

Navegando por la crisis de escasez de médicos

Introducción al artículo escrita por el Dr. Rubén Kevorkian

En este interesante reporte se presentan y discuten los datos obtenidos de una encuesta on line sobre The Primary Care conducida por NEJM Catalyst en 2023, con el apoyo de NEJM. El consejo de NEJM Catalyst es un calificado grupo de ejecutivos, líderes clínicos, y médicos de organizaciones del mundo vinculados a la asistencia de salud. 1097 encuestas fueron analizadas, de EUA 688 y de otros Países 409.

La atención primaria de la salud es propuesta por la OMS como una primera línea de atención en población sana junto con la promoción de la salud para reducir la futura carga de enfermedad en la población. Cuando la población no recibe este nivel de asistencia, habitualmente la persona enferma más joven por condiciones o patologías ya declaradas que requerirán a su vez estudios y tratamientos más costosos y/o prolongados. Muchas veces entonces, se observara un deterioro temprano e irreversible en la salud. Por último, siempre se indica un cambio de hábitos por ejemplo en la alimentación, que debería haberse propuestos antes con una atención primaria oportuna.

La falta de médicos clínicos y agentes de salud encargados de la atención primaria es un problema que se viene observando en los últimos años; el resultado de esta situación es una mayor sobrecarga para el personal activo, con peor calidad asistencial y mayor stress laboral hasta el burnout en muchos casos. Luego de la pandemia muchos profesionales de la salud abandonaron sus puestos de trabajo exhaustos. Los jóvenes estudiantes al observar que los especialistas cuentan con mayores recursos, mayor status social, apoyo de los laboratorios medicinales y mejores ingresos económicos se deciden por las especialidades.

La presente encuesta muestra la opinión de expertos sobre la importancia de la atención primaria por médicos generalistas entrenados, el seguimiento a largo plazo de los pacientes y sus efectos atenuando la sobrecarga del sistema.

También se analizan los posibles desafíos que enfrenta el sistema de salud al intentar proveer atención primaria a los pacientes.

Debemos considerar que cuando se produce sobrecarga laboral en el personal de salud se deteriora necesariamente la calidad asistencial, no solo por la mayor posibilidad de error médico motivado por ejemplo por falta de entrenamiento en algún personal de reemplazo o por agotamiento, sino que para realizar más consultas en un mismo día se reduce la duración de las visitas. Cuando sucede esta situación se pierden grandes oportunidades de cumplir los objetivos de la consulta. Se induce a la repetición de visitas por temas que no pudieron ser expresados o resueltos antes con la consiguiente mayor sobrecarga del sistema. Cuando un paciente puede y elige consultar directamente a un especialista enfoca su problema actual de salud en un órgano o sistema pero desatiende otros aspectos que desconoce como controles propios de su condición física, edad, género y demás (allí se pierde una oportunidad de prevención). Si busca cubrir estos aspectos quizás

requiere entonces realizar múltiples consultas a diversos especialistas que no necesariamente conocen las indicaciones de los otros médicos; en el tiempo esta situación es riesgosa considerando por ejemplo la polifarmacia y las interacciones medicamentosas.

En nuestro país, la población no se encuentra exenta de estos problemas; es más podríamos decir que nunca se pudo cumplir con este modelo de atención primaria. Por esta razón se desarrollaron “parches” y problemas propios que sumados a los ahora observados en este artículo condicionan gravemente el funcionamiento del sistema de salud.

Informe. El revelador dato sobre las guardias médicas en centros privados que confirma la crisis del sistema de salud

Asociaciones que nuclean a prestadores advierten que el 84,5% de las consultas en esos servicios no son en realidad urgencias y podrían resolverse de otra manera; reclaman fortalecer alternativas

Por Fabiola Czubaj



Por citar un ejemplo, nuestra población no está acostumbrada ni a la atención primaria ni tampoco al seguimiento prolongado con un mismo médico. Empeora la situación la ausencia de registros confiables del historial médico, tanto por ausencia de sistemas informáticos o por la incompatibilidad de los mismos. Además, la precariedad laboral que enfrenta el personal de salud hace que ocurra una gran migración de profesionales hacia otras áreas o centros. Todo esto resulta en turnos alejados de atención ambulatoria, sobrecarga de las guardias hospitalarias por consultas banales con quejas y enojo en pacientes que empeoran el stress laboral del personal. **Fuente:** [Diario LaNación](#)

Muchas soluciones surgen en nuestra era digital para compensar estos déficit, sin embargo no necesariamente la mayor accesibilidad a la salud por teleconsultas representara mejor calidad asistencial. La Inteligencia artificial resolviendo y decidiendo sobre la salud del paciente con gran información y celeridad no necesariamente será la mejor solución, muchos ven en ella un posible alivio y otros un gran riesgo.

Los altos costos de nuevas tecnologías sumado al envejecimiento de la población son los grandes desafíos que enfrentan las sociedades organizadas; ¿podrá el fortalecimiento del clásico modelo de asistencia basado en el médico de cabecera bien entrenado, que conozca a su paciente por años y trabajando en equipo con los especialistas ser suficiente para afrontar este nuevo paradigma?

NAVEGAR POR LA CRISIS DE ESCASEZ DE MÉDICOS: La atención primaria es esencial y está asediada



With **Asaf Bitton, MD, MPH**

Executive Director, Ariadne Labs, Associate Professor of Health Care Policy, Harvard Medical School and Harvard T.H. Chan School of Public Health, and Physician and Associate Professor of Medicine, Brigham and Women's Hospital, Boston, Massachusetts, USA



With **Katherine Rouleau, MD**

Family Physician, St. Michael's Hospital, and Professor of Family Medicine, Global Primary Health Care Lead, Office of Health System Partnerships, and Director of the WHO Collaborating Centre on Family Medicine and Primary Care, Department of Family and Community Medicine, University of Toronto, Ontario, Canada

Vol. 4 No. 7 | July 2023

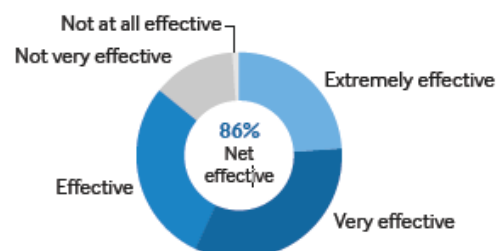
NEJM Catalyst Innovations in Care Delivery 2023; 07

DOI: 10.1056/CAT.23.0175

Una encuesta del NEJM Catalyst Insights Council revela una serie de retos interrelacionados en la prestación de atención primaria, encabezados por la estructura de pagos, la escasez de personal y la estructura y gestión organizativas.

Aunque la atención primaria sigue siendo un componente esencial de la prestación de una asistencia de alta calidad a los pacientes, su sostenibilidad a largo plazo se ve cada vez más presionada por una confluencia de retos. Entre ellos se incluyen un modelo de reembolso que fomenta las visitas en lugar de las relaciones a largo plazo y ofrece una remuneración inadecuada en comparación con otras especialidades; la escasez de mano de obra, que está exacerbando las cargas de trabajo actualmente insostenibles; y el aumento del volumen de pacientes, la complejidad y las enfermedades crónicas en un momento en el que la oferta de médicos de atención primaria y clínicos es insuficiente.

How effective is primary care at sustaining long-term patient health?



Base: Global - 1097 NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Estas son algunas de las conclusiones de una encuesta realizada en marzo de 2023 a los miembros del NEJM Catalyst Insights Council, que son médicos, líderes clínicos y ejecutivos de organizaciones de todo el mundo que participan directamente en la prestación de asistencia. La necesidad y la utilidad de la atención primaria son evidentes para los encuestados de todo el mundo: el 86% afirma que la atención primaria es eficaz, muy eficaz o extremadamente eficaz para mantener la salud de los pacientes a largo plazo. Sin embargo, los encuestados señalan una serie de retos clave para prestar una atención primaria eficaz y sostenible, siendo los tres principales la estructura de pagos (mencionada por el 50%), la escasez de personal (41%) y la estructura y gestión organizativas (40%).

Asaf Bitton, MD, MPH, es médico de atención primaria en ejercicio y Director Ejecutivo de Ariadne Labs, Profesor Asociado de Política Sanitaria en la Facultad de Medicina de Harvard y en la Escuela de Salud Pública T.H. Chan de Harvard, y Médico y Profesor Asociado de Medicina en el Brigham and Women's Hospital de Boston. Afirma que la gente suele dar por sentada la atención primaria porque es fundamental para prestar una buena asistencia sanitaria, lo que paradójicamente puede hacerla invisible.

"Es como el oxígeno: todo el mundo lo necesita, pero uno no empieza a notarlo hasta que casi se acaba", dice Bitton. "Hay muy pocas personas que no vean el valor que aporta la atención primaria a la prestación de asistencia sanitaria, con las raras excepciones de algunas personas de las clases de ingresos más altos que acuden directamente a los especialistas y algunas poblaciones de bajos ingresos en países donde la prestación de atención primaria es tan deficiente que la eluden por motivos de calidad. En ambos casos, se pierde el valor de las funciones básicas de la atención primaria: acceso al primer contacto, continuidad, coordinación y exhaustividad. Pero incluso para los que tienen una fuente habitual de atención primaria, las presiones sobre sus médicos de atención primaria, junto con unos pagos desajustados y unos registros electrónicos poco optimizados, significa que los pacientes no están obteniendo todo el valor que deberían de los sistemas existentes."

“ *There are very few people who don't see the value primary care brings to health care delivery, with the rare exceptions being some in the highest-income classes who go straight to specialists and some low-income populations in countries where the provision of primary care is so poor that they bypass it over quality concerns.* ”

Katherine Rouleau es médico de familia en el Hospital St. Michael de Toronto, catedrática de Medicina de Familia, responsable de Atención Primaria Mundial en

la Oficina de Asociaciones de Sistemas de Salud y directora del Centro Colaborador de la OMS en Medicina de Familia y Atención Primaria del Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad de Toronto. Afirma que muchos de los retos a los que se enfrenta actualmente la atención primaria están relacionados entre sí y se agravan mutuamente.

"El modelo de reembolso hace muy difícil pagar a los médicos de atención primaria lo que se merecen en función del trabajo que hacen y la experiencia que tienen. Y todos los retos están interrelacionados: el agotamiento está provocando escasez de personal y viceversa, y también está relacionado con la estructura y la gestión de la organización y el impacto del uso de la tecnología de la información sanitaria. Los ingresos no son el problema principal; aunque aumentáramos la remuneración de forma significativa, seguiríamos teniendo un sistema que no funciona de forma óptima para los proveedores ni para los pacientes."

Según los encuestados, la escasez de personal está afectando profundamente a todos los aspectos de la atención primaria. La escasez de personal es un problema grave o moderado para el acceso (señalado por el 95%), la experiencia del paciente (93%) y la calidad clínica (82%).

Rouleau cita como ejemplo de las consecuencias la imposibilidad de los pacientes de acudir a los médicos de atención primaria durante la pandemia de Covid-19. "En Canadá, seguimos muy retrasados en la inmunización de los adolescentes debido a esto, y muchos pacientes con diabetes e hipertensión no están bien controlados. La causa de estos problemas de salud no es realmente Covid-19, sino el hecho de que no tuvieron acceso a un proveedor de atención primaria".

"El otro reto es que, aunque la atención primaria ha demostrado una resistencia impresionante a la escasez de personal, pasar menos tiempo con los pacientes repercute en la calidad clínica. Cuando falta personal, las interacciones con los pacientes tienen que ser apresuradas. Los pacientes traen muchos problemas acumulados y es posible que tengan que acudir más a menudo para atender todas sus necesidades. Es mucho más difícil ofrecer una atención de calidad".

“ *While primary care has demonstrated impressive resilience in withstanding staffing shortages, there are impacts on clinical quality from spending less time with patients.* ”

Bitton añade que el elevado volumen de pacientes también provoca tensiones entre la atención primaria, la especializada y los servicios sociales que promueven la salud. En Estados Unidos, la atención primaria es un cajón de sastre en el que todo lo que tiene que ver con los servicios sociales, la salud pública y la complejidad o la multimorbilidad es responsabilidad de la atención primaria". Además de coordinar una atención cada vez más fragmentada. Esta manguera de fuego de la información fluye en los mal estructurados registros electrónicos de salud (EHR) y esto agrava

el daño moral para los médicos, dejándolos con la sensación de que no están haciendo un gran trabajo al servicio de sus pacientes a pesar de que están trabajando más duro que nunca."

La escasez de personal ha abierto la puerta al uso de tecnologías digitales y a una serie de nuevos participantes organizativos en la atención primaria. Aunque los miembros del Insights Council consideran que estas tendencias son positivas en general, les preocupa la calidad clínica. Por ejemplo, los encuestados afirman que el uso de herramientas digitales (por ejemplo, telesalud, monitorización remota) ha mejorado algo o mucho el acceso a los servicios de prestación de atención primaria (79%) y la experiencia del paciente (69%). Pero sólo el 39% afirma que las herramientas digitales han mejorado la calidad clínica. Del mismo modo, los encuestados consideran que los nuevos actores organizativos (por ejemplo, empresas de venta directa al consumidor, primeros modelos virtuales de atención) han mejorado mucho o algo el acceso a la atención primaria (68%) y la experiencia del paciente (50%), pero la calidad clínica en mucha menor medida (22%).

Bitton señala que el acceso a la atención primaria es un problema grave, pero le preocupa que los nuevos operadores puedan dejar fuera funciones clave de continuidad o integralidad. "La atención primaria tradicional en EE.UU. se resiste a estos nuevos operadores, pero satisfacen una necesidad de acceso. El problema es que puede resultar difícil para las farmacias que entran en el espacio de la atención minorista o para las nuevas empresas que prestan atención virtual ofrecer servicios de atención primaria completos, coordinados e integrados que mejoren los resultados globales, no sólo las medidas del proceso de acceso. La mejora de la calidad en la atención primaria requiere que se hagan muchas cosas que afectan a toda la persona y que son muy difíciles de hacer en entornos limitados de clínicas virtuales o minoristas. Dicho esto, hay una serie de nuevos operadores que pretenden ofrecer una atención integral a pacientes complejos. Su reto será escalar para atender a muchos pacientes y mantener al mismo tiempo un modelo de negocio sostenible".

La escasez de médicos de atención primaria no es fácil de remediar debido a la magnitud de las soluciones necesarias. Por ejemplo, las principales causas mencionadas por los encuestados son que la remuneración es más alta en otras áreas de la práctica clínica (57%), las cargas administrativas (41%), el número insuficiente de estudiantes de medicina que se dedican a la atención primaria (37%) y el abandono de la práctica clínica por parte de los médicos de atención primaria (35%).

“*Quality improvement in primary care requires that you do a lot of whole-person things that are very hard to do in limited virtual or retail clinic environments.*”

Los encuestados apoyan el cambio del modelo de reembolso de la atención primaria: el 82% afirma que la transición de un modelo de reembolso basado en el pago por servicio a otro basado en el riesgo (por ejemplo, capitación, atención basada en el valor) es importante, muy importante o extremadamente importante para el éxito a largo plazo de la atención primaria. Además, el 75% afirma que la atención primaria debería reembolsarse como atención en equipo multidisciplinar en lugar de como visitas individuales, lo que supondría un cambio significativo en el modelo de pago predominante.

Bitton afirma que la mayoría de los intentos de crear modelos basados en el valor en EE.UU. acaban siendo bastante ineficaces porque se construyen sobre un chasis de pago por servicio y carecen de una transición necesaria hacia el pago prospectivo e integral, y cita como ejemplo las organizaciones de atención responsable. "La mayoría de las consultas de atención primaria de las organizaciones de atención responsable (ACO, por sus siglas en inglés) cobran de la forma más reduccionista, de pago por servicio, igual que antes. A excepción de las ACO propiedad de médicos o basadas en la atención primaria, la mayoría de las ACO grandes o basadas en hospitales han evitado en gran medida cambiar la forma en que se realiza internamente la compensación de la atención primaria. Aunque asumieron el riesgo del coste total de la atención, no pagaron mejor o de forma diferente a sus prácticas de atención primaria para cambiar la trayectoria de los costos y la calidad. Esa podría ser una razón clave por la que estas grandes ACO no han tenido tanto éxito como podrían hasta la fecha, pero también presenta una oportunidad para el cambio."

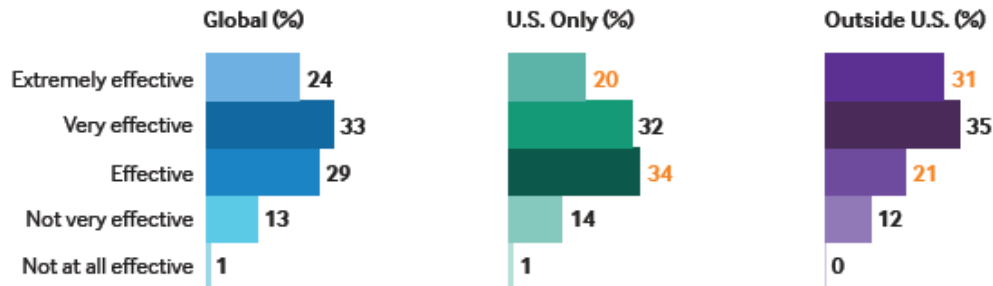
Para muchos médicos, renunciar a los honorarios por servicio se ve como una merma de su capacidad para controlar sus ingresos, dice Rouleau. "Tradicionalmente, a los médicos les ha gustado pisar el acelerador para tener cierto control sobre su capacidad de generar ingresos", afirma. "Sin embargo, este enfoque no siempre se traduce en la mejor relación calidad-precio".

Gráficos y comentarios

NEJM Catalyst encuestó a los miembros del Insights Council en marzo de 2023 sobre la atención primaria. En concreto, se preguntó a ejecutivos sanitarios, líderes clínicos y médicos sobre los siguientes aspectos: la eficacia de la atención primaria en la salud del paciente a largo plazo, los principales retos a los que se enfrenta la prestación eficaz y sostenible de la atención primaria, el impacto y las principales causas de la escasez de personal de atención primaria, quién proporciona atención en ausencia de un médico de atención primaria habitual, el reembolso de la atención primaria como un equipo multidisciplinar, la importancia de los cambios en el modelo de reembolso, el impacto de las herramientas digitales, el impacto de los nuevos participantes en la organización y si los encuestados ven regularmente a un médico de atención primaria como paciente. Un total de 1.097 encuestas completadas se incluyen en el análisis para todas las respuestas a nivel mundial, incluyendo 688 de los encuestados con sede en EE.UU. y 409 para los encuestados fuera de los Estados Unidos.

La atención primaria es muy eficaz para mantener la salud de los pacientes

¿Hasta qué punto es eficaz la atención primaria para mantener la salud de los pacientes a largo plazo?



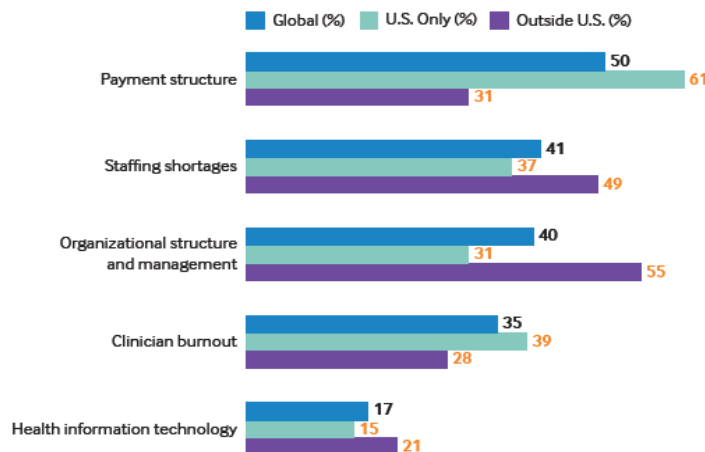
Las diferencias estadísticamente significativas se indican en naranja Base: Global - 1097; Sólo EE.UU. - 688; Fuera de EE.UU. - 409 (puede no sumar 100 debido al redondeo) NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

El 86% de los miembros del Insights Council de todo el mundo afirma que la atención primaria es eficaz, muy eficaz o extremadamente eficaz para mantener la salud de los pacientes a largo plazo. Un porcentaje mayor de encuestados de fuera de EE.UU. (31%) afirma que la atención primaria es extremadamente eficaz para mantener la salud de los pacientes que los encuestados de EE.UU. (20%).

En los comentarios escritos de los encuestados, un clínico de la India afirma que el mayor cambio necesario para la prestación de atención primaria es "enseñar a los pacientes la eficacia de la atención primaria".

La atención primaria se enfrenta a numerosos retos

¿Cuáles son los dos principales retos a los que se enfrenta una atención primaria eficaz y sostenible?



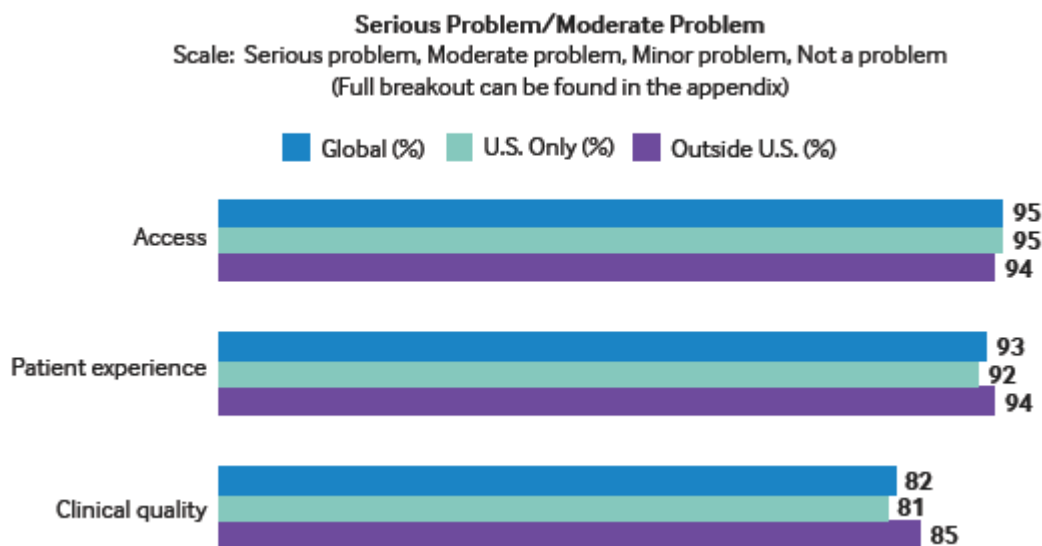
Statistically significant differences are noted in orange
Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409
NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

La prestación eficaz y sostenible de la atención primaria se enfrenta a una amplia gama de obstáculos, que varían según la zona geográfica. El principal reto para los encuestados estadounidenses es la estructura de pagos (indicado por el 61%), mientras que los encuestados no estadounidenses citan la estructura organizativa y la gestión (55%) y la escasez de personal (49%).

Sin una remuneración comparable a la de un subespecialista, el número de estudiantes de medicina que eligen la atención primaria seguirá disminuyendo. Esto se ve agravado por la gran deuda que soportan los estudiantes [de medicina], que les empuja hacia carreras con mayor remuneración. El cambio más importante que yo haría es equiparar el reembolso [con el de los especialistas], incluido el reembolso por el tiempo dedicado a rellenar formularios y actualizar las actividades de mantenimiento de la salud."

La escasez de personal en Atención Primaria supone un gran reto para el acceso, la experiencia y la calidad de los pacientes

¿Qué impacto tiene actualmente la escasez de personal de atención primaria en la experiencia del paciente, el acceso y la calidad clínica?



Base: Mundial - 1097; Sólo EE.UU. - 688; Fuera de EE.UU. - 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Sociedad Médica de Massachusetts

La escasez de personal en atención primaria es un problema moderado o grave que afecta a la prestación de asistencia, según los miembros del Insights Council, con más del 80% de los encuestados a nivel mundial que afirman lo mismo para el acceso (95%), la experiencia del paciente (93%) y la calidad clínica (82%).

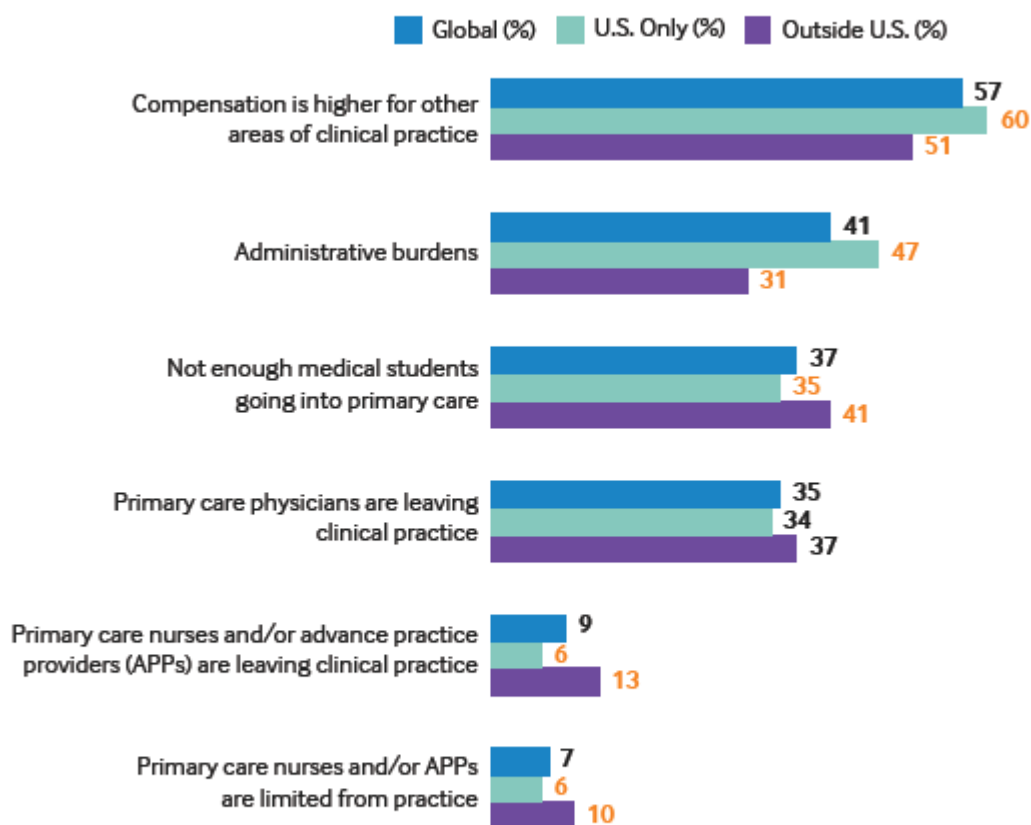
Un responsable clínico de EE.UU. afirma: "Las prisas por atender al mayor número posible de pacientes en las horas de consulta y clínica disponibles han repercutido

negativamente en la experiencia del paciente. Nadie habla con los pacientes, entiende su historial, está al día de su medicación y de su estado general de salud. Nos limitamos a meterlos y sacarlos lo antes posible. El estado general de salud es peor que antes de la pandemia [Covid-19]. El sistema sanitario tiene muchos problemas y [necesita] un cambio serio. Si no lo cambiamos nosotros, lo hará el gobierno".

Un porcentaje mayor de encuestados estadounidenses (69%) que de no estadounidenses (53%) afirma que la escasez de personal de atención primaria es un problema moderado o grave que afecta al acceso.

Compensation Leads the Causes of Primary Care Staffing Challenges

What are the top two causes of primary care clinician shortages?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

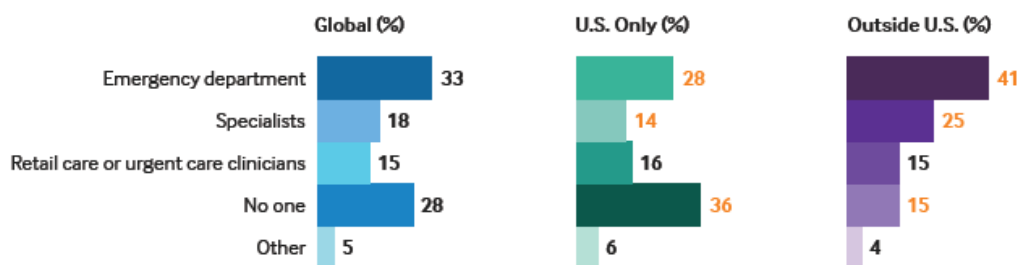
La principal causa de la escasez de médicos de atención primaria es que la remuneración es mayor en otras áreas de la práctica clínica, según el 57% de los encuestados a nivel mundial, seguida de las cargas administrativas (41%).

Un líder clínico de Malasia comenta: "La remuneración de la práctica de la atención primaria debe hacerse atractiva para que la atención primaria sea una opción elegida a menudo por los médicos emergentes de nueva generación".

Un porcentaje mayor de encuestados estadounidenses que de no estadounidenses mencionan la remuneración (60% frente a 51%) y las cargas administrativas (47% frente a 31%) como causas de la escasez de médicos de atención primaria.

Los servicios de urgencias, o nadie, sustituyen a la atención primaria

¿Quién dirige la atención a los pacientes que no acuden regularmente a un médico de atención primaria?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409 (may not total 100 due to rounding)

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

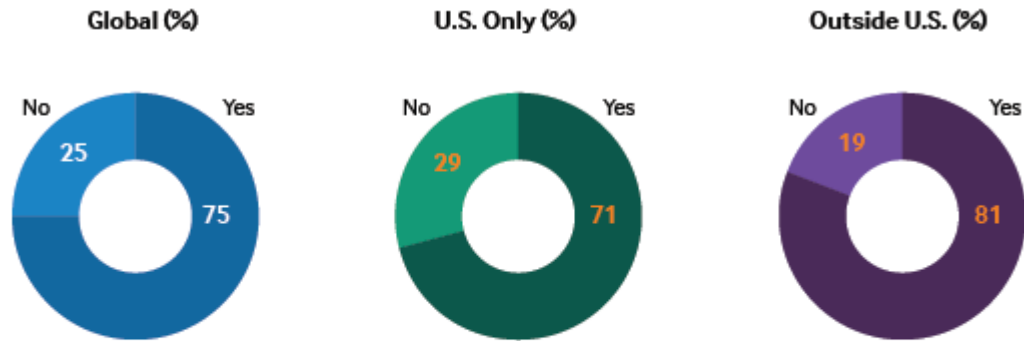
Para los pacientes que no acuden regularmente a un médico de atención primaria, el servicio de urgencias es el lugar que con más frecuencia dirige la atención, según indica el 33% de los encuestados. El 28% afirma que nadie se encarga de dirigir la asistencia.

Un clínico australiano sugiere colocar "GP [general practitioner] en el servicio de urgencias del hospital para agilizar el acceso de los pacientes que no pueden acceder a su propio médico".

Un mayor porcentaje de encuestados no estadounidenses que estadounidenses afirma que los servicios de urgencias (41% frente a 28%) y los especialistas (25% frente a 14%) dirigen la atención a los pacientes que no acuden regularmente a un médico de atención primaria.

La atención primaria debe pagarse como la atención en equipo

¿Debería reembolsarse la atención primaria como atención en equipo multidisciplinar en lugar de como visitas individuales?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

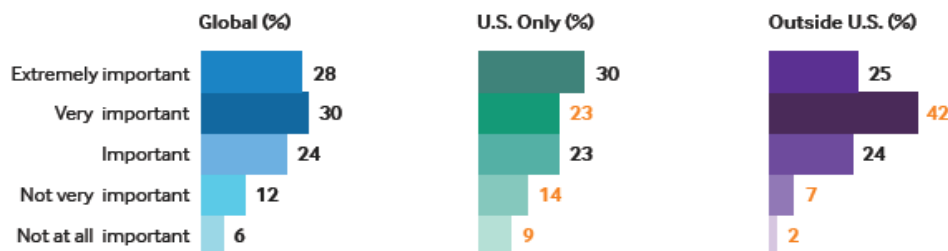
NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Tres cuartas partes de los encuestados de todo el mundo afirman que la atención primaria debería reembolsarse como atención en equipo multidisciplinario en lugar de como visitas individuales. El porcentaje de encuestados no estadounidenses (81%) es mayor que el de los estadounidenses (71%).

Un médico de EE.UU. afirma: "El reembolso basado en el pago por servicio debe cambiar a un modelo de valor o capitación. Es probable que este cambio ponga de relieve la importancia de la atención en equipo, en lugar de un modelo centrado en el médico individual. Además, la mayoría de los grandes sistemas sanitarios citan el pago por servicio como motivo de los modelos salariales RVU [unidad de valor relativo], que incentivan intrínsecamente la cantidad frente a la calidad y la gestión a largo plazo."

El reembolso basado en el riesgo es vital para mantener la atención primaria

¿Hasta qué punto es importante para el éxito a largo plazo de la atención primaria la transición de modelos de reembolso basados en el pago por servicio a modelos de reembolso basados en el riesgo (por ejemplo, capitación, atención basada en el valor)?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409 (may not total 100 due to rounding)

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

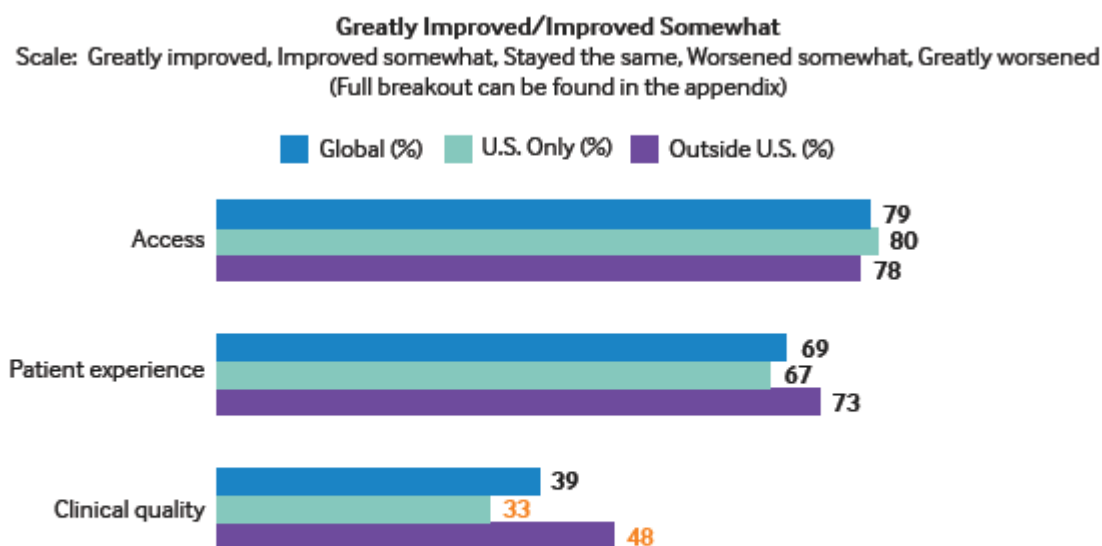
Una gran mayoría (82%) de los miembros del Insights Council de todo el mundo afirma que la transición de modelos de reembolso basados en el pago por servicio a modelos de reembolso basados en el riesgo (por ejemplo, capitación, atención basada en el valor) es importante, muy importante o extremadamente importante para el éxito a largo plazo de la atención primaria. El porcentaje de encuestados no estadounidenses (91%) es mayor que el de los estadounidenses (76%).

Un clínico de EE.UU. afirma que el cambio más importante que necesita la prestación de atención primaria es "la transición del modelo de pago a la gestión de resultados y de la población, en lugar del pago por servicio".

Un porcentaje mayor de directivos (88%) y líderes clínicos (86%) que de clínicos (78%) afirman que la transición de modelos de reembolso basados en el pago por servicio a modelos basados en el riesgo es importante en general para el éxito a largo plazo de la atención primaria.

La telesalud y otras herramientas digitales han mejorado el acceso a la atención primaria y la experiencia del paciente

¿Cuál ha sido el impacto en la experiencia del paciente, el acceso y la calidad clínica del uso de herramientas digitales (por ejemplo, telesalud, monitorización remota) para la prestación de servicios de atención primaria?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Los miembros del Insights Council afirman que herramientas digitales como la telesalud y la monitorización a distancia han mejorado algo o mucho el acceso (indicado por el 79%) y la experiencia del paciente (69%) a los servicios de prestación de atención primaria. Son menos optimistas sobre el impacto de las

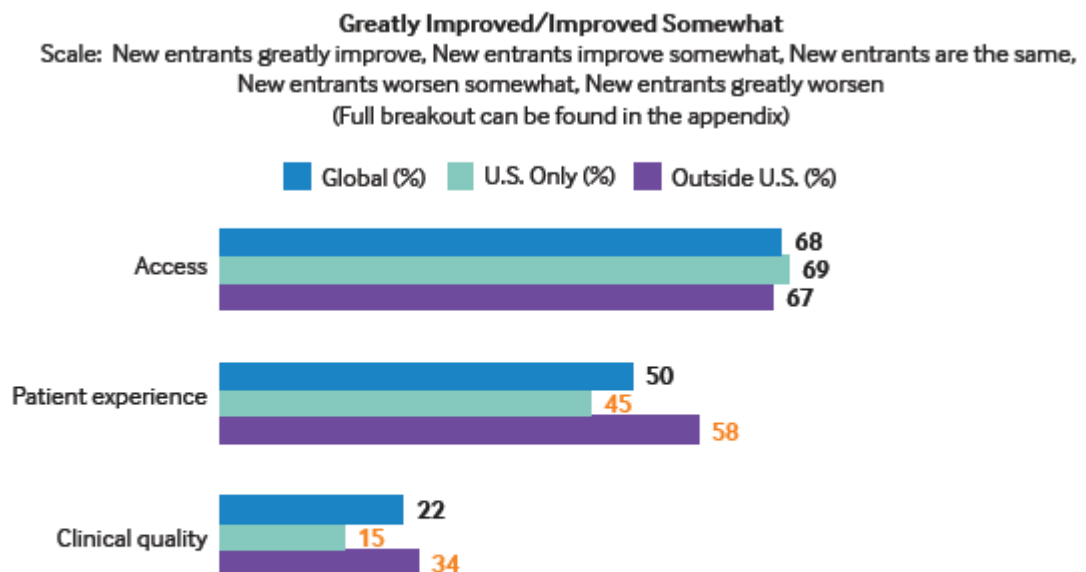
herramientas digitales en la calidad clínica, ya que solo el 39% afirma que se ha producido una mejora.

Un ejecutivo de EE.UU. advierte: "Necesitamos una compensación justa para nuestros clínicos por la telesalud, la salud virtual y otras formas de acceso remoto a la atención. Si no vamos a conseguir más clínicos (debido a la escasez), tenemos que enfocar el problema de otra manera; para ello es necesario que los CMS [Centros de Servicios de Medicare y Medicaid de EE.UU.] y los pagadores comerciales paguen adecuadamente."

Un mayor porcentaje de encuestados no estadounidenses (48%) que estadounidenses (33%) afirma que la calidad clínica de la atención primaria ha mejorado gracias al uso de herramientas digitales.

Las nuevas incorporaciones a la atención primaria brillan por el acceso y la experiencia del paciente, pero no por la calidad

¿Cómo se comparan las nuevas organizaciones que entran en la atención primaria (por ejemplo, empresas de venta directa al consumidor, modelos de atención virtual) con los modelos tradicionales de atención primaria general en cuanto a experiencia del paciente, acceso y calidad clínica?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Los nuevos actores organizativos en la atención primaria (por ejemplo, empresas de venta directa al consumidor, modelos de atención virtual) mejoran algo o mucho el acceso a la atención primaria (según el 68% de los encuestados a nivel mundial) y la experiencia del paciente (50%). Al igual que con las herramientas digitales, los

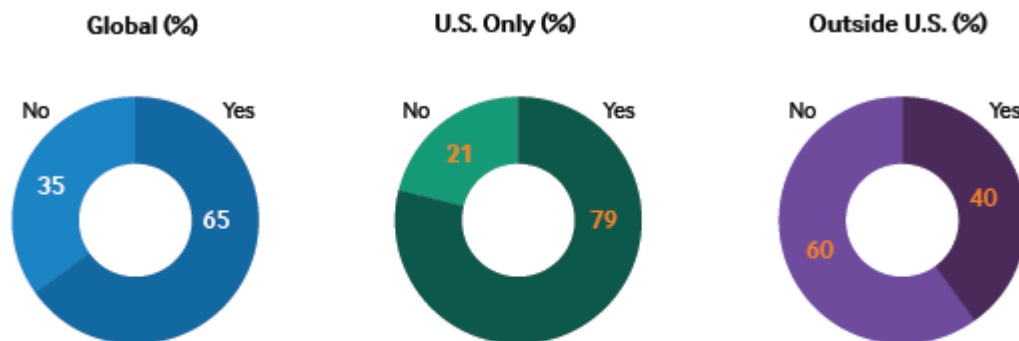
miembros del Insights Council son menos positivos sobre el impacto de los nuevos participantes en la calidad clínica (22%).

Un ejecutivo de EE.UU. dice que la atención primaria debe cambiar para "parecerse más a los nuevos entrantes: centrada en el cliente, eficiente y habilitada digitalmente en todos los puntos de contacto."

Un porcentaje mayor de encuestados no estadounidenses (34%) que de estadounidenses (15%) afirma que las nuevas incorporaciones organizativas a la atención primaria mejoran algo o mucho la calidad clínica.

Los encuestados residentes en EE.UU. acuden a médicos de atención primaria con regularidad, pero los de fuera de EE.UU. no lo hacen

¿Ve usted personalmente a un médico de atención primaria (por ejemplo, un médico o una enfermera especializada) como paciente de forma regular?



Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Casi dos tercios de los miembros del Insights Council de todo el mundo afirman que ven personalmente a un médico de atención primaria (por ejemplo, un médico o una enfermera) como paciente de forma regular. El porcentaje de encuestados estadounidenses (79%) es mayor que el de los no estadounidenses (40%).

Un porcentaje mayor de encuestados de 46 años o más (67%) que de 45 años o menos (58%) afirma acudir regularmente a un médico de atención primaria como paciente.

Comentarios literales de los encuestados ¿Cuál es el principal cambio que introduciría en la prestación de atención primaria?

Modificar los sistemas de pago

Los sistemas sanitarios tienen que encontrar un modelo de prestación y retribución de la atención primaria que vaya más allá de la simple producción. Los

datos sobre el valor de la atención primaria para los pacientes, la calidad del sistema, el coste de la atención, etc. son claros, pero la mayoría de los sistemas de pago siguen basándose en la producción de RVU [unidades de valor relativo]. Los sistemas sanitarios no pueden seguir imponiendo a las consultas de atención primaria las iniciativas de calidad del trabajo, los programas de ahorro compartido/ACO [organizaciones de atención responsable] y otras tareas que no se compensan directamente, y al mismo tiempo decir a los médicos de atención primaria que no generan suficientes RVU para justificar la contratación de más clínicos y personal para realizar ese trabajo adecuadamente. Los estudiantes de medicina y los residentes ven las exigencias de trabajo y tiempo que se imponen a la atención primaria y la remuneración relativamente más baja en comparación con muchas especialidades, así como las puntuaciones de satisfacción profesional más bajas resultantes, y están eligiendo otras trayectorias profesionales. No creo que esto cambie hasta que no cambiemos nuestra forma de valorar y tratar la atención primaria. - Médico de una clínica sin ánimo de lucro de EE.UU.

La atención primaria merece el mismo apoyo en infraestructuras y pagos que la especializada, si el equipo de la consulta se responsabiliza plenamente de las necesidades de una población de pacientes. La transformación de la atención primaria basada en el valor, con un presupuesto para cardiología u ortopedia, sería muy diferente de la estructura actual en EE.UU.". - Vicepresidente de un plan de salud sin ánimo de lucro en EE.UU.

Cambiar los sistemas de pago para mejorar la retribución centrándose en el valor y la prevención. - Ejecutivo de un hospital universitario sin ánimo de lucro de Israel

Aumentar el tiempo con los pacientes

Menos papeleo, más tiempo con los pacientes. - Clínico de una clínica con ánimo de lucro en Chipre

Infraestructura para ayudar al médico de atención primaria con la coordinación de la atención, la monitorización remota, la navegación, la revisión y conciliación de la medicación farmacéutica y otras ayudas a la comunicación para que el médico pueda centrarse en el tiempo que pasa con el paciente y en su atención. - Médico de un hospital universitario sin ánimo de lucro de EE.UU.

Los mandatos sobre la atención primaria aumentan a medida que disminuye el tiempo por paciente. Esto es insostenible. En toda la atención sanitaria, la única prioridad que domina todas las demás cuestiones es el reembolso y la rentabilidad institucional. La atención seria a la calidad de la atención clínica se encuentra en las vallas publicitarias, rara vez en la clínica. - Clínico de un hospital comunitario sin ánimo de lucro de EE.UU.

Utilizar una estructura de equipo

Pasar a una estructura amplia basada en equipos con los correspondientes cambios en formación, reembolso, incentivos, gobernanza, etc. - Ejecutivo en una organización de médicos con ánimo de lucro en Irlanda.

Contar con todo un equipo que trabaje con el médico de atención primaria para satisfacer mejor las necesidades del paciente, mejorar los resultados generales y evitar que una sola persona se agote por no poder hacerlo todo. - Médico de un sistema sanitario sin ánimo de lucro de EE.UU.

Reestructuración del pago de la atención primaria (probablemente capitación), pero NO vinculado al coste total de la atención (demasiados factores externos). Permitir la reestructuración de los equipos para gestionar a los pacientes mediante cualquier modalidad (teléfono, correo electrónico, mensajes de texto, en persona) y por cualquier miembro del equipo (asistente médico, navegador, conductor, enfermero, médico, etc.) sin ningún sesgo causado por el valor de reembolso de estas diferentes interacciones. Que sea rentable hacer lo que es correcto para el paciente en ese momento. (Que puede ser diferente para distintos pacientes en función de sus preferencias). Sabremos que hemos tenido éxito cuando la pantalla predeterminada de un PCP al iniciar sesión en la HCE [historia clínica electrónica] no sea un horario en incrementos de 20 minutos, sino un panel de control de su población de pacientes, destacando los pacientes que NO han sido vistos y necesitan algún tipo de atención....- Vicepresidente de un sistema sanitario sin ánimo de lucro en EE.UU.

Aumentar el acceso a la atención primaria

Accesibilidad. Disponibilidad de un servicio de atención primaria dentro del SUH. Médico de atención primaria disponible para una "función de tipo urgencias" dentro de una consulta de atención primaria para atender las citas "sin cita previa" o una enfermera practicante para ayudar con la misma función. El propósito es permitir una mejor asignación de tiempo por parte de un médico clínico para la revisión de pacientes con enfermedades crónicas o que requieren seguimiento de un problema agudo. - Médico clínico de un hospital universitario sin ánimo de lucro de Australia

Ponerla a disposición de la gente. Está claro que la industria está diseñada para retrasar e impedir el acceso: es hora de tomarse más en serio la atención primaria. Yo capitularía a una cantidad razonable de personas a un médico, y ese médico gestiona la atención. El médico recibe una remuneración justa y no tiene que pasar por el aro. Son sus pacientes. Haz que estén sanos. Creo que a médicos y pacientes les gustaría. Los pacientes son libres de ir al médico que quieran si éste no hace lo que necesitan. A los mejores médicos les iría bien; los peores tienen la oportunidad de adaptarse. Las medidas de calidad son arbitrarias; dejemos que los resultados hablen por sí mismos. - Director de un hospital comunitario sin ánimo de lucro de EE.UU.

Aumentar el porcentaje de dólares destinados a servicios/equipos de atención primaria. La mayor parte de este aumento debe destinarse a ampliar el acceso y el abanico de servicios en la consulta de atención primaria, por ejemplo, salud conductual, trabajador social, nutrición, etc. - Jefe de servicio asociado en un hospital universitario sin ánimo de lucro de EE.UU.

Reducir la carga administrativa

Transición a un modelo de atención en equipo interdisciplinar para reducir la carga administrativa y mejorar el nivel de atención a los pacientes. - Clínico de un hospital universitario sin ánimo de lucro de Canadá

Todas las tareas necesarias pero gravosas que los especialistas no quieren hacer recaen sobre el médico de familia, y son abrumadoras, sobre todo cuando no se reembolsan. El resultado es un riesgo moral y el agotamiento del médico de cabecera. Es una falta de respeto tener que perseguir detalles administrativos y burocráticos para satisfacer demandas que no tienen nada que ver con la mejora de la atención al paciente, y luego salir de un día ajetreado con la sensación de no haber tenido tiempo para hacer un gran trabajo clínico". - Vicepresidente de un hospital comunitario con ánimo de lucro de EE.UU.

Pagar a los proveedores de atención primaria por el trabajo no relacionado con el paciente que realizan. En concreto, el pago por correos electrónicos, llamadas telefónicas, revisión de análisis e informes, conversaciones con consultores y proveedores de urgencias, trabajo en planes de atención. - Jefe de servicio de una organización de médicos sin ánimo de lucro de EE.UU.

Remuneración acorde con otras especialidades

La remuneración de la atención primaria debe ser atractiva para que la nueva generación de médicos la elija con frecuencia. - Decano de la facultad de medicina de un hospital docente sin ánimo de lucro de Malasia

Mayor reembolso para la atención primaria, al tiempo que se reducen los pagos a especialistas y hospitales. Una reestructuración de esta magnitud sería la forma más eficaz de cambiar radicalmente el sistema, atraer a más estudiantes de medicina y mejorar la salud de las poblaciones reduciendo al mismo tiempo el gasto sanitario global. - Ejecutivo de una clínica sin ánimo de lucro de EE.UU.

Aumentar la remuneración de la atención primaria en general y acabar con el sistema de pago por servicio y pagar por resultados. La creatividad que se desataría sobre cómo mantener a nuestros pacientes sanos en lugar de responder a un estado de enfermedad cambiaría la industria". - Vicepresidente de una clínica con ánimo de lucro de EE.UU.

* * *

Anexo

Repercusiones de la escasez de personal en Atención Primaria

¿Qué impacto tiene actualmente la escasez de personal de atención primaria en la experiencia del paciente, el acceso y la calidad clínica? Repercusiones de la escasez de personal de atención primaria

		Serious problem (%)	Moderate problem (%)	Minor problem (%)	Not a problem (%)	
Access	Global	63	31	5	1	
	U.S. Only	69	26	4	1	
	Outside U.S.	53	41	5	1	
Patient experience	Global	49	44	6	1	
	U.S. Only	48	45	7	1	
	Outside U.S.	51	43	5	1	
Clinical quality	Global	34	48	15	2	
	U.S. Only	32	49	17	3	
	Outside U.S.	37	47	14	1	

Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409 (may not total 100 due to rounding)

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Impacto de las herramientas digitales en los servicios de atención primaria

¿Cuál ha sido el impacto en la experiencia del paciente, el acceso y la calidad clínica del uso de herramientas digitales (por ejemplo, telesalud, monitorización remota) para la prestación de servicios de atención primaria?

		Greatly improved (%)	Improved somewhat (%)	Stayed the same (%)	Worsened somewhat (%)	Greatly worsened (%)	
Access	Global	26	53	15	5	1	
	U.S. Only	23	57	15	4	1	
	Outside U.S.	31	48	15	5	1	
Patient experience	Global	18	52	17	12	2	
	U.S. Only	15	52	17	14	3	
	Outside U.S.	22	51	18	8	1	
Clinical quality	Global	9	30	41	17	4	
	U.S. Only	5	28	44	19	4	
	Outside U.S.	15	33	34	15	3	

Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409 (may not total 100 due to rounding)

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Repercusiones de la entrada de nuevos profesionales en la atención primaria

¿Cómo se comparan las nuevas organizaciones que entran en la atención primaria (por ejemplo, empresas de venta directa al consumidor, modelos de atención virtual) con los modelos tradicionales de atención primaria general en cuanto a experiencia del paciente, acceso y calidad clínica?

New Entrants:

		Greatly improve (%)	Improve somewhat (%)	Are the same (%)	Worsen somewhat (%)	Greatly worsen (%)	
Access	Global	17	51	22	8	2	Global
	U.S. Only	15	53	20	9	3	U.S. Only
	Outside U.S.	19	47	27	6	0	Outside U.S.
Patient experience	Global	9	41	24	21	4	
	U.S. Only	7	39	23	26	6	
	Outside U.S.	14	44	26	14	1	
Clinical quality	Global	5	17	35	33	10	
	U.S. Only	2	13	32	40	13	
	Outside U.S.	10	24	41	21	4	

Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409 (may not total 100 due to rounding)

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Methodology

- The *Primary Care* survey was conducted by NEJM Catalyst, powered by the NEJM Catalyst Insights Council.
- The NEJM Catalyst Insights Council is a qualified group of executives, clinical leaders, and clinicians at organizations worldwide who are directly involved in health care delivery.
- In March 2023, an online survey was sent to the NEJM Catalyst Insights Council.
- A total of 1097 completed surveys (U.S. = 688, Outside U.S. = 409) are included in the analysis for all respondents worldwide (Global). The margin of error at the 95% confidence interval is +/- 3.0% for a base of 1097, +/- 3.7% for a base of 688, and +/- 4.8% for a base of 409.

NEJM Catalyst Insights Council

We'd like to acknowledge the NEJM Catalyst Insights Council. Insights Council members participate in monthly surveys with specific topics on health care delivery. These results are published as NEJM Catalyst Insights Reports, such as this one, including summary findings, key takeaways from NEJM Catalyst leaders, expert analysis, and commentary.

It is through the Insights Council's participation and commitment to the transformation of health care delivery that we are able to provide actionable data that can help move the industry forward. To join your peers in the conversation, visit <https://catalyst.nejm.org/insights-council>.

Respondent Profile

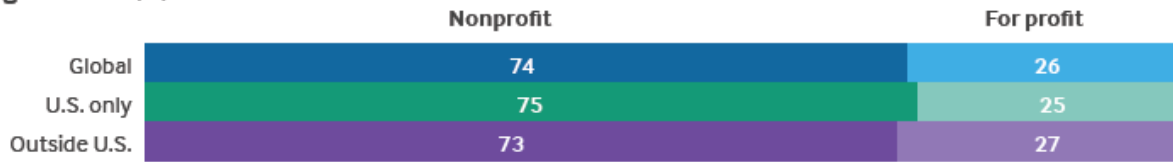
Audience Segment (%)



Organization Setting (%)



Type of Organization (%)



Number of Beds (%)
(Among hospitals)

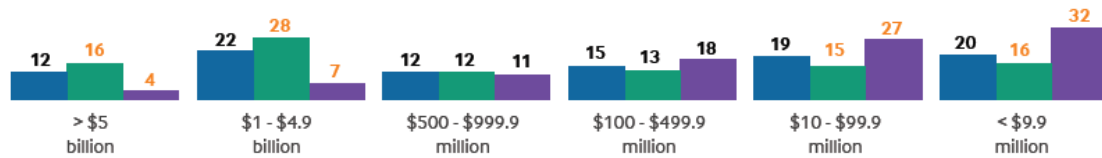
	Global	U.S. Only	Outside U.S.
1-50	11	10	12
51-199	16	13	19
200-499	24	27	20
500-999	29	30	29
1000+	20	20	20
BASE	490	248	242

Number of Sites (%)
(Among health systems)

	Global	U.S. Only	Outside U.S.
1-5	15	13	29
6-20	28	29	21
21-49	18	20	8
50+	39	38	42
BASE	136	112	24

Net Patient Revenue (%)

Global – 700 U.S. only – 506 Outside U.S. – 194



Region (%)

U.S. Regions	
West	22
Midwest	21
South	28
Northeast	29

Outside U.S. Regions	
Africa	5
Americas	30
Asia	26
Europe	33
Oceania	6

Statistically significant differences are noted in orange

Base: Global – 1097; U.S. only – 688; Outside U.S. – 409

NEJM Catalyst (catalyst.nejm.org) © Massachusetts Medical Society

Copyright © NEJM Catalyst is a product of NEJM Group, a division of the Massachusetts Medical Society.

Descargar el documento original:

https://store.nejm.org/signup/catalyst/lead/wfcrisispdf24?promo=OCFQCS04&query=cm-tt&utm_source=catsite&utm_medium=cm&utm_campaign=wfcrisispdf24

Todos los derechos reservados