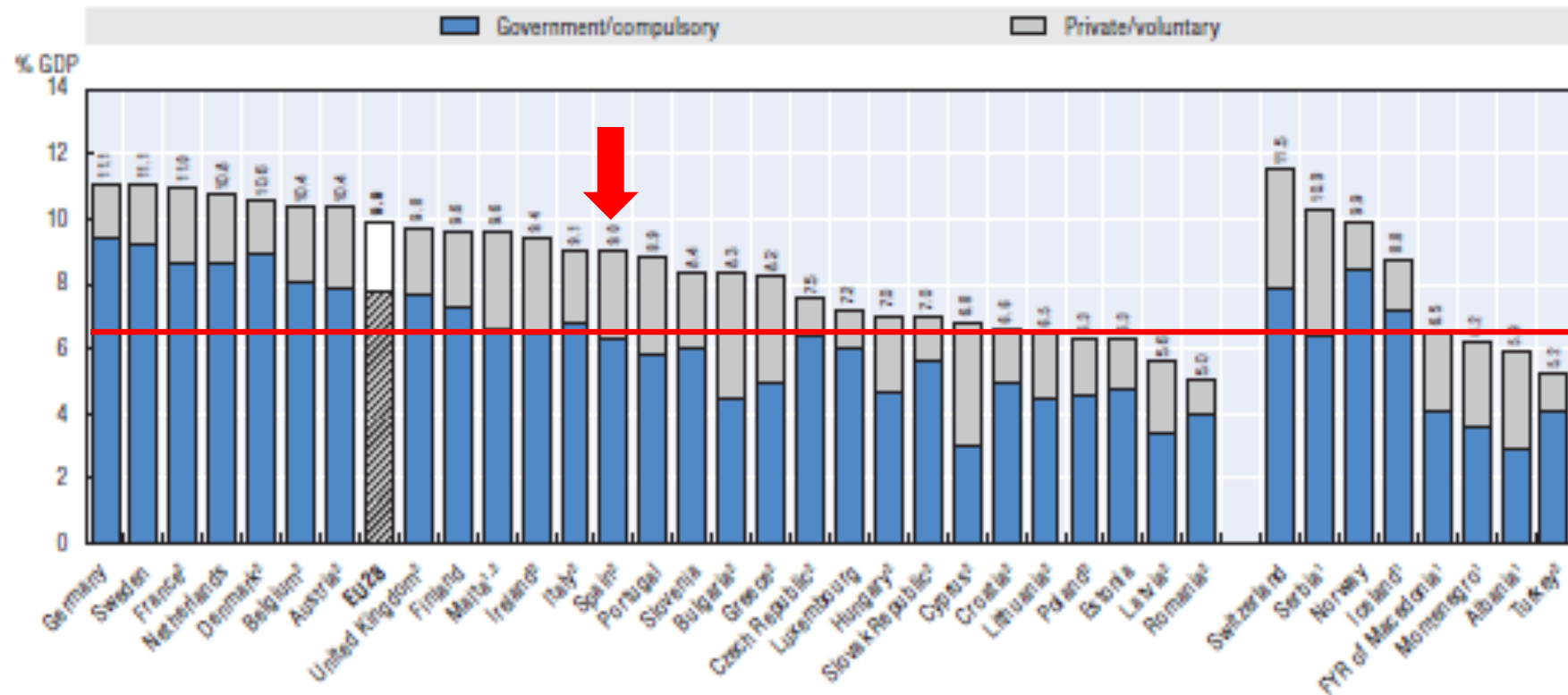
Figure 5.1: Total health expenditure per capita in EU5, 2000-2008 (in €)^a



Notes: ^a Country National Health Accounts data (WHO) (World Health Organisation 2009) divided by total population (OECD) estimates (Organisation for Economic Cooperation and Development (OECD) 2010). Average exchange rates are used to convert to Euros.

Presupuesto y PIB

5.3. Health expenditure as a share of GDP, 2015 (or nearest year)



1. Includes investments.

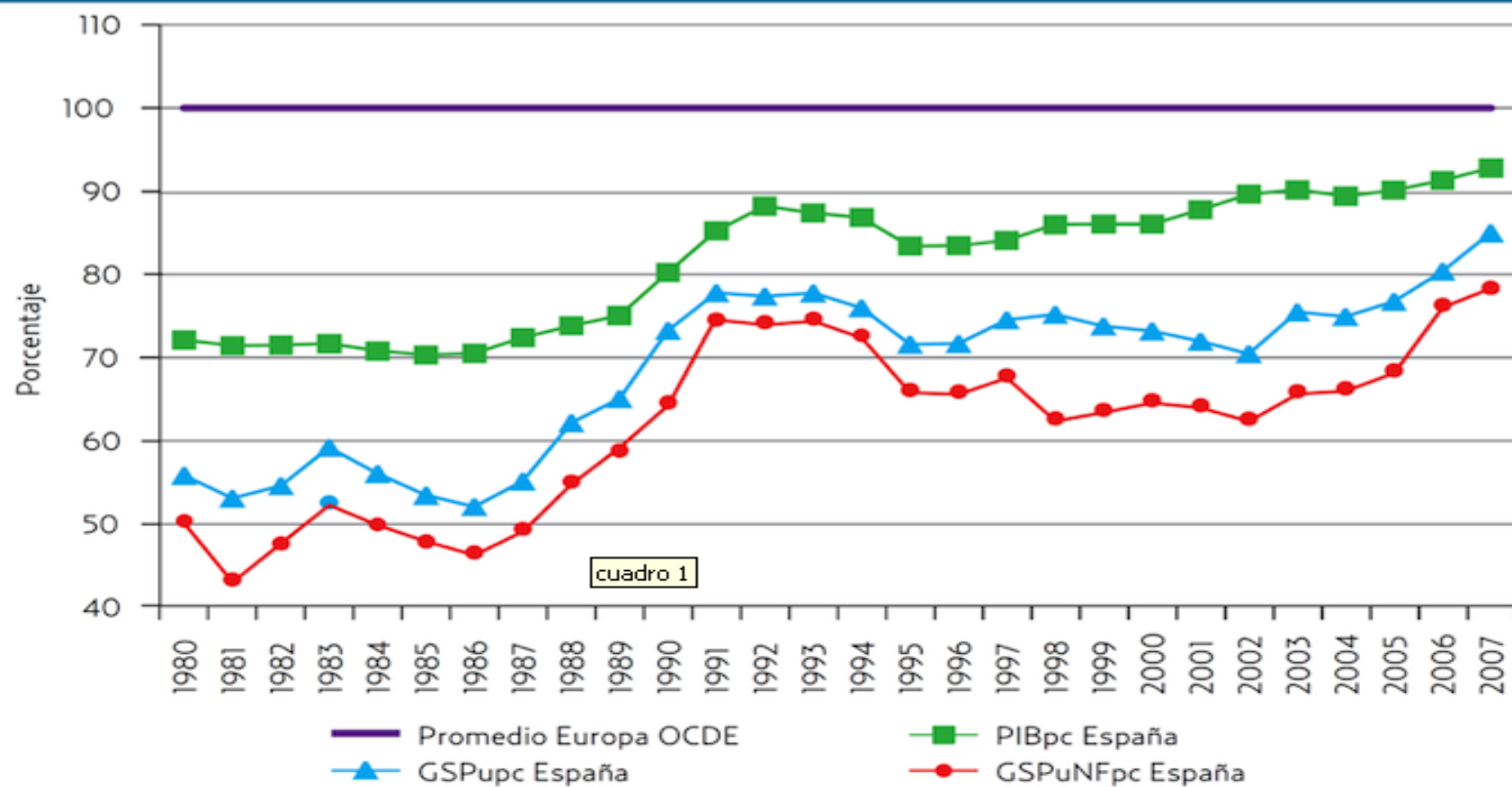
2. OECD estimate.

Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429258>

Gasto sanitario

Gasto sanitario público per cápita, gasto sanitario público no farmacéutico per cápita y producto interior bruto per cápita de España comparado con el promedio de los países europeos de la OCDE

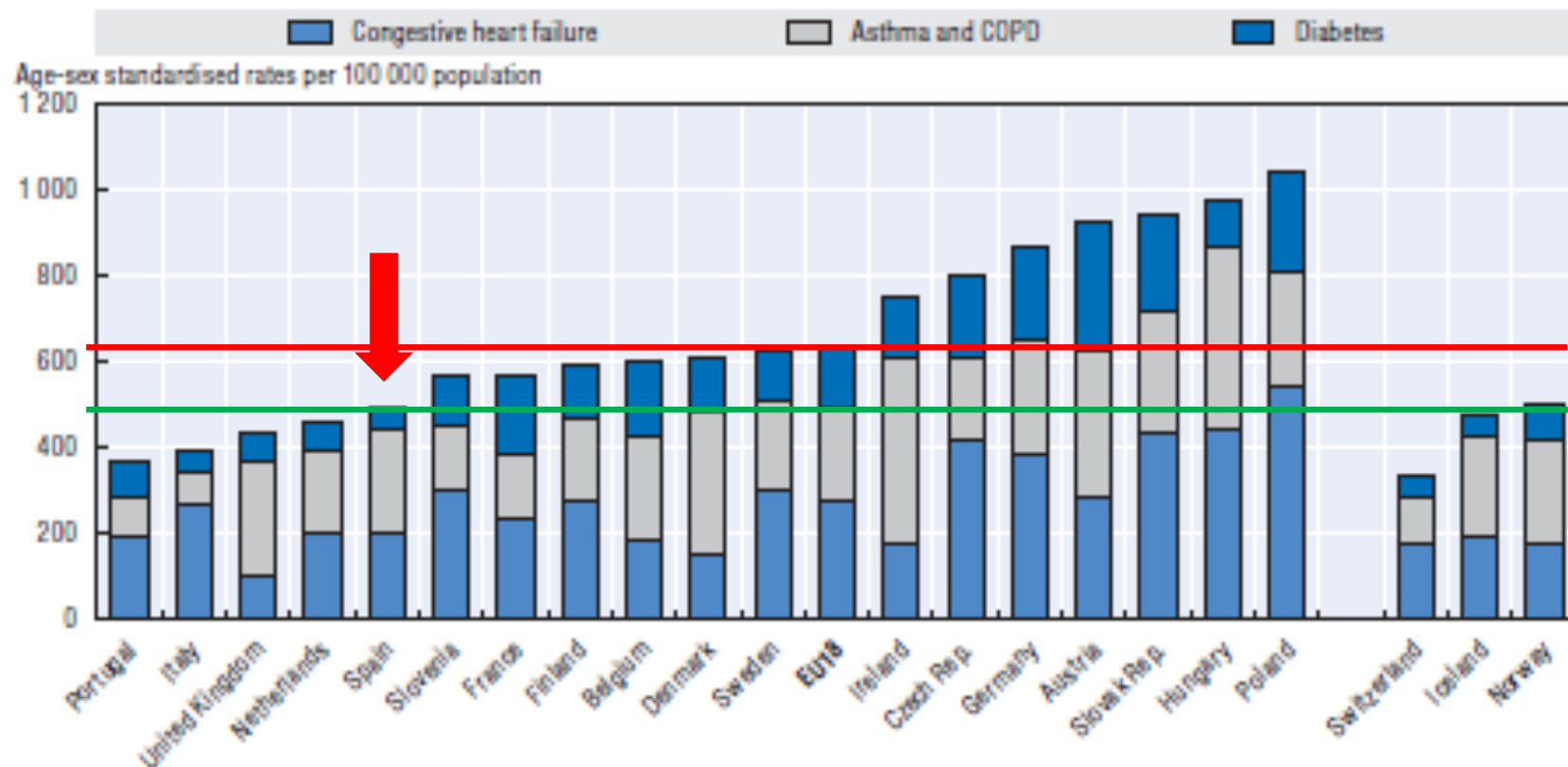


GSPupc: gasto sanitario público per cápita; GSPuNFpc: gasto sanitario público no farmacéutico per cápita; PIBpc: producto interior bruto per cápita. Porcentaje respecto al promedio. Período 1980-2007. Fuente: Health Data 2009 OCDE.

Atribuible a la AP

Efectividad/Resolución

Figure 2.5. **Avoidable admissions for chronic ambulatory care sensitive conditions, 2013 (or nearest year)**



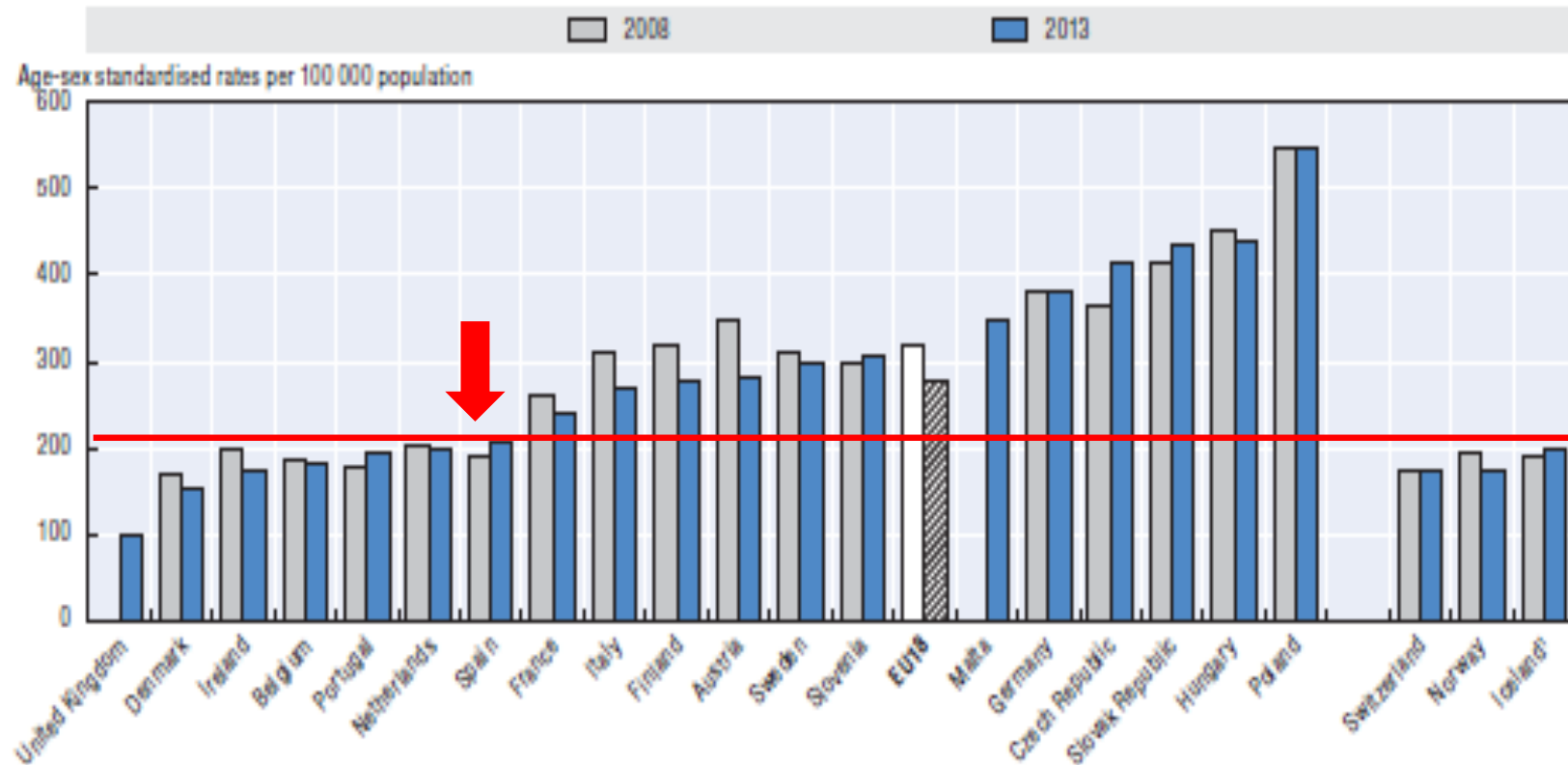
Note: Rates are not adjusted by health care needs and health risk factors.

Source: OECD Health Statistics 2016.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933428494>

Efectividad/Resolución

6.5. Congestive heart failure hospital admission in adults, 2008 and 2013 (or nearest years)



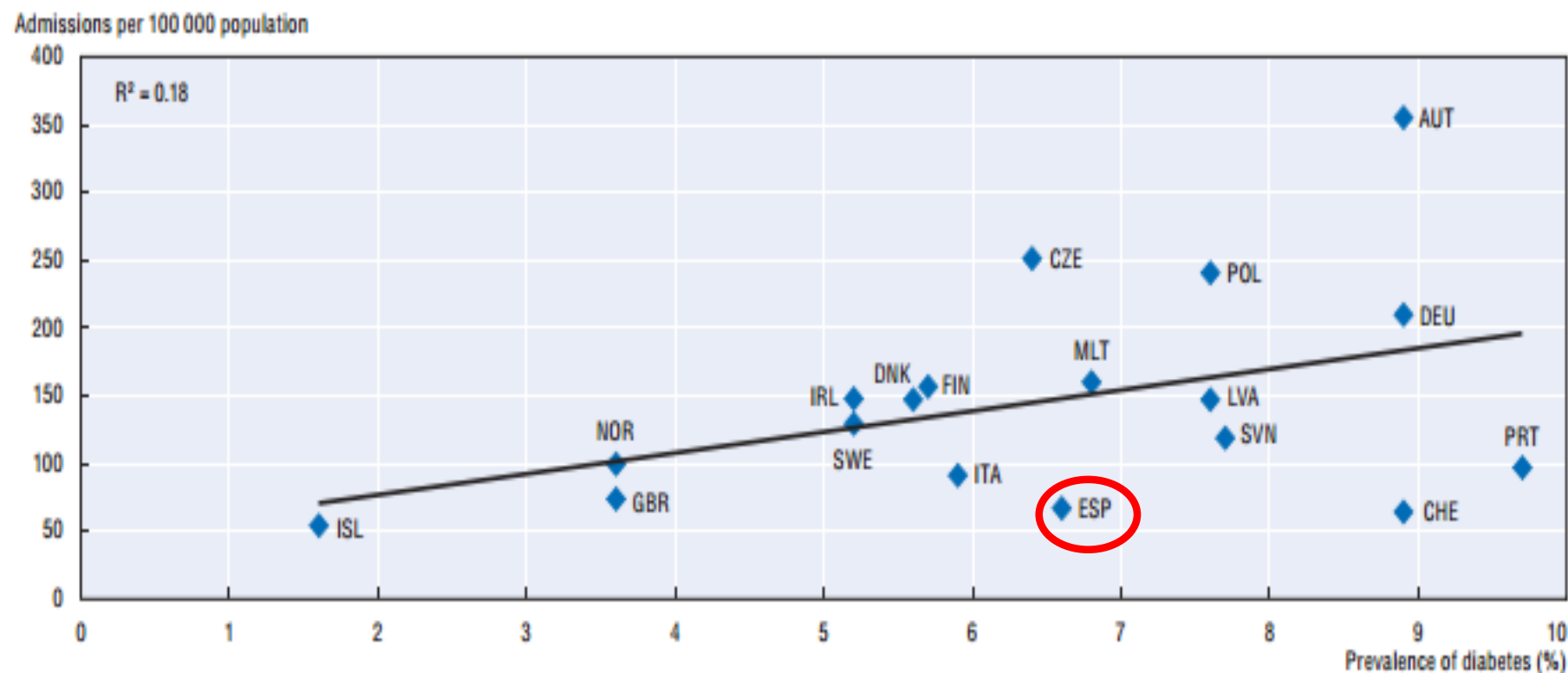
1. Three-year average.

Source: OECD Health Statistics 2016.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429407>

Efectividad/Resolución

4.2.2. Uncontrolled diabetes hospital admission rates and prevalence of diabetes, 2009 (or nearest year)

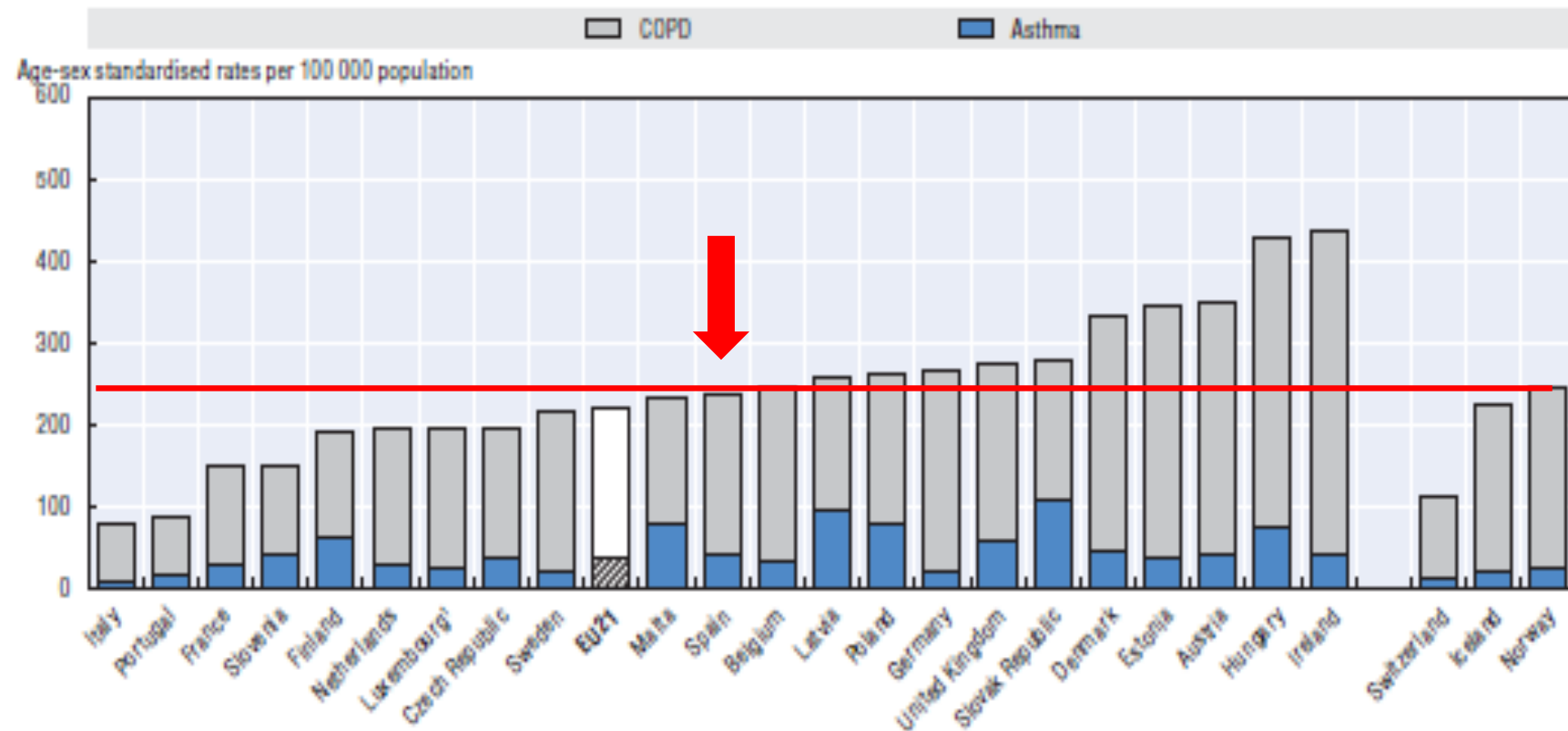


Note: Prevalence estimates of diabetes refer to adults aged 20-79 years and data are age-standardised to the World Standard Population. Hospital admission rates refer to the population aged 15 and over and are age-sex standardised to the 2005 OECD standard population.

Source: IDF (2009) for prevalence estimates; OECD Health Data 2012 for hospital admission rates.

Efectividad/Resolución

6.4. Asthma and COPD hospital admission in adults, 2013 (or nearest year)



1. Three-year average.

Source: OECD Health Statistics 2016.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429394>

Efectividad/Control FR

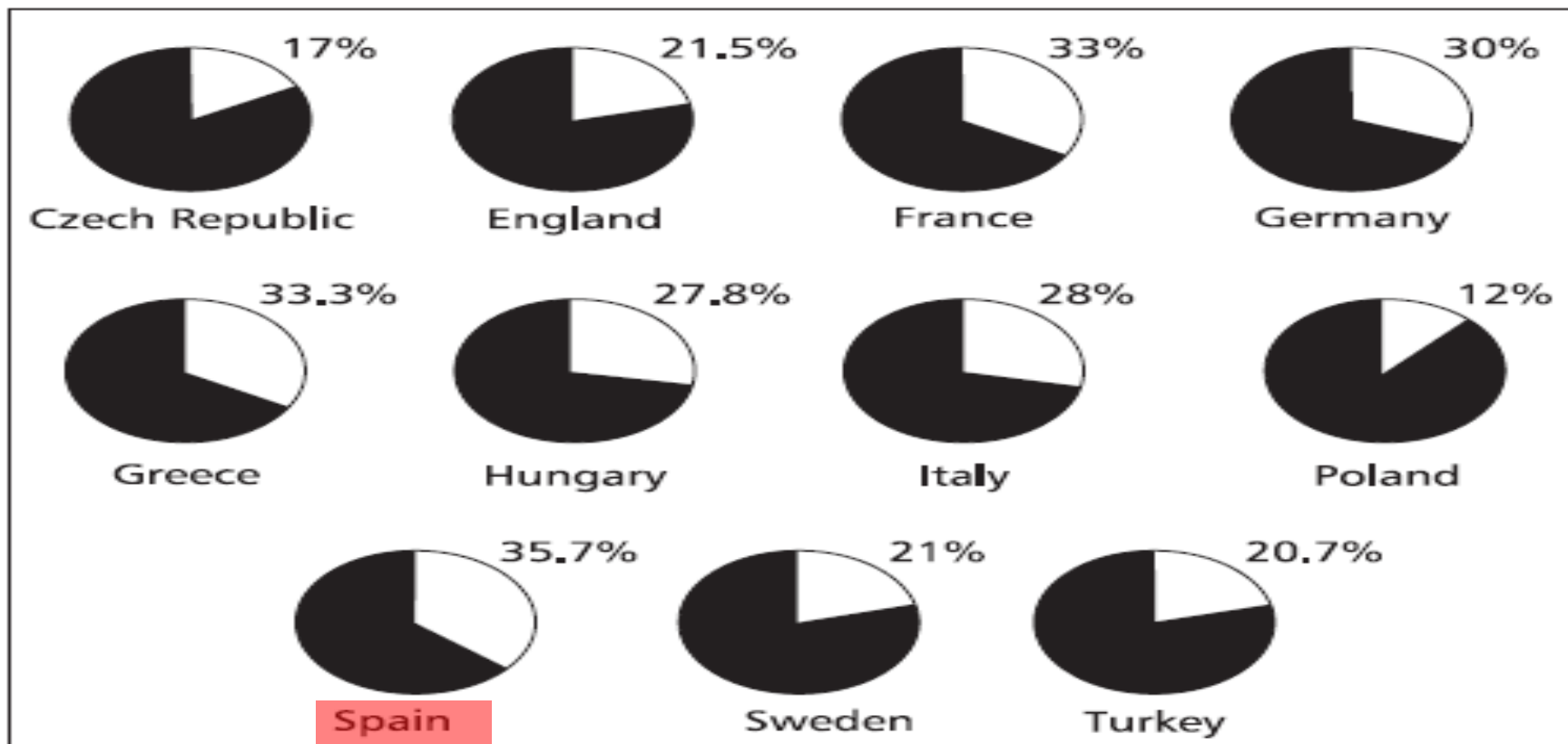
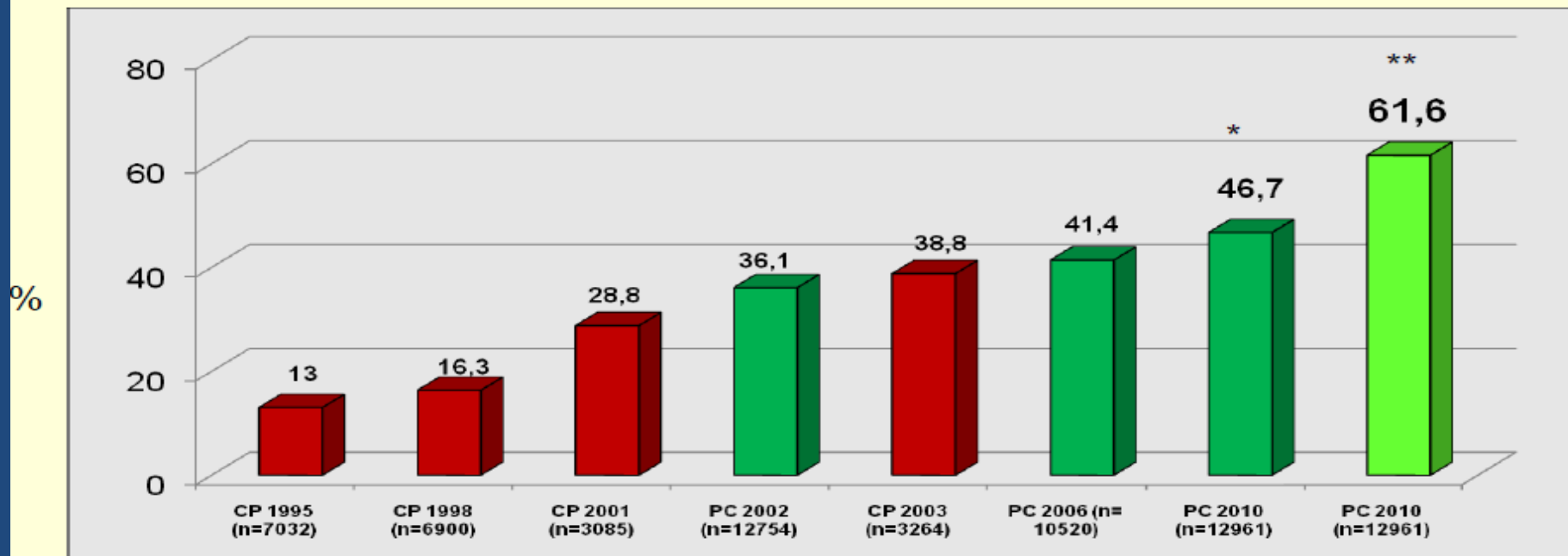


Figure 2. Percentage of patients who reach the blood pressure goal (< 140/90 mm Hg) in Europe [9–16]



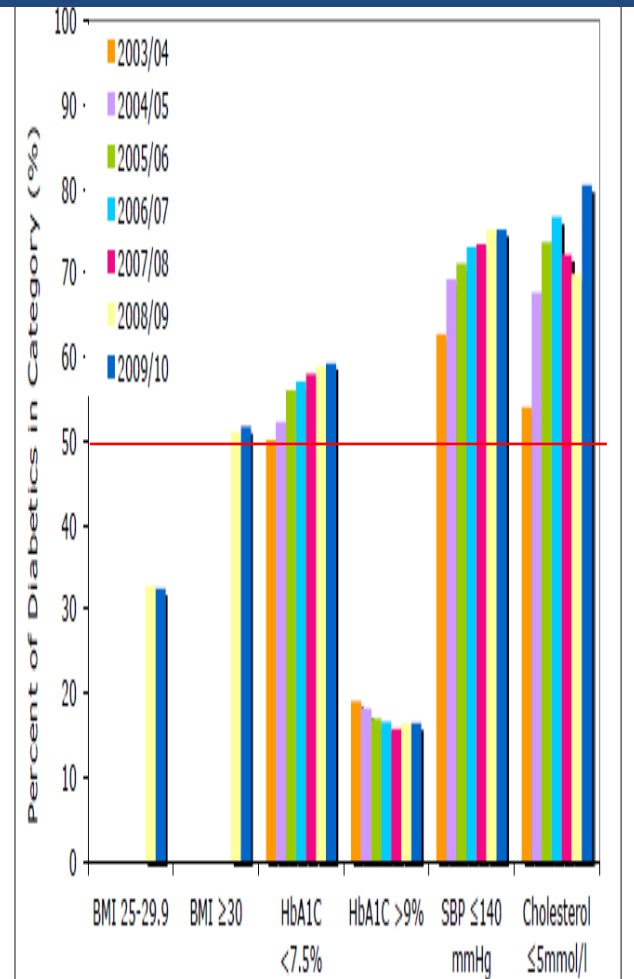
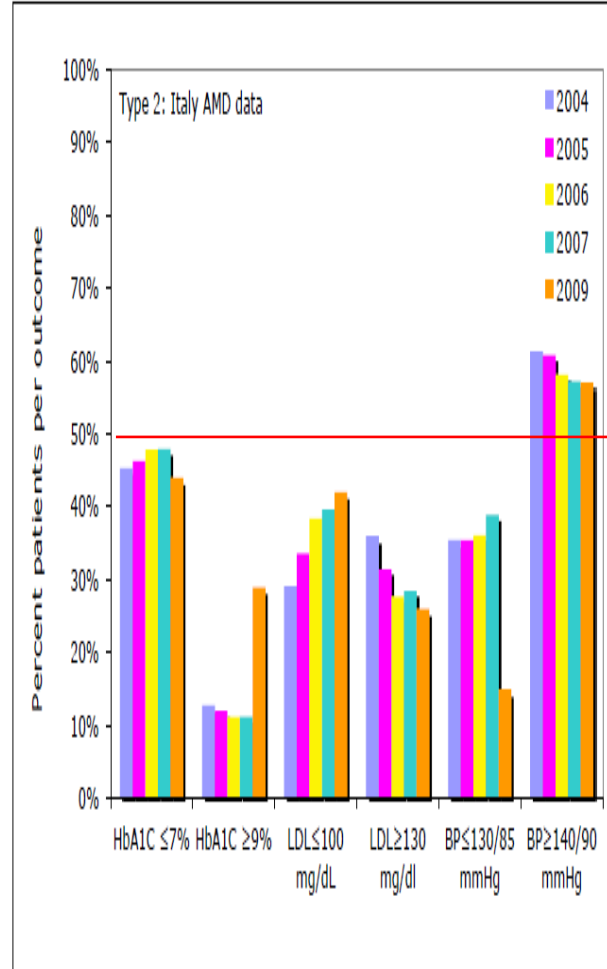
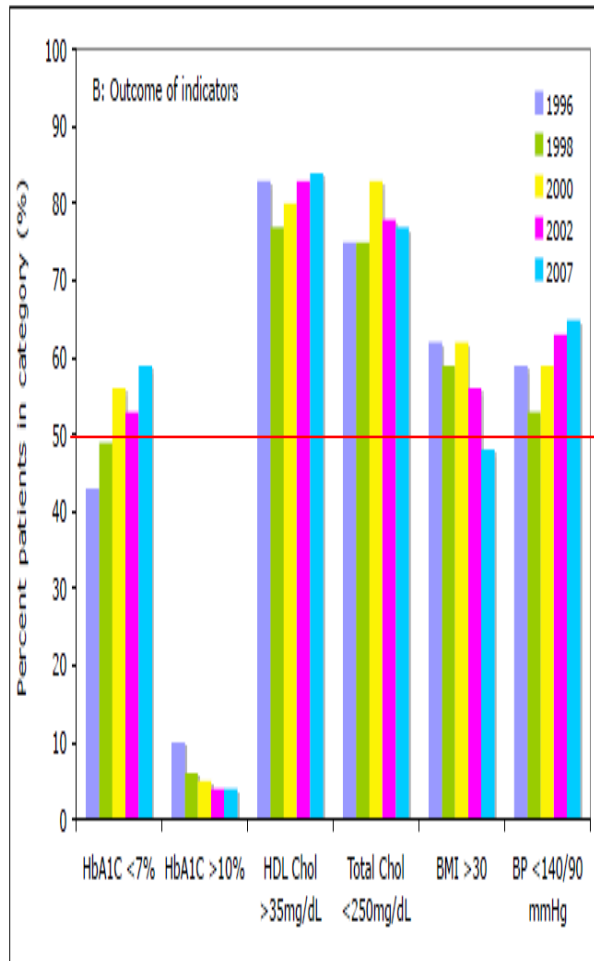
Efectividad Control FRCV

Evolución del Control de HTA en España Encuestas Asistenciales (Periodo 1995-2010)



* Control PA como en PRESCAP 2006
** Control PA < 140/90 mmHg en todos los pacientes

Efectividad DM



Efectividad/Prevención

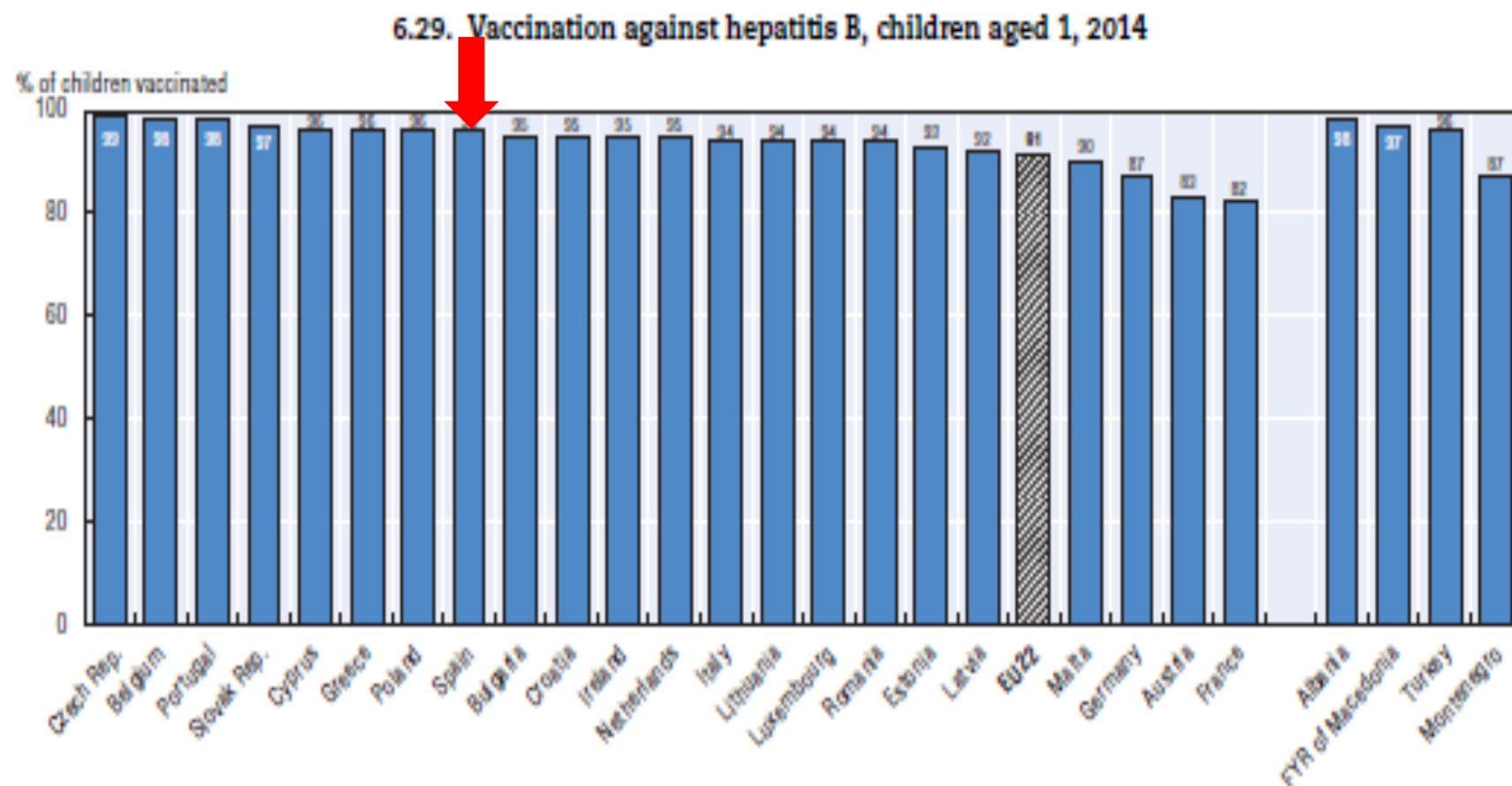
Tabla 47.- Series básicas de primovacunación en niños de 0 a 1 año. España, 2014

	Cobertura (%)
Poliomielitis	96,6
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa)	96,6
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)	96,5
Hepatitis B	96,2
Enfermedad meningocócica por serogrupo C	96,9

Tabla 48.- Vacunación de refuerzo en niños 1 a 2 año. España, 2014

	Cobertura (%)
Poliomielitis (%)	94,8
Difteria-tétanos-tosferina (DTPa) (%)	94,6
Haemophilus influenzae tipo b (Hib) (%)	94,6
Enfermedad meningocócica serogrupo C (%9	95,2

Efectividad/Prevención

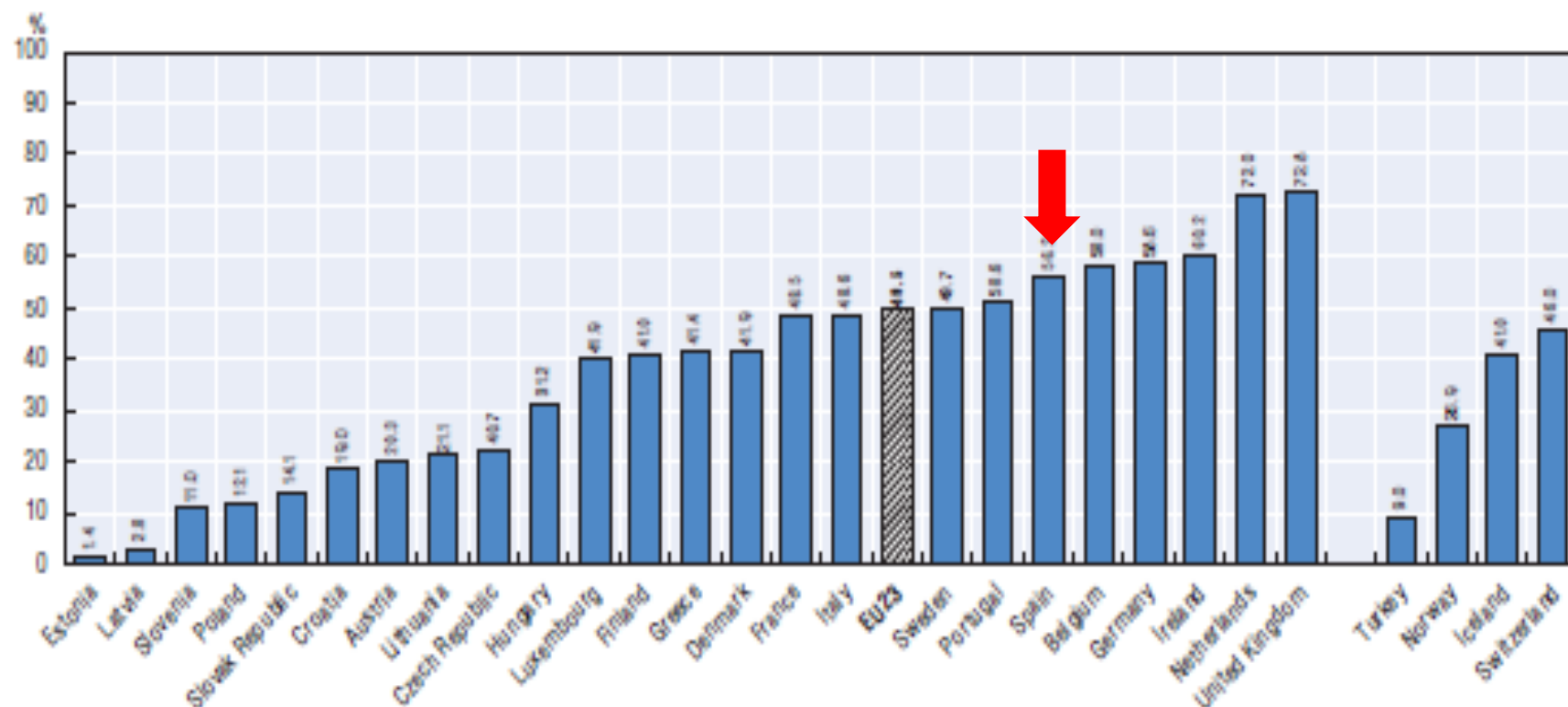


Source: WHO/UNICEF.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429640>

Efectividad/Prevención

6.30. Influenza vaccination coverage, population aged 65 and over, 2014 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429657>

Efectividad/Prevención

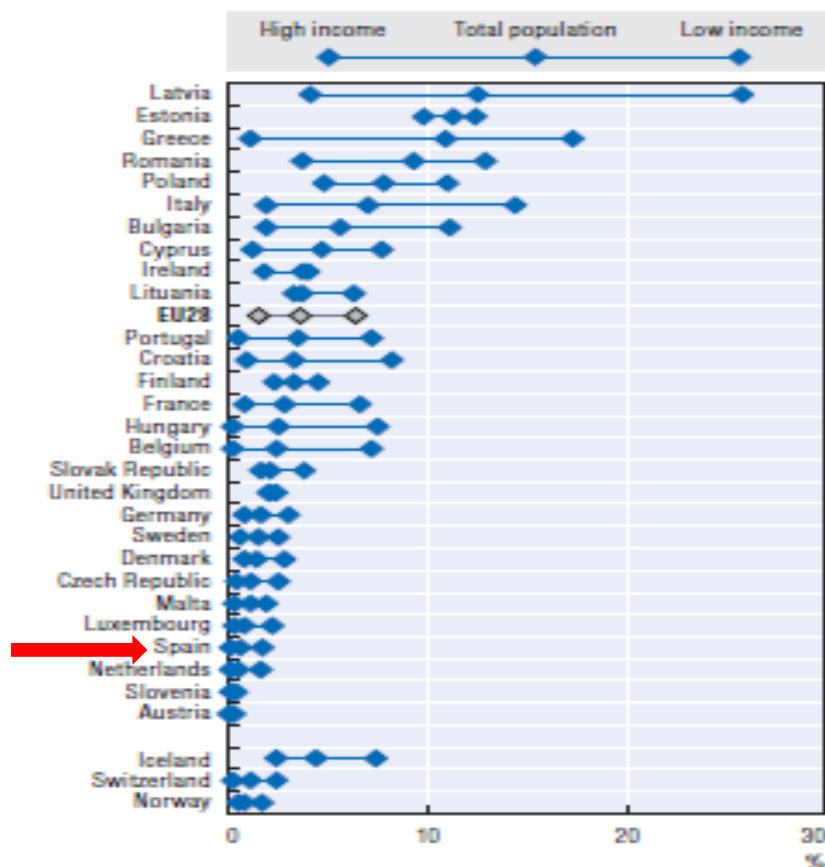
Tabla 60.- Citología vaginal realizada en mujeres de 25 a 64 años. España, 2014

Mujeres de 25 a 64 años que se han hecho una citología vaginal en los últimos cinco años (%)
79,4

Fuente: Instituto Nacional de Estadística / Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Europea de Salud en España.

Equidad

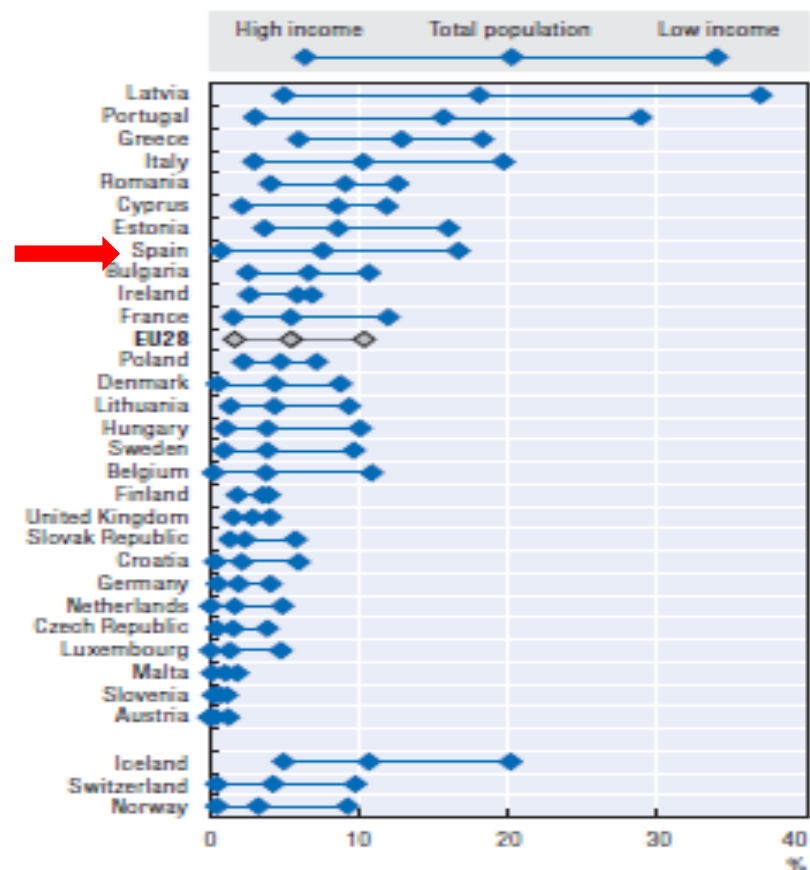
7.4. Unmet need for medical examination for financial, geographic or waiting times reasons, by income quintile, 2014



Source: Eurostat Database, based on EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429732>

7.5. Unmet need for dental examination for financial, geographic or waiting times reasons, by income quintile, 2014

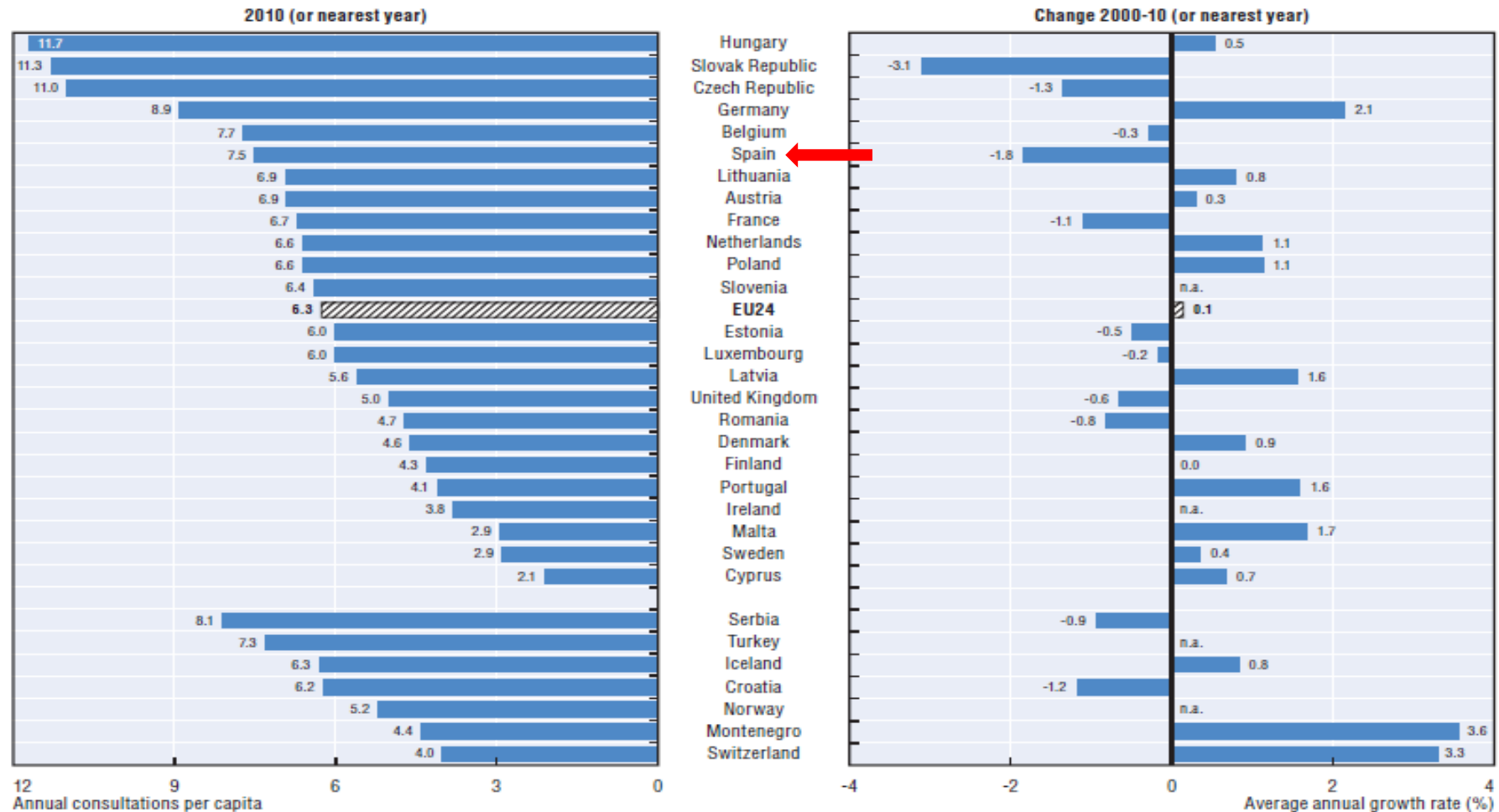


Source: Eurostat Database, based on EU-SILC.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429747>

Utilización

3.2.1. Doctors consultations per capita, 2010 and change between 2000 and 2010 (or nearest year)



Cobertura APS

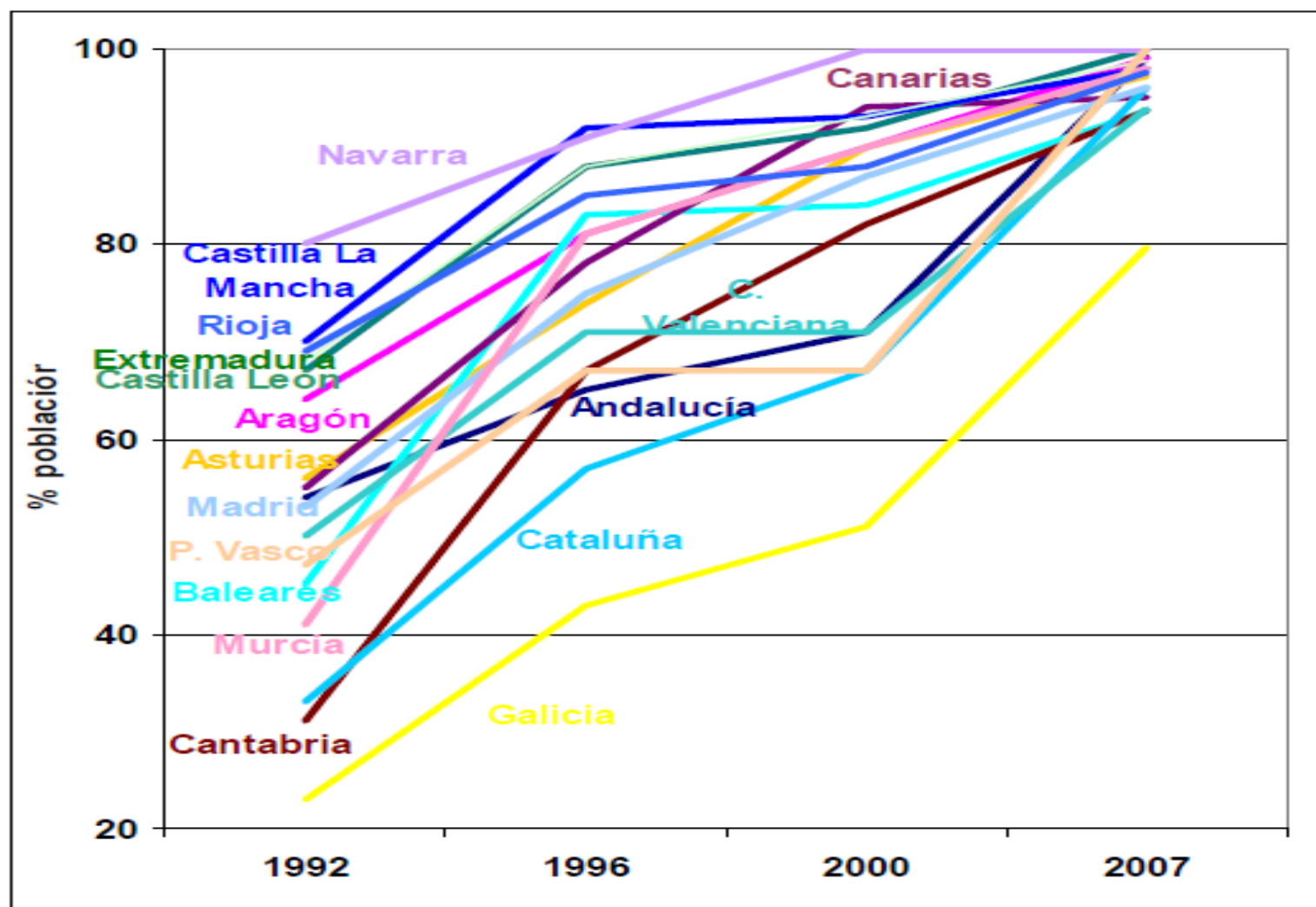
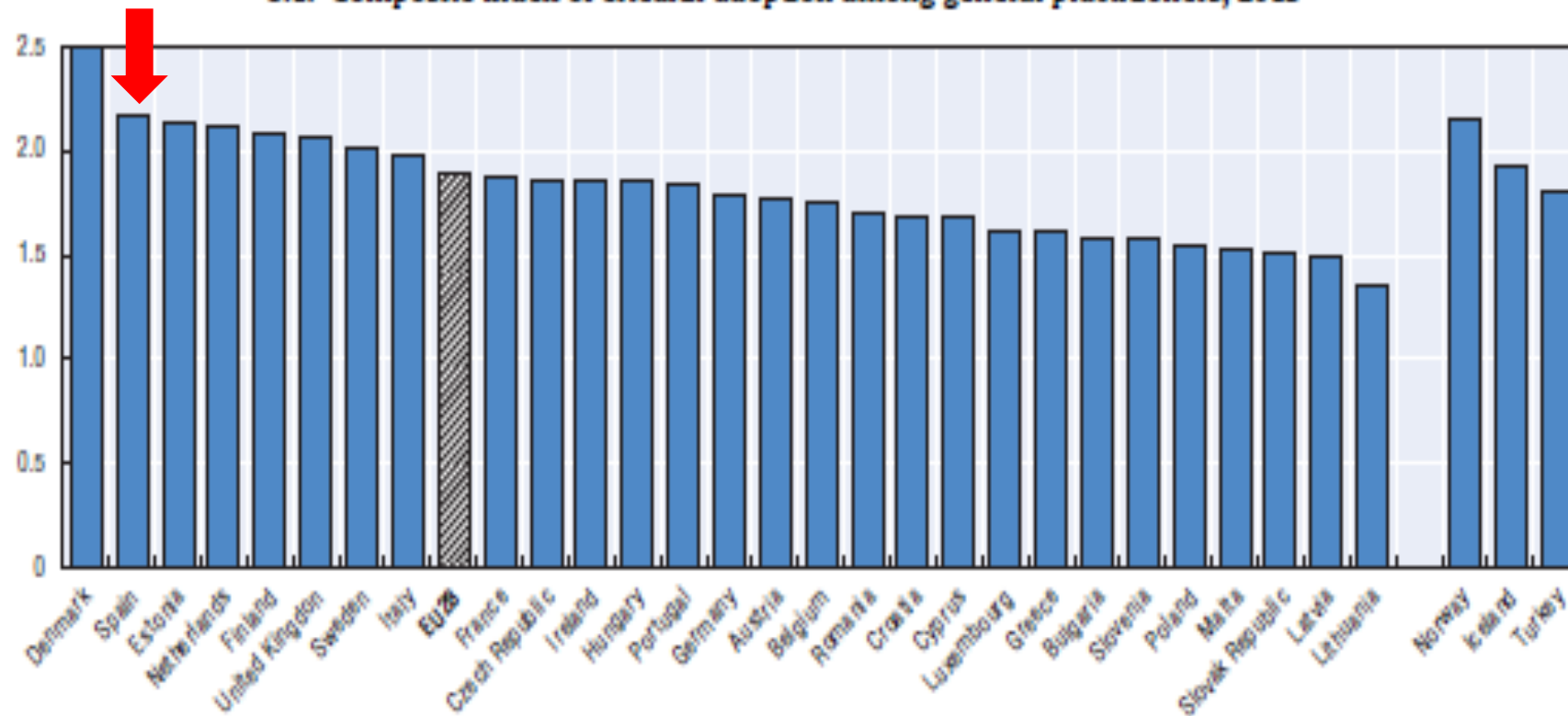


Figura 1. Evolución del porcentaje de población cubierta por el nuevo modelo de AP.

eHC en AP

8.1. Composite index of eHealth adoption among general practitioners, 2013



Note: The maximum score for this indicator is 4.

Source: European Commission (2013), "Benchmarking Deployment of eHealth Among General Practitioners".

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933430057>

Satisfacción Paciente

9.2 Valoración de los servicios sanitarios

Tabla 99.- Valoración de los servicios sanitarios públicos. España, 2015

Por su experiencia o por la idea que Ud. tenga, valore los siguientes servicios sanitarios públicos	
Atención primaria	7,3
Atención especializada	6,7
Urgencias en hospitales públicos	5,9
Ingreso y asistencia en hospitales públicos	6,6

Observaciones: Escala "1" totalmente insatisfecho, "10" totalmente satisfecho. Atención Primaria se refiere a la consulta de médico de familia y de pediatra en centros de salud públicos. Atención especializada se refiere a consultas de especialistas en centros públicos.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Barómetro Sanitario.

Satisfacción Paciente

Calidad del médico de familia % de población que opina sea buena

Francia: 93
Dinamarca: 91
España: 89
Alemania: 88
Inglaterra: 88
Media ue-27: 84
Italia: 77

Facilidad de acceso al médico de familia % de población que opina sea facil

España: 94
Alemania: 94
Francia: 93
Media ue-27: 88
Inglaterra: 86
Italia: 83
Dinamarca: 82

Calidad de los hospitales % de población que opina sean buenos

Dinamarca: 85
Francia: 83
España: 82
Alemania: 79
Inglaterra: 77
Media ue-27: 71
Italia: 63

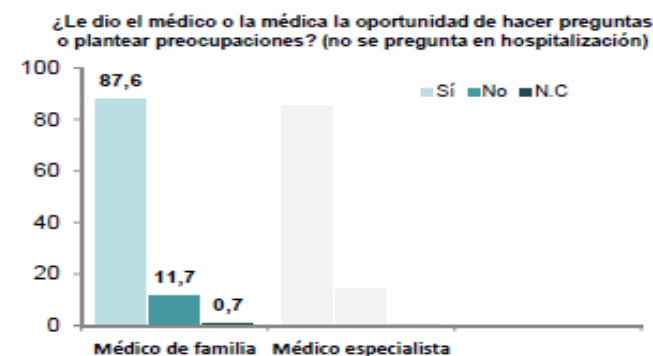
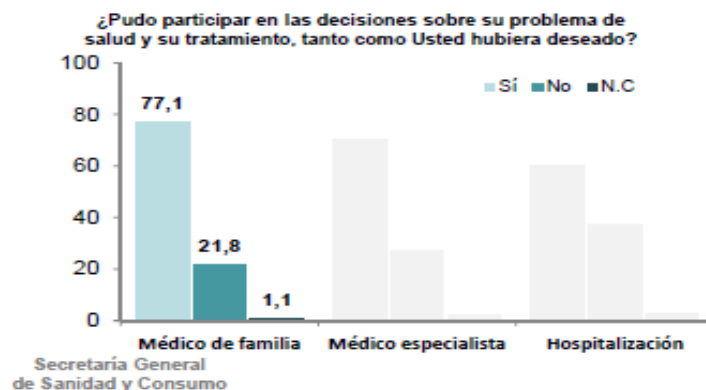
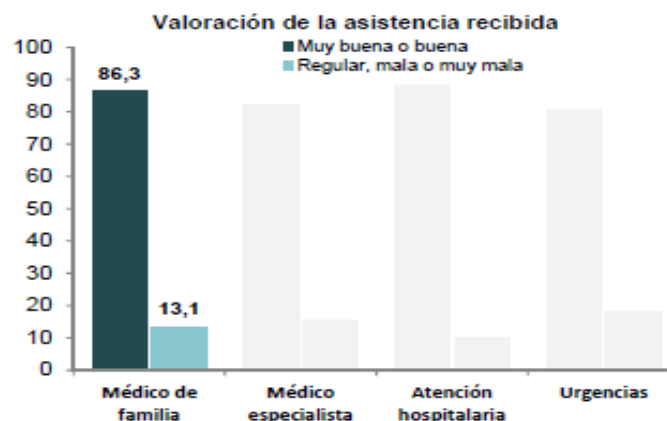
Fuente: datos elaborados del Eurobarometer. «Special Surveys. Health and long-term care in the European Union Fieldwork: May–June 2007»¹⁸.

Satisfacción



MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Usuarios de Atención Primaria (médico de familia o pediatra) del SNS



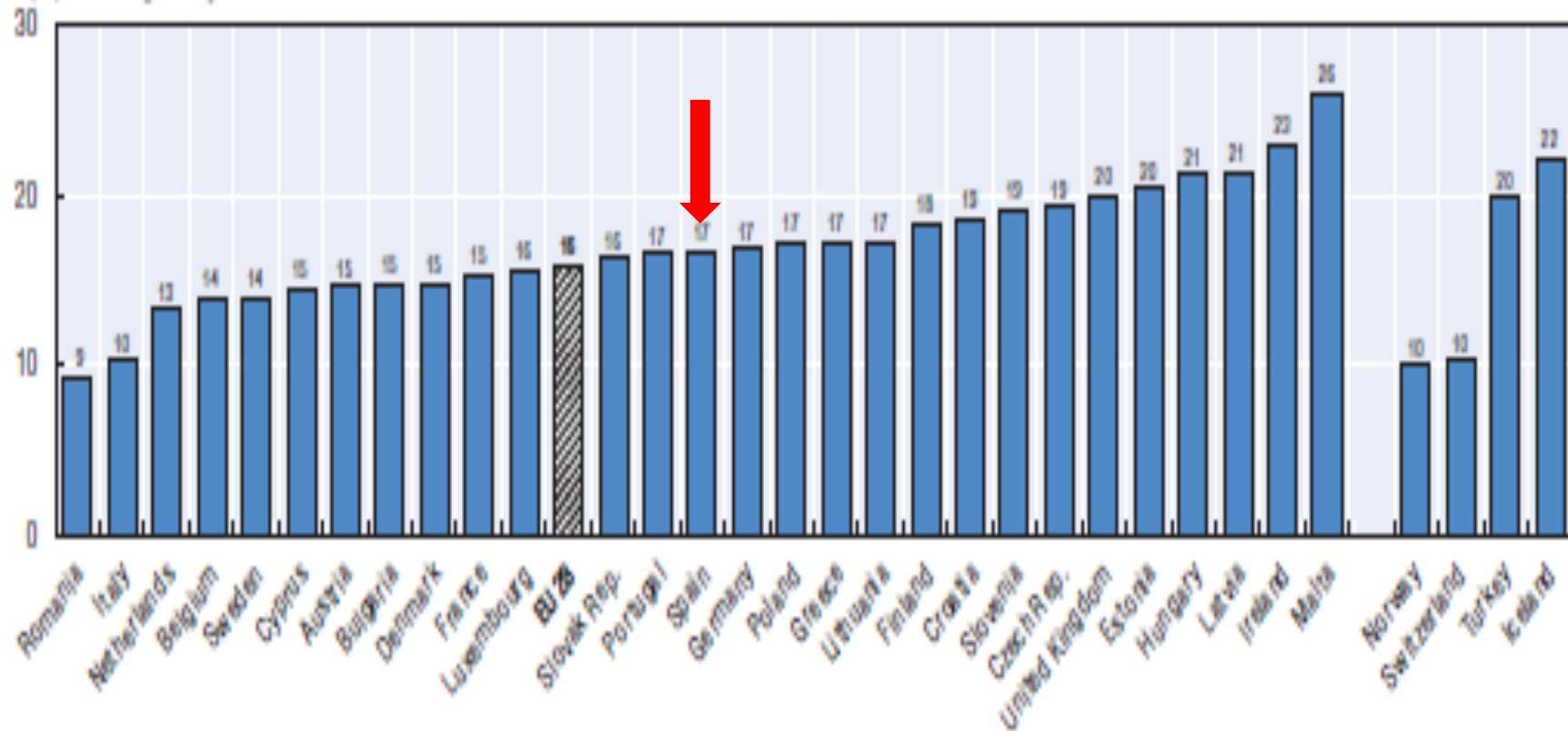
CIS BARÓMETRO SANITARIO 2015

Deficiencias en APS

Efectividad Promoción

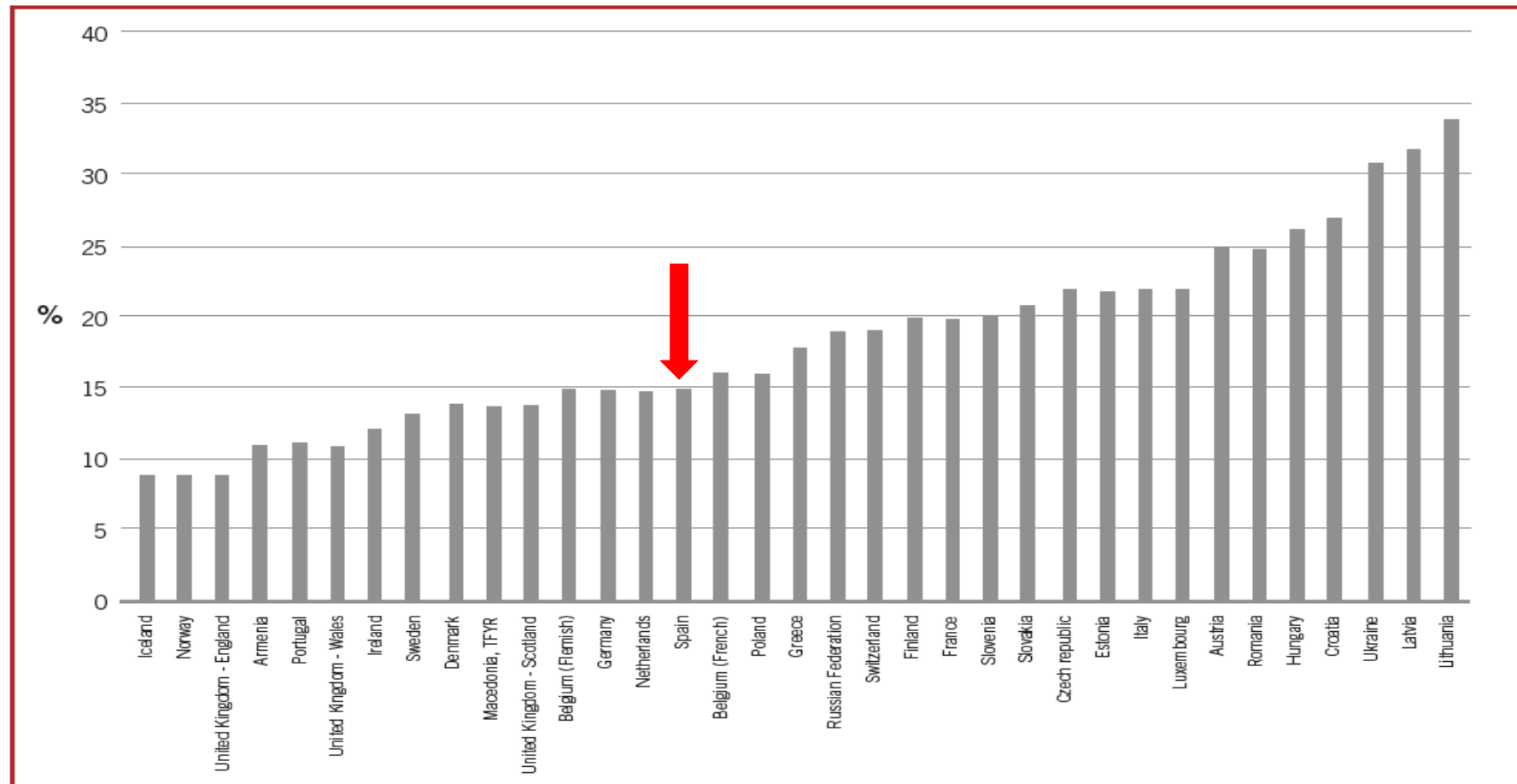
4.13. Self-reported obesity among adults, 2014 (or latest year)

% of population aged 15 years and over



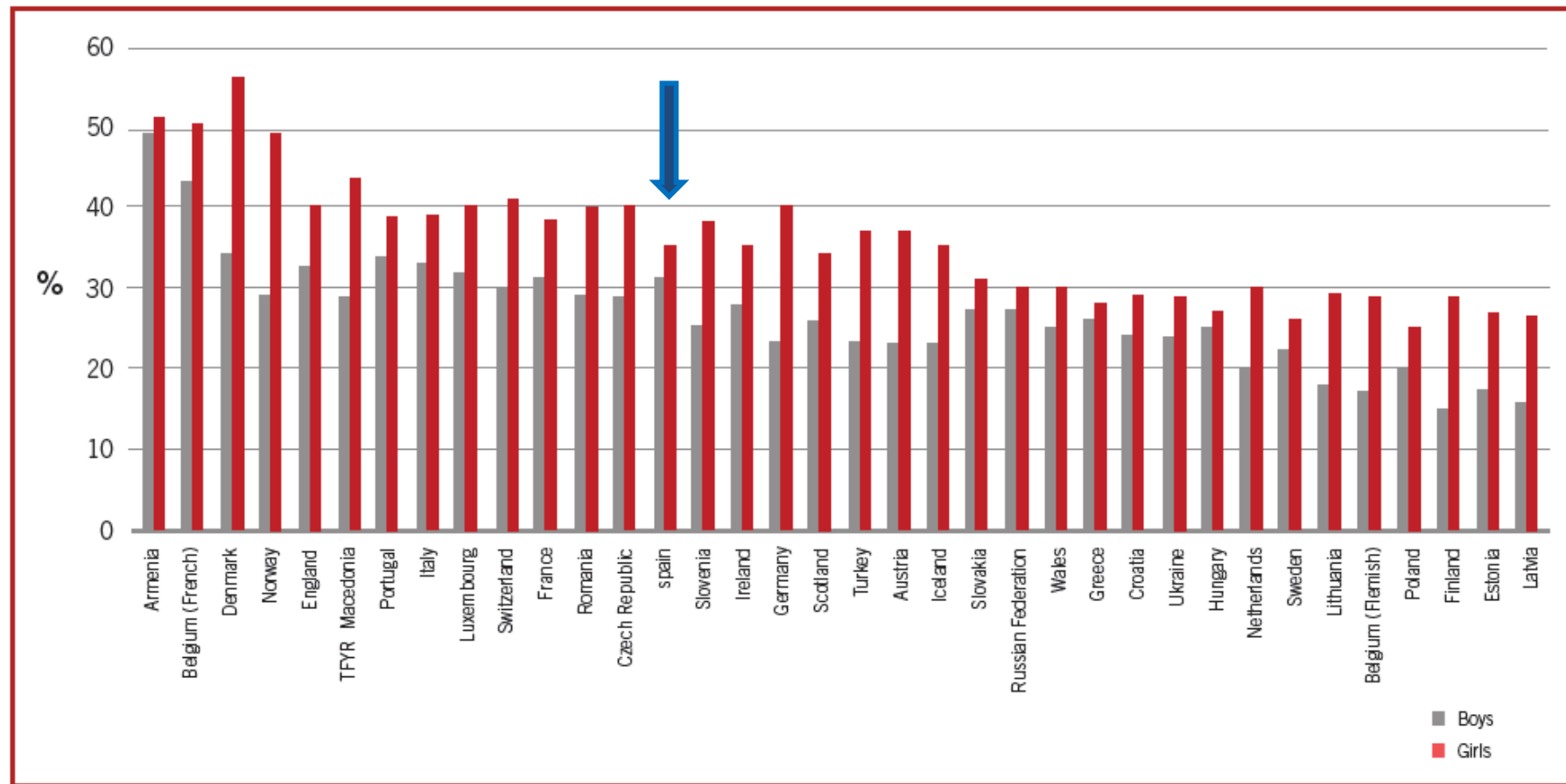
Efectividad Promoción

Figure 4.2a Prevalence of smoking, boys aged 15 years, 2009/10, Europe



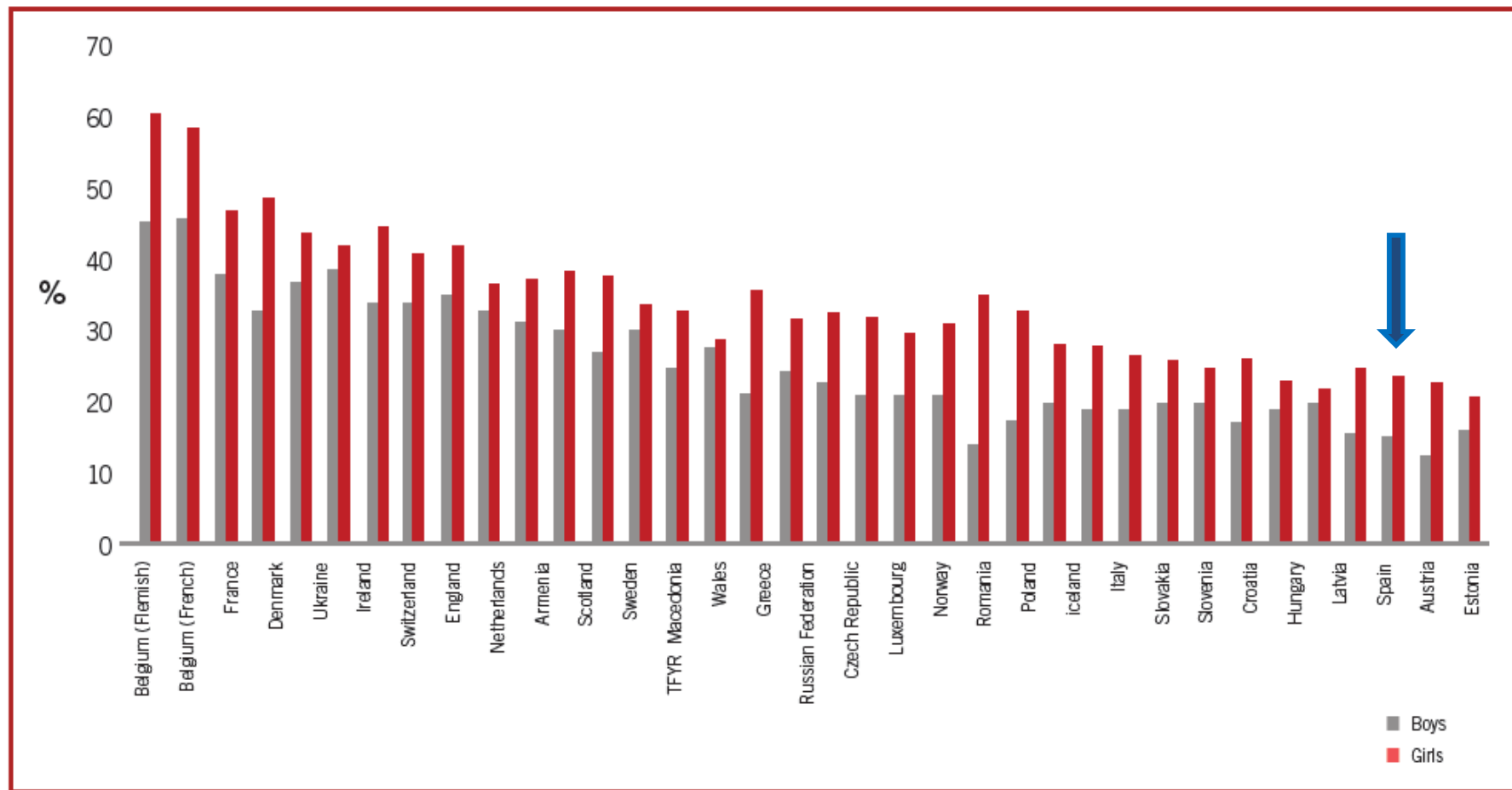
Efectividad Promoción

Figure 5.4 Daily fruit consumption, 15 year olds, by sex, 2009/10, Europe



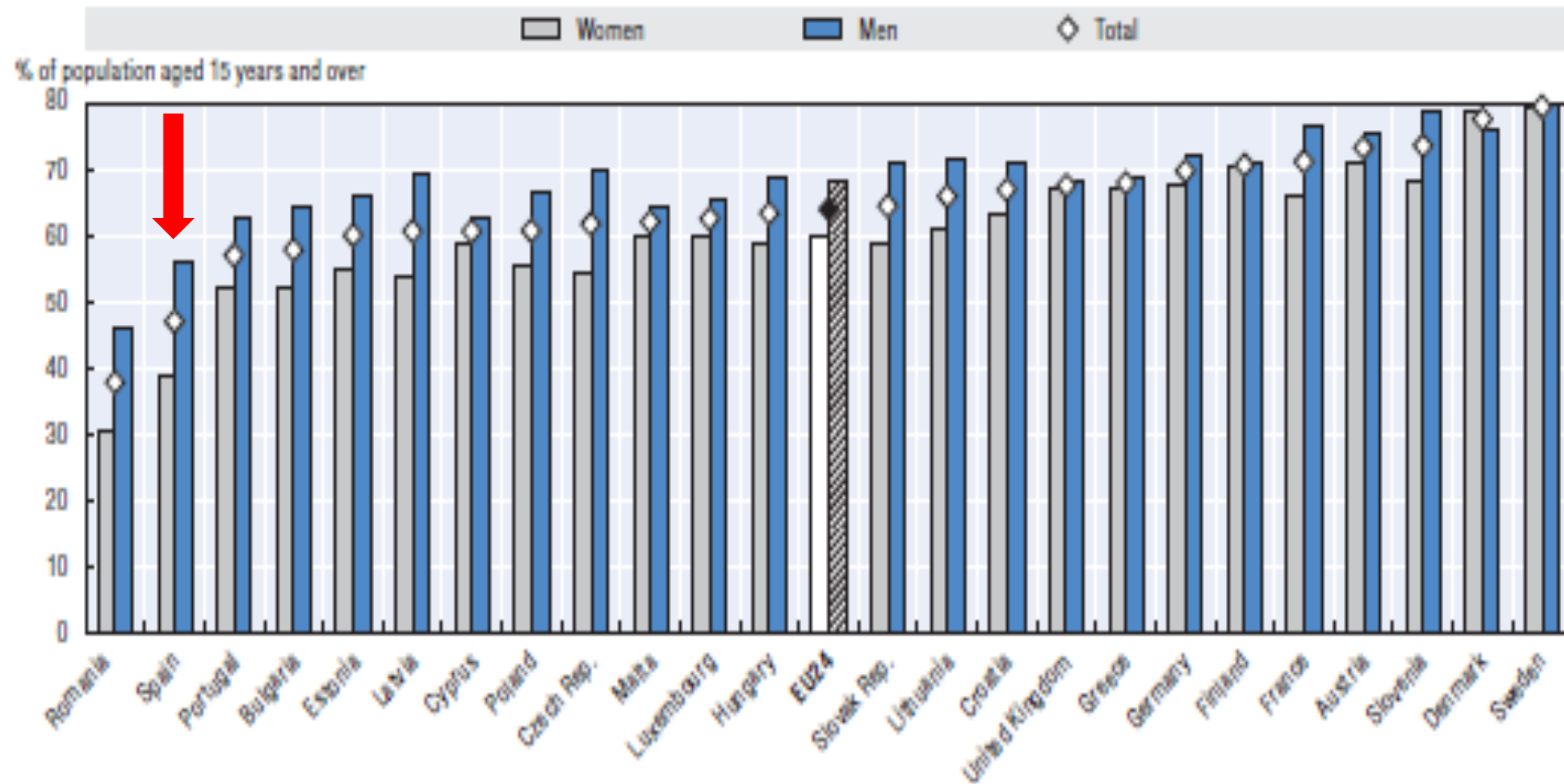
Efectividad Promoción

Figure 5.3 Daily vegetable consumption, 15 year olds, by sex, 2009/10, Europe



Efectividad Promoción

4.24. Moderate weekly physical activity among adults in EU countries, 2014



Source: Eurostat, EHIS 2014.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933429157>

Cartera servicios

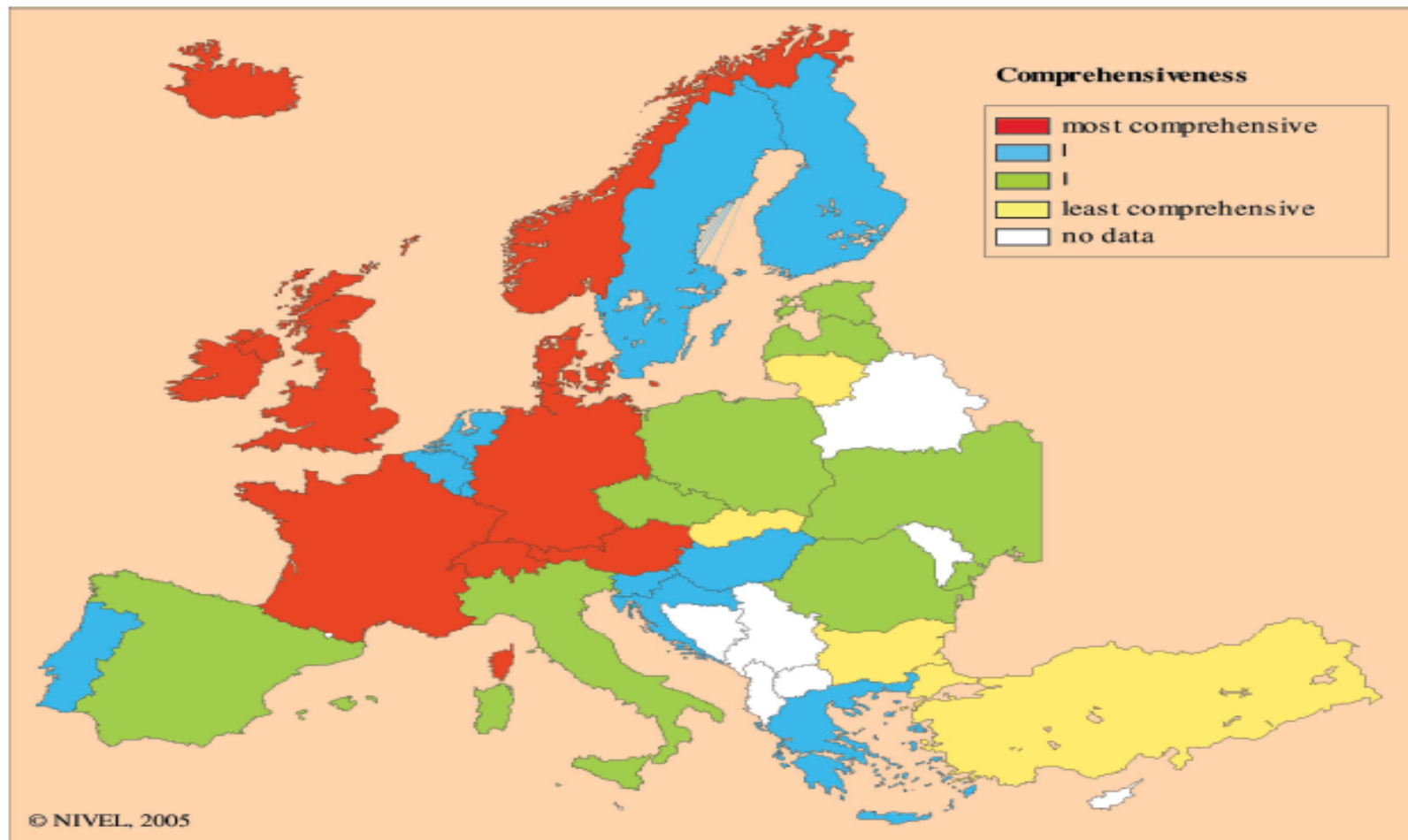
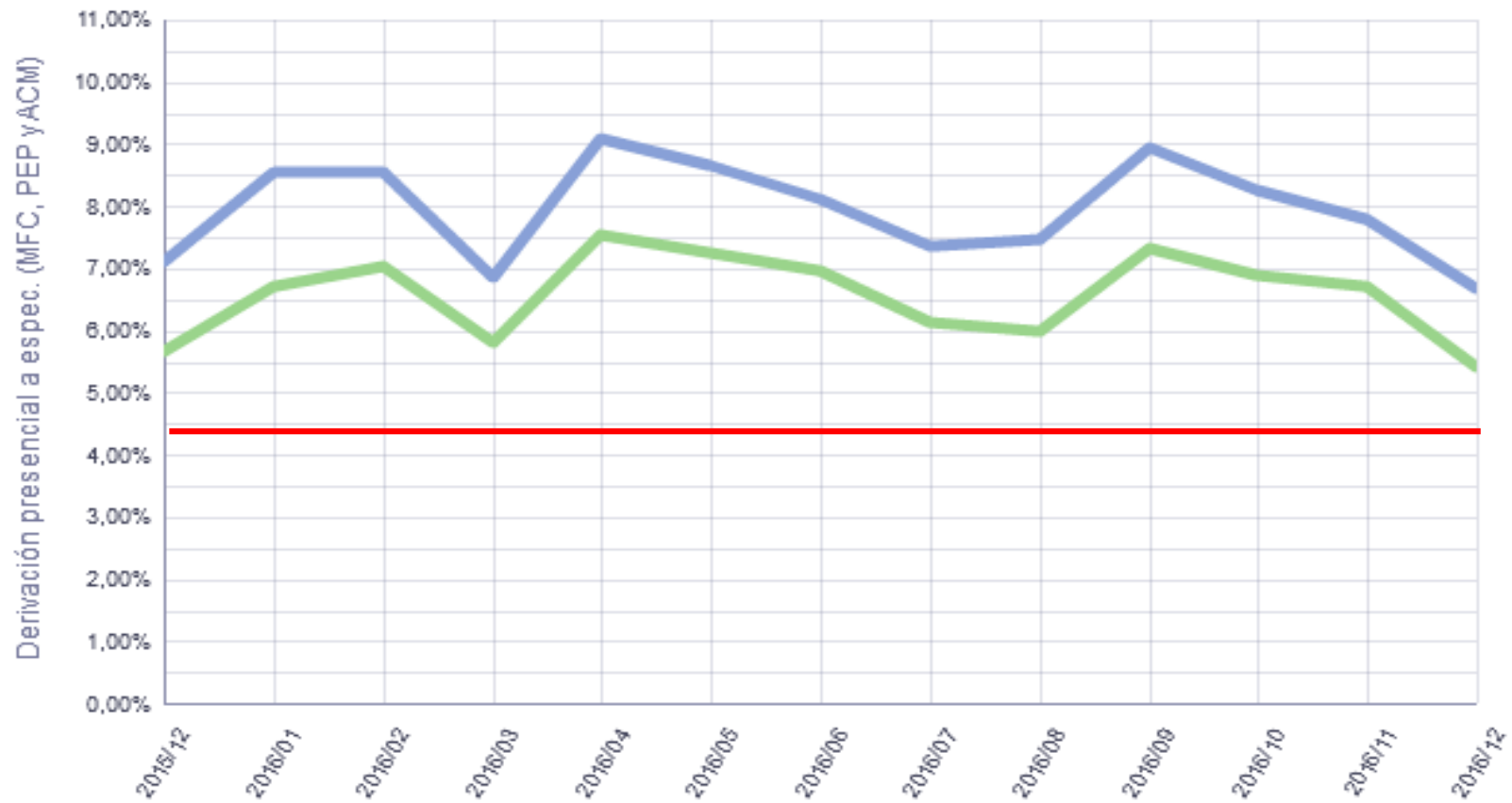


Figure 2.3 Comprehensiveness of curative and preventive services by GPs

Interconsulta

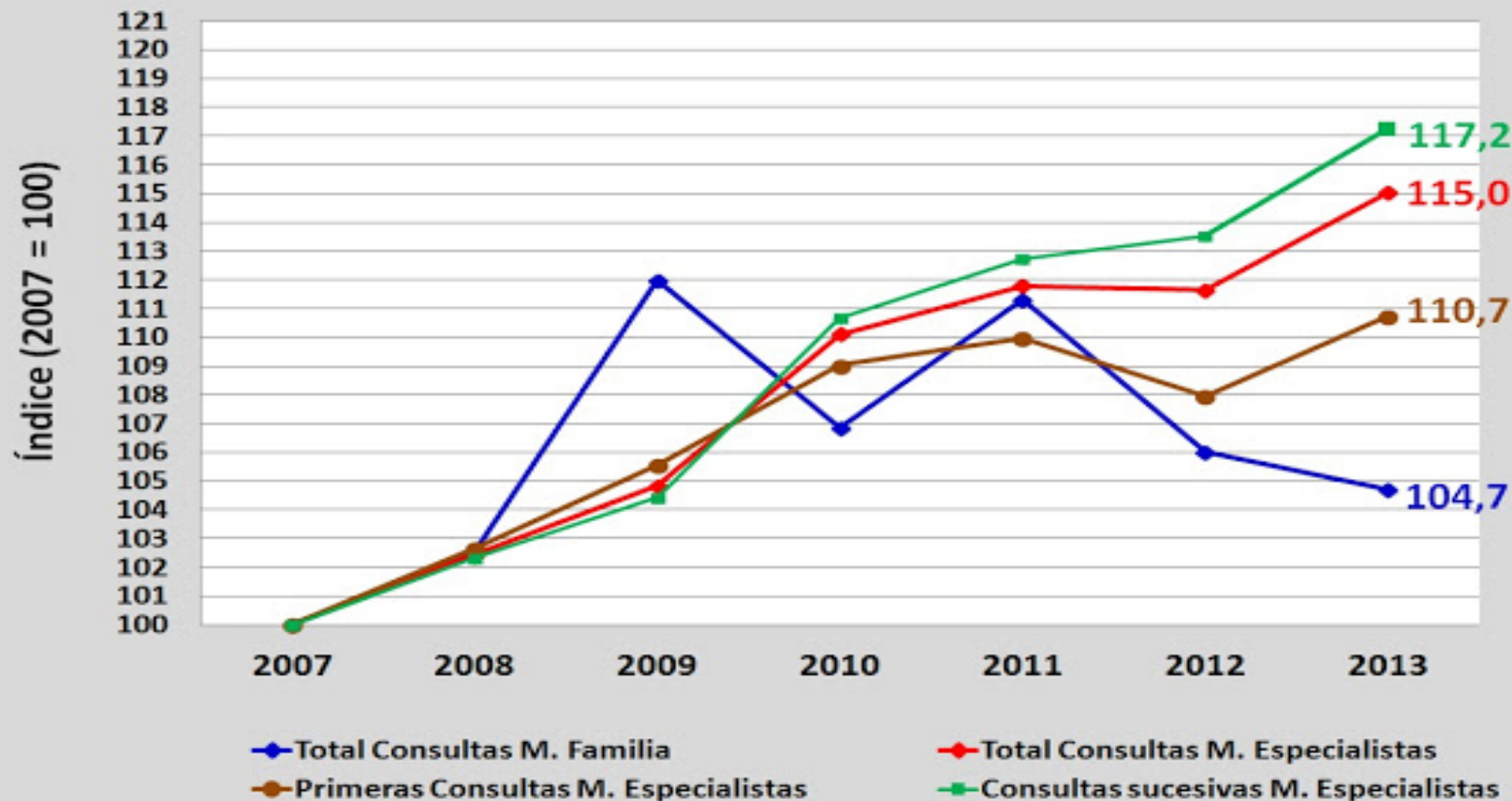


Interconsulta variabilidad

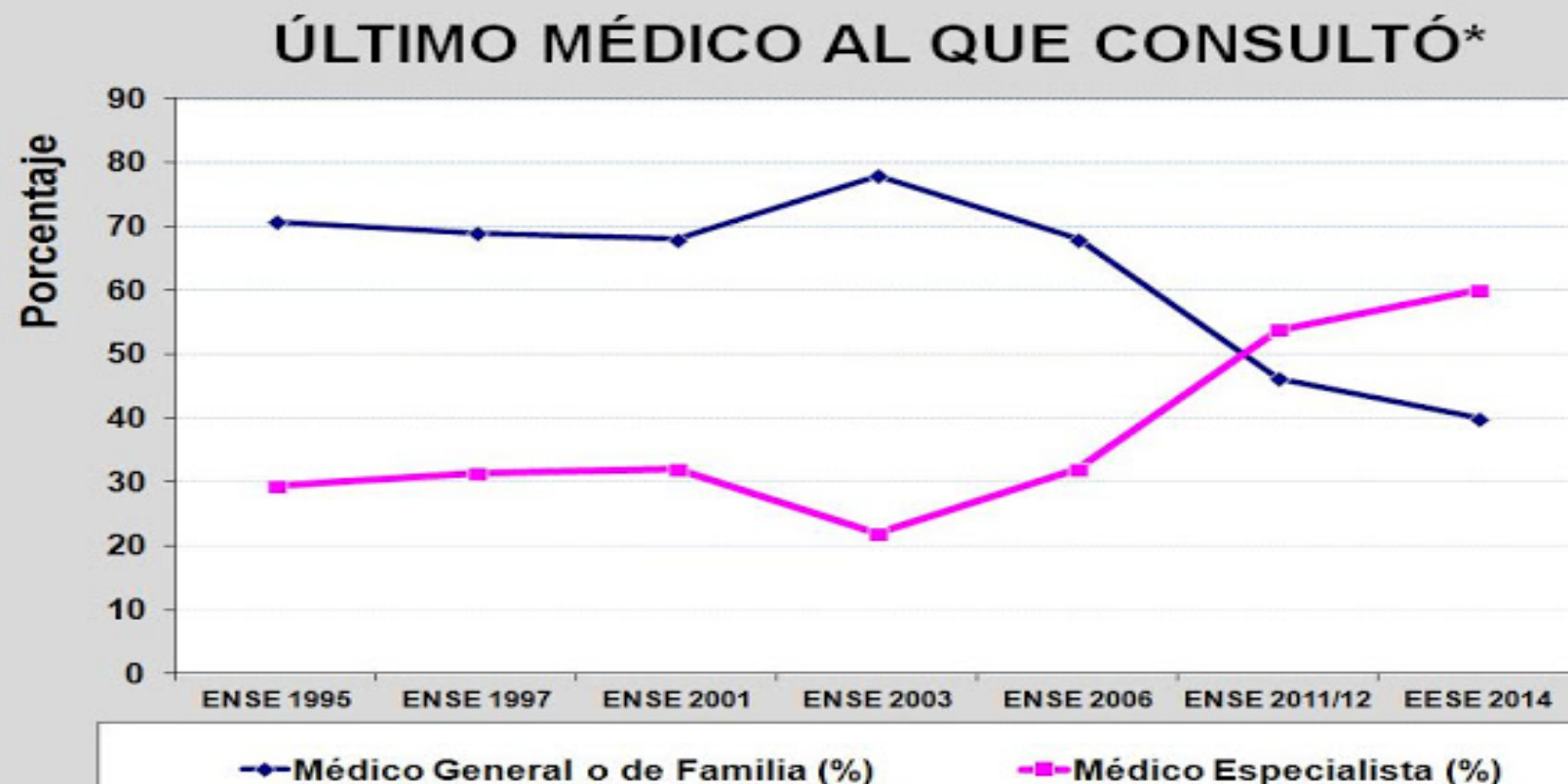
Derivación presencial a espec. (MFC, PEP y ACM)												
—	2016/01	2016/02	2016/03	2016/04	2016/05	2016/06	2016/07	2016/08	2016/09	2016/10	2016/11	2016/12
											9,38%	9,38%
	11,48%	9,82%	9,44%	9,91%	9,84%	10,30%	10,29%	10,34%	10,14%	9,94%	9,56%	9,31%
	9,90%	9,01%	8,86%	9,45%	8,87%	8,41%	7,58%	7,40%	7,60%	7,74%	7,45%	7,48%
				13,45%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%	13,00%
	5,14%	5,01%	5,10%	6,11%	5,80%	6,08%	5,88%	5,84%	5,86%	5,83%	5,78%	5,87%
	4,67%	5,35%	5,03%	5,39%	5,77%	5,68%	5,41%	5,42%	5,64%	5,60%	5,52%	5,47%
	7,97%	8,07%	7,45%	7,44%	7,33%	7,64%	7,74%	8,15%	8,17%	8,00%	7,91%	7,87%
				6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%	6,25%
										9,09%	9,09%	9,09%
	8,17%	8,48%	8,06%	8,13%	7,85%	8,09%	7,97%	7,81%	7,59%	7,63%	7,40%	7,30%
									15,66%	14,42%	11,32%	10,60%
	5,72%	6,67%	7,04%	7,17%	7,36%	8,21%	8,35%	8,33%	8,41%	8,24%	7,82%	7,66%
	7,93%	7,62%	7,53%	6,93%	7,35%	6,81%	6,72%	6,34%	6,70%	6,43%	6,27%	6,33%
	6,97%	6,69%	7,88%	8,34%	8,27%	7,88%	7,75%	7,71%	8,10%	8,10%	8,10%	8,10%
			9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%	9,09%
	6,76%	7,51%	7,45%	7,89%	7,83%	8,01%	7,85%	7,90%	8,43%	8,35%	8,22%	8,10%
			5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%	5,00%
	15,26%	14,27%	13,01%	12,75%	12,57%	12,25%	11,95%	11,88%	11,46%	10,92%	10,61%	10,24%
	6,11%	6,15%	5,09%	5,23%	5,50%	5,50%	5,50%	5,50%	5,50%	5,50%	5,50%	5,50%
											14,29%	14,29%
	3,45%	4,81%	5,70%	5,81%	5,69%	5,69%	5,69%	5,69%	5,69%	5,69%	5,69%	5,69%
				15,87%	12,39%	10,94%	10,94%	10,94%	10,94%	10,42%	10,42%	10,42%
						9,76%	12,63%	10,87%	9,32%	9,00%	8,44%	7,41%
	8,12%	6,20%	6,31%	6,48%	6,33%	6,38%	6,44%	6,44%	6,45%	6,66%	6,61%	6,87%

Interconsulta

Evolución del número de consultas a los médicos de familia de los centros de salud (Consultas M. Familia) y a los médicos de atención especializada del SNS. Periodo 2007-2013.



Consulta MF/AE



* Pregunta formulada a los adultos encuestados que afirmaron haber efectuado al menos una consulta médica durante las últimas 2 semanas (ENSE de los años 1995, 1997, 2001 y 2003) o durante las últimas 4 semanas (ENSE de los años 2006 y 2011/12, ESEE 2014).

Derivación/Listas Espera

Tabla 72.- Lista de espera de consultas externas en el Sistema Nacional de Salud, según especialidades básicas. España, 2015

	Pacientes por 1.000 hab.	% fecha asignada > de 60 días	Tiempo medio espera (días)
Oftalmología	7,2	47	68
Traumatología	7,5	53	61
Digestivo	2,5	44	59
Ginecología	2,7	43	58
Dermatología	5,4	45	58
Neurología	1,9	43	57
Cardiología	1,5	36	49
Urología	1,7	39	47
Cirugía General y Aparato Digestivo	1,5	23	45
Otorrinolaringología	2,6	28	44
Total	43,4	42	58

Observaciones: Datos ordenados de mayor a menor según el tiempo medio de espera. Porcentaje de especialidades básicas sobre el total de consultas externas: 78%. Información referida a quince comunidades autónomas e INGESA (Ceuta y Melilla). En una comunidad autónoma los datos corresponden a junio 2015, para el resto los datos corresponden a diciembre de 2015.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Listas de Espera en el Sistema Nacional de Salud.

Continuidad Asistencial

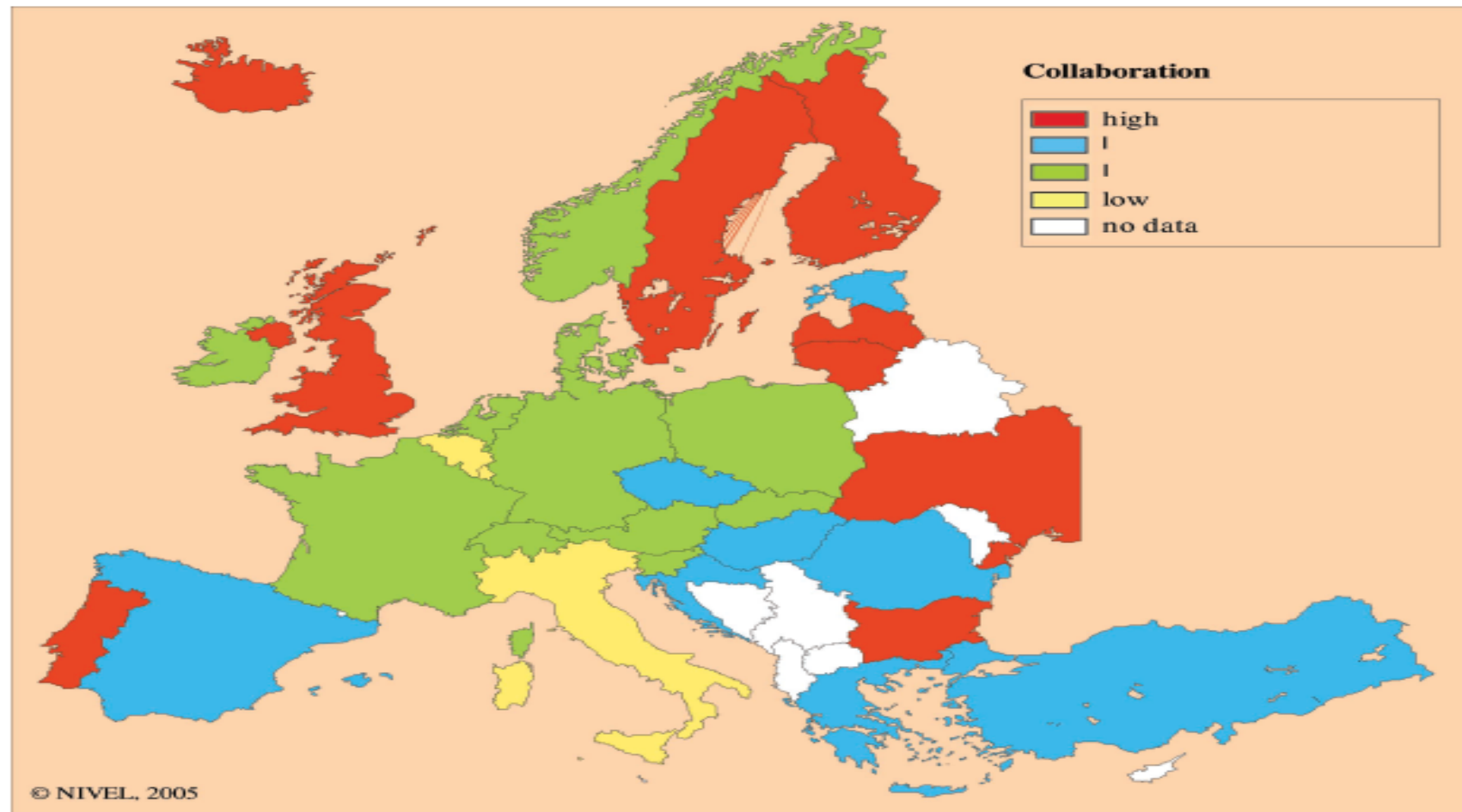
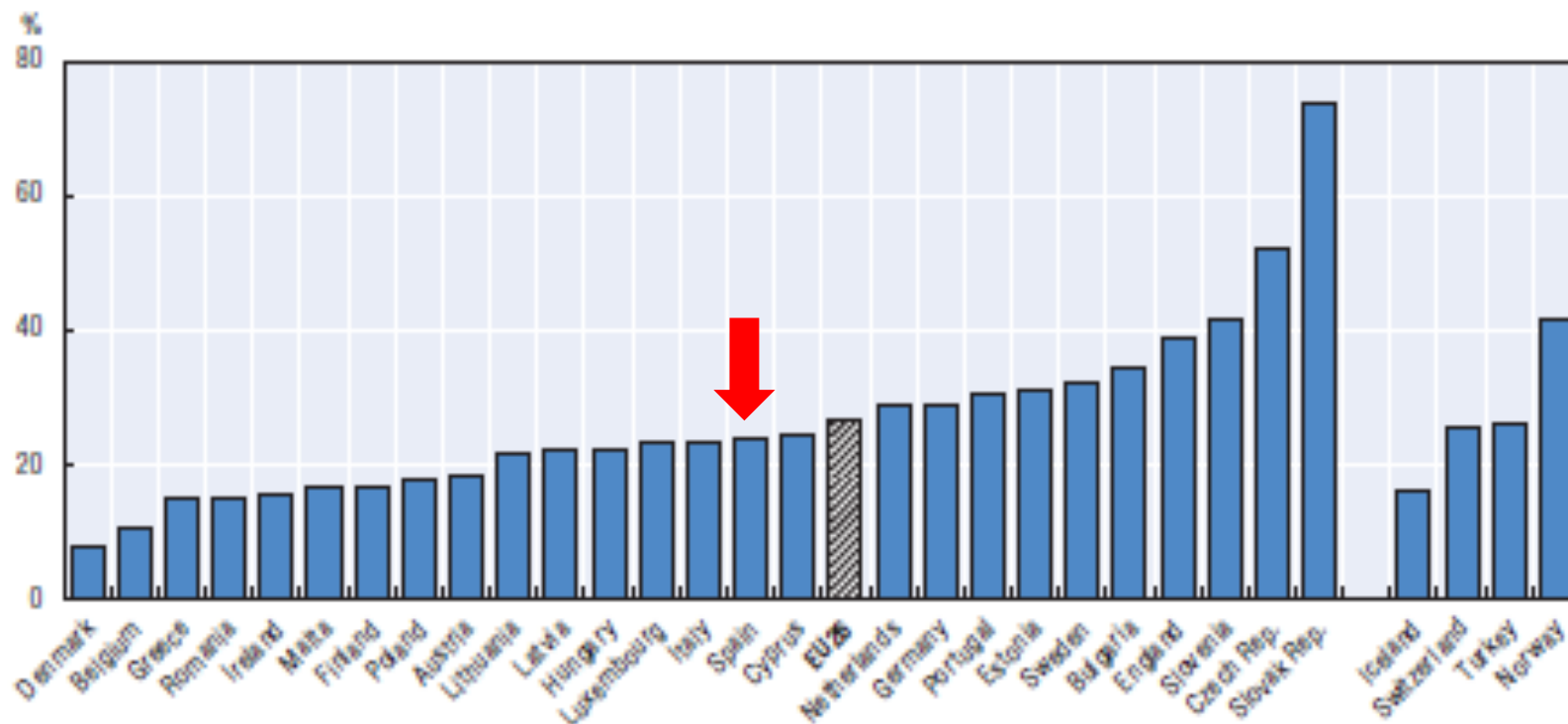


Figure 2.4 Collaboration of GPS with several disciplines

Visitas a Urgencias

Figure 2.3. Proportion of patients who visited an emergency department because primary care was not available,¹ 2011-13



Note: Data were collected within the QUALICOPC study (Quality and Costs of Primary Care in Europe) between 2011 and 2013.

1. The reference population is the proportion of people who visited an ED in the previous year.

Source: van den Berg et al. (2016).

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933428474>

Satisfacción

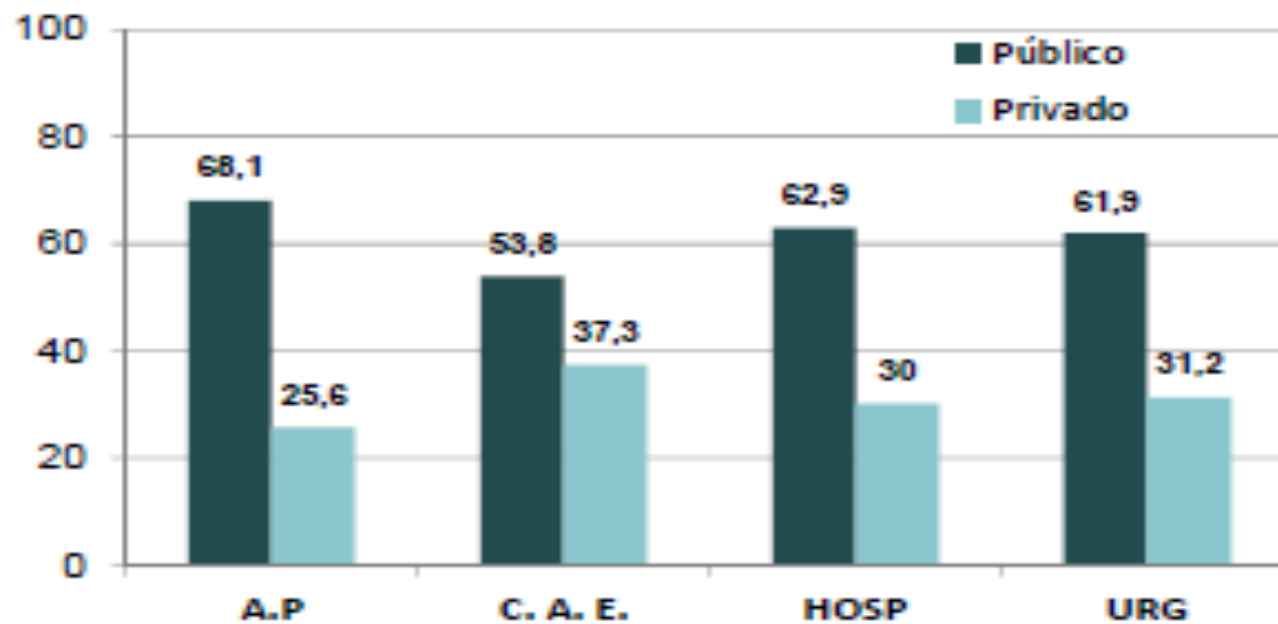


MINISTERIO
DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

Población general

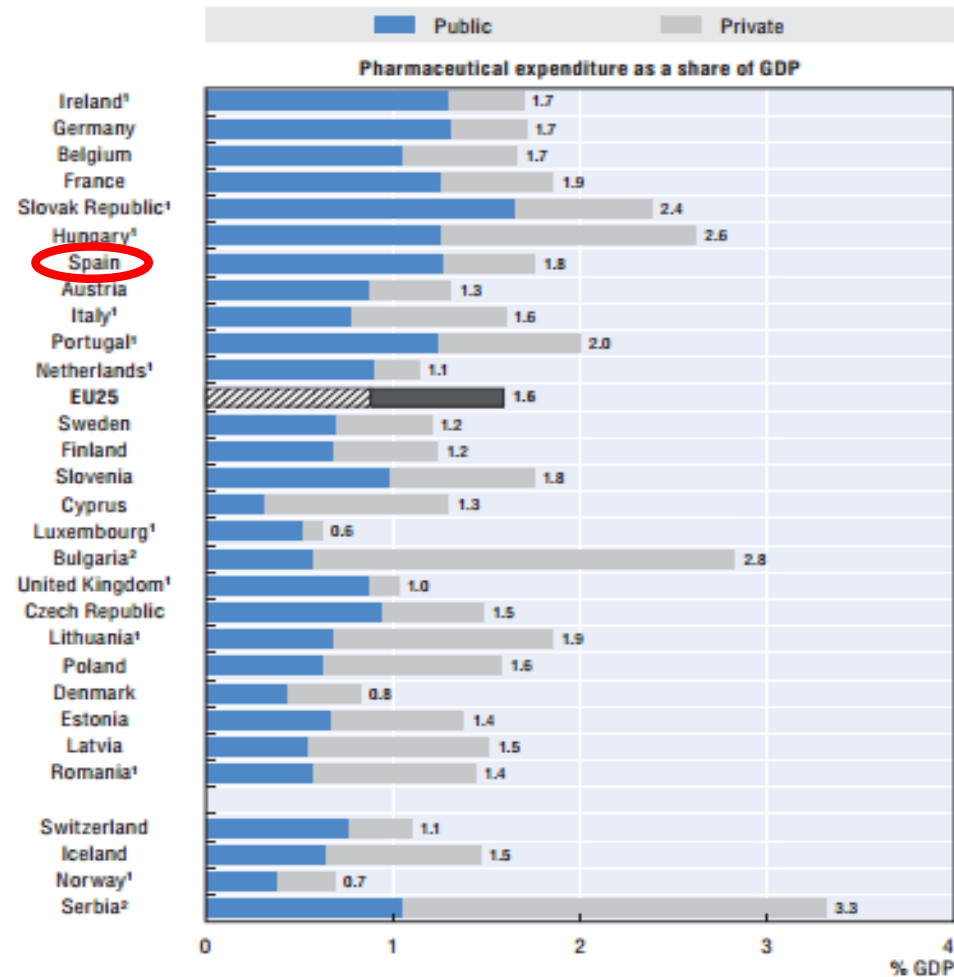
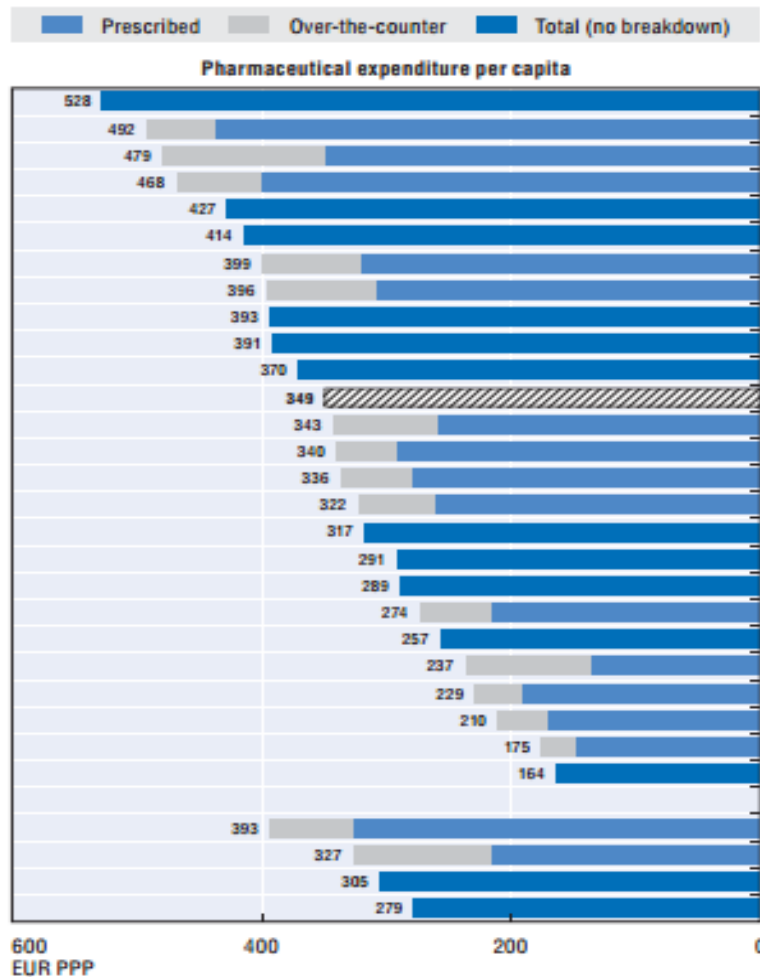
(usuarios y no usuarios del SNS en el último año)

**Si Ud. pudiera elegir y tuviera que utilizar un
servicio sanitario ¿acudiría a un centro ...?**



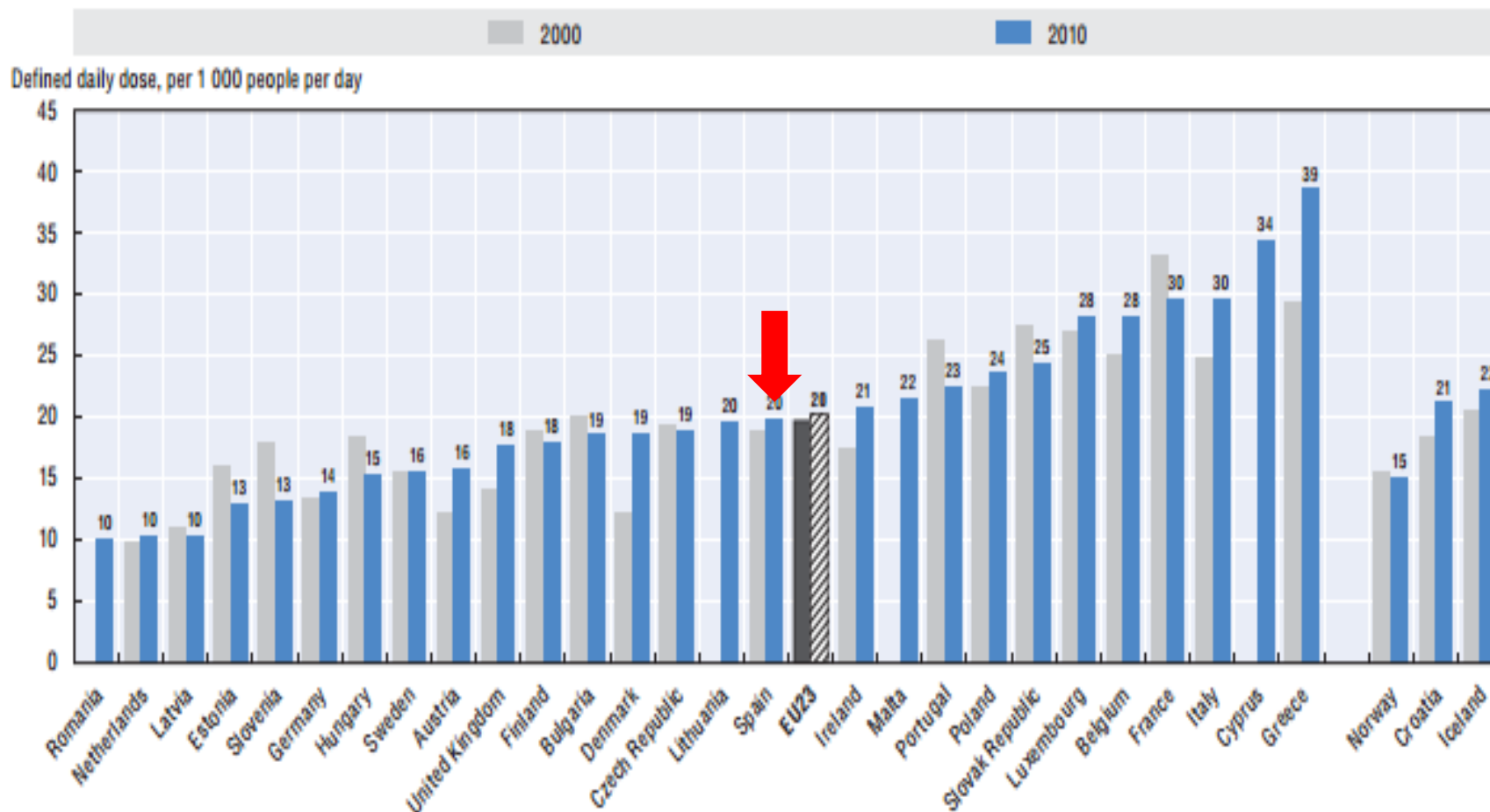
Gasto Farmacéutico

5.5.1. Expenditure on pharmaceuticals per capita and as a share of GDP, 2010 (or nearest year)



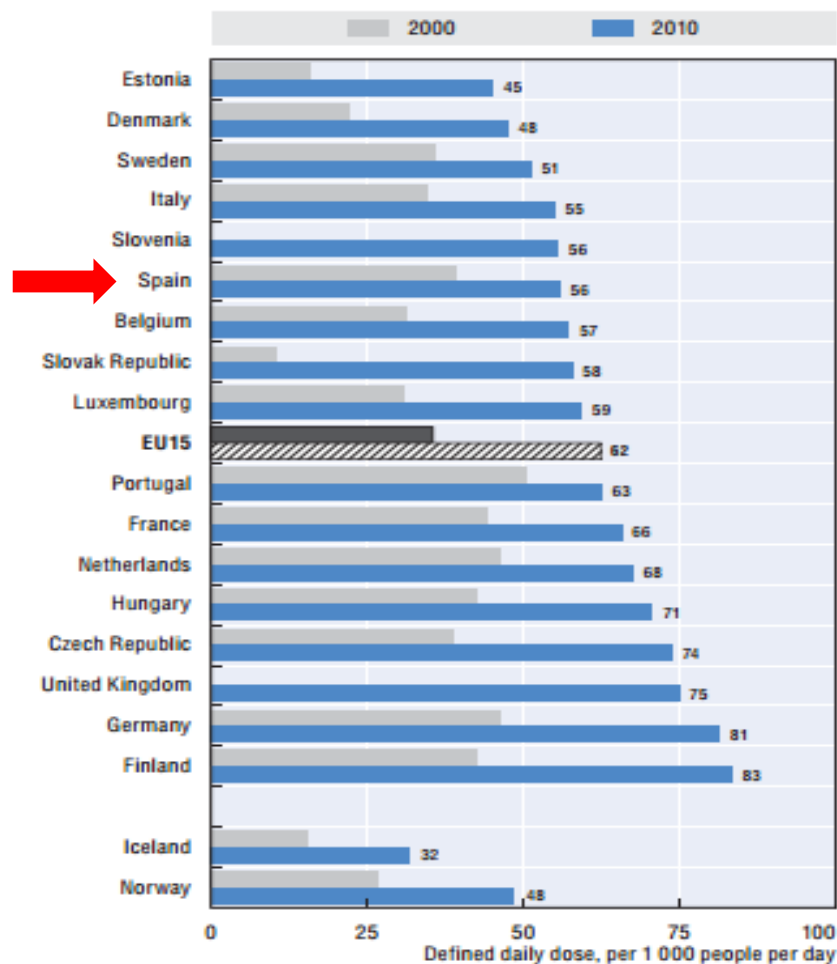
Consumo fármacos

3.11.1. Antibiotics consumption, 2000 and 2010 (or nearest year)



Farmacia ADO y ADP

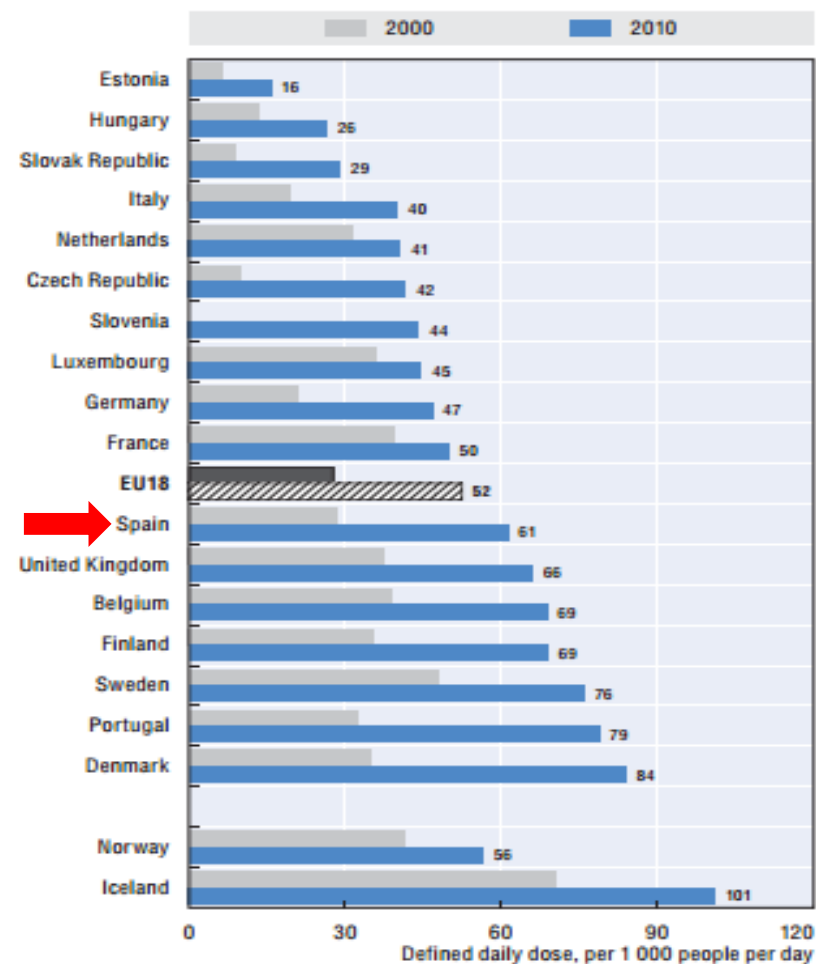
3.11.2. Antidiabetics consumption, 2000 and 2010 (or nearest year)



Source: OECD Health Data 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704703>

3.11.3. Antidepressants consumption, 2000 and 2010 (or nearest year)

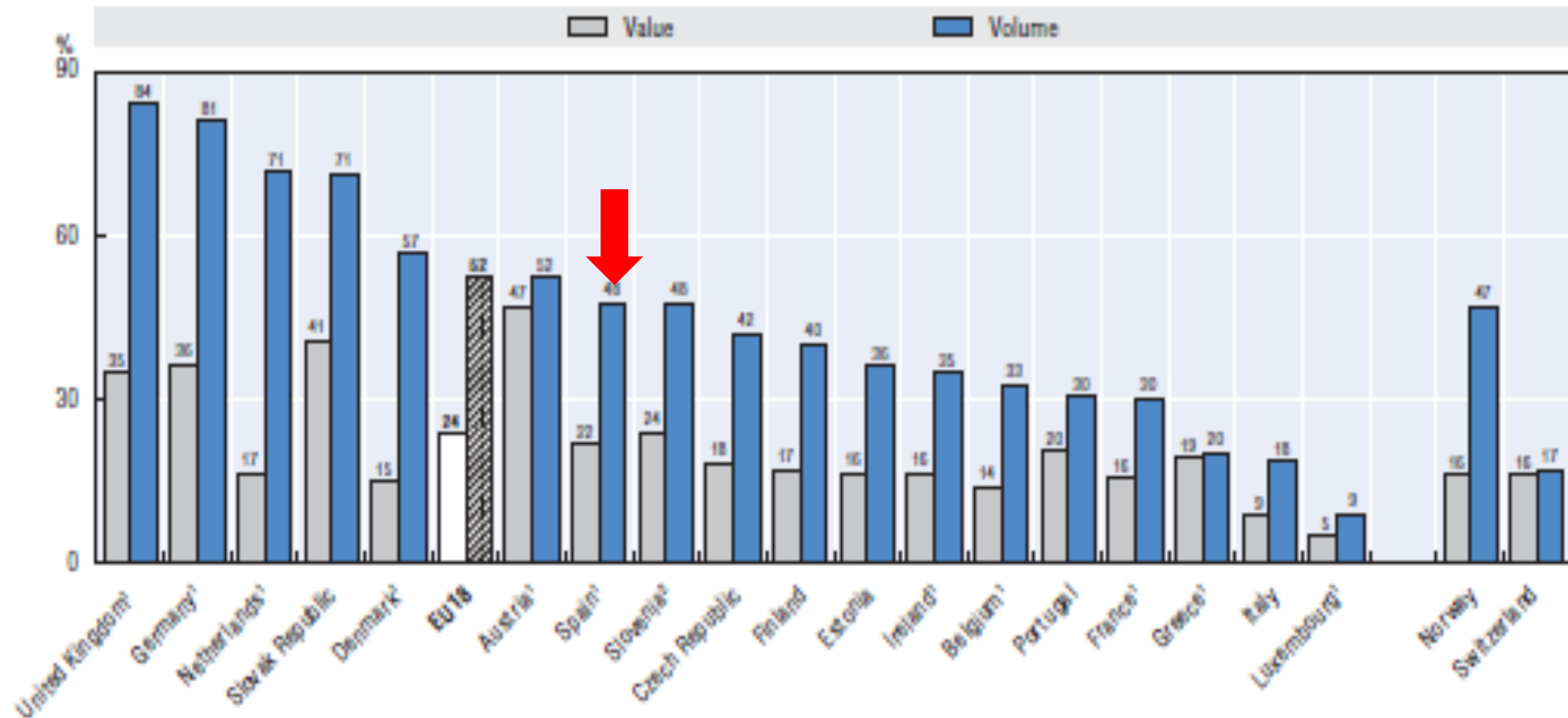


Source: OECD Health Data 2012.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704722>

Farmacia Genéricos

8.6. Share of generics in the total pharmaceutical market, 2014 (or nearest year)



1. Reimbursed pharmaceutical market.

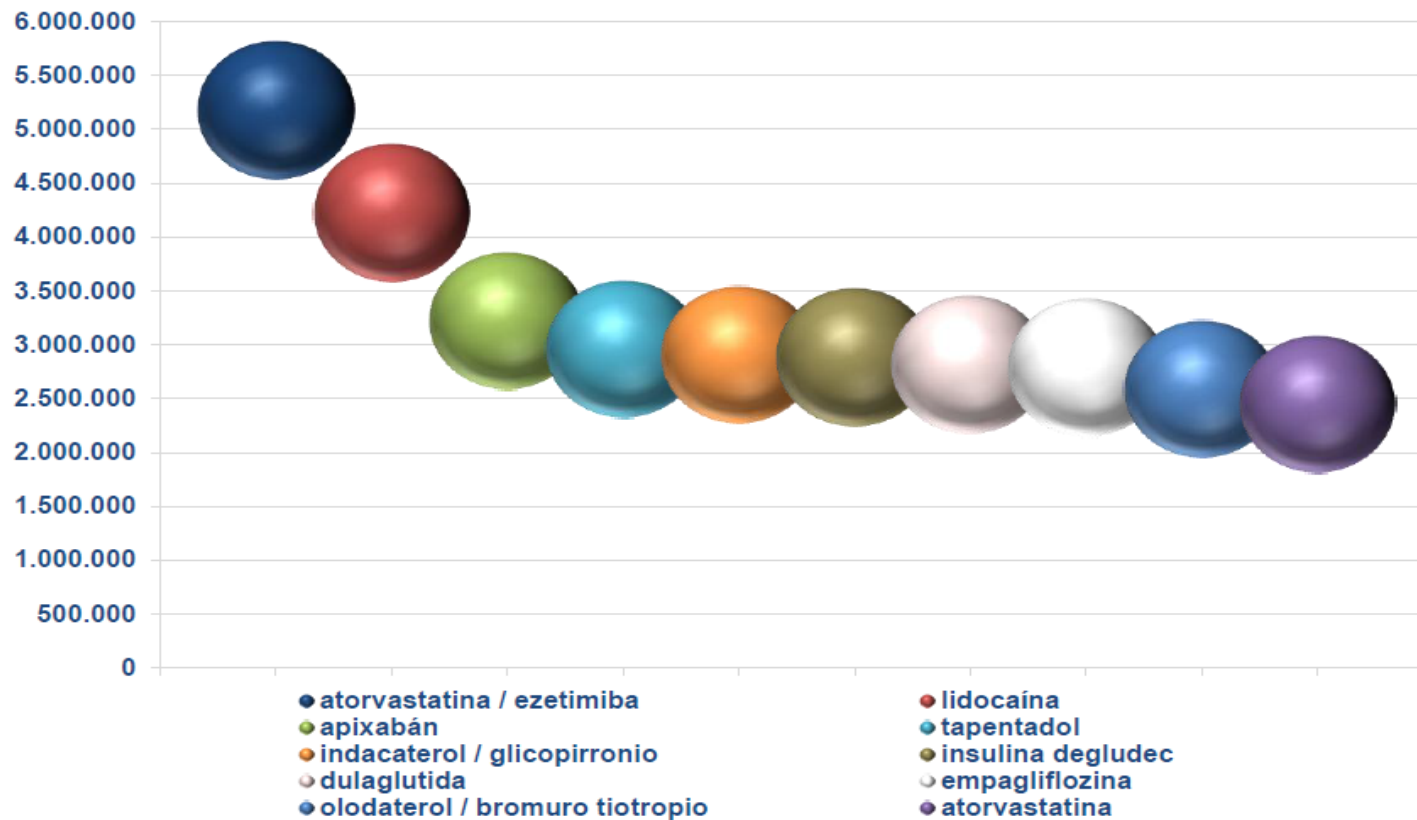
2. Community pharmacy market.

Source: OECD Health Statistics 2016.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933430104>

Principios activos

PRINCIPIOS ACTIVOS de MAYOR CRECIMIENTO en IMPORTE INTERANUAL en la Comunitat Valenciana (datos interanuales diciembre 2016)



Incremento coste farmacia

	Importe interanual diciembre 2016	Importe interanual diciembre 2015	% variación interanual 2016/15	variación (en €) interanual 2016/15
A10B - Fármacos hipoglucemiantes orales	130.523.670	112.978.470	15,5%	17.545.200
N02A - Analgésicos opiáceos	68.613.970	61.286.397	12,0%	7.327.572
B01A - Antitrombóticos	61.383.243	54.559.549	12,5%	6.823.693
C10B - Agentes reductores lípidos (combinaciones)	11.983.199	6.248.383	91,8%	5.734.816
R03A - Adrenérgicos inhalados (antiasmáticos)	65.117.276	60.067.859	8,4%	5.049.417
N01B - Anestésicos locales	13.611.098	9.128.533	49,1%	4.482.565
C09D - ARA II en asociación	68.485.118	64.680.113	5,9%	3.805.005
C10A - Reductores del colesterol y TG	78.747.278	75.205.139	4,7%	3.542.139
G04C - Med hipertrofia prostática benigna	31.058.062	27.618.278	12,5%	3.439.784
N06A - Antidepresivos	49.610.194	47.887.425	3,6%	1.722.769
N02B - Otros analgésicos y antipiréticos	17.062.993	15.366.255	11,0%	1.696.737
G04B - Otros preparados urológicos	19.864.408	18.241.316	8,9%	1.623.093
N06D - Medicamentos contra la demencia	30.546.001	29.289.803	4,3%	1.256.197
A11C - Vitaminas A y D	3.419.365	2.225.901	53,6%	1.193.463
R06A - Antihistamínicos de uso sistémico	14.681.107	13.522.725	8,6%	1.158.382

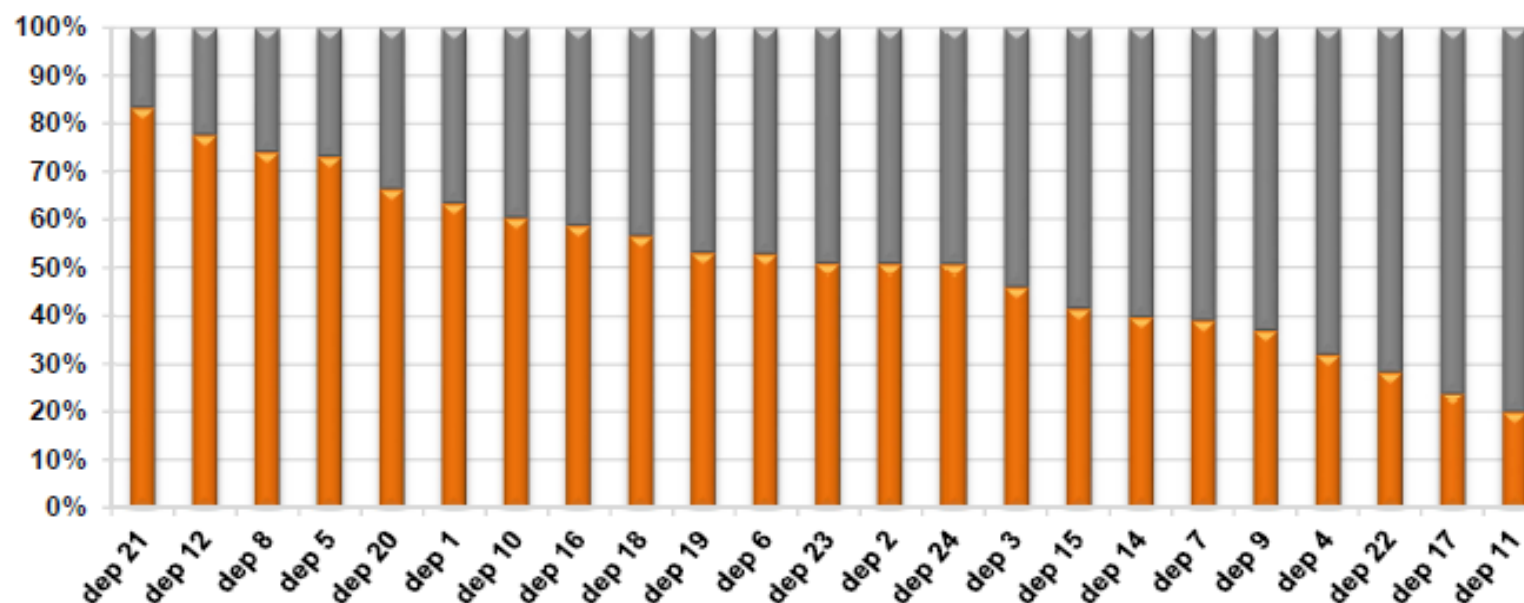
Fuente de información: ALUMBRA – Productos Farmacéuticos - RELE 1, Dispensación en Oficina de Farmacia
 Unidades: euros, % Periodicidad: Mensual

Farmacia Adecuación

48,1% tratamientos **DISCONTINUADOS**

51,9% tratamientos **CONTINUADOS**

Distribución por departamento de salud



Revisión farmacoterapéutica para mejorar la seguridad de los pacientes

Cuidados Paliativos

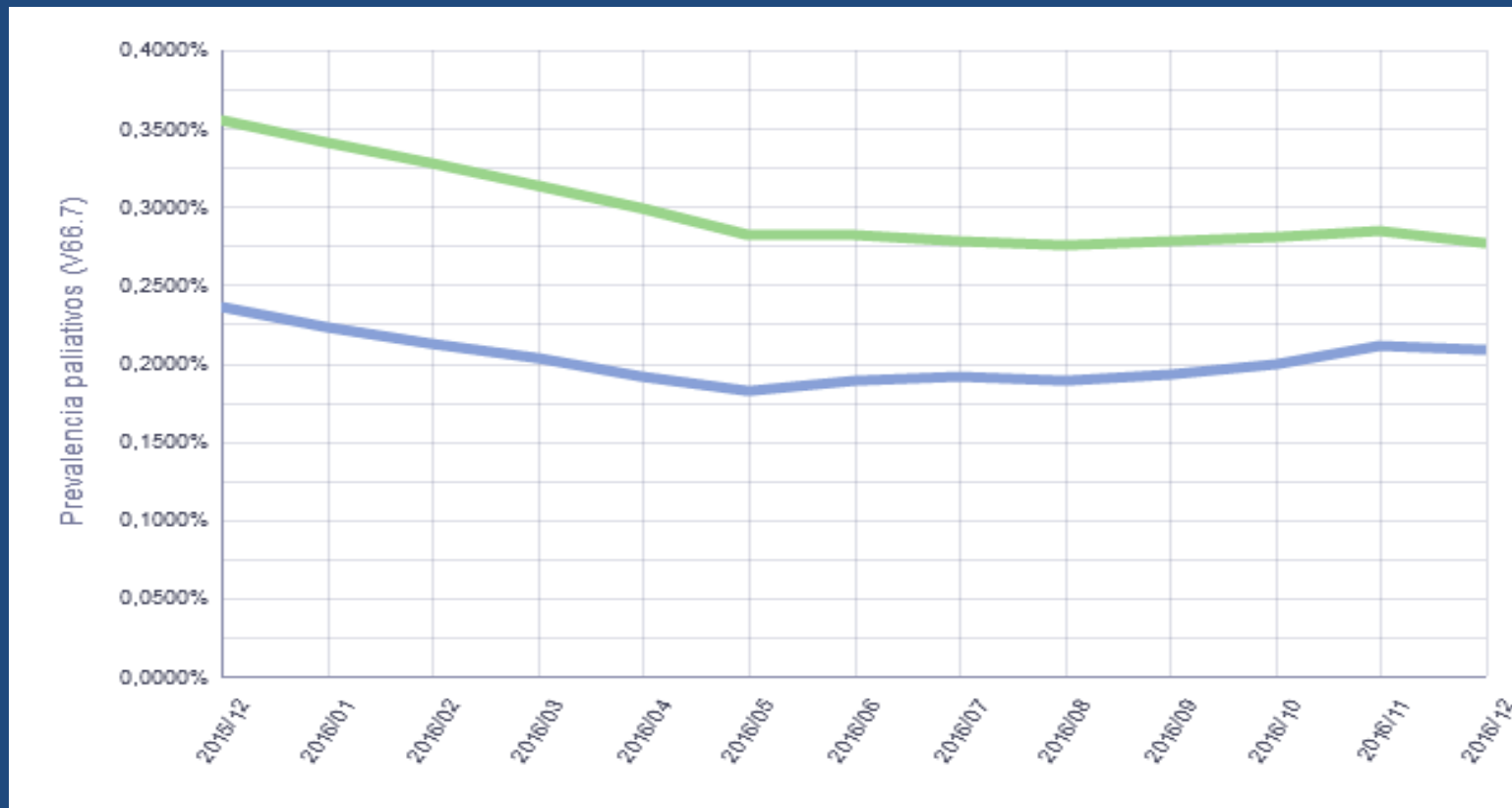
fuente: Estrategia Nacional de Cuidados Paliativos (2007).

según estos datos, son **239.320** las defunciones en España debidas a las diez causas detalladas. De estos datos y según la estimación de McNamara, el 90% necesitarían cuidados paliativos (215.388) y el 60% son oncológicos (143.592).

Necesitan Cuidados Paliativos	Necesitan CCPP Oncológicos
215.388	143.592

1-1.5%

Paliativos detección



0.2%

Cuidados Paliativos

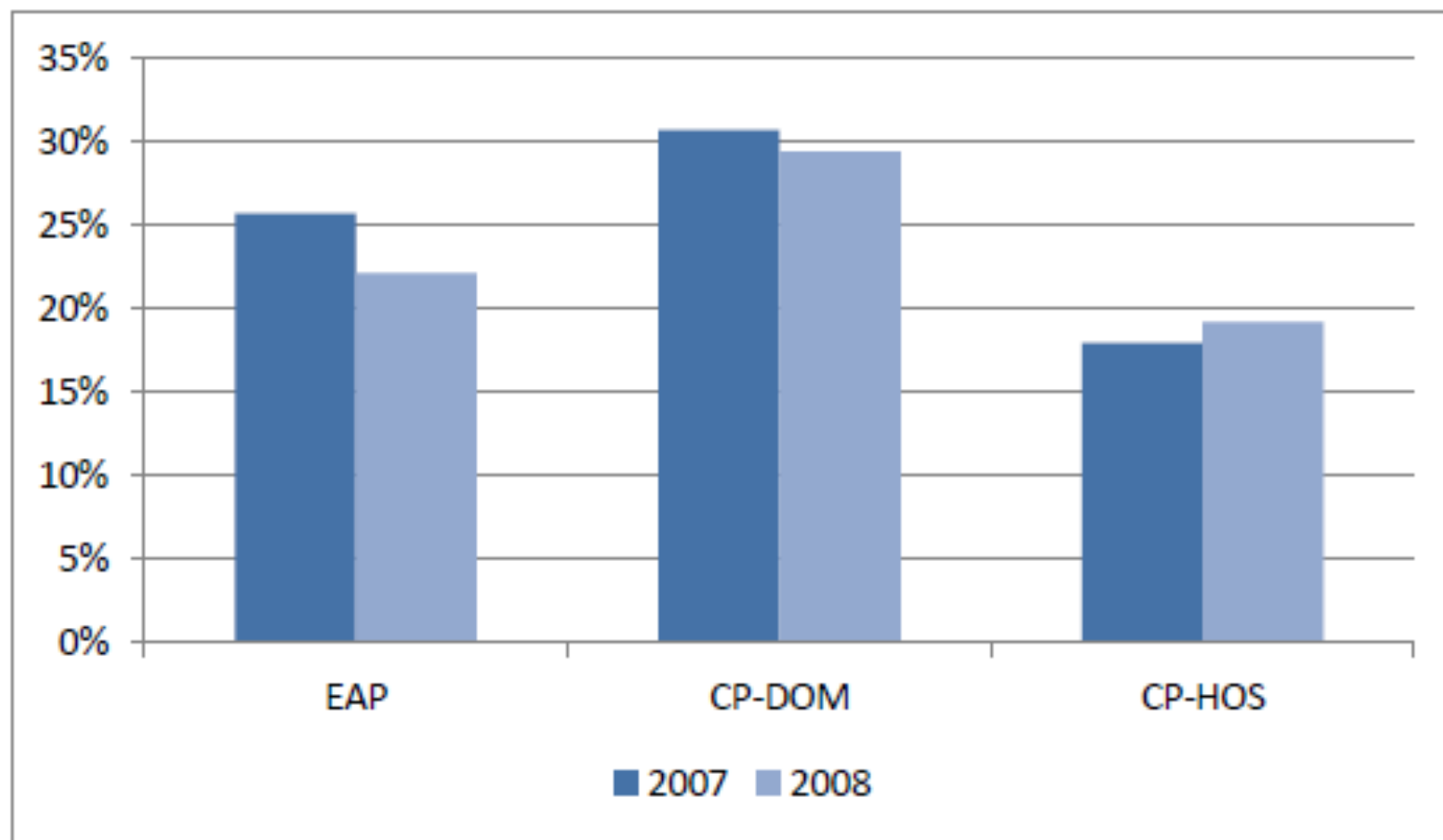


Gráfico 3. Porcentaje de pacientes atendidos por AP, equipos domiciliarios y equipos hospitalarios.
Fuente: Actualización 2010 – 2014 de la Estrategia en Cuidados Paliativos.

Satisfacción MF

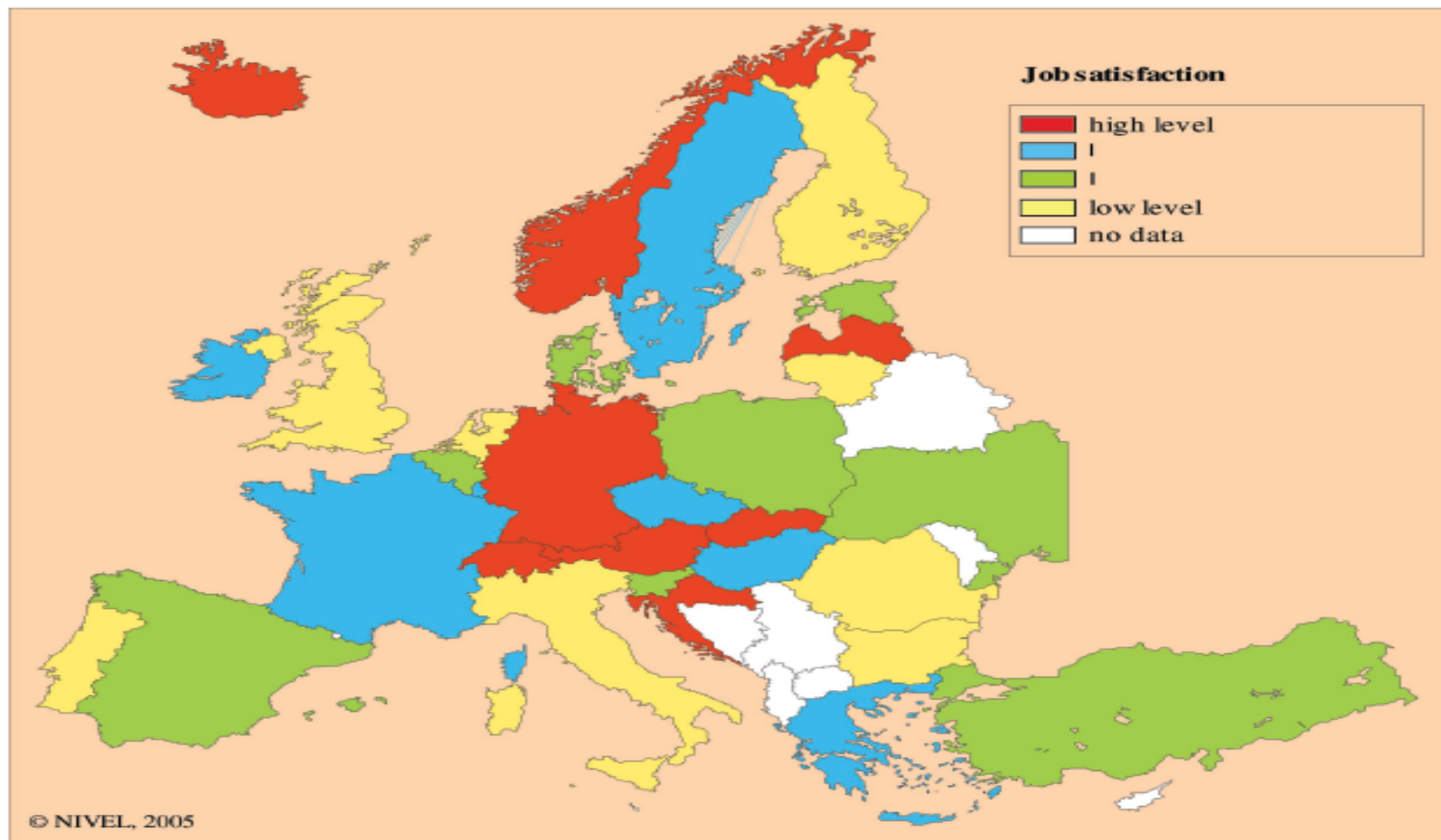


Figure 2.6 GP's sense of satisfaction

Satisfacción laboral MF

SATISFACCION TRABAJO

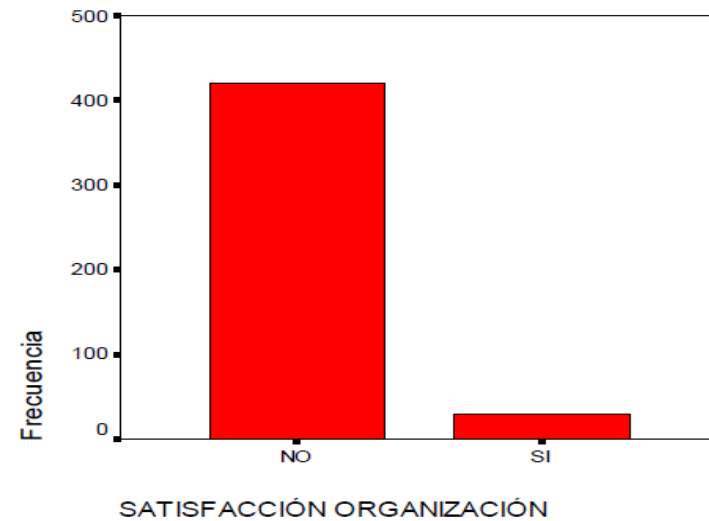


¿Se encuentra actualmente satisfecho/a en su trabajo?

El 51'6% de los encuestados verbaliza no estar satisfechos actualmente en su trabajo.

El 93,1% no se siente satisfechos del trato que reciben por parte de los centros en los que trabajan.

SATISFACCIÓN ORGANIZACIÓN



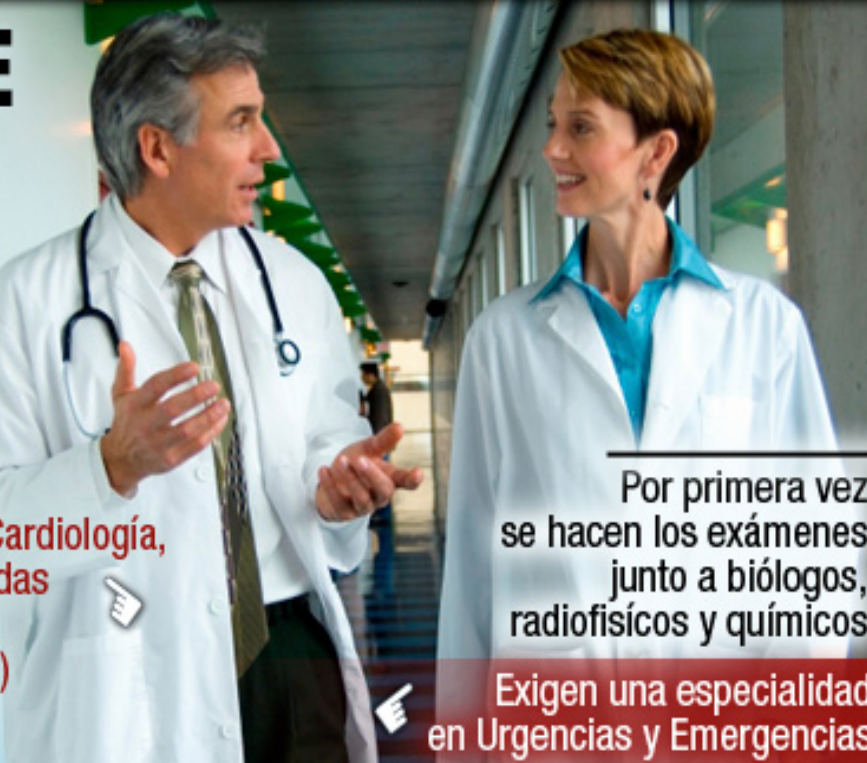
MIR y MFyC

12.199 MÉDICOS SE EXAMINARON DEL MIR PARA 6.102 PLAZAS

NADIE QUIERE SER MÉDICO DE FAMILIA

(Y ESO QUE ES LA QUE
MÁS PLAZAS TIENE)

- Cirugía Plástica, Dermatología y Cardiología, las especialidades más demandadas
- El Hospital 12 de Octubre (Madrid) sigue siendo el más solicitado



Por primera vez
se hacen los exámenes
junto a biólogos,
radiofísicos y químicos

Exigen una especialidad
en Urgencias y Emergencias

MIR y MFyC



	Del 1 al 1.000	De 1.001 a 2.000	De 2.001 a 3.000	De 3.001 a 4.000	Del 1 al 4.000	%	De 4001 a final	Desiertas	Total MFyC adjudicadas	%	Total MIR adjudicadas
Año 2004-2005	5	38	108	336	487	29,0	1.195	0	1.682	30,7	5.474
Año 2005-2006	12	34	95	204	345	20,9	1.305	52	1.650	28,9	5.717
Año 2006-2007	3	28	78	161	270	17,1	1.308	189	1.578	27,2	5.791
Año 2007-2008	9	16	35	83	143	8,9	1.472	253	1.615	25,9	6.236
Año 2008-2009	13	19	39	80	151	8,2	1.690	51	1.841	27,5	6.704
Año 2009-2010	6	10	23	64	103	5,4	1.801	0	1.904	27,5	6.934
Año 2010-2011	5	15	23	55	98	5,1	1.821	0	1.919	27,9	6.875
Año 2011-2012	8	13	31	72	124	6,7	1.736	0	1.860	27,7	6.704
Año 2012-2013	13	20	22	126	181	10,2	1.595	0	1.775	28,0	6.349
Año 2013-2014	9	32	47	146	234	14,9	1.340	108	1.574	26,6	5.920
Año 2014-2015	12	30	52	119	213	12,8	1.441	0	1.654	27,5	6.017

Algunas razones

AP médicos y enfermería

3.1 Médicos

Tabla 32.- Médicos en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud según nivel de atención. España, 2014

	Médicos	Tasa por cada 1.000 habitantes
Atención Primaria	34.900	0,8
Hospitales	77.609	1,7
Total	112.509	2,5

Observaciones: La tasa de médicos de atención primaria del Sistema Nacional de Salud se refiere a 1.000 personas asignadas.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Sistema de Información de Atención Especializada.

3.2 Enfermeras

Tabla 33.- Enfermeras en ejercicio en el Sistema Nacional de Salud, según nivel de atención. España, 2014

	Enfermeras	Tasa por cada 1.000 habitantes
Atención Primaria	29.642	0,6
Hospitales	135.959	2,9
Total	165.601	3,5

Observaciones: La tasa de enfermeras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud se refiere a 1.000 personas asignadas. El número de enfermeras de los hospitales SNS incluye matronas y enfermeras especialistas y se refiere a personal vinculado, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Sistema de Información de Atención Especializada.

Tabla 34.- Ratio de enfermeras por médico en el Sistema Nacional de Salud por nivel asistencial. España, 2014

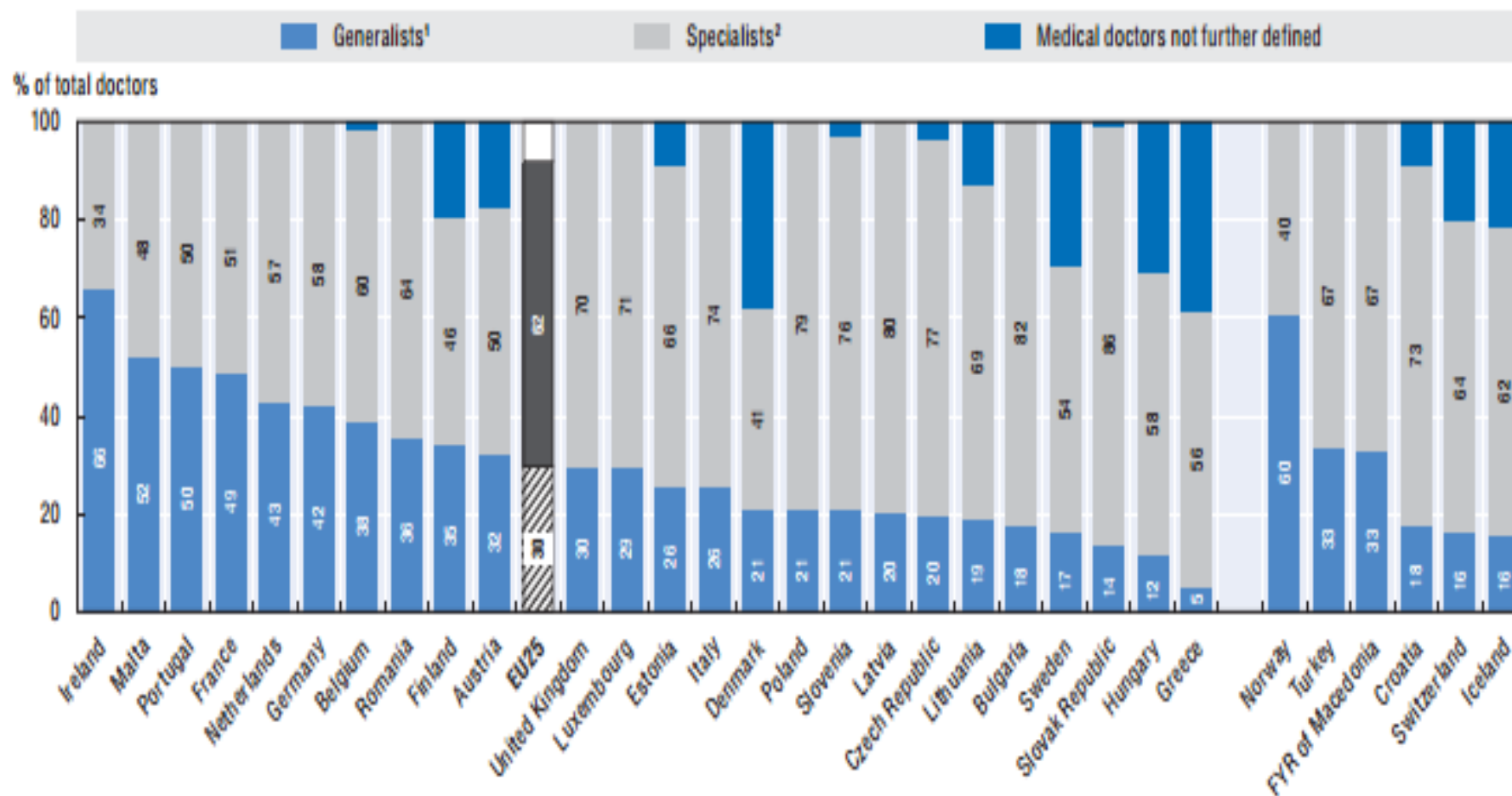
	Médicos (M)	Enfermeras (E)	Ratio (E) / (M)
Atención Primaria	34.900	29.642	0,8
Hospitales	77.609	135.959	1,8
Total	112.509	165.601	1,5

Observaciones: Profesionales vinculados, es decir, aquellos que tienen contrato con el hospital, ya sea como personal funcionario, laboral o estatutario, a jornada completa o parcial.

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información de Atención Primaria. Sistema de Información de Atención Especializada.

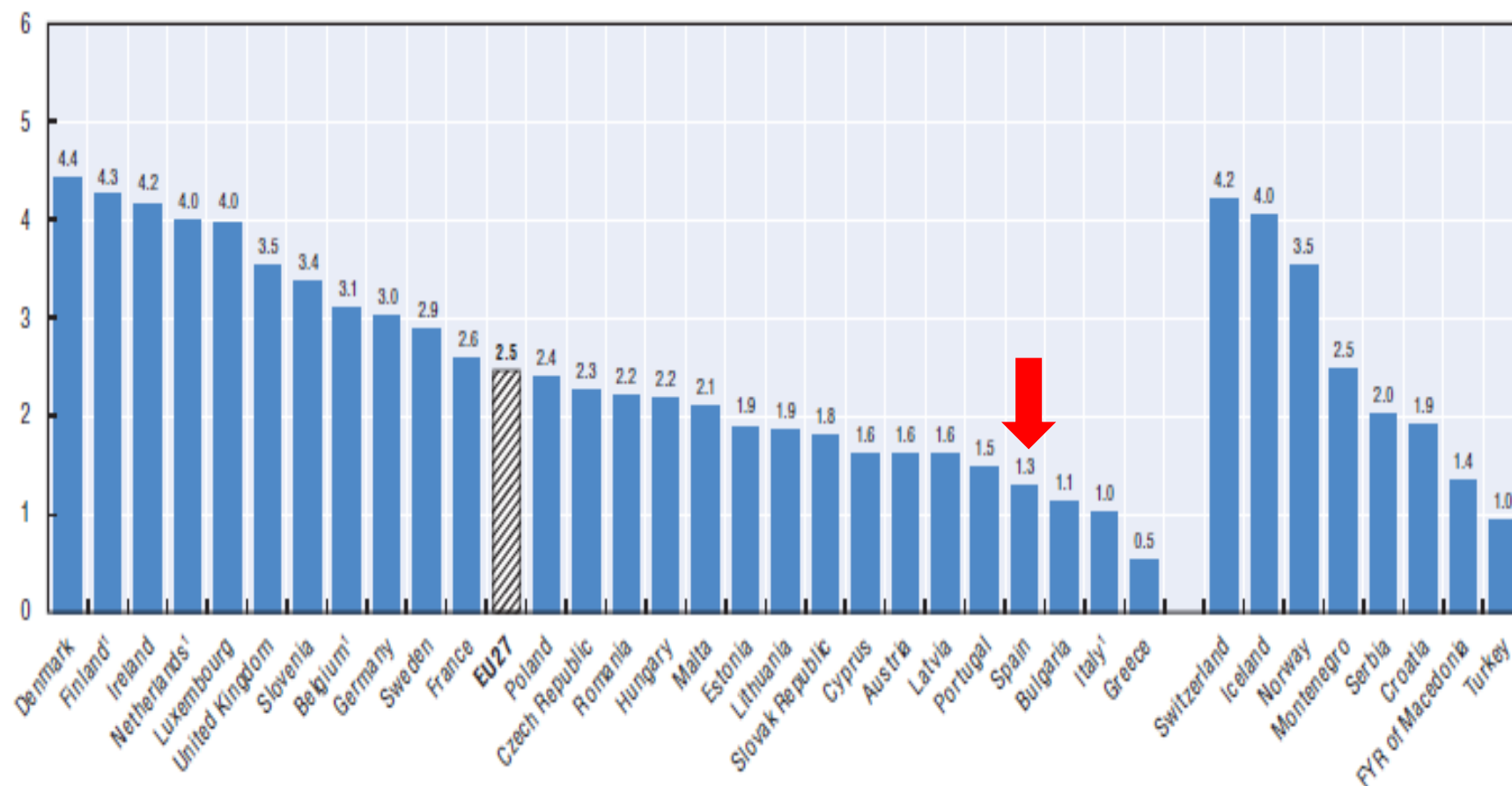
MF y Especialistas en OCDE

3.1.2. Generalists and specialists as a share of all doctors, 2010 (or nearest year)



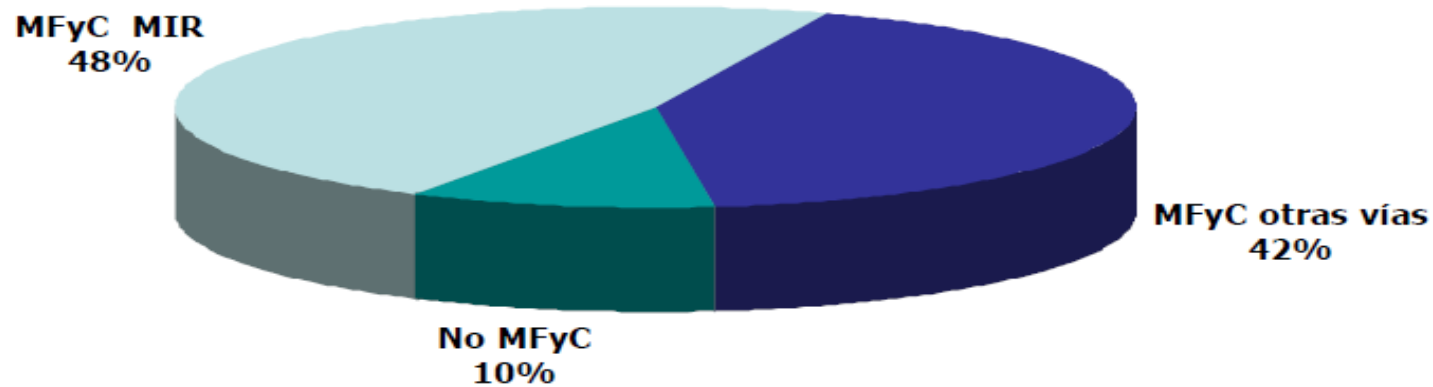
AP médicos y enfermería

3.3.2. Ratio of nurses to physicians, 2010 (or nearest year)



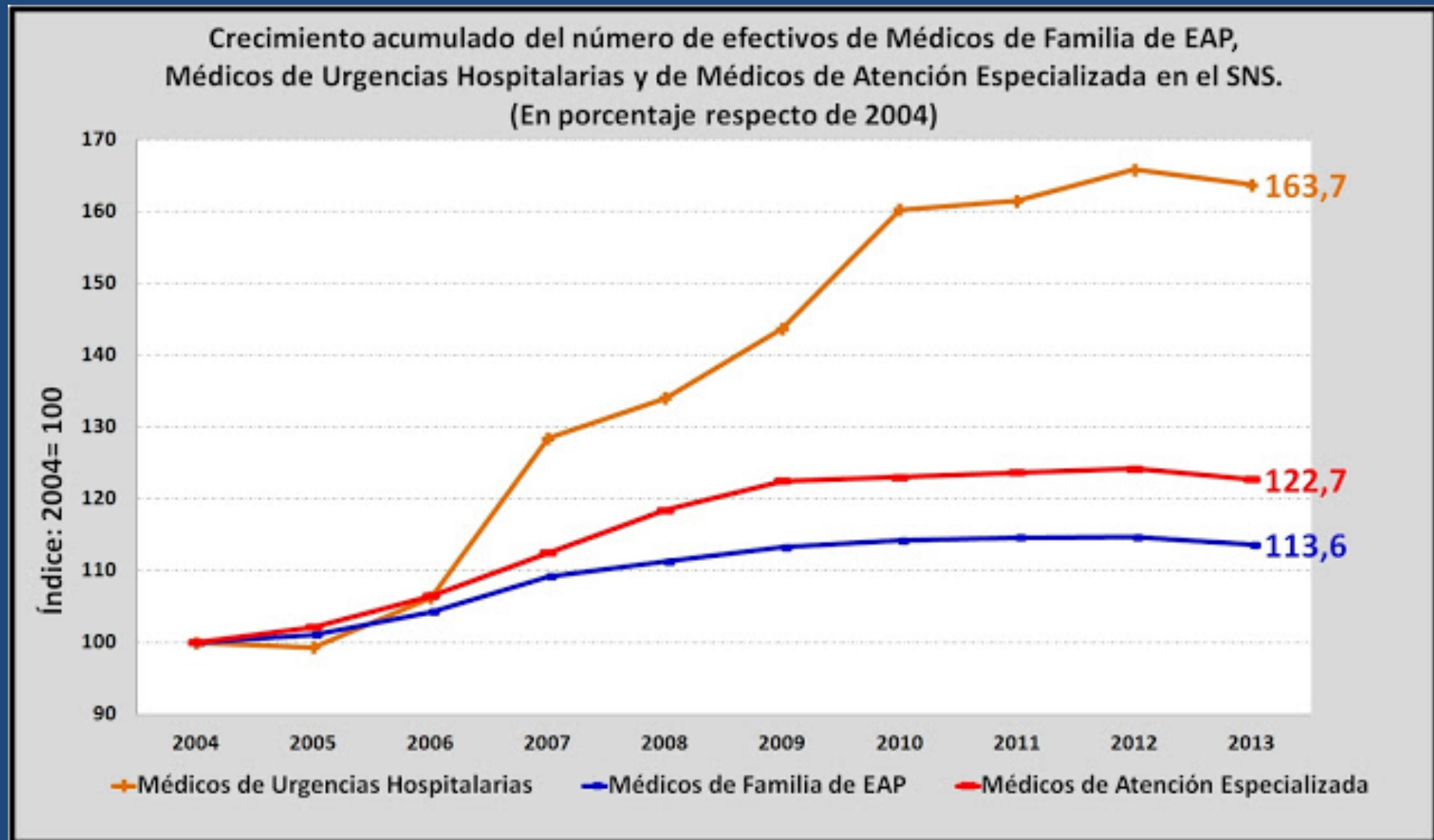
MFC y otros MF

MGs con título de especialidad en MFYC Sistema Nacional de Salud.

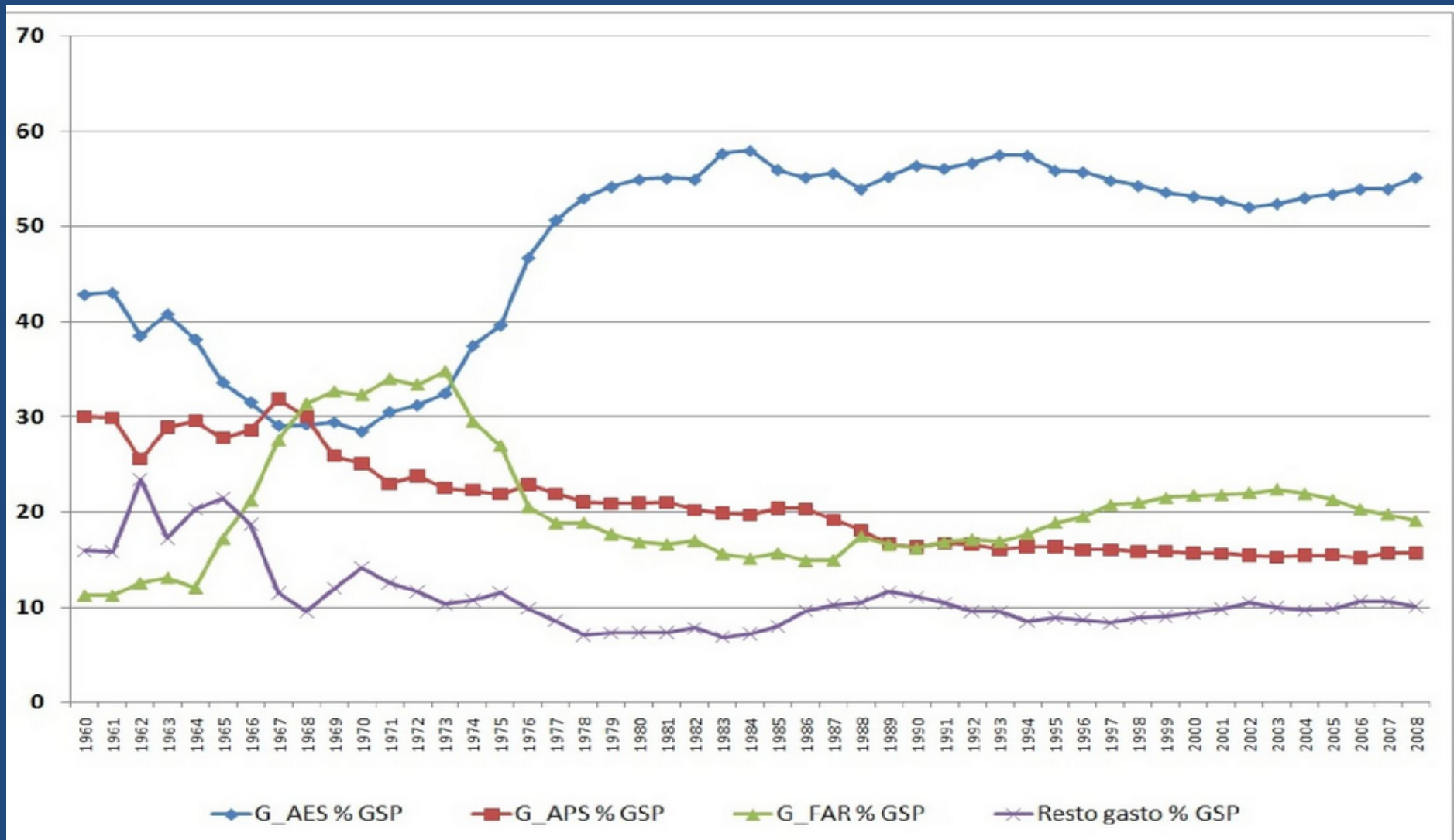


Fuente: MSC

Evolucion RRHH



Gasto sanitario partidas



Los datos son tozudos

**TABLA
3**

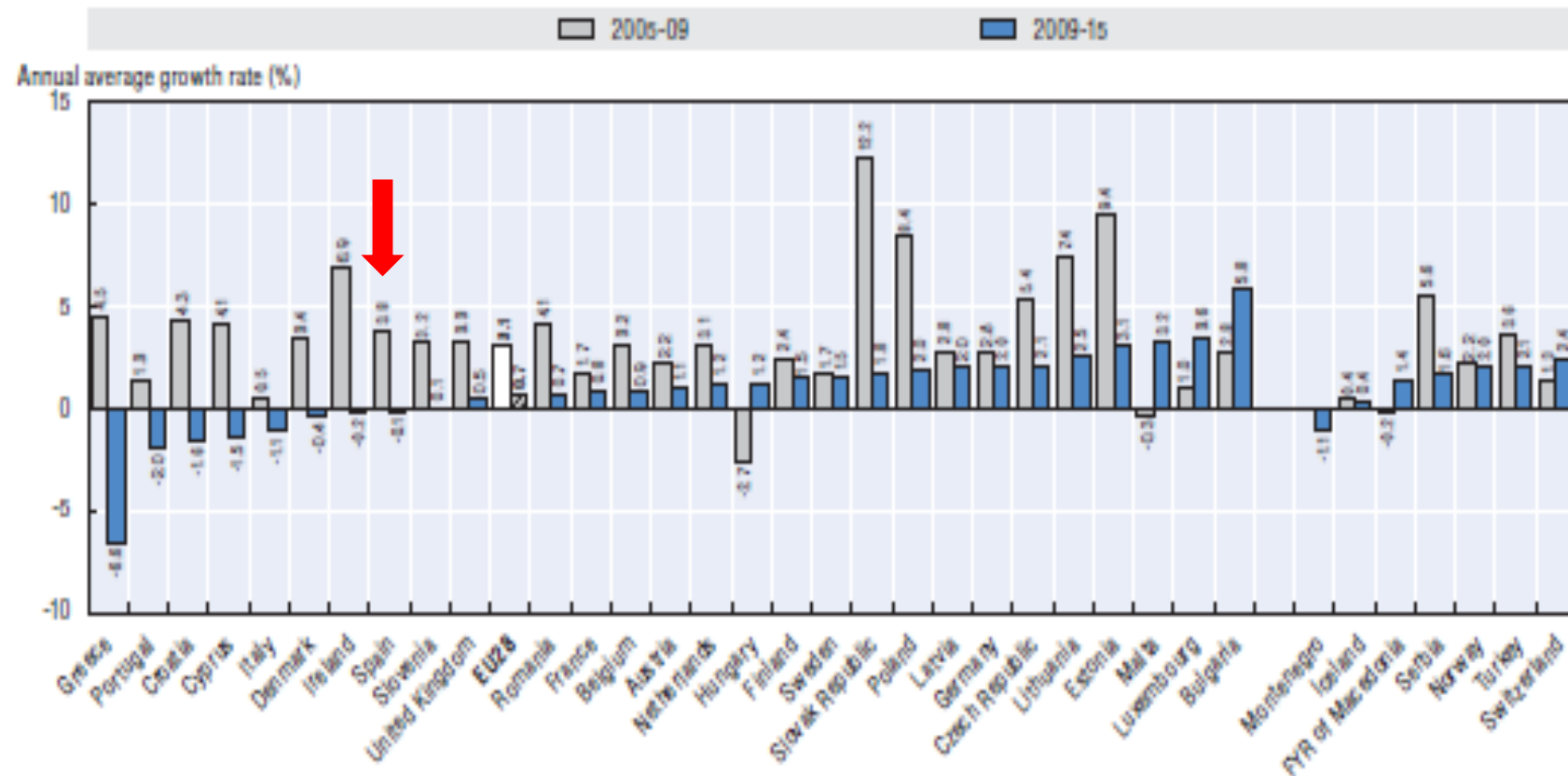
Variación de los gastos públicos hospitalario, ambulatorio y farmacéutico per cápita como porcentaje del gasto sanitario público y del producto interior bruto. España y Europa OCDE. Período 1985-2001. Health Data 2003

	España			Media europea		
	1985	2001	Variación 1985-2001 (%)	1985	2001	Variación 1985-2001 (%)
Gasto hospitalario público pc	207	604	192	372	722	94
Gasto ambulatorio público pc	75	180	140	150	343	129
Gasto farmacéutico público pc	58	251	333	65	204	214
Gasto hospitalario público % GSP	56	53	- 5	55	47	- 14
Gasto ambulatorio público % GSP	20	16	- 22	21	22	6
Gasto farmacéutico público % GSP	16	23	45	11	18	64
Gasto hospitalario público % PIB	2,5	2,8	12	3,1	2,84	-8
Gasto ambulatorio público % PIB	0,9	0,8	- 11	1,1	1,53	39
Gasto farmacéutico público % PIB	0,7	1,2	71	0,6	0,88	46
Renta pc	8.311	21.294	156	11.898	25.107	111

GSP: gasto sanitario público; pc: *per capita*; PIB: producto interior bruto.

Presupuestos y crisis

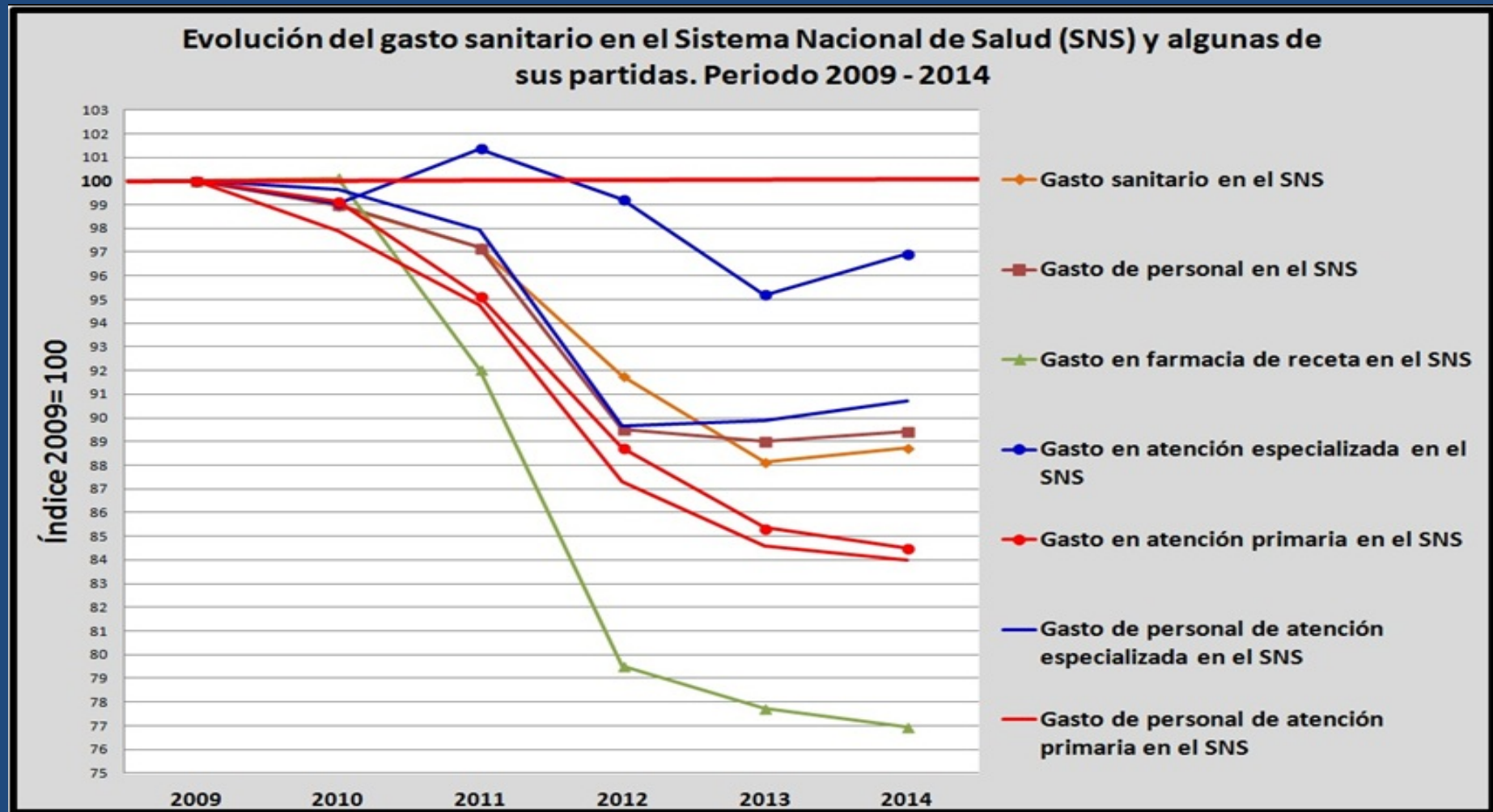
5.2. Annual average growth rate in per capita health expenditure, real terms, 2005 to 2015 (or nearest year)



Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database; WHO, Global Health Expenditure Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888933429242>

Crisis GS partidas



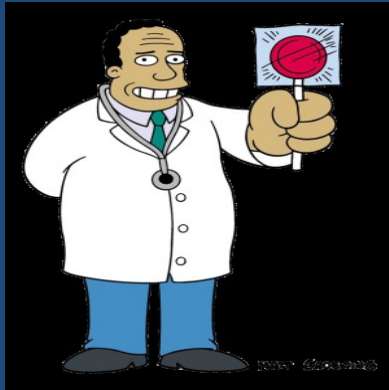
Recortes

	Miles de Euros						Recorte	
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2009-2014	(%)
Gasto sanitario en el SNS	64.387.423	63.717.618	62.592.734	59.094.464	56.745.748	57.127.879	7.259.544	11,3
Gasto de personal (PER) en el SNS	29.361.216	29.072.656	28.536.286	26.286.096	26.132.907	26.261.570	3.099.645	10,6
Gasto en farmacia de receta (FR) en el SNS	12.856.248	12.872.626	11.835.583	10.225.349	9.993.929	9.891.564	2.964.684	23,1
Gasto en atención especializada (AES) en el SNS	36.845.289	36.501.014	37.347.824	36.558.877	35.075.238	35.710.540	1.134.749	3,1
Gasto en atención primaria (APS) en el SNS	9.319.643	9.241.054	8.866.514	8.270.552	7.954.404	7.874.816	1.444.827	15,5
Gasto de personal de AES en el SNS	19.663.400	19.591.097	19.262.354	17.626.926	17.672.942	17.836.731	1.826.669	9,3
Gasto de personal de APS en el SNS	7.563.238	7.403.959	7.167.780	6.603.986	6.397.663	6.353.991	1.209.247	16,0
Gasto en FR + gasto PER/total (%)	66	66	64	62	64	63		
Recorte en FR + recorte en gasto PER/total del recorte (%)							84	

Retribuciones MF UE 2014

• Reino Unido	entre 90.000 y 144.000 euros/año.
• Suiza:	entre 106.000 y 128.000 euros/año.
• Alemania	entre 60.000 y 80.000 euros/año.
• Noruega	entre 50.000 y 85.000 euros/año.
• Holanda	entre 47.000 y 116.000 euros/año.
• Dinamarca	entre 49.000 y 100.000 euros/año.
• Irlanda	entre 66.000 y 100.000 euros/año.
• Suecia	entre 55.000 y 71.000 euros/año.
• Austria	entre 50.000 y 100.000 euros/año.
• Bélgica	entre 75.000 y 107.000 euros/año.
• Francia	entre 60.000 y 115.000 euros/año.
• Italia	entre 45.000 y 84.000 euros/año.
• Portugal	entre 40.000 y 60.000 euros/año .
• Estados Unidos	entre 147.000 y 170.000 dólares/año.

Retribuciones AP/AE 2016



Med.Fam	nivel 4	62.534 €
Fac. Esp	nivel 4	63.885 €



Jefe Servicio	nivel 4	78.767 €
Jefe ZBS	nivel 4	69.539 €

Asuntos pendientes



**PROPUESTAS DE LA SVMFiC PARA EL
DESARROLLO Y POTENCIACION DE LA
ATENCION PRIMARIA
EN LA
COMUNIDAD VALENCIANA**

Julio 2015

Introducción

La AP es esencial para el mantenimiento de un sistema de salud universal, equitativo, eficiente y sostenible.

En todos los documentos y casi todas las declaraciones de responsables sanitarios se menciona la AP como elemento fundamental para conseguir los objetivos anteriores.

A pesar de lo anterior la AP sigue estancada cuando no en retroceso respecto a la asistencia hospitalaria.

Introducción

Para el desarrollo adecuado de la AP que necesita la CV es necesario:

Un **compromiso firme de la Administración** en la puesta en marcha de las medidas que se detallan a continuación.

La **participación decidida de los profesionales** de AP especialmente de los MF para desarrollar adecuadamente las potencialidades de aquella.

La **colaboración de las estructuras directivas** del sistema sanitario público para hacer efectivas las medidas diseñadas.

El **apoyo de los ciudadanos** para exigir unos servicios de AP de alta calidad, adecuada accesibilidad y longitudinalidad.

10 medidas esenciales

1

Adecuación y asignación de **Recursos**

ecuación y asignación de **Recursos**

cuación y asignación de **Recursos**

Recursos

recursos

ar perfil del **JZB**

r perfil del **JZB**

Aumento de la **Capacidad de Resolución**

umento de la **Capacidad de Resolución**

ento de la **Capacidad de Resolución**

10 medidas esenciales

- 6.- Cambiar **Organización Interna** del EAP
- 7.- Impulsar **Coordinación y Comunicación** AP/AE
- 8.- Autonomía de Gestión **UGC**
- 9. -**Participación** Comunitaria y transparencia
- 10. -Potenciar la **Investigación y la Docencia**

Gracias
por su
atención